



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-CHIRURGICHE,
SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ PUBBLICA

Corso di Studio in Infermieristica

Elaborato finale

RI-CONOSCERE IL MALTRATTAMENTO
INFANTILE: COME L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE
PUÒ SUPPORTARE LA REALTÀ OSPEDALIERA

Referente:

Dott. ssa Cristina Giordani

Laureanda:

Martina Quarti

Matricola n. 724534

Anno Accademico 2020/2021

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: Inquadramento teorico	3
1.1 <i>Il maltrattamento infantile</i>	3
1.1.1 <i>Tipologie di maltrattamento</i>	5
1.1.2 <i>Indicatori di maltrattamento</i>	10
1.1.2.1 <i>Maltrattamento fisico</i>	12
1.1.2.2 <i>Maltrattamento comportamentale</i>	15
1.2 <i>Riferimenti legislativi</i>	16
1.3 <i>Epidemiologia mondiale, europea ed Italiana</i>	18
1.4 <i>Metodi di intervento</i>	22
1.4.1 <i>La prevenzione</i>	23
1.4.2 <i>La prospettiva ecologica</i>	24
1.4.3 <i>L'utilizzo di strumenti</i>	25
CAPITOLO 2: Materiali e metodi	27
2.1 <i>Visione generale</i>	27
2.2 <i>Quesiti di ricerca</i>	27
2.3 <i>Metodologia dell'indagine conoscitiva</i>	29
2.3.1 <i>Campione</i>	29
2.3.2 <i>Strumento</i>	30
2.3.3 <i>Scheda operativa</i>	31
2.4 <i>Metodologie di analisi dei risultati</i>	31
CAPITOLO 3: Risultati	32
3.1 <i>Risultati della revisione della letteratura</i>	32
3.2 <i>Risultati dell'indagine qualitativa</i>	33
CAPITOLO 4: Discussione	44
CONCLUSIONI	49
BIBLIOGRAFIA	57
RINGRAZIAMENTI	
ALLEGATO 1 – Strategie per prevenire il maltrattamento sui minori	
ALLEGATO 2 – Intervista	

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 definisce il maltrattamento infantile come: *“L'abuso o il maltrattamento sull'infanzia è rappresentato da tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, 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”* ed afferma di poterlo definire come un *“problema di salute pubblica”*. A conferma di ciò emergono i dati raccolti dalla seconda indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia condotta da CISMAI e Terre des Hommes la quale rileva che i bambini e i ragazzi presi in carico dai servizi sociali sono 401.766 in Italia, 77.493 dei quali sono vittime di maltrattamento. L'indagine è stata realizzata tra Luglio 2019 e Marzo 2020, su dati ISTAT del 2018.

Questo fenomeno, molto spesso, trova origine e maggior diffusione nella famiglia stessa, che invece di essere il principale ambiente di affetto e cura, risulta la diretta responsabile di violenza inflitta al minore dove il bambino è molto spesso la vittima principale su cui i genitori riversano la propria rabbia, delusione e umiliazione. Risulta, però, difficile individuare queste situazioni se non attraverso le segnalazioni che giungono dalle diverse figure che hanno un contatto diretto con il bambino e si insospettiscono di qualche suo comportamento insolito.

Fondamentale è il contributo nel 1962, di Kempe che formulò la definizione clinica della *Battered Child Syndrome* (*“sindrome del bambino maltrattato”*) modificata poi in *«child abuse and neglect»*. Questo fenomeno che, negli ultimi anni, risulta sempre più un problema complesso.

La mia scelta di affrontare questo tema come argomento per il mio elaborato finale nasce dalla curiosità riguardo ad un tema molto attuale e sempre più in aumento dopo gli eventi pandemici dell'ultimo anno, infatti i dati dimostrano che ogni anno milioni di minori nel mondo sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale ed emotiva. Il maltrattamento sui minori è un problema internazionale ingente con un impatto notevole sulla salute fisica e mentale delle vittime, sul loro benessere e

sviluppo e per estensione sulla società in generale. Così ho voluto osservare ed analizzare le modalità operative, l'organizzazione e gli strumenti utilizzati dalle diverse figure professionali coinvolte nell'assistenza al minore maltrattato.

L'obiettivo della mia tesi sarà quello di indagare il livello di conoscenza dei professionisti riguardo al tema del maltrattamento infantile; in particolare modo porre a confronto le conoscenze, le competenze e le modalità operative che possono adottare i diversi operatori indagati, valutare la presenza di strumenti comuni e l'interrelazione che intercorre tra questi. I professionisti indagati operano in aree di emergenza e degenza ospedaliera (Pronto Soccorso Pediatrico e U.O. di Pediatria) e sulla realtà territoriale (Assistenti Sociali e Dirigente Scolastica).

Il mio elaborato sarà suddiviso in quattro capitoli:

- Il primo capitolo tratterà una revisione della legislazione nazionale e internazionale a disposizione riguardo la tutela e i diritti dell'infante, l'epidemiologia mondiale, europea ed Italiana ed illustrerà le diverse tipologie di maltrattamento con i relativi indicatori,
- Il secondo capitolo esplicherà le scelte metodologiche adottate per la stesura dell'elaborato: le strategie di ricerca per la selezione degli articoli e la somministrazione di un'intervista con domande a risposta aperta alle Coordinatrici Infermieristiche ed Infermieri presenti nel turno di lavoro delle Unità Operative esplorate, a un Dirigente Scolastico e a 2 Assistenti Sociali operanti nello stesso Comune,
- Il terzo capitolo comprenderà i risultati emersi dalla somministrazione delle interviste al personale sanitario, scolastico e dell'area sociale,
- Il quarto capitolo riguarderà l'analisi dei risultati ottenuti dalle diverse interviste in relazione alle nozioni reperite in letteratura scientifica. L'elaborato si conclude con la discussione della realtà emersa durante lo studio e la presentazione di una brochure dal titolo *“RI-CONOSCERE IL MALTRATTAMENTO”* ed una proposta di istruzione operativa: *“RI-CONOSCERE IL MALTRATTAMENTO: istruzione operativa per il personale Sanitario, Sociale e Scolastico”*.

CAPITOLO 1

Inquadramento teorico - revisione della letteratura

1.1 IL MALTRATTAMENTO INFANTILE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce che *“ogni bambino ha diritto alla salute e a una vita privata priva di violenza”* (World Health Organization, 2006).

Nonostante questo diritto sia sancito da numerose Convenzioni Internazionali e Leggi Nazionali, in tutto il mondo ogni anno milioni di soggetti in età evolutiva sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale, psicologica e sfruttamento. Il maltrattamento è dunque un *“problema di salute pubblica”* (WHO 2006) per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime, sul loro sviluppo e, più in generale, sulla società anche in termini di spesa sociale e sanitaria.¹

Il fenomeno del maltrattamento infantile all'interno della società, nell'opinione pubblica, sulle istituzioni politiche e sulle figure professionali iniziò a farsi sentire solo nel 1946 quando J. Caffey, medico del Dipartimento di Pediatria della Columbia University di New York, in un suo studio descrisse un quadro clinico, tipico dei bambini, *“caratterizzato da una frequente associazione fra ematoma subdurale e fratture multiple delle ossa lunghe”*², riconducibile al violento scuotimento dei soggetti. Queste osservazioni furono poi confermate dalle esperienze del radiologo Silvermann nel 1953 e in seguito da quelle di Kempe, un pediatra inglese.

Il contributo di Kempe et al. fu particolarmente importante per aver introdotto, nel 1962, in una rivista scientifica un articolo sull'espressione clinica Battered Child Syndrome (*“sindrome del bambino maltrattato”*); alcuni anni dopo fu lo stesso Kempe ad abbandonare *“la precedente dizione, coniando, al fine di meglio inquadrare i multiformi aspetti del problema, l'espressione di «child abuse and neglect», tutt'ora in uso”*.³ Dunque, in concreto, l'introduzione di questa formula rappresentò una vera e propria svolta nello scenario del maltrattamento. Ci furono

1 Larkin H. et al. (2012); *“The Health and Social Consequences of Adverse Childhood Experiences (ACE) Across the Lifespan: An Introduction to Prevention and Intervention in the Community”*; *Journal of Prevention & Intervention in the Community*.

2 Mastronardi V. (2012); *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*; Milano; Giuffrè Editore; pp. 354.

3 Kempe H.C. (1962); *“The Battered Child Syndrome”*; Germania.

alcuni cambiamenti rilevanti come il crescente aumento delle professioni interessate allo studio di questo tema, l'ampliamento delle modalità operative considerate adeguate ad affrontarlo e una maggiore sensibilità non più soltanto sul maltrattamento fisico, ma anche su altre forme di abuso come quello psicologico e sessuale che incidono significativamente sulla crescita psico-fisica del minore.

Il maltrattamento nei confronti dei soggetti in età evolutiva si configura, quindi, come un fenomeno complesso per le sue caratteristiche, assai differenziate a seconda dell'età della vittima, della tipologia e della gravità della violenza, del contesto in cui avviene e della relazione tra la vittima e l'autore della violenza.

La violenza sui minori è molto diffusa ma, al contempo, difficilmente rilevabile sia per meccanismi culturali di minimizzazione e negazione del fenomeno, sia perché è caratterizzata dal verificarsi prevalentemente all'interno della famiglia (WHO, 2002), col forte rischio di restare inespressa e invisibile, ampliando e cronicizzando i danni sul piano fisico e psicologico delle vittime.

Le evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute, evidenziando danni fisici e psicologici, che impongono di attuare cure precoci, efficaci, integrate e specialistiche.⁴

Come per il maltrattamento anche la stessa concezione dell'infanzia è mutata con il passar del tempo. In particolar modo, il progresso delle scienze psicologiche e sociali ha contribuito a creare una nuova visione del minore all'interno della famiglia e della società. Infatti, prima della Costituzione il minore era considerato come un oggetto subordinato agli interessi e al potere degli adulti che esercitavano su di lui un'influenza così forte al punto da poter decidere per la sua stessa vita e morte. Successivamente, invece, a livello internazionale i molteplici e importanti interventi legislativi adottati a favore del minore hanno contribuito a costruire una concezione differente del fanciullo, ossia come un soggetto autonomo di diritti, capace di stabilire relazioni stabili e personali di costruire in modo libero e individuale la propria esistenza.

⁴ Cheli M. et al. (2012); "Esperienze traumatiche in età evolutiva e fattori di rischio familiari: un'indagine sugli esiti nello sviluppo"; *Abuso e Maltrattamento all'Infanzia*; Vol. 14; n. 3; pp. 11-24.

1.1.1 TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO

Il Maltrattamento è il risultato di una complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali. Prima di suddividere le tipologie di maltrattamento possiamo distinguere diverse definizioni:

- *“L’insieme di atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino”* (IV Colloquio Criminologico del Consiglio d’Europa, Strasburgo, 1978);
- *“[...] Quella situazione in cui, attraverso atti intenzionali o disattenzione grave nei riguardi dei bisogni di base del bambino, il comportamento di un genitore o di un sostituto o di un altro adulto che del bambino si occupi, abbia causato danni o menomazioni che potevano essere previsti ed evitati o abbia contribuito materialmente al prolungamento di un danno o di una menomazione esistente”* (National Center of Child Abuse and Neglect nel 1981);
- Il V Congresso internazionale sull’infanzia maltrattata e abbandonata (Montreal 1984) definì abuso *“ogni atto omissivo o autoritario che mette in pericolo o danneggia la salute o lo sviluppo emotivo di un bambino, comprendendovi anche la violenza fisica e le punizioni corporali irragionevolmente severe, gli atti sessuali, lo sfruttamento in ambito lavorativo e la mancanza di rispetto dell’emotività del fanciullo”*;
- L’OMS nel 1999 dichiarava che *“per maltrattamento all’infanzia (child abuse or maltreatment) si intendono tutte le forme di cattiva cura (ill-treatment) fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere”*⁵.

5 Krug E.G. et al. (2002); *“World report on violence and health”*; Ginevra; World Health Organization.

Gli abusi all'infanzia, come si evince chiaramente da quest'ultima definizione, assumono diverse forme e sono comunemente distinte in: maltrattamento, patologia delle cure, abuso sessuale e violenza assistita.

Classificare le varie forme di maltrattamento all'infanzia è utile per fini esemplificativi, ma è opportuno ribadire che il minore è più frequentemente vittima di “costellazioni” maltrattanti multiformi.⁶

1. Maltrattamento

- *Maltrattamento fisico*

Con il termine “maltrattamento fisico” si intende il ricorso alla violenza fisica come aggressioni, punizioni corporali, o gravi attentati all'integrità fisica, alla vita del bambino/adolescente e alla sua dignità. *“Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire”.* (WHO, 2006)

Non sempre il maltrattamento fisico lascia segni evidenti sul corpo del bambino e anche quando questi sono presenti, possono non essere facilmente visibili o immediatamente interpretabili in maniera corretta.

Le lesioni possono essere a carico di diversi organi e apparati configurando quadri clinici diversi (fratture, lesioni cutanee, concussione cranica e *“sindrome dello Shaken baby”*, danni profondi viscerali, mutilazioni genitali femminili) e pongono complesse questioni di diagnostica differenziale. Il maltrattamento fisico è quasi sempre inevitabilmente collegato al maltrattamento psicologico.

- *Maltrattamento psicologico*

Per maltrattamento psicologico s'intendono i comportamenti e le frasi che si configurano come pressioni psicologiche, ricatti affettivi, minacce, intimidazioni, discriminazioni, indifferenza, rifiuto volti a provocare umiliazione, denigrazione e svalutazione in modo continuato e duraturo nel tempo. È una forma molto insidiosa di violenza perché difficilmente rilevabile e può essere associata ad altre forme di maltrattamento. Rientra in tale categoria anche il coinvolgimento del figlio minore nelle separazioni coniugali altamente conflittuali, che comportano il suo

⁶ World Health Organization (2006); *“Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi”*, Francia.

attivo coinvolgimento in strategie volte a denigrare, svalutare, alienare, rifiutare un genitore. Il maltrattamento psicologico, nel tempo, mina profondamente la struttura di personalità in formazione, il senso di autostima del bambino e dell'adolescente, le sue competenze sociali e, più in generale, la sua rappresentazione del mondo.

2. La patologia della cura

La patologia delle cure è *"l'inadeguatezza o l'insufficienza di cure fisiche e/o psicologiche fornite al bambino, in rapporto al suo momento evolutivo, da parte di coloro che ne sono i legali responsabili"*.⁷

Con quest'espressione si intende, in sostanza, l'incapacità dei genitori di rispondere ai bisogni fisici e psicologici propri del minore incidendo in maniera negativa sul suo percorso di crescita. Essi, inoltre, non sono in grado di adempiere i doveri caratterizzanti il loro ruolo rispetto ai minori, quali: assisterli, proteggerli, stimolarli, dare loro affetto e non esporli alle situazioni di pericolo. Questa tipologia di maltrattamento è grave perché espone il minore a una seria condizione di malnutrizione, significative difficoltà scolastiche, mancanza di educazione al rispetto delle regole di comportamento e di serena convivenza, incapacità di stabilire legami duraturi e assumere atteggiamenti devianti. Tra le modalità di patologia delle cure si riconoscono: l'incuria, la discuria e l'ipercuria.

- Incuria/trascuratezza grave: qualsiasi atto omissivo dovuto a grave incapacità del genitore nel provvedere ai bisogni del figlio, che comporta un rischio imminente e grave per il bambino, quale abbandono, rifiuto, grave compromissione dello sviluppo fisico, cognitivo, emotivo o altre forme di abuso e violenza, fino al decesso. Spesso non viene rilevata o è scarsamente riconosciuta, frequentemente è associata ad altre forme di maltrattamento.
- Discuria: quando le cure vengono fornite in modo distorto, non appropriato al momento evolutivo, tali da indurre un anacronismo delle cure, l'imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali, eccessiva iperprotettività.
- Ipercuria: quando le cure fisiche sono caratterizzata da una persistente ed eccessiva medicalizzazione da parte del genitore, generalmente la madre e si distinguono in:

⁷ Montecchi F. (2012); *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*; Milano; FrancoAngeli.

- *“Medical shopping”*: quando uno o entrambi i genitori sono preoccupati per lo stato di salute del bambino e lo sottopongono a inutili ed eccessivi consulti medici.
- *“Chemical abuse”*: quando il genitore, di sua iniziativa, somministra al bambino sostanze o farmaci che possono essere dannose allo scopo di provocare sintomi che richiamino l'attenzione dei sanitari.
- *“Sindrome di Münchausen per procura (MPS)”*: quando un genitore, di solito la madre, attribuisce al figlio malattie inesistenti, frutto di una sua convinzione distorta della realtà che trasferisce sul bambino che si immedesima simulando i sintomi della malattia.

