



UNIVERSITÁ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

FACOLTÁ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA DI INFERMIERISTICA

TESI DI LAUREA

“L’ABUSO SUI MINORI. ASPETTI LEGALI E GESTIONE
ASSISTENZIALE DELLA PERSONA ABUSATA”

Relatrice:

Dott.ssa Lucia Mulas

Correlatrice:

Dott.ssa Carlotta Spettu

Studente:

Ilaria Emanuela Spanu

ANNO ACCADEMICO 2013/2014

Introduzione	3
Capitolo 1.....	6
L' ABUSO SUL MINORE.....	6
Capitolo 2.....	8
CLASSIFICAZIONE ABUSI.....	8
2.1 Trascuratezza e incuria	9
2.2 Maltrattamento e violenza fisica.....	10
2.3 Maltrattamento psicologico	11
2.4 Abuso sessuale.....	11
Capitolo 3.....	13
COMPLICANZE PSICOLOGICHE, SOCIALI, SESSUALI E FISICHE	13
Capitolo 4.....	17
ASPETTI LEGALI	17
4.1 Legge n. 66/96	17
4.2 Legge n. 269/98.	18
4.3 Legge n. 38/06	18
Capitolo 5.....	20
RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE E OBBLIGO DI REFERTO E DI	
DENUNCIA	20
5.1 Gli obblighi di denuncia da parte dei soggetti che rivestono funzioni o incarichi di natura pubblica.....	21
Capitolo 6.....	24

EPIDEMIOLOGIA E CASISTICA NAZIONALE.....	24
Capitolo n°7.....	28
TRIAGE.....	28
7.1 Codici colore triage.....	28
<i>Codice rosso</i>	29
<i>Codice giallo</i>	29
<i>Codice verde</i>	30
<i>Codice bianco</i>	30
7.2 <i>COME RICONOSCERE UN ABUSO</i>	31
<i>Quali sono segni e sintomi che dovrebbero indurre l'Infermiere a richiedere ulteriori accertamenti che verifichino la presenza di un abuso?</i>	32
7.3 Codice colore per il minore vittima di abusi.....	33
Capitolo n° 8.....	35
LAVORO DÌ RICERCA.....	35
8.1 Generalità, tipologia di ricerca, selezione del campione, materiali utilizzati nello studio e metodologia adottata.....	35
8.2 Presentazione dei dati.....	36
BIBLIOGRAFIA	46
SITOGRAFIA	48
RINGRAZIAMENTI	49

Introduzione

L'abuso sui minori è un grave e diffuso problema sociale, sebbene esso sia sconosciuto e scarsamente segnalato.

Costituisce una delle principali cause di lesione e morte nel fanciullo. Le ragioni per cui si svilupperà questo lavoro sono due, il grande interesse e la sensibilità contro il maltrattamento sui minori, e il senso di responsabilità, verso queste forma di violenza all'infanzia, la quale porta delle conseguenze traumatiche non solo a livello fisico ma anche a livello psicologico, affettivo, relazionale e sessuale, tali da compromettere la possibilità di una crescita serena ed equilibrata. La letteratura si è adoperata a studiare il fenomeno degli abusi sessuali e della violenza all'infanzia, per questo si sente più spesso, rispetto a quanto avvenisse anni fa. La presente tesi si articola in otto capitoli. All'interno della tesi verrà trattato in termini più ampi e generali, il fenomeno dell'abuso, del quale verranno approfondite le tipologie, che grazie al Prof.re Francesco Montecchi e gli studiosi Kempe e Kempe, si può suddividere in: trascuratezza e incuria, violenza fisica, abuso psicologico e sessuale che portano alle complicanze o agli esiti dell'abuso sul minore, che si presentano in vari modi, dalle complicanze fisiche, psicologiche a complicanze legate allo sviluppo del minore stesso e della sfera sessuale. Il discorso verrà approfondito anche dal punto di vista legale, con le leggi che tutelano il minore, sia contro la violenza sessuale che contro le nuove frontiere della pedofilia, anche a mezzo internet. Troveremo alcuni cenni di responsabilità infermieristica, con le leggi n°739 del 1994 e n°42 del 1999, e gli obblighi di denuncia e di referto da parte di soggetti che rivestono funzioni e incarichi di natura pubblica. Non disponendo di una casistica nazionale e regionale sull'abuso sui minori, citeremo la prima e unica quantificazione del fenomeno,

dal punto di vista nazionale, portata avanti da Cismai (COORDINAMENTO ITALIANO SERVIZI CONTRO IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA) e TERRES DES HOMMES nel 2013. Detto questo, l'attenzione si rivolgerà al processo di triage e all'importanza dello stesso nella captazione di segnali che possono portare ad una diagnosi di abuso. Un'attenzione particolare va all'assegnazione del codice colore adatto nei casi di abuso sul minore. È molto importante che la nostra società riconosca questo male ed agisca per prevenirlo, sviluppando una reale attenzione al minore ed ai suoi bisogni. L'accesso di ogni piccolo paziente al pronto soccorso rappresenta un momento importante per l'infermiere di triage. È dall'incontro tra i due che nasce un'intesa, la quale può essere alterata con qualsiasi gesto o parola errata; soprattutto quando si sospetta un abuso. Da questo ne deriva l'importanza di utilizzare un protocollo assistenziale condiviso dalle varie figure professionali, nel quale vengano riportati le azioni e i comportamenti da attuare. Non meno importante è l'assegnazione di un codice colore adatto al minore vittima di abusi. Per poter utilizzare tale protocollo è a nostro parere necessario se non obbligatorio seguire dei corsi di formazione e aggiornamento su tale tema.

Lo scopo di questa tesi è quello di conoscere in primis la realtà dell'abuso anche nei pronto soccorso del cagliaritano (AO G.Brotzu, SS. Trinità, Marino e San Giovanni di Dio), i quali vivono a contatto con l'urgenza / emergenza e la presenza in essi di protocolli assistenziali e assegnazione di codici colore adeguati al maltrattamento minorile, nonché l'attivazione di corsi di formazione e aggiornamento riservato agli infermieri, in secondo luogo, lo scopo non meno importante, è quello di sensibilizzare tutti gli operatori sanitari alla problematica dell'abuso sui minori.

Tutti i grandi sono stati bambini una volta.

Ma pochi di essi se ne ricordano...

(Antoine de Saint-Exupéry, Il piccolo principe. 1943)

Capitolo 1

L' ABUSO SUL MINORE

L'abuso e il maltrattamento comprendono una varietà di violenze che possono essere perpetrate su un minore, e vengono classificati come stati di cattiva salute fisica ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza, sfruttamento commerciale o altre azioni che comportino un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità, nell'ambito di una relazione in cui un altro individuo esercita un potere o ha responsabilità sul bambino e gode della sua fiducia¹. Il maltrattamento del bambino, è stato tuttora oggetto di attenzione sociale e scientifica. Questa attenzione ha permesso da un lato di chiarire gli aspetti, le dinamiche e le caratteristiche, dall'altro di precisarne le modalità migliori di approccio sociale, medico e giuridico. Le numerose esperienze in campo clinico, terapeutico, educativo e sociale e la letteratura scientifica sull'argomento sono in accordo nel riconoscere che qualsiasi forma di violenza, costituisce sempre un attacco destabilizzante alla personalità in formazione, e al suo percorso evolutivo, provocando gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita, specie se l'esperienza assume un carattere di tipo traumatico. Nei dizionari italiani l'abuso viene definito come: 'Uso di un diritto o di un potere oltre i limiti stabiliti dalla legge'². Quindi, anche in questa definizione troviamo il termine potere. Alcuni studiosi sostengono che l'abuso all'infanzia riguarda «...ogni situazione in cui il bambino è oggetto

¹ United Nation Secretary General's study. World report on violence against children (2006).

