



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di laurea

**L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI MALTRATTAMENTI  
E ABUSI INFANTILI NEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA**

Una revisione della letteratura

Relatore: Prof.ssa Martina Pigazzi

Laureanda: Alessia Avati

(matricola n.:1230439)

Anno Accademico 2021-2022



## **ABSTRACT**

**Introduzione.** Il maltrattamento sui minori è un grave problema di salute pubblica e responsabile di un enorme peso socio-culturale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il maltrattamento dei bambini come l'abuso e la trascuratezza che si verifica sui bambini di età inferiore ai 18 anni; include tutti i tipi di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza e sfruttamento commerciale o altro, che comportano un danno effettivo o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nel contesto di una relazione di responsabilità, fiducia o potere. Solo i bambini maltrattati che presentano lesioni gravi o in pericolo di vita sono sottoposti a un trattamento medico e vengono diagnosticati seppur la maggior parte degli abusatori o dei caregivers tendono a negare o si rifiutano di fornire la reale storia, rendendo difficile anche in questi casi la diagnosi e la cura. Ad oggi non esiste ancora uno strumento di screening efficiente che possa aiutare il personale sanitario a identificare in modo efficace i potenziali casi di abuso su minori. Inoltre, spesso i professionisti sanitari non ricevono la giusta formazione riguardo all'argomento. In Europa, e in particolare in Italia, sembrano pochi gli infermieri che possono dirsi soddisfatti della propria formazione sui maltrattamenti infantili e che riuscirebbero a individuare una situazione a rischio.

**Obiettivo.** L'obiettivo della revisione è valutare il ruolo dell'infermiere, all'interno di un dipartimento di emergenza, nel valutare e identificare una situazione a rischio di maltrattamento infantile tramite le proprie conoscenze, o attraverso strumenti di screening che consentano una corretta valutazione.

**Materiali e metodi.** È stata condotta una ricerca bibliografica su PubMed e Cinahl. La scelta degli articoli ha considerato per lo più studi pubblicati negli ultimi dieci anni includendo studi in lingua inglese, studi solo con abstract disponibile, revisioni di letteratura, studi di caso clinico e linee guida. Sono state consultate anche fonti terziarie e siti di associazioni nazionali e internazionali. Al termine dell'analisi bibliografica sono stati presi in considerazione 13 studi.

**Risultati.** Gli studi analizzati dimostrano che sono pochi gli infermieri soddisfatti della propria formazione riguardo alla valutazione, al riconoscimento e alla gestione del bambino abusato o maltrattato. Inoltre, emerge che sono pochi gli ospedali in Europa che fanno uso degli strumenti di screening progettati per il riconoscimento delle situazioni di rischio, e i pochi che li utilizzano in molti casi non usano strumenti di screening convalidati.

**Conclusione.** Gli studi evidenziano che il maltrattamento sui minori è un fenomeno largamente sottostimato, e che di fondamentale importanza è incentivare l'attività di rilevazione per poter identificare i casi misconosciuti. Gli studi analizzati presentano alcuni strumenti di screening più efficaci di altri nella rilevazione del problema, in quanto presentano una più alta sensibilità e specificità. Ciò nonostante, non possono sostituire un'attenta valutazione medica né tantomeno si possono considerare strumenti di diagnosi, rivelandosi poco efficaci. Si evidenzia pertanto che lo strumento più importante è fornire una corretta formazione e periodici aggiornamenti a tutti i professionisti sanitari che lavorano nei dipartimenti di emergenza per sanare questo grave problema sempre più in espansione.

**Keywords.** Child abuse, Nursing, Emergency Department, Child maltreatment, Screening, Child neglect.

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO 1 .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 DEFINIZIONE DI MALTRATTAMENTO E CLASSIFICAZIONE .....</b>	<b>5</b>
<i>MALTRATTAMENTO FISICO.....</i>	<i>6</i>
<i>MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO.....</i>	<i>6</i>
<i>VIOLENZA ASSISTITA .....</i>	<i>7</i>
<i>ABUSO SESSUALE .....</i>	<i>8</i>
<i>PATOLOGIA DELLE CURE .....</i>	<i>8</i>
<i>BULLISMO E CYBERBULLISMO .....</i>	<i>9</i>
<b>1.2 EPIDEMIOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<i>IN ITALIA.....</i>	<i>10</i>
<b>1.3 RILEVAZIONE E VALUTAZIONE .....</b>	<b>11</b>
<i>RILEVAZIONE.....</i>	<i>11</i>
<i>VALUTAZIONE.....</i>	<i>13</i>
<b>1.4 RACCOMANDAZIONI.....</b>	<b>15</b>
<b>1.5 DIAGNOSI, PREVENZIONE E TRATTAMENTO .....</b>	<b>17</b>
<i>INDAGINE MEDICA .....</i>	<i>18</i>
<i>INDAGINE PSICOLOGICA.....</i>	<i>18</i>
<i>INDAGINE PSICOSOCIALE.....</i>	<i>19</i>
<i>PREVENZIONE.....</i>	<i>19</i>
<i>SERVIZI SOCIO-SANITARI.....</i>	<i>20</i>
<i>SCUOLA.....</i>	<i>20</i>
<i>FORZE DELL'ORDINE.....</i>	<i>21</i>
<i>TRATTAMENTO .....</i>	<i>21</i>
<b>CAPITOLO 2 .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 BACKGROUND .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 PROBLEMA E OBIETTIVO.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 QUESITO DI RICERCA IN FORMA NARRATIVA E METODOLOGIA PIO .....</b>	<b>25</b>
<b>2.4 PAROLE CHIAVE E CRITERI DI SELEZIONE.....</b>	<b>25</b>
<b>2.5 FONTI CONSULTATE .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPITOLO 3 .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 STRUMENTI DI SCREENING .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 RISULTATI E DISCUSSIONE .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 GLI INDICATORI DI SOSPETTO .....</b>	<b>39</b>
<b>3.4 MEDICINA LEGALE: VALUTAZIONE FISICA E IDENTIFICAZIONE DEL     TRAUMA .....</b>	<b>42</b>
<b>3.5 VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA .....</b>	<b>44</b>
<b>3.6 IL RUOLO DELL'INFERMIERE .....</b>	<b>45</b>
<b>CAPITOLO 4 .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 CONCLUSIONE .....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>51</b>
<b>SITOGRAFIA .....</b>	<b>53</b>

## **ABBREVIAZIONI**

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

WHO: WorldHealth Organization

SBS: Shaken Baby Syndrome

DSPT: Disturbo da Stress Post Traumatico

ICD: International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

EUSEN: European Society for Emergency Nursing

EuSEM: European Society for Emergency Medicine

REPEM: European Research Network for Pediatric Emergency Medicine

NICE: Institute for Health and Care Excellence

## INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il maltrattamento dei minori come abuso e trascuratezza diretta ai bambini di età inferiore ai 18 anni. Il maltrattamento dei minori comprende tutte le forme di abuso fisico, abuso sessuale, abuso emotivo e trascuratezza che comporta danni effettivi o potenziali alla salute o alla sopravvivenza del bambino (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020). Nei casi di abuso sui minori, spesso sono solo i bambini con lesioni gravi o in pericolo di vita ad essere sottoposti a un trattamento medico. Tuttavia, l'abuso sui minori non presenta necessariamente sintomi e segni coerenti, infatti la maggior parte degli abusatori o dei caregiver tende a negare o rifiutarsi di fornire la reale storia medica del bambino, il che oscura il punto cruciale e inganna i giudizi sulla presenza di abuso sui minori, rendendo di conseguenza più difficile la diagnosi e il trattamento correlati. Senza un'identificazione e un intervento immediati, il rischio di maltrattamenti ripetuti nei bambini che subiscono abusi aumenta, portando a traumi fisici e mentali che possono essere letali.

I fornitori di assistenza sanitaria, come il personale sanitario nei dipartimenti d'emergenza, spesso si trovano di fronte a bambini maltrattati nei loro ambienti professionali e frequentemente utilizzano la storia medica, i sintomi manifestati e le osservazioni delle interazioni tra il bambino e i suoi caregiver per determinare la presenza di abuso, ma sono comunque molti i casi di maltrattamento che non vengono individuati.

Le caratteristiche dell'abuso variano da caso a caso; a volte, i bambini che hanno subito maltrattamenti presentano solo sintomi lievi o insignificanti, come lividi, rendendo difficile ai professionisti della salute identificare il problema.

Uno strumento di screening efficiente può aiutare il personale sanitario a identificare in modo efficace i potenziali casi di abuso sui minori. È stato dimostrato che l'uso di strumenti di screening, che offrono un'alta sensibilità e indagano le lesioni e le caratteristiche comuni ai maltrattamenti infantili, aumentano il tasso di rilevazione degli abusi sui minori dal 3% al 34% (Louwers E., et al.).

Questo consentirà agli operatori sanitari di individuare le situazioni di rischio, riducendo il peso del giudizio e della valutazione e diminuendo la possibilità di trascurare i casi.

Inoltre, la precoce identificazione di abusi sui minori consentirà a fornire l'assistenza adeguata, prevenendo ulteriori abusi e riducendo gli effetti negativi a lungo termine. Nonostante gli strumenti di screening possano facilitare il riconoscimento delle situazioni di abuso sui minori, non dovrebbero sostituire la valutazione qualificata da parte di un professionista sanitario. Di conseguenza, è fondamentale che i professionisti sanitari, in particolare quelli che lavorano nelle aree pediatriche, e non, di primo intervento, ricevano la giusta formazione riguardo all'argomento con un continuo aggiornamento per convalidare e aumentare le conoscenze.

In Europa, e in particolare in Italia, sembrano pochi gli infermieri che possono dirsi soddisfatti della propria formazione sui maltrattamenti infantili e che riuscirebbero a individuare una situazione a rischio (Zanetti C., et al.).



# CAPITOLO 1

## 1.1 DEFINIZIONE DI MALTRATTAMENTO E CLASSIFICAZIONE

Per definire il maltrattamento su minori è opportuno far riferimento alla definizione disposta dal WHO (WorldHealth Organization, 1999; “World Report on Violence and Health” 2002) la quale viene condivisa attualmente a livello internazionale e comprende: “tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell’ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere”.

Gli abusi su minori possono verificarsi in diversi contesti e per mano di:

- genitori e altri famigliari;
- amici;
- conoscenti;
- estranei;
- altre persone incaricate di vigilanza o custodia del bambino;
- altre persone con una posizione di autorità;
- operatori sanitari;
- altri minori.

È possibile classificare il maltrattamento all’infanzia in varie forme, ma è doveroso precisare che molto spesso emerge una “plurivittimizzazione”, ovvero quando il minore è vittima di diverse forme di maltrattamento e non di una sola (Di Iulio T., et al.).

Il maltrattamento si può manifestare come:

- maltrattamento fisico;
- maltrattamento psicologico;
- violenza assistita;
- abuso sessuale;
- abuso on-line;

- patologie delle cure;
- bullismo e cyberbullismo.

## MALTRATTAMENTO FISICO

Il maltrattamento fisico riguarda l'uso consapevole della violenza fisica, tra cui aggressioni fisiche, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica e alla vita del minore, che causa o ha un'alta probabilità di causare un danno per la salute, la dignità, la sopravvivenza o lo sviluppo.

Sono diversi gli organi e gli apparati che possono essere lesionati, e sono altrettanto disparati i quadri clinici che si possono presentare tra cui fratture, concussione cranica, lesioni cutanee, danni profondi viscerali. Questa forma di maltrattamento "include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare il minore. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire." (WHO, 2006).

L'interpretazione corretta dei segni che il maltrattamento fisico lascia sul corpo del bambino non è sempre scontata, le lesioni possono non essere così evidenti oppure, anche se presenti, possono non essere facilmente visibili o attribuibili a maltrattamento.

La *Shaken Baby Syndrome* (SBS), ovvero lo scuotimento violento del bambino (generalmente di età inferiore a 2 anni) da parte del caregiver con conseguenti lesioni gravi, per esempio, non è facilmente diagnosticabile eppure lo scuotimento, anche se di pochi secondi, può portare al coma o alla morte del neonato e del bambino piccolo. Nei casi più gravi, il maltrattamento fisico può causare la morte del minore (Martinelli L., et al.).

## MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO

Si definisce maltrattamento psicologico quello che deriva da una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazione che danneggiano o inibiscono lo

sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione e la memoria.

È una subdola forma di abuso in quanto riscontrata con molta difficoltà e spesso associata ad altre forme di violenza.

Nel tempo, va a intaccare fortemente il senso di autostima del minore, la creazione della sua personalità, le sue capacità sociali, nonché la sua visione del mondo. Il maltrattamento psicologico è tipico dell'abuso, della trascuratezza emozionale e in alcuni casi anche durante le separazioni coniugali altamente conflittuali con un alto coinvolgimento del bambino/adolescente quando, per esempio, il minore viene coinvolto in strategie atte a denigrare, svalutare, alienare, rifiutare un genitore (Montecchi F.).

