



**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE IN EMERGENZA DEL MINORE  
VITTIMA DI MALTRATTAMENTO O ABUSO**

Data emissione

REV. 0

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE IN EMERGENZA DEL MINORE VITTIMA DI  
MALTRATTAMENTO O ABUSO  
"PERCORSO M.A.I.A."**

Gruppo di Lavoro	
Dirigente UOC Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso, OBI	Dott.ssa S. Pappacoda
Dirigente UOC Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso, OBI	Dott.ssa L. Ruggiero
Dirigente UOSID Neuropsichiatria Infantile	Dott. C. Barbati
Dirigente Psicologia Clinica	Dott.ssa P. Santangelo
Dirigente Direzione Medica di Presidio	Dott. E. Del Conte
Infermiera Pediatrica UOC Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso, OBI	Dott.ssa S. Guadagno
Dirigente UOC Diagnostica per immagini	Dott.ssa D. Ferrara

Verifica Contenuti	
Direttore UOC Ginecologia e ostetricia AO Cardarelli	Dott. C. Santangelo
Direttore UOC Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso, OBI	Dott. V. Tipo
Direttore UOC Chirurgia Pediatrica, Neonatale e d'Urgenza	Dott. G. Gaglione
Responsabile Rischio Clinico Aziendale	Dott.ssa M. Passaro
Responsabile Medicina Legale	Dott. M. Lo Giudice
Assistente Sociale Aziendale	Dott.ssa R. Zecca

Approvazione	
Direttore Sanitario	Dott.ssa M.V. Montemurro
Direttore Medico di Presidio	Dott.ssa D. Schiavone
Direttore Dipartimento di Pediatria Generale e D'urgenza	Dott. L. Martemucci
Direttore Dipartimento di Chirurgia Pediatrica	Dott. U. De Luca

# Contenuti del documento

- 1**      **Informazioni relative al documento**
  - 1.1      Periodo di validità e modalità di revisione
  - 1.2      Revisioni
  - 1.3      Obiettivi/Scopo
  - 1.4      Ambito di applicazione
  
- 2**      **Terminologia e abbreviazioni**
  - 2.1      Glossario
  - 2.2      Come riconoscere le forme di abuso e le forme di Maltrattamento
  - 2.3      Acronimi
  
- 3**      **Contenuti del documento**
  - 3.1      Generalità
  - 3.2      Percorso M.A.I.A.
  
- 4**      **Attività del Percorso M.A.I.A.**
  - 4.1      Presa in carico del paziente in triage e attribuzione codice colore
    - 4.1.2      Accoglienza infermieristica presso il triage
  - 4.2      Prime attività del Pediatra in Pronto Soccorso
  - 4.3      Visita medica in OBI
    - 4.3.1      In caso di Abuso Sessuale
    - 4.3.2      In caso di Maltrattamento
  
- 5**      **Gestione della cartella guidata per maltrattamento/abuso e verbale di Pronto Soccorso**
  
- 6**      **Rapporti con l’Autorità Giudiziaria**
  
- 7**      **Dimissioni dall’OBI**
  
- 8**      **Ricovero in Reparto di degenza**
  - 8.1      Accertamenti Laboratoristici ed infettivologici da eseguire in caso di Abuso Sessuale
  - 8.2      Raccomandazioni per il rilevamento delle prove (catena di custodia)
  - 8.3      Consulenze Specialistiche
  - 8.4      Esami Diagnostico-Strumentali in caso di Maltrattamento
  - 8.5      Valutazione sociale
  
- 9**      **Strumenti di Gestione del Documento**
  - 9.1      Attività di controllo e monitoraggio
  - 9.2      Applicazione sperimentale del Percorso
  
- Appendice - Approfondimento Medico Legale**
  - A.1**      Caratteristiche del Referto e della Denuncia all’Autorità Giudiziaria
  - A.2**      Reato di violenza sessuale e delitti contro l’incolumità personale

## 1. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

Percorso clinico assistenziale in emergenza per i minori vittime di abuso e/o maltrattamento presi in carico dall'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon - "Percorso M.A.I.A." (Maltrattamento Abuso Infanzia Adolescenza).

### 1.1 Periodo di validità e modalità di revisione

La revisione del presente documento è prevista entro 5 anni dalla data di emissione, salvo che mutate esigenze dell'A.O.R.N. o nuove necessità organizzative non ne richiedano la revisione in tempi più brevi.

Pereventuali richieste di modifiche occorre rivolgersi al Coordinatore del Gruppo di Lavoro.

Il presente percorso sarà valido sino alla rimozione dalle aree di pubblicazione informatica.

### 1.2 Revisioni

<i>Revisione</i>	<i>Emissione</i>	<i>Modifiche apportate</i>
0	07/2025	Trattasi di una Revisione 0. La documentazione già in uso presso l'A.O.R.N. Santobono Pausilipon viene predisposta e organizzata in un percorso di miglioramento multidisciplinare ben definito.