²Garzanti linguistica Italiana 2010.

di violenza, ma dove il rapporto di causa ed effetto non risulta chiaro»³, e dove, quindi, un esame accurato dei sintomi presentati dal bambino risulta necessario prima di affermare che egli ha subito abuso. La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza approvata dall'assemblea generale delle nazioni unite il 20 Novembre 1989 a New York **riconosce ad ogni bambino e adolescente il diritto alla protezione da ogni tipo di abuso, sfruttamento e violenza** (cfr. articoli 19, 32 e 34)⁴. Nell'art. 1 Il minore deve essere tutelato contro ogni forma di violenza, perpetrata nei suoi confronti da parte di chi dovrebbe averne cura (genitore/i, tutore/i, altra persona che ne abbia affidamento). Nell'art. 19 La Convenzione stabilisce che il fanciullo, è un essere umano avente un età inferiore a 18 anni. Nell'art. 34 La Convenzione richiede l'impegno da parte degli Stati al fine di proteggere il fanciullo dallo sfruttamento per fini pornografici e dal coinvolgimento in attività sessuali illegali; introduce, inoltre, una norma di ampia portata al fine di tutelare i bambini e gli adolescenti contro ogni altra forma di sfruttamento pregiudizievole al suo benessere in ogni suo aspetto (art. 36 CRC), non meglio specificato, o specificabile a priori, all'interno della stessa. In Italia la ricerca sul mondo minorile è piuttosto scarsa, e solo negli ultimi anni hanno preso il via degli studi accurati. Gli abusi ed i maltrattamenti contro i minori rappresentano un fenomeno in crescita, così come si ha un continuo aumento dei reati pedopornografici 'ON-LINE', allo sfruttamento sessuale minorile.

³ Psicopatologia dello sviluppo Henry Kempe (1989).

⁴ Convenzione ONU 20 Novembre 1989 New York.

Capitolo 2

CLASSIFICAZIONE ABUSI

La classificazione della violenza, considerata dagli esperti quella più completa tra le varie esistenti, è stata proposta da Francesco Montecchi⁵, il quale ritiene che "pur nell'artificiosità degli schemi e delle classificazioni, queste ci permettono di discriminare e riconoscere il fenomeno per poterlo prevenire e curare, nonché per poter promuovere e difendere la nuova cultura dell'infanzia, e offrire una più vasta capacità di attenzione ai problemi e alle esigenze più profonde dell'anima infantile". Si rischia di essere riduttivi, tentando di racchiudere un problema così complesso e di natura multifattoriale come quello dell'abuso. Gli studiosi Kempe e Kempe nel 1989 propongono una classificazione delle diverse forme di abuso, basandosi sulla raccolta di informazioni circa le descrizioni più ricorrenti derivanti dallo studio dei casi clinici, sottoposti alla loro attenzione. Negli studi sull'abuso all'infanzia, la classificazione di questi ultimi è ancora la più ricorrente ed essenziale. In essa vengono distinte le seguenti forme di abuso:

- Trascuratezza e incuria
- Maltrattamento e violenza fisica
- Abuso psicologico
- Abuso sessuale

⁵ Francesco Montecchi primario di Neuropsichiatria infantile all'ospedale "Bambino Gesù" di Roma, presidente della ONLUS "la cura del Girasole", impegnata nella cura del disagio emotivo infante – adolescenziale, del giovane adulto e della famiglia.

2.1 Trascuratezza e incuria

Il termine trascuratezza denota «l'incapacità dei genitori a comportarsi adeguatamente per la tutela della salute, della sicurezza e del benessere del bambino»⁶. Essa riguarda sia la trascuratezza fisica che quella affettiva. Per quanto riguarda la trascuratezza fisica essa comprende: insufficiente nutrizione, scarsa protezione dai pericoli fisici e sociali e negligenza nell'assistenza medica e infine l'abbandono. Mentre la trascuratezza affettiva consiste nella mancanza quasi totale di attenzioni affettive da parte della madre o di altri familiari, tanto che il minore resta a lungo da solo, non riceve carezze fisiche ne tanto meno riconoscimenti affettivi. Così al minore viene a mancare una fonte di calore umano e di protezione di base, un ambiente sicuro e stimolante per una crescita emotiva e psicologica. Si può pensare che data la trascuratezza, i bisogni fondamentali del bambino possono venire elusi e frustrati attraverso un modo di fornire loro cure che è patologico⁷, ovvero caratterizzato da:

- a) Incuria: quando le cure sono carenti, ovvero il bambino è trascurato
- b) Discuria: quando le cure sono distorte e inadeguate alle esigenze del bambino e al suo momento evolutivo. Essa può avvenire per scarsa tempestività nel dare al bambino le cure di cui ha bisogno; per imposizione di ritmi di acquisizione precoci rispetto alle sue competenze reali; per pretese ed aspettative irrazionali.
- c) Ipercure: quando le cure sono eccessive, ovvero il bambino è iperprotetto o curato per disturbi che egli in realtà non ha, ma che i genitori

⁶ Kempe & kempe 1989;

⁷ Francesco Montecchi 1994.

sono convinti che abbia, cosicché si parla di “sindrome di Munchausen per procura”.

2.2 Maltrattamento e violenza fisica

La prima patologia che riguardava l’abuso dall’infanzia, ovvero “la sindrome del bambino maltrattato” la riscontriamo nel 1961. Sotto quest’etichetta erano compresi tutte quelle tracce di abuso subito comprendenti ferite cutanee, fratture, lesioni oculari, danni a carico di organi e apparati interni. Nella categoria del maltrattamento e/o violenza fisica è così compresa «[ogni] azione fisicamente dannosa, diretta contro il bambino; generalmente comprende qualsiasi lesione che è provocata, come, per esempio, contusioni, bruciate, ferite alla testa, fratture, ferite addominali o avvelenamento. La lesione provocata richiede in ogni caso una cura medica»⁸. I maltrattamenti e le violenze fisiche a carico del bambino possono essere di diversa natura e intensità (percosse, morsi, spintoni, schiaffi, graffi), cosicché le conseguenze visibili possono essere circa gravi e permanenti. Molto spesso i segni che restano sul corpo del bambino possono essere camuffati e giustificati come esito di cadute accidentali o di liti tra coetanei, quando, in realtà sono il segnale di un abuso molto grave e persistente, di cui il maltrattamento fisico è solo l’aspetto più visibile.

⁸ Dottor Henry Kempe 1962.

2.3 Maltrattamento psicologico

Un insieme di «atti che negano o rendono vani gli sforzi compiuti da un individuo per soddisfare le sue esigenze psicologiche basilari, in misura tale che il comportamento dell'individuo diviene deviante e disadattato»⁹.

2.4 Abuso sessuale

Si definisce abuso sessuale «qualunque atto sessuale fisico o non fisico in cui una delle persone implicate non è nella condizione di poter scegliere: perché minorenni, incapace di intendere e di volere, minacciata o ricattata»¹⁰. L'enfasi è posta sulla presenza di un'incapacità di scelta, che può essere legata alla differenza di età tra persecutore e vittima (abuso sessuale nell'infanzia), alla posizione di potere e d'influenza dell'abusante, alle caratteristiche d'inferiorità psicologica e mentale che rendono la vittima maggiormente vulnerabile, alla percezione di una minaccia da parte dell'abusato. Un'ulteriore definizione in cui le variabili sopra elencate sono implicite è quella formulata dalla Draucker la quale afferma che: «L'abuso sessuale all'infanzia deve includere qualsiasi attività di sfruttamento sessuale, comprendente o no un contatto fisico, tra un bambino e un'altra persona che in forza del suo potere, dovuto all'età, alla forza, alla posizione o al tipo di relazione, usa il bambino per soddisfare i propri bisogni sessuali ed emozionali»¹¹. Questa definizione pone l'accento sullo

⁹ Hart-german-Brassard 1987.

¹⁰ Maria Scoliere "Abuso infantile e formazione della personalità" 1992.

¹¹ Draucker "Counseling survivors of childhood sexual abuse" 2000

sfruttamento sessuale del minore, ma non descrive né il tipo di rapporto che intercorre tra l'abusante e la vittima, né a quali specifiche attività si fa riferimento; in tal modo mantiene un'ampiezza sufficiente a focalizzare l'attenzione diagnostica e terapeutica sul vissuto traumatizzante della vittima, piuttosto che sugli aspetti descrittivi dell'esperienza specifica.

Capitolo 3

COMPLICANZE PSICOLOGICHE, SOCIALI, SESSUALI E FISICHE

È importante prendere in considerazione che anche altri eventi traumatici possono provocare gli stessi sintomi o dei sintomi simili delle molestie sessuali. Pertanto i sintomi elencati sotto non devono necessariamente garantire o assicurare il fatto di una molestia sessuale¹². Il tipo di abuso, come la durata, la gravità e l'avvenimento nel tempo influiscono sul mantenimento di certi problemi e danni causati dal trauma precedente. Ci sono quelli abusati nella loro infanzia e quelli violentati recentemente. I problemi possono essere suddivisi nelle seguenti categorie: psicologici, sociali, sessuali e fisici. Le conseguenze per la vittima della pedofilia sono complesse e dipendono da vari fattori:

- dal tipo di abuso sessuale (modalità di attuazione dell'abuso sessuale: violenza sessuale, incesto, sodomia, sfruttamento della prostituzione minorile)
- da alcune caratteristiche dell'esperienza d'abuso (violenza e coercizione al momento dell'abuso, tipo di attività sessuale, tipo di relazione con l'autore)
- dalla sua frequenza nel tempo
- dall'età del minore e dalla sua maturità psico-fisica, dalla possibilità di aiuto da parte dei familiari per poter uscire dalla situazione

¹² Wendy Moelker ,Psicologa presso “EMERGIS” Paesi bassi.

Le vittime di pedofilia possono reagire al trauma in tre modi diversi: esprimere i sentimenti associati al trauma e sviluppare comportamenti autodistruttivi, identificarsi con il loro aggressore e abusare degli altri (agendo il comportamento sessuale che hanno subito, passano da una posizione passiva ad una attiva, cercando così di controllare l'ansia e l'angoscia del trauma). In età adulta, sono frequenti manifestazioni di disagio come depressione, ansia, bassa autostima, comportamenti di auto-distruttività e di autolesionismo che comprendono:

- comportamenti tendenti al suicidio, idee suicide e tentati suicidi;
- autolesionismo deliberato, come automutilazioni, abuso di sostanze tossiche ;
- interruzione di cure vitali;
- auto- distruttività cronica che include fallimenti nella cura di sé, correre dei rischi, comportamenti di auto-fallimento.

I problemi che di solito si manifestano con maggior frequenza nell'ambito del comportamento sessuale sono:

- disturbi sessuali
- comportamento sessuale inappropriato ipersessualità
- confusione di genere (in particolare, maschi che hanno subito un abuso sessuale da parte di altri maschi hanno più frequentemente problemi di confusione riguardo alla loro identità sessuale e alle loro preferenze sessuali);

Nei bambini abusati sessualmente, i disturbi sono reattivi e aspecifici e possono riguardare vaste aree della personalità essendo l'abuso un evento fortemente traumatico e stressante che sovente provoca una condizione di crisi. In tali soggetti sono frequenti sintomi post-traumatici da stress, seppure la risposta allo stress è estremamente variabile da soggetto a soggetto ed è in funzione delle specifiche risorse personali possedute. Possono così presentarsi nei soggetti abusati anche quadri psicopatologici più complessi, quali le patologie psicosomatiche, del comportamento alimentare, della vita relazionale, del comportamento sessuale e dello sviluppo affettivo, dell'immagine del Sé e del senso dell'autostima e, infine, gravi disturbi della personalità (borderline, stati depressivi o del tipo antisociale). Le conseguenze dell'abuso possono effettivamente assumere rilevanza psicologica, essere relative allo stile di vita e dei rapporti interpersonali e sociali. Complessivamente, per l'abusato gli indicatori principali dell'abuso si rilevano in vaste aree: nelle malattie fisiche, nei disturbi del sonno o in quelli alimentari, nei problemi scolastici e nei comportamenti regressivi e infantili, a volte nell'eccessiva o scarsa igiene, nella condizione depressiva e ansiosa, nelle crisi acute di pianto o di ritiro e isolamento dalla vita sociale, nei disturbi della condotta e nei ripetuti tentativi di fuga, negli atti delinquenti, nella prostituzione e nelle attività sessuali promiscue, nei comportamenti passivi o troppo remissivi, oppure aggressivi o autodistruttivi, nei tentativi di suicidio e nell'abuso di sostanze psicotrope, nei comportamenti fobici e di avversione. Frequente è la riduzione dell'autostima o la sfiducia verso l'adulto. Dal punto di vista emozionale, la vittima può mostrare paura (dell'abusante o anche di essere diverso) e resistenza agli accertamenti medici; rabbia (verso l'abusante, verso gli adulti vissuti come non protettivi e verso se

stesso per sentirsi co-responsabile); isolamento (solitudine e impotenza); tristezza (avverte che qualcosa gli è stato portato via e che ha perso parte di se stesso, sente di essere cresciuto troppo velocemente, sente di essere stato tradito); colpa (per non essere riuscito a fermare l'abuso o per essere stato consenziente, per aver parlato o aver taciuto del fatto sessuale); vergogna (per essere stato coinvolto nell'esperienza e aver risposto con l'eccitamento); confusione (perché i sentimenti sono ambivalenti). Ovviamente, è solo la presenza di più segnali, la loro frequenza e la loro durata, a procurare maggiore certezza e conferme circa l'estensione del disagio effettivo provato dal soggetto abusato e l'urgenza di un intervento riparativo.

Capitolo 4

ASPETTI LEGALI

Nel nostro ordinamento giuridico vari interventi normativi nel corso degli anni hanno introdotto una disciplina specifica per la tutela del bambino e dell'adolescente rispetto al fenomeno della violenza e dello sfruttamento sessuale. Un passo ulteriore in questo senso scaturisce oggi dalla recente approvazione della legge di ratifica della Convenzione di Lanzarote¹³, che consente di dare il "via" al processo di allineamento dell'ordinamento italiano al testo convenzionale. Questo processo comporterà delle modifiche significative al codice penale e procedurale italiano, integrando le disposizioni già presenti per il contrasto del fenomeno.

4.1 Legge n. 66/96

Il primo fondamentale riferimento è la legge n. 66/96¹⁴, recante "Norme contro la violenza sessuale", che ha trasformato il reato di abuso sessuale da reato contro la "moralità pubblica e il buon costume" in un reato contro la persona. La legge ha introdotto i reati di violenza sessuale (art. 609 bis del codice penale), di atti sessuali con minorenne (art. 609quater del codice penale), corruzione di minorenne (art. 609 quinquies del codice penale) e violenza sessuale di gruppo (609octies del codice penale). Nell'ipotesi in cui gli atti sessuali siano rivolti ad una persona che non abbia compiuto i 14

¹³ Convenzione di Lanzarote." convenzione europea per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale" (2007).

¹⁴ LEGGE 15 febbraio 1996 n. 66 Norme contro la violenza sessuale (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 20 febbraio 1996 n. 42);

anni, la violenza sessuale è presunta, in quanto si presuppone che un bambino di tale età non sia in grado di esprimere il proprio consenso all'eventuale atto sessuale.

4.2 Legge n. 269/98.

Successivamente, la legge n. 269/98¹⁵ contro lo "Sfruttamento della prostituzione, della pornografia e del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù", definisce una disciplina specifica nella lotta allo sfruttamento sessuale dei minori. La collocazione nel codice dei reati di sfruttamento sessuale dei minori nella sezione dedicata ai delitti contro la personalità individuale, subito dopo il delitto di riduzione in schiavitù, fa comprendere la razionale dell'intervento normativo, in un'ottica di sostanziale equiparazione tra la violazione dell'integrità psico-fisica del minore a seguito dei delitti di cui agli artt. 600 bis e seguenti del codice penale e la condizione di schiavitù.

4.3 Legge n. 38/06

Con la legge n. 38/06¹⁶ recante "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo

¹⁵ LEGGE 3 agosto 1998, n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù" . (GU n.185 del 10-8-1998).Entrata in vigore del provvedimento: 11/8/1998.

¹⁶ Legge 6 febbraio 2006, n. 38 ;"Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet". Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 38 del 15 febbraio 2006.

Internet” vengono inserite una serie di modifiche alla disciplina precedente, prevedendo, fra l’altro, un inasprimento delle pene per molti reati sessuali contro i minori, l’interdizione perpetua per i condannati per tali reati da qualunque incarico nelle scuole e da ogni ufficio o servizio in istituzioni o strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori, l’introduzione del concetto di “pornografia virtuale”. La legge istituisce inoltre il Centro nazionale per il contrasto della pedopornografia sulla Rete Internet presso il Servizio Polizia postale e delle comunicazioni del Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Ministero dell’Interno - e l’Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità.

Capitolo 5

RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE E OBBLIGO DI REFERTO E DI DENUNCIA

L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica" ... art 1.2. "L'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa e di natura tecnica, relazionale ed educativa art 1.3. "L'infermiere: a)partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b)identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i rispettivi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento d'assistenza infermieristico ..." art 1.2. "l'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, e di natura tecnica, relazionale ed educativa ... art 5.1." L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale ... "l'infermiere svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, cura e tutela della salute individuale e collettiva , secondo proprie funzioni individuate nei profili professionali e nel codice deontologico, utilizzando la metodologia di pianificazione per obiettivi

dell'assistenza”...¹⁷. L'abrogazione del “mansionario” e l'approvazione della legge 42/99 hanno portato gli infermieri al riconoscimento della loro responsabilità nell'esercizio della propria professione.

5.1 Gli obblighi di denuncia da parte dei soggetti che rivestono funzioni o incarichi di natura pubblica

A prescindere dall'utilità o meno della denuncia penale, la segnalazione del sospetto abuso da parte dell'insegnante, del personale sanitario in servizio nei presidi pubblici o degli operatori dei servizi pubblici rappresenta un atto obbligatorio che espone a precise responsabilità, anche penali, in caso di omissione. Ponendo l'attenzione sul referto, perché è quello cui noi professionisti sanitari siamo tenuti a redigere, l'art. 334 del C.P.P. stabilisce che il referto indichi la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova in questo momento e quanto altro valga a identificarla e il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; comunica inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto. Le pene per chi omette

¹⁷ D.M. n. 739 del 1994.

la denuncia sono previste dagli art. 361 e 362 c.p. Va inoltre tenuto presente che, dopo le modifiche introdotte dalla legge 15 febbraio 1996 n. 66, sono procedibili d'ufficio i più rilevanti tra i reati sessuali attuati all'interno della famiglia. Negli altri casi i reati sessuali sono procedibili a querela ossia su richiesta della persona danneggiata, querela che deve essere proposta entro sei mesi dal giorno della notizia del fatto che costituisce reato (art. 609 *septies, comma 2* c.p.) e che una volta proposta è irrevocabile. Se si tratta di un minore che non ha compiuto almeno i quattordici anni, deve provvedere chi esercita la potestà, ossia, di regola, uno dei genitori (art 120 c.p.). Se invece il minore ha più di quattordici anni, egli può presentare personalmente querela oppure, nonostante ogni sua volontà contraria, può presentarla anche chi esercita su di lui la potestà. Per realizzare un'effettiva tutela del minore, sarebbe opportuno che i soggetti obbligati facessero sempre la denuncia, lasciando al magistrato la valutazione se nel caso esiste oppure no una condizione di procedibilità.

In ogni modo, l'obbligo per il pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio sorge solo quando il reato è già tracciato nelle sue linee essenziali e quando vi sono elementi fondati tali da indurre a ritenere che esso sussista. Una disposizione molto importante è inoltre contenuta negli artt. 121 c.p. e 338 c.p. secondo i quali, in caso di conflitto d'interessi con l'esercente la potestà o quando non vi è chi abbia la rappresentanza del minore di quattordici anni, la querela può essere proposta da un curatore speciale, nominato dal giudice delle indagini preliminari su richiesta del pubblico ministero o degli stessi servizi che hanno per scopo «la cura, l'educazione, la custodia o l'assistenza dei minorenni». Infine, altro obbligo di segnalazione discende dall'art. 9 della legge 4 maggio 1983 n. 184, che riguarda la segnalazione al Tribunale per i minorenni dei casi di

"abbandono di minori". Infatti, l'abbandono può essere anche di tipo morale; non sussiste, cioè, solo nel caso di pesanti trascuratezze materiali, ma anche alla presenza di comportamenti che possono pregiudicare un equilibrato sviluppo psicologico e affettivo del minore (e tra questi possono essere indicati gli abusi sessuali).

Capitolo 6

EPIDEMIOLOGIA E CASISTICA NAZIONALE

I dati riportati nel documento costituiscono la prima quantificazione del fenomeno nazionale del maltrattamento sui minori, mai realizzata ad oggi in Italia con il coinvolgimento dei Comuni italiani. Nel complesso è stata intercettata una popolazione complessiva di quasi cinque milioni di cittadini residenti e di oltre 750.000 residenti minorenni. I Comuni raggiunti dall'indagine sono stati complessivamente quarantanove. Alla luce dello studio sviluppato e condotto da CISMAI e TERRES DES HOMMES¹⁸ è emerso che: i minori residenti nel territorio preso in considerazione sono un totale di 758.932, il 6,36 % di questi quindi 48.280, è preso in carico dai servizi sociali e che lo 0,98 % quindi 7.464 minori sono presi in carico dagli S. SOCIALI in qualità di minore vittima di abusi. Passando a un'analisi più dettagliata dei casi rilevati di minori maltrattati, troviamo che **il 52,51% sono femmine.**

¹⁸ Cismai, Terres Des Hommes “Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso dell'infanzia”

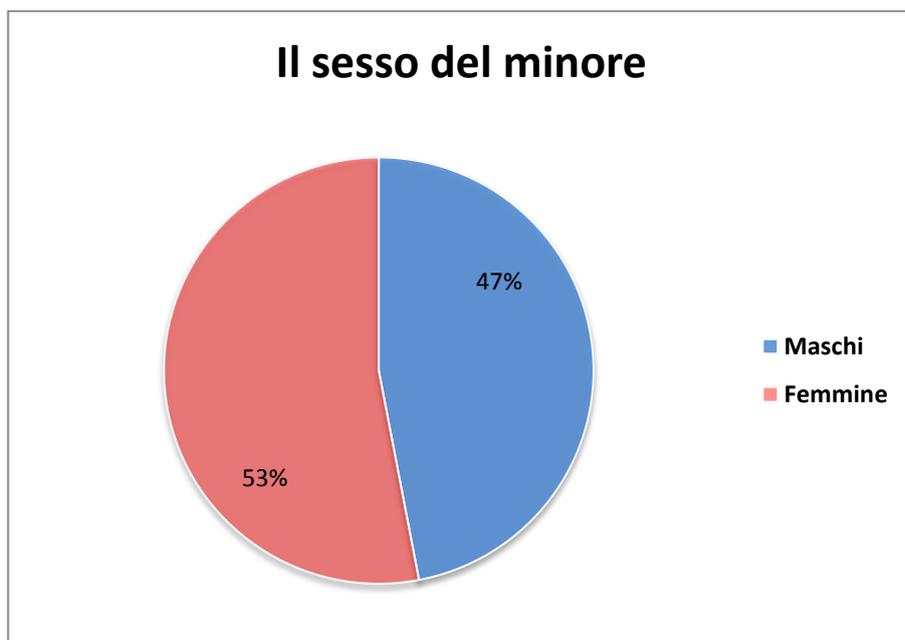


Grafico 1. Tra questi minori il sesso maggiormente rappresentato è il sesso femminile.

La trascuratezza materiale e/o affettiva è la tipologia preponderante di maltrattamento (52,7%), seguita da violenza assistita (16,6%), maltrattamento psicologico (12,8%), abuso sessuale (6,7%), patologia delle cure (6,1%) e maltrattamento fisico (4,8%) (Grafico 2).

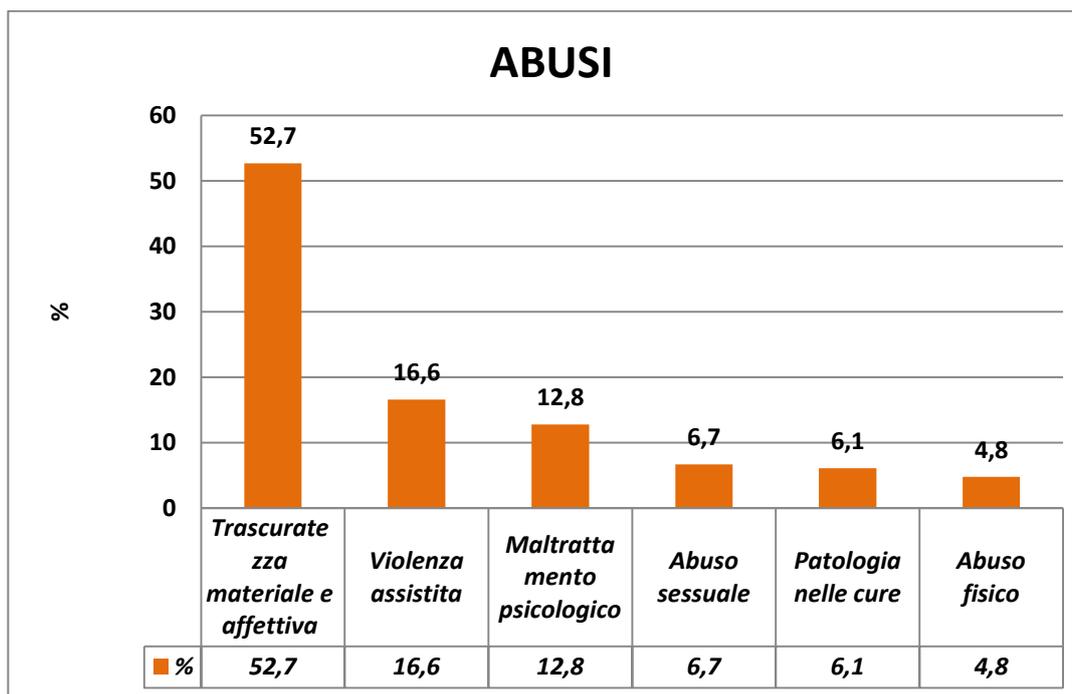


Grafico 2 Tipi di abusi, maggiormente riscontrati;