## VIOLENZA ASSISTITA

Il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI) definisce la violenza assistita come "l'esperire da parte del bambino/a 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 o minori.

Si includono le violenze messe in atto da minori su minori e/o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici."

La violenza assistita rappresenta un fattore di rischio per altre forme di abuso che molto spesso sono combinate tra loro, infatti può causare danni fisici ai minori presenti durante le aggressioni alla madre, aumentando quindi il rischio di violenza diretta sui bambini.

In questo caso, diversamente dalle situazioni di conflitto genitoriale prima citate, non vi è una situazione di parità tra i due partner ma, al contrario, una palese disparità di potere che comporta la paura per la propria incolumità (Butchart A., et al.).

Nei casi più gravi, la violenza assistita può portare alla morte del minore e della madre.

## ABUSO SESSUALE

L'abuso sessuale si riferisce al "coinvolgimento, intenzionale e interpersonale, di un minore in esperienze sessuali forzate o comunque inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo. Tali esperienze possono non comportare violenza esplicita o lesioni; possono avvenire senza contatto fisico e/o essere vissute come osservatori" (Di Iulio T., et al.).

I segni fisici lasciati da questo tipo di abuso, che raramente si manifesta come un atto violento, vengono comunque analizzati ma spesso lasciano spazio ad una complessa valutazione di tipo psicologico e sociale.

L'abuso sessuale può verificarsi in ambito:

- peri-familiare: l'abusante è una persona conosciuta dal minore
- intra-familiare: l'abusante è un membro della famiglia nucleare o allargata
- extra-familiare: attuato da una figura estranea al minore e al suo ambiente familiare

Rientrano in questa forma di maltrattamento anche lo sfruttamento sessuale, ovvero pedopornografia, prostituzione minorile e turismo sessuale, e l'*abuso "on-line"*, quindi abuso sessuale *off line* documentato, adescamento, *cybersex* e *sexting*.

## PATOLOGIA DELLE CURE

Per patologia delle cure s'intende l'inadeguatezza o l'insufficienza di cure relative ai bisogni fisici, psichici e affettivi propri della fase evolutiva del minore da parte dei genitori o delle persone legalmente responsabili del bambino/adolescente (Butchart A., et al.)

Sono comprese:

- Incuria/trascuratezza grave: si riferisce a qualsiasi atto di omissione causato da una grave inettitudine del genitore nel sostenere i bisogni del figlio, ne consegue un alto rischio per il bambino, come abbandono, rifiuto, grave compromissione dello sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo o altri tipi di violenza, fino alla morte.

Non viene facilmente riconosciuta e rilevata, e si manifesta spesso in associazione ad altre forme di maltrattamento.

- Discuria: si verifica quando le cure fornite dal genitore non sono appropriate alla fase evolutiva del minore.
- Ipercure: s'intendono le cure fisiche contraddistinte da un'ostinata ed eccessiva medicalizzazione di uno dei genitori nei confronti del figlio.

## BULLISMO E CYBERBULLISMO

Il bullismo viene definito da quei comportamenti offensivi e/o aggressivi che un singolo individuo o più persone mettono in atto, ripetutamente nel corso del tempo, a danno di una o più persone con lo scopo di esercitare un potere o un dominio sulla vittima

Vengono evidenziate tre principali forme di bullismo:

- Fisico (spinte, botte)
- Verbale (intimidazioni, ricatti, insulti, ingiurie, offese)
- Indiretto (pettegolezzi, esclusione della persona da una cerchia sociale)

Il cyberbullismo, invece, descrive un atto aggressivo intenzionale condotto da un individuo o da un gruppo usando varie forme di contatto elettronico, ripetuto nel tempo contro una vittima che non può facilmente difendersi (Di Iulio T., et al.).

L'aggressore, che spesso agisce nell'anonimato, può colpire intenzionalmente una vittima diffondendo gli insulti attraverso il web, raggiungendo così una smisurata gamma di persone (Scaduto G., et al.).

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA

I maltrattamenti infantili sono un problema globale che colpisce milioni di bambini in tutto il mondo. L'epidemiologia dei maltrattamenti infantili varia a seconda del Paese e del contesto culturale, ma in generale i bambini più a rischio sono quelli che vivono in situazioni di povertà, in famiglie con scarsa istruzione e situazioni di conflitto, infatti i tassi di maltrattamento infantile sono più alti in paesi in via di sviluppo rispetto ai paesi sviluppati.

Il rapporto *“Global Status Report on Preventing Violence Against Children”*, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel maggio 2020, è il primo del suo genere e segue i progressi in 155 paesi rispetto al framework "INSPIRE" dove si erano previste delle strategie per prevenire e rispondere alla

violenza contro i bambini. Il rapporto segnala chiaramente la necessità in tutti i paesi di intensificare gli sforzi per attuare queste strategie. Sebbene quasi tutti i paesi (88%) abbiano leggi chiave per proteggere i bambini contro la violenza, meno della metà dei paesi (47%) ha dichiarato che queste venivano forzatamente applicate. Il report, infatti, è stato costruito sulla base di dati e informazioni forniti direttamente dai Paesi e costituisce una baseline mondiale per misurare e monitorare l'avanzamento delle politiche di contrasto alla violenza ai danni dell'infanzia. Anche se la maggioranza dei paesi (83%) ha dati nazionali sulla violenza contro i bambini, solo il 21% li ha utilizzati per stabilire basi e obiettivi nazionali per prevenire e rispondere alla violenza contro i bambini. Circa l'80% dei paesi ha piani di azione e politiche nazionali, ma solo un quinto ha piani completamente finanziati o con obiettivi misurabili. La mancanza di finanziamenti unita all'inadeguata capacità professionale sono probabilmente fattori contribuenti e motivo per cui l'implementazione è stata lenta (Pitidis A., et al.).

Dal report emerge che circa 1 miliardo di bambini ogni anno nel mondo (uno su due) sono colpiti da violenza fisica, sessuale o psicologica, subendo ferite, disabilità e morte a causa del fallimento dei paesi nel seguire le strategie stabilite per proteggerli. Sono, infatti, 40.150 i bambini che muoiono a seguito di violenza ogni anno, mentre tre bambini su quattro, di età compresa tra 2 e 4 anni, sperimentano punizioni violente da parte dei propri genitori o caregiver.

Viene stimato, inoltre, che un bambino su quattro, di età inferiore a 5 anni, vive con una madre che è vittima di violenza da parte del partner e che uno studente su tre, di età compresa tra 11 e 15 anni, è stato vittima di bullismo da parte dei pari (Butchart A., et al.).

#### IN ITALIA

Il maltrattamento di bambini e adolescenti in Italia è un problema serio e diffuso. Secondo le statistiche disponibili, circa 1 bambino su 4 in Italia subisce forme di abuso o negligenza, e la maggior parte di questi casi non viene denunciata. Inoltre, la pandemia di COVID-19 ha ulteriormente intensificato questo problema, con un aumento delle segnalazioni di abuso e negligenza nei confronti dei bambini. Tuttavia, è importante notare che questi dati possono essere sottostimati a causa della natura sommersa di questo crimine e della difficoltà nel rilevare e segnalare i

casi di abuso.

L'ultima ricerca nazionale disponibile è la "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia", realizzata da *Terre des Hommes* e Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) tra luglio 2019 e marzo 2020 per l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza su dati del 2018.

Dall'indagine, che si è concentrata su un bacino effettivo di 2,1 milioni di minorenni residenti nei 196 comuni interessati e selezionati dall'Istat, emerge che sono 401.766 i bambini e gli adolescenti affidati ai servizi sociali in Italia, di cui 77.493 vittime di maltrattamento.

A essere presi in carico dai servizi sociali, in generale, sono più minorenni di sesso maschile; le bambine e ragazze, però, sono più frequentemente seguite per maltrattamento (201 su 1000).

La forma di maltrattamento più presente è la patologia delle cure (incuria, discuria e ipercura), che colpisce il 40,7% dei minorenni seguiti dai servizi sociali, seguita dalla violenza assistita (32,4%). Per quanto riguarda il maltrattamento psicologico ne è vittima il 14,1% degli under 18 mentre il maltrattamento fisico è registrato nel 9,6% dei casi e l'abuso sessuale nel 3,5%.

I dati raccolti evidenziano una crescita del fenomeno sotto ogni aspetto: aumentano sia i minorenni in carico ai servizi sociali in generale (+3,6%), sia quelli seguiti perché vittime di maltrattamento (+14,8).

Nel 65,6 % dei casi l'intervento dei servizi sociali ha una durata maggiore di due anni, e risulta più frequente al nord rispetto al sud Italia. Inoltre ogni 1000 bambini vittime di maltrattamento 7 sono italiani e 23 stranieri (Martinelli L., et al.).

### **1.3 RILEVAZIONE E VALUTAZIONE**

#### **RILEVAZIONE**

La rilevazione è un passo fondamentale per prevenire danni, garantire la sicurezza e curare i minori. Consiste nell'identificare tempestivamente i segni di malessere dei bambini, i fattori di rischio in cui sono esposti e eventuali comportamenti negativi da parte degli adulti di riferimento. La precisione delle informazioni raccolte è fondamentale per attivare rapidamente le misure di protezione, valutazione e

segnalazione alle autorità competenti (Del Re G. L., et al.).

Il professionista sanitario dovrebbe:

- Non scartare il maltrattamento/abuso come possibile causa di problemi
- Ascoltare il minore in modo obiettivo, senza sottovalutare o esagerare le informazioni ricevute
- Riportare fedelmente qualsiasi racconto o rivelazione del minore
- Essere consapevole della complessità del fenomeno
- Richiedere l'aiuto di specialisti esperti nel settore, se necessario
- Lavorare in sinergia con altri professionisti per un approccio multidisciplinare

In presenza di una lesione fisica in un minore, è raccomandabile sospettare una situazione di maltrattamento fisico se anche solo una delle seguenti situazioni si verifica:

- la spiegazione della lesione è vaga o incoerente, il tempo prima dell'intervento del servizio sanitario è insolito e senza una valida giustificazione;
- ci sono altri segni di maltrattamento come trascuratezza;
- il bambino mostra segnali di disagio o la coppia genitoriale presenta atteggiamenti imbarazzanti, evitanti o aggressivi al posto della normale preoccupazione e rassicurazione verso il bambino.

Per quanto riguarda l'abuso sessuale i segni fisici sono rari e spesso poco specifici. L'assenza di segni fisici non esclude la possibilità di abuso. Pertanto, è importante prestare attenzione ai sintomi emotivi e comportamentali, anche se aspecifici, soprattutto se ci sono conoscenze sessuali impropri o comportamenti sessualizzati, non adeguati all'età o allo sviluppo. Poiché gli abusi sessuali sono esperienze frequenti ma spesso nascoste, è importante sviluppare competenze per riconoscerli. Inoltre, è fondamentale valutare attentamente i fattori ambientali che aumentano il rischio, come la violenza domestica, la trascuratezza, la mancanza di supporto sociale e le relazioni prevaricanti tra pari (Butchart A., et al.).

In caso di violenza assistita è importante tenere presente la differenza tra conflitti genitoriali e situazioni di violenza da parte di un partner. In caso di violenza,



l'attenzione dovrebbe essere rivolta anche alle problematiche del minore, persino se non vengono menzionate. Non bisogna mai sottovalutare l'impatto di un singolo episodio violento e il suo potenziale pericolo (Di Iulio T., et al.).

Per aiutare il riconoscimento dei casi di abuso on-line, è importante che le figure professionali abbiano una conoscenza delle leggi e della normativa che riguardano queste forme di abuso, compresi i rischi associati all'utilizzo di strumenti tecnologici come i social network, i circuiti di file-sharing e i giochi online. Inoltre, dovrebbero avere una conoscenza degli aspetti clinici dell'abuso sessuale online e delle conseguenze psicologiche per le vittime. È essenziale che tutti gli operatori sanitari lavorino in modo integrato con altre figure professionali e istituzioni coinvolte nella protezione dei minori, coordinandosi e collaborando per definire un piano d'azione durante ogni fase dell'intervento.

#### VALUTAZIONE

La valutazione del maltrattamento dovrebbe essere effettuata da un team multidisciplinare che includa uno psicologo, in modo da comprendere e valutare il quadro complessivo della situazione traumatica e il suo impatto sulla vittima. La valutazione psicologica mira a valutare l'entità del danno psicologico causato dalla situazione traumatica, la responsabilità degli adulti coinvolti, la capacità di recupero del nucleo familiare e le risorse alternative in caso di prognosi negativa. La valutazione ha come obiettivo riconoscere l'esperienza traumatica subita dalla vittima e valutare le conseguenze sui suoi vissuti, sintomi e comportamenti. Questo processo è complesso e integra l'analisi della situazione psicologica del minore, i suoi racconti e affermazioni, e la situazione familiare e relazionale in cui è inserito. Durante la valutazione, i racconti del minore sulla sua esperienza traumatica vengono accolti, ma questo può anche comportare il rischio di una temporanea riacutizzazione della sofferenza post-traumatica (Del Re G. L., et al.).