### 1.3 Obiettivi/Scopo

Il percorso clinico assistenziale che si vuole attuare ha i seguenti obiettivi:

- fornire un intervento adeguato, integrato e personalizzato di sostegno e di ascolto ai minori vittime di violenza, dall'accoglienza ospedaliera alla presa in carico clinica, psicologica e sociale, fino all'orientamento e all'accompagnamento ai servizi territoriali dedicati, laddove il caso lo richieda;
- riconoscere tempestivamente la vittima di violenza per la successiva presa in carico mediante l'attivazione dell'equipe multidisciplinare **M.A.I.A.**;
- garantire la corretta compilazione della documentazione sanitaria e forense;
- assicurare la catena di custodia dei reperti raccolti in sede di PS per future esigenze di giustizia.

### 1.4 Ambito di applicazione

Il seguente percorso deve essere applicato da tutti gli operatori aziendali, in particolare quelli che operano all'interno del Pronto Soccorso (che più frequentemente sono coinvolti nel fenomeno), ogniqualvolta si individua un caso di minore che abbia una anamnesi e/o obiettività di presunta o riferita violenza (abuso sessuale, maltrattamento fisico e/o psicologico, ipercuria/discuria/incuria, violenza assistita, bullismo, cyberbullismo, stalking, etc. ...).

**Non** rientrano nel seguente percorso:

- Uomini maggiorenni vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento;
- Donne maggiorenni vittime di maltrattamento fisico;
- Donne vittime di abuso sessuale ultraquattordicenni.

## 2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

### 2.1 Glossario

<b>MALTRATTAMENTO</b>	FISICO	Quando i genitori, o chi si prende cura di un bambino/a, commettono o permettono che si verifichino delle lesioni di ordine fisico. Di solito le lesioni sono prodotte con lo scopo di punire.	
	PSICOLOGICO	Si intende una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazione che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitive ed emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.	
<b>PATOLOGIA DELLE CURE</b>	INCURIA	FISICA	Omissione di cure nei confronti del bambino o insuccessi in importanti settori dell'allevamento
		PSICOLOGICA	
	DISCURIA	Cure distorte dalla percezione anacronistica del figlio o dall'immagine di un figlio diverso o ideale	
	IPERCURA	SINDROME DI MUNCHAUSEN PER PROCURA	La forma più grave dell'ipercuria è la <u>Sindrome di Munchausen per procura</u> , nella quale il figlio è investito, solitamente dalla madre, del fantasma di una malattia cronica, che porta a sottoporre il minore ad analisi, cure, e persino operazioni chirurgiche inutili. È una forma di abuso nella quale il bambino rischia seri danni fisici e psichici e, a volte, la vita (Il DSM V ha rinominato questa sindrome in disturbo fittizio).
CHEMICAL ABUSE			
MEDICAL SHOPPING			
<b>ABUSO SESSUALE</b>	EXTRAFAMILIARE	Quando un bambino/a è coinvolto in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato, per le quali non può dare il proprio consenso e/o che violano le leggi o i tabù sessuali.	
	INTRAFAMILIARE		
<b>VIOLENZA ASSISTITA</b>	TESTIMONI DI VIOLENZA	FISICA	Per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire da parte della/del bambina/o e adolescente qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minorenni. Di particolare gravità è la condizione degli orfani denominati speciali, vittime di violenza assistita da omicidio, omicidi plurimi, omicidio-suicidio.
		PSICOLOGICA	
		SESSUALE	
<b>VIOLENZA FRA PARI</b>	BULLISMO	Secondo gli studi che per primi hanno affrontato questo problema, perché una relazione tra soggetti possa prendere questo nome devono essere soddisfatte tre condizioni: 1) si verificano comportamenti di prevaricazione diretta o indiretta; 2) queste azioni sono reiterate nel tempo; 3) sono coinvolti sempre gli stessi soggetti, di cui uno/alcuni sempre in posizione dominante (bulli) ed uno/alcuni più deboli e incapaci di difendersi (vittime).	
	CYBERBULLISMO	Qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica, nonché la diffusione di contenuti on line aventi ad oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo.	
	SEXTING	Si può definire sexting l'invio e/o la ricezione e/o la condivisione di testi, video o immagini sessualmente esplicite/inerenti la sessualità. Spesso sono realizzate con lo smartphone o il tablet, e vengono diffuse attraverso il dispositivo stesso (tramite invio di sms o condivisione tramite bluetooth) o attraverso siti, e-mail, chat, app. L'invio di foto che ritraggono minorenni al di sotto dei 18 anni in pose sessualmente esplicite configura, infatti, <u>il reato di distribuzione di materiale pedopornografico</u> .	
	GROOMING	Adescamento di un minore in Internet tramite tecniche di manipolazione psicologica volte a superarne le resistenze e a ottenerne la fiducia per abusarne sessualmente.	