ETÀ DELLA VITTIMA

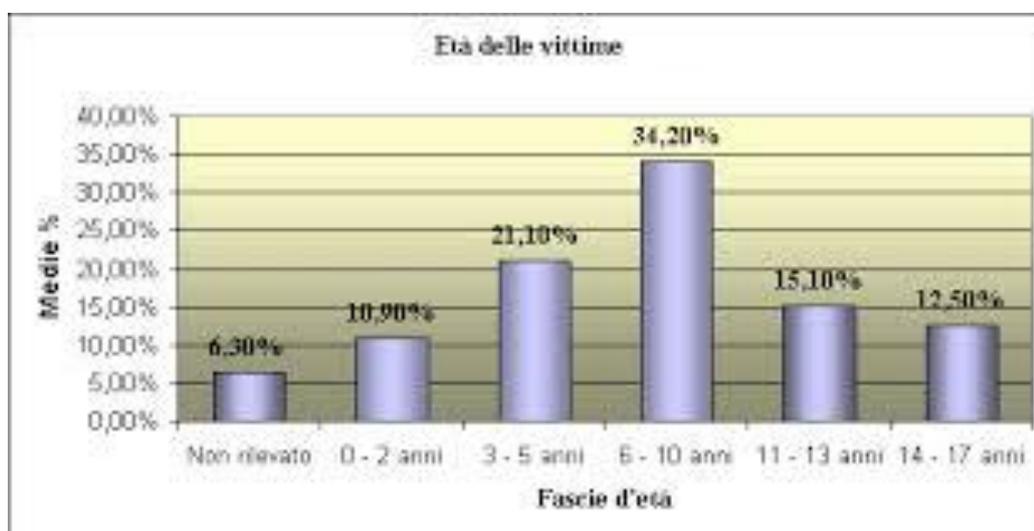


Grafico 3 Età delle vittime di abuso;

Dal grafico presentato da Cismai (Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia) circa quindici anni fa nel 1999, emerge che la fascia d'età maggiormente interessata, è quella compresa fra i 6 e i 10 anni. Circa tre anni dopo l'età dei minori si è alzata passando dall'età scolare all'età della preadolescenza, e adolescenza come dimostra il seguente questionario.

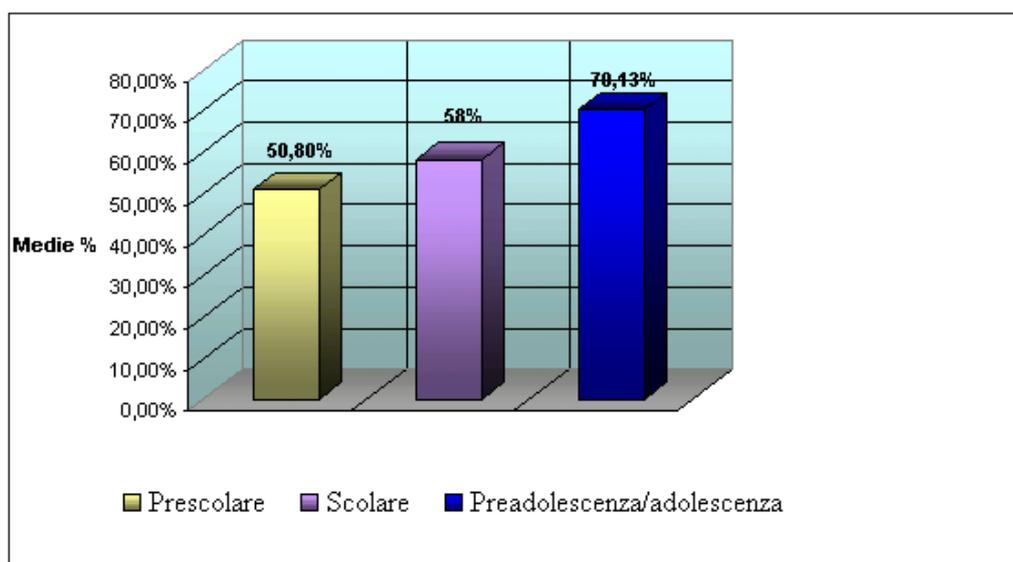


Grafico 4 Età della vittima di abusi . Dati del 2002

Capitolo n°7

TRIAGE

Il triage è un percorso decisionale dinamico, basato sull'attuazione di un processo metodologico scientifico, per individuare sintomi, segni e fattori di rischio, finalizzato a individuare le condizioni di rischio nell'evolutiveità nel paziente che sopraggiunge nel pronto soccorso ¹⁹.

7.1 Codici colore triage

Il processo di triage si sostanzia con l'attribuzione di un codice, solitamente individuato da un colore, che indica la priorità di accesso alle cure mediche.



¹⁹ Enrica Lumini “qualità e sicurezza nel processo di triage” 2011.

Codice rosso

I codici rossi hanno la priorità assoluta con accesso diretto agli ambulatori di pronto soccorso. Il Codice Rosso ha la priorità assoluta ed entra direttamente in Sala Emergenza. Emergenza clinica, paziente con Funzioni Vitali (Coscienza, Respiro, Circolo) compromesse e/o cedimento di una delle funzioni vitali. Esempi: A.C.C. (arresto cardio-circolatorio), arresto respiratorio, perdita di coscienza post- trauma, ferite penetranti al torace-torace-collo-addome, politrauma., insufficienza respiratoria acuta, amputazione di un arto, emorragie in atto, fratture esposte plurime.

Codice giallo

Pazienti con minaccia imminente di cedimento delle Funzioni Vitali (Coscienza, Respiro, Circolo); particolari aspetti contribuiscono all'assegnazione del codice: intensità del sintomo; parametri vitali alterati correlati al sintomo principale; patologie tempo dipendenti. I codici gialli hanno, dopo i codici rossi, la priorità assoluta: vanno rivalutati ogni 10 minuti fino alla loro entrata in ambulatorio di pronto soccorso. Esempi di codice giallo: dolore toracico di sospetta natura coronarica, dispnea, importante dolore addominale, frattura esposta di un arto senza sanguinamenti che alterano i parametri vitali, estese ferite lacero contuse, melena in atto, emoftoe in atto, epistassi massiva in atto, febbre associata a segni meningei.

Codice verde

I codici verdi entrano in ordine di arrivo, dopo i rossi e i gialli: vanno rivalutati ogni 1/2 ora. I bambini, gli anziani, le gravide e i pazienti con dolore importante hanno la precedenza. al momento della valutazione presenta le funzioni vitali integre e i parametri vitali nella norma. Esempi di codici verdi: Esempi di codice verde: traumatismi di uno o più arti in assenza di fratture esposte e/o di ematomi diffusi, traumatismi di cranio/torace/addome senza altri sintomi, febbre inferiore ai 39 °C, epistassi modeste.

Codice bianco

I codici bianchi afferiscono teoricamente dopo tutti gli altri codici cercando, comunque, che l'attesa rientri in tempi ragionevoli. I criteri per attribuire un codice bianco sono: presenza di funzioni vitali nella norma, mancanza di sintomatologia critica o a rischio di aggravamento, la sintomatologia è cronica o presente da qualche giorno, oppure l'utente potrebbe trovare soluzione al problema utilizzando i percorsi sanitari alternativi al PS (MMG, Pediatri di libera scelta, Guardia Medica, Specialistica Ambulatoriale Esterna). Esempi di codice bianco: dolori articolari, congiuntiviti, otalgie, odontalgia, dispepsia, dermatiti croniche, calo ponderale. L'accesso per questi pazienti avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi. Anche per i pazienti cui si è attribuito un codice bianco deve essere fatta la rivalutazione.

7.2 COME RICONOSCERE UN ABUSO

Le dimensioni del problema degli abusi sui minori indicano chiaramente che esiste un'ampia probabilità per ogni Infermiere dei Bambini di trovarsi di fronte ad un piccolo paziente vittima di maltrattamenti. Talvolta i professionisti sanitari possono essere ostacolati nel riconoscere gli abusi da diversi fattori come la mancanza di una formazione specifica o la paura di danneggiare il rapporto di fiducia tra il bambino e i genitori o altri membri della famiglia. Tuttavia identificare e segnalare immediatamente i segni di abuso o di sospetto abuso è indispensabile per eseguire, se necessario, altre indagini e proteggere il bambino da altri danni²⁰.