I bambini che crescono in famiglie disfunzionali, che hanno privazioni e carenze nella cura genitoriale, possono avere conseguenze negative sul loro sviluppo emotivo, sociale e cognitivo. Quest'ultime possono manifestarsi in diversi periodi della vita, come la prima infanzia, la seconda infanzia e l'età adulta. I bambini che soffrono di trascuratezza possono avere difficoltà nella comprensione delle emozioni e nell'apprendimento, nonché problemi di autostima e di relazione con gli

altri. Gli adulti che hanno sofferto di questo tipo di privazioni nella loro infanzia possono avere problemi di isolamento sociale e cognitive. La base neurobiologica di tali conseguenze è legata alla risposta allo stress e alla produzione di cortisolo nel cervello, che varia in base all'età e allo sviluppo delle diverse aree cerebrali. Questi meccanismi neurobiologici contribuiscono a spiegare i deficit riscontrati nell'apprendimento, nella memoria, nell'attenzione e nella capacità di discriminare le emozioni (Montecchi F.).

La valutazione neuropsichiatrica gioca un ruolo importante durante il periodo di sviluppo del bambino, quando la fragilità psicologica è più probabile. Un modello che aiuta a capire ciò che sta accadendo è il modello *a Domini Funzionali di Moltalvo-Ortiz JL*, che divide le aree di sviluppo in cinque domini:

- sistema di valenza negativa;
- sistema di valenza positiva;
- area cognitiva;
- competenze sociali;
- sistema di regolazione.

Inoltre, la classificazione internazionale delle malattie include il Disturbo Post Traumatico da Stress Complex tra i disturbi correlati allo stress, che comprende categorie come la disregolazione emotiva, il disturbo di identità e i problemi relazionali. Questi disturbi sono caratterizzati da un elevato livello di arousal e paura che si verificano in molte situazioni e relazioni, indipendentemente dalla presenza di eventi traumatici (Di Iullo T., et al.).

La letteratura descrive come la presenza di maltrattamento nell'infanzia possa avere effetti a breve e lungo termine sul benessere psicologico. A breve termine, ci si può aspettare disturbi d'ansia e problemi di regolazione emozionale, mentre a lungo termine, in età giovane adulta, l'esposizione a maltrattamenti nell'infanzia aumenta il rischio di disturbi come psicosi, depressione e ideazione suicidaria. Per questo motivo, è importante effettuare una valutazione neuropsichiatrica completa del bambino che comprenda la valutazione clinica, la valutazione neuropsicologica, la diagnosi familiare e la valutazione della risposta allo stress. Un corretto assessment di questo profilo di funzionamento del bambino aiuterà a identificare le aree in cui

sono necessari interventi riabilitativi o psicoterapeutici per migliorare la qualità della vita a lungo termine.

#### **1.4 RACCOMANDAZIONI**

È importante che il personale sanitario che lavora nel campo della protezione dei minori abbia competenze culturali e tecniche specifiche delle dinamiche individuali e familiari e delle peculiarità del maltrattamento/abuso sull'infanzia. I professionisti dovrebbero seguire rigorose procedure valutative e utilizzare strumenti valutativi mirati e specifici, accettati nella comunità scientifica e inseriti in un sistema diagnostico comparabile e riproducibile. Si deve prevedere la possibilità di intense difese da parte del minore, che potrebbero richiedere un percorso di approfondimento a più fasi. È necessario proteggere in ogni momento la sicurezza fisica e psicologica del minore, anche fornendo percorsi paralleli di intervento per lui e per la sua famiglia, se necessario. Va tenuto conto della possibilità di maltrattamento/abuso in presenza di stati mentali e sintomi classificabili come disturbi post-traumatici da stress. Quando i sintomi lo suggeriscono, bisogna sottoporre le condizioni classificate in altre categorie diagnostiche a una diagnosi differenziale accurata con i disturbi post-traumatici da stress. Va approfondita la comprensione del funzionamento psicologico passato e attuale del minore (vissuti, cognizioni, emozioni, sensazioni, comportamenti) per dare significato alle sue espressioni sintomatiche (Del Re G. L., et al.).

La rivelazione del maltrattamento/abuso va sempre raccolta e approfondita, anche se si presenta frammentaria, confusa o bizzarra, poiché è un processo che può non essere lineare e logico.

Deve essere accompagnata da opportuni interventi di protezione e sostegno. Bisogna prestare particolare attenzione nell'introduzione di elementi di "suggestione positiva" nel dialogo, evitando di sovrapporre idee, ipotesi e sentimenti dell'adulto alla narrazione del bambino e di anticipare situazioni o particolari che possano influenzare il minore e alterare la qualità dell'ascolto. Per completare la comprensione del quadro individuale, va inoltre approfondita la conoscenza del contesto relazionale e della storia familiare del minore. È opportuno considerare i

più ampi parametri socio-culturali in cui la vittima è inserita. Le esperienze traumatiche possono includere abusi che non comportano violenza esplicita o lesioni e possono avvenire senza contatto fisico o essere vissute come osservatrici. Tuttavia, questi eventi rappresentano sempre un attacco destabilizzante alla personalità del minore e al suo sviluppo, e possono causare DSPT (Disturbo da Stress Post Traumatico) acuto o cronico, anche con espressione ritardata e persistente in età adulta (Di Iulio T., et al.).

In particolare l'abuso sessuale può produrre una vasta gamma di sintomi cognitivi, emotivi, comportamentali e somatici, che possono richiedere una valutazione psicodiagnostica anche in assenza di rivelazioni. Le conoscenze sessuali improprie e i comportamenti sessualizzati sono indicatori più specifici dell'abuso sessuale e richiedono un ulteriore approfondimento. È importante utilizzare procedure anamnestiche e screening comparabili che considerino esplicitamente la possibilità di esperienze traumatiche.

Più un bambino subisce danni a causa dell'abuso sessuale, più la sua capacità di ricordare e raccontare il proprio dolore può essere compromessa. Questa forma di abuso è fortemente segnata dalla richiesta di mantenere il segreto e di non parlare, e può attivare sentimenti di colpa, vergogna e tradimento che ostacolano la narrazione. Per questo motivo, raccogliere rivelazioni da parte dei bambini richiede una grande attenzione nell'evitare di causare ulteriore dolore con elementi di "suggerimento negativa", come critiche, domande ripetitive, confronti con i dubbi degli adulti o ricatti morali (Butchart A., et al.).

L'abuso sessuale è molto diffuso ma spesso non viene denunciato e la quantità di casi di falsi positivi non è nota con certezza. Le difficoltà nella valutazione dei casi e le frequenti ritrattazioni complicano la situazione e ampliano la zona di sospetti non comprovabili. Sbagliare sia nell'accusare qualcuno ingiustamente che nel non prendere in considerazione un caso vero può causare gravi conseguenze negative. La ritrattazione da parte di chi ha denunciato non è necessariamente un indice di dichiarazioni non veritiere. Le separazioni coniugali conflittuali possono essere un fattore di rischio per falsi positivi, ma anche un'occasione per rivelazioni autentiche. Alcune dinamiche personali e relazionali possono dar luogo a falsi positivi, ma è importante evitare pregiudizi sulle probabilità che questo si verifichi e analizzare

tutta la situazione. Il giudizio su un sospetto di abuso sessuale è influenzato dall'atteggiamento del valutatore, comprese le sue credenze, pregiudizi e comportamenti durante la valutazione. È importante sempre tenere presente il rischio di falsi positivi nella valutazione dei sospetti di abuso sessuale ma al contempo evitare un atteggiamento generico di dubbio. Invece, sarà necessario esplorare specifiche alternative diagnostiche.

## **1.5 DIAGNOSI, PREVENZIONE E TRATTAMENTO**

La valutazione dei fattori diagnostici e prognostici in casi di gravi abusi e maltrattamenti richiede un impegno integrato di competenze mediche, psicologiche, neuropsichiatriche e sociali. Questo intervento mira a comprendere e valutare la situazione traumatica del minore, l'entità del danno psicologico causato, i fattori individuali e relazionali che hanno causato la condotta pregiudizievole e il grado di responsabilità degli adulti coinvolti. Questo non è un lavoro peritale, ma una diagnosi dinamica che valuta la risposta ai cambiamenti e fornisce un parere prognostico per la cura del danno. Se eseguito tempestivamente e in modo coerente, questo intervento è fortemente protettivo e aiuta a prevenire i possibili esiti traumatici attivando interventi di riparazione sia per la vittima che per il minore autore di reato e le loro relazioni familiari. La conclusione dell'intervento diagnostico dovrebbe fornire indicazioni per la classificazione della sintomatologia evidenziata secondo l'ICD 10 o DSM V.

Per accedere alla valutazione diagnostica sono necessari due tipi di criteri: i criteri legislativi e quelli clinici. I criteri legislativi si basano su articoli del codice penale che riguardano l'abuso di mezzi di correzione (art. 571), il maltrattamento in famiglia (art. 572) e la violenza sessuale (art. 609 bis). I criteri clinici includono segni come sintomi di ansia, depressione, comportamenti sessualmente inappropriati, comportamenti aggressivi, e vissuti traumatici che possono essere connessi con un'idea di sé negativa. Questi criteri sono utilizzati per identificare se una persona potrebbe aver subito un grave maltrattamento o un abuso sessuale (Del Re G. L., et al.).

È importante che la diagnosi di maltrattamento infantile venga fatta in modo accurato e sensibile, tenendo conto della situazione unica di ogni bambino e delle esigenze individuali.

Per fare una diagnosi, vengono utilizzati una serie di strumenti, tra cui:

- Interviste con il bambino, i genitori e altre figure significative nella sua vita
- Esami fisici e medici per verificare segni di lesioni o abuso
- Valutazioni psicologiche per determinare il benessere emotivo e psicologico del bambino.
- Analisi dell'ambiente familiare, compreso lo stile di vita, la dinamica familiare e la storia relazionale

#### INDAGINE MEDICA

La diagnosi medica coinvolge la raccolta di informazioni sul bambino e sulla sua storia (anamnesi), un esame fisico attento che include una valutazione dello stato nutrizionale e delle lesioni fisiche, eventuali test diagnostici come radiografie o esami di laboratorio, la raccolta di prove biologiche e la documentazione fotografica delle lesioni. L'obiettivo è di ottenere una valutazione completa del bambino, ma sempre mantenendo un equilibrio tra la completezza della valutazione e la privacy e il benessere del bambino e della sua famiglia (Pitidis A., et al.).

#### INDAGINE PSICOLOGICA

L'*assessment psicologico-psichiatrico* mira a costruire una relazione significativa con il bambino e la famiglia, attraverso il processo di anamnesi psicologica con attenzione ai segni clinici più comuni nei bambini vittime di abusi in diverse età. Questo include colloqui clinici, test proiettivi, protocolli diagnostici standardizzati, osservazioni di gioco individuali e di gruppo, e la relazione con i genitori (Montecchio F.). Inoltre, l'*assessment familiare* comprende incontri con tutti i membri conviventi e con le famiglie ricomposte, basati su modelli teorici e valutativi che considerano la struttura organizzativa della famiglia, le risorse, la qualità delle cure genitoriali, le psicopatologie individuali degli adulti, gli indicatori di rischio, i pattern di attaccamento, il ciclo di vita familiare, la transgenerazionalità, l'evoluzione della famiglia, il genogramma e le attribuzioni e convinzioni dei vari membri della famiglia.

## INDAGINE PSICOSOCIALE

L'obiettivo dell'indagine psicosociale è quello di verificare le condizioni di vita del bambino, la presenza di eventuali fattori di rischio psicosociali, e di entrare in contatto con servizi che possono fornire informazioni sul bambino e sulla sua famiglia, come ad esempio servizi di salute mentale per età evolutiva e adulta, consultori sociali del Comune e strutture ospedaliere. Inoltre, se necessario, contattare le strutture giudiziarie, in particolare il Tribunale per i Minorenni.

La valutazione che include elementi raccolti da tutte e tre le aree (medica, psicologica e psicosociale) ha lo scopo di fornire informazioni utilizzabili per comprendere:

- se esiste o meno il sospetto di abuso o trascuratezza;
- confermare o meno la diagnosi di abuso o trascuratezza o la presenza di una condizione di rischio;
- valutare il danno psicologico o fisico esistente e possibile futuro danno;
- fare una prognosi sul trattamento, le risorse individuali e familiari e la possibilità di recupero;
- sviluppare un piano di trattamento.