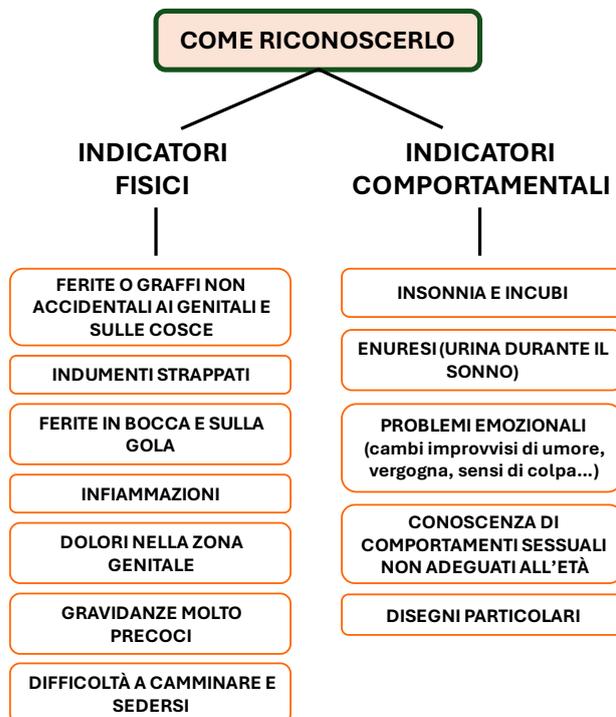
## 2.2 Come riconoscere le forme di Abuso e le forme di Maltrattamento

Nella Figura n.1 vengono descritti gli indicatori fisici e comportamentali che possono essere di aiuto nel riconoscimento dell'abuso, e in Figura n.2 invece, si sintetizzano le condotte e le condizioni che aggravano un maltrattamento.

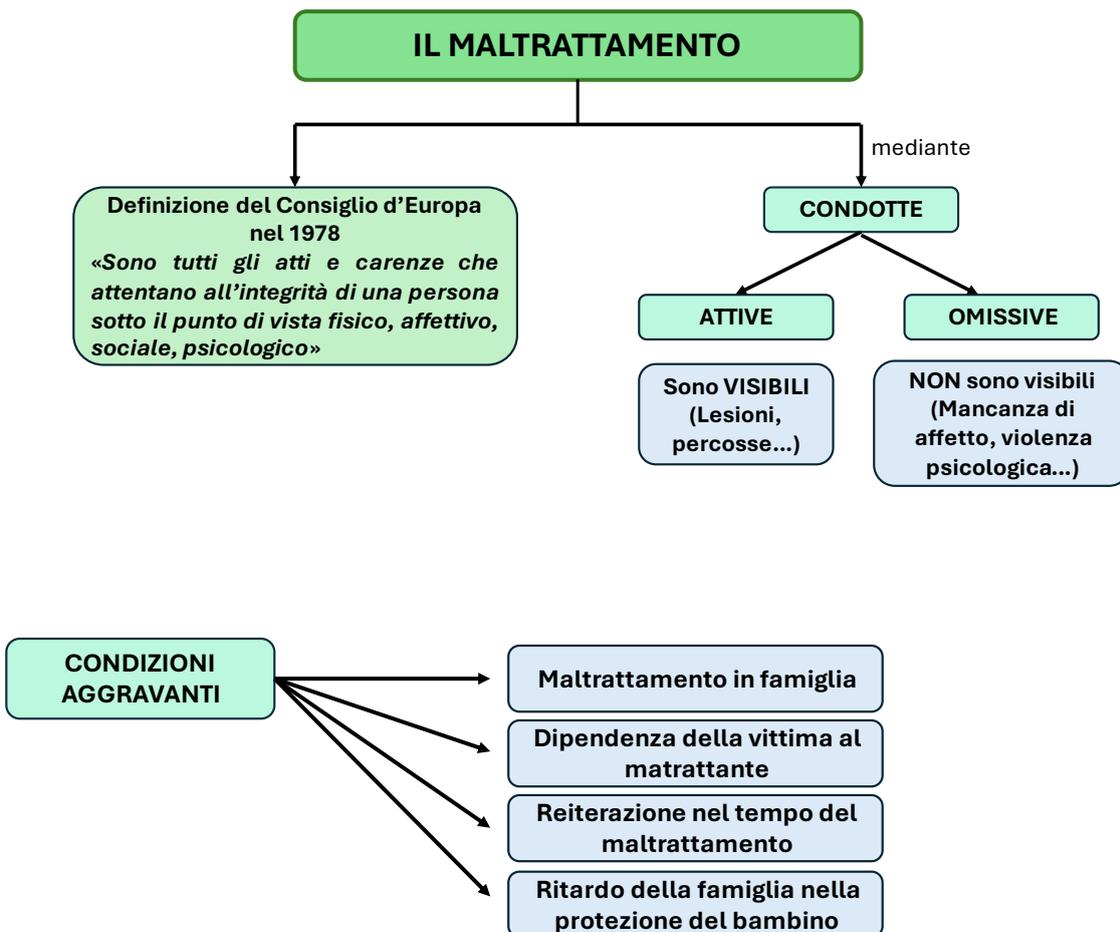
**Figura n. 1 Indicatori per l'Abuso Sessuale**



**Può esserci abuso sessuale anche quando il minore NON È FISICAMENTE TOCCATO, come nei casi in cui venga esposto alla visione o all'ascolto di vicende a contenuto sessuale non adeguate alla sua età**



**Figura n.2 Condizioni aggravanti nel Maltrattamento**



FATTORI DI RISCHIO comuni a tutti i tipi di maltrattamento		
MINORI	FAMIGLIA	FATTORI SOCIALI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Età inferiore ai 3 anni</li> <li>- Disabilità fisica</li> <li>- Disturbi alimentari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patologie psichiatriche</li> <li>- Genitori vittime di maltrattamento da piccoli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disoccupazione</li> <li>- Indigenza</li> <li>- Emarginazione sociale</li> </ul>