3. Violenza assistita

Per violenza assistita si intende la visione, da parte del bambino, di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. Si includono le violenze messe in atto da minori su minori o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni animali domestici. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo) o indirettamente (quando ne è a conoscenza o ne percepisce gli effetti).

La violenza assistita rappresenta un fattore di rischio altamente predisponente per altre forme di maltrattamento.

4. Abuso sessuale

Per abuso sessuale intendiamo *“ogni situazione in cui il bambino sia tratto a espressioni sessuali, alle quali, in ragione della sua giovane età, non può liberamente acconsentire con totale consapevolezza, o che violino radicati tabù sociali”* (Kempe e Kempre, 1890).

Questa definizione considera con abuso sessuale qualsiasi approccio o azione di natura sessuale che coinvolge un bambino o un adolescente e che causa in lui disagio o sofferenza psicologica, incluse manifestazioni seduttive ed erotizzate che il bambino non è in grado di comprendere.

A seconda del rapporto presente tra il bambino e l'abusante, possiamo suddividere l'abuso sessuale in:

- Intra-familiare: attuato dai membri della famiglia nucleare o allargata,
- Peri-familiare: attuato da persone conosciute al minore, comprese quelle a cui è affidato per ragioni di cura o educazione,
- Extra-familiare: attuato da un estraneo all'ambiente familiare o al minore.

L'abuso sessuale raramente è un atto violento che lascia segni fisici.

La valutazione medica rappresenta solo un aspetto di questo complesso percorso diagnostico che deve necessariamente essere multidisciplinare.

- *Sfruttamento sessuale*

Una particolare tipologia di abuso sessuale è rappresentata dallo sfruttamento sessuale definito come comportamento di chi percepisce denaro, o altre utilità, da parte di singoli o di gruppi criminali organizzati, finalizzati all'esercizio di:

- Pedopornografia: ogni rappresentazione di un minore in attività sessuali specifiche, reali o simulate, o qualunque rappresentazione degli organi sessuali di un minore per scopi principalmente sessuali,
- Prostituzione minorile: il minore è costretto a compiere atti sessuali in cambio di denaro o altra utilità,
- Turismo sessuale: si definisce "turista sessuale" colui che al fine di praticare sesso con i minori, organizza periodi di vacanza (o di lavoro) in paesi che, non solo tollerano la prostituzione minorile, ma la propagano per attirare il turista e incassa così la valuta pregiata.
- *Abuso "online"*: ogni forma di abuso sessuale su minori effettuato attraverso internet e la documentazione di immagini, video, registrazioni, di attività sessuali esplicite, reali o simulate.

5. *Bullismo e cyberbullismo*

Con il termine "bullismo" si intende: *"quei comportamenti offensivi e/o aggressivi che un singolo individuo o più persone mettono in atto, ripetutamente nel corso del tempo, ai danni di una o più persone con lo scopo di esercitare un potere o un dominio sulla vittima"* (Fonzi, 1997).

È sottinteso il concetto di intenzionalità da parte del responsabile delle offese che creano disagio e un danno fisico e psicologico nelle vittime.

“La differenza tra le normali dispute tra bambini o adolescenti e gli atti di bullismo veri e propri consiste nella predeterminazione e nell'intenzionalità che caratterizzano questi ultimi, nella ripetitività nel tempo, nonché nella soddisfazione che gli autori di tali abusi ne traggono, nello squilibrio di potere tra il bullo e la vittima, con l'affermazione della supremazia e del bullo sulla vittima (in termini di età, forza fisica, numerosità, ecc.)” (Cullingford e Morrison, 1995).⁸

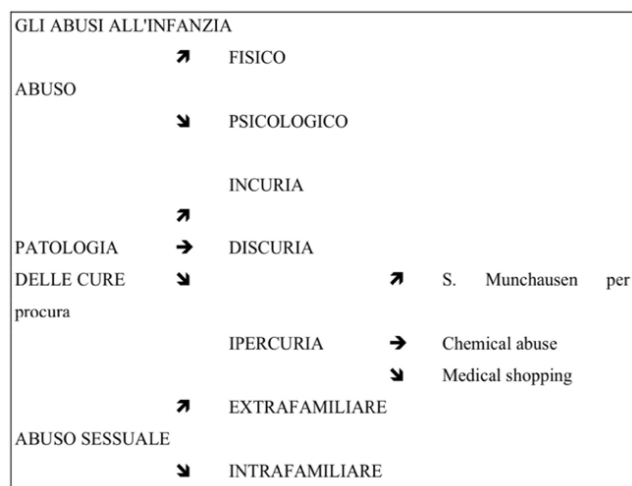


Figura 1: Classificazione maltrattamento. Fonte: SINPIA

1.1.2 INDICATORI DI MALTRATTAMENTO

Il maltrattamento non è un evento facile da identificare e trattare, tanto meno quando ad esserne colpito è un minore, soggetto che spesso potrebbe non rendersi conto delle varie situazioni che si vengono a creare. Questo accade perché il minore resta passivo o non ha l'autonomia o la possibilità di sfuggire al maltrattamento ed è il motivo per cui raramente è la vittima a chiedere aiuto.

L'identificazione di questo evento è un interrogativo di grande attualità in un contesto sociale e mediatico che da una parte tende a fare di qualsiasi minimo sospetto un evento conosciuto da tutti che suscita scalpore nell'opinione pubblica, mentre dall'altra, molto spesso, intorno a noi, esistono tante realtà dove la violenza e l'abuso sono presenti ma passano inosservati e talvolta ignorati.

⁸ CISMAI (Luglio 2013); “Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”; direzione generale Sanità e Politiche Sociali; pag. 13-17.

Può succedere che la percezione di maltrattamento venga minimizzato o sminuito ma il sospetto deve essere sempre tenuto in considerazione.

La denuncia da parte del minore è molto rara ed ancora più difficile è l'ottenimento di un'anamnesi chiara, coerente e ricca di particolari che al tempo stesso sia affidabile e priva di condizionamenti.

Non esistono metodi scientifici che, basandosi sulle dichiarazioni del minore, permettono di distinguere la verità dalla menzogna, tuttavia è fondamentale per gli operatori tenere in considerazione che ogni individuo è diverso e potrebbe reagire diversamente alle procedure che vengono attuate.⁹

L'elenco degli indicatori di rischio può rappresentare per gli operatori un valido aiuto anche se va utilizzato con moderazione e attenzione per evitare il rischio di essere disorientati portando l'operatore a valutazioni non fondate.

Il fenomeno del maltrattamento può essere considerato un fenomeno multidisciplinare, si possono distinguere i seguenti indicatori:

- Presenti nel bambino
 - Fisici primari: lesioni rilevabili nel bambino che confermano l'ipotesi di maltrattamento;
 - Fisici secondari: elementi fisici non necessariamente collegabili all'ipotesi di maltrattamento ma che nemmeno lo escludono (schiaffi, calci, fratture, ricoveri frequenti);
 - Comportamentali: comportamenti del minore che indicano un disagio collegato al fenomeno del maltrattamento.
- Presenti nella famiglia e nell'ambiente in cui vive.

Interessante e assolutamente fondamentale affermare che uno solo di questi indicatori non rileva il fenomeno, come è vero che oltre alla multidisciplinarietà dei fattori anche quella degli operatori (psicologi, pediatri, pedagogisti, educatori, insegnanti) risulta fondamentale, l'intera equipe e non il singolo sono in grado di eseguire una valutazione multidimensionale completa.

⁹ Mancini M. (2017); "I segni dell'abuso sui minori: Come si riconoscono, cosa guardare, come interpretare"; *Diritto & diritti dal 1996*; pp.1.

1.1.2.1 MALTRATTAMENTO FISICO

I segni fisici dell'abuso, sia attivo (maltrattamento o abusi sessuali) o passivo (incuria, disuria e ipercuria) possono essere difficili da riconoscere, da dimostrare ma anche da accettare. Non sempre sono presenti segni evidenti ma ciò non esclude la presenza di un abuso. La maggior parte dei pazienti non riporta tracce evidenti perché l'accertamento viene effettuato tardivamente rispetto al momento dell'abuso e le prove, come per esempio le tracce biologiche, durano molto poco o vengono rimosse direttamente dalla vittima (lavaggio o medicazione).

Bisogna considerare che non tutte le violenze lasciano segni evidenti soprattutto se effettuate con particolari strumenti (corde bagnate o giornali ad esempio) o in determinate condizioni.

L'anamnesi e l'accertamento medico sono molto importanti, così come l'esame fisico completo: un'accurata ispezione della pelle, tra cui sotto il pannolino, dietro e dentro le orecchie, dentro la bocca.

Dobbiamo tener presente che la visita potrebbe rappresentare un ulteriore stress per il bambino e che la maggior parte dei minori prova disagio durante questo tipo di accertamento, la necessità di denudarsi molte volte ricorda l'abuso subito.¹⁰

È importante tener conto di alcuni criteri generali per la visita:

- Localizzazione delle lesioni: ci sono alcune zone del corpo in cui non si sospetta maltrattamento perché è molto probabile che vengano lesionate o che presentino lividi accidentali. Gli ematomi per cui non si sospetta sono quelli situati nei punti in cui i bambini tipicamente si fanno male: fronte, mento, zigomi, naso, gomiti, ginocchia, cresta del bacino, ginocchia, tibie.
Gli ematomi sospetti invece sono quelli presenti su: collo, nuca, petto, schiena, ventre, natiche e parti interne agli arti o morsi in zone non autoaggregabili. Ogni ematoma senza anamnesi nelle zone del torace, orecchie e collo in un bambino di età inferiore ai 4 anni, dovrebbe essere un sospetto di abuso.
- Numero delle lesioni: controllare se sono numerose, se sono su diversi distretti corporei o multiformi per tipologia (ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, lacerazioni, ecc.);

¹⁰ Ministero della Salute (2014); "Informativa OMS: maltrattamento infantile".

- Cronologia delle lesioni/ematomi: controllare quali sono le più recenti, quali in via di guarigione e quali già cicatrizzate. Gli ematomi che provengono da un singolo incidente di solito hanno lo stesso colore (un ematoma di colore giallastro significa che ha più di tre giorni);
- Età del minore: più il bambino è piccolo e meno verosimili risulteranno le giustificazioni date dagli adulti sulla causa dei traumatismi “accidentali”.

Il passaggio successivo è quello di escludere eziologie mediche per le ferite, quindi può esserci la necessità di effettuare altri test o altri esami per fare chiarezza sulla situazione clinica del minore.¹¹

I segni fisici del maltrattamento sono in genere costituiti da:

- Ematomi/Ecchimosi;



Figura 2: Impronte di colpi con cavo elettrico. Fonte: Lips U.



Figura 3: Impronta di uno schiaffo molto forte. Fonte: Lips U.

- Morsi (se la distanza tra i canini è inferiore ai 3 cm si tratta del morso di un bambino, altrimenti di un adulto);
- Abrasioni/Escoriazioni;
- Ferite lacero-contuse o lacere;
- Esiti cicatriziali;
- Lesioni termiche (scottature, bruciature, ustioni): hanno contorni netti e sono localizzate soprattutto su mani, piedi e nella zona anogenitale, sedi in cui il bambino non riesce a procurarsi lesioni da solo.

¹¹ SINPIA (2007); “Linee guida in tema di abuso sui minori”; pp. 15-16.

Un esempio di scottatura da maltrattamento è quella da immersione forzata, nel bambino si noterà una lesione a “calzino” o a “guanto” nelle zone di mani o piedi.



Figura 4: Scottatura accidentale dovuta a bevanda bollente che il bambino ha tratto a sé dal tavolo. Fonte: Lips U.



Figura 5: Scottatura dovuta a maltrattamento: immersione dei piedi in acqua bollente. Fonte: Lips U.

- Fratture: il riscontro di fratture nello scheletro infantile è un campanello d'allarme molto importante per la diagnosi di maltrattamento infantile, soprattutto quando queste si manifestano in età precoce o non coincidono con l'incidente descritto.
- Lesioni interne: le lesioni interne portano solitamente ad un quadro clinico grave che necessita di un'ospedalizzazione immediata. Esse possono essere causate dallo scuotimento del bambino che, non ancora in grado di stabilizzare la testa, subisce lesioni intracraniche e intracerebrali gravi, senza che il cranio subisca urti esterni. Questo atto compiuto solitamente dal genitore e scatenato dall'incapacità di fermare il pianto del bambino è definito Shaken Baby Syndrome.
- Intossicazioni: stati di coscienza alterati o riscontri neurologici devono far pensare alla somministrazione di sostanze psicotrope o medicinali. Queste sostanze sono riscontrabili nel sangue o nelle urine.¹²

¹² Lips U. et al. (2011); Maltrattamento infantile – protezione dell'infanzia. *“Guida alla diagnosi precoce e alle procedure nello studio medico”*; Berna; Fondazione Svizzera per la Protezione dell'Infanzia; 2ª ed. in lingua italiana (2020).

1.1.2.2 MALTRATTAMENTO COMPORTAMENTALE

Basandoci sulle dichiarazioni fatte da bambini o da adulti non esistono metodi inconfutabili o univoci che permettano di distinguere la verità dalla menzogna. Le metodologie che vengono messe in atto possono portare a risultati differenti a seconda del soggetto che ci troviamo di fronte. I minori, in particolar modo, sono degli individui in continuo cambiamento, quindi il metodo utilizzato con uno, può non essere ottimale per l'altro oppure può produrre risultati differenti. Anche la cultura e l'ambiente in cui si trova influenzano le risposte del minore.¹³

A differenza dei segni fisici, non sempre presenti ma più facili da rilevare, i segni psicologici, in caso di maltrattamenti, non mancano e riguardano le capacità adattive del bambino. Il maltrattamento psicologico, nel tempo, mina profondamente la struttura della personalità in formazione, il senso di autostima del bambino o adolescente, le sue competenze sociali e, in generale, la sua rappresentazione del mondo.¹⁴

Esistono alcuni indicatori di riferimento per i professionisti riguardanti i cambiamenti comportamentali che risultano clinicamente più tipici sebbene non costituiscano una prova certa e assoluta.

Fino ai 6 anni: disturbi del sonno, disturbo condotte alimentari, lamentele per dolori fisici (cefalea, dolori addominali), preoccupazioni insolite, paure immotivate, rifiuto nel mostrare il corpo nudo, esplosioni emotive improvvise (pianto, crisi di rabbia, mutismo), isolamento sociale, aggressività contro adulti/coetanei, atti di autolesionismo, interesse sessuali e comportamentali sessualizzati inappropriati all'età, masturbazione compulsiva, aggressività nel gioco, atteggiamenti violenti.

Dopo i 6 anni si aggiungono anche: passività, inibizione del pensiero, depressione, isolamento, difficoltà scolastiche, oppositività, provocatorietà, fughe, comportamenti immaturi, regressione fasi evolutive precedenti, tentativi di suicidio.

È fondamentale attuare una valutazione multidimensionale del bambino, considerando aspetti fisici e psicologici in relazione a età e stadio di sviluppo.¹⁵

13 Autorità Garante per l'infanzia, Cismai, Fondazione Terre del Hommes Italia (2015); *"Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia"*; pp. 14-21

14 Di Iulio T. et al. (2017); *"Maltrattamento e abuso all'infanzia"* Indicazioni e raccomandazioni; Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi; Roma; pp. 34.

15 Montecchi F. (2012); *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*; Milano; FrancoAngeli.

1.2 RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Le iniziative legislative più importanti che hanno rappresentato un notevole progresso della tutela giuridica dei minori hanno proclamato che l'infanzia ha diritto a un aiuto, a un'assistenza particolare e soprattutto ad una tutela.

La famiglia, unità fondamentale della società e ambiente naturale per la crescita e il benessere di tutti i suoi membri, deve ricevere la protezione e l'assistenza di cui necessita per svolgere appieno il suo ruolo, ricordandosi che il fanciullo, ai fini dello sviluppo armonioso e completo della sua personalità, deve crescere in un ambiente familiare con un clima di felicità, di amore e di comprensione.