Nella diagnosi medica sono coinvolti servizi ospedalieri come Pronto Soccorso, specialità pediatriche e medicina legale (in casi gravi). Nell'indagine psicologica, psichiatrica e psicosociale sono coinvolti servizi ospedalieri ambulatoriali e di day-hospital, servizi territoriali con risorse professionali specializzate in psicologia, neuropsichiatria infantile e assistenza sociale. Le strutture considerate riferimento devono avere requisiti strutturali, strumentali e risorse professionali adeguati a raggiungere gli obiettivi prefissati (Di Iulio T., et al.).

## PREVENZIONE

L'attività di sensibilizzazione, informazione e formazione ha lo scopo di costruire una rete operativa in grado di (Del Re G. L., et al.):

- aumentare la consapevolezza e le competenze degli operatori di istituzioni e organizzazioni per prevenire e identificare precocemente i casi di maltrattamento grave e abuso sessuale sui minori;

- promuovere la segnalazione responsabile dei casi di abuso sessuale e maltrattamento grave;
- sviluppare progetti di sensibilizzazione condivisi in diverse aree, come la scuola, i servizi e le organizzazioni;
- attivare tempestivamente ed efficacemente gli interventi di protezione per i minori vittime di maltrattamento grave e abuso sessuale;
- lavorare insieme per definire i percorsi di presa in carico e stabilire i ruoli dei singoli servizi.

### SERVIZI SOCIO-SANITARI

I servizi socio-sanitari (pronto soccorso, pronto soccorso pediatrico, pediatria e pediatri di libera scelta, servizi sociali dei comuni, servizi Ulss delegati) hanno come obiettivi (Di Iulio T., et al):

- promuovere l'utilizzo delle linee guida regionali per attivare le equipe specialistiche;
- informare su come accedere alle equipe specialistiche, sulle loro attività e sulle linee guida regionali;
- condividere strategie comunicative per gestire situazioni di minori possibili vittime di maltrattamento grave e/o abuso sessuale;
- sensibilizzare il personale sanitario sull'importanza di attivare protocolli condivisi per gestire i minori vittime di maltrattamento grave e/o abuso sessuale;
- co-progettare interventi di sensibilizzazione e informazione di primo livello.

### SCUOLA

Per promuovere una stretta collaborazione con le scuole, i referenti delle scuole sono coinvolti al fine di:

- aiutare a creare una cultura di protezione dell'infanzia, aumentando la capacità di rilevare il disagio dei bambini;
- aumentare la consapevolezza degli obblighi dei rappresentanti del servizio pubblico riguardo alle procedure per segnalare sospetti casi di maltrattamento o abuso sessuale;



- intensificare la collaborazione con i servizi incaricati di proteggere.

## FORZE DELL'ORDINE

Per promuovere la cultura dell'integrazione e del lavoro di rete con l'autorità giudiziaria, sono previste le seguenti azioni:

- promuovere l'utilizzo delle linee guida regionali per l'attivazione delle equipe specialistiche, in particolare per la gestione degli ascolti protetti;
- promuovere la cultura dell'accompagnamento giudiziario, con l'obiettivo di proteggere i bisogni di salute dei minori coinvolti nel processo.

## TRATTAMENTO

Il percorso terapeutico ha l'obiettivo di aiutare il minore e la sua famiglia a superare gli effetti negativi degli eventi traumatici subiti, per migliorare la loro salute psicologica e fisica. Per raggiungere questi obiettivi, verranno intraprese diverse azioni, tra cui psicoterapia individuale e di gruppo, colloqui clinici con i genitori o i caregiver, trattamenti di riabilitazione e visite neuropsichiatriche per i bambini. Queste azioni mirano a promuovere la costruzione di competenze di auto-protezione e a promuovere la ri-significazione degli episodi di violenza per migliorare il benessere psicologico del minore (Pitidis A., et al.).

Il percorso terapeutico è composto da diverse fasi, che mirano a raggiungere gli obiettivi prefissati. La prima fase consiste nella costruzione di un rapporto di fiducia tra il terapeuta e il paziente. In seguito, il focus sarà sulla stabilizzazione e la riduzione dei sintomi traumatici. Successivamente, verrà effettuato un intervento per affrontare le conseguenze degli eventi traumatici sull'identità del paziente e sulle sue relazioni con l'ambiente. Si lavora sulla rielaborazione del significato attribuito all'evento traumatico, e sulla costruzione di competenze di autodifesa e protezione. Infine, il processo terapeutico terminerà con la ri-significazione dell'evento traumatico e il ripristino del percorso evolutivo del paziente.

In particolare il trattamento dei minori vittime di violenza sessuale prevede un percorso terapeutico che ha come obiettivo principale quello di supportare il paziente nella sua evoluzione psicologica. Questo include la promozione di un cambiamento a livello psicologico attraverso il contrasto alla negazione e alle

distorsioni cognitive riguardo all'evento traumatico, e l'incremento della consapevolezza delle proprie e altrui emozioni. Inoltre, l'obiettivo è quello di favorire lo sviluppo di modalità interattive sane e di promuovere l'autorealizzazione del paziente valorizzando le sue risorse personali (Del Re G. L., et al.). Anche la famiglia del paziente verrà coinvolta nel processo, con lo scopo di aiutarla a comprendere la dimensione esistenziale del figlio e a contrastare i meccanismi di negazione e minimizzazione dell'evento traumatico. Le azioni previste per raggiungere questi obiettivi includono psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, colloqui clinici familiari, colloqui clinici con i genitori o i caregivers, e visite neuropsichiatriche infantili (Pitidis A., et al.).

Il percorso terapeutico per il minore autore di abuso sessuale segue cinque fasi:

- creazione di un'alleanza terapeutica tra il minore, la famiglia e il terapeuta;
- espressione dell'evento violento e il suo effetto sulla costruzione dell'identità;
- rielaborazione del significato dell'evento, contrastando la negazione e comprendendo l'impatto sulla vittima;
- sviluppo delle competenze di auto-etero protezione per prevenire eventuali ricadute;
- conclusione del processo terapeutico con una ri-significazione dell'evento e la ripresa del percorso di crescita.

## **CAPITOLO 2**

### **MATERIALI E METODI**

#### **2.1 BACKGROUND**

Il maltrattamento su minori è un grave problema di salute pubblica e responsabile di un enorme peso socio-economico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il maltrattamento dei bambini come l'abuso e la trascuratezza che si verifica sui bambini di età inferiore ai 18 anni; include tutti i tipi di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza e sfruttamento commerciale o altro, che comportano un danno effettivo o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nel contesto di una relazione di responsabilità, fiducia o potere. Nel 1989, le Nazioni Unite hanno sviluppato la Convenzione sui diritti del bambino, il quale stabilisce che devono essere intraprese le azioni più appropriate per proteggere i bambini da qualsiasi forma di abuso. Tuttavia, a oggi, in Europa il maltrattamento dei bambini colpisce circa 117 milioni di bambini di età inferiore ai 18 anni e provoca circa 850 morti all'anno di età inferiore ai 15 anni. Inoltre, le difficoltà nel riconoscere il maltrattamento dei bambini da parte dei pediatri, portano addirittura a una sottovalutazione dei numeri delle vittime (Martinelli L., et al.). L'impatto negativo del maltrattamento dei bambini sulla salute individuale è ben noto e gli effetti duraturi persistono anche in età adulta, variando dai problemi di salute mentale, come l'abuso di sostanze, la depressione, la sofferenza psicologica e il suicidio, ai problemi di salute fisica, come le patologie dell'apparato respiratorio, il dolore cronico, l'obesità, il deterioramento della memoria e persino l'ischemia cardiaca. La risposta allo stress provocata dalle situazioni di maltrattamento in età infantile comporta un'alterazione di molte strutture e funzioni del cervello. Ridurre la frequenza e un intervento precoce dopo il maltrattamento può prevenire esiti fatali e migliorare la qualità della vita correlata alla salute in età adulta (Butchart A., et al).

Purtroppo, il maltrattamento nei bambini rimane difficile da identificare, perché spesso non è la ragione principale per cui un bambino viene visitato dal proprio

medico. Nei dipartimenti d'emergenza i traumi non accidentali sono spesso falsamente segnalati, l'abuso sessuale non viene menzionato e l'abuso emotivo non viene mostrato o testimoniato.

## **2.2 PROBLEMA E OBIETTIVO**

Dato l'elevato tasso di prevalenza e le potenziali conseguenze negative del maltrattamento infantile, il personale sanitario deve essere informato sulle strategie per identificare con precisione i bambini potenzialmente esposti al maltrattamento, un compito che può essere una delle responsabilità più impegnative e difficili per medici e infermieri (McTavish J. R., et al.).

I dati epidemiologici evidenziano che il maltrattamento sui minori è un fenomeno largamente sottostimato, è dunque di fondamentale importanza l'attività di rilevazione per poter identificare i casi misconosciuti.

Purtroppo però, la definizione di abuso può variare a seconda dei fattori sociali e culturali di ciascun paese, e ciò può portare ad una certa difformità: ci sono comportamenti che in alcune circostanze potrebbero essere considerati abusivi, mentre in altre situazioni non lo sono. Questa soggettività interpretativa è ancora più evidente nella definizione di incuria, dove può essere difficile la distinzione tra maltrattamento e situazioni di grave difficoltà economica e culturale (Butchart A., et al.).

Nonostante il Pronto Soccorso rappresenti il luogo di prima accoglienza per le vittime di maltrattamento, ci sono molti fattori che possono ostacolare la diagnosi. Per esempio, la natura frenetica e caotica della struttura può rendere difficile rilevare i segni dell'abuso. Inoltre, un'altra barriera significativa è caratterizzata dalla formazione insufficiente del personale sanitario sull'argomento e dall'inosservanza degli obblighi di legge, che richiedono la segnalazione di casi di sospetto maltrattamento. Anche la mancanza di un rapporto di fiducia tra l'équipe, la vittima e la famiglia può impedire la segnalazione del maltrattamento, il quale può anche essere celato dagli aggressori, dalla famiglia o dalla stessa vittima, e può addirittura emergere una resistenza psicologica ad ammettere l'accaduto, così come lo scetticismo sull'efficacia degli interventi (Del Re G. L., et al.).

## 2.3 QUESITO DI RICERCA IN FORMA NARRATIVA E METODOLOGIA PIO

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca per un'ottimale selezione degli articoli è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PIO (paziente, intervento ed esito), illustrato nella seguente tabella:

P	Popolazione, paziente	Paziente pediatrico vittima di abusi e maltrattamenti
I	Intervento, trattamento	Raccolta corretta ed efficace di segni e sintomi da parte degli infermieri di triage con l'aiuto dei giusti strumenti
O	Esito atteso	Facilitare la diagnosi e il riconoscimento delle condizioni di rischio

Il quesito clinico elaborato in forma descrittiva è: “Per un paziente pediatrico vittima di abusi e maltrattamenti, una raccolta corretta ed efficace di segni e sintomi da parte degli infermieri di triage con l'aiuto dei giusti strumenti faciliterà la diagnosi e il riconoscimento delle condizioni di rischio e delle vittime?”

## 2.4 PAROLE CHIAVE E CRITERI DI SELEZIONE

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'analisi di banche dati quali PubMed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) tramite il portale Galileo Discovery dell'Università degli Studi di Padova e Google Scholar.

Per la ricerca sono state utilizzate, con i relativi operatori booleani “AND” e “OR”, le seguenti parole chiave, in lingua inglese:

- “Child abuse”
- “Nursing” AND “Child abuse”
- “Emergency Department” AND “Child Abuse”
- “Emergency Department”
- “Child maltreatment” AND “Emergency Department”
- “Screening” AND “Child abuse” AND “Emergency Department”
- “Child abuse” OR “Child neglect” OR “Child maltreatment”

Per la stesura della revisione sono stati analizzati solo gli studi pubblicati nell'ultimo decennio che riguardano esclusivamente la popolazione pediatrica.

Inoltre, i criteri di selezione sono i seguenti:

- Studi con abstract disponibile;
- Studi in lingua inglese, francese e italiano;
- Fonti primarie e secondarie: revisioni della letteratura, case study, linee guida;
- Fonti terziarie: libri di testo, pareri di esperti;
- Siti di associazioni.

## **2.5 FONTI CONSULTATE**

Di centoquaranta studi reperiti (centoundici di PubMed e ventinove di CINAHL), sono state escluse centotrentacinque fonti ritenute non pertinenti al PIO o contenenti informazioni comuni ad altri studi selezionati. Otto studi sono stati aggiunti da ricerca libera e, nonostante non tutti fossero coerenti con la metodologia PIO, sono stati fondamentali per approfondire le informazioni sul maltrattamento e gli abusi su minori. Al termine dell'analisi degli articoli sono stati presi in considerazione tredici studi.

## CAPITOLO 3

Per comprendere meglio gli studi esaminati in questo elaborato, sono stati dapprima presi in esame gli strumenti usati e discussi nei vari manoscritti.

### 3.1 STRUMENTI DI SCREENING

- *INTOVIAN*: lo “Strumento di screening per l’identificazione di famiglie a rischio o con problemi già accertati di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati” è finalizzato a individuare famiglie a rischio o con problemi già accertati di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati. È costituito da una lista di controllo composta da cinque elementi che esaminano i fattori di rischio per la violenza fisica e/o psicologica, la trascuratezza e i modelli relazionali disfunzionali o di abuso tra il bambino/neonato e il suo caregiver.
- *BuRN-Tool: Burns Risk assessment for Neglect or abuse Tool* è stato progettato per aiutare il personale sanitario a identificare i bambini di età inferiore ai 5 anni con ustioni in cui c’è un’alta probabilità che l’abuso o la negligenza abbiano contribuito o causato il danno.  
Le stime suggeriscono che fino a 1 bambino su 4 che presenta ustioni sia vittima di maltrattamento.
- *TEN-4 BCDR: Torso, Ear, and Neck Bruising Clinical Decision Rule* differenzia accuratamente le lesioni abusive da quelle non abusive nei bambini di età inferiore ai quattro anni. Questo strumento di screening si basa sulla presenza di ecchimosi su specifiche regioni del corpo, come il tronco, l’orecchio, il collo, il frenulo, la mascella, le guance, le palpebre o l’area sottocongiuntivale.
- *Escape*: consiste in un questionario, composto da sei domande, che aiuta il personale sanitario a identificare una situazione a rischio maltrattamento che coinvolge un minore.
- *SPUTOVAMO-R*: è uno strumento di screening molto simile a “Escape” che determina se vi è un sospetto di maltrattamento sui minori attraverso una risposta positiva a una o più di cinque domande (ad esempio: lesioni compatibili con la storia e corrispondenti all’età del bambino?).

- PIBIS: *Pittsburgh Infant Brain Injury Score*. La diagnosi errata di trauma cranico violento e di altri tipi di anomalie cerebrali nei neonati è comune e contribuisce ad aumentare la morbilità e la mortalità. PIBIS è uno strumento di screening finalizzato ad aiutare il personale sanitario a decidere quali neonati ad alto rischio dovrebbero essere sottoposti a tomografia computerizzata della testa.
- PredAHT: *Predicting Abusive Head Trauma* stima la probabilità di trauma cranico da abuso (sindrome del bambino scosso) sulla base di combinazioni di sei caratteristiche cliniche: ecchimosi testa/collo, apnea, convulsioni, fratture costali/delle ossa lunghe, emorragie retiniche.
- CPR: *Four variable Clinical Prediction Rule* viene utilizzata per identificare il trauma cranico da abuso nei bambini di età inferiore ai tre anni vengono coinvolte quattro variabili (compromissione respiratoria acuta prima del ricovero; ecchimosi del tronco, delle orecchie o del collo; emorragie o raccolte subdurali bilaterali o interemisferiche; e qualsiasi frattura del cranio diversa da una frattura isolata, unilaterale, non diastatica, lineare, parietale.)
- SIPCA: *Index for Physical Child Abuse* si tratta di uno strumento che assegna valori in punti, sulla base di pesi variabili da modelli di regressione logistica, all'età e ai tipi di lesioni (tra cui frattura della base o della volta cranica, contusione dell'occhio, frattura costale, emorragia intracranica, ustioni multiple), con punteggi più alti che indicano un maggiore sospetto di abuso.
- DIPCA: *Diagnostic Index for Physical Child Abuse* è lo strumento di screening che precede SIPCA, va a valutare fattori come frattura della base o della volta cranica, contusione dell'occhio, frattura delle costole, emorragia intracranica, ustioni multiple ed età.
- ERPANS: *The Early Risks of Physical Abuse and Neglect Scale* è uno strumento che va ad indagare l'interazione tra infermiere e madre, l'interazione genitore-bambino, le caratteristiche dinamiche genitoriali e familiari, le caratteristiche dinamiche del bambino e le caratteristiche statiche del bambino, del genitore e del contesto.
- PedHITSS: *Pediatric Hurt-Insult-Threaten Scream-Sex screening tool* permette di identificare e differenziare le vittime di abusi sui minori e



- consente agli operatori sanitari di esaminare e segnalare con sicurezza casi sospetti di abusi sui minori confermando lo stato di abuso attraverso mezzi convalidati.
- *IPARAN: Instrument for identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect* strumento per l'identificazione precoce delle famiglie a rischio di maltrattamento sui minori, consiste in un questionario il cui scopo non è solo quello di prevedere casi reali maltrattamento, ma anche i problemi e le situazioni che precedono il maltrattamento sui minori, ovvero i fattori di rischio riguardanti le condizioni fisiche, lo sviluppo intellettuale, sociale e psicologico del minore, comprese le situazioni problematiche nell'educazione dei figli e i primi segni di maltrattamento.
  - *SASA: Symptoms Associated with Sexual Abuse* è uno strumento di screening che va ad indagare i sintomi associati all'abuso sessuale sui minori, le vittime possono presentare uno o più comportamenti che vengono evidenziati nello strumento, come improvvisi cambiamenti emotivi e comportamentali, frequenti mal di stomaco, una maggiore conoscenza del sesso e delle attività sessuali rispetto a quanto previsto per l'età, insolita aggressività verso il compagno di giochi o le parti intime del giocattolo, piangere facilmente, difficoltà ad addormentarsi e uno scarso rendimento scolastico.
  - *FIND: Finding Instrument for Nonaccidental Deeds* è composto da otto domande che possono aiutare il personale sanitario quando alcuni aspetti della storia traumatica del minore, raccontata dai tutori, sollevano preoccupazioni per quanto riguarda l'abuso e l'abbandono dello stesso. Viene utilizzato soprattutto quando le storie sono fondamentalmente "bugie mediche" e "storie incongruenti".

### **3.2 RISULTATI E DISCUSSIONE**

Per la maggior parte dei casi i maltrattamenti e gli abusi su minori vengono denunciati ai dipartimenti di emergenza, nei quali non sempre vengono riconosciuti. Al fine di riconoscere e contrastare gli abusi minorili, il personale sanitario dovrebbe definire la formazione e gli strumenti più adeguati per la rilevazione del fenomeno.

***Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better? - Hoedeman F et al., 2021***

**Obiettivo:** Valutare le diverse politiche per riconoscere il maltrattamento sui minori nei dipartimenti di emergenza in Europa al fine di definire le aree di miglioramento.

**Descrizione:** È stata condotta un'indagine sul riconoscimento del maltrattamento sui minori nei Pronto Soccorso dei paesi europei, con particolare attenzione ai metodi di screening, ai fattori di rischio dei genitori, alla formazione del personale sanitario e alle politiche ospedaliere.

Il sondaggio è stato distribuito attraverso diversi membri chiave *dell'European Society for Emergency Nursing (EUSEN)*, *European Society for Emergency Medicine (EuSEM)* e *European Research Network for Pediatric Emergency Medicine (REPEM)*.

È stato calcolato un punteggio riassuntivo basato sulla linea guida del *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* "*Child Abuse and Neglect*" formulata attraverso 4 domande sulle caratteristiche del bambino, 4 domande sulle caratteristiche dei genitori e 5 domande sulla politica ospedaliera.

L'indagine si basa su un questionario utilizzato dall'Ispettorato sanitario olandese e si concentra sui metodi utilizzati per riconoscere il maltrattamento sui minori affrontando i fattori di rischio relativi ai bambini e/o ai genitori. Inoltre, affronta la presenza di una politica ospedaliera relativa al maltrattamento sui minori. Vengono messi in discussione diversi argomenti, tra cui l'uso di strumenti, protocolli e procedure di screening, l'esistenza di programmi di formazione, la presenza di un team locale per il maltrattamento sui minori e di un responsabile delle politiche in materia di maltrattamento dei minori, la registrazione e il monitoraggio dei casi sospetti e la collaborazione con i servizi di protezione dei minori. Il sondaggio è costituito da una parte I, che contiene domande più generali, e da una parte II facoltativa, che contiene domande più dettagliate. Alcune domande del sondaggio consentivano più risposte.

Sono stati restituiti un totale di 338 sondaggi dal congresso EUSEM (n = 81), dai membri EUSEM (n = 24), dall'EuSEN (n = 190) e dal REPEM (n = 43). Il tasso di risposta complessivo stimato da EUSEM e REPEM variava dal 33,8% (148/438) al 54,6% (148/271). Le risposte non europee sono state escluse.

**Risultati:** Sono stati analizzati 185 sondaggi completati, che rappresentano 148 ospedali provenienti da 29 paesi europei.

Per il sottoinsieme di domande riguardanti il riconoscimento del maltrattamento sui minori basato sulle caratteristiche del bambino, il 45,9% dei dipartimenti di emergenza ha soddisfatto poche (<50% del punteggio massimo) o nessuna delle raccomandazioni della linea guida NICE. Degli ospedali che utilizzano uno strumento di screening, il 48,1% (25/52) lo ha utilizzato per tutti i bambini, mentre il 46,2% (24/52) lo ha utilizzato solo per i casi sospetti di maltrattamento sui minori. La metà degli intervistati (94/185, 50,8%), che corrispondeva al 54,1% (80/148) degli ospedali partecipanti, ha dichiarato di avere una politica o linee guida standardizzate per il riconoscimento del maltrattamento sui minori in base alle caratteristiche del bambino nonostante quasi la metà degli intervistati (78/185, 42,2%) non ha seguito alcuna formazione basata sulle caratteristiche del bambino. Dei partecipanti che hanno utilizzato uno strumento di screening per il maltrattamento sui minori, il 22,6% (12/53) non ha seguito alcuna formazione sulle caratteristiche del bambino e il 47,2% (25/53) non ha seguito alcuna formazione sulle caratteristiche dei genitori. La necessità di più formazione è stata indicata come necessaria da 133 intervistati (71,9%) provenienti da 28 paesi diversi.

Per quanto concerne il sottoinsieme di domande riguardanti il riconoscimento dei fattori di rischio parentali correlati al maltrattamento sui minori nei genitori, il 55,6% (55/99) dei dipartimenti d'emergenza ha soddisfatto poche o nessuna delle raccomandazioni della linea guida NICE. Meno di un terzo degli intervistati (42/132, 31,8%) ha affermato che il proprio ospedale ha utilizzato linee guida per rilevare il maltrattamento sui minori, inclusi i fattori di rischio dei genitori e la maggior parte degli intervistati non ha seguito alcuna formazione che affrontasse queste tematiche (76/132, 57,6%).

Infine, anche sulla politica ospedaliera il 51,1% (68/133) dei Pronto Soccorso ha soddisfatto poche o nessuna delle raccomandazioni delle linee guida NICE, infatti meno della metà degli intervistati ha risposto di disporre di un sistema di pronto soccorso per la registrazione dei bambini con sospetto di maltrattamento sui minori (84/185, 45,4%).

Un quarto degli ospedali che hanno risposto ha utilizzato uno strumento di screening per segnalare il maltrattamento sui minori e la maggior parte degli ospedali ha utilizzato uno strumento di screening locale non convalidato. Non è noto se non siano a conoscenza della disponibilità di strumenti di screening convalidati o se preferiscano uno strumento locale non convalidato.

**Discussione:** Lo studio presenta dei limiti. In primo luogo, la rappresentatività del campione è un limite noto al disegno. Infatti, se si tiene conto del fatto che il 67,5% degli intervistati rappresentava un ospedale universitario/didattico, il campione potrebbe sovrastimare la presenza di strategie per riconoscere il maltrattamento sui minori. Inoltre, le risposte dei singoli professionisti non sono rappresentative di tutto il personale ospedaliero e diversi intervistati all'interno dello stesso ospedale hanno fornito risposte diverse, che sono state prese in considerazione nell'analisi.

***Abuso e maltrattamenti nell'infanzia, riconoscerli è importante, ma come? - Zanetti C. et al., 2019***

**Obiettivo:** Valutare le conoscenze dei professionisti sanitari che lavorano nelle aree pediatriche di primo intervento riguardo all'abuso sui bambini e se avevano ricevuto formazione su questo tema. Inoltre, comprendere come questi professionisti vedevano l'utilità di uno strumento per facilitare il riconoscimento delle situazioni di abuso sui minori e le caratteristiche che dovrebbe avere.

**Descrizione:** È stato eseguito uno studio osservazionale presso le principali unità operative pediatriche di Bologna che ha coinvolto i medici e gli infermieri che vi lavorano. Sono state selezionate le unità operative delle due principali aree di emergenza pediatrica di Bologna e i rispettivi reparti dove i casi che arrivano dal Pronto Soccorso vengono trattati.

Nel periodo compreso tra luglio e ottobre 2016, sono stati coinvolti i coordinatori, gli infermieri e i medici della pediatria e Pronto Soccorso pediatrico dell'Ospedale Maggiore e delle unità di Pronto Soccorso pediatrico e pediatria d'urgenza del Policlinico Sant'Orsola di Bologna.