## 2.3 Acronimi

<b>Abbreviazioni</b>	<b>Descrizione</b>
A.G.	Autorità giudiziaria
P.M.	Pubblico Ministero
T.M.	Tribunale per i minorenni
P.G.	Polizia Giudiziaria
W.H.O.	World Health Organization
C.I.S.M.A.I.	Coordinamento Italiano Maltrattamento e Abuso Infanzia
P.S.	Pronto Soccorso
N.P.I.	Neuropsichiatra infantile
P.O.	Presidio Ospedaliero
S.I.N.P.I.A.	Società Italiana Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
N.A.I.	Non Accidental Injury

## 3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

### 3.1 Generalità

**La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 a New York, definisce il Diritto Fondamentale del fanciullo, il quale "ai fini dello sviluppo armonioso completo della sua personalità, deve crescere in un ambiente familiare, in un clima di felicità, di amore e di comprensione".**

Pertanto, in considerazione di quanto esplicitato nella succitata Convenzione di New York, è possibile definire l'**abuso** quale **una violazione arbitraria del Diritto Fondamentale, nonché di qualsiasi altro diritto di cui il bambino è titolare** (diritto alla vita e di avere una famiglia, di esprimere la propria opinione, diritto alla salute, all'uguaglianza, al cibo, all'educazione, al gioco etc.).

Per definire il **maltrattamento sui minori** è utile riferirsi alla definizione del WHO (*World Health Organization*) condivisa a livello internazionale, che comprende **"tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente, nonché sfruttamento sessuale o di altro genere, che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere."**

Nonostante l'importante attenzione prestata al problema, le stime disponibili dimostrano che in tutto il mondo ogni anno milioni di bambini/e sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale, psicologica: nello specifico, l'ultimo rapporto del WHO (2024) stima che 6 bambino/a su 10(circa 400 milioni di bambini/e) siano vittime di violenza nel mondo e che 1 donna su 5 ed 1 uomo su 7 sono stati abusati sessualmente da bambini<sup>1</sup>.

In Italia il fenomeno è ancora sconosciuto nella sua reale dimensione: da un'indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, condotta dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, dalla Fondazione *Terre des Hommes* e CISMAI (Coordinamento Italiano Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), realizzata con i dati del triennio 2020-2022, emerge che 401.766 bambini e ragazzi sono presi in carico dai servizi sociali italiani, 77.493 dei quali sono vittime di maltrattamento.

<sup>1</sup>Unicef. Sexual violence. October 2024. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/#status>

Per i minorenni in carico ai Servizi Sociali, si è visto che la forma di maltrattamento più comune è rappresentata dalla patologia delle cure (incuria, discuria e ipercuria) di cui ne è vittima il 40,7%, seguita dalla violenza assistita nel 32,4%; inoltre, il 14,1% dei minorenni è vittima di maltrattamento psicologico, mentre il maltrattamento fisico e l'abuso sessuale sono stati riscontrati rispettivamente nel 9,6% e nel 3,5% dei casi. È altresì dimostrato che le bambine e le ragazze sono più frequentemente prese in carico dai servizi sociali per maltrattamento rispetto ai maschi (201 femmine e 186 maschi su 1000), come anche gli stranieri rispetto agli italiani (su 1000 bambini vittime di maltrattamento 7 sono italiani e 23 stranieri). I minorenni vittime di maltrattamento multiplo sono il 40,7% e nel 91,4% dei casi il maltrattante afferisce per lo più alla sfera familiare (genitori, parenti stretti, amici dei genitori, etc.).

Il problema della violenza è frequentemente associato nel senso comune ai sistemi di sicurezza e di giustizia: difatti, solo più recentemente, grazie al maggiore impegno di esperti di Salute Pubblica, si è evidenziata la necessità di un approccio multidisciplinare alla lotta alla violenza, al fine di assicurare una strategia integrata per rispondere in modo efficace al problema e, allo stesso modo, assicurare un piano di prevenzione costante e basato sull'evidenza.

Per quanto descritto, e considerando che gli operatori dei servizi sanitari come quelli ospedalieri – ad esempio i Pediatri in Pronto Soccorso (PS) o i Neuropsichiatri di reparto – possono entrare in contatto con il fenomeno attraverso un'anamnesi o un'obiettività sospetta, emerge l'importanza di attivare un servizio volto ad identificare, trattare e porre in sicurezza i minori vittime di violenza, in collaborazione con tutti i servizi di tutela in ambito sia ospedaliero sia territoriale, quali i Servizi Sociali e di Neuropsichiatria (NPI), le Forze dell'Ordine, le Procure. La diagnosi è sempre multidisciplinare e, nel caso dell'abuso sessuale, è dato consolidato nella letteratura medica internazionale che la sola visita medica non è sufficiente a porre diagnosi di certezza. È bene ricordare che la quasi totalità dei reati che coinvolge le persone minori è perseguibile d'ufficio e dunque il medico ha l'obbligo di denuncia/referto e quindi di segnalazione all'Autorità Giudiziaria (AG).