²⁰ National collaborating centre of women's and children health, "When to suspect children maltreatment" Londra 2009.

Quali sono segni e sintomi che dovrebbero indurre l'Infermiere a richiedere ulteriori accertamenti che verifichino la presenza di un abuso?

I segni fisici sono un importante indicatore. Questi, comprendono lesioni di vario genere; di seguito si riportano alcune indicazioni sulle lesioni che più frequentemente sono riscontrate in caso di maltrattamento, quali:

- Ematomi, ecchimosi e morsi



- Ustioni termiche, soprattutto ustioni a margini netti



- Fratture (fratture costali, fratture metafisarie, emorragie cerebrali extraassiali, fratture con compressione vertebrale)



- Traumi intracranici
- Danni viscerali
- Segni e sintomi ano-genitali
- Segni emotivo-comportamentali

7.3 Codice colore per il minore vittima di abusi

La frequenza degli abusi e maltrattamenti in età pediatrica non è nota, ma sicuramente molto sottostimata; diversi motivi fanno ritenere che non più del 10% dei casi siano rilevati. All'inizio di questo percorso diagnostico e d'assistenza, va doverosamente ricordato che l'abuso sessuale nella sua espressione traumatica è molto raro da riscontrarsi, l'infermiere addetto al triage effettua una prima valutazione e attribuisce il codice triage (codice specifico interno). Questo punto del processo di Triage prevede l'assegnazione del codice colore che, nel caso di sospetto

abuso/maltrattamento, non dovrebbe essere mai bianco o verde, ma sempre almeno giallo, dato che esiste comunque una criticità psicologica tale da dover essere valutata in tempi rapidi, evitando attese prolungate in luoghi non consoni²¹. Ogni Regione, infatti, stabilisce attraverso linee guida e protocolli quello che sarà poi il codice colore uniformato.

²¹ Valeria Tromba, “Il bambino maltrattato, come riconoscerlo al triage” 2012.

Capitolo n° 8

LAVORO DI RICERCA

Il lavoro di ricerca ha come scopo quello di verificare, se all'interno dei Pronto soccorso generali del capoluogo sardo (Cagliari) sono presenti protocolli assistenziali per il minore vittima di abusi, e se sì, quale codice colore viene assegnato alla vittima. Inoltre si indaga se presso le aziende ospedaliere vengono attivati dei corsi di formazione e aggiornamento su tale tema, riservato agli infermieri.

8.1 Generalità, tipologia di ricerca, selezione del campione, materiali utilizzati nello studio e metodologia adottata

È uno studio osservazionale conoscitivo, il modello che è stato utilizzato è quello applicato ad un questionario. Il campione scelto per somministrare il questionario è costituito da quattro coordinatori infermieristici del capoluogo aventi funzioni di coordinamento dei pronto soccorso generali dell'ospedale San Giovanni di Dio che corrisponderà al Pronto soccorso n°1, dell'AO G.Brotzu che corrisponderà al PS n°2, dell'Ospedale Marino al PS n°3 e del Santissima trinità che corrisponderà al PS n°4. Il questionario è stato somministrato previa richiesta di autorizzazione agli organi competenti.

8.2 Presentazione dei dati

Il questionario è costituito da nove domande, con una, due, o cinque possibilità di risposta. In alcune domande potevano essere inserite più risposte. I Coordinatori hanno risposto alle domande in presenza dell'esaminatore, per cui hanno avuto modo di argomentare le loro risposte.

DOMANDE:

N •1) Quanti minori si sono recati presso il vostro Pronto soccorso nel biennio 2013/2014?

N •2) Quanti casi di abuso si sono riscontrati presso il vostro pronto soccorso nel biennio 2013/2014?

N •3) Quale sesso è maggiormente interessato?

N •4) Quali tipi di abusi e maltrattamento si riscontrano maggiormente?(inserire più crocette se si ritiene necessario).

N •5) Presso il vostro Pronto soccorso è presente una scheda di raccolta dati da compilare in presenza del paziente abusato?

N •6) : Presso il vostro Pronto soccorso, sono presenti protocolli di triage per il minore vittima di abusi?

N •7) : Secondo il protocollo di triage da voi utilizzato , quale codice colore viene assegnato al minore vittima di abusi?

N •8) : All'interno dell'Azienda Ospedaliera, sono previsti corsi di aggiornamento o formazione, riservato agli infermieri, su tale tema?

N • 9): Lei ritiene che la presenza di tali corsi sensibilizzi l'infermiere di triage, verso una maggiore consapevolezza sull'importanza del proprio lavoro;

8.3 Analisi dei dati

Domanda N°1 quanti minori si sono recati presso il vostro Pronto soccorso nel biennio 2013/2014?

A questa domanda non è pervenuta alcuna risposta in quanto nessun coordinatore ha una stima dei minori afferiti al pronto soccorso nel biennio.

Domanda N° 2 : Quanti casi di abuso si sono riscontrati presso il vostro pronto soccorso nel biennio 2013/2014?

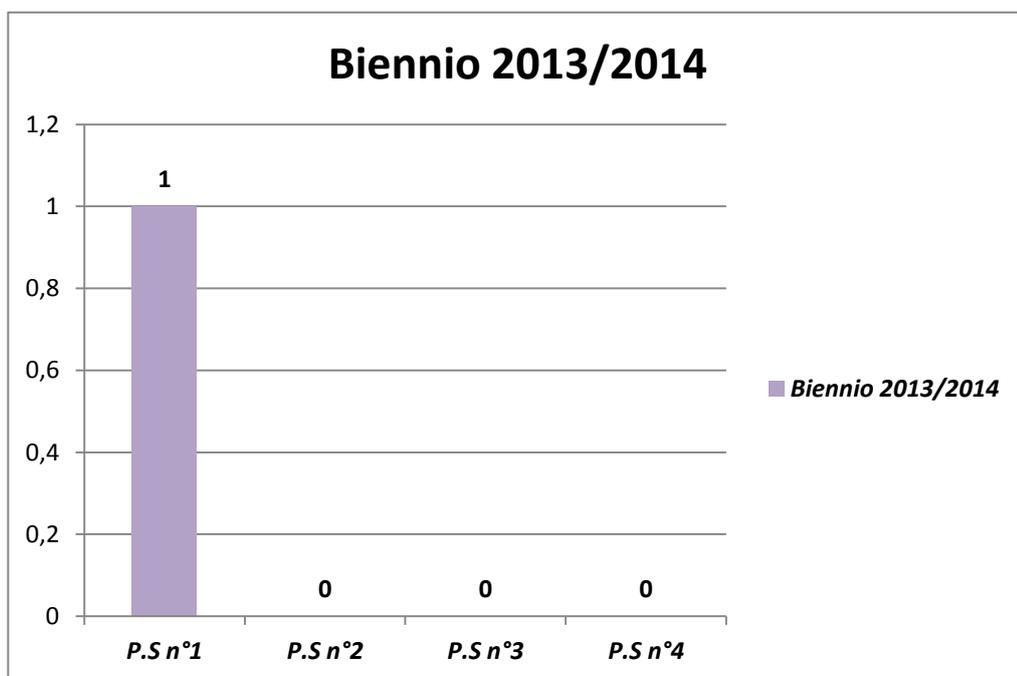


Grafico n° 5;

Come indica il grafico è stato solo uno il caso di maltrattamento al minore, o meglio l'unico che è stato riconosciuto e trattato come tale, nel pronto

soccorso n°1 nel biennio 2013-2014 il minore entrava nel ps accompagnato dalla madre, anch'essa vittima di abusi.

Domanda N° 3 Quale sesso è maggiormente interessato?

L'unico caso si è verificato, come precedentemente descritto, nel PS n°1 l'unica risposta è stata data dal coordinatore infermieristico che afferma che la vittima dell'unico caso è di sesso maschile.

Domanda N° 4: Quali tipi di abusi e maltrattamento si riscontrano maggiormente? (inserire più crocette se si ritiene necessario)



Grafico n° 6

Alla domanda non tutti hanno dato una risposta, non avendo mai avuto casi di maltrattamento. Le tipologie di abuso che si sono riscontrate maggiormente sono: la trascuratezza nelle cure, abuso fisico e abuso psicologico. Parecchi minori afferiscono ai PS. La coordinatrice del PS n°3

afferma che molti di questi sono trascurati nelle cure, questi minori appartengono soprattutto a stili di vita diversi, con culture diversa dalla nostra, perciò non viene preso nessun provvedimento.

Domanda N° 5: Presso il vostro Pronto soccorso è presente una scheda di raccolta dati da compilare in presenza del paziente abusato?

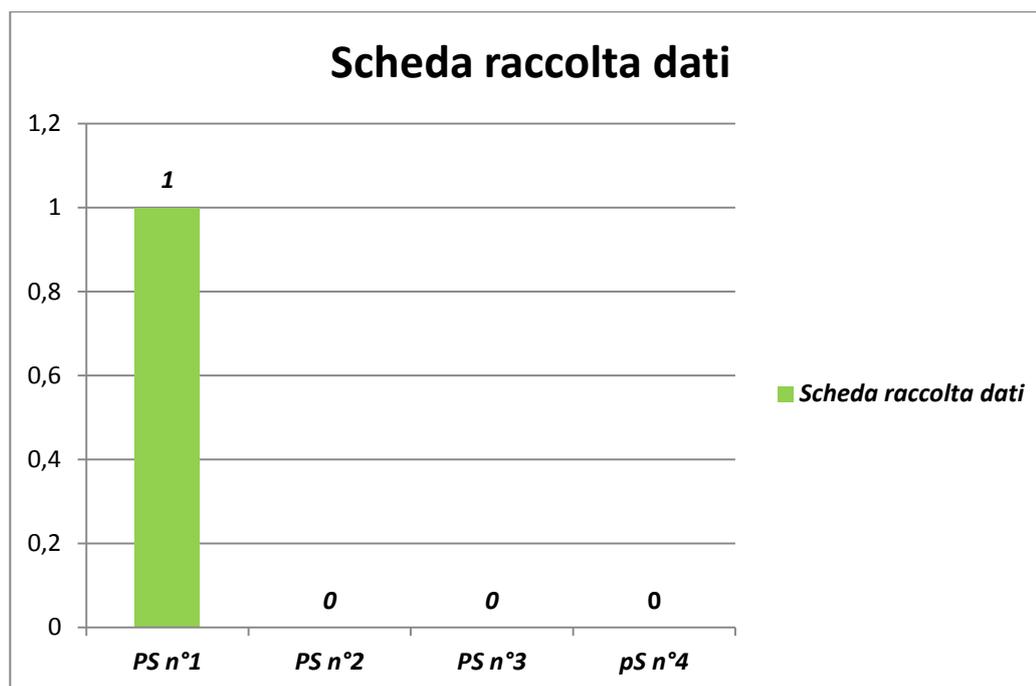


Grafico N° 7

Come già detto solo il PS n°1 dispone di un protocollo nato e utilizzato per l'accoglienza di vittime di violenza di genere e stalking, all'interno del protocollo sono presenti tutte le azioni da portare avanti quando ci si trova dinnanzi ad una vittima di abusi sia esso un adulto o un minore, per cui solo all'interno di esso vi è una scheda di raccolta dati utile ai fini dell'assistenza ma soprattutto utile ai fini della denuncia o referto.

Domanda N° 6 : Presso il vostro Pronto soccorso, sono presenti protocolli di triage per il minore vittima di abusi?

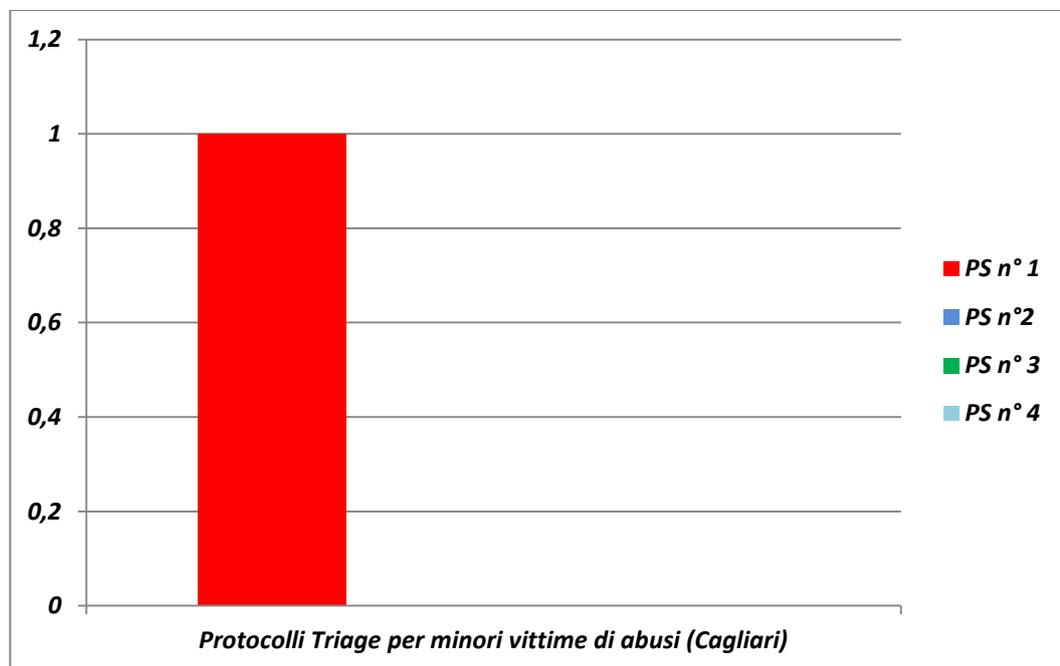


Grafico N° 8

Come vediamo dal grafico solo il Pronto soccorso n°1 ha un protocollo triage per minori vittime di abusi; o meglio si può dire che il protocollo chiamato “codice rosa in pronto soccorso” è nato ed è utilizzato in primo luogo per accogliere la donna vittima di abusi e di stalking. Si parla per lo più di violenza domestica, perciò possiamo dedurre che la violenza si ripercuote su tutto il nucleo familiare, così potenzialmente anche ai minori. Perciò il protocollo può essere applicato al minore, se per minore si intende il soggetto di età inferiore ai 18 anni.

Domanda n° 7 : Secondo il protocollo di triage da voi utilizzato , quale codice colore viene assegnato al minore vittima di abusi?

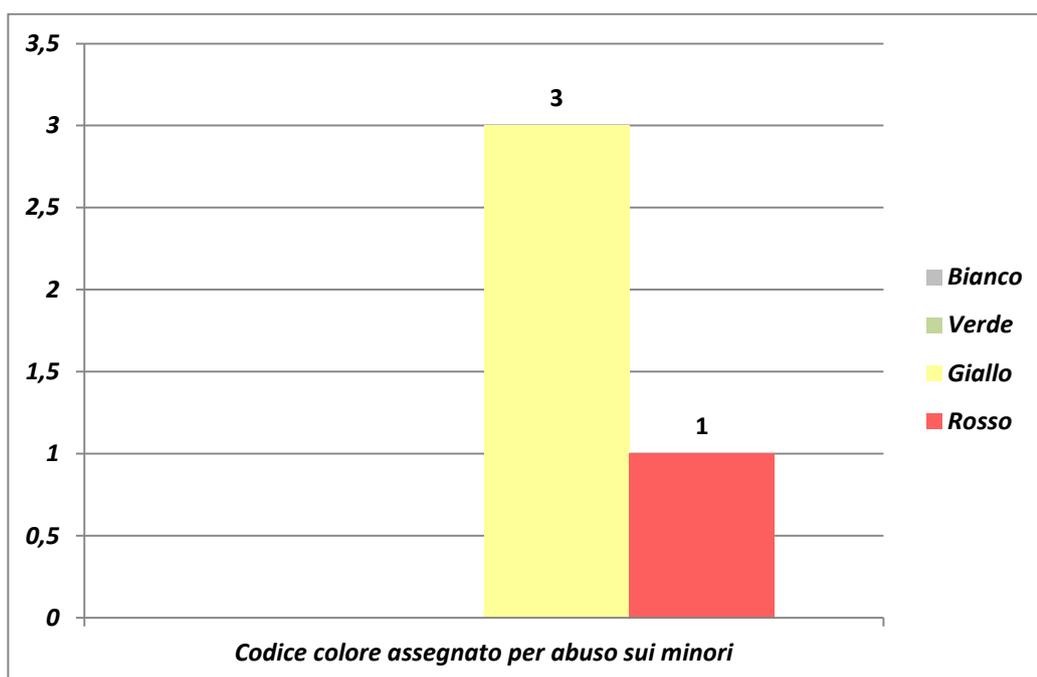


Grafico N ° 9

Dal grafico vediamo che i codici colore assegnati al minore vittima di abusi sono il rosso e il giallo (tre PS assegnano il giallo e uno assegna il rosso). Possiamo notare inoltre che, nessun PS assegna i codici colore bianchi o verdi. Inoltre, anche in mancanza di protocolli di gestione assistenziale per il minore vittima di abusi gli infermieri agiscono in scienza e coscienza del proprio lavoro verso i minori. La letteratura infatti afferma che il minore vittima di abusi vive in una criticità psicologica tale da dover essere valutata in tempi rapidi, evitando attese prolungate in luoghi poco consoni.

Domanda n° 8: All'interno dell'Azienda Ospedaliera, sono previsti corsi di aggiornamento o formazione, riservato agli infermieri, su tale tema?

Come precedentemente precisato, l'unico PS avente un protocollo è il PS n°1, l'azienda ospedaliera a cui risponde, attiva corsi di formazione e aggiornamento su tale tema. Le altre aziende non attivano corsi di aggiornamento o formazione. I coordinatori esprimono il loro disappunto per la mancanza di corsi e per la scarsa informazione sul tema dell'abuso. Affermano che sarebbero disposti a partecipare a tali corsi qualora venissero attivati.

Domanda n°9: Lei ritiene che la presenza di tali corsi sensibilizzi l'infermiere di triage, verso una maggiore consapevolezza sull'importanza del proprio lavoro?

I coordinatori del PS n°2, n° 3 e n°4 affermano che la presenza di corsi di formazione e di aggiornamento su questo argomento sensibilizzi l'infermiere verso una maggiore consapevolezza sull'importanza del proprio lavoro, per quanto riguarda il coordinatore del Pronto soccorso n°1, invece non incide su questo tipo di sensibilizzazione.

Conclusioni

Alla luce dei dati raccolti, l'unica Azienda Ospedaliera e l'unico pronto soccorso che possiede un protocollo di triage per la gestione del minore vittima di abusi è il Pronto soccorso n°1, che nel 2013 ha approvato l'adozione a livello Aziendale del protocollo di intervento Sanitario e sociale: "prima accoglienza della vittima di violenza di genere e stalking". Questo protocollo è stato concepito per affrontare la violenza sulla donna, ma diversi studi²² affermano che la violenza domestica rappresenta circa l'80% delle violenze subite, per cui si può dedurre che la violenza può essere perpetrata anche contro i minori, appartenenti al nucleo familiare. Il Pronto soccorso n°2, n°3 e n°4, non dispongono di protocolli di triage adeguati. Per quanto riguarda l'assegnazione dei codici colore, nonostante la mancanza di tali protocolli, i codici colore assegnati al minore vittima di abusi sono il codice rosso e il giallo, e mai il codice bianco o verde. Dal momento che nel Pronto soccorso n° 1 sono presenti protocolli assistenziali per la gestione del minore, l'Azienda Ospedaliera organizza ed attiva dei corsi di formazione e aggiornamento riservato agli infermieri su tale tema. Al contrario, le altre aziende, del Pronto Soccorso n°2, pronto soccorso n°3 e PS generale n°4, non attivano i suddetti corsi. La mancanza di protocolli e di formazione specifica, si ripercuote su una riduzione della segnalazione e denuncia dei reati di abuso, e di comportamenti legati alla negligenza verso il problema del maltrattamento, nonché sulla vita dei fanciulli che la subiscono. I coordinatori infermieristici affermano che l'attivazione di corsi di aggiornamento, può sensibilizzare gli infermieri

²² Nel 2012 l'associazione DiRe Donne in Rete contro la violenza, associazione nazionale che raccoglie 62 Centri antiviolenza in Italia, ha raccolto oltre 15.000 casi di donne che hanno subito una violenza, di cui l'80% di tipo domestico.

sull'importanza del proprio lavoro e ribadiscono che sarebbero disposti a prendere parte a tali corsi qualora venissero attivati.

BIBLIOGRAFIA

¹ United Nation Secretary General's study. World report on violence against children (2006).

² Garzanti linguistica Italiana 2010.

³ "Psicopatologia dello sviluppo" Henry Kempe (1989).

⁴ Convenzione ONU 20 Novembre 1989 New York.

⁵ Montecchi F., Gli abusi all'infanzia: dalla ricerca all'intervento clinico, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.

⁶ R.S. Kempe, C.H. Kempe, *Le violenze sul bambino*, Sovera Multimedia, Roma (Tivoli), 1989.

⁷ F. Montecchi, *Gli abusi all'infanzia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994

⁸ C.H. Kempe, F. Silverman, Steel, Droegemuller, H. Silver, *The battered child syndrome*, in *Journal Am. Med. Ass.*, 181, 1962

⁹ Hart-german-Brassard " Psychological maltreatment of development of children and youth, , Elmsford, NY: Pergamant (1987).

¹⁰ Maria Scoliere "Abuso infantile e formazione della personalità" 1992.

¹¹ Draucker “Counseling survivors of childhood sexual abuse” 2000

¹² Wendy Moelker ,Psicologa presso “EMERGIS” Paesi bassi. 2004.
Ultimo aggiornamento anno 2013.

¹³ Convenzione di Lanzarote.” convenzione europea per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l’abuso sessuale” (2007). LEGGE 1 ottobre 2012, n. 172 .

¹⁴ LEGGE 15 febbraio 1996 n. 66 Norme contro la violenza sessuale (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 20 febbraio 1996 n. 42);

¹⁵ LEGGE 3 agosto 1998, n. 269 “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù” . (GU n.185 del 10-8-1998).Entrata in vigore del provvedimento: 11/8/1998.

¹⁶ Legge 6 febbraio 2006, n. 38 ;"Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet". Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 38 del 15 febbraio 2006.

¹⁷ Decreto Ministeriale n. 739 del 1994 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’Infermiere” ;

¹⁸ Cismai, Terres Des Hommes “Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l’abuso dell’infanzia” 2013;

¹⁹Enrica Lumini “qualità e sicurezza nel processo di triage” 2011.

²⁰ Sofia Bisogni, Chiara Falchetti, Valentina Barbagli, “National collaborating centre of women’s and children health, When to suspect children maltreatment” Londra 2009.

²¹ Valeria Tromba, “Il bambino maltrattato, come riconoscerlo al triage” 2012.

²² Associazione DIRE (Donne in rete contro la violenza), 2012.

SITOGRAFIA

http://www.infermierionline.net/index.php?option=com_content&view=article&id=576:la-responsabilita-giuridica-dellinfermiere&catid=137:diritto&Itemid=94

Data : 10/10/14 Ora : 15,40;

<http://www.chittalink.it/tesi%20L'infermiere%20e%20il%20maltrattamento%20ai%20minori.pdf>

Data: 09/08/14 Ora: 16,30;

<http://www.diritto.it/docs/24682-i-segni-dell-abuso-sui-minori-come-si-riconoscono-cosa-guardare-come-interpretare>

data: 18/09/14 Ora: 15,50;

<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/Minori/fantoni/index.htm>

Data: 02/10/14 Ora : 17:30;

<http://www.azzurro.it/it/informazioni-e-consigli/consigli/abuso-e-maltrattamento/che-cosa-si-intende-abuso-all%E2%80%99infanzia>

data : 20/07/14 ora: 10,35;

<http://www.cismai.org/documenti/documenti-e-rapporti-sulla-violenza>

data: 21/09/14 ora 14;

http://www.osservatoriopedofilia.gov.it/dpo/it/abuso_sessuale.wp;...

data: 20/09/14 ora: 9.30;

<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/minori/fantoni/cap1.htm>

Data: 10/10/14 Ora: 11.10;

http://www.infermieristicapediatrica.it/index.php?option=com_content&view=article&id=111:come-riconoscere-gli-abusi-sul-bambino&catid=2:assistenza&Itemid=5

Data: 12/07/14 ora: 15, 30;

<http://web4health.info/it/answers/sex-abuse-effects.htm>

Data:09/07/14 Ora 11,35;

RINGRAZIAMENTI

Raggiunto il traguardo, arrivata alla meta, è bello fermarsi in un luogo tranquillo e silenzioso, solo così diventa più semplice volgere lo sguardo all' "essenziale invisibile agli occhi", quello che si vede solo col cuore. Desidero ringraziare tutte le persone speciali che mi hanno aiutato durante questi tre anni, così ringrazio i mie genitori e mio fratello che hanno contribuito alla mia serenità e alla mia forza nella vita, il mio ragazzo che mi ha sostenuta e sopportata, le mie coinquiline, con cui ho vissuto tre anni e sono per me una seconda famiglia e per ultimi non perché meno importanti ringrazio i miei colleghi quasi fratelli con cui ho condiviso gioie e dolori durante i tre anni. Desidero ringraziare la relatrice Dott.ssa Mulas e la correlatrice per l'aiuto dato nella stesura della tesi. Ringrazio i coordinatori per aver compilato i miei questionari e aver contribuito al contenuto della mia tesi.