

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana  
Dipartimento Sanità

# SUPSI

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

## **IL MALTRATTAMENTO INFANTILE: il ruolo svolto dall'infermiere di *triage***

Revisione della letteratura  
Lavoro di tesi  
(*Bachelor Thesis*)

**Direttore di tesi:**  
Mariano Cavolo

**Candidato:**  
Giorgia Bellazzecca

Anno accademico: 2021-2022

Manno, 31 luglio 2022

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana  
Dipartimento Sanità

# SUPSI

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

## **IL MALTRATTAMENTO INFANTILE: il ruolo svolto dall'infermiere di *triage***

Revisione della letteratura  
Lavoro di tesi  
(*Bachelor Thesis*)

**Direttore di tesi:**  
Mariano Cavolo

**Candidato:**  
Giorgia Bellazzecca

Anno accademico: 2021-2022

Manno, 31 luglio 2022

*Ai miei nonni,  
i miei angeli terreni e custodi*

## **ABSTRACT**

### **Background**

Il maltrattamento infantile è un fenomeno globale presente nella società, che provoca gravi conseguenze perduranti per tutta la vita del bambino. Si può distinguere in maltrattamento fisico, sessuale, psicologico e negligenza, a cui corrispondono determinati segni clinici, fattori di rischio e protettivi.

Il ruolo dell'infermiere SUP è fondamentale per il riconoscimento di un caso di maltrattamento infantile, essendo una delle figure che può interrompere la catena di abusi. Per tale motivo, è indispensabile individuare strumenti utili per procedere al relativo accertamento.

### **Scopo e obiettivi**

Lo scopo perseguito è rispondere alla seguente domanda di ricerca: "Quale ruolo svolge l'infermiere SUP e quali sono gli interventi infermieristici volti a riconoscere un abuso infantile su soggetti di età inferiore a 18 anni?"

L'elaborato si focalizza sulla figura del personale infermieristico di *triage* e sull'attività di riconoscimento di un sospetto maltrattamento infantile, nonché sull'individuazione di strumenti utili a identificare una vittima di abuso.

### **Metodologia**

La metodologia selezionata per lo svolgimento dell'elaborato di *Bachelor* è una revisione della letteratura presente e disponibile. La suddetta revisione della letteratura si basa sulla descrizione ed analisi di sei articoli scientifici.

### **Risultati**

L'esame degli articoli scientifici selezionati ha rilevato la presenza di specifiche problematiche, tra cui viene in risalto la mancanza di un'adeguata formazione del personale infermieristico, con ripercussioni sul riconoscimento di un maltrattamento infantile.

L'analisi ha delineato le caratteristiche del ruolo dell'infermiere di *triage*, mettendo in luce l'aspetto psicologico e assistenziale a favore del paziente pediatrico, nonché la presenza di strumenti utili per individuare un caso di maltrattamento infantile.

### **Conclusioni**

È fondamentale investire nella formazione continua del personale infermieristico per permettere un valido riconoscimento di un maltrattamento infantile, vista la centralità della figura infermieristica.

### **Parole chiavi**

*Child maltreatment, child sexual abuse, child physical abuse, child neglect, nursing, Münchhausen syndrome, child abuse recognition, pediatric evaluation, nursing assessment.*

## **Lista degli acronimi**

ABC: *Airway Breathing Circulation*

ADHD: Disturbo da deficit di attenzione/iperattività

APMA: Autorità di protezione dei minori e degli adulti

ASPI: Fondazione della Svizzera italiana per l'Aiuto, il Sostegno e la Protezione dell'infanzia

CARIS: *Child Abuse Report Intention Scale*

CEM: Centri educativi per minorenni

DASF: Divisione dell'azione sociale e delle famiglie

DSS: Dipartimento della sanità e della socialità

GAS: Guardo Ascolto Sento

GCP: *Graded Care Profile*

LAV: Legge federale concernente l'aiuto alle vittime di reati

MO.TO.RE: Movimento Tosse Respiro

MSBP: Sindrome di Münchhausen per procura

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

ONU: Organizzazione delle Nazioni Unite

PNP: Infermieri pediatrici

PS: Pronto Soccorso

UAP: Ufficio dell'aiuto e della protezione

UFaG: Ufficio del sostegno a enti e attività per famiglie e giovani

# INDICE

<b>1.</b>	<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>1</b>
1.1.	<b>Motivazione</b> .....	<b>2</b>
1.2.	<b>Domanda di ricerca</b> .....	<b>2</b>
1.3.	<b>Percorso di ricerca e piano della tesi</b> .....	<b>3</b>
1.4.	<b>Obiettivi</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>QUADRO TEORICO</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1.</b>	<b>Il maltrattamento</b> .....	<b>4</b>
	Maltrattamento fisico .....	4
	Maltrattamento psicologico .....	4
	Abuso sessuale.....	5
	Negligenza e trascuratezza.....	6
<b>2.2.</b>	<b>Dati epidemiologici e statistici della svizzera italiana</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3.</b>	<b>Fattori di rischio e protettivi:</b> .....	<b>8</b>
	Abuso fisico.....	8
	Abuso psicologico .....	9
	Abuso sessuale.....	10
	Negligenza .....	11
<b>2.4.</b>	<b>Segni dei vari tipi di maltrattamento</b> .....	<b>12</b>
	Maltrattamento fisico .....	12
	Maltrattamento psicologico .....	18
	Abuso sessuale.....	19
	Negligenza .....	21
	Sindrome di Münchhausen per procura .....	22
<b>2.5.</b>	<b>Servizi presenti sul territorio ticinese</b> .....	<b>22</b>
	Ufficio dell'aiuto e della protezione (UAP).....	23
	Servizio per l'aiuto alle vittime di reati (LAV).....	23
	Fondazione ASPI .....	24
	Protezione dell'infanzia Svizzera .....	24
<b>2.6.</b>	<b>Ruolo dell'infermiere SUP</b> .....	<b>25</b>
<b>2.7.</b>	<b>Comportamenti pratici tenuti dall'infermiere di triage</b> .....	<b>26</b>
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>29</b>
<b>4.</b>	<b>RISULTATI</b> .....	<b>31</b>
4.1.	<b>Descrizione degli articoli inseriti nella revisione</b> .....	<b>31</b>
4.2.	<b>Tabella riassuntiva degli articoli</b> .....	<b>32</b>
4.3.	<b>Analisi degli articoli</b> .....	<b>35</b>
	1) <i>Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department</i> .....	35
	2) <i>Swedish school nurses' experiences of child abuse</i> .....	36

3) <i>Aspects of abuse: recognizing and responding to child maltreatment</i> .....	37
4) <i>Child Neglect: Assessment and Intervention</i> .....	38
5) <i>Child Maltreatment Screening and Anticipatory Guidance: A Description of Pediatric nurse Practitioner Practice Behaviors</i> .....	39
6) <i>Medical evaluation for child sexual abuse: what the PNP needs to know</i> ....	41
<b>4.4. Discussione dei risultati</b> .....	<b>42</b>
<b>5. CONCLUSIONI</b> .....	<b>45</b>
<b>6. BILANCIO FINALE</b> .....	<b>49</b>
<b>7. RINGRAZIAMENTI</b> .....	<b>51</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>53</b>

## 1. INTRODUZIONE

Per l'elaborazione del mio lavoro di *Bachelor* ho deciso di focalizzarmi sulla tematica dei maltrattamenti infantili, evidenziandone gli aspetti principali e i segni che caratterizzano ogni forma di abuso, analizzando l'approccio e le problematiche infermieristiche nell'attività di riconoscimento di questo stato di disagio.

Il maltrattamento infantile è una questione di rilevanza globale, un fenomeno che incide sulla vita del minore provocando una serie di ripercussioni perduranti per tutta la sua esistenza, andando a ledere il suo benessere psicofisico (WHO, 2020).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020) ha riportato un quadro drammatico: ha stimato che una media di tre infanti su quattro, aventi un'età tra 2 e 4 anni, patisce maltrattamenti fisici e/o psicologici da parte del proprio *caregiver*. Inoltre, le statistiche hanno indicato che circa una donna su cinque e un uomo su tredici sono state vittime di abusi sessuali quando erano bambini (WHO, 2020).

Sul territorio svizzero, ogni anno le organizzazioni di protezione dell'infanzia comunicano circa 30.000-50.000 minori vittime di violenza, bisognosi di assistenza e supporto (*Studio Optimus, 2018*).

Ciononostante, si deve tenere in considerazione che le cifre indicate sottostimano la reale portata di tale fenomeno, non tenendo conto degli infanti non segnalati, ma soltanto quelli dichiarati dalle organizzazioni operanti nel settore (*Studio Optimus, 2018*).

È essenziale contrastare questi episodi mediante interventi tempestivi, volti ad interrompere la catena di abusi che potenzialmente si può instaurare. Infatti, si è osservato che sussiste una maggior probabilità che un soggetto abusato da bambino maltratti a sua volta altre persone, trasformandosi da vittima a soggetto abusante (WHO, 2020).

Considero questo argomento molto complesso da trattare, soprattutto da un punto di vista emotivo e psicologico.

La mia scelta è frutto di questa complessità: in passato ho avuto modo di vedere da vicino quest'esperienza con le relative conseguenze che questa ha provocato e, fin da quel momento, mi è sempre stata a cuore suddetta tematica, soprattutto in relazione alla necessità di garantire una giusta tutela a soggetti di per sé indifesi, dando voce a chi purtroppo non ce l'ha.

Da un punto di vista professionale, ritengo che sia molto importante per la mia futura carriera poter riconoscere tempestivamente segni di maltrattamento su pazienti minorenni, al fine di fornire un'assistenza infermieristica consona alla situazione presentatasi.

Penso che questo tema sia significativo anche dalla prospettiva della società: ponendo l'attenzione su soggetti minori d'età che vivono questa condizione di disagio, metto in primo piano l'esigenza di assicurare un'adeguata protezione nei loro confronti, rappresentando questa un'istanza rilevante a livello sociale e altamente attuale.

Infatti, il tema dei maltrattamenti infantili è un fenomeno gravemente noto, di cui purtroppo giungono nuove notizie ogni giorno: ad esempio, è stato evidenziato che "l'abuso sessuale infantile è più comune del cancro infantile, del diabete giovanile e delle malattie cardiache congenite messe insieme" (Herrmann et al., 2014).

Questo studio permette di rilevare quando sia allarmante questo problema e, anche in considerazione di ciò, ritengo che riconoscere una situazione di abuso sia un compito



essenziale per l'operatore sanitario, con lo scopo di evitare che questo stato si protragga e possa portare a conseguenze peggiori.

### **1.1. Motivazione**

Ho deciso di affrontare questo tema per via del mio spiccato interesse per i bambini, da me considerati come esseri innocenti e bisognosi di difese dal mondo esterno.

Mi sono sempre sentita legata a questa categoria di pazienti, all'esigenza di prendermi cura di questi soggetti e di rispondere efficacemente ai bisogni da loro manifestati.

Avverto una forte connessione con loro e ho voluto approfondire una tematica molto attuale che li coinvolge direttamente, al fine di poter comprendere meglio questo fenomeno e individuare strumenti utili da poter utilizzare per riconoscerlo, sia nella vita privata che professionale.

Ho scelto questo argomento con il desiderio di approfondire i diversi aspetti legati al maltrattamento infantile, i segni rilevabili che possano far presagire un abuso subito e gli strumenti disponibili al personale medico e infermieristico per poter intervenire efficacemente.

Sono consapevole della complessità e della delicatezza legata a suddetta tematica, soprattutto considerando l'età del soggetto.

Credo che sia necessario superare lo stereotipo di ritenere che gli episodi di abuso infantile siano avvenimenti lontani da noi, circoscritti e nascosti all'interno delle mura domestiche; è fondamentale prendere coscienza della gravità di questo problema e individuare strumenti e mezzi adatti per far emergere queste dinamiche e combatterle, anche dal punto di vista culturale.

A livello professionale, ritengo che sia indispensabile per un infermiere saper identificare tali segni per essere in grado di interrompere prontamente la catena di abusi.

Considero che analizzare maggiormente questo tema mi consenta di poter acquisire un metodo efficace da utilizzare nella mia futura carriera da professionista sanitario, qualora si dovesse presentare un caso di sospetto maltrattamento.

Nell'ottica conoscitiva, approfondire ed elaborare tecniche adeguate nella presa in cura di questi pazienti, nonché comprendere eventuali problematiche che possono frapporsi nella pratica infermieristica può contribuire ad ampliare il proprio bagaglio di conoscenze, evitando di commettere i medesimi errori e colmando le possibili carenze che possono sussistere.

### **1.2. Domanda di ricerca**

“Quale ruolo svolge l'infermiere SUP e quali sono gli interventi infermieristici volti a riconoscere un abuso infantile su soggetti di età inferiore a 18 anni?”

P (Paziente, problema o popolazione):

Bambini di età inferiore a 18 anni con sospetto abuso di maltrattamento.

I (Intervento):

Intervento infermieristico volto al riconoscimento di un maltrattamento infantile, in grado di interrompere tempestivamente la catena di abusi.

O (*Outcome* – risultati):

Accertamento o meno di un abuso infantile.

### **1.3. Percorso di ricerca e piano della tesi**

Nella prima fase del percorso di ricerca esporrò il quadro teorico del maltrattamento infantile, mettendo in evidenza le diverse tipologie di abuso e i rispettivi segni correlati, i fattori di rischio, il panorama svizzero attuale e i servizi presenti sul territorio ticinese, nonché le caratteristiche che l'infermiere SUP deve possedere.

Nella seconda parte del percorso di ricerca procederò ad analizzare articoli scientifici al fine di redigere una revisione della letteratura, procedendo a raccogliere i dati rilevanti e alla loro analisi.

Successivamente, proseguirò ad interpretare i suddetti dati e analizzare i risultati, mettendoli in correlazione con il quadro teorico precedentemente delineato.

### **1.4. Obiettivi**

Il mio lavoro di *Bachelor* persegue una serie di obiettivi:

- individuazione delle diverse forme di maltrattamento infantile;
- identificazione dei principali fattori di rischio e protettivi;
- riconoscimento dei segni specifici di ogni forma di maltrattamento infantile;
- indicazione dei principali servizi assistenziali presenti in Ticino;
- analisi del ruolo svolto dall'infermiere SUP;
- individuazione dei principali interventi infermieristici necessari ad accertare un maltrattamento infantile;
- ricerca di strumenti utili all'infermiere SUP per valutare un caso di maltrattamento infantile;
- rilevazione ed analisi di possibili problematiche nel riconoscimento del suddetto fenomeno.

## 2. QUADRO TEORICO

### 2.1. Il maltrattamento

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il maltrattamento infantile come "tutte le forme di maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, negligenza e sfruttamento che si traducono in un danno reale o potenziale alla salute, allo sviluppo o alla dignità del bambino".

Il maltrattamento sugli infanti è una questione di salute pubblica che interessa 1 bambino su 8 che non ha ancora raggiunto la maggiore età (Jackson et al., 2015).

Il maltrattamento infantile può esprimersi in quattro forme di abuso:

- maltrattamento fisico;
- maltrattamento psicologico;
- abuso sessuale;
- negligenza e trascuratezza, tra cui la Sindrome di Münchhausen.

Possono essere infatti colpiti da solo un tipo di maltrattamento sopraelencato, mentre altri possono sperimentare forme multiple di abuso (Jackson et al., 2015).

#### Maltrattamento fisico

Con il termine maltrattamento fisico si fa riferimento alla violenza fisica, come aggressioni, punizioni corporali o gravi lesioni all'integrità del soggetto.

"Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire" (WHO, 2006, citato in *Maltrattamento infantile*, 2021).

Le lesioni più specifiche e visibili riportate sul bambino sono lesioni cutanee, lesioni termiche e fratture.

L'abuso fisico non sempre lascia sull'infante segni evidenti ad occhio nudo, il carnefice può procurare al bambino lesioni interne come la "sindrome dello Shaken baby" (Lips et al., 2020).

In base alla loro gravità, vi è una classificazione di abusi fisici:

- abuso di grado lieve;
- abuso di grado moderato;
- abuso di grado severo.

(1 *CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.).

Le categorie più suscettibili di subire questo tipo di maltrattamento sono i neonati e i bambini che muovono i primi passi, in quanto si sta sviluppando il relativo processo evolutivo e questo può suscitare tensione psichica in colui che si sta prendendo cura del bambino (*Panoramica sul maltrattamento infantile - Pediatria*, n.d.).

I siti di contusione più allarmanti in questo tipo di maltrattamento sono il torso, le orecchie e il collo (Gonzalez, Bethencourt Mirabal, & McCall, 2022).

#### Maltrattamento psicologico

Il maltrattamento psicologico infantile è definito come abuso e trascuratezza emotiva subita da un soggetto minore (Brassard et al., 2020).

La Conferenza Internazionale sull'Abuso Psicologico dei Bambini e dei Giovani, tenutasi a Indianapolis nel 1983, ha definito tale forma di maltrattamento come "atti di omissione e di commissione che sono giudicati, sulla base di una combinazione di norme comunitarie e di competenze professionali, come psicologicamente dannosi. Tali atti sono commessi da individui, singolarmente o collettivamente, che per le loro caratteristiche (per esempio, età, status, conoscenza, forma organizzativa) sono in una posizione di potere differenziale che rende un bambino vulnerabile. Tali atti danneggiano immediatamente o nel lungo periodo il funzionamento comportamentale, cognitivo, affettivo o fisico del bambino. Esempi di maltrattamento psicologico includono atti di rifiuto, stato di terrore, isolamento, sfruttamento e cattiva socializzazione" (Hart et al., 1987, p. 6; OSPRC, 1983, p. 2, citato in Brassard et al., 2020).

Successivamente, all'interno di questa definizione sono stati inclusi ulteriori atti, tra cui il respingere, degradare, corrompere, sfruttare e negare la realtà emotiva (Hart et al., 1987, p. 7, citato in Brassard et al., 2020).

Questo tipo di maltrattamento implica una forma di comunicazione e/o condotta impiegata dal *caregiver* in modo continuativo (*1 CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.). Si considera abuso quando il minore non vive in un ambiente sicuro ed adeguato alle proprie esigenze e volto a favorire il suo benessere, mettendo a repentaglio il suo sviluppo fisico, psichico e sociale (*1 CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.). Inoltre, all'interno di questo tipo di maltrattamento si fa riferimento all'isolamento forzato (si vietano contatti e interazioni con altri soggetti), all'atteggiamento trascurato nei confronti del minore in relazione ai suoi bisogni, all'attribuzione di colpe e minacce verbali (*1 CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.).

L'abuso psicologico inflitto sui minori nel tempo innesca in loro il pensiero di non contare, di non essere desiderati, amati o voluti.

Questa forma di maltrattamento comprende al suo interno l'abuso verbale, nonché atti di umiliazione compiuti sul minore, azioni che possono indurre uno stato di spavento o terrore nell'infante, e che poi possono far scaturire patologie psicologiche (Gonzalez, Bethencourt Mirabal, & McCall, 2022).

## **Abuso sessuale**

Per abuso sessuale si intende qualsiasi atto sessuale che coinvolge un adulto e un bambino, in cui questi non è considerato in grado di aver coscienza delle proprie scelte e aver consapevolezza del significato dell'attività sessuale in cui è coinvolto, per via della propria immaturità psicologica e del suo stato di dipendenza dall'adulto in questione (*1 CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.).

Questa forma di abuso comprende non soltanto l'attività sessuale posta in essere con un minore, ma un qualsiasi contatto erotico od atto non implicante un contatto diretto, ad esempio l'esposizione del bambino alla visione di atti sessuali (*1 CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.).

Anche per quanto concerne l'abuso sessuale, si fa riferimento a determinati segni fisici e comportamentali presenti nella potenziale vittima, tra cui contusioni, graffi, scarso rendimento scolastico e carenza di fiducia in se stessi (*1 CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.).

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

Il rapporto tra il carnefice e la vittima viene spiegato come un legame contraddistinto da potere, affidamento e soggezione, in cui l'artefice abusa per soddisfare i propri bisogni sessuali (Schönbucher et al., 2011).

## **Negligenza e trascuratezza**

Per negligenza e trascuratezza si fa riferimento alla mancata correttezza e carenza di cure rivolte al minore per mano del *caregiver* in relazione alle sue esigenze fisiche, psicologiche ed educative, necessarie per la formazione e lo sviluppo (1 *CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 1999) descrive la negligenza come "l'incapacità dei genitori di assicurare lo sviluppo di un bambino quando un genitore è in grado di farlo, in una o più delle seguenti aree: salute, educazione, sviluppo emotivo, nutrizione, riparo e condizioni di vita sicure" (Avdibegović & Brkić, 2020).

Questo tipo di maltrattamento si può manifestare in determinate forme:

- incuria: carenza di cure e diniego dei diritti del bambino;
- discuria: cure inadeguate per le necessità psicofisiche del minore; il *caregiver* mette in atto trattamenti inadeguati rispetto all'età del bambino, oppure si innesca nell'adulto un meccanismo di iperprotettività nei confronti del minore;
- ipercuria: cure eccessive rivolte al bambino, in cui rientra anche la Sindrome di Münchhausen per procura.

(1 *CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.).

La sindrome di Münchhausen per procura è una patologia psichiatrica adulta che interessa colui che si prende cura del bambino (*caregiver*), simulando o provocando una malattia nell'infante (Tozzo et al., 2018).

Solitamente è la madre che provoca tali condizioni patologiche, che possono essere causate da medicinali o sostanze; a volte i segni e sintomi riferiti agli operatori sanitari dal *caregiver* sono fittizi o estremizzati, con l'unico scopo di attirare la loro attenzione (Tozzo et al., 2018).

In queste dinamiche si è potuto evincere che il padre si presenta completamente distaccato dalla situazione creatasi e lontano sia sentimentalmente che fisicamente, al punto tale da assumere un atteggiamento passivo (Tozzo et al., 2018).

Il termine "per procura" evidenzia il legame generatosi tra l'artefice e la vittima di questa forma di maltrattamento minorile; il *caregiver* ha questo bisogno impellente di attenzioni da parte del personale sanitario per cui si identifica nel ruolo di paziente attraverso il bambino e l'abuso perpetrato nei suoi confronti (Tozzo et al., 2018).

Il termine "sindrome di Münchhausen per procura" fu utilizzato per la prima volta dal pediatra britannico Robert Meadow nel 1977, con l'intento di indicare patologie fittizie in infanti sani, descritte da adulti (nella maggior parte dei casi un genitore) inventando o causando loro stessi i sintomi (Tozzo et al., 2018).

Si potrebbe configurare un'ipotesi di negligenza o trascuratezza ove si manifestino determinati esiti clinici fisici e/o comportamentali, quali ad esempio il mancato rispetto del calendario delle vaccinazioni obbligatorie, cure dentali non prestate o scarsa igiene; il bambino potrebbe apparire pigro, avere uno scarso rendimento a scuola oppure avere deficit di attenzione (1 *CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*, n.d.).

## 2.2. Dati epidemiologici e statistici della svizzera italiana

Il maltrattamento infantile è un fenomeno diffuso a livello nazionale e internazionale: nel 2014 sono stati registrati 3,2 milioni di casi di maltrattamenti su minori a livello globale, di cui il 20% ha riportato prove di abuso (Gonzalez, Bethencourt Mirabal, & McCall, 2022).

In Svizzera, il maltrattamento su minori è un problema purtroppo allarmante: lo Studio Optimus ha condotto nel 2018 un'indagine scientifica, svolta dal gruppo di ricerca della Scuola universitaria di Lucerna e dell'Università di Losanna, che ha rilevato che annualmente circa 50.000 bambini si relazionano con organizzazioni per la protezione dell'infanzia al fine di ottenere tutela ed assistenza (*Studio Optimus, 2018*).

Sulla base dei dati riscontrati, è stato evidenziato che, tra settembre e novembre 2016, le organizzazioni in questione hanno riportato 7.651 nuovi casi, deducendone che ogni anno tra il 2 e il 3,3% dei minori residenti in Svizzera viene individuato per i maltrattamenti patiti (*Studio Optimus, 2018*).

In relazione a questo arco temporale, in Ticino si è registrato il numero minore di casi di maltrattamento infantile con 26 casi ogni 10.000 minori, rispetto al cantone di Zurigo in cui sono stati riscontrati ben 107 casi ogni 10.000 minori. Ciononostante, si deve ritenere che tale differenza sia causata probabilmente dalla maggior richiesta delle organizzazioni presenti in questo cantone, dotate di migliori mezzi per individuare casi di maltrattamento infantile (*Studio Optimus, 2018*).

Nell'indagine si segnala che la forma di maltrattamento più frequente è la trascuratezza: nel 2016 sono stati denunciati tra 28 e 46 nuovi casi ogni 10.000 infanti.

Confrontando i dati svizzeri con altri Paesi, si può tuttavia notare come la percentuale di bambini trascurati risulti relativamente bassa, ad esempio confrontandola con la Germania in cui la percentuale sale fino al 40% di soggetti vittime di forme lievi di trascuratezza, nonché oltre il 10% di forme gravi (*Studio Optimus, 2018*).

I risultati mostrano come le femmine siano le vittime principali di abuso sessuale con una percentuale pari al 73%, mentre riguardo le altre forme di maltrattamento i dati non rilevano grandi differenze in relazione al genere.

Inoltre, lo Studio Optimus ha rilevato che le diverse forme di maltrattamento interessano bambini di ogni età (*Studio Optimus, 2018*).

Più recentemente, il Dr. med. Markus Wopmann, medico specialista in medicina dell'infanzia e dell'adolescenza, in una relazione sui casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere, ha pubblicato un'indagine statistica condotta nel 2020 su casi di infanti curati ambulatorialmente o in un'azienda ospedaliera per sospetto o accertato maltrattamento, con la collaborazione di ventuno cliniche pediatriche («Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020», 2021).

In questa indagine sono stati registrati 1.590 casi di minori che hanno subito un sospetto o accertato maltrattamento, con l'incidenza dell'1,5% in più in relazione ai dati del 2019 («Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020», 2021).

Tuttavia, questo numero non comprende il totale dei casi di maltrattamenti infantili, in quanto non sono indicati gli episodi in cui un gruppo di protezione dell'infanzia ha solamente indirizzato il soggetto verso un centro esterno («Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020», 2021).

I risultati hanno evidenziato che il maltrattamento fisico è la forma di abuso maggiormente subita dai minori con una percentuale pari al 36,7% dei casi, a cui fa seguito la trascuratezza (26,9%), il maltrattamento psicologico (19,9%), l'abuso sessuale (16,2%)

e la Sindrome di Münchhausen per procura (0,3%) («Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020», 2021).

È emerso che ci sono più vittime di sesso femminile (il 55% dei casi) e, in base all'età, si osserva che il 18,4% dei bambini non ha ancora compiuto un anno di età e il 44% dei casi ha un'età inferiore a sei anni («Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020», 2021).

Entrambe le indagini condotte hanno segnalato che gli autori di maltrattamenti sono molto spesso interni alla famiglia della vittima, soprattutto per quanto riguarda i maltrattamenti psicologici e la trascuratezza («Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020», 2021).

L'indagine svolta da Markus Wopmann ha evidenziato come gli uomini usino maggiore violenza rispetto alle donne, e che metà dei casi di maltrattamenti psicologici e trascuratezza siano stati commessi da entrambe le figure genitoriali («Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020», 2021); mentre la ricerca svolta da Studio Optimus ha constatato che le donne siano le principali autrici di episodi di trascuratezza (*Studio Optimus, 2018*).

Per quanto riguarda l'abuso sessuale, le indagini concordano nel registrare che in circa un caso su tre l'autore sia parte della famiglia («Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020», 2021; *Studio Optimus, 2018*).

In relazione a questa forma di maltrattamento, si deve precisare che, a scapito della percentuale maggiore di vittime di sesso femminile, la statistica di vittime maschili potrebbe essere superiore rispetto ai dati raccolti, dato che questi soggetti potrebbero sentirsi fragili riferendo l'esperienza vissuta, finendo per respingere e nascondere la violenza subita (Di Giacomo et al., 2013).

I casi di abuso sessuale in Svizzera riflettono i dati a livello globale, riportanti un tasso di prevalenza media di circa il 20% per le ragazze e l'8% per i ragazzi, sottolineando che i casi di abuso sessuale con penetrazione sono minori (sino al 5,6% per le ragazze e 1,2% per i ragazzi) in confronto a casi non penetrativi, in cui le percentuali salgono rispettivamente fino al 37% e al 22% (Schönbucher et al., 2011).

### **2.3. Fattori di rischio e protettivi:**

#### **Abuso fisico**

Vi sono una serie di fattori di rischio che possono incrementare la possibilità di abuso fisico nel bambino.

Come riportato da Chaney et al. (2000), sussistono fattori di rischio di maltrattamento infantile legati ai genitori, tra cui:

- isolamento sociale;
- limitato controllo degli impulsi;
- aspettative non realizzabili della crescita dell'infante;
- ragazze madri, genitore/ *caregiver teenager*;
- depressione;
- abuso di sostanze stupefacenti;
- stato di povertà;
- perdita di lavoro;
- basso livello di scolarizzazione (Honor, 2005).

Vi sono diverse categorie di bambini che sono più vulnerabili nel subire un abuso fisico per mano del *caregiver*; tendenzialmente questo tipo di abuso colpisce infanti che hanno un'età inferiore a 3 anni. In particolare, i neonati tendono a piangere e spesso sono inconsolabili: ciò rappresenta uno dei motivi principali di abuso fisico in questa fascia di età (Hornor, 2005). Inoltre, la possibilità di subire questa forma di maltrattamento aumenta quando il bambino inizia ad imparare ad utilizzare i servizi (Chaney, 2000, Peck e Priolo-Kapel, 2002, citato in Hornor, 2005).

Nei bambini che hanno una prematurità fisica o intellettuale, una patologia cronica o che sono nati prematuramente, può derivare la rottura del rapporto tra genitore e bambino, portando ad un maggior rischio di abuso fisico (Kini & Lazoritz, 1998, citato in Hornor, 2005).

In riferimento a fanciulli che hanno difficoltà nell'apprendimento o che sono in custodia, sussiste una maggiore propensione a subire un maltrattamento fisico (Herendeen, 2002, citato in Hornor, 2005).

Oltre a ciò, Herendeen (2002) ha sottolineato che solitamente il maltrattamento infantile si reitera nel tempo, andando ad inasprirsi e peggiorare (Hornor, 2005).

## **Abuso psicologico**

Il maltrattamento psicologico molto spesso non viene riconosciuto quale forma di abuso infantile e vengono sottovalutate le conseguenze che può comportare.

Questo dipende dal fatto che il *caregiver* non comprende gli effetti provocati dal comportamento che si ripercuotono sul bambino. È stato osservato infatti che non vi è un limite preciso, nell'ambito del maltrattamento psicologico, che stabilisce ciò che è abuso e ciò che non lo è (Gamba, 2016).

Tuttavia, Glaser (2002) ha indicato alcuni fattori di rischio che possono far presagire un potenziale abuso psicologico:

- atteggiamento indisponibile da parte dei genitori/*caregiver*, trascuratezza;
- attribuzioni negative sul minore, divenendo oggetto di offesa e rifiuto;
- rapporti con il bambino inadeguati o non consoni rispetto alla sua età evolutiva, pretendendo comportamenti che si pongono al di là della sua capacità di sviluppo;
- mancata identificazione dell'individualità del minore, venendo usato per appagare le esigenze dei genitori, e mancata promozione della socialità (Gamba, 2016).

È necessario evidenziare che il problema maggiore nell'identificare questa forma di maltrattamento è costituito dalla presenza nella società mondiale di forme di genitorialità che rappresentano veri e propri comportamenti abusanti (Brassard et al., 2020).

Purtroppo, c'è ancora riluttanza nell'identificare ipotesi di abuso in queste situazioni, non considerando che anche il linguaggio e le parole usate possono ferire la persona e portare a una serie di conseguenze (Brassard et al., 2020).

Inoltre, la cultura del *caregiver* ha una forte incidenza sulla prevalenza di abuso psicologico.

Il suo atteggiamento antisociale, eventuali problemi di salute mentale e una pregressa storia di abuso infantile costituiscono fattori di rischio per ogni tipo di maltrattamento, tra cui quello psicologico (Brassard et al., 2020).

A seguito di uno studio svolto negli USA, è stato riscontrato che gli infanti affetti da disabilità fisica o psichica constatata che abitano con i loro genitori/*caregiver* sono trascurati a livello psicologico più del doppio a differenza dei bambini nei cui confronti la disabilità non è confermata (Sedlak et al., 2010, citato in Brassard et al., 2020).



## Abuso sessuale

L'abuso sessuale infantile può scaturire da una serie di fattori di rischio derivanti dalla figura genitoriale:

- mancanza di sostegno e/o forte pressione psicologica in capo ai genitori;
- scarsa scolarizzazione;
- famiglie monoparentali;
- abuso di sostanze stupefacenti;
- violenza domestica;
- stato di miseria.

(Murray et al., 2014)

I bambini più esposti a questo tipo di abuso sono:

- bambini con deficit fisici o mentali;
- bambini impulsivi;
- bambini che abitano in ambienti non consoni alle proprie esigenze e in contesti difficili;
- bambini non seguiti dal *caregiver/genitore*;
- bambini in castigo;
- bambini-soldato;
- bambini lavoratori.

Si è potuto evincere che nell'adolescenza c'è un maggior rischio di subire questo tipo di abuso (Murray et al., 2014).

Secondo gli studi di Lesniak (1993) e Allen e Lee (1992), nelle famiglie in cui la madre è assente per causa di morte, divorzio, disabilità o problemi con sostanze stupefacenti, può aumentare il rischio che possa svilupparsi un rapporto di incesto padre-figlia (Hornor, 2002).

Allen e Lee (1992) hanno evidenziato che nei contesti famigliari in cui vi è un'impostazione disorganizzata dei genitori il minore è più predisposto all'abuso sessuale extrafamigliare (Hornor, 2002).

Lesniak (1993) ha sottolineato che, nonostante l'abuso sessuale si possa verificare all'interno di ogni famiglia, questa violenza all'interno di contesti famigliari con un elevato livello socioeconomico può essere più facilmente celata, grazie ai mezzi e alle risorse di cui hanno a disposizione (Hornor, 2002).

Vogeltanz et al. (1999) hanno riscontrato che questo tipo di abuso si manifesta maggiormente all'interno di ambienti famigliari in cui le madri sono alcolizzate e i padri astemi; al contrario nelle famiglie disfunzionali è stato evidenziato che l'abuso sessuale è maggiore in situazioni in cui i padri abusano di sostanze alcoliche rispetto alle madri (Hornor, 2002).

Vogeltanz et al. (1999) hanno individuato una serie di conseguenze che possono derivare da questo tipo di abuso: stato ansioso depressivo, disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze stupefacenti (Hornor, 2002).

Vi sono altre conseguenze riportate da Greenfield (1990): scarsa autostima, sentimento di infruttuosità, continuo senso di colpa, sensazione di imbarazzo e disagio, attacchi di panico, non essere in grado a costruire relazioni solide (Hornor, 2002).

Banyard (1997), Coker (1990) e Lesniak (1993) citati in Hornor (2002) hanno evidenziato che in questa situazione di abuso può accadere che i bambini abusati sessualmente diventino a loro volta abusatori, instaurando un ciclo vizioso di abusi.

L'individuazione tempestiva di questo tipo di abuso e la messa in atto di un percorso individualizzato e famigliare hanno la finalità di diminuire gli effetti a lungo termine per il bambino abusato (Hornor, 2002).

## Negligenza

Le cause che possono portare a fenomeni di negligenza e trascuratezza nei confronti di minori sono diverse.

I molteplici modelli teorici sono stati classificati da Blumenthal (2015) in tre distinti modelli di negligenza causale:

- modello del deficit genitoriale: il *caregiver*/genitori sono coloro che hanno il compito di infondere nel bambino tranquillità ed equilibrio, quando questa responsabilità viene meno si configura un'ipotesi di genitorialità inadatta (Cameron et al. 2007, citato in Avdibegović & Brkić, 2020).

Secondo questo modello, le principali cause di negligenza minorile sono dovute ad aspetti e caratteri genitoriali non funzionali, come la psicopatologia.

Tuttavia, si sottolinea che il modello non considera le possibilità socioeconomiche del genitore/*caregiver* che possono condizionare il ruolo genitoriale (Smith & Fong 2004, citato in Avdibegović & Brkić, 2020);

- modello del deficit ambientale: il principale motivo della negligenza sul minore è dovuto alla mancanza o assenza della figura materna nell'accudire il figlio. In tale schema, l'indigenza genera uno stato di tensione che porta il *caregiver*/genitore a non essere in grado di farsi carico delle esigenze e dei bisogni dell'infante in relazione alla sua età evolutiva (Avdibegović & Brkić, 2020);
- modello ecologico-transazionale: si focalizza sullo stress e sulle modalità della sua gestione. In base a questo modello teorico, all'interno della famiglia, se i meccanismi di *coping* venissero sovrastati dallo *stress*, ciò potrebbe portare come conseguenza la trascuratezza del bambino (Daniel et al. 2011, citato in Avdibegović & Brkić, 2020).

Inoltre, si evidenzia che, quando vi è l'esposizione dell'infante sia a fattori di rischio che a fattori protettivi circoscritti, vi può essere un incremento della probabilità di negligenza e trascuratezza (Lamont & Price-Robertson 2013, citato in Avdibegović & Brkić, 2020).

I fattori di rischio analizzati che interessano il bambino sono l'età, il genere, la condotta e se il bambino soffre di disabilità fisiche o mentali.

In base a quanto affermato da Jones et al. (2012), i bambini affetti da handicap hanno un rischio maggiore di trascuratezza, pari a 4,6 volte in più rispetto a bambini sani. Secondo Parkinson et al. (2017), tenuto conto che la disabilità possa aggravare il rischio di trascuratezza, la trascuratezza stessa può costituire un fattore di rischio per l'evolversi della disabilità (Avdibegović & Brkić, 2020).

Per quanto concerne i fattori legati ai genitori/*caregiver* che possono incrementare la possibilità di subire negligenza/trascuratezza, vengono in evidenza la scarsa scolarizzazione, il distacco dalla società, le esperienze ostili vissute durante la giovane età e l'età adolescenziale dei genitori, in quanto inesperti nel crescere un bambino a causa delle scarse abilità (Avdibegović & Brkić, 2020).

Inoltre, è stato riportato che l'instabilità mentale dei genitori/*caregiver*, l'abuso di sostanze stupefacenti e alcoliche incrementano il rischio di trascuratezza/negligenza nell'infante (Schumacher et al. 2001, Stith et al. 2009, Bromfield et al. 2010, Staton-Tindall et al. 2013, Akehurst 2015, Parkinson et al. 2017, Austin 2016, Mulder et al. 2018, citato in Avdibegović & Brkić, 2020).

Un'ambiente familiare indigente può altresì incrementare la probabilità di essere soggetti a trascuratezza (Akehurst 2015, Freisthler et al. 2006, Parkinson et al. 2017, citato in Avdibegović & Brkić, 2020).

I bambini che subiscono questa forma di maltrattamento tendono a manifestare ansia, depressione, ritiro sociale, adottano un comportamento violento e agiscono istintivamente (En-Glish et al. 2005, citato in Avdibegović & Brkić, 2020).

I neonati trascurati, durante la crescita, possono manifestare un attaccamento ansioso; i bambini che frequentano l'asilo sviluppano una scarsa autostima e deficit comportamentali; mentre i bambini trascurati che frequentano la scuola invece hanno una bassa stima di se stessi e scarso rendimento scolastico (Shields et al. 2001, citato in Avdibegović & Brkić, 2020).

Da ultimo, si rileva che sussiste un tasso maggiore di bambini deceduti a causa di trascuratezza rispetto ai bambini che hanno subito violenze fisiche (Smith & Fong 2004, citato in Avdibegović & Brkić, 2020).

## 2.4. Segni dei vari tipi di maltrattamento

### Maltrattamento fisico

I segni fisici più comuni del maltrattamento fisico sono:

- Lesioni cutanee:
  - Ematomi:

E' molto probabile che i bambini deambulanti si procurino lividi; per poterli considerare maltrattamento fisico è necessario far riferimento ad alcuni punti (Lips et al., 2020):

    - Età e stadio dello sviluppo psicomotorio dell'infante:

Per far sì che vi sia la comparsa di un ematoma sul corpo del bambino occorre che venga esercitata una certa violenza, è necessario che il bambino colpisca con vigore una superficie per procurarsi un livido senza l'intervento di una persona esterna (Lips et al., 2020).  
Ciò può accadere solo se il bambino è in grado di deambulare: i neonati o gli infanti allattati non possono causarsi ematomi da soli, dato che non sono in grado o non hanno raggiunto lo sviluppo psicomotorio corrispondente.  
Per questo motivo, se vengono riscontrati ematomi nei neonati che hanno meno di sei mesi di età, dovrebbe scattare un campanello di allarme di sospetto abuso fisico (Lips et al., 2020).
    - Localizzazione:

Vi sono alcune zone del corpo in cui non si ipotizzano episodi di maltrattamento fisico, in quanto è tipico nei bambini procurarsi lividi in quei determinati punti: fronte, zigomi, naso, mento, gomiti, cresta iliaca, ginocchia e tibie (come rappresentato nella figura 1.1 e 1.2).  
Invece, i punti del corpo del bambino in cui si sospetta un maltrattamento sono collo, nuca, petto, schiena, ventre, natiche e parti interne degli arti (come rappresentato nella figura 2.1 e 2.2) (Lips et al., 2020).

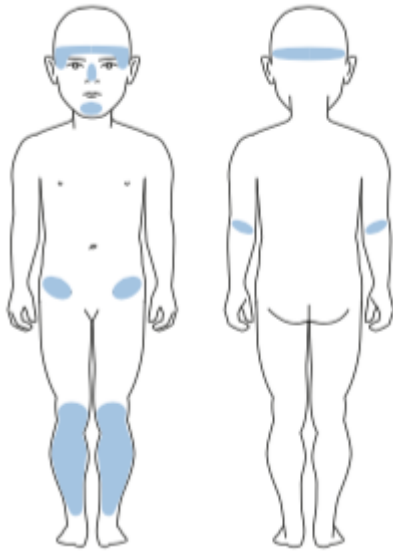


Figura 1.1: zone in cui tipicamente compaiono ematomi nel bambino deambulante, provocate accidentalmente (Lips et al., 2020).

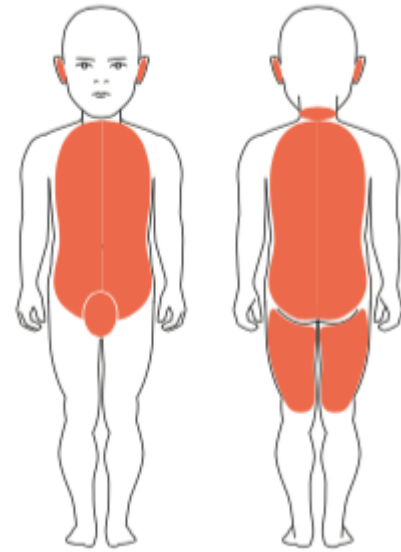


Figura 2.1: zone in cui compaiono ematomi a causa di maltrattamento fisico (Lips et al., 2020).



Figura 1.2: ematoma in uno dei punti in cui usualmente si fa male il bambino (Lips et al., 2020)



Figura 2.2: ematoma in uno dei punti in cui si sospetta abuso fisico (Lips et al., 2020)

- **Età dell'ematoma:**  
 Solitamente gli ematomi sul corpo del bambino appaiono del medesimo colore, ma questo può variare in base a quanto sangue si sia accumulato in quel punto e dai tessuti che circondano l'ematoma. Ciò indica che ematomi con colori diversi possono essere avvenuti a causa dello stesso incidente (Lips et al., 2020).  
 Tuttavia, molto spesso quando un bambino presenta lividi multipli sul corpo di diverso colore, è verosimile che non siano stati causati dallo stesso episodio ma che risalgano a diverse situazioni (Lips et al., 2020).  
 Si deve evidenziare che, per quanto attiene ai bambini deambulanti, questa teoria non sempre si dimostra veritiera in quanto, cadendo molto spesso in diversi momenti, i lividi sul corpo saranno di colore diverso.

Nondimeno, si deve comunque tenere a mente che saranno comunque localizzati nelle zone in cui caratteristicamente i bambini si fanno male. Attualmente la valenza dell'età dei lividi in base al colore ha perso rilievo; l'unico principio rimasto attiene alla colorazione giallastra dell'ematoma, che indica che il livido è presente da più di tre giorni (Lips et al., 2020).

- **Impronte:**  
Le impronte sul corpo del bambino che sono riconducibili ad oggetti o lasciate da parti del corpo, molto spesso sono causate da maltrattamento. Possono essere state procurate con vari oggetti, come corde o bastoni (figura 3.1), oppure possono essere inflitte con le mani (figura 3.2) o morsi (figura 3.3) (Lips et al., 2020)



Figura 3.1: impronta provocata da colpi con un cavo elettrico (Lips et al., 2020).



Figura 3.2: impronta causata da un forte schiaffo (Lips et al., 2020).



Figura 3.3: impronta causata da un morso umano (Lips et al., 2020).

- **Disturbo della coagulazione:**  
Nel momento in cui un bambino ha un disturbo della coagulazione, è evidente che gli ematomi presenti sul suo corpo assumano un'importanza differente; questo, tuttavia non esclude il fatto che anche questi bambini possano essere stati abusati (Lips et al., 2020).
- **Diagnosi differenziali:**
  - macchia mongolica (solitamente su tutta la superficie della schiena, sulle braccia fino al dorso della mano);
  - porpora di Schönlein-Henoch e altre vasculiti;
  - lichen scleroatrofico;
  - mastocitosi, orticaria pigmentosa;
  - eritema nodoso;
  - malformazioni e tumori vascolari;
  - striae rubrae (Lips et al., 2020).

- Lesioni termiche:

- Scottature:

In relazione a questa tipologia di lesione, si deve primariamente distinguere l'ipotesi di scottatura accidentale che si verifica quando il bambino, giunto a un determinato livello psicomotorio, si procura accidentalmente un'ustione, ad esempio traendo verso di sé bevande o cibi roventi dal tavolo o dai fornelli (Lips et al., 2020).

Questo tipo di scottatura si presenta sul petto o sull'addome e a volte può presentarsi anche sul mento o sulle spalle, riducendosi verso la zona caudale (figura 4.1), (Lips et al., 2020).

Scottature accidentali possono presentarsi anche su neonati, qualora si trovino in braccio o sulle ginocchia di una persona e quest'ultima tenga in mano una bevanda scottante (Lips et al., 2020).

Al contrario, si è dinanzi a scottature dovute da maltrattamento quando queste presentano contorni ben delineati e sono delimitate in zone in cui il bambino è impossibilitato a scottarsi da solo, come mani, piedi e area anogenitale (figura 4.2) (Lips et al., 2020).



Figura 4.1: scottatura accidentale provocata da una bevanda rovente che il bambino tirato verso di sé dal tavolo (Lips et al., 2020).



Figura 4.2: scottatura dovuta a causa di maltrattamento: immersione dei piedi del bambino in acqua rovente (Lips et al., 2020).

- Bruciature:

Sul presupposto che i bambini non sono in grado di riconoscere situazioni di pericolo, può capitare che possano prendere accidentalmente tra le mani oggetti incandescenti o che si facciano male sulla pianta del piede; tuttavia, tali bruciature sono solitamente associate ad altre ferite (Lips et al., 2020).

Quando sul corpo del bambino vi è la presenza di bruciature aventi forma di un ferro da stiro o di una bruciatura di sigaretta (figura 5.1), deve sorgere il sospetto che l'infante sia stato maltrattato (Lips et al., 2020).



Figura 5.1: bruciature di sigaretta sul dorso della mano sinistra di una bambina di 8 anni e 4 mesi (Jacobi et al., 2010).

- Diagnosi differenziali:
  - impetigine bollosa;
  - *staphylococcal scalded skin syndrome* (sindrome combustiforme stafilococcica);
  - *epidermolysis bullosa*;
  - fitofotodermatite;
  - terapie popolari in Estremo Oriente (passare un cucchiaino rovente sulla pelle contro la febbre: Cao Gio o *cupping*) (Lips et al., 2020).
  
- Fratture:

Le fratture scheletriche hanno una rilevanza considerevole di sospetto abuso fisico per quanto concerne la diagnosi, soprattutto qualora le fratture non corrispondano al racconto dell'adulto su come sono state causate, e ove siano presenti in un bambino molto piccolo (Lips et al., 2020).

Si ha un sospetto di maltrattamento fisico nell'ipotesi di:

  - fratture avvenute nel primo anno di vita del bambino;
  - fratture al femore entro i quattro anni di vita;
  - fratture costali nei bambini molto piccoli;
  - fratture al cranio composite nei bambini molto piccoli e il genitore afferma che la caduta è avvenuta al di sotto di un metro di altezza;
  - fratture metafisarie;
  - coesistenza di più fratture risalenti a momenti diversi, qualora il *caregiver* asserisca che la contusione sia avvenuta in un unico incidente (Lips et al., 2020).
  - Età e psicomotricità del bambino:

La presenza di fratture ossee in bambini al di sotto di un anno di vita è un campanello d'allarme di un sospetto abuso in quanto, non camminando, è impossibilitato a procurarsi fratture (a differenza di un bambino deambulante) (Lips et al., 2020).

Vi sono però alcuni studi che dimostrano che se le fratture sono presenti in bambini con un'età inferiore ai quattro anni bisogna sospettare che sia stato subito un maltrattamento (Lips et al., 2020).
  
  - Punti caratteristici di fratture:

Le fratture che fanno sospettare un maltrattamento nei neonati sono quelle che riguardano le costole, le ossa lunghe, le fratture metafisarie ed epifisarie. Si sospetta un maltrattamento quando il bambino presenta contemporaneamente tre fratture ossee (Lips et al., 2020).

- Diagnosi differenziali:  
 Occorre considerare alcune patologie tra cui:
  - osteogenesi imperfetta;
  - osteopenia dovuta a una prematurità inferiore alla 32° settimana di gestazione;
  - osteopenia determinata da inerzia dovuta a disabilità del bambino;
  - osteopenia dovuta da nefropatia;
  - rachitismo  
 (Lips et al., 2020).
- Lesioni interne:  
 Questo tipo di lesione richiede un ricovero ospedaliero urgente, in quanto presenta un quadro clinico severo (Lips et al., 2020).
- Lesioni otorinolaringoiatriche:  
 Può accadere che bambini molto piccoli presentino emorragie otorinolaringoiatriche: queste lesioni sono provocate qualora l'adulto imbocchi il bambino bruscamente o percuota la sua bocca. Questa condotta può portare una serie di conseguenze:
  - danneggiamenti della mucosa del cavo orale;
  - ustioni alle labbra e al cavo orale;
  - spaccatura del frenulo;
  - otoematoma;
  - epistassi;
  - lividi, ustioni segni di morsi sul volto;
  - asportazione e frattura dei denti  
 (Lips et al., 2020).
- Sindrome del bambino scosso (*Shaken Baby Syndrome*):  
 Essa si manifesta quando il bambino, che non è in grado di bloccare la sua testa, viene scosso dal genitore/adulto in senso sagittale, procurandogli danni intracranici e intracerebrali severi senza subire colpi da agenti esterni (Lips et al., 2020).  
 La sindrome provoca ematomi subdurali, aumento della pressione intracranica ed emorragie alla retina e nel corpo vitreo (figura 5.2).  
 Tendenzialmente colpisce neonati che hanno un pianto inconsolabile; la prognosi solitamente è infausta, il 20-25% delle vittime decede subito dopo il trauma, coloro che riescono a sopravvivere riscontrano disabilità (Lips et al., 2020).

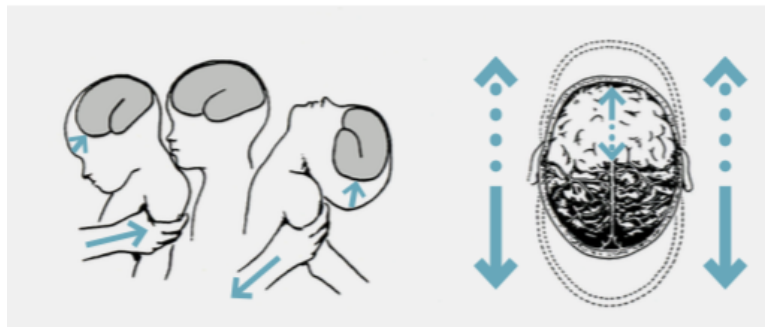


Figura 5.2: meccanismo della sindrome del bambino scosso  
 (Lips et al., 2020)



- *Female genital mutilation:*  
Durante l'esame genitale femminile, si individua subito se si è in presenza di una mutilazione genitale nell'ipotesi in cui si riscontra, ad esempio, l'assenza del clitoride o delle piccole labbra (Lips et al., 2020).  
È più difficoltoso comprendere se è stata praticata una mutilazione genitale qualora durante la visita vi siano segni più sottili, quali il graffio del clitoride, che tendenzialmente eludono l'esame (Lips et al., 2020).

## Maltrattamento psicologico

I segni psicologici che vengono riscontrati nei bambini abusati psicologicamente sono i seguenti. Tuttavia, è utile ribadire il fatto che se non segnalati, questi segni possono diventare una conseguenza duratura e persistente nel carattere o nei tratti di personalità di questi giovani pazienti, innescando il rischio di disturbi psicologici più strutturati.

- Comportamento timoroso “vittimistico” o condotta aggressiva: coloro che hanno un comportamento vittimistico tendono ad attribuire la colpa della loro infelicità a terzi (Baldrati, n.d.); per condotta aggressiva si intende procurarsi delle lesioni, ad esempio pizzicarsi o battere i pugni sul muro o per terra durante un momento di rabbia, scagliare oggetti contro una persona che sia un coetaneo o un adulto, spintonare o fare lo sgambetto ai bambini con cui sta giocando, oppure picchiare gli animali da compagnia. Tutti questi comportamenti potrebbero portare a problemi durante dello sviluppo (*Aggressività nei bambini*, n.d.);
- personalità dura e scarsa adattabilità: fa riferimento a un soggetto che si mostra inflessibile e rigido nei contesti sociali, con altre persone (*Dizionario italiano - Corriere.it*, n.d.); con scarsa adattabilità si fa riferimento ad una sensazione di stress vissuta dall'individuo quando pensa di essere sotto giudizio e ha paura di ricevere un'opinione non positiva («DISTURBO DELL'ADATTAMENTO», 2016)
- senso di auto-svalutazione: si intende una mancanza di sicurezza in se stessi e nelle proprie capacità; questo stato d'animo non agevola il percorso evolutivo del soggetto, in quanto non gli permette di sviluppare una personalità tale da poter affrontare problematiche che possono verificarsi durante il corso della vita (*Dizionari Simone Online*, n.d.)
- scarsa socialità: questi tipi di soggetti presentano un alto grado di irascibilità, non hanno la capacità di riflettere sulla propria condotta. I bambini con una propensione a chiudersi in se stessi sviluppano una difficoltà a gestire le proprie frustrazioni, non riconoscono l'importanza di rispettare le regole di convivenza civile, difficoltà nel concentrarsi, scarsa capacità di mettersi nei panni dell'altro, ridotto livello di intelletto e manifestano un'alta tendenza a porsi in maniera violenta e irruenta (*Difficoltà nella socializzazione - Psicologia e Psiche*, n.d.);
- iperattività: per ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/iperattività) si intende un coniugarsi di sintomi comportamentali, comprendenti la scarsa attenzione e l'impulsività. I sintomi sono i seguenti: ridotto tempo di attenzione, irrequietezza, propensione a distrarsi e continuo movimento. Possono manifestare anche problemi legati al riposo e deficit nell'acquisire nuove conoscenze (Pazienti.it, 2012);
- adultizzazione prematura: si intende che un bambino assume atteggiamenti e comportamenti più maturi rispetto alla propria età evolutiva. Questi tipi di bambini mettono in rilievo problematiche non riguardanti la loro età evolutiva. I pensieri ricorrenti riguardano tematiche di cui dovrebbero essere gli adulti a

- preoccuparsene, privandosi della loro età evolutiva e leggerezza che dovrebbe contraddistinguerli (*L'adultizzazione dei bambini*, n.d.);
- sentimento di ansia nelle separazioni: si presenta con un estremo terrore o ansia di allontanarsi dal contesto in cui vive e si relaziona, questo sentimento può portare a gravi conseguenze nella vita del soggetto perché può ridurre l'attitudine a impegnarsi in modo proficuo. Questi soggetti assumono un atteggiamento turbolento e nervoso ogni qualvolta che si allontanano dal *caregiver* (*Ansia da separazione - Istituto A.T. Beck, 2017*);
  - abitudini stereotipate: si intende il mantenimento per un periodo prolungato di un medesimo atteggiamento o abitudine, oppure compiere ripetutamente specifiche azioni (*Enciclopedia Treccani*, n.d.)
  - durezza e atteggiamento di sfida (*Maltrattamento infantile, 2021*);
  - status ansioso continuo, poca autostima, sfiducia verso gli altri e in se stessi (*Maltrattamento infantile, 2021*);
  - idea ostile del mondo (*Maltrattamento infantile, 2021*);
  - sentimento di tristezza, difficoltà e insufficienza nel dare uno *sprint* alla propria vita (*Maltrattamento infantile, 2021*).

È molto importante che questi segni non vengano presi singolarmente per ipotizzare un maltrattamento psicologico, ma devono esservi maggiori elementi (*Maltrattamento infantile, 2021*).

## **Abuso sessuale**

Quando si è dinanzi a un sospetto abuso sessuale infantile, è necessario procedere a un esame fisico, valutando in particolare l'area anogenitale.

Ciò viene compiuto soltanto a seguito di una precisa esposizione di quanto verrà eseguito nei confronti del bambino, usando una terminologia e linguaggio consono all'età evolutiva del paziente (Herrmann et al., 2014).

È fondamentale per l'anamnesi il periodo di tempo decorso tra l'abuso e la visita medica, in quanto un'indagine svolta in ritardo può non rilevare alcun segno fisico sull'infante.

Si deve esaminare l'intero corpo del paziente per individuare eventuali ferite extragenitali e per far sì che non vi sia una smodata pressione psicologica in riferimento all'area genito-anale (Herrmann et al., 2014).

L'esame anogenitale viene effettuato mediante una serie di criteri e tecniche, chiedendo al bambino di mettersi in posizione supina, in posizione ginocchio-torace, e in decubito laterale. Vengono utilizzate tre procedure standard per valutare al meglio i possibili segni presenti: separazione labiale, trazione labiale e posizione ginocchio-torace. Lo strumento del colposcopio è fondamentale per svolgere questo esame (Herrmann et al., 2014).

I risultati devono essere accuratamente riportati nella cartella clinica.

In relazione all'esame genitale femminile, non è consigliato eseguire una visita vaginale strumentale in ragazze prepuberi ed è inopportuno procedere a palpazione anale e vaginale (Herrmann et al., 2014).

A seguito dell'esame, vi sono una serie di risultati che indicano che molto probabilmente il bambino abbia subito un abuso sessuale:

- trauma severo all'area genitale e/o anale:
  - abrasioni o lacerazioni di labbra, pene, scroto o perineo;

- lacerazione acuta della fourchette posteriore o del vestibolo, che non interessa l'imene;
- ematomi, petecchie o abrasioni sull'imene;
- grave lacerazione dell'imene (indipendentemente dalla profondità);
- lacerazione vaginale;
- lacerazione perianale che interessa i tessuti sotto l'epidermide; (Adams et al., 2018).
- lesioni in miglioramento (in ripresa) ai tessuti genitali e anali:
  - tessuto cicatriziale perianale;
  - cicatrice della fourchette posteriore o della fossa;
  - transezione imenale guarita e fessura imenale completa;
  - segni di mutilazioni genitali femminili o di taglio (Adams et al., 2018).

Per quanto concerne l'abuso genitale su un soggetto maschile, i segni si individuano in lesioni dell'asta del pene o del glande, lacerazioni del frenulo e/o del grande, petecchie o tracce di morsi o suzione (Herrmann et al., 2014).

Si deve sottolineare che i dati raccolti sono mutevoli in relazione al tipo e alla ripetizione nel tempo della violenza subita. Si deve inoltre tener conto dello strumento impiegato, del vigore utilizzato, dell'età della vittima e della forza utilizzata da quest'ultima per difendersi (Herrmann et al., 2014).

È importante classificare i reperti per poterli definire, stimare e poter rinvenire a un quadro clinico lineare. Lo strumento principale impiegato per analizzare i risultati anogenitali è la classificazione a tre livelli di Adams:

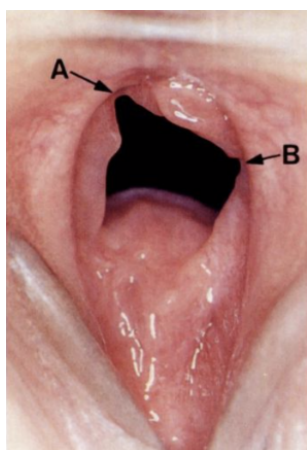
- Adams I: reperti normali o con una giustificazione differente rispetto all'abuso;
- Adams II: reperti dubbi che possono far ritenere che sia stato commesso un abuso sessuale;
- Adams III: reperti che definiscono la diagnosi di abuso sessuale (Herrmann et al., 2014).

Per quanto attiene l'area anale, può esservi in particolare il reperto denominato "dilatazione anale riflessa" che rappresenta un possibile segno di abuso quando l'ano si dilata per più di 2 cm in mancanza di feci nell'ampolla (Herrmann et al., 2014).

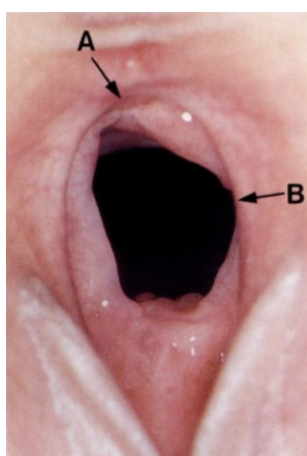
Inoltre, una possibile prova di abuso sessuale può essere la presenza di una malattia sessualmente trasmissibile, anche se si tratta di un caso raro (1-4%) (Herrmann et al., 2014).

Concludendo, si evidenzia che, escludendo le lacerazioni imenali profonde e totali, le abrasioni e lividi scompaiono dopo 3-4 giorni, le petecchie in 48 ore per fanciulli prepuberi e 72 ore per puberi, mentre gli ematomi più grandi spariscono entro due settimane (Herrmann et al., 2014).

Di seguito viene riportato un caso di una bambina di vittima di abuso sessuale con penetrazione (McCann et al., 1992).



Nella figura 5.3 è rappresentato il caso di una bambina di 9 anni a 11 giorni dalla violenza subita. La paziente è posizionata prona con ginocchia al petto, vi è una marcata irregolarità dei bordi dell'imene che sono evidenziati alle ore 11 (A) e alle ore 3 (B). E' presente un bordo imenale stretto con angoli acuti (McCann et al., 1992).



Nella figura 5.4 è rappresentato il medesimo caso dopo 25 giorni dall'aggressione. La bambina è in posizione prona con ginocchia al petto, il bordo imenale è più liscio e pallido. Il bordo dell'imene è stretto con angolo alle ore 11 (A) e alle ore 3 (B) (McCann et al., 1992).

## Negligenza

Nel momento in cui viene eseguito l'esame fisico sul corpo del bambino possono essere individuati alcuni segni di trascuratezza, come un'igiene orale insufficiente con presenza di carie dentali, segni di nutrizione inadeguata con conseguenti problemi di crescita, nei più piccoli possono presentarsi eritemi, arrossamenti dovuti al pannolino e lesioni non curate (Gonzalez, Bethencourt Mirabal, McCall, et al., 2022)

Per quanto concerne la negligenza dentale, viene definita dall'*American Academy of Pediatrics Dentistry* come "l'incapacità intenzionale del genitore o del tutore di cercare e seguire il trattamento necessario a garantire un livello di salute orale essenziale per una funzione adeguata e la libertà dal dolore e dalle infezioni" (Costacurta et al., 2015).

Nell'infante se le negligenze dentali non vengono curate, possono procurare dolore, sepsi e portare a una nutrizione non adeguata, con relativi deficit nella crescita (Costacurta et al., 2015).

Durante l'esame fisico, vengono osservati da parte dello specialista una serie di segni che dovrebbero far sospettare che sia stato subito un maltrattamento:

- lesioni da pressione;
- igiene carente e vestiti non adatti alla stagione;
- segni di disidratazione, malnutrizione e perdita di peso corporeo;
- sentimento di ansia, depressione e repressione delle proprie emozioni o, al contrario, comportamento aggressivo;
- perdita dei capelli;

- abuso di farmaci o di sostanze nocive;
- rottura dei denti;
- tagli, ecchimosi sul corpo;
- salute cagionevole a causa della trascuratezza da parte dell'adulto di fornirgli le cure mediche adeguate (Adigun et al., 2022).

## **Sindrome di Münchausen per procura**

I segni e sintomi della MSBP si distinguono in lievi e complessi e si caratterizzano nell'emulazione nel bambino di manifestazioni sintomatologiche fittizie o nel portare all'esasperazione i sintomi di una patologia di cui soffre il bambino (Tozzo et al., 2018).

I segni che caratterizzano questa sindrome psichiatrica sono:

- numerosi ricoveri del bambino in strutture sanitarie diverse;
- risultati diagnostici non congrui con i sintomi descritti dal genitore/*caregiver*;
- quando le dimissioni sono prossime c'è un aggravamento della sintomatologia;
- richiesta eccessiva da parte del *caregiver* di eseguire esami invasivi sul bambino;
- il *caregiver* non vuole che il medico consulti persone terze (T, 2017).

## **2.5. Servizi presenti sul territorio ticinese**

Sono presenti una serie di servizi di assistenza e protezione della famiglia e dei minorenni sul territorio ticinese.

Tali servizi rientrano nella sfera di attività del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS), il quale eroga prestazioni di qualità ai propri cittadini e ha il compito di redistribuire le risorse finanziarie (DSS, n.d.).

Grazie al coinvolgimento di diversi enti sociali e sanitari, il DSS è in grado di garantire servizi ottimali e, mediante consulenze e sostegno diretto, offre aiuto e inclusione nella società (DSS, n.d.).

Il Dipartimento si suddivide in tre Divisioni, tra cui la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF) che si occupa di fornire prestazioni finanziarie e realizza attività di consulenza ed assistenza (DSS, n.d.).

La Divisione dell'azione sociale e delle famiglie realizza una serie di interventi in diversi ambiti:

- settore sociosanitario;
- settore volto al sostegno e all'inserimento sociale;
- settore delle famiglie e dei giovani.  
(DSS - DASF, n.d.).

In relazione a quest'ultimo settore, vi è la presenza di due distinti uffici:

- l'Ufficio del sostegno a enti e attività per famiglie e giovani (UFaG), il quale ha la funzione di organizzare e monitorare le attività progettate a favore di minori e delle rispettive famiglie, supportando i nuclei familiari e la gioventù. Oltre a ciò, a questo Ufficio compete dell'erogazione dei contributi necessari, ad esempio per i centri educativi per minorenni (CEM) (UFaG, n.d.).
- l'Ufficio dell'aiuto e della protezione (UAP), che opera in relazione a tematiche legate a famiglie e minori, affidamenti, adozioni, curatele e tutele, nonché assistenza a vittime di reato (UAP, n.d.).

## **Ufficio dell'aiuto e della protezione (UAP)**

L'Ufficio dell'aiuto e della protezione fornisce prestazioni di servizio sociale individuale a protezione dei minori qualora il loro benessere sia messo a repentaglio, per cause legate a forme di negligenza, trascuratezza e maltrattamento subiti (UAP, n.d.).

Il servizio diviene operativo a seguito di richiesta della famiglia, o su decisione dell'autorità civile o giudiziaria competente (UAP, n.d.).

La base giuridica di riferimento è dettata dalla Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie) del 15 settembre 2003, nonché dal relativo Regolamento (Repubblica e Cantone Ticino, n.d.).

L'intervento volto all'aiuto e alla protezione può essere realizzato attraverso una serie di attività:

- consulenze a famiglie, con un proprio contributo diretto o indirizzamento verso centri esterni;
- prestazioni di aiuto sociale a favore dei nuclei famigliari;
- analisi in merito alla possibilità di affidamento presso terzi, predisponendo l'eventuale sistemazione di minori presso famiglie affidatarie o centri educativi;
- considerazioni circa la situazione socio-famigliare e l'ambiente di vita del minore, volte a definire la sussistenza di un potenziale rischio per i minori (UAP, n.d.).

## **Servizio per l'aiuto alle vittime di reati (LAV)**

L'Ufficio dell'aiuto e della protezione (UAP) comprende al suo interno il Servizio per l'aiuto alle vittime di reati (LAV), struttura cantonale dedita ad aiutare vittime di reati, predisponendo l'offerta di prestazioni a titolo gratuito (Servizio LAV, n.d.).

Il Servizio in questione si basa a livello giuridico sulla Legge federale concernente l'aiuto alle vittime di reati (LAV) del 23 marzo 2007, introdotta con l'obiettivo di assistere le vittime di reati e garantire l'esercizio dei propri diritti, in ossequio alla disposizione di cui all'articolo 124 della Costituzione federale, che afferma che "la Confederazione e i Cantoni provvedono affinché chi sia stato leso nella sua integrità fisica, psichica o sessuale in seguito a un reato riceva aiuto, nonché un'equa indennità qualora siano derivate difficoltà economiche" (Consiglio Federale, n.d.-a).

L'articolo 2 della Legge LAV specifica che l'aiuto alle vittime include "consulenza e l'aiuto immediato, l'aiuto a più lungo termine fornito dai consultori, il contributo alle spese per l'aiuto a più lungo termine fornito da terzi, l'indennizzo, la riparazione morale e l'esenzione dalle spese processuali" (Consiglio Federale, n.d.-b).

Sul territorio ticinese sono presenti tre sedi regionali (Bellinzona e Valli, Locarno e Valli, Lugano e Mendrisio), il Servizio viene reso da operatori sociali sotto la direzione del Delegato per l'aiuto alle vittime di reati (Servizio LAV, n.d.).

Il Servizio LAV offre una serie di attività:

- spazio d'ascolto;
- assistenza nel percorso di elaborazione di quanto subito, con lo scopo di poter reagire;
- comunicazione circa i diritti della vittima e l'eventuale prospettiva risarcitoria;
- assistenza in tutte le fasi del procedimento penale e/o civile (Servizio LAV, n.d.).

Il Servizio offre un sostegno alla vittima, garantendo assistenza mediche, psicologiche, sociali e giuridiche (Servizio LAV, n.d.).

Interviene per eliminare o limitare gli effetti immediati derivanti dal reato, tra cui un primo aiuto psico-pratico, consulenza medica, un primo colloquio con un avvocato e può essere fornito un alloggio d'emergenza (Servizio LAV, n.d.).

Nelle ipotesi di maltrattamento e abuso sessuale, il Servizio LAV può organizzare il collocamento urgente del minore in un determinato ambiente, in base alla decisione emessa dall'autorità regionale di protezione (Servizio LAV, n.d.).

Il Servizio LAV adotta misure di salvaguardia, sensibilizzazione, informazione ed educazione, avendo una cura specifica per i minori (Servizio LAV, n.d.).

## **Fondazione ASPI**

ASPI è una Fondazione della Svizzera italiana per l'aiuto, il sostegno e la protezione dell'infanzia, attiva dal 1991, costituente il principale ente privato sul territorio della Svizzera italiana volto a tutelare i minori e i loro diritti (ASPI, n.d.).

La Fondazione si prefigge come scopo di prevenire le forme di maltrattamento infantile, offrendo corsi di formazione per adulti e professionisti e attività di prevenzione per minori, figure genitoriali ed insegnanti (ASPI, n.d.).

ASPI cerca di fornire strumenti protettivi utilizzabili nella quotidianità, realizzando altresì opere di sensibilizzazione a favore della popolazione (ASPI, n.d.).

Il programma di prevenzione attivato dalla Fondazione permette di acquisire capacità emozionali e relazionali (ASPI, n.d.).

È complesso valutare i risultati delle attività preventive, ma vari studi hanno evidenziato una solida riduzione dei maltrattamenti su infanti nelle ipotesi in cui sono state attuate azioni di prevenzione (ASPI, n.d.).

Inoltre, la Fondazione organizza corsi di formazione per educatori, genitori e professionisti riguardanti gli strumenti preventivi, il maltrattamento infantile e la corretta educazione dei bambini (ASPI, n.d.).

ASPI collabora con una serie di associazioni e fondazioni presenti sul territorio svizzero, quali la Rete svizzera diritti del bambino, associazione di organizzazioni non governative svizzere dedita ad applicare la Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia in Svizzera; l'Associazione per la Protezione dell'Infanzia che si occupa di proteggere gli infanti, tutelare il loro benessere e i rispettivi diritti, oltre a collaborare anche con il Dipartimento della Sanità e della socialità ticinese (DSS) (ASPI, n.d.).

## **Protezione dell'infanzia Svizzera**

Protezione dell'infanzia Svizzera è una fondazione presente in tutto il territorio nazionale dal 1982, che si presta a proteggere i bambini cercando di farli crescere in un ambiente adeguato alle loro esigenze (Protezione dell'infanzia Svizzera, n.d.)

La fondazione offre attività di prevenzione, rivolgendosi ad adulti, professionisti, educatori e alla stessa popolazione svizzera (Protezione dell'infanzia Svizzera, n.d.)

Inoltre, la Fondazione individua una serie di sportelli di segnalazione e consultori dislocati sul territorio svizzero a cui la popolazione può rivolgersi in base alle proprie necessità (Protezione dell'infanzia Svizzera, n.d.).

## 2.6. Ruolo dell'infermiere SUP

Nella presa a carico di un bambino per sospetto maltrattamento, il ruolo infermieristico è rilevante per accertare se il soggetto abbia subito un abuso, al fine di poter intervenire con gli strumenti adeguati e interrompere la catena di maltrattamenti (SUPSI, n.d.).

In relazione a questo ambito, vengono in evidenza una serie di competenze generali che l'infermiere SUP deve avere:

- possedere una conoscenza generale della politica sanitaria (A), comprendendo il quadro normativo vigente, la gestione del sistema sanitario svizzero e i relativi principi e limiti. L'infermiere SUP deve avere la capacità di prestare la propria attività rispettando le disposizioni legali e analizzando l'efficacia, la qualità e l'adeguatezza delle azioni realizzate (SUPSI, n.d.);
- essere fornito di conoscenze professionali specialistiche e competenza metodologica (B): deve possedere le conoscenze scientifiche richieste, sostenere la salute dei pazienti predisponendo le opportune misure. Oltre a ciò, egli deve essere dotato di un ragionamento clinico, sapendo individuare le misure di presa in carico da adottare nel caso concreto, erogando prestazioni di alta qualità (SUPSI, n.d.);
- essere dotato di professionalità e senso di responsabilità (C): deve assumere le proprie responsabilità e osservare i propri limiti, agendo secondo i principi dell'etica professionale, in maniera autonoma e innovativa (SUPSI, n.d.);
- avere doti comunicative, di interazione e documentazione (D): deve cooperare con altre figure professionali che possono entrare in gioco nella presa a carico del paziente ed essere capace di instaurare con questo soggetto una relazione professionale, nonché con la sua famiglia, elargendo una prestazione consona al caso di specie (SUPSI, n.d.).

L'infermiere SUP deve altresì possedere determinate competenze professionali specifiche, allo scopo di favorire una buona assistenza al paziente (SUPSI, n.d.).

Innanzitutto, deve ricoprire il ruolo di esperto in cure infermieristiche (A): deve essere responsabile del proprio operato e di quanto esaminato e definito.

In particolare, deve essere responsabile delle cure infermieristiche, deve elargire le cure richieste per salvaguardare la salute del paziente, valutandone costantemente l'esito (ES1) (SUPSI, n.d.).

Deve assumersi la responsabilità di fornire prestazioni di alto valore, adeguate, valide e durature (ES2). In aggiunta, è tenuto a erogare consulenze infermieristiche al paziente e ai rispettivi familiari, sulla base delle proprie conoscenze professionali e dei principi etici (ES3) (SUPSI, n.d.).

L'infermiere SUP deve essere un ottimo comunicatore (B), deve favorire l'instaurazione di relazioni di fiducia e riportare informazioni in modo adeguato rispetto al contesto (SUPSI, n.d.).

Egli deve essere in grado di creare rapporti professionali di fiducia e adattare il proprio linguaggio in relazione al momento concreto (COM1), analizzando i risultati ottenuti in base al quadro normativo di riferimento (COM3). Deve inoltre condividere il suo trascorso professionale con l'equipe di lavoro (COM4) (SUPSI, n.d.).

Il curante SUP deve considerare la sua figura all'interno di un'equipe di lavoro (C): è richiesta la sua partecipazione a riunioni interdisciplinari e interprofessionali (SUPSI, n.d.).



È necessario che prenda parte all'adozione di risoluzioni complesse in gruppi intraprofessionali e interprofessionali (GR3), nonché deve porre le proprie conoscenze a favore delle altre figure presenti, del paziente e del suo nucleo familiare (GR4) (SUPSI, n.d.).

L'infermiere SUP, quale promotore della salute (E), tiene conto della propria formazione professionale da esperto e la utilizza per favorire la salute e la qualità della vita dei pazienti a carico (SUPSI, n.d.).

In relazione a questo ambito, il curante SUP deve essere dedito a tutelare al meglio i propri pazienti (AVV1) ed includere progetti di promozione e prevenzione della malattia, in questo caso del maltrattamento infantile (AVV2) (SUPSI, n.d.).

Costui deve svolgere un ruolo di apprendente ed insegnante (F), continuando ad imparare ed implementare il proprio bagaglio di conoscenze (APP1). Deve elaborare le attività prestate e il loro significato, valutando se sussistono mancanze e considerando il proprio operato, il rapporto con i pazienti e le proprie conoscenze per migliorarsi sempre (APP4) (SUPSI, n.d.).

In conclusione, la figura professionale del curante SUP richiede che si adoperi per favorire la salute e la qualità di vita del singolo e della popolazione (G), mantenendo un comportamento adeguato all'etica professionale nei rapporti con il paziente e i suoi *caregiver* (PRO1) (SUPSI, n.d.).

## 2.7. Comportamenti pratici tenuti dall'infermiere di *triage*

Da un punto di vista squisitamente pratico, il medico e l'infermiere di pronto soccorso possono rappresentare i primi soggetti in grado di identificare un'ipotesi di maltrattamento infantile (Germani, n.d.).

In caso di ingresso di un bambino all'interno del pronto soccorso, ciò che ci si aspetta da un infermiere di *triage* è, innanzitutto, l'esecuzione di una precisa anamnesi, riservando una particolare attenzione al comportamento del bambino e dei suoi accompagnatori, nonché al contenuto e ai dettagli dell'evento raccontato dai suddetti soggetti (Rapaccini, 2019).

In primo luogo, l'infermiere deve effettuare l'ABC, formula mnemonica che rammenta agli operatori sanitari la successione corretta di tre primari interventi salvavita da effettuare a favore del paziente:

- **A *airway*** – vie aeree: si deve accertare che le vie aeree siano libere e non ostruite mediante la “manovra a borsellino”, che consiste nell'aprire la bocca roteando l'indice e il pollice per verificare che il cavo orale non sia ostruito; in seguito, si pone il capo del paziente in ipertensione al fine di prevenire che la lingua ceda;
- **B *breathing*** – respiro: è fondamentale verificare il respiro mediante la manovra GAS (Guardo Ascolto Sento), che prevede di valutare il corretto movimento del torace nudo del paziente all'atto della respirazione, nell'ascolto per valutare che il respiro sia normale e nel controllare tutto ciò accostando la propria guancia alla bocca del soggetto;
- **C *circulation*** – circolazione: è necessario verificare che vi sia una corretta circolazione facendo ricorso all'osservazione denominata MO.TO.RE. (Movimenti, Tosse, Respiro), che richiede la sussistenza di tutti questi elementi che indicano che non c'è stato alcun arresto cardiaco. Successivamente, si deve controllare il battito cardiaco percepibile sulla carotide e sul polso.  
(Primo soccorso: regola ABC | Blog ABCsalute.it, n.d.)

Sussistono una serie di elementi che l'infermiere di *triage* deve considerare nella raccolta delle informazioni utili per l'anamnesi del paziente pediatrico:

- elementi anamnestici, tra cui si deve indicare se il bambino è stato condotto in pronto soccorso in ritardo in relazione all'evento subito, se si è riscontrata un'anamnesi ambigua, incoerente con i segni riportati dall'infante o scarsa di contenuto sui dettagli dell'evento che si è verificato. Inoltre, deve essere indicato se questo tipo di episodi si sia già verificato e se l'infante sia già stato ricoverato per traumi simili;
- elementi clinici, tra cui la possibile presenza di plurimi traumi risalenti a periodi differenti, la zona in cui è ubicata la lesione, la compresenza di molteplici traumi diversi, nonché come si presenta e la gravità della ferita riportata;
- elementi comportamentali ricavati dall'attitudine assunta dai *caregivers* e dall'atteggiamento tenuto dal bambino.

(*Dossier\_-\_Riconoscere\_e\_trattare\_il\_maltrattamento\_nel\_bambino1.pdf*, n.d.)

L'infermiere deve ottenere informazioni dal *caregiver* senza la presenza del bambino e, in un secondo momento, deve dare ascolto alla narrazione resa dal paziente pediatrico, prendendo nota degli elementi comunicati e annotando tutto ciò tra virgolette, senza rivolgergli domande in maniera diretta (*Dossier\_-\_Riconoscere\_e\_trattare\_il\_maltrattamento\_nel\_bambino1.pdf*, n.d.).

Il colloquio intrattenuto con gli accompagnatori del bambino non deve mai far presagire eventuali allusioni da parte del personale infermieristico (Rapaccini, 2019).

Il bambino viene visitato e sottoposto ad opportuni esami, ad esempio esami radiologici o di laboratorio (*Dossier\_-\_Riconoscere\_e\_trattare\_il\_maltrattamento\_nel\_bambino1.pdf*, n.d.).

È in questa sede che l'infermiere, insieme al medico presente, valuta la presenza di specifici segni che costituiscono lesioni sentinella di un maltrattamento infantile subito, come l'esistenza di ustioni sospette, morsi e lividi situati in aree dubbiose, traumi localizzati nell'area genitale o orale, nonché fratture equivoche (Rapaccini, 2019).

L'infermiere deve porre particolare attenzione e sospettare che il minore possa essere stato abusato qualora rinvenga traumi non coerenti con l'età evolutiva del bambino o con l'episodio raccontato, qualora le ferite siano localizzate in aree che non potevano essere coinvolte nell'evento descritto oppure qualora queste raffigurino la sagoma di un oggetto (Germani, n.d.).

In particolare, l'infermiere di *triage* deve verificare se sussista una divergenza tra ciò che è stato riportato agli operatori sanitari e le condizioni effettive in cui versa il minore (Germani, n.d.).

In un secondo momento, una volta eseguiti gli esami necessari, si richiede di procedere a un incontro tra un assistente sociale e il bambino, accompagnato o meno dal proprio *caregiver*.

Successivamente, si indica l'esigenza di sottoporre il paziente minorenne a una visita neuropsichiatrica (*Dossier\_-\_Riconoscere\_e\_trattare\_il\_maltrattamento\_nel\_bambino1.pdf*, n.d.).

Oltre a ciò, si sottolinea l'opportunità di adottare, in sede di *triage*, una serie di misure che potrebbero potenzialmente rivelarsi utili successivamente:

- non permettere che il paziente venga lavato;
- conservare gli abiti indossati dal bambino all'ingresso in pronto soccorso;

- se opportuno, evitare contatti tra l'infante e il *caregiver*;
  - non fornire bevande e/o cibi al bambino.
- (Rapaccini, 2019).

In Italia, si rileva che sussistono due diversi tipi di codice utilizzati qualora si sospetti un possibile maltrattamento subito da un bambino:

- codice rosso: utilizzato quando viene riferito esplicitamente un abuso subito con segni manifesti sul corpo del minore;
  - codice giallo: impiegato quando si sospetta che il bambino sia stato vittima di maltrattamento.
- (Rapaccini, 2019).

Per quanto attiene alla procedura di segnalazione di un sospetto maltrattamento infantile, si deve sottolineare che dal 1° gennaio 2019 è stata introdotta una nuova procedura da seguire, che definisce i soggetti che possono e i soggetti che sono tenuti ad avvertire l'Autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA) (*Sospetto che il bene del minore sia minacciato - Avviso all'APMA*, n.d.).

La nuova procedura introdotta pone una differenziazione tra coloro nei cui confronti grava un obbligo di avviso all'APMA, qualora sussistano elementi tali da far ritenere che il benessere psicofisico del bambino sia messo a repentaglio, tra cui figurano anche i professionisti operanti in ambito sanitario; e coloro che sono soggetti al segreto professionale in base al Codice penale e nei cui confronti sussiste il diritto di contattare l'APMA, tra cui risultano vincolati i medici (*Sospetto che il bene del minore sia minacciato - Avviso all'APMA*, n.d.).

Nell'ipotesi in cui si presenti un bambino e si sospetti che sia vittima di maltrattamento, sarebbe doveroso da parte dell'infermiere avvisare il suo diretto superiore, adempiendo così all'obbligo di avviso a cui soggiace (*Sospetto che il bene del minore sia minacciato - Avviso all'APMA*, n.d.).

### 3. METODOLOGIA

A seguito dell'esposizione del quadro teorico di riferimento sui maltrattamenti infantili e avendo individuato le competenze necessarie che deve possedere l'infermiere SUP, è opportuno redigere una revisione della letteratura esistente e disponibile su codesto argomento.

La metodologia che ho scelto di utilizzare per il mio elaborato di *Bachelor* è una revisione della letteratura, termine con cui si indica un esame specifico di ricerche sviluppate in un determinato ambito, che nel settore sanitario assume lo scopo principale di permettere un costante aggiornamento su un preciso elemento, ad esempio una procedura o un intervento (Saiani e Brugnolli, 2010).

Per la redazione del mio lavoro di *Bachelor* ho effettuato una ricerca infermieristica avente ad oggetto il tema da me selezionato, identificando gli studi scientifici presenti e rilevanti per la mia domanda di ricerca, estraendone i dati e analizzando quanto raccolto e appreso.

Infatti, la revisione della letteratura permette di effettuare una ricerca di alto livello, contribuendo a definire gli obiettivi del progetto, individuare metodi adatti per il suo svolgimento ed esplicitare i risultati estratti dall'analisi dei dati (Maggio et al., 2016).

Mediante questa tecnica si ha la possibilità di porre in essere una serie di attività, partendo dall'individuazione di materiale utile alla selezione dei dati e alla rielaborazione critica di ciò che viene ricavato (Pautasso, 2013).

Innanzitutto, è fondamentale la fase di preparazione della revisione della letteratura per definire il disegno di ricerca, che richiede in primo luogo di selezionare l'argomento da trattare, circoscrivendo la questione da affrontare ed elaborando la domanda di ricerca (Saiani e Brugnolli, 2010).

Una volta individuata la tematica e il problema da sviluppare, ho formulato la mia domanda di ricerca avvalendomi del modello PICO, più precisamente del modello PIO.

P (Paziente, problema o popolazione):	Bambini di età inferiore a 18 anni con sospetto abuso di maltrattamento.
I (Intervento):	Intervento infermieristico volto al riconoscimento di un maltrattamento infantile, in grado di interrompere tempestivamente la catena di abusi.
O ( <i>Outcome</i> – risultati):	Accertamento o meno di un abuso infantile.

Mediante l'elaborazione del suddetto modello PIO, ho potuto formulare la seguente domanda di ricerca del mio elaborato di *Bachelor*: "Quale ruolo svolge l'infermiere SUP e quali sono gli interventi infermieristici volti a riconoscere un abuso infantile su soggetti di età inferiore a 18 anni?"

In seguito, ho sviluppato la mia ricerca cercando articoli scientifici nella banca dati *PubMed*, sulla piattaforma *Google Scholar*, nonché nella rivista *Journal of Pediatric Care*. Per l'individuazione degli articoli scientifici ho utilizzato gli operatori booleani "AND", "OR" e "NOT", utili al fine di selezionare specifici studi attinenti a determinati concetti da approfondire. Ho combinato i suddetti operatori con una serie di parole chiave per reperire i lavori scientifici necessari: *child maltreatment*, *child sexual abuse*, *child physical*

*abuse, child neglect, nursing, Münchhausen syndrome, child abuse recognition, pediatric evaluation, nursing assessment.*

È stato inoltre determinante definire precisi criteri di inclusione ed esclusione della letteratura esistente, riportati nella tabella seguente.

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articoli scientifici riguardanti maltrattamenti infantili</li> <li>- Persone con meno di 18 anni di età con sospetto di abuso infantile</li> <li>- Articoli scientifici che prendono in esame attività poste in essere da infermieri e medici nella presa in cura di infanti sospettati di maltrattamento infantile</li> <li>- Articoli scientifici pubblicati dal 2007</li> <li>- Articoli scientifici in italiano o in inglese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articoli scientifici non attinenti ai maltrattamenti infantili</li> <li>- Persone adulte</li> <li>- Articoli scientifici non riguardanti attività di infermieri e medici</li> <li>- Articoli scientifici pubblicati prima del 2007</li> <li>- Articoli scientifici non in italiano o in inglese</li> </ul>

Stabiliti suddetti criteri e grazie all'utilizzo degli strumenti di ricerca sopra indicati, ho individuato una serie di articoli scientifici e ho proceduto a selezionarli, valutandone in primo luogo l'attinenza alla mia domanda di ricerca in relazione al titolo e al relativo *abstract*, così come sottolineano Saiani e Brugnolli (2010).

Ho applicato il medesimo procedimento all'intero contenuto degli articoli scientifici che ho ritenuto maggiormente rilevanti e interessanti per la mia ricerca, traducendone il testo dall'inglese all'italiano ed analizzandone il contenuto.

Ho scartato quattro studi, in un primo momento considerati, durante la mia opera di ricerca in quanto alcuni di questi non ponevano l'accento sul ruolo infermieristico nella presa in cura del bambino mettendo in risalto altri aspetti non pertinenti, mentre altri non riguardavano l'*outcome* da me prospettato ma perseguivano scopi diversi.

## **4. RISULTATI**

### **4.1. Descrizione degli articoli inseriti nella revisione**

Concluso il processo di individuazione e selezione degli studi, ho analizzato specificamente sei articoli scientifici.

Tutte le ricerche considerate sono state pubblicate tra il 2008 e il 2021, redatte in lingua inglese e successivamente tradotte.

La mia scelta si è basata su articoli aventi ad oggetto il ruolo infermieristico nel riconoscimento e nella presa in cura di bambini sospettati di essere vittime di maltrattamenti.

Infatti, ho selezionato specifici studi che hanno condotto indagini sugli interventi realizzati dal personale infermieristico nell'individuare casi di abuso infantile, tracciandone il relativo operato.

Ho deciso di includere anche uno studio che prende come campione di riferimento un determinato numero di infermieri scolastici estraendone i relativi dati, anche se tale articolo si riferisce a un contesto diverso da quello ambulatoriale, con l'intento di poter avere una visione più ampia del fenomeno e degli interventi realizzati.

Ho individuato ulteriori studi particolarmente interessanti dal punto di vista dei comportamenti pratici che l'infermiere SUP dovrebbe mettere in pratica, evidenziando la presenza di strumenti utili da poter impiegare e di proposte da poter mettere in atto per migliorare l'intervento di presa in cura.

L'approfondimento di questo tema, grazie all'analisi dei suddetti articoli, mi ha permesso di ampliare la mia originaria conoscenza di questo fenomeno, constatando anche la presenza di alcuni problemi e lacune che attualmente sussistono e che verranno analizzati durante la discussione dei risultati.

L'analisi condotta ha chiarito maggiormente la domanda di ricerca da me posta, mettendo in luce il ruolo primario dell'infermiere SUP nel prendersi cura dell'infante e del ruolo che svolge nell'accertamento di un possibile maltrattamento infantile.

Di seguito ho riportato i dati estratti dai sei articoli scientifici presi in considerazione per la mia revisione, inseriti in tabelle riassuntive di modo da poter visionare agevolmente il loro contenuto.

#### 4.2. Tabella riassuntiva degli articoli

TITOLO	AUTORE/I	ANNO	DISEGNO DI STUDIO	POPOLAZIONE	INTERVENTI, SCOPO E STRUMENTI	ANALISI DEI DATI E RISULTATI
<i>Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department</i>	Carolyn Keane, Rose Chapman	2008	Non specificato	Medici e infermieri del Pronto Soccorso	Questo articolo descrive i segni dei diversi tipi di maltrattamento e riporta una serie di studi condotti in relazione al ruolo svolto dai medici e infermieri di PS sul riconoscimento di un sospetto abuso su minori.	Dagli studi è emersa una scarsa formazione professionale e una sottostima dei casi di maltrattamento infantile. Si sottolinea l'importanza di introdurre una <i>check-list</i> di promemoria e di un programma educativo adeguato come strumenti per migliorare la documentazione di questi casi.
<i>Swedish school nurses' experiences of child abuse</i>	Annelie J. Sundler, Marie Whilson, Laura Darcy, Margaretha Larsson	2021	Indagine trasversale	233 infermieri scolastici di sesso femminile, di età compresa tra 26 e 69 anni, con esperienza di lavoro da 1 a 48 anni	Questo articolo ha riportato un sondaggio svolto sulle esperienze di riconoscimento e denuncia di abuso infantile da parte di infermieri scolastici svedesi.	L'articolo ha evidenziato le differenze tra infermieri scolastici con meno esperienza lavorativa (compresa tra 1 e 3 anni) ed infermieri con esperienza lavorativa maggiore (4 anni o più). Si evidenzia che gli infermieri scolastici non sempre riportano casi di abuso a causa di una scarsa conoscenza nell'individuare segni clinici di abuso (Lines et al., 2017; Taylor & Bradbury-Jones, 2015) e per paura delle possibili ripercussioni sul minore (Borimnejad & Khoshnavay Fomani, 2015).
<i>Aspects of abuse: recognizing and responding to child maltreatment</i>	Allison M. Jackson, Natalie Kissoon, Christian Green	2015	Non specificato	Minori con sospetto abuso	L'articolo prende in considerazione le diverse tipologie di maltrattamento infantile, mettendo in luce i rispettivi segni clinici e gli interventi necessari per riconoscere e valutare il sospetto abuso.	L'articolo riporta e conferma i segni delle diverse forme di abuso messe in luce dalla letteratura. Indica una serie di prestazioni infermieristiche da attuare nel trattamento di questi casi.

<i>Child Neglect: Assessment and Intervention</i>	Gail Hornor	2014	Non specificato	Infermieri pediatrici	L'articolo si focalizza sulla negligenza e mette in primo piano il ruolo svolto dagli infermieri pediatrici nell'intervento a tutela del minore. Viene evidenziato l'uso di una scala di classificazione qualitativa ( <i>Graded Care Profile</i> ) inerente all'assistenza prestata dal <i>caregiver</i> al minore.	Gli infermieri pediatrici svolgono un ruolo essenziale nell'individuare un possibile caso di negligenza infantile. L'infermiere in questione deve identificare eventuali barriere all'abilità del <i>caregiver</i> di prendersi cura del minore. Dalla sua analisi, egli deve decidere se segnalare il caso ai servizi di protezione dell'infanzia competenti oppure, qualora valuti che non sia necessario contattarli, deve predisporre un piano di cura con il <i>caregiver</i> e metterlo in contatto con le risorse del territorio.
<i>Child Maltreatment Screening and Anticipatory Guidance: A Description of Pediatric nurse Practitioner Practice Behaviors</i>	Gail Hornor, Deborah Bretl, Evelyn Chapman, Pamela Herendee, Nancy Mitchel, Barbara Mulvaney, Saribel Garcia Quinones, Brigit VanGraafeiland	2017	Descrittivo	243 infermieri pediatrici statunitensi	L'articolo analizza e discute un'indagine condotta negli Stati Uniti sulla valutazione del rischio di maltrattamento infantile. Lo scopo perseguito è di mettere in evidenza i comportamenti pratici tenuti dall'infermiere pediatrico in relazione alle domande di <i>screening</i> effettuate e le tecniche di prevenzione messe in atto. Agli infermieri sono stati posti una serie di quesiti attinenti alla loro relazione con i bambini e alla loro interazione con i genitori.	I risultati di suddetta indagine hanno evidenziato comportamenti differenti da parte degli infermieri pediatrici: si è rilevata una mancanza di <i>screening</i> di <i>routine</i> per l'abuso infantile e i correlati fattori di rischio, soprattutto nell'ambito di abuso sessuale infantile. Si osserva una maggiore propensione da parte degli infermieri a raccogliere informazioni relative alla disciplina messa in pratica dai genitori. Per quanto attiene ai fattori di rischio psicosociali, questi vengono maggiormente indagati da parte dell'infermiere pediatrico in caso di sintomi determinati o qualora vi fosse preoccupazione per sospetto abuso. Inoltre, l'indagine ha studiato i limiti all'attività di <i>screening</i> e prevenzione da parte degli infermieri pediatrici, mettendo in luce elementi quali il tempo e l'assenza di una formazione adeguata.



<p><i>Medical evaluation for child sexual abuse: what the PNP needs to know</i></p>	<p>Gail Hornor</p>	<p>2011</p>	<p>Non specificato</p>	<p>Bambini e adolescenti sospetti vittime di abuso sessuale</p>	<p>Il tema centrale dell'articolo è la presa a carico del paziente pediatrico che si sospetta sia vittima di abuso sessuale. L'elaborato analizza il ruolo dell'infermiere pediatrico, indicando validi strumenti da impiegare per riconoscere questa forma di maltrattamento. Viene messa in luce la necessità di raccogliere la storia direttamente dal bambino/adolescente e di creare un ambiente sicuro per il paziente.</p>	<p>L'articolo fornisce utili indicazioni riguardanti la pratica degli infermieri pediatrici nell'assistenza di bambini/adolescenti che potenzialmente hanno subito un abuso sessuale. Vengono analizzati diversi comportamenti che il PNP dovrebbe tenere: domande di <i>screening</i>, ottenimento della storia del possibile abuso e spiegazione dell'esame fisico da eseguire. Il ruolo del PNP viene soprattutto messo in risalto nell'assistenza al paziente e nella creazione di un luogo confortevole in cui il bambino può sentirsi al sicuro. Inoltre, il PNP costituisce una figura chiave nel ricercare informazioni utili per valutare e riconoscere tale forma di abuso, grazie al rapporto che instaura con la potenziale vittima.</p>
---	--------------------	-------------	------------------------	---	---	--

### 4.3. Analisi degli articoli

#### 1) *Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department*

Questo articolo mette in risalto il ruolo di medici e infermieri di Pronto Soccorso nel valutare e riconoscere un abuso subito da un minore presentatosi in PS.

Innanzitutto, le autrici evidenziano i segni riconducibili alle diverse forme di maltrattamento infantile, in particolar modo in relazione all'abuso fisico dove viene sottolineata l'importanza dello studio dei lividi e della loro posizione.

Inoltre, si pone l'accento su ulteriori segni riconducibili a questa forma di maltrattamento, tra cui ustioni inflitte sul corpo del bambino e la presenza di fratture, nello specifico nei neonati non deambulanti, come riportato anche nella letteratura (Lips et al., 2020).

Lo scopo di questo articolo è mettere in evidenza la conoscenza e la formazione dei medici e degli infermieri riguardo alla tematica dei maltrattamenti infantili.

Sono stati riportati una serie di studi, condotti in PS:

Studio 1: effettuato da McKinney et al. (2004) in Irlanda, con l'obiettivo di verificare se la presenza di potenziali casi di maltrattamento fisico infantile facessero scaturire sospetti di abuso da parte di medici e infermieri di PS.

I risultati hanno dimostrato che questi soggetti non hanno mostrato alcuna preoccupazione per bambini identificati a rischio di abuso, data la presenza di fattori di rischio positivi.

Studio 2: Ziegler et al. (2005) hanno eseguito in Australia una revisione retrospettiva dei file delle presentazioni in un periodo compreso tra gennaio 2001 e dicembre 2002 riguardo bambini di età inferiore a 3 anni con presenza di fratture.

In tale periodo sono stati registrati 99 pazienti: in 78 casi dalla documentazione non emergeva che l'ipotesi di abuso fosse stata presa in considerazione o meno; in 26 casi, a causa della brevità della storia riportata, non è stato possibile valutare se la frattura fosse concorde con l'evento; in 16 casi in cui vi è stata un'anamnesi appropriata, questa non era coerente con la lesione e in 12 di questi casi il medico ha identificato questa incoerenza e ha denunciato l'abuso, mentre nei restanti 4 casi il medico non ha riportato che l'anamnesi era incorretta.

I risultati emersi hanno evidenziato che i medici non tengono sempre in considerazione l'ipotesi di abuso e molte volte non riportano i segni ad esso riconducibili.

Studio 3: Fagan (1998) ha svolto uno studio qualitativo nel Regno Unito sul ruolo degli infermieri di PS, basandosi su un campione di 14 infermieri esperti; 10 infermieri hanno dichiarato di non sentirsi qualificati in quanto non in grado di riconoscere un caso di abuso; i restanti 4 che si sentivano capaci erano coloro che avevano esperienza nel settore da oltre 7 anni.

L'autore ha evidenziato che tutti i soggetti dello studio avevano conoscenze riguardo l'abuso su minori che incrementava a seguito degli anni di pratica.

Studio 4: studio quantitativo svolto da Feng e Levine (2005) mediante compilazione di un questionario CARIS (*Child Abuse Report Intention Scale*), prendendo come campione infermieri pediatrici, psichiatrici e di Pronto Soccorso di Taiwan.

I risultati hanno messo in rilievo che l'86% degli infermieri non aveva mai riportato un caso di abuso infantile e l'80% ha dichiarato di non aver avuto alcuna formazione professionale in merito a questa tematica.

In aggiunta, l'articolo ha sottolineato l'importanza di introdurre strumenti, quali un programma educativo e una *check-list* di promemoria per aiutare medici e infermieri nel riconoscere segni di abuso (Sidebotham e Pearse, 1997, Bengner e McCabe, 2001, Bengner e Pearse, 2002).

L'articolo mette in luce una scarsa istruzione riguardo i segni e indicatori di abuso infantile, sottolineando la presenza di una "cultura della sottostima" di sospetti abusi di minori che si presentano in PS (Russel et al., 2004).

Inoltre, le autrici denunciano una mancanza di procedure da adottare da parte del personale medico e infermieristico nella presa a carico di questi soggetti (Russel et al., 2004).

## **2) *Swedish school nurses' experiences of child abuse***

Lo scopo di tale articolo è offrire una panoramica sulle esperienze di riconoscimento, valutazione e denuncia di abuso infantile ad opera di infermieri scolastici svedesi.

È stata condotta un'indagine basata su un sondaggio, a cui hanno partecipato 233 infermieri scolastici di sesso femminile con un'età tra 26 e 69 anni ed esperienza lavorativa da 1 e 48 anni.

L'indagine è stata formata dalle risposte a una serie di domande su una scala di 4 punti di tipo Likert: (1) mai sperimentata, (2) sperimentata ma non nell'ultimo anno, (3) sperimentata 1-3 volte l'anno precedente, (4) sperimentata 4 volte o più nell'anno precedente.

Il campione è stato suddiviso in base agli anni di esperienza lavorativa nel settore tra quelli con più di 3 anni e quelli con meno di 3 anni di esercizio della professione.

I risultati hanno evidenziato che la maggior parte degli infermieri scolastici (84%) ha denunciato l'abuso, tra cui il 9% ha denunciato 4 o più episodi nell'anno precedente.

Complessivamente il 96% degli infermieri scolastici ha avuto, nel corso della propria carriera, almeno un sospetto di abuso infantile fisico o psicologico.

In relazione all'abuso sessuale, il sondaggio ha evinto che questi casi sono molto meno comuni: solo il 37% ha denunciato un sospetto abuso e il 43% del campione ha dichiarato di non aver mai sospettato di questa forma di maltrattamento.

L'indagine ha messo in luce che gli infermieri scolastici con una minor esperienza lavorativa hanno riportato un numero di casi di abuso inferiori: solo il 32% di suddetto gruppo ha sospettato un abuso sessuale e solo il 23% ha denunciato, mentre il 69% degli infermieri con maggiore esperienza ha sospettato tale abuso e il 44% ha proceduto a denunciarlo.

Dall'indagine condotta si evince che episodi di abuso fisico e psicologico sono più frequenti rispetto a casi di abuso sessuale.

Un dato allarmante è costituito dal fatto che ci sono ipotesi di infermieri scolastici che non riportano un sospetto abuso, soprattutto in quelli che hanno una minore esperienza lavorativa e che hanno difficoltà anche a riconoscere lo stesso abuso.

Da ultimo, viene sottolineato da Dahlbo, Jakobsson e Lundqvist (2017) che il sospetto di un maltrattamento infantile costituisce fonte di *stress* per il personale infermieristico e necessita di una supervisione per aiutarli a riconoscere e intervenire tempestivamente.

### 3) *Aspects of abuse: recognizing and responding to child maltreatment*

L'articolo in esame considera le diverse tipologie di maltrattamento infantile, mettendo in luce e analizzando i rispettivi segni clinici che contraddistinguono ogni tipologia.

Vengono indicati interventi valutativi da porre in essere per accertare il sospetto di abuso:

- **negligenza nutrizionale:** l'aspetto fisico dell'infante è il primo elemento da valutare, si richiede di tenere d'occhio lo sviluppo, soprattutto il peso, l'altezza, la circonferenza cranica per infanti tra 0 e 2 anni e l'indice di massa corporea per infanti con più di 2 anni di età.

È necessario ricavare un'anamnesi corretta tenendo un atteggiamento non biasimante e sensibile verso l'altra persona, nonché analizzarne l'alimentazione.

La valutazione della negligenza nutrizionale richiede di ottenere una serie di informazioni: storia alimentare, dosaggio e ogni quante volte viene somministrato il biberon, esercizio fisico, indagine su un'eventuale storia di maltrattamenti nei confronti del genitore e analisi sulla sussistenza di fonti di *stress* a livello economico.

- **Maltrattamento fisico:** è fondamentale ottenere una storia chiara ed esauriente; si dovrebbe sospettare un abuso se nella storia non viene indicato alcun trauma, se essa è in contraddizione con la lesione riportata o l'età dell'infante, se la storia viene più volte modificata o se il *caregiver* non riesce a motivare il perché abbia portato il bambino tardi all'ospedale. A seguito dell'ottenimento della storia, deve essere svolto un esame fisico sul corpo del bambino.

Inoltre, l'articolo sottolinea che non vi è la reperibilità di strumenti di *screening* standard da utilizzare in casi di sospetto abuso fisico.

- **Abuso sessuale:** se sussiste un sospetto, le informazioni necessarie vengono raccolte dai genitori/*caregiver* in assenza del bambino; è importante ricostruire la cronologia degli eventi al fine di valutare se riportare una segnalazione ai servizi di protezione dell'infanzia e se effettuare un esame fisico.

È necessario ottenere un'anamnesi il più completa possibile, che includa valutazioni mediche e informazioni relative al contesto socio-famigliare in cui è situato l'infante. Al suo interno si dovrebbe indicare anche l'ultimo contatto sessuale avvenuto.

Quando il minore viene sottoposto a un'intervista, è opportuno utilizzare e mantenere un linguaggio consono all'età del bambino, assumendo informazioni mediante domande a risposta aperta.

È fondamentale rasserenare il bambino, confortandolo e dicendogli che è sano nonostante ciò che ha subito.

- **Sindrome di Münchhausen per procura:** si indica che è conveniente acquisire una storia compiuta e integrale sui tutori e gli infanti a livello medico e psicosociale, analizzando anche le relative cartelle cliniche.

È doveroso verificare la congruità delle notizie riportate, determinando se sussistono eventuali discordanze nella storia e nelle lesioni che presenta il minore.

- **Maltrattamento psicologico:** ai fini della sua individuazione, lo strumento più utile a disposizione è la raccolta di informazioni direttamente dal minore.

Il personale infermieristico deve analizzare lo *stress* che vi è all'interno del contesto familiare, ad esempio l'abuso di sostanze stupefacenti.

Gli autori concludono l'articolo sottolineando l'importanza, qualora vi sia un sospetto abuso, di segnalarlo sempre al servizio di protezione dell'infanzia presente sul territorio.

#### **4) Child Neglect: Assessment and Intervention**

L'articolo si concentra sulla negligenza infantile e sul ruolo svolto dagli infermieri pediatrici nel riconoscerla e nell'intervento a favore del minore abusato.

Innanzitutto, è essenziale per l'infermiere pediatrico valutare e tenere in considerazione il contesto familiare in cui il bambino è inserito e le circostanze che possono aver portato a una mancata supervisione.

In relazione alla negligenza dentale, l'infermiere pediatrico deve essere a conoscenza delle strutture locali disponibili, soprattutto per le famiglie che dispongono di basso reddito.

Sussistono una serie di ipotesi che costituiscono campanelli di allarme di questa forma di negligenza: il bambino non viene portato regolarmente dal dentista per controlli periodici; nel momento in cui si presentano problemi dentali, quali carie o denti scheggiati, il *caregiver* non conduce il bambino dal professionista; il bambino viene portato solamente in casi di emergenza.

Quando vi è la presenza di una o più di queste situazioni, l'infermiere deve valutare se segnalare il caso ai servizi di protezione dell'infanzia.

Viene affrontato il tema della negligenza nutrizionale, sottolineando l'importanza di ottenere un'analisi psicosociale nutrizionale del minore e di predisporre un piano di cura che colleghi il *caregiver* e il bambino ad operatori sanitari specializzati, come nutrizionisti e dietisti.

Nella seconda parte, l'articolo si focalizza sugli interventi infermieristici che possono essere predisposti nell'assistenza al minore.

Viene indicata una scala di classificazione qualitativa, denominata *Graded Care Profile* (GCP), volta a categorizzare l'assistenza resa dal *caregiver* all'infante (Srivastava & Polnay, 1997).

Questa scala si basa su 5 punti: il grado 1 costituisce la miglior assistenza fornita, mentre il grado 5 identifica la peggior assistenza prestata, sulla base della capacità del *caregiver* di reagire ai bisogni del minore (Carter, 2012). Quest'ultimi sono analizzati in riferimento a quattro distinti domini e dimensioni: fisico, amore, stima e sicurezza.

Occorre che l'infermiere faccia preliminarmente una scelta valutando se la condotta commissiva o omissiva del *caregiver* abbia causato un danno a livello psicofisico nel bambino. Qualora la sua valutazione risulti positiva, costui è tenuto a segnalare i suoi timori ai servizi di protezione dell'infanzia; tuttavia, è importante che vi sia una previa discussione con il *caregiver* riguardo i propri dubbi e la volontà di contattare i servizi.

Invece, se l'infermiere ritiene che non sia necessario per il momento interpellarli, è tenuto a cooperare con il *caregiver* al fine di predisporre un piano di cura adeguato ad assolvere ai bisogni dell'infante.

È necessario che vi sia la volontà del *caregiver* di collaborare e acconsentire al piano ideato. Inoltre, è compito dell'infermiere pediatrico mettere in contatto il *caregiver* con le risorse presenti nel territorio, per aiutarlo a far fronte alle barriere che possono frapporsi a un'adeguata supervisione.

In conclusione, l'autore sottolinea l'importanza primaria di tenere a mente che la negligenza infantile è molto spesso collegata ad altre forme di maltrattamento; per tale motivo, qualora vi sia una sospetta negligenza, egli consiglia di esaminare il bambino anche in relazione ad altre tipologie di abuso, per valutare se questi possa esserne vittima.

## **5) Child Maltreatment Screening and Anticipatory Guidance: A Description of Pediatric nurse Practitioner Practice Behaviors**

L'articolo in esame si focalizza sul comportamento pratico tenuto dall'infermiere pediatrico per quanto concerne lo *screening* per maltrattamento infantile e la relativa prevenzione.

Gli autori hanno riportato e analizzato uno studio condotto negli Stati Uniti, consistente in un sondaggio elaborato da 12 infermieri pediatrici esperti in abuso infantile, a cui hanno risposto 243 infermieri pediatrici.

Gli infermieri in questione avevano un'età compresa tra 25 e 64 anni; la loro carriera lavorativa variava da 0 anni a oltre i 20 anni.

Il sondaggio è stato diviso in tre macro-gruppi: sono state poste agli infermieri pediatrici domande riguardo lo *screening* e la prevenzione posta in essere nei confronti dei bambini, nei confronti dei genitori e in relazione ai fattori di rischio psicosociali.

In relazione al primo gruppo, agli infermieri è stata domandata la frequenza con cui eseguono un esame anogenitale, educano gli infanti su ciò che sanno in merito alle parti intime e pongono a loro domande inerenti alla loro conoscenza in merito all'abuso sessuale.

Solo il 5% dei PNP esegue un esame anogenitale ad ogni visita del bambino, mentre il 69% lo esegue soltanto nel caso in cui vi sia un sintomo correlato a un possibile abuso. Per quanto concerne le domande riguardo l'istruzione dei bambini sul tema delle parti intime, il 14% dei PNP partecipanti ha dichiarato di non aver mai/raramente educato i pazienti pediatrici.

In relazione alla frequenza delle domande poste sulla disciplina nei confronti dei bambini, è stato rilevato che circa la metà dei PNP (44%) ha dichiarato di non aver mai/raramente posto tali quesiti e il 43% dei PNP ha riferito di chiederlo soltanto quando questi è preoccupato per un sospetto abuso.

Nel secondo gruppo di domande del questionario, i partecipanti sono stati interrogati riguardo le discussioni intrattenute con i genitori del bambino.

Ad esempio, è stato a loro chiesto se trattino con il *caregiver* dei metodi di disciplina utilizzati: il 47% dei PNP ha riferito di intrattenere tale discussione durante le visite di *routine*, anche se il 30% dei partecipanti ha invece dichiarato di non aver mai/raramente intrattenuto tale conversazione.

È stato a loro chiesto se incoraggino i genitori ad utilizzare metodi di disciplina non fisici e il 55% dei PNP ha affermato di domandarlo durante le visite di *routine*, mentre il 43% del gruppo ha riferito di chiederlo soltanto qualora vi siano determinati sintomi.

L'indagine si è concentrata anche sulla discussione che il PNP intrattiene con il genitore riguardo la loro preoccupazione su un possibile abuso sessuale subito dal figlio e il 70% dei partecipanti ha dichiarato di averlo domandato soltanto se sussiste un sintomo caratteristico; è stata indagata la frequenza con cui i PNP si informano con i genitori riguardo una storia passata di maltrattamenti infantili subiti dal genitore.

Il sondaggio ha analizzato anche le discussioni intrattenute dai PNP con i genitori aventi ad oggetto il pianto degli infanti: la maggior parte dei partecipanti (53%) ha dichiarato di discutere di questo argomento durante le visite di *routine* e il 29% di essi ha riferito di chiederlo ad ogni visita.

In riferimento ai fattori di rischio psicosociali, ai PNP è stato chiesto se discutano con il *caregiver* di argomenti quali: informazioni circa violenza domestica, problemi di salute mentale, abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, precedenti coinvolgimenti dei servizi di protezione dell'infanzia e con l'autorità giudiziaria.

Infine, ai PNP è stato chiesto di individuare possibili limiti al riconoscimento del maltrattamento infantile: più della metà di loro ha indicato il tempo quale principale barriera, a cui fa seguito un'assenza di formazione adeguata e di *comfort* e l'insussistenza di un valido mezzo di *screening*.

L'articolo ha messo in evidenza una serie di tematiche molto importanti, a partire dalla scarsa propensione da parte di un numero cospicuo di infermieri pediatrici a compiere attività di *screening* per abuso infantile e per i corrispettivi fattori di rischio nelle visite pediatriche di *routine*, soprattutto in riferimento all'abuso sessuale.

In relazione a suddetta forma di maltrattamento, è stato sottolineato da Collins, Saxe, Duderstadt e Kaplan (2017) che l'esame anogenitale dovrebbe essere eseguito ad ogni visita pediatrica di bambini sani, così come l'ottenere informazioni dai pazienti pediatrici riguardo il concetto da loro sviluppato di parti intime.

Ciononostante, solo metà dei PNP partecipanti ha dichiarato di svolgere tali esami e di ricavare tali informazioni durante le visite di *routine*, preferendo realizzare tali comportamenti pratici solo quando sussiste un determinato sintomo da cui si possa sospettare che il bambino sia stato abusato sessualmente.

Inoltre, lo *screening* per abuso sessuale dovrebbe ulteriormente comprendere una serie di informazioni ottenute dal genitore del bambino, riguardanti un suo possibile dubbio sull'abuso sessuale e se il genitore è stato a sua volta vittima di abuso sessuale quando era un bambino (Honor, 2013). Questi eventi possono produrre effetti negativi e influire sull'abilità del genitore stesso di tutelare e prendersi cura del figlio (Honor & Fischer, 2016).

Malgrado ciò, solamente il 12% dei PNP ha affermato di tenere tali comportamenti con i genitori del bambino, mentre più della metà dei partecipanti al sondaggio (più del 60%) ha asserito di non aver mai/raramente messo in atto codeste condotte.

I risultati del sondaggio relativi allo *screening* dei genitori sulla disciplina sono stati più soddisfacenti: circa la metà dei partecipanti (47%) si interessa con i genitori dei metodi di disciplina applicati nel contesto familiare e il 55% dei PNP partecipanti incoraggia il *caregiver* a impiegare metodi che non comportino l'utilizzo di forza fisica.

È fortemente consigliato di informarsi e attuare tecniche di prevenzione con i genitori in relazione al pianto del bambino (Collins et al., 2017) e un numero ragguardevole di partecipanti (53%) ha asserito di porre in essere tale pratica nelle visite di bambini sani.

Oltre allo *screening* volto a riconoscere un sospetto maltrattamento infantile, è fondamentale mettere in atto attività di *screening* riguardanti i fattori di rischio psicosociali correlati, in modo da poter garantire un'assistenza valida e consona ai bisogni dei bambini. Essere in grado di individuare la presenza di fattori di rischio permette di poter intervenire tempestivamente, evitando che il bambino venga abusato (Honor, 2013).

Dall'indagine, tuttavia, non emerge un quadro congruo in relazione alle visite di *routine* dei bambini sani: solo l'8% ha raccolto informazioni in merito a un precedente intervento dei servizi di protezione dell'infanzia, il 12% ha indagato se il contesto familiare è caratterizzato dalla presenza di violenza domestica e solo il 30% dei partecipanti si è

informato su un eventuale abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti consumate dal genitore o dal *partner*.

Da ultimo, il sondaggio ha evidenziato le maggiori difficoltà relative allo *screening* dell'abuso infantile, tra cui vengono in risalto il tempo trascorso dall'episodio di abuso e la carenza di formazione. L'articolo mette in rilievo l'importanza di una valida istruzione infermieristica, che ponga in risalto l'attività di *screening*, l'intervento e l'analisi dei fattori di rischio psicosociali al fine di erogare una prestazione di qualità, aiutando gli infanti e le rispettive famiglie.

È da rilevare che un *deficit* allo studio condotto ed esaminato è costituito dal basso tasso di risposta al sondaggio da parte dei PNP contattati, che si attesta al 3%.

### **6) *Medical evaluation for child sexual abuse: what the PNP needs to know***

L'articolo considerato si concentra sull'abuso sessuale infantile e sul ruolo svolto dagli infermieri pediatrici nel riconoscerlo e nella presa a carico della vittima minorenni.

L'articolo sottolinea l'importanza di un'adeguata conoscenza dei PNP della fisiologica anatomia anogenitale dei bambini e adolescenti, sapendo identificare i reperti fisici che possono derivare da un abuso sessuale, eventuali infezioni presenti nonché atteggiamenti sessuali atipici tenuti dal paziente pediatrico.

Sono indicati una serie di campanelli di allarme che dovrebbero far destare nel PNP un dubbio riguardo ad un sospetto abuso sessuale: la presenza di un disturbo psichiatrico (Putman, 2003), pensieri suicidari, abuso di sostanze, ecc.

In particolare, il PNP dovrebbe essere preoccupato qualora il bambino, a maggior ragione se particolarmente piccolo, ha una cognizione del sesso inadatta rispetto all'età (Hornor, 2004).

Sono indicate una serie di domande di *screening* attinenti all'abuso sessuale da effettuare al bambino/adolescente, rapportate all'età del paziente e al suo relativo sviluppo psicofisico, che dovrebbero essere effettuate ad ogni visita di *routine* (Hornor, 2010).

Ad esempio, nei confronti di un bambino viene chiesto di individuare le parti intime e, utilizzando un linguaggio consono e la terminologia usata dall'infante, viene chiesto se vi siano mai stati tocchi, ferite o inserito qualcosa all'interno di queste zone.

Invece, durante la visita di un paziente adolescente dovrebbe essere richiamato il tema del sesso, mettendo in luce l'accezione che questi gli conferisce.

Al soggetto viene domandato se ha mai avuto rapporti sessuali consenzienti, l'età del *partner* e se è mai stata toccata o ha avuto rapporti sessuali non desiderati.

È fondamentale per la diagnosi di abuso sessuale ottenere la storia dell'abuso direttamente dalla persona coinvolta, sottolineando che infanti di età superiore ai 3 anni dovrebbero essere sentiti in separata sede dai genitori (Giardino e Finkel, 2005).

Il PNP deve sviluppare l'intervista con il bambino in un ambiente il più possibile tranquillo, privo di stimoli esterni, riservato e adatto.

Il colloquio potrebbe partire da argomenti che mettano a proprio agio il soggetto, ad esempio iniziando a domandargli dei suoi amici, del suo gioco preferito, dello sport che ama.

A ciò fanno seguito le domande di *screening* poste dal PNP, adeguate all'età evolutiva del paziente.



Può essere utile avvalersi di figure dove vi è la rappresentazione del corpo umano, che possono facilitare la ricostruzione della storia.

Inoltre, in relazione a un paziente adolescente è importante determinare la tempistica dei precedenti rapporti sessuali consenzienti, in quanto questi possono condizionare la raccolta di prove forensi.

La raccolta di queste informazioni è funzionale a permettere al PNP di valutare se contattare i servizi di protezione dell'infanzia e per il successivo esame fisico che dovrà essere eseguito, soprattutto in relazione all'eventualità di eseguire test per riscontrare la presenza o l'assenza di malattie sessualmente trasmissibili o una possibile gravidanza.

In aggiunta, l'articolo mette in luce lo svolgimento dell'esame fisico, evidenziando l'opportunità per il minore di essere accompagnato da un genitore durante la sua esecuzione. Ad entrambi i soggetti deve essere illustrato specificatamente in cosa consisterà l'esame e ogni suo passaggio.

Viene rilevata l'importanza di un esame fisico svolto su tutto il corpo dell'infante e non solo nella zona anogenitale, facendo particolare attenzione per ogni segno di lesione presente, come ematomi ed escoriazioni.

È necessario annotare e, se effettuabile, fotografare i reperti fisici riscontrati sul corpo del paziente.

L'articolo fornisce un quadro esaustivo dell'esame anogenitale che deve essere condotto, descrivendo le specificità dell'esame svolto nei confronti di pazienti di sesso femminile.

Tuttavia, si deve prendere atto che meno del 5% dei pazienti pediatrici, pur avendo una storia di abuso sessuale, avrà risponderne a livello fisico dopo l'esecuzione dell'esame (Heger et al., 2002).

Nella presa a carico del paziente, il PNP ha il compito fondamentale di confortarlo, farlo sentire al sicuro e rasserenarlo sul fatto che, anche a seguito della violenza subita, il suo corpo è il solito ed è comune a quello di tutti gli altri bambini.

Per di più, nel caso in cui siano stati riscontrati reperti fisici, il PNP può tranquillizzare il paziente sul fatto che questo non significa che avrà problemi fisici in futuro, che non condizionerà la sua vita sessuale e che nessun'altra persona lo potrà scoprire, salvo che egli decida di raccontare l'accaduto.

In conclusione, l'autore afferma che non è necessario che vi sia la certezza di un abuso sessuale per coinvolgere il servizio di protezione dell'infanzia, ma questi deve essere contattato anche qualora sussista solamente un dubbio.

Infatti, egli si sofferma nel sottolineare che il servizio dovrebbe essere sollecitato nell'ipotesi in cui il bambino abbia reso informazioni tali da destare la preoccupazione su un possibile abuso sessuale, sia stato accertato un reperto fisico anogenitale o sia risultato positivo un test per malattie sessualmente trasmissibili che suscitino tale timore.

#### **4.4. Discussione dei risultati**

Gli articoli scientifici individuati ed analizzati nel paragrafo precedente, seppur essendo tra loro eterogenei in quanto riguardano contesti diversi e perseguono scopi differenti, mi hanno permesso di ampliare il tema da me scelto, recependo informazioni valide ed interessanti per la mia ricerca. L'analisi di ogni articolo scientifico mi ha fornito materiale utile per elaborare la discussione della mia tesi di *Bachelor*.

Tra gli elaborati approfonditi, i tre articoli scientifici che espongono indagini condotte mediante un campione di riferimento (Keane & Chapman, 2008; Sundler et al., 2021; Hornor et al., 2017) mi hanno consentito di comprendere maggiormente i comportamenti pratici tenuti in concreto dal personale infermieristico nella presa a carico di un paziente minorenne, potenziale vittima di abuso.

Pur essendo strutturati in modo diverso, gli articoli indicati hanno evidenziato la mancanza di formazione professionale degli infermieri quale barriera al riconoscimento di un caso di maltrattamento infantile.

Nell'elaborato di Keane & Chapman (2008), la ricerca ha dimostrato che un numero cospicuo di infermieri e medici hanno dichiarato di non possedere una formazione adeguata ad individuare i fattori che suggeriscono un potenziale caso di abuso infantile (Russel et al., 2004, citato in Keane & Chapman, 2008).

Lo studio condotto da Sundler et al. (2021) ha messo in luce le differenze che sussistono tra infermieri scolastici svedesi in relazione all'esperienza pratica svolta in tale ambito, rilevando che le figure professionali con meno esperienza lavorativa (tra 1 e 3 anni di esperienza) non sono statisticamente propense all'individuazione e la conseguente segnalazione di abuso infantile.

In aggiunta, l'indagine riportata da Hornor et al. (2017) evidenzia l'assenza di formazione degli infermieri pediatrici, soprattutto in riferimento ai fattori di rischio psicosociali, nonché in relazione al riconoscimento dello stesso maltrattamento infantile.

Inoltre, il sondaggio da ultimo citato ha indagato sulle principali difficoltà percepite dai partecipanti riguardo lo *screening* per abuso infantile: un numero significativo di infermieri pediatrici (48%) ha affermato essere la mancanza di formazione (Hornor et al., 2017).

Dall'esame dei suddetti articoli ho evinto la difficoltà per gli infermieri di ottenere nella pratica una formazione valida ed adeguata nel riconoscere tali casi di abuso.

Pur essendo presenti in letteratura considerevoli evidenze scientifiche che descrivono i comportamenti pratici che dovrebbe tenere l'infermiere, enunciati anche nel *background*, nella pratica professionale sembra che tali nozioni non vengano prese in considerazione.

Dallo studio di suddetti articoli scientifici ho percepito la sentita esigenza da parte del personale infermieristico di formarsi maggiormente, in particolar modo rispetto all'identificazione dei fattori di rischio che, se correttamente individuati, possono permettere un intervento immediato e tempestivo volto a prevenire che si consumi l'abuso.

Essere in grado di riconoscere tali fattori è fondamentale per l'infermiere, che può utilmente prevenire il trauma abusivo ed assistere non solamente il minore, ma anche il suo nucleo familiare, allo scopo di sviluppare e accrescere il legame intra-famigliare e l'attitudine dei genitori a prendersi cura della propria prole, come viene affermato anche da Hornor et al. (2017).

Prefiggendosi tale obiettivo, è utile considerare i benefici di inserire programmi educativi e *check-list* di promemoria per aiutare il personale infermieristico a ravvisare un caso di maltrattamento infantile (Sidebotham e Pearse, 1997; Benger e McCabe, 2001; Benger e Pearse, 2002; citati in Keane & Chapman, 2008).

Secondo uno studio condotto e riportato nell'elaborato di Keane & Chapman (2008), il concorrente utilizzo di programmi di istruzione e *check-list* di promemoria ha potenziato la capacità degli infermieri di PS nell'identificare un caso di abuso infantile e la relativa documentazione.

Infatti, un caso di maltrattamento infantile può essere rilevato solamente se il personale infermieristico dispone di adeguate risorse conoscitive, tali da permettergli di riconoscere

i segni di abuso, e un elenco di comportamenti pratici e tecniche da ricordargli di eseguire (Sanders e Cobley, 2005, citato in Keane & Chapman, 2008).

In relazione alle diverse forme di abuso, dall'analisi degli articoli scientifici ho potuto evidenziare come l'abuso sessuale e l'abuso fisico siano le due tipologie maggiormente riconoscibili, data la possibile presenza di reperti fisici sul corpo del minore.

Sono invece più insidiose e difficili da individuare forme di abuso quali il maltrattamento psicologico e la negligenza, che possono non lasciare alcuna traccia fisica.

In riferimento alla negligenza, tipologia di abuso maggiormente subita secondo Jackson et al. (2015) e rilevata anche dallo Studio Optimus (2018), l'articolo scientifico di Hornor (2014) offre una panoramica di comportamenti pratici utili da attuare da parte dell'infermiere pediatrico, specifici per diverse tipologie di negligenza che si possono presentare.

Inoltre, ritengo che la scala di classificazione qualitativa, il *Graded Care Profile*, discussa da Carter (2002) citato in Hornor (2014) e volta a catalogare le cure rese al bambino da parte del *caregiver*, sia uno strumento molto utile nella pratica, che contribuisce ad aiutare l'infermiere a valutare il caso clinico, comprendendo se è di fronte a un caso di negligenza o meno e decidendo se allertare i servizi di protezione dell'infanzia competenti nel territorio.

Un ulteriore dato significativo emerso dallo studio degli articoli scientifici, in particolare dagli articoli di Hornor (2014) e (2011), attiene al comportamento dell'infermiere di cercare innanzitutto un confronto con il *caregiver* del paziente pediatrico, esponendo i propri dubbi rispetto al possibile abuso infantile e manifestando la volontà di mettersi in contatto con i servizi di protezione dell'infanzia.

Ritengo considerevole tenere a mente questa condotta nella presa a carico del minore, al fine di preservare il rapporto professionale di fiducia instauratosi con il *caregiver*, costituendo questa una delle competenze professionali specifiche che deve possedere l'infermiere SUP (SUPSI, n.d.).

Tale concetto viene ribadito anche dall'articolo scientifico di Hornor (2014), che sottolinea l'importanza di preservare questa relazione con il nucleo familiare, allo scopo di collaborare congiuntamente e far venire meno i timori per l'abuso.

Gli infermieri sono posti in una posizione di vantaggio nel valutare e identificare casi di maltrattamento infantile, grazie alla loro partecipazione alle visite mediche pediatriche e alla relazione instaurata con i genitori/*caregiver* del minore, che si protrae anche successivamente alla visita effettuata (Keane & Chapman, 2008).

Nell'elaborato di Hornor (2014) viene sottolineata l'opportunità della figura dell'infermiere pediatrico di studiare e valutare i comportamenti del bambino e del *caregiver* per stabilire se sia stato abusato o meno.

Ritengo che, in relazione a questo ambito, l'assistenza fornita al minore da parte dell'infermiere sia innanzitutto un'assistenza di tipo psicologico: primariamente, predispone un ambiente protetto in cui il minore possa sentirsi a proprio agio, mettendo in atto le proprie abilità per rasserenarlo e farlo sentire al sicuro, al fine raccogliere elementi utili (Hornor, 2011).

È fondamentale questo ruolo di conforto per cercare di accogliere il dolore provato dal minore e per aiutarlo a ricostruire ciò che ha passato nel modo meno traumatico possibile.

## 5. CONCLUSIONI

Al termine dell'elaborazione del mio lavoro di *Bachelor*, è opportuno riconsiderare le motivazioni e gli obiettivi posti all'inizio del percorso di stesura di questo progetto e la domanda di ricerca definita mediante il modello PICO, più precisamente nel mio caso il modello PIO.

La scelta di questo argomento, difficoltoso da sviluppare soprattutto per via della sua intrinseca portata emotiva, è stata motivata dal mio profondo legame con il mondo infantile, dalla spiccata affinità che provo nei confronti dei bambini, da me considerati come soggetti puri e innocenti, di cui è necessario prendersene cura e tutelarli dal mondo esterno.

Agli albori di questo percorso, ho selezionato suddetta tematica con l'intenzione di approfondire le caratteristiche connaturate di questo fenomeno e il ruolo richiesto e svolto concretamente dall'infermiere di *triage*, di modo da poter poi riflettere nel futuro quanto ricercato e appreso grazie all'elaborato di *Bachelor*, e poterlo mettere in pratica durante la mia carriera professionale, qualora dovessi esercitare suddette mansioni in un contesto del genere.

Le iniziali motivazioni che avevo formulato all'interno dell'introduzione sono state soddisfatte: ho sviluppato suddetto elaborato focalizzandomi sulla sfera infantile, ponendo al centro della mia ricerca il bambino e il suo benessere, che purtroppo viene minacciato e lesa a causa del summenzionato fenomeno.

Nel mio lavoro ho esaminato le diverse tipologie di maltrattamento infantile, le caratteristiche tipiche proprie di ciascuna forma con i rispettivi fattori di rischio e protettivi, comprendendo le differenze sostanziali che sussistono tra i diversi tipi e i segni che si ricollegano ad ognuno di essi.

È stato illuminante ricercare e individuare i dati relativi all'epidemiologia di codesto fenomeno riguardanti il territorio svizzero: rintracciare stime così recenti di un fenomeno purtroppo altamente dilagante ed attuale come i maltrattamenti infantili, mi ha permesso di comprendere maggiormente la gravità e la serietà di questa realtà, mettendo in luce la necessità di azioni concrete volte a contrastare e prevenire lo sviluppo dei suddetti eventi. In particolare, il mio elaborato di *Bachelor* si è focalizzato sul ruolo assunto dal personale infermieristico nella presa in cura di minori sospettati di maltrattamento infantile, con la volontà di identificare i comportamenti pratici e gli interventi che gli infermieri devono realizzare per riconoscere o meno un caso di abuso infantile.

Gli obiettivi, inizialmente prefissati nell'introduzione dell'elaborato, sono stati raggiunti:

- sono stati identificati i diversi tipi di maltrattamento infantile e specificati i singoli aspetti di ognuno di essi, enunciandone le rispettive peculiarità;
- sono stati analizzati i precisi fattori di rischio e protettivi ricollegati ad ogni forma di abuso;
- sono stati rilevati ed approfonditi i segni specifici riconducibili a ciascuna forma di maltrattamento infantile, evidenziando in particolar modo le specificità dei segni attribuibili al maltrattamento fisico e all'abuso sessuale;
- sono stati localizzati i servizi assistenziali situati sul territorio ticinese, mettendo in risalto la loro suddivisione interna e le specifiche aree di competenza ed intervento;
- è stato descritto il ruolo assunto dall'infermiere SUP, le competenze generali richieste e le competenze professionali specifiche che costui deve possedere nella presa in cura di un paziente pediatrico;

- sono stati individuati ed analizzati gli interventi infermieristici che devono essere messi in atto al fine di accertare un caso di maltrattamento infantile, evidenziando le diverse fasi che si susseguono fin dall'ingresso del bambino nella struttura ospedaliera;
- sono stati identificati e descritti una serie di strumenti impiegati dal personale infermieristico per stabilire se un infante sia stato o meno abusato, tra cui l'utilizzo di una scala di classificazione qualitativa inerente alla forma di maltrattamento della negligenza (Hornor, 2014);
- sono state individuate una serie di problematiche presenti nella fase di riconoscimento del maltrattamento infantile, messe in luce dall'analisi di alcuni articoli scientifici che hanno condotto precise indagini per valutare l'operato del personale medico ed infermieristico.

L'attività di ricerca di materiale utile per il mio elaborato e la successiva stesura del presente lavoro sono state focalizzate sulla domanda di ricerca formulata all'inizio di questo percorso.

Infatti, ricorrendo all'utilizzo del modello PICO, ho potuto definire la seguente domanda di ricerca: "Quale ruolo svolge l'infermiere SUP e quali sono gli interventi infermieristici volti a riconoscere un abuso infantile su soggetti di età inferiore a 18 anni?"

Il materiale da me raccolto e la seguente redazione della tesi di *Bachelor* mi hanno permesso di poter rispondere efficacemente al quesito posto in origine.

Il ruolo dell'infermiere SUP è centrale nell'attività di riconoscimento di tale fenomeno, costituendo una delle primarie figure capace di comprendere che il bambino ha subito un episodio di violenza (Germani, n.d.).

L'infermiere gode di una posizione privilegiata in quanto, da un punto di vista clinico, può identificare i segni riconducibili ad eventi maltrattanti e intervenire segnalando il proprio sospetto al suo superiore, di modo da poter attivare la rete assistenziale di supporto all'infante; in questa sede può valutare il comportamento complessivo tenuto dal bambino e dai suoi genitori o accompagnatori, atteggiamento che può fornire ulteriori conferme al dubbio maturato sul maltrattamento (Rapaccini, 2019).

L'analisi degli articoli scientifici mi ha permesso di approfondire maggiormente il ruolo svolto dal personale infermieristico, ruolo che richiede al professionista di non tacere eventuali dubbi che questi nutre sulla natura dei segni riportati sul corpo dell'infante e del comportamento da questi tenuto durante la degenza in ospedale.

In particolare, si evince il ruolo assistenziale spiccatamente psicologico che il personale infermieristico assume nei confronti del bambino, mettendolo a suo agio in un contesto freddo, asettico e a lui sconosciuto, cercando di farlo sentire accolto e protetto (Hornor, 2011).

Gli interventi pratici messi in atto dall'infermiere SUP in caso di maltrattamenti infantili sono di diversa natura a seconda delle condizioni in cui versa il bambino, di quale forma di maltrattamento si sospetta possa essere stato vittima e del racconto dell'evento reso dal bambino e dai suoi accompagnatori.

Nel corso della stesura del mio elaborato di *Bachelor* ho potuto rilevare l'esistenza di specifici interventi infermieristici che è necessario realizzare: preliminarmente è fondamentale procedere ad effettuare l'ABC, serie di interventi essenziali da svolgere immediatamente quando il paziente entra in pronto soccorso (*Primo soccorso: regola ABC | Blog ABCsalute.it*, n.d.).

In seguito, sono messi in atto determinati interventi specificamente inerenti a riconoscere un caso di maltrattamento infantile, che vedono l'infermiere SUP:

- esaminare il corpo del bambino alla ricerca di segni ascrivibili a una o più forme di maltrattamento, con conseguente valutazione dei suddetti segni rinvenuti (Jackson et al., 2015);
- raccogliere informazioni riguardanti la storia dell'evento subito, evidenziando eventuali discrepanze o ambiguità nel racconto, oppure l'assenza di dettagli o di traumi all'interno della versione resa dal *caregiver* (Jackson et al., 2015);
- utilizzare un linguaggio consono all'età evolutiva del bambino nel momento in cui l'infermiere SUP procede ad intervistarli (Jackson et al., 2015);
- rasserenare il bambino, non facendolo sentire diverso ma cercando di tranquillizzarlo e di farlo sentire fuori pericolo (Hornor, 2011);
- studiare il comportamento tenuto dall'infante fin dall'ingresso in ospedale, le sue interazioni con gli accompagnatori, nonché valutare l'atteggiamento mantenuto da quest'ultimi (Rapaccini, 2019; Hornor, 2014);
- cercare un confronto con il *caregiver* del bambino, esponendo i dubbi sorti e la possibile intenzione di prendere contatto con i servizi dediti alla protezione dell'infanzia (Hornor, 2011; Hornor, 2014).

In aggiunta, vi sono una serie di indizi che costituiscono campanelli d'allarme di potenziali eventi maltrattanti subiti dal minore, ad esempio la presenza di ematomi in neonati di età inferiore a sei mesi o di fratture in bambini con meno di un anno di età (Lips et al., 2020).

Il mio elaborato di *Bachelor* ha come oggetto un fenomeno radicato nella società odierna, gravemente attuale e di cui purtroppo si sentono notizie quotidianamente.

Per tale motivo, ritengo che il mio lavoro aggiunga un apporto interessante a questa tematica, soprattutto in relazione alle problematiche che sono state sollevate durante l'analisi degli articoli scientifici: è stata rilevata una grave e scarsa formazione del personale medico ed infermieristico nel riconoscimento di casi di maltrattamento infantile (Keane & Chapman, 2008; Sundler et al., 2021; Hornor et al., 2017).

Considero che la suddetta problematica, presente oggi in molteplici contesti sanitari, possa essere risolta nel futuro, ad esempio introducendo strumenti utili quali *check-list* di promemoria per gli operatori sanitari (Sidebotham e Pearse, 1997; Benger e McCabe, 2001; Benger e Pearse, 2002; citati in Keane & Chapman, 2008) e percorsi di formazione continua del personale presente in reparto.

Ritengo che sia essenziale possedere una valida formazione e conoscenza degli interventi pratici che l'infermiere SUP deve realizzare nel prendersi cura di un paziente pediatrico sospettato di aver subito un maltrattamento, a maggior ragione in relazione ad infermieri SUP operanti all'interno del pronto soccorso o in un reparto pediatrico.

È fondamentale investire nella loro formazione, di modo che abbiano gli strumenti e le competenze necessarie per poter intervenire prontamente e interrompere tempestivamente la catena di abusi che il paziente potrebbe potenzialmente subire.

Concludendo la stesura di codesto lavoro, ritengo che sia opportuno condurre ulteriori ricerche e approfondimenti aventi ad oggetto il maltrattamento psicologico, tipologia di abuso maggiormente insidiosa da riconoscere per via della mancanza di segni fisici sul corpo del bambino, e di cui ho trovato minori contributi scientifici all'interno della letteratura disponibile.

La suddetta tematica ha rilevanti implicazioni per la pratica infermieristica, vista l'epidemiologia attuale del fenomeno analizzato. Considerando ciò, è evidente l'importanza di fornire una formazione continua al personale infermieristico che deve

essere in grado di riconoscere le lesioni sentinella, discrepanze nei racconti resi dai *caregivers* e segni che contraddistinguono il maltrattamento subito.  
È soltanto mediante un'adeguata formazione degli operatori sanitari che si può cercare di interrompere il ciclo di abusi e violenza in cui il bambino può trovarsi, garantendogli una tutela consona e salvaguardandolo il suo benessere psicofisico.

## 6. BILANCIO FINALE

Per completare il percorso sviluppato all'interno del mio elaborato di *Bachelor*, nel presente ed ultimo paragrafo ho scelto di proporre una serie di riflessioni correlate alla tematica da me individuata ed esaminata.

La ricerca, l'analisi e la stesura del suddetto lavoro mi hanno stimolata e incentivata, rappresentando per me una sfida e un'occasione per poter ampliare il mio bagaglio di conoscenze rispetto ad un argomento così attuale e a cui sono particolarmente legata. Ritengo che il mio elaborato sia servito a mettere in luce questo fenomeno dal punto di vista del personale infermieristico, che è tenuto a prendersi cura del paziente minorenne e riveste uno dei ruoli principali nell'attività di riconoscimento di un sospetto maltrattamento infantile.

La ricerca del materiale utile ai fini della revisione della letteratura ha contribuito a segnalare anche la presenza di determinate problematiche infermieristiche legate alla pratica, evidenziando l'importanza fondamentale di una costante formazione del personale infermieristico.

In relazione alle competenze infermieristiche rilevanti rispetto all'argomento selezionato, il mio lavoro di *Bachelor* mette in luce soprattutto le competenze professionali specifiche che l'infermiere SUP deve possedere, tra cui viene in risalto la figura di esperto in cure infermieristiche, in grado di fornire cure adatte a tutelare la salute e il benessere del paziente, in questo caso del paziente pediatrico (SUPSI, n.d.).

Nell'elaborato viene evidenziata la necessità che l'infermiere SUP sia un eccellente comunicatore, richiedendo di adottare e modulare un determinato tipo di linguaggio in base alla situazione clinica sussistente; nonché si evidenzia l'importanza della condivisione del lavoro da lui svolto con l'*équipe* di riferimento e gruppi interdisciplinari operanti sul caso clinico (SUPSI, n.d.).

In particolare, sottolineo l'importanza della competenza professionale riguardante l'esigenza, messa in luce all'interno dell'elaborato, che l'infermiere SUP rivesta un ruolo di apprendente e insegnante durante tutta la sua carriera professionale, implementando di continuo il proprio sapere e rimanendo aggiornato sulle tecniche più efficaci da adottare nella situazione di specie (SUPSI, n.d.).

Riflettendo sul lavoro svolto, considero che il mio elaborato sia applicabile all'interno di un contesto ospedaliero, in particolare facendo riferimento al pronto soccorso, ambiente frenetico che richiede personale medico e infermieristico preparato e in grado di riconoscere casi in cui il benessere del bambino, ivi condotto, è messo in pericolo o è stato lesa.

Ritengo che sia possibile trasferire le conoscenze descritte e approfondite nell'elaborato di tesi nel lavoro professionale da infermiere di *triage* e in ciò che questa figura svolge quotidianamente, presupponendo l'adozione di un occhio clinico e attento a situazioni che possono presentare eventuali sospetti, mettendo in prima linea la tutela e la salvaguardia del minore.

Il suddetto elaborato di *Bachelor*, eseguito al termine del mio percorso di formazione in Cure Infermieristiche, mi ha permesso di accrescere le mie conoscenze iniziali sul fenomeno dei maltrattamenti infantili. Considero che quanto appreso e analizzato possa aiutarmi nella mia futura carriera da infermiere, fornendomi una panoramica sugli strumenti disponibili e utilizzabili nella presa in cura di un paziente pediatrico.



Ho la consapevolezza che purtroppo ci saranno sempre episodi di maltrattamento infantile, ma il fulcro centrale della questione è riconoscere per tempo i suddetti casi, grazie ad un'adeguata formazione del personale e coltivando la speranza che, con un apprendimento continuo dei professionisti sanitari, ci sia un maggior tatto in merito a questa tematica.

## 7. RINGRAZIAMENTI

Reputo doveroso dedicare questo spazio a coloro che in un modo o nell'altro mi sono stati vicino durante questo percorso di crescita personale e professionale.

Il primo grazie va a me stessa, alla forza, determinazione e costanza che ho avuto nell'intraprendere questo percorso di studi, dato che, come molti sanno, è sempre stato il mio sogno poter esercitare questa professione. Pur avendo ricevuto diverse porte in faccia, sono riuscita a coronare questo grande traguardo: che possa essere soltanto il trampolino di lancio di una lunga e brillante carriera professionale.

Grazie anche a tutte quelle persone che non credevano che sarei riuscita ad arrivare dove sono ora: anziché demolire questo mio sogno non hanno fatto altro che incrementarlo, e ora posso dire di aver ottenuto la mia rivincita.

Un ringraziamento sentito va a tutta la mia famiglia, per esserci sempre e per avermi accompagnata in questo percorso di crescita.

Un grazie speciale va ai miei genitori, Alberto e Tiziana, per aver creduto insieme a me in questo mio sogno, per averlo finanziato e per avermi sostenuta in questa scelta. Grazie per aver sempre avuto fiducia in me e nelle mie capacità, per essere sempre stati presenti e per non avermi mai abbandonata nei momenti di sconforto. Vi voglio bene e ve ne sarò per sempre grata.

Grazie di cuore ai miei nonni materni, Anna e Bruno, dai quali sono stata cresciuta, amata ed educata; sono i miei angeli terreni e non li ringrazierò mai abbastanza per tutto quello che mi hanno insegnato e per il supporto incondizionato che mi riservano quotidianamente. Grazie alla nonna Anna, che considero come una seconda mamma: è stata proprio lei a trasmettermi questo desiderio incondizionato di aiutare sempre il prossimo e chi si trova in difficoltà e nella malattia; a lei persona molto devota che ad ogni esame accendeva un cero, dicendo che non era solo grazie al mio impegno nello studio se lo superavo.

Grazie a mio cugino Stefano, che per me è come un fratello, con il quale sono cresciuta; grazie per essere una presenza costante e un complice nella mia vita, sul quale da sempre posso contare.

Grazie di cuore a mia nonna paterna Maria, che in punta di piedi mi è stata accanto durante questo percorso, con la sua delicatezza e dolcezza che la contraddistingue.

Un grazie speciale alla mia migliore amica, Laura, che reputo come una sorella. Grazie per essere stata al mio fianco in questo percorso, per essere la mia fan numero uno; sei stata la prima persona ad avermi sostenuta. Grazie per aver sempre creduto in me anche quando io non ci riuscivo e grazie per esserci stata quando sentivo tremare la terra sotto ai piedi. Grazie per sopportarmi nei miei momenti di sconforto e per trovare sempre le parole giuste. Ti voglio infinitamente bene.

Un grazie sincero ad Andrea, che nonostante sia entrato a far parte della mia vita alla fine del primo anno di formazione, mi è stato accanto sin da subito interessandosi al mio percorso. Grazie per credere in me, per starmi accanto ed essere una presenza costante.

Grazie per ascoltare e accogliere i miei sfoghi e le mie preoccupazioni. A te che gioisci insieme a me per ogni mio piccolo grande traguardo e mi ripeti sempre di essere forte. Grazie per non avermi fatto mai mancare la bellissima sensazione di essere amata.

Grazie ad Elisa, per essere una vera amica. Grazie per essere una presenza costante da molti anni; nonostante abbiamo frequentato due facoltà differenti, ricorderò per sempre i nostri lunghi pomeriggi di studi.

Grazie ad Antonio, per essere un caro amico sul quale si può sempre contare. Ai nostri infiniti discorsi sulla vita e sul futuro. Grazie per ascoltarmi sempre.

Grazie all'amico di una vita, Luca, che nonostante tutto c'è sempre stato. Con la sua pazienza ha saputo darmi i consigli migliori nella formattazione della mia tesi.

Grazie alla mia amica Greta, con la quale ci si può sempre confrontare. Abbiamo avuto modo di conoscerci durante il corso OSS e insieme abbiamo rincorso il sogno di diventare infermiere.

Un grazie di cuore a Carola, Lisa, Jessica e Julia. Oltre ad essere compagne di corso, si sono rivelate delle vere amiche sulle quali so di poter contare; insieme abbiamo trascorso questi lunghi anni, in parte anche con la didattica a distanza, ma ciò non ci ha impedito di esserci e di supportarci sempre.

Grazie al mio gruppo di amiche di sempre, in particolare ad Aurora; per esserci state in questo percorso e per aver fatto il tifo per me. Vi voglio bene.

Un grazie a tutte le strutture sanitarie in cui ho eseguito i miei stage formativi: ho avuto la possibilità di prendere e apprendere dagli infermieri con cui ho lavorato e, grazie ad ognuno di loro, ho capito che tipo di curante voglio essere.

Per ultimo, ma non per importanza, un grazie sentito al mio direttore di tesi, Mariano Cavolo, sempre presente, puntuale e disponibile. È stato per me una guida sempre pronta a fornirmi gli strumenti migliori ai fini della stesura dell'elaborato. Grazie al percorso intrapreso insieme ho avuto l'opportunità di sviluppare maggiormente la mia capacità di analisi.

Grazie di cuore ad ognuno di voi.

Giorgia

## 8. BIBLIOGRAFIA

1 *CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf*. (n.d.). Recuperato 10 settembre 2021, da <https://www.savethechildren.it/sites/default/files/files/1%20%20CSP%20Pocket%20guide%20su%20abuso%20con%20casi%20csp.pdf>

Adams, J. A., Farst, K. J., & Kellogg, N. D. (2018). Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(3), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.12.011>

Adigun, O. O., Mikhail, A. G., Krawiec, C., & Hatcher, J. D. (2022). Abuse and Neglect. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436015/>

*Aggressività nei bambini: Forme, cause, come individuarla e come gestirla—Www.neuropsicomotricista.it*. (n.d.). Recuperato 4 luglio 2022, da <https://www.neuropsicomotricista.it/argomenti/103-aspetti-comportamentali/4342-aggressivita-nei-bambini-forme-cause-come-individuarla-e-come-gestirla.html>

*Ansia da separazione—Istituto A.T. Beck*. (2017, aprile 7). [https://www.istitutobeck.com/ansia da-separazione](https://www.istitutobeck.com/ansia-da-separazione)

ASPI. (n.d.). *Fondazione ASPI*. ASPI. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www2.aspi.ch/>

Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). Child Neglect—Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 3), 337–342.

Baldrati, D. ssa L. (n.d.). *Il vittimismo: Chi è la vera vittima?* Laura Baldrati - Psicologa Psicoterapeuta - Lugo. Recuperato 4 luglio 2022, da <https://www.laurabaldratistudio.com/blog/il-vittimismo-chi-e-la-vera-vittima>

Brassard, M. R., Hart, S. N., & Glaser, D. (2020). Psychological maltreatment: An international challenge to children's safety and well being. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 1), 104611. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104611>

Casi di protezione dell'infanzia nelle cliniche pediatriche svizzere 2020. (2021, maggio 28). *pädiatrie schweiz*. <https://www.paediatricschweiz.ch/statistica-2020-casi-di-protezione-dellinfanzia/>

*Che significa Autosvalutazione—Dizionari Simone Online*. (n.d.). Recuperato 4 luglio 2022, da <https://dizionari.simone.it/15/autosvalutazione>

Consiglio Federale. (n.d.-a). *RS 101—Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/it>

Consiglio Federale. (n.d.-b). *RS 312.5—Legge federale del 23 marzo 2007 concernente l'aiuto alle vittime di reati (LAV)*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2008/232/it>

Costacurta, M., Benavoli, D., Arcudi, G., & Docimo, R. (2015). Oral and dental signs of child abuse and neglect. *ORAL & Implantology*, 8(2–3), 68–73. <https://doi.org/10.11138/orl/2015.8.2.068>

Di Giacomo, E., Alamia, A., Cicolari, F., Cimolai, V., & Clerici, M. (2013). [Child sexual abuse: An irremediable hurt?]. *Rivista Di Psichiatria*, 48(4), 273–284. <https://doi.org/10.1708/1319.14623>

*Difficoltà nella socializzazione—Psicologia e Psiche*. (n.d.). Recuperato 4 luglio 2022, da <http://www.psicologiaepsiche.it/?page=articoli&pg=3&id=23/Difficult%26agrave%3B+nel+socializzazione>

DISTURBO DELL'ADATTAMENTO: LA DIFFICOLTÀ A GESTIRE I CAMBIAMENTI. (2016, agosto 22). *PsicologiainNapoli*. <https://www.psicologiainnapoli.it/disturbo-delladattamento-la-difficolta-gestire-cambiamenti.html>

*Dossier - Riconoscere e trattare il maltrattamento nel bambino1.pdf*. (n.d.). Recuperato 4 luglio 2022, da [https://www.nurse24.it/wp-content/uploads/2014/08/Dossier\\_-\\_Riconoscere\\_e\\_trattare\\_il\\_maltrattamento\\_nel\\_bambino1.pdf](https://www.nurse24.it/wp-content/uploads/2014/08/Dossier_-_Riconoscere_e_trattare_il_maltrattamento_nel_bambino1.pdf)

DSS. (n.d.). *Dipartimento DSS*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www4.ti.ch/dss/dipartimento/>

DSS - DASF. (n.d.). *Divisione DASF*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www4.ti.ch/dss/dasf/divisione/>

*Durezza: Definizione e significato di durezza—Dizionario italiano—Corriere.it*. (n.d.). Recuperato 4 luglio 2022, da [https://dizionari.corriere.it/dizionario\\_italiano/D/durezza.shtml](https://dizionari.corriere.it/dizionario_italiano/D/durezza.shtml)

Gamba, D. A. (2016). *IL TRAUMA DEL MINORE VITTIMA DI MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO*. 46.

Germani, C. (n.d.). *Il riconoscimento del bambino vittima di violenza*. 70.

Gonzalez, D., Bethencourt Mirabal, A., & McCall, J. D. (2022). Child Abuse and Neglect. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459146/>

Gonzalez, D., Bethencourt Mirabal, A., McCall, J. D., & Doerr, C. (2022). Child Abuse and Neglect (Nursing). In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568689/>

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

Honor, G. (2002). Child sexual abuse: Psychosocial risk factors. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 16(4), 187–192.

Honor, G. (2005). Physical abuse: Recognition and reporting. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 19(1), 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2004.06.009>

Honor, G. (2011). Medical evaluation for child sexual abuse: What the PNP needs to know. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 25(4), 250–256; quiz 257–260. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.01.004>

Honor, G. (2014). Child neglect: Assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 28(2), 186–192; quiz 193–194. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.10.002>

Honor, G., Bretl, D., Chapman, E., Herendeen, P., Mitchel, N., Mulvaney, B., Quinones, S. G., & VanGraafeiland, B. (2017). Child Maltreatment Screening and Anticipatory Guidance: A Description of Pediatric Nurse Practitioner Practice Behaviors. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 31(6), e35–e44. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.05.006>

Jackson, A. M., Kissoon, N., & Greene, C. (2015). Aspects of abuse: Recognizing and responding to child maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), 58–70. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.001>

Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B., & Herrmann, B. (2010). Child abuse and neglect: Diagnosis and management. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(13), 231–239; quiz 240. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0231>

Keane, C., & Chapman, R. (2008). Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2007.11.006>

*L'adultizzazione dei bambini: Cos'è e perché va evitata.* (n.d.). Nostrofiglio.it. Recuperato 4 luglio 2022, da <https://www.nostrofiglio.it/bambino/psicologia/adultizzazione-dei-bambini>

Lips, U., Wopmann, M., Jud, A., & Falta, R. (2020). *Maltrattamento infantile – protezione dell'infanzia.* 25.

Maggio, L. A., Sewell, J. L., & Artino, A. R. (2016). The Literature Review: A Foundation for High-Quality Medical Education Research. *Journal of Graduate Medical Education*, 8(3), 297–303. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00175.1>

*Maltrattamento infantile: Quali sono le forme di violenza.* (2021, ottobre 30). Save the Children Italia. <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/maltrattamento-infantile-quali-sono-le-forme-di-violenza>

McCann, J., Voris, J., & Simon, M. (1992). Genital injuries resulting from sexual abuse: A longitudinal study. *Pediatrics*, 89(2), 307–317.

Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 321–337. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.003>

*Panoramica sul maltrattamento infantile—Pediatria*. (n.d.). Manuali MSD Edizione Professionisti. Recuperato 10 settembre 2021, da <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/maltrattamento-infantile/panoramica-sul-maltrattamento-infantile>

Pautasso, M. (2013). Ten simple rules for writing a literature review. *PLoS Computational Biology*, 9(7), e1003149. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1003149>

Pazienti.it. (2012, gennaio 9). *Sindrome dell'iperattività: Malattie - Neurologia | Pazienti.it*. <https://www.pazienti.it/contenuti/malattie/sindrome-dell-iperattivita>

*Primo soccorso: Regola ABC | Blog ABCsalute.it*. (n.d.). Recuperato 4 luglio 2022, da [http://www.abcsalute.it/blog/primo-soccorso-la-regola-abc/?refresh\\_cens](http://www.abcsalute.it/blog/primo-soccorso-la-regola-abc/?refresh_cens)

Protezione dell'infanzia Svizzera. (n.d.). *Una Svizzera per i bambini*. Protezione dell'infanzia Svizzera. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www.kinderschutz.ch/it>

Rapaccini, F.R. (2019). Il bambino maltrattato. Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS Università Cattolica del Sacro Cuore

Repubblica e Cantone Ticino. (n.d.). *CAN - Raccolta delle leggi del Cantone Ticino*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/legge/num/345>

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). Come scrivere una revisione della letteratura.

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

Servizio LAV. (n.d.). *Servizio LAV - DLAV (DSS)*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www4.ti.ch/dss/dasf/uap/dlav/servizio-lav/>

*Sospetto che il bene del minore sia minacciato—Avviso all'APMA*. (n.d.). Protezione dell'infanzia Svizzera. Recuperato 4 luglio 2022, da <https://www.kinderschutz.ch/it/rilevamento-precoce-violenza-bambini/sospetto-bene-del-minore-minacciato>

*Stereotipia nell'Enciclopedia Treccani*. (n.d.). Recuperato 4 luglio 2022, da <https://www.treccani.it/enciclopedia/stereotipia>

*Studio Optimus (2018)*. Protezione dell'infanzia Svizzera. Recuperato 13 settembre 2021, da <https://www.kinderschutz.ch/it/offerte/scaricare-ordinare/studio-optimus-2018>

Sundler, A. J., Whilson, M., Darcy, L., & Larsson, M. (2021). Swedish School Nurses' Experiences of Child Abuse. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 37(3), 176–184. <https://doi.org/10.1177/1059840519863843>

SUPSI. (n.d.). *SUPSI - Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale—Competenze dell'infermiere SUP*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html>

T, M. (2017, marzo 3). *Münchhausen, la sindrome di chi simula per attirare l'attenzione*. Nurse24.it. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/medico-geriatrica-pediatria-psichiatria/la-sindrome-di-muenchhausen-e-la-dipendenza-da-ospedale.html>

Tozzo, P., Picozzi, M., & Caenazzo, L. (2018). Munchausen Syndrome by Proxy: Balancing ethical and clinical challenges for healthcare professionals Ethical consideration in factitious disorders. *La Clinica Terapeutica*, 169(3), e129–e134. <https://doi.org/10.7417/T.2018.2067>

UAP. (n.d.). *Ufficio UAP (DSS)*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www4.ti.ch/dss/dasf/uap/ufficio/>

UFaG. (n.d.). *Ufficio UFAG (DSS)*. Recuperato 14 marzo 2022, da <https://www4.ti.ch/dss/dasf/ufag/ufficio/>

WHO. (2020). *Child maltreatment*. Recuperato 4 luglio 2022, da <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>





Questa pubblicazione, *IL MALTRATTAMENTO INFANTILE: il ruolo svolto dall'infermiere di triage*, scritta da *Giorgia Bellazzecca*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License