Il percorso che si intende implementare per i minori vittime o sospetti di maltrattamento/abuso deve garantire la possibilità di incontrare personale sanitario dedicato e formato, in un ambiente accogliente e tranquillo, ai fini dell'acquisizione degli elementi clinici, psicologici e forensi utili alla valutazione del caso. Il bambino deve essere al centro dell'attenzione dei Sanitari in ogni manovra che sarà effettuata, sempre nel rispetto della sua volontà, assicurandolo sulla sua integrità corporea e prendendosi carico anche degli aspetti più emozionali e relazionali della funzione di cura.

### **3.2 Percorso M.A.I.A.**

Il percorso per i minori vittime di abuso/maltrattamento presso l'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, "**Percorso M.A.I.A.**" (acronimo di Maltrattamento Abuso Infanzia Adolescenza), garantisce la presenza in ospedale di personale dedicato tutti i giorni feriali e festivi h24.

Le modalità di accesso del minore al Percorso **M.A.I.A** possono essere:

- a. diretto, mediante accesso dal Pronto Soccorso;
- b. diretto, mediante invio dalla A.G., dalla P.G., dai Servizi di Territorio (Servizio Sociale, Servizio di NPI), dai Pediatri di libera scelta, dalle scuole e da altri ospedali;
- c. visite ambulatoriali mediche o chirurgiche;
- d. consulenze presso i reparti di degenza.

Nei casi sospetti di abuso/maltrattamento ai punti c e d che non hanno una criticità clinica, il medico che rileva il caso prenderà contatti con il Pediatra ([Figura MAIA](#)).

Tutti i casi di sospetto abuso/maltrattamento dovranno essere segnalati attraverso l'invio di eventuale documentazione alla seguente mail aziendale: [maia@santobonopausilipon.it](mailto:maia@santobonopausilipon.it).

Inoltre, il presente documento fornisce indicazioni limitatamente all'argomento in oggetto; non esclude l'autonomia e la responsabilità decisionale dei singoli professionisti sanitari e presuppone la corretta esecuzione dei singoli atti nella specifica competenza dei professionisti.

#### **4. ATTIVITÀ DEL PERCORSO M.A.I.A.**

Il Percorso MAIA, si attiva per tutti quei pazienti che accedono presso le strutture dell'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, come descritto in Tabella 1.

**Tabella n.1**

<b>TIPOLOGIA DI VIOLENZA RIFERITA ETÀ DELLA PERSONA ASSISTITA</b>	<b>P.O. COMPETENZA</b>
Violenza/abuso sessuale età < 14 anni	P.O. Santobono
Maltrattamento/abuso minori età < 14 anni	

Se il paziente ha ricevuto assistenza per la tipologia di eventi su indicati presso il P.O. Santobono prima del compimento dei 14 anni, verrà preso in carico per continuità di cura anche dopo il compimento del quattordicesimo anno.

In caso di paziente con età maggiore ai 14 anni, sarà necessario registrarlo al triage, compilare il referto e trasferirlo tramite 118 presso l'ospedale di competenza.

#### **4.1 Attività del Pronto Soccorso**

##### **4.1.1 Presa in carico del paziente in triage e attribuzione codice colore**

Il minore vittima di violenza può giungere direttamente in Pronto Soccorso accompagnato da:

- a. Genitore o Caregiver;
- b. Insegnante;
- c. Servizio Sociale;
- d. Forze dell'Ordine;
- e. Genitore su invio diretto dell'Autorità giudiziaria;
- f. Servizio 118;
- g. Segnalazione del medico che ha eseguito visita ambulatoriale dell'Azienda.

Durante tale percorso, la vittima dell'accertato o sospetto abuso/maltrattamento sarà accompagnata e assistita al momento dell'accoglienza nella persona – del **Pediatra di P.S. che riferirà al Pediatra del Reparto di Pediatria D'Urgenza, OBI (Figura MAIA)**, quest'ultimo unico "case manager" con il ruolo di leader di coordinamento delle procedure, delle consulenze e della corretta compilazione della documentazione sanitaria e giuridica.

Il Reparto di Pediatria d'Urgenza/OBI deve garantire un pediatra (Figura MAIA) per turno; in caso di ulteriore emergenze [CODICEROSSO] di reparto le stesse verranno coperte dal pediatra di guardia dipartimentale nei turni notturni e festivi.

Vista la rilevanza oggettiva e medico-legale del sospetto/conclamato di abuso/maltrattamento, nonché in accordo con le Linee guida sul Triage, **per facilitare il percorso clinico-assistenziale, a questi pazienti verranno attribuiti esclusivamente i codici rosso o arancione**, a prescindere dalla gravità delle condizioni cliniche della vittima (vedi Schema 1).

Nei casi in cui l'accompagnatore dichiara una violenza subita, l'infermiere di triage dovrà assegnare un [CODICEROSSO] al bambino ed attivare il personale Medico ed Infermieristico di guardia in PS.

**In caso di lesioni traumatiche e/o ferite fisiche con alterazione dei parametri vitali tali da rendere necessaria un'immediata assistenza medica e/o chirurgica**, il bambino andrà immediatamente condotto presso la sala rossa e sarà assistito dal Rianimatore/Anestesista di guardia, in collaborazione con il Pediatra e il Chirurgo.

Solo in questo caso verrà attribuito un eventuale codice di gravità maggiore [**CODICE ROSSO PEDIATRICO**] e al rianimatore, nelle vesti di *team leader*, sarà affidato il ruolo di coordinamento delle varie figure professionali che interverranno nella gestione clinica del paziente.

**In caso di sospetto abuso e di condizioni cliniche stabili**, verrà attribuito il [**CODICE ARANCIONE**] al paziente, il quale sarà preso in carico dal Pediatra che seguirà di persona la gestione del caso, in qualità di *case manager* (**Figura MAIA**).

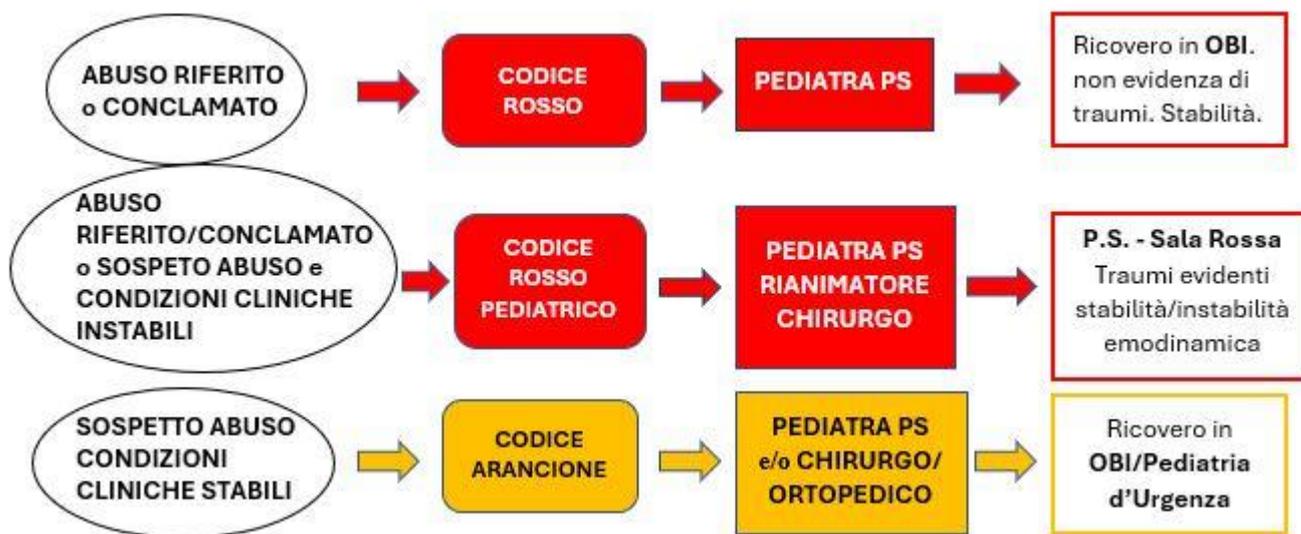
**In caso di prevalenza di lesioni traumatiche senza alterazioni dei parametri vitali**, il minore sarà preso in carico dal Pediatra di Ps che, richiederà la consulenza chirurgica e/o ortopedica o qualsiasi altra consulenza necessaria, nonché collaborerà con la (**Figura MAIA**) nella gestione del caso congiuntamente ai consulenti in servizio.

L'infermiere del triage sospetterà un caso di violenza a danno del minore, non dichiarata dall'accompagnatore, in base alla valutazione di alcuni elementi chiave (attraverso l'**ESCAPE Instrument**, vedi dopo) quali:

- ritardo nel soccorso;
- incongruenza tra lesioni e racconto;
- incongruenza tra lesioni e età del bambino;
- dinamica del racconto non chiara o versioni differenti fornite dagli accompagnatori;
- dinamica del rapporto tra accompagnatore e minore non serena (es. bambino impaurito dall'adulto);
- precedenti passaggi/accessi in pronto soccorso per traumi.

In tutti i casi su citati, l'infermiere di triage assegnerà al paziente un [**CODICE ARANCIONE**] (onde evitare che per l'attesa prolungata l'accompagnatore/tutore si allontanano senza visita).

**Schema 1. Modalità di Accesso in Pronto Soccorso.**



#### **4.1.2 Accoglienza infermieristica presso il triage**

L'infermiere triagista che accoglie per primo il bambino ha il compito di:

- effettuare valutazione ABCD;
- rilevare parametri vitali PA, FC, FR, TC, SpO<sub>2</sub>;

- raccogliere le informazioni necessarie alla registrazione dei dati del minore e registrare le generalità e il rapporto di parentela dell'accompagnatore del bambino acquisendo un valido documento d'identità;
- raccogliere una breve anamnesi ed eseguire una prima valutazione visiva, facendo attenzione allo stato emotivo, alle modalità di relazione con l'ambiente, alle condizioni igieniche e alla presenza di evidenti traumi fisici (fratture, bruciature, morsi, lacerazioni, etc.) attraverso degli strumenti utili all'identificazione dei bambini a rischio, come **l'ESCAPE Instrument**;
- attivare il pediatra di PS e quest'ultimo la (**Figura MAIA**) (Pediatra del Reparto di Pediatria D'Urgenza, OBI, *case manager* unico del caso).

*Fra i più recenti studi, quello olandese di Louwers del 2014, "Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments", proponeva lo strumento di screening utilizzato in Pronto Soccorso e denominato **ESCAPE form** basato su 6 semplici domande, per determinare il sospetto di abuso sul minore. Una o più domande barrate nelle caselle scure della Figura sottostante indicano la possibilità di un incremento del rischio dell'abuso sul minore e ulteriori azioni sono raccomandate.*

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

L'infermiere triagista che ha accolto il bambino e il genitore/tutore/accompagnatore, in attesa di trasferirlo nell'ambiente dedicato individuato presso il reparto di Pediatria d'Urgenza - OBI (Osservazione Breve Intensiva), li condurrà prontamente in un box riservato del PS, che garantisca la privacy, affidandoli all'infermiere di turno di detto box che si dedicherà al caso per l'intero percorso insieme al pediatra *case manager* (**Figura MAIA**). Lo stesso infermiere, impegnato in detto percorso, verrà sostituito nella sua posizione da un'altra unità infermieristica.

Inoltre, il bambino dopo aver effettuato il triage non deve mai attendere in sala di attesa.

Il personale infermieristico deve sempre chiamare per nome il bambino presentandosi a sua volta e spiegando qual è il proprio ruolo e la propria funzione. Si dovrà rispettare la distanza relazionale con l'obiettivo di creare un corretto rapporto di fiducia con il bambino/a.

Una volta preso in carico dal Pediatra di PS nel box riservato del PS, e allertato il *case manager* (**Figura MAIA**) il minore andrà tempestivamente trasferito presso l'ambiente dedicato sito presso il reparto di Pediatria d'Urgenza - OBI (Osservazione Breve Intensiva) ove proseguirà il percorso MAIA.

#### **4.2 Prime attività del Pediatra in Pediatria d'Urgenza - OBI (Osservazione Breve Intensiva)**

Qui il Pediatra *case manager* (**Figura MAIA**) effettuerà:

- La raccolta anamnestica. Essa deve costituire la guida per il successivo esame clinico, in ogni caso, è necessario correlare sempre i dati clinici con quelli anamnestici per valutarne la congruenza. Il pediatra raccoglierà il nominativo del pediatra curante del bambino.

Nella fase di raccolta delle informazioni sull'accaduto si possono verificare tre evenienze:

a. Il bambino parla spontaneamente dell'accaduto.

In questo caso il Pediatra (**Figura MAIA**) deve:

- raccogliere l'eventuale racconto del bambino/a annotando fedelmente le sue parole;
- evitare di avere reazioni eccessive quando il bambino rivela l'accaduto;
- non porre domande dirette sul fatto, ma raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del bambino/a, riportando fedelmente le sue parole;
- non criticare il suo comportamento;
- non mostrarsi arrabbiati o stupiti;
- accogliere il racconto senza pregiudizi;
- ridurre quanto più possibile la necessità che il bambino/a ripeta il racconto (e i suoi dettagli);
- porre attenzione, e annotare nella raccolta dell'anamnesi, alle alterazioni/regressioni dello sviluppo neurocomportamentale, alla comparsa di sintomi comportamentali o funzionali e alla documentazione di precedenti ricoveri e/o accessi di pronto soccorso.

Per quanto concerne il **colloquio con il minore**, l'art. 6 della *Carta di Noto* rappresenta un importante strumento per il medico e lo psicologo, fornendo indicazioni sull'approccio comunicativo che il professionista deve adottare in caso di minori presunte vittime di abuso/maltrattamento. È opportuno:

- garantire che l'incontro avvenga in orari, tempi, modi e luoghi tali da assicurare, per quanto possibile, la serenità del minore;
- informare il minore dei suoi diritti e del suo ruolo in relazione alla procedura in corso;
- consentirgli di esprimere opinioni, esigenze e preoccupazioni;
- evitare domande e comportamenti che possano compromettere la spontaneità, la sincerità e la genuinità delle risposte, senza impegnare il minore in responsabilità per ogni eventuale sviluppo procedimentale.

Dunque, nel pratico, le domande:

- devono essere poste in un linguaggio adatto allo sviluppo del bambino;
- devono essere generali, aperte, senza giudizi negativi (es. "che cosa è successo?");
- non devono iniziare con un "perché" (potrebbero apparire accusatorie e provocare una chiusura);
- non vanno poste interrompendo il bambino durante il suo racconto.

In questo contesto il bambino viene preparato alla visita medica, gli viene spiegato con parole semplici e appropriate come si svolgerà, assicurandolo sul fatto che la visita rispetterà i suoi tempi e i suoi bisogni. **Alla fine della raccolta dell'anamnesi, si dovrà necessariamente acquisire il consenso informato del genitore o di chi ne detiene la responsabilità genitoriale – già patria potestà – per procedere con la visita e gli altri eventuali approfondimenti laboratoristici, infettivologici e diagnostici.** In caso di mancato consenso e/o mancanza del genitore o del tutore legale, contattare le forze dell'ordine e notificare tempestivamente la DMPO.

b. Il bambino non parla:

Il bambino potrebbe avere un'età in cui il linguaggio è poco o non ancora sviluppato, oppure può rifiutarsi di parlare. In questi casi non va forzato il racconto e si procederà soltanto se necessario all'esame clinico, sempre previa acquisizione del consenso informato.

c. L'accompagnatore/tutore vuole raccontare l'accaduto:

In questi casi se si tratta di sospetto abuso durante la raccolta dell'accaduto deve essere presente un ulteriore testimone (una seconda figura sanitaria) o l'autorità giudiziaria se è già presente al momento. L'accompagnatore dovrà essere separato dal bambino e portato in un'altra stanza (il racconto non andrà raccolto in presenza del bambino che sarà affidato all'infermiere dedicato).

**In caso di riscontro di lesioni traumatiche e sospetto di lesività interna o instabilità del paziente, è necessario richiedere l'esecuzione di esami laboratoristici, esami strumentali ed eventuali consulenze**

**specialistiche, i cui referti saranno utili per il successivo iter clinico-diagnostico (vedi indicazioni al paragrafo 4.3.1 e 4.3.2).**

Una volta posto il sospetto di maltrattamento o di abuso, il Pediatra (**Figura MAIA**) procede all'attivazione del "Percorso M.A.I.A."

Quando il Pediatra (**Figura MAIA**) ha il sospetto/certezza del maltrattamento/abuso compilerà il Referto all'Autorità Giudiziaria (**ALLEGATO D**) e allegherà una copia nella cartella clinica abuso/maltrattamento che seguirà il bambino/a nel suo ricovero in OBI.

Qualora si verificasse la necessità di repertare materiale "tipo indumenti" o oggetti del minore riferirsi al paragrafo 8.2 *Raccomandazioni per il rilevamento delle prove (catena di custodia)*.

### **4.3 Visita medica in Pediatria d'Urgenza/OBI**

È bene ricordare che, prima dell'esame obiettivo, il Pediatra (**Figura MAIA**) chiederà al genitore/tutore legale della vittima il **consenso all'ispezione corporale, all'esecuzione di fotografie e, nel caso di violenza sessuale, alla raccolta di materiale biologico a fini forensi, facendo firmare l'apposito modulo di consenso informato (ALLEGATO C).**

Qualora manchi il consenso o in caso di assenza o irreperibilità di coloro che esercitano la responsabilità genitoriale/tutela legale, è opportuno annotarlo in cartella clinica, avvertire le Forze dell'Ordine e la Direzione Medica di Presidio (DMPO).

A tal proposito, si precisa che l'eventuale **documentazione fotografica** verrà acquisita in **Pediatria d'Urgenza/OBI**, eccezion fatta per ferite/traumi che necessitano di medicazioni e/o interventi chirurgici immediati e che pertanto saranno immortalati seduta stante: in questo caso, il Pediatra di PS farà richiesta della macchina fotografica al reparto di Pediatria d'Urgenza/OBI o al Pediatra (**Figura MAIA**) e la documentazione fotografica si produrrà in sede di Pronto Soccorso.

Inoltre, le visite mediche di consulenza specialistica (ginecologica, consulenza neuro-psicologica, etc.) verranno effettuate entro 24h dall'accesso in Pediatria d'Urgenza OBI/.

Il bambino va visitato completamente, cercando di metterlo quanto più possibile a proprio agio, al fine di documentare la presenza di lesioni. Ricordarsi sempre di avere l'assenso del bambino alla visita.

Il Pediatra del Reparto OBI/Pediatria d'Urgenza che ha preso in carico il caso ha il compito di:

- Compilare la cartella clinica guidata Abuso (**ALLEGATO A**)/ Maltrattamento (**ALLEGATO B**)
- Compilare e fare sottoscrivere il consenso informato (**ALLEGATO C**).
- Integrare ove necessario e se emergono nuovi elementi il Referto all'Autorità Giudiziaria (**ALLEGATO D**)

Invece, spetta al medico di Direzione Medica Presidiale (DMPO), con il supporto tecnico dell'assistente sociale, la compilazione di:

- Segnalazione al Tribunale dei Minori;
- Segnalazione alla Procura Ordinaria della Repubblica;
- Invio agli organi competenti del Referto all'A.G.;

In caso di applicazione immediata della sospensione della responsabilità genitoriale, segnalata dal tribunale dei minori a seguito di segnalazione della DMPO, tale provvedimento sarà immediatamente comunicato al Pediatra (**Figura MAIA**) o al Pediatra del Pronto Soccorso e più in generale al Reparto di Pediatria D'Urgenza/OBI o al reparto ove si è provveduti a ricoverare la/il minore.

#### **4.3.1 In caso di ABUSO SESSUALE:**

In merito alla visita da condurre in caso si sospetti una violenza, si raccomanda di fare riferimento all'**ALLEGATO A: "CARTELLA CLINICA GUIDATA IN CASO DI ABUSO"**.

Dovranno essere raccolti tutti i reperti (oggetti, vestiti, scarpe etc.) utili ad effettuare una completa valutazione del caso (tali reperti andranno riposti all'interno della cassaforte presso la Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale Santobono rispettando le linee guida di cui al paragrafo 8.2).

Dovrà essere utilizzata esclusivamente l'apposita macchina fotografica dell'ospedale custodita in OBI dopo aver provveduto ad inserire in essa **la scheda di memoria SD, che sarà esclusiva per singolo paziente**; tale scheda sarà debitamente etichettata e unita agli altri prelievi effettuati, che dovranno essere conservati per l'autorità giudiziaria presso la cