

MALTRATTAMENTO E ABUSO SUI BAMBINI: UNA QUESTIONE DI SALUTE PUBBLICA



Indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno delle eccellenze ospedaliere di:
Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia





MALTRATTAMENTO E ABUSO SUI BAMBINI: UNA QUESTIONE DI SALUTE PUBBLICA

**Indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno
delle eccellenze ospedaliere di:
Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana e Puglia**

IDEAZIONE E COORDINAMENTO PROGETTO

Fondazione Terre des Hommes

Federica Giannotta, *Responsabile Advocacy e Programmi Italia*

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

Ospedale Regina Margherita di Torino

Antonio Francesco Urbino, *Responsabile Ambulatorio BAMBI*

Luca Gastaldo, *Ambulatorio BAMBI*

Fondazione IRRCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Alessandra Kustermann, *Responsabile Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD)*

Lucia Romeo, *SVSeD*

Cristina Cattaneo, *Università degli Studi di Milano, Sezione di Medicina Legale, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute*

Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

Paola Facchin, *Responsabile del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato*

Melissa Rosa Rizzotto, *Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato*

Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze

Stefania Losi, *Responsabile del Servizio Gruppo Abusi Infanzia Adolescenza (GAIA)*

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico - Giovanni XXIII di Bari

Maria Grazia Foschino Barbaro, *Responsabile Servizio di Psicologia - GIADA Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII*

REVISIONE FINALE RICERCA

Si ringrazia Paola Facchin, *Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova*

SI RINGRAZIANO PER IL CONTRIBUTO ISTITUZIONALE

Patrizia De Rose, *Capo Dipartimento per le politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri*

Maria Giuseppina Lecce, *Focal Point Italia OMS*

Sandra Zampa, *Vicepresidente Commissione Bicamerale per l'Infanzia e l'Adolescenza*

RACCOLTA ED ELABORAZIONE DATI

Monica Patrizio

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Marco Binelli

SEGRETERIA TECNICA STAFF DI RICERCA

Sara Lopresto, *Terre des Hommes*

Martina Pizzuto, *Terre des Hommes*

Finito di stampare nel mese di novembre 2016

© Terre des Hommes Italia 2016

I testi contenuti in questa pubblicazione possono essere riprodotti solo citandone la fonte.

INDICE

Prefazioni	II
Glossario	VI
Presentazione del dossier	VIII
La diagnosi clinica di maltrattamento dei bambini quale problema di salute pubblica: il ruolo chiave degli ospedali	1
Struttura dell'indagine	3
La prima rete di eccellenze ospedaliere impegnate nel contrasto della violenza sui bambini	4
Ambulatorio Bambi, Torino	6
Soccorso Violenza Sessuale e Domestica SVSeD, Milano	10
Centro Regionale per la diagnostica del Bambino Maltrattato Unità di Crisi per Bambini e Famiglie, Padova	14
GAIA – Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, Firenze	21
GIADA – Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Giovanni XXIII di Bari	25
Storie e tipologie di maltrattamento	30
Perché ricoverare in ospedale il bambino maltrattato	33
Il percorso diagnostico: alcuni casi	35
L'innovazione: il maltrattamento come paradigma dello studio dello sviluppo cerebrale	39
Conclusioni	42
Raccomandazioni finali	43
Bibliografia	44
Strumenti di rilevazione/1	45
Strumenti di rilevazione/2	51
Contatti	53

PREFAZIONI

DONATELLA VERGARI

SEGRETARIO GENERALE FONDAZIONE TERRE DES HOMMES ITALIA ONLUS

Terre des Hommes Italia ha come focus della propria azione la protezione e la promozione dell'infanzia nei Paesi poveri del mondo e da oltre vent'anni è al fianco dei più piccoli per difenderli da violenze, discriminazioni e abusi che, purtroppo, non sembrano avere confini.

Ed è proprio per questo che, da sempre, la nostra Fondazione consacra una quota importante del suo impegno anche all'infanzia e all'adolescenza del nostro Paese, l'Italia, scelta che oggi si rileva quanto mai funzionale a bisogni crescenti, dato il momento storico in cui la crisi economica perdurante e le nuove difficoltà in cui versano le famiglie hanno fatto emergere ancor di più la fragilità del tessuto sociale che trova espressione nella carenza di accudimento dei bambini così come nell'acuirsi di forme anche più gravi di maltrattamento e abuso.

La prima indagine nazionale sulla dimensione epidemiologica del maltrattamento all'infanzia in Italia è stata condotta da Terre des Hommes su mandato dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, e in collaborazione con Cismai, nel 2015 "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" e ha per la prima volta quantificato il fenomeno nel nostro Paese, evidenziandone una dimensione che ha stupito per ampiezza e fasce d'età dei bambini vittime.

Circa 100.000 bambini, infatti, sono risultati in carico ai Servizi Sociali perché vittime di una forma di maltrattamento (ogni 1.000 minorenni seguiti dai Servizi Sociali 200 lo sono per maltrattamento), la più frequente delle quali è risultata la trascuratezza materiale e affettiva spesso celata dalle pareti domestiche e per

questo molto complessa da intercettare e riconoscere.

Ad essa si aggiungono, però, altre forme di violenza, molto meno conosciute, che vedono protagonisti anche genitori inconsapevoli, quali la Shaken Baby Syndrome, che, per sua natura, colpisce i neonati.

Ancora prima di questo studio, del resto, la Fondazione aveva analizzato la violenza sui bambini con un taglio innovativo, realizzando in partnership con l'Università Luigi Bocconi di Milano e Cismai l'indagine nazionale "Tagliare sui bambini, è davvero un risparmio?", portando all'attenzione del pubblico e delle istituzioni i costi, diretti e indiretti, che ogni giorno derivano dalla mancata prevenzione della violenza sui bambini.

Ne è emerso che circa l'1% del nostro PIL è speso ogni anno per far fronte alla spesa derivante dalla violenza all'infanzia, elemento anch'esso imprescindibile da sapere per la definizione di politiche di prevenzione idonee.

Ma il nostro impegno non poteva fermarsi qui.

Per questo, con questo terzo Studio, ancora una volta all'avanguardia, abbiamo deciso di 'leggere' la violenza sui bambini con lenti nuove, che ci permettano di riconoscere questo fenomeno quale 'problema di salute pubblica', come richiesto da tempo dall'OMS.

Per questo delicato lavoro abbiamo scelto dei partner molto riconosciuti e storicamente impegnati nella diagnostica e cura della violenza sui bambini e nella loro cura.

Un mio ringraziamento sentito va infatti alle equipe dell'Ambulatorio

Bambini di Torino, di SVSeD di Milano, del Centro regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato di Padova, al GAIA di Firenze e al GIADA di Bari, che hanno tutti accolto con grande entusiasmo la nostra proposta di collaborare insieme ad un progetto così ambizioso.

Con queste eccellenze ospedaliere vogliamo offrire ancora una volta una fotografia nuova, attuale e ricca di spunti per il nostro Paese, che aiuti a costruire politiche di prevenzione sempre più incisive per fermare la violenza sui bambini.

MARIA GIUSEPPINA LECCE

FOCAL POINT ITALIA OMS

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che ogni anno circa 1.500.000 persone perdono la vita a causa della violenza.

Questi numeri ci dicono che la violenza è un grande problema di salute pubblica e l'Organizzazione Mondiale della Sanità da vari anni ha messo in campo sforzi enormi per tenere alta l'attenzione su tale fenomeno, per studiarlo, capirlo e prevenirlo. In quest'ottica, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito che l'approccio di sanità pubblica alla violenza si basa su quattro assi fondamentali:

1. misurare la violenza e il suo impatto
2. esplorare le cause e i fattori di rischio della violenza
3. esplorare i mezzi di prevenzione della violenza
4. sviluppare interventi che possono dare risultati

Per avere una misura del *"burden of disease"*, ossia dell'impatto della violenza, bisogna avere i dati e, tra le fonti di dati più utilizzate in genere usiamo quelli sulla mortalità, ma sappiamo che rappresentano solo la "punta dell'iceberg" del fenomeno.

La violenza fisica e sessuale non si concludono necessariamente con la morte di coloro che ne sono vittime. Pertanto è necessario ottenere informazioni sugli esiti non fatali della violenza e sui loro effetti a medio e lungo termine: indagini, interviste e diversi studi "ad hoc" su differenti tipi di popolazione hanno un'importanza decisiva. In questo contesto articolato di misurazione della violenza e del suo impatto, dobbiamo inserire questo importante studio coordinato da Terre des Hommes.

Nello specifico, in merito al mal-

trattamento infantile, va evidenziata la difficoltà oggettiva di studiare il fenomeno. I dati e le stime del fenomeno dipendono:

- » dalla definizione utilizzata di maltrattamento infantile
- » dal tipo di maltrattamento infantile studiato
- » dalla copertura e dalla qualità delle statistiche ufficiali disponibili
- » dalla copertura e dalla qualità delle surveys che richiedono questionari auto-compilati (self-reports) da parte delle vittime, dei genitori o di chi si occupa dei minori (*care giver*).

È sicuramente difficile studiare un fenomeno che, come il maltrattamento, causa sofferenze ai bambini e alle loro famiglie e può avere conseguenze a lungo termine.

Il maltrattamento causa stress che può inficiare lo sviluppo del sistema nervoso e del sistema immunitario. Conseguentemente, da adulti, i bambini maltrattati e vittime di violenza hanno un aumentato rischio di soffrire di disturbi comportamentali, fisici e di salute mentale che a loro volta contribuiscono all'insorgere di malattie cardiache, oncologiche, sessualmente trasmesse e a tendenze suicidarie.

Dire che la violenza è un problema di salute pubblica, non significa solo che è necessario avvicinare il problema con metodo e rigore per studiarlo e prevenirlo. Un problema di salute pubblica è un problema globale che ha degli impatti sull'economia e sul benessere del pianeta e di tutta la popolazione mondiale. In quest'ottica vanno letti i *"Sustainable Development Goals"*, i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile ratificati nel 2015 dai 193 Stati Membri delle Nazioni Unite.

Tra i differenti obiettivi che riguardano la violenza sottolineo l'obiettivo **"Uguaglianza di genere"** che esplicita chiaramente la necessità di **porre fine alla violenza sulle donne e le bambine** e al matrimonio infantile.

Ancora più esplicito è l'obiettivo **"Pace e Giustizia"** che chiama a "ridurre la violenza ovunque" e a **"porre fine alla violenza contro i bambini"**.

Tutti siamo chiamati a lavorare per raggiungere questi obiettivi.

PATRIZIA DE ROSE

CAPO DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

La diffusione della *chemical abuse* quale nuova forma di maltrattamento nei confronti di bambini, anche con pochi mesi di vita, ci impone di prendere coscienza di un problema in espansione che occorre affrontare con determinazione, impegnando senza riserve tempo, capacità e risorse economiche, per ribadire il diritto dei bambini a crescere in un contesto sano e protetto.

Tali abusi di difficile individuazione, per le variegata modalità di espressione, necessitano per la loro rilevazione di un contesto clinico specializzato che coinvolga più figure professionali.

Le Istituzioni, insieme alle strutture sanitarie, possono fare molto perché una sana società civile ha l'obbligo di salvaguardare se stessa garantendo l'integrità e il benessere dei bambini.

La finalità principale è quella della tutela del bambino nella sua interezza, della salute globalmente intesa, fisica, psichica e relazionale con il riconoscimento e la rimozione di comportamenti lesivi, posti in essere dai genitori o da coloro che dovrebbero averne cura.

Troppi sono i farmaci inutili, fra sedativi, sonniferi, psicofarmaci, antidolorifici o sciroppi per la tosse dagli effetti calmanti propinati ai bambini non per il loro benessere, bensì per aiutare gli adulti a raggiungere i propri scopi che, insieme alla somministrazione con secondi fini di alcol e droga, rendono i bambini vittime inconsapevoli di violenza tra le pareti domestiche.

Le persone che nell'infanzia hanno vissuto esperienze traumatiche o situazioni di cronica violenza in famiglia, spesso si trovano a svi-

luppare sintomi fisici e psicologici molto importanti, diventando adulti problematici e, quindi, occorre saper riconoscere in tempo, così da poter intervenire prontamente, i segnali di un abuso perpetrato nei confronti di chi si trova nell'impossibilità di potersi difendere.

Non bisogna sottovalutare le conseguenze che gli episodi di violenza provocano: segni indelebili che possono essere trasmessi da una generazione all'altra. Recenti studi hanno dimostrato che le bambine ed i bambini che hanno assistito, o sono stati sottoposti, a violenza hanno maggiori probabilità di diventare vittime di abusi di qualsiasi tipo.

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha da sempre dedicato un'attenzione particolare alla prevenzione, specialmente nei confronti delle fasce più giovani della popolazione, ritenendo fondamentale sia la sensibilizzazione della cittadinanza sia la formazione di educatori e genitori sulle problematiche di abuso di sostanze psicotrope.

Queste azioni di prevenzione si collocano all'interno di interventi di tutela della salute, individuale e collettiva, nella consapevolezza che solo la conoscenza, l'informazione e buoni studi epidemiologici che indichino dove e come i maltrattamenti si verificano, potranno contribuire a comprendere la severità del problema e a combatterlo.

Per tale motivo e per l'importanza che interventi di questo tipo ricoprono all'interno delle politiche nazionali ed europee, l'indagine esperita da Terre des Hommes rappresenta un prodotto importante ed atteso, un punto di riferimento che

fornisce preziose indicazioni sulla concreta esistenza di questi aberranti maltrattamenti, che permetterà di ampliare ed approfondire le conoscenze degli operatori del settore e consentirà ai servizi competenti sul territorio di affrontare in maniera sempre più consapevole i casi di violenza sull'infanzia.

SANDRA ZAMPA

VICEPRESIDENTE COMMISSIONE BICAMERALE INFANZIA E ADOLESCENZA

Maltrattamenti e abusi su bambine e bambini rappresentano un problema di salute pubblica. Può sembrare strano doverlo ribadire. Eppure nel nostro Paese è ancora necessario farlo. Troppe volte si è tentato di sminuire o negare l'esistenza di questo fenomeno ma, soprattutto troppi sono ancora gli ostacoli che si frappongono alla raccolta di dati che, invece, dovrebbero essere sistematizzati in un sistema informativo nazionale permanente in quanto base di partenza per affrontare il problema.

Violenze fisiche vere e proprie, abusi sessuali o psicologici, violenza assistita, trascuratezza materiale e affettiva: sono infinite le sfumature della violenza su bambine, bambini e adolescenti.

Secondo la prima indagine nazionale presentata alla Camera dei deputati nel maggio 2015 su iniziativa del Garante dell'Infanzia e realizzata in collaborazione con Terre des Hommes e CISMAL e con il supporto di Anci e Istat, **i minorenni maltrattati in Italia, seguiti dai servizi sociali, sono 91.000. Più numerosi al Sud e al Centro rispetto al Nord. Bambine o ragazze adolescenti e stranieri le due categorie più colpite.**

La fotografia che si ricava, da questa ricerca così come da altre, è davvero dolorosa e drammatica. A ciò si aggiunge il grave disagio subito dai minori vittime della povertà educativa e materiale che insiste, anche se in modo disomogeneo, nel nostro Paese. Né possono essere ignorate le forme di violenza legate alle nuove tecnologie.

I recenti e drammatici episodi che la cronaca ha portato all'attenzione

dell'opinione pubblica testimoniano l'esistenza di un gravissimo degrado sociale e confermano che nella maggioranza dei casi si tratta di violenza in ambito familiare e amicale. Occorre purtroppo chiedersi se ciò che conosciamo non sia solo una parte di ciò che avviene nella vita quotidiana di tanti bambini, così come spesso suggerito da chi opera sul campo.

Ogni abuso lascia danni certamente destinati a durare nel tempo, ferite permanenti se non curate adeguatamente, e la politica deve avere la saggezza di interrogarsi sul costo sociale che tutto ciò produce. Che adulti saranno i bambini maltrattati, violati, ignorati, abbandonati a se stessi? **Tutto ci mostra che occorre lavorare su due leve: la prevenzione e la cura.**

Mille sono i segnali che bambini e adolescenti lanciano agli adulti e nessun bambino va lasciato solo. Occorrono sentinelle in grado di leggere la realtà e agire.

Dall'altro lato, quello della cura, è necessario intervenire subito con tutti gli strumenti a disposizione perché abusi e maltrattamenti non si trasformino in ferite irrecuperabili. Ancora oggi sono troppi i bambini esclusi dalla possibilità di terapie che alleggeriscano la loro fatica o li guariscano restituendo fiducia in se stessi, nel mondo degli adulti e nel futuro.

La politica può e deve fare di più per la raccolta dei dati ma anche sul piano della diffusione di linee guida di contrasto, prevenzione e cura del maltrattamento dell'infanzia attribuendo le risorse necessarie per dar seguito alle promesse e agli impegni contenuti nelle convenzioni e ribaditi dalle norme.

Anche per questo c'è da ringraziare quanti, come Terre des Hommes, operano caparbiamente in questo difficile campo per fare in modo che bambine e bambini vivano una vita migliore.

GLOSSARIO



Maltrattamento

L'abuso infantile o maltrattamento è comprensivo di tutte le forme di maltrattamento fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale od altro, con conseguente danno reale, potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere!.



Maltrattamento fisico

È quello che esita in un danno fisico attuale o potenziale causato da azioni agite o mancanti, nell'ambito di una relazione di controllo da parte del genitore o di un'altra persona in un ruolo di responsabilità, potere o fiducia. Si possono verificare incidenti singoli o ripetuti.



Abuso psico-emozionale

Include l'omissione di provvedere ad un ambiente d'appoggio ed adatto allo sviluppo del minore, comprendendo la necessità di disponibilità di una figura primaria di riferimento, cosicché il bambino possa essere in grado di sviluppare un percorso stabile e completo di competenze sociali e psico-emozionali commisurate a potenziali personali specifici ed al contesto sociale in cui egli vive.



Trascuratezza grave e trattamento negligente (neglect)

Consistono nell'omettere di provvedere allo sviluppo del bambino in tutti gli ambiti: salute, educazione, sviluppo psico-emozionale, nutrimento, protezione, ambiente di vita sicuro, nel contesto delle risorse ragionevolmente disponibili della famiglia o di chi li abbia in carico e che causi, o che abbia elevata probabilità di causare, danno alla salute del bambino o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale. Questo può comprendere l'omissione delle necessarie misure di sorveglianza e protezione dei minori.



Abuso sessuale

È la partecipazione di un minore ad attività sessuali per lui non comprensibili, o cui non possa consapevolmente consentire, o quelle per cui non abbia raggiunto uno sviluppo tale da permettergli di risultare preparato o in grado di consentire, o quelle che violino la legge od i tabù sociali. L'abuso sessuale infantile è provato dal verificarsi di una o più di queste azioni tra bambino ed adulto od altro minore che per età di sviluppo sia in rapporto di responsabilità, fiducia o potere; le azioni devono essere intese in un'ottica di compiacimento o di soddisfazione dei bisogni/desideri di un'altra persona. Ciò può comprendere ma non essere limitato a:

- » l'istigazione o la coercizione nel coinvolgimento del minore in attività sessuali turpi o illegali;
- » lo sfruttamento del minore nella prostituzione o in altre pratiche sessuali illegali;
- » lo sfruttamento del minore in prestazioni o materiale pornografico.



Sfruttamento

Sia commerciale che d'altro genere, si riferisce all'impiego del bambino nel lavoro od in altre attività di guadagno altrui. Ciò include (ma non si limita a) lavoro e prostituzione. Questo tipo d'attività conduce al detrimento fisico o di salute mentale, d'educazione, o di sviluppo spirituale, morale o socio-emozionale del bambino



Chemical abuse (Abuso chimico)

È una forma di maltrattamento che comprende tutte le ingestioni intenzionali a scopo di minaccia o le ingestioni intenzionali risultanti da neglect (mancata supervisione o messa a rischio) di agenti potenzialmente velenosi. Tali agenti comprendono farmaci, non farmaci (es: solventi, prodotti per la pulizia, etanolo, ecc...) e sostanze illecite o illegali (es: stupefacenti).



Shaken Baby Syndrome (SBS) e Abusive Head Trauma (AHT)

La Sindrome del Bambino Scosso o Trauma Cranico Abusivo, è una forma di maltrattamento fisico in cui il bambino, di solito sotto i 2 anni di età, viene violentemente scosso imprimendo forze di accelerazione, decelerazione e rotazione al capo e alle altre strutture del corpo, provocando lesioni gravissime.



Munchausen Syndrome By Proxy (MSBP)

La Sindrome di Munchausen per procura è una forma di maltrattamento in cui l'adulto simula sintomi o fabbrica una malattia (con la somministrazione di farmaci o altro) nel bambino inducendolo i sanitari ad indagini ed esami alla ricerca di una diagnosi.



Bambino conteso

Si tratta di una condizione in cui la coppia genitoriale arriva alla separazione o ad divorzio con una gravissima conflittualità e il bambino è coinvolto in tale dinamica direttamente o indirettamente.



Violenza assistita

Per violenza assistita si intende fare esperienza diretta o indiretta da parte del bambino di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori.



Presa in carico

Percorso attraverso il quale i Servizio Sanitari, Socio-Sanitari e Sociali, a fronte di uno o più bisogni di salute progetta ed eroga un piano di assistenza che integri più interventi rivolti al bambino e alla sua famiglia, sulla base della propria specifica competenza istituzionale.

TC

Tomografia Computerizzata (TC)

Tomografia Computerizzata è una metodica diagnostica per immagini, che mediante l'utilizzo di radiazioni ionizzanti (raggi X), permette di riprodurre sezioni o strati (tomografia) corporei del paziente ed effettuare successive elaborazioni tridimensionali.

RMN

Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)

È una tecnica diagnostica per immagini non invasiva, fondata sul principio delle onde radio, che consente una precisa visualizzazione degli organi e delle strutture interne senza che vengano utilizzate radiazioni ionizzanti.



Neurotrasmettitore

Un neurotrasmettitore è una sostanza che veicola le informazioni fra le cellule componenti il sistema nervoso, i neuroni, attraverso la trasmissione sinaptica.

Sinapsi

La sinapsi (o giunzione sinaptica) è una struttura altamente specializzata che consente la comunicazione delle cellule del tessuto nervoso tra loro (neuroni) o con altre cellule (cellule muscolari, sensoriali o ghiandole endocrine).

Mielinizzazione

È un processo di maturazione del sistema nervoso centrale che consiste nel rivestimento progressivo degli assoni (parte del neurone, cellula cerebrale) con la mielina, una sostanza lipidica che isola elettricamente l'assone del neurone per rendere più veloce ed efficiente la trasmissione dell'informazione. Inizia già nella vita fetale, è massimo nei primi mesi e anni di vita e si completa nella tarda adolescenza.

PRESENTAZIONE

La presente Indagine nasce come naturale proseguimento del lavoro svolto da Terre des Hommes nell'ultimo quinquennio in materia di prevenzione della violenza all'infanzia. Terre des Hommes, da sempre impegnata nel portare all'attenzione delle Istituzioni, della stampa e del grande pubblico il fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sui bambini, negli ultimi anni ha nettamente focalizzato la sua attenzione su lavori che permettessero di conoscere in modo più approfondito il fenomeno, fornendo agli operatori strumenti utili a poterlo prevenire e al Sistema Italia basi nuove e solide di conoscenza che fossero funzionali all'adozione di politiche mirate ed efficaci per il suo contrasto.