A tutela dei diritti del bambino la legge enuncia:

- La *Dichiarazione dei diritti del fanciullo* approvata a Ginevra nel 1924;
- La *Carta dei diritti del fanciullo* approvata da parte dell'Assemblea Generale dell'ONU nel 1959. È un documento in cui vengono riconosciuti ed elencati una serie di diritti del minore (i diritti alla nascita, all'istruzione, al gioco, protezione dalle discriminazioni razziali e religiose), all'articolo 11 leggiamo: *“Il bambino ha diritto ad essere protetto da ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisica o mentale, di abbandono o di negligenza, di maltrattamento o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale.”*¹⁶;
- La *Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia*, stipulata dall'ONU nel 1989, che stabilisce l'obbligo di proteggere i minori dalle violazioni dei diritti riportati nella Dichiarazione del 1959. Quando venne diffusa la Convenzione molti Governi emanarono Leggi per contrastare il fenomeno investendo poco su programmi di intervento volti a combattere le cause del maltrattamento e a monitorare l'impatto che questi interventi potessero fare;
- Art. 9 della L.149/2001: Per i pubblici ufficiali e incaricati di pubblico Servizio (nella cui categoria, oltre agli operatori psico-sociali del Comune e dell'Azienda Sanitaria Locale, rientrano anche Presidi, Insegnanti, Medici, Educatori delle Comunità Infantili, operatori del privato sociale convenzionato ecc.) esiste uno specifico obbligo di segnalare alla Procura per i minorenni le situazioni di abbandono (mancanza di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti). La segnalazione può essere effettuata da qualunque operatore

¹⁶ Associazione Ospedali Pediatrici Italiani Onlus (2014); *“La Carta dei Diritti”*; Il bambino in ospedale.

che per qualsiasi motivo venga a contatto con il minore (l'istituzione scolastica, il Pediatra o i Sanitari ospedalieri nei casi di abuso, le Forze dell'Ordine, i Servizi Sociali) e consiste sostanzialmente nel riferire all'autorità giudiziaria gli elementi che sono stati individuati e che fanno pensare che vi siano condizioni di pregiudizio per il minore, provocate dai comportamenti di quegli adulti che dovrebbero svolgere nei suoi confronti funzioni educative.¹⁷

La segnalazione costituisce inoltre un obbligo sancito dalla legge 182 ed è *“L'atto attraverso il quale si rende pubblica la preoccupazione per le condizioni di un bambino connessa alle relazioni familiari e si chiede all'organo giudiziario (Procura/Tribunale per i minorenni) di attivare idonee misure di protezione e di predisporre una valutazione approfondita della situazione”*;

- Associazione Ospedali Pediatrici Italiani Onlus (2014) afferma che *“Il personale sanitario ha il dovere di fornire al bambino tutto l'appoggio necessario ai fini dell'individuazione del maltrattamento e delle situazioni a rischio, che comportano la segnalazione alle autorità competenti e/o ai servizi preposti alla tutela del minore. Il personale si impegna altresì a collaborare, nell'ambito delle proprie specifiche competenze, con gli enti accreditati”*.

La legislazione nazionale relativa all'abuso sessuale sui minori si compone di una serie di leggi e articoli del Codice Penale e Civile che, anche sulla base della legislazione in ambito europeo e internazionale, provano a tutelare la persona minorenni. In Italia il riferimento principale è la legge n. 66 del 15 Febbraio 1996 *“Norme contro la violenza sessuale”* che ha modificato sia il Codice Penale che il Codice di procedura Penale. A questa va aggiunta la Legge n. 269 del 1998 contro lo *“Sfruttamento della prostituzione, della pornografia e del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione della schiavitù”*.¹⁸

Infine il *“Protocollo opzionale alla Convenzione dei diritti del fanciullo sulla vendita, la prostituzione dei bambini e la pornografia rappresentante bambini”*, stipulato il 6 settembre del 2000 e ratificato dall'Italia con la Legge n. 46 dell'11 marzo 2000.

¹⁷ Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento affari Sociali (Settembre 1998); *“Proposte d'intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento”*; Documento della Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori.

¹⁸ Prefettura (24 Gennaio 2001); *“Protocollo d'intesa in materia di abuso sessuale e maltrattamenti su minori”*; Piacenza.

Nella Costituzione Italiana possiamo fare riferimento:

- Articolo 2 *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità...”* e che *“È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana...”* nella Costituzione della Repubblica Italiana, all’articolo 2 e 3, viene sottolineato il diritto del minore all’educazione che comprende un insieme di altri diritti come quello alla vita, all’autonomia, all’uguaglianza e alla socializzazione;
- Articolo 29, 30 e 31 riconoscono la famiglia come società naturale fondata sul matrimonio e *“la centralità della persona del figlio, che ha il diritto nei riguardi del genitore di essere mantenuto, istruito ed educato”*.

Tali articoli affermano, inoltre, che nel caso di incapacità lo Stato ha l’obbligo di provvedere all’assolvimento dei loro compiti.

1.3 EPIDEMIOLOGIA MONDIALE, EUROPEA ED ITALIANA

Oggi vi è maggiore consapevolezza, riconoscimento e interesse riguardo il maltrattamento infantile, sia sul piano sociale che clinico, dal momento che *“gli studiosi del sociale l’hanno analizzato, gli addetti ai lavori l’hanno scoperto e l’opinione pubblica si è fatta meno sprovveduta e più sensibile”*.¹⁹

L’OMS ha pubblicato nel 2013 un *“Rapporto sulla prevenzione del maltrattamento all’infanzia in Europa”*, che ha illustrato nuovi dati drammatici sull’epidemiologia della violenza:

- 852 bambini con età minore di 15 anni muoiono ogni anno in Europa per maltrattamento (il tasso più alto è nei bambini sotto i 4 anni; tuttavia l’Italia è una degli ultimi posti per numero di omicidi);
- 18 milioni di bambini sono vittime di abuso sessuale (il 13,4% delle bambine e il 5,7% dei bambini);
- 44 milioni di bambini sono vittime di violenza fisica (22,9%);
- 55 milioni di bambini sono vittime di violenza psicologica (29,6%).

¹⁹ Ghezzi D., Vadilonga F. (1996); *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*; Milano; Raffaello Cortina Editore; pp. 2.

L'OMS è stata la prima organizzazione a tracciare un bilancio complessivo sull'epidemiologia della violenza in tutte le sue forme attraverso Il *Global Status Report on Violence Prevention*, risultato di un lungo lavoro operato in 133 paesi fra i quali anche l'Italia e con una copertura pari all'88% della popolazione mondiale.

Il rapporto, redatto nel 2014, stima che:

- 1 adulto su 4 (25%) nel mondo è stato abusato fisicamente da bambino;
- Il 36% degli adulti dichiarano di aver subito abuso psicologico;
- 1 donna su 5 (20%), 1 uomo su 10 circa (5-10% circa) ha subito abuso sessuale da bambino.²⁰

Per quanto riguarda le misure di prevenzione e contrasto:

- Il 71% dei Paesi ha un piano di prevenzione della violenza sui bambini;
- Solo il 41% dei Paesi svolge indagini sul maltrattamento all'infanzia;
- Solo nel 23% dei Paesi si pratica l'*home visiting* in modo sistematico;
- Solo il 15% dei Paesi investe sistematicamente nella formazione per prevenire l'abuso sessuale infantile.

In Italia, come nel resto del mondo, il maltrattamento infantile è un problema sottostimato a causa della difficoltà nel reperire i dati e perché è un atto che tende a restare segreto all'interno della sfera privata.

Attualmente non è presente un corretto sistema di monitoraggio e raccolta dati.

Questa carenza è stata causa di richiamo da parte del Comitato ONU che evidenzia anche il fatto che i dati vengono censiti interagendo con la famiglia piuttosto che prendere in considerazione il bambino come singolo individuo.

Il primo movimento d'aiuto immediato e diretto all'infanzia in Italia è stato quello elaborato da Terre des Hommes (fondata da Edmond Kaiser nel 1960) e Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) avviato nel 2012 attraverso un'indagine che ha preso in considerazione quasi 5 milioni di abitanti.²¹

Il primo oggetto di indagine è stato il numero complessivo di minorenni che sono seguiti in Italia dai Servizi Sociali dei Comuni, essi ammontano a 457.453.

20 Ministero della Salute (2014); "Informativa OMS: maltrattamento infantile".

21 Autorità Garante per l'infanzia, Cismai, Fondazione Terre del Hommes Italia (2015); "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia"; pag. 14-21.

Questi numeri sono suddivisi in modo disomogeneo rispetto alle aree geografiche: 63,1 % al Nord, 44,5% al Centro e 30,5% al Sud (vedi figura 8).

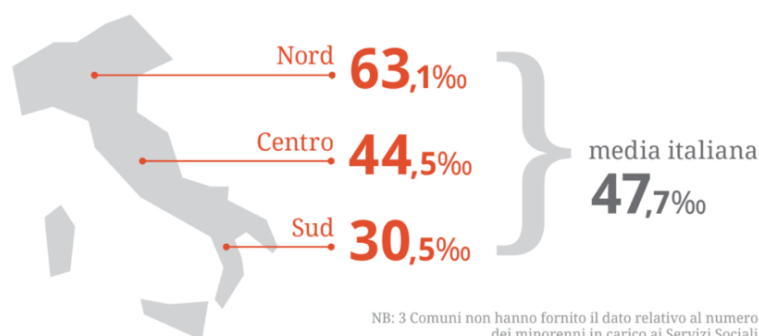


Figura 6: Prevalenza dei minorenni in carico ai Servizi Sociali per area geografica sul totale della popolazione minorile. Fonte: CISMAL, Terre des Hommes.

Anche rispetto al genere troviamo delle differenze: 45,3‰ per il genere femminile e il 50,2‰ per il genere maschile (vedi figura 9).



NB: 9 Comuni non hanno fornito il dato relativo ai minori in carico per genere

Figura 7: Prevalenza dei minorenni in carico per genere sul totale della popolazione minorile. Fonte: CISMAL, Terre des Hommes.

La prevalenza dei minorenni in carico è direttamente proporzionale all'aumentare dell'età, sono 29,1 ‰ i bambini presi in carico dagli 0 ai 3 anni, 50,9 ‰ tra i 4 e 5 anni, 51,4 ‰ tra i 6 e i 10 anni e 54,2 ‰ tra 11 e 17 anni (vedi figura 10).

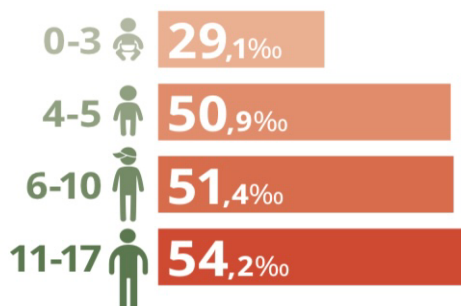


Figura 8: Prevalenza dei minorenni presi in carico dai Servizi Sociali per fasce d'età sul totale della popolazione minorile. Fonte: CISMAL, Terre des Hommes.

Per quanto riguarda i minorenni maltrattati in carico ai Servizi Sociali Italiani si stima che siano oltre 91 mila (al 31-12-2013).²²

Anche rispetto alla geolocalizzazione ci sono differenze, su 1000 minorenni presi in carico quasi 156 sono maltrattati al nord, quasi 260 al centro e più di 273 al sud. In totale in Italia su 1000 minorenni presi in carico, quasi 200 sono maltrattati.

I dati raccolti dalla seconda indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia condotta da Cismai e Terre des Hommes rileva che i bambini e i ragazzi presi in carico dai servizi sociali sono 401.766 in Italia, 77.493 dei quali sono vittime di maltrattamento. L'indagine è stata realizzata tra Luglio 2019 e Marzo 2020, su dati ISTAT del 2018 (2.1 milioni di minorenni residenti nei 196 Comuni italiani coinvolti e selezionati dall'ISTAT).

La forma di maltrattamento principale è rappresentata dalla patologia della cura (40,7%), seguita dalla violenza assistita (32,4%), dal maltrattamento psicologico (14,1%), dal maltrattamento fisico (9,6%) e dall'abuso sessuale (3,5%).

Rispetto all'indagine condotta nel 2012, sono più i maschi ad essere seguiti dagli Assistenti Sociali, mentre le femmine sono più frequentemente a carico per maltrattamento.²³

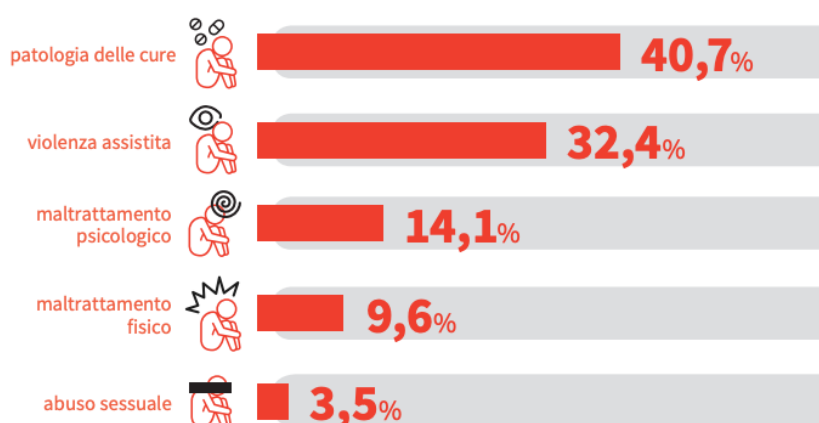


Figura 9: Di cosa sono vittime i minorenni presi in carico per maltrattamento in Italia (maltrattamento principale).
Fonte: Cismai, Terre des Hommes (2021)

²² Ministero della Salute (2014); "Informativa OMS: maltrattamento infantile".

²³ Autorità Garante per l'Infanzia, Cismai, Terre des Hommes (2021); "2° indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia"; Italia; pp. 20-25.

1.4 METODI DI INTERVENTO

Gli studi sugli esiti della violenza hanno evidenziato effetti a livello cerebrale (riduzione del corpo calloso, del volume dell'ippocampo, dell'amigdala e una riduzione della connettività cerebrale), a livello del sistema nervoso autonomo (alterazioni del battito cardiaco, del ritmo sonno veglia, della pressione arteriosa), a livello del sistema endocrino (alterazioni nei livelli di cortisolo) e a livello del sistema immunitario.

Tra gli esiti a breve termine la letteratura concorda nel riferire quadri psicopatologici legati a problematiche internalizzanti ed esternalizzanti (ansia, depressione, difficoltà nella modulazione e regolazione emotiva, scarsa modulazione degli impulsi, aggressività auto ed eterodiretta, alterazione cognitiva). Rispetto agli esiti a lungo termine, è evidenziata una forte e proporzionale correlazione tra queste esperienze e l'assunzione precoce di stili di vita non salutari (obesità, comportamenti sessuali a rischio) ed il consumo di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, droghe); il manifestarsi e cronicizzarsi di malattie somatiche in età adulta (patologie epatiche, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie coronariche e malattie autoimmuni). In generale viene rilevata una ridotta capacità di autocura oltre che un maggior ricorso a cure mediche specialistiche e di emergenza; ciò a svantaggio di un ridotto accesso all'assistenza sanitaria di routine. Gli adulti esposti a maltrattamento precoce evidenziano anche alti indici di rischio rispetto a problematiche di ansia, depressione e suicidalità, dipendenza da sostanze, disturbi di personalità, comportamento antisociale o violento, malattie mentali gravi e disturbi nella sfera sessuale. Le conseguenze sino ad ora evidenziate non sono tuttavia inevitabili; le ricerche su questo tema, infatti, mettono in evidenza che esperienze negative e stressanti nell'infanzia non necessariamente determinano l'insorgenza nell'età adulta di una psicopatologia. Le caratteristiche personali del bambino, dei genitori e dell'ambiente, possono attivare le risorse necessarie per promuovere dei cambiamenti positivi, diventando fattori protettivi che potenziano la resilienza, permettendo così al bambino di mantenere un funzionamento sano.²⁴

24 Lanius R. et al. (2012); "L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia: l'epidemia nascosta"; Roma; Giovanni Fioriti Editore.

1.4.1 LA PREVENZIONE

Prevenire il maltrattamento si deve e si può fare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità da tempo raccomanda a tutti gli Stati di dotarsi di un piano nazionale di prevenzione della violenza (Raccomandazione 1- WHO, 2002) e di metodologie di progettazione rigorose e scientifiche al fine di poter controllare e confrontare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni (Cismai, 2010).

L'OMS (2006) afferma che per prevenire la violenza è necessario un approccio sistemico interdisciplinare che sviluppi azioni volte a:

- Prevenire il verificarsi della violenza contro i minori (prevenzione primaria);
- Rilevazione dei casi e intervento precoce (prevenzione secondaria);
- Fornire assistenza continua alle vittime e alle famiglie al fine di prevenire il riproporsi della violenza (prevenzione terziaria).

Accanto agli interventi di comunità bisogna prevedere l'integrazione tra tutti i servizi socioeducativi a sostegno della salute infantile ed a supporto delle famiglie, favorendone l'accesso e la fruibilità a genitori, bambini e adolescenti.

Tale approccio orientato alla prevenzione e all'integrazione deve essere coniugato con l'attenzione nei confronti della formazione e della ricerca interdisciplinare.²⁵

La Scuola rappresenta uno dei luoghi più importanti per la prevenzione primaria del fenomeno del maltrattamento oltre che un osservatorio privilegiato per la rilevazione di eventuali situazioni di violenza. La collaborazione e l'integrazione tra la scuola e gli operatori sociosanitari è fondamentale sia per promuovere e realizzare progetti di natura educativa rivolti alla comunità e finalizzate a sostenere genitori e adulti in genere nel proprio compito di accompagnamento nei confronti dei minorenni, sia per meglio comprendere quei segnali di disagio, sintomi di un eventuale maltrattamento/violenza, anche al fine di raccogliere gli elementi utili per l'eventuale segnalazione alle Autorità Giudiziarie competenti. Quando la violenza "viene alla luce" per il minorenne e la famiglia devono essere strutturati interventi integrati di presa in carico al fine di minimizzarne le conseguenze.