Il questionario utilizzato per l'indagine consisteva in 11 domande a risposta multipla e verteva sulla formazione dei professionisti, la loro preparazione, il loro approccio clinico e infine sulla percezione di utilità e le caratteristiche di un possibile strumento

per facilitare il riconoscimento delle situazioni di abuso sui bambini nella pratica clinica. L'anonimato del questionario è stato garantito e il suo ritiro avveniva tramite una busta chiusa.

**Risultati:** Di 86 questionari distribuiti, ne sono stati restituiti 68 compilati (79%) da 47 infermieri e 21 medici.

La maggior parte dei professionisti (87%) ha detto di sapere del percorso preferenziale per aiutare i minori vittime di abuso o maltrattamento, anche se alcuni solo in parte (23,53%). Quando chiesto se sarebbero stati in grado di attuare il percorso e fornire assistenza immediata, la maggior parte ha risposto positivamente (48,53%) o parzialmente positivamente (36,76%), ma alcuni infermieri (19,15%) hanno ammesso di non sapere come procedere. Solo il 41,18% dei rispondenti ha ricevuto una formazione specifica sull'individuazione dell'abuso, con la maggior parte degli altri che non si sentono adeguatamente formati (61,76%). Circa la metà del campione (45,59%) si ritiene competente nell'assistere i minori vittime di abuso o sospetto di abuso, ma la maggior parte di queste risposte è stata fornita dagli infermieri (55%). La maggior parte dei professionisti (89,71%) considera il sospetto di abuso o maltrattamento durante la raccolta dei dati/anamnesi, mentre la restante parte non lo fa. Infine, quasi tutti (quasi il 100%) ritengono utile uno strumento per facilitare il riconoscimento del sospetto di abuso o maltrattamento durante il triage. La maggior parte dei professionisti (79,41%) ha detto che il potenziale strumento per riconoscere le condizioni di abuso dovrebbe essere di facile utilizzo. La maggioranza ha preferito una check-list con la raccolta di segni e una scala di valutazione del rischio. Tutti i medici e gli infermieri hanno risposto positivamente alla domanda se fosse importante per l'infermiere di triage di sollevare tempestivamente il sospetto di abuso o maltrattamento. Inoltre, tutti hanno risposto positivamente alla domanda se fosse utile per l'infermiere di triage consultare il sistema informatico per accedere alle informazioni sui precedenti accessi del paziente in Pronto Soccorso.

**Discussione:** Dai risultati dell'indagine emerge che c'è ancora molto da fare per migliorare la formazione e la pratica clinica riguardo al riconoscimento delle condizioni di rischio del maltrattamento su minori.

#### Commento 1:

Nei due studi si deduce che sono pochi i professionisti sanitari, per la maggioranza medici, che conoscono il percorso preferenziale per la gestione del bambino abusato o maltrattato. Inoltre, molti professionisti affermano di avere difficoltà nell'applicare le conoscenze acquisite nella pratica clinica, probabilmente a causa di una formazione inadeguata o poco specifica. Infatti, la maggioranza ritiene di non aver ricevuto una formazione adeguata sul tema. Molti professionisti ritengono che lo scarso grado di competenza sia dovuto alla mancanza di protocolli operativi e di dettagliate linee guida per affrontare tali situazioni nella pratica clinica. Per migliorare la situazione, sarebbe importante fornire un aggiornamento continuo alle figure sanitarie su queste circostanze, utilizzando metodi di apprendimento attivo come la discussione di casi clinici, le simulazioni, gli incontri multidisciplinari e la revisione di casi trattati. Al fine di ridurre il numero delle vittime di maltrattamento sui minori, il riconoscimento del maltrattamento sui minori potrebbe essere migliorato mediante l'attuazione di una politica sul maltrattamento sui minori e dovrebbe essere obbligatorio in tutti gli ospedali in Europa. Una politica sul maltrattamento sui minori dovrebbe includere una procedura di screening standard e una formazione in tutte le strutture ospedaliere, nonché la disponibilità di un responsabile e/o di un team per il maltrattamento sui minori. Ciò aiuterebbe gli operatori sanitari a riconoscere il maltrattamento sui minori, a migliorare le azioni adeguate, il follow-up e la terapia per i bambini e le loro famiglie e, di conseguenza, a ridurre ulteriori danni a questi bambini, alle generazioni future e alla società.

Nello studio realizzato da Hoedeman F., et al. è emerso che la maggior parte degli ospedali che hanno risposto al questionario ha utilizzato uno strumento di screening locale non convalidato, è stato quindi evidenziato come Louwers E. C., et al. nello studio *"Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments"* (2012). abbiano dimostrato che il tasso di individuazione del sospetto maltrattamento infantile nei bambini sottoposti a screening con lo strumento ESCAPE convalidato fosse superiore a quello dei bambini che erano stati sottoposti a screening con strumenti non convalidati.

***Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update***  
***Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update***  
**update – McTavish J. R. et al., 2020**

**Obiettivo:** Sono state sviluppate strategie per identificare i bambini sospettati di essere vittima di maltrattamenti con l'obiettivo ridurli.

Questa revisione sistematica valuta l'accuratezza degli screening per identificare i minori esposti a maltrattamento.

**Descrizione:** L'articolo in questione è uno studio che esamina l'efficacia di vari strumenti utilizzati per identificare i bambini che potrebbero essere vittime di maltrattamenti o abusi, al fine di migliorare le procedure di screening e protezione dei minori.

Lo studio ha analizzato 11 strumenti diversi, tra cui checklist, regole di predizione clinica e strumenti di segnalazione elettronici, e ha concluso che molti di essi hanno un'accuratezza limitata nell'identificare i bambini che hanno subito abusi o trascuratezza.

È stata condotta una ricerca sistematica su sette database: Medline, Embase, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Cochrane Libraries, Sociological Abstracts and the Education Resources Information Center. Sono stati inclusi studi pubblicati dal 1961 al 2 luglio 2019 che stimano l'accuratezza degli strumenti per identificare il potenziale maltrattamento dei bambini, tra cui negligenza, abuso fisico, abuso emotivo e abuso sessuale. Sono stati estratti i dati sull'accuratezza e sintetizzato narrativamente le prove.

**Risultati:** Gli autori hanno concluso che, sebbene vi sia una notevole variazione tra le tecniche di screening e le popolazioni studiate, la maggior parte delle tecniche di screening valutate hanno un basso valore predittivo positivo, ovvero un alto tasso di falsi positivi, il che significa che molti bambini potrebbero essere identificati come potenzialmente maltrattati quando in realtà non lo sono. Tuttavia, ci sono alcuni strumenti di screening, come il *Burns Risk Assessment for Neglect or Abuse Tool* e la *Pediatric Brain Injury Research Network clinical prediction rule*, che hanno mostrato una maggiore precisione nell'individuazione di potenziali casi di abuso o trascuratezza.

I risultati suggeriscono che l'uso degli strumenti di screening *SPUTOVAMO* e

*ESCAPE* su un livello di popolazione (per 100.000) comporterebbe la mancata identificazione di centinaia di bambini esposti a trascuratezza, mentre un gran numero di bambini sarebbe erroneamente identificato come potenzialmente abusato fisicamente. Gli autori di questo studio sconsigliano il solo utilizzo di questi due strumenti di screening in quanto non sufficientemente accurati, non dovrebbero sostituire la valutazione qualificata da parte di un medico. Sebbene nessuno studio abbia valutato l'effetto degli strumenti di screening sul benessere dei bambini o sui tassi di recidiva, sulla base dei dati, sulle segnalazioni e sui tassi di risposta è stato ipotizzato che i bambini che vengono erroneamente identificati come potenzialmente maltrattati dagli strumenti di screening, probabilmente prenderanno parte a un'indagine che potrebbe essere angosciante. Inoltre, i bambini maltrattati che non vengono identificati dagli strumenti di screening, non riceveranno o avranno un accesso ritardato ai servizi di salute mentale di cui hanno bisogno.

**Discussione:** Il punto forte di questa revisione è l'utilizzo di una ricerca sistematica per trovare strumenti di identificazione, l'utilizzo di una checklist di valutazione degli studi consolidata e il calcolo di falsi positivi e falsi negativi su 100 quando erano disponibili stime di prevalenza (che possono essere più utili per prendere decisioni cliniche rispetto a tassi di sensibilità e specificità), e l'utilizzo di *GRADE* per valutare la certezza dell'evidenza complessiva. Una limitazione è l'inclusione solo di studi in lingua inglese e la scarsa qualità dell'evidenza disponibile. Inoltre, l'utilizzo di tassi di prevalenza specifici potrebbe non essere applicabile in altri paesi. Infine, ci potrebbero essere studi aggiuntivi in cui le informazioni necessarie potrebbero essere calcolate.

***Screening Tools for Child Abuse Used by Healthcare Providers: A Systematic Review - Chen C. J. et al., 2022***

**Obiettivo:** valutare le proprietà psicometriche rilevanti e la qualità metodologica degli strumenti di screening utilizzati per identificare gli abusi infantili utilizzati dagli operatori sanitari sui minori (età inferiore ai 18 anni).



**Descrizione:** La ricerca è stata fatta nei database Cochrane Library, MEDLINE, Embase, CINAHL, Education Resources Information Center, PubMed, Airiti Library e OpenGray.

Sono stati analizzati gli studi sugli strumenti di screening utilizzati per identificare gli abusi nei bambini pubblicati fino a ottobre 2019 in inglese o cinese.

La qualità dello studio è stata valutata utilizzando la *checklist COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) e i criteri di valutazione, sviluppo e valutazione delle raccomandazioni (*Grading of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation*).

Ventitré pubblicazioni, che hanno utilizzato 15 diversi strumenti di screening, hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Gli strumenti di screening inclusi hanno valutato le seguenti forme di abuso sui minori: abuso fisico (n = 6); trauma cranico correlato all'abuso (n = 3); abuso fisico e abbandono (n = 2); abuso e trascuratezza sui minori (n = 1); abusi fisici e sessuali (n = 1); abuso fisico, abuso emotivo e abbandono (n = 1); e abusi sessuali (n = 1). Questi strumenti sono stati sviluppati principalmente negli Stati Uniti o nei paesi europei, con sette sviluppati negli Stati Uniti, quattro nei Paesi Bassi, due nel Regno Unito e uno ciascuno in Spagna e Corea del Sud.

Due ricercatori hanno rivisto tutte le pubblicazioni selezionate in modo indipendente utilizzando la lista di controllo *COSMIN*, che include nove proprietà di misurazione, tra cui coerenza interna, affidabilità, errore di misurazione, validità del contenuto, validità di costrutto, verifica di ipotesi, validità, validità di criterio e responsività. La qualità delle pubblicazioni è stata classificata come inadeguata, dubbia, adeguata e molto buona.

**Risultati:** Gli strumenti di screening degli studi selezionati sono stati classificati in tre grandi categorie. Quelli della prima categoria comportavano una valutazione obiettiva della coerenza del meccanismo e della gravità della lesione, determinati attraverso un esame fisico e l'esame della storia medica del bambino

Tra i 15 strumenti selezionati, cinque appartenevano a questa categoria, tra cui *INTOVIAN* per valutare abusi fisici, abusi emotivi e negligenza; la *Burns Risk assessment for Neglect or abuse Tool* (BuRN-Tool) per valutare le ustioni; il *Torso, Ear, and Neck Bruising Clinical Decision Rule* (TEN-4 BCDR) per valutare i lividi; e infine *Escape* e *SPUTOVAMO-R* per valutare gli abusi fisici.

Gli strumenti della seconda categoria, che prevedono l'uso di test biochimici e di imaging di precisione, oltre a interviste ed esami fisici, sono sei tra cui *PIBIS*, *Predicting Abusive Head Trauma* (PredAHT) e la *Clinical Prediction Rule* (CPR); lo *Screening Index for Physical Child Abuse* (SIPCA) e *Diagnostic Index for Physical Child Abuse* (DIPCA).

Gli strumenti appartenenti alla terza categoria, che prevedono la valutazione del rischio di abusi sui minori attraverso l'autosegnalazione dei genitori su problemi di salute fisica e mentale, metodi genitoriali e disciplinari, e problemi emotivi e comportamentali relativi ai bambini, sono quattro: *ERPANS* per la valutazione dell'abuso fisico e della negligenza, *PedHITSS* per la valutazione dell'abuso fisico e sessuale, *IPARAN* per la valutazione di abuso e trascuratezza sui minori e *SASA* per la valutazione degli abusi sessuali.

La maggior parte delle pubblicazioni esaminate (n = 11) non ha indicato se fosse necessaria una formazione prima di utilizzare lo strumento di screening associato. Tuttavia, le conoscenze mediche e infermieristiche di base erano chiaramente un prerequisito necessario, sebbene non dichiarato, poiché le conoscenze professionali sono necessarie per determinare il livello di coerenza tra l'esame fisico e i risultati della storia medica.