In questo senso si ricordano (2013) l'indagine **"Maltrattamento sui bambini: come lo ri-conoscono i medici e pediatri di Milano?"**² condotta da Terre des Hommes/SVSeD Clinica Mangiagalli di Milano che ha permesso di sondare le conoscenze specifiche che la rete sanitaria della città aveva del fenomeno e la sua capacità di intercettarlo, facendo nascere il bisogno di predisporre strumenti utili a non lasciare solo il medico dinanzi a casi di sospetto maltrattamento.

Da questo lavoro è seguito poi (2014) il Primo **VADEMECUM per l'Orientamento di medici e pediatri nella gestione di casi di sospetto maltrattamento a danno di bambini** – curato da Terre des Hommes, Ordine dei Medici di Milano, SVSeD, Università degli Studi di Milano, SIP, SICUPP, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni Milano, Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano, ASL Milano.

Strumento semplice e funzionale, il VADEMECUM è stato distribuito in modo capillare a tutti i medici e pediatri della città fornendo così un valido punto di riferimento in tutti i

casi di sospetta violenza. A questo lavoro su scala locale è seguito poi un impegno di più ampio respiro che ha portato alla realizzazione (2014) della prima Indagine Nazionale sui costi della violenza all'infanzia **"Tagliare sui Bambini, è davvero un risparmio? Impatto sulla spesa pubblica della mancata prevenzione della violenza sui bambini"** condotta da Terre des Hommes in collaborazione con CISMAI e realizzata da Università L. Bocconi.

L'ultimo biennio è stato poi segnato da uno Studio di grande impatto (2015) l' **"Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia"** Terre des Hommes/CISMAI/Autorità Nazionale Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza: la prima esperienza volta a definire la dimensione epidemiologica della violenza sui bambini su scala nazionale. L'Indagine ha riguardato i Servizi Sociali di 231 Comuni rappresentativi della realtà nazionale, permettendo di registrare ben 91.272 bambini presi in carico dai servizi sociali italiani, in quanto già vittime di una o più forme di maltrattamento.

Infine, nel 2016 la Fondazione, grazie alla preziosa partnership con SIN Società Italiana Neonatologia e in collaborazione con la Dott.ssa Lucia Romeo – della SVSeD Clinica Mangiagalli di Milano, ha lanciato la prima **Campagna Nazionale di prevenzione e sensibilizzazione sulla Shaken Baby Syndrome** distribuendo in 500 neonatologie italiane poster informativi in quattro lingue sui rischi correlati ad uno scuotimento violento del neonato.

È da questo crescente impegno che nasce questo Studio, finalizzato a fornire uno spaccato ancora diverso della violenza all'infanzia, quello del delicato e complesso lavoro di intercettazione e diagnosi del fenomeno

delle cinque eccellenze ospedaliere italiane oggi esistenti nel nostro Paese.

Terre des Hommes crede fondamentale completare la fotografia della violenza e maltrattamento sui bambini, mettendo in luce oggi non tanto il numero dei casi registrati dai singoli Centri Ospedalieri (che, stante la natura e metodologia differenti non provengono da fonti comparabili), quanto invece i modelli di intervento che ciascuno di essi rappresenta, onde poter dare un ulteriore contributo alle politiche nazionali di prevenzione in materia, alla ricerca di un modello Italia efficace e replicabile.

Pur nella loro diversità, infatti, i Centri protagonisti dello studio costituiscono le eccellenze strutturate a livello ospedaliero in Italia ad oggi, ed è quindi imprescindibile partire da un'analisi del loro modus operandi se si vuole conoscere come il fenomeno della violenza a danno di minori viene riconosciuto, studiato e soprattutto contrastato a livello ospedaliero.

LA DIAGNOSI CLINICA DI MALTRATTAMENTO DEI BAMBINI QUALE PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA: IL RUOLO CHIAVE DEGLI OSPEDALI

Ogni anno un numero sempre crescente di bambini risulta affetto da una forma di maltrattamento fisico, abuso sessuale o emotivo: in alcuni casi, il maltrattamento è molto grave e può portare alla morte, particolarmente nei primi anni di vita, in cui alcune tipologie di maltrattamento come la Sindrome del Bambino Scosso³ oppure il *Chemical Abuse* possono portare al decesso⁴⁻⁵ del piccolo se non riconosciute tempestivamente e trattate in modo adeguato.

Le conseguenze a medio e lungo termine del maltrattamento sono molto gravi e comprendono patologie neurologiche e gravi ritardi dello sviluppo, patologie psichiatriche e disturbi nella sfera delle dipendenze da sostanze (alcol o stupefacenti), ma anche un'incidenza maggiore di diabete⁶, patologie cardiovascolari, gastroenterologiche⁷ e neurologiche degenerative⁸ e ancora in taluni casi una morte anticipata indirettamente collegata ai gravi esiti psico-emozionali e comportamentali del maltrattamento ed esplicatisi in un aumento di condotte fortemente a rischio (incidenti con dinamiche estreme quasi-suicidarie) o in vere e proprie condotte autoaggressive e suicidarie⁹⁻¹⁰.

Tali effetti, sebbene impressionanti, rappresentano quasi certamente una sottostima del fenomeno poiché molto spesso le vittime di maltrattamento rimangono non identificate, ed anche di fronte al sospetto, i casi spesso non vengono diagnosticati e quindi trattati, registrati e infine segnalati¹¹.

Il punto fondamentale, che negli ultimi anni sta emergendo con sempre maggiore evidenza, complessità di dati in molti Paesi dove è ampia la ricerca clinica, biologica e sul neurosviluppo, è che **il maltrattamento è prima di ogni altra cosa una condizione patologica, che interessa un individuo in via di sviluppo e che ne condiziona in modo spesso irreversibile le modalità e le strutture e funzioni conseguenti**¹²⁻¹³.

Le acquisizioni attuali della ricerca biomedica dimostrano in modo inconfutabile che i meccanismi fisiopatologici che stanno alla base delle varie forme di maltrattamento sono in grado di alterare in modo permanente la maturazione e la morfologia cerebrale, non soltanto rallentando alcuni fenomeni tipici del neurosviluppo (come ad esempio la mielinizzazione secondaria e la neosinaptogenesi), ma anche definendo una nuova e specifica morfologia di connessione delle diverse aree cerebrali, base anatomica indispensabile per garantire alcune funzioni superiori complesse¹³.

Anche i meccanismi di regolazione metabolica intracerebrale, compresa la genesi dei principali neurotrasmettitori, possono essere permanentemente alterati¹⁴. Uguali permanenti conseguenze di possono riscontrare anche nella maturazione e funzione di altri apparati. Proprio queste recenti acquisizioni evidenziano come la dimensione della diagnosi di patologia e di danno strutturale attuale ed evolutivo debbano essere il primo gradino di un complesso inquadramento del bambino maltrattato e dell'ambiente maltrattante, che comprenderà certamente anche gli

aspetti di funzionamento psicologico e psico-relazionale dei singoli e della famiglia oltre che della dimensione della comunità di appartenenza nelle sue caratteristiche sociali e culturali e financo politiche, ma che debba comunque poggiarsi su questo primo ineludibile ed essenziale passo.

Tutti gli ospedali, soprattutto gli ospedali pediatrici, incontrano quotidianamente il maltrattamento e la trascuratezza. Generalmente il maltrattamento inizia a manifestarsi e perdura per un periodo anche lungo prima che venga formulato il primo sospetto, e **spesso è proprio l'ospedale il primo punto di accesso, il nodo della rete di assistenza e cura in cui è possibile che si sollevi il dubbio che un maltrattamento stia avvenendo o il momento in cui il genitore porta "il problema" al di fuori delle mura domestiche all'attenzione di un professionista che potenzialmente lo può rilevare.**

I casi trattati nel contesto ospedaliero hanno generalmente decorsi clinici molto severi: **secondo uno studio condotto negli Stati Uniti, rispetto ai bambini ricoverati per altra patologia, i bambini ricoverati per maltrattamento hanno degenze più lunghe (8,2 vs 4,0 giorni), profili di patologie più complessi con il doppio del numero delle diagnosi alla dimissione (6,3 vs 2,8), il doppio del costo (19.266\$ vs 9.513\$) e, non ultimo, hanno una probabilità più elevata di morire durante il ricovero (4,0% vs 0,5%)¹⁵.**

Da tali dati emerge in modo evidente che il costo in salute delle vittime di maltrattamento è elevatissimo e

che una diagnosi corretta e precoce costituisce una assoluta urgenza.

Già dalla fine degli anni '90, l'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziava come il problema della violenza e del maltrattamento rappresentassero una vera emergenza di salute pubblica, e individuava una nuova definizione del fenomeno, comprendendo tra gli elementi caratteristici delle sindromi da maltrattamento quale elemento cruciale la presenza di un danno - reale, potenziale o evolutivo - non solo alla salute fisica e psichica del bambino, ma anche alla sua sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità¹. Il maltrattamento veniva quindi compreso in forma ufficiale all'interno dell'elenco delle patologie diagnosticabili dell'International Classification of Diseases (ICD), con la specificazione di tutte le sue principali sottoforme nosologicamente definite¹⁶⁻¹⁷.

Anche in Italia, già nel Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri riguardante la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2001¹⁸, la cura e presa in carico delle vittime di abuso e maltrattamento ed il trattamento terapeutico-riabilitativo erano definiti come livello essenziale di assistenza.

L'iniziale sospetto clinico e la valutazione diagnostica che ne consegue diventano i passaggi essenziali che avviano il percorso di cura: di fronte ad un quadro clinico che manifesti il sospetto di un maltrattamento – una frattura, un ematoma sotto cutaneo, una infezione sessualmente trasmissibile oppure una intossicazione da stupefacenti – è necessario dare risposta a più domande, essenzialmente concentrate intorno ai quesiti circa la presenza o meno del maltrattamento, la specifica sottoforma e le possibili diagnosi differenziali, da un lato, e le caratteristiche e risorse familiari e la possibilità o meno di recuperare la famiglia maltrattante, dall'altro. Questi due ambiti di esplorazione definiscono quello che normalmente viene indicato come l'assessment diagnostico.

Tale iter diagnostico comprende indagini cliniche e strumentali raffinate condotte nei modi e nei tempi che consentano rapidamente di confermare o di escludere il sospetto diagnostico o supportare le altre istituzioni coinvolte con elementi oggettivi. È quindi evidente come sia essenziale predisporre modelli assistenziali di approccio a questo problema che permettano un cambiamento radicale della organizzazione degli interventi e delle procedure, riducendo in modo significativo i tempi di latenza dal sospetto alla diagnosi, integrando le attività di diverse istituzioni fin dai primi momenti del sospetto e della eventuale segnalazione e utilizzando per ogni caso il massimo della competenza professionale e della tecnologia di diagnostica strumentale disponibili.

Un recente rapporto del *National Association of Children's Hospitals and Related Institutions* (NACHRI) ha messo in evidenza il ruolo chiave delle strutture ospedaliere nel garantire un corretto inquadramento diagnostico dei casi di sospetto maltrattamento, comprensivo della definizione del danno strutturale correlato, sottolineando come tali competenze siano indispensabili particolarmente per gli ospedali pediatrici e che sia necessaria una precisa organizzazione a livelli crescenti di complessità assistenziale (classificati come Centri *Basic*, *Advanced* e *Centers of Excellence*)¹⁹.

Ma nel nostro Paese esistono esperienze a riguardo?

In Italia una delle esperienze più innovative e anticipatorie in materia di maltrattamento è rappresentata dall'istituzione, alla fine degli anni '80, di una **Unità di Crisi per Bambini Maltrattati presso l'Ospedale di Padova** che, sviluppando nel tempo competenza ed esperienza specifiche, si è velocemente imposta nel panorama nazionale e internazionale quale esempio autorevole riconosciuto dall'OMS tra le *Best Practices* in materia di maltrattamento a livello mondiale. Tale gruppo, collaborando prima

con la Regione Europea dell'OMS - Ufficio di Copenaghen sul tema della protezione del bambino nei 57 Paesi della Regione, e in seguito con l'Headquarter OMS di Ginevra, ha contribuito alla *World Consultation on Child Abuse Prevention* nel 1999 che ha formulato nuove definizioni di maltrattamento e delle sindromi correlate ed ha imposto il maltrattamento quale sfida prioritaria in materia di salute pubblica²⁰.

Sulla scorta di tale esperienza, una serie di altre realtà hanno via via preso forma, alcune ispirandosi a tale modello organizzativo, altre in modo autonomo, in diverse Regioni e in condizioni differenti. Attualmente esistono 5 realtà ospedaliere funzionanti, che operano con modelli organizzativi diversi: queste realtà, presentate in questo dossier sono la dimostrazione che si può fare. L'obiettivo di questo progetto è di fare in modo che tutti i più grandi ospedali italiani si dotino di strutture analoghe, avvalendosi della miglior innovazione possibile.

STRUTTURA DELL'INDAGINE

Dopo aver fotografato la dimensione epidemiologica della violenza all'infanzia attraverso l'indagine campionaria **“Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia”** che aveva coinvolto i Servizi Sociali di 231 Comuni italiani, il presente lavoro si è proposto di investigare l'attività svolta dalle cinque strutture ospedaliere italiane più all'avanguardia nella preparazione tecnica e nella capacità di intercettazione del fenomeno, onde dare un contributo ancora diverso ed ulteriore al dibattito in materia sul piano nazionale.

Di qui la scelta di Terre des Hommes di attivare una collaborazione operativa ed istituzionale con:

- » **Bambi - Ospedale Regina Margherita, Torino;**
- » **Soccorso Violenza Sessuale e Domestica - SVSeD - Clinica Mangiagalli, Milano;**
- » **Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato - Azienda Ospedaliera Universitaria, Padova;**
- » **Gruppo Abusi Infanzia e Adolescenza - GAIA - Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze;**
- » **GIADA – Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico - Giovanni XXIII di Bari.**

Con ciascuna realtà è stato siglato un Protocollo di collaborazione istituzionale e co-definita la metodologia che avrebbe guidato l'indagine. L'indagine ha riguardato gli ingressi di bambini e adolescenti minorenni, la cui fascia d'età è compresa tra 0 e 18 anni (non ancora compiuti).

Si è quindi scelto di costruire una scheda tecnica strutturata in modo tale da poter registrare sia dati inerenti la composizione dell'equipe ed il suo funzionamento operativo, sia il flusso di casi trattati e le tipologie di maltrattamento corrispondenti.

La scheda tecnica si componeva di una Prima Parte, che includeva sezioni quali (a titolo esemplificativo):

- » Struttura dell'equipe
- » Regime assistenziale
- » Dotazione strumentale
- » Attività di formazione

e una Seconda Parte riferita invece a:

- » Casi trattati negli ultimi 5 anni
- » Suddivisione dei casi per genere, età, provenienza
- » Diagnosi dei casi degli ultimi 5 anni

Nell'ambito della diagnostica, la scheda riportava il dettaglio delle fattispecie di maltrattamento riconosciute sul piano internazionale, ossia:

- » Maltrattamento fisico nelle sue diverse manifestazioni:
 - Sindrome del Bambino Scosso (Shaken Baby Syndrome)
 - Intossicazioni
 - Asfissie
 - Ustioni
- » Neglect
- » Abuso sessuale
- » Abuso psicoemozionale
- » Sindrome di Munchausen by Proxy
- » Violenza assistita
- » Bambino conteso in coppia conflittuale

La scheda è stata disegnata per rilevare sia i casi valutati dai singoli ospedali sia i casi che, dopo una opportuna diagnosi, sono stati effettivamente confermati come maltrattamento. Tuttavia, le peculiarità dei diversi sistemi di rilevazione, gestione e monitoraggio dei dati degli ospedali non hanno consentito di raccogliere informazioni omogenee per tutti gli ospedali.

In particolare i dati di SVSeD – Clinica Mangiagalli (Milano) e GIADA – Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico - Giovanni XXIII (Bari) si riferiscono a tutti i casi valutati; quelli di Bambi - Ospedale Regina Margherita (Torino) e GAIA – Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer (Firenze) si riferiscono ai casi

confermati; il Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato - Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova ha fornito invece sia i casi valutati che quelli effettivamente confermati.

I Centri Ospedalieri coinvolti incidono in zone diverse del Paese offrendo uno spaccato completo di Nord, Centro e Sud Italia. Poiché ciascun Centro non opera solo quale riferimento locale ma anche regionale e a volte nazionale, il bacino di utenza raggiunto, sommando quello di intervento di ognuno, è di oltre 4 milioni e mezzo di minori.

Dal punto di vista della tempistica l'Indagine è stata avviata nel giugno del 2015 con il primo incontro tecnico organizzato tra tutti i Centri e Terre des Hommes. Nel mese di novembre è stata prodotta la Scheda di rilevazione che dopo un'approvazione congiunta è stata veicolata ufficialmente a tutti i Centri Ospedalieri per opportuna compilazione.

Nel mese di marzo 2016 è stata completata la raccolta dei dati e dal mese di maggio è seguita l'analisi ed elaborazione dei medesimi nonché una revisione della struttura del Dossier alla luce delle evidenze emerse e dei dati raccolti.

La stesura del Dossier, nella parte relativa ai contributi dei diversi Ospedali, si è conclusa nel mese di luglio 2016. Il lavoro è stato successivamente completato a settembre con la raccolta delle prefazioni di diverse Istituzioni impegnate nella protezione dell'infanzia, che hanno dato un riconoscimento ufficiale al progetto.

Qui di seguito una breve descrizione di ciascun Centro Ospedaliero partner dell'Indagine, che ne sintetizza ubicazione geografica, equipe e modello di funzionamento, oltre ai casi gestiti negli ultimi cinque anni.

LA PRIMA RETE DI ECCELLENZE OSPEDALIERE IMPEGNATE NEL CONTRASTO DELLA VIOLENZA SUI BAMBINI

Il bacino oggetto dell'Indagine è costituito da:

- » **Bambi - Ospedale Regina Margherita, Torino;**
- » **Soccorso Violenza Sessuale e Domestica SVSeD, Clinica Mangiagalli, Milano;**
- » **Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato - Azienda Ospedaliera Universitaria, Padova;**
- » **Gruppo Abusi Infanzia e Adolescenza - GAIA - Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze;**
- » **GIADA - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico - Giovanni XXIII di Bari.**

La scelta di coinvolgere proprio questi Centri è risultata naturale ed imprescindibile essendo queste le strutture ospedaliere che hanno al proprio interno un'equipe multidisciplinare specializzata nella diagnostica, presa in carico e cura dei bambini vittime di maltrattamento, pur ciascuna con modalità di intervento, approcci e metodologie differenti, di cui si darà opportuna analisi nel prosieguo.

L'ubicazione geografica degli stessi offre una fotografia rappresentativa del territorio, insistendo nelle tre diverse aree del Paese: Nord, Centro e Sud.





Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia



MILANO

**Soccorso Violenza
Sessuale e Domestica
SVSeD**



PADOVA

**Centro Regionale per
la Diagnostica del
Bambino Maltrattato**



TORINO

**Ambulatorio
BAMBI**



FIRENZE

**Gruppo Abusi Infanzia
Adolescenza GAIA**



GIADA
OSPEDALE PEDIATRICO
BARI

BARI

**Gruppo Interdisciplinare Assistenza
Donne bambini Abusati GIADA**

TORINO

AMBULATORIO BAMBI



DESCRIZIONE

Il Servizio Bambi nasce nel 2002 come Ambulatorio dedicato all'Abuso ed al Maltrattamento all'Infanzia. Il Servizio opera nell'Ambito della Struttura Complessa di Pediatria D'Urgenza dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino e si avvale di un'equipe multidisciplinare con le seguenti professionalità: Pediatra, Medico Legale, Psicologo ed Infermiere. All'interno dell'Ospedale il Servizio può avvalersi, in consulenza, della collaborazione di vari specialisti. Il Bambi è punto di riferimento per l'intera Regione Piemonte e Valle d'Aosta e collabora attivamente con la Procura della Repubblica Sezione Fasce Deboli del Tribunale Ordinario di Torino e con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Torino. Attualmente vengono seguiti presso il Servizio circa 180 nuovi casi all'anno, per la valutazione diagnostica nel caso di sospetto Abuso e/o Maltrattamento.

ENTE DI APPARTENENZA

Città della Salute e della Scienza di Torino

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA REGIONE

Popolazione 0-17 residente in Piemonte e Valle d'Aosta: 700mila
Nati vivi 2015: 34mila
Popolazione 0-17 residente nella Provincia di Torino: 357mila

CASI DI MALTRATTAMENTO 2011-2015

524 di cui il 92% in Provincia di Torino

NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO

No

STRUTTURA

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE

(in grassetto lo staff dedicato)

Medico specialista in Pediatria, Medico specialista in NPI, Medico specialista in Medicina Legale, Medico specialista in Neuroradiologia pediatrica, Medico specialista in Radiologia pediatrica, Medico specialista in Dermatologia pediatrica, Medico specialista in Oftalmologia pediatrica, Medico specialista in Ortopedia pediatrica, Medico specialista in Ginecologia, Medico specialista in Neurochirurgia pediatrica, **Psicologo Psicoterapeuta pediatrico**, **Infermiere Pediatrico**, **Assistente Sociale**.

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA

Ambulatoriale: Percorso diagnostico, Consulenza tecnica, Incidente probatorio; **Ricovero ordinario;** **Consulenza:** in loco, a distanza (su invio dal territorio); **Altro:** Valutazione di equipe.

PRESTAZIONI EROGABILI

Anamnesi e valutazione definite brevi, Anamnesi e valutazione definite complessive, Consulto definito complessivo, Visita Multidisciplinare, Visita Pediatrica, Visita Pediatrica di Controllo, Visita Neuropsichiatrica infantile, Visita Neuropsichiatrica infantile di controllo.

TARIFFAZIONE SPECIFICA

No

STRUTTURA DEDICATA

Sì

DOTAZIONE

DOTAZIONE STRUMENTALE, INFRASTRUTTURALE, TESTALE

Otoscopio, Colposcopio, Test psicologici, Protocollo e PDTA Aziendale Macchina fotografica, Ecografo, materiale per la raccolta di materiale biologico, catena di custodia per indumenti o altro materiale fisico relativo ai casi, area di accoglienza/ gioco per i minori, sala dedicata all'osservazione psicologica, area uffici.

In corso di approvazione da parte dell'Azienda un protocollo d'Intesa con la Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Torino e con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Torino.

FORMAZIONE E RICERCA

Pre-laurea: Corsi formali curricolari per le Facoltà/Suole di Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche, Psicologia, Scienze dell'Educazione, Stage/Tirocini/Tutoraggio/Redazione di Tesi di Laurea.

Post-lauream: Tirocinio formativo per Scuole di Specializzazione di Area medica, Infermieristica, Psicologia, Tirocinio formativo per Scuole di Dottorato.

Formazione continua: Convegni, Corsi e attività seminariali per professionisti.

Attività di ricerca: Sì



MODELLO ORGANIZZATIVO

Bambi nel corso degli anni ha messo a punto dei percorsi sia all'interno dell'Azienda Ospedaliera che in collaborazione con i Servizi Territoriali per la gestione dei Minori Abusati e Maltrattati.

“Caso Bambi” è ormai sinonimo di sospetto abuso e maltrattamento, all'interno della Nostra Azienda.

PERCORSI ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI

Condizione di urgenza/emergenza

Al fine di offrire la miglior presa in carico del minore vittima di sospetto abuso o maltrattamento che giungono in Pronto Soccorso, in considerazione dell'urgenza, anche psicologica, del caso, in triage viene assegnato d'ufficio un codice giallo. Negli orari di apertura dell'Ambulatorio, il minore viene inviato dal PS direttamente in Ambulatorio per garantire una accoglienza in area protetta e dedicata. Generalmente i bambini giungono in pronto Soccorso accompagnati dai genitori, dalle Forze dell'ordine, dai servizi Sociali, dagli Insegnanti, da una figura che ricopre in quel momento il ruolo di *caregiver*.

Qualora il bambino/a giunga all'attenzione del nostro pronto Soccorso in orario di chiusura dell'ambulatorio è valutato dal medico di Pronto Soccorso ed inviato in Ambulatorio il giorno successivo e comunque nel minor tempo possibile.

In entrambe i casi, se il paziente si presentasse con urgenze/emergenze cliniche, viene prima data priorità alla stabilizzazione delle condizioni generali e successivamente affrontata la componente “specialistica” del problema.

Nel caso in cui, sempre in orario di chiusura dell'ambulatorio, fosse necessario raccogliere/repertare in urgenza del materiale biologico, è possibile attivare la reperibilità infermieristica (attiva 24 ore su 24 e 7

giorni su 7), avendo quindi a disposizione un infermiere con formazione specifica a supporto del personale del Pronto Soccorso. Il personale medico dell'ambulatorio è reperibile per consulenza telefonica tutti i giorni e, al momento solo saltuariamente, con reperibilità effettiva anche notturna.

Regime di Ricovero/Day Hospital/Ambulatorio

Nel caso di sospetti abusi e/o maltrattamenti per pazienti degenti in altri reparti, il personale dell'Ospedale, nell'esercizio della propria attività clinica ed assistenziale, segnala i casi all'Ambulatorio, il quale valuta la segnalazione nel minor tempo possibile. Fornisce anche, in accordo con la Procura della Repubblica, indicazioni circa la dimissibilità dei minori e si occupa, eventualmente, della loro collocazione in accordo con i servizi Sociali Ospedalieri e Territoriali.

È inoltre possibile che i bambini che giungono in Pronto Soccorso, soprattutto in orari di chiusura dell'Ambulatorio, siano trattenuti a ricovero in Osservazione Breve o in Reparto di degenza ordinaria, per permettere la valutazione specialistica multidisciplinare, garantendo il miglior servizio di Tutela per il Minore, in attesa di confronto con l'Autorità Giudiziaria.

PERCORSI ASSISTENZIALI EXTRAOSPEDALIERI

Chiunque si trovi nelle condizioni di segnalare all'Ambulatorio un caso di sospetto abuso e/o maltrattamento può contattare direttamente l'ambulatorio per la presa in carico del minore.

Genitori, *caregiver*, Pediatri di Libera Scelta, Assistenti Sociali, Forze dell'Ordine, Insegnanti, Procura della Repubblica, possono contattare direttamente il personale dell'Ambulatorio, dal Lunedì al Venerdì dalle 8,30 alle 16,00 e concordare con il personale un appuntamento per la presa in carico del caso.

Gli stessi, in regime di urgenza, possono condurre il minore in Pronto Soccorso, negli orari di Chiusura

dell'Ambulatorio, per l'attivazione del percorso dedicato.

PERCORSO ASSISTENZIALE AMBULATORIALE

Quando il minore ed il *caregiver* giungono presso il nostro ambulatorio trovano, sempre presenti, un medico, uno psicologo psicoterapeuta ed un'infermiera.

L'infermiera, talvolta con la collaborazione di Psicologi tirocinanti, accoglie il minore negli ambienti dedicati al gioco ed intrattiene il piccolo paziente nel tempo in cui il medico e la psicologa si occupano della raccolta anamnestica con il *caregiver*. Durante l'intrattenimento del bambino, gli viene spiegato come si svolgerà la visita e vengono raccolte impressioni ed eventuali racconti spontanei. Tutti i disegni che i bambini fanno durante tale spazio vengono archiviati in cartella. Successivamente l'Infermiera accompagna il piccolo alla visita medica, che si svolge sempre alla presenza della psicologa. La presenza dell'accompagnatore durante la visita medica viene “decisa” in autonomia dal piccolo paziente.

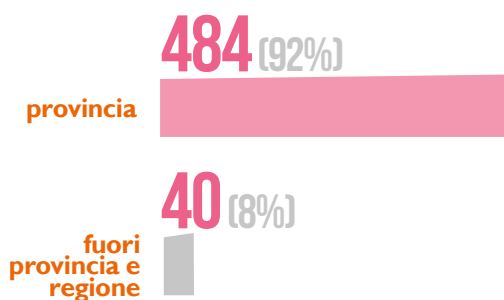
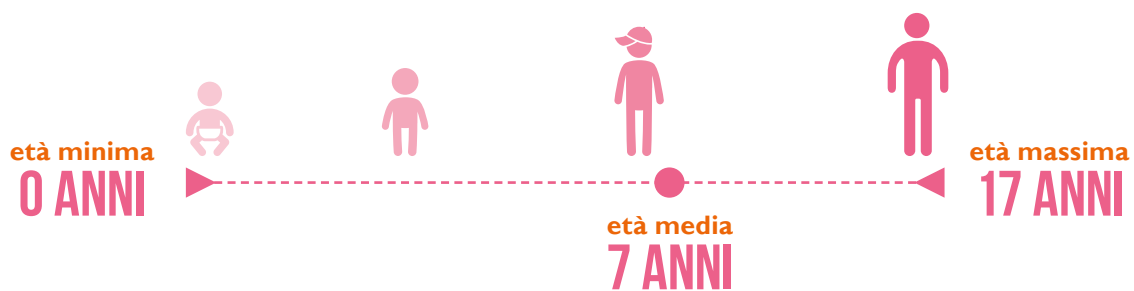
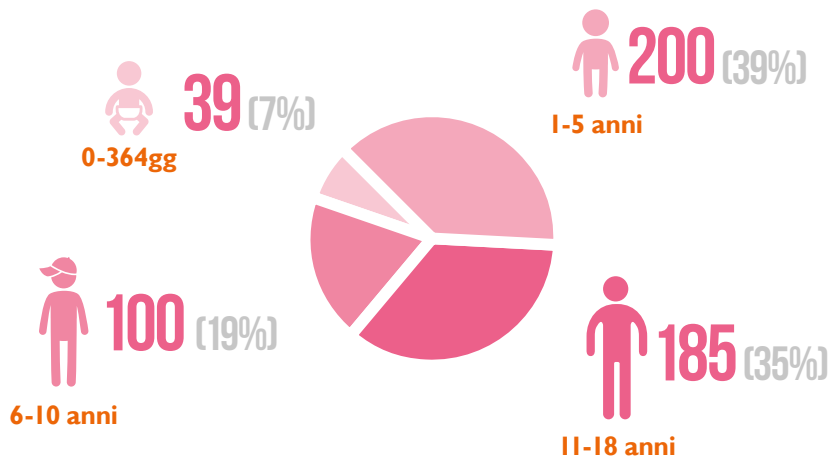
Successivamente viene redatta una segnalazione congiunta a firma medico/psicologa/infermiera che viene prontamente trasmessa, ove necessario, all'Autorità Giudiziaria Competente.

PROGRAMMA DI PREVENZIONE

L'equipe partecipa attivamente alla realizzazione di corsi di formazione per il personale sanitario e di sensibilizzazione per i laici all'interno di programmi di prevenzione all'abuso e al maltrattamento all'infanzia.


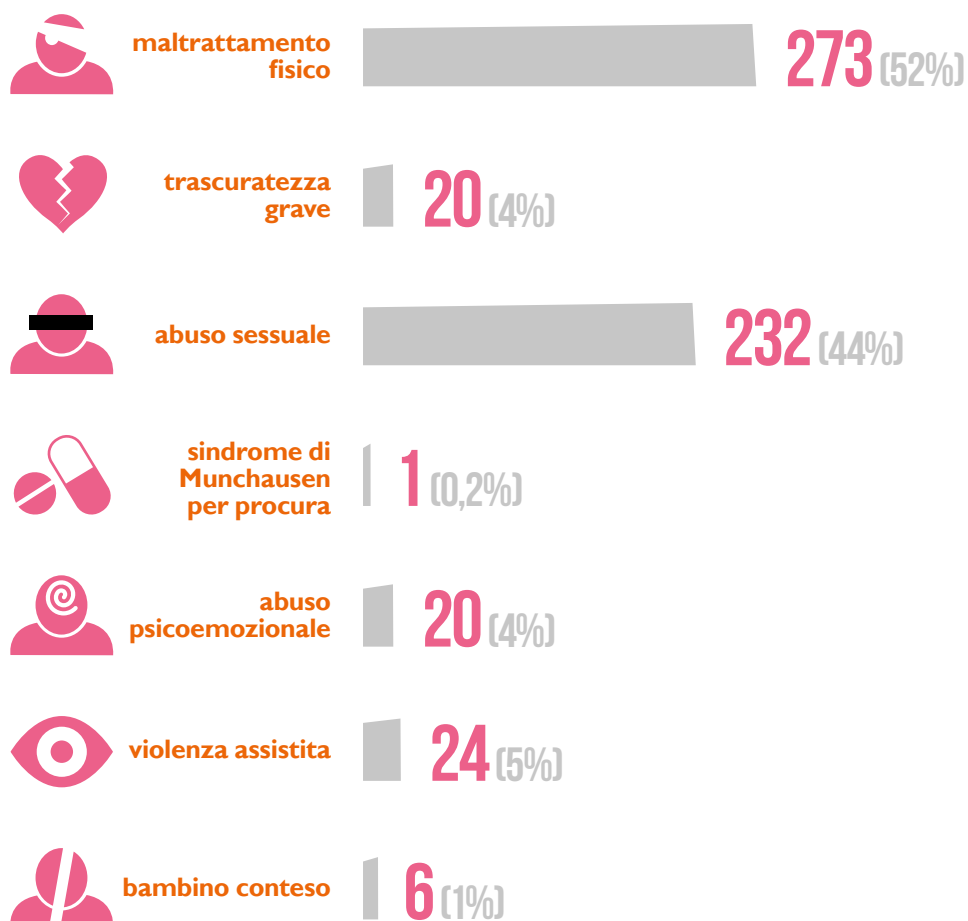
524 CASI DI MALTRATTAMENTO / 2011-2015

BAMBI, Torino



TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO* / 2011-2015

BAMBI, Torino



474 (90%)
maltrattamento singolo



50 (10%)
maltrattamento multiplo

* La somma dei casi per singola tipologia di maltrattamento è superiore al numero dei casi totali perché un minore può aver subito più di una forma di maltrattamento (maltrattamento multiplo).

MILANO

SVSeD

SOCCORSO VIOLENZA SESSUALE E DOMESTICA



Sistema Socio Sanitario



DESCRIZIONE

Dal 1996, presso la Clinica Mangiagalli, è attivo il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica (SVSeD): servizio di supporto sanitario, psicologico e sociale a favore delle persone, di qualunque età, che hanno subito violenza sessuale e domestica.

SVSeD è un centro antiviolenza pubblico dove chi subisce violenza trova soccorso, comprensione e aiuto in emergenza e viene seguito nel lungo periodo da un'equipe multidisciplinare composta da operatori esperti. Offre assistenza sanitaria 24/24h per 365 gg /anno, accoglienza e informazioni da parte del personale sanitario e psicosociale. Grazie all'ausilio degli avvocati penalisti e civilisti di SVSDonna Aiuta Donna onlus è in grado di garantire a tutte le vittime, che non abbiano già consultato un avvocato, una consulenza e un'assistenza legale. I minori che arrivano a SVSeD, specialmente se la violenza sessuale e il maltrattamento sono avvenuti in ambito familiare, hanno bisogno di un percorso psicosociale dedicato, che quasi sempre richiede anche il successivo coinvolgimento dei servizi territoriali in base alle decisioni del Tribunale per i Minorenni. I rapporti con Forze dell'Ordine, Polizia Locale e Procura presso il Tribunale Ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni vengono tenuti costantemente.

ENTE DI APPARTENENZA

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano

Centro di Riferimento regionale lombardo "Centro medico specialistico di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori"

CARATTERISTICHE
DEMOGRAFICHE DELLA
REGIONE

Popolazione 0-17 residente in Lombardia: 1 milione 685 mila; Nati vivi 2015: 84 mila; Popolazione 0-17 residente nella Provincia di Milano: 529 mila

CASI DI MALTRATTAMENTO
2011-2015

895 di cui l'85% in Provincia di Milano

NORMATIVA REGIONALE DI
RIFERIMENTO

Sì



STRUTTURA

COMPOSIZIONE
DELL'EQUIPE

(in grassetto lo staff dedicato)

Ginecologhe, **Pediatr**i, Medico Legale, Chirurghi pediatrici, Neuropsichiatri infantili, Ortopedici, Neuroradiologi, Radiologi Dermatologi, Oculisti, Otorinolaringoiatri, Neurochirurghi, Chirurghi maxillo facciali, Odontoiatri, Chirurghi plastici, Neurologi Psicologhe Psicoterapeute, **Assistenti Sociali**, **Infermiere**, Ostetriche (tutti gli specialisti coinvolti hanno una particolare esperienza nella diagnosi e nella terapia dei minori). Inoltre sono presenti avvocati civilisti e penalisti dell'associazione SVS Donna Aiuta Donna Onlus.

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA

Ambulatoriale: Percorso diagnostico, Percorso psicoterapeutico/trattamento, Percorso di follow-up clinico completo, Percorso di follow-up psico-sociale; **Day-Hospital:** Diagnostico, Terapeutico, Follow-up; **Ricovero ordinario;** **Consulenza:**

in loco, a distanza; **Altro:** Valutazione di equipe, Unità valutativa multidimensionale distrettuale, Consulenza sul caso/supervisione.

PRESTAZIONI EROGABILI

Anamnesi e valutazione definite brevi, Anamnesi e valutazione definite complessive, Consulto definito complessivo, Visita Multidisciplinare, Visita Pediatrica, Visita ginecologica, Visita e documentazione clinico-forense, Visita neuropsichiatrica infantile, Visita ortopedica, Visita oculistica, Visita neurochirurgica, Visita neurologica, Visita otorinolaringoiatrica, Visita dermatologica, Visita chirurgica maxillo facciale, Visita chirurgia pediatrica, Visita chirurgia plastica, Visita Odontoiatrica, Visita psichiatrica, Colloquio Psicologico Clinico.

TARIFFAZIONE SPECIFICA

Esente ticket

STRUTTURA DEDICATA

Sì



DOTAZIONE

DOTAZIONE STRUMENTALE,
INFRASTRUTTURALE,
TESTALE

Lampade (scialitica/Wood/con lente a ingrandimento/fessura), Otoscopio, Oftalmoscopio, Colposcopio, Macchina fotografica, Ecografi, Raccolta del materiale biologico, catena di custodia per tutto il materiale e gli indumenti raccolti, area di accoglienza dedicata con giochi e materiale per disegnare, tutta la strumentazione dell'ospedale a supporto dell'attività dei diversi specialisti coinvolti.



FORMAZIONE E RICERCA

Pre-laurea: Corsi formali curricolari per le Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche, Psicologia, Scienza Servizio Sociale, Scienze dell'Educazione; Stage / Tirocini/Tutoraggio /Redazione di Tesi di Laurea.

Post-lauream: Tirocinio formativo per Scuole di Specializzazione di Area Medica, Infermieristica, e Psicologia; Tirocinio formativo per Scuole di Dottorato, corso di perfezionamento in diagnostica del Child Abuse e neglect*.

Formazione continua: Convegni, Corsi e attività seminariali per professionisti, FAD.

Attività di ricerca: Sì



MODELLO ORGANIZZATIVO

SVSeD è il servizio regionale di riferimento sulla violenza, quindi i casi arrivano da tutta la regione Lombardia sia da enti pubblici che da privati, spontaneamente, in urgenza e su appuntamento, condotti dal 118, dalle forze dell'ordine e dalla polizia locale, inviati dalla magistratura.

Riceviamo su appuntamento o dopo consulenza telefonica oppure in urgenza. Per tutti quelli che arrivano viene aperta una cartella e inizia un percorso diagnostico per "sospetta violenza fisica, psicologica, sessuale".

Il numero di casi di minori che abbiano assistito a violenza intrafamiliare (violenza assistita) è molto elevato in quanto siamo un centro antiviolenza e a noi si rivolgono molte donne vittime di maltrattamento con figli minori conviventi con loro. All'ingresso, nell'orario di apertura diurna del servizio, viene fatto un primo colloquio con un'assistente sociale e una psicologa, che sentono separatamente gli adulti che accompagnano il minore, solo successivamente vengono effettuati gli accertamenti sanitari e medico legali necessari.

In tutti gli altri orari notturni e festivi il primo colloquio avviene con ginecologa e medico legale nei casi di violenza sessuale, mentre per il maltrattamento che arriva in emergenza nel PS pediatrico intervengono in prima istanza il pediatra di guardia che coinvolge il medico legale reperibile di SVSeD e viene allertata la psicologa/assistente sociale di SVSeD reperibile. Successivamente si eseguono accertamenti medici, analisi e visite specialistiche, infine per ogni caso si effettuano eventuali segnalazioni al Tribunale dei Minori o denunce di reato al Tribunale Ordinario.

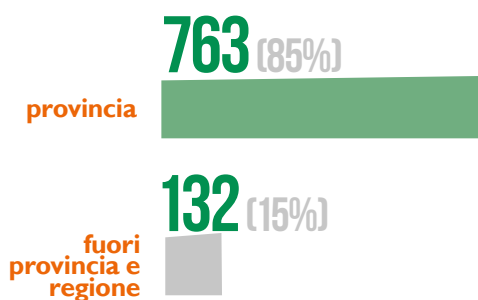
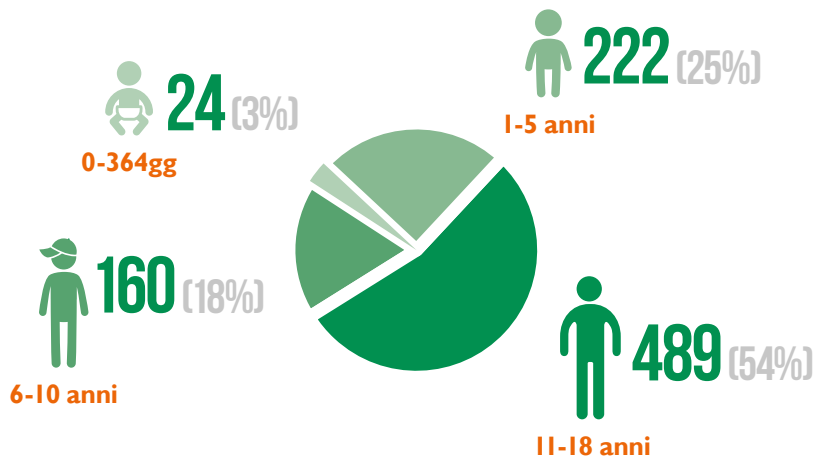
Ogni settimana i casi vengono discussi in equipe multidisciplinare e vengono coinvolti tutti gli specialisti che sono intervenuti. La consulenza

legale viene offerta agli adulti di riferimento del minore coinvolto e se necessario vengono offerti colloqui psicologici al genitore tutelante o a entrambi i genitori, se la violenza è stata perpetrata da altri.

* CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN DIAGNOSTICA DEL CHILD ABUSE AND NEGLECT istituito dall'Università statale di Milano, coordinatore Prof.ssa Cristina Cattaneo. Partner uniti in questo progetto: Università degli Studi di Milano, SVSeD (Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Clinica Mangiagalli), Fondazione IRCCS Ca Granda, Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi, Ordine dei Medici di Milano, Terre des Hommes; <http://terredeshommes.it/comunicati/corso-di-perfezionamento-per-medici-diagnostica-del-child-abuse-and-neglect/>

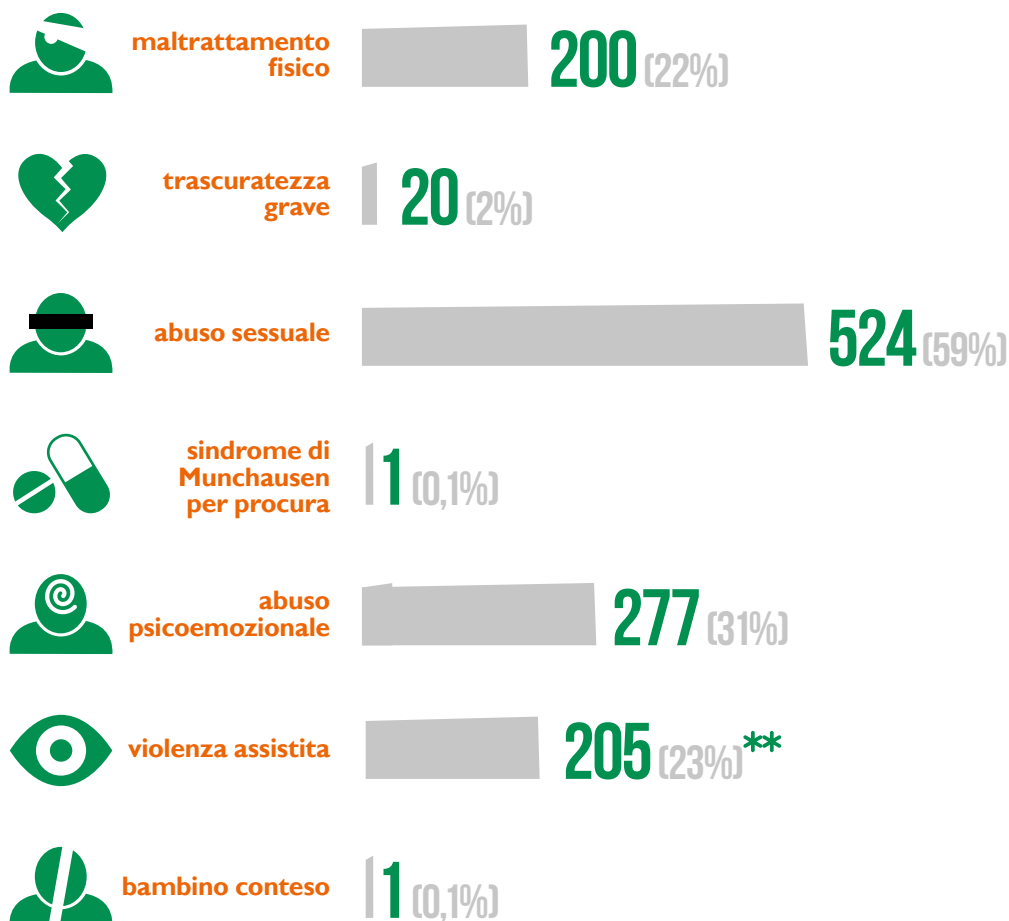
895 CASI DI MALTRATTAMENTO / 2011-2015

SVSeD, Milano



TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO* / 2011-2015

SVSeD, Milano



606 (68%)
maltrattamento singolo

289 (32%)
maltrattamento multiplo

* La somma dei casi per singola tipologia di maltrattamento è superiore al numero dei casi totali perché un minore può aver subito più di una forma di maltrattamento (maltrattamento multiplo).

** Tra il 2011-2015 ci sono stati 205 casi di violenza assistita, che hanno ricevuto un supporto diretto da SVSeD, o sono stati ricoverati in reparto di Chirurgia Pediatrica insieme alla madre vittima di maltrattamento intrafamiliare. Fino al 2016 non in tutti i casi veniva aperta una scheda clinica per ogni minore in questa condizione, ma il dato si poteva dedurre dalla scheda clinica della madre e/o di uno dei suoi figli. In tutti questi casi di violenza assistita è stata inviata una segnalazione al Tribunale dei minori, mentre non sono stati conteggiati i casi di figli minori di donne maltrattate che la madre dichiarava che non avevano mai assistito alle violenze subite dalla madre.

PADOVA



CENTRO REGIONALE PER LA DIAGNOSTICA DEL BAMBINO MALTRATTATO UNITÀ DI CRISI PER BAMBINI E FAMIGLIE

DESCRIZIONE

Nel corso del 1986 viene istituita presso l'Azienda Ospedaliera di Padova una prima Unità di Crisi per Bambini Maltrattati presso il Dipartimento di Pediatria di Padova: tale Unità era composta da un gruppo di professionisti (in origine 2 pediatri, 1 neuropsichiatra infantile, 1 medico legale) che mettevano a disposizione degli altri colleghi del Dipartimento e dell'Ospedale padovano le loro esperienze e competenze professionali come consulenza e supporto in caso di sospetto maltrattamento.

Il gruppo si è andato arricchendo nel tempo di presenze di altri professionisti e di altre culture specialistiche, di competenza specifica ed esperienza e si è velocemente imposto nel panorama nazionale e internazionale come una esperienza unica e autorevole. Lo testimoniano gli incarichi in campo internazionale e nazionale che, dopo relativamente pochi anni, gli sono stati affidati, come il riconoscimento del primo premio per la migliore ricerca in campo del maltrattamento conferito a Chicago, USA, dall'ISPCAN nel 1992, l'organizzazione del congresso mondiale dell'ISPCAN nel 1993 ad Abano (congresso durante il quale si costituì per la prima volta in Italia il coordinamento dei centri e delle strutture che si occupano dell'accoglienza e assistenza dei bambini maltrattati CISMAL), nel 1996 l'incarico di seguire, per l'ufficio di Copenaghen della Regione Europea

dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il tema della protezione del bambino nei 57 Paesi della Regione, e in seguito la realizzazione a Padova del First Meeting On Strategies for Child Protection nel 1998, in cui si è cominciato ad affrontare il maltrattamento come problema di sanità pubblica, tali politiche furono assunte dall'Ufficio Centrale OMS di Ginevra per le politiche mondiali in tema di maltrattamento e di violenza. L'Unità di Crisi di Padova ha costituito una Best Practice di riferimento (assieme alla analoga unità del Sick Children Hospital di Toronto per l'approccio clinico ai bambini maltrattati) e ha predisposto l'istruttoria tecnica per la realizzazione della World Consultation on Child Abuse Prevention nel 1999, che ha ridefinito la nosologia delle sindromi da maltrattamento. Con l'aumentare progressivo dell'attività e sulla base di tale esperienza a partire dal 2000 veniva istituito l'attuale Centro per la Diagnostica del Bambino Maltrattato dotato di personale e struttura dedicati alla diagnosi e cura delle vittime di maltrattamento.

Il Centro è dotato di una struttura di due piani con aree per attività di outpatient e di inpatient e di una équipe multiprofessionale dedicata, con tre letti di degenza ordinaria specifica per maltrattamento e un letto di day hospital (al di fuori delle degenze pediatriche), attività ambulatoriale e di consulenza in loco e a distanza per la rete ospedaliera regionale e sovraregionale. La rete è normata da apposita delibera

regionale che definisce: prestazioni richieste; modalità di esecuzione; livelli di responsabilità; compensi tariffari. Svolge attività clinica di diagnosi di sospetto maltrattamento e di presa in carico delle vittime.

ENTE DI APPARTENENZA

Azienda Ospedaliera di Padova - Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA REGIONE

Popolazione 0-17 residente in Veneto: 819mila; Nati vivi 2015: 39mila; Popolazione 0-17 residente nella Provincia di Padova: 155mila

CASI DI MALTRATTAMENTO 2011-2015

564 di cui il 58% in Provincia di Padova

NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO

DGR N. 68/CR del 18.06.2013: "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate"; DGR. N. 2167 del 08.08.2008; DGR N. 3242 del 17.10.2006; DGR N. 186 del 31.01.2006, DGR N. 26 del 24.02.2006, DGR N. 3605 del 22.11.2005, DGR N. 2305 del 09.08.2005, DGR N. 1415 del 14.05.2004, DGR N. 4245 del 30.12.2003, DGR N. 4236 del 30.12.2003, DGR N. 4031 del 30.12.2002, DGR. N. 2989 del 22.09.2000

STRUTTURA

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE

(in grassetto lo staff dedicato)

Medico specialista in Pediatria, Medico specialista in NPI, Medico specialista in Medicina di Comunità, Medico specialista in Medicina Legale, Medico specialista in Neuroradiologia pediatrica, Medico specialista in Radiologia pediatrica, Medico specialista in Dermatologia pediatrica, Medico specialista in Oftalmologia pediatrica, Medico specialista in Psichiatria, Medico specialista in Ortopedia pediatrica, Medico specialista in Ginecologia, Medico specialista in Neurochirurgia pediatrica, Psicologo Psicoterapeuta pediatrico, Psicologo Psicoterapeuta per l'adulto, Assistente Sociale, Infermiere, Avvocato, Educatore, Riabilitatore motorio e visivo.

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA

Ambulatoriale: Percorso diagnostico, Percorso psicoterapeutico/trattamento, Percorso di follow-up clinico completo, Percorso di follow-up psico-sociale, Ausiliario di Polizia Giudiziaria, Consulenza tecnica, Incidente probatorio; **Day-Hospital:** Diagnostico, Terapeutico, Follow-up; **Ricovero ordinario;** **Consulenza:** in loco, a distanza; **Altro:** Valutazione di equipe, Unità valutativa multidimensionale distrettuale, Consulenza sul caso/supervisione.

PRESTAZIONI EROGABILI

Anamnesi e valutazione definite brevi, Anamnesi e valutazione definite complessive, Consulto definito complessivo, Visita Multidisciplinare, Visita Pediatrica, Visita Pediatrica di Controllo, Visita Neuropsichiatrica infantile, Visita Neuropsichiatrica infantile di controllo, Visita psichiatrica, Visita psichiatrica di controllo, Colloquio Psichiatrico, Consulenza Psichiatrica, Colloquio Psicologico Clinico, Visita neurologica, Somministrazione di Test della Memoria, Somministrazione di Test delle Abi-

lità Visuo Spaziali, Somministrazione di Test delle Funzioni Esecutive, Somministrazione di Test di Deterioramento o Sviluppo, Intellettivo M.D.B., Moda, Wais, Stanford Binet, Somministrazione di Test di Intelligenza, Somministrazione di Test Proiettivi e della Personalità, Test della Scala di Memoria di Wechsler [Wms], Test di Valutazione del Carico Familiare e delle Strategie di Coping, Test di Valutazione della Disabilità Sociale.

TARIFFAZIONE SPECIFICA

Sì

STRUTTURA DEDICATA

Sì

DOTAZIONE

DOTAZIONE STRUMENTALE, INFRASTRUTTURALE, TESTALE

Stanza con Specchio Unidirezionale, Apparecchiatura di video-sorveglianza e videoregistrazione, Lampade (scialitica/Wood/con lente a ingrandimento/fessura), Otoscopio, Ofatmoscopio, Colposcopio, Microscopio elettronico, Ret-CAM-II, OCT, Retinografo, RMN 3D 3-T, Telecamera, Test psicologici.

FORMAZIONE E RICERCA

Pre-laurea: Corsi formali curricolari per le Facoltà / Scuole di Medicina e Chirurgia e Scienze Infermieristiche; Stage / Tirocini / Tutoraggio / Redazione di Tesi di Laurea.

Post-lauream: Tirocinio formativo per Scuole di Specializzazione di Area Medica, Infermieristica e Psicologia; Tirocinio formativo per Scuole di Dottorato.

Formazione continua: Convegni, Corsi e attività seminariali per professionisti, FAD.

Attività di ricerca: Sì.



MODELLO ORGANIZZATIVO

ARRIVO

Le richieste di valutazione, attivate mediante “richiesta di consulenza” o “richiesta su apposito ricettario regionale/ricetta informatizzata” provengono da:

- » Reparti di Pronto Soccorso o da altri reparti ospedalieri dell’Azienda Ospedaliera di Padova
- » Reparti di Pronto Soccorso o da altri reparti ospedalieri della rete ospedaliera regionale
- » Reparti di Pronto Soccorso o da altri reparti ospedalieri della rete ospedaliera extraregionale*
- » Servizi per minori e famiglia del Distretto Territoriale dell’Azienda Sanitaria di residenza
- » Medico di Medicina Generale
- » Pediatra di Libera Scelta
- » Servizi Sociali dei Comuni
- » Servizi Scolastici
- » Forze dell’Ordine
- » Autorità Giudiziaria (Tribunale Ordinario e/o Tribunale per i Minorenni)
- » un familiare (accesso diretto con preselezione dei casi)

COSA SI FA

L’attività svolta dipende dal caso. È possibile svolgere:

- » diagnosi di patologia (forma di maltrattamento), compreso lo studio delle patologie rare o rarissime in diagnosi differenziale;
- » terapia urgente-emergente, semintensiva, ordinaria, riabilitativa in fase acuta e subacuta;
- » diagnosi di profilo di danno mediante la raccolta di elementi oggettivi morfologici, metabolici e funzionali di danno attuale ed evo-

lutivo. A questo si accompagna una valutazione delle funzioni visiva, uditiva, motoria e cognitiva.

- » Diagnosi di risorse del paziente e del nucleo familiare.

COME SI FA

Svolgimento di percorsi diagnostici e diagnostico-terapeutici mediante:

- » Ricovero in regime ordinario in letti dedicati (n. 3) e in letti di reparti semintensivi e intensivi con responsabilità giuridica diretta sul caso (Terapia Intensiva Pediatrica, centro gradi ustionati, Chirurgia Pediatrica);
- » Ricovero in regime di Day-Hospital;
- » Percorsi di Presa in Carico continuativa mensile;
- » Ambulatori integrati;
- » Attività ambulatoriali mediche specialistiche e psicologiche;
- » Percorsi assistenziali integrati con la rete dei Servizi (partecipazione a UVMD);
- » Attività diagnostica in qualità di ausiliari di Polizia Giudiziaria (visite ispettive generali e genito-anali; Sommarie Informazioni Testimoniali, Incidenti Probatori);
- » Attività di Consulenza Tecnica per l’Autorità Giudiziaria.

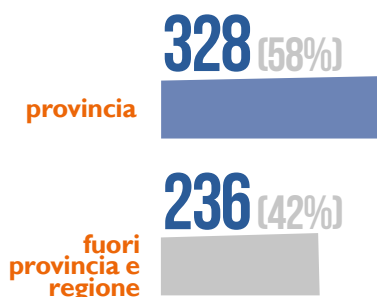
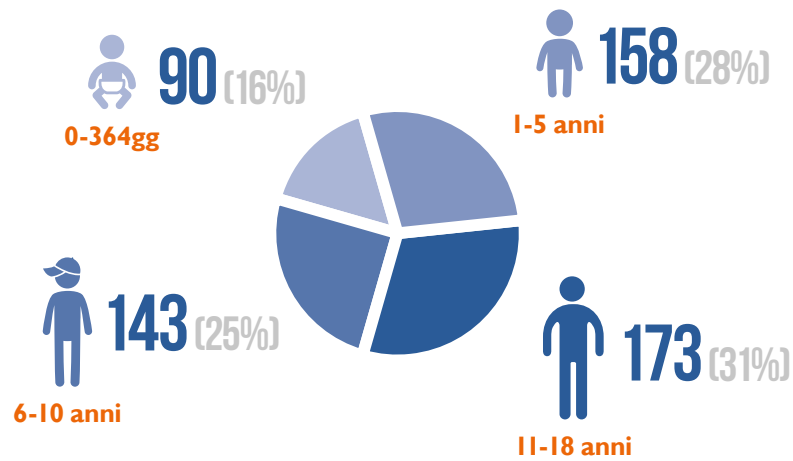
Tutte le procedure ed i percorsi diagnostico-terapeutici si svolgono mediante l’utilizzo di:

- » Strumentazione propria in dotazione al Centro;
- » Strumentazione più avanzata in dotazione all’Azienda Ospedaliera di Padova con rete di consulenti medici specialisti di riferimento con formazione ed esperienza specifiche in materia di maltrattamento in età pediatrica.

* come definito in Delibera di Giunta Regionale, il Centro è vertice della rete ospedaliera (Hub) e in caso di consulenza è possibile assumere la responsabilità giuridica del ricovero da parte dei Medici dell’equipe, lasciando al reparto la responsabilità assistenziale.

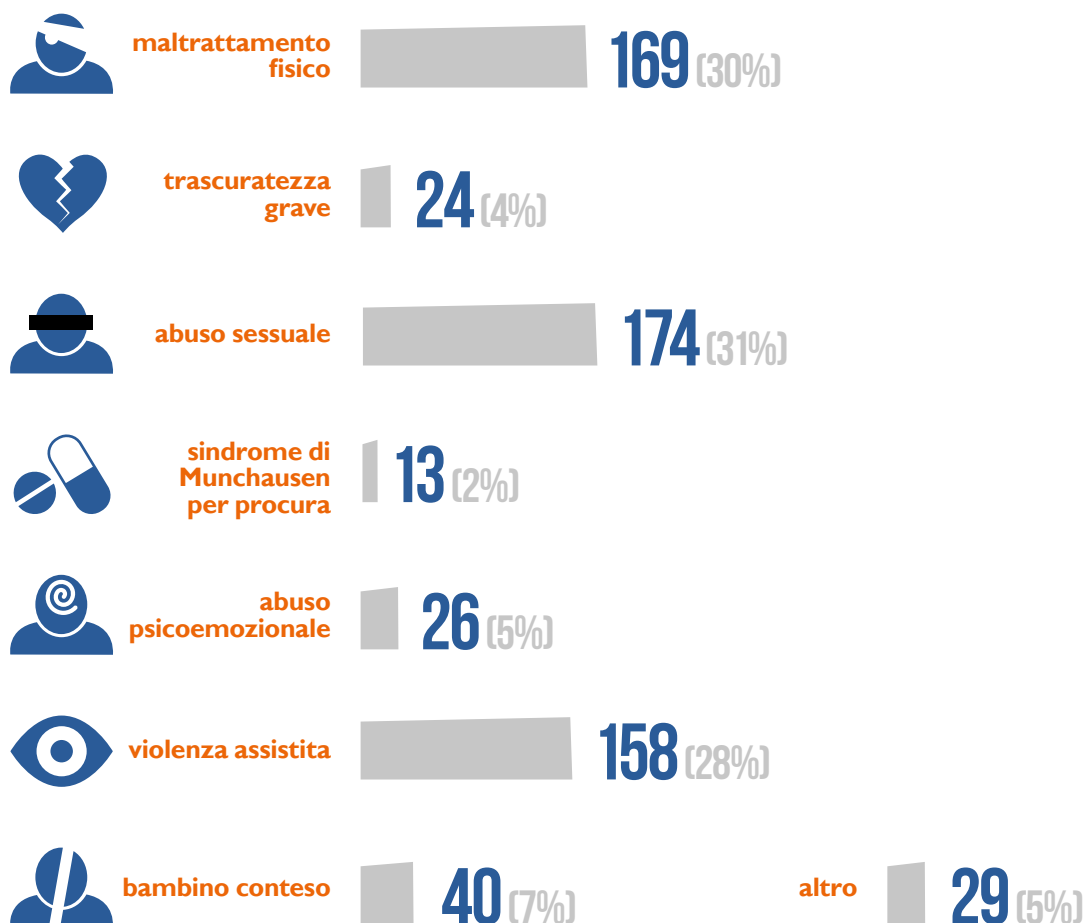
564 CASI DI MALTRATTAMENTO VALUTATI / 2011-2015

CENTRO REGIONALE PER LA DIAGNOSTICA DEL BAMBINO MALTRATTATO, Padova



TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO VALUTATE* / 2011-2015

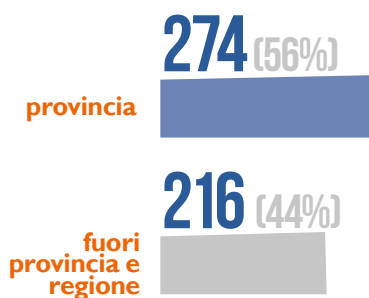
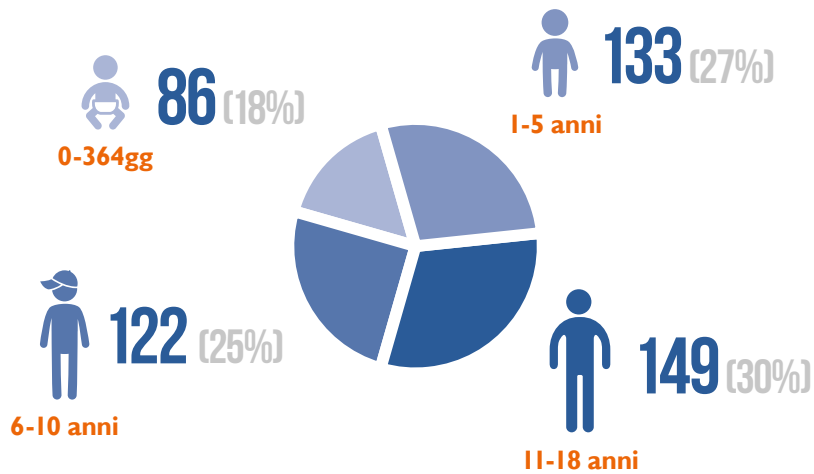
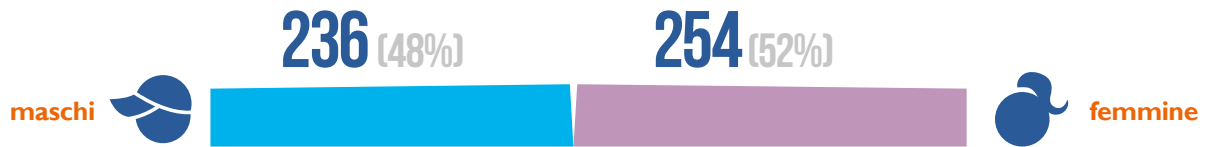
CENTRO REGIONALE PER LA DIAGNOSTICA DEL BAMBINO MALTRATTATO, Padova



* La somma dei casi per singola tipologia di maltrattamento è superiore al numero dei casi totali perché un minore può aver subito più di una forma di maltrattamento (maltrattamento multiplo).

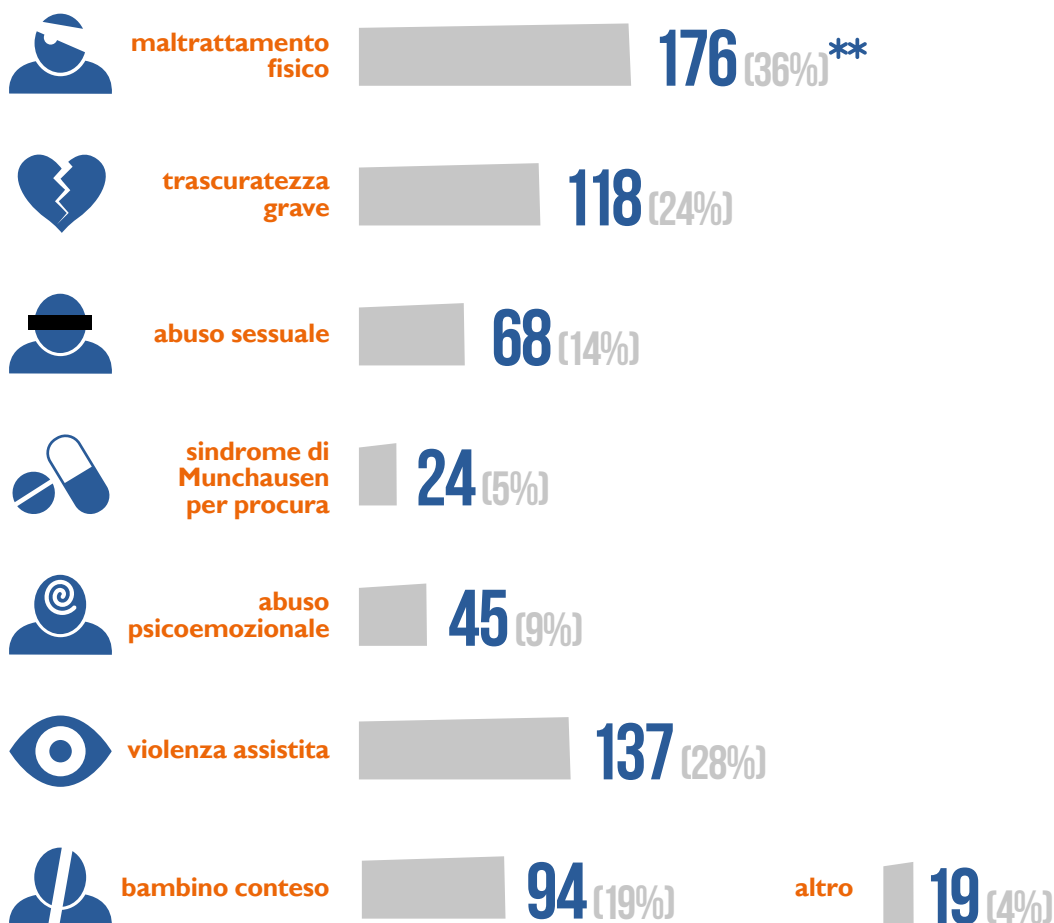
490 CASI DI MALTRATTAMENTO CONFERMATI / 2011-2015

CENTRO REGIONALE PER LA DIAGNOSTICA DEL BAMBINO MALTRATTATO, Padova



TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO CONFERMATE* / 2011-2015

CENTRO REGIONALE PER LA DIAGNOSTICA DEL BAMBINO MALTRATTATO, Padova



354 (72%)
maltrattamento singolo

136 (28%)
maltrattamento multiplo

* La somma dei casi per singola tipologia di maltrattamento è superiore al numero dei casi totali perché un minore può aver subito più di una forma di maltrattamento (maltrattamento multiplo).

** Di cui 40 casi di Abusive Head Trauma (23%), 42 casi di Chemical Abuse (24%), 2 casi di asfissie (1%), 6 casi di ingestione di caustici (3%), e 86 casi di altri tipi di maltrattamento fisico (49%).



FIRENZE

GAIA - GRUPPO ABUSI INFANZIA ADOLESCENZA



DESCRIZIONE

Il GAIA, istituito all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer (A.O.U. Meyer), quale strumento di tutela del minore da ogni forma di violenza, composto da figure professionali multidisciplinari, si prende cura dei minori vittime di sospetto abuso sessuale e/o maltrattamento; garantisce un'accoglienza efficace e un inquadramento diagnostico del minore, ma al contempo svolge attività di prevenzione e di valutazione precoce dei segnali di disagio/rischio collegabili ad un possibile abuso sessuale e/o maltrattamento. Inoltre promuove l'attivazione dei necessari percorsi assistenziali e di natura giudiziaria, raccordando la propria attività con quella dei Servizi Territoriali e di tutte le Istituzioni Competenti.

Il GAIA nasce nel 2005 come Progetto, promosso dallo stesso gruppo di lavoro ed approvato dalla Direzione Sanitaria A.O.U. Meyer; nel 2010 è riconfermato con delibera della Direzione Generale A.O.U. Meyer; nel 2015 è riconosciuto come Servizio dalla Direzione Generale A.O.U. Meyer.

Dal 2013 l'A.O.U. Meyer è coinvolta nell'attuazione della seconda fase del "Progetto regionale per gli interventi a favore delle fasce deboli di popolazione sottoposte a violenze - Codice Rosa". Dal novembre 2015, all'interno dell'ospedale, è stato attivato settimanalmente lo Sportello GAIA.

ENTE DI APPARTENENZA

Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA REGIONE

Popolazione 0-17 residente in Toscana: 572mila; Nati vivi 2015: 27mila; Popolazione 0-17 residente nella Provincia di Firenze: 159mila

CASI DI MALTRATTAMENTO 2011-2015

385 di cui l'82% in Provincia di Firenze

NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO

"Progetto regionale per gli interventi a favore delle fasce deboli di popolazione sottoposte a violenze - Codice Rosa" (D.G.R. n. 495/2011, D.G.R. n. 339/2013)



STRUTTURA

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE

(in grassetto lo staff dedicato)
Medico specialista in Pediatria, Medico specialista in NPI, Medico Specialista in Medicina Legale, Medico specialista in Neuroradiologia pediatrica, Medico specialista in Radiologia pediatrica, Medico specialista in Dermatologia pediatrica, Medico specialista in Oftalmologia pediatrica, Medico specialista in Psichiatria, Medico specialista in Ortopedia pediatrica, Medico specialista in pediatria con perfezionamento in ginecologia pediatrica, Medico specialista in Ginecologia, Medico specialista in Neurochirurgia pediatrica, Psicologo Psicoterapeuta pediatrico, Psicologo Psicoterapeuta per l'adulto, Assistente Sociale, Infermiere, Chirurgo Pediatrico per ustioni e patologie dermatologiche.

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA

Ambulatoriale: Percorso diagnostico, Percorso psicoterapeutico/trattamento, Percorso di follow-up clinico completo, Percorso di follow-up psico-sociale, Ausiliario di Polizia Giudiziaria, Consulenza tecnica; **Day-Hospital:** Diagnostico, Terapeutico, Follow-up; **Ricovero ordinario; Consulenza:** in loco, a distanza; **Altro:** Valutazione di equipe, Unità valutativa multidimensionale distrettuale, Consulenza sul caso/supervisione.

PRESTAZIONI EROGABILI

Anamnesi e valutazione definite brevi, Anamnesi e valutazione definite complessive, Consulto definito complessivo, Visita Multidisciplinare, Visita Pediatrica, Visita Pediatrica di Controllo, Visita Neuropsichiatrica infantile, Visita Neuropsichiatrica infantile di controllo, Visita ginecologica pediatrica, Colloquio Psicologico Clinico, Visita neurologica.

TARIFFAZIONE SPECIFICA

Sì (esente ticket)

STRUTTURA DEDICATA

Sì



DOTAZIONE

DOTAZIONE STRUMENTALE, INFRASTRUTTURALE, TESTALE

Lampade (scialitica/Wood/con lente a ingrandimento/fessura), Otoscopio, Oftalmoscopio, Retinografo, RMN 3D 3-T, Test psicologici, Macchina fotografica e Audiovideocamera.



FORMAZIONE E RICERCA

Pre-laurea: Corsi formali curricolari per le Facoltà/Scuole di Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche; Stage/Tirocini/Tutoraggio/Redazione di Tesi di Laurea.

Post-lauream: Tirocinio formativo per Scuole di Specializzazione di Psicologia

Formazione continua: Convegni, Corsi e attività seminariali per professionisti.

Attività di ricerca: Sì



MODELLO ORGANIZZATIVO

Il GAIA, attraverso una gestione multidisciplinare, un lavoro integrato e trasversale all'attività ospedaliera, garantisce accoglienza, inquadramento diagnostico e cure ai minori vittime di sospetto abuso sessuale e/o maltrattamento in Pronto Soccorso, in ambulatorio ed in reparto.

Il GAIA attiva i necessari percorsi assistenziali e quelli di natura giudiziaria; raccorda la propria attività con quella dell'Autorità Giudiziaria, dei Servizi Territoriali e delle Istituzioni Competenti.

Il GAIA può essere attivato dal Pronto Soccorso, dagli altri Servizi e Reparti dell' A.O.U. Meyer, così come direttamente dalle Autorità Giudiziarie, dagli altri Ospedali regionali, dai Servizi Territoriali, dai Pediatri di libera scelta, dai Medici di medicina generale, dalle Scuole; anche la famiglia e/o l'adulto tutore del bambino può ricorrere direttamente al Servizio.

L'assistenza viene effettuata in emergenza-urgenza, in regime di ricovero,

in regime ambulatoriale programmato, o come consulenza a distanza a operatori esterni.

Al Pronto Soccorso, in triage, qualora giunga un minore vittima di sospetto abuso e/o maltrattamento viene sempre assegnato un codice giallo, dal 2013 viene anche aggiunto codice rosa.

Nell'Ospedale, il GAIA opera attraverso consulenza diretta o programmata nelle strutture/servizi che si trovano a dover gestire un paziente vittima, o sospetto di essere vittima di abuso sessuale e/o maltrattamento. La consulenza può essere richiesta 24 ore su 24 al responsabile del Servizio. Generalmente, le consulenze sono richieste nei casi di dichiarazione diretta (spontanea del minore o dell'accompagnatore) di abuso (e/o maltrattamento) e/o di sospetto di abuso (e/o maltrattamento) indiretto (tramite rilevazione di indicatori nel corso della propria attività professionale). L'operatore GAIA intervenuto a seguito dell'attivazione valuta i tempi e la modalità di intervento, valuta la possibilità di richiedere la presenza immediata dei vari specialisti interni al GAIA e di altri consulenti dell'Ospedale. Il GAIA, con un lavoro multidisciplinare, prende in carico e gestisce il minore e gli eventuali accompagnatori familiari e non, da indicazione sul tipo di esami diagnostici da eseguire, identifica le condizioni di rischio; definisce il percorso assistenziale, instaurando anche rapporti con i Servizi territoriali e con le Autorità Giudiziarie.

È previsto il ricovero del minore anche per la sola condizione di tutela dello stesso.

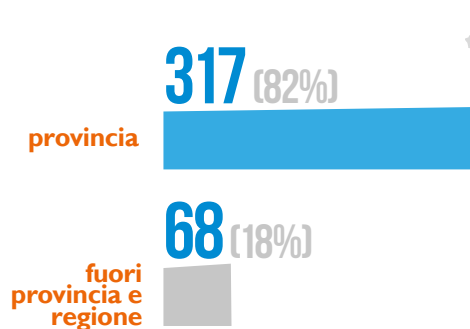
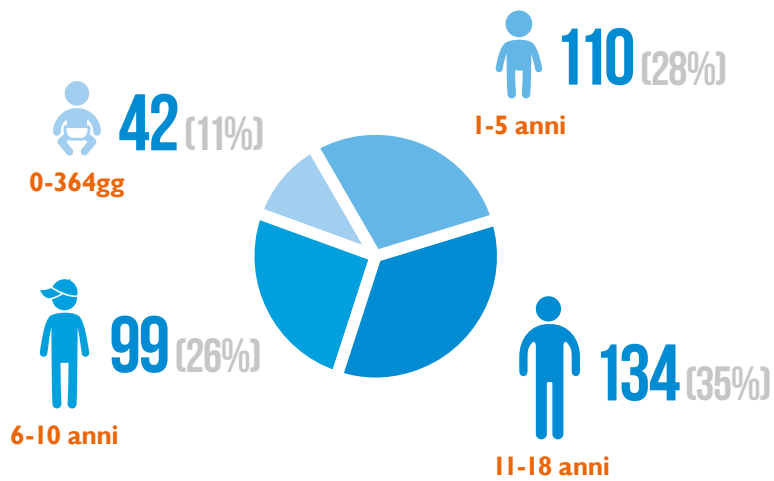
Nell'ambito del rapporto di collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, gli psicologi del GAIA effettuano l'assistenza all'audizione ed il sostegno e l'accompagnamento del minore all'interno del percorso giudiziario. Dal 2013, il GAIA – A.O.U. Meyer è coinvolto nell'attuazione del "Progetto regionale per gli interventi a favore delle fasce deboli di popola-

zione sottoposte a violenze - Codice Rosa".

All'interno dell'Ospedale è attivo settimanalmente lo Sportello GAIA, che è un servizio dedicato alla tutela dei diritti dei minori sia nell'ottica della prevenzione che dell'emersione di casi sospetti di abusi e maltrattamenti. Possono rivolgersi allo Sportello famiglie, semplici cittadini, adolescenti, professionisti (pediatri, medici, infermieri, assistenti sociali, insegnanti). I colloqui avvengono in ambiente anonimo e protetto, attraverso sempre una gestione multidisciplinare. Per accedere al colloquio non occorre appuntamento; comunque, il primo contatto con lo Sportello può avvenire anche via e-mail (gaia@meyer.it) oppure tramite recapito telefonico, appositamente dedicato, disponibile presso l'URP dell'A.O.U. Meyer (055 5662332). Il GAIA è promotore, in accordo con il Settore Formazione e Aggiornamento dell'A.O.U. Meyer, di eventi formativi finalizzati alla sensibilizzazione sul tema, rivolti al personale interno e a figure professionali esterne all'A.O.U. Meyer.

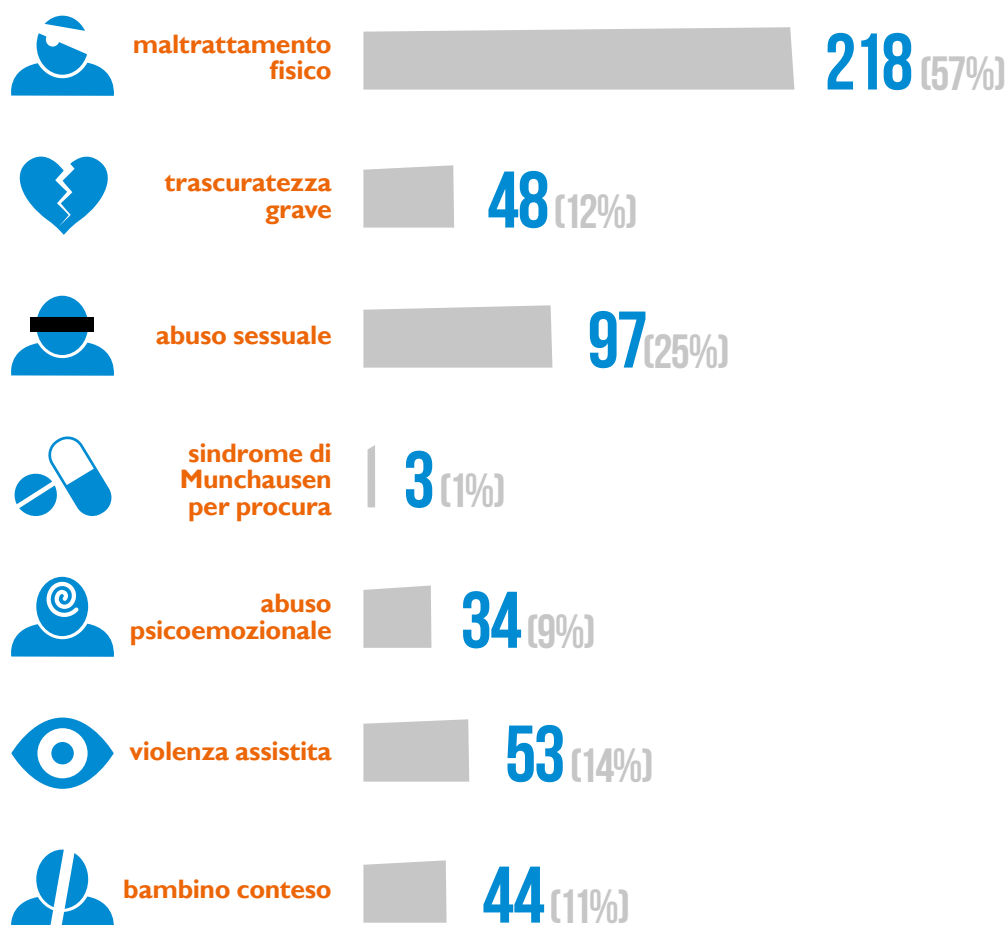
385 CASI DI MALTRATTAMENTO / 2011-2015

GAIA, Firenze



TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO* / 2011-2015

GAIA, Firenze



276 (72%)
maltrattamento singolo

109 (28%)
maltrattamento multiplo

* La somma dei casi per singola tipologia di maltrattamento è superiore al numero dei casi totali perché un minore può aver subito più di una forma di maltrattamento (maltrattamento multiplo).

BARI



GIADA - GRUPPO INTERDISCIPLINARE ASSISTENZA DONNE BAMBINI ABUSATI



DESCRIZIONE

GIADA dal 2000 opera presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII ed è costituito da un'equipe interdisciplinare che può contare su tutte le specialità mediche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico-Giovanni XXIII di Bari.

Il Centro coordina un network regionale, costituito da servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, in ogni ASL della Regione e si articola come di seguito:

- » reti decentrate di *Unità Funzionali Interdisciplinari Ospedaliere* - UFIO (Direzione Medica, Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Accettazione Pronto Soccorso, Medicina Legale, Radiologia, Chirurgia, Ortopedia, Psicologia, Servizi Sociali);
- » *Unità Funzionali Interdisciplinari Territoriali* - UFIT (Neuropsichiatria Infantile, Consultorio Familiare, Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale, Servizio per le Dipendenze Patologiche, Centro di Salute Mentale, Psicologia).

Le attività di GIADA riguardano: diagnosi precoce e cura delle condizioni di violenza all'infanzia; assistenza psicologica e sociale, pediatrica e specialistica delle condizioni di rischio e di violenza sui minorenni; osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico; ricerca; accompagnamento giudiziario e assistenza psicologica nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età; consulto specialistico, anche a distanza, agli operatori dell'area materno-infantile su specifici e qualificati quesiti critici; formazione di base e specialistica;

attività di prevenzione dei pericoli per la salute associati alle violenze online; campagne di sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia. L'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di: urgenza-emergenza, ricovero programmato e regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria.

ENTE DI APPARTENENZA

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico-Giovanni XXIII Bari

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA REGIONE

Popolazione 0-17 residente in Puglia: 692mila; Nati vivi 2015: 32mila; Popolazione 0-17 residente nella Provincia di Bari: 214mila

CASI DI MALTRATTAMENTO 2011-2015

539 di cui l'85% in Provincia di Bari.

NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO

D.G.R. n. 1397 del 3/08/2007, D.G.R. n. 2236 del 17/11/2009, D.G.R. n. 504 del 22/03/2011, D.G.R. n. 867 del 29/04/2015.



STRUTTURA

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE

(in grassetto lo staff dedicato)
Medico specialista in Pediatria, Medico di Direzione Sanitaria, Medico Specialista in Medicina d'Urgenza, Medico specialista in Medicina Legale, Medico specialista in Radiodiagnostica, Medico specialista in Ortopedia e traumatologia, Medico specialista in Ginecologia,

Medico specialista in Chirurgia Pediatrica, Medico specialista in Neonatologia, Medico specialista in Neuropsichiatria Infantile, Psicologo Psicoterapeuta, Assistente Sociale, Infermiere, Amministrativo, Informatico, Medici di tutte le specialistiche mediche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA

Ambulatoriale: Percorso diagnostico, Percorso psicoterapeutico/trattamento, Percorso di follow-up clinico completo, Percorso di follow-up psico-sociale, Ausiliario di Polizia Giudiziaria; **Day-Hospital:** Diagnostico, Terapeutico; **Ricovero ordinario; Consulenza:** in loco, a distanza; **Altro:** Valutazione di equipe, Consulenza sul caso/supervisione.

PRESTAZIONI EROGABILI

Anamnesi e valutazione definite brevi, Anamnesi e valutazione definite complessive, Consulto definito complessivo, Visita Multidisciplinare, Visita Pediatrica, Visita Pediatrica di Controllo, Visite specialistiche, Colloquio Psicologico Clinico, Psicoterapia, Accompagnamento giudiziario, Valutazione dello sviluppo psicologico e delle funzioni cognitive, Valutazione della qualità del legame di attaccamento e delle relazioni familiari, Valutazione dello stress individuale e familiare, Valutazione dell'adattamento psico-sociale e della qualità di vita.

TARIFFAZIONE SPECIFICA

No

STRUTTURA DEDICATA

Sì

DOTAZIONE

DOTAZIONE STRUMENTALE, INFRASTRUTTURALE, TESTALE

Stanza con Specchio Unidirezionale, videoregistrazione, Lampade (scialitica/Wood/con lente a ingrandimento/fessura), Otoscopio, Ofatmoscopio, Colposcopio, Microscopio, Ret-CAM-II, OCT, Retinografo, RMN, TAC, Ecografo, Radiologia digitale, Test psicologici.

FORMAZIONE E RICERCA

Pre-laurea: Stage / Tirocini / Tutoraggio / Redazione di Tesi di Laurea.

Post-lauream: Tirocinio formativo per Scuole di Specializzazione di Area Medica e Psicologia.

Formazione continua: Convegni, Corsi e attività seminariali per professionisti.

Attività di ricerca: Sì.

MODELLO ORGANIZZATIVO

GIADA nel corso degli anni ha messo a punto un percorso operativo denominato "SISTEMA GIADA" che ha consentito di perseguire gli obiettivi di rilevare il sommerso, anche attraverso la valutazione della qualità del legame di attaccamento, e formulare precocemente diagnosi e piani assistenziali interdisciplinari e integrati, anche in rete con altre Istituzioni ed Enti Sanitari, Sociali e Giudiziari. Il Sistema GIADA agisce attraverso vari percorsi operativi strutturati, di seguito riportati.

PERCORSI ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI

Condizione di urgenza/emergenza

Nei casi di traumatismi con lesioni peculiari e/o non corrispondenti al dato anamnestico, in situazione di riferita violenza sessuale e maltrattamento fisico, in evidenti circostanze di trascuratezza e abbandono psico-fisico a danno dei minorenni, i sanitari addetti al triage del Pronto Soccorso attivano il codice GIADA che va ad equipararsi per tempi e modalità di accoglienza, al codice giallo.

L'attivazione del Codice GIADA prevede: la riduzione tempi d'attesa e accoglienza in un luogo adeguato e riservato; il coinvolgimento di uno psicologo e assistente sociale GIADA che affiancheranno i medici di Pronto Soccorso sin dalla fase anamnestica e la richiesta di consulenze specialistiche all'Equipe Interdisciplinare. Nel corso dell'anamnesi si effettua la ricerca di precedenti accessi in Pronto Soccorso.

All'esito dei dati raccolti all'accesso al Pronto Soccorso gli operatori possono procedere con il ricovero del minorenne sia nei casi in cui la violenza ha causato lesioni gravi che nei casi in cui vi è una situazione di grave pericolo per il minorenne.

Nel caso in cui viene rilevato un Reato Perseguibile d'Ufficio o si evidenzia un fondato sospetto, si procederà con l'invio del referto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Civile e Penale e/o presso il Tribunale per i Minorenni, o ad un Ufficio di Polizia Giudiziaria. Se invece viene rilevata una condizione di Rischio per il minorenne in assenza di reato l'Equipe GIADA si occuperà di strutturare, a seconda del caso, diversi livelli di intervento e di raccordo con i Servizi Territoriali.

In alcuni casi l'accesso al Pronto Soccorso può essere programmato con i Servizi Territoriali rilevando la necessità di un approfondimento specialistico, tale accesso viene gestito e programmato attraverso un Consulto Specialistico con gli operatori GIADA.

Regime di Ricovero/Day Hospital/Ambulatorio

Al fine di rilevare il sommerso sono stati condivisi protocolli diagnostico-terapeutici con i reparti ospedalieri relativamente a disturbi funzionali, malattie croniche, sintomatologia dolorosa, ritardi dello sviluppo, problematiche emozionali e comportamentali, disadattamenti al contesto di ricovero e alle procedure assistenziali e bambini/adolescenti con *special needs*. Tali protocolli prevedono l'attivazione della consulenza psicologica/sociale per la diagnosi differenziale di sintomi somatoformi spesso all'origine di esperienze traumatiche acute o croniche riferibili a condizioni di violenza.

In altri casi sono direttamente gli operatori del reparto a formulare sospetti diagnostici richiedendo gli opportuni approfondimenti all'equipe GIADA al fine di pervenire ad una diagnosi certa/dubbia/non confermata e alla definizione di un opportuno piano di intervento intraospedaliero e/o di raccordo interistituzionale.

In alcuni casi, dopo un Consulto Specialistico richiesto dai Servizi Sanitari e/o Sociali, si può programmare un ricovero/DH presso i reparti, coe- rentemente con la sintomatologia

manifestata, al fine di realizzare gli approfondimenti del caso.

Fornisce anche in accordo con la Procura della Repubblica, indicazioni circa la dimissibilità dei minorenni e si occupa, eventualmente, della loro collocazione in accordo con i Servizi Sociali Ospedalieri e Territoriali.

PERCORSO ASSISTENZIALE AMBULATORIALE

Setting Multiplo

Si utilizza il protocollo del setting multiplo per la presa in carico ambulatoriale di minorenni esposti a Esperienze Sfavorevoli Infantili, nello specifico tale percorso viene avviato anche per i casi di adozioni con *special needs*.

L'attivazione di tale percorso può avvenire su invio da parte dei Servizi Territoriali (Pediatria di Libera Scelta, Servizi Sociali, Consultorio Familiare, ecc.) e dell'Autorità Giudiziaria. Attraverso riunioni di intervizione, con i soggetti già attivi sul caso, si formula il sospetto diagnostico, si definiscono gli opportuni approfondimenti specialistici e l'eventuale tempo di attesa.

PERCORSO ASSISTENZIALE IN CONTESTO GIUDIZIARIO

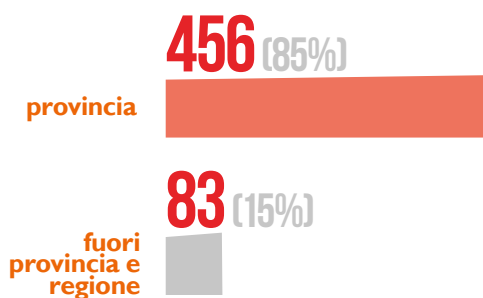
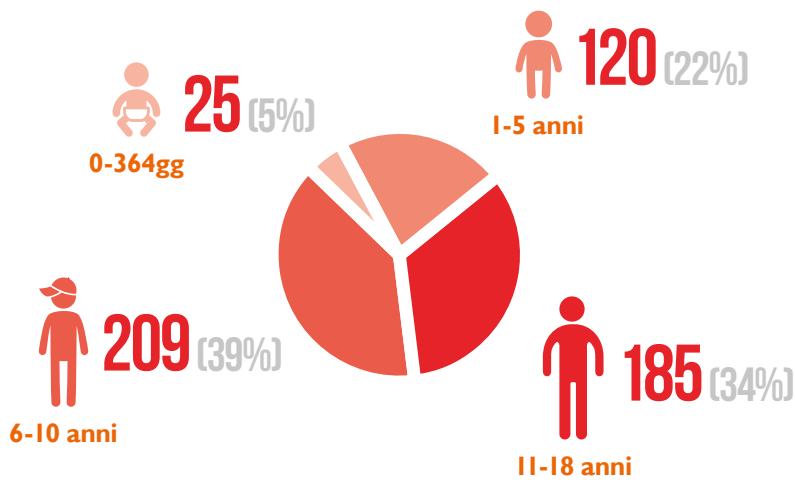
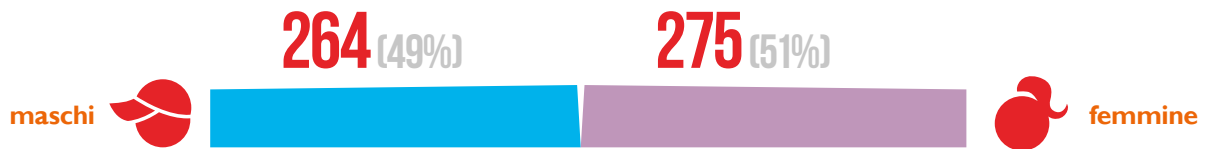
Nel 2013 è stato stipulato un Protocollo relativo all'Assunzione di Sommarie Informazioni con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e la Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Bari (delibera del D.G. 834 del 23 luglio 2013). Gli psicologi GIADA forniscono su richiesta del Pubblico Ministero l'assistenza specialistica nel corso dell'escussione della vittima e/o del testimone, tale protocollo in accordo con la legge 172/2012, permette l'adeguato supporto all'Autorità Giudiziaria e sostegno psicologico ai minorenni coinvolti in indagini giudiziarie. In tale occasione è garantito il sostegno psicoeducativo alla famiglia.

PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Nell'ambito del Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole è stato strutturato un Progetto di formazione e prevenzione sulle tematiche della violenza sessuale online, cyber bullismo, adescamento online. Le azioni progettuali svolte in collaborazione con i referenti regionali GIADA e la Polizia Postale, sono rivolte alle scuole della Nostra Regione e coinvolgono insegnanti, alunni e genitori.


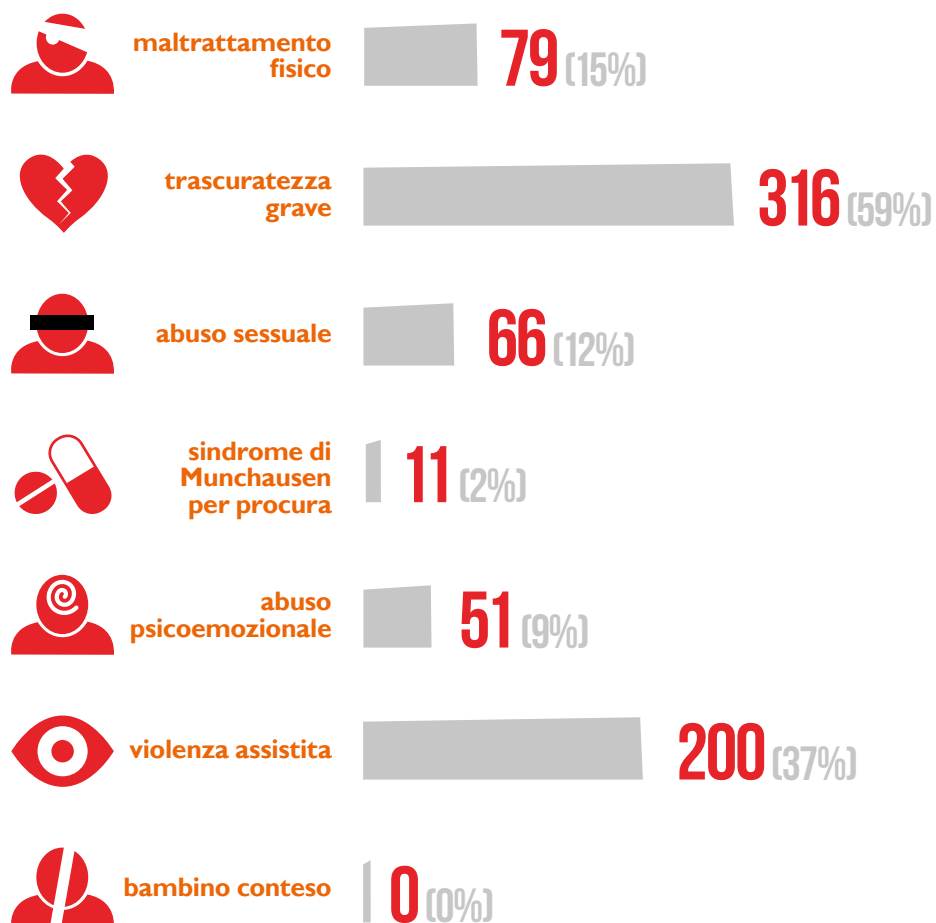
539 CASI DI MALTRATTAMENTO / 2011-2015

GIADA, Bari



TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO* / 2011-2015

GIADA, Bari



380 (71%)
maltrattamento singolo



159 (29%)
maltrattamento multiplo

* La somma dei casi per singola tipologia di maltrattamento è superiore al numero dei casi totali perché un minore può aver subito più di una forma di maltrattamento (maltrattamento multiplo).

STORIE E TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO



SHAKEN BABY SYNDROME (SBS)

La Shaken Baby Syndrome (SBS) è una grave forma di maltrattamento fisico prevalentemente intrafamiliare ai danni di bambini generalmente sotto l'anno di vita. Il bambino viene scosso violentemente dal caregiver come reazione al pianto inconsolabile del bambino.

Il picco di incidenza della SBS si ha tra le 2 settimane e i 6 mesi di vita, periodo di massima intensità del pianto del lattante. A quell'età non c'è il controllo del capo perché i muscoli del collo sono deboli, la testa è pesante rispetto al corpo, il cervello, di consistenza gelatinosa, si muove, quando scosso, all'interno del cranio, e la struttura ossea è ancora fragile.

Le conseguenze dello scuotimento, anche se di pochi secondi, possono quindi essere particolarmente infauste: emorragie intracraniche subdurali o subaracnoidee, contusioni cerebrali e lesioni dirette delle fibre nervose, con conseguente danno neurologico permanente (ad esempio paralisi, rallentamento nelle acquisizioni psico-motorie, deficit cognitivo-comportamentale, sordità), emorragie retiniche, con conseguente cecità spesso centrale, fratture multiple, per lo più del cranio (se c'è anche impatto su superficie), ossa lunghe e porzione posteriore delle coste. Si può arrivare al coma o alla morte del bambino fino in 1/4 dei casi.

Luca Gastaldo
(Bambi Torino)



CHEMICAL ABUSE: NUOVE FORME DI MALTRATTAMENTO CRESCONO

Negli ultimi anni, nel corso dell'attività clinica, abbiamo avuto modo di osservare un fenomeno allarmante: un numero via via crescente di bambini, molto spesso nei primi mesi di vita, vengono condotti all'ospedale con quadri clinici molto critici, alcuni a rischio di vita, in cui si rivela che la causa è un'intossicazione acuta da farmaci, spesso psicofarmaci quali neurolettici o ipnoinducenti, e da sostanze stupefacenti come metadone, cocaina o eroina.

In questa emergente forma di maltrattamento, il *chemical abuse*, i lattanti hanno quadri clinici spesso di difficile interpretazione e per questo l'incidenza è sottostimata. Altre volte la diagnosi viene formulata quando le indagini tossicologiche vengono condotte, anche in assenza di sintomi da intossicazione chiari, dopo valutazione di multi problematicità del contesto familiare.

Il bambino vittima di questa forma di maltrattamento rischia di avere conseguenze gravi per la sua salute, il suo sviluppo ed anche la sua stessa sopravvivenza, e per questi motivi è importante sospettare e diagnosticare tempestivamente questa sindrome.

I farmaci o gli stupefacenti vengono generalmente utilizzati dal genitore per calmare il lattante che piange oppure per "risvegliarlo" o riattivarlo in momenti di calma, con un modello di accendi/spegni.

Spesso questi quadri clinici sono associati ad altre forme di maltrattamento quali la Shaken Baby Syndrome o la trascuratezza grave, con danni ancor più gravi alla salute del bambino.

Melissa Rosa-Rizzotto
(Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato Padova)



ABUSO SESSUALE

M., 13 anni, arriva da noi con la mamma e la polizia per un sospetto abuso sessuale. Dal racconto della donna si evince che la bambina trascorreva molto tempo con il suo compagno, essendo la donna spesso assente per lavoro.

Nel tempo però erano emersi comportamenti strani della piccola che manifestava atteggiamenti molto seduttivi verso l'uomo. La madre decide allora di raccogliere prove dei fatti che la insospettiscono e ci riesce.

Il compagno abusava della bambina la quale, completamente plagiata e soggiogata a lui, non era in grado di riconoscere la differenza tra una relazione genitoriale e una sentimentale.

Sia la donna che la bimba sono state seguite dal servizio che, oltre alle cure mediche necessarie, le ha prontamente segnalate al territorio per una presa in carico psicologica. L'uomo nel frattempo è stato arrestato.

Lucia Romeo
(SVSeD Milano)



ABUSO SESSUALE

Monica, 12 anni, giunta in Pronto Soccorso, viene ricoverata d'urgenza presso il reparto di Psichiatria dell'età evolutiva per restrizione acuta alimentare con semidigiuno, iniziata una settimana circa dalla comparsa del menarca.

Si alimenta solo tramite SNG (sondino naso gastrico) e alterna modalità di compiacenza rispetto al ricovero a modalità regressive da bimba piccola (aspetto da piccola donna truccata con i tacchi con in braccio stretto un peluche che non lascia mai).

Dopo un mese di ricovero, in uno dei colloqui settimanali con i genitori emerge un particolare: nei primi 5 anni di vita la bambina sarebbe stata vittima di molestie sessuali da parte di un vicino di casa, persona loro amica a cui affidavano la bambina come ad un "nonno". La madre se ne sarebbe accorta all'età di 5 anni cogliendo in flagrante questa persona mentre si rimetteva i pantaloni. La bambina avrebbe raccontato di giochi non ben precisati fatti con i genitali.

Poiché secondo i genitori "la bambina appariva serena e non aveva mai subito violenza", i genitori decidono di non fare nessuna denuncia né di portarla da un medico. Traslocano subito, per cui si interrompono i contatti con la persona. La bambina subito dopo l'interruzione dei contatti con tale "nonno" inizia a masturbarsi compulsivamente e in alcuni momenti chiede al padre di giocare sbottondogli i pantaloni. Questo dura per alcuni mesi poi si interrompe spontaneamente.

La bambina chiede inoltre di vedere il "nonno" e allora i genitori decidono dopo un chiarimento e "perdono" da parte loro nei confronti di questa persona, di favorire una volta al mese incontri con questa persona, che avvengono per un breve periodo.

I genitori riferiscono che la ragazzina si ricorda di questi eventi e ogni tanto ne riparla con la madre.

Stefania Losi
(GAIA Firenze)



NEGLECT/TRASCURATEZZA: FAME DI CURE CON BRICIOLE DI GENITORIALITÀ

S., 22 mesi, giunge al nostro Pronto Soccorso accompagnato dalla madre e viene ricoverato d'urgenza in Terapia Intensiva per "Stato Soporoso di ndd", poi trasferito in Medicina Pediatrica. Nel corso della raccolta anamnestica si rilevano pregressi accessi al Pronto Soccorso per "incidente domestico",

inoltre i genitori, di un livello socio-economico alto e in condizioni di fragilità psicologica, forniscono versioni discordanti dell'accaduto. Successivamente si comprende che il bambino avrebbe assunto un farmaco antiipertensivo della madre, lasciato incustodito in casa.

Nel corso della degenza abbiamo osservato gravi carenze nelle competenze genitoriali di accudimento, di protezione e di supervisione: i genitori si allontanavano per ore lasciando il bambino da solo, mostravano una ridotta *compliance* al piano assistenziale e carenti capacità di conforto.

Il bambino presentava uno sviluppo psicomotorio carente, un'eccessiva familiarità con gli estranei e con il contesto, un legame di attaccamento di tipo insicuro disorganizzato, condizioni riferibili al "Disturbo da Deprivazione con pattern indiscriminato" (Classificazione diagnostica 0-3R, F.150, NCITF). I raccordi

con il Pediatra di Libera Scelta evidenziarono modalità imprevedibili da parte dei genitori nell'accesso alle cure sanitarie, con disimpegno, in circostanze che avrebbero richiesto cure urgenti, alternato ad intensa ansietà in casi, di fatto non allarmanti.

Sulla base della condizione di grave trascuratezza da parte dei genitori e del pericolo per l'incolumità del bambino, abbiamo segnalato il caso al Tribunale per i Minorenni che disponeva un immediato ma temporaneo allontanamento del bambino, collocandolo in una famiglia affidataria, prescriveva ai genitori un trattamento psicologico individuale e il supporto alle funzioni genitoriali.

Con la famiglia affidataria, in una condizione di sicurezza e di caldo accudimento, S. ha recuperato velocemente il ritardo rilevato presentando un adattamento psicosociale più funzionale. I genitori progressivamente hanno compensato la condizione di fragilità, acquisendo sufficienti capacità autoriflessive e competenze genitoriali adeguate così da consentire progressivamente il ritorno a casa del bambino.

Maria Grazia Foschino Barbaro
(GIADA Bari)

PERCHÉ RICOVERARE IN OSPEDALE IL BAMBINO MALTRATTATO

Il ricovero ospedaliero nei casi di sospetto maltrattamento, quando il bambino e la famiglia sono in un momento di “crisi”, è una scelta clinica strategica, che può cambiare in modo sostanziale la prognosi del bambino e della famiglia.
Perché è utile?

Differentemente dai regimi di day-hospital o ambulatoriale, il regime di ricovero permette di impostare, in tempo reale, una **diagnostica fine ed ultraspecializzata**, di raccogliere nei tempi della clinica di fase acuta elementi certi che possono essere in grado di cambiare l'iter successivo di presa in carico clinica, di tutela ed anche per i fini di giustizia.

Pensiamo non solo al maltrattamento fisico, ma anche al neglect grave, o all'abuso sessuale: il ricovero permette di documentare immediatamente le lesioni, prima che guariscano in taluni casi anche senza lasciare alcun esito, e consente di eseguire accertamenti e procedure, se serve anche in sedazione, rendendole più tollerabili per il bambino. Se non raccolti in fase acuta e nella modalità più corretta, alcuni elementi potrebbero non essere più documentabili e vanificare i processi di cura, tutela e giustizia per la vittima.

Il ricovero favorisce una **osservazione continuativa** del bambino e della famiglia 24 ore su 24. Questo tempo fornisce a tutto il personale la possibilità di documentare l'evoluzione delle lesioni nel tempo e di osservare, nelle diverse fasi della giornata di ricovero, da parte di personale differente (specialistico e non) e per lunghi periodi (giorni o settimane),

i comportamenti del bambino e le dinamiche e relazioni familiari ed

eventuali gravi disfunzioni: ad esempio è capitato di osservare che una paziente tredicenne, affetta da sindrome di Munchausen per procura, fosse convinta di non essere ancora in grado di alimentarsi autonomamente e si facesse imboccare dalla madre (comportamento modificato dopo la diagnosi); oppure è capitato che un genitore, la cui tossicodipendenza era sconosciuta, venisse colto a fare uso di eroina nei bagni del reparto durante la notte; oppure in un bambino di un anno con un grave neglect in cui il genitore gli porgeva una mela intera non realizzando che così non sarebbe mai stato in grado di mangiarla autonomamente.

Il ricovero in una struttura ospedaliera permette di operare in un **ambiente neutrale**, una istituzione che è concepita per *prendersi cura della salute* dei bambini, e, soprattutto, di quei bambini che sentono di *stare molto male*. Con la scelta clinica di *ricoverare* si esprime in modo chiaro al bambino e alla famiglia che il maltrattamento è prima di tutto un grave problema di salute, non crea uno stigma della famiglia, non presuppone un *pre-giudizio* di colpa e quindi pone gli aspetti diagnostici e di primo trattamento sullo stesso piano di altre patologie anche molto gravi.

Il piano della salute permette di tentare un lavoro comune con le famiglie e di mobilitarne le eventuali risorse residue rispondendo alle richieste di aiuto, anche se distorte, che queste famiglie comunque esprimono quando portano il bambino alla consultazione medica.

L'ospedale è un'istituzione forte che esercita, tra le molteplici azioni di cura, anche quella del **contenimento**: spesso i bambini affetti da gravi

forme di maltrattamento portano un'enorme sofferenza psichica che può essere espressa, e poi contenuta, solamente in una struttura in grado di *sostenerla*.

L'ospedale è l'istituzione che per antonomasia si occupa di *chi sta male o malissimo* e che è in grado di *reggere, tollerare e curare* anche gravissimi stati di sofferenza acuta: tale funzione è molto chiara nella mente dei bambini che, nel corso del ricovero, fanno esperienza di come il loro *enorme, distruttivo e incontenibile* star male, possa essere *tenuto ed alleviato* da qualcuno. Questa esperienza, di norma, è molto buona per i bambini maltrattati e spesso è *lenitiva* di per sé.

Il ricovero non deve però essere solamente uno *stare in ospedale*, ma comprende una iniziale **presa in carico in fase acuta** e consente di programmare e attivare con ordine la rete di cure per gli interventi successivi, senza la preoccupazione e l'onere di trovare immediatamente un altro ambiente adatto per la tutela e protezione del bambino.

Un ricovero condotto fin da subito in modo adeguato fornisce inoltre anche moltissimi elementi utili agli altri piani di intervento: sia la **tutela** sia la **giustizia**, perché consente osservazioni, relativamente prolungate, e la raccolta di elementi oggettivi in modo tempestivo, efficiente e competente.

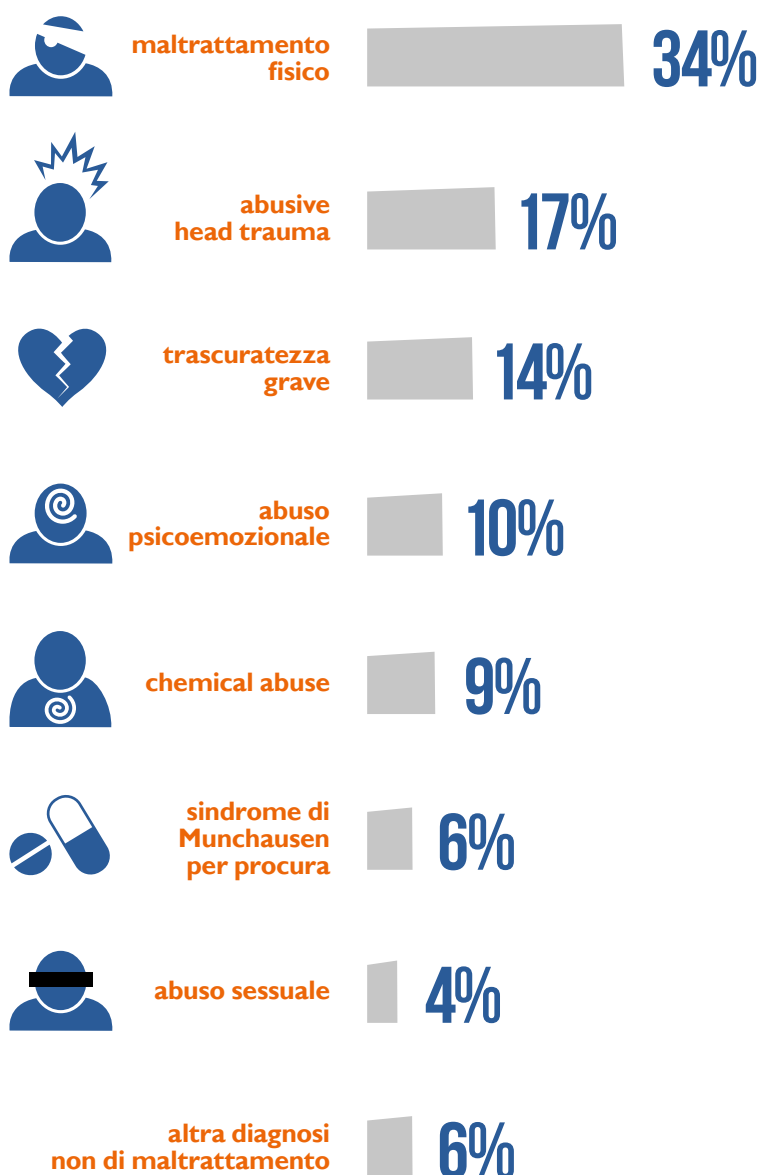
UN'ESPERIENZA CONCRETA

Presso il Centro dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova sono stati svolti, negli **ultimi 5 anni**, più di **90 ricoveri** specifici per maltrattamento all'interno della struttura (con una media di circa 20 ricoveri/anno e più di 60 consulenze continuative e responsabilità giuridica diretta per ricoveri per maltrattamento in altri ospedali della rete ospedaliera della Regione Veneto).

Si tratta in totale di più di **2100 giornate effettive di degenza** per una degenza media per ciascun ricovero di quasi 25 giorni. In 1 caso su 4, questi pazienti sono talmente gravi che richiedono una prima fase di degenza in reparti intensivi (Terapia Intensiva Pediatrica o Centro Grandi Ustionati) o semintensivi (Neurochirurgia o Chirurgia pediatrica).

L'età media dei pazienti ricoverati è di quasi 7 anni (6,8), ed il 43% ha un'età inferiore ai 2 anni. Nel 53% si tratta di bambine (47% maschi). Nel 53% sono bambini di origine italiane ed il restante 47% è rappresentato da pazienti stranieri provenienti prevalentemente dall'Europa dell'est (40% del gruppo degli stranieri) o dall'Africa (25% del gruppo degli stranieri).

Le diagnosi principali formulate al termine del ricovero sono state:



Il 53% dei pazienti ricoverati proviene, per cura e valutazione diagnostica per sospetto maltrattamento, da aree al di fuori del territorio della provincia di Padova e il 10% dei pazienti proviene da altre Regioni o con residenza in altri Stati (2%).

IL PERCORSO DIAGNOSTICO: ALCUNI CASI

Cosa significa fare *diagnosi di maltrattamento*?

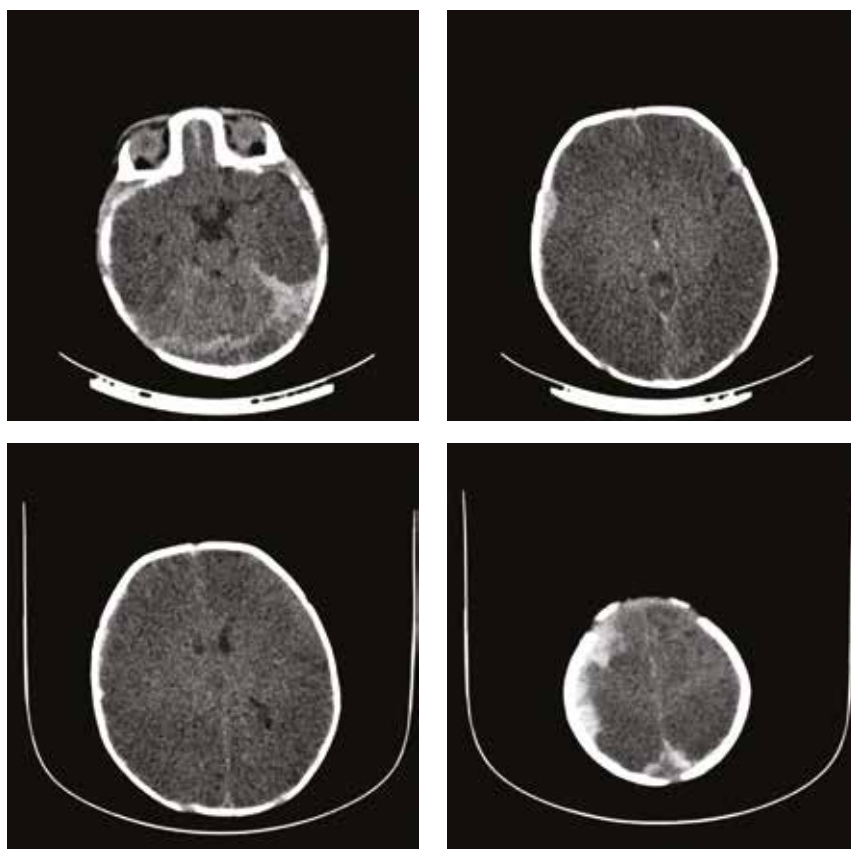
Di seguito sono riportati i percorsi diagnostici per due casi, uno proveniente dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze e un caso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova.