Sono state proposte tre strategie di prevenzione per ogni fascia d'età che valutano i vari tipi di livelli. World Health Organization nel 2006 (ALLEGATO 1) presenta le strategie di prevenzione, comprendendo quelle di comprovata, promettente e non

²⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità (2006); "Strategie di prevenzione per stadio di sviluppo e livello di influenza"

chiara efficacia. Gli esempi non sono esaustivi, ma sono stati proposti per illustrare le diverse possibilità. Essi inoltre evidenziano la necessità di affrontare il maltrattamento sui minori simultaneamente a diversi livelli dello sviluppo umano e in diversi contesti sociali. In molti casi un intervento può avere un impatto su diverse forme di maltrattamento.

1.4.2 LA PROSPETTIVA ECOLOGICA

La prospettiva “ecologica” dell’intervento suggerisce di adottare efficaci strategie preventive su almeno tre livelli (WHO, 2006):

- **Livello individuale:** promuovere l’accesso ai servizi pre e post-natali, monitorare i rischi in gravidanza, sensibilizzare i minori sui loro diritti;
- **Livello relazionale:** sensibilizzare e formare alla genitorialità responsabile, implementare i servizi per le famiglie, assicurare formazione agli operatori;
- **Livello sociale/di comunità:** ridurre i fattori di rischio ambientali, investire in sistemi di protezione dell’infanzia e sostegno alla famiglia, sensibilizzare e promuovere i diritti dell’infanzia, anche nelle scuole.²⁶

Gli interventi nell’ambito del maltrattamento prefigurano, nella maggior parte dei casi, una pluralità di interlocutori, finalità, prospettive che costituiscono indubbiamente una potenziale ricchezza ma che, quando non si ricompongono in una cultura professionale integrata, espongono il minore a rischio di vittimizzazione secondaria: essere informato e preparato, essere accompagnato a rendere testimonianza nel contesto giudiziario per evitare traumatizzazioni secondarie, essere ascoltato in modo rispettoso, avere garantita la cura durante il procedimento giudiziario (Convenzioni Internazionali - Strasburgo, Lanzarote).

I Servizi (sociali, sanitari, educativi) rivestono un ruolo fondamentale nell’intercettare precocemente i segnali di disagio e di rischio attraverso un’efficace e tempestiva rilevazione e segnalazione dei segni/sintomi significativi. Questa capacità costituisce uno dei fattori predittivi più importanti sull’esito positivo dell’intervento.²⁷

26 CISMAI (Luglio 2013); “Linee di indirizzo regionali per l’accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”; direzione generale Sanità e Politiche Sociali; pp. 13-17.

27 Di Blasio et al. (2005); *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*; Milano; Unicopli

La necessità di garantire appropriatezza ed efficacia delle azioni sollecita quindi l'adozione di una prospettiva professionale integrata tra diverse discipline e servizi, principi come "lavoro di rete" e "approccio multidisciplinare" non possono rimanere relegati nel confine delle "buone intenzioni" o di esperienze professionali isolate senza correre il rischio, nel tempo, di svuotarsi di significato.

Affrontare il maltrattamento/abuso richiede una cornice tutelante rivolta principalmente alle vittime per sostenere le loro necessità evolutive, necessaria anche agli operatori coinvolti per supportare e qualificare interventi complessi e rilevanti risvolti emotivi, prodotti dall'impatto con la violenza e la sofferenza.

1.4.3. L'UTILIZZO DI STRUMENTI

Esistono diversi strumenti per la ricerca del maltrattamento che verranno qui di seguito solo elencati:

- Il metodo Parent-Child Conflict Tactics Scale formato da 80 voci (20 quesiti rivolti ai genitori sulle relazioni con il minore, 20 rivolti ai genitori sul rapporto con il partner e le interazioni con il minore e 40 quesiti relativi alle interazioni tra genitore e partner) per l'indagine della violenza e dei conflitti familiari.
- Il questionario Adverse Childhood Experiences è costituito da due sezioni, la prima di 68 domande che esaminano varie tipologie di maltrattamento e avversità infantili radicate in disfunzioni familiari e fattori di rischio e la seconda che pone domande sullo stato di salute di coloro che rispondono.
- Il questionario Lifetime Victimization Screening contenente 20 quesiti che coprono 4 aree principali (abuso fisico e incuria da parte dei genitori o membri della famiglia, vittimizzazione sessuale, esposizione a scene di violenza familiare, altre esposizioni significative dirette o indirette a violenza).
- Gli strumenti Child Abuse Screening utilizzati da IPSCAN composti da domande ai genitori sull'utilizzo di differenti comportamenti, ai giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 24 anni sulla loro esposizione alla violenza durante l'infanzia, a minori più adulti sulle loro esperienze recenti di violenza.

Per migliorare l'identificazione del maltrattamento e aiutare i professionisti nella prevenzione precoce ci si potrebbe attenere ad una linea guida, presa come esempio da WHO (2006), che indica schematicamente, attraverso un diagramma

di flusso, ad ogni risposta se è presente o meno un item positivo o negativo in relazione al maltrattamento e le successive domande da porre. (Figura 9)

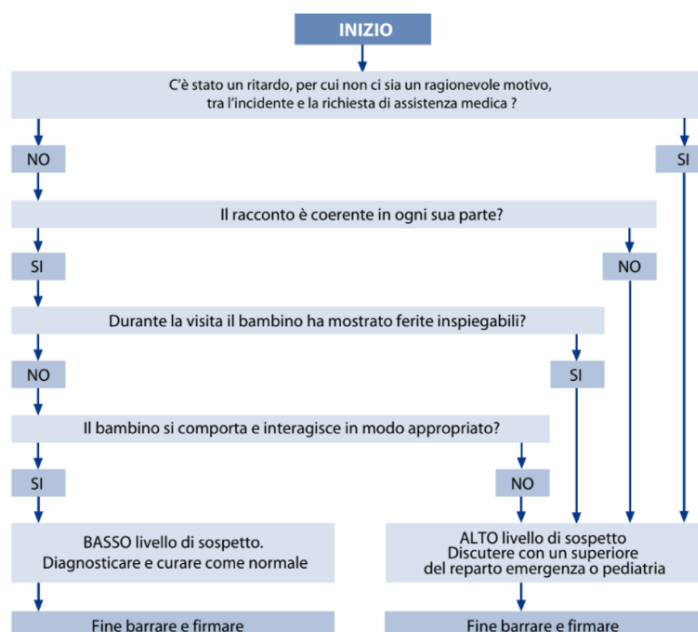


Figura 9: diagramma di flusso degli incidenti pediatrici.
Fonte: WHO (2006); *“Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi”*, Francia.

Ricercatori e medici affermano che molti casi di maltrattamento rimangono non identificati e quindi non ricevono assistenza formale o protezione. È molto probabile che professionisti in “prima linea” interagiscano ogni anno, senza saperlo, con molti minori, ed adulti, attuali o ex vittime di maltrattamento.

L’identificazione e l’intervento precoce sul maltrattamento sui minori possono aiutare a minimizzare la probabilità di violenza futura e le conseguenze sociali e sanitarie a lungo termine. Per ottenere questo risultato, gli operatori che sono regolarmente in contatto con i minori e le famiglie, devono essere in grado di riconoscere i sintomi che sottintendono un bisogno di assistenza e devono essere in grado di intervenire secondo questi sintomi. Per creare questa abilità di identificare precocemente e di intervenire serve prima di tutto formare gli operatori. Forse il problema più grande è come indirizzare i professionisti ad intervenire dove non vi sono servizi di welfare o di protezione dei minori che funzionino. Vale la pena investire nell’identificazione precoce del maltrattamento sui minori solo se a seguito si attivano azioni per aiutare e proteggere i minori. ²⁸

²⁸ WHO (2006); *“Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi”*, Francia.

CAPITOLO 2:

Materiali e metodi

2.1 VISIONE GENERALE

Gli obiettivi che si sono prefissati in questo elaborato sono due:

- L'obiettivo primario è quello di identificare, attraverso la revisione della letteratura, la situazione epidemiologica e legislativa italiana, le tipologie di maltrattamento e abuso, gli indicatori comportamentali e i segni fisici che si manifestano in un bambino vittima di violenza o abusi e identificare le strategie di riconoscimento di vittime di violenza riportate dalla letteratura.
- L'obiettivo secondario è quello di indagare sul campo, mediante l'intervista al personale (Coordinatrice Infermieristica e Infermieri, Assistenti Sociali e Dirigente Scolastica di Scuola dell'Infanzia e Primaria), quanto le informazioni emerse dalla letteratura siano riscontrabili nelle realtà ospedaliere e territoriali.

Questi obiettivi si concretizzano nella realizzazione di uno strumento che potrebbe essere utilizzato come guida per il riconoscimento e la segnalazione tempestiva di casi di abuso o maltrattamento infantile.

La metodologia adottata per la stesura dell'elaborato finale è un'indagine qualitativa sul campo.

2.2 QUESITI DI RICERCA

Per la ricerca bibliografica per l'introduzione e la spiegazione dell'argomento sono stati formulati i seguenti quesiti:

quesiti di background

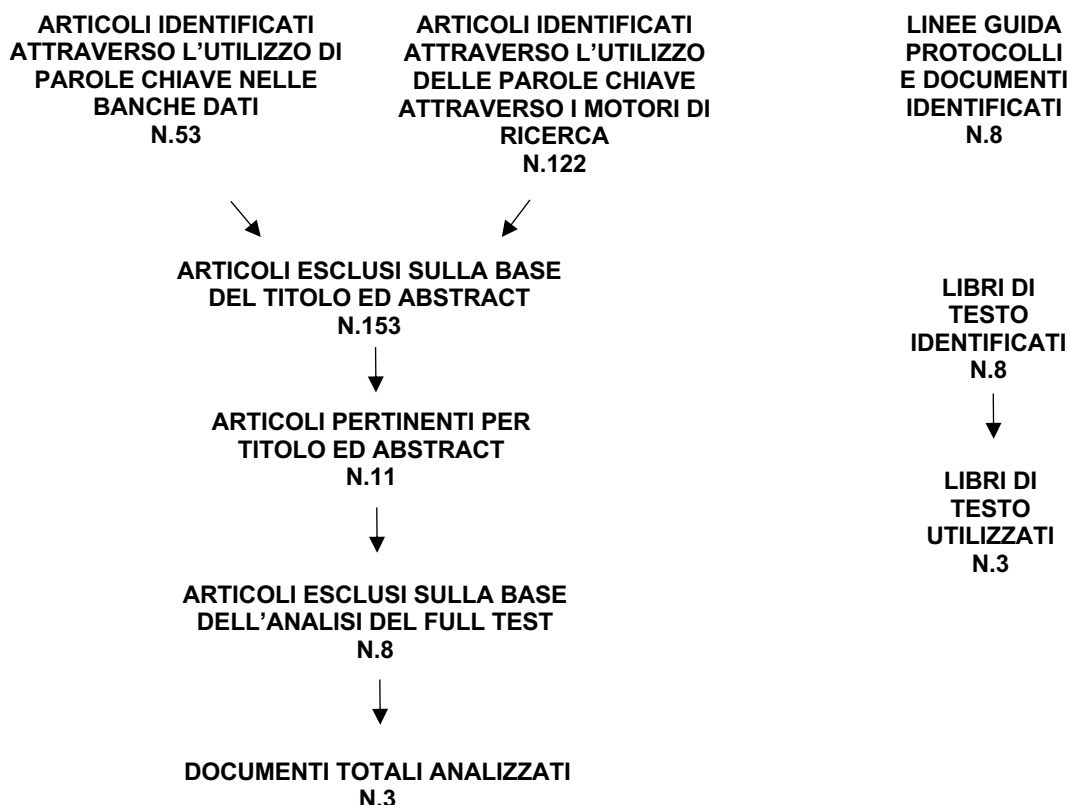
- Che cosa si intende per maltrattamento infantile?
- Quali sono le leggi a tutela del minore?
- Come vengono classificate le diverse tipologie di maltrattamento infantile?

quesiti di foreground

- Quali sono gli indicatori fisici e comportamentali di un maltrattamento?
- Quali i campanelli dall'allarme?
- Quali competenze sono necessarie per percepire e riconoscere i segnali di maltrattamento?

- Un'equipe multidisciplinare potrebbe aiutare i professionisti a riconoscere con maggiore facilità un maltrattamento infantile?

La ricerca bibliografica attraverso motori di ricerca come Google-Scholar e banche dati di riferimento ha prodotto scarsi risultati poiché il materiale bibliografico reperito si è dimostrato inadeguato in relazione all'argomento trattato o non pertinente con l'obiettivo dell'elaborato.



Pertanto, sono state utilizzate fonti di letteratura secondaria come linee guida e fonti di letteratura terziaria come libri di testo, documenti presenti sul sito di CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), di SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), indicazioni e raccomandazioni del CNOP (Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi), Informative e Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul maltrattamento infantile.

Inoltre, sono state utili le documentazioni dell'UNICEF come la *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza* e il *Protocollo d'intesa in materia di abuso sessuale e maltrattamenti sui minori* della Prefettura.

Infine ci si è avvalsi anche di libri e manuali sulla tutela del minore e sulla gestione dei maltrattamenti.

I criteri di inclusione degli articoli sono stati:

- Anno 2006-2021 (15 anni)
- Popolazione di riferimento: minori vittime di violenze o di abusi sessuali
- Lingua: italiano-inglese
- Articoli disponibili gratuitamente

Per procedere alla stesura dell'elaborato sono stati utilizzati anche:

- *“Protocollo d'intesa in materia di abuso sessuale e maltrattamenti su minori”* (2001) della Prefettura di Piacenza
- *“Informativa OMS: maltrattamento infantile”* (2014) del Ministero della Salute
- *“World report on violence and health”* (2002) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- *“Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza”* (2008) del Comitato Italiano per l'UNICEF.
- WHO (2006); *“Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi”*; Francia.

2.3 METODOLOGIA DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

L'indagine qualitativa si è svolta in 2 giornate differenti del mese di Luglio in 2 realtà operative degli Spedali Civili di Brescia, Pediatria Ovest e Pronto Soccorso Pediatrico; 2 colloqui con gli Assistenti Sociali in 1 giornata del mese di Luglio e un'intervista via telematica con la Dirigente Scolastica nel mese di Luglio.

La scelta di intervistare personale ospedaliero e territoriale è nata dall'esigenza di osservare e analizzare quali conoscenze e modalità operative adottassero operatori diversi, con formazioni professionali diverse e ruoli professionali diversi.

2.3.1. CAMPIONE

Il campione utilizzato per la ricerca è formato da:

- Un Dirigente Scolastico della Scuola dell'Infanzia e della Scuola Primaria
- Due Assistenti Sociali

- Il Coordinatore Infermieristico e quattro Infermieri dell'Unità Operativa di Pediatria Ovest degli Spedali Civili di Brescia
- Il Coordinatore Infermieristico e sette Infermieri dell'Unità Operativa del Pronto Soccorso Pediatrico degli Spedali Civili di Brescia

E' stato concordato, con i soggetti intervistati, solo il giorno cui sarebbe stata somministrata l'intervista; a nessuno è stata fornita informazione preventiva riguardante le domande fornite, al fine di evitare qualsiasi tipo di condizionamento. Il Dirigente Scolastico e i due Assistenti Sociali coinvolti nell'intervista appartengono allo stesso Comune, questa scelta è stata fatta per documentare la relazione, se presente, tra i due enti.

L'intervista somministrata al personale infermieristico è avvenuta utilizzando una tipologia di campionamento probabilistico e la scelta degli Infermieri da intervistare è stata casuale, in relazione al numero del personale in turno quel giorno, senza possibilità di sapere preventivamente le tipologie di domande che sono state effettuate, in modo da mantenere il non condizionamento di ognuno di loro.

Sono stati intervistati gli Infermieri del turno del mattino e del turno del pomeriggio. Le interviste sono state svolte previo consenso di ogni professionista, rispettando l'anonimato e in rispetto della privacy di ciascun partecipante (Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/ UE). E sono utilizzati esclusivamente per finalità didattico-universitarie in maniera tale che in alcun modo si possano ricondurre all'identità di qualsiasi singola persona.

2.3.2 STRUMENTO

L'intervista diretta viene rivolta a tutti gli operatori (un Dirigente Scolastico, due Assistenti Sociali, due Coordinatori Infermieristici e undici Infermieri) per indagare la rilevanza del fenomeno del maltrattamento e abuso sul minore nella propria realtà Operativa.

