



**MODELLO DI CENTRO OSPEDALIERO
PER LA DIAGNOSI DEL MALTRATTAMENTO
INFANTILE IN ITALIA**

Foto creata con IA

Con il contributo di



STUDIO PER L'IDENTIFICAZIONE DI UN MODELLO DI CENTRO OSPEDALIERO PER LA DIAGNOSI DEL MALTRATTAMENTO INFANTILE IN ITALIA

Studio realizzato nell'ambito del progetto "Promozione Intervento Multilivello di Protezione Infanzia" selezionato da Con I bambini nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile.



COORDINAMENTO SCIENTIFICO E STAFF RICERCA

Prof.ssa Paola Facchin
Principal Investigator

Dott.ssa Giulia Zambrini
Junior Researcher

Dott.ssa Melissa Rosa-Rizzotto
Senior Researcher

Dott.ssa Cristina Ranzato
Senior Researcher

Azienda Ospedale Università Padova
Dipartimento Salute Donna e Bambino
UOC Centro Regionale Malattie Rare
Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato



COORDINAMENTO TECNICO ELABORAZIONE DOSSIER

Federica Giannotta
Fondazione Terre des Hommes Italia

CON LA COLLABORAZIONE DI



GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Anne Lhéritier

STAMPA

Graphicscalve SpA

Questo dossier è stato stampato su carta certificata FSC. Finito di stampare nel gennaio 2025.
© Terre des Hommes Italia 2025

NEW YORK, 1874



Mrs. Etta Wheeler



Mary Ellen Wilson

Mrs. Etta Wheeler, missionaria metodista, allertata dai continui pianti della piccola Mary Ellen Wilson, vicina di casa, la scopre incatenata al letto, denutrita e segnata da ematomi, ferite e ustioni in tutto il corpo. Solo rivolgendosi alla “Società di Protezione degli Animali” (SPCA Society for the Prevention of Cruelty to Animals), la donna potrà salvarla. Nessuna legge tutelava l’infanzia all’epoca dei fatti.

Oggi il maltrattamento sui bambini e bambine è riconosciuto in tutto il mondo come una violazione fondamentale di diritti umani. L’OMS lo definisce quale problema di salute pubblica e come ogni altra patologia invita gli Stati a diagnosticarlo.

L’OSPEDALE È CENTRALE IN QUESTA VISIONE.

INDICE

• GLOSSARIO	6
• PREMESSA	8
• Perché questo studio?	8
• INTRODUZIONE	11
• Maltrattamento all'infanzia: per le istituzioni internazionali è un problema di salute pubblica	11
• Dimensione del fenomeno: epidemiologia del Maltrattamento	14
• Il maltrattamento nella storia della medicina	18
• Come riconoscere il maltrattamento: il processo diagnostico	21
• Attori coinvolti e processo diagnostico	21
• L'ospedale: un attore chiave nella diagnosi, cura e prevenzione del maltrattamento	22
• I Child Protection Teams (CPTs): esempi e soluzioni internazionali	24
• La figura del <i>Child Abuse Pediatrician</i>	28
• Nuovi approcci tecnologici al maltrattamento infantile: telemedicina e intelligenza artificiale	30
• Vantaggi della Telemedicina	31
• Quali i servizi più comuni?	31
• Dove e come la Telemedicina è di aiuto per la diagnosi e presa in carico del Maltrattamento all'infanzia?	32
• Intelligenza artificiale: uno strumento utile nel contrasto al maltrattamento sui bambini	34
• Il bambino maltrattato in Italia: è al centro del sistema sanitario?	35
• Quale cornice sanitaria e programmatoria per un Servizio per la diagnostica del maltrattamento infantile ospedaliero	35



• LO STUDIO: OBIETTIVI, METODOLOGIA E RISULTATI	40
• Obiettivi	40
• Metodologia	41
• I quattro centri ospedalieri	43
• Bari, Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico Giovanni XXIII, GIADA	43
• Firenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS, GAIA	47
• Napoli, A.O.R.N. Santobono Pausilipon – Ospedale Santobono, MAIA	50
• Padova, Azienda Ospedale Università Padova, Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato	51
• Sinossi dei centri	55
• Strumenti	56
• Il questionario per il personale sanitario	56
• Risultati della survey sul personale sanitario	59
• Le interviste ai “Testimoni privilegiati”	68
• CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	77
• Gli elementi determinanti per la nascita di un servizio ospedaliero dedicato al maltrattamento infantile	78
• Verso la creazione di un servizio dedicato al maltrattamento: l’iter possibile	80
• Quali modelli organizzativi possibili?	81
• BIBLIOGRAFIA	83

GLOSSARIO



ABUSO INFANTILE O IL MALTRATTAMENTO:

Comprende 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 o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere. (Per “minore” si intende chiunque con età inferiore ai 18 anni, salvo che, per la legge locale, la maggiore età non sia raggiunta prima) (WHO, 1999).



ABUSO PSICOEMOZIONALE:

Omissione di provvedere ad un ambiente adeguato e sicuro per la crescita e lo sviluppo del minore, incluso la 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 psicoemozionali commisurate a potenziali personali specifici ed al contesto sociale in cui egli vive. Vi rientrano altresì azioni contro il minore che ne causino, o ne possano causare, danni alla salute od allo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale. Esse possono verificarsi dentro una relazione di controllo parentale (uno o entrambi i genitori), o con altra persona in posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti del bambino. Vi rientrano: la limitazione di movimenti, lo svilire e l'indebolire, il denigrare, il trasformare in capro espiatorio, il minacciare, lo spaventare, il discriminare, il ridicolizzare o qualsiasi altra tipologia non ascrivibile al piano fisico di trattamento ostile e di rifiuto. L'abuso psico-emozionale può causare conseguenze di salute mentale a lungo termine.



ABUSO SESSUALE:

Coinvolgimento del minore in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente e fisicamente impreparato e per le quali non può dare il proprio consenso e/o che violano le leggi o i tabù sociali. L'abuso sessuale è provato dal verificarsi di una o più di queste azioni tra bambino e adulto o altro minore che, per età o 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 dell'altra persona. Ciò può comprendere ma non essere limitato a: l'istigazione o la coercizione di un minore ad impegnarsi in qualsiasi illecita attività sessuale (ossia tutte le forme di contatto oro-genitale, genitale o anale con il minore) o in abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyeurismo o il coinvolgimento del minore nella produzione di materiale pornografico; lo sfruttamento del minore in spettacoli pornografici o nella prostituzione.



MALTRATTAMENTO FISICO:

Esita in un danno fisico attuale o potenziale causato da azioni agite o mancanti, all'interno di una relazione di controllo genitoriale, o da persona in posizione di responsabilità, potere o fiducia. Si possono verificare incidenti singoli o ripetuti. Le lesioni tipicamente



correlate includono: contusioni e lividi, bruciature, scottature, fratture, avvelenamento, lesioni toraco-addominali e del sistema nervoso centrale. Rientrano, inoltre, azioni quali: soffocamenti, ustioni, *Shaken Baby Syndrome* unita ad altre forme di *Abusive Head Trauma* e il *Chemical Abuse*¹.



TRASCURATEZZA GRAVE, *NEGLECT*:

Definita come omissione nel provvedere e garantire al bambino tutti gli strumenti necessari ed essenziali per il suo sviluppo fisico, psichico, sociale, quali ad esempio: alimentazione, luogo adatto in cui crescere, indumenti adeguati, cure mediche, corretta educazione e istruzione, nonché, infine, incapacità/inadeguatezza affettiva, di supporto psicologico ed emotivo^{2 3 4 5}. Può comprendere l'omissione delle necessarie misure di sorveglianza e protezione dei minori e può a sua volta essere suddiviso in diverse sotto forme.



SFRUTTAMENTO:

Lo sfruttamento commerciale o di altro genere di un minore si riferisce all'impiego del bambino nel lavoro o in altre attività di guadagno altrui. Include (ma non si limita a) lavoro e prostituzione. Lo sfruttamento impatta sulla salute fisica e/o mentale, l'educazione, lo sviluppo spirituale, morale e/o socio-emozionale del bambino.



VIOLENZA ASSISTITA:

Il minore è esposto a violenza, di tipo fisico e/o psicologico, compiuta da un membro della famiglia su un altro; egli dunque vive l'esperienza del maltrattamento agito attraverso violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure genitoriali o altre che sono di riferimento o affettivamente significative per lui, siano essi adulti e minori.



ALTRE FORME DI MALTRATTAMENTO:

Bullismo e cyberbullismo, abuso online e *grooming*, *child trafficking*, *Factitious disorder imposed on another* detto anche *Medical child abuse*, un tempo denominato sindrome di Munchausen per procura, che rientra nelle patologie delle cure.



ICD - INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS:

L'ICD è il fondamento per l'identificazione delle tendenze e delle statistiche sanitarie a livello globale e lo standard internazionale per la segnalazione di malattie e condizioni di salute. Da più di un secolo la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) costituisce la base per statistiche comparabili sulle cause di mortalità e morbilità tra luoghi e nel tempo. L'ultima versione dell'ICD, ICD-11, è stata adottata dalla 72a Assemblea Mondiale della Sanità nel 2019 ed è entrata in vigore il 1° gennaio 2022.

PREMESSA

PERCHÉ QUESTO STUDIO?

Il presente Studio è parte integrante del più ampio progetto Promozione Intervento Multilivello Protezione Infanzia per il quale Terre des Hommes Italia ha ricevuto il supporto di Impresa Sociale Conibambini, cui desidero rivolgere il mio personale ringraziamento per avervi riconosciuto un contributo utile a rafforzare la risposta Paese al maltrattamento sui bambini e bambine.

Terre des Hommes da oltre un decennio opera per prevenire e contrastare questo fenomeno, attraverso una sempre più solida alleanza con il mondo della salute pubblica, forte della consapevolezza che il maltrattamento richiede un'elevata specializzazione per essere intercettato e diagnosticato e che presidi ospedalieri dedicati allo scopo sono, oggi, quanto mai necessari.

Il lavoro che presentiamo di seguito, partendo da un'attenta disamina delle esperienze internazionali più avanzate in questo ambito, analizza la cornice politico-programmatica nazionale e, attraverso un affondo su quattro Centri ospedalieri che dispongono di un servizio specifico per il Bambino Maltrattato, sintetizza requisiti e determinanti che devono essere riconosciuti come essenziali per la costituzione di un Servizio per la Diagnosi del Maltrattamento infantile in ambito ospedaliero.

I quattro Centri ospedalieri oggetto di approfondimento appartengono tutti alla Rete Ospedaliera per la Prevenzione del Maltrattamento Infantile promossa da Terre des Hommes già nel 2016 e costituitasi formalmente dal 2018, che oggi consta di sette eccellenze ospedaliere impegnate nel contrasto del fenomeno della violenza sui minori.

Solo per esigenze di budget e di tempistica si è dovuto limitare il perimetro della presente ricerca ad alcune di esse, ma è importante ricordare in questa sede che lo Studio costituisce comunque un contributo prezioso verso l'implementazione di quella Raccomandazione n.1 richiamata da Terre des Hommes nel Dossier "Maltrattamento sui bambini. Una questione di salute pubblica".

Tale visione, peraltro, è stata pienamente recepita nel V Piano Infanzia e Adolescenza, dove si raccomanda esplicitamente l'individuazione in ogni Regione di un Centro specializzato sul maltrattamento all'infanzia che possa svolgere un ruolo di eccellenza e di riferimento per il territorio.

Questo risultato è in parte dovuto anche alla partecipazione diretta di Terre des Hommes



Italia ai lavori dell'Osservatorio Nazionale Infanzia e Adolescenza, che ha prodotto il Piano, intervento che ha permesso di portare all'attenzione dei policy maker l'impegno e la visione condivisa in seno alla Rete Ospedaliera per la Prevenzione del Maltrattamento all'Infanzia.

Lo Studio intende dunque contribuire in modo concreto a guidare la politica programmatica del Paese in materia sanitaria, perché siano presenti quei presupposti indispensabili ad attivare una risposta altamente qualificata, diffusa e armonizzata contro il maltrattamento sui minori.

Donatella Vergari

Presidente

Fondazione Terre des Hommes Italia





INTRODUZIONE



MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA: PER LE ISTITUZIONI INTERNAZIONALI È UN PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA

Il maltrattamento ai minori rappresenta un grave problema di salute e una violazione dei diritti umani fondamentali e può avere conseguenze negative gravi nonché permanenti per la salute mentale e fisica, quella sessuale e riproduttiva, il rendimento scolastico e la vita sociale del bambino⁶.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del Bambino (*Convention on the Rights of the Child* - UNCRC)⁷ è un potente strumento di prevenzione primaria che, oltre a riconoscere i bambini, le bambine e gli adolescenti quali titolari di diritti civili, sociali, politici, culturali ed economici inalienabili li vuole partecipi di tutte le decisioni che li riguardano, nonché protetti da ogni tipo di abuso, sfruttamento e violenza. Gli articoli 19, 33, 34, 35, 39 evidenziano l'importanza del ruolo della Salute Pubblica nel controllo e nella segnalazione, come vero e proprio strumento di tutela e rilevazione e cura e raccomandano un approccio aperto per l'identificazione, accertamento, trattamento, follow-up e prevenzione, conferendo ad essa un ruolo centrale nel controllo e nella segnalazione dell'abuso infantile, in quanto strumento di operatività della tutela legale e diretto supporto tecnico per i Paesi. Per "minore" la Convenzione intende qualsiasi individuo di età compresa tra 0 e 18 anni (art. 1), e sottolinea che con "diritti del bambino" ci si riferisce a **"...benessere sociale, spirituale e morale e salute fisica^b e mentale ed al conseguimento del più completo possibile sviluppo individuale in ogni area"**.

A livello europeo, l'articolo 3, paragrafo 3, del trattato sull'Unione europea, promuove la tutela dei diritti del minore, sancita dagli articoli 24 e 32 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea; tutti gli Stati membri dell'UE sono parti della Convenzione ONU CRC.

Il 23 Aprile 2024, la Commissione Europea ha adottato la *Raccomandazione sullo sviluppo e il rafforzamento dei sistemi integrati di protezione dei minori nell'interesse superiore del minore* [C (2024) 2680] per indirizzare tutte le azioni comunitarie alla protezione dei minori dalla violenza; essa sosterrà gli Stati membri nel rafforzamento dei loro sistemi di protezione dei minori.

Le autorità, a tutti i livelli di *governance*, e la società civile tutta, devono collaborare per proteggere i minori da ogni forma di violenza in modo coerente e sistemico^b.

b. La raccomandazione tiene conto delle opinioni espresse da più di mille minori di 18 anni di età sulla nuova piattaforma dell'UE. L'ampia consultazione svolta nel corso della preparazione dell'iniziativa comprende anche una consultazione pubblica aperta e una mappatura dei sistemi di protezione dei minori in tutti gli Stati membri effettuata dalla European Union Agency for Fundamental Rights (FRA - Agenzia per i diritti fondamentali).

Questa Raccomandazione mira a sostenere sempre più i diversi Stati membri nei loro sistemi di protezione dei minori da ogni forma di violenza ed elementi chiave sono:

- La creazione di sistemi integrati di protezione incentrati sui minori stessi e adeguati alle loro esigenze;
- L'aiuto agli Stati membri ad adeguare i loro sistemi avvalendosi di strumenti europei;
- La creazione di un quadro generale dei diversi sistemi integrati di protezione dei minori;
- Il miglioramento del coordinamento tra settori dedicati e autorità competenti;
- Azioni di sostegno coordinate per la prevenzione e l'identificazione precoce dei casi di violenza;
- Una risposta rapida alle esigenze di sicurezza online e offline;
- La protezione della salute mentale dei minori attraverso la prevenzione di fenomeni di bullismo.

Nel maggio del 1996 L'Assemblea Mondiale della Sanità, organo legislativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, identifica la prevenzione della violenza come priorità di salute pubblica⁸ (WHA49.25) ed afferma esplicitamente: *Riconoscendo che il settore sanitario è spesso in prima linea nei contatti con le vittime di violenza e ha una capacità tecnica unica e beneficia di una posizione speciale nella comunità per aiutare le persone a rischio.*

Sulla base di ciò nonché della risoluzione del 1997 (WHA50.19) incentrata sulla prevenzione della violenza, nel 1998 (29-31 Ottobre) l'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa (WHO/Europe), organizza presso l'Università di Padova, il *First Meeting On Strategies On Child Protection*, in collaborazione con l'Azienda Ospedale di Padova e l'ufficio regionale OMS della Regione Veneto. Oltre 60 tra rappresentanti dei Paesi e Organizzazioni Internazionali (UNICEF, UNHCHR, WHO, ISPCAN) si sono riuniti, concordando 10 conclusioni per strategie di prevenzione, 6 raccomandazioni agli stati membri ed una serie di raccomandazioni all'OMS in 8 aree-chiave⁹.

Infatti, in seguito all'adozione dei *Regional Health For All Targets* (48esima sessione, settembre 1998)¹⁰, uno degli obiettivi era stato individuato nella riduzione di lesioni, disabilità e decessi derivanti da incidenti e violenza, entro il 2020 (*European Health2 I Target 9*), a partire proprio dalla tutela dell'infanzia e dalle strategie sul maltrattamento dei minori.

Nel Marzo del 1999 l'OMS avviò quindi l'importante iniziativa "*Initiative for Child Abuse and Prevention*", creando un *global forum for health research*¹¹, per garantire l'adeguata implementazione di un piano sulla violenza approvato dall'OMS nel 1998 che portò alla prima definizione di maltrattamento ai minori condivisa, declinando le differenti forme, nonché al riconoscimento del maltrattamento ai minori come un "rilevante problema di salute" e dunque una "priorità di sanità pubblica", annoverandolo tra le principali cause esterne di morbilità e mortalità in infanzia e adolescenza.

Questa presa d'atto dell'OMS, sulla soglia degli anni 2000, e questa definizione di strategie di politica sanitaria generale, comprensive anche della violenza e del maltrattamento sui minori, come uno degli obiettivi di salute pubblica universalmente più rilevanti, ha avuto un grande impatto poiché ha riconosciuto problematiche sino a quel momento relegate al solo piano giurisprudenziale o dei diritti umani, quali finalmente inerenti la salute pubblica, oltre che dei singoli, aprendo il varco anche a tutte le altre affezioni che trovano nei determinanti psicosociali i fattori eziologici più pesantemente in causa.

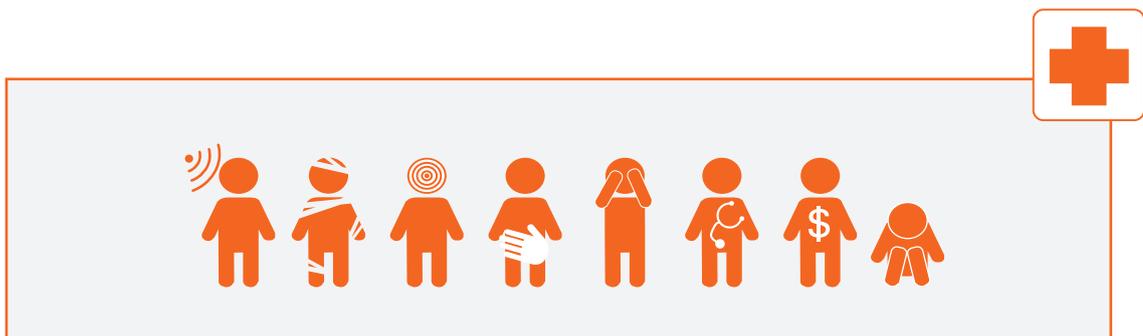
È sulla scorta di queste Raccomandazioni, UNCRC ed UE, nel rispetto delle definizioni dell'OMS, che nasce questo Studio, per conoscere quali possano essere le diverse realtà sul territorio nazionale che possono avere un ruolo nel contrasto del fenomeno in ambito sanitario e come la Sanità delle Regioni oggi affronti il tema maltrattamento ai minori e intenda farlo nel futuro.

La definizione di maltrattamento ai minori quale forma nosologica clinicamente definita nelle sue molteplici forme è evoluta parallelamente all'incremento della consapevolezza del problema in ambito clinico. Quelle che inizialmente apparivano come timide intuizioni di alcuni ricercatori in ambito medico circa l'eziologia di alcune

inspiegabili forme di traumatismo, divennero negli anni diagnosi cliniche con **un'identità a sé nel mondo della sanità, acquisendo il riconoscimento di causa di morbosità con codici diagnostici dedicati, percorsi di diagnosi e percorsi terapeutici specifici.**

Il maltrattamento ai minori può assumere forme molto diverse, dal piano fisico (maltrattamento fisico, abuso sessuale) al piano prettamente psichico/emozionale (abuso psico-emozionale, neglect emozionale, violenza domestica assistita) e che possono essere inflitte con diversi gradi di gravità e in modalità singole o associate¹². Non è infrequente, infatti, che nei bambini che ricevono diagnosi di maltrattamento venga fatta una seconda (o addirittura terza) diagnosi per comorbidità di tipologie di maltrattamento¹³.

Gran parte dei ricercatori utilizza la definizione di maltrattamento ai minori dell'OMS e la sua classificazione; va comunque ricordato che le altre due definizioni maggiormente utilizzate sono quelle dell'US-CDC¹⁴ e del DSM-5¹⁵ (anche nell'ultima versione DSM-5-TR¹⁶) che non si discostano sostanzialmente dalla definizione generale dell'OMS, né nel distinguere le diverse forme di maltrattamento, né nelle loro definizioni.





DIMENSIONE DEL FENOMENO: EPIDEMIOLOGIA DEL MALTRATTAMENTO

Il maltrattamento dei minori costituisce un fenomeno di impatto crescente nella salute della comunità, sia a causa di una sua maggior evidenza fenomenologica, sia a causa di una maggior consapevolezza e sensibilità collettiva dei diritti e delle necessità di bambini e adolescenti.

Dall'adozione della nona revisione dell'ICD nel 1976, viene attribuito un codice specifico al maltrattamento ai minori in *Other and unspecified effects of external causes*, il codice **995.5** è per *Child maltreatment syndrome*. L'inserimento del maltrattamento ai minori all'interno della sistema del codice ICD-9-CM¹⁷ (1980) attribuisce in modo inequivocabile una identità clinico-sanitaria al tema del maltrattamento. Ciò consente non solo una classificazione univoca internazionale del fenomeno per poterne osservare l'andamento epidemiologico, confrontando le realtà nei diversi Paesi, ma anche il suo impiego nella formulazione di diagnosi cliniche sulle schede di dimissione ospedaliera, dando la possibilità di definire quindi iter diagnostici, terapeutici e di presa in carico strutturati e ben delineati. **Il maltrattamento diviene pertanto un argomento di interesse ospedaliero** al pari di qualsiasi altra patologia/causa di morbosità.

1976



**IL MALTRATTAMENTO
= DIVIENE CODIFICABILE
(codice 995.5)**

NONA REVISIONE DELL'ICD

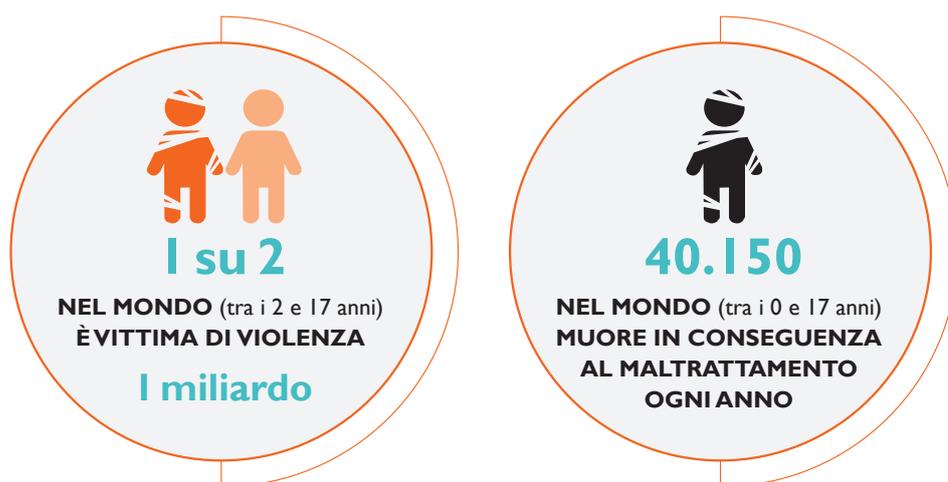
Al maltrattamento ai minori è attribuito un codice di malattia (995.5) o codice di patologia

Nonostante questa innovativa e radicale svolta nell'ambito della formulazione della diagnosi di maltrattamento, vi sono ancora numerosi casi che non vengono riconosciuti ed indicati in maniera appropriata. Simili casi che giungono all'attenzione dei sanitari vengono connotati con associazioni di codici diagnostici indicanti la pluralità di sintomi manifestata da questi bambini^{18 19 20} senza giungere ad una vera propria diagnosi finale. I Codici ICD atti ad identificare i casi di maltrattamento nei flussi correnti (Schede di Dimissione Ospedaliera, statistiche di morte) e permettere la confrontabilità del dato a livello globale (incidenza/prevalenza; identificazione di determinanti/esposizioni i.e. fattori di rischio) secondo le diverse Revisioni ad oggi in uso nei vari Paesi sono riportati in tabella 1.

**TABELLA 1:
ICD E CODICI MALTRATTAMENTO AI MINORI**

ICD REVISIONE	MALTRATTAMENTO AI MINORI	
9	Maltrattamento ai minori	995.5
9-CM	Abuso di minore non specificato	995.50
	Abuso di minore emotivo/psicologico	995.51
	Trascuratezza di minore (nutrizionale)	995.52
	Abuso sessuale su minore	995.53
	Abuso fisico di minore	995.54
	Sindrome del bambino scosso	995.55
	Altri abusi e trascuratezze di minori	995.59
10	Sindromi da maltrattamento	T74
	Trascuratezza grave o abbandono	T74.0
	Maltrattamento fisico	T74.1
	Abuso sessuale	T74.2
	Abuso psicoemozionale	T74.3
	Altre forme di maltrattamento	T74.8
	Maltrattamento, non specificato altrove	T74.9

Secondo il *Global status report on preventing violence against children* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2020²¹, a livello mondiale, ogni anno un miliardo di bambini tra i 2 e i 17 anni è vittima di una forma di violenza (1 bambino su 2). Viene inoltre stimato che circa 3 bambini su 4 (o 300 milioni di bambini), tra i 2 e i 4 anni, sia regolarmente vittima di punizioni fisiche e/o maltrattamento fisico da parte di genitori o caregiver, che un terzo degli studenti di età compresa tra gli 11 ed i 15 anni sia stato bullizzato nel corso dell'ultimo mese, e che siano 120 milioni le bambine/ragazze che abbiano subito una qualche forma di coercizione sessuale prima dei 20 anni di età. L'abuso psico-emozionale colpisce 1 bambino su 3, e si stima che nel mondo un bambino su quattro viva con una madre vittima di violenza domestica. Come conseguenza drammatica di questa realtà, è stato riportato che ogni anno, nel mondo, muoiano in conseguenza ai maltrattamenti 40.150 bambini di età compresa tra 0 e 17 anni (28.160 Maschi e 11.990 Femmine). Questa rilevazione ha dimostrato anche come la pandemia del COVID-19 abbia comportato un aumento della violenza sui minori e sulla gravità delle conseguenze a breve e a lungo termine.



A livello Europeo²², è stato stimato che almeno 55 milioni di bambini (0-18 anni) abbiano sperimentato una qualche forma di maltrattamento infantile durante la loro infanzia. Nello specifico, viene riportato che il 12% dei bambini tra i 2 e i 17 anni (15,2 milioni di bambini) siano stati vittima di maltrattamento nell'arco di un anno con la seguente prevalenza delle diverse forme:

- **9,6% Abuso sessuale** (5,7% nel sesso maschile, 13,4% nel sesso femminile)
- **22,9% Maltrattamento fisico**
- **16,3% Neglect fisico**
- **18,4% Neglect emozionale**
- **29,6% Abuso psicoemozionale**

La prevalenza del maltrattamento in Europa risulta estremamente variabile a seconda dei Paesi considerati, delle particolari situazioni culturali, socioeconomiche e conflittuali ivi presenti e alla copresenza di sottogruppi di popolazione in situazione di forte marginalità ed esclusione sociale.

In Italia, si stima che il 59,3% dei minorenni maltrattati abbia subito una singola forma di maltrattamento, il restante 40,7% forme multiple²³.

L'Autorità Garante, nel 2018, ha incaricato Cismai e Terre des Hommes, nuovamente dopo il 2015, di provvedere alla "Il Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia": i dati rilevati dall'indagine mostrano una prevalenza nazionale di 45 minorenni in carico ai Servizi Sociali ogni 1.000 residenti nei diversi comuni campionati, per un totale di 401.766 minorenni in carico ai Servizi. Di questi, 77.493 sono in carico ai Servizi Sociali poiché sono stati vittima di maltrattamento: dunque, 193 minorenni ogni 1000 in carico ai Servizi Sociali risultano essere maltrattati. La prevalenza risulta maggiore nelle regioni del Centro e del Sud Italia, rispettivamente 226 e 192 minorenni ogni 1000 minorenni seguiti, contro i 186 ogni 1000 del Nord Italia. Riportando il dato alla popolazione generale residente, però, le prevalenze dei minorenni in carico ai servizi per maltrattamento sul totale dei minorenni residenti risultano essere:

- **11% Nord Italia**
- **9% Centro Italia**
- **5% Sud Italia**

La prevalenza media Nazionale risulta: ogni 1000 minorenni residenti, 9 sono in carico ai Servizi Sociali perché vittime di maltrattamento. Vi è inoltre una differenza di genere, con, ogni 1000 minorenni in carico ai Servizi per maltrattamento, una media Nazionale di 201 femmine e 186 maschi.

Dalla ricerca è inoltre emerso che ogni 1000 bambini vittime di maltrattamento, 7 sono italiani e 23 sono stranieri. In Italia, tra i minorenni presi in carico dai Servizi Sociali, queste forme di maltrattamento risultano avere la seguente prevalenza:

- **il 40,7% è vittima di "Patologia delle cure"**
categoria sotto la quale vengono raggruppate in questa indagine l'incuria e il Neglect; inoltre, per il 69,2% di questi, il minorenne è stato preso in carico a causa della diagnosi specifica di questa forma di maltrattamento;
- **il 32,4% è vittima di Violenza assistita**
con presa in carico specifica nel 67,2% dei casi;
- **il 14,1% è vittima di Abuso psicoemozionale**
con presa in carico specifica nel 43,3% dei casi;
- **9,6% è vittima di maltrattamento fisico**
con presa in carico specifica nel 69,4% dei casi;
- **3,5% è vittima di Abuso sessuale**
con presa in carico specifica nel 58% dei casi.





IL MALTRATTAMENTO NELLA STORIA DELLA MEDICINA

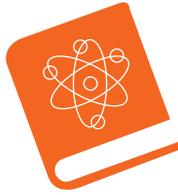
Nella storia della Medicina e della letteratura medico-scientifica, tra le prime tracce del maltrattamento come condizione morbosa ritroviamo gli scritti del medico legale Auguste Ambroise Tardieu che, nel 1852 a Parigi, descrisse il caso di due bambine morte per le sevizie di un'istitutrice. Successivamente, nel 1860 sugli *Annales d'hygiène publique et de médecine legale*, lo stesso Autore pubblica l'articolo *Etude médicolegale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants*: per la prima volta venivano elencati con precisione gli abusi brutali patiti da bambini per mano dei loro custodi, spesso i genitori stessi, di fatto il primo tentativo di descrivere un quadro nosologico "embrionale" del Bambino Maltrattato. Inoltre Tardieu ha scritto quello che probabilmente è il primo libro mai scritto sulla pedofilia e la violenza sessuale, e secondo alcuni storici, ha rappresentato anche una importante fonte di ispirazione per Freud durante il suo viaggio a Parigi nel 1885. Nel 1929, in ambito medico-scientifico, il maltrattamento si ritrova negli studi di Caussade e Parisot due medici legali e nel 1939 due neurochirurghi statunitensi, Ingraham e Heyl, riportano 11 casi di ematoma subdurale infantile. Molti di questi pazienti presentavano ematomi subdurali bilaterali ed emorragie retiniche; gli autori escludono le cause nutrizionali e infettive come fattore eziologico principale in questi casi, concentrandosi sull'efficacia del trattamento neurochirurgico. In seguito, Ingraham e Matson (1944) sono stati coautori di *Subdural hematoma in infancy*, che descrive la loro esperienza con altri 98 casi. Nel 1946, John Caffey, medico statunitense e professore di Clinica Pediatrica e di radiologia alla Columbia University di New York, per primo riporta una serie di casi di bambini con fratture multiple delle ossa lunghe ed ematomi sottodurali che

sembravano presentare caratteristiche comuni e ricorrenti: aveva intuito tra i primi gli elementi ricorrenti e comuni dei casi con Sindrome del Bambino Scosso. Tuttavia in questo primo lavoro non avanzava alcuna ipotesi sulle cause e modalità di genesi di tali lesioni.

Nel 1953 Woolley e Evans suggeriscono che tali lesioni potevano essere provocate da chi si prendeva cura dei bambini. Così, alla luce di questa ipotesi, nel 1957 Caffey riesamina i propri dati concludendo che il trauma può essere stato causato dai genitori, e conia la sindrome specifica²⁴.

Nel 1962 Kempe, Silverman e colleghi pubblicarono *The battered child syndrome*²⁵, lavoro scientifico che rappresenta una pietra miliare nella storia del maltrattamento, in cui gli autori tentarono una prima classificazione delle diverse forme di maltrattamento a partire dai dati anamnestici, clinici e strumentali, utilizzando in modo rigoroso la metodologia clinica applicata a tutte le altre condizioni morbose valutate in età pediatrica: si iniziò così a parlare di **diagnosi di "bambino battuto"**.

A partire da questi primi passi nella letteratura scientifica mondiale, gli studi in ambito medico si sono via via susseguiti in numero crescente, fino a divenire decine di migliaia generali sul maltrattamento, specifici per le diverse sottoforme di maltrattamento, linee guida per i percorsi diagnostici, studi a lungo termine sull'outcome delle diverse forme di maltrattamento, portando il maltrattamento a pieno titolo, tra le principali patologie di interesse medico, in particolare per il Pediatra. Nel 2022 anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblica un manuale che fornisce indicazioni pratiche e concrete per il professionista sanitario per giungere alla formulazione della diagnosi di maltrattamento⁶.



PRINCIPALI PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

1852, FRANCIA

Tardieu: prima descrizione di sevizie su bambine

1860, FRANCIA

Tardieu: pubblica l'articolo che elenca per la prima volta con precisione gli abusi brutali patiti da bambini per mano dei loro custodi, spesso i genitori stessi
Etude médicoléale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants

1929, FRANCIA

Caussade & Parisot: rapporto sugli abusi infantili presentato al Congresso francese di medicina legale

1939, USA

Ingraham & Heyl: escludono cause infettive e carenze nutrizionali su 11 casi di ematoma subdurale infantile

1944, USA

Ingraham & Matson: 98 altri casi, trauma come possibile eziologia

1946, USA

Caffey: riporta una serie di casi di bambini con fratture multiple delle ossa lunghe ed ematomi sottodurali, non avanza ipotesi

1955, USA

Woolley & Evans: ipotizzano che le lesioni siano provocate da chi si prende cura dei bambini, fratture multiple delle ossa lunghe ed ematomi sottodurali

1957, USA

Caffey: riesamina i propri dati concludendo che il trauma può essere stato causato dai genitori

1962, USA

Kempe e colleghi con l'articolo *The battered-child syndrome* descrivono il maltrattamento come la forma più estrema di un ampio spettro di lesioni non accidentali e deprivazioni sul bambino

WORLD HEALTH ORGANIZATION: STEP RICONOSCIMENTO DEL MALTRATTAMENTO QUALE TEMA DI SALUTE PUBBLICA

WHO 1996

Risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità WHA49.25, identifica la prevenzione della violenza come priorità di salute pubblica

WHO 1997

Risoluzione WHA50.19: prevenzione della violenza

WHO/EUROPE 1998

Azienda Ospedale di Padova: *First meeting on strategies on child protection*, 10 conclusioni in materia di strategie di prevenzione, 6 raccomandazioni agli stati membri ed una serie di raccomandazioni all'Organizzazione mondiale della Sanità in 8 aree-chiave

WHO 1999

Global Forum For Health Research, *Initiative for Child Abuse and Prevention*, prima definizione di maltrattamento ai minori condivisa e classificazione in forme principali

WHO 2016

INSPIRE: *seven strategies for ending violence against children* identifica un gruppo selezionato di strategie che si sono dimostrate di successo nel ridurre la violenza contro i bambini

WHO, UNICEF, UNESCO, 2020

Global Status Report, prevenzione della violenza contro i minori, traccia i progressi dei Paesi verso gli obiettivi di sviluppo sostenibile volti a porre fine alla violenza contro i bambini

OMS GINEVRA 2022

Pubblica Manuale per fare Diagnosi di Bambino Maltrattato



COME RICONOSCERE IL MALTRATTAMENTO: IL PERCORSO DIAGNOSTICO

ATTORI COINVOLTI E PERCORSO DIAGNOSTICO

La condizione che si verifica quando emerge un sospetto di maltrattamento getta la famiglia in una crisi profonda: infatti, sia che il sospetto persecutore sia un membro della famiglia, sia che si tratti di una persona esterna, tra i sentimenti che si registrano in seguito al sospetto diagnostico, sono descritte paura, rabbia, ansia, sconforto, incredulità o una combinazione di queste. Peraltro, le famiglie vengono immediatamente avviate ad un sistema di cura che talvolta è frammentato, insufficiente o non adeguato a rispondere al quesito clinico “*È un maltrattamento? Di che tipo? Quali sono le possibili diagnosi differenziali?*”. Il risultato è di confusione e sfiducia nelle istituzioni.

La risposta istituzionale e clinica è stata la creazione di percorsi di cura comunitari coordinati e definiti da una team multidisciplinare che potesse ovviare alla difficoltà delle famiglie, che si trovavano costrette a destreggiarsi tra servizi diversi, talvolta distanti tra di loro, spesso non in comunicazione reciproca.

Il complesso sistema di servizi e di istituzioni che si attiva ogniqualvolta si sospetti un maltrattamento – e questo spesso accade nel contesto ospedaliero – presenta una serie di barriere alla collaborazione per una serie di ragioni: per esempio la presenza di obiettivi o mandati confliggenti (garantire la salute, garantire il diritto alla giustizia, ...), approcci diversi in fase di approfondimento (Medico? Psicologico?

Sociale? Investigativo?), risorse limitate, oppure distanza fisica o attitudini diverse alterna (salute, giustizia o tutela?). Le istituzioni e le agenzie a cui facciamo riferimento sono le Forze dell’Ordine, il Sistema di Tutela del Bambino (Servizio Sociali ed altre istituzioni del welfare), i servizi sanitari (Ospedale, servizi di cure primarie, medicina generale, ...), i Tribunali ordinario e minorile, talvolta la scuola e le agenzie educative. Spesso si assiste al tentativo di prevalere di una istituzione sull’altra, oppure ad una difficoltà di comunicare per una scarsa familiarità con le discipline altrui, timore di perdere il proprio specifico ruolo professionale.

Il modello collaborativo caratterizzato da coordinamento e collaborazione è risultato essere vincente nella diagnosi e successiva presa in carico dei bambini e delle famiglie²⁶, ma in questo contesto qual è il ruolo dell’ospedale?

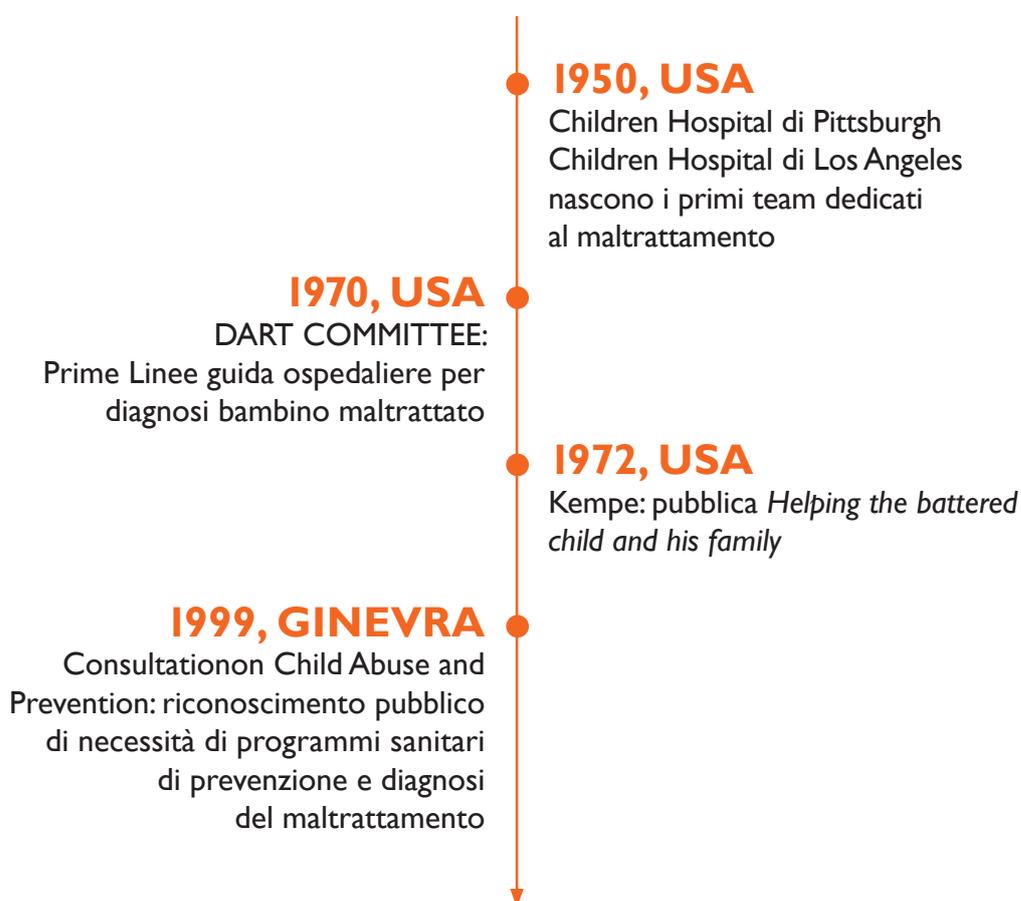


**QUAL È IL RUOLO
DELL’OSPEDALE?**



L'OSPEDALE: UN ATTORE CHIAVE NELLA DIAGNOSI, CURA E PREVENZIONE DEL MALTRATTAMENTO

Il presente capitolo introduce come a livello internazionale l'Ospedale abbia via via acquisito un ruolo sempre più centrale e strategico nella risposta al maltrattamento all'infanzia. Negli USA una prima risposta clinica al maltrattamento: i Child Protection Team.



I primi team dedicati al maltrattamento furono istituiti verso la fine degli anni '50 in due grandi ospedali statunitensi: il Children Hospital di Pittsburgh e il Children Hospital di Los Angeles. Da queste prime due esperienze, via via numerosi ospedali svilupparono programmi di cura che stabilirono gli standard per l'intervento medico per il Bambino Maltrattato: questo fenomeno ha preso avvio inizialmente negli Stati Uniti ed alcuni anni dopo anche in altre realtà nazionali per rispondere al maltrattamento quale problema di salute pubblica (non di giustizia e nemmeno di tutela del minore).

Nel 1970 Daniel S. Rowe e colleghi, sulla scia dei pionieristici studi di Kempe e Caffey, pubblicavano uno studio²⁷ dove venivano per la prima volta proposte delle **linee guida ospedaliere sperimentali** per diagnosticare e registrare i casi di maltrattamento infantile tra i bambini che accedevano presso l'Ospedale Universitario di Yale, alla luce della sentita necessità di far fronte a questo problema sanitario emergente e drammatico. Il primordiale gruppo di lavoro (*DART Committee*) che stilò questo programma d'intervento diede vita ad un **registro dedicato per il maltrattamento infantile** e ad un programma denominato DART (*Detection, Admission, Reporting and Treatment*). Tutto il personale pediatrico fu invitato ad utilizzare questo registro per i casi di sospetto o accertato maltrattamento e fu fornita anche una formazione breve riguardo le forme di maltrattamento e in quali contesti clinici sospettarle. **Appare quindi evidente come il maltrattamento infantile sia stato percepito come un'emergenza sanitaria sin dagli inizi della sua osservazione come fenomeno clinico.**

Lo stesso Henry Kempe pubblicò nel 1972 il libro *Helping the battered child and his family*²⁸, nel quale, tra i diversi argomenti trattati, suggeriva strategie d'intervento ospedaliere nei confronti dei bambini maltrattati e delle loro famiglie e suggeriva per quegli ospedali che non avessero la possibilità di supportare gruppi autonomi dedicati al maltrattamento di cooperare in una rete sanitaria per sviluppare programmi di azione congiunti²⁹.

Nascevano così le prime forme di quelli che vengono definiti in letteratura i **Child Protection Teams (CPTs)** ospedalieri, ovvero gruppi multidisciplinari di lavoro composti da esperti nel campo del maltrattamento infantile con l'obiettivo condiviso di massimizzare la qualità e la coordinazione delle azioni sanitarie per i bambini vittime di questa patologia e di migliorare le loro prognosi cliniche.

Questi gruppi multidisciplinari differivano e differiscono tra loro di ospedale in ospedale sia nella funzione che nella struttura^{30 31}.

Negli anni questa consapevolezza della necessità di definire delle politiche sanitarie, con gruppi di lavoro e linee guida d'intervento definite e forti nei confronti del tema del maltrattamento infantile si è fatta sempre maggiore sino ad arrivare ad una formalizzazione all'interno della *Consultation on Child Abuse Prevention* di Ginevra del 1999¹¹ dove veniva chiaramente esplicitata la necessità di attuare programmi sanitari di prevenzione e diagnosi al fine di identificare precocemente e in modo definitivo le forme di maltrattamento, abbattendo così tutti quei "costi nascosti" che delle errate diagnosi e degli altrettanto errati percorsi terapeutici avrebbero comportato. Il maltrattamento, infatti, non rappresenta solo un'urgenza sanitaria da un punto di vista clinico ma anche un pesante fardello economico dal punto di vista dell'economia della sanità pubblica, con notevoli costi personali per i bambini maltrattati e le loro famiglie, nonché costi economici per la società^{32 33 34 35 36 37 38}.

Per questo motivo è ampiamente condivisa anche in letteratura la necessità di adottare strategie di prevenzione sia primaria, che secondaria, per ridurre i ricoveri per maltrattamenti sui minori, unitamente alla necessità di condurre interventi tempestivi di individuazione dei casi nell’ottica di interrompere la relazione tra l’esperienza traumatica del maltrattamento e l’impatto grave che essa ha sulla salute del bambino nel breve e nel lungo termine³⁹. I programmi di prevenzione variano in termini di costi di consegna, ma il profitto è sostanziale. I benefici dimostrati includono un miglioramento del benessere infantile e delle relazioni genitore-figlio, una riduzione dei comportamenti problematici tra i bambini e un minor numero di ricoveri ospedalieri dovuti a maltrattamenti sui minori^{40 41}.

I CHILD PROTECTION TEAMS (CPTS): ESEMPI E SOLUZIONI INTERNAZIONALI

Tutti gli ospedali che si occupano di bambini ritrovano nelle loro casistiche bambini maltrattati: questo rappresenta un fatto certo riconosciuto da molti Autori, Agenzie ed Istituzioni⁴². Parimenti è ugualmente riconosciuta la difficoltà nell’emersione del sospetto e nella definizione della diagnosi^{43 44 45 46 47 48 49}. Gli ospedali giocano un ruolo chiave nella diagnosi e nella gestione dei casi di maltrattamento, in particolare per la possibilità di:

- Erogare immediatamente ed in un “ambiente sicuro” le cure necessarie;
- Disporre di strumentazione e facilities idonee alla diagnostica differenziale;
- Accedere ad una rete di consulenza multispecialistica medica e multiprofessionale;
- Svolgere una valutazione e una presa in carico medico-psicologica di paziente e famiglia, garantendo di mantenere il bambino in una condizione di protezione per tutta la durata degli approfondimenti;
- Collaborare attivamente con l’Autorità Giudiziaria e con i Servizi di Tutela⁵⁰.

Per questi motivi già più di 50 anni or sono, furono istituite le prime unità basate in ospedale come approccio alla cura del bambino maltrattato. Questi team sono tipicamente multidisciplinari e risultano variamente composti da: medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti con l’expertise in tema di maltrattamento. Oggi non esiste uno standard *one-size-fits-all*, poiché il modello organizzativo dipende da moltissimi fattori – economici, gestionali, organizzativi, culturali – e, non esistendo un approccio standard nel valutare la performance di tali team, non esistono allo stato attuali indicatori di funzionamento condivisi.

Diversi studi hanno evidenziato quale sia il consenso degli esperti su come questi team dovrebbero essere organizzati e funzionare ed anche quali siano i fattori correlati alla loro efficacia^{51 52}. Gli autori hanno evidenziato, peraltro, che la performance dovrebbe essere valutata sia internamente dai membri del team sia esternamente dai professionisti utilizzatori.

Nel 2001, l'Associazione Nazionale statunitense degli Ospedali per il Bambino (NACHRI, the *National Association of Children's Hospitals and Related Institution*) si è cimentata in un dossier che definisce le caratteristiche e l'organizzazione ottimale che tali centri di riferimento sarebbe auspicabile avessero. Viene pubblicato il report: *Defining the Children's Hospital Role in Child Maltreatment*. In questa nuova pubblicazione vengono descritte in maniera più dettagliata quali sono i requisiti fondamentali per ciascuna tipologia di ospedale pediatrico (a seconda del Livello assistenziale della struttura e del Care-Setting) per la gestione dei bambini vittime di maltrattamento. Esso definisce le caratteristiche di tre tipologie di "risposta" sanitaria al maltrattamento, secondo le strutture disponibili:

- **Un livello base** di risposta, inteso come il minimo livello assistenziale e organizzativo che qualsiasi ospedale dovrebbe garantire per poter fronteggiare la questione del maltrattamento infantile. I requisiti minimi risultano quindi essere: la presenza di un'equipe medica, di un coordinamento amministrativo, ai quali vertici dovrebbe essere posto almeno un medico di riferimento e la presenza di servizi sociali dedicati, con una formazione specifica in termini di maltrattamento. Tutte le funzioni devono essere svolte necessariamente da un'equipe medica dedicata e con funzioni specifiche e separate. Il medico di riferimento, secondo quanto suggerito, dovrebbe essere un pediatra con una formazione o un'esperienza specifica maturata nel campo di maltrattamento infantile (anche non ufficialmente certificata da corsi di formazione ufficiali). Questo medico ha il ruolo di revisionare i casi, discuterne in una forma multidisciplinare coi colleghi coinvolti da un punto di vista clinico e ha il compito di redigere protocolli per la richiesta di consulenze e gestione dei pazienti. Il medico dedicato deve saper raccogliere i dati dei casi, interpretarli ed organizzarli per poter gestire la comunicazione anche con i servizi non-sanitari coinvolti. Deve essere sempre aggiornato sullo stato dell'arte delle ricerche in campo scientifico.
- **Un livello di risposta avanzato**, rispetto a quanto appena visto, accresce la responsabilità del team medico di riferimento soprattutto da un punto di vista formativo/divulgativo, incaricandolo della formazione sia del resto del personale sia dello sviluppo di campagne di prevenzione e sensibilizzazione.
- **Il livello più alto, infine, prevede centri di eccellenza.** Oltre a soddisfare tutte le raccomandazioni per i livelli base e avanzato, un centro di eccellenza principalmente: dispone di personale reperibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7; ha una rete interna di specialisti in ambito pediatrico (dal neurologo all'oculista, dall'ortopedico al neuropsichiatra, ecc.) con conoscenze specifiche in materia maltrattamento ai minori, disponibili per consultazioni cliniche regolari; può fare affidamento su un team multidisciplinare che si adoperi per la tutela del minore; fornisce consulenze a livello regionale e sovragionale anche tramite telemedicina.



Questi tre livelli (base, avanzato, centro di eccellenza) rappresentano modelli organizzativi a crescente grado di complessità e ciascun modello richiede particolari condizioni e requisiti per essere implementato: ad esempio per un centro di eccellenza sarà necessario un ospedale di III livello con servizi specialistici avanzati pediatrici (es: TIPED o PSPed) ed un adeguato bacino di utenza, cosa non necessaria per i centri di base.

I diversi sistemi sanitari, i sistemi di cura e di protezione dell'infanzia sono lo specchio della cultura di un Paese e ne riflettono strutture professionali e giurisdizioni da cui dipende necessariamente il loro approccio alla tutela dei bambini e delle loro famiglie, che risulta in continua evoluzione.

Oggi Child Protection Teams basati in ospedale sono presenti in numerosi Paesi quali: Stati Uniti d'America^{53 54 55 56 57 58 59 60 61}, Gran Bretagna^{62 63}, Canada^{64 65}, Francia^{66 67}, Australia^{68 69}, Nuova Zelanda⁷⁰, Arabia Saudita⁷¹, Giappone^{72 73}, Turchia⁷⁴, Taiwan^{75 76}, Israele^{77 78 79}, Malesia^{80 81}, Austria⁸², Oman⁸³, Svizzera⁸⁴, Vietnam⁸⁵ e molti altri.

In letteratura le denominazioni sono molto variabili quali *Child Protective Services o Teams, Child Advocacy Centers, Inpatient o Outpatients Clinical Programs, Hospital-oppure Emergency Room-Based Models*, sottendendo organizzazioni e tipologie di attività differenti.

Secondo questi modelli sembra emergere che gli ospedali debbano fronteggiare il maltrattamento garantendo: un approccio multidisciplinare, multispecialistico (pediatra, NPI, medico legale, radiologo, neuroradiologo, tossicologo, ginecologo, psichiatra, ecc.) possibilmente la reperibilità h 24, la collaborazione con l'autorità giudiziaria e la gestione medica del bambino. Un approccio con la modalità del triage sarebbe auspicabile con la valutazione medica, infermieristica e sociale.

L'anamnesi e l'esame obiettivo dovrebbero includere la valutazione iniziale del caso con una raccolta di informazione allargata orientata non solo ad anamnesi fisiologica e patologica, ma comprensiva di storia familiare e sociale approfondite, orientando i quesiti anche ai principali fattori di rischio (violenza; patologia psichiatrica; disturbo da dipendenza da sostanze; difficoltà abitative ed economiche; rottura del nucleo familiare; *Adverse Childhood Experiences*; ecc.).

Questa fase dà avvio all'iter diagnostico biochimico, strumentale e di imaging, al trattamento di fase acuta ed al trattamento riabilitativo, se necessario. Durante questo percorso di presa in carico e soprattutto alla conferma della diagnosi, si svolge il lavoro di collaborazione e coordinamento con le altre istituzioni di protezione e giustizia.

Affinché simili modelli possano essere attuati si rendono necessarie una serie di azioni collaterali che numerose indagini in letteratura hanno descritto: innanzitutto risulta essenziale **formare personale qualificato e specificatamente dedicato** ai percorsi di prevenzione, individuazione e cura dei bambini vittime di maltrattamento. Il tema della formazione emerge ripetutamente come fattore limitante rispetto al margine d'azione dei professionisti e di tutto il personale sanitario nelle situazioni di sospetto maltrattamento e ancora prima come fattore limitante la possibilità stessa di sospettare un sottostante maltrattamento sulla base della presentazione clinica dei bambini. Una categoria professionale che frequentemente si trova dinnanzi alla possibilità di identificare in maniera precocissima alcune forme di maltrattamento (quali il Child Neglect) è, ad esempio, quella dei dentisti: indagini condotte in questo ambito professionale hanno messo in evidenza quanto sia ritenuta fondamentale la possibilità di ricevere training specifici per ottenere strumenti validi e definiti per poter sospettare e riconoscere forme di maltrattamento⁸⁶.

Assieme alla formazione, ciò che emerge come ulteriore fondamentale strumento di lavoro nell'ambito dell'interazione ospedaliera con i casi di maltrattamento è la necessità di avere **Protocolli condivisi** chiari su come gestire da un punto di vista legale i casi. La diagnosi di maltrattamento comporta infatti una serie di azioni conseguenti che rendono obbligatoria la segnalazione alle autorità competenti.

LA FIGURA DEL *CHILD ABUSE PEDIATRICIAN*

Nel 2006, l'*American Board of Pediatrics* riconosce la pediatria del maltrattamento ai minori come una nuova sottospecializzazione con corso di studi ed esami dedicati⁸⁷ per rispondere alla necessità di una maggiore e migliore ricerca e conoscenza di base, e di ottimizzazione del crescente insieme di conoscenze e competenze sul campo, che non vengono insegnate di routine durante la scuola di medicina e l'internato. Gli specializzandi di pediatria statunitensi ricevono una formazione insufficiente per poter eseguire una corretta valutazione dei casi di maltrattamento ai minori in tutte le sue forme (un buon livello di preparazione necessita di centinaia di ore di formazione ed aggiornamento). Sono infatti le competenze e conoscenze specifiche⁸⁸, sedimentate nel tempo dal continuo apprendimento sul campo^{89 90 91} (ad es. conoscenze sulla biomeccanica degli infortuni, capacità di analisi dei risultati di esami di imaging, valutazione appropriata nei casi di abuso sessuale, ecc.), che permettono di effettuare le corrette valutazioni mediche per le vittime di maltrattamento.

Di qui quindi l'esigenza di formazione dedicata⁹², nonché di una specifica formazione e valutazione rispetto al rischio di burnout⁹³.

CHILD ABUSE PEDIATRICS

sottospecializzazione formazione
medica universitaria



Per questo oggi, negli Stati Uniti, il *Child Abuse Pediatrics* è un programma triennale di borse di studio di *Subspecialty* pediatriche riconosciuto dal Consiglio di accreditamento per la formazione medica universitaria^{94 95}.

I pediatri riferiscono di non sentirsi competenti nel fornire pareri definitivi sul maltrattamento sui minori e sostengono la necessità di una consultazione di esperti da parte di un pediatra specializzato in maltrattamento⁹⁶: vi è una generale **resistenza a formulare una diagnosi**, quando invece vi è la supervisione o la seconda opinione di un *Child Abuse Pediatrician* si può assistere frequentemente ad un cambiamento nell'attitudine alla diagnosi⁹⁷. Un ottimo esempio operativo è rappresentato dal Suspected Child Abuse and Neglect program del Sick Children Hospital di Toronto⁹⁸ che per i casi di maltrattamento fisico ha sviluppato un **processo strutturato di revisione tra pari**, includendovi anche i casi che vengono segnalati alla direzione medica, rispetto all'opinione medica di uno specialista in maltrattamento.

Sono dunque necessari modelli innovativi di assistenza e formazione di professionisti specializzati in tema di maltrattamento ai minori, in tutte le sue forme per garantire che tutte le vittime di sospetto maltrattamento abbiano accesso a consulenze mediche specialistiche ed alle migliori cure possibili.





NUOVI APPROCCI TECNOLOGICI AL MALTRATTAMENTO INFANTILE: TELEMEDICINA E INTELLIGENZA ARTIFICIALE



Circa 15 anni orsono è iniziata una fase esplorativa atta a valutare come le applicazioni ed innovazioni tecnologiche possano far progredire la ricerca e la pratica nel contrasto del maltrattamento ai minori, con varie pubblicazioni che hanno mostrato l'uso della tecnologia in aree che vanno dalla condivisione professionale dei dati⁹⁹, alla formazione nelle *evidence-based practices*¹⁰⁰, alla valutazione del coinvolgimento familiare, ad esempio per valutare la qualità della genitorialità quotidiana tra le madri ad alto rischio soprattutto di trascuratezza grave¹⁰¹, all'adesione alla raccolta domiciliare del cortisolo diurno tra le famiglie maltrattanti, tramite l'applicazione di un dispositivo di monitoraggio elettronico¹⁰², o interventi di telemedicina sperimentale per giovani che vivono con PTSD per taluni legato ad episodi di abuso¹⁰³.

La sfida chiave è la traslazione di tali pratiche basate sull'evidenza al di là degli studi in contesti accademici e di ricerca che ottimizzano la validità interna ma ci dicono relativamente poco sull'efficacia di questi approcci negli ambienti di servizio in prima linea o nella vita quotidiana delle famiglie¹⁰⁴.

Con l'obiettivo di affrontare l'impatto clinico e sulla salute pubblica del maltrattamento sui minori, affrontando e superando le sfide inerenti la valutazione ed il lavoro di intervento con bambini e famiglie a rischio e svantaggiati, si deve necessariamente evidenziare la promessa di una serie di piattaforme tecnologiche e funzioni per strumenti di valutazione e interventi con implicazioni per l'adesione, il coinvolgimento e, di conseguenza, il miglioramento dello stato di salute di minori e famiglie. Nel tempo sono stati impiegati diversi modelli di assistenza (ad es. programmi clinici ambulatoriali e modelli basati su ospedali e dipartimenti di emergenza) in base a fattori quali risorse locali, finanziamenti e disponibilità di specialisti sul maltrattamento. L'innovazione della telemedicina potrebbe offrire numerosi vantaggi essendo in grado, grazie all'utilizzo di strumenti digitali, di permettere l'erogazione di servizi sanitari a distanza. Il Ministero della Salute infatti considera la telemedicina uno strumento importante per migliorare l'assistenza sanitaria in Italia ed ha emanato diverse linee guida e normative per favorire lo sviluppo e l'utilizzo della telemedicina^{105 106} a tra cui i più recenti Decreti nel 2022 nelle attività previste dal PNRR^{107 108 109}.

VANTAGGI DELLA TELEMEDICINA

- **Equità di accesso all'assistenza sanitaria qualificata**

Può favorire una maggiore accessibilità all'assistenza sanitaria per persone che vivono in zone remote o che hanno difficoltà a spostarsi (raggiungimento di zone remote quali isole, comunità montane etc.); può migliorare l'assistenza sanitaria in carcere, che presenta disagi e costi aggiuntivi dovuti all'organizzazione dei trasferimenti; può agevolare la difficoltosa gestione delle emergenze (lunghi tempi di attesa per gli accertamenti diagnostici/specialistici, una limitata attività di diagnosi preventiva etc.);

- **Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure**

La telemedicina può migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, permettendo ai medici di seguire i pazienti più da vicino e di intervenire in modo tempestivo in caso di necessità (malattie croniche);

- **Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza**

Rappresenta una innovativa modalità organizzativa con immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse riducendo: i rischi legati a complicanze, il ricorso alla ospedalizzazione, i tempi di attesa e ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito.

QUALI I SERVIZI PIÙ COMUNI?

Sono servizi già utilizzati in Italia da diverse Regioni e Aziende Sanitarie Locali.

- Teleconsulti: visite mediche a distanza tramite videochiamata o telefono;
- Telemonitoraggio: monitoraggio a distanza dei parametri vitali dei pazienti;
- Telericette: prescrizioni di farmaci a distanza;
- Referti online: consultazione online di referti e analisi;
- Teleassistenza: supporto psicologico o sociale a distanza.

DOVE E COME LA TELEMEDICINA È DI AIUTO PER LA DIAGNOSI E PRESA IN CARICO DEL MALTRATTAMENTO ALL'INFANZIA?

Oltre due decenni fa, Kellogg e colleghi¹¹⁰ avevano già descritto la validità della telemedicina nella valutazione degli abusi sessuali su minori.

Oggi le consultazioni di telemedicina offrono un'opportunità unica per:

- Elevare lo standard di cura nelle valutazioni degli abusi sui minori;
- Fornire competenze ai medici meno esperti di maltrattamento;
- Fornire un metodo per la revisione tra pari e la garanzia della qualità per giungere ad un consenso diagnostico.

Tuttavia, il successo di queste tecnologie dipende anche da infrastrutture adeguate, finanziamenti e supporto tecnico continui^{111 112 113}.

E ciò vale anche per ospedali con reparti specialistici, in grado - già oggi - di diagnosticare e prendere in carico i minori maltrattati, in quanto la disponibilità di tali tecnologie può favorire un ulteriore progresso nella diagnosi, limitando ostacoli all'accesso alle cure e/o alle competenze subspecialistiche necessarie ad un'accurata interpretazione diagnostica e forense delle lesioni nonché riducendo peraltro i tempi di attesa.



Le possibili connessioni in valutazioni di telemedicina da/con un team con alta specializzazione sul maltrattamento ai minori possono essere effettuate in tempo reale, **telemedicina sincrona** (ad es., valutazione del caso in un Pronto Soccorso isolato)^{114 115}, oppure comunicazioni che forniscono informazioni cliniche da interpretare successivamente, denominata **telemedicina asincrona** (ad es., supervisione di un caso)^{116 117}. Vanno ovviamente posti in essere tutti i prerequisiti per poter creare/utilizzare una piattaforma che permetta entrambe le forme di telemedicina, i principali possiamo apprezzarli in tabella 2 che segue modificata da Bennett e Scribano¹¹⁸.

**TABELLA 2:
ANALISI DI CONTESTO PER L'UTILIZZO E L'IMPLEMENTAZIONE DI UN SERVIZIO DI TELEMEDICINA
DEDICATO ALLA DIAGNOSI E PRESA IN CARICO DI CASI DI MALTRATTAMENTO AI MINORI**

CONTESTO	COMPITO	CONSIDERAZIONI
Tecnologia	Tecnologia che soddisfi le esigenze specifiche degli utenti	<p>Considerare il fascicolo sanitario elettronico o la cartella clinica informatizzata come piattaforma principale per le visite di telemedicina</p> <p>Selezionare l'hardware per soddisfare l'utilizzo anche in casi di necessità peculiari (abuso sessuale); dispositivi periferici per altri esami (orofaringe, auscultazione del cuore, dei polmoni)</p> <p>Garantire l'interoperabilità dei dispositivi e della piattaforma del fascicolo sanitario elettronico o della cartella clinica informatizzata</p> <p>Testare la qualità e la capacità della banda larga da ambo le parti</p> <p>Sviluppare una guida per la risoluzione dei problemi e pianificare potenziali guasti tecnologici</p>
Gestione	Stabilire obiettivi, collaborazioni e amministrazione	<p>Identificare collaborazioni favorevoli all'innovazione, che riconoscano il valore di un approccio di telemedicina per fornire assistenza ai sospetti abusi sui minori</p> <p>Stabilire obiettivi e un accordo comune sulla governance e sugli obiettivi per la creazione di un servizio di telemedicina</p>
	Sviluppare un piano di monitoraggio dei dati	<p>Stabilire un processo per acquisire dati chiave per indicatori/valutazioni quantitative di prestazione</p> <p>Includere parametri che misurino l'equità sanitaria, gli esiti del processo (ovvero completamento con successo della visita di telemedicina, accesso alla tecnologia, Internet stabile) e risultati clinici (ovvero qualità diagnostica per fornire diagnosi)</p>
	Formare il personale e garantire le competenze in telemedicina	<p>Garantire le competenze nell'assistenza sanitaria utilizzando la telemedicina ivi incluso il riconoscimento delle limitazioni nell'uso</p> <p>Essere capaci di comunicazione efficace e di fornire cure sanitarie adeguate alla tipologia di trauma</p> <p>Utilizzare/fornire immagini diagnostiche di elevata qualità</p>

In conclusione, visto quanto l'accesso a team specialistici sia fondamentale per diagnosi e presa in carico tempestive nei casi di maltrattamento ai minori, modelli di assistenza innovativi e l'uso della tecnologia sono sicuramente direzioni da intraprendere per l'erogazione di questa tipologia di servizi e vanno considerati nell'espansione dei programmi clinici e della formazione medica.

INTELLIGENZA ARTIFICIALE: UNO STRUMENTO UTILE NEL CONTRASTO AL MALTRATTAMENTO SUI BAMBINI

Negli ultimi anni, l'**Intelligenza Artificiale** ha fatto notevoli progressi nell'interpretazione delle informazioni sensoriali: si possono ora rappresentare e analizzare in modo più efficace dati complessi, il che favorisce un avanzamento in vari campi, come dimostrano i metodi di *deep learning* che possono eguagliare o superare gli esseri umani in applicazioni specifiche per attività¹¹⁹.

Nel settore sanitario, l'Intelligenza Artificiale è sempre più variamente utilizzata: monitoraggio remoto dei pazienti, diagnostica e imaging medico, gestione del rischio, assistenti virtuali, ecc. I settori medici che si basano su dati di imaging ne hanno già rilevato vantaggi oggettivi¹²⁰, quali, in primis la possibilità di elaborare e analizzare una grande quantità di dati e identificare correlazioni non lineari tra loro, capacità non ottenibili dal solo cervello umano e che potrebbero essere incredibilmente utili in tema di maltrattamento ai minori per eseguire tre compiti fondamentali:

- Previsione;
- Identificazione/diagnosi;
- Processo decisionale.

POSSIBILI UTILIZZI DELL'A.I. PER LA DIAGNOSI DEL MALTRATTAMENTO INFANTILE

PREVISIONE

Identificare i casi di sospetto;

IDENTIFICAZIONE/DIAGNOSI

Sospetto diagnostico e diagnosi tempestivi (lesioni ossee altamente suggestive¹²¹; traumi cranici abusivi¹²²; valutazione di altri tipi di dati in grado di suggerire una sospetta diagnosi di maltrattamento ai minori¹²³, come informazioni cliniche¹²⁴, di imaging¹²⁵, anamnestiche¹²⁶);

PROCESSO DECISIONALE

Dopo aver confermato un caso sospetto di maltrattamento, è fondamentale identificare la linea di condotta più appropriata per garantire la sicurezza del minore (ricovero ospedaliero, interventi psicologici/neuropsichiatrici, affido, supporto educativo, ecc) e l'accesso alle migliori cure possibili. Questo processo decisionale, che coinvolge gli operatori sanitari e i servizi di protezione dell'infanzia, risulta essere spesso complesso e non lineare, rendendo difficile determinare la migliore linea d'azione. Gli strumenti di intelligenza artificiale potrebbero diventare utili per indirizzare i sospetti diagnostici¹²⁷.



IL BAMBINO MALTRATTATO IN ITALIA: È AL CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO?



QUALE CORNICE SANITARIA E PROGRAMMATORIA PER UN SERVIZIO OSPEDALIERO PER LA DIAGNOSTICA DEL MALTRATTAMENTO INFANTILE

Ad oggi il sistema di cure in ambito sanitario per il Bambino Maltrattato in Italia non ha ancora assunto una modalità omogenea ed equamente distribuita nel territorio nazionale rispetto ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dei bambini e delle famiglie. Per molti anni è prevalso l'approccio psicosociale al tema al fenomeno e solo, nell'ultimo decennio, lo si è iniziato ad affrontare dal punto di vista medico, soprattutto presso le grandi realtà ospedaliere pediatriche del territorio nazionale^c. Ciò che rileva però, è che, diversamente da altre problematiche di salute in età pediatrica, per il Bambino Maltrattato non esiste allo stato attuale un approccio programmatico univoco all'argomento e i diversi sistemi sanitari regionali si sono organizzati in modo differente, sulla base di esperienze storicamente già presenti sui territori.

A livello nazionale, rispetto all'ambito programmatico, il Ministero della Salute (allora Sanità) aveva previsto tra i propri obiettivi, fin dal Piano Sanitario Nazionale del triennio 1998-2000, di prevenire i problemi di salute e disagio di bambini ed adolescenti anche, si cita testualmente "...in riferimento ad abusi e maltrattamenti". Pur in linea con la visione internazionale, tuttavia, tale obiettivo si è poi tradotto in prassi operative disomogenee nel Paese, con esperienze a macchia di leopardo, insufficienti a poter testimoniare una risposta unitaria al fenomeno.

Successivamente il D.P.C.M. del 29 novembre 2001, definiva i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**: tra i quali, all'allegato I, si ritrovavano gli "interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi".

Tale provvedimento normativo già nel 2001 sanciva in modo esplicito che:

- Il maltrattamento rappresentava un problema di salute grave per il minore e la famiglia;
- Il maltrattamento richiedeva specifici percorsi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico delle vittime;
- Le azioni di cura dei bambini maltrattati rappresentavano un livello essenziale di assistenza e dovevano essere garantiti per legge a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale.

c. Un importante contributo nella promozione di questa visione è stato dato da Terre des Hommes con lo studio "Maltrattamento sui Bambini. Una questione di salute pubblica": https://terredeshommes.it/download/Dossier_Maltrattamento_e_Abuso_sui_bambini_2016.pdf

MALTRATTAMENTO E PROGRAMMAZIONE SANITARIA: LE TAPPE PRINCIPALI

● 1998-2000, PSN

Prevenzione di disagio psichico e sociale anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti.

● 29/11/2001, DPCM

Definizione dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi:

- Il maltrattamento rappresenta un problema di salute grave per il minore e la famiglia;
- Il maltrattamento richiede specifici percorsi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico;
- Le azioni di cura dei bambini maltrattati rappresentano un livello essenziale di assistenza/(LEA) e devono essere garantiti per legge a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale.

● 2003-2005, PSN

Attenzione particolare a prevenzione dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento minorile.

● 2006-2008, PSN

Attivazione di interventi, in particolare nei consultori familiari e negli spazi destinati agli adolescenti, di prevenzione e di lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori.

● 12/01/2017, DPCM

Individuazione una serie di livelli essenziali per possibili vittime di maltrattamento:

- Prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi;
- Supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio;
- Rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- Prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale.

● 2022-2023, PIANO NAZIONALE PER L'INFANZIA

Necessità di potenziamento della rete dei servizi che si occupa di maltrattamenti e abusi in famiglia al fine di:

- Intercettare precocemente le situazioni di rischio;
- Consentire una presa in carico tempestiva;
- Accompagnare e sostenere le vittime nello sviluppo positivo delle proprie risorse individuali.

A livello ministeriale, anche i Piani Sanitari Nazionali successivi (2003-2005 e 2006-2008) continuavano a citare il maltrattamento tra gli obiettivi di salute di bambini e giovani, quale problema di cui era necessario occuparsi, come indicato nella tabella riassuntiva che segue (Tabella 3), con risultati ancora limitati in termini di attivazione di percorsi assistenziali dedicati e servizi specifici per la diagnosi e la cura.

Con il DPCM 12 gennaio 2017, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, vengono poi definiti **i nuovi LEA**.

Il nuovo riferimento normativo riporta all'Articolo 24 "Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie"^d e individua una serie di livelli essenziali per possibili **vittime di maltrattamento**, come riportato di seguito:

- Prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi; [...]
- Supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio; [...]
- Rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- Prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale.

TABELLA 3:
I PIANI SANITARI NAZIONALI (PSN)

PSN triennio	OBIETTIVO
1998-2000	Prevenire i casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali, anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti
2003-2005	Educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie, col contributo essenziale della scuola e degli enti territoriali e dei servizi socioassistenziali competenti con particolare riguardo alla prevenzione dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento minorile, dell'obesità, delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo alla prevenzione della tossicodipendenza, e degli infortuni ed incidenti
2006-2008	Educare i giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'infezione da HIV, della tossicodipendenza e dell'alcolismo, alla procreazione responsabile, sollecitando il contributo della scuola, attivando anche interventi, in particolare nei consultori familiari e negli spazi destinati agli adolescenti, di prevenzione e di lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori e alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici

d. DPCM 12 gennaio 2017 Art. 24, comma 1 "Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività".

Oltre a ciò, il V Piano Nazionale per l'Infanzia¹²⁸, redatto dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza^e, *rispetto al contrasto del maltrattamento infantile, sottolinea come sia necessario un "potenziamento della rete dei servizi che si occupa di tale tematica al fine di intercettare precocemente le situazioni di rischio; consentire una presa in carico tempestiva; accompagnare e sostenere le vittime nello sviluppo positivo delle proprie risorse individuali"*.

Il piano propone una serie di interventi precisi e specifici, che sono il prodotto anche del contributo di Terre des Hommes Italia ai lavori dell'Osservatorio:

- Individuazione, in ciascuna realtà regionale, di un Centro specializzato con il ruolo di centro di eccellenza e con il compito di referente;
- Creazione o individuazione, presso ciascuna azienda ospedaliera, di un'équipe multidisciplinare specializzata che includa la figura dello psicologo debitamente formato, destinataria di un costante programma di formazione interdisciplinare e interistituzionale di tutti gli operatori dell'équipe, pronta a intervenire nei reparti del pronto soccorso in caso di sospetto maltrattamento, segnali di incuria, ipercura o sofferenza psicologica del minore di età;
- Definizione e validazione di un Modello da attivare in ciascuna regione attraverso linee guida d'intervento per le aziende sanitarie e ospedaliere, e nei servizi sociosanitari in tema di soccorso e assistenza dei minorenni vittime di violenza, corredate da indicatori validati e scientificamente fondati da utilizzare in screening e nella valutazione durante la prestazione di pronto soccorso, al fine di facilitare l'operatore sanitario nel riconoscimento precoce di casi sospetti;
- Costituzione e operatività di équipe integrate sociosanitarie di base, che vedano il raccordo fra i servizi sociali, sanitati di base e specialistici, servizi educativi, e servizi giudiziari se del caso, attraverso accordi di programma o protocolli di intesa che ne definiscano il raccordo operativo.

Questa ambiziosa proposta passa per la definizione di requisiti organizzativi di base e avanzati e la disponibilità di un budget per l'attivazione dei centri e dei gruppi di lavoro.

A tale impianto organizzativo va parallelamente associato un piano formativo nelle materie di maltrattamento e abuso dei minori e sugli strumenti di screening, valutazione o diagnosi per gli operatori coinvolti.

e. L'Osservatorio Infanzia e Adolescenza è stato istituito, insieme alla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, dalla legge 451/1997 ed è attualmente disciplinato dal DPR 14 maggio 2007 n. 103, afferente al Dipartimento per le Politiche della Famiglia, Presidenza del Consiglio dei Ministri.



LO STUDIO: OBIETTIVI, METODOLOGIA E RISULTATI

OBIETTIVI

L'obiettivo principale del presente Studio è valutare gli elementi caratterizzanti i Centri Ospedalieri per la Diagnosi Clinica del Bambino Maltrattato e le loro modalità di funzionamento.

A tal fine, sono state svolte tre distinte analisi:

- La prima è consistita nel confronto di alcuni centri già esistenti nel territorio nazionale;
- La seconda ha puntato a rilevare conoscenze, attitudine ed esperienze di operatori sanitari e professionisti operanti nelle strutture ospedaliere in cui tali centri, sono collocati mediante la somministrazione di un questionario costruito ad hoc;
- La terza ha esplorato l'opinione di "testimoni privilegiati" operanti nelle suddette strutture ospedaliere e aventi diversi livelli di responsabilità e funzione.

Questo primo studio preliminare degli approcci alla diagnosi e cura del Bambino Maltrattato **in esperienze già esistenti e dei "contesti" in cui sono inserite**, si propone di mettere in luce elementi di forza e di debolezza delle diverse soluzioni organizzativo-gestionali, per essere di supporto e riferimento alla costituzione di nuovi servizi in altre realtà regionali ora carenti di servizi dedicati.

Gli obiettivi specifici individuati sono:

1

Descrivere 3 + 1 Centri ospedalieri situati in 4 Regioni italiane che insistono su territori con caratteristiche socio-demografiche diverse, situati uno al Nord, uno al Centro e due al Sud

2

Valutare attitudini, conoscenze, esperienze e profilo di un campione di professionisti sanitari operanti nelle 4 diverse realtà ospedaliere testate ascrivibili ai 4 Centri

3

Valutare l'opinione di alcuni Decisori e di Professionisti privilegiati o in ruoli chiave per il sospetto, la diagnosi e la cura del Bambino Maltrattato

4

Rivalutare quanto emerso dai tre precedenti obiettivi alla luce delle evidenze della letteratura internazionale



METODOLOGIA

La prima fase ha analizzato le realtà di quattro Centri Ospedalieri italiani che già presentano al loro interno un Servizio dedicato al maltrattamento infantile, facenti parte della Rete Ospedaliera per la Prevenzione del maltrattamento Infantile creata da Terre des Hommes. Questi Ospedali sono stati selezionati sia per la storia e l'organizzazione del proprio Servizio per il maltrattamento Infantile sia per la loro collocazione geografica: è stato così possibile avere una rappresentazione, all'interno dello studio, di tutte le aree geografiche italiane (Nord, Centro e Sud). Questi centri, dunque, pur operando per il medesimo fine, presentano storia, organizzazione e realtà territoriali peculiari e molto differenti tra loro.

- **BARI**

- **Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Giovanni XXIII**

- U.O.S.D. Psicologia - équipe GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati)

- Responsabile: Dottoressa Marcella Vendemiale

- **FIRENZE**

- **Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS**

- Servizio GAIA – Gruppo Abusi Infanzia Adolescenza

- Responsabile: Dottoressa Stefania Losi

- **NAPOLI**

- **A.O.R.N. Santobono Pausilipon – Ospedale Santobono**

- Servizio MAIA – Gruppo di Lavoro Maltrattamento e Abuso

- Responsabile: Dottor Vincenzo Tipo

- **PADOVA**

- **Azienda Ospedale Università Padova**

- Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato

- Responsabile: Dottoressa Melissa Rosa-Rizzotto e Professoressa Paola Facchin



Per ciascuno dei Centri partecipanti, con l'ausilio dei Referenti che si sono incaricati di fornire le informazioni e la documentazione di riferimento, è stata condotta una revisione della documentazione disponibile della creazione dei centri, comprensiva di una excursus storico, normativo di programmazione regionale e/o aziendale, amministrativo (ad esempio tariffe dedicate, attribuzione del budget), un excursus organizzativo (del personale e redistribuzione delle responsabilità; strutture dedicate o promiscue), un excursus clinico-assistenziale (percorsi assistenziali e clinici dedicati per differenti diagnosi, segnalazioni), infine un excursus progetti di rete ospedale-territorio.

Altri elementi caratterizzanti che sono stati esplorati, sono: formazione (estensione delle competenze anche per mezzo dell'attività clinica fatta per mezzo di consulenze a distanza) e ricerca.

Ove possibile, è stata condotta un'analisi sintetica della casistica, con numero dei casi assoluto e per anno, variabili per caso: sesso, età, provincia di residenza (per capire attrazione dei centri fuori provincia e fuori regione), modalità di afferenza (altro reparto, altro ospedale, famiglia, autorità giudiziaria), sospetto diagnostico in entrata e diagnosi finale. Modalità assistenziale (ricovero ordinario, DH, accesso ambulatoriale e consulenza a distanza con estensione delle competenze), giorni di degenza, numero di decessi.

Al termine della revisione è stata costruita una tabella sinottica riassuntiva di confronto fra i 4 Centri che presentiamo di seguito e che riassume le loro principali caratteristiche.

La seconda fase ha previsto una revisione della letteratura internazionale specialistica sul management del bambino maltrattato e sul ruolo degli operatori utile alla creazione di un questionario ad hoc che mirava a comprendere attitudini, conoscenze ed esperienze nella gestione del bambino maltrattato. Tale questionario è stato somministrato in forma anonima al personale sanitario degli ospedali di appartenenza dei Centri.

La terza fase si è sviluppata con la formulazione e somministrazione nella forma di un'intervista live di 3 domande aperte relative al management del bambino maltrattato da rivolgere a "Testimoni privilegiati" di ciascun ospedale, ossia figure che, per esperienza e visione, sono state ritenute in grado di dare un contributo unico rispetto a elementi essenziali o ostacolanti la gestione ospedaliera del maltrattamento in età pediatrica.



I QUATTRO CENTRI OSPEDALIERI



BARI

**Azienda Ospedaliero-Universitaria
Consorziale Policlinico Giovanni XXIII, GIADA**

INQUADRAMENTO NORMATIVO



Il Centro di Riferimento Regionale di III livello è individuato nell'équipe GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) che dal 2000 opera presso l'U.O.S.D. di Psicologia dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico-Giovanni XXIII di Bari.

Il Centro è stato istituito con apposita Delibera di Giunta Regionale n. 1878 del 30 novembre 2016: *“Linee Guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età”* che definiva proprio gli indirizzi per una presa in carico integrata e globale nelle diverse fasi, dalla rilevazione al trattamento, e si rifaceva a quanto previsto dall'art. 13 della legge regionale n. 29/2014 *“Norme per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno alle vittime, la promozione della libertà e dell'autodeterminazione delle donne”*.

Successivamente la Regione Puglia ha approvato, con DGR 1608/2018, il piano triennale di interventi per la prevenzione e il contrasto della violenza sui minori con i seguenti obiettivi:

- Favorire e sostenere la piena operatività delle équipe integrate multidisciplinari di primo livello, secondo le indicazioni operative, dando omogeneità alle procedure di presa in carico integrata, responsabilizzando tutti i soggetti e i servizi coinvolti, e definendo le modalità di raccordo più funzionale con l'équipe di riferimento di secondo livello;
- Incrementare e qualificare le capacità professionali del personale impegnato nelle équipe integrate multidisciplinari istituite a livello territoriale e sovra-distrettuale, ai fini della creazione di un rete di servizi che assicuri lo svolgimento tempestivo delle funzioni di competenza, creando anche le opportunità di confronto e di scambio tra gli operatori, e tra questi e gli altri soggetti che si occupano della prevenzione e contrasto della violenza;
- Sostenere la presa in carico e la cura delle/i minorenni vittime di violenza, diretta o indiretta, con particolare riferimento alla condizione delle orfane e degli orfani di femminicidio (cd. orfani speciali) e delle famiglie alle quali vengono affidate/i;
- Aumentare la sensibilizzazione culturale della cittadinanza con riferimento al tema dei diritti dei minori e delle forme di maltrattamento/violenza nei loro confronti, del nesso strettissimo tra violenza domestica e violenza assistita, del necessario cambiamento nei comportamenti socio-culturali delle donne e degli uomini;

- Incrementare la formazione di base, coinvolgendo tutti gli operatori dell'area socio-assistenziale, sanitaria e psicologica, e dell'area scolastica e socio-educativa, al fine di sviluppare le capacità di ascolto del minorenne e di rilevazione dei segnali di disagio, con indicazioni precise sul percorso che dalla raccolta del segnale porta alla segnalazione alle autorità giudiziarie e al coinvolgimento dei servizi sociali/sanitari competenti;
- Potenziare le azioni di prevenzione del bullismo, del cyberbullismo e dell'adescamento on-line, per promuovere negli adolescenti lo sviluppo di condotte responsabili rispetto ad un uso consapevole della rete e alla prevenzione delle violenze tra pari online e offline e all'adescamento in rete, e per favorire l'eventuale presa in carico e gestione dei singoli casi.

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE



L'Equipe GIADA è costituita da:

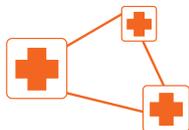
4 Psicologi/Psicoterapeuti;

1 Assistente Sociale;

1 Dirigente Psicologo Responsabile dell'U.O.S.D.

Parallelamente può contare su: un gruppo di medici e infermieri specialisti delle discipline correlate alle varie forme di violenza (medicina legale, pediatria, neonatologia, radiologia, chirurgia, ginecologia e ortopedia, ecc.), inoltre, il Centro si avvale delle specialità mediche presenti nell'Azienda.

FUNZIONI E ATTIVITÀ



GIADA 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 del Pronto Soccorso, Medicina Legale, Radiologia, Chirurgia, Ortopedia, Psicologia, Servizi Sociali);

Unità Funzionali Interdisciplinari Territoriali – UFIT (NPI, CF, PLS, MMG, Ser.D, CSM, Psicologia).

Il Centro svolge le seguenti funzioni:

- Assistenza psicologica, pediatrica e specialistica nelle condizioni di rischio e violenza sui minorenni; l'accesso all'assistenza può avvenire in condizione di urgenza-emergenza, di ricovero programmato e in regime ambulatoriale, anche su invio dei servizi territoriali (sociali e sanitari) o dell'autorità giudiziaria;
- Consulto specialistico, anche a distanza, agli operatori dell'area materno-infantile su specifici e qualificati quesiti critici;
- Attività di prevenzione e contrasto della violenza all'infanzia e campagne di sensibilizzazione sui diritti dell'infanzia;
- Accompagnamento giudiziario e assistenza psicologica nel corso dell'escussione delle vittime e dei testimoni di minore età;
- Gestione dell'osservatorio ospedaliero sullo stress interpersonale acuto e cronico;

- Ricerca e formazione di base e specialistica;
- Audit clinici con i centri specialistici di secondo livello;
- Componente del Coordinamento Regionale in materia di violenza nei confronti dei minorenni.

MODELLO ORGANIZZATIVO

I percorsi operativi sono stati definiti nel Manuale Operativo (*Delibera giunta Regionale n. 1641, del 8.10.2020*) del quale, di seguito, si riportano alcuni Protocolli attivi nel Terzo Livello:

- **Protocollo assistenziale intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza (III livello)**

Il protocollo assistenziale intraospedaliero in condizione di urgenza-emergenza presso l'ospedale pediatrico "Giovanni XXIII", ove è collocato il Centro di Riferimento Regionale di III livello, può attivarsi su contatto diretto con l'equipe GIADA (da parte delle comunità/case rifugio, centri antiviolenza o operatori della Rete GIADA) la quale provvederà ad allertare il pronto soccorso e, se è il caso, le Forze dell'Ordine vi è una pronta attivazione del codice denominato GIADA13; in alternativa, per accesso diretto al Pronto soccorso attraverso i vari canali (118, Forze dell'Ordine, accesso spontaneo, pediatra di libera scelta o servizi sociali del territorio) con conseguente attivazione del codice denominato GIADA13 nel caso in cui vengano rilevati sintomi, segni o elementi della storia anamnestica sospetti. In entrambi i casi gli operatori del Pronto Soccorso, in casi di sospetto o di violenza intrafamiliare dichiarata dalla donna, possono servirsi di due brevi questionari utili, rispettivamente, a rilevare il rischio (della donna e dei suoi figli) di esposizione alla violenza domestica e il rischio di revittimizzazione. È importante, inoltre, che gli operatori di Pronto Soccorso documentino quanto rilevato nel corso della loro attività assistenziale (sia lesioni rilevate, sia interventi messi in atto) mediante la compilazione della Scheda di rilevazione dati Casi di violenza in Pronto Soccorso. Successivamente all'attivazione del Codice GIADA13, che prevede la presenza di uno psicologo e assistente sociale in pronto soccorso e la riduzione dei tempi di attesa per lo svolgimento della visita (che viene effettuata in un ambiente riservato) si procede ad un'attenta raccolta anamnestica e all'osservazione psico-comportamentale del minore. Se non emergono ulteriori elementi di sospetto si procede con le attività clinico/assistenziali di carattere medico e, in caso di rilevazione di elementi di vulnerabilità psico-sociale, si avviano le opportune azioni di monitoraggio e raccordo gli operatori territoriali (SS, CF, NPIA, CSM, PLS). Al contrario, nel caso in cui vengano rilevati ulteriori elementi di sospetto, vengono effettuate visite specialistiche (ginecologica, ortopedica, chirurgica, diagnostica per immagini, ecc.) ivi compresa la consulenza medico-legale, oltre che la ricerca di precedenti accessi in pronto soccorso. Se da tali approfondimenti viene confermata la condizione di violenza, si procede ad informare la Direzione Medica e a trasmettere una segnalazione all'Autorità Giudiziaria. Infine, fatta una valutazione sulla gravità degli esiti, la necessità di ulteriori approfondimenti medici, l'eventuale presenza di una condizione di violenza intrafamiliare o la necessità di protezione, gli operatori possono disporre il ricovero per garantire la condizione di protezione e proseguire valutazioni mediche e psicologiche, oppure disporre la dimissione con programmazione delle valutazioni psicologiche in regime ambulatoriale. In ogni

caso, in presenza di segni, sintomi o quadri diagnostici riconducibili all'esposizione a condizioni di violenza, in fase di dimissione, il medico di Pronto Soccorso o il medico del reparto di degenza (nel caso di ricovero), dovranno fare riferimento ai codici diagnostici ICD9-CM; tali codici potranno essere utilizzati anche come codici di diagnosi secondaria.

- **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.

- **Protocollo di intervento per il lutto traumatico nei bambini “special orphans”**

Gli Orfani Speciali sono tutti quei minorenni la cui madre è stata uccisa dal padre. In altre parole, sono i figli del femminicidio, i cui bisogni e vissuti sono stati ritenuti unici e speciali, diversi da quelli che, pur orfani di madre, non si trovano nella condizione di doversi riconoscere simultaneamente figli della vittima e figli del carnefice. In questi casi in cui la morte è improvvisa e determina una doppia perdita, sono fondamentali interventi tempestivi. Nello specifico, i Centri di II livello e il Centro di Riferimento Regionale di III livello, attivano le seguenti azioni:

1. **raccordo con i servizi dell'Ambito** (SS, CF, NPIA) e gli operatori del mondo giudiziario e legale al fine di definire il piano di interventi integrati, interdisciplinari e intersettoriali da implementare;
2. **comunicazione della notizia al bambino**, da effettuarsi presso il domicilio alla presenza delle figure di riferimento, e monitoraggio sistematico dell'adattamento dei minorenni;
3. nei giorni antecedenti il rito funebre, organizzazione di **attività laboratoriali nel contesto scolastico**, per preparare la scuola al rientro dei minori, da rivolgere alle famiglie, insegnanti ed alunni della scuola;
4. **preparazione alla partecipazione al rito funebre**;
5. **accompagnamento al ripristino delle routine**, con particolare attenzione al rientro nel contesto scolastico;
6. **condivisione** con gli operatori del settore di **indicazioni psicoeducative** per il fronteggiamento di alcune tematiche peculiari: la rievocazione della scena traumatica e le domande sul papà.
7. **predisposizione del percorso di assistenza sociosanitaria**, da avviare trascorsi i primi sei mesi dall'accaduto, teso al monitoraggio degli adattamenti individuali e familiari a medio termine.

Il Centro Giada è entrato nella Rete Ospedaliera in data 2019



FIRENZE

Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS, GAIA

INQUADRAMENTO NORMATIVO



Il GAIA (Gruppo Abuso Infanzia e Adolescenza) nasce nel 2005 come Progetto, promosso dal gruppo di lavoro stesso ed approvato dalla Direzione Sanitaria AOU Meyer, nel 2010 riconfermato con delibera della Direzione Generale AOU Meyer, nel 2015 riconosciuto come Servizio dalla Direzione Generale AOU Meyer.

Il GAIA è un servizio inserito nell'organigramma dell'AOU Meyer IRCCS, direttamente afferente alla Direzione Sanitaria.

Attraverso una gestione multidisciplinare e un lavoro trasversale all'attività ospedaliera, il GAIA 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, delle Istituzioni Competenti e dell'Autorità Giudiziaria.

Dal 2013, l'AOU Meyer è coinvolta nell'attuazione della rete intra-regionale Codice Rosa, che è un percorso di accesso al Pronto Soccorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate.

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE



L'equipe è composta da:

1 medico specialista in pediatria e con perfezionamento in ginecologia pediatrica (responsabile del Servizio);

2 medici specialisti in pediatria;

1 medico specialista in neuropsichiatria infantile;

1 medico specialista in radiologia e neuroradiologia pediatrica;

1 medico specialista in ortopedia pediatrica;

1 medico specialista in medicina di comunità e psicoterapia;

1 medico specialista in pediatria e psicoterapia;

1 psicologo psicoterapeuta;

1 assistente sociale;

2 infermiere.

La responsabile è incardinata nel Servizio GAIA al 100% del proprio orario, mentre gli altri professionisti non hanno uno specifico tempo dedicato, ma vi operano all'interno dell'orario di lavoro in funzione delle necessità. Il GAIA si avvale di consulenti, tra cui in particolare: chirurgo pediatrico per ustioni, medico specialista in dermatologia pediatrica, medico specialista in oftalmologia pediatrica, medico specialista in medicina legale.

FUNZIONI E ATTIVITÀ E MODELLO ORGANIZZATIVO



Il GAIA può essere attivato dal Pronto Soccorso, dagli altri Servizi e Reparti dell'Ospedale Pediatrico, 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. A livello ambulatoriale, le prestazioni erogate sono esenti ticket. Nell'Ospedale, il GAIA presta assistenza urgente o programmata nelle strutture/servizi che si trovano a dover gestire un paziente vittima, o sospetto di essere vittima di maltrattamento. 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, prende in carico e gestisce il minore e gli eventuali accompagnatori familiari e non, fornisce indicazioni sul tipo di esami diagnostici da eseguire, identifica le condizioni di rischio. È previsto il ricovero del minore anche per la sola condizione di tutela dello stesso.

RICERCA E FORMAZIONE



Il GAIA partecipa a progetti di ricerca regionali e nazionali. È promotore di eventi formativi sul fenomeno del maltrattamento sui minori, rivolti al personale interno dell'ospedale pediatrico, a figure professionali esterne

regionali; promuove e collabora a convegni, corsi e seminari per operatori sanitari e non sanitari.

Il Servizio collabora con le Università per lo sviluppo di tesi di laurea e tesi di master, nel tutoraggio del tirocinio per il master di I livello Codice Rosa dell'Università di Siena e per il Master di II livello in Criminologia e Psicopatologia Forense.

ALTRE ATTIVITÀ

Nel 2012/2014, l'AOU Meyer con il GAIA è stata uno dei soggetti promotori del Progetto del Dipartimento per le Pari Opportunità "Modelli di percorso per la protezione, la cura e il reinserimento sociale di soggetti minorenni vittime di abuso e sfruttamento sessuale", assieme al Comune di Firenze e all'Associazione Artemisia.

Nel 2012-2013, l'AOU Meyer con il GAIA è stata partner del progetto regionale "CON-TRAT-TO" (contro la tratta in Toscana); l'obiettivo del progetto è stato il consolidamento del sistema di interventi integrati a sostegno delle vittime di tratta e di sfruttamento (sessuale, lavorativo, accattonaggio, matrimoni forzati ed economie illegali). I destinatari del progetto sono stati le vittime di sfruttamento lavorativo (edilizia, agricoltura, ristorazione, lavoro domestico e assistenziale), i minori e le donne sfruttati nella prostituzione di strada e/o al chiuso, le persone immigrate (extracomunitari e comunitari, maschi, femmine, minori e transgender), le vittime di forme di violenza e grave sfruttamento in ambiti quali l'accattonaggio e le attività illegali forzate.

Nel 2014-2015, la Commissione Europea ha finanziato all'AOU Meyer, a sostegno delle attività del GAIA, un progetto denominato IPPOCA, presentato sul bando DAPHNE III, in tema di abusi e violenza su bambini e adolescenti; il Meyer ne è stato il coordinatore e i partner sono stati l'Ospedale Pediatrico San Juan De Deu di Barcellona, l'Ospedale Pediatrico Heim Pal di Budapest, HOPE (Hospital Federation of Europe), l'Università del Terzo Settore.

All'interno dell'Ospedale è attivo uno Sportello GAIA, aperto a tutta la popolazione. I colloqui avvengono in ambiente anonimo e protetto, attraverso sempre una gestione multidisciplinare; per accedere al colloquio occorre un primo contatto o per e-mail (gaia@meyer.it) o tramite recapito telefonico disponibile presso l'URP dell'AOU Meyer.

Nell'ambito del rapporto di collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, la psicologa e le psicoterapeute del GAIA offrono la propria disponibilità ad effettuare, l'assistenza all'audizione ed il sostegno e l'accompagnamento del minore all'interno del percorso giudiziario che verrà attivato.

Altri progetti finanziati da istituzioni nazionali e internazionali hanno caratterizzato l'evoluzione dell'impegno del GAIA contro il maltrattamento infantile e la protezione dei vulnerabili. Il Servizio, assieme ad un gruppo di professionisti sanitari del Codice Rosa, ha collaborato con la Procura Generale regionale, le Procure territoriali e la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Firenze e di Genova, all'elaborazione delle linee di indirizzo

giuridico-forensi della Rete regionale Codice Rosa, ratificate attraverso la firma di un Protocollo d'Intesa, 2022.

A settembre 2023, il GAIA, membro della Rete Ospedaliera per la Prevenzione del maltrattamento Infantile promossa da Terre des Hommes, ha contribuito alla 1° Indagine sulla Shaken Baby Syndrome patrocinata dall'Autorità Garante Infanzia e Adolescenza Nazionale. Inoltre, su questo tema, dal 2022 al 2024, sono stati eseguiti 12 incontri d'informazione sulla Shaken Baby Syndrome in collaborazione con ANPAS Toscana e TDH. Il GAIA infine, dall'autunno 2023, effettua incontri di informazione ai genitori e formazione alle educatrici presso i nidi pubblici e privati della regione Toscana. sulla Shaken Baby Syndrome.

CASISTICA



Il GAIA, negli anni, ha notevolmente aumentato il carico di lavoro, dal 2008 al dicembre del 2023 il servizio si è occupato della presa in carico di circa 1.350 bambini/e ed adolescenti pervenuti in Ospedale, con un picco negli anni 2017, 2018 e 2023 oltre 120 nuovi bambini per ciascun anno.

In tutti gli anni esaminati, prevale quasi sempre tra le vittime il sesso femminile, dal 49% ad un massimo del 68%. L'abuso sessuale presenta una frequenza che oscilla tra il 16% (2013) e il 48% (2008) rispetto a tutte le altre forme di maltrattamento valutate. La cittadinanza straniera è altresì variabile, da un 24% del 2008 ad un 50% del 2023.



NAPOLI

A.O.R.N. Santobono Pausilipon, Ospedale Santobono, MAIA

Il Gruppo di lavoro MAIA è nato, circa 3 anni fa, dall'esigenza sempre più emergente di fornire ai minori vittime di violenza un intervento adeguato, integrato e personalizzato dall'accoglienza ospedaliera, alla presa in carico clinica, psicologica e sociale, fino all'orientamento e all'accompagnamento ai servizi territoriali dedicati.

Esso ha, inoltre, lo scopo di aumentare la consapevolezza del fenomeno del maltrattamento tra gli operatori sanitari e di offrire loro gli strumenti necessari per la gestione dei casi, indicando le azioni standardizzate e condivise da intraprendere

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE



L'equipe multidisciplinare comprende l'intervento di dirigenti medici della UOC di Pediatria d'Urgenza Osservazione Breve e Pronto Soccorso, del neuropsichiatria infantile e dello psicologo clinico, del medico legale, dell'assistente sanitario del presidio e della direzione sanitaria. Inoltre si avvale di figure professionali in convezione esterna quali il ginecologo.

MODALITÀ OPERATIVA



Al momento la prima accoglienza delle vittime di maltrattamento avviene nel Pronto Soccorso: già dal triage, personale formato, può intercettare il "caso sospetto" ed attivare lo specifico percorso che può esitare in un ricovero in OBI/Pediatria d'urgenza per la gestione clinica diagnostica e terapeutica o in una dimissione dal PS dopo opportune segnalazioni alle AG.

Di prossima attivazione ci sarà un ambulatorio dedicato ed aperto ai pazienti che sono stati in trattamento ospedaliero o inviato dai medici di famiglia o dalle altre UUOO di Pediatria sul territorio regionale.

FORMAZIONE



Il gruppo di lavoro ha attivato anche dei corsi di formazione interna aziendale per incrementare la qualità della risposta assistenziale.

Il Centro MAIA è entrato nella Rete Ospedaliera per la Prevenzione del Maltrattamento Infantile nel 2023.



PADOVA

Azienda Ospedale Università di Padova, Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato

INQUADRAMENTO NORMATIVO



Il Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato è un centro di riferimento specialistico della Regione Veneto per la diagnosi, cura e prevenzione del bambino e della famiglia con sindrome da maltrattamento. All'interno del Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedale Università di Padova, è strutturato come un Servizio ospedaliero di III livello, dotato di reparto con letti di degenza - ordinaria e day-hospital con responsabilità giuridica diretta - e servizio ambulatoriale e di consulenza per la rete regionale e sovraregionale. Istituito con primo atto normativo risalente al 2000, affonda le proprie radici scientifiche e culturali in un'esperienza di Unità di Crisi per il Bambino Maltrattato attivata nel 1987.

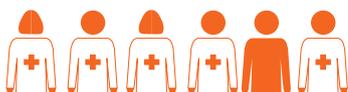
L'attuale organizzazione del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato del Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedale Università di Padova è il frutto di un lungo percorso normativo da parte del settore della programmazione sanitaria regionale della Regione del Veneto (Direzione Sanitaria), all'interno di una esplicita e più ampia visione programmatoria della definizione di una rete regionale per la diagnosi e cura e successiva riabilitazione delle vittime di maltrattamento.

Ciò deriva da una serie di evidenze emerse da precedenti esperienze cliniche e studi epidemiologici che hanno mostrato come il maltrattamento ai minori e le famiglie maltrattanti rappresentino un gruppo relativamente ristretto della popolazione, che tuttavia impiega molte delle risorse dei Servizi territoriali per i bambini e le famiglie (circa il 60%). Un'altra fonte di evidenza del problema derivava dalla sorveglianza sugli incidenti in età pediatrica, iniziativa dell'allora Dipartimento di Pediatria, che, negli anni '80, registrando i casi di incidenti che accedevano ai Pronto Soccorso dell'intera Regione, aveva osservato che tra questi, vi erano alcuni "incidenti", e soprattutto "gli incidenti ripetuti" che venivano poi inquadrati come maltrattamenti. Il fenomeno venne osservato in modo così sistematico, tanto che la scheda di rilevazione degli eventi venne modificata aggiungendo la voce "Bambino Battuto".

Da questa evidenza, nel 1987 venne costituita, presso il Dipartimento di Pediatria di Padova, una **Unità di Crisi per Bambini Maltrattati**, equipe medica attivabile a consulenza e supporto in caso di sospetto maltrattamento in un reparto. Il gruppo, originariamente formato da 2 pediatri, 1 neuropsichiatra infantile, 1 medico legale, si è andato arricchendo nel tempo di altri professionisti e di altre culture e competenze specialistiche, imponendosi velocemente nel panorama nazionale e internazionale quale esperienza unica ed autorevole (ISPCAN, WHO Europe, WHO).

L'esperienza internazionale di questa Unità di Crisi inizia con l'organizzazione del *First meeting on strategies on child protection* patrocinato da WHO-Europe nel 1998, a partire da questo lavoro si è arrivati a predisporre l'istruttoria tecnica per la realizzazione della *World Consultation on Child Abuse Prevention* nel 1999¹¹, cui ha fatto seguito nello corso dello stesso anno la definizione delle best practices in termini di trattamento e cura del bambino maltrattato, a partire dall'esperienza padovana e quella del Sick Children Hospital di Toronto. Dalla fine degli anni '90, l'esperienza clinica maturata dall'equipe della prima Unità di Crisi, suggerì la necessità di implementare un nuovo modello di cura per i casi di maltrattamento sui bambini, in cui i medici passassero dal ruolo di "consulenti" al ruolo di "curanti", assumendosi direttamente la responsabilità clinica, gestionale e decisionale del caso sospetto di maltrattamento. Sulla scorta di questa esigenza con D.G.R. N. 2989 del 22.09.2000 veniva istituito presso l'Azienda Ospedaliera di Padova il Centro attuale, facente parte del Dipartimento di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera, un vero e proprio servizio ospedaliero con letti di degenza dedicati ed uno specifico codice giuridico per le attività assistenziali. La sua attività è stata successivamente regolamentata con una serie di Delibere di Giunta Regionale della Regione Veneto (DGR N. 4236 del 30.12.2003, DGR N. 4245 del 30.12.2003 DGR N. 1415 del 14.05.2004 e con DGR N. 186 del 31.01.2006) che definivano in modo esplicito le modalità di funzionamento, le tipologie di attività assistenziale, le tariffe, la pianta organica ed i rapporti con la rete dei Centri territoriali terapeutico-riabilitativi provinciali, afferenti alle Unità Locali Socio-Sanitarie. Il Centro veniva riconosciuto tra i Centri regionali specializzati e dal 2019 afferiva all'Unità Operativa Complessa Centro Regionale Malattie Rare del Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda.

COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE



Il Centro si avvale della attività di un nucleo di professionisti stabili e di una rete di consulenti operanti in altri servizi e reparti dell'Azienda, ma con specifica formazione ed esperienza nel lavoro con i bambini maltrattati. L'attuale equipe dedicata si compone di:

- I Pediatra con funzione di Responsabile;
- I Medico di Comunità con Alta Specializzazione per "Diagnosi del bambino Maltrattato";
- I Psicologo psicoterapeuta Analista Infantile con Alta Specializzazione per "Diagnosi del bambino Maltrattato";
- I Infermiere pediatrico;
- 2 Medici Specializzandi – Scuola di Pediatria (Percorso di Base e Percorso Elettivo);
- I Medico Specializzando – Scuola di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie.

All'equipe dedicata, si affianca una equipe medica multispecialistica allargata appartenente ai seguenti reparti e servizi (Pronto Soccorso Pediatrico, Pronto Soccorso generale, Terapia Intensiva Pediatrica, Medicina Legale, Tossicologia Forense, Neuroradiologia e Radiologia Pediatrica, Ginecologia, Assistenza Neonatale, Terapia Intensiva Neonatale, Psichiatria, Medicina di Laboratorio, Microbiologia, Genetica, Infettivologia Pediatrica, Gastroenterologia Pediatrica, Neurologia Pediatrica, ORL Pediatrica, Oftalmologia Pediatrica, Neurochirurgia Pediatrica, Psichiatria Infantile, Dermatologia Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Plastica) per un totale di circa 29 specialisti.



Il Centro è un Servizio Ospedaliero III livello per la diagnosi precoce – comprensiva di diagnosi differenziale – dei sospetti maltrattamenti in tutte le loro sottoforme cliniche, di diagnosi di danno, attuale ed evolutivo, e per il trattamento di fase acuta oltre che per il trattamento riabilitativo specifico nei casi di maggiore complessità clinica. Il Centro rappresenta un riferimento clinico per la consulenza e la presa in carico del Bambino Maltrattato per la rete ospedaliera regionale e la rete delle Cure Primarie. Rappresenta inoltre un riferimento per consulenza per i Servizi Sociali e l’Autorità Giudiziaria Ordinaria e Minorile.

Le prestazioni sono erogate secondo i seguenti regimi assistenziali:

- Ricovero ordinario in AOUP con specifico Codice Giuridico associabile a tutti i reparti assistenziali del Dipartimento;
- Day Hospital con specifico Codice Giuridico;
- Attività ambulatoriale ordinaria con specifico Codice Giuridico;
- Consulenze a distanza in Regione Veneto e fuori Regione;
- Presa in carico continuativa mensile o quindicinale.

Tali prestazioni sono esenti dalla partecipazione al costo per l’utenza e sono regolate (DGR N. 3242 del 17.10.2006) da specifiche prestazioni di nicchia da effettuarsi esclusivamente dal Centro con relative tariffe.

Il Centro può essere attivato per mezzo di richiesta di Consulenza da un altro reparto dell’Azienda Ospedaliera o da parte di altri Ospedali; durante la Consulenza si valuta la miglior ipotesi d’intervento, ovvero se sia opportuno un Ricovero del bambino presso il Centro stesso o se possa essere proseguita la valutazione in acuto nel contesto di un regime Ambulatoriale con accessi in Day-Hospital. L’attivazione può avvenire anche da parte dei Servizi Territoriali, sia Sanitario che Sociale: in questo contesto viene organizzata una discussione preliminare del caso in equipe con una successiva valutazione della modalità più idonea di presa in carico (Ricovero, accesso Ambulatoriale in regime di Day-Hospital). Ulteriori opzioni sono l’arrivo del caso direttamente dalla famiglia o dal Curante (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta) tramite impegnativa dematerializzata, nonché su invio dell’Autorità Giudiziaria. L’intervento sul bambino prevede, quindi, in acuto, le prime cure e iter di approfondimento diagnostico, con responsabilità ed incarico diretti da parte dei medici e psicologi del Centro. Ricadono in questo iter: colloqui con i genitori/caregiver, valutazioni psicoevolutive del bambino, successiva programmazione della dimissione con sinergica cooperazione con i Servizi Territoriali. Recentemente, un Ambulatorio Virtuale integrato è stato sperimentato come formula di valutazione multidisciplinare, con la possibilità di ottenere referti integrati multispecialistici con conclusioni diagnostiche condivise e firme collegiali tramite piattaforma Health Meeting. Il Centro inoltre può gestire casi anche “a distanza” coordinandosi alle equipe ospedaliere esterne e per alcuni casi selezionati, attua prese in carico terapeutico-riabilitative sia da un punto di vista neurofisiomotorio che psicologico. Anche la procedura valutativa mediante telemedicina è un’opzione attivabile e la dotazione tecnologica - in questo caso - è costituita da strumentazione e infrastrutture dedicate e altre di uso promiscuo con altri servizi.

CASISTICA



In più di 35 anni, il Centro si è occupato di migliaia di pazienti pediatriche vittime di violenza o maltrattamento e delle loro famiglie. L'attività clinica del Centro, secondo l'attuale modello organizzativo (in vigore dal gennaio 2008 per ricoveri DH, ambulatori e consulenze interne e per altri ospedali e servizi e, dal maggio 2011, per i ricoveri ordinari ad oggi) - ha preso in carico più di 1.700 famiglie con bambini maltrattati in famiglia o vittime di violenza extrafamiliare (violenza tra pari; bullismo; violenza comunitaria; pedofilia). Sono stati eseguiti più di 260 ricoveri ordinari per un totale di quasi 4.800 giornate di degenza, più di 600 ricoveri DH per un totale di quasi 1.400 giornate di degenza, quasi 3.000 mesi di prese in carico seguendo circa 30-35 bambini/mese e più di 350 consulenze per altri ospedali della rete regionale e nazionale. La forma di maltrattamento più frequente è quella fisica (19% + 5% di trauma cranico abusivo), seguito da Trascuratezza Grave (17%), Abuso Emozionale (16%) e Chemical Abuse (15%). Abuso sessuale e Violenza assistita contano 11% ciascuno, infine un 4% è rappresentato dal Disturbo Fittizio per Procura e un 2% di altre forme (es: bullismo). Nei casi di trauma cranico abusivo, si sono registrati il 10% dei decessi.

FORMAZIONE E RICERCA



Il Centro, ai sensi della direttiva regionale sui centri regionali specializzati, svolge anche attività di formazione e ricerca. Dall'anno accademico 2004-2005, gli specialisti del Centro svolgono un Corso a scelta dello studente presso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Facoltà di Medicina e Chirurgia (V anno, 32 ore, 1,5 CFU), oltre a lezioni puntuali per i corsi di Laurea di Psicologia, Giurisprudenza, Scienze dell'Educazione, Scienze Infermieristiche, Terapisti della Neurorabilitazione, Scienze Sociali.

Oltre a ciò, conduce corsi di formazione per operatori sanitari ospedalieri e territoriali sia della Regione Veneto, sia di altre Regioni e dal 2008 accoglie un training formale per Medici Specializzandi della Scuola di specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, nonché, dal 2024 per Medici Specializzandi per la Scuola di Specializzazione in Pediatria^f.

Presso il Centro, più di 350 studenti hanno svolto il lavoro di ricerca finalizzato all'elaborazione di tesi di Laurea, Specializzazione, Master e Dottorato di Ricerca sul tema del maltrattamento e della violenza. Le attuali linee di ricerca riguardano la diagnosi e i criteri diagnostici, gli esiti a medio e lungo termine del maltrattamento sul neurosviluppo e sull'asse dello stress e sul sistema immunitario, l'esposizione agli stupefacenti e l'epigenetica del maltrattamento, oltre che di Programmazione Sanitaria in tema di violenza.

f. Dal 2024, pubblica e diffonde a circa 400 professionisti di cui la metà personale in formazione (specializzandi, dottorandi) una Newsletter mensile "Newsletter CBM - Sapere, per Conoscere, per Saper riconoscere", bollettino ufficiale del Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato.

SINOSSI DEI CENTRI

	BARI	FIRENZE	NAPOLI	PADOVA
Inquadramento Normative	Delibera Regionale	Delibera Aziendale	Delibera Aziendale	Delibera Regionale
Inquadramento Aziendale	Servizio	Servizio	Gruppo di lavoro	UOC
Ospedale Pediatrico o Reparto interno ad Ospedale misto Pediatrico/Adulto	Ospedale Pediatrico	Ospedale Pediatrico	Ospedale Pediatrico	Reparto interno ad Ospedale misto Pediatrico/Adulto
Sede dedicata	No	Si	No	Si
Anno di Fondazione	2000 2009 2019	2005 – Progetto 2015 - Servizio	2020	1987 – Progetto 2000 - Servizio 2006 - Reparto
Leadership	Psicologica	Medica	Medica	Medica
Personale tempo pieno/tempo parziale	Parziale	Tempo pieno solo la responsabile; gli altri parziale	Parziale	Pieno
Personale medico dedicato o consulente	Consulenza	Entrambi	Consulenza	Dedicato
Psicologi numero	5	1 psicologo psicoterapeuta e 2 medici psicoterapeuti	1	1
Numero personale consulente /dedicato	Personale dedicato (Tempo parziale): 6 Medici Consulenti: 25	Personale dedicato: 1 a tempo pieno e 11 a tempo parziale Consulenti: 10	Personale dedicato (Tempo parziale): 1 Consulenti: 5	Personale dedicato (Tempo pieno): 7 + 1 turno infermieristico h24 di reparto Medici Consulenti: 29
Attività di Outpatient - Inpatient	Outpatient e Inpatient nelle varie UUOO dell'Azienda	Outpatient e Inpatient	Outpatient	Inpatient e Outpatient
Regime assistenziale	Assistenza psicologica Consulenza	Ricovero ordinario Attività Ambulatoriale	Consulenza in reparto Attività Ambulatoriale	Ricovero Day-Hospital Attività Ambulatoriale Consulenza Presa in carico continua Follow-up Riabilitazione
Tariffe	Tariffe SSN	Utente non pagante ticket	Tariffe SSN	Tariffe Dedicare con DGR
Ricerca	Si	Si	No	Si
Formazione	Continua	Prelaurea, postlaurea, continua, aziendale	Aziendale	Prelaurea, postlaurea, continua
Sensibilizzazione /Diffusione	Si	Si	No	Si
Attività per AG	Ausiliari PG Audizioni Protette	Ausiliari PG	No	Ausiliari PG Audizioni protette Relazioni tecniche
Bacino di riferimento	Regionale Sovraregionale	Regionale	Cittadino	Regionale Sovraregionale
Strumentazione	Promiscua	Dedicata conforme a quella richiesta dalle linee guida	Promiscua	Dedicata
Posti letto	Promiscui	Funzionalmente attivabili	Promiscui	Dedicati

IL QUESTIONARIO PER IL PERSONALE SANITARIO

LA REVISIONE DELLA LETTERATURA

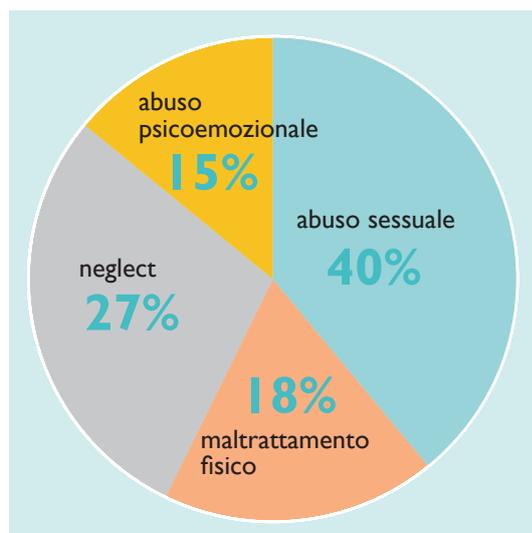
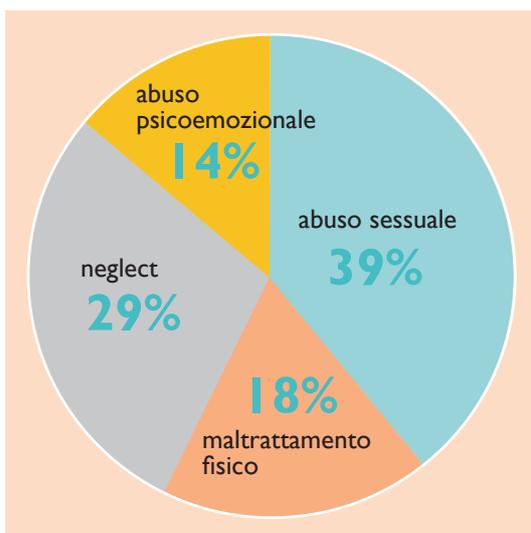
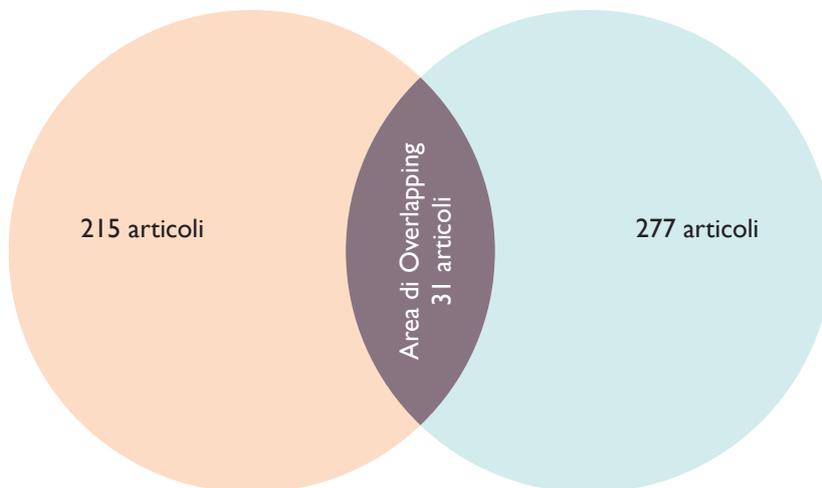
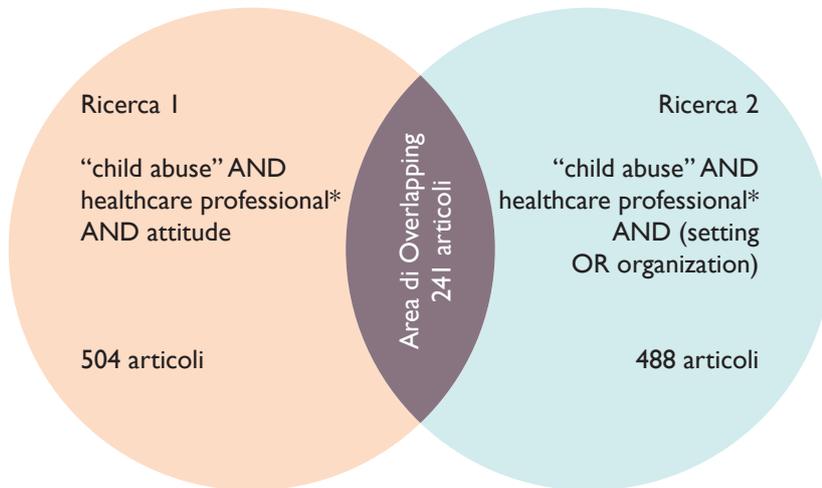
Il questionario è stato progettato ad hoc a partire da un'estesa revisione della letteratura scientifica internazionale, attraverso l'analisi di testi pubblicati dai maggiori Organismi internazionali, governativi e non con l'obiettivo di esplorare:

- L'**Attitudine** verso il tema del maltrattamento;
- Le **Conoscenze** in tema di maltrattamento;
- L'**Organizzazione** della gestione degli iter diagnostico-terapeutico-legali dei casi di maltrattamento infantile.

Questi tre temi ricorrono frequentemente nelle pubblicazioni riguardanti la gestione sanitaria del maltrattamento infantile e sono stati selezionati in quanto macro-aree semantiche che riassumono gli elementi essenziali per la costituzione di un Servizio sul maltrattamento Infantile. Ciascuno dei tre temi è stato analizzato per tre profili professionali differenti:

- **Personale direttamente coinvolto** nella diagnosi, nella cura, nella tutela dei casi (medici/infermieri/psicologi/tecnici di laboratorio/operatori dei servizi di diagnostica/servizi sociali/autorità giudiziarie etc.);
- **Direzione Ospedaliera** (personale amministrativo);
- **Decisori Regionali/territoriali** (Amministrazioni regionali e sanità regionale).

In una prima fase della ricerca bibliografica volta alla formulazione delle domande del Questionario, sono state condotte diverse ricerche per mettere a punto le parole chiave maggiormente significative, ottenendo due macrogruppi (Ricerca 1: 504 articoli; Ricerca 2: 488 articoli). Un successivo confronto con tecniche di text-mining ha individuato aree di sovrapposizione tra le due ricerche ed è stato scelto un contenuto gruppo di lavori incentrati su entrambi gli argomenti. Sono stati quindi valutati gli articoli singolarmente scartando quelli non strettamente inerenti e quelli per cui non era reperibile il full text. Il lavoro finale di consultazione si è concentrato su poco più di 450 articoli. Nelle figure che seguono sono illustrati la selezione degli articoli e le principali forme di maltrattamento trattate.



La tipologia di maltrattamento di cui gli articoli si occupano, è univoca nel 60% dei casi mentre nel restante 40% circa in entrambe le ricerche si considerano più forme di maltrattamento. L'analisi della letteratura internazionale ha, quindi, consentito di ottenere una panoramica generale di come venga percepito, identificato, trattato e gestito il tema del maltrattamento infantile nei diversi Paesi a livello mondiale, permettendo una prima rappresentazione di quali siano, rispetto ai tre livelli di indagine, nei tre differenti ambiti di interesse, i più frequenti elementi facilitanti, ritenuti essenziali, quali ad esempio: formazione universitaria e specialistica del personale; definizione di linee guida chiare per gli iter diagnostici e gli iter burocratici per la segnalazione dei casi sospetti etc. e quali quelli ostativi (insicurezza per l'inesperienza, paura del mancato anonimato nelle segnalazioni, non conoscenza delle corrette procedure di segnalazione, incompetenza specialistica in materia ecc.) nella costituzione di un Servizio dedicato alla Diagnostica e alla gestione del maltrattamento sui minori a livello Sanitario-Ospedaliero.

SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO

Il Questionario così costruito è stato inviato a tutto il personale dei 4 Centri: a tutti i profili professionali (Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Tecnici di Laboratorio, Infermieri, OSS), indipendentemente dal ruolo (Responsabile di un Servizio/Coordinatore infermieristico o Staff del Servizio) e per ogni reparto di appartenenza sono state create apposite maschere.

Queste le sezioni del Questionario:

- **Dati Demografici:**
Ospedale di appartenenza, sesso del candidato, età, gruppo professionale;
- **Gruppo professionale:**
Questa sezione presenta tre strutture differenti a seconda del gruppo professionale di appartenenza:
Medico o Psicologo
Infermiere/Tecnico/Assistente Sociale
OSS
Per ciascun profilo vengono indagati i titoli conseguiti, il ruolo ricoperto e il reparto di appartenenza, nonché gli anni di lavoro presso quell'ospedale;
- **Formazione specifica:**
Indaga se chi risponde abbia ricevuto o meno una formazione specifica sul tema del maltrattamento, in quale momento della propria formazione e/o attività lavorativa e in che forma (corso universitario, autodidatta, ECM, etc.);
- **Gruppo di Lavoro:**
Si indaga se chi risponde faccia parte di un gruppo di lavoro dedicato alla prevenzione e alla presa in carico di Bambini Maltrattati; se sì, il Questionario prosegue nella sezione "Competenze"; se no prosegue nella sezione "Esiste un gruppo, lo sai?";
- **"Esiste un gruppo, lo sai?":**
Indaga la conoscenza da parte del personale NON dedicato al servizio per il maltrattamento sui bambini dell'esistenza di tale Servizio all'interno dell'Ospedale in

cui lavora e se sia a conoscenza di come contattarlo, se lo abbia mai contattato e di che cosa pensa che il Servizio di occupi;

- **Competenze:**

Si sondano le conoscenze specifiche sull'argomento con domande sulla definizione di maltrattamento e la prevalenza delle singole forme, se sospettare o meno il maltrattamento in una serie di situazioni cliniche e contesti sociali, se sia nota l'esistenza di leggi che regolano l'obbligo di segnalazione;

- **Considerazioni personali:**

Indaga il grado di accordo rispetto a delle affermazioni circa la competenza sanitaria in tema di maltrattamento infantile;

- **Pratiche:**

Esplora se chi risponde abbia mai sospettato il maltrattamento nella sua pratica professionale (e se sì, in quanti casi), se abbia un'opinione rispetto alle possibilità d'azione rispetto ad un sospettato caso di maltrattamento infantile e se sia a conoscenza di linee guida per la diagnosi e la presa in carico dei casi all'interno del proprio ospedale.

Le domande sono state formulate in maniera diretta ed indiretta, per ottenere risposte il più autentiche possibili e sono: a risposta singola, a risposta multipla, tabelle da completare, risposte aperte (risposta breve e/o a contenuto numerico). Il Questionario è stato visionato e discusso assieme ai referenti di ciascun ospedale, e sono stati condivisi suggerimenti di modifica. La somministrazione è stata fatta per via telematica: una singola risposta per candidato senza consentire nuovi accessi e mantenendo l'anonimato.

RISULTATI DELLA SURVEY SUL PERSONALE SANITARIO

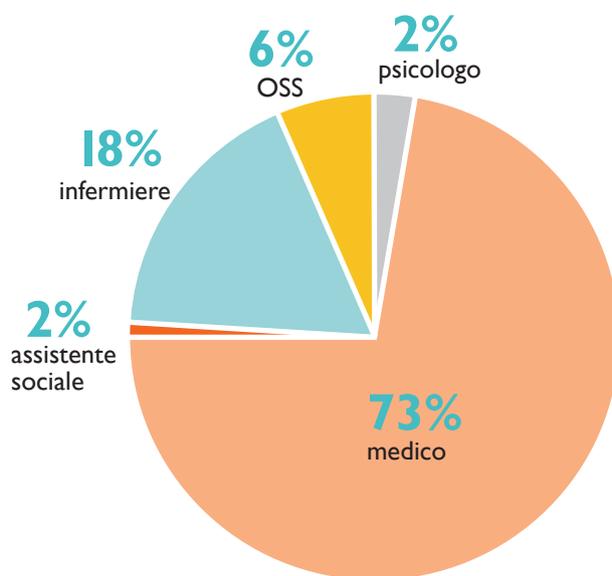
L'invito al questionario è stato esteso a tutto il personale dei centri ospedalieri, sia del Servizio dedicato al maltrattamento di ciascun ospedale, sia esterno ad esso, a prescindere dal gruppo professionale d'appartenenza, per cogliere il più ampio spettro di punti di vista possibile.

I professionisti coinvolti sono stati suddivisi in 3 macrogruppi per i questionari dedicati (professioni di Medico e Psicologo; professioni di Infermiere, Tecnico e Assistente Sociale; professione OSS).

IL CAMPIONE

Hanno aderito allo studio 185 professionisti della salute, dei quali 91 (49,7%) dall'Azienda Ospedaliera di Padova, 48 (25,9%) dall'Azienda Ospedaliera di Napoli, 31 (25,9%) dall'Azienda Ospedaliera di Bari, 14 (7,6%) dall'Azienda Ospedaliera di Firenze. Il campione si compone di 135 Medici (circa il 90% specialisti/specializzandi in pediatria e/o afferenti,

i.e. chirurgia pediatrica), 34 Infermieri, 11 OSS, 4 Psicologi e 1 Assistente Sociale, di cui circa l'80% di sesso femminile con una età media di poco superiore a 40 anni, circa il 40% ha frequentato al massimo un evento di formazione dedicata al maltrattamento ai minori nel corso dell'esercizio della professione.



GLI OPERATORI SANITARI CONOSCONO IL MALTRATTAMENTO?

Rispetto al tema del maltrattamento infantile, è stato poi chiesto ai candidati di ciascun gruppo professionale se avessero o meno ricevuto, nel corso della loro vita accademica e/o professionale, una formazione specifica sul tema del maltrattamento infantile e sulla diagnosi e gestione di questi casi.

Il 57,6% dei medici e degli psicologi ha dichiarato di non aver ricevuto una formazione specifica, il restante 42,4% aveva partecipato ad almeno un momento di formazione.

Tra gli infermieri, i tecnici e gli assistenti sociali, il 54,3% non ha ricevuto una formazione specifica contro il 45,7% che, invece, ha risposto affermativamente.

Infine, il 100% degli OSS (n=11) ha dichiarato di non aver ricevuto una formazione specifica.

Risulta quindi, sulla totalità dei 185 partecipanti, che il 40,6% (n=75) del personale ha ricevuto una formazione specifica in tema di maltrattamento.

Il 68% di questi ha ricevuto la formazione durante l'esercizio della professione, mentre il 17,3% e il 34,7% hanno ricevuto la formazione rispettivamente durante il corso di laurea e durante la scuola di specializzazione.



40,6%

DEI PARTECIPANTI HA RICEVUTO
UNA FORMAZIONE SPECIFICA IN TEMA
DI MALTRATTAMENTO

GRUPPO	FORMAZIONE DEDICATA	
	SI (%)	NO (%)
Medici & Psicologi	42,4	57,6
Infermieri, Assistenti Sociali & Tecnici	45,7	54,3
OSS	0	100

CHI SONO GLI INTERVISTATI?

Dei 185 professionisti intervistati, 45 (24,3%) appartengono ai Gruppi di lavoro/Servizi dedicati al maltrattamento degli ospedali e i restanti 140 (75,5%) no.

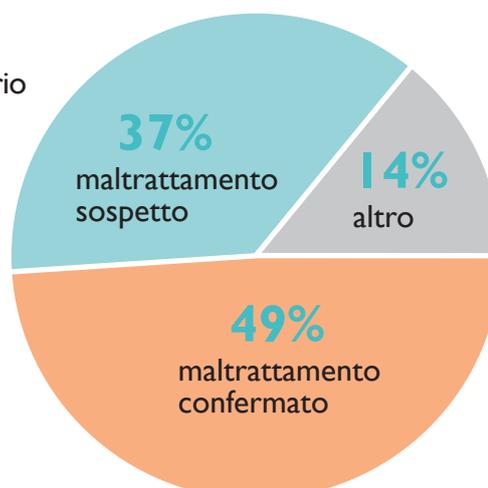
Di questi ultimi è stata quindi indagata la consapevolezza circa l'esistenza di tale specifico Servizio nel proprio ospedale, nonché le competenze e modalità di attivazione dello stesso.



“ESISTE UN GRUPPO, LO SAI?”

Tra questi l'82% (115/140) ha dichiarato di essere a conoscenza dell'esistenza di un gruppo di lavoro dedicato al tema del maltrattamento all'interno del proprio ospedale (sia per medici sia per infermieri il rapporto conoscenza: non conoscenza è di circa 4:1). Inoltre, nel 56,6% (N=65) dei casi, questo sottogruppo di professionisti ha dichiarato di aver preso contatti con questo Servizio dedicato più o meno frequentemente per:

- 49% Maltrattamento confermato;
- 37% Maltrattamento sospetto;
- 14% Altro (gestione dei casi, contiguità del proprio reparto con i posti letto del servizio).



IDENTIKIT RISPONDENTE

- donna 80%
- età media..... poco più 40 aa (41,55) (range: 24-69)
- professione medico 73%, soprattutto Napoli e Padova
- formazione..... 53% specialisti, 22% in formazione
- anni di lavoro..... (range 4 mesi – 36 anni); 0-4: 40%; 5-9: 21%
- ambito..... 50% Pediatria e 30% Pronto soccorso
- formazione dedicata 41% 1 evento formativo
- lavora con il centro..... 24%
- sa che esiste il centro..... 80% di coloro che non lavorano direttamente con il Centro

COME SI ATTIVA IL SERVIZIO DEDICATO AL MALTRATTAMENTO E CHE COMPETENZE HA?

Quanto alla responsabilità/attività e/o mansioni di questo Servizio dedicato al maltrattamento infantile i 140 rispondenti hanno risposto (più di una risposta possibile, per un totale di 541 scelte pari a quasi 4 opzioni per ciascun rispondente):

90%

Presa in carico
dei bambini

89%

Segnalazione
(ai Servizi Sociali,
all'Autorità giudiziaria)

86%

Dimissione protetta
(Contatto con Servizi Sociali
e Servizi territoriali)

63%

Diagnosi

59%

Follow-up clinico

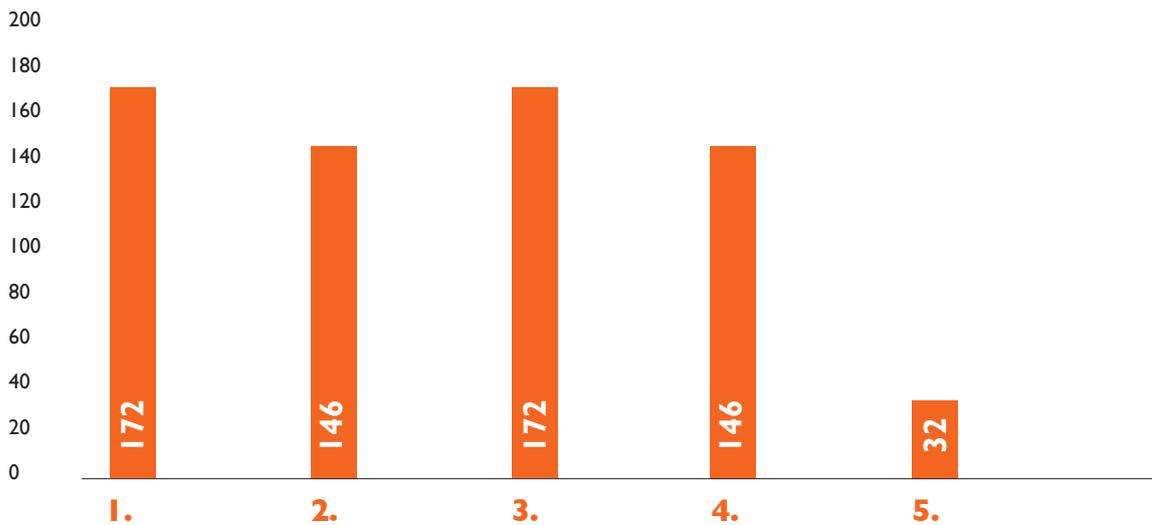
COME SI ATTIVA IL SERVIZIO DEDICATO AL MALTRATTAMENTO E CHE COMPETENZE HA?

Sei le domande che hanno permesso di indagare la competenza in materia, dei rispondenti.

DOMANDA 1:

A tutti e 185 i rispondenti allo Studio sono state presentate una serie di situazioni cliniche e contesti sociali rispetto ai quali era richiesto di decidere se sospettare o meno una condizione di maltrattamento (più di 1 risposta). Tutte le opzioni proposte risultavano sospettabili.

Sospetti maltrattamento in questi casi?



1. Bambino che ingerisce dell'Hashish trovato in casa
2. Bambino che viene visto a scuola con lividi su glutei e gambe, la sera prima aveva rotto una finestra in casa
3. Bambino che guarda un papà che dà un pugno alla mamma
4. Genitore da una sberla al figlio (bambino) che lamenta fame
5. Genitore da una sberla al figlio (bambino) che è corso in mezzo alla strada con un'auto in arrivo

I due quadri maggiormente selezionati sono stati “Bambino che ingerisce dell'hashish trovato in casa” e “Bambino che guarda un papà che dà un pugno alla mamma” con 172 selezioni ciascuna. **Solo il 14% dei candidati (n=26) ha sospettato maltrattamento in tutte le situazioni presentate.** Sono state scelte in media 3,6 opzioni a rispondente solamente in 2 casi è stata data un'unica risposta.

DOMANDA 2:

Chiedeva la definizione della “condizione di maltrattamento”.

L'86,5% dei partecipanti ha dato la risposta corretta, individuando la definizione del WHO del maltrattamento come la più idonea.

DOMANDA 3:

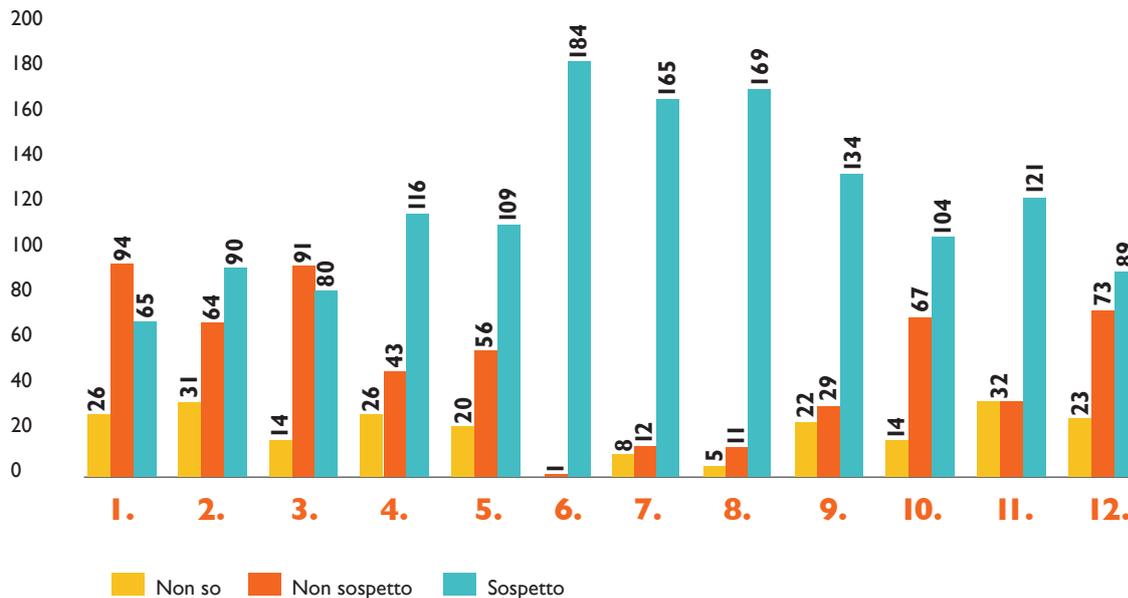
Chiedeva ai candidati di definire il concetto di “minore” scegliendo tra differenti opzioni, definite da limiti superiori di età differenti tra loro.

Il 76,2% ha risposto correttamente secondo la definizione di minore utilizzata dal WHO¹¹ che considera l'art. 1 della UNCRC⁷.

DOMANDA 4:

In una tabella erano elencati una serie di possibili segni e sintomi riscontrabili nei bambini durante la pratica clinica, per i quali veniva chiesto ai partecipanti di decidere se sospettare o meno un maltrattamento quale possibile **diagnosi differenziale**.

Sospetti o non sospetti una condizione di maltrattamento in ciascuna delle seguenti presentazioni cliniche?



1. Ritardo dello sviluppo psicomotorio
2. Rettoragia
3. Assenze/crisi convulsive di nuova insorgenza in lattante
4. Iperemia vulvare
5. Enuresi ed encopresi/condotte anomale nella defecazione
6. Ematomi, cicatrici, fratture di diversa datazione
7. Incidenti ripetuti e frequenti infezioni intercorrenti
8. Denutrizione/Disidratazione
9. Adultizzazione del bambino
10. Carie dentali multiple/scarsa igiene dentale
11. Psicopatologia dissociativa
12. Lattante con Circonferenza cranica che aumenta in modo anomalo

Tutte le opzioni proposte risultavano sospettabili.

Le tre opzioni per le quali è stato posto il maggior grado di sospetto sono state:

- 91% Denutrizione/Disidratazione
- 89% Incidenti ripetuti e frequenti infezioni intercorrenti
- 99,5% Ematomi, cicatrici, fratture di diversa datazione

Viceversa, le opzioni per le quali i candidati hanno espresso un minor grado di sospetto sono state:

- 48% Lattante con Circonferenza cranica che aumenta in modo anomalo
- 43% Assenze/crisi convulsive di nuova insorgenza in lattante
- 35% Ritardo dello sviluppo psicomotorio

21 partecipanti (11%) hanno posto una possibilità di sospetto per una condizione di maltrattamento in tutte le opzioni disponibili, correttamente. Tra questi, 14 avevano ricevuto una formazione specifica sul maltrattamento, pari al 66,7%. Il grado di sospetto per ciascuna condizione clinica presentata è visibile nella figura precedente.

DOMANDA 5:

Questa domanda, di carattere normativo, chiedeva ai partecipanti se fossero a conoscenza dell'esistenza di una legge che rende obbligatoria la segnalazione di casi di sospetto e/o accertato maltrattamento. Nell'89,2% dei casi è stata data risposta affermativa (53,5% "sì, so che c'è una legge così" e 35,7% "Sì, presumo ci sia una legge così").

DOMANDA 6:

L'ultima domanda della sezione competenze, infine, presentava una tabella, nella quale veniva richiesto di numerare le 7 principali sotto forme di maltrattamento, dalla più frequente (posizione numero 1) alla meno frequente (posizione numero 7).

	1	2	3	4	5	6	7
Abuso psicomozionale	<input type="checkbox"/>						
Maltrattamento fisico	<input type="checkbox"/>						
Neglect/trascuratezza	<input type="checkbox"/>						
Chemical abuse	<input type="checkbox"/>						
Violenza assistita	<input type="checkbox"/>						
Shaken Baby Syndrome/AHT	<input type="checkbox"/>						
Abuso sessuale	<input type="checkbox"/>						

L'Abuso Psicoemozionale è stato collocato al primo posto come forma di maltrattamento più frequente nel 31% delle risposte date. Il 28,6% dei partecipanti ritiene invece che la forma più frequente sia il Neglect/Trascuratezza. Il maltrattamento fisico è stato identificato come seconda forma più frequente nel 26% delle risposte e come 4° nel 28%.

Il Neglect o Trascuratezza ha ottenuto il 29% delle risposte con collocamento al primo posto e nel 21% dei casi è stato scelto come seconda forma più frequente, 19% come terza forma.

Il Chemical Abuse è stato collocato, nella maggior parte delle risposte, al quinto (23%) e al quarto (18%) posto della possibile classifica.

Le forme di **Violenza assistita** e di **Shaken Baby Syndrome** hanno ottenuto posizioni simili: la Violenza assistita è stata identificata come terza forma più frequente nel 17% delle risposte, come quinta nel 19% e, infine, al sesto posto nel 21%.

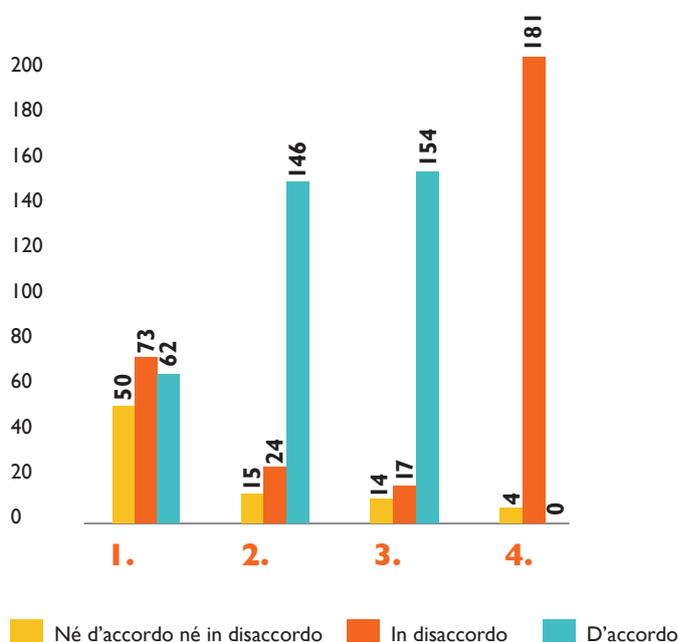
La Shaken Baby Syndrome, invece, è stata scelta come quinta più frequente nel 17% dei casi e nel 21% dei casi come sesta più frequente (medesimo risultato ottenuto per la Violenza Assistita. La settima forma più frequente è stata identificata nella maggior parte delle risposte (38%) nell'**Abuso Sessuale**.

6 partecipanti su 185 hanno collocato correttamente almeno le prime 3 forme in una corretta dimensione di prevalenza in Italia.

Questa domanda esplorava la percezione degli operatori sanitari circa le dimensioni del fenomeno, il fatto che solo 6 partecipanti identifichino correttamente le prime 3 forme (neglect, violenza assistita e psico-emozionale) coerenti con prevalenza italiana è sintomatico delle differenze di attitudine al sospetto ed alla diagnosi. La risposta assoluta dipende dal contesto di riferimento.

CONSIDERAZIONI PERSONALI DEI 185 PROFESSIONISTI SANITARI

Dopo aver esplorato gli ambiti della Conoscenza e della Competenza, lo studio indaga altri due aspetti fondamentali nella ricostruzione di un quadro complessivo della visione che i professionisti sanitari hanno del maltrattamento. A fronte di 4 diverse affermazioni i rispondenti dovevano dirsi d'accordo, in disaccordo.



1. Il sospetto di maltrattamento può danneggiare i genitori
2. Il maltrattamento è una diagnosi differenziale di patologia
3. Chiunque, indipendentemente dalla formazione professionale, possono riconoscere dei segni di maltrattamento
4. Il maltrattamento è una materia solamente per assistenti sociali e psicologi

Il 97,8% del campione non concorda sul fatto che il tema del maltrattamento sia da considerarsi di pertinenza esclusiva di Assistenti sociali e Psicologi.

Il 78,9% dei rispondenti ha inoltre dichiarato di considerare il maltrattamento come diagnosi differenziale di patologia e l'83,2% concorda con l'affermazione "chiunque, indipendentemente dalla formazione professionale, può riconoscere i segni di maltrattamento".

Serve più mentoring professionalizzante e sensibilizzazione verso tutte le figure professionali, non solo quelle ipoteticamente coinvolte in maniera diretta.

CONSIDERAZIONI PRATICHE

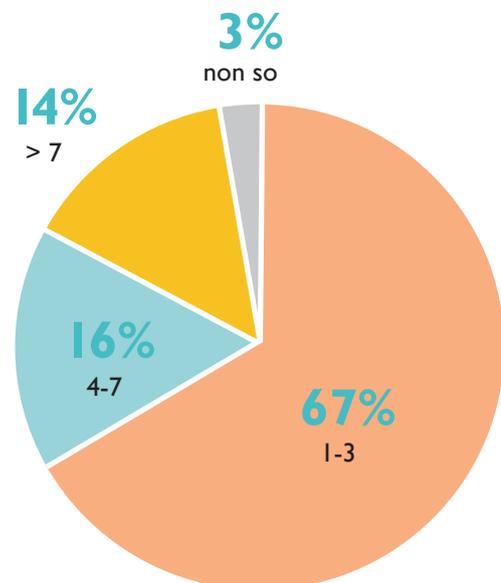
Viene chiesto ai partecipanti se il maltrattamento sia per lui/lei un argomento di interesse medico e se vi siano nel suo Ospedale delle Linee guida per la presa in carico dei casi: il 91,9% ha dichiarato di ritenere il maltrattamento un argomento di interesse medico; l'84,3% ha risposto che all'interno della propria azienda ospedaliera esiste un simile servizio/reparto.

Veniva, infine, chiesto ai partecipanti se nell'ultimo anno di lavoro (12 mesi) avessero individuato nella loro pratica clinica dei casi di sospetto maltrattamento e se sì (60%), quanti.

Hai avuto sospetti?



Quanti?



LE INTERVISTE AI “TESTIMONI PRIVILEGIATI”

DOMANDE

La terza fase di indagine è consistita nelle interviste a “Testimoni privilegiati”, ossia figure selezionate dai referenti dei singoli Centri perché ritenute di rilievo rispetto al tema “Maltrattamento” a per il loro coinvolgimento con il Servizio dedicato, la loro stretta collaborazione durante la pratica clinica con esso, o perché aventi un ruolo di decisore aziendale o decisore regionale.

Il campione finale è stato di 15 intervistati:

- 6 intervistati a Bari;
- 4 intervistati a Firenze;
- 1 intervistato a Napoli;
- 4 intervistati a Padova.

Per ciascun Centro è stato intervistato anche uno dei o il referenti/e del Servizio dedicato al maltrattamento. Per la Regione Puglia è stato intervistato anche un funzionario Regionale.

Anche le domande di queste interviste sono state formulate sulla base della stessa revisione della letteratura scientifica internazionale (cfr. questionario ad hoc) con lo scopo di indagare l’opinione professionale circa tre aree tematiche, più specifiche rispetto a quelle proposte nei questionari:

DOMANDA 1:

Si chiede se e *quanto* si ritenga importante trattare il tema del maltrattamento in ambito sanitario-ospedaliero;

DOMANDA 2:

Esplora quale sia la formula migliore per un gruppo di lavoro che tratti il tema del maltrattamento ai minori a livello Sanitario-Ospedaliero:

ipotesi a) Gruppo di Consulenza, di supporto ai reparti nei quali i bambini vengono ricoverati;

ipotesi b) Servizio con responsabilità diretta ed autonoma gestione dei pazienti (con formulazione di diagnosi, letti dedicati, firma di SDO e follow-up clinico-terapeutici).

Viene chiesto inoltre di elencare pregi e difetti di ciascuna formulazione;

DOMANDA 3:

Ove preferito il Servizio con responsabilità diretta, si chiede: quali le possibili disponibilità di budget; quale collocazione all’interno dell’ospedale; che interazione con gli altri reparti; quali le eventuali difficoltà; necessità o meno di prevedere piani tariffari dedicati e specifici; necessità di coinvolgimento della Regione nella costituzione di detto Servizio.

E RISPOSTE



Come detto, i “Testimoni privilegiati”, sono stati individuati dagli stessi referenti dei Servizi dedicati, in virtù del particolare coinvolgimento e conoscenza degli stessi, sulla tematica maltrattamento.

15 intervistati (funzionari Regionali, esponenti della Direzione Sanitaria, Responsabili di una singola Unità Operativa oppure dirigenti medici con stretti rapporti di collaborazione).

3 domande a risposta aperta, strutturate sulla base delle indicazioni e delle conoscenze ricavate dall’analisi della letteratura condotta.

1

DOMANDA 1:

Lei pensa che per il vostro Ospedale sia interessante trattare il tema del maltrattamento sui minori con un Servizio ospedaliero?

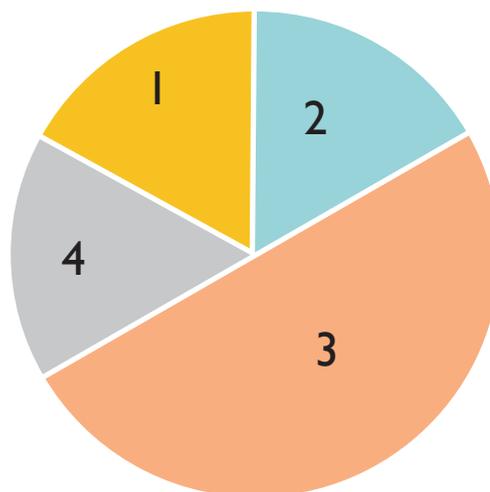
Tutti gli intervistati hanno sottolineato l’importanza di trattare il tema del maltrattamento a livello ospedaliero, secondo le motivazioni che si evidenziano nella figura che segue.

1. Questo tema DEVE avere una cornice Sanitaria decifrabile ed organizzata

2. Il ricovero è un modo per sottrarre questi bambini da un contesto pericoloso per la loro salute e vita

3. È fondamentale trattare questi bambini a livello sanitario perchè il fenomeno si sta ampliando in modo preoccupante

4. Trattare questi bambini a livello sanitario è fondamentale perchè ci consente di trovare i casi, facendo “emergere il sommerso”



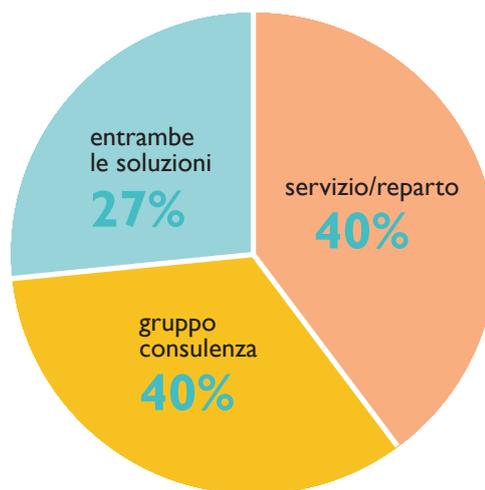
È fondamentale, quindi, anche secondo gli stakeholder, inquadrare il maltrattamento ai minori in ambito ospedaliero, trattare i bambini ed i casi di sospetto maltrattamento a livello sanitario per riuscire ad identificarli e ad avviare vere proprie azioni di tutela.

2

DOMANDA 2:

Dal punto di vista organizzativo, lei ritiene sia maggiormente conveniente:
(1) creare un gruppo di consulenza contattabile da tutti ma che poi lasci sia organizzazione che responsabilità nella gestione dei pazienti ai singoli reparti e ai servizi attuali oppure;
(2) che sia preferibile costituire un servizio dedicato, con una propria autonomia e responsabilità decisionale e un'autonoma attività sia di outpatient che di day-hospital e ricovero e quindi con letti, personale, firma di SDO, formulazione di diagnosi e dimissioni?
(3) quali sono le differenze tra le due secondo lei? Quali possono essere i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna formulazione?

La seconda domanda esplorava quale fosse, secondo ciascuno, la miglior formulazione possibile per un Servizio Ospedaliero dedicato al maltrattamento infantile: Servizio o Gruppo consulenza?



- 6 intervistati su 15 sono favorevoli alla creazione di un Servizio con responsabilità diretta e autonomia decisionale e gestionale dei pazienti;
- 5 si sono espressi a favore della costituzione di un Gruppo di Consulenti da affiancare ai singoli reparti di degenza, contattabile da tutti ma che poi lasci sia organizzazione che responsabilità nella gestione dei pazienti ai singoli reparti e ai servizi attuali;
- 4 intervistati si sono espressi a favore di entrambe le soluzioni, ritenendole valide a seconda del contesto territoriale in cui venga a trovarsi l'ospedale in cui far nascere questo Servizio.

Ciascun intervistato ha motivato la propria risposta, elencando pregi e difetti di ciascuna formulazione come si può apprezzare nella tabella riassuntiva che segue.

	PRO	CONTRO
Servizio dedicato	47% Garantire un'eccellenza di competenze in materia e una gestione ultra-specialistica dei ricoveri, permettendo a questi bambini di essere seguiti per la loro Patologia al pari dei bambini degli altri reparti	40% La multidisciplinarietà richiesta dal tema del maltrattamento non è concentrabile in un unico reparto
	13% È un forte punto di riferimento per gli specialisti di altri servizi (quali il Pronto Soccorso, ad esempio) che si interfacciano con situazioni di violenza: consente di diminuire il timore legato alla gestione di questi casi	27% Non conveniente in termini economici
	Autonomia maggiore e maggior facilità nel superamento degli ostacoli legati al "pregiudizio" o a "convinzioni errate" dei colleghi	13% "Ghettizzazione del bambino maltrattato" con ricoveri a parte e elemento negativo la chiara identificazione della situazione di "violenza"
	Costituzione di un Hub di riferimento che funga anche da promulgatore per formazione e campagne di prevenzione e che formi una rete sinergica col territorio	
Gruppo consulenza	33% Mantiene la multidisciplinarietà perché ciascun bambino viene assegnato sulla base della patologia organica e i consulenti poi sono di supporto; la costante interfaccia e collaborazione con altri Servizi garantisce inoltre una formazione continua del personale	Minor riconoscimento dell'identità del servizio e del suo ruolo
	20% Economicamente conveniente	Modalità disordinata di gestire i pazienti
	Non forza l'identificazione del paziente col tema della Violenza	Maggior fatica nella gestione delle comunicazioni e della formazione e gestione dei pazienti (non è totalmente dedicato e quindi deve essere attivo su più fronti)
	Immediatezza di risposta e disponibilità maggiore	

L'elemento che tutti i candidati hanno riportato come essenziale per la costituzione e l'esistenza di simile Servizio è la **collaborazione sinergica multidisciplinare** tra diversi reparti specialistici che il percorso diagnostico-terapeutico del bambino maltrattato richiede. Che sia auspicabile la costituzione di un Servizio o la formazione di un Gruppo di consulenza, ciò che risulta imprescindibile per tutti è che tale Servizio sia in stretta e costante collaborazione con gli altri Servizi specialistici, in ciascuno dei quali dovrebbe essere identificata una figura di riferimento che, all'interno della propria formazione, possa avere un riguardo maggiore verso il tema del maltrattamento e possa dedicarsi a questo in modo elettivo.

3

DOMANDA 3:

Volendo, per ipotesi, intraprendere la soluzione della creazione di un Servizio con responsabilità diretta, quali sono secondo lei le maggiori difficoltà?

Quali sarebbero le interazioni con gli altri Servizi e come potrebbe essere collocato all'interno dell'ospedale?

Come potrebbe avvenire la scelta del personale?

Ed infine, quali pensa possano essere le possibilità di Budget a riguardo?

Pensa sia preferibile creare prestazioni sanitarie specifiche con tariffe dedicate o incasellare le tariffe di tale Servizio all'interno di tariffe e prestazioni pre-esistenti?

Cosa può essere chiesto, sotto questo punto di vista, alla Regione? Le sembra una buona idea rivolgersi alla Regione, come è stato fatto in Veneto?

La terza domanda esplorava più fronti: da un lato interrogava il candidato circa la più idonea collocazione del Servizio per il maltrattamento ai minori all'interno dell'Ospedale, nell'ipotesi di costituire un Servizio con responsabilità diretta, e quale fosse il personale più idoneo da dedicarvi.

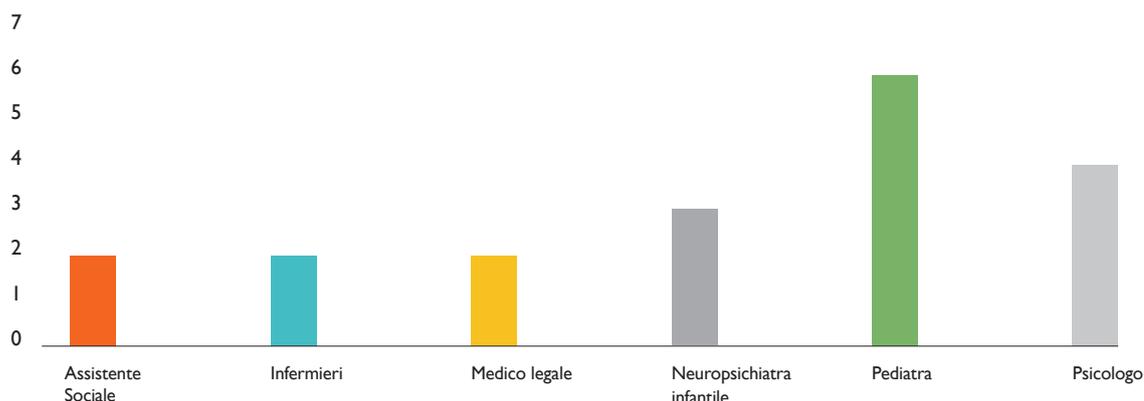
CHE PROFESSIONALITÀ DEVE AVERE UN SERVIZIO DEDICATO AL MALTRATTAMENTO?

Rispetto al personale, è emerso nel 40% delle risposte che tale Servizio debba vantare la presenza di uno o più Pediatri come specialista di riferimento.

Tre candidati hanno inoltre espresso la necessità che tale Centro possa vedere la presenza di un Neuropsichiatra infantile: nello specifico, un candidato ha ipotizzato un Servizio la cui responsabilità fosse unicamente dei Neuropsichiatri infantili e Psicologi, mentre due candidati hanno proposto che tali specialisti fossero parte integrante dell'equipe dedicata, in collaborazione coi Pediatri.

Nel 27% dei casi è stata manifestata anche la necessità di avere uno Psicologo all'interno dell'Equipe.

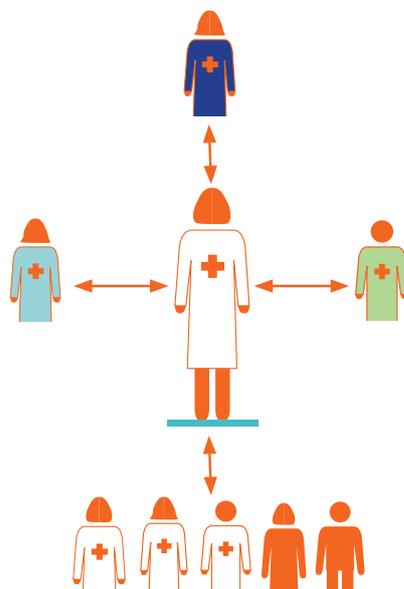
Infine, figure quali Infermieri, Assistenti Sociali e Medici Legali dedicati sono stati citati ciascuno nel 13% delle risposte.



MULTIDISCIPLINARIETÀ: UNA FORMULA VINCENTE

Il tema della multidisciplinarietà e della trasversalità delle competenze legate al tema del maltrattamento è ricorrente: tutti, infatti, si sono pronunciati favorevolmente rispetto alla necessità di creare una rosa di specialisti collaterali al Servizio per una collaborazione stretta e sinergica con l'Equipe dedicata. A tal proposito è stata evidenziata la necessità che, a prescindere dalla specialità medica posseduta, la figura responsabile di tale Servizio per il maltrattamento sui minori debba essere in grado di rendersi "direttore d'orchestra" e coordinatore di tutte le competenze che si rendono necessarie e vengono messe a disposizione nella gestione dei singoli casi.

Infine, la maggior parte dei candidati ha dichiarato che la caratteristica fondamentale del personale dedicato a tale Servizio debba essere una **forte motivazione personale** che spinga gli specialisti a scegliere questa Professione.



FORMAZIONE

In merito alla Formazione del personale, tutti gli intervistati hanno affermato che questa deve essere continua, capillare e deve coinvolgere non solo il personale specifico dedicato bensì tutti gli specialisti dell'Ospedale.

LE TARIFFE

Il secondo tema trattato nella domanda 3 riguardava le tariffe da stabilire per tale Servizio: circa la metà degli intervistati (47%) non ha espresso un parere a riguardo o si è dichiarato non sufficientemente preparato sul tema.

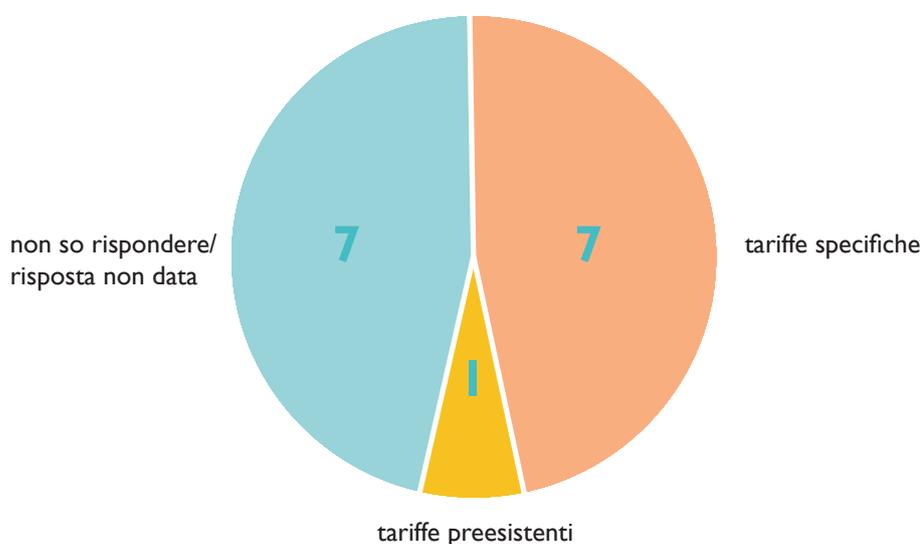
Dei rimanenti 8 candidati, 1 solo si è espresso a favore del mantenimento di tariffe preesistenti. A motivo della formulazione di tariffe specifiche per il Servizio (~47% delle risposte), i testimoni privilegiati hanno messo in luce la grande specificità delle prestazioni che gli specialisti erogano per i bambini vittime di maltrattamento, che risultano assai più complesse ed articolate rispetto a quanto fatto per medesimi segni di eziologia unicamente organica e/o da trauma di tipo accidentale.

All'interno di ciò è stata espressa anche la necessità di creare tariffe specifiche non solo per il solo Servizio ma anche per tutte le prestazioni specialistiche che vengono erogate da altri Servizi chiamati in Consulenza per questi bambini.



LA REGIONE: CHE RUOLO?

Rispetto al Ruolo della Regione, tutti i candidati hanno espresso parere favorevole. Essendo questo Servizio incardinato all'interno dell'Ospedale e, quindi, all'interno di un programma Sanitario definito, deve avere il supporto e una cornice Regionale. Sono emerse le seguenti motivazioni a sostegno dell'intervento della Regione.



RUOLO DELLA REGIONE

<p>La Regione deve essere coinvolta. Perché?</p>	<p>La Sanità è di competenza Regionale</p>	<p>“Senza la Regione non possiamo costruire nulla, la Sanità Pubblica è sotto il controllo della Regione.”</p>
		<p>“Intervento fondamentale dal momento che la Sanità rientra nelle competenze regionali e, per questo, anche questo tema DEVE rientrare all’interno di Politiche Sanitarie Regionali.”</p>
	<p>La Sanità è di competenza Regionale</p>	<p>“Servono finanziamenti Regionali mirati per progetti specifici di potenziamento.”</p>
		<p>“Qualora il tariffario nazionale non risultasse adeguato, è corretto chiedere alla Regione di attivare voci di budget ad hoc, stimato sulla base delle risorse a disposizione e delle spese previste.”</p>
		<p>“Alla regione deve essere chiesto di inserire voci dedicate per retribuire le prestazioni specifiche e riconoscere il personale specializzato.”</p>
	<p>La Regione deve dare identità ed autorità al Servizio</p>	<p>“Questo Servizio deve essere parte di un programma Regionale per avere maggior autorità e struttura.”</p>
		<p>“Questo Servizio è fondamentale per il futuro e va riconosciuto come identità.”</p>
	<p>La Regione deve promuovere la divulgazione del tema tramite formazione, organizzazione del territorio e divulgazione</p>	<p>“La regione è essenziale soprattutto per la parte di Formazione e divulgazione.”</p>
		<p>“...assieme alla parte medica e alla parte formativa, è indispensabile una formazione sulla cultura di popolazione e in questo la Regione deve dare un supporto essenziale: andrebbe fatta una pubblicità divulgativa su tram, cartelloni pubblicitari etc.”</p>
		<p>“Servono fondi regionali per la formazione sul tema.”</p>
		<p>“Serve pubblicizzare il tema attraverso i canali pubblici con il patrocinio della Regione: più se ne parla, più lo si conosce, più lo si previene.”</p>





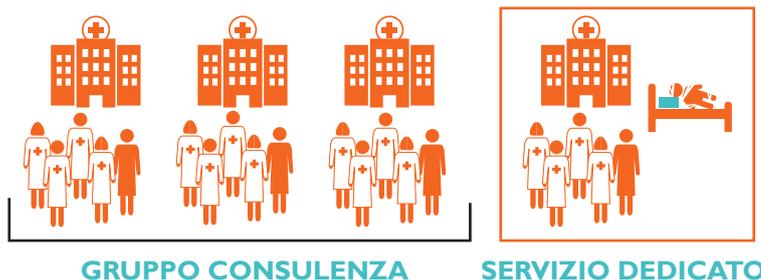
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Il maltrattamento ai minori è un tema di carattere ed interesse medico-sanitario: è una patologia che deve rientrare nelle diagnosi differenziali e, in quanto patologia, deve avere la medesima cornice sanitaria riservata a tutte le altre specialità mediche, come previsto anche dal V Piano Nazionale per l'Infanzia.

La prima fase di ricerca, che ha visto l'analisi di realtà già attive operanti sul nostro territorio, consente di avere un'iniziale rappresentazione di come, a livello sanitario oggi, sia possibile far fronte alla patologia del maltrattamento sui minori.

Dal contesto storico-culturale a quello organizzativo, le diverse realtà regionali presentano percorsi tra loro diversi e, di conseguenza, anche strutturazioni molto diverse tra loro. Confrontandoli tra loro, si evidenziano alcune differenze cruciali, tra le quali: la presenza o l'assenza di personale dedicato, di un servizio specifico, di un servizio di consulenza nonché di storie più o meno lunghe: dai 30 anni di Padova ai 3 anni di Napoli.

La maggior parte (3 su 4) dei servizi esaminati è strutturata in "Gruppo Consulenza".



3 su 4

SERVIZI ESAMINATI SONO STRUTTURATI IN "GRUPPO CONSULENZA"

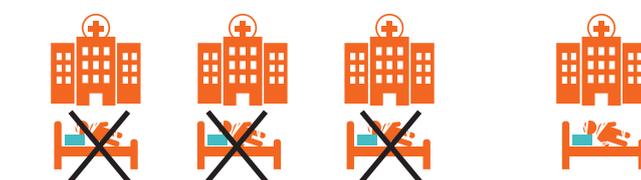
Ciascuno si inserisce in una cornice aziendale differente, quali delibere regionali, nel caso di Padova e Bari, e con delibere aziendali interne nel caso di Firenze e Napoli.



2 su 4

SERVIZI ESAMINATI NASCONO SU BASE DI DELIBERA REGIONALE

Il Centro di Padova è l'unica realtà con posti letto dedicati, nonché avere un'equipe dedicata a tempo pieno al Servizio, mentre i Servizi GAIA, GIADA e MAIA vantano un'equipe dedicata solo per parte del tempo o per un singolo componente, con attività di consulenza e/o ambulatoriale.



1 su 4

SERVIZI ESAMINATI HA POSTI LETTO

Il Centro di Napoli, di più recente attivazione, è nato, infine, dall'esigenza sempre crescente di poter offrire ai bambini vittime di maltrattamento dei percorsi di diagnosi, sanitario-assistenziali e di dimissione e follow-up adeguati, a testimonianza concreta che il fenomeno del maltrattamento è in aumento ed è necessario e urgente iniziare a trattarlo con un servizio ospedaliero.

Tutti i centri osservati sono attivi nella formazione sul tema, sia aziendale sia accademica.



GLI ELEMENTI DETERMINANTI PER LA NASCITA DI UN SERVIZIO OSPEDALIERO DEDICATO AL MALTRATTAMENTO INFANTILE

La fotografia emersa dalla revisione storico-organizzativa dei quattro Centri e dalle risposte al questionario e dalle interviste, ha consentito di porre in evidenza gli elementi essenziali necessari all'avvio di un Servizio ospedaliero per la Diagnosi del maltrattamento Infantile, ossia:

- **Riconoscimento dalla Regione:**

La Regione deve supportare questo Servizio. Ciò è essenziale affinché esso possa disporre di una struttura ben definita all'interno di una cornice di programmazione Sanitaria regionale, imprescindibile per un'identità forte e credibilità che esso deve poter vantare stante il delicato ruolo che dovrà giocare nel panorama della salute pubblica.

Tale Servizio deve altresì poter contare su finanziamenti regionali mirati, che gli permettano di farsi promotore di una diffusa cultura sul maltrattamento che possa avere quanta più diffusione possibile, sia attraverso la formazione del personale sanitario e non, sia attraverso la divulgazione e sensibilizzazione sul tema con campagne di prevenzione. L'inquadramento regionale è infine fondamentale anche per tutta l'organizzazione della rete sanitaria del territorio connessa al Servizio.

- **Tariffe Specifiche:**

La Regione deve formulare dei piani tariffari specifici.

Queste tariffe devono riguardare sia per le prestazioni del Servizio stesso, sia quelle dei consulenti che vi collaborano, in quanto esse risultano più complesse di quelle richieste per altri reparti (“una radiografia di un braccio rotto richiede competenze molto più specifiche e dettagliate se sospetto maltrattamento rispetto alla medesima radiografia di un braccio rotto per un trauma accidentale verificato”);

- **Forte motivazione del personale:**

Indipendentemente dalla figura professionale che si ritiene più opportuno dedicare a questo Servizio, è fondamentale che tutto **il personale che vi aderisce e vi collabora sia fortemente motivato**. È opportuno che la leadership includa dei Medici, che devono essere affiancati anche altre figure professionali, quali Psicologi e Assistenti Sociali. La forte motivazione del un professionista che sceglie di aderire al Servizio va ritenuta al pari, se non di più, della sua formazione.

Molti intervistati, infatti, ritengono la formazione un aspetto acquisibile nel tempo per mezzo di corsi, pratica clinica ed esperienza; la motivazione e l'inclinazione al tema, al contrario, risultano qualcosa di innato, parte di una vocazione personale che deve essere colta e coltivata sul nascere, per poter così avere del personale in grado di far fronte con un approccio professionale maturo alle molteplici difficoltà che interfacciarsi con questa patologia comporta.

- **Ruolo attivo nella promozione di una didattica sul maltrattamento all'infanzia.**

Ad oggi, in Italia, non vengono inclusi corsi specifici dedicati a questo tema all'interno dei programmi formativi delle scuole di specialità medica, psicologica ecc., se non per poche ore o per accenni all'argomento che non sono paragonabili alle ore di formazione e approfondimento che vengono dedicate alle altre patologie organiche. Ciò è vero soprattutto per le scuole di specialità in Pediatria. Tuttavia, essendo questa la "disciplina medica dello sviluppo", essa non può sottrarsi dal trattare anche tutto ciò che plasma sviluppo e neurosviluppo di un bambino, ovvero l'ambiente e, nello specifico, anche fenomeni come il maltrattamento infantile. Oggi la formazione sul tema, pertanto, risulta ancora lacunosa, non solo in ambito sociale ma anche, purtroppo, in ambito professionale medico. In base allo studio solo il 40% degli intervistati ha infatti ricevuto una formazione sul tema, ciò è quantomeno "particolare" se si considera che gli stessi appartenevano a Centri Ospedalieri nei quali è già attivo un Servizio dedicato al maltrattamento, sia esso in forma di Gruppo Consulenza o Reparto.

Centrale nello studio è stata la discussione su quale sia la formulazione migliore per un Servizio dedicato al maltrattamento: **Gruppo di consulenze** o **Servizio dedicato** con posti letto e responsabilità diretta sui pazienti?

Lo studio riporta che la risposta - secondo molti - debba essere declinata sulla base del territorio e contesto socio-storico-culturale in cui questo Servizio si inserisce escludendo una soluzione univoca. Il principale motivo ostativo alla costituzione di un Servizio dedicato con responsabilità diretta e posti letto per degenza è l'aspetto economico.

I testimoni privilegiati hanno ripetutamente sostenuto che "non ci siano i numeri" per costituire un tale Servizio e che ciò sia anti-economico anche per la multidisciplinarietà che viene richiesta. Tuttavia, superato l'ostacolo economico del breve termine per l'avviamento di un Centro simile, esso viene poi riconosciuto come la soluzione "più auspicabile", "idealmente migliore", "sicuramente un guadagno indiscusso nel lungo termine" per questi bambini.

Va evidenziato che sotto il profilo meramente economico, le mancate diagnosi di maltrattamento divengono pazienti che sono trattati solo parzialmente per i sintomi che presentano, senza che la loro eziologia sia in alcun modo risolta. Questi bambini rientreranno così in percorsi clinici lunghi, spesso con ingressi multipli nei ricoveri e nei Pronto Soccorso, con costi sanitari maggiori non abbattibili nel lungo termine.

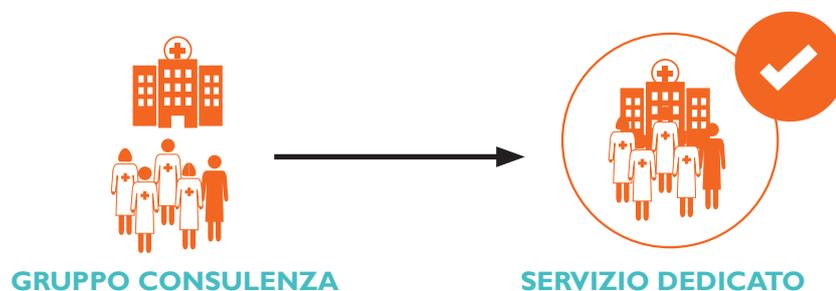
Per questo fare formazione è essenziale, per saper riconoscere i segni del maltrattamento e poter fare prontamente una diagnosi corretta. Ciò consente di aumentare il numero di bambini diagnosticati e trattati favorendone l'accesso ad un Servizio che offra loro cure e i percorsi dedicati e adeguati. Un Centro strutturato, deve pertanto, farsi promotore della formazione dei reparti collaterali e del territorio onde garantire una qualificata collaborazione sinergica.

Conoscere vuole dire prevenire.

La prevenzione del maltrattamento passa dalla consapevolezza della sua esistenza, delle sue manifestazioni e dall'abbattimento del pregiudizio, sia professionale (prima) che sociale (poi).

Obiettivo del Servizio dedicato, che può essere sia un unico Hub regionale di riferimento che un singolo Servizio in un ospedale, è ridurre gli accessi dei bambini per questa patologia.

VERSO LA CREAZIONE DI UN SERVIZIO DEDICATO AL MALTRATTAMENTO: L'ITER POSSIBILE



Far nascere un Servizio dedicato al maltrattamento in un centro ospedaliero e in un territorio che non presentino già una competenza in merito richiede un approccio al tema graduale.

Un Gruppo Consulenze, funziona quindi in modo ottimale in una fase preliminare di interfaccia con il fenomeno poiché è uno strumento agile di presa di consapevolezza da parte dei diversi specialisti.

Il Gruppo Consulenze garantisce una costante interfaccia con tutti i reparti nei quali i bambini si trovano ricoverati, consente un affiancamento immediato alle équipes già operative nell'ospedale e permette quindi di "instillare" il sospetto diagnostico di maltrattamento, iniziando a considerarlo come diagnosi differenziale. I casi lentamente aumentano di numero, grazie alla maggiore capacità e sicurezza nel riconoscerli nel segnalarli.

Ciò trova conferma anche nell'esperienza internazionale.

L'aumento di casi di maltrattamento afferenti agli ospedali e, nello specifico, ai Servizi dedicati, è derivato dalla maggior consapevolezza sul tema (in ambito medico e sociale), dalla maggior formazione del personale e acquisizione di competenze specifiche:

- Maggiore visibilità delle squadre che si occupano di abusi sui minori;
- Consapevolezza della disponibilità e del valore dei servizi specializzati;
- Più personale e/o maggiore capacità;
- Migliore riconoscimento e segnalazione da parte di medici e agenzie partner;
- Crescente consapevolezza degli abusi nella comunità;

A fronte dell'inevitabile aumento del numero di casi, il **Gruppo Consulenze** non è più sufficiente e diventa necessario un Servizio dedicato.

Il **Gruppo Consulenze** non può infatti avere la gestione dei ricoveri contemporaneamente presenti in reparti diversi e, non consente al bambino maltrattato di essere trattato per la sua specifica patologia.

La creazione del Servizio è quindi indispensabile.

Il Servizio deve essere collocato all'interno dell'area pediatrica, in stretta collaborazione sinergica con tutti i reparti collaterali. È indispensabile una leadership, medica, che abbia, fra tutti, il ruolo essenziale di "direttore d'orchestra" tra le varie discipline che si rendono necessarie nei percorsi diagnostico-terapeutici dei bambini.



QUALI MODELLI ORGANIZZATIVI POSSIBILI?

Trattare da un punto di vista sanitario il maltrattamento infantile è fondamentale perché previsto dai LEA (D.P.C.M. 29 novembre 2001) e dal "V Piano Nazionale per l'Infanzia". Per la costituzione di un Servizio dedicato al maltrattamento sui bambini in ambito ospedaliero, questi in sintesi sono i determinanti necessari:

- **Inquadramento del Servizio** in un programma sanitario regionale strutturato e definito, commisurato al bacino d'utenza di riferimento ed al potenziale numero di utenti cui si rivolge;
- **Applicazione di tariffe specifiche** per le prestazioni del Servizio e relative consulenze ad esso connesse;
- **Evoluzione del Servizio per "tappe"**: avvio come "Gruppo Consulenze" per poi diventare "Servizio con responsabilità diretta", con un'equipe medica e psicologica principale che coordini i rapporti sinergici e multidisciplinari con gli altri reparti e che abbia responsabilità decisionale e giuridica diretta nei riguardi dei bambini seguiti.

- **Declinazione quale Servizio** a seconda dei livelli assistenziali garantiti dalle singole strutture ossia:
 - Centri Base di assistenza
 - Centri Avanzati
 - Centri d'eccellenza: Centri di riferimento multispecialistici (posti negli ospedali di III livello);
- **Coordinamento con Rete territoriale** che operi in sinergica collaborazione con gli ospedali e sia organizzata e strutturata;
- **Personale con formazione** pediatrica di base;
- **Personale fortemente motivato**;
- **Promotore di formazione e sensibilizzazione sul tema** del maltrattamento con progetti regionali e nazionali.

Questo studio restituisce una prima rappresentazione di una piccola parte dei centri italiani che trattano il tema. L'estensione dello studio ad un campione di Centri permetterebbe una rappresentazione oggettiva del panorama delle strutture sanitarie nazionali, maggiori e minori, attualmente attive.

Lo studio propone strumenti agili e di facile impiego per la raccolta dei dati e l'osservazione dei Centri, che possono essere estesi ad ospedali di qualsiasi livello assistenziale, aventi o meno un servizio dedicato utili a poter valutare le differenti realtà territoriali da un punto di vista socio-sanitario – organizzativo, per poter strutturare, programmi sanitario-assistenziali utili a trattare, oggi, e prevenire, domani, il maltrattamento sui minori.

Dalla fase di analisi dei Centri si evidenziano una serie di differenze sostanziali già commentate precedentemente che stanno ad indicare un'evoluzione e una crescente attenzione al fenomeno che spinge il sistema sanitario pubblico a dotarsi di servizi specializzati per mettere in campo una risposta sempre più adatta e funzionale al suo contrasto.



BIBLIOGRAFIA

1. Meadow R, Bamford F. ABC of child abuse. 3rd ed. Ed. Roy Meadow. London: BMJ Publishing Group, 1997.
2. De Bellis MD. The psychobiology of neglect. *Child Maltreat*. 2005 May;10(2):150-72.
3. Kobulsky JM, Dubowitz H, Xu Y. The global challenge of the neglect of children. *Child Abuse Negl*. 2020 Dec;110(Pt 1):104296.
4. Kobulsky JM, Villodas M, Yoon D, Wildfeuer R, Steinberg L, Dubowitz H. Adolescent Neglect and Health Risk. *Child Maltreat*. 2022 May;27(2):174-184.
5. Dubowitz H, Roesch S, Lewis T, Thompson R, English D, Kotch JB. Neglect in Childhood, Problem Behavior in Adulthood. *J Interpers Violence*. 2022 Dec;37(23-24):NP22047- NP22065.
6. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva 2022. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO.
7. UN General Assembly. Convention on the Rights of the Child. United Nations General Assembly Resolution 44/25, Adopted 20 November 1989.
8. World Health Assembly, 49. Prevention of violence: public health priority. World Health Organization, 1996. <https://iris.who.int/handle/10665/179463>.
9. WHO Regional Office for Europe. First meeting on strategies for child protection. Report on WHO meeting, Padua, Italy, 29-31 October 1998. EUR_ICP_FMLY_01_03_01.
10. WHO/Europe. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series; No. 5. ISBN 92 890 1348 6.
11. World Health Organization. Violence and Injury Prevention Team & Global Forum for Health Research. Consultation on Child Abuse Prevention (1999: Geneva, Switzerland). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. <https://iris.who.int/handle/10665/65900>.
12. Meadow R, Bamford F. ABC of child abuse. 3rd ed. Ed. Roy Meadow. London: BMJ Publishing Group, 1997.
13. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*. 1999 Jan;103(1):186-91.
14. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, 2024. Child Maltreatment 2022. Available from <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment>.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.
17. Medicode (Firm). Icd-9-Cm: International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification. 5th ed. Salt Lake City Utah: Medicode; 1997.
18. Schnitzer PG, Slusher PL, Kruse RL, Tarleton MM. Identification of ICD codes suggestive of child maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2011 Jan;35(1):3-17.

19. Rebbe R, Martinson ML, Mienko JA. The Incidence of Child Maltreatment Resulting in Hospitalizations for Children Under Age 3 Years. *J Pediatr.* 2021 Jan; 228:228-234.
20. Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse Negl.* 2023 Nov; 145:106283.
21. WHO. Global status report on preventing violence against children. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
22. World Health Organization. European regional status report on preventing violence against children 2020. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
23. Cismai e Fondazione Terre des Hommes Italia. Il Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – Cismai – Fondazione Terre des Hommes Italia, 2021.
24. Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *Am J Dis Child.* 1972 Aug; 124(2):161-9.
25. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA.* 1962 Jul 7; 181:17-24.
26. Campbell KA, Wuthrich A, Norlin C. We Have All Been Working in Our Own Little Silos Forever: Exploring a Cross-Sector Response to Child Maltreatment. *Acad Pediatr.* 2020 Jan-Feb; 20(1):46-54.
27. Rowe DS, Leonard MF, Seashore MR, Lewiston NJ, Anderson FP. A hospital program for the detection and registration of abused and neglected children. *N Engl J Med.* 1970 Apr 23; 282(17):950-2.
28. Kempe CH, Helfer RE. (ed.). *Helping the battered child and his family.* Philadelphia: Lippincott, 1972.
29. Delnero H.; Hopkins J.; Drews K.; Medical center child abuse consultation team. From helping the battered child and his family by Kempe C.H. and Helfer R.E. 1972.
30. Kistin CJ, Tien I, Bauchner H, Parker V, Leventhal JM. Factors that influence the effectiveness of child protection teams. *Pediatrics.* 2010 Jul; 126(1):94-100.
31. Tien I, Bauchner H, Reece RM. What is the system of care for abused and neglected children in children's institutions? *Pediatrics.* 2002 Dec; 110(6):1226-31.
32. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics.* 2020 Oct; 146(4):e20200438.
33. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl.* 2007 May; 31(5):517-30.
34. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014 Apr; 23(2):185-222, vii.
35. Greene CA, Haisley L, Wallace C, Ford JD. Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clin Psychol Rev.* 2020 Aug; 80:101891.
36. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry.* 2013 Oct; 170(10):1114-33.

37. Tonmyr L, Jamieson E, Mery LS, MacMillan HL. The relationship between childhood adverse experiences and disability due to physical health problems in a community sample of women. *Women Health*. 2005;41(4):23-35.
38. Wojciak AS, Butcher B, Conrad A, Coohy C, Oral R, Peek-Asa C. Trends, Diagnoses, and Hospitalization Costs of Child Abuse and Neglect in the United States of America. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 16;18(14):7585.
39. Garner AS, Shonkoff JP; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*. 2012 Jan;129(1):e224-31.
40. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P system population trial. *Prev Sci*. 2009 Mar;10(1):1-12. Erratum in: *Prev Sci*. 2015 Jan;16(1):168.
41. Sanders MR. The Triple P System of Evidence-Based Parenting Support: Past, Present, and Future Directions. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2023 Dec;26(4):880-903.
42. Glasser S, Chen W. Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. *Isr Med Assoc J*. 2006 Mar;8(3):179-83.
43. Bravo-Queipo-de-Llano B, Alonso-Sepúlveda M, Ruiz-Domínguez JA, Molina-Gutiérrez MÁ, de Ceano-Vivas La Calle M, Bueno-Barriocanal M. Child sexual abuse detection in the pediatric emergency room. *Child Abuse Negl*. 2022 Jul;129:105676.
44. Deutsch SA, Zomorodi A, Zent J, Kirk A, O'Brien P, Loiselle C, De Jong A. Hospital Costs, Revenue, and Abuse Detection Associated With Occult Injury Screening. *Acad Pediatr*. 2022 Aug;22(6):989-996.
45. Hoffman JS, Koocher GP. Medical Child Abuse Hidden in Pediatric Settings: Detection and Intervention. *J Clin Psychol Med Settings*. 2020 Dec;27(4):753-765.
46. Suresh S, Heineman E, Meyer L, Richichi R, Conger S, Young S, Coombs C, Berger R. Improved Detection of Child Maltreatment with Routine Screening in a Tertiary Care Pediatric Hospital. *J Pediatr*. 2022 Apr;243:181-187.e2.
47. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FA, Woltering CM, Jongejan MH, Ruige M, Moll HA, De Koning HJ. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Arch Dis Child*. 2011 May;96(5):422-5.
48. Marchand J, Deneyer M, Vandenplas Y. Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *Eur J Pediatr*. 2012 Jan;171(1):17-23.
49. Lee M Jr, Bachim A, Smith C, Camp EA, Donaruma-Kwoh M, Patel B. Hospital Costs and Charges of Discharge Delays in Children Hospitalized for Abuse and Neglect. *Hosp Pediatr*. 2017 Oct;7(10):572-578.
50. Harr C, Souza L, Fairchild S. International models of hospital interdisciplinary teams for the identification, assessment, and treatment of child abuse. *Soc Work Health Care*. 2008;46(4):1-16.
51. Kistin CJ, Tien I, Leventhal JM, Bauchner H. A novel self-evaluation tool to assess the team function of a child protection team. *Acad Pediatr*. 2011 Nov-Dec;11(6):451-9.

52. Mora-Theuer EA, Klomfar S, Ramazanova D, Grylli C, Kletecka-Pulker M, Völkl-Kernstock S, Otterman G, Simon J, Greber-Platzter S. Cohort analysis of child abuse and neglect cases treated during the initial 2 years of a programme to support hospital-based child protection work in Austria. *BMJ Open*. 2023 Jul 14;13(7):e071536.
53. Peeler E, Dakil S, Culotta P, Giardino A, Greeley C, Bachim A. Financing pediatric hospital child abuse teams in 2015: National survey results. *Child Abuse Negl*. 2023 May;139:106114.
54. Eaves T, Roney L, Neitlich J, Knapik K, Lapointe K. A-TEAM: An Interprofessional Approach to Mandated Reporting in the Hospital Setting. *J Pediatr Health Care*. 2023 May-Jun;37(3):e1-e5.
55. Powers E, Tiyyagura G, Asnes AG, Leventhal JM, Moles R, Christison-Lagay E, Groisberg S, Auerbach M. Early Involvement of the Child Protection Team in the Care of Injured Infants in a Pediatric Emergency Department. *J Emerg Med*. 2019 Jun;56(6):592-600.
56. Benbenishty R, Jedwab M, Chen W, Glasser S, Slutzky H, Siegal G, Lavi-Sahar Z, Lerner-Geva L. Predicting the decisions of hospital based child protection teams to report to child protective services, police and community welfare services. *Child Abuse Negl*. 2014 Jan;38(1):11-24.
57. Kelly P, John S, Vincent AL, Reed P. Abusive head trauma and accidental head injury: a 20-year comparative study of referrals to a hospital child protection team. *Arch Dis Child*. 2015 Dec;100(12):1123-30.
58. Brink FW, Thackeray JD, Bridge JA, Letson MM, Scribano PV. Child advocacy center multidisciplinary team decision and its association to child protective services outcomes. *Child Abuse Negl*. 2015 Aug;46:174-81.
59. Giardino AP, Montoya LA, Leventhal JM. Financing medically-oriented child protection teams in the age of managed health care: a national survey. *Child Abuse Negl*. 2004 Jan;28(1):25-44.
60. Montoya LA, Giardino AP, Leventhal JM. Mental health referral and services for maltreated children and child protection evaluations of children with special needs: a national survey of hospital- and community-based medically oriented teams. *Child Abuse Negl*. 2010 Aug;34(8):593-601.
61. Connolly S. Everyone's business: developing an integrated model of care to respond to child abuse in a pediatric hospital setting. *Soc Work Health Care*. 2012;51(1):36-52.
62. Marryat L, Stephen J, Mok J, Vincent S, Kirk C, Logie L, Devaney J, Wood R. Data resource profile: the Edinburgh Child Protection Dataset - a new linked administrative data source of children referred to Child Protection paediatric services in Edinburgh, Scotland. *Int J Popul Data Sci*. 2023 Dec 14;8(6):2173.
63. Debelle G, Efstathiou N, Khan R, Williamson A, Summan M, Taylor J. The Typology and Topography of Child Abuse and Neglect: The Experience of a Tertiary Children's Centre. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 5;19(13):8213.
64. McRae KN, Hurd J, Ferguson CA, Longstaffe S, Gutkin R. The Winnipeg Children's Hospital child protection centre: a provincial medical initiative. *Can Med Assoc J*. 1984 Apr 15;130(8):981-4.
65. Mills L, Gravenor B, McRae KN. Child abuse in Winnipeg: hospital and community together. *Can Ment Health*. 1984 Jun;32(2):10-5, 23.

66. Bailhache M, Lerole A, Lagarde M, Richer O. Factors associated with the decision of a French hospital to report child abuse to judicial rather than administrative authorities. *Arch Pediatr*. 2021 Jul;28(5):360-365.
67. Neggia G, Diallo D, Bontemps S, Matthews A, de Jorna C, Martinot A, Dubos F. Child abuse and neglect in a pediatric emergency department: epidemiology and outcome. *Arch Pediatr*. 2021 Oct;28(7):504-508.
68. Pacella R, Nation A, Mathews B, Scott JG, Higgins DJ, Haslam DM, Dunne MP, Finkelhor D, Meinck F, Erskine HE, Thomas HJ, Malacova E, Lawrence DM, Monks C. Child maltreatment and health service use: findings of the Australian Child Maltreatment Study. *Med J Aust*. 2023 Apr 3;218 Suppl 6(Suppl 6):S40-S46.
69. Skellern C. Practices and perspectives regarding medico-legal reports in day-to-day cases in tertiary Australian child protection units. *J Paediatr Child Health*. 2022 Mar;58(3):427-431.
70. Knapstein J, Reed PW, Kelly P. ICD-10 codes for surveillance of non-fatal abusive head trauma in Aotearoa New Zealand: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2023 Jun 5;13(6):e069199.
71. Elarousy W, Abed S. Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2019 Aug 19;25(6):413-421.
72. Yamaguchi A, Niimura M, Sonehara H, Sekido Y, Kishimoto M, Tachibana Y, Takehara K. The characteristics of children referred to a child protection team in Japan and factors associated with decision-making: A retrospective study using a medical database. *Child Abuse Negl*. 2022 Dec;134:105867.
73. Watanabe Y, Shiga K, Kikuchi N, Kurihara Y, Sato A. A regional multidisciplinary network enhances child abuse case management. *Pediatr Int*. 2022 Jan;64(1):e15240.
74. Sahin F, Cepik-Kuruoğlu A, Demirel B, Akar T, Duyan-Camurdan A, Iseri E, Demiroğullari B, Pasli F, Beyazova U, Oral R. Six-year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. *Turk J Pediatr*. 2009 Jul-Aug;51(4):336-43.
75. Chen CJ, Chen YW, Chang HY, Feng JY. Hospital-Based Case Management Model for Child Protection Teams in Taiwan: An Action Research Approach. *J Nurs Res*. 2022 Aug 1;30(4):e225.
76. Chen CJ, Huang JJ, Wang SM, Feng JY. The structure, function, task, and effectiveness of hospital-based child protection teams in Taiwan. *Child Abuse Negl*. 2023 Oct;144:106373.
77. Benbenishty R, Chen W. Decision making by the child protection team of a medical center. *Health Soc Work*. 2003 Nov;28(4):284-92.
78. Chen W, Bernout E, Tzur S, Glasser S. Roundtable sessions of a Children's Hospital child protection team. *Psychiatr Serv*. 2008 Jun;59(6):693.
79. Davidson-Arad B, Benbenishty R, Chen W, Glasser S, Zur S, Lerner-Geva L. Distinguishing neglect from abuse and accident: analysis of the case files of a hospital child protection team in Israel. *Health Soc Care Community*. 2010 Nov;18(6):614-23
80. Ghani RM, Rosman A, Muhamad NA. The Suspected Child Abuse and Neglect (SCAN) Programme in Malaysia: From Inception to Present. *Glob J Health Sci*. 2019; 11(7), 148-53.

81. Ahmad Y, Denise C, Arunachalam D, Niner S. Suspected child abuse and neglect team (SCAN team): Early establishment, success stories, challenges and the way forward. *JAS*, 2015. 12(1):60-72.
82. Thun-Hohenstein L. Interdisciplinary child protection team work in a hospital setting. *Eur J Pediatr*. 2006 Jun;165(6):402-7.
83. Al Balushi SS. Did Child Neglect Cause Severe Injuries in Nine Children?: Case series from a regional hospital in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2023 May;23(2):245-250.
84. Jud A, Lips U, Landolt MA. Methodological challenges in following up patients of a hospital child protection team: is there a recruitment bias? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010 Nov 4;4:27.
85. Flemington T, Fowler C, Tran QN, Fraser J. Clinician Response to Child Abuse Presentations in the Vietnamese Hospital Emergency Setting. *J Interpers Violence*. 2020 Nov;35(21-22):4216-4238.
86. Lupariello F, Capello F, Grossi V, Bonci C, Di Vella G. Child abuse and neglect: Are future medical doctors prepared? *Leg Med (Tokyo)*. 2022 Sep;58:102100.
87. Block RW, Palusci VJ. Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. *J Pediatr*. 2006 Jun;148(6):711-2.
88. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013 Aug;132(2):e558-67.
89. Makoroff KL, Brauley JL, Brandner AM, Myers PA, Shapiro RA. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse Negl*. 2002 Dec;26(12):1235-42.
90. Adams JA, Starling SP, Frasier LD, Palusci VJ, Shapiro RA, Finkel MA, Botash AS. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse Negl*. 2012 May;36(5):383-92.
91. Pipes G, Dunleavy S, Brown J. Female genital mutilation and cutting: a survey of child abuse pediatricians. *BMC Womens Health*. 2024 Jun 17;24(1):348.
92. Jamaer M, Van den Eynde J, Aertgeerts B, Toelen J. Knowledge of Child Abuse and Neglect among General Practitioners and Pediatricians in Training: A Survey. *Children (Basel)*. 2023 Aug 22;10(9):1429.
93. Svendsen SS, Lewis T, Chiesa AE, Sirotnak AP, Lindberg DM. The role of fellowship experience in decreasing burnout for child abuse pediatricians. *Child Abuse Negl*. 2024 Jan;147:106532.
94. Iyer MS, Nagler J, Mink RB, Gonzalez Del Rey J. Child Health Needs and the Pediatric Emergency Medicine Workforce: 2020-2040. *Pediatrics*. 2024 Feb 1;153(Suppl 2):e20230636781.
95. Raz M, Gupta-Kagan J, Asnes AG. Using Child Abuse Specialists to Reduce Unnecessary Child Protective Services Reports and Investigations. *JAMA Pediatr*. 2023 Dec 1; 177(12):1249-1250.
96. Lane WG, Dubowitz H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: do we need child abuse experts? *Child Abuse Negl*. 2009 Feb;33(2):76-83.

97. Anderst J, Kellogg N, Jung I. Is the diagnosis of physical abuse changed when Child Protective Services consults a Child Abuse Pediatrics subspecialty group as a second opinion? *Child Abuse Negl.* 2009 Aug;33(8):481-9.
98. Geoghegan AR, Weiler WR, Yeung F, Cory EJ. Development of a standardized peer review and oversight process in cases of suspected child physical abuse. *J Forensic Leg Med.* 2024 May;104:102698.
99. Jonson-Reid M, Drake B. Multisector longitudinal administrative databases: an indispensable tool for evidence-based policy for maltreated children and their families. *Child Maltreat.* 2008 Nov;13(4):392-9.
100. Funderburk BW, Ware LM, Altshuler E, Chaffin M. Use and feasibility of telemedicine technology in the dissemination of Parent-Child Interaction Therapy. *Child Maltreat.* 2008 Nov;13(4):377-82.
101. Lefever JB, Howard KS, Lanzi RG, Borkowski JG, Atwater J, Guest KC, Ramey SL, Hughes K; Centers for the Prevention of Child Neglect. Cell phones and the measurement of child neglect: the validity of the parent-child activities interview. *Child Maltreat.* 2008 Nov;13(4):320-33.
102. Valentino K, De Alba A, Hibell LC, Fondren K, McDonnell CG. Adherence to Diurnal Cortisol Sampling Among Mother-Child Dyads From Maltreating and Nonmaltreating Families. *Child Maltreat.* 2017 Nov;22(4):286-294.
103. Stewart RW, Orengo-Aguayo RE, Cohen JA, Mannarino AP, de Arellano MA. A Pilot Study of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Delivered via Telehealth Technology. *Child Maltreat.* 2017 Nov;22(4):324-333.
104. Jones DJ. Technology 2.0: A Commentary on Progress, Challenges, and Next Steps. *Child Maltreat.* 2017 Nov;22(4):281-285.
105. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2515_1_file.pdf
106. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
107. Ministero della Salute, Decreto 29 aprile 2022, G.U. Serie Generale, n. 120 del 24 maggio 2022. Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6CI-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. (22A03098)
108. Ministero della Salute, Decreto 21 settembre 2022, G.U. Serie Generale, n. 256 del 02 novembre 2022. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. (22A06184)
109. Ministero della Salute, Decreto 30 settembre 2022, G.U. Serie Generale, n. 298 del 22 dicembre 2022. Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina. (22A07125)
110. Kellogg ND, Lamb JL, Lukefahr JL. The use of telemedicine in child sexual abuse evaluations. *Child Abuse Negl.* 2000 Dec;24(12):1601-12.

111. Bullinger LR, Marcus S, Reuben K, Whitaker D, Self-Brown S. Evaluating child maltreatment and family violence risk during the COVID-19 Pandemic: Using a telehealth home visiting program as a conduit to families. *Infant Ment Health J.* 2022 Jan;43(1):143-158.
112. Miyamoto S, Shipe S, Delwiche J, Richardson C, Veerhusen K, Bittner C. Meeting Complex Needs of Sexually Assaulted Incarcerated Individuals: Impact of Expert Sexual Assault Nurse Examiner Care via Telehealth. *J Correct Health Care.* 2024 Feb;30(1):49-55.
113. Aulino G, Beccia F, Rega M, Siodambro C, Capece G, Boccia S, Lanzone A, Oliva A. Child maltreatment and management of pediatric patients during COVID-19 pandemic: Knowledge, awareness, and attitudes among students of medicine and surgery. A survey-based analysis. *Front Public Health.* 2022 Sep 20;10:968286.
114. MacLeod KJ, Marcin JP, Boyle C, Miyamoto S, Dimand RJ, Rogers KK. Using telemedicine to improve the care delivered to sexually abused children in rural, underserved hospitals. *Pediatrics.* 2009 Jan;123(1):223-8.
115. Miyamoto S, Thiede E, Dorn L, Perkins DF, Bittner C, Scanlon D. The Sexual Assault Forensic Examination Telehealth (SAFE-T) Center: A Comprehensive, Nurse-led Telehealth Model to Address Disparities in Sexual Assault Care. *J Rural Health.* 2021 Jan;37(1):92-102.
116. Miyamoto S, Dharmar M, Boyle C, Yang NH, MacLeod K, Rogers K, Nesbitt T, Marcin JP. Impact of telemedicine on the quality of forensic sexual abuse examinations in rural communities. *Child Abuse Negl.* 2014 Sep;38(9):1533-9.
117. Miyamoto S, Downing NR. Leveraging Telehealth to Address Sexual Assault Nurse Examiner Access Disparities in Rural Communities. *J Forensic Nurs.* 2023 Oct-Dec 01;19(4):231-239.
118. Bennett CE, Scribano PV. Improving access to child abuse evaluations through innovation & telemedicine. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2024 Mar;54(3):101574.
119. Bryan RN, Forghani R. Artificial Intelligence in Radiology: Not If, But How and When. *Radiology.* 2024 Jun;311(3):e241222.
120. Martín-Noguerol T, López-Úbeda P, Luna A. Artificial Intelligence in Radiology: A Fast-Food Versus Slow-Food Question? *J Am Coll Radiol.* 2024 May;21(5):810-811.
121. Sitek A. Artificial Intelligence in Radiology: Bridging Global Health Care Gaps through Innovation and Inclusion. *Radiol Artif Intell.* 2024 Mar;6(2):e240093.
122. Chilamkurthy S, Ghosh R, Tanamala S, Biviji M, Campeau NG, Venugopal VK, Mahajan V, Rao P, Warier P. Deep learning algorithms for detection of critical findings in head CT scans: a retrospective study. *Lancet.* 2018 Dec 1;392(10162):2388-2396.
123. Papillon S, Master S, Klein M, Toth A, Atkinson N, Aronoff S, Grewal H. Knowing Your Patient Population: Techniques to Capture Infants at High Risk for Physical Abuse in a Trauma Registry. *J Pediatr Surg.* 2024 Jun;59(6):1142-1147.
124. Kashyap R, Holla B, Bhattacharjee S, Sharma E, Mehta UM, Vaidya N, Bharath RD, Murthy P, Basu D, Nanjaya SB, Singh RL, Lourembam R, Chakrabarti A, Kartik K, Kalyanram K, Kumaran K, Krishnaveni G, Krishna M, Kuriyan R, Kurpad SS, Desrivieres S, Purushottam M, Barker G, Orfanos DP, Hickman M, Heron J, Toledano M, Schumann G, Benegal V; Consortium on Vulnerability to Externalizing Disorders and Addictions (cVEDA). Childhood adversities characterize the heterogeneity in the brain pattern of individuals during neurodevelopment. *Psychol Med.* 2024 Mar 21:1-13.

125. George E, Rauschecker AM. Beyond the AJR: Deep Learning Shows Promise in the Detection of Retinal Hemorrhage on Pediatric Head CT. *AJR Am J Roentgenol.* 2024 Apr;222(4):e2330096.
126. Brink FW, Lo CB, Rust SW, Puls HT, Stanley R, Galdo B, Lindberg DM. Pilot study using machine learning to improve estimation of physical abuse prevalence. *Child Abuse Negl.* 2024 Mar;149:106681.
127. Lupariello F, Sussetto L, Di Trani S, Di Vella G. Artificial Intelligence and Child Abuse and Neglect: A Systematic Review. *Children (Basel).* 2023 Oct 6;10(10):1659.
128. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche della Famiglia. 5° Piano Nazionale Di Azione E Di Interventi Per La Tutela Dei Diritti E Lo Sviluppo Dei Soggetti In Età Evolutiva 2022-2023 - Educazione, Equità, Empowerment.



Fondazione Terre des Hommes Italia

Via M. Maria Boiardo 6
20127 Milano
Tel. +39 0228970418
info@tdhitaly.org
www.terredeshommes.it



Azienda Ospedale Università Padova Centro Regionale per la Diagnostica del Bambino Maltrattato

Via Giustiniani 3
35128 Padova
Tel. +39 0498211632
centrobambinomaltrattato@aopd.veneto.it
www.sdb.unipd.it/centro-regionale-la-diagnostica-del-bambino-maltrattato