



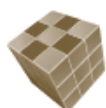
RAPPORTI ISTISAN 19|29

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Progetto REVAMP
(REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum)

Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso

A cura di A. Pitidis, E. Longo, P. Cremonesi
e Gruppo di lavoro progetto REVAMP



AMBIENTE
E SALUTE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Progetto REVAMP
(REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum)

**Violenza e abuso su minore:
modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso**

A cura di Alessio Pitidis (a),
Eloïse Longo (b), Paolo Cremonesi (c)
e Gruppo di lavoro progetto REVAMP

(a) Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(c) Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
19/29

Istituto Superiore di Sanità

Progetto REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso.

A cura di Alessio Pitidis, Eloise Longo, Paolo Cremonesi e Gruppo di lavoro Progetto REVAMP
2019, viii, 62 p. Rapporti ISTISAN 19/29

La violenza interpersonale è un problema sociale, ma anche di sanità pubblica. Pur nella sua intrinseca difficoltà di misurazione, tale fenomeno include, purtroppo, l'abuso e la violenza sui bambini. Essa si esplica nella maggior parte dei casi in ambito familiare e relazionale. La frequenza e gravità del danno psico-fisico ha reso la risposta assistenziale e la prevenzione della medesima un importante obiettivo di politica sanitaria, come già indicato nella raccomandazione europea del 2007 sulla prevenzione degli infortuni. Il progetto REVAMP, finanziato dal Ministero della Salute e condotto da una rete di istituzioni sanitarie sul territorio nazionale, è incentrato sul controllo e la risposta dei servizi sanitari ospedalieri alle vittime di violenza su soggetti vulnerabili, tra cui il bambino. Esso si propone di armonizzare e ottimizzare i modelli d'intervento nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali a partire innanzitutto dal problema del riconoscimento delle vittime di violenza nei *setting* di assistenza sanitaria in emergenza. Il presente rapporto offre una panoramica dei principali problemi legati a tale fenomeno e si articola nella descrizione delle procedure assistenziali secondo le fasi logiche di un percorso assistenza e supporto delle potenziali vittime di violenza in ambito relazionale: riconoscimento; accoglienza e colloquio; diagnosi differenziale di abuso e presa in carico; accompagnamento nei servizi socio-sanitari e sostegno della vittima e dei suoi familiari.

Parole chiave: Maltrattamento e abuso del minore; Sorveglianza della violenza; Screening; Protocolli trattamento abuso minore

Istituto Superiore di Sanità

REVAMP project (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). Violence and abuse on minors: models of health care intervention in the Emergency Department.

Edited by Alessio Pitidis, Eloise Longo, Paolo Cremonesi and REVAMP Workgroup
2019, viii, 62 p. Rapporti ISTISAN 19/29 (in Italian)

Interpersonal violence is a social problem that has an impact of public health. In its intrinsically difficulty of measurement this phenomenon unfortunately includes abuse and maltreatment against children. This violence occurs mainly in the familiar environment of the child and in his/her affective relationships (relational violence). The occurrence and the severity of the psycho-physical damage have made the healthcare response and the prevention of the phenomenon an important priority of health policy, explicitly indicated by the European Recommendation on the prevention of injuries and safety promotion. The REVAMP project is financed by the Ministry of Health and released by a network of hospitals and healthcare services throughout the national territory. The intervention is focused on control and response of the hospital services to violence against vulnerable persons, children included. The project proposes to realize harmonized protocols of intervention in the hospital and territorial health services starting from the problem of detection of victims of relational violence in health emergency care settings. The report offers an overview of the principal problems characterizing relational violence and it also illustrates the healthcare procedures following a logical path for the phases of care and support of the suspected victims of relational violence: recognition; hosting and listening; differential diagnosis of abuse and eventual treatment; counselling and support in the network of territorial health services for the victim and his/her family.

Key words: Child maltreatment and abuse; Violence hospital surveillance; Screening of child abuse; Protocols for treatment of child abuse

Si ringraziano Paola Angelini e Gianni Fondi per il supporto tecnico.

Il progetto REVAMP è stato realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute nell'ambito dei fondi del CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie).

Per informazioni su questo documento scrivere a: eloise.longo@iss.it

Il rapporto è accessibile online sul sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo testo come segue:

Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (Ed.). *Progetto REVAMP (REpellere Vulnera Ad Mulierem et Puerum). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



Gruppo di lavoro Progetto REVAMP

Ministero della Salute

Serena Battilomo, Giuseppina Rizzo

Istituto Superiore di Sanità

Eloïse Longo, Paola Angelini, Simona Gaudi, Gianni Fondi, Giuseppe Balducci, Marco Giustini, Sabina Cedri, Cinzia Cedri, Antonella Crenca, Massimiliano Bugarini, Alessio Pitidis

Ente Ospedaliero Ospedali Galliera – Genova

Paolo Cremonesi, Luisa Marchini, Edith Ferrari, Pascal Vignally, Isabella Cevasco, Francesco Zanella, Agnese Schena

Network di enti finanziati

Dipartimento Scienze della Salute Università di Genova

Giovanni Fossa, Marina Sartini

Centro Demetra Azienda Ospedaliero Universitaria, Città della Salute e della Scienza Torino

Patrizio Schinco, Dorina Calcagno, Barbara Cimini

Ambulatorio Bambi, Ospedale Infantile Regina Margherita, Azienda Ospedaliero Universitaria - Città della Salute e della Scienza Torino

Elena Coppo, Fulvia Negro

ASL TO2 Ospedale S. Giovanni Bosco e Ospedale Maria Vittoria –Torino

Teresa Emanuele, Umberto Stralla, Antonio Sechi, Daniela Morero

ASL TO3-SEPI Piemonte –Torino

Carlo Mamo, Selene Bianco

Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano

Alessandra Kustermann, Barbara Maria Cantoni, Laura Castoldi, Anna Maria Plebani, Laila Micci, Donatella Galloni

IRCCS Istituto ‘Giannina Gaslini’ – Genova

Emanuela Piccotti, Carla Debbia, Federica Accomazzo

UO Prevenzione AUSL Romagna-Forlì – Genova

Lamberto Veneri

AUSL Sud-Sudest Toscana

Vittoria Doretti, Claudio Pagliara, Laura Farneschi, Lucilla Romani, Monica Urbano, Elisa Fattori, Silvia Gatto

IRCCS Bambino Gesù – Roma

Antonino Reale, L. Dell’Era, Maria Chiara Lucchetti, Caterina Offidani

AOR “San Carlo” – Potenza

Angela Pia Bellettieri, Rosaria Abate, Michele Salata

Presidio Ospedaliero ‘Civico e Benfratelli’ – Palermo

Agostino Geraci, Maria Zambito, Filippa Cappellino

ASP Trapani

Antonino Sparaco, Anna De Santi

Network di enti non finanziati

ASL RMD

Paola Masala, Maria Rosaria Forte

Cooperativa Sociale Karibù – Ladispoli (RM)

Bruna Cimenti

Solidarietà Cooperativa Sociale – Ladispoli (RM)

Alessio Mossino, Sara Mossino, Elisa Marinelli, Daniel Masullo

Associazione La nuova crisalide – Civitavecchia

Monica Vaillant

ASL RMF – Civitavecchia

Giuseppe Quintavalle, Antonio Carbone, Agnese Testoni, Varinia Cignoli

Federazione Italiana Donne Arti Professioni Affari – FIDAPA

Fiorella Annibali

Assessorato servizi sociali Civitavecchia

Daniela Lucernoni

Ospedale G. Mazzini - ASL Teramo

Carmela Di Sante, Vanessa Mattu, Rita Rossi

SSR Regione Lazio

Sara Farchi

ARS Toscana

Fabio Voller

AO Ospedali Riuniti Papardo Piemonte – Messina

Francesca Paratore, Maria Pia Randazzo

Associazione Differenza Donna – Roma

Lina Lo Sacco, Monica Ligas

INDICE

Premessa	
<i>Anna De Santi</i>	v
Presentazione	
<i>Serena Battilomo</i>	vii
Epidemiologia dell'abuso su minore: sorveglianza e problema dell'under reporting	
<i>Alessio Pitidis</i>	1
Screening di pronto soccorso dell'abuso e maltrattamento su minore: il metodo degli indicatori di sospetto	
<i>Antonino Reale</i>	7
Triage in Pronto Soccorso dei bambini vittime di abuso o maltrattamento	
<i>Anna Plebani, Barbara Cantoni</i>	11
Child abuse fisico e medicina legale	
<i>Cristina Cattaneo, Laura Marasciuolo, Federica Collini</i>	16
Valutazione neuropsichiatrica dell'abuso e maltrattamento su minore	
<i>Paola De Rose, Flavia Cirillo, Paola Bergonzini, Caterina Marano, Giulia Norido, Giulia D'Alessandro, Stefano Vicari</i>	23
Abuso sessuale sul minore	
<i>Alessandra Kustermann</i>	28
L'esperienza del centro di accoglienza per i minori vittime di abuso dell'Ospedale "G. Gaslini"	
<i>Emanuela Piccotti, Carla Debbia, Maria D'Apruzzo</i>	30
Minore vittima di reato: personale sanitario e obbligo di segnalazione all'autorità giudiziaria	
<i>Lucia Fontana</i>	35
Accoglienza e presa in carico del minore straniero richiedente asilo non accompagnato: l'esperienza del pronto soccorso dell'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova	
<i>Edith Ferrari Tumay, Luisa Marchini</i>	40
Percorso di presa in carico sanitaria e assistenziale ospedaliera per i minori vittime di violenza relazionale	
<i>Paolo Cremonesi</i>	45

Accompagnamento del minore vittima di abuso e maltrattamento	
<i>Eloïse Longo</i>	48
“Codice rosa”: un percorso di cura e sostegno per le vittime vulnerabili	
<i>Vittoria Doretti, Claudio Pagliara</i>	53
Studio di follow-up per i minori: i protocolli di prelievo dei campioni e di raccolta delle informazioni	
<i>Simona Gaudi, Alessio Pitidis, Carla Debbia</i>	58

PREMESSA

Lo scopo di questo rapporto è quello di fornire i principali elementi e strumenti per il riconoscimento, la presa in carico e il contrasto della violenza e dell'abuso sul bambino. Pertanto, può essere un valido strumento per gli operatori dei Pronto Soccorso.

I contenuti seguono un percorso logico che parte dal riconoscimento delle vittime di violenza e abuso che si presentano al Pronto Soccorso, all'accoglienza e presa in carico da parte del personale sanitario sino all'accompagnamento del minore ai servizi sociali territoriali.

I temi trattati per quanto riguarda l'abuso sessuale o il maltrattamento sul minore sono i seguenti:

- epidemiologia: sorveglianza e problema dell'*under-reporting*;
- screening di Pronto Soccorso e il metodo degli indicatori di sospetto;
- triage in Pronto Soccorso;
- maltrattamento fisico e medicina legale;
- valutazione neuropsichiatrica;
- abuso sessuale;
- accoglienza e presa in carico del bambino vittima di violenza e dei suoi familiari: l'esperienza o dell'Ospedale Giannina Gaslini;
- minore vittima di reato: il personale sanitario e l'obbligo di segnalazione all'autorità giudiziaria;
- accoglienza e presa in carico del minore straniero richiedente asilo non accompagnato;
- percorso di presa in carico sanitaria e assistenziale ospedaliera per i minori vittime di violenza relazionale intra-famigliare ed extra-famigliare;
- Codice Rosa;
- studio di follow-up per i minori.

Anna De Santi
Dipartimento di Neuroscienze
Istituto Superiore di Sanità

PRESENTAZIONE

La violenza interpersonale è un problema di sempre maggior preoccupazione in ambito di sanità pubblica e, purtroppo, include anche l'abuso e la violenza sui bambini che possono verificarsi in diversi ambienti per il minore: familiare, scolastico, di comunità e in diverse forme: a livello fisico, mentale e sessuale. Nella maggior parte dei casi la violenza sul bambino si esplica nel suo ambito familiare (genitori, parenti, *caregiver* in ambito domestico) e relazionale di comunità: amici, conoscenti, compagni, educatori e *caregiver* in ambito di comunità. La prevenzione in questi ambiti, avendo il fenomeno un profilo di rischio multi-fattoriale, richiede un intervento multi-settoriale che coinvolga diversi settori quali quello sanitario, educativo, giudiziario, sociale per poter così adottare strategie preventive di provata efficacia che agiscano su molteplici aspetti quali: la genitorialità, le abilità di vita dei bambini e dei ragazzi, le norme sociali, i rischi specifici di vulnerabilità personale e sociale dei membri dell'ambiente di vita familiare e comunitario del bambino (es. dipendenze da sostanze, disturbi psicologici, degrado sociale, ecc.), l'organizzazione dei servizi di assistenza alle vittime.

Il progetto REVAMP (*REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum*), finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito dei fondi del CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) e condotto da una rete di istituzioni sanitarie sul territorio nazionale (Ente Ospedaliero Galliera di Genova; Istituto Superiore di Sanità; Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino; ASL (Azienda Sanitaria Locale) TO2 Ospedale San Giovanni Bosco e Ospedale Maria Vittoria; Fondazione IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano; IRCCS G. Gaslini di Genova; ASL Sud Est Toscana ex ASL 9 Grosseto ed ex ASL 7 Siena; IRCCS Bambino Gesù Ospedale Pediatrico di Roma; Centro Pediatrico Bambino Gesù - Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza; Azienda Ospedaliera Civico Di Cristina; Benfratelli di Palermo; Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani; ASL TO3 Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Piemonte; Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio), si occupa dell'organizzazione dei servizi di assistenza alle vittime essendo incentrato sul controllo e la risposta della violenza su soggetti vulnerabili, tra cui il bambino, da parte delle reti dei servizi sanitari a partire da quelli di emergenza sanitaria. Il progetto si è sviluppato dal 2014 al 2017.

Il progetto si propone di armonizzare e ottimizzare i modelli d'intervento nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali a partire dal problema del riconoscimento delle vittime che si presentano nei *setting* di assistenza sanitaria in emergenza. Una ormai vasta letteratura scientifica ed esperienza clinica, anche italiana, offre metodi di provata efficacia di screening dei pazienti pediatrici potenziali vittime di abuso e maltrattamento che si presentano nei diversi *setting* di assistenza sanitaria. È ormai noto che le vittime di abuso o maltrattamento, in cui la violenza abbia caratteristiche di ripetitività, gravità ed escalation, ricorrono ai servizi di assistenza sanitaria con maggior frequenza rispetto al resto della popolazione. Il problema è di particolare rilievo perché in qualsiasi contesto sociale la violenza in ambito relazionale è caratterizzata da una sistematica sotto rilevazione dovuta alla naturale tendenza delle persone, vittime o aggressori che siano, a non manifestare all'esterno comportamenti devianti che avvengano nel ristretto ambito familiare, amicale e comunitario. Questo problema nel bambino è accentuato dal non completo sviluppo della personalità (rispetto alla fase adulta) e dalla sua grande dipendenza emotiva e materiale dalle persone adulte del suo ambito familiare e comunitario.

Il presente rapporto è dedicato agli operatori dei servizi sanitari ospedalieri che si trovino ad operare in *setting* di assistenza sanitaria in cui si possano presentare pazienti pediatrici potenziali

vittime di abuso o maltrattamento. Similmente alle fasi concettuali del modello d'intervento proposto dal REVAMP, il rapporto si articola nella descrizione delle procedure assistenziali, secondo le fasi logiche di un percorso assistenza e supporto delle potenziali vittime di violenza in ambito relazionale: riconoscimento; accoglienza e colloquio; diagnosi differenziale di abuso e presa in carico; accompagnamento nei servizi socio-sanitari e sostegno della vittima e dei suoi familiari.

Per concludere vale la pena osservare che, pur nella sua intrinseca difficoltà di misurazione, il fenomeno dell'abuso e maltrattamento sui minori risulta, purtroppo, essere ampiamente diffuso nella società, secondo i risultati degli studi disponibili. Dai dati di letteratura scientifica internazionale si stima che la prevalenza dei casi di abuso o negligenza nei bambini visitati al Pronto Soccorso ospedaliero sia compresa tra il 2 e il 10%. In Italia lo studio multicentrico *Italian Child Maltreatment study group* (IChilMa) ha rilevato il 2% di casi di sospetto maltrattamento, con danno osservabile, tra i bambini visitati in pronto soccorso pediatrico (da 163 a 204 ogni 10.000 bambini residenti). Nelle casistiche europee *Injury Database* (IDB) i principali contesti di violenza in età pediatrica sono le liti, il bullismo e l'abuso sessuale. Una recente revisione sistematica degli studi statunitensi sul tema dell'abuso sessuale sul minore stima la prevalenza di questo fenomeno essere compresa tra il 7,5 e l'11,5% della popolazione dei minori (10,7-17,4% per le ragazze; 3,8-4,6% per i ragazzi).

Questo ampio impatto sociale della violenza in ambito relazionale sulla popolazione in età pediatrica, in termini di frequenza e gravità del danno psico-fisico, ha reso la risposta assistenziale e la prevenzione della medesima un importante obiettivo di politica sanitaria, come già indicato nella raccomandazione europea OMS del 2007 sulla prevenzione degli infortuni e la promozione della sicurezza, per cui deve essere un impegno di tutti mettere in campo ogni misura e azione che possa prevenire e contrastare ogni forma di violenza, in particolare quella sui bambini.

Serena Battilomo

*già Direttore Ufficio 9 Tutela della salute della donna,
dei soggetti vulnerabili e contrasto alle disuguaglianze
Direzione generale della prevenzione sanitaria
Ministero della Salute*

EPIDEMIOLOGIA DELL'ABUSO SU MINORE: SORVEGLIANZA E PROBLEMA DELL'UNDER REPORTING

Alessio Pitidis

Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il fenomeno della violenza su minore, specialmente quando correlato ad abuso o maltrattamento in ambito familiare e relazionale, è di difficile misurabilità poiché i casi di violenza sono di difficoltosa osservazione per un soggetto esterno per la mancata emersione dovuta alla naturale tendenza della vittima e degli aggressori a celare comportamenti devianti in ambiti sociali ristretti, familiari e di amicizia.

Per il bambino a questo si aggiunge il non ancora completo sviluppo della personalità, rispetto alla fase della piena maturità, e la dipendenza emotiva e materiale dalle persone adulte.

A questo consegue il caratteristico fenomeno di under reporting delle vittime di violenza in ambito relazionale nelle rilevazioni ufficiali (WHO, 2002; Waburton *et al.*, 2004), sia nelle rilevazioni degli eventi criminali, sia in quelle sanitarie. Addirittura a livello di mortalità sono presenti problemi di *under reporting* per i casi di violenza (Institute de Veille Sanitaire, 2008).

Tuttavia la letteratura scientifica indica che adeguati metodi di screening in *setting* di emergenza sanitaria (o a livello ambulatoriale) possono portare all'emersione dei casi di violenza su minore (Louwers *et al.*, 2010). Al naturale fenomeno di sotto rilevazione nei grandi registri di popolazione può aggiungersi il *bias* dovuto alla mancata o impropria registrazione dei casi per mancata o impropria conoscenza dei sistemi di codifica.

Per questo motivo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Tavolo Sorveglianza ed Epidemiologia del Progetto REVAMP (*REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum*) ha redatto un documento interno per l'utilizzo delle fonti informative sanitarie correnti di mortalità e morbosità. Tale documento si prefigge da un lato di fornire uno strumento di orientamento all'utilizzo delle codifiche attualmente presenti nei registri sanitari di popolazione, dall'altro di fornire un criterio logico di utilizzo uniforme delle codifiche medesime in modo che vengano registrate le diagnosi d'abuso, quando queste giungono all'osservazione del personale sanitario, e la dinamica dell'evento violento, in particolar modo il tipo di abuso e, se possibile, la relazione tra la vittima e l'aggressore e la storia d'abuso. Questo per ridurre la componente di sotto rilevazione dovuta alla non corretta registrazione sui registri sanitari degli episodi di violenza.

I registri sanitari di popolazione analizzati sono stati quello delle cause di morte per i decessi, quello delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per i ricoveri ospedalieri, e, infine quello di Pronto Soccorso dei flussi di Emergenza-Urgenza (EMUR) per gli accessi in Pronto Soccorso. Riguardo ai flussi EMUR di Pronto Soccorso sono stati analizzati i dati affluiti al sistema di sorveglianza di Pronto Soccorso Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione - *Injury Data Base* (SINIACA-IDB), cioè quelli relativi alle Regioni: Piemonte, Toscana, Abruzzo e Sardegna.

Sono stati presi in considerazione i dati di mortalità dell'ultimo anno disponibile (il 2012) e a questo è stata allineata l'analisi dei dati di ricovero ospedaliero e Pronto Soccorso.

Dai dati di mortalità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) (EuroSafe, 2014) per il periodo 2010-2012 nell'Unione Europea (UE) i bambini di età inferiore a 1 anno sono tra i gruppi di popolazione con il maggior tasso di mortalità annuo per violenza interpersonale (13 decessi ogni 1.000.000 bambini residenti), tale mortalità dipende al

70% da maltrattamento e negligenza. Tale tasso di mortalità scende a circa 2 decessi all'anno per milione di residenti nel complesso della fascia d'età pediatrica (0-14 anni). In età pediatrica circa il 50% della mortalità per violenza è dovuta a maltrattamento o negligenza.

I corrispondenti valori in Italia per i bambini sotto l'anno d'età sono di circa 5 decessi per violenza interpersonale all'anno ogni milione di bambini residenti nel periodo 2010-2012. Questo tasso di mortalità scende a 1 decesso all'anno per milione di residenti nella fascia d'età pediatrica (0-14 anni).

Tale tasso rimane piuttosto stabile nel periodo, malgrado un sensibile picco osservato negli anni 2008 e 2009. In valori assoluti si tratta in media di circa 9 bambini all'anno morti a causa di violenza interpersonale, in egual misura maschi e femmine.

Le diagnosi di abuso e maltrattamento non risultano rilevate nei record di mortalità, questo tuttavia può dipendere da incompletezza della registrazione, tenendo conto del fatto che dei 25 bambini morti nel periodo 2010-12 per violenza interpersonale il 64% avevano meno di 5 anni d'età e il 76% meno di 9 anni. Per il 56% si è trattato di bambine.

Quasi la metà dei decessi è legato all'uso di armi da fuoco o strumenti atti a offendere da taglio o punta, anche se lo strumento prevalente sono le armi da fuoco. Nella rimanente metà dei casi si è trattato principalmente di spinte o cadute dall'alto provocate oppure di uso di sostanze ustionanti, anche se non sono infrequenti gli annegamenti o soffocamenti e l'uso di mezzi o strutture di trasporto personali o collettivi quali strumenti di aggressione.

Dall'esame delle SDO dell'anno 2012 sono stati osservati in Italia 485 casi di aggressione o abuso di vittime di età pediatrica che hanno comportato ricovero ospedaliero. Di questi 183 sono stati diagnosticati come casi di abuso o maltrattamento su minore, i restanti 302 sono stati registrati quali casi di violenza interpersonale su minore senza diagnosi di abuso. Nelle SDO, dunque, il 38% circa del totale dei ricoveri per violenza interpersonale risulta registrato come diagnosi d'abuso. I ricoveri per violenza interpersonale (con o senza diagnosi d'abuso) riguardano nel 57,7% dei casi bambini di età inferiore ai 9 anni. In quasi tutte le classi d'età, tranne la 1-4 anni, i maschi sono più delle femmine, dunque in media il 57,3% dei ricoveri riguarda maschi.

Il tasso medio di ricovero è di 58,2 pazienti ogni milione di bambini residenti e il valore maggiore si osserva per i bambini sotto l'anno d'età (87,2 ricoveri x 1.000.000 residenti). In particolare il gruppo a maggior rischio è quello dei maschi di età inferiore a 1 anno, seguito dai maschi tra 10-14 anni e dalle femmine sotto l'anno d'età (Figura 1).

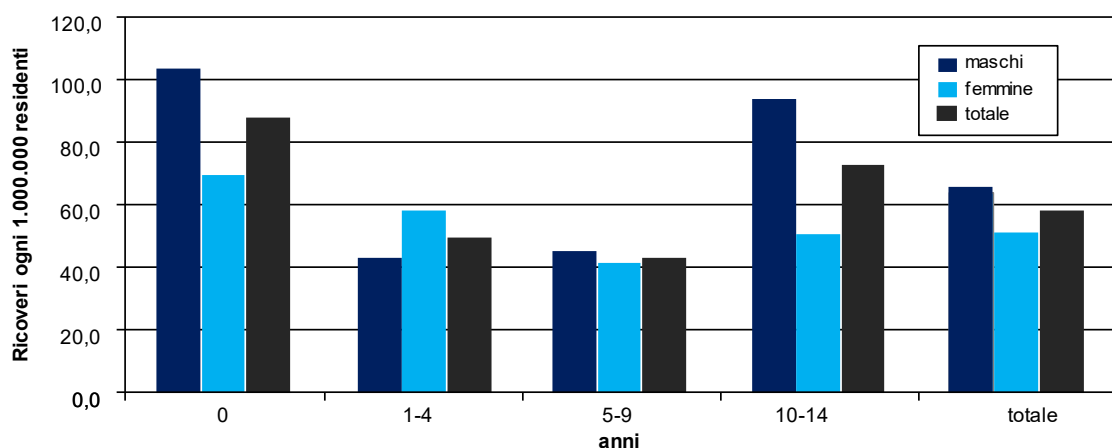


Figura 1. Tasso ricovero pediatrico (x 1.000.000 residenti) per violenza interpersonale o abuso. Italia 2012

Nei ricoveri per violenza interpersonale con diagnosi d'abuso o maltrattamento, invece, il 60,0% dei casi riguarda femmine e il 74,7% degli eventi bambini d'età inferiore ai nove anni; nel 48,8% dei ricoveri si tratta di bambini d'età inferiore ai 5 anni. Anche in questa casistica il gruppo a maggior rischio è quello sotto l'anno d'età con 53,0 ricoveri per milione di residenti, seguito dal gruppo 1-4 anni (26,6 x milione), rispetto a una media generale pediatrica di 21,4 per milione. Il gruppo età-sesso specifico a maggior rischio è quello dei maschi sotto l'anno d'età (70,2 x 1.000.000), seguito dalle femmine sempre sotto l'anno (35,0 x 1.000.000) e da quelle tra 1-4 anni (34,3 x 1.000.000).

Nei casi in cui è stata assegnata la diagnosi d'abuso le tipologie più frequenti sono l'abuso sessuale e l'abuso fisico, tuttavia il maltrattamento, l'abuso emotivo e quello psicologico messi insieme assumono una frequenza simile a quella dell'abuso fisico, mentre la *Shaken Baby Syndrome* si osserva in un caso ogni 20 di ricovero per abuso.

In circa 1/5 dei casi con diagnosi d'abuso è stata registrata la causa esterna del trauma, concordemente con quanto osservato nelle diagnosi la causa esterna più frequente di abuso pediatrico è lo stupro. Tra le altre cause frequentemente osservate l'abuso da familiare e la negligenza criminale.

Laddove, invece, il caso di violenza interpersonale non sia stato diagnosticato come da abuso o maltrattamento (o dove per incompletezza della rilevazione non sia stata registrata la diagnosi d'abuso) le cause esterne di trauma più frequentemente osservate, a parte l'intervento legale, sono nell'ordine: la spinta o caduta provocata, lo scontro fisico, l'avvelenamento, l'uso di oggetto contundente, l'ustione, il mezzo di trasporto personale o collettivo.

Riguardo ai traumi riportati, osservati nei ricoveri pediatrici per violenza interpersonale, la distribuzione per distretto corporeo interessato indica come, oltre ai casi di trauma multiplo, risultino essere colpite più frequentemente le cosiddette parti significative quali la testa, il volto e le braccia poste a protezione delle prime e del torace. Infatti, la testa il volto, il collo e gli arti superiori rappresentano il 42% dei distretti a carico dei quali i traumi sono stati subiti, mentre il 44% dei ricoveri sono dovuti a traumi a carico di distretti multipli o dell'intero corpo.

I tipi di lesione più frequenti, oltre alle lesioni relative all'intero organismo (che comprendono anche l'abuso sessuale), sono le fratture alle braccia e alle mani (15,2%), la concussione e il trauma cerebrale (9,5%), le contusioni su distretti multipli (5,5%), la frattura del naso (5,5%) e l'avvelenamento (4,4%). Le lesioni dell'intero corpo riguardano il 31,6% dei pazienti ricoverati.

Data l'elevata proporzione di traumi intracranici e fratture degli arti superiori (24,7% nel complesso) la valutazione di gravità del trauma, secondo lo *score AIS (Abbreviated Injury Scale)* massimo (Pitidis *et al.*, 2015), indica che l'11,7% dei ricoveri erano valutabili come casi gravi (AIS massimo ≥ 3 ; serio).

Dai flussi EMUR di Pronto Soccorso è possibile estrarre quei pazienti acceduti in Pronto Soccorso per cui sia stato registrato un episodio di violenza interpersonale o per i quali sia stata formulata una diagnosi di abuso o maltrattamento. Verranno analizzati i casi affluiti al sistema di sorveglianza SINIACA-IDB (Bardi *et al.*, 2001) dalle Regioni in nel 2012.

Nell'anno 2012 in Piemonte, Toscana, Abruzzo e Sardegna sono stati registrati 682 casi di violenza interpersonale o abuso su minore in età pediatrica (0-14 anni). Di questi 116 (il 17%) avevano una diagnosi d'abuso o maltrattamento.

Per i casi complessivi di violenza interpersonale si osserva una maggior completezza di rilevazione in Toscana, facendo riferimento solo a quelli con diagnosi d'abuso la Regione con maggior numero di casi rilevati è il Piemonte. Il tasso medio nel pool di Regioni osservate (Abruzzo escluso per motivi di completezza della rilevazione) è di 549,9 accessi in Pronto Soccorso all'anno per milione di residenti da violenza interpersonale e di 96,7 accessi all'anno per milione di residenti da abuso o maltrattamento (Tabella 1).

Tabella 1. Accessi in Pronto Soccorso pediatrici da trauma per violenza interpersonale o abuso: tasso (x 1.000.000 residenti) per età e sesso. SINIACA-IDB 2012

Età	Tasso per 1.000.000 residenti		
	Maschi	Femmine	Totale
0	283,1	437,5	360,3
1-4	203,0	239,9	221,4
5-9	427,8	194,0	310,9
10-14	1401,8	799,6	1100,7
Totale	678,3	421,6	549,9

Proiettando alla popolazione italiana tali tassi si ottengono 4.578 accessi in Pronto Soccorso di bambini (età 0-14) per violenza interpersonale e 805 accessi per abuso o maltrattamento.

Nel complesso si tratta maggiormente di maschi (65% degli accessi), mentre quando ci si concentra sulle diagnosi d'abuso prevalgono le femmine: 58% degli accessi. Nel gruppo delle vittime d'abuso il 49,1% dei pazienti pediatrici ha meno di 10 anni d'età, mentre in quello delle vittime di violenza interpersonale senza diagnosi d'abuso il gruppo 10-14 anni d'età rappresenta ben il 69,3% di tutti i pazienti pediatrici.

Considerando la sola casistica con diagnosi d'abuso o maltrattamento, le femmine risultano a maggior rischio dei maschi e i gruppi a maggior rischio sono nell'ordine: le femmine di 10-14 anni d'età, i maschi della medesima classe, i maschi di 5-9 anni, quelli sotto all'anno d'età e le femmine di 1-4 anni.

Negli accessi in Pronto Soccorso per abuso o maltrattamento oltre un terzo dei bambini ha subito violenza sessuale, circa uno su cinque è stato vittima di abuso fisico, quasi un caso ogni dieci è dovuto a maltrattamento o trascuratezza e, come dei ricoveri, la *Shaken Baby Syndrome* riguarda un paziente d'abuso su venti (Figura 2).

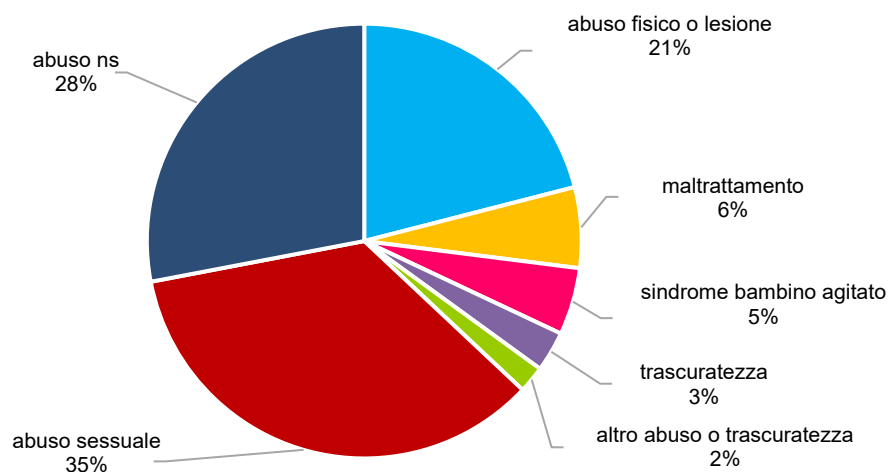


Figura 2. Distribuzione percentuale per tipo di abuso relativa agli accessi in Pronto Soccorso pediatrici. SINIACA-IDB 2012

In Pronto Soccorso i distretti corporei più frequentemente colpiti per violenza interpersonale o abuso sono quelli relativi alle cosiddette parti significative (35,5% dei pazienti) e quelli multipli (32,1% dei pazienti).

Le tipologie principali di lesione, come atteso da una casistica di Pronto Soccorso, sono relative a traumi superficiali (contusioni ed escoriazioni) nel 39,7% dei casi, tuttavia vi è un elevato numero di traumi cranici diagnosticati quali commozioni cerebrali e traumi intracranici (15,7% in totale). Anche se, come atteso la gravità media della casistica è più bassa di quella delle SDO e i pazienti gravi ($\text{AIS} \geq 3$) rappresentano il 2,6% dei casi osservati.

Può essere utile valutare quale sia il livello di sotto rilevazione che emerge dai dati correnti dei registri di Pronto Soccorso mettendo a confronto la prevalenza ivi osservata con quella derivante da studi epidemiologici dedicati all'emersione del fenomeno mediante appropriate procedure di screening. Una *survey* di popolazione condotta in forma d'indagine anonima aveva valutato nel 2001, in un campione di 2.388 famiglie toscane, una prevalenza di violenza fisica grave su bambino pari all'8% (Palazzi *et al.*, 2005). Il gruppo di studio IChilMa in uno studio multicentrico, in un campione di una ventina di ospedali, di screening di Pronto Soccorso del maltrattamento di bambini, basato sull'uso d'indicatori di sospetto, ha valutato una prevalenza del 2% di bambini con forte sospetto di essere vittime di maltrattamento, tra tutti quelli acceduti in Pronto Soccorso (Pitidis, 2015).

Applicando quest'ultima prevalenza ai dati di Pronto Soccorso del pool delle 3 Regioni estrapolati all'Italia si otterrebbe la stima di un numero atteso di 81.140 bambini (0-14 anni) all'anno osservati in Pronto Soccorso quali vittime di violenza interpersonale o abuso, di cui 14.268 specificamente per diagnosi d'abuso o maltrattamento. Dato il fenomeno degli accessi ripetuti presso i servizi di assistenza sanitaria delle vittime di violenza, gli accessi in Pronto Soccorso sono stati considerati quale misura di prevalenza, tuttavia va notato che il tasso medio di accesso in Pronto Soccorso è simile al tasso d'incidenza di minori vittime di violenza ogni anno in carico presso i servizi sociali dell'Emilia-Romagna.

Proprio a partire da questa stima di un ampio livello di sotto rilevazione dei casi di violenza su minore (oltre il 90%) si evince la necessità di migliorare la sorveglianza in Pronto Soccorso e negli altri *setting* di assistenza sanitaria sia mediante l'adozione di appropriate procedure di screening dei pazienti per la violenza, sia mediante controllo di qualità delle registrazioni correnti e informazione e addestramento degli operatori sanitari al corretto uso dei sistemi di codifica esistenti.

Può anche essere utile avviare un registro ospedaliero che riporti le circostanze degli episodi di violenza. A questo scopo l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con diverse strutture ospedaliere (10) ha avviato la rilevazione in Pronto Soccorso per l'IDB europeo delle dinamiche di violenza (11). Con l'avvio del progetto CCM REVAMP (Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili) sono stati elaborati e analizzati i dati IDB di bambini vittime di violenza registrati nelle strutture ospedaliere pilota della rilevazione Ospedali Maria Vittoria e S. Giovanni Bosco ASL TO2 Torino, Ospedali Galliera Genova; Ospedali della ASL Forlì-Romagna; Ospedale Pediatrico G. Gaslini). Nel 2014 in questi ospedali sono stati rilevati 47 bambini vittime di violenza (0-14 anni). L'aggressore nel 37,8% dei casi era un genitore, un parente o un *caregiver*; nel 23,4% dei casi un amico, nella maggior parte dei casi (63,6%) si tratta di un coetaneo. Solo nel 12,8% dei casi si è trattato di uno sconosciuto. Nel 57% dei casi l'aggressione è avvenuta nel corso di un alterco (80% in caso di aggressione da genitore o parente); mentre nel 6% dei casi si è trattato di violenza sessuale (da parenti o amici) su bambine. Nell'aggressione da parte di sconosciuti la metà degli eventi avvengono per alterco e la restante metà per rapina o altra attività criminale. L'aggressore la gran parte delle volte (68,0%) è un maschio e nel 12,8% dei casi non ne è noto il sesso; solo tra i genitori le femmine rappresentano una quota importante degli aggressori (33,3%). Riguardo alle lesioni nel 40,4% dei casi si è trattato di traumi a carico delle

aree significative (testa, volto e collo), nel 14,9% a carico degli arti superiori posti a protezione delle aree significative, nel 10,6% rispettivamente a carico del torace e dell'addome/bacino e degli arti inferiori. In maggior parte si tratta di contusioni (55,3%), tuttavia sono state osservate anche ferite aperte (12,8%) e lussazioni (6,4%).

Bibliografia

- Bardi M, Borgognini-Tarli SM. A survey on parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse Negl* 2001;6:839-53.
- European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. *Report on injury statistics 2010-2012*, Amsterdam: EuroSafe; 2014.
- Institute de Veille Sanitaire. *Analysis of injury related mortality in Europe (ANAMORT). Final implementation report of the ANAMORT-project*. Paris: INVS; 2008.
- Louwers EC, Affourtit MJ, Moll HA, Koning HJ, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency departments: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2010, 95:214-218.
- Palazzi S, De Girolamo G, Liverani T, on behalf of IChilMa (Italian Child Maltreatment study group). Observational study of suspected maltreatment in Italian paediatric emergency departments. *Arch Dis Child* 2005;90:406-10.
- Pitidis A (Ed.). Sorveglianza di Pronto Soccorso degli incidenti e della violenza. *Scienze e Ricerche* 2015;19:37-44.
- Pitidis A, Balducci G, Fondi G, Trinca S, e Gruppo di lavoro SINIACA-IDB. *Sorveglianza di Pronto Soccorso degli incidenti e della violenza: il sistema italiano (SINIACA) di codifica semplificata per l'Injury Database europeo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/10).
- Warburton AL, Shepherd JP. Development, utilisation, and importance of accident and emergency department derived assault data in violence management. *Emergency Medicine Journal* 2004;21(4):473-7.
- WHO. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

SCREENING DI PRONTO SOCCORSO DELL'ABUSO E MALTRATTAMENTO SU MINORE: IL METODO DEGLI INDICATORI DI SOSPETTO

Antonino Reale

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Il Pronto Soccorso rappresenta la maggiore opportunità di riconoscimento dei casi di abuso nell'infanzia. La reale prevalenza delle vittime di abuso non è ancora correttamente stabilita variando ampiamente, nella letteratura, con una stima dello 0,5-1,5% degli accessi in un Pronto Soccorso Pediatrico (Euser *et al.*, 2010; DCSF, 2008). In alcuni Paesi è stata riportata una prevalenza anche maggiore; in alcuni studi effettuati in Olanda, ad esempio, è risultata essere del 3%; tale discrepanza è conseguente alle diverse modalità di raccolta dei dati, in quanto, in molti studi, sono stati considerati anche i casi segnalati dai Servizi Sociali, quelli di riscontro scolastico o identificati durante altre attività.

I dati epidemiologici sembrerebbero concordare, in ogni caso, sul fatto che l'abuso sui minori rimane un fenomeno in gran parte "sommerso", pertanto risulta importante l'attività di rilevazione per poter identificare i casi misconosciuti. Nella stessa definizione di abuso si possono riscontrare difformità, in relazione a fattori sociali e culturali di ogni singolo Paese: atti che in alcune circostanze potrebbero essere classificati come abusivi, in altre situazioni non vengono percepiti come tali. Esempio di questa soggettività interpretativa si riscontra ancor maggiormente nella definizione dell'incuria, dove il confine tra maltrattamento e situazioni di grave disagio economico e culturale, può apparire molto labile.

Sebbene il Pronto Soccorso rappresenti il bacino di prima accoglienza per le vittime di abuso, è facile comprendere che la natura stessa della struttura, dedita alle urgenze, sovraccarica di lavoro e caratterizzata da necessità di rapidità nei processi decisionali, faccia sì che una diagnosi di sospetto abuso possa non essere intercettata (van Haeringen *et al.*, 1998). Oltre all'elevata affluenza di pazienti, altri motivi di sottostima in Pronto Soccorso risultano essere: l'insufficiente formazione dei medici (anche pediatri), l'assenza del rapporto di fiducia tra il Personale Sanitario con il bambino e i suoi genitori, la carenza di privacy. Il mascheramento da parte degli aggressori, della famiglia o della stessa vittima rappresenta un altro ostacolo riscontrabile nell'abuso sui minori, così come la resistenza psicologica ad ammettere un fenomeno ritenuto aberrante e lo scetticismo sull'efficacia degli interventi. Ultima, ma non per questo meno importante, l'inosservanza dei doveri di legge, che impongono l'obbligo di referto giudiziario ogniqualvolta un esercente la professione sanitaria sospetti un caso di abuso.

Per i motivi sopra elencati è evidente la necessità della creazione di strumenti di ausilio per il personale sanitario al fine di fornire una maggiore efficienza in tema di riconoscimento di abuso.

La letteratura scientifica internazionale sembra essere d'accordo sull'ideazione e applicazione di indicatori di screening da utilizzare in Pronto Soccorso, che abbiano le seguenti caratteristiche: essere di rapida attuazione, di facile esecuzione, attuabili da tutto il Personale Sanitario e dotati di ampia sensibilità e specificità.

Ad oggi, non è ancora stato realizzato uno strumento unico e condiviso dalla comunità scientifica internazionale (Louwers *et al.*, 2010), tuttavia in diversi studi, i ricercatori hanno codificato degli indicatori, misurandone sensibilità e specificità.

Tra i primi studi effettuati in tema di screening, in Canada nel 1987 introducevano una checklist di 10 domande somministrate dagli infermieri del Pronto Soccorso ai pazienti con trauma; tale studio è

stato effettuato su un campione di 2211 bambini da 0 a 5 anni (Pless *et al.*, 1987). Tuttavia, l'utilizzo di tale checklist mostrava di aumentare solo modestamente la capacità di riconoscimento del fenomeno, passando la sensibilità dallo 0,86% all'1,13% (Pless *et al.*, 1987).

Nel Regno Unito Sidebotham e Pearce nel 1997 valutavano l'efficacia dell'utilizzo di indicatori nella pratica clinica mediante uno studio prospettico su 2345 minori, mostrando un aumento della capacità di riconoscimento delle vittime di abuso. I cinque indicatori utilizzati erano: se i pazienti erano già stati in Pronto Soccorso, se l'anamnesi non era coerente, se l'esame obiettivo e la storia clinica erano non coerenti fra loro, se c'era stato un ritardo nel portare il bambino al Pronto Soccorso rispetto al momento del trauma, se c'erano fratture al cranio in bambini con età inferiore ad un anno (Sidebotham & Pearce, 1997). Gli autori consideravano significativa la presenza di almeno due indicatori, in quanto gli item erano singolarmente poco specifici. I casi risultati positivi allo screening venivano successivamente discussi dal team dedicato, come possibili casi di abuso. Dopo un periodo di training del personale, si osservava un incremento nell'utilizzo dello screening e relativo aumento dei casi identificati come sospetti abusi (0,22% → 1,32%). Limite di tale studio risultava, tuttavia, l'assenza della successiva conferma dei casi sospetti e quindi la mancata conoscenza della sensibilità di questo strumento.

Nel 2002 Benger e Pearce dimostravano come l'utilizzo, da parte degli infermieri di triage, di una semplice flow chart, aumentava la consapevolezza e la vigilanza degli operatori sanitari (Benger & Pearce, 2002).

Il gruppo inglese di Woodman nel 2008 e nel 2010 valutava e comparava alcuni dei più utilizzati screening, senza tuttavia identificarne uno con elevata sensibilità per l'abuso fisico; secondo gli autori, l'unico elemento in grado di aiutare il medico nel sospettare l'abuso era rappresentato dal tipo di lesione riportata (Woodman *et al.*, 2010; Woodman *et al.*, 2008).

Fra i più recenti studi, quello olandese di Louwers del 2014, lo *European Study of Cohorts for Air Pollution Effects* (ESCAPE), proponeva lo strumento di screening utilizzato in Pronto Soccorso e denominato *ESCAPE form* basato su 6 semplici domande. Nello studio multicentrico su 18275 pazienti analizzati in Pronto Soccorso, 420 bambini risultavano positivi allo screening e di questi 44 venivano successivamente confermati quali abusi. Diversamente dei 17.855 bambini in cui lo screening risultava negativo, solo 11 risultavano vittime di abuso (Louwers *et al.*, 2014). La sensibilità non risultava quindi molto elevata (80%), mentre lo era la specificità (98%). Gli indicatori utilizzati prevedevano 6 domande per determinare il sospetto di abuso sul minore. Una o più domande barrate nelle caselle scure della Figura 1 indicano la possibilità di un incremento del rischio dell'abuso sul minore e ulteriori azioni sono raccomandate.

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

Figura 1. ESCAPE form: domande-indicatori di sospetto per l'abuso sui minori che accedono in Pronto Soccorso

I pazienti risultati positivi allo screening, venivano reclutati se il tipo di danno rispettava i criteri di inclusione dello studio: le lesioni fisiche o psicologiche erano causate attivamente o per grave negligenza della persona che si prendeva cura del bambino, vi era stato rifiuto delle cure mediche, il bambino aveva assistito a violenza domestica o atti sessuali, o lui stesso era vittima di violenza sessuale. Criteri di esclusione erano: sospetto abuso avvenuto molto tempo prima della visita in Pronto Soccorso, intossicazione da alcool, tentato suicidio, lesioni causate da sconosciuti o da coetanei.

I punti di forza di questo studio sono rappresentati dalla multicentricità, dall'elevato numero di casi arruolati e dall'incremento dei casi identificati dopo l'introduzione dello screening (da 0,1% a 0,3%). Un limite dello studio è rappresentato dall'assenza di follow-up e quindi dalla mancanza della conferma dei casi sospetti.

Un ulteriore recente studio olandese ha utilizzato una checklist composta da 9 item, definita SPUTOVAMO (Sieswerda-Hoogendoorn, 2011; Teeuw *et al*, 2015) accompagnati da un esame obiettivo strutturato "dalla testa ai piedi", oltre all'ausilio della consulenza psichiatrica ove ritenuta necessaria. L'utilizzo dell'associazione dello screening con l'esame obiettivo strutturato ha permesso una maggiore aderenza all'attuazione dello screening, rispetto all'uso della sola checklist. Non è nota, tuttavia, la sensibilità di questo metodo.

Di seguito viene riportata la checklist SPUTOVAMO:

1. *Di che tipo di lesione si tratta? Dove è posizionata?*
2. *Quali sono le caratteristiche della lesione?*
3. *Quando è avvenuto l'incidente? Quanto tempo fa?*
4. *Qual è la causa dell'incidente?*
5. *Che spiegazione è stata fornita?*
6. *Chi ha causato l'incidente?*
7. *C'erano testimoni? Chi?*
8. *Che misure sono state prese?*
9. *Ci sono lesioni antecedenti all'esame obiettivo?*

Presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, dal 2010 viene utilizzato uno screening per l'abuso che utilizza una checklist basata sull'utilizzo di 13 item, la cui sensibilità e specificità è attualmente in corso di valutazione. Gli indicatori utilizzati sono questi di seguito indicati:

1. incongruenze anamnestiche: anamnesi che non spiega le cause delle lesioni o delle patologie rilevate, anamnesi incoerente sulla causa delle lesioni, anamnesi non compatibile con l'obiettività clinica rilevata;
2. dichiarazione (degli accompagnatori del minore) di un sospetto abuso, violenze domestiche, molestie o violenze sessuali;
3. bambino esposto all'uso di sostanze stupefacenti;
4. storia di precedenti abusi o di violenze domestiche;
5. bambino in condizioni di abbandono, o con genitori cui sia sospesa la potestà genitoriale;
6. grave trascuratezza fisica che provochi condizioni patologiche del minore (patologia delle cure);
7. evidente e grave mancanza di tempestività di cure mediche e/o mancato rispetto di cure mediche specificamente raccomandate, con pregiudizio per la salute di un minore.
8. ecchimosi inspiegabili;
9. ustioni inspiegabili o estese a più del 10% della superficie corporea, ustione da sigaretta, ustioni sui genitali;
10. evidenza di lesioni traumatiche multiple avvenute in tempi diversi (lesioni policrone), non riconducibili alle consuete attività ludico-sportive, in particolare se sotto i 3 anni.

11. fratture sotto l'anno di vita senza storia coerente;
12. annegamento, asfissie meccaniche violente;
13. precipitazione.

Tra tutti i sistemi di screening attualmente validati, quello che sembra presentare una più semplice applicazione, una buona sensibilità e un'elevata specificità è risultato essere la lista di domande-indicatori del progetto ESCAPE e, per tale motivo, è quello che il gruppo di lavoro sull'abuso del minore del progetto REVAMP propone di adottare nei diversi Pronto Soccorso. L'utilizzo di un sistema unico, condiviso a livello nazionale potrebbe facilitare notevolmente la rilevazione dei sospetti casi di abuso.

Risulta infine determinante la formazione del Personale di Pronto Soccorso, in modo che medici e infermieri, anche nei centri con minor esperienza, sappiano riconoscere i casi sospetti.

Bibliografia

- Benger JR, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2002;324(7340):780.
- Department for Children, Schools and Families. DCSF: referrals, assessments of children and young people who are the subject of a child protection plan or are on child protection registers: year ending 31 March 2007. London, England: Department for Children, Schools and Families; 2008.
- Euser EM, van Ijzendoorn MH, Prinzie P, *et al.* Prevalence of child maltreatment in The Netherlands. *Child Maltreat* 2010;15(5):17-9.
- Louwens ECFM, Affourtit MJ, Moll HA de Koning HJ, *et al.* Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2010;95(3):214-8.
- Louwens ECFM, Korfage IJ, Affourtit MJ, *et al.* Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse and Neglect* 2014;38(7):1275-81.
- Pless IB, Sibald AD, Smith MA, *et al.* A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms. *Child Abuse & Neglect* 1987;11(2):193-200.
- Sidebotham PD, Pearce AV. Audit of child protection procedures in accident and emergency department to identify children at risk of abuse. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 1997;315(7112):855-6.
- Sieswerda-Hoogendoorn T, Boos S, Spivack B, *et al.* Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European Journal of Pediatrics* 2011;171(3):415-23.
- Teeuw AH, Sieswerda-Hoogendoorn T, Sangers EJ, *et al.* Results of the implementation of a new screening protocol for child maltreatment at the Emergency Department of the Academic Medical Center in Amsterdam. *Int Emerg Nurs* 2016;24:9-15.
- Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery -Will he doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 1998;22(3):159-69.
- Woodman J, Lecky F, Hodes D, *et al.* Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child: Care, Health and Development* 2010;36(2):153-64.
- Woodman J, Pitt M, Wentz R, *et al.* Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technology Assessment* 2008;12(33):1-118.

TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO DEI BAMBINI VITTIME DI ABUSO O MALTRATTAMENTO

Anna Plebani, Barbara Cantoni

Unità Operativa Semplice Pronto Soccorso Pediatrico, Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Analisi del fenomeno

Dalla relazione della World Health Organization (WHO, 2013) emerge che la stima di bambini vittime di abusi e maltrattamenti che richiedono prestazioni sanitarie, siano circa 40 milioni. In Europa il maltrattamento infantile, causa la morte di circa 850 bambini di età inferiore ai 15 anni. Tale numero tuttavia, risulta tristemente in difetto, per la presenza di una forte sottostima del fenomeno.

La differenza risiede nel fatto che i numeri riportati sono legate al riconoscimento delle forme più severe di maltrattamento, che giungono all'attenzione degli ospedali e a seguire alla tutela dei minori, sovente il minore resta vittima di forme di maltrattamento che non vengono riconosciute e che pertanto possono essere perpetrate sulla vittima per anni. Tutto questo rappresenta il sommerso che deve essere posto ad una attenta osservazione e presa in carico.

In Italia, un'indagine quali-quantitativa condotta dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI) in collaborazione con *Terre des Hommes* ha cercato di fotografare in termini reali e attuali la dimensione del fenomeno del maltrattamento sui minori residenti in Italia.

L'indagine è stata avviata nel primo semestre del 2012, periodo nel quale è stato sottoposto ai Comuni e alle sedi competenti dei Servizi Sociali, un questionario sul tema. Analizzando i casi presi in carico dai servizi sociali, è emerso che 1 bambino su 100 ovvero lo 0.98% del totale dei bambini residenti, è stato vittima di una "forma di maltrattamento". Se la popolazione italiana minorile, determinata dai dati dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), è stimata all'11 gennaio 2012, di 10.576.660 minori, è quindi plausibile ipotizzare, che in Italia 100.000 minori siano potenziali vittime di maltrattamento.

L'indagine fa risiedere nel sesso femminile, l'esposizione maggiore al rischio con il 52,51% dei casi, rispetto a quello maschile che ricopre il 47,48%. Nello specifico emerge che il 52% sarebbe vittima di trascuratezza materiale e/o affettiva, il 16% di violenza assistita, il 12% di maltrattamento psicologico, il 6% di abuso sessuale, il 6% di patologia delle cure e il 4% di maltrattamento fisico (Bollini *et al.*, 2013).

Valutando queste stime, è possibile dichiarare che un professionista sanitario che svolge la sua attività presso le aree pediatriche, possa trovarsi ad assistere un paziente vittima di maltrattamento.

Purtroppo il riconoscimento dei gli indicatori di abuso può risultare ostacolato da diversi fattori quali: mancanza di una formazione specifica, attivazione di resistenze personali che, attraverso rimozioni o negazioni dell'evento fungono da meccanismi di difesa per evitare sofferenze rispetto a proprie esperienze e/o propri modelli socioculturali, paura di danneggiare il rapporto di fiducia tra bambino e genitori o altri membri della famiglia. Ciò nondimeno, identificare e segnalare immediatamente i segni di abuso o di sospetto, è indispensabile per eseguire, se necessario, ulteriori accertamenti che permettano la cosa più importante: proteggere il minore.

Il Pronto Soccorso rappresenta un “nodo di intercettazione importante” per i fenomeni di abuso e maltrattamento. Questo principalmente, in ragione dell’elevato numero di accessi, per svariati bisogni di salute. I traumi di varia natura, ad esempio, rappresentano una causale abbastanza considerevole di afferenza pediatrica alle prestazioni di Pronto Soccorso. Stime internazionali riportano che: l’abuso fisico o trauma non accidentale, risultano essere la principale causa di trauma cranico grave nei lattanti, con significativi livelli di morbilità e mortalità, tanto che circa l’80% di tutte le morti dovute a trauma cranico nei bambini al di sotto dei 2 anni d’età, sono il risultato di traumi non accidentali (Lancon *et al.*, 1998). Se si considera solo il traumatismo cranico (*Abusive Head Trauma*, AHT) numericamente significativo nelle causali di accesso ai Pronto Soccorso, studi riportano che il 24 per 100.000 dei traumi cranici in bambini con età inferiore ai 2 anni è riconducibile alla sindrome del bambino scosso.

Criticità nel rilevamento del fenomeno

Alla luce di quanto emerge dalla letteratura italiana ed estera, s’ipotizza che in Pronto Soccorso venga identificato solo un caso di maltrattamento su 10: ma la frequenza reale non è nota ed è sicuramente sottostimata.

La letteratura indica alcune criticità, che possono condurre ad una sottostima delle intercettazioni di casi legati ad abuso e maltrattamento, si è voluto provare a classificarle al fine di poter stilare una serie di problemi che possono essere affrontati e resi di minor impatto sulla gestione del processo:

- *Fattori legati alla location*
 - numerosità degli accessi
 - *rumors* di sottofondo
 - carenza di privacy
- *Fattori legati al personale*
 - mancanza di formazione specifica per il personale sanitario e di supporto
 - barriere personali di tipo emotivo
 - rifiuto
 - paure di ritorsioni medico legali
- *Fattori legati all’organizzazione*
 - mancanza di supporto multidisciplinare
 - mancanza di linee guida di riferimento
 - mancanza di “rete” inter ospedaliera
- *Fattori legati all’utenza*
 - mascheramento da parte degli aggressori o della vittima
 - eccessiva “medicalizzazione dell’utenza” (*over rule*)

I Pronto Soccorso vengono visti come unità operative dove la presenza di utenza non è mai prevedibile in quanto varia con i flussi e le richieste di bisogno di salute delle persone. Le organizzazioni pertanto, da sempre sono orientate a procedere in percorsi che mirino alla gestione del “sovraffollamento” in Pronto Soccorso, determinando prese in carico rapide e procedendo ad una “stabilizzazione e trasferimento” in aree di gestione. Questo concetto organizzativo risulta vincente nella stabilizzazione del paziente critico e determina efficacia ed efficienza nella gestione in acuto dei pazienti, ma quando ci si trova a gestire un paziente vittima di abuso/maltrattamento, presa in carico e attenta osservazione continua, risultano essere gli aspetti

migliori che permettono, al personale che si occupa della cura del paziente, di cogliere quelle particolari “sfumature” di atteggiamenti ad esempio, che possono essere gli unici aspetti visibili che portano ad un corretto riconoscimento della vittima.

Anche in presenza di una location che permette l'accettazione dei pazienti senza creare “l'effetto coda”, i rumori disturbanti come le continue interruzioni e la gestione della privacy dell'utenza durante la raccolta dati e nell'intero processo di presa in carico e cura, se il personale che vi opera non possiede formazione specifica, risulta impossibile proseguire nella gestione del processo. Mai come nei casi di riconoscimento di minore vittima di abuso, è importante che tutto il personale riceva formazione adeguata che permetta di “gestire” di fatto, le incertezze e le paure che possono scaturire nell'operatore, durante la gestione di questi particolari pazienti.

Nella gestione dei bambini potenzialmente vittime di maltrattamento, è fondamentale che ogni operatore sappia cosa andare a ricercare e come interpretare quella particolare manifestazione emotiva o clinica, raccolta in anamnesi o valutata durante le fasi di cura, e questo è ottenuto solo attraverso una formazione costante e un confronto con esperti del settore.

Il confronto è fondamentale, così come lo sono linee guida operative a cui ogni operatore sanitario possa far riferimento durante la gestione di questi casi.

L'organizzazione deve prevedere il confronto e soprattutto il sostegno di figure multidisciplinari che possano aiutare i professionisti dell'area emergenza a gestire i bambini vittime di abuso/maltrattamento.

È primario rammentare, che la gestione di un bambino maltrattato, non è a carico unicamente del pediatra di Pronto Soccorso. Egli deve avere la possibilità di avvalersi del supporto di professionisti di *imaging*, e di specialità che anch'essi con formazione comprovata sull'argomento, possano determinare insieme la diagnosi clinica di abuso/maltrattamento, basandosi sulla scientificità delle manifestazioni riportate.

Anche questo aspetto di “gruppo clinico” potrebbe ridurre le paure legate a diagnosi errate ed eventuali ripercussioni di tipo medico legale, assolvendo anche sotto il profilo etico il professionista.

Le criticità che possono emergere da parte dell'utenza sono molteplici, ma quella maggiore è l'arte del mascheramento. In caso di maltrattamento di tipo fisico, le giustificazioni che vengono trovate sono legate a eventi che appunto possano giustificare la natura delle lesioni riportate, tuttavia anche l'eccessiva aggressività, le minacce velate di ripercussioni medico legali verso il medico di pronto soccorso in caso di un “presunto rifiuto di cure mediche” come ad esempio non effettuare un'indagine radiografica ritenuta superflua da parte del pediatra o il ricorso ad esami clinico strumentali anche particolarmente invasivi, o ancora la somministrazione di antibiotici o altri farmaci in assenza di comprovata motivazione clinica, possono prevaricare il ruolo istituzionale del medico e, di fatto, perpetrare nella violenza e nel maltrattamento che si esprime in questo caso, nella sfaccettatura più complessa del maltrattamento, ovvero quella legata alle cure.

Una delle criticità maggiori risiede proprio in questo ambito. Le competenze mediche acquisite della popolazione, se accompagnate da aggressività verbale, possono a volte determinare il ricorso alla cosiddetta “medicina difensiva” che spinge il professionista a perdere la lucidità clinica e assecondare il genitore al fine di non incorrere in rischi medico legali. L'assenza di rete intraospedaliera tra i vari ospedali della città e con la rete del territorio, impedisce di fatto, l'intercettazione di casi legati alla patologia delle cure, facendo emergere tardivamente gli aspetti evolutivi peggiori come la sindrome di Munchausen by proxy oppure ripercussioni psichiche nell'adolescente, che trovano le radici in comportamenti aberranti in ambito familiare.

Possibili soluzioni per il rilevamento del fenomeno

In ambito di Pronto Soccorso l'obiettivo che deve essere perseguito è quello del riconoscimento, che deve partire già dalla fase di triage, ovvero dal primo momento di accoglienza del paziente in Pronto Soccorso.

Il triage pertanto può essere riconosciuto come un punto strategico, che può permettere a personale qualificato e formato, non solo di assicurare i goal previsti dalla procedura di triage, e in primis quello di garantire assistenza immediata al malato che giunga in emergenza, ma anche quello di garantire il miglior percorso diagnostico terapeutico assistenziale incanalando i pazienti in percorsi condivisi che garantiscano i migliori esiti migliorando, la qualità delle prestazioni dei professionisti che operano in pronto soccorso. Obiettivo del triage sarà, quindi, quello di riconoscere, filtrare, individuare.

Il triage in questo particolare gruppo di pazienti non è solo "valutazione alla porta, valutazione soggettiva e oggettiva, esposizione cranio caudale", ma l'osservazione critica legata all'identificazione degli accompagnatori, la valutazione delle reazioni parentali del bambino in presenza degli accompagnatori e l'identificazione e la valutazione di eventuali comportamenti anomali del paziente o dei suoi accompagnatori, acquisisce notevole importanza.

La valutazione soggettiva modifica il suo classico metodo espositivo, lasciando maggiore spazio alla raccolta dati effettuata spontaneamente dal minore, qualora questi espliciti il racconto. Non viene effettuata nessuna forzatura e non debbono essere dati suggerimenti, pertanto questa fase, a volte si riduce ad una raccolta dati riportata dagli accompagnatori che deve essere sempre perfettamente identificata e conclusa con un *read back* prima del salvataggio delle informazioni sul verbale.

Esistono alcuni indicatori che indirizzano il professionista nella rilevazione di parametri "sentinella", tuttavia tali indicatori non sono produttori se non contestualizzati in professionisti con formazione specifica in tema di maltrattamento ai minori e dove sussista una completa presa in carico collegiale del bambino all'interno della struttura di emergenza.

Relativamente agli indicatori, quello che trova maggior sensibilità e specificità in ambito di Pronto Soccorso, è *ESCAPE Form* dello *European Study of Cohorts for Air Pollution Effects* (ESCAPE). Questo indicatore prende origine da un lavoro di ricerca sperimentato in 3 ospedali olandesi (Louwers *et al.*, 2014). L'*ESCAPE form* è composto da 6 domande che l'infermiere di triage si pone durante la procedura di accettazione, su tutti i pazienti che afferiscono alla struttura di Pronto Soccorso.

- La storia dichiarata è consistente?
- Vi è stato un ritardo alla richiesta di prestazione medica, in relazione allo stato clinico del paziente?
- Le lesioni riscontrate sul paziente sono compatibili con la storia e con lo sviluppo psico emotivo del bambino?
- I comportamenti tra il bambino e i suoi accompagnatori, sono adeguati?
- La valutazione "testa piedi" concorda con l'evento dichiarato?
- C'è qualche altra manifestazione che mette in dubbio la sicurezza del bambino o della famiglia?

Nell'articolo originale vengono messi in evidenza degli aspetti molto significativi:

- Alla prima risposta aberrante durante la raccolta dell'*ESCAPE*, l'infermiere triagista avvisa il medico di guardia, che ha la responsabilità della valutazione del rischio e implementare, o meno, il percorso di presa in carico e di gestione del bambino.

- È stato valutato che la mancanza di formazione del personale triagista, relativamente agli aspetti di abuso e maltrattamento, di fatto inficia l'applicazione dell'*ESCAPE form*.
- In molti paesi indicatori di abuso e maltrattamento non vengono applicati a tutti i pazienti pediatrici che afferiscono alla struttura di emergenza urgenza. La letteratura dichiara, ma non comprova, che effettuare uno screening su tutti i bambini che afferiscono alla struttura di Pronto Soccorso aumenta la possibilità di intercettazione dei minori vittima di maltrattamento.

La validazione di questo interessante screening determina un'ulteriore evidenza scientifica. Ogni item ha un range di sensibilità e di specificità, ma la presenza di una o più risposte non conformi determina una sensibilità dello strumento dello 0,80% e una specificità del 0,98% con una *p-value* <0,001. Tale strumento risulta molto affidabile in quanto con un basso grado di falsi positivi e in grado di individuare i pazienti realmente vittima di abuso e maltrattamento.

La soluzione che viene proposta pertanto è che alla luce di queste importanti ricerche scientifiche, possa essere esteso ai Pronto Soccorso pediatrici italiani, l'effettuazione dello screening *ESCAPE Form*, supportato da una formazione specifica e continua del personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso, in accordo con quanto definito (Linee Guida sulla formazione del personale del sistema di emergenza/urgenza, Accordo Stato-Regioni 2003) che definisce l'iter formativo del personale che opera presso i Pronto Soccorso.

Bibliografia

- Bollini A, Giannotta F, Angeli A. *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? Prima Indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini*. Castelnuovo Rangone (MO); Cismai (Coordinamento Italiano Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia); 2013.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria". *Gazzetta Ufficiale* 285, 25 ottobre 2001.
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza". *Gazzetta Ufficiale* 196, 25 agosto 2003.
- Forbes BJ, Levin AV. Abusive head trauma / shaken baby syndrome. In: Reynolds J, Olitsky S (Ed.). *Pediatric Retina*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011. p. 409-22.
- Lancon JA, Haines DE, Parent AD. Anatomy of the shaken baby syndrome. *Anat Rec* 1998;253(1):13-8.
- Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, et al. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse and Neglect* 2014;38(7):1275-81.
- Ministero della Sanità. Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. *Gazzetta Ufficiale* 114, Roma 17 maggio 1996.
- Robyn N. Influences on registered nurses' decision-making in cases of suspected child abuse. *Child Abuse Review* 2002;11:168-78.
- Gruppo Formazione Triage. *Il Triage infermieristico*. New York, Stati Uniti: McGraw Hill; 2010.

CHILD ABUSE FISICO E MEDICINA LEGALE

Cristina Cattaneo (a), Laura Marasciuolo (b), Federica Collini (b)

(a) Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

(b) Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Quale medicina legale?

Non vi è dubbio che il *child abuse* sia una delle “patologie” più comuni dei nostri tempi anche se molti medici di famiglia e pediatri ancora hanno difficoltà in Italia a riconoscerlo e a gestirlo (WHO, 2006).

La presenza della medicina legale, o meglio della *clinical forensic medicine*, è fondamentale nella identificazione del maltrattamento e nella tutela del bambino. Le brevi riflessioni che seguono mirano a chiarire tale ruolo ancora misconosciuto.

È innegabile che nel contesto di un'equipe multidisciplinare è (o dovrebbe essere) il medico legale ad avere maggiore dimestichezza con le fattispecie di reato (in questi casi art. 572 codice procedura, maltrattamenti contro familiari e conviventi, e art. 609 codice procedura bis, ter e quater relativi alle violenze e agli atti sessuali) e spesso è quello designato per rispondere a problematiche relative alla perseguibilità d'ufficio (sempre nel caso del 572 codice procedura, sotto i 18 anni nel caso di violenza sessuale e sotto i 10 anni nei casi di atti sessuali) e/o è considerato il più esperto a stilare il referto (art. 334 codice procedura penale) o la denuncia di reato (art. 331 codice procedura penale) alla Procura della Repubblica. Anche nei casi non chiaramente costituenti reato ma dove vi sia una situazione di pregiudizio del minore tale da richiedere una segnalazione al Tribunale per i Minorenni o ai Servizi Sociali, l'apporto del medico legale è sempre utile nella descrizione delle lesioni (proprio per l'educazione al dettaglio di forma, colore, dimensioni ecc. di lesioni traumatiche), e addirittura nella preparazione del materiale iconografico che potrà servire per immortalare dettagli di lesioni che a distanza di anni potranno essere importanti per l'interpretazione delle dinamiche dei fatti.

Tuttavia ridurre a quanto appena accennato il ruolo della medicina legale sarebbe restrittivo. Per quel che riguarda infatti il maltrattamento fisico (al quale ci limiteremo in queste poche pagine), poiché la lesività riveste un ruolo principale, la sua appropriata lettura interpretativa, per quel che riguarda dinamiche e epoca di produzione, amplia notevolmente il ruolo del medico legale fino, ad esempio, alla scelta degli accertamenti diagnostici da effettuare.

Il maltrattamento del bambino è ormai accettato come questione di salute pubblica, come ribadito anche dall'editoriale “Child maltreatment in Europe: taking a public health approach”, pubblicato sul *Lancet* nel 2013. E sempre di più gli aspetti della salute pubblica che sfociano dalla violenza, indipendentemente dal contesto giuridico, riguardano da vicino la medicina legale; ciò pone questa disciplina al pieno centro del concetto di salute inteso come completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità (definizione della World Health Organization) e, di conseguenza, in un contesto clinico di prevenzione, tutela e cura (nell'ottica della diagnosi e identificazione di segni di maltrattamento come prerequisito necessario alla protezione, tutela e cura del bambino).

Per questo la medicina legale va sfruttata per le sue capacità di gestire la storia e i segni di eventi lesivi: a partire dalla raccolta dei racconti dell'accaduto (che vanno pazientemente sviscerati in quel dettaglio che sarà fondamentale per una diagnosi differenziale tra evento

accidentale e non) fino all'interpretazione delle lesioni e alla loro datazione che può e spesso deve richiedere esami strumentali finalizzati non solo all'immediata terapia ma anche alla sua datazione – di questo si dirà più sotto.

Quali traumi?

Val la pena brevemente richiamare, seppur in maniera sommaria, i dati traumatici di rilievo. In questi casi spesso le lesioni coinvolgono o esclusivamente l'apparato tegumentario e/o osteoarticolare o sono associati, a seconda dell'entità del trauma medesimo, a lesioni viscerali: la maggior parte dei minori che subisce un abuso fisico presenta lesioni a livello tegumentario, di natura contusiva o termica, e fratture ossee.

Per quanto riguarda la cute, comunemente, complessi ecchimotico-escoriativi si rilevano in meno dell'1% dei minori incapaci di deambulare, nel 17% dei bambini che hanno capacità deambulatorie, nel 53% dei minori autonomi nel cammino e infine nella maggior parte dei soggetti in età scolastica (Mok, 2008). Poste tali premesse nel minore oggetto di abuso fisico le lesioni, come escoriazioni od ecchimosi, sono solitamente localizzate in distretti corporei atipici rispetto alle consuete sedi corporee; ad esempio si possono rilevare ferite nella zona retro auricolare, al dorso, in regione genitale, in presenza o assenza di lesioni in aree cutanee considerabili "consuete", quali le superfici flessorie articolari, come gomiti e ginocchia (Figure 1-3).

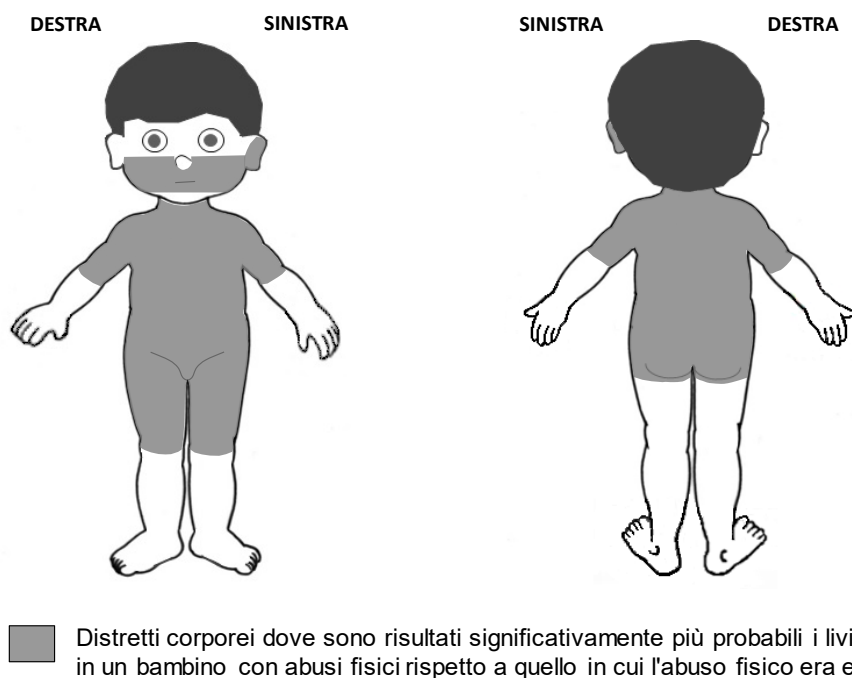


Figura 1. Distretti corporei interessati dall'abuso fisico secondo Kemp (Kemp et al., 2014)

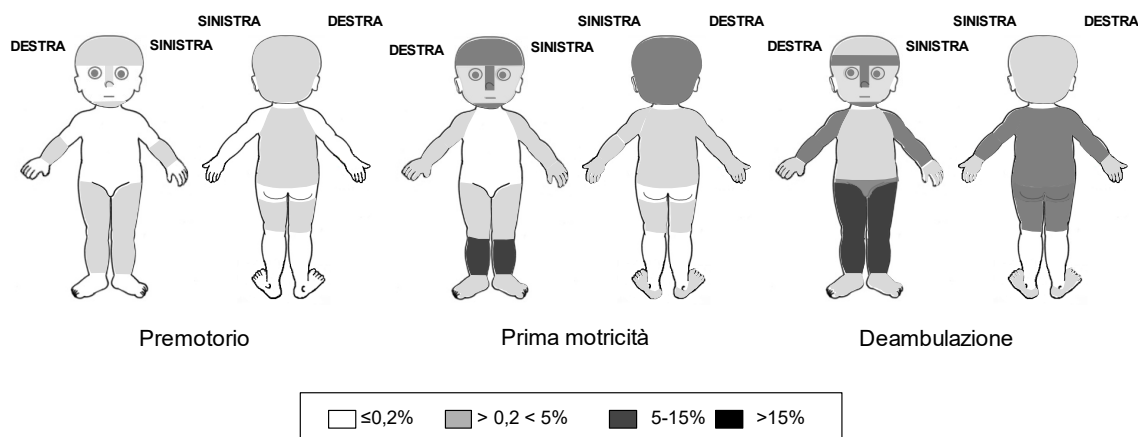


Figura 2. Distribuzione % delle osservazioni di 2570 su 328 bambini con almeno un livido per localizzazione e stadio di sviluppo secondo Kemp (Kemp et al., 2015)

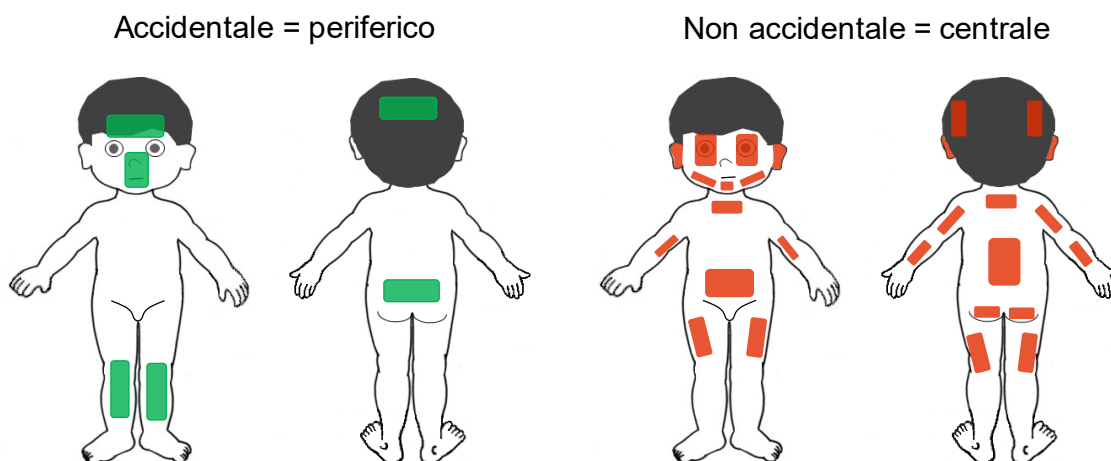


Figura 3. Lividi sospetti nel caso di lesioni accidentali e non accidentali secondo Maguire (Maguire et al., 2013)

Le tre figure sopra rappresentate indicano secondo vari autori le sedi più coinvolte nelle lesioni accidentali e non accidentali.

Ovviamente è necessario valutare se i complessi ecchimotico-escoriativi riproducano a stampo la morfologia del corpo contundente che ha provocato gli stessi, come ad esempio la mano, una cinghia, una corda ecc., nonché se tali complessi presentino plurimi stadi di evoluzione. In questi casi di enorme utilità sarebbe un approccio anche di tipo criminalistico, spesso trascurato, che miri a raccogliere sul corpo maggiori evidenze possibili di tracce di terzi o di strumenti che possano meglio far comprendere la natura delle lesioni (attraverso calchi, *stubb* o luci particolari).

Oltre alla atipicità della sede interessata dalle lesioni, occorre osservare la correlazione tra la tipologia delle ferite con l'età cronologica del soggetto esaminato; in altri termini, la presenza di

una ecchimosi al volto o agli arti inferiori in lattanti che non hanno ancora acquisito la capacità di gattonare o deambulare, comporta la necessità di approfondimenti diagnostici.

Ulteriori lesioni indicative di un probabile maltrattamento fisico possono essere morsi riconducibili a soggetti adulti, ustioni da sigaretta, di caratteristica forma solitamente ma non sempre circolare, o da immersione forzata, tipicamente a guanto o a calza, con chiara demarcazione tra cute sana e cute lesa.

Per quanto attiene l'apparato osteo-muscolare, lesioni indicative di abuso fisico, e pertanto necessitanti una valutazione clinico-radiologica più approfondita, sono le fratture craniche e del distretto extra-cranico.

Comunemente, la distribuzione delle fratture ossee correla con l'età cronologica del minore, pertanto nel lattante sono più frequenti le fratture clavari, tra il primo anno di vita e i tre anni le fratture omerali in sede distale, tra i quattro anni e l'età adolescenziale risultano prevalenti le fratture radio-ulnari distali, caratterizzate da una correlazione inversa tra l'incidenza di fratture diafisarie e l'età anagrafica del minore (Rennie *et al.*, 2007).

In un non recente ma sempre attuale studio comparativo, si è osservato che nel 80% dei casi di lesioni fratturative determinate da eventi traumatici non accidentali, i bambini coinvolti hanno una età minore di 18 mesi, mentre nel 85% dei casi di fratture accidentali, l'età dei soggetti è superiore ai 5 anni (Worlock *et al.*, 1986). Ulteriore e più recente analisi retrospettiva, ha dimostrato che nel 90% dei casi di sospetto maltrattamento a seguito di accesso presso il Pronto Soccorso per lesioni fratturative i minori presentano un'età minore di due anni (Carty *et al.*, 2002).

Come raccomandato dalla American Academy of Pediatrics, nei minori di due anni sarebbe sempre opportuno eseguire esami strumentali *total body* volti alla rilevazione della presenza di fratture misconosciute e all'eventuale datazione delle stesse (American Academy of Pediatrics, 2009).

Relativamente alla scelta dello specifico protocollo radiologico, qualsiasi sia l'età del soggetto, qualora i rilievi obiettivi interessino pressoché esclusivamente uno specifico distretto corporeo, è opportuno valutare in parallelo alla *total body* anche tale distretto, con eventuali approfondimenti di natura strumentale.

Nel medesimo studio, gli specialisti radiologi della American Academy of Pediatrics raccomandano anche l'utilizzo della risonanza magnetica e dell'ecografia.

Relativamente alle lesioni viscerali, i traumi non accidentali sono attualmente una significativa causa di morbilità e mortalità della popolazione pediatrica; in un recente studio statunitense, l'incidenza di minori di 18 anni che subiscono un maltrattamento fisico, a seguito del quale si è reso necessario un accesso in Pronto Soccorso, risulta pari al 6,2% per 100.000 minori; di questa percentuale, nel 58,2% si tratta di bambini di meno di un anno di età. Inoltre il 25% dei traumi addominali dei minori di età inferiore ad un anno sono il risultato di un abuso fisico (Leventhal *et al.*, 2012).

Numerosi studi hanno dimostrato differenti pattern lesivi nei soggetti coinvolti in un trauma accidentale rispetto a un episodio di maltrattamento; ad esempio, nei soggetti abusati si riscontrano più frequentemente lesioni coinvolgenti i visceri cavi, in particolare le perforazioni del tratto duodenale dell'intestino, rispetto alla popolazione soggetta a trauma contusivo di natura accidentale (Roaten *et al.*, 2005).

A tal proposito si segnala lo studio di Gaines, ove in una revisione casistica durata sette anni relativa agli accessi pediatrici per trauma, la perforazione duodenale era presente nel 2,8% dei minori oggetto di abuso, mentre la medesima lesione veniva riscontrata nei traumi accidentali solo nel 0,3% degli accessi (Gaines, 2009).

Una revisione della letteratura del 2013 ha evidenziato che, per quanto riguarda la regione addominale, nei soggetti maltrattati la frequenza delle lesioni ai visceri cavi risulta equiparabile a quella degli organi parenchimatosi; danni a carico di entrambe le tipologie di visceri tuttavia sono

prevalenti nei soggetti che hanno subito un abuso fisico rispetto alla popolazione oggetto di trauma accidentale (Maguire *et al.*, 2013).

In particolare, lesioni a carico del fegato occorrono con eguale frequenza nei traumi accidentali e intenzionali, mentre la letteratura corrente non ha univocamente caratterizzato le lesioni spleniche, in quanto negli attuali studi la maggior prevalenza tra evento accidentale e non accidentale non è ancora stata significativamente caratterizzata.

Per quanto riguarda le lesioni a carico dei visceri toracici, la sopracitata *review* ha evidenziato la presenza di lacerazioni cardiache a seguito di colpi reiterati in sede sternale, nonché contusioni e perforazioni polmonari con conseguente *distress* respiratorio, traumi a livello tracheo-esofagei determinanti alterazioni respiratorie, emorragie del cavo orale, enfisema sottocutaneo.

Ad esclusione delle tipiche fratture costali in sede posteriore, i traumi toracici sono meno frequenti rispetto a quelli addominali, e consistono prevalentemente in contusioni pleuro-polmonari (Larimer *et al.*, 2013).

Nell'ipotesi di lesione addominale in caso di sospetto maltrattamento, il protocollo radiologico è equiparabile a quanto si applica in caso di trauma accidentale; il gold standard strumentale diagnostico risulta essere l'esame TC, preferibilmente con infusione di mezzo di contrasto (Di Pietro *et al.*, 2009).

In buona sostanza esiste una pleora di letteratura che fa riferimento ai diversi aspetti dell'abuso (Brogdon *et al.* 2003; Reece & Christian 2009), il che riflette anche la complessità della questione. Per esempio, una delle aree più discusse è quella relativa ai *fracture pattern* (Kleinman, 1998; Bilo *et al.* 2010; Clarke *et al.* 2012; van Rijn & Sieswerda-Hoogendoorn 2012; Flaherty *et al.* 2014) che sarebbero indicativi della meccanica del trauma (Bilo *et al.* 2010; van Rijn & Sieswerda-Hoogendoorn 2012; Flaherty *et al.* 2014).

Le fratture tipicamente indicative e specifiche sono le lesioni metafisarie, coste posteriori, scapola, sterno, processi spinosi delle vertebre. (Bilo *et al.* 2010; van Rijn & Sieswerda-Hoogendoorn 2012; Flaherty *et al.* 2014).

L'età del bambino è anche un fattore importante poiché fratture in soggetti minori di 12-18 anni sono altamente sospette vista la riduzione della mobilità. (Clarke *et al.* 2012).

La datazione delle lesioni è certamente un altro argomento molto spinoso. Ecchimosi o fratture multiple e di diverse sono età anche sospette (Bilo *et al.* 2010; van Rijn & Sieswerda-Hoogendoorn 2012) e, quindi, distinguere l'epoca di produzione di ciascuna lesione diventa fondamentale. In particolare, si fa riferimento a variazioni cromatiche che riflettono il metabolismo e l'evoluzione della datazione, ma attualmente hanno errori molto elevati.

Lo stesso si può dire della datazione delle fratture. Si conoscono ancora regole molto generali che ci guidano nella datazione del callo osseo, ma la ricerca radiologica, in particolare ecografica e di risonanza magnetica, ci fa sperare in futuri miglioramenti nell'attribuzione dell'epoca di produzione. Purtroppo ci si focalizza molto poco su accertamenti che possano guidare la datazione dal momento che c'è poca consapevolezza dell'importanza da un punto di vista medico legale.

Cosa manca ancora?

Malgrado la sensibilizzazione e la crescita in questo senso della classe medica, da un punto di vista medicolegale, o ancor meglio della *clinical forensic medicine*, quando si parla di maltrattamento fisico esistono ancora troppi vuoti culturali e poca chiarezza per quanto riguarda la diagnosi "precoce" e il trattamento.

Sia che si tratti di vero e proprio delitto o di "mero" stato di pregiudizio del bambino (come in alcuni casi di *neglect*), finché il maltrattamento non verrà trattato come una vera patologia (sia per quel che riguarda la formazione del personale medico, che nello spiegamento di forze per la

sua diagnosi) non potrà essere diagnosticata e curata. E sebbene addirittura *Lancet* riferisca che il maltrattamento è un'emergenza sanitaria in tutto e per tutto, siamo ancora lontani, e non solo in Italia, dall'affrontare il problema medico in maniera idonea.

Ad esempio, quando ad un bambino viene diagnosticata una frattura a un femore, anche nel caso in cui si sospetti qualche forma di maltrattamento, l'investimento clinico è finalizzato alla terapia immediata. Si farà una radiografia per verificare la presenza della lesione e il tipo di lesione e si troverà il percorso terapeutico più opportuno. Così facendo si saranno ignorate le esigenze più tipicamente medico legali, ad esempio altri accertamenti che serviranno non per la terapia immediata ma per datare meglio la lesione (come l'esecuzione di una risonanza magnetica per meglio datare lo spandimento emorragico o l'edema osseo) – fondamentale in questi casi (pensiamo infatti solo alla differenza che può fare datare una frattura a 3 o 5 giorni, se in questi giorni il bambino è passato di custodia dai nonni ai genitori, ad esempio). Oppure ci potremmo chiedere quante volte soggetti con cute molto scura vengono sottoposti ad ecografie al fine di valutare la presenza di ecchimosi non altrimenti visibili.

In buona sostanza, un aumento della ricerca scientifica, una maggiore sensibilizzazione della classe medica in questo senso e un maggiore coinvolgimento della medicina legale sono alcuni dei target ancora da raggiungere al fine di poter gestire in maniera esaustiva la problematica *child abuse*.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics - Section on Radiology. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 2009;123(5):1430-5.
- Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD. Abdominal injury due to child abuse. *Lancet* 2005;366(9481):234-5.
- Bilo RAC, Robben SGF, Rijn RR. *Forensic aspects of paediatric fractures: Differentiating accidental trauma from child abuse*. Berlin: Springer Verlag; 2010.
- Brogdon BG, Vogel H, McDowell JD (Ed.). *A radiologic atlas of abuse, torture, terrorism, and inflicted trauma*. Boca Raton: CRC Press. 2003.
- Carty H, Pierce A. Non-accidental injury: a retrospective analysis of a large cohort. *Eur Radiol* 2002;12(12):2919-25.
- Child maltreatment in Europe: taking a public health approach [editorial]. *Lancet* 2013;382(9898):1072.
- Clarke NMP, Shelton FRM, Taylor CC, et al. The incidence of fractures in children under the age of 24 months – In relation to non-accidental injury. *Injury* 2012;43:762-5.
- Di Pietro MA, Brody AS, Cassady CI, et al. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 2009;123(5):1430-5.
- Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, et al. Evaluating children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics* 2014;133(2):e477-89.
- Gaines BA. Intra-abdominal solid organ injury in children: Diagnosis and treatment. *J Trauma* 2009 Aug;67(2 Suppl):S135-9.
- Kemp AM, Cowley L, Maguire S. Spinal injuries in abusive head trauma: patterns and recommendations. *Pediatr Radiol*. 2014 Dec;44 Suppl 4:S604-12.
- Kemp AM, Dunstan F, Nuttall D et al., *Patterns of bruising in preschool children--a longitudinal study*. *Arch Dis Child*. 2015 May;100(5):426-31.
- Kleinman PK. *Diagnostic imaging of child abuse*. 2nd ed. St. Louis: Mosby Year Book Inc. 1998.

- Leventhal JM, Martin KD, Gather JR. Using US data to estimate the incidence of serious physical abuse in children., *Pediatrics* 2012;129(3):458-64.
- Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, *et al.* A systematic review of abusive visceral injuries on childhood – Their range and recognition. *Child Abuse Negl* 2013;37(7):430-45.
- Mok JY. Non-accidental injury in children – Un update, *Injury*. *Injury* 2008;39(9):978-85.
- Reece RM, Christian CW (Ed.). *Child abuse: medical diagnosis and management*. 3rd Edition. Itasca, Illinois; American Academy of Pediatrics, 2009.
- Rennie L, Court-Brown CM, Mok JY, *et al.* The epidemiology of fractures in children. *Injury* 2007;38(8):913-22.
- Roaten JB, Partrick DA, Bensard DD, *et al.* Visceral injuries in nonaccidental trauma: spectrum of injury and outcomes. *Am J Surg* 2005;190(6):827-9.
- van Rijn RR, Sieswerda-Hoogendoorn T. Educational paper: imaging child abuse: the bare bones. *Eur J Pediatr* 2012;171(2):215-24.
- WHO. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence / World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*. Geneva: World Health Organization; 2006.
- Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293(6539):100-2.

VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA DELL'ABUSO E MALTRATTAMENTO SU MINORE

Paola De Rose, Flavia Cirillo, Paola Bergonzini, Caterina Marano, Giulia Norido, Giulia D'Alessandro, Stefano Vicari

Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Numerosi studi longitudinali hanno evidenziato che crescere in *ambienti familiari disfunzionali*, caratterizzati da *deprivazioni e grave inadeguatezza genitoriale*, può portare a conseguenze negative, che per effetto cumulativo (Erickson *et al.*, 2002) rischiano di ostacolare, nelle fasi di vita successive, il normale decorso della crescita fisica, cognitiva ed emotivo-relazionale del minore.

Numerosi dati clinici confermano che specifici tipi di privazioni educative, fisiche ed emotive diminuiscono significativamente il potenziale cognitivo e socio-emotivo del bambino, alterando il suo funzionamento e la crescita (Perry, 2009). I bambini trascurati sembrerebbero, rispetto alle vittime di altre forme di maltrattamento, maggiormente esposti a disturbi del linguaggio, sia in ricezione che in espressione (Gaudin, 1999) e ad una serie di difficoltà a scuola, che rendono spesso necessaria la richiesta di un sostegno.

I dati clinici dimostrano significative conseguenze negative sullo sviluppo emotivo e sociale. Nella prima infanzia si evidenziano importanti difficoltà nella comprensione emotiva, soprattutto nel distinguere la gioia dalla tristezza e le espressioni di rabbia da quelle legate ad altre emozioni negative (Shackman & Pollak, 2014; Erickson, 2002); si evidenziano inoltre frequenti problematiche legate alla bassa autostima e alla difficoltà di fidarsi dell'altro. Nella seconda infanzia si riscontrano problemi scolastici, spesso legati a deficit cognitivi e alla mancanza di creatività e flessibilità nel processo di *problem solving*. Sono frequenti, inoltre, problemi comportamentali e condotte impulsive. In età adulta si riscontrano, oltre a importanti deficit cognitivi, un marcato isolamento e ritiro sociale che si accompagna all'incapacità di entrare in relazione con gli altri.

Il meccanismo neurobiologico alla base è rappresentato dal circuito della risposta dell'organismo allo stress e dalla produzione di cortisolo nei confronti del quale il cervello ha una vulnerabilità differente nelle diverse età della vita per effetto di un diverso livello di maturazione delle diverse aree cerebrali sensibili (Lupien *et al.*, 2009).

Tali meccanismi neurobiologici, sostenuti anche da studi condotti con tecniche di risonanza magnetica funzionale, ad esempio sul ruolo del circuito prefrontale mediale/amigdala nell'esperienza di emozioni negative come la paura, sia per esperienze traumatiche che non-traumatiche (Lanius *et al.*, 2010), contribuiscono a spiegare i deficit riscontrati in ambito neuropsicologico, in particolare cognitivo, nelle abilità di memoria Visiva e Verbale, *Working Memory*, Attenzione (uditiva e visiva), Inibizione della risposta, Discriminazione di emozioni, nelle abilità accademiche (Hart & Rubia, 2012).

Il ruolo della valutazione Neuropsichiatrica si inserisce in maniera significativa all'interno di quella finestra temporale di sviluppo che corrisponde al periodo sensibile in cui si stabilisce la fragilità sul piano psicopatologico. Un modello che può aiutare a comprendere cosa stia succedendo nella traiettoria di sviluppo del bambino è rappresentato dalla diagnosi dimensionale fornita dal modello a Domini Funzionali proposto da Moltalvo-Ortiz JL (Moltalvo-Ortiz *et al.*, 2016), rappresentato da un Dominio di Sistema di valenza negativa (paura, ansia, sensazione di

perdita), un Dominio di Sistema di valenza positiva (circuito di gratificazione, capacità di apprendimento, adattamento), un Dominio dell'Area Cognitiva (attenzione, memoria), un Dominio delle competenze sociali (modalità di attaccamento, capacità di comunicazione, teoria della mente), un Dominio del Sistema di Regolazione (*arousal*, ritmi circadiani).

Inoltre il sistema di classificazione (*International Classification of Disease ver. 11*, ICD-11) inserisce nei disturbi correlati allo stress il Disturbo Post Traumatico da *Stress Complex* (Cloitre *et al.*, 2013), che prevede le categorie della Disregolazione emotiva, Disturbo di Identità e Problemi Relazionali e in cui la situazione di *iperarousal* e paura sono pervasivi e si verificano in vari contesti e relazioni, indipendentemente dalla correlazione con gli stimoli traumatici e dall'esperienza di rivivere il trauma.

La letteratura riporta inoltre esiti sul piano psicopatologico che sono rappresentati a breve termine da disturbi d'ansia e della regolazione emozionale e disturbi sul piano comportamentale (Briggs-Gowan *et al.*, 2010), mentre a lungo termine, in età giovane adulta, la presenza di maltrattamento in età infantile espone l'individuo ad un rischio maggiore di disturbi quali psicosi (*Odds Ratio*-OR fino a 3,4) depressione (OR 2) e ideazione suicidaria (OR 2) (Dunn *et al.*, 2013).

Alla luce di quanto descritto, è raccomandabile effettuare un *assessment* neuropsichiatrico che includa una valutazione clinica e una batteria testologica (strutturata in base all'età del bambino) che valuti: gli aspetti neuropsicologici, il profilo psicopatologico, la diagnosi Familiare che comprenda una valutazione della struttura familiare e dei fattori di rischio e di protezione, una valutazione più specifica post traumatica e di risposta allo stress.

Un corretto *assessment* di questo profilo di funzionamento del bambino consente di individuare le aree di intervento riabilitativo e/o psicoterapeutico individuale e familiare per ridurre i fattori di rischio, ridurre i fattori di stress e incrementare le strategie di risposta allo stress, in modo da migliorare la qualità di vita a breve e a lungo termine, dal momento che l'effetto del maltrattamento va inquadrata in un'ottica longitudinale di vulnerabilità di sviluppo.

Riguardo il profilo neuropsicologico si raccomanda una valutazione del quoziente di sviluppo e intellettuale, capacità di linguaggio e decodifica, abilità di memoria, attenzione, funzioni esecutive, apprendimenti.

Riguardo al profilo psicopatologico, gli strumenti utilizzati nel protocollo dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù sono:

- K-SADSPL: *Schedule Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime*, intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti (Kaufmann, 2004);
- MASC: *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (March *et al.*, 1997);
- CDI: *Child Depression Inventory* (Camuffo *et al.*, 1988);
- CDRS: *Children Depression Rating Scale*- (età 6-12 anni) (Pozwansky *et al.*, 1979);
- CBCL/1½-5: *Child Behavior Checklist* (età 1½-5 anni) (Achenbach & Rescorla, 2001);
- CBCL/6-18: *Child Behavior Checklist* (età 6-18 anni) (Achenbach & Rescorla, 2001);
- CBCL YSR: *Child Behavior Checklist Youth Self Report* (età 11-18 anni) (Achenbach, Dumenci, 2001)
- *Conners' Parent Rating Scales long version* (Conners, 1997).

Per quanto riguarda la valutazione più specifica riguardo agli aspetti traumatici il protocollo dell'Ospedale Bambino Gesù prevede la somministrazione dei seguenti strumenti:

- TSCYC: *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (età 3-12 e 8-16 anni) (Briere, 2015);
- CSBI: *Child Sexual Behavior Inventory* (Friedrich *et al.*, 2001) (età 2-12 anni);
- IES-R: *Impact of Event Scale - Revised* (per adolescenti) (Weis & Mamer, 1997);

- PSI: *Parent Stress Index* (età 3-19) (Abidin, 1995);
- CLES: *Coddington Life Events Scales* (età prescolare, bambini e adolescenti) (Coddington, 2009)

Un corretto *assessment* di questo profilo di funzionamento del bambino consente di individuare le aree di intervento riabilitativo e/o psicoterapeutico individuale e familiare per ridurre i fattori di rischio, ridurre i fattori di stress e incrementare le strategie di risposta allo stress, in modo da migliorare la qualità di vita a breve e a lungo termine, dal momento che l'effetto del maltrattamento va inquadrata in un'ottica longitudinale di vulnerabilità di sviluppo.

Deficit neuropsicologici

Il trauma e lo stress aumentano il rischio di sviluppare molti deficit neuropsicologici riscontrabili sia nei bambini e, in alcuni casi, anche negli adulti che determinano effetti psicopatologici nel breve e lungo termine. Tra questi si segnalano:

- una riduzione del quoziente intellettivo (nei bambini ma non negli adulti);
- deficit nella memoria visiva e verbale (bambini e adulti) in particolare nel *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD);
- *working memory*;
- attenzione (uditiva e visiva);
- inibizione della risposta (bambini e adulti);
- discriminazione di emozioni (bambini ma non negli adolescenti).

Per quanto riguarda, invece, gli effetti psicopatologici riscontrabili nel breve e lungo termine si registrano quelli relativi a: disturbi d'ansia; disturbi del comportamento; depressione e ideazione suicidaria; psicosi.

In ragione di quanto sopra evidenziano le principali criticità riguardano:

- l'individuazione corretta dei casi;
- una ridotta *compliance* genitoriale;
- il rischio strumentalizzazione da parte delle famiglie.

Vi sarebbe necessità da parte dei Servizi Territoriali di investire risorse nella presa in carico dei pazienti e nella formazione del personale.

Possibili soluzioni

Una possibile soluzione per ovviare alle criticità di cui sopra per effettuare un *assessment* neuropsichiatrico potrebbe essere una valutazione clinica e una batteria testologica (strutturata in base all'età del bambino) che valuti:

- gli aspetti neuropsicologici,
- il profilo psicopatologico,
- la diagnosi familiare che comprenda una valutazione della struttura familiare e dei fattori di rischio e di protezione,
- una valutazione più specifica post traumatica e di risposta allo stress

Un corretto *assessment* di questo profilo di funzionamento del bambino consente, quindi, di individuare le aree di intervento riabilitativo e/o psicoterapeutico individuale e familiare per

ridurre i fattori di rischio, ridurre i fattori di stress e incrementare le strategie di risposta allo stress, in modo da migliorare la qualità di vita a breve e lungo termine, dal momento che l'effetto del maltrattamento va inquadrato in un'ottica longitudinale di vulnerabilità di sviluppo.

Bibliografia

- Abidin RR. *The Parenting Stress Index –PSI*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, 1995.
- Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
- Achenbach TM, Dumenci L. Advances in empirically based assessment: revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, and Fischer (2001). *J Consult Clin Psychol* 2001;69(4):699-702.
- Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. Firenze: Hogrefe Editore; 2015.
- Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Clark R, et al. Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(10):1132-40.
- Camuffo M, Cerutti R, Lucarelli L, et al. *Child Depression Inventory – CDI*. Firenze: Giunti Ed.; 1988.
- Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, et al. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2013;4.
- Coddington RD. *Coddington Life Events Scales*. Cognitive Center Ed.: Cardiff, GB; 1997.
- Conners CK, Wells KC, Parker JD, et al. A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *J Abnorm Child Psychol* 1997;25(6):487-97.
- Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, et al. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depress Anxiety* 2013;30(10):955-64.
- Erickson MF, Egeland B. Child neglect. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid TA (Ed.). *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002. p. 3-20.
- Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA. *Child Sexual Behavior Inventory- CSBI: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons*. *Child Maltreat* 2001;6(1):37-49.
- Gaudin JM. Jr., & U.S. Department of Health and Human Services. *Child neglect: A guide for intervention*. Washington DC; U.S. Department of Health and Human Services;1993.
- Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Front Hum Neurosci* 2012;6:52.
- Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* 2010;167(6):640-7.
- Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, et al. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009;10(6):434-45.
- March JS, Sullivan, Parker JDA. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity. *J Am Acad Child Psy* 1997;36(4):554-65.
- Montalvo-Ortiz JL, Gelernter J, Hudziak J, et al. RDoC and translational perspectives on the genetics of trauma-related psychiatric disorders. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2016;171B(1):81-91.
- Perry BD. Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind* 2002;3(1):79-100.

- Poznanski EO, Cook SC, Carroll BJ. A depression rating scale for children. *Pediatrics* 1979;64(4):442-50.
- Shackman JE, Pollak S. Impact of physical maltreatment on the regulation of negative affect and aggression. *Dev Psychopathol* 2014;26(4 Pt 1):1021-33.
- Weiss DS, Marmar CR. “The Impact of Event Scale – Revised” IES-R. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399–41.

ABUSO SESSUALE SUL MINORE

Alessandra Kustermann

*Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*

Si parla di abuso sessuale quando un minore è coinvolto in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e/o per le quali non può dare il proprio consenso. L'abuso sessuale verso i minori include quindi uno spettro di attività che va dallo stupro a diverse tipologie di atti sessuali, compresi toccamenti genitali, fellatio, richiesta di masturbazione. La valutazione medica di un minore vittima di un sospetto abuso sessuale rappresenta solo un aspetto, molto spesso non dirimente, di un'approfondita valutazione che ne comprende altri, psicologici e sociali.

Una diagnosi di abuso sessuale basata unicamente su segni fisici o su reperti laboratoristici è raramente possibile. I segni anali e/o genitali devono essere interpretati alla luce della storia, dell'età e della diagnosi differenziale. I segni diagnostici per trauma o contatto sessuale sono pochi.

Per tali ragioni, la diagnosi in questi casi è multidisciplinare e richiede un approccio clinico integrato con le seguenti figure professionali: ginecologa/o; pediatra; chirurgo pediatra; infermiera/e; medico legale; assistente sociale; psicologa e se necessario un neuropsichiatra infantile.

La visita ginecologica va presa in considerazione nei seguenti casi: 1) un minore o un adulto di riferimento racconta una storia di abuso sessuale; 2) si riscontrano a una visita pediatrica lesioni che possano essere correlate con un sospetto abuso sessuale; 3) si diagnostica una malattia sessualmente trasmissibile in un soggetto pre-pubere; 4) in caso di diagnosi di maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico o trascuratezza grave; 5) in presenza di un disturbo comportamentale con una storia di sospetto abuso sessuale; 6) il soggetto è fratello o sorella di una vittima dichiarata di abuso sessuale.

Gli obiettivi della valutazione clinica, da eseguire nel minor tempo possibile rispetto all'episodio (entro al massimo una settimana dati i tempi rapidi di riparazione delle mucose ano-genitali), sono quelli di individuare quadri clinici, lesioni genitali e extra genitali di natura traumatica o infettiva che necessitino o meno di trattamento, di raccogliere reperti di interesse medico/legale e di rassicurare, quando possibile, il minore sul suo stato di salute fisica. Tale aspetto, insieme ad una adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, è importante al fine di contribuire al percorso di recupero della vittima.

Durante la visita è opportuno non porre mai domande dirette sul fatto, ma raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del minore riportando fedelmente le sue parole. Anche nel caso sia l'adulto di riferimento a riportare il racconto del minore, è opportuno farsi ripetere con esattezza la terminologia utilizzata. È bene evitare sempre che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del minore e sollecitare l'adulto di riferimento a non fare da quel momento domande dirette. Le indagini sulla veridicità del racconto competono alla magistratura, non ai sanitari e il sospetto di abuso sessuale su un minore è sempre procedibile d'ufficio. La visita al bambino può essere effettuata solo con il consenso di chi ne ha la tutela, eccetto se vi siano motivi sanitari urgenti o, alternativamente, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

La visita medica, prevalentemente caratterizzata da una ispezione dettagliata della regione genito-ale, non è di per sé traumatica per il minore, se effettuata in un contesto e con modalità rispettose. È importante offrire al minore spiegazioni sulla modalità dell'accertamento e ottenerne

il consenso senza mai utilizzare forza, coercizione o inganno, rinviando eventualmente la visita se il bambino si oppone.

L'esame fisico deve essere preceduto dall'anamnesi (con particolare attenzione ai precedenti che riguardano non solo i traumi o gli interventi chirurgici in area genitale, ma anche la presenza di infezioni o infiammazioni locali, l'igiene ano-genitale, la presenza di enuresi, encopresi, le caratteristiche dell'alvo) e consiste sempre in un esame generale e in un esame genito- anale. L'esame obiettivo generale registrerà eventuali segni di lesività esogena traumatico contusiva, o da energia termica, nonché le cicatrici. Di ogni lesione tegumentaria si dovrà segnalare la sede, il colore, la forma, le dimensioni e le caratteristiche dei margini e, possibilmente, le stesse dovranno essere documentate fotograficamente. Aiutano nell'inquadramento del problema diagnostico differenziale: il modo in cui il genitore gestisce l'accaduto, il tempo intercorso tra evento lesivo e visita medica, l'atteggiamento del bambino durante la visita, il ruolo e il comportamento dei genitori durante la visita. Nella visita ginecologica si devono esaminare: l'area genitale-perigenitale (grandi e piccole labbra, clitoride e/o prepuzio), il vestibolo (uretra, area periuretrale), l'imene, l'ostio imenale (vagina distale), la fossa navicolare, la forchetta posteriore, l'area anale e perianale. Utile l'uso del colposcopio, che permette di ingrandire l'area anatomica osservata, di effettuare misurazioni (con il reticolo oculare) e di registrare ciò che si vede (foto, video colposcopia). La posizione della bambina durante la visita (supina, in decubito dorsale, a rana *frog-leg*, litotomica o prona *knee-chest*) e la tecnica usata per l'ispezione (separazione e/o trazione delle grandi labbra) vanno sempre indicate perché la morfologia delle strutture vulvari cambia a seconda di esse. L'anatomia genitale normale è inoltre influenzata dalle fasi di sviluppo del soggetto esaminato. In particolare varia la morfologia imenale, in concomitanza con il declino estrogenico nel primo anno di vita e alla maturazione puberale in seguito. Sono varianti anatomiche normali l'imene puntiforme, a risvolto di manica, cribroso, semilunare, settato, fimbriato, anulare, a tasca.

Conclusioni

In conclusione i reperti diagnostici di certezza di abuso sessuale sono rari. L'esame genitale è normale in più del 50% dei bambini osservati per sospetto abuso sessuale. L'assenza di segni fisici, quindi, non esclude né conferma una diagnosi di abuso. Meno del 10% dei bambini abusati presenta lesioni caratteristiche e più del 90% delle bambine tra i 3 e gli 8 anni che descrivono penetrazioni vaginali non presentano segni di lesioni genitali.

In sintesi sono da rilevare i seguenti aspetti:

- nella letteratura internazionale è riportato che più del 90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presentano reperti genitali e o anali normali o non specifici;
- un esame genitale normale e corrispondente all'età non esclude la possibilità di un abuso sessuale unico o ripetuto, recente o remoto;
- reperti diagnostici di abuso sessuale sono rari;
- meno del 10% dei bambini abusati presenta lesioni caratteristiche.

Per essere corretta la valutazione di un abuso sessuale deve essere effettuata da un gruppo pluridisciplinare in considerazione del fatto che, è bene ricordare, l'assenza di segni fisici non esclude né conferma una diagnosi di abuso.

L'ESPERIENZA DEL CENTRO DI ACCOGLIENZA PER I MINORI VITTIME DI ABUSO DELL'OSPEDALE "G. GASLINI"

Emanuela Piccotti, Carla Debbia, Maria D'Apruzzo

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Giannina Gaslini", Genova

Le esperienze italiane relative alla presa in carico sistematica del minore vittima di violenza, da parte delle strutture sanitarie, sono ancora relativamente scarse e disomogenee; tuttavia, si sottolinea l'importanza, in questo ambito, dei servizi di Pronto Soccorso sia pediatrico che generalista, dove il ruolo dell'operatore dell'Urgenza diventa centrale nella identificazione dei casi e assume una valenza peculiare soprattutto in relazione a:

- rilievo e identificazione dei segni e delle manifestazioni cliniche obiettivabili;
- diagnosi differenziale tra segni e manifestazioni cliniche a etiologia traumatica e/o patologica;
- diagnosi differenziale tra lesione traumatica accidentale e non accidentale;
- supporto clinico per la valutazione dell'ipotesi di reato e della perseguibilità di ufficio.

Oltre alla letteratura internazionale, specie anglosassone, che propone modelli organizzativi di riferimento, abbiamo a disposizione, nel nostro Paese, le indicazioni dei requisiti minimi essenziali sul piano organizzativo pubblicati da Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e Abuso all'Infanzia (CISMAI) (Palazzi *et al.*, 2005). Tali indicazioni ribadiscono alcune condizioni di carattere tecnico-professionale che vengono ritenute essenziali per garantire un servizio efficace nel contrasto e nel recupero di situazioni di maltrattamento/abuso per le diverse fasi di rilevazione, protezione, valutazione e trattamento.

Nelle "Linee di indirizzo in materia di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale a danno dei minori" (Regione Liguria, 2013) viene indicata la composizione dell'équipe multi specialistica di riferimento e sottolineata la necessità di una forte integrazione sul piano della interazione inter istituzionale basata sull'esistenza di protocolli di intesa opportunamente condivisi.

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) dell'Istituto "G. Gaslini" rappresenta il punto di riferimento pediatrico, in tema di urgenza, per il sistema sanitario regionale ligure (*Hub*) e riveste un ruolo centrale per la *Child Protection*, sia in ambito metropolitano che regionale/sovra-regionale.

Dal 2010 il DEA dell'Istituto coordina un Gruppo di lavoro multi professionale interno (sanitario e psicosociale) che ha avviato un'attività integrata con tutte le strutture dell'Istituto al fine di favorire l'intervento "coordinato" sanitario (diagnostico-terapeutico) e psicosociale su tutti i casi individuati.

Tale attività viene effettuata attraverso la applicazione di una procedura redatta dal gruppo di lavoro e condivisa a livello aziendale. Il gruppo di lavoro, con i suoi professionisti, costituisce inoltre l'interfaccia sanitaria con i Servizi Sociali territoriali, la Magistratura e le Forze dell'Ordine, operando sinergicamente anche per l'invio di tutta la documentazione utile alla migliore gestione dei singoli casi.

Le funzioni del gruppo sono:

- consultiva e di collaborazione per la presa in carico del paziente e la stesura del piano di cura utilizzando le Unità Operative (UO) e i Servizi diagnostici specialistici di II e III livello disponibili in ospedale per le indagini di approfondimento;
- raccordo con le agenzie territoriali sociali e giudiziarie e la Pediatria di famiglia secondo un “modello di rete”;
- presa in carico con follow-up ambulatoriale al momento della dimissione nei casi previsti
- informazione e formazione del personale sanitario;
- raccolta dati e ricerca.

Il percorso di presa in carico del paziente in Pronto Soccorso si articola in vari momenti a partire dal triage infermieristico.

Obiettivi del *trriage* infermieristico

Gli obiettivi del *trriage* infermieristico vanno dall'accoglienza e presa in carico del minore di cui vi sia un sospetto e/o dichiarato abuso/maltrattamento sino all'accompagnamento ai servizi socio-territoriali. In particolare il triage è finalizzato a:

- stabilire una relazione positiva con il/la paziente ed eseguire una prima valutazione dello stato di salute al fine di assegnare il codice di priorità alla visita medica secondo le regole previste;
- garantire riservatezza e trasmettere accoglienza, fiducia e protezione con una comunicazione empatica, eseguendo il triage in uno spazio idoneo e la presenza di un accompagnatore di fiducia (nel caso l'accompagnatore sia il possibile maltrattante o colluso con il maltrattante/abusante il minore dovrà essere visitato da solo e anche l'accompagnatore sarà oggetto di osservazione);
- porre attenzione agli indici di violenza sospetta anche controllando eventuali precedenti accessi del/della paziente in Pronto Soccorso;
- ricercare soltanto le informazioni strettamente necessarie all'assegnazione del codice di priorità, raccogliendo eventuali dichiarazioni, solo se rese spontaneamente, e confrontarsi con il medico che eseguirà la visita.

Obiettivi della visita medica

Una volta avviata la presa in carico del minore si procederà alla visita medica per la quale è opportuna la presenza di due operatori sanitari.

Si consiglia di effettuare visita completa in ambiente protetto alla presenza di un adulto (se presente) di cui il minore si fida. Nel caso si sospetti che l'accompagnatore sia il maltrattante bisogna contattare tempestivamente il magistrato reperibile della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e procedere negli accertamenti ritenuti necessari.

Si ritiene opportuno riportare in sintesi gli scopi della visita medica che sono quelli di:

- rilevare gli indici di sospetto anamnestici, comportamentali, fisici;
- descrivere dettagliatamente le eventuali lesioni/ acquisire documentazione fotografica;
- effettuare le indagini diagnostiche relative al caso/ raccogliere il materiale biologico previsto (anche a scopo forense);
- compilare con accuratezza e completezza il verbale di dimissione.

Una volta effettuati tali accertamenti, il medico provvederà a richiedere il supporto dello psicologo e dell'assistente sociale che completeranno l'indagine anamnestica.

Obiettivi dell'intervento dello psicologo/assistente sociale

L'intervento dello psicologo e/o dell'assistente sociale sono importanti al fine di:

- dedicare uno spazio protetto di ascolto e supporto, favorendo un clima di fiducia e sicurezza e valorizzando l'espressione di pensieri ed emozioni;
- completare l'anamnesi, eseguire la valutazione dello stato psicologico e stimare il rischio attuale legato alla situazione di violenza;
- individuare la presenza di altri minori, coinvolti nella situazione di violenza e verificare il grado di rischio connesso alla violenza stessa;
- impostare con il/la paziente e la sua famiglia (se possibile) il successivo percorso (segnalazione alla Procura Minori, invio/segnalazione ai Centri Antiviolenza o ai Servizi Sociali Territoriali, attivazione di altre realtà della rete territoriale, ecc.);
- audire, in tempi brevi, il/la minore da parte dell'organismo competente.

Ovviamente vi dovrà essere video/audio registrazione e possibilmente, quando necessario, con la presenza in ospedale dello psicologo infantile. È noto che nell'immediatezza, le dichiarazioni sono sempre più genuine, anche in virtù dello stato d'animo della vittima stessa.

La disponibilità di percorsi concordati con l'autorità giudiziaria/servizi sociali territoriali (direttamente o attraverso l'intervento della Direzione Sanitaria o Servizio di Medicina Legale dell'ospedale) permette, nei casi previsti, una più rapida ed efficace gestione di alcuni specifici aspetti rappresentando un valore aggiunto significativo.

Nell'ambito della presa in carico e del follow-up dei pazienti, sia in dimissione da Pronto Soccorso che dopo ricovero, riteniamo importante la presenza di un ambulatorio dedicato. Nella nostra esperienza l'ambulatorio si inserisce anche nel modello di "rete" come punto di contatto tra ospedale e territorio facilitando sia un accesso alternativo al Pronto Soccorso, sia la presa in carico graduale dei pazienti, "in uscita" da parte dei servizi territoriali.

Le figure professionali presenti durante l'attività ambulatoriale sono la pediatra e la psicologa appartenenti al gruppo di lavoro multidisciplinare: in casi selezionati intervengono assistente sociale, ginecologo, chirurgo pediatra. La gestione dei casi viene discussa e condivisa preliminarmente attraverso un lavoro di revisione dei verbali di Pronto Soccorso/relazioni di ricovero e spesso viene ricercato il contributo del pediatra di famiglia o del pediatra di comunità al fine di raccogliere il maggior numero di informazioni possibili sul bambino e la sua famiglia anche atte a garantire il supporto nell'ambiente domiciliare.

In casi selezionati viene avviato un trattamento psicoterapico.

L'esperienza organizzativa avviata presso il nostro Istituto è da contestualizzarsi nell'ambito della politica regionale ligure.

Nel novembre 2013 sono state, infatti, approvate dalla Giunta Regionale le "Linee di indirizzo in materia di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale a danno dei minori" che superano il precedente documento regionale (Legge Regionale, 2013) e introducono, come elemento innovativo, un deciso rafforzamento del collegamento tra la rete dei servizi territoriali e la rete ospedaliera.

Tali linee di indirizzo costituiscono una importante cornice di riferimento per i Servizi, gli Enti e i diversi soggetti a vario titolo coinvolti nella tematica, compresi Magistratura e Forze dell'Ordine.

Esse evidenziano che il lavoro concernente il maltrattamento/abuso sul minore esige il massimo livello di integrazione tra i professionisti, tra i Servizi e tra quest'ultimi ed Enti/Agenzie e sottolineano l'importanza di dotarsi di strumenti operativi condivisi (es. protocolli/ procedure) e di predisporre opportune azioni di sensibilizzazione, formazione nonché strategie di prevenzione. Nel rispetto degli assetti locali le linee di indirizzo propongono un modello di intervento uniforme in ambito regionale in cui vengono individuati due livelli:

- *locale* con la costituzione di gruppi di coordinamento/intervento per l'attuazione delle linee di indirizzo (Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie/Aziende sanitarie ed Enti Locali);
- *regionale* con la formalizzazione di un gruppo di coordinamento con il compito di promuovere azioni di programmazione, prevenzione, formazione e monitoraggio della applicazione delle linee di indirizzo.

Riportiamo infine alcuni dati del DEA del "G. Gaslini" degli ultimi 5 anni (2011-2015) che derivano in parte dalla rilevazione informatica in parte da archivio cartaceo ad essa precedente (Tabella 1).

Tabella 1. Percentuale di abusi e maltrattamento di minori rilevati al Dipartimento Emergenza Accettazione del "G. Gaslini" - anni 2011-2015 (110 maschi 42,5%, 149 femmine 57,5%)

Tipologia di abuso	%
Maltrattamento fisico	43,8
Abuso	28,6
Patologia delle cure, pluri accessi e trascuratezza	16,7
Violenza assistita	08,8
Maltrattamento psicologico	01,0

La qualità dei dati potrà migliorare ed essere resa più omogenea in futuro per effetto di interventi di messa a punto tuttora in corso presso il nostro sistema informatico. La percentuale di 0,14% per abusi e violenze sul totale degli accessi risulta essere accettabile rispetto alla media nazionale dei casi intercettati presso i servizi di Pronto Soccorso ma ancora largamente inferiore se ci riferiamo alla percentuale indicata dagli ultimi lavori anche italiani di rilevamento dati.

Modello di lavoro del centro di accoglienza per i minori di vittime di abuso

All'interno del DEA dell'Ospedale, nel 2012 è nato l'ambulatorio multidisciplinare dedicato al paziente fragile denominato "La casa sull'albero". L'ambulatorio è nato sia per svolgere l'attività di follow-up di pazienti con fattori di rischio, ma gestibili in sicurezza con percorso ambulatoriale, provenienti da Pronto Soccorso o da altri settori dell'ospedale; per il follow-up di pazienti dimessi da ricovero; per la valutazione di pazienti segnalati da agenzie esterne.

Obiettivo dell'ambulatorio composto da due pediatri formati *ad hoc* e da un'infermiera pediatrica con esperienza di diagnosi nel maltrattamento e abuso del minore – in molti casi viene garantita anche la presenza di un assistente sociale, una psicologa, ed eventualmente ginecologo

e chirurgo – è, dunque, il completamento e follow-up della valutazione sanitaria. L'attività dell'ambulatorio che all'esterno si avvale di una rete integrata di servizi che vede al centro l'Ospedale "G. Gaslini" coordinato con i pediatri di famiglia, i servizi sociali e sanitari territoriali e gli organi giurisdizionali per la tutela del minore si propone quale modello di accoglienza per migliorare l'individuazione dei casi e la presa in carico del minore vittima di abuso.

È importante ricordare che il modello si avvale del lavoro del gruppo interdisciplinare che elabora la procedura operativa per i casi di maltrattamento/abuso certo/sospetto in Pronto Soccorso; predispose una scheda per la raccolta dati a sostegno della segnalazione dal Pronto Soccorso (a partire dal Triage); avvia l'attività ambulatoriale dedicata (ambulatorio per il paziente fragile); formulare e svolgere un corso di formazione specifico per il personale dell'Ospedale.

Il modello frutto dell'esperienza maturata nel corso degli anni attraverso le attività dell'ambulatorio è, quindi, incentrato sulle seguenti fasi:

- accoglienza e valutazione del paziente al triage;
- valutazione medica/chirurgica congiunta e stesura del piano diagnostico;
- presa in carico del paziente e della famiglia attraverso colloquio congiunto psicosociale (in urgenza o differito);
- ricovero, Osservazione Breve Intensiva -OBI o dimissione con appuntamento presso ambulatorio "dedicato", dopo valutazione collegiale;
- attivazione della direzione sanitaria;
- attivazione delle autorità competenti della rete territoriale (direttamente, attraverso Assistente Sociale, o tramite Direzione Sanitaria).

Tali fasi di cui sopra rappresentano il percorso logico-procedurale che il paziente minore seguirà dal momento della sua presa in carico da parte dell'Ospedale e dei servizi connessi.

Bibliografia

- Regione Liguria. *Delibera Regionale n. 1502 del 29/11/2013. Approvazione delle Linee di indirizzo in materia di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale a danno dei minori*. Genova: Regione Liguria, Giunta Regionale; 2013.
- Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T, IChilMa (Italian Child Maltreatment study group). Observational study of suspected maltreatment in Italian paediatric emergency departments. *Arch Dis Child* 2005;90(4):406-10.

MINORE VITTIMA DI REATO: PERSONALE SANITARIO E OBBLIGO DI SEGNALAZIONE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

Lucia Fontana

Magistrato Tribunale di Sorveglianza di Trapani, Trapani

In uno scenario di moderna e doverosa collaborazione tra tutte le articolazioni della amministrazione pubblica per limitare e, ove possibile, prevenire forme di violenza ai danni di soggetti deboli (come i bambini, o come le vittime di violenza di genere), si diffondono e si sperimentano percorsi differenziati di segnalazione e presa in carico (sanitario, sociale, giudiziario) delle vicende ascrivibili a tali fenomeni. Emblematiche sono le esperienze di “codice rosa”. Accanto a questi percorsi, non può dimenticarsi che sul professionista sanitario incombono doveri di segnalazione all'autorità giudiziaria di fatti costituenti reato.

Le norme che sanzionano penalmente la mancata osservanza di questi doveri sono, essenzialmente, gli articoli 361 e 362 del Codice Penale (c.p.) (omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale e da parte di un incaricato di pubblico servizio)¹ e l'art. 365 c.p.² (omissione di referto).

Non è dunque superato o obsoleto un riepilogo di quelli che sono gli obblighi di segnalazione che gravano sul personale sanitario che si imbatte, nello svolgimento della propria attività, in una vicenda di rilievo penale.

L'analisi verrà focalizzata sull'obbligo di denuncia che grava sul pubblico ufficiale (art. 361 c.p.) e sull'obbligo di referto (art. 365 c.p.) dell'esercente una professione sanitaria, non inserendo una comparazione diretta anche il reato previsto dall'art. 362 c.p., al fine di evitare una frammentazione espositiva (inevitabile date le differenziazioni della condotta che punisce l'incaricato di pubblico servizio indicata all'art. 362 c.p. rispetto a quella riguardante il pubblico ufficiale secondo il dettato dell'art. 362 c.p.), che nuoce alla efficacia della comunicazione.

I due reati – entrambi reati c.d. “propri” (ossia che possono essere commessi solo da chi rivesta la specifica qualità indicata dalla norma, nonché reati di pericolo (che sussistono per il fatto che

¹ *Art. 361 Codice penale - Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale.* Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria, o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

Art. 362 Codice penale - Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio. L'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare all'autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa fino a euro 103. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa, né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico.

² *Art. 365 Codice penale - Omissione di referto.* Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'autorità indicata nell'articolo 361 è punito con la multa fino a euro 516. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

è stato omesso il dovere imposto, a prescindere dagli effetti che possono essere conseguiti alla omissione) – differiscono sotto vari profili, dal punto di vista del:

- *Soggetto attivo del reato* (l'autore)
 - Pubblico ufficiale nel reato di omissione di denuncia (art. 361 c.p.); soggetto esercente la professione sanitaria per il reato di omissione di referto (art. 365 c.p.)³;
- *Grado di conoscenza del reato che fa sorgere l'obbligo*
 - L'art. 361 c.p. fa riferimento al caso in cui il pubblico ufficiale omette o ritarda di denunciare un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio delle sue funzioni. Dunque l'obbligo scatta a fronte di una "notizia di reato" concetto che ha una sua valenza tecnico-giuridica e che sussiste quanto la situazione sottoposta all'attenzione del pubblico ufficiale abbia tutti gli elementi essenziali di un fatto criminoso.
 - L'art. 365 c.p. invece correla l'obbligo di referto a tutti i casi che "possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio"; letteralmente l'utilizzo della espressione "possono presentare" indica che l'obbligo di referto sorge ogni qualvolta il sanitario sia venuto a conoscenza di un caso che ha caratteri tali da rendere semplicemente possibile (e non certa, e non probabile) una matrice delittuosa;
- *Ampiezza oggettiva dell'obbligo*
 - Devono essere denunciati ai sensi dell'art. 361 c.p. i reati, mentre il referto si impone a norma dell'art. 365 c.p. per i delitti perseguibili di ufficio;
- *Forma della segnalazione*
 - La denuncia deve essere compiuta per iscritto e senza ritardo, il referto entro 48 ore o "se vi è pericolo nel ritardo" immediatamente al p.m. o a qualsiasi ufficiale di Polizia Giudiziaria –PG del luogo in cui il sanitario ha prestato la propria opera⁴;

³ La nozione di professione sanitaria si ricava dall'art. 99 del Testo unico delle leggi sanitarie (Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265), ampliato nei termini derivati dall'entrata in vigore del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

⁴ *Art. 331 - Codice di Procedura penale - Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio.* 1. Salvo quanto stabilito dall'articolo 347, i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto. 4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero.

Art. 332 Codice di Procedura penale - Contenuto della denuncia. 1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.

Art. 334 Codice di Procedura penale - Referto. 1. Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. 2. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. 3. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

- *Obbligo di referto (e non l'obbligo di denuncia che incontra il limite indicato nell'art. 365 comma 2 c.p.).*

Chi esercita una professione sanitaria non è tenuto al referto quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale (in concreto quando la persona curata è la vittima di un delitto che si ipotizza esistente, il referto può essere omesso quando il professionista può ritenere che la persona assistita vi abbia preso parte, ovvero che il delitto ipotizzato sia connesso ad un altro di cui la persona assistita sia l'autore). La ragione di questa regola va ricercata nella prevalenza della tutela della salute sull'interesse pubblico alla efficiente amministrazione della giustizia. Si è inteso evitare che una persona, ferita a causa del coinvolgimento in una attività delittuosa, rinunci a farsi curare per il timore di incorrere nella segnalazione da parte del professionista sanitario.

E allora? Quale norma deve tenere presente il medico del Pronto Soccorso o il medico di reparto al quale viene inviato per accertamenti un paziente ove ritenga di intervenire in una situazione cagionata da un reato? Quale il medico di medicina generale che visita un assistito e colga segni di vittimizzazione criminosa?

Il problema è concreto e non meramente teorico, dato che tutti i medici che sono dipendenti pubblici e i medici che operano in strutture convenzionate con il sistema sanitario nazionale sono pubblici ufficiali. Dunque si trovano tanto nella veste di pubblici ufficiali (tenuti all'obbligo di denuncia ai sensi dell'art. 361 c.p.), sia di esercenti una professione sanitaria (tenuti all'obbligo di referto).

Nel panorama composito di opinioni dottrinali sul punto, è di interesse una pronuncia della Cassazione (sentenza sezione VI, 29 ottobre 2013, n. 51780) che ha preso posizione sul rapporto tra obbligo di denuncia e obbligo di referto gravante sul professionista sanitario operante in veste di dipendente pubblico.

Nel caso sottoposto al giudizio sia il Tribunale in primo grado che la Corte di appello avevano ritenuto che i medici imputati dovessero essere condannati per il delitto di omissione di referto e non anche per il delitto di omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale che era stato contestato dal pubblico ministero (ritenendo "assorbita" la contestazione di omissione di denuncia nella contestazione di omissione di referto). La Cassazione ha ritenuto che *il delitto di omissione di referto sia speciale per il professionista sanitario* (e quindi giuridicamente prevalente), rispetto al delitto di omissione di denuncia del pubblico ufficiale. E, nel dire ciò, la Corte di cassazione ha sottolineato come l'art. 365 c.p. imponga all'esercente la professione sanitaria un maggior rigore rispetto a quello richiesto, in termini generali, ai pubblici ufficiali in materia di segnalazione all'autorità giudiziaria di fatti di rilievo penale.

Da tale scelta interpretativa deriva che *chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria, presti la propria attività in un caso in cui sia possibile* (e dunque non è richiesta né la certezza, né la probabilità, ma la mera possibilità) *ipotizzare la commissione di un delitto perseguibile di ufficio è tenuto a presentare referto entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al p.m. o a qualsiasi ufficiale di p.g.*

È utile allora ricordare che vi è un ampio catalogo di delitti perseguibili di ufficio che colpiscono vittime minori. Così il delitto di *maltrattamenti in famiglia* (art. 572 c.p. che può giungere all'attenzione del sanitario che è chiamato a curare gli esiti di violenza fisica); il delitto di *lesioni* (volontarie) dalle quali deriva una malattia di durata superiore ai venti giorni ovvero di lesioni definibili gravi o gravissime (art. 583 comma 1 e comma 2 c.p. ovvero di lesioni commessi col mezzo di sostanze venefiche o con altri mezzi insidiosi ovvero con premeditazione (art. 577 c.p.), oltre che – ovviamente – il delitto di *omicidio* (volontario art. 575 c.p.; colposo art. 589 c.p.). È perseguibile di ufficio – salvo che nella ipotesi di reato commesso all'estero ove è necessaria la richiesta del ministro della giustizia – il reato di *pratiche di mutilazione degli organi*

genitali femminili (art. 583 bis c.p.); anche il reato di *abbandono di persone minori o incapaci* (art. 591 c.p.)⁵ è perseguibile d'ufficio.

Inoltre, costituisce reato perseguibile d'ufficio anche il delitto di *lesioni colpose derivante da violazione delle norme di protezione degli ambienti sul lavoro ovvero che abbiano cagionato una malattia professionale* (art. 590 c.p.; il riferimento nella pratica difficilmente riguarderà vittime minori, ma si tratta di una ipotesi statisticamente frequente di configurabilità di obbligo di referto per il sanitario).

Sono delitti perseguibili di ufficio l'*infanticidio* (art. 578 c.p.), l'*omicidio del consenziente* (art. 578 c.p.), l'*istigazione* o l'*aiuto al suicidio* (580 c.p.), la morte o le *lesioni* come conseguenza di altro delitto (art. 586 c.p.), ma anche la *rissa* (588 c.p.)

La legge 22 maggio 1978, n. 194 configura reati perseguibili di ufficio per chiunque cagioni l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità di legge o senza l'accertamento medico previsto per le interruzioni successive ai primi novanta giorni di gravidanza. È importante ricordare che nessuna punizione è prevista per la donna nel caso di interruzione volontaria compiuta senza l'osservanza delle regole su donna minore degli anni diciotto. Ciò significa, per esplicitare il riferimento già compiuto in precedenza, che il professionista sanitario che presta la propria opera avvedendosi del compimento di una interruzione volontaria della gravidanza con modalità illecite su una donna minore di diciotto anni, non potrà invocare – per escludere l'obbligo di referto – il rischio si esporre la persona assistita a procedimento penale (art. 365 comma 2 c.p.).

È poi da ricordare come la legge penale italiana pone limiti di indisponibilità sessuale del proprio corpo, in relazione alla età del soggetto (art. 609 quater c.p.; non vi è ragione di dubitare che configura un delitto perseguibile di ufficio il compimento di atti sessuali (nozione più ampia della congiunzione carnale) su un soggetto che non ha compiuto i dieci anni, ovvero su un soggetto che non ha compiuto i diciotto anni ed è stato costretto – con violenza, minaccia ovvero perché in condizioni di inferiori fisica o psichica ovvero ingannato con sostituzione di persona – a compiere o subire gli atti sessuali. Sono parimenti perseguibili di ufficio i delitti di atti sessuali compiuti (anche senza che ricorrano le forme di violenza e minaccia indicate dall'art. 609 bis c.p.p.) su un soggetto che non ha compiuto i sedici anni da parte dei genitori, dei nonni, dai conviventi dei genitori ovvero da persone alle quali il minore era affidato.

Dunque un ampio catalogo di situazioni che potrebbero richiedere l'intervento professionale di un medico (sia a partire dalla richiesta di una contraccezione – sia preventiva che successiva al rapporto – per arrivare alla diagnosi e cura di patologie ovvero all'assistenza sanitaria alla gravidanza) che si trova obbligato ad esplicitare in referto la possibilità che il fatto integri un delitto perseguibile d'ufficio, se l'analisi del caso gli suggerisca tale giudizio. Analisi del caso che significa esprimere un giudizio tenendo conto del quadro clinico, ma anche degli elementi di fatto sottoposti all'attenzione del medico (dichiarazioni rese dal paziente al personale sanitario, presenza e comportamento dei soggetti che accompagnavano il paziente, ecc.).

La sentenza della Corte di cassazione già citata ha affrontato un altro tema di rilievo ossia l'estensione del potere di valutazione - in ordine alla sussistenza di un delitto perseguibile d'ufficio - del professionista sanitario. La sentenza ha affermato che il medico non deve procedere

⁵ Art. 591. *Abbandono di persone minori o incapaci* - Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore degli anni diciotto a lui affidato nel territorio dello Stato per ragioni di lavoro. La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte. Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato

al referto solo se ha la ragionevole convinzione che non sussista il reato (es. se è convinto – sulla base di elementi concreti – che la condotta aggressiva subita dal paziente non sia la causa delle lesioni riscontrate). In altre parole il medico è tenuto al referto in ogni caso in cui non sia sicura la insussistenza di un reato procedibile d’ufficio.

Si è sottolineato come il referto assolve ad una funzione anche più importante di quella della generica denuncia del pubblico ufficiale (art. 361 c.p.), perché fornisce “elementi tecnici di giudizio a pochissima distanza dalla commissione del reato, assumendo così un valore insostituibile ai fini dell’indagine e dell’eventuale successiva redazione di una perizia medico-legale”. Insomma l’obbligo di referto è funzionale al rispetto dell’obbligo di esercizio dell’azione penale previsto dall’art. 112 della Costituzione. In questa prospettiva il rischio di una moltiplicazione di refertazione (praticata manifestando un atteggiamento difensivo del sanitario rispetto al rischio di essere chiamato a rispondere del reato previsto dall’art. 365 c.p.) non è argomento utile – secondo la decisione della Cassazione in esame – per limitare l’estensione dell’obbligo stesso.

Merita, infine, di essere comunque ricordato come l’omissione di referto e l’omissione di denuncia da parte del pubblico ufficiale siano delitti dolosi, che richiedono dunque la coscienza e volontà di omettere o ritardare la denuncia o il referto in presenza delle situazioni di fatto descritte nelle norme. Così se, anche per effetto di dichiarazioni reticenti o menzognere dell’assistito (ovvero degli adulti che accompagnano il paziente minore), il sanitario abbia potuto rappresentarsi solo parzialmente ovvero in termini imprecisi la situazione nella quale l’assistito abbia riportato, ad esempio, la lesione, risulterà carente la rappresentazione necessaria per la sussistenza del dolo del reato.

Bibliografia

- Lamanuzzi M. Omissione di referto - Presupposti di fatto - Discrezionalità del sanitario - Elemento soggettivo - Irrilevanza del rischio di inutili refertazioni (nota a Cass. pen., Sez. VI, 29 ottobre 2013, n. 51780). *Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in campo sanitario* 2014;2:678-89.
- Marchese V, Rodriguez D, Aprile A. Referto del professionista sanitario: spunti di riflessione vecchi e nuovi in una sentenza della Corte di Cassazione. *Rivista Italiana di Medicina legale* 2015;2:826-4.
- Piras P. Pillole contraccettive prescritte alle dodicenni: profili penali. *Diritto penale contemporaneo* 12 marzo 2015; 11 pag. Disponibile all’indirizzo: <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/1425945833Paolo%20Piras.pdf>; ultima consultazione 16/03/20.

ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO DEL MINORE STRANIERO RICHIEDENTE ASILO NON ACCOMPAGNATO: L'ESPERIENZA DEL PRONTO SOCCORSO DELL'ENTE OSPEDALIERO OSPEDALI GALLIERA DI GENOVA

Edith Ferrari Tumay, Luisa Marchini

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova

Lo straniero ci abita, comincia quando sorge la coscienza della mia differenza e finisce quando ci riconosciamo tutti stranieri, ribelli ai legami e alle comunità (Kristeva, 1990).

Il lavoro con i minori non accompagnati rifugiati e richiedenti asilo necessita di un intervento interdisciplinare, che vede coinvolti infermieri, medici, psicologi, mediatori culturali e associazioni di accoglienza per i richiedenti asilo.

Il riferimento concettuale che orienta la nostra attività clinica è la psicoanalisi, di conseguenza, il concetto di Urgenza Psicologica di cui ci parla Lacan, sottintende un'improvvisa caduta dell'equilibrio psicologico ed emotivo dovuto ad un evento traumatico esterno (fuga dalla guerra, persecuzioni, ecc.), che richiede l'immediata attivazione di nuove strategie per la sopravvivenza psichica.

In quest'ottica il nostro intervento cerca di evitare, attraverso l'ascolto tempestivo, disturbi post traumatici da stress e ha come obiettivo la prevenzione di eventuali traumi futuri.

Ogni naufrago è accolto nella logica dell'"uno per uno", nel senso che ciascuno è unico, unico nella sua singolarità e nella sua particolarità.

Al Pronto Soccorso offriamo al minore rifugiato politico/richiedente asilo, uno spazio fisico e mentale rassicurante, che prevede nell'iter diagnostico-terapeutico il colloquio e l'intervento dello psicologo ad orientamento psicoanalitico. Il Pronto Soccorso, riveste una posizione privilegiata nel fare emergere il dire soggettivo.

In questo modo l'ascolto analiticamente orientato è indispensabile per dare un posto al vissuto psicologico del paziente ed è un momento preliminare all'accoglienza del migrante.

L'esperienza clinica (ci) insegna che l'attenuazione dei sintomi, come effetto sorprendente della cura, non può essere considerata una guarigione ma un primo passo verso il processo curativo.

Analisi del fenomeno

L'ente ospedaliero Ospedali Galliera di Genova si occupa dell'accoglienza e della cura della domanda dei soggetti minorenni in condizioni di richiedenti asilo e/o rifugiato politico, che abbiano almeno 14 anni.

Il programma di screening sanitario viene effettuato in Pronto Soccorso previo accordi con le strutture di accoglienza per i migranti richiedenti asilo che hanno ravvisato nei propri utenti segni di disagio psicologico, sofferenza o comportamenti anomali oppure direttamente dal Pronto Soccorso quando è in atto una emergenza fisica e/o psicologica.

In seguito all'intervento immediato rivolto agli eventuali traumi fisici e alla tutela e messa in sicurezza del minore, l'equipe del Pronto Soccorso contatta le psicologhe per il colloquio e l'eventuale presa in carico del caso.

Il fenomeno della migrazione, le cui origini e motivazioni nei diversi contesti sono state ampiamente descritte e spiegate da storici, sociologi e antropologi porta con sé l'incontro/scontro tra culture diverse.

La psicoanalisi non si occupa dell'incontro tra culture, ma dell'incontro tra soggetti ma la clinica ci insegna che non c'è soggetto che non sia stato imbevuto della propria cultura, come ha sottolineato Sigmund Freud nel testo "Il Disagio della Civiltà", scritto nel 1929, che offre spunti ancora validi. Basta pensare che il cosiddetto *nome proprio* ci è stato dato dall'Altro, prima ancora della nostra nascita, e che il nostro nome rimarrà anche dopo la nostra morte e il testimone sarà la nostra lapide (Lacan, 2010).

Il viaggio che i migranti affrontano, e di cui spesso parlano nei loro resoconti come un evento fortemente traumatico, è un punto di discontinuità, la linea di confine tra un prima e un dopo, è uno spartiacque che definisce che nulla sarà più come prima. Il viaggio cambia, tante volte in meglio, qualche volta in peggio, ma sicuramente cambia e lascia un resto. Le conseguenze del viaggio, inteso non solo come l'attraversamento tra una terra e un'altra, sono la perdita della quotidianità, degli affetti, sapori, odori, paesaggi, clima, status socioculturale, cioè di tutto ciò che fino a quel momento costituiva il proprio mondo. Nel caso specifico dei minori richiedenti asilo, la perdita dei genitori (rimasti nella terra di origine, uccisi, morti durante il viaggio, ecc.) costituisce la rottura di un legame e un trauma ulteriore. Spesso la rottura del legame genitoriale avviene in condizioni di violenza improvvisa e la risposta del minore può essere quella di allontanarsi il prima possibile, per sottrarsi lui/lei stessa dalla stessa fine. In questi casi se il minore non è vittima anche lei/lui di atti violenti, stupri o ferimenti è spesso vittima di violenza assistita di cui di sovente non potrà "parlare" se non sviluppando sintomi fisici, comportamenti autolesivi o condotte anche delinquenziali. Il nostro punto di partenza con questi pazienti sarà proprio accogliere questi passaggi all'atto o i vari sintomi come una domanda di aiuto che attende di essere ascoltata e messa al lavoro. La situazione psicologica del minore straniero vittima di abuso è una situazione particolare in quanto soffre di una serie di perdite contingenti sia reali che simboliche, si pensi solo al vuoto che si crea quando viene a mancare il passaggio da una generazione ad un'altra. Il minore è dunque doppiamente orfano perché orfano in una terra straniera e straniente.

Un altro aspetto importante da considerare è che il Paese che accoglie gli immigranti richiedente asilo, può manifestare diverse reazioni, che dipendono primariamente da come a livello immaginario viene vissuta la presenza dell'*altro*, ovvero come una minaccia o come una risorsa.

Approccio teorico e obiettivi dello spazio psicologico

La nostra clinica è orientata dall'insegnamento di Freud e Lacan, da questa ottica il fenomeno della migrazione viene riportato alla soggettività di chi decide di fare questa scelta.

La scelta varia da individuo a individuo, scartando la possibilità di rendere universale il fenomeno. Questo permette di rintracciare le diverse posizioni soggettive sulle quali s'inscrivono i diversi sintomi: ansia, stress, sindrome post traumatico da stress, insonnia, angoscia, perdita dell'appetito, difficoltà di apprendimento, difficoltà di reinserimento, crollo psicotico, ecc. Sono sintomi che denunciano una sofferenza di un soggetto nel nuovo contesto sociale.

Il trauma, provocato sia dalla migrazione sia delle circostanze in cui questa è avvenuta, genera disagio che si manifesta attraverso una serie di sintomi, al punto che potremmo parlare della

psicopatologia della migrazione. L'esilio forzato è caratterizzato da una imposizione della partenza e di una impossibilità del ritorno.

Il nostro intervento con il minore migrante prevede un primo colloquio durante l'accesso in Pronto Soccorso, dopo la visita medica in accordo con il referente della Comunità Ospitante del minore richiedente asilo e alla presenza dell'interprete linguistico. In seguito, si offre un ciclo di colloqui, in numero da quattro a otto, sempre alla presenza del facilitatore linguistico.

Freud afferma nella sua lezione che "il sintomo è dotato di senso ed è connesso all'esperienza vissuta del paziente" (Freud, 1989). Perciò è indispensabile rispettare i tempi soggettivi del paziente affinché riesca a nominare il proprio malessere. Se non si dà un nome al proprio malessere, non si riconosce il proprio sintomo come proprio, o ci si identifica ad esso, non potrà iniziare a riconoscerlo per elaborarlo e infine lasciarlo andare.

All'interno dei colloqui e rispettando i tempi soggettivi si ricostruisce il ciclo migratorio, nelle varie fasi, soffermandosi su quelle precedenti al momento della partenza dal proprio paese, l'arrivo nella nuova città, nel nostro caso Genova, il momento in cui appare il "sintomo" per consentire le elaborazioni che permetteranno al soggetto il passaggio da una domanda, che in partenza è spesso generica, anonima, decentrata, alla messa a fuoco di una domanda in cui il soggetto stesso si mette in gioco e si include.

È come consentire a questi soggetti il passaggio dall'essere un oggetto trasportato da un paese all'altro ad essere soggetto del proprio viaggio.

Il lavoro che viene richiesto al *sopravvissuto* è quello di ricostruire un'identità e un nuovo equilibrio interiore, perciò non basta considerare solo la forza dell'evento esterno ma è fondamentale leggere intimamente l'interazione tra realtà oggettiva e soggettiva.

Il sopravvissuto tende a chiedersi, a livello inconscio, i motivi per i quali proprio lui è stato risparmiato dalla morte, attivando un senso di colpa che raramente riesce a esprimere e che agisce nel corso della vita nella logica dell'espiazione, mettendosi ripetutamente in situazioni eccentriche o di pericolo.

Criticità

R. Rossi mise in risalto la difficoltà e lo sforzo che i migranti avevano fatto per affrontare ciò che si conosce come sradicamento (il suo lavoro aveva come target gli italiani del meridione che si erano spostati al nord durante il boom economico) (Rossi, 1971). Possiamo applicare questa logica ai migranti minori non accompagnati richiedenti asilo provenienti di altri Paesi.

Il viaggio, la lontananza da casa, dai propri sapori, odori, colori porta, a volte anche solo parzialmente, all'elaborazione di un lutto per tutto ciò che si è lasciato. L'immigrazione è un'esperienza traumatica e di crisi ed è perciò che possiamo parlare di lutto della migrazione.

I progetti del migrante si originano, si organizzano e si compiono ancorandosi alle aspettative, ai bisogni, alle promesse fatte, anche se a volte non dette, al gruppo di appartenenza, anche quando il paziente non ha avuto la possibilità di salutare e congedarsi dai suoi cari.

Per tal motivo è importante che durante l'intervento sui minori d'origine straniera presenti sul nostro territorio in qualità di richiedenti asilo, la psicologa tenga a mente che "non si possono misconoscere le appartenenze simboliche del soggetto".

Freud nel suo scritto "Psicologia delle masse e analisi dell'Io" afferma che "Ogni cultura è determinata da condizioni politiche, geografiche, economiche, tradizioni, pregiudizi sulle quali si basano i comportamenti accettabili o meno per quella cultura. La categorizzazione dell'essere umano in funzione dell'amore, odio, invidia, ecc. non fa parte della natura biologica ma è frutto del processo sociale" (Freud, 1989).

La clinica conferma che le caratteristiche che accomunano le vittime sono il silenzio, la vergogna, il senso di colpa. I minori fanno tanta fatica a parlare delle esperienze pregresse di violenza subite o assistite nel paese d'origine o durante il tragitto verso l'Europa. Spesso le violenze subite sono avvenute in un contesto religioso-culturale (tipo "vudù") che ha radici molto profonde e da cui si sentono condizionate anche quando arrivano in un altro contesto culturale. Il nostro ruolo comporta l'affiancare i minori per garantire loro il diritto a dire qualcosa dell'indicibilità dell'orrore vissuto facendosi orientare dalle coordinate simboliche della cultura di appartenenza di chi ci sta parlando.

Possibili soluzioni

Concludendo possiamo dire con Lacan: "Non si guarisce perché si rimemora. Ci si rimemora perché si guarisce" (Lacan, 1974).

La perdita dell'oggetto di amore che deve affrontare l'immigrato in realtà è costituita da una serie di lutti: famiglia e gruppo d'appartenenza, lingua, cultura, terra e status sociale. La lontananza e la nostalgia fanno di cassa di risonanza perché il soggetto è consapevole che la distanza geografica ostacola il ritorno. Tutta questa gamma di sentimenti, sensazioni, pensieri sono vissuti in solitudine. Quindi da una parte vi è la tristezza come conseguenza dell'allontanamento di ciò che era il proprio mondo (idealizzato dalla nostalgia), dall'altra la consapevolezza dell'impossibilità del ritorno, sia per la distanza geografica, sia per le difficoltà politico-economiche che l'hanno obbligato a partire.

Lavorare con il reale e l'orrore della violenza porta a contatto sia con la sofferenza umana sia con la crudeltà dell'uomo verso altri uomini e ciò ha degli effetti nei professionisti che se ne occupano; si va dallo sviluppo di complesse modalità difensive, all'onnipotenza alla somatizzazione. Indispensabile è dunque innanzitutto la tutela dell'operatore che può avvenire con la costante formazione, la supervisione psicologica e la discussione dei casi clinici. Sicuramente è auspicabile che i professionisti/e che desiderano lavorare in questo campo abbiamo fatto o stiano facendo un percorso personale di analisi individuale.

Pronto Soccorso e intervento psicologico con minori richiedenti asilo

L'ente ospedaliero Ospedali Galliera di Genova si occupa della presa in carico dei soggetti minorenni in condizioni di richiedenti asilo e/o rifugiato politico, che abbiano almeno 14 anni.

L'intervento è interdisciplinare e vede coinvolti infermieri, medici, psicologi, mediatori culturali e associazioni di accoglienza per i richiedenti asilo.

Il lavoro psicologico è orientato analiticamente e il concetto di Urgenza Psicologica di cui ci parla Lacan, sottintende un'improvvisa caduta dell'equilibrio psicologico ed emotivo dovuto ad un evento traumatico esterno (fuga dalla guerra, persecuzioni, ecc.), che richiede l'immediata attivazione di nuove strategie per la sopravvivenza psichica.

Indispensabile è la costante formazione, la supervisione psicologica e la discussione di casi clinici per evitare il *burn out*. Sicuramente è auspicabile che i professionisti/e che desiderano lavorare in questo campo abbiamo fatto o stiano facendo un percorso personale di analisi individuale.

Caratteristiche del minore richiedente asilo

Le caratteristiche che accomunano le vittime sono il silenzio, la vergogna, il senso di colpa. I minori fanno tanta fatica per iniziare a parlare delle esperienze pregresse di violenza subite nel paese d'origine o durante il tragitto verso l'Europa. Queste violenze includono la violenza sessuale, compiuta anche sotto minaccia del vudù.

La psicopatologia della migrazione è in relazione all'esilio forzato caratterizzato da una imposizione della partenza e di una impossibilità del ritorno.

La situazione psicologica del minore straniero vittima di abuso è una situazione particolare in quanto viene a mancare il passaggio da una generazione ad altra, sono orfani in una terra straniera.

Bibliografia

- Kristeva J. *Stranieri a se stessi*. Milano: Feltrinelli Ed; 1990.
- Freud S. Al di là del principio di piacere. In: *Opere, Vol. 9 (1917-1923)*. Torino: Boringhieri; 1989.
- Freud S. Il senso dei sintomi. In: *Opere, Vol. 8 (1915-1917)*. Torino: Boringhieri; 1989.
- Freud S. Lutto e melanconia. In: *Opere, Vol. 8 (1915-1917)*. Torino: Boringhieri; 1989.
- Freud S. Psicologia di Masse e analisi dell'Io. In: *Opere, Vol. 9 (1917-1923)*. Torino: Boringhieri; 1989.
- Freud S. Il Disagio della Civiltà. In: *Opere, Vol. 10 (1924-1929)*. Torino: Boringhieri; 1989.
- Lacan J. "La direzione della cura e i principi del suo potere". In: *Scritti, Vol II, (1957-1958)*. Torino: Einaudi; 1974.
- Lacan J. *Il Seminario. Libro III. Le Psicosi. 1955-1956*. Torino: Einaudi; 2010.
- Lacan J. *Il Seminario. Libro X. L'angoscia. 1962-1963*. Torino: Einaudi; 2007.
- Lacan J. *Il Seminario. Libro IV. La Relazione di Oggetto. 1956-1957*. Torino: Einaudi; 1996.
- Rossi R. Aspetti psicogeni nella psicopatologia della immigrazione. Osservazioni sulle depressioni di radicamento. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria* 1971;32:103-15.

PERCORSO DI PRESA IN CARICO SANITARIA E ASSISTENZIALE OSPEDALIERA PER I MINORI VITTIME DI VIOLENZA RELAZIONALE

Paolo Cremonesi

Struttura Complessa Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Ente Ospedaliero Ospedali
Galliera, Genova

Premessa

Il termine “abuso all’infanzia” indica ogni forma di violenza fisica e psicologica ai danni di un minore. Secondo la World Health Organization (Organizzazione Mondiale della Sanità), il maltrattamento è comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o assenza di azioni di cura con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore (WHO, 1999).

La struttura ospedaliera, e in particolare il Pronto Soccorso interviene nelle fasi di rilevazione, diagnosi e cura nei casi di maltrattamento, abuso e sfruttamento a danno di minori.

Nel corso degli anni abbiamo sviluppato e definito un intervento nel tempo dell’urgenza, per garantire uno spazio fisico e mentale per accogliere i pazienti vittime di violenza che si presentano al Pronto Soccorso.

In seguito all’intervento medico e infermieristico immediato rivolto agli eventuali traumi fisici, alla tutela e messa in sicurezza del minore abbiamo potuto, grazie alla presenza in Pronto Soccorso di due psicologhe, iniziare un percorso di supporto psicologico per i pazienti. Tale percorso è utile all’elaborazione del proprio vissuto, in relazione alla violenza subita e/o assistita e ad affrontare l’eventuale trauma derivato dalla situazione di abuso o maltrattamento (es: allontanamento dal nucleo familiare di uno dei genitori, collocazione in Comunità, ecc.).

Far emergere le situazioni in cui un minore subisce o è testimone di violenza ha spesso delle conseguenze reali sulla sua vita quotidiana, sulla vicinanza o l’allontanamento dal nucleo familiare. Pertanto il minore “risponde” a tale situazione sviluppando dei sintomi che vanno prontamente accolti, ascoltati e rielaborati per prevenire ulteriori traumi e/o conseguenze. Essere oggetto di violenza diretta o assistita, produce trauma, trauma che lascia segni indelebili nel corpo e nell’inconscio.

Il trauma è tale quando *quell’evento, quella violenza* che lo provoca fa da spartiacque, delimita un *prima* e un *dopo* lasciando un marchio soggettivo in cui nulla sarà più come prima.

Il trauma genera spesso un disagio che si manifesta attraverso la messa in atto di diverse modalità difensive nella parola o nel comportamento (es. il silenzio) e può sviluppare diversi sintomi come: disturbo psicosomatico, disturbo cognitivo, difficoltà di apprendimento, inibizione intellettuale, ansiosità, insonnia, attacchi di panico, fobia scolastica, ecc. In taluni casi si osserva come il minore pur raccontando l’evento traumatico, appare “lontano” affettivamente del contenuto del proprio racconto che non coincide con il suo vissuto.

Per cogliere tali sintomi è fondamentale la collaborazione interdisciplinare delle varie figure professionali, (medico, infermiere, psicologa) e la collaborazione inter-istituzionale con la Rete.

Percorso di presa in carico

L'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova si occupa della presa in carico dei soggetti minorenni che abbiano almeno 14 anni, previo consenso di entrambi i genitori al colloquio psicologico e/o alla presa in carico del minore.

In caso di assenza dei genitori viene contattato il Magistrato reperibile che ha facoltà di autorizzare il colloquio e/o visita.

Diversi sono i motivi che possono condurre il minore in Pronto Soccorso tra cui i più frequenti sono:

- maltrattamenti fisici e/o psicologici;
- abusi sessuali su minori, che comprendono la violenza sessuale (il coinvolgimento del minore in attività sessuali è reato anche se la violenza non è esplicita), gli atti sessuali e la corruzione di minore;
- violenza assistita diretta, quando il minore ne fa esperienza direttamente, nel suo campo percettivo o indiretta quando ne fa esperienza tramite gli effetti che produce su di lui o su persone a lui vicine (genitori, parenti, ecc.)

Lo sfruttamento sessuale su minori e il bullismo sono meno frequenti, ma in aumento.

Quando si rileva una condizione di abuso su minore, nelle sue diverse forme, la segnalazione e la denuncia sono uno strumento fondamentale per prevenire e/o intervenire in situazioni di grave pregiudizio su un minore.

All'interno dell'Ospedale nel 2010 è stato istituito il Protocollo per l'accoglienza e la cura della persona vittima di violenza familiare, bullismo e *mobbing* denominato "Ginestra", che definisce una procedura di accoglienza e cura dedicata, consapevole e multidisciplinare per le vittime di violenza appartenenti a categorie fragili (donne, minori) e soggette a maltrattamenti psicologici, fisici o sessuali ripetuti nel tempo.

Il presente articolo illustra una particolare modalità di lavoro istituzionale con minori, maschi e femmine, vittime di violenza e/o testimoni della stessa (violenza assistita).

Parlare del minore in difficoltà significa immediatamente interrogarsi sul tipo di ascolto fornire per rendere operativo il cambiamento necessario a fare uscire il paziente dalla situazione di violenza in cui si trova.

È obbligatorio inviare una segnalazione alla Procura Ordinaria e alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni (reati procedibili d'ufficio come l'abuso sessuale e il maltrattamento fisico) qualora la violenza sia riferita a fatti che possono costituire ipotesi di reato avvenuti nell'ambito familiare o avvenuti ad opera di persone estranee alla famiglia ma in presenza di gravi elementi di trascuratezza da parte dei genitori. Nel caso in cui la violenza sia riferita a fatti che, seppur non costituendo reato, evidenziano segnali o situazioni di pregiudizio, grave trascuratezza o maltrattamento, la segnalazione deve essere inviata alla Procura presso il Tribunale dei Minorenni.

La comunicazione al Servizio Sociale territoriale, ancorché non obbligatoria, è comunque estremamente opportuna in quanto consente una rapida attivazione della "rete" al fine di dare concreti supporti a tutela del minore.

Nella città di Genova è stato sottoscritto il protocollo "Amaltea": Linee guida per la presa in carico sanitaria e assistenziale in Pronto Soccorso per le vittime di violenza intra-famigliare ed extra-famigliare. Tale protocollo riguarda anche i minori e descrive tutto il percorso dedicato dal triage all'invio alla rete territoriale che dovrà essere applicato in tutti i Pronto Soccorso.

Nella provincia di Genova è stato sottoscritto inoltre il Protocollo Prefettizio "Protocollo d'intesa per la promozione di azioni e politiche attive finalizzate alla prevenzione e al contrasto

del fenomeno della violenza di genere e per l'istituzione del percorso rosa (27 giugno 2014 e 20 aprile 2015).

Criticità

L'emergere di una situazione di abuso e maltrattamento è un primo segnale di un minore in pericolo nella sua crescita, nel suo divenir adulto, ed è questo aspetto che dobbiamo considerare nei colloqui con un minore abusato o vittima di violenza assistita. Il bambino/a di oggi è il cittadino del domani che, a suo modo, contribuirà a determinare la società del domani.

Durante i colloqui psicologici, ciò che affiora e accomuna le vittime è il silenzio che è caduto sull'atto violento subito. La devastazione che la violenza produce, genera un senso di annullamento soggettivo che se non trova un luogo di accoglienza può spingere il paziente ad atti auto ed etero lesivi.

Nell'intervento sui minori, la posizione dell'operatore è quella di ascolto e accoglienza per consentire al ragazzo/a, la verbalizzazione della propria "questione".

Pertanto per la buona riuscita dell'accoglienza da parte degli operatori è la formazione accademica dal personale preposto ma anche il confronto clinico e la supervisione in quanto gli operatori sono a rischio *burn out*, per la costante carica emotiva che devono gestire.

Possibili soluzioni

In base alla nostra esperienza di supporto psicologico orientato analiticamente, possiamo affermare che non è possibile stabilire un percorso che sia uguale per tutti, in quanto ciascun soggetto sottoposto a violenza, fisica, verbale, psicologica reagisce in modo assolutamente unico; ciò che risulta traumatico per un soggetto può non esserlo per un altro.

Fondamentale per noi operatori è fare spazio e riconoscere questa unicità, trovandosi sempre all'appuntamento con le questioni che il soggetto ha necessità di esprimere, rispettandone i tempi, affinché il suo dire sia il punto di partenza per una nuova modalità di stare al mondo e nella relazione con l'*Altro*.

In questo modo, per il minore si aprirà un mondo di adulti non minaccioso, ma rassicurante, rispettoso dei suoi tempi e per niente invadente.

Bibliografia

WHO. *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: World Health Organization; 1999.

ACCOMPAGNAMENTO DEL MINORE VITTIMA DI ABUSO E MALTRATTAMENTO

Eloïse Longo

Dipartimento Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Inquadramento del fenomeno

La violenza sui minori è un fenomeno complesso che riguarda tutte le società e un problema di salute pubblica globale per le gravi conseguenze, anche letali che comporta. Le dinamiche e i fattori che la caratterizzano, così come le strategie di prevenzione efficaci differiscono a seconda dell'età della vittima, del contesto nel quale il maltrattamento avviene e della relazione tra la vittima e l'autore della violenza. Gli autori della violenza possono essere genitori o altri familiari, amici, conoscenti, estranei, caregiver, persone che rivestono una posizione di autorità, altri minori, operatori dei servizi socio-sanitari (WHO, 2006). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ampliato il concetto di violenza sui minori includendo sia le forme di violenza intra-familiari che quelle extra-familiari. Per abuso all'infanzia e maltrattamento devono, quindi, intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere (WHO, 1999). Tuttavia, tra le forme di violenza perpetrate da adulti a danno delle minori quelle prevalenti accadono all'interno delle mura domestiche. Ragione per la quale questo tipo di violenza è meno visibile.

La violenza su minori consiste, quindi, in tutte le reiterate azioni o omissioni nell'accudimento nei confronti dei minori di età. Per i neonati e i bambini più piccoli, la violenza riguarda principalmente il maltrattamento sui minori (abusi fisici, sessuali, emotivi e negligenza) da parte di genitori e altre figure di autorità. Per maltrattamenti infantili si intendono gli abusi e l'incuria che colpiscono i bambini al di sotto dei 18 anni di età. Includono ogni genere di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, abbandono, negligenza e sfruttamento a fini commerciali o di altra natura, che abbia come conseguenza un danno reale o potenziale per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere. Anche l'esposizione alla violenza tra i partner (violenza assistita) è talvolta inclusa tra le forme di maltrattamento infantile (WHO, 2006).

Il maltrattamento sui minori è riconosciuto internazionalmente come una violazione dei diritti umani. La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza all'art. 19 richiama gli Stati ad adottare misure legislative, amministrative, sociali ed educative per tutelare i bambini:

“contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o a entrambi, i genitori, al suo tutore legale (o tutori legali), oppure a ogni altra persona che abbia il suo affidamento” (UNICEF, 2004).

Conseguenze e fattori di rischio

I maltrattamenti sui bambini causano enormi sofferenze e sono devastanti per quanto riguarda il loro sviluppo psico-fisico, sia a breve che a lungo termine. Tra quelle a breve termine vi sono: i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA); disturbi psicologici e psichiatrici; disturbi emozionali dovuti a tristezza, ansia, delusione, rabbia, paura. Emozioni che si sedimentano nella psiche del bambino che assiste alla violenza all'interno del nucleo familiare minando la propria autostima, sino ad annullare le risorse e la capacità di saper affrontare le situazioni più problematiche (*coping*).

In età scolare si evidenziano deficit di apprendimento, e nell'adolescenza comportamenti devianti, bullismo, violenza nei rapporti sessuali, dovuti in parte dall'apprendimento di modelli relazionali distorti vissuti dal bambino all'interno del nucleo familiare (Luberti *et al.*, 2015). Tra le conseguenze a lungo termine vi è il disturbo post-traumatico da stress (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), classificato come una particolare forma di disagio mentale comprendente la depressione, l'abuso di sostanze, comportamenti autolesivi o suicidari, disturbi alimentari, sessuali, ecc. (Bisson, 2013). Le diverse forme di abuso durante l'infanzia e l'adolescenza rappresentano un importante fattore di rischio specifico per molteplici disturbi psicopatologici in età adulta (SINPIA, 2007).

Alle conseguenze socio-sanitarie dei maltrattamenti infantili, esiste un impatto economico, che comprende i costi delle ospedalizzazioni e delle cure di salute mentale, quelli legati al benessere del bambino e i costi sanitari a più lungo termine (Ministero della Salute, 2014).

Per quanto attiene i fattori di rischio la letteratura scientifica indica come nessun fattore singolo di per sé può spiegare il motivo per cui alcuni individui hanno comportamenti violenti verso i minori o perché il maltrattamento sui minori sembra essere prevalente in certe comunità rispetto ad altre (WHO; 2006). I fattori di rischio possono essere distinti in:

- *Fattori attribuibili al bambino*

Nella consapevolezza che i bambini sono le vittime e non devono per alcuna ragione essere colpevolizzati a causa dei maltrattamenti subiti, alcune loro caratteristiche possono aumentare la probabilità di essere oggetto di maltrattamenti (bambini di età inferiore ai 4 anni o adolescenti; figli indesiderati, o che non corrispondono alle aspettative dei genitori; bambini che presentano esigenze particolari, che piangono a lungo o hanno caratteristiche fisiche non nella norma);

- *Fattori concernenti i genitori o caregiver*

Sono quei fattori che determinano difficoltà da parte dei genitori e/o caregiver nel creare un legame con il neonato; mancanza di amorevolezza verso il bambino; essere stati vittime nell'infanzia di maltrattamenti; scarsa conoscenza dello sviluppo infantile; nutrire aspettative irrealistiche; abuso di alcol o sostanze, anche durante la gravidanza; coinvolgimento in attività criminali; difficoltà economiche;

- *Fattori legati alla comunità e alla società*

Si tratta di fattori insiti nel tessuto socio-culturale quali ad es., le disuguaglianze di genere e sociali; l'assenza di politiche abitative e servizi adeguati a sostegno delle famiglie e delle istituzioni; livelli elevati di disoccupazione o di povertà; facile accesso ad alcol e droghe; politiche e programmi inadeguati per la prevenzione dei maltrattamenti infantili, della pornografia infantile, della prostituzione infantile e del lavoro minorile; norme sociali e culturali che promuovono o esaltano la violenza nei confronti degli altri, ecc.

Non meno importanti sono poi quei fattori legati alle relazioni intra-familiari o con partner, amici e colleghi che possono aumentare la probabilità di subire maltrattamenti, quali ad esempio

violenze e problemi fisici, di sviluppo o mentali di un membro della famiglia; crisi familiare o violenza tra altri membri della famiglia; situazione di isolamento nella comunità o mancanza di una rete di sostegno; interruzione del sostegno nell'accudimento del bambino da parte della famiglia allargata (Ministero della Salute, 2014).

Dimensioni del fenomeno

L'analisi di questo fenomeno è di difficile quantificazione in quanto le stime variano a seconda dei paesi e delle metodologie di ricerca utilizzate, a seconda delle definizioni e tipologie di maltrattamento considerate, della copertura e qualità delle statistiche ufficiali (Ministero della Salute, 2014).

La necessità di un approccio statistico comune che includa indicatori standard per la misurazione dei tassi di maltrattamento e dei fattori che ne elevano il rischio è una delle priorità d'intervento per la prevenzione della violenza domestica contro la donna e il bambino. La Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 31 maggio 2007 all'art. 12 fissa le aree di priorità per la prevenzione degli infortuni nelle seguenti aree di sicurezza: dei bambini e adolescenti, degli anziani, degli utenti stradali vulnerabili, prevenzione degli infortuni sportivi e nel tempo libero, prevenzione degli infortuni causati da prodotti e servizi, prevenzione delle autolesioni e prevenzione della violenza con particolare riguardo alla violenza su donne e bambini. Tali aree prioritarie sono state determinate tenuto conto dell'impatto sociale degli infortuni in termini di quantità e gravità.

Uno sguardo ai dati permette di cogliere la gravità del problema. Studi condotti a livello internazionale rivelano che un quarto di tutti gli adulti dichiara di aver subito abusi fisici durante l'infanzia, mentre una donna su 5 e un uomo su 13 dichiarano di aver subito violenze sessuali nell'infanzia. Numerosi bambini sono vittime di abusi emotivi (a volte indicati come abusi psicologici) e incuria (Ministero della Salute, 2014).

Secondo uno studio di *Save the Children* si stima che ogni anno nel mondo i bambini che vengono sottoposti a una qualche forma di violenza siano 500 milioni e 1,5 miliardi (Save The Children, 2017). Nella regione europea ogni anno muoiono a causa di maltrattamenti almeno 850 bambini sotto i 15 anni di età e questo numero potrebbe essere una sottostima dei numeri reali. Per quanto riguarda la prevalenza quella relativa al maltrattamento dei bambini è del 9,6% per l'abuso sessuale, del 22,9% per quello fisico e del 29,1% per quello psicologico; mentre la prevalenza della trascuratezza fisica è del 16,3% e quella emotiva del 18,4%

Per quanto riguarda l'Italia uno studio pubblicato dall'*Italian Child Maltreatment study group* (IChilMa), relativo ad alcuni ospedali italiani, ha riscontrato dai flussi di Pronto Soccorso una prevalenza del 2% di bambini fra quelli arrivati in Pronto Soccorso in cui vi era un sospetto di maltrattamento (Palazzi *et al.*, 2005).

Nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nel 2012 in Italia sono stati registrati 485 casi di aggressione o abuso sui bambini di età compresa tra gli 0 e i 14 anni a cui è seguito un ricovero ospedaliero, di cui 183 con diagnosi di abuso e maltrattamento su minore, di questi il 48,8% aveva meno di 5 anni e il gruppo a maggior rischio era sotto l'anno di età (Pitidis *et al.*, 2015).

Purtroppo la frammentarietà dei dati dovuta alla mancanza di un sistema di sorveglianza nazionale unitamente a una sistematica sotto-rilevazione – pari al 90% secondo lo studio IChilMac – non permette di poter comparare e quantificare con esattezza la diffusione del maltrattamento sul territorio italiano.

Strategie di prevenzione e lavoro di rete

La letteratura scientifica sottolinea la centralità dei servizi sanitari e sociali chiamati a supporto del minore con interventi basati sulle migliori prove di efficacia. Tali servizi sono chiamati nella presa in carico dei minori vittime di violenza rilevando l'impatto che i traumi e l'esposizione a forme di violenza fisica e psicologica prolungate nel tempo hanno sulla salute psico-fisica delle stesse. Altrettanto importante è misurare i risultati degli interventi per cercare di capire se non si siano prodotti effetti indesiderati (WHO, 2006).

La prevenzione e il contrasto al fenomeno richiedono interventi multi-settoriali (sanitario, educativo, giudiziario, sociale) al fine di adottare strategie di provata efficacia che agiscano su molteplici aspetti quali: la genitorialità, le abilità di vita dei bambini e dei ragazzi, le norme sociali, i rischi specifici di vulnerabilità personale e sociale, quali, ad esempio, dipendenze da sostanze, disturbi psicologici, degrado sociale. Gli interventi nell'ambito del maltrattamento/abuso sui minori per le sue peculiarità (gravità, multiformità, sommersione), comportano un lavoro di carattere multidisciplinare, condiviso e integrato con tutti i servizi socio-sanitari territoriali al fine di favorire un intervento coordinato a livello diagnostico-terapeutico e psicosociale per tutti i casi individuati.

Il Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) sottolinea come siano necessari interventi di sensibilizzazione per contrastare meccanismi di negazione, minimizzazione e stigmatizzazione della violenza domestica a livello socio-culturale; di sottovalutazione degli indicatori di maltrattamento intrafamiliare e di rischio di mortalità; di sottovalutazione della pericolosità

Il lavoro di rete rappresenta, dunque, un fattore di protezione per il minore e di raccordo con i servizi sociali territoriali, la Magistratura e le Forze dell'Ordine. La disponibilità di percorsi e procedure preventivamente concordate con l'Autorità Giudiziaria e i Servizi Sociali territoriali sin dal Pronto Soccorso (attraverso il servizio di medicina legale ospedaliero) consente una gestione rapida ed efficace di alcuni specifici casi.

Proteggere i minori vittime di violenza assistita e garantire loro il diritto alla salute fisica e psicologica significa interrompere la violenza nei confronti del genitore che la subisce (Palazzi *et al.*, 2005).

La violenza e il maltrattamento sui bambini rappresentano, quindi, una questione non solo sociale, ma soprattutto di salute pubblica che richiede interventi di prevenzione, formazione e sensibilizzazione, nonché applicazione di protocolli di intervento sanitario uniformi e multidisciplinari.

Accompagnamento

La segnalazione da parte del Pronto Soccorso al Servizio Sociale territoriale è molto importante in quanto consente una rapida attivazione della "rete" per fornire supporti concreti a tutela del minore (Servizio Sociale Territoriale, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Pediatra di famiglia, Consulenti, Scuola, ecc.).

Il compito dell'assistente sociale in questo caso riguarda principalmente l'acquisizione di informazioni sulle caratteristiche sociali e culturali del contesto familiare in cui vive il minore al fine di individuare situazioni di criticità e attivazione di risorse (sostegno economico, mediazione culturale, ecc.), nonché la presa in carico dello stesso. Il colloquio con l'assistente sociale, in sinergia con lo psicologo, deve rispettare le modalità teorico-scientifiche redatte nell'ultima stesura della Carta di Noto IV "Linee guida per l'esame del minore" che specifica le opportune

modalità di intervento e di raccolta della testimonianza, e, al punto 2, si evidenzia come sia necessario nell'ascolto del minore:

“(…) usare protocolli di intervista o metodiche basate sulle indicazioni della letteratura scientifica accreditata, nella consapevolezza che l’audizione del minore potrebbe causare modificazioni e alterazioni del ricordo” (Carta di Noto IV, 14 ottobre 2017).

Molte sono le iniziative intraprese a livello ospedaliero e territoriale. Tuttavia, ogni Regione gestisce in maniera autonoma le problematiche inerenti al tema dei minori fissando standard organizzativi e gestionali indipendenti. Così facendo, i criteri per la qualità delle strutture che accolgono i minori o la formazione del personale impiegato può differire. E ciò può creare disparità di trattamento. Si registra una settorializzazione degli interventi a livello istituzionale che rende il lavoro frammentato e poco sinergico.

È auspicabile che tutte le figure coinvolte nell’accompagnamento del minore ricevano una formazione di base comune così come raccomandato dalla letteratura internazionale. La condivisione di un comune linguaggio è un fattore di primaria importanza per attivare azioni di rete efficaci.

Bibliografia

- Bisson JI. What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DMS5. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013;22(3):205-7.
- Carta di Noto IV. *Linee Guida per l’esame del minore*. 14 ottobre 2017. Disponibile all’indirizzo: https://www.psicologiagiuridica.eu/wp-content/uploads/2017/11/carta_di_noto_IV_2017.pdf; ultima consultazione 13/03/2020.
- Luberti R, Pedrocco Biancardi MT (a cura di). *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*. Roma: Franco angeli; 2015.
- Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei ed internazionali *Informativa OMS: maltrattamenti infantili*. [Traduzione non ufficiale a cura di Demofonti Katia]. Roma: Ministero della Salute; 2014. (Informativa n. 150).
- Palazzi S, de Girolamo G, Liverani T on behalf of ItChilMa. Observational study of suspected maltreatment in Italian pediatric emergency departments *Arch Dis Child* 2005;90:406-10.
- Pitidis A Balducci G, Fondi G, Trinca S, Gruppo di lavoro SINIACA-IDB. *Sorveglianza di pronto soccorso degli incidenti e della violenza: il sistema italiano (SINIACA) di codifica semplificata per l’Injury Database europeo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/10).
- Save the Children. *Le relazioni pericolose. Indagine sullo stato del maltrattamento e dell’abuso intrafamiliare*. Roma: Save The Children onlus; 2017.
- SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza). *Linee guida in tema di abuso sui minori*. Milano: Centro Studi Erickson; 2007.
- UNICEF Fondo delle Nazioni Unite per l’infanzia. *Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza*, Roma: Comitato Italiano per l’UNICEF Onlus; 2004. Disponibile all’indirizzo: https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_infanzia_1.pdf; ultima consultazione 13/03/2020.
- World Health Organization. *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO; 2006.
- World Health Organization. *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: WHO; 1999.

“CODICE ROSA”: UN PERCORSO DI CURA E SOSTEGNO PER LE VITTIME VULNERABILI

Vittoria Doretti, Claudio Pagliara

Task Force Codice Rosa, Azienda Sanitaria Locale Toscana Sud Est, Grosseto

Premessa

Il percorso di accesso al Pronto Soccorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini denominato “Codice rosa” nasce a Grosseto nel 2009 dalla collaborazione tra l’Azienda Sanitaria Locale (ASL) 9 e la Procura della Repubblica con formazione congiunta del personale sociosanitario e della Procura. Il “Codice rosa” è un codice virtuale che si “affianca” ai normali codici di triage assegnati in Pronto Soccorso. Il codice viene assegnato insieme al codice di gravità, da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata.

Vivere in un contesto caratterizzato dalla violenza limita fortemente lo sviluppo psico-fisico e sociale della donna e del bambino.

La maggior parte delle donne entra comunque in contatto con il sistema sanitario a un certo punto della propria vita. Questo fatto rende il contesto sanitario un luogo ideale per la possibilità di individuare le donne vittime di abuso, fornire loro sostegno e se necessario indirizzarle a servizi specialistici.

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO), il personale sanitario, non sarebbe in grado di reagire adeguatamente, mentre dovrebbe essere preparato a fare domande sull’abuso, ad utilizzare procedure standard e condurre i consulti in luoghi che assicurino la privacy.

Tra il 2014 e il 2015 l’Italia ha recepito 3 direttive europee in cui si parla di vulnerabilità:

- Direttiva 2011/36/UE con il DL.vo 24/2014 entrato in vigore il 28 marzo 2014;
- Direttiva 2011/99/UE messa in atto dal DL.vo 9/2015;
- Direttiva 2012/29/UE con il DL.vo 212/2015.

Il 28 dicembre 2015 viene approvata la Legge di Stabilità per il 2016 (Legge 208/2015) il cui art. 1 comma 790 e 791 contiene le ultime novità in materia di contrasto alla violenza e che si ispira all’esperienza di “Codice rosa” di Grosseto prevedendo la diffusione nazionale istituzionale del “Codice rosa” Percorso tutela vittime di violenza, con la finalità di tutelare le persone vittime vulnerabili o vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o stalking”.

Istituzione della Task Force Interistituzionale

L’indagine multiscopo dell’ISTAT “Sicurezza delle donne” rilevò che oltre 7 milioni di donne italiane tra i 16 e i 70 anni avevano subito nel corso della vita, dentro o fuori della famiglia, una forma di violenza fisica o sessuale (ISTAT, 2008). A fronte dei dati rilevati si riscontrava però un numero ridotto di casi segnalati dalle strutture sanitarie. Il fenomeno dei *dark number* influiva

negativamente sulla possibilità di fornire un corretto intervento e adeguate risposte verso un problema che, per le sue ripercussioni, va considerato di sanità pubblica.

La Regione Toscana con la Legge regionale 59 del 2007 “Norme contro la violenza di genere” ha preso coscienza del fenomeno e del peso dei *dark number* e ha previsto iniziative da parte delle aziende sanitarie per prevenire e contrastare gli episodi di violenza.

La allora ASL 9 Grosseto ha quindi recepito l’indicazione Regionale iniziando ad elaborare ipotesi progettuali di risposta.

La Task Force nasce a Grosseto nel 2009 dalla collaborazione tra ASL 9 e Procura della Repubblica con formazione congiunta del personale sociosanitario e della Procura (magistrati del pool delle fasce deboli e polizia giudiziaria).

L’istituzione della Task Force Interistituzionale diviene operativa il 1° gennaio 2010 e in breve si formalizza attraverso un protocollo d’intesa (stipulato il 16 aprile 2010), ed è tra le prime sul territorio nazionale in cui due gruppi di lavoro, uno costituito da magistrati attraverso la polizia giudiziaria e uno da personale sanitario, lavorano insieme per contrastare il fenomeno della violenza sulle fasce deboli della popolazione.

Una scelta concretizzata in un percorso operativo, che si è definito nel tempo e nel corso dell’attività svolta dall’inizio del 2010 ad oggi, che condivide gli strumenti e le modalità di lavoro, le procedure e i protocolli, il monitoraggio e lo scambio di dati, nonché due importanti novità nell’assistenza e nella tutela delle vittime di violenza: il “Percorso rosa” e il “Codice rosa”.

Si tratta di un gruppo di lavoro operativo che, con la propria specifica attività, fa parte del sistema istituzionale provinciale antiviolenza, che vede la collaborazione di Prefettura e Questura, Procura della Repubblica, Provincia, Comando provinciale dei Carabinieri, Ufficio scolastico provinciale (Centro servizi amministrativi di Grosseto), Comuni e Società della salute, Associazioni di volontariato, ASL 9.

Gli obiettivi della task force, così come stabiliti dal protocollo, sono quelli di coordinare e incrementare la raccolta dei dati sulla violenza sessuale e domestica, attraverso il monitoraggio del fenomeno effettuato dal Centro di coordinamento della ASL; fornire gli elementi per l’elaborazione delle statistiche; promuovere azioni comuni per affrontare le situazioni di criticità; promuovere strategie di intervento contro la violenza; promuovere campagne di informazione e di sensibilizzazione; collaborare alla realizzazione di percorsi formativi per gli operatori sanitari e le forze dell’ordine, curando iniziative idonee a facilitare la raccolta delle denunce, nonché l’assistenza e il sostegno alle vittime della violenza in tutte le fasi successive ad un episodio.

I risultati nel primo anno della Task Force Interistituzionale sono stati subito evidenti, non solo per il numero di accessi ma anche per la percentuale delle vittime che a seguito dell’accesso ha sporto denuncia nei confronti dell’aggressore: si tratta del 40% dato che in Italia non ha eguali. (dati presenti nei rapporti dell’osservatorio sociale regionale toscano). Un ulteriore elemento che valida i risultati della Task Force Interistituzionale e il protocollo in essere nel Pronto Soccorso è la provenienza degli accessi al “Codice rosa”. Il 95% di questi ultimi non era passato da un punto di ascolto o centro antiviolenza.

“Codice rosa”: obiettivi e compiti

Il “Codice rosa” delinea un percorso speciale per le vittime di violenza che si rivolgono al Pronto Soccorso senza distinzione di genere o età che, a causa della loro condizione di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza: donne, uomini, bambini, anziani, immigrati, omosessuali e che hanno maggiori difficoltà a uscire da situazioni di violenza, a denunciare e talora anche a rendersi conto di essere vittime (il simbolo è una rosa che rappresenta tutte le vittime di violenza).

Il codice viene assegnato insieme al codice di gravità, da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata.

Parte da una stanza dedicata all'interno del Pronto Soccorso, la Stanza Rosa, che non deve essere identificata come tale per ovvi motivi di riservatezza, è una sala visita riservata per i controlli e le consulenze mediche (saranno gli specialisti a raggiungere il/la paziente), alla quale può accedere in alcuni casi specifici o su richiesta della vittima stessa, anche il personale di polizia giudiziaria delegato alle attività di indagine. Nella Stanza vi sono kit già predisposti per esami biologici, refertamento fotografico, cartelle cliniche guidate, in grado di fornire dati utili anche per l'Autorità Giudiziaria, e supporti informatici accessibili alle Forze dell'Ordine.

L'intervento congiunto di questa Task Force Interistituzionale permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza. Questa attività congiunta avviene nella più ampia tutela della privacy, del "silenzio" delle vittime e nel rispetto della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure.

Il compito principale del gruppo è l'assistenza socio-sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza, con un'attenzione particolare a far emergere quegli episodi di violenza in cui le vittime hanno difficoltà a raccontare di essere state oggetto di violenza da parte di terzi: una reticenza dovuta spesso alla paura di ritorsioni.

Il progetto si avvia attraverso la stesura di protocolli d'Intesa tra le Aziende e le Procure della Repubblica con lo scopo di valorizzare la collaborazione interistituzionale.

Il gruppo interforze nel "Percorso rosa" è anche in grado, attraverso procedure condivise (ASL, Procura, Forze dell'Ordine), di attuare sostegno, cura e contemporaneamente di assicurare un corretto repertamento degli elementi di prova, nel rispetto della vittima e con estrema tutela della sua *privacy*, ciò garantisce anche un'estrema riduzione dei tempi di indagine e processuali.

In questo modo si riducono i tempi di indagine e si attiva la rete territoriale per la presa in carico successiva all'intervento di Pronto Soccorso.

I gruppi operativi interforze (ASL, Procura della Repubblica, Forze dell'ordine) hanno il compito di contribuire al tempestivo riconoscimento e all'emersione dei casi di lesioni derivanti da maltrattamenti o da violenze commesse da terzi, garantendo contestualmente se necessario la rapida attivazione degli uffici delle Procure della Repubblica.

Scopo principale del progetto è coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze, per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al Pronto Soccorso.

Il progetto prevede anche la collaborazione tra le Istituzioni per lo sviluppo di azioni di prevenzione e contrasto al fenomeno della violenza, armonizzandosi con la storica rete dei centri antiviolenza e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà.

Gli importanti risultati del gruppo hanno determinato un forte "Effetto Domino" in ambito provinciale. Si è infatti creato un profondo accordo e realizzata una reale integrazione con realtà già esistenti sul territorio a sostegno delle vittime di violenza (attività consultoriali, socio-assistenziali delle Società della Salute, comuni, centri anti violenza, punti di ascolto di diverso tipo come Caritas, Sportello Immigrati, Agedo, Ordine dei Farmacisti e Associazioni Farmacisti non titolari).

La formazione del personale ha avuto sin da subito un ruolo centrale nel Progetto. La formazione viene sempre effettuata congiuntamente con gli operatori dei vari enti, istituzioni e associazioni di volontariato che operano in sinergia nella Task Force Codice Rosa.

I corsi sono fondamentalmente:

- Corsi specifici per operatori che possono entrare a far parte della task force;
- Corsi specifici per operatori del Dipartimento di Emergenza Urgenza;
- Corsi base per le "Sentinelle", ossia figure in grado di dare "ascolto" a possibili vittime di violenza e di poter accompagnare o suggerire i servizi che possono offrire aiuto (es.

farmacisti, insegnanti, operatori dei Centri di promozione sociale oltre al personale socio-sanitario e delle Forze dell'Ordine);

- Momenti di informazione che possono coinvolgere tutta la popolazione per la massima diffusione del Progetto e la sensibilizzazione.

Il successo è legato proprio alla natura stessa del “Codice rosa,” che è innovativo soprattutto nella sinergia tra le procedure applicate da ciascuna Istituzione nei casi di violenza, con l’obiettivo di creare un ambiente protetto, in un percorso sanitario riservato alla vittima di violenza, che abbiamo chiamato la “percorso rosa”. Anche per questo, il Codice Rosa, negli anni, ha permesso di far venire alla luce casi di violenza che, altrimenti, avrebbero rischiato di restare nell’ombra”. L’adozione di procedure condivise e di specifici protocolli operativi ha consentito di ottenere una emersione del problema nei casi sospetti e di un refertamento perfetto delle prove e una catena di custodia sicura, di velocizzare i tempi di indagine e della giustizia e di creare un enorme flusso informativo, condiviso tra ASL, Procura e forze dell’ordine, delle diverse situazioni di disagio e violenza. Alle cure si affianca infatti l’azione sinergica e tempestiva delle Procure e delle forze dell’ordine, per rilevare tutti gli elementi utili, avviare le indagini, monitorare e tenere sotto controllo le situazioni a rischio nei casi di mancata denuncia.

Rete territoriale

La tempestiva attivazione della rete territoriale per la presa in carico successiva all’intervento di Pronto Soccorso è un ulteriore fondamentale elemento, in quanto la messa in sicurezza od anche la sola presa in carico da parte dei servizi sociale e consultoriali, è determinante ai fini della tutela della vittima.

La collaborazione tra le Istituzioni, i centri antiviolenza e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà è l’altro elemento fondamentale che caratterizza il “Codice rosa”.

Si vengono così a determinare tre fasi fondamentali:

- *Fase della prevenzione*
dove la ASL e i Centri antiviolenza svolgono un compito fondamentale
- *Fase dell’urgenza*
in cui il Codice Rosa entra in azione con le proprie competenze
- *Fase della presa in carico territoriale*
che vede la stretta collaborazione tra i servizi sociali, consultoriali e la rete provinciale antiviolenza.

La necessità di operare, secondo linee guida sia operative (protocolli e procedure condivise) che di formazione, in sinergia e nel rispetto delle realtà territoriali presenti, deriva dalla consapevolezza che, l’uniformità delle strategie sia la risorsa fondamentale per tutelare al meglio le vittime e per rendere possibile la raccolta dei dati nella prospettiva della realizzazione di un osservatorio nazionale attraverso la realizzazione di protocolli di condivisione delle informazioni.

Nel 2011 con la sottoscrizione del protocollo d’intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, diventa progetto regionale.

Dal gennaio 2012 prende avvio la sperimentazione nelle ASL di Arezzo, Lucca, Prato, Viareggio.

Dal gennaio 2013 il progetto si estende nelle ASL di Pisa, Livorno, Empoli e alle Aziende ospedaliere Careggi e Meyer.

Dal gennaio 2014 si completa la diffusione a livello regionale con l’ingresso delle Aziende sanitarie di Massa e Carrara, Pistoia, Siena, Firenze e Aziende ospedaliere Pisana e Senese.

Contemporaneamente anche molte altre realtà italiane hanno fatto proprio questo modello di intervento. Codice Rosa è approdato anche in Repubblica Dominicana/Haiti, con un progetto di cooperazione internazionale.

Bibliografia di riferimento

- Baldry AC. *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio per la prevenzione della recidiva e dell'uxoricidio*. Milano: Franco Angeli; 2011.
- De Girolamo G, Romito P (Ed.). *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS*. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2014.
- Donne in Rete contro la violenza (Ed.). *Linee Guida per l'intervento e la costruzione di rete tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Centri Antiviolenza*. Roma: D.i.Re.; 2014.
- European Union Agency for Fundamental Rights. *Violence against women: an EU-wide survey. Main results report*. Vienna: Fundamental Rights Agency; 2014.
- Istituto Nazionale di Statistica. *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Roma: ISTAT; 2015.
- Istituto Nazionale di Statistica. *La violenza contro le donne. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Sicurezza delle donne". Anno 2006*. Roma: ISTAT; 2008.
- Italia. Decreto Legislativo 14 agosto 2013 n. 93. Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province, Gazzetta Ufficiale n. 191, 16 agosto 2013, convertito in legge, con modifiche, dall'art.1, comma 1, Legge 15 ottobre 2013, n. 119. *Gazzetta Ufficiale* n. 242, 15 ottobre 2013.
- Italia. Legge 15 febbraio 1996 n. 66, Norme contro la violenza sessuale. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 1996.
- Italia. Legge 27 giugno 2013, n. 77, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011. *Gazzetta Ufficiale* n. 152, 1 luglio 2013.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. *Quaderni di sanità pubblica. Violenza e salute nel mondo*. Milano: Cis Editore; 2002.
- Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna. *Donne e violenza domestica: diamo voce al silenzio. Raccomandazioni sulla violenza sulle donne (Intimate partner violence) per operatori sanitari*. Milano: ONDA; 2012.
- Ricerche Economiche e Sociali. *Secondo rapporto sul femminicidio in Italia. Caratteristiche e tendenze del 2013*. Roma: EURES; 2014.
- Romito P, Melato M. *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida a chi lavora sul campo*. Roma: Carocci Faber Ed.; 2013.
- World Health Organization. *Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergency*. Geneva: WHO; 2007.
- World Health Organization. *Multy-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: WHO; 2005.
- World Health Organization. *Preventive intimate violence and sexual violence against woman. Taking action and generating evidence. "World report"*. Geneva: WHO; 2010.
- World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guideline*. Geneva: WHO; 2013.
- World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.

STUDIO DI FOLLOW-UP PER I MINORI: I PROTOCOLLI DI PRELIEVO DEI CAMPIONI E DI RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

Simona Gaudi (a), Alessio Pitidis (a), Carla Debbia (c)

(a) Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
"Giannina Gaslini", Genova

Premessa

Da alcuni anni presso il Pronto Soccorso DEA (Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione) dell'IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) "G. Gaslini" è attivo un protocollo per il riconoscimento e la presa in carico dei bambini (0-14 anni) esposti a maltrattamento/abuso. Presso il Pronto Soccorso vengono abitualmente visti circa 40.000 bambini/anno in urgenza. Il tasso di incidenza dei bambini esposti a maltrattamento abuso nel Pronto Soccorso dell'IRCCS "Gaslini" corrisponde al dato nazionale dell'0,14%. Molta attenzione e rispetto viene posto per la cura di questi piccoli pazienti.

Questo progetto è uno studio prospettico che ci permetterà di seguire i minori che hanno subito abuso o maltrattamento all'interno del percorso diagnostico-terapeutico a partire dall'ingresso in ospedale fino ad 1 anno dopo l'evento traumatico.

Il progetto si propone di somministrare test psicologici, biochimiche analisi e di studiare il profilo epigenetico per tutta la durata del trattamento (0,6 e 12 mesi). La problematica maggiore nei pazienti esposti a violenza, maltrattamento può essere l'insorgenza di *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Il PTSD, in psicologia e in psichiatria, è l'insieme delle forti sofferenze psicologiche che conseguono a un evento traumatico, catastrofico o violento. La definizione di PTSD lo ascrive come possibile sviluppo patologico per persone esposte a decesso, lesione grave o minaccia, violenza sessuale o minaccia, secondo le seguenti modalità: esposizione diretta; esserne testimoni diretti, indirettamente, essere a conoscenza di eventi traumatici gravi/violenti di parenti o amici stretti; ripetuta esposizione o con dettagli estremi degli eventi, perciò non correlabile all'esposizione da media. I criteri diagnostici prevedono: 1) sintomi intrusivi, ri-esperienza del trauma sotto varie forme (es. incubi); 2) persistente evitamento degli stimoli ad esso associati; 3) alterazione negativa nella cognizione e del tono dell'umore, associati al trauma; 4) accentuazione della reattività (*hyperarousal*). Il quadro clinico che ne deriva naturalmente risente della situazione psicologica intra familiare, anche dal punto di vista socio-economico, e dalle caratteristiche individuali che prevedono anche la capacità di resilienza. Questi sintomi debbono perdurare per oltre 1 mese, e le alterazioni debbono indurre disagio o compromissione della vita sociale, scolastica, gioco, ecc., ma non debbono essere correlate a patologie organiche o abuso di farmaci/droghe.

Questo quadro clinico al momento è stato studiato dapprima negli USA sui reduci di guerra e solo da poco tempo ha ottenuto un suo riconoscimento e classificazione. I dati in ambito pediatrico sono molto scarni, sia per lo scarso numero di casi, che per le difficoltà di riconoscimento e diagnosi.

In ambito sanitario si sta affermando un concetto di medicina basato sulle differenze individuali, che tiene conto della variabilità genetica, dell'ambiente, delle caratteristiche del

microbioma e dello stile di vita delle singole persone. Il minuzioso processo di individuazione di terapie e cure in modo così soggettivo prende il nome di medicina di precisione. La medicina di precisione prende origine dai molteplici studi di biologia molecolare, che hanno evidenziato la forte variabilità tra individui. Questa nuova prospettiva di trattamento sarà caratterizzata all'ampliamento della tassonomia delle diverse patologie, perché terrà conto delle singole peculiarità. Il sequenziamento del genoma umano ha avviato un nuovo modo di indagare i meccanismi cellulari. Epigenetica, trascrittomica, proteomica e metabolomica hanno prodotto una vasta quantità di informazioni, che permettono una sempre più precisa caratterizzazione del paziente. La medicina di precisione attualmente in via di costruzione per quanto riguarda gli adulti è realmente pionieristica in campo pediatrico, poiché non abbiamo ancora studi in merito.

Abbiamo pensato al follow-up dei pazienti, che abbiano subito violenza o maltrattamento, e che abbiano successivamente sviluppato la PTSD. Il follow-up sarà eseguito tramite: valutazione pediatrica, valutazione neuropsichiatrica infantile e/o valutazione psicologica, valutazione e test epigenetici.

Follow-up

Le sedute di follow-up, dopo l'ingresso in Pronto Soccorso (T0), avverranno a 3 mesi (T1), 6 mesi (T2), 1 anno (T3) in tutti i pazienti arruolati.

Ai controlli il paziente eseguirà: Visita medica pediatrica (T0-T1-T2-T3), Visita neuropsichiatrica (T0-T3), Visita psicologica con somministrazione di test specifici (T0-T1-T2-T3), Test biologici (T0), se indicati, Test epigenetici (T0-T2-T3).

Il campione di pazienti, con età compresa tra i 3 e i 16 anni, che intendiamo studiare:

- coorte (campione positivo) soggetti arruolati: n. 15 casi di pazienti esposti a violenza (sia fisica che psichica) per ogni UO;
- coorte di controllo (campione negativo): n. 15 soggetti sottoposti a trauma lieve per ogni UO. Le coorti andranno rese campione uniforme per: a) sesso; b) età; c) parametri morfometrici; d) livello socio-culturale familiare.

I criteri di *inclusione* della coorte di controllo riguardano i pazienti esposti a incidente stradale con lievi traumi: AIS (*Abbreviated Injury Scale*) ≤ 2 oppure ISS (*Injury Severity Score*) ≥ 10 .

I criteri di *esclusione* della coorte di controllo riguardano:

- pazienti con patologie croniche;
- pazienti con patologia neuropsichiatrica;
- pazienti pretermine;
- pazienti disabile (sia motorio che neuropsichiatrico);
- pazienti adottati;
- bambini i cui genitori sono in corso di separazione conflittuale;
- famiglia monoparentale.

Valutazione pediatrica

La valutazione pediatrica eseguita ad ogni controllo prevede: anamnesi completa (T0) e raccordi anamnestici successivi (T1, T2, T3). Nell'anamnesi si focalizzerà su: accessi multipli, frequenza scolastica, rendimento e problematiche, modifiche del ritmo sonno-veglia, modifiche del comportamento alimentare, esordio di sintomi di stress psicofisico.

Tra i sintomi di stress psicofisico si evidenzierà:

- comparsa di enuresi/encopresi;
- comparsa di incubi ricorrenti;
- comparsa di sintomi dolorosi ricorrenti (cefalea, dolori addominali ricorrenti, ecc.);
- esplosioni emotive immotivate e improvvise (pianto, rabbia, mutismo);
- isolamento sociale;
- autolesionismo;
- cambiamenti del comportamento (attitudine al gioco e con amici/compagni di scuola, episodi acuti di ansia/fobia, ira o apatia, rifiuto di ruolo degli adulti);
- regressione psicologica.

All'esame obiettivo (*focusing on*) si incentrerà sui seguenti aspetti:

- valutazione accrescimento staturale-ponderale con valutazione centili e variazioni;
- segni di incuria/discordia: igiene personale, abbigliamento adeguato, carie, dermatiti infettive, parassitosi recidivanti;
- eventuale presenza di lesioni: sedi atipiche, multiple, simmetriche e in differente stadio di evoluzione;
- atteggiamento del bambino alla visita;
- segni indiretti.

Valutazione psicologica

La valutazione psicologica fornisce indicazioni della struttura di personalità del minore, al suo assetto relazionale e qualità dei sintomi e presentati e andranno coinvolti i genitori per valutare le condizioni psicologiche familiari e le interazioni tra i membri del nucleo familiare.

La valutazione prevede una procedura distinta in due fasi:

- *Fase I*: prevede un colloquio psicologico con il bambino e la somministrazione degli strumenti sopracitati; in parallelo saranno completati i questionari dai genitori.
- *Fase II*: individuati i minori con PTSD si avvia il trattamento psicoterapico con l'utilizzo del modello NET (*Narrative Exposure Therapy*), trattamento breve per la cura dei disturbi trauma-correlati.

Vengono poi somministrati dei test psicologici per il follow-up del bambino distinti a seconda del tipo di valutazione come di seguito specificato:

- Valutazione profilo cognitivo tramite:
 - CPM (*Coloured Progressive Matrices*) (età 3-19 anni) costituiscono uno degli strumenti più utilizzati per la misurazione dell'intelligenza non verbale durante tutto l'arco dello sviluppo intellettuale, dall'infanzia alla maturità, indipendentemente dal livello culturale.
- Valutazione profilo psicopatologico:
 - TSCC-A (*Trauma Symptom Checklist for Children*) (età 8-16) è uno strumento self-report sul *distress* post-traumatico e sulla connessa sintomatologia psicologica.
 - CDI (*Children's Depression Inventory*) è una scala di autovalutazione della depressione somministrabile a soggetti dagli 8 ai 17 anni di età. Sotto forma di questionario, valuta un'ampia varietà di sintomi quali i disturbi dell'umore, della capacità di provare piacere, delle funzioni vegetative, della stima di sé e del comportamento sociale.

- CAPS-CA (*Clinical Administered PTSD Scale for Children and Adolescents*) è un'intervista clinica semi strutturata che valuta nei bambini e negli adolescenti i diciassette sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) delineati nel DSM-IV.
- IES-R (*Impact of Event Scale –Revised*) (per adolescenti)
- CDRS-R (*Children Depression Rating Scale*) (età 6-12 anni).

Al campione dei genitori sarà proposta la compilazione dei seguenti questionari:

- TSCYC (*Trauma Symptom Checklist for Young Children*) è un questionario che viene utilizzato per la valutazione della sintomatologia post-traumatica acuta e cronica nei bambini tra i 3 e i 12 anni. Il test viene compilato dal datore di cura del bambino che deve riferirsi al mese precedente e indicare quanto spesso ha visto ognuno dei comportamenti descritti.
- PSI (*Parent Stress Index*) (età 3-19) è uno strumento pensato per l'identificazione precoce di quelle caratteristiche che possono compromettere il normale sviluppo e funzionamento del bambino.
- CBCL (*Child Behavior Checklist*) è un questionario permette una descrizione del repertorio comportamentale ed emotivo del bambino attraverso i resoconti forniti dai genitori.

Durante la presa in carico dei bambini che hanno subito maltrattamenti o abuso, saranno prelevate dalla mucosa boccale o dalla saliva (metodi non invasivi) le quantità necessarie di DNA da sottoporre all'analisi epigenetica. Saranno utilizzate le tecnologie più attuali e innovative che ci consentiranno di identificare all'interno del genoma dei pazienti tutte le possibili modificazioni epigenetiche riferibili alla metilazione.

Conclusioni

Le valutazioni pediatrica, psicologica ed epigenetica saranno coordinate per la presa in carico di questi piccoli pazienti in modo omnicomprensivo. I risultati dei dati epigenetici correlati con la clinica e test psicologici dei pazienti potrebbero essere fonte di informazioni scientifiche di alto rilievo, complete e personalizzate.

Nel progetto REVAMP (*REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum*), finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito dei fondi del CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) è previsto il follow-up dei pazienti che abbiano subito violenza o maltrattamento e possibili pazienti da PTSD. Il follow-up potrà essere eseguito tramite:

- valutazione pediatrica
- valutazione neuropsichiatrica infantile
- valutazione psicologica
- valutazione e test epigenetici (facoltativo)

Le sedute di follow-up, dopo l'ingresso in Pronto Soccorso (T0), avverranno a 3 mesi (T1), 6 mesi (T2), 1 anno (T3) dopo l'evento traumatico in tutti i pazienti arruolati.

Ai controlli il paziente eseguirà:

- visita medica pediatrica (T0, T1, T2, T3)
- visita neuropsichiatrica infantile (T0-T3) e/o
- visita psicologica con somministrazione di test specifici (T0, T1, T2, T3)
- test biologici (T0), se indicati
- esami epigenetici (T0-T2-T3)

Le prospettive terapeutiche sono:

- gioco-terapia
- terapia cognitivo-comportamentale
- terapia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)
- realtà virtuale.

Bibliografia di riferimento

- Botella C, Serrano B, Baños RM, *et al.* Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015;11:2533-45.
- Cohen J, Mannarino A. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:42-50.
- De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE. Diagnosis of posttraumatic stress disorder in preschool children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011;40(3):375-384.
- Dibbets P, Schulte-Ostermann MA. Virtual reality, real emotions: a novel analogue for the assessment of risk factors of post-traumatic stress disorder. *Frontiers in Psychology* 2015;6:681.
- European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. *Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2010-2012*. Amsterdam: EuroSafe; 2014.
- Freedman SA, Dayan E, Kimelman YB, *et al.* Early intervention for preventing posttraumatic stress disorder: an Internet-based virtual reality treatment. *Eur J of Psychotraumatol* 2015; 6 (2):25608.
- Laor N, Wolmer L, Mayes LC, *et al.* Israeli preschoolers under Scud missile attacks. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:416-23.
- Lieberman A, Ippen C, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(8):913-8.
- Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E. *et al.* The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 2008;165 (10):1326-37.
- Scheeringa MS, Zeanah CH. Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37(3):508-18.
- Shin N. *Effects of child exposure to domestic violence on the child-parent relationship based on the child's ambivalence toward the parents*. [PhD dissertation]. Minneapolis, MN: University of Minnesota; 2013. Disponibile all'indirizzo: https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/159211/Shin_umn_0130E_13815.pdf?sequence=1&isAllowed=y; ultima consultazione 14/03/20.
- World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di dicembre 2019, 6° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, dicembre 2019