Un confronto tra il numero di valutazioni "adeguato" e "molto buono" degli strumenti di screening ha rivelato che il *PedHITSS* ha ottenuto il numero più alto (otto valutazioni), seguito da *PIBIS*, *Escape* ed *ERPANS* (sei valutazioni ciascuno). La qualità degli strumenti di screening è stata valutata utilizzando *GRADE*, ed è stata valutata come "alta" in tre strumenti (*PIBIS*, *Escape* e *PedHITSS*), "moderata" in nove strumenti e "bassa" in tre strumenti. Lo strumento *Escape* è stato lo strumento di valutazione degli abusi sui minori più comunemente utilizzato identificato in questa revisione (Louwers E. C., et al.), con un'elevata sensibilità e specificità rispettivamente dell'80%–100% e del 98,0%–98,3%. In contesto ospedaliero, la maggior parte degli strumenti di screening utilizzati dagli operatori sanitari erano incentrati sull'abuso fisico e sull'abuso sessuale. solo un piccolo numero (n = 4) ha valutato l'abbandono o l'abuso emotivo. Tuttavia, l'incuria è la forma di maltrattamento più comunemente segnalata, rappresentando il 60,8%–75,9% di tutti i casi segnalati di maltrattamento sui minori. La valutazione dell'abbandono

richiede la considerazione di molteplici aspetti e segni quali i bisogni del bambino, le capacità genitoriali, i fattori familiari e ambientali. A causa della scarsità di strumenti di valutazione disponibili, il personale clinico spesso fa affidamento sull'esperienza passata o sull'intuizione per formulare giudizi correlati. In uno studio precedente, gli operatori sanitari con esperienza nel campo della pediatria sono risultati significativamente più competenti, rispetto al personale con esperienza in altre specializzazioni, nell'identificare i casi di abuso sui minori ( $p < 0,001$ ; Sathiadas et al., 2018).

Poiché l'abuso emotivo spesso coesiste con altre forme di abuso, strumenti di valutazione dell'abuso emotivo come *INTOVIAN* possono essere utilizzati per valutare contemporaneamente l'abuso fisico, l'abuso emotivo e l'incuria.

**Discussione:** La revisione sistematica presenta alcune limitazioni, poiché include articoli pubblicati solo in inglese o cinese, potrebbero esserci articoli pertinenti sugli strumenti di valutazione pubblicati in altre lingue che sono stati omessi. Inoltre, non è stato possibile analizzare l'integrità degli strumenti identificati, in quanto la maggior parte è stata utilizzata solo in singoli studi e molti strumenti non sono stati analizzati per sensibilità e specificità. Un altro limite è caratterizzato dalla limitata capacità degli autori di valutare le prove e la qualità di un certo numero di strumenti perché non venivano forniti i risultati dei test di affidabilità e validità. Gli studi futuri dovrebbero essere progettati per confrontare diversi strumenti di valutazione per promuovere l'identificazione tempestiva dei casi di abuso sui minori. Infine, la maggior parte degli studi esaminati in questa revisione sistematica si è concentrata solo sulle valutazioni dei bambini che avevano cercato cure mediche o vivevano in comunità.

### **3.3 GLI INDICATORI DI SOSPETTO**

Lo studio olandese "*European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE)*" condotto nel 2014 da Louwers E. C., et al., ha proposto uno strumento di screening denominato "*ESCAPE form*" basato su sei domande semplici da utilizzare in Pronto Soccorso. In uno studio multicentrico che ha coinvolto 18275 pazienti, di cui 420 erano bambini che avevano dato una risposta positiva allo screening, solo 44 sono stati successivamente confermati come casi di abuso. Invece, dei 17.855 bambini con risposta negativa allo screening, solo 11 erano stati identificati come vittime di

abuso. La sensibilità dello strumento di screening non è risultata molto elevata (80%), ma la specificità è alta (98%) con una *p-value* <0,001. Lo strumento di screening si basa su sei domande che permettono di valutare la possibilità di un sospetto di abuso sul minore. Se una o più domande hanno risposte che indicano un incremento del rischio di abuso sul minore (vengono barrate le caselle scure), sono raccomandate ulteriori azioni.

Fra tutti i metodi di valutazione attualmente convalidati, sembra che la lista di domande-indicatori del progetto *ESCAPE* sia il più semplice da usare, nonché il più sensibile e specifico. Per questo motivo, sarebbe utile adottarlo nei diversi Pronto Soccorso: se venisse utilizzato un sistema comune su tutto il territorio nazionale, la rilevazione dei casi sospetti di abuso potrebbe essere notevolmente facilitata. È importante specificare, però, che la formazione del Personale sanitario di Pronto Soccorso è essenziale, in modo che anche i medici e gli infermieri dei centri con meno esperienza sappiano riconoscere i casi sospetti.

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

Figura 1: ESCAPE form

Il Progetto "*INTOVIAN*", a cui hanno partecipato sei paesi europei (Cipro, Grecia, Italia, Spagna, Portogallo e Regno Unito), si è posto l'obiettivo di migliorare i servizi sanitari europei per la salute dei bambini prevenendo e identificando tempestivamente i casi di abuso e trascuratezza. A tal fine, è stato creato uno strumento di screening per individuare famiglie a rischio o con problematiche già note di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati, considerando

anche le specificità di determinati gruppi di bambini e neonati, come quelli di età compresa tra 0 e 3 anni. Lo strumento è stato progettato per essere utilizzabile in tutti i paesi dell'Unione Europea e implementato dai professionisti del settore medico durante gli esami di routine ai bambini e neonati. La messa a punto dello strumento si è basata su strumenti di screening già esistenti, come per esempio Escape, sull'analisi delle relazioni genitore-bambino e sui feedback dei professionisti del settore medico-sanitario che hanno testato il sistema in ospedali pediatrici e nei servizi sociali dedicati alle famiglie.

È importante sottolineare che lo strumento "*INTOVIAN*" non deve sostituire altri strumenti o esami utilizzati dai professionisti nel loro lavoro. Piuttosto, dovrebbe essere considerato un supporto aggiuntivo per valutare il rischio di abuso e trascuratezza del caregiver nei confronti del bambino/neonato. L'obiettivo è di creare un sistema di triage semplice all'interno delle famiglie con un bambino/neonato, che possa distinguere tra due categorie principali: 1) sospetto di abuso e trascuratezza o modelli relazionali maltrattanti che richiedono un intervento o un'ulteriore valutazione e 2) esclusione di maltrattamento. Il punteggio ottenuto non rappresenta una diagnosi definitiva di abuso e trascuratezza del bambino. Piuttosto, una singola risposta affermativa indica che il professionista ha individuato un potenziale indicatore di rischio per sospettare la presenza di maltrattamenti del bambino o di modelli relazionali maltrattanti tra caregiver e bambino/neonato, che richiedono ulteriori esami per poter essere confermati o esclusi. Più risposte affermative ci sono, maggiore è il numero di indicatori di rischio che il professionista deve valutare.

Commento 2:

Nonostante non esistano ancora strumenti di screening convalidati che abbiano sia un'alta specificità che un'alta sensibilità, nella letteratura vengono proposti diversi strumenti convalidati che è possibile utilizzare nella pratica clinica per facilitare l'identificazione di minori vittime di abuso o maltrattamento.

È comunque importante ricordare che gli strumenti di screening devono sempre essere associati a una valutazione professionale e non possono essere utilizzati come strumenti diagnostici, vanno semplicemente a porre l'attenzione su un problema che altrimenti, in molti casi, non verrebbe preso in considerazione: il

maltrattamento infantile.

Gli strumenti di screening, quindi, sono in grado di far emergere una condizione di rischio, che dovrà poi essere approfondita attraverso altri tipi di valutazione. È, dunque, fondamentale che il personale sanitario, in particolare quello che lavora nei dipartimenti d'emergenza, abbia seguito una corretta e completa formazione sull'argomento.

### **3.4 MEDICINA LEGALE: VALUTAZIONE FISICA E IDENTIFICAZIONE DEL TRAUMA**

La presenza della medicina legale, o meglio *clinical forensic medicine*, è di fondamentale importanza per riconoscere e proteggere i bambini vittime di maltrattamenti. È essenziale per gestire la storia e i segni degli eventi lesivi, iniziando con la raccolta scrupolosa dei resoconti dell'incidente. Questo processo richiede pazienza e attenzione ai dettagli, in quanto la differenza tra un evento accidentale e uno intenzionale può dipendere da informazioni e piccoli dettagli. Inoltre, il medico legale può interpretare le lesioni e determinare la loro datazione attraverso esami strumentali che non solo facilitano la terapia, ma anche l'identificazione del momento dell'evento lesivo (Del Re G. L., et al.).

In alcuni casi di abuso fisico su minori, le lesioni coinvolgono solo la pelle e/o le ossa e le articolazioni, mentre in altri casi possono essere presenti anche lesioni viscerali. La maggior parte dei minori che subiscono abusi fisici presenta lesioni cutanee di natura contusiva o termica e fratture ossee.

Le lesioni cutanee, come ecchimosi o escoriazioni, sono presenti in meno dell'1% dei minori incapaci di camminare, nel 17% dei bambini che hanno acquisito la capacità di camminare, nel 53% dei minori autonomi nel cammino e nella maggior parte dei soggetti in età scolare. Tuttavia, le lesioni in questi casi sono spesso localizzate in sedi atipiche, come nella zona retroauricolare, al dorso o in regione genitale, invece che nelle aree cutanee comuni come gomiti e ginocchia. È importante valutare se le lesioni siano riproducibili dalla morfologia del corpo contundente che le ha causate, come la mano, una cinghia o una corda, e se presentino più stadi di evoluzione. Un approccio di tipo criminalistico può aiutare a

raccogliere maggiori evidenze possibili di tracce di terzi o di strumenti che possano meglio far comprendere la natura delle lesioni (Butchart A., et al.).

Altre lesioni indicative di maltrattamento fisico includono morsi riconducibili a soggetti adulti, ustioni da sigaretta e immersione forzata, tipicamente a guanto o a calza, con chiara demarcazione tra la cute sana e la cute lesa.

Per quanto riguarda l'apparato osteo-muscolare, le fratture craniche e del distretto extra-cranico sono lesioni indicative di abuso fisico che richiedono una valutazione clinico-radiologica più approfondita. La distribuzione delle fratture ossee è correlata con l'età del minore, ad esempio nel lattante sono più frequenti le fratture clavari, tra il primo anno di vita e i tre anni le fratture omerali in sede distale, e tra i quattro anni e l'età adolescenziale le fratture radio-ulnari distali (Alessandroni R., et al.).

È importante notare che nel 80% dei casi di lesioni fratturative causate da eventi traumatici non accidentali, i bambini coinvolti hanno un'età inferiore ai 18 mesi, mentre nel 85% dei casi di fratture accidentali, l'età dei soggetti è superiore ai 5 anni. Inoltre, il 90% dei casi di sospetto maltrattamento a seguito di accesso presso il pronto soccorso per lesioni fratturative riguarda minori di due. La American Academy of Pediatrics raccomanda di eseguire esami strumentali *total body* nei minori di due anni per la rilevazione di fratture misconosciute e l'eventuale datazione delle stesse, raccomandano anche l'utilizzo della risonanza magnetica e dell'ecografia.

In particolare per le lesioni viscerali, i traumi non accidentali sono una causa significativa di morbilità e mortalità tra i bambini. Uno studio statunitense ha rilevato che, per 100.000 minori, il 6,2% dei minori di 18 anni ha subito maltrattamenti fisici tali da richiedere cure mediche urgenti in Pronto Soccorso e il 58,2% di questi casi riguardava bambini di meno di un anno. Inoltre, il 25% dei traumi addominali nei bambini di meno di un anno erano il risultato di abusi fisici (Pitidis A., et al.).

Diversi studi hanno evidenziato che ci sono differenze nei tipi di lesioni riscontrate nei soggetti coinvolti in traumi accidentali rispetto a quelli vittime di maltrattamento. Ad esempio, le persone abusate mostrano più spesso lesioni ai visceri cavi, come le perforazioni del tratto duodenale dell'intestino, rispetto ai minori con traumi contusivi causati da eventi accidentali.

Le lesioni ai visceri toracici possono comportare diverse conseguenze, tra cui

lacerazioni cardiache causate da colpi ripetuti al torace, contusioni e perforazioni ai polmoni con conseguente distress respiratorio, traumi a trachea ed esofago che possono determinare alterazioni respiratorie, sanguinamento dalla bocca ed enfisema sottocutaneo. A differenza dei traumi addominali, i traumi toracici sono meno comuni e consistono principalmente in contusioni pleuro-polmonari (Alessandroni R., et al.).

Se si sospetta un caso di maltrattamento che abbia causato lesioni addominali, il protocollo diagnostico radiologico da seguire è simile a quello applicato in caso di trauma accidentale. L'esame diagnostico strumentale di riferimento è la tomografia computerizzata (TC), preferibilmente effettuata con l'uso di un mezzo di contrasto. Questo approccio diagnostico è considerato il migliore per valutare eventuali lesioni interne addominali.

Infine, è molto importante tener conto dell'età del minore nel momento in cui viene identificato un possibile abuso, infatti nei bambini di età inferiore ai 12-18 mesi le fratture sono molto sospette, poiché questi soggetti hanno una mobilità ridotta (Pitidis A., et al.).

### **3.5 VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA**

È consigliabile eseguire una valutazione neuropsichiatrica completa, che comprenda una valutazione clinica e un insieme di test strutturati in base all'età del bambino, al fine di valutare diversi aspetti neuropsicologici, il profilo psicopatologico e la situazione familiare, inclusi fattori di rischio e di protezione. Inoltre, è consigliabile valutare specificamente il trauma e la capacità di risposta allo stress. Un'adeguata valutazione di questo tipo può aiutare a individuare le aree in cui intervenire per ridurre i fattori di rischio e di stress e aumentare le strategie di risposta allo stress, migliorando la qualità di vita a breve e lungo termine. Va tenuto presente che gli effetti del maltrattamento si estendono nel tempo e possono avere un impatto sulla vulnerabilità di sviluppo. Per quanto riguarda la valutazione neuropsicologica, si consiglia di valutare il quoziente di sviluppo e intellettuale, le capacità linguistiche e di decodifica, la memoria, l'attenzione, le funzioni esecutive e l'apprendimento (Del Re G. L., et al.).



Il trauma e lo stress possono causare problemi neuropsicologici che possono influenzare il benessere mentale dei minori. Tra questi deficit ci sono una riduzione del quoziente intellettivo, problemi di memoria, attenzione e controllo degli impulsi, e difficoltà nel riconoscere le emozioni. Inoltre, possono verificarsi problemi psicologici come ansia, comportamento problematico, depressione, ideazione suicidaria e psicosi. Ci sono alcune criticità nella gestione di questi casi, tra cui l'identificazione corretta dei casi, la difficoltà di collaborazione con i genitori e il rischio di strumentalizzazione da parte delle famiglie. È importante che i servizi territoriali investano risorse nella gestione di questi casi e nella formazione del personale per fornire una presa in carico adeguata dei pazienti. Per affrontare le criticità nell'effettuare un *assessment* neuropsichiatrico, si può adottare una soluzione che prevede una valutazione clinica e una batteria testologica strutturata in base all'età del bambino per valutare gli aspetti neuropsicologici, il profilo psicopatologico e la diagnosi familiare, comprensiva di valutazione dei fattori di rischio e di protezione, nonché una valutazione specifica per il trauma e lo stress post traumatico. Questo tipo di valutazione accurata aiuta a individuare le aree di intervento riabilitativo e/o psicoterapeutico sia individuali che familiari, al fine di ridurre i fattori di rischio e di stress, migliorare le strategie di risposta allo stress e, di conseguenza, migliorare la qualità della vita del bambino a breve e lungo termine. L'effetto del maltrattamento deve essere considerato in un'ottica di sviluppo longitudinale e di vulnerabilità (Pitidis A., et al.).

### **3.6 IL RUOLO DELL'INFERMIERE**

L'infermiere che esercita la sua professione nei dipartimenti d'emergenza, come per esempio il triage di Pronto Soccorso, dovrebbe ricevere nel corso dei suoi studi un'adeguata formazione per quanto riguarda il riconoscimento e il trattamento dei minori maltrattati, oltre che a un continuo aggiornamento sull'argomento. È importante che sia in grado di integrare le sue conoscenze e la sua esperienza, quando possibile, con le linee guida e i protocolli operativi previsti, utilizzando anche strumenti di screening convalidati, dove necessario, per escludere o meno un caso di maltrattamento su minori. Inoltre, dovrebbe essere preparato e informato sulle

procedure di segnalazione del maltrattamento, tutelando la sicurezza fisica e psicologica del minore, che sta vivendo un'esperienza traumatica.

## **CAPITOLO 4**

### **4.1 CONCLUSIONE**

Nell'esaminare i dati disponibili, è evidente che la situazione in Europa, così come in Italia, per quanto riguarda i maltrattamenti sui minori non genera numeri molto positivi né per quanto riguarda la formazione del personale sanitario né sulla gestione del problema. Nonostante sia stato definito come un grave problema di salute pubblica, il maltrattamento infantile rimane ancora in moltissimi casi sommerso e non identificato. Gli infermieri nei dipartimenti d'emergenza possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione e nel trattamento del maltrattamento sui minori identificando i segni e i sintomi di maltrattamento durante il triage o il primo intervento, o fornendo supporto emotivo e psicologico ai minori e alle loro famiglie. Inoltre, possono essere coinvolti in programmi di prevenzione attraverso la promozione della consapevolezza e della formazione sul tema. In Italia, esiste un sistema di segnalazione obbligatoria per i professionisti che lavorano con i minori, compresi gli infermieri, ciò significa che nel momento in cui viene identificata una situazione a rischio di maltrattamento hanno l'obbligo di segnalare il caso alle autorità competenti, come i servizi sociali o le forze dell'ordine, per garantire che i minori ricevano la protezione necessaria.

In generale, è importante che i professionisti sanitari siano adeguatamente formati per identificare e gestire i casi di maltrattamento sui minori anche solo per far partire la segnalazione.

In questi casi, la necessità di un intervento delicato e complesso che richiede un alto grado di professionalità, come la gestione dell'emotività e competenze specifiche devono essere disponibili. Tuttavia, non sono molti gli infermieri che conoscono il percorso preferenziale per il bambino abusato o maltrattato, infatti molti affermano di avere difficoltà nell'applicare sul campo le conoscenze acquisite, poiché molti ritengono di non aver ricevuto una formazione adeguata. Inoltre, non sono molti gli strumenti di screening convalidati che indagano in modo completo l'abuso sui minori e che hanno un'alta sensibilità e specificità, questo porta il personale sanitario a utilizzare strumenti di screening non convalidati oppure a non

avvalersene affatto, non sfruttando in modo adeguato una risorsa che potrebbe aiutare i professionisti sanitari a identificare una situazione di rischio.

La scarsa percezione del grado di competenza potrebbe derivare da corsi poco specifici e dalla mancanza di protocolli operativi definiti nei dettagli, che potrebbero aiutare i professionisti nella pratica clinica. Pertanto, è essenziale che tutte le figure sanitarie ricevano un aggiornamento continuo su queste circostanze, utilizzando modalità di apprendimento attivo e discussioni di casi clinici, simulazioni, incontri multidisciplinari e revisione di casi trattati.

Tuttavia, è importante riconoscere il ruolo cruciale dell'infermiere nell'accoglienza e nel rilevamento dei segni e sintomi di abuso infantile fin dal triage.

In Italia, la prima forma di maltrattamento sui minori risulta essere la trascuratezza fisica, emotiva ed educativa, e in seguito ai risultati preoccupanti dell'*"Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia"* di Martinelli et al. (2021) la fondazione CESVI ha deciso di attivare in Italia un programma di prevenzione e contrasto al maltrattamento infantile che si pone l'obiettivo di migliorarne la capacità di prevenzione, identificazione e risposta.

Le iniziative progettuali sono programmi che vengono attivati per rispondere ai bisogni delle comunità locali in cui si verificano situazioni di maltrattamento infantile. Queste iniziative comprendono diverse azioni che vanno dalla creazione di spazi in cui i bambini e gli adolescenti vulnerabili possono sentirsi ascoltati e sostenuti, alla fornitura di cure specialistiche per aiutare i minori a superare il trauma derivato dalla violenza subita.

Inoltre, offrono supporto anche ai genitori, che spesso hanno bisogno di aiuto per gestire la relazione con i propri figli in modo positivo ed educativo. Infatti, i genitori possono partecipare a percorsi di formazione e di genitorialità positiva, che li aiutano a comprendere meglio i bisogni e gli stadi di sviluppo dei figli, a utilizzare modalità educative e comunicative non violente e a gestire in modo appropriato la loro relazione con i minori.

Questi programmi promuovono il coinvolgimento della comunità locale per creare un ambiente di contesto protettivo e sensibilizzare sul tema dei diritti dell'infanzia e sulla prevenzione della violenza. In questo modo, si mira a creare una cultura della

protezione dei minori e a contrastare il fenomeno del maltrattamento infantile in modo più efficace e sostenibile nel tempo.

Parallelamente, gli operatori che si occupano di situazioni di maltrattamento ricevono percorsi formativi specifici per migliorare le loro competenze nella gestione dei casi di violenza e nel supporto ai minori e alle loro famiglie.

Infatti, in seguito ai risultati dell'Indagine, sono stati proposti diversi corsi di formazione per il personale sanitario, come per esempio il percorso formativo "Abuso e maltrattamento sui bambini: come riconoscere e curare" organizzato da Terre des Hommes in collaborazione con l'Università di Milano, Palermo e Firenze, l'Ospedale Meyer e il centro Promise, che si occupava della formazione riguardo ai metodi di screening, alla diagnosi differenziale, alla presa in carico e infine al rapporto con la giustizia.

Il personale sanitario, e in particolare gli infermieri che esercitano la propria professione all'interno di un dipartimento d'emergenza, ha nella maggioranza dei casi molte lacune e sono molti ad ammettere di avere necessità di una specifica formazione in merito.

Da questa revisione della letteratura emerge che c'è ancora molto spazio per migliorare sia la formazione che la pratica clinica sul tema del riconoscimento della condizione di rischio di abuso sui minori.



## BIBLIOGRAFIA

- Alessandrini R., Borsari S., Brunelli A., Chitti D., D'Ambrosio S., Dazzani C., Degiorgis L., Di Mario S., Dotti M., Gennari M., Lambertini L., Maccarelli C., Morgan L., Natali G., Paone G., Pellacani A., Regazzi M. G., Ruffilli I., Salluce M. C., Tarricone I., Volta A. (2021). Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza - Raccomandazioni per professioniste/i - Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti.
- Butchart A., Phinney Harvey A. (2006). Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. *World Health Organisation*.
- Chen C. J., Chen Y. W., Chang H. Y., Feng J. Y. (2022). Screening Tools for Child Abuse Used by Healthcare Providers: A Systematic Review. *The journal of nursing research: JNR*, 30(1), e193.
- Del Re G. L., Durante R., Mambelli M. C., Salviato C., Pezzolo M., Vencato C., Braioni C. (2017). Linee guida per l'attività delle Equipe Specialistiche in materia di abuso sessuale e grave maltrattamento dei bambini/e dei ragazzi/e minori d'età. *Regione del Veneto - Direzione Servizi Sociali*.
- Di Iullo T., Angelucci P., Cacia L., Di Gioia A., Gasteratou E., Malorni N., Nicolussi M., Sarno L., Soavi G. (2017). Maltrattamento e abuso all'infanzia – Indicazioni e raccomandazioni. *Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi*.
- Hoedeman F., Puiman P. J., Smits A. W., Dekker M. I., Diderich-Lolkes de Beer H., Laribi S., Lauwaert D., Oostenbrink R., Parri N., García-Castrillo Riesgo L., Moll H. A. (2021). Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better? *PLoS one*, 16(2),
- Louwers E. C., Korfage I. J., Affourtit M. J., De Koning H. J., Moll H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC pediatrics*, 12, 167.
- Martinelli L., Giannotta F., Soavi G., Briganti R., Crippa A., Patrizio M (2021). Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia - Risultati e prospettive. *Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - CISMAI - Fondazione Terre des Hommes Italia*.

- McTavish J. R., Gonzalez A., Santesso N., MacGregor J. C. D., McKee C., MacMillan H. L. (2020). Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC pediatrics*, 20(1), 113.
- Montecchi F., (2005). Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento, *Franco Angeli Editore*, Roma.
- Pitidis A., Longo E., Cremonesi P., Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (2019). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso. *Rapporti ISTISAN 19/29*.
- Scaduto G., Caravita S., Donghi E., Invernizzi I., Maisano F., Bettiga R. (2019). Dossier su bullismo e cyberbullismo dalla comprensione del fenomeno all'intervento. *Ordine degli Psicologi della Lombardia*.
- Zanetti C., Quarella P. (2019). Abuso e maltrattamenti nell'infanzia, riconoscerli è importante, ma come? *Fnopi L'infermiere*.



## SITOGRAFIA

- FNOPI: Federazione Nazionale Organi delle Professioni Infermieristiche (1954).  
Disponibile in: <https://www.infermiereonline.org/>
- ISS: Istituto Superiore di Sanità (1934).  
Disponibile in: <https://www.iss.it/>
- Cismai: Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (1993).  
Disponibile in: <https://cismai.it/>
- Terre Des Hommes (1960).  
Disponibile in: <https://terredeshommes.it/>
- CNOP: Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (1989).  
Disponibile in: <https://www.psy.it/>
- CESVI: Cooperazione E Sviluppo (1985). Lotta al maltrattamento infantile.  
Disponibile in: <https://www.cesvi.org/il-nostro-lavoro/cesvi-in-italia/lotta-al-maltrattamento-infantile/>