Le interviste dirette propinate a tutti gli operatori hanno cercato di indagare:

- Esperienza diretta: si valuta l'esperienza diretta professionale riguardante la gestione di casi di maltrattamento, abuso e trascuratezza infantile;
- Documentazione: si valuta la presenza di protocolli per il riconoscimento e la gestione del bambino maltrattato, la presenza di linee guida o istruzioni

operative in caso di sospetto e/o verifica dell'evento e le modalità operative che comportino un'attivazione multidisciplinare per un lavoro d'equipe;

- Formazione: livello di formazione specifica di ogni professionista sul maltrattamento e l'abuso.

L'intervista agli Assistenti Sociali, sono state aggiunte tre domande, una nella prima parte che indaga sul comportamento dell'assistente sociale nei confronti del maltrattato, due nella quarta parte per capire se a parere degli Assistenti Sociali sarebbe utile un corso di formazione per migliorare le competenze e se la tematica del maltrattamento sia adeguatamente conosciuta dagli altri professionisti sanitari.

2.3.3 SCHEDA OPERATIVA

Si è pensato di creare due strumenti di semplice consultazione:

- un'istruzione operativa per i professionisti contenente le informazioni/indicazioni per la corretta valutazione e gestione di bambino/neonato che presenti segni/ sintomi o comportamenti sospetti di maltrattamento o abuso;
- una brochure informativa.

2.4 METODOLOGIE DI ANALISI DEI RISULTATI

L'analisi della ricerca qualitativa permetterà di estrapolare i risultati emersi dalle interviste e successivamente effettuare un confronto tra le informazioni ottenute dalla letteratura e le esperienze, le conoscenze e i suggerimenti raccolti dall'indagine effettuata ai professionisti sanitari, sociali e scolastici.

Per l'enunciazione dei risultati è stata effettuata una rielaborazione delle informazioni ottenute tramite le interviste e un'analisi delle risposte.

CAPITOLO 3:

Risultati

La ricerca effettuata ha avuto inizio da una revisione della letteratura per la creazione del background su cui fondare le prime conoscenze necessarie per la realizzazione della successiva indagine qualitativa.

3.1 RISULTATI DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA

I risultati reperiti dalla letteratura sono stati complessivamente limitati tuttavia dopo un'analisi scrupolosa sono stati considerati 3 documenti, 8 linee guida/protocolli e 3 libri di testo poiché ritenuti i più utili e i più inerenti al tema della ricerca stessa.

I criteri di esclusione dei documenti hanno riguardato la non specificità dell'argomento, la ripetitività delle informazioni contenute rispetto ad articoli già selezionati, la popolazione di riferimento e l'anno di pubblicazione.

Sono state utilizzate le seguenti tipologie di fonti:

- Fonti di letteratura secondaria:
 - *“Linee guida in tema di abuso sui minori”*, Linea guida, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2007.
- Fonti di letteratura terziaria:
 - *“Guida alla diagnosi precoce e alle procedure nello studio medico”*, Libro di testo, Fondazione Svizzera per la Protezione dell'Infanzia, 2011 (2^a edizione 2020), Ulrich Lips et al.
 - *“Maltrattamento e abuso all'infanzia”*, Indicazioni e raccomandazioni, Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, 2017, Di Iulio T. et al.
 - *“Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia”*, 2015, Autorità Garante per l'infanzia, CISMAI, Fondazione Terre del Hommes.
 - *“I segni dell'abuso sui minori Come si riconoscono, cosa guardare, come interpretare”*, Rivista Giuridica *Diritto & diritti dal 1996*, 2017, Mancini M.
 - *“Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi”*, WHO, 2006, Francia.

- “2° Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia”, 2021, Autorità Garante per l’infanzia, CISMAI, Fondazione Terre del Hommes.

3.2 RISULTATI DELL’INDAGINE QUALITATIVA

L’indagine qualitativa ha coinvolto 4 realtà: 2 territoriali e 2 ospedaliere.

- 2 territoriali: un Dirigente Scolastico della Scuola dell’Infanzia e della Scuola Primaria e due Assistenti Sociali;
- 2 ospedaliere: il personale Infermieristico degli Spedali Civili di Brescia tra cui la Coordinatrice del Pronto Soccorso Pediatrico e sette Infermieri del Pronto Soccorso Pediatrico e la Coordinatrice dell’unità operativa di Pediatria Ovest e quattro Infermieri della stessa unità.

CAMPIONE DI RIFERIMENTO

Il target di riferimento dell’intervista è stato riassunto con l’utilizzo di grafici a torta.

Gli intervistati erano così suddivisi in fasce d’età (grafico 1)

- il 37% un’età compresa tra 18 e 30 anni,
- il 25% tra 31 e 40 anni,
- il 25% apparteneva alla fascia d’età più alta tra 51 e 60 anni.

Per quest’ultimi l’anzianità di servizio era correlata all’esperienza lavorativa in ambito pediatrico, infatti il 19% degli stessi esercitava da più di 25 anni (grafico 2) e sempre il 19% esercitava da più di 25 anni in una realtà pediatrica (grafico 3).

Età anagrafica

■ 18-30 anni ■ 31-40 anni
■ 41-50 anni ■ 51-60 anni

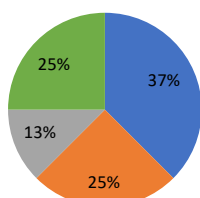


Grafico 1

Anni di esercizio

■ <5 anni ■ 5-15 anni
■ 15-25 anni ■ >25 anni

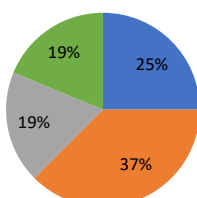


Grafico 2

In realtà infantili

■ <5 anni ■ 5-15 anni
■ 15-25 anni ■ >25 anni

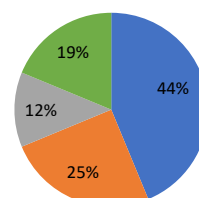


Grafico 3

Qui sotto verranno elencate le aree indagate durante l'esecuzione dell'intervista.

AREA DELL' ESPERIENZA DIRETTA

ASSISTENTE SOCIALE

Entrambi gli Assistenti Sociali durante la loro esperienza lavorativa in ambito pediatrico:

- hanno sospettato più di una situazione di maltrattamento o abuso ma affermano di non essersene mai trovati coinvolti direttamente perché *“tendenzialmente il genitore nega o nasconde la situazione di fronte a loro”*.
- affermano che spesso la segnalazione scatta dalle maestre.
- affermano che in caso di sospetto maltrattamento o abuso lo approfondiscono attraverso la collaborazione di altre figure professionali (Pediatri, Psicologi) e una volta accertato lo segnalano in Procura.

DIRIGENTE SCOLASTICA

La Dirigente Scolastica dichiara di non essersi mai trovata direttamente di fronte ad un caso di maltrattamento o di averlo sospettato in prima persona ma le è stato riferito da parte di una docente.

Una volta segnalato il sospetto da parte del docente viene attivata la figura dell'Assistente Sociale che monitora e prende in carico la situazione.

Afferma che: *“all'interno dell'ambiente scolastico poi si cerca di monitorare il minore e i suoi comportamenti con un occhio di riguardo anche se i casi di abuso e maltrattamento avvengono nelle mura domestiche”*.

Inoltre afferma di avere attivi dei monitoraggi di bambini segnalati dagli Assistenti Sociali per sospetti maltrattamenti.

COORDINATORI E INFERMIERI

I Coordinatori Infermieristici e dieci Infermieri su undici hanno sospettato una situazione di maltrattamento che successivamente è stata presa in carico dall'equipe e in seguito da Assistenti Sociali.

È capitato però che in alcuni casi essi fossero già segnalati o seguiti sul territorio quindi con una situazione già nota all'arrivo in Pronto Soccorso Pediatrico.

Quattro Infermieri del Pronto Soccorso Pediatrico (con esperienza maggiore di 15 anni) dichiarano di essersi trovati direttamente di fronte a situazioni di maltrattamento o di trascuratezza del bambino da parte del genitore, il quale *“aveva atteggiamenti molto agitati e nervosi nei confronti del bambino, oppure lo trascurava eccessivamente non tenendo conto dei suoi bisogni e delle necessità”*.

Quattro Infermieri, due del Pronto Soccorso Pediatrico e due della Pediatria Ovest (di cui due più anziani e con esperienza maggiore di 25 anni) hanno sottolineato il fatto che, a volte, si notano come segni di maltrattamento, un mancato accudimento del figlio da parte del genitore.

Tre Infermieri della Pediatria Ovest affermano che i genitori con cui si sono trovati di fronte non davano segni specifici di maltrattamento ma risultavano essere comunque amorevoli.

Sei Infermieri, di cui cinque del Pronto Soccorso Pediatrico e uno della Pediatria Ovest, pur lavorando in area pediatrica (con esperienza minore di 5 anni), non si sono mai trovati direttamente di fronte ad una situazione di abuso ma si sono trovati a gestire una situazione già segnalata agli Assistenti Sociali, con bambini arrivati in Triage scortati dalle Forze dell'Ordine.

Tutti gli Infermieri del Pronto Soccorso Pediatrico all'unanimità dichiarano che una volta avuto il sospetto si cerca di monitorare la situazione, sia il bambino che il genitore tenendoli in osservazione in una stanza tranquilla *“una sorta di OBI”* e separata dal Pronto Soccorso Pediatrico, senza troppa invadenza e pregiudizio perché *“le dinamiche interne alla famiglia sono tante e diverse”*, dopodiché si parla con l'equipe e se c'è la necessità di ulteriori accertamenti si procede con l'eventuale ricovero e segnalazione.

Tutti gli Infermieri e i Coordinatori affermano che:

- è fondamentale mantenere la professionalità inteso come *“non condizionamento e il non pregiudizio nei confronti della situazione”*.
- *“è necessaria una buona compliance tra bambino, genitore e l'equipe di lavoro formata da Autorità Giudiziaria, Assistente Sociale, Medico Legale, Pediatra, Neuropsichiatra Infantile e Ginecologo se si sospetta un abuso”*.

Tutti gli Infermieri intervistati hanno confermato che quando hanno un minimo sospetto coinvolgono la figura dell'Assistente Sociale e inizia l'iter di osservazione del minore collaborando in equipe, dopodiché attraverso ulteriori indagini e visite specialistiche si decide se procedere con la segnalazione alla Procura.

Gli Infermieri della Pediatria Ovest hanno sottolineato però che molte volte a loro risulta difficile riscontrare un maltrattamento perché:

- *“i bambini restano in degenza per poco tempo”*
- *“i genitori nascondono per quei giorni atteggiamenti violenti”, oppure “sono giustificati dal fatto che si trovino 24h in ospedale con il bambino, ad affrontare una nuova diagnosi di malattia, separati dal resto della famiglia, perdono la pazienza quando l'infermiere entra e questo appare segno di maltrattamento anche se magari non lo è”.*

Gli Infermieri del Pronto Soccorso riescono a monitorare il bambino per tutto il tempo di permanenza nel reparto (attraverso osservazione attiva o dalle telecamere) mentre gli Infermieri della Pediatria no in quanto per gran parte della giornata si trova in stanza di degenza con il genitore.

I Coordinatori segnalano invece di essersi trovati a gestire un'ipotesi di maltrattamento che è stata monitorata attraverso un lavoro di equipe formata da Autorità Giudiziaria, Assistente Sociale, Medico Legale, Pediatra, Neuropsichiatra Infantile, Ginecologo se si sospetta un abuso e con l'utilizzo del PDTA aziendale.

→ Alla domanda: “Come valuta la sua capacità di riconoscere i segni e i sintomi di maltrattamento minorili?” ²⁹

ASSISTENTI SOCIALI

Gli Assistenti Sociali la valutano come media-buona ma affermano che adesso con la situazione di pandemia da Covid-19 è diventato ancora più difficile entrare nella realtà delle famiglie, quindi, è ancora più difficile riconoscere il maltrattamento.

²⁹ Intervista a Dirigente Scolastica, Assistenti sociali, Infermieri e Coordinatori Infermieristici: domanda numero 5

DIRIGENTE SCOLASTICA

La Dirigente Scolastica valuta la sua capacità come discreta per le esperienze che ha avuto prima di ricoprire il ruolo di dirigente scolastica.

COORDINATORI E INFERMIERI

Cinque Infermieri (con meno esperienza lavorativa generale e con esperienza pediatrica inferiore ai 5 anni) affermano di avere una bassa capacità di riconoscimento del maltrattamento.

Sei Infermieri (con esperienza in ambito pediatrico di almeno 10 anni) affermano di avere una discreta-buona capacità di riconoscimento del maltrattamento in relazione alle situazioni con cui si sono trovati.

I Coordinatori affermano che gli Infermieri con più esperienza colgono determinati aspetti e sfumature che gli Infermieri con meno esperienza non riescono a cogliere. Così come gli Infermieri che lavorano in ambito pediatrico hanno più occhio e quindi colgono più facilmente alcuni segni e sintomi.

AREA BUROCRATICA - ORGANIZZATIVA

→ Al quesito: “All’interno dell’unità operativa/azienda in cui lavora sono presenti protocolli o procedure per la gestione del maltrattamento/ abuso/ trascuratezza/ incuria?”³⁰

ASSISTENTI SOCIALI

Entrambi gli Assistenti Sociali affermano di non avere a disposizione protocolli e procedure per la gestione del maltrattamento/abuso/trascuratezza/incuria, hanno a disposizione un modulo ma che da loro non viene utilizzato, quindi se c’è un reato di maltrattamento *“viene da loro effettuata una relazione di ciò che notano e successivamente procedono con la segnalazione al Tribunale dei Minori il quale affida la gestione ai periti”*.

30 Intervista a Dirigente Scolastica, Assistenti sociali, Infermieri e Coordinatori Infermieristici: domanda numero 9

Inoltre, in caso di maltrattamento gli Assistenti Sociali si affidano al Consultorio per l'attivazione di figure di supporto come Psichiatri e Psicologi sia per il maltrattato che per il maltrattante.

Entrambi gli Assistenti Sociali affermano che

- la maggior parte di casi sospetti vengono segnalati in Procura;
- in alcune circostanze invece, prima di segnalare, se non ci sono segni di grave maltrattamento cercano di lavorare con i genitori, monitorandoli e aiutandoli dal punto di vista comportamentale e psicologico e solo successivamente decidono come procedere.

Sottolineano poi che tutti gli Incaricati di Pubblico Servizio e Pubblici Ufficiali sono tenuti alla segnalazione in Procura e non all'Assistente Sociale.

DIRIGENTE SCOLASTICA

La Dirigente Scolastica afferma di non avere a disposizione nessun protocollo quindi, in caso di sospetto maltrattamento dopo la segnalazione delle maestre, la Dirigente Scolastica redige un referto ed attiva sempre la richiesta di intervento e di valutazione degli Assistenti Sociali e del Servizio di Tutela Minori che fungono da figure di supporto per le realtà scolastiche.

COORDINATORI E INFERMIERI

Sei Infermieri e un Coordinatore Infermieristico del Pronto Soccorso Pediatrico affermano che c'è un percorso diagnostico terapeutico assistenziale da seguire ma relativo all'abuso sessuale nel bambino, mentre per il maltrattamento non c'è nessun tipo di protocollo. Un infermiere giovane del Pronto Soccorso Pediatrico (con esperienza in area pediatrica inferiore ad un anno) afferma che è presente un PDTA ma non ne conosce l'utilizzo.

Quattro Infermieri e un Coordinatore Infermieristico della Pediatria affermano che all'interno della loro unità operativa non è presente nessun protocollo per la gestione di maltrattamento o abuso.

Nella realtà ospedaliera intervistata (Pronto Soccorso Pediatrico e Pediatria Ovest) il referto viene redatto dal Medico di guardia e in caso di sospetto o di maltrattamento come figure di supporto si attivano gli Assistenti Sociali ed

eventualmente in situazioni di abuso la congiunta con Medico Legale, Neuropsichiatra Infantile, Ginecologo, Psicologo, Pediatra, è poi quest'ultimo a prendersi in carico la situazione e gestire eventualmente il Tribunale.

Tutti gli Infermieri, i Coordinatori Infermieristici e la Dirigente Scolastica affermano di non avere a disposizione nessun modulo prestampato come strumento di supporto nella diagnosi di maltrattamento e affermano che sarebbe utile averne uno a disposizione da utilizzare in caso di sospetto. Propongono una sorta di modulo con all'interno segni oppure domande che possano aiutare a capire quando c'è un'alta probabilità che quel bambino possa essere stato maltrattato, ovviamente da utilizzare con cautela poiché è una problematica delicata, eterogenea e che va monitorata nel tempo.

FORMAZIONE SPECIFICA RELATIVA A MALTRATTAMENTO E ABUSO

→ Al quesito: “Quali sono stati i segni/sintomi o i comportamenti che le hanno fatto sorgere il dubbio riguardo il possibile maltrattamento?”³¹

ASSISTENTI SOCIALI

Gli Assistenti Sociali affermano che solitamente segni/sintomi o comportamenti che hanno fatto sorgere il dubbio riguardo il possibile maltrattamento vengono segnalati da:

- il pediatra o le maestre che evidenziano nel bambino segni sospetti come lividi, morsi, bruciature,
- la mamma che segnala che il papà o un familiare è violento,
- i bambini raccontano qualcosa o bambini che si chiudono in loro stessi.

Anche se vi è una tendenza poi da parte dei parenti ad essere omertosi, a coprire e negare tutto e ad avere difficoltà nella gestione delle emozioni, rivelandosi facilmente aggressivi.

DIRIGENTE SCOLASTICA

La Dirigente Scolastica ha segnalato la presenza di un segno fisico (*“occhio nero”*) nel caso segnalato, motivato dal genitore con una caduta accidentale.

31 Intervista a Dirigente Scolastica, Assistenti sociali, Infermieri e Coordinatori Infermieristici: domanda numero 18

Afferma che comunque, come quanto detto sopra, in ogni caso di sospetto si procede sempre con la segnalazione agli Assistenti Sociali.

COORDINATORI E INFERMIERI

Gli Infermieri affermano che i segnali che si notano nel bambino sono *“segni fisici, paura, spavento, pianti immotivati quando vengono toccati, traumi non corrispondenti alle cadute raccontate, atteggiamenti di chiusura all’avvicinamento del personale, segni psicologici che evidenziano paura di uno o dell’altro genitore”* (due Infermieri del Pronto Soccorso Pediatrico), oppure accessi al Pronto Soccorso ripetuti in breve periodo (cinque Infermieri del PS Pediatrico), *“bambini senza atteggiamenti eclatanti che facciano pensare che abbia subito violenza”* (quattro Infermieri della Pediatria).

Mentre nei parenti/accompagnatori si notano atteggiamenti *“superficiali, distratti, frettolosi, poco attenti e poco interessati ai bisogni del bambino”* (quattro Infermieri del PS Pediatrico), oppure altri come *“genitori comunque amorevoli e senza atteggiamenti particolari”* (tre Infermieri della Pediatria) anche perché spesso capita che l’accompagnatore non coincida con il maltrattante e in questo caso c’è un atteggiamento di maggiore protezione, angoscia e imbarazzo. Altri quattro Infermieri (due del PS Pediatrico e due della Pediatria) segnalano *“genitori molto apprensivi o eccessivamente nervosi e agitati”*, oppure *“genitori che ritrattano, che trovano giustificazioni e che non capiscono la gravità della situazione”*.

→ Alla domanda: “Ha mai partecipato a convegni, congressi con argomento “maltrattamento, abuso o trascuratezza nel bambino”?”³²

ASSISTENTE SOCIALE

Per quanto riguarda la formazione specifica entrambi sentono la necessità di avere più nozioni per poter riconoscere il maltrattamento anche perché soltanto uno dei due Assistenti Sociali ha partecipato a convegni che trattassero il tema del maltrattamento e affermano che sarebbe utile un corso di formazione sia per loro

32 Intervista a Dirigente Scolastica, Assistenti sociali, Infermieri e Coordinatori Infermieristici: domanda numero 14

che per i professionisti sanitari perché la tematica è poco sensibilizzata ed andrebbe approfondita in quanto è una problematica purtroppo diffusa.

DIRIGENTE SCOLASTICA

La Dirigente Scolastica afferma di non avere formazione specifica se non dei congressi per la preparazione della sua tesi di Laurea.

Le piacerebbe però una proposta di formazione a largo spettro e afferma che sarebbe utile un corso per il riconoscimento del maltrattamento e dell'abuso anche per le maestre tenendo conto del fatto che *“bisogna agire con cautela e che la diagnosi spetta ad altre figure”*.

COORDINATORI E INFERMIERI

Sei Infermieri (di cui due con esperienza inferiore ad un anno, tre con esperienza inferiore a 5 anni e uno con esperienza di quasi 35 anni in area Pediatrica) affermano di non aver mai partecipato a congressi sul maltrattamento, soltanto tre Infermieri (uno con esperienza di 25 anni, uno con esperienza di 8 anni e uno con esperienza di 2 anni in PS Pediatrico) affermano di aver partecipato ad un convegno specifico sul maltrattamento mentre due Infermieri (uno con esperienza di 23 anni e uno con esperienza di 5 mesi in area Pediatrica) e i Coordinatori affermano di aver partecipato a convegni dove è stato toccato l'argomento.

Gli intervistati hanno espresso la necessità di essere formati su argomenti relativi a cause, diagnosi e presa in carico dei bambini vittime di violenza infatti non si sentono adeguatamente formati a riconoscere un maltrattamento.

→ Al quesito: “Sa definire il concetto di maltrattamento/abuso e incuria?”³³

ASSISTENTI SOCIALI

Entrambi gli Assistenti Sociali lo definiscono come *“un'azione violenta a livello fisico e psicologico-mentale attuata di un adulto nei confronti di un minore che genera un trauma nel minore.”*

³³ Intervista a Dirigente Scolastica, Assistenti sociali, Infermieri e Coordinatori Infermieristici: domanda numero 16

DIRIGENTE SCOLASTICA

La Dirigente Scolastica lo definisce come una *“grave trascuratezza, una mancanza di attenzione o di accudimento anche scolastico oltre che un atto di violenza psicofisica attuata da un adulto nei confronti di un minore.”*

COORDINATORI E INFERMIERI

Cinque Infermieri (tre del PS Pediatrico e due della Pediatria) lo definiscono come *“un atto di violenza fisica o psicologica nei confronti di un minore.”*

Tre Infermieri (uno del PS Pediatrico e due della Pediatria) e i Coordinatori lo definiscono come *“un maltrattamento più o meno grave, abuso fisico e psicologico e trascuratezza.”*

Un Infermiere del Pronto Soccorso Pediatrico lo definisce come *“azioni, comportamenti o frasi utilizzati da un adulto su un minore che lo portano a sofferenza o derisione del bambino stesso.”*

Un Infermiere del Pronto Soccorso Pediatrico lo definisce come *“tutte quelle azioni rivolte al minore che creano un disagio psicofisico.”*

Un Infermiere del Pronto Soccorso Pediatrico lo definisce come *“situazione di disagio, non curanza dei bisogni del bambino ma anche atteggiamento lesivo fisico e psicologico.”*

→ Al quesito: “Sarebbe utile la presenza di un assistente sociale per riconoscere o meno un maltrattamento?” ³⁴

ASSISTENTI SOCIALI

Entrambi gli Assistenti Sociali affermano che sarebbe utile la presenza di un assistente sociale nei reparti pediatrici.

DIRIGENTE SCOLASTICA

La Dirigente Scolastica afferma di avere a disposizione la figura di uno psicologo per gli alunni come sportello di ascolto, ma suggerisce che a suo avviso sarebbe utile creare uno sportello di ascolto fisso anche per maestre e genitori.

³⁴ Intervista a Dirigente Scolastica, Assistenti sociali, Infermieri e Coordinatori Infermieristici: domanda numero 19

Inoltre afferma che hanno a disposizione anche un mediatore linguistico a chiamata, utile anche per tenere conto delle diversità culturali.

COORDINATORI E INFERMIERI

Sette Infermieri hanno risposto che un Assistente Sociale fisso in reparto non servirebbe perché viene attivato quando si inizia l'iter di segnalazione di un maltrattamento, piuttosto sarebbe utile che si presentasse in tempi brevi nel momento della chiamata mentre due Infermieri hanno risposto di "sì".

Due Infermieri e i Coordinatori affermano che la figura dell'Assistente Sociale è presente in ospedale e a seguito del Covid-19 l'uscita è rapida.

→ Alla domanda: "Sarebbe utile un documento multidisciplinare per cercare di uniformare il vocabolario "Maltrattamento" per coglierlo con maggiore facilità?"³⁵

Tutti i partecipanti all'intervista affermano che sarebbe utile una linea guida o un protocollo come punto di riferimento per il professionista per conoscere le procedure per intervenire in caso di sospetto maltrattamento, da proporre anche sul territorio in modo da uniformare l'intervento dell'equipe multidisciplinare.

³⁵ Intervista a Dirigente Scolastica, Assistenti sociali, Infermieri e Coordinatori Infermieristici: domanda numero 20

CAPITOLO 4:

Discussione

Questo capitolo è dedicato alla discussione dei risultati emersi dalle interviste somministrate a 2 Assistenti Sociali, 1 Dirigente scolastica, 2 Coordinatori Infermieristici e 11 Infermieri operanti presso Pronto soccorso Pediatrico e Pediatria Ovest degli Spedali Civili di Brescia, il tutto considerando la letteratura.

È importante sottolineare che non sono apparse contraddizioni tra le risposte fornite dalle Coordinatrici Infermieristiche e i rispettivi Infermieri.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce, nel 2002, il maltrattamento infantile come: *“L'abuso o il maltrattamento sull'infanzia è rappresentato da tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, 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”*.

Dall'intervista somministrata emerge che i professionisti indagati sanno delineare solo in parte il termine maltrattamento dandone una definizione incompleta *“un atto di violenza fisica o psicologica nei confronti di un minore”* oppure *“un maltrattamento più o meno grave, abuso fisico e psicologico e trascuratezza”* e ancora *“azioni, comportamenti, frasi, utilizzati da un adulto su un minore che lo portano a sofferenza o derisione del bambino stesso”* o *“tutte quelle azioni rivolte al minore che creano un disagio psicofisico”*, e infine *“situazione di disagio, non curanza dei bisogni del bambino ma anche atteggiamento lesivo fisico e psicologico.”* tralasciando, così, la globalità della definizione stessa.

Solo gli Assistenti Sociali hanno definito correttamente il termine maltrattamento come: *“un'azione violenta a livello fisico e psicologico-mentale attuata di un adulto nei confronti di un minore che genera un trauma nel minore”*.

Questa mancanza di terminologia corretta potrebbe essere data dal fatto che il 50% degli Infermieri, indipendentemente dall'età di servizio o dall'esperienza in realtà pediatrica, non hanno seguito convegni o corsi sull'argomento e i restanti 50% hanno solo toccato gli argomenti durante i corsi frequentati.

Formazione che sembra venir meno anche per la Dirigente Scolastica (*“ho affrontato l’argomento solo durante i miei studi universitari”*) la quale sostiene che sarebbe utile un corso per il riconoscimento del maltrattamento e dell’abuso sia per lei che per le maestre tenendo però conto del fatto *“che bisogna agire con cautela e che la diagnosi spetta ad altre figure”*. Come intervento d’aiuto la stessa propone anche la possibilità di attivare uno sportello di ascolto non solo per i bambini (il quale è già attivo) ma anche per le maestre da utilizzare come punto di riferimento per eventuali dubbi.

È nota a favore affermare che tutti gli intervistati gradirebbero seguire o essere formati sull’argomento in quanto per tutti risulta un argomento delicato e difficile, soprattutto *“quando ci si sposta dal maltrattamento fisico vero e proprio verso altre forme di abuso come quello psicologico e sessuale”*.

Ragion per cui, si è notato che per gli operatori indagati, risulta più semplice scorgere maltrattamento se il paziente porta segni fisici o se presenti comportamenti palesi o se già il minore giunge scortato in una realtà ospedaliera dalle Forze dell’Ordine o con una denuncia già nota; i segni/sintomi psicologici e comportamentali risultano di più difficile comprensione in quanto nascosti o difficilmente riscontrabili.

Questa capacità di riconoscimento ed osservazione pare, anche a detta delle Coordinatrici Infermieristiche, dipendente dall’esperienza personale e dall’età di servizio in area pediatrica (*“gli Infermieri con più esperienza colgono determinati aspetti e sfumature che gli Infermieri con meno esperienza non riescono a cogliere”*). L’esperienza nel riconoscimento di un maltrattamento, riportata dai professionisti e non osservata direttamente sul campo, sembra quindi essere correlata all’anzianità e gli Infermieri più anziani che hanno più esperienza, colgono maggiormente gli indicatori di maltrattamento e hanno un occhio più abile nell’osservazione del minore. Forse l’esperienza lavorativa e la formazione/predisposizione personale sembrano quel quid che fa aumentare l’attenzione sulla situazione in quanto sia in ambito ospedaliero che territoriale non vi sono protocolli o linee guida, è presente, all’interno della struttura ospedaliera intervistata un PDTA che risulta poco utilizzato poiché tratta esclusivamente l’abuso sessuale.

Per quanto riguarda l'ambito territoriale il riconoscimento del maltrattamento avviene tramite segnalazione ai Servizi Sociali (in caso di sospetto in ambito scolastico) o presentazione del caso alle Assistenti Sociali, le quali valuteranno maltrattato e maltrattante e solo di seguito si appoggeranno ai Consulenti per valutare il caso in equipe composta da Neuropsichiatri, Psichiatri e Psicologi i quali prenderanno in carico il maltrattato e faranno eventuale segnalazione al Tribunale dei Minori. Gli Assistenti Sociali intervistati hanno affermato di non utilizzare nessun tipo di documento per il riconoscimento di un maltrattamento, quando si trovano di fronte ad un sospetto prima di segnalare cercano di capire con il maltrattante i disagi e le problematiche che l'hanno spinto ad agire maltrattando il bambino, poi in relazione alla gravità della situazione valutano l'eventuale segnalazione in Procura.

In ambito territoriale risulta esserci una buona relazione e interrelazione tra scuola e Comune in quanto la prima riceve segnalazioni, invia le relazioni in caso di evento sospetto e mantiene il monitoraggio in caso di evento segnalato; il Comune segnala eventi e cerca di tessere una rete sociale e di equipe con il territorio appoggiandosi al Consultorio.

La collaborazione e l'integrazione tra la scuola e gli operatori sociosanitari è fondamentale sia per promuovere e realizzare progetti di natura educativa rivolti alla comunità e finalizzate a sostenere genitori e adulti in genere nel proprio compito di accompagnamento nei confronti dei minorenni, sia per meglio comprendere quei segnali di disagio, sintomi di un eventuale maltrattamento/violenza, anche al fine di raccogliere gli elementi utili per l'eventuale segnalazione alle Autorità Giudiziarie competenti.³⁶

Nella realtà ospedaliera invece, sembrano più complesse le collaborazioni in caso di sospetto, nella maggior parte dei casi quando un evento è già manifesto alla Procura o agli Assistenti Sociali si crea una rete d'equipe funzionale, che sembra essere fatta da consulenti in interrelazione, ma che sembra funzionare soltanto quando l'evento è già manifesto.

³⁶ Organizzazione Mondiale della Sanità (2006); "Strategie di prevenzione per stadio di sviluppo e livello di influenza"

C'è quindi la necessità, da parte degli operatori, di personale formato che possa rispondere in modo immediato alla chiamata o alla richiesta di aiuto *“la figura degli Assistenti Sociali è presente in ospedale ma un infermiere nell'intervista aveva affermato che dopo la chiamata le tempistiche di uscita sono lunghe”*, invece ci sarebbe la necessità di un'uscita tempestiva e a tempo 0 di queste figure di supporto.

Contrariamente a quanto si possa pensare risulta più facile monitorare il bambino in Pronto Soccorso Pediatrico che durante la degenza grazie al monitoraggio continuo tramite visione diretta e telecamere, inoltre spesso nei reparti di degenza *“si crea un ambiente fallace che potrebbe portare ad una mal interpretazione di segni e sintomi o dei comportamenti da parte dei genitori/tutori”*. Infatti gli Infermieri della Pediatria Ovest sottolineano che, molte volte, a loro risulta difficile riscontrare un maltrattamento perché: *“i genitori nascondono per quei giorni atteggiamenti violenti”*, oppure *“sono giustificati dal fatto che si trovino 24h in ospedale con il bambino, ad affrontare una nuova diagnosi di malattia, separati dal resto della famiglia, perdono la pazienza quando l'infermiere entra e questo appare segno di maltrattamento anche se magari non lo è”*.

Tutti i professionisti affermano di ricercare un'interrelazione per effettuare un lavoro di equipe ma si è visto che non sempre è possibile. Una relazione concreta si è creata tra Assistenti Sociali e Dirigente Scolastica intervistati, che in quanto operanti nello stesso Comune, riescono a collaborare con una traccia diretta per quanto riguarda la gestione delle realtà scolastiche.

Più complesso risultano invece le collaborazioni in ambiente ospedaliero, in quanto afferiscono pazienti non appartenenti allo stesso Comune e dunque spesso volte manca la diretta connessione con i Comuni di appartenenza e viene a mancare quindi l'aspetto del monitoraggio territoriale ed eventuali segnalazioni già presenti per quel paziente.

È anche per questo motivo che gli Infermieri e i Coordinatori affermano di *“non lasciarsi travolgere dalla soggettività ma di cercare di creare un'equipe all'interno della stessa struttura in modo da osservare da più punti di vista il maltrattato”*.

Per la gestione e il riconoscimento del maltrattamento su uno stesso caso pediatrico è fondamentale, dunque, il parere e l'osservazione di più professionisti come Assistente Sociale, Medico Legale e Ginecologo se si sospetta un abuso, Pediatra, Neuropsichiatra Infantile e la gestione del paziente a livello multidisciplinare cosa che viene fatta in ambito ospedaliero richiedendo il parere di consulenti già presenti nella realtà stessa; sul territorio invece vi è l'aiuto e il supporto del Consultorio con figure operanti a livello ambulatoriale.

Il maltrattamento sul minore risulta essere una situazione estremamente delicata sia nella rilevazione che nella gestione successiva del paziente e dell'evento stesso, *“perché un solo segno o sintomo non rileva il fenomeno”* quindi vi è sempre la necessità di una valutazione multidimensionale completa che solo un'equipe multidisciplinare preparata può effettuare.

Per quanto riguarda la segnalazione, risulta importante sottolineare il fatto che secondo l'articolo 331 del Codice Penale: *“Tutti i Pubblici Ufficiali e gli Incaricati di Pubblico Servizio hanno l'obbligo di denunciare qualsiasi reato perseguibile d'ufficio”*, quindi non spetta soltanto all'Assistente Sociale effettuare la segnalazione, ma sarebbe opportuno che anche la figura del Dirigente Scolastico, in quanto Pubblico Ufficiale, procedesse in modo autonomo e personale alla segnalazione o alla denuncia senza interpellare la figura degli Assistenti Sociali ma eventualmente attivarli in un secondo momento.

Si ribadisce lo stesso concetto anche per quanto riguarda le figure degli Infermieri, in modo che una segnalazione precoce possa abbreviare i tempi di riconoscimento e di intervento rivolti ad una situazione di maltrattamento o abuso sul minore.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati attuata nelle interviste prese in esame conduce a diverse riflessioni riguardanti il fenomeno del maltrattamento.

Dall'ultimo studio effettuato nel 2021 da CISMAI e Terre des Hommes è emerso che in Italia, il maltrattamento è un fenomeno che sempre più si sta diffondendo anche nel nostro paese infatti ogni anno migliaia di bambini continuano ad essere vittime di violenza. Oltre alla difficoltà di gestione della problematica, è poco considerato anche l'importante ruolo che riveste la prevenzione in questo tema. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda da tempo agli Stati di dotarsi di un piano nazionale di prevenzione della violenza per poter controllare e prevenire tante situazioni di maltrattamento e abuso attraverso un approccio sistemico interdisciplinare.

E' evidente che, nelle realtà indagate, gli interventi di prevenzione sembrano essere ancora un miraggio ma si attuano interventi di monitoraggio e di sostegno/cura all'evento che viene presentato all'attenzione degli Infermieri, Assistenti Sociali e Dirigente Scolastica. Evento che spesso è difficile da intercettare soprattutto se non porta segni fisici ma se è un maltrattamento che interessa la sfera sessuale o psicologica. Gioco forza sembra essere in tutte le realtà, ma forse maggiormente nella realtà ospedaliera perché le attività sono tipicamente interventistiche, è l'esperienza degli operatori. La formazione degli stessi sulla tematica specifica del maltrattamento viene lasciata al singolo anche se sarebbero utili, a detta degli stessi, corsi per il riconoscimento precoce di un maltrattamento e per garantire un efficace intervento di protezione.

WHO indica e suggerisce l'utilizzo di scale o strategie di prevenzione ma nelle realtà indagate sembra non esserci nemmeno una procedura, un protocollo o un'istruzione operativa o forse, a parer di pochi un PDTA solo per l'abuso sessuale nella realtà ospedaliera, poco conosciuto e poco utilizzato poiché circoscritto soltanto a quella specifica situazione. Gli stessi operatori affermano di scegliere di adottare interventi basati su sensazioni soggettive, esperienze personali o facendo gestire tutta la situazione al Pediatra che spesso chiede il consulto di personale più qualificato presente in azienda ospedaliera (Psicologi,

Psichiatri, Neuropsichiatri Infantili,...) o gli stessi Assistenti Sociali dopo valutazione e colloqui con i maltrattati e i maltrattanti chiedono ai consulenti presenti nei Consultori.

Gli stessi professionisti affermano che sarebbe utile avere un documento per il riconoscimento del maltrattamento che, a detta degli stessi, potrebbe risultare utile non solo al personale ospedaliero più o meno esperto, ma anche a livello territoriale. Un documento di questo tipo potrebbe aiutare i professionisti, operanti nei diversi ambiti, ad utilizzare un linguaggio e degli strumenti comuni.

La necessità e la volontà di garantire appropriatezza ed efficacia delle azioni sollecita, quindi, l'adozione di una prospettiva professionale integrata tra diverse discipline e servizi; principi come "lavoro di rete" e "approccio multidisciplinare" non possono rimanere relegati nel confine delle "buone intenzioni" o di esperienze professionali isolate senza correre il rischio di svuotarsi di significato. Integrazione che sembra essere presente tra le realtà scolastica indagata e la realtà sociale dello stesso Comune osservato.

Non esistono metodi scientifici che, basandosi sulle dichiarazioni del minore, permettono di distinguere la verità dalla menzogna; tuttavia, è fondamentale per gli operatori tenere in considerazione che ogni individuo è diverso e potrebbe reagire diversamente alle procedure che vengono attuate.

È importante ricordare che, come hanno più volte sottolineato gli Assistenti Sociali, durante l'intervista la segnalazione può essere effettuata da qualunque operatore che per qualsiasi motivo venga a contatto con il minore e consiste sostanzialmente nel riferire all'autorità giudiziaria gli elementi che sono stati individuati e che fanno pensare che vi siano condizioni di pregiudizio per il minore, provocate dai comportamenti di quegli adulti che dovrebbero svolgere nei suoi confronti funzioni educative. Questo concetto, probabilmente sempre per una mancata formazione, o per paura, non viene tenuto in considerazione sia dagli Infermieri che dalla Dirigente Scolastica, infatti, quando si trovano di fronte ad un sospetto maltrattamento, attivano l'Assistente Sociale o consulenti per effettuare poi successive segnalazioni.

L'intento del mio elaborato non è assolutamente quello di giudicare o modificare l'organizzazione della routine delle Unità Operative indagate o della realtà territoriale osservata, ma solo quello di analizzare le problematiche inerenti al maltrattamento e abuso sul minore, fotografare le realtà dando dei suggerimenti che possano aiutare il personale, migliorando la gestione di questo fenomeno.

Da qui nasce l'idea di creare una brochure che possa essere di facile consultazione sia agli operatori che alle persone afferenti ai servizi e una proposta di istruzione operativa rivolta agli operatori in modo da cogliere con maggiore facilità i segni/sintomi di un maltrattamento, con la finalità di, *mi piace pensare*, **salvare** tanti bambini vittime di violenza.

RI-CONOSCERE IL MALTRATTAMENTO: istruzione operativa per il personale Sanitario, Sociale e Scolastico

DATI:

ETICHETTA IDENTIFICATIVA DEL PAZIENTE

1. ACCETTAZIONE

Durante l'accettazione è opportuno valutare:

Il paziente ha chiesto aiuto	Spontaneamente	Altro (es. 118)
Il minore è accompagnato?	No	Si
La violenza è:	Dichiarata	Sospetta

2. RILEVAZIONE DEL MALTRATTAMENTO:

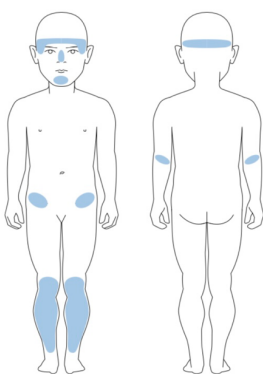
(Questa fase coinvolge tutti i soggetti che osservano il bambino e si avvale delle diverse competenze professionali e funzioni istituzionali)

FISICO

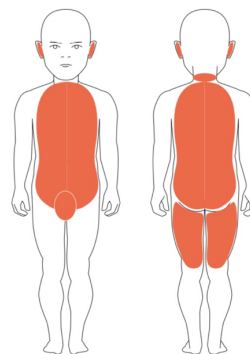
- Il bambino presenta segni fisici primari

Ematomi	Abrasioni	Morsi	Ferite	Lesioni termiche
---------	-----------	-------	--------	------------------

- NUMERO DELLE LESIONI?
- Dove sono localizzate le lesioni?



Zone autoaggregabili



Zone non autoaggregabili

CARATTERISTICHE.....
.....

TIPOLOGIA DELLE LESIONI

Ecchimosi	Escoriazioni	Ferite	Lacerazioni	Altro
-----------	--------------	--------	-------------	-------

CRONOLOGIA DELLE LESIONI (colorazione lesioni)

Ematomi di un singolo incidente	Ematomi di più incidenti
---------------------------------	--------------------------

- Il bambino presenta segni fisici secondari (schiacci, fratture, ricoveri ricorrenti)?

Schiacci	Fratture	Ricoveri ricorrenti	Altro
----------	----------	---------------------	-------

COMPORTAMENTALE

- Il bambino presenta segni comportamentali

Isolamento sociale	Paura dell'adulto	Sguardo basso	Apatia	Altro
--------------------	-------------------	---------------	--------	-------

Fino ai 6 anni	Disturbi del sonno	Paure immotivate	Isolamento familiare	Esplosioni emotive	Preoccupazioni insolite
	Disturbo condotte alimentari	Atteggiamenti violenti	Atteggiamenti di autolesionismo		Lamentele per dolori fisici
Dopo i 6 anni	Passività	Oppositività	Fughe	Isolamento	Depressione
	Comportamenti immaturi		Inibizione del pensiero		Difficoltà scolastiche

3. VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Contattare:

- i consulenti reperibili in ambito territoriale o all'interno dell'Azienda stessa (secondo le direttive aziendali).

In questa fase è necessario comprendere e valutare:

- Il quadro complessivo della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali, relazionali e sociali,
- L'entità del danno fisico e/o psicologico causato dalla situazione traumatica sul minore,

- Il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e la possibilità di cambiamento,
- Le capacità di recupero del nucleo familiare e l'adeguatezza della rete parentale,
- Le risorse alternative in caso di elementi negativi negli adulti di riferimento.

4. ATTIVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI

1. Attivazione scheda informatizzata nazionale per facilitare la ricerca di casi già noti.
2. Per informazioni ulteriori in caso di sospetto attivare:
 - Comune di residenza o di domicilio del minore;
 - Assistenti Sociali dell'Azienda o del Comune di riferimento;
 - Psichiatra, Neuropsichiatra o figure di supporto presenti in azienda;
 - Richiesta attuata dal Pediatra o altra figura secondo direttiva aziendale di:
 - Forze dell'Ordine
 - Tribunale dei minori (richiesta attuata dal Pediatra);
 - Procura della Repubblica (richiesta attuata dal Pediatra);

5. COME SEGNALARE

- Riportare in forma sintetica gli elementi che vi hanno condotto a sospettare il maltrattamento (senza approfondimenti e giudizi personali).

Nel caso di segnalazione penale, NON VALE IL PRINCIPIO DI TRASPARENZA (principio fondamentale dell'esercizio della funzione amministrativa, manifestazione del principio di imparzialità. L.241/1990).

QUALI SONO I REATI PERSEGUIBILI D'UFFICIO CHE È NECESSARIO SEGNALARE:

1. **MALTRATTAMENTI IN FAMIGLIA** (art. 572 c.p.): condotte non occasionali da parte di genitore o parente che sono lesive dell'integrità fisica o psichica della persona (tali condotte "lesive" sono state meglio definite come "quei comportamenti che rendono abitualmente dolorose le relazioni familiari" dalla sentenza 16.10.92 della Corte di Cassazione).

2. **ABUSO DEI MEZZI DI CORREZIONE** (art. 571 c.p.): infliggere al minore, in modo non occasionale, punizioni immotivate o che si pongono al di là dei poteri educativi riconosciuti ai genitori (il genitore ha il dovere di educare il figlio ma deve farlo nel rispetto della sua personalità e senza soffocarne le potenzialità individuali).

3. **REATI SESSUALI** (Legge 66 /1996)

- Qualunque attività sessuale, anche senza costrizione, con minore di anni 10;
- Attività sessuale con costrizione fisica o psicologica o abuso di autorità con minore di anni 14;
- Attività sessuale con minore di anni 16 se chi la agisce è il genitore, il di lui convivente, il tutore, o altra persona cui il minore sia affidato per ragioni di cura, istruzione, vigilanza o custodia.

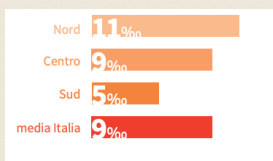
Un ulteriore reato che si esplica in ambito civile e non penale è:

4. **MINORI IN STATO DI ABBANDONO** (art.8 Legge 184/1983 modif. da Legge 149/2001): se il minori si trova in uno stato di privazione di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, è dichiarato adottabile e ha diritto che gli sia trovata una nuova famiglia.

L'articolo 11 della Carta dei diritti del Bambino in Ospedale recita: *"Il bambino ha il diritto ad essere protetto da ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisica o mentale, di abbandono o di negligenza, di maltrattamento o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale"*.



PREVALENZA DEI MINORENNI MALTRATTATI SULLA POPOLAZIONE MINORILE PER AREA GEOGRAFICA



Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia, CISMAL, Terre del Hommes; (2021); "5° indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia".

Questi dati evidenziano che nel nostro paese emerge uno scarso sviluppo dei servizi per la prevenzione precoce del maltrattamento ed il 9% della popolazione minorile quindi 77.493 minori sono vittime di maltrattamento.

CHIAMA IL NUMERO DI EMERGENZA INFANTILE

114

TELEFONO AZZURRO

19696

Con la speranza che questa brochure possa essere un aiuto per operatori sanitari, sociali e scolastici per cogliere la problematica, sempre più diffusa del maltrattamento con il tentativo di salvare tanti bambini vittime di violenza.

QUARTI MARTINA

RI-CONOSCERE IL MALTRATTAMENTO



Il maltrattamento "...è rappresentato da tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, 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". (OMS 2002)



TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO

1. Maltrattamento
 - Fisico
 - Psicologico
2. Patologia della cura
 - Incuria
 - Discuria
 - Ipercuria
3. Violenza assistita
4. Abuso sessuale
 - Sfruttamento sessuale
 - Pedopornografia
 - Prostituzione minorile
 - Turismo sessuale
 - Abuso "online"
5. Bullismo e Cyberbullismo

RI-CONOSCERE IL MALTRATTAMENTO

L'identificazione di questo evento è un interrogativo di grande attualità in un contesto sociale e mediatico che da una parte tende a fare di qualsiasi minimo sospetto un evento conosciuto da tutti che suscita scalpore nell'opinione pubblica, mentre dall'altra, molto spesso, intorno a noi, esistono tante realtà dove la violenza e l'abuso sono presenti ma passano inosservati o talvolta ignorati.

INDICATORI DI MALTRATTAMENTO:

1. **Il bambino presenta segni fisici primari** (ematomi, abrasioni, morsi, ferite, lesioni termiche)?
 - Dove sono localizzate le lesioni?
 - ✗ Fronte, zigomi, mento, naso, gomiti, cresta del bacino, ginocchia, tibie (zone autoaggregabili per cui non si sospetta un maltrattamento)
 - ✓ Collo, nuca, petto, torace, schiena, ventre, natiche, parti interne agli arti (zone non autoaggregabili quindi sospette di maltrattamento)
 - Quante sono le lesioni?
 - ♦ Sono su diversi distretti corporei?
 - ♦ Sono multiformi per tipologia (ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, lacerazioni)?
 - Cronologia delle lesioni (colorazione ematomi). Gli ematomi sono di un singolo incidente o di più incidenti?
 - Età del bambino
2. **Il bambino presenta segni fisici secondari** (schiacci, fratture, ricoveri ricorrenti)?
3. **Il bambino presenta segni comportamentali che evidenziano un disagio collegato al fenomeno del maltrattamento** (isolamento sociale, paura dell'adulto, sguardo basso, apatia)?
 - Fino ai 6 anni: disturbi del sonno, disturbo condotte alimentari, lamentele per dolori fisici, esplosioni emotive, preoccupazioni insolite, paure immotivate, isolamento familiare, atti di autolesionismo, atteggiamenti violenti.
 - Dopo i 6 anni: si aggiungono anche passività, inibizione del pensiero, depressione e isolamento, difficoltà scolastiche, fughe, opposività, comportamenti immaturi.

BIBLIOGRAFIA

Associazione Ospedali Pediatrici Italiani Onlus (2014); *“La Carta dei Diritti”*; Il bambino in ospedale.

Autorità Garante per l'infanzia, CISMAI, Fondazione Terre del Hommes Italia (2015); *“Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia”*; pp. 14-21.

Autorità Garante per l'Infanzia, CISMAI, Terre des Hommes (2021); *“2° indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia”*; Italia; pp. 12, 20-25.

Cheli M. et al. (2012); *“Esperienze traumatiche in età evolutiva e fattori di rischio familiari: un'indagine sugli esiti nello sviluppo”*; *Abuso e Maltrattamento all'Infanzia*; Vol. 14; n. 3; pp. 11-24.

CISMAI (Luglio 2013); *“Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”*; direzione generale Sanità e Politiche Sociali; pp. 13-17.

Di Blasio et al.; (2005) *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*; Milano; Unicopli

Di Iulio T. et al. (2017); *“Maltrattamento e abuso all'infanzia”* Indicazioni e raccomandazioni; Roma; Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi; pp. 34.

Ghezzi D., Vadilonga F. (1996); *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*; Raffaello Cortina Editore,; Milano; pp. 2.

Kempe H.C. (1962); *“The Battered Child Syndrome”*; Germania.

Krug E.G. et al. (2002); *“World report on violence and health”*; Ginevra; World Health Organization.

Lanius R.A. et al. (2012); *“L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia: l'epidemia nascosta”*; Roma; Giovanni Fioriti Editore.

Larkin H. et al. (2012); *“The Health and Social Consequences of Adverse Childhood Experiences (ACE) Across the Lifespan: An Introduction to Prevention and Intervention in the Community”*; *Journal of Prevention & Intervention in the Community*; 40, 263-270, Google Scholar.

Lips U. et al. (2011); *Maltrattamento infantile – protezione dell'infanzia. “Guida alla diagnosi precoce e alle procedure nello studio medico”*; Berna; Fondazione Svizzera per la Protezione dell'Infanzia; 2^a edizione aggiornata in lingua italiana (2020); pp. 15-22.

Mancini M. (2017); *“I segni dell'abuso sui minori: Come si riconoscono, cosa guardare, come interpretare”*; *Diritto & diritti dal 1996*; pp.1.

Mastronardi V. (2012); *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*; Giuffrè Editore; pp. 354.

Ministero della Salute (2014) *“Informativa OMS: maltrattamento infantile”*.

Montecchi F. (2012); *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*; Milano; Franco Angeli.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2006); *“Strategie di prevenzione per stadio di sviluppo e livello di influenza”*

SINPIA (2007); *“Linee guida in tema di abuso sui minori”*; pp. 15-16, 24-25.

UNICEF (2008); *“Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza”*; Roma; Comitato italiano per l’UNICEF Onlus; pp. 3-4, 10.

Prefettura (24 Gennaio 2001); *“Protocollo d’intesa in materia di abuso sessuale e maltrattamenti su minori”*; Piacenza.

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento affari Sociali (Settembre 1998); *“Proposte d’intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento”*; Documento della Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori

World Health Organization (2006); *“Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi”*; Francia.

RINGRAZIAMENTI

Sono giunta al termine di questo meraviglioso percorso e voglio ringraziare tutte le persone che mi hanno permesso di intraprenderlo.

Inizio ringraziando me stessa perché grazie alla mia determinazione sono riuscita a realizzare il sogno di quando ero bambina, diventare un'infermiera.

Ringrazio i miei pazienti e i miei Assistenti di Tirocinio, in particolare Giulia, Luciana e Giorgia che mi hanno insegnato ad essere infermiera, ad amare questo lavoro e soprattutto a farlo con passione, le porterò sempre nel cuore.

Ringrazio Cristina, la mia relatrice, che mi ha accolta ed ha accettato di collaborare con me per la stesura di questo elaborato, seguendomi scrupolosamente in ogni momento.

Grazie a te mamma, amica e confidente di ogni giorno, una fonte di ispirazione e un punto di riferimento da sempre per me.

Grazie al papà, perché nonostante la sua fatica per fare dei complimenti, so che in fondo è fiero di me ed è solo grazie a tutti i salami che ha portato ad ogni professore da quando sono alle elementari se sono diventata un'infermiera.

Vi ringrazio perché mi avete sempre permesso di scegliere il mio futuro e di rincorrere i miei sogni, gioendo con me di tutti i risultati raggiunti, senza chiedere mai nulla in cambio.

Grazie a Beatrice, che mi è sempre vicina e so che in qualsiasi momento lo sarà. Spero un giorno mi permetterà di farle un prelievo.

Ringrazio anche i nonni e tutta la mia famiglia per avermi sempre sostenuto in ogni progetto.

Grazie a Giovanni perché con la sua pazienza è sempre pronto ad aiutarmi. In questi anni è stato un pilastro importante per me e mi auguro continui ad esserlo. Sei una persona splendida e vorrei averti per sempre al mio fianco.

Grazie alle mie infermiere del cuore Valentina e Denise.

Grazie a Valentina, amica del cuore da ormai più di otto anni, ha condiviso con me le passioni più belle ed è stato un punto di riferimento importante durante questo percorso e ora, finalmente, posso dire di essere la tua collega.

Grazie a Denise perché con la sua immensa fragilità è riuscita a entrarci nel cuore. I nostri percorsi non si divideranno, continueremo questo viaggio insieme. Grazie per aver condiviso con me questi tre anni e lo studio, gli esami, le prove delle procedure, i pianti (solo tuoi ovviamente), le risate, con te questo percorso è stato migliore.

Grazie a tutti i miei amici e le mie amiche che ci sono sempre stati.

Ora finalmente il mio sogno si è realizzato e posso dire: sono un'Infermiera.

ALLEGATO 1

Strategie per prevenire il maltrattamento sui minori per stadio di sviluppo e livello di influenza

	Stadio di sviluppo			
Livello Intervento	Prima infanzia (<dei 3 anni di età)	Infanzia (3-11 anni di età)	Adolescenza (12-17 anni di età)	età adulta (> = 18 anni di età)
Livello sociale e di comunità	Implementare la riforma normativa e i diritti umani. • Recepire la Convenzione sui diritti dei minori nella normativa nazionale • Consolidare il sistema giudiziario e delle forze dell'ordine • Promuovere i diritti sociali, economici e culturali Introdurre politiche sociali ed economiche positive • Fornire servizi assistenziali ed educativi per la prima infanzia • Garantire l'istruzione primaria e secondaria a tutti • Adottare misure per ridurre la disoccupazione e mitigarne le conseguenze avverse • Investire in buoni sistemi di protezione sociale Cambiare le norme culturali e sociali • Cambiare le norme culturali e sociali che incentivano la violenza contro i minori e gli adulti Ridurre le disuguaglianze economiche • Affrontare la povertà • Ridurre le disuguaglianze di genere e di reddito Ridurre i fattori di rischio ambientali • Ridurre la disponibilità di alcool • Monitorare i livelli di piombo e rimuovere le tossine ambientali			
				Ricoveri e centri di assistenza per le donne maltrattate e per i loro figli Formare le professioni sanitarie ad identificare e registrare gli adulti sopravvissuti a maltrattamento sui minori
Relazione	Visita domiciliare , formazione alla genitorialità	formazione alla genitorialità		
Individuo	Ridurre le gravidanze involontarie Accrescere l'accesso ai servizi prenatali e post natali.	Formare i minori affinché riconoscano e evitino situazioni di abuso potenziale		

ALLEGATO 2- INTERVISTA

Intervista a Infermieri

CARATTERISTICHE DEL TARGET INTERESSATO

ETA' ANAGRAFICA, UOMO/ DONNA	
DA QUANTI ANNI ESERCITA	
DA QUANTI ANNI LAVORA IN UNA REALTA' PEDIATRICA	

1. *Esperienza diretta in caso di maltrattamento o abuso o trascuratezza/ incuria:*
 - a. ha mai sospettato una situazione di maltrattamento o abuso?
 - b. Come si è comportato?
 - c. Si è mai trovato direttamente di fronte a una situazione di maltrattamento?
 - d. Come si è comportato?
 - e. Quali sono stati i segni/ sintomi o i comportamenti che le hanno fatto sorgere il dubbio riguardo il possibile maltrattamento?
 - f. Quali atteggiamenti manifestavano i parenti/ accompagnatori?
 - g. Ha mai deciso di segnalare una situazione sospetta?
 - h. E di non segnalare? Perché non lo ha fatto?
2. *Area burocratica – organizzativa*
 - a. All'interno dell'unità operativa in cui lavora sono presenti protocolli o procedure per la gestione del maltrattamento o abuso o trascuratezza/ incuria?
 - b. Vi è presente nella sua unità operativa un modulo prestampato come strumento di supporto nella diagnosi di maltrattamento?
 - c. Pensa che potrebbe essere utile averne uno a disposizione?
 - d. In caso di sospetto di maltrattamento quale figura redige il referto?
 - e. In caso di un maltrattamento attivate figure di supporto?
3. *Formazione specifica relativa maltrattamento/ abuso:*
 - a. ha partecipato a convegni, congressi con argomento "maltrattamento, abuso o trascuratezza nel bambino"?
 - b. Sente la necessità di essere aggiornato su argomenti relativi a cause, diagnosi e presa in carico dei bambini vittima di violenza?
 - c. Sa definire il concetto di maltrattamento / abuso e incuria?
 - d. Si sente adeguatamente formato in merito al tema del maltrattamento?
 - e. Come valuta la sua capacità di riconoscere i segni e i sintomi di maltrattamento minorili?
4. *Suggerimenti:*
 - a. Sarebbe utile per lei un corso di formazione?
 - b. Sarebbe utile la presenza di un assistente sociale per riconoscere o meno un maltrattamento?
 - c. Sarebbe utile un documento multidisciplinare per cercare di uniformare il vocabolario "Maltrattamento" per coglierlo con maggiore facilità

Intervista al Coordinatore Infermieristico

CARATTERISTICHE DEL TARGET INTERESSATO

ETA' ANAGRAFICA, UOMO/ DONNA	
DA QUANTI ANNI ESERCITA	
DA QUANTI ANNI LAVORA IN UNA REALTA' PEDIATRICA	

1. *Esperienza diretta in caso di maltrattamento o abuso o trascuratezza/ incuria:*

- ha mai sospettato una situazione di maltrattamento o abuso?
- Come si è comportato?
- Si è mai trovato direttamente di fronte a una situazione di maltrattamento?
- Come si è comportato?
- Lei, in quanto Coordinatore Infermieristico, come interviene in caso di sospetto maltrattamento?
- È capitato di trovarsi di fronte ad un sospetto (che non è stato denunciato) che si è poi rivelato dannoso per il maltrattato?
- Ha mai deciso di segnalare una situazione sospetta?
- E di non segnalare? Perché non lo ha fatto?

2. *Area burocratica – organizzativa*

- All'interno dell'unità operativa in cui lavora sono presenti protocolli o procedure per la gestione del maltrattamento o abuso o trascuratezza/ incuria ?
- Vi è presente nella sua unità operativa un modulo prestampato come strumento di supporto nella diagnosi di maltrattamento?
- Pensa che potrebbe essere utile averne uno a disposizione?
- In caso di sospetto di maltrattamento quale figura redige il referto?
- In caso di un maltrattamento attivate figure di supporto?

3. *Formazione specifica relativa maltrattamento/ abuso:*

- ha partecipato a convegni, congressi con argomento "maltrattamento, abuso o trascuratezza nel bambino"?
- Sente la necessità di essere aggiornato su argomenti relativi a cause, diagnosi e presa in carico dei bambini vittima di violenza?
- Sa definire il concetto di maltrattamento / abuso e incuria?
- Si sente adeguatamente formato in merito al tema del maltrattamento?

4. *Suggerimenti:*

- Ritiene che i suoi Infermieri siano adeguatamente preparati alla gestione/riconoscimento di un maltrattamento?
- Come valuta il grado di attenzione degli Infermieri, che lavorano in ambito, verso la tematica del maltrattamento?
- Potrebbero essere utili dei corsi di formazione?
- Potrebbe essere utile per un futuro la collaborazione con assistenti sociali per il riconoscimento precoce di un maltrattamento?

Intervista all'Assistente Sociale

CARATTERISTICHE DEL TARGET INTERESSATO

ETA' ANAGRAFICA, UOMO/ DONNA	
DA QUANTI ANNI ESERCITA	
DA QUANTI ANNI LAVORA IN UNA REALTA' PEDIATRICA	

1. *Esperienza diretta in caso di maltrattamento o abuso o trascuratezza/ incuria:*
 - a. ha mai sospettato una situazione di maltrattamento o abuso?
 - b. Come si è comportato?
 - c. Si è mai trovato direttamente di fronte a una situazione di maltrattamento?
 - d. Come si è comportato?
 - e. Quali sono stati i segni/ sintomi o i comportamenti che le hanno fatto sorgere il dubbio riguardo il possibile maltrattamento?
 - f. Quali atteggiamenti manifestavano i parenti/ accompagnatori?
 - g. Come si è comportata nei confronti del maltrattato?
 - h. Ha mai deciso di segnalare una situazione sospetta?
 - i. E di non segnalare? Perché non lo ha fatto?
2. *Area burocratica – organizzativa*
 - a. All'intero dell'azienda in cui lavora sono presenti protocolli o procedure per la gestione del maltrattamento o abuso o trascuratezza/ incuria?
 - b. Vi è presente nella sua azienda un modulo prestampato come strumento di supporto nella diagnosi di maltrattamento?
 - c. Pensa che potrebbe essere utile averne uno a disposizione?
 - d. In caso di sospetto di maltrattamento quale figura redige il referto?
 - e. In caso di un maltrattamento attivate altre figure di supporto?
3. *Formazione specifica relativa maltrattamento/ abuso:*
 - a. ha partecipato a convegni, congressi con argomento "maltrattamento, abuso o trascuratezza nel bambino"?
 - b. Sente la necessità di essere aggiornato su argomenti relativi a cause, diagnosi e presa in carico dei bambini vittima di violenza?
 - c. Sa definire il concetto di maltrattamento / abuso e incuria?
 - d. Si sente adeguatamente formato in merito al tema del maltrattamento?
 - e. Come valuta la sua capacità di riconoscere i segni e i sintomi di maltrattamento minorili?
4. *Suggerimenti:*
 - a. Sarebbe utile per lei un corso di formazione?
 - b. E per i professionisti sanitari potrebbe essere utile per migliorare le competenze per riconoscere un abuso?
 - c. Sarebbe utile la presenza di un assistente sociale per riconoscere o meno un maltrattamento?
 - d. Sarebbe utile un documento multidisciplinare per cercare di uniformare il vocabolario "Maltrattamento" per coglierlo con maggiore facilità?
 - e. Ritiene che la tematica del maltrattamento sia adeguatamente conosciuta dagli altri professionisti sanitari?

Intervista per la Dirigente Scolastica

CARATTERISTICHE DEL TARGET INTERESSATO

ETA' ANAGRAFICA, UOMO/ DONNA	
DA QUANTI ANNI ESERCITA	
DA QUANTI ANNI LAVORA IN UNA REALTA' PEDIATRICA	

1. *Esperienza diretta in caso di maltrattamento o abuso o trascuratezza/ incuria:*
 - a. ha mai sospettato una situazione di maltrattamento o abuso?
 - b. Come si è comportato?
 - c. Si è mai trovato direttamente di fronte a una situazione di maltrattamento?
 - d. Come si è comportato?
 - e. Quali sono stati i segni/ sintomi o i comportamenti che le hanno fatto sorgere il dubbio riguardo il possibile maltrattamento?
 - f. Quali atteggiamenti manifestavano i parenti/ accompagnatori?
 - g. Ha mai deciso di segnalare una situazione sospetta?
 - h. E di non segnalare? Perché non lo ha fatto?
2. *Area burocratica – organizzativa*
 - a. All'intero dell'azienda in cui lavora sono presenti protocolli o regolamenti per la gestione del maltrattamento o abuso o trascuratezza/ incuria ?
 - b. In caso di una situazione di sospetto come vi comportate?
 - c. In caso di sospetto di maltrattamento quale figura redige il referto?
 - d. In caso di un maltrattamento attivate figure di supporto?
3. *Formazione specifica relativa maltrattamento/ abuso:*
 - a. ha partecipato a convegni, congressi con argomento "maltrattamento, abuso o trascuratezza nel bambino"?
 - b. Sente la necessità di essere aggiornato su argomenti relativi a cause, diagnosi e presa in carico dei bambini vittima di violenza?
 - c. Sa definire il concetto di maltrattamento / abuso e incuria?
 - d. Si sente adeguatamente formato in merito al tema del maltrattamento?
 - e. Come valuta la sua capacità di riconoscere i segni e i sintomi di maltrattamento minori?
4. *Suggerimenti:*
 - a. Sarebbe utile per lei un corso di formazione?
 - b. Sarebbe utile la presenza di un assistente sociale per riconoscere o meno un maltrattamento?
 - c. Sarebbe utile un documento multidisciplinare per cercare di uniformare il vocabolario "Maltrattamento" per coglierlo con maggiore facilità?
 - d. In caso di barriere linguistiche/culturali potrebbe essere utile un mediatore linguistico?