CASO 1 *

Un neonato di 27 giorni giungeva al Pronto Soccorso per perdita di coscienza, in ambulanza richiesta dai genitori, che riferivano improvviso pianto inconsolabile mentre erano in auto ("si è lanciato all'indietro contro il seggiolino apposito") e pallore e pianto lamentoso una volta in casa; i genitori riferivano di non aver effettuato alcuna manovra sul bambino.

Il bambino presentava irritabilità, lieve ipertono; difficile l'aggancio visivo; gli esami ematici evidenziavano anemia; dopo alcune ore sono comparse crisi convulsive.

Esecuzione immediata: **TC cranioencefalica**

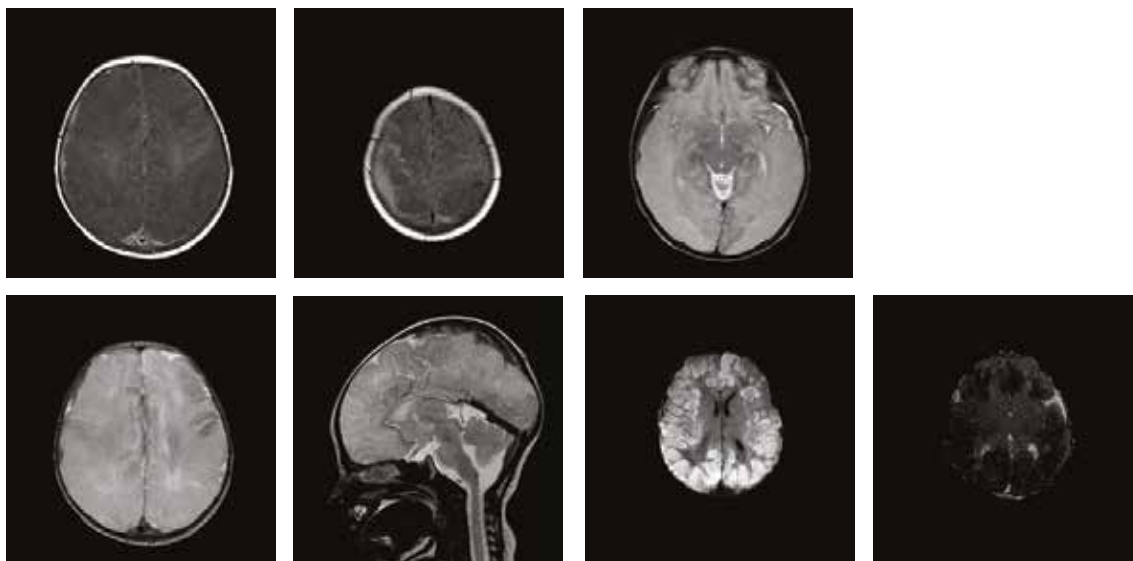


Diffuso edema cerebrale con scarsa differenziazione tra sostanza bianca e grigia. Emorragia subaracnoidea prevalente al tentorio ed alla convessità ed ematoma sottodurale fronto-temporale dx.

Immediato ricovero in TIN (terapia intensiva neonatale).

* Il caso 1 è a cura di Stefania Losi (pediatra) e Marzia Mortilla (neuroradiologa) – GAIA – Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze

Eseguita **RM cranioencefalica**, che mostra gravità del quadro con sofferenza ischemica acuta di buona parte del parenchima cerebrale.



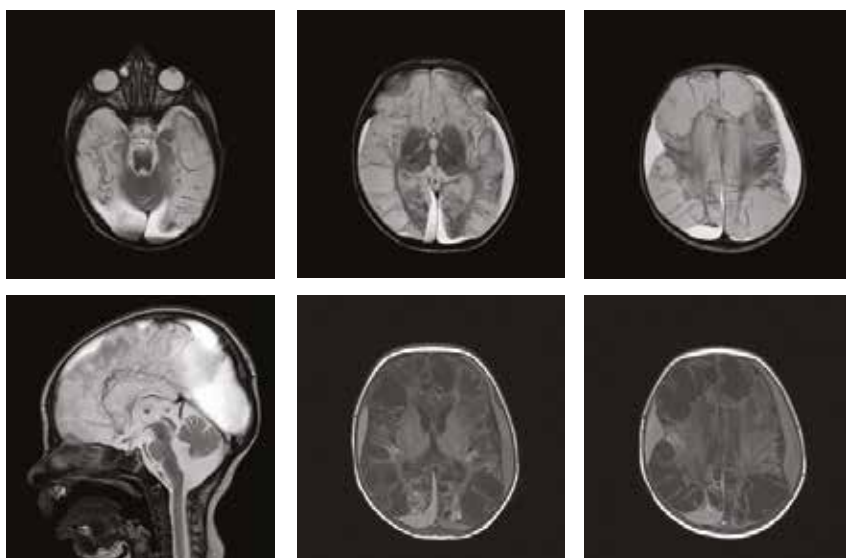
Eseguita visita oculistica con esame del fondo oculare: emorragie retiniche bilateralmente.

Eseguita angioRM cranioencefalica, diffusione e spettroscopia.

Eseguite ulteriori indagini per evidenziare potenziali patologie responsabili del quadro clinico: **tutte negative.**

La triade ematoma sottodurale, encefalopatia ipossico-ischemica, emorragie retiniche : Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma

RM a 9 mesi di vita: **evidenti esiti poromalacici estesi a buona parte del parenchima sopratentoriale.**



TC: metodica più facilmente eseguibile in fase di urgenza per la pronta disponibilità e perché quasi sempre possibile senza necessità di anestesia. È possibile utilizzare dosi di radiazioni ionizzanti ragionevolmente basse. Può rilevare anche le fratture craniche.

RM: più specifica per la valutazione di lesioni e tramite alcune sequenze particolari è possibile rilevare anche sanguinamenti piccoli (Susceptibility Weighted imaging) o ischemie in fase acuta (Diffusione).

TC e RM mostrano ematomi subdurali o sanguinamenti negli spazi subaracnoidei, danno assonale diffuso ed edema cerebrale o lesioni più datate come soffusioni emorragiche sottodurali (ematomi cronicizzati).

La RM è la metodica più sensibile specie per rilevare sanguinamenti datati diversamente.

RM: i reperti possono essere rilevati con qualsiasi apparecchio.

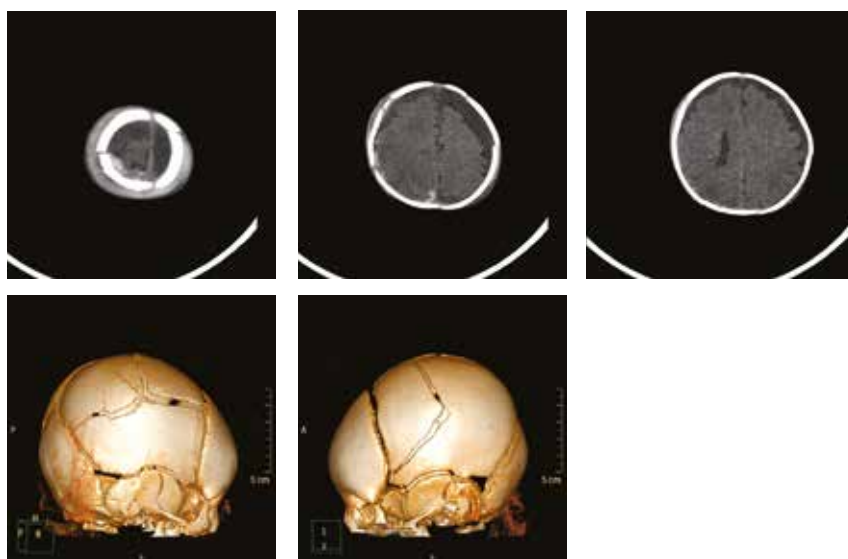
Ovviamente le lesioni sono meglio valutabili con campo magnetico più elevato (**1,5T e 3T**).

Per i bambini al di sotto dei 10 Kg ,alcuni apparecchi 1,5T hanno bobine per lo studio del cranio e del rachide dedicate, perciò possono essere preferiti agli apparecchi 3T.

CASO 2 **

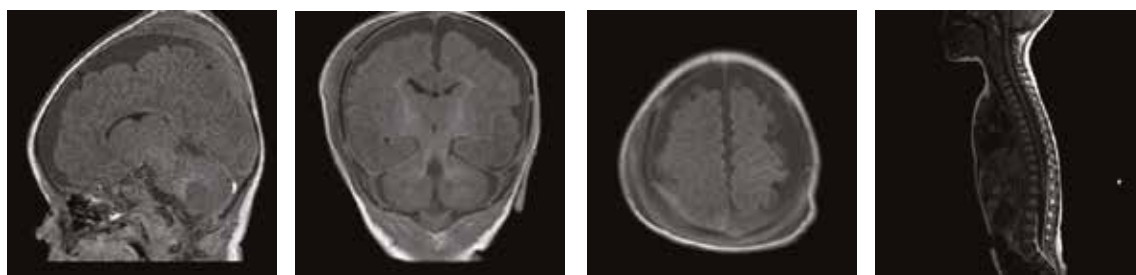
Alle ore 23 una lattante di 3 mesi veniva condotta dai genitori al Pronto Soccorso per stato di sopore con scadimento delle condizioni generali che perdurava da alcune ore. Veniva riferita una caduta dalle braccia della mamma nel pomeriggio: la bambina aveva pianto subito dopo l'impatto, ma dopo alcune ore tendeva ad addormentarsi. La sua storia clinica era muta per precedenti eventi patologici e la bambina era descritta da sempre come sana. Per il sospetto di lesioni cerebrali, veniva eseguita una Tomografia Computerizzata che mostrava una grave frattura della teca cranica associata alla presenza di sangue sia vecchio che nuovo intracranico nello spazio sottodurale oltre che un grave edema cerebrale, come si vede nelle figure sottostanti.

Tomografia Computerizzata – Bidimensionale e Tridimensionale



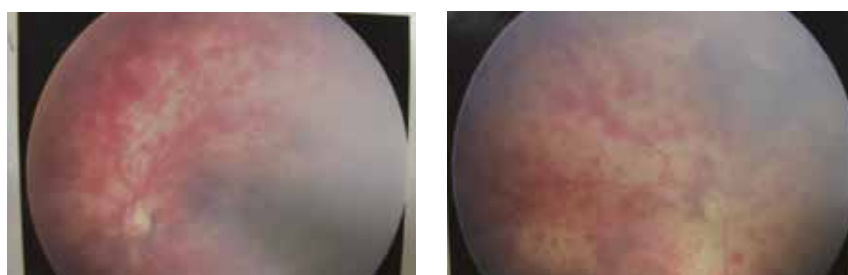
Visto il quadro rilevato alla TC, la bambina eseguiva una Risonanza Magnetica Cerebrale e Spinale che confermavano la presenza di sangue di diverse epoche sia in testa che lungo il midollo spinale (sempre nello spazio sottodurale), si rilevava inoltre una grave atrofia cerebrale (riduzione del volume del cervello).

RMN Cerebrale 3D a 3-T



Infine eseguiva un esame del fondo dell'occhio (imaging della retina con Ret CAM II) che mostrava la presenza di numerosissime emorragie di diverse dimensioni in tutti gli strati della retina, di cui alcune più vecchie e altre più recenti.

Imaging Digitale della Retina con Ret-CAM II

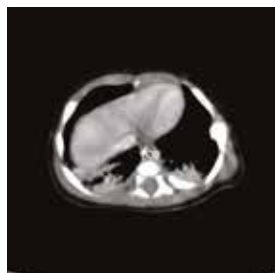


** Il caso 2 è a cura di Melissa Rosa Rizzotto - Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato – Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova.

Visto il complesso e gravissimo quadro clinico rilevato, totalmente incompatibile con un trauma banale quale quello occorso alla bambina, nel sospetto di un possibile quadro di maltrattamento veniva inoltre eseguito uno studio dello scheletro con radiografie, TC e scintigrafia ossea, che mostravano la presenza di fratture multiple in diversi distretti corporei (arti superiori, inferiori, torace e cranio), per un totale di 18 fratture.



Rx Polso
Frattura Metafisaria



TAC Total Body
Callo Osseo Costale



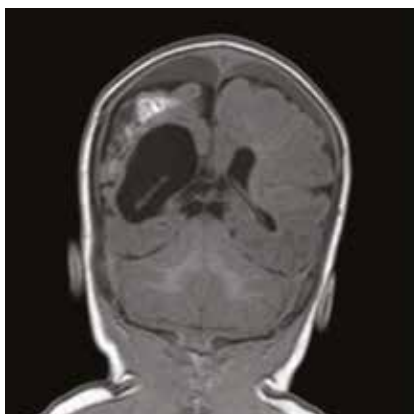
Scintigrafia Ossea
Fratture Multiple

Venivano svolte infine alcune indagini di laboratorio che mostravano una riduzione delle proteine totali e dell'albumina da malnutrizione, un aumento dell'enolasi neuro-specifica (marker ematico di trauma cranico) e la presenza di Cocaina (e suoi metaboliti) e Metadone (e suoi metaboliti) alle indagini tossicologiche del capello.

Tutte le possibili diagnosi differenziali in grado di spiegare quanto osservato venivano escluse e la conclusione diagnostica era di **Sindrome del Bambino Scosso con Impatto combinato con Maltrattamento Fisico con eventi ripetuti, Trascuratezza Grave e Chemical Abuse.**

La bambina, rivista alcuni mesi dopo a controllo, presentava danni permanenti gravissimi alla struttura cerebrale, come mostrato alle immagini RMN qui di seguito.

RMN Cerebrale 3D a 3-T – Due mesi dopo



L'INNOVAZIONE: IL MALTRATTAMENTO COME PARADIGMA DELLO STUDIO DELLO SVILUPPO CEREBRALE

A CURA DI PAOLA FACCHIN
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI PADOVA

Lo sviluppo cerebrale è la risultante della complessa interazione tra progetto genetico ed ambiente: senza gli input ambientali il progetto genetico di sviluppo di ogni individuo non si può realizzare.

Se lo studio di alterazioni genetiche, spesso comprese nel grande capitolo delle malattie rare, costituisce spesso un paradigma che permette di comprendere meglio il legame tra le istruzioni genetiche ed i principali fenomeni compresi nel capitolo dello sviluppo cerebrale quali migrazioni neuronali, mielinizzazione, formazione delle sinapsi assonali e dendritiche, formazione dei tratti cerebrali ed ancora metabolismo cerebrale, sintesi, attività e catabolismo dei neurotrasmettitori, cioè di come si forma e funziona il cervello del nato, bambino e adolescente fino alla struttura e funzionamento di quello adulto, quello della sindrome da maltrattamento permette di iniziare ad intravedere come il diverso ambiente in cui è inserito il bambino vada ad interagire con gli stessi fenomeni²¹⁻²²⁻²³.

Attraverso le afferenze sensoriali (vista e udito) e sensitive (tatto, sensibilità periferica, ecc) arrivano dall'interno gli input che stimolano e regolano i processi di sviluppo, attraverso l'ambiente vengono garantite le cure necessarie per la sopravvivenza (cibo, calore, ecc...).

Questi input assumono valore e stimolo solo quando sono inseriti in un contesto relazionale sufficientemente amorevole. Si può dire che le cure amorevoli sono effettivamente la *benzina* che determina ed attua ciò che i geni programmano.

Condizioni precoci di assenza di cure amorevoli e di una relazione valida (*neglect*) possono determinare un gravissimo danno cerebrale permanente, simulando situazioni note come esiti di danni dati da processi patologici come asfissie, meningoencefaliti, emorragie e altro²⁴⁻²⁵. Qualsiasi sia il danno di esposizione ambientale (fisico, psichico, o di assenza di cure) la conseguenza è globale e totale.

È per questo che il *neglect* e il maltrattamento psicoemozionale determinano alterazioni anche permanenti della struttura e del funzionamento cerebrale²⁶ oppure i maltrattamenti fisici determinano danni nelle funzioni della mente quali la memoria, il controllo delle emozioni, i comportamenti e così via²⁷⁻²⁸⁻²⁹.

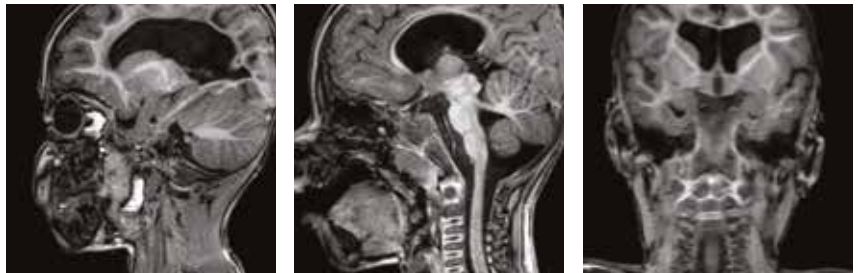
In altre parole, nulla come le conseguenze del maltrattamento dà ragione di come ognuno di noi è unico ed irripetibile, prodotto dinamico di quello che gli accade intorno e di quanto è scritto nel suo DNA.

COSA ACCADE ALLE STRUTTURE: ESEMPI DI STUDI DI MORFOLOGIA

Nel **caso 3** si può apprezzare il danno cerebrale di gravissima atrofia secondario ad una condizione di grave trascuratezza (*neglect*) studiato con tecniche di morfometria voxel-based a partire da immagini di risonanza magnetica cerebrale 3D.

Nel **caso 4** invece si rileva come un grave scuotimento possa, oltre ai segni già descritti nel paragrafo precedente, provocare danni alla sostanza bianca: nell'immagine viene documentato il danno alla radiazione ottica e all'organizzazione del corpo calloso, studiato con tecniche di indagine trattografica a partire da immagini DTI di Risonanza Magnetica Cerebrale.

CASO 3 / TRASCURATEZZA GRAVE



LA STORIA

Bambino di circa 2 anni che giunge con storia di gravissima deprivazione sia nutrizionale che affettiva. Il risultato è un grave ritardo mentale con deficit motori e cognitivi.

LA DIAGNOSI

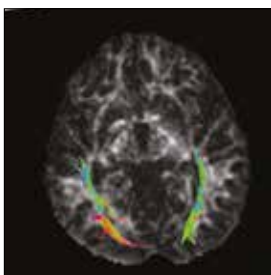
Trascuratezza grave

ANALISI MORFOMETRICA VOXEL-BASED

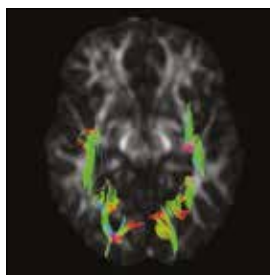
È possibile documentare una riduzione del volume cerebrale di più del 30% rispetto al controllo sano appaiato per sesso ed età e un marcatisimo assottigliamento del corpo calloso.

(Analisi *Voxel Based Morphometry* – RMN cerebrale 3D 3T)

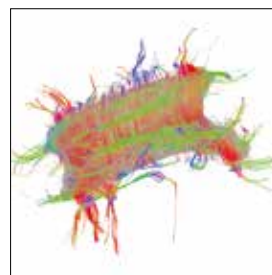
CASO 4 / SHAKEN BABY SYNDROME



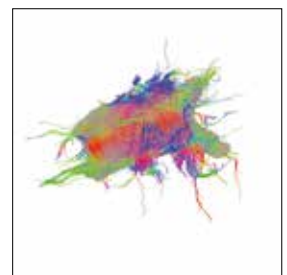
RMN con trattografia dei tratti ottici del CASO



RMN con trattografia dei tratti ottici del CONTROLLO



Analisi trattografica del corpo calloso del CASO



Analisi trattografica del corpo calloso del CONTROLLO

LA STORIA

Bambino di 5 mesi e mezzo che giunge per uno stato encefalopatico acuto con lesioni emorragiche intracraniche, retiniche e spinali e danno ipossico-ischemico.

LA DIAGNOSI

Sindrome del Bambino Scosso

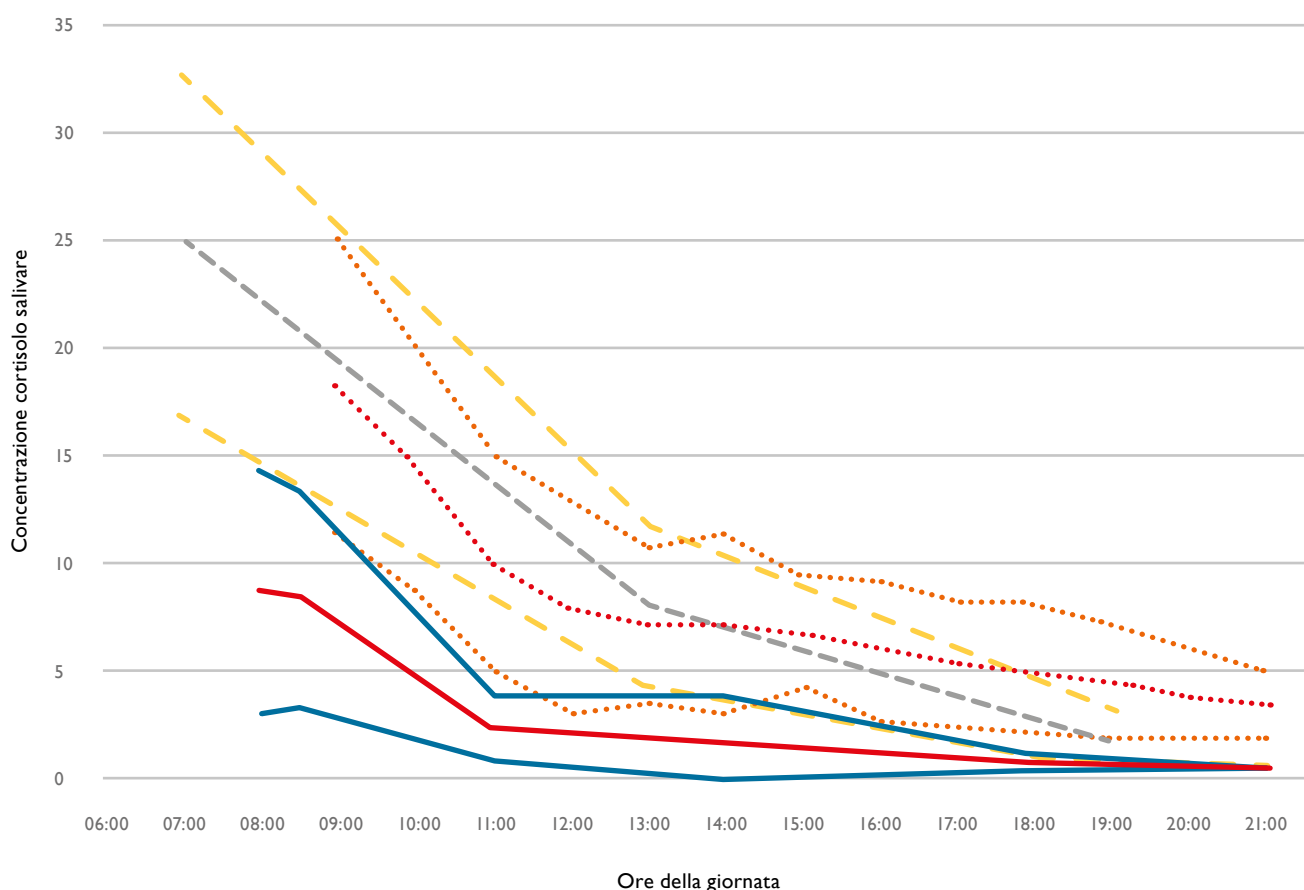
ANALISI TRATTOGRAFICA

Si quantifica una marcata riduzione del numero di fibre di sostanza bianca componenti la radiazione ottica rispetto al controllo sano. I tratti di sostanza bianca del corpo calloso, la parte del cervello che mette in connessione i due emisferi, nel bambino scosso presentano una organizzazione più caotica. (Analisi Trattografica con DTI – RMN cerebrale 3D 3T).

COSA ACCADE ALLE FUNZIONI: LA CATENA DELLO STRESS

Nella nostra casistica dei bambini maltrattati si osserva come il livello di cortisolo salivare, uno degli ormoni coinvolti nella catena di risposta stress, sia gravemente alterato rispetto ai soggetti sani.

ANDAMENTO CORTISOLO BASALE: CONFRONTO CON LA LETTERATURA



In tutti i bambini maltrattati o abusati appartenenti alla nostra casistica (Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato) è stato dosato il cortisolo salivare in sei momenti nell'arco della giornata (appena svegli, a mezz'ora dal risveglio, prima di pranzo, a metà pomeriggio, prima di cena e prima di coricarsi). Dall'analisi statistica, nei casi la distribuzione della concentrazione del

cortisolo nell'arco della giornata è risultata significativamente più bassa (riga rossa continua; righe blu continue indicano la deviazione standard) rispetto a casistiche di soggetti sani descritte in letteratura. Inoltre il piccolo mattutino osservato fisiologicamente, nei bambini maltrattati risulta più appiattito e più basso. Questo esempio mostra come l'interazione con un ambiente maltrattante possa

influenzare molto il proprio profilo biologico di risposta allo stress.

CONCLUSIONI

Le esperienze raccolte e documentate in questa indagine mostrano come il fenomeno del maltrattamento in età pediatrica, nelle sue diverse forme nosologiche, sia una realtà con cui le principali strutture ospedaliere per l'infanzia in Italia si stanno confrontando ormai da tempo.

Esso rappresenta un problema molto grave per la salute attuale e futura dei bambini e delle famiglie, e richiede una riflessione seria e approfondita da parte dei decisori in materia di salute pubblica per individuare i modelli organizzativi più adatti ed i percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici e riabilitativi più efficaci.

Abbiamo più volte sottolineato che questa patologia richiede di essere correttamente diagnosticata, opportunamente trattata e prontamente segnalata, al fine di garantire un'effettiva cura e tutela del bambino che ne è vittima, riducendo al minimo i danni che la violenza necessariamente sempre produce.

Questo passa, da una lato per la formazione di equipe multispecialistiche con una formazione specifica - negli U.S.A già dal 2009 il maltrattamento all'infanzia è stato riconosciuto dall'*American Board of Pediatrics* quale sub-specializzazione per i Medici specialisti in Pediatria³⁰⁻³¹ a dimostrazione dell'urgenza di dotare gli ospedali americani di figure esperte in materia - e, dall'altro, per la creazione di servizi dedicati all'interno delle realtà ospedaliere di II e III livello con strumentazioni diagnostiche e *facilities* tecnologicamente avanzate.

Gli esempi descritti in questo Dossier, al di là delle specificità che caratterizzano ciascun Centro in termini di status giuridico, organizzazione, e dotazioni strumentali e di risorse umane, sono la prova tangibile che anche in Italia è possibile dare

una risposta efficace al fenomeno del maltrattamento in infanzia.

Evidenziando questo, la presente Indagine intende segnare un cambio di passo nella trattazione del tema, ribadendo la necessità di porre l'accento sulla salute e sulla necessità di un approccio sanitario al fenomeno, nonché le implicazioni che questo deve suggerire in termini di politiche di prevenzione e contrasto per un Paese che voglia essere all'avanguardia.

I cinque Centri ospedalieri protagonisti di questo studio costituiscono l'ossatura fondante di un potenziale Sistema Paese di prevenzione sanitaria del maltrattamento all'infanzia (*System of Care*) che dovrebbe poter prevedere realtà analoghe in ogni Regione, così da offrire una copertura su tutto il territorio nazionale

in termini di competenze necessarie alla sua identificazione e alla cura dei bambini che ne sono vittime.

MALTRATTAMENTO IN PILLOLE



- Il maltrattamento è una patologia grave, frequente, che spesso ha esordio fin dai primissimi giorni di vita del bambino, che ha conseguenze gravi sulla salute attuale e sullo sviluppo futuro fino alla stessa sopravvivenza del bambino;
- La diagnosi di maltrattamento è in molti casi tardiva e approssimativa, arrivando addirittura a non essere formulata affatto in molti casi;
- Tale diagnosi comprende anche la valutazione dei danni attuali ed evolutivi e quindi richiede competenze specialistiche e spesso ultraspecialistiche, oltre che indagini strumentali complesse e ad alta tecnologia, quali quelle reperibili sono in una struttura ospedaliera di III livello;
- La tempestività della diagnosi influisce in modo significativo sulla prognosi del bambino maltrattato e della famiglia maltrattante.

RACCOMANDAZIONI FINALI

Alla luce delle suddette considerazioni, **Terre des Hommes e i suoi partner chiedono che:**



1

Ogni Regione disponga di **almeno un Centro ospedaliero pediatrico referente per il territorio** con specifica struttura ed expertise in materia.



2

In aggiunta al Centro ospedaliero di riferimento regionale, ogni grande ospedale pediatrico disponga di **equipe multidisciplinari e specializzate, dotazioni strumentali e facilities** che permettano di formulare le opportune diagnosi di maltrattamento e attuare un pannello di diagnosi differenziale completo.



3

Il maltrattamento all'infanzia sia previsto come **materia di studio curriculare nella Facoltà di Medicina e Chirurgia** onde garantire una preparazione di base degli aspiranti medici sul tema.



4

Il maltrattamento sia inserito nel **Piano Nazionale di Prevenzione Sanitaria**.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO, 1999. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. WHO, Geneva, 29-31 march 1999, WHO/HSC/PVI/99.1.
2. Romeo L, Gibelli D, Giannotta F, Zocchi MT, Rossi RC, Kustermann A, Cattaneo C. *Can family pediatricians in Italy identify child abuse? A survey*. *Minerva Pediatr*. 2016 Jun;68(3):230-6.
3. Nuño M, Pelissier L, Varshneya K, Adamo MA, Drazin D. *Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US*. *J Neurosurg Pediatr*. 2015; 31:1-8.
4. Pragst F, Broecker S, Hastedt M, Herre S, Andresen-Streichert H, Sachs H, Tsokos M. *Methadone and illegal drugs in hair from children with parents in maintenance treatment or suspected for drug abuse in a German community*. *Ther Drug Monit*. 2013;35(6):737-52.
5. Bonsignore A, Groppi A, Ventura F, De Stefano F, Palmiere C. *Fatal methadone intoxication in an infant listed as a homicide*. *Int J Legal Med*. 2016;130(5):1231-5.
6. Huffhines L, Noser A, Patton SR. *The Link Between Adverse Childhood Experiences and Diabetes*. *Curr Diab Rep*. 2016;16(6):54
7. Park SH, Videlock EJ, Shih W, Presson AP, Mayer EA, Chang L. *Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptom severity*. *Neurogastroenterol Motil*. 2016;28(8):1252-60.
8. Wade R Jr, Cronholm PF, Fein JA, Forke CM, Davis MB, Harkins-Schwarz M, Pachtter LM, Bair-Merritt MH. *Household and community-level Adverse Childhood Experiences and adult health outcomes in a diverse urban population*. *Child Abuse Negl*. 2016;52:135-45.
9. Brodsky BS. *Early Childhood Environment and Genetic Interactions: the Diathesis for Suicidal Behavior*. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(9):86.
10. Fuller-Thomson E, Baird SL, Dhrodia R, Brennenstuhl S. *The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study*. *Child Care Health Dev*. 2016 Sep;42(5):725-34.
11. Eads, K. *Breaking Silence: Underreported Child Abuse in the Healthcare Setting*. *Online Journal of Health Ethics*. 2013;9(1). <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe>.
12. Teicher MH, Samson JA. *Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect*. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(3):241-66.
13. Thomason ME, Marusak HA. *Toward understanding the impact of trauma on the early developing human brain*. *Neuroscience*. 2016;pii: S0306-4522(16)00145-7.
14. Mizushima SG, Fujisawa TX, Takiguchi S, Kumazaki H, Tanaka S, Tomoda A. *Effect of the Nature of Subsequent Environment on Oxytocin and Cortisol Secretion in Maltreated Children*. *Front Psychiatry*. 2015;6:173.
15. Rovi SI, Chen PH, Johnson MS. *The economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect*. *Am J Public Health*. 2004;94(4):586-90.
16. WHO. *ICD-9-CM: International classification of diseases, 9th revision, clinical modification*. Salt Lake City, Utah: Medicode. (1996).
17. WHO. *International statistical classification of diseases and related health problems*. - 10th revision. (Fifth edition). 2016. ISBN 978 92 4 154916 5
18. *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza*. G.U. Serie Generale, n. 33 del 08 febbraio 2002.
19. Hanson N, Hill KS. *Defining the Children's Hospital Role in Child Maltreatment*, Second Edition, NACHRI (National Association of Children's Hospitals and Related Institutions). USA, 2011. www.childrenshospitals.net
20. Djeddah C, Facchin P, Ranzato C, Romer C. *Child abuse: current problems and key public health challenges*. *Soc Sci Med*. 2000; 51(6):905-15.
21. Glaser D. *The effects of child maltreatment on the developing brain*. *Med Leg J*. 2014;82(3):97-111.
22. Kavanaugh BC, Dupont-Frechette JA, Jerskey BA, Holler KA. *Neurocognitive Deficits in Children and Adolescents Following Maltreatment: Neurodevelopmental Consequences and Neuropsychological Implications of Traumatic Stress*. *Appl Neuropsychol Child*. 2016;6:1-15.
23. Liu RT. *Early life stressors and genetic influences on the development of bipolar disorder: the roles of childhood abuse and brain-derived neurotrophic factor*. *Child Abuse Negl*. 2010;34(7):516-22.
24. Gold AL, Sheridan MA, Peverill M, Busso DS, Lambert HK, Alves S, Pine DS, McLaughlin KA. *Childhood abuse and reduced cortical thickness in brain regions involved in emotional processing*. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(10):1154-64.
25. Van den Bulk BG, Somerville LH, van Hoof MJ, van Lang ND, van der Wee NJ, Crone EA, Vermeiren RR. *Amygdala habituation to emotional faces in adolescents with internalizing disorders, adolescents with childhood sexual abuse related PTSD and healthy adolescents*. *Dev Cogn Neurosci*. 2016;21:15-25.
26. Hanson JL, Knodt AR, Brigidi BD, Hariri AR. *Lower structural integrity of the uncinate fasciculus is associated with a history of child maltreatment and future psychological vulnerability to stress*. *Dev Psychopathol*. 2015;27(4 Pt 2):1611-9.
27. McLaughlin KA, Sheridan MA, Gold AL, Duys A, Lambert HK, Peverill M, Heleniak C, Shechner T, Wojcieszak Z, Pine DS. *Maltreatment Exposure, Brain Structure, and Fear Conditioning in Children and Adolescents*. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(8):1956-64.
28. Teicher MH, Samson JA. *Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect*. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(3):241-66.
29. Stamoulis C, Vanderwert RE, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA. *Early Psychosocial Neglect Adversely Impacts Developmental Trajectories of Brain Oscillations and Their Interactions*. *J Cogn Neurosci*. 2015;27(12):2512-28.
30. Giardino API, Hanson N, Hill KS, Leventhal JM. *Child abuse pediatrics: new specialty, renewed mission*. *Pediatrics*. 2011;128(1):156-9.
31. NACHRI - National Association of Children's Hospitals and Related Institutions. *Defining the Children's Hospitals role in Child maltreatment – Second Edition*. 2012

STRUMENTI DI RILEVAZIONE/1

QUESTIONARIO

PRIMA PARTE - CARATTERISTICHE DEL CENTRO DI RIFERIMENTO

DENOMINAZIONE				
ENTE DI APPARTENENZA				
ANNO DI AVVIO DELL'ATTIVITÀ				
NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO				
COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE		Dedicato	Consulente	No
	Medico specialista in Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in NPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Medicina di Comunità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Medicina Legale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Neuroradiologia pediatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Radiologia pediatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Dermatologia pediatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Oftalmologia pediatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Psichiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Ortopedia pediatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Ginecologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medico specialista in Neurochirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psicologo Psicoterapeuta pediatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psicologo Psicoterapeuta per l'adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistente Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avvocato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Educatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Riabilitatore (motorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Riabilitatore (visivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOTAZIONE STRUMENTALE/ INFRASTRUTTURALE/TESTALE		Sì	No
	Stanza con Specchio Unidirezionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apparecchiatura di videosorveglianza e videoregistrazione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- delle stanze di degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- degli ambulatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lampade (scialitica/Wood/con lente a ingrandimento/fessura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ofatmoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Colposcopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Microscopio elettronico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ret-CAM-II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retinografo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RMN 3D 3-T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Telecamera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Test psicologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(vide infra elenco*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGIME ASSISTENZIALE/ TIPOLOGIA DI ASSISTENZA		Sì	No
	Ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Percorso diagnostico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Percorso psicoterapeutico/trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Percorso di follow-up clinico completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Percorso di follow-up psico-sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausiliario di Polizia Giudiziaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulenza tecnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incidente probatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Day-Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapeutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Follow-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	in loco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a distanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valutazione di equipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unità valutativa multidimensionale distrettuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulenza sul caso/supervisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TARIFFAZIONE SPECIFICA	Sì	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STRUTTURA	Dedicata	Uso promiscuo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRESTAZIONI EROGABILI	Sì	No
Anamnesi e valutazione, definite brevi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnesi e valutazione, definite complessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulto, definito complessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Multidisciplinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Pediatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Pediatrica di Controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Neuropsichiatrica infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Neuropsichiatrica infantile di controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita psichiatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita psichiatrica di controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colloquio Psichiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza Psichiatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colloquio Psicologico Clinico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita neurologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione di Test della Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione di Test delle Abilità Visuo Spaziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione di Test delle Funzioni Esecutive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione di Test di Deterioramento o Sviluppo Intellettivo M.D.B., Moda, Wais, Stanford Binet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione di Test di Intelligenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione di Test Proiettivi e della Personalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test della Scala di Memoria di Wechsler [Wms]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test di Valutazione del Carico Familiare e delle Strategie di Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test di Valutazione della Disabilità Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIMA PARTE - ELENCO TEST PSICOLOGICI

SIGLA	NOME PER ESTESO	IN DOTAZIONE
A-DES	Adolescent dissociative experiences scale II	<input type="checkbox"/>
BAI	Beck anxiety inventory (adattam. Italiano)	<input type="checkbox"/>
BDI	Beck depression inventory	<input type="checkbox"/>
	Blaky	<input type="checkbox"/>
CAT	Children apperception test	<input type="checkbox"/>
CBCL	Child behaviour checklist	<input type="checkbox"/>
CBCL	Child behaviour checklist	<input type="checkbox"/>
CDI	Children depression inventory	<input type="checkbox"/>
CSBI	Child sexual behavior inventory	<input type="checkbox"/>
FAT	Family attitudinal test	<input type="checkbox"/>
GMFM	Gross motor function measure	<input type="checkbox"/>
GMDS-R	Griffith mental development scale	<input type="checkbox"/>
GMDS-ER	Griffith mental development scale	<input type="checkbox"/>
LEITER -R		<input type="checkbox"/>
	Mac Arthur Story Stem Battery	<input type="checkbox"/>
	Metodo delle favole della DUSS	<input type="checkbox"/>
MMPI	Minnesota multiphasic pers. inventory - adolescent	<input type="checkbox"/>
	Movement ABC manuale e schede di valutazione	<input type="checkbox"/>
NEPSY II	Protocollo di somministrazione	<input type="checkbox"/>
NEPSY II	Protocollo di registrazione	<input type="checkbox"/>
NEPSY II	Protocollo di somministrazione	<input type="checkbox"/>
NEPSY II	Protocollo di registrazione	<input type="checkbox"/>
PSI	Parenting Stress Index	<input type="checkbox"/>
PROMEA	Prove di memoria e apprendimento per l'età evolutiva	<input type="checkbox"/>
PFS	Picture-frustration study (bambini, adolescenti, adulti)	<input type="checkbox"/>
PEABODY	Test di vocabolario recettivo	<input type="checkbox"/>
	Prove di Lettura MT-2 scuola primaria(Iell)	<input type="checkbox"/>
QUEST	Qualità of upper extremity skills test	<input type="checkbox"/>
SCL-90	Symptoms check list	<input type="checkbox"/>
	Reattivo di SACKS	<input type="checkbox"/>
	Rorschach test	<input type="checkbox"/>
	Reattivo dell'Albero	<input type="checkbox"/>
	Sceno test	<input type="checkbox"/>
	SDAI SDAG SDAB	<input type="checkbox"/>
	Test della figura umana	<input type="checkbox"/>
	Test Patte Noir	<input type="checkbox"/>

SIGLA	NOME PER ESTESO	IN DOTAZIONE
TAT	Tematic apperception test	<input type="checkbox"/>
	Test Abilita' di Apprendimento	<input type="checkbox"/>
Test AC-MT	Test Abilita' di Calcolo	<input type="checkbox"/>
Test AC-MT	Test Abilita' di Calcolo	<input type="checkbox"/>
TVL	Test Linguaggio Prescolare manuale	<input type="checkbox"/>
	Test Scrittura	<input type="checkbox"/>
TSCC	Trauma symptom checklist for children	<input type="checkbox"/>
TSCYC	Trauma symptoms checklist for young children	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
TPL	Test Primo Linguaggio	<input type="checkbox"/>
VINELAND	Adaptive behavior scales	<input type="checkbox"/>
VMI	Developmental test of visual-motor-integration	<input type="checkbox"/>
WPPSI	Wechsler preschool and primary scale of Intelligence	<input type="checkbox"/>
WPPSI-III		<input type="checkbox"/>
WARTEGG	Reattivo di disegno	<input type="checkbox"/>
WISC -R	Wechsler intelligence scale for children	<input type="checkbox"/>
WISC III		<input type="checkbox"/>
WISC IV	Manuale e Test (nella valigetta)	<input type="checkbox"/>
YSR	Youth Self Report M e F	<input type="checkbox"/>
YSRDSM	Oriented,fogli per lo scoring manuale M e F	<input type="checkbox"/>
GMDS 0-2		<input type="checkbox"/>
GMDS 2-8		<input type="checkbox"/>
BAYLEY		<input type="checkbox"/>
MOVEMENT ABC		<input type="checkbox"/>
NEPSY II		<input type="checkbox"/>
WPPSI III		<input type="checkbox"/>
WISC III		<input type="checkbox"/>
WISC IV		<input type="checkbox"/>
PROMEA		<input type="checkbox"/>
LEITER-R		<input type="checkbox"/>
SCENOTEST		<input type="checkbox"/>

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE	Si	No
<p>Pre-laurea</p> <p>- Corsi formali curriculari per le Facoltà/Scuole di</p> <ul style="list-style-type: none"> > Medicina e Chirurgia > Scienze Infermieristiche > Psicologia > Scienza Servizio Sociale > Scienze dell'Educazione > Altro <p>- Stage/Tirocini/Tutoraggio/Redazione di Tesi di Laurea</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Post-lauream</p> <p>- Tirocinio formativo per Scuole di Specializzazione di</p> <ul style="list-style-type: none"> > Area medica > Infermieristica > Psicologia <p>- Tirocinio formativo per Scuole di Dottorato</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Formazione continua</p> <p>- Convegni</p> <p>- Corsi e attività seminariali per professionisti</p> <p>- FAD</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ATTIVITÀ DI RICERCA	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROGETTI FORMALMENTE FINANZIATI	ENTE FINANZIATORE/TEMA	PERIODO	CONSEGNATI/IN ATTO

STRUMENTI DI RILEVAZIONE/2

QUESTIONARIO SECONDA PARTE - CASISTICA DEL CENTRO DI RIFERIMENTO

CASISTICA	N CASI DI MALTRATTAMENTO	N CASI DI SOSPETTO NON CONFERMATO
N totale		
Ultimi 5 anni		
Nuovi casi del 2015		
Caratteristiche dei casi degli ultimi 5 anni		
Genere		
Maschi		
Femmine		
Età		
0-364gg		
1-5 anni		
6-10 anni		
11-17 anni e 364gg		
Età minima		
Età massima		
Età media		
Provenienza		
Provincia		
Fuori Provincia		

DIAGNOSI		
Maltrattamento fisico di cui		
- Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma		
- Intossicazioni (Farmaci/Sost. Stupefacenti/Veleni)		
- Asfissie		
- Ustioni		
Abuso sessuale		
Trascuratezza grave/neglect		
Abuso psicoemozionale		
Sindrome di Munchausen per Procura		
Violenza assistita		
Bambino conteso in coppia conflittuale		
Di cui N casi con		
- Maltrattamenti singoli		
- Maltrattamenti multipli		

CONTATTI



**Ambulatorio Bambi
Ospedale Regina Margherita**
P.zza Polonia 94
10126 Torino
Tel. +39 011 3134444
www.cittadellasalute.to.it



**Soccorso Violenza Sessuale e Domestica SVSeD
Clinica Mangiagalli**
Via Commenda 12
20122 Milano
Tel. +39 02 55032490
svsed@policlinico.mi.it
www.policlinico.mi.it/DiCosaHaiBisogno/SVSeD



**Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato
Azienda Ospedaliera Universitaria**
Via Giustiniani 3
35128 Padova
Tel. +39 049 8211632
centrobambinomaltrattato@sanita.padova.it
www.sdb.unipd.it/centro-regionale-la-diagnostica-del-bambino-maltrattato



**Gruppo Abusi Infanzia e Adolescenza GAIA
Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer**
Viale Pieraccini 24
50139 Firenze
Tel. +39 055 5662332
gaia@meyer.it
www.meyer.it/cura-e-assistenza/attivita-sanitarie/590-sportello-gaia#



**Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne bambini Abusati GIADA
Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico - Giovanni XXIII**
Via Amendola 207
70126 Bari
Tel. +39 080 5596827
info@giadainfanzia.it
www.giadainfanzia.it



Fondazione Terre des Hommes Italia

Via M. M. Boiardo 6

20127 Milano

Tel. +39 02 28970418

Fax +39 02 26113971

info@tdhitaly.org

www.terredeshommes.it

Con il patrocinio del
Ministero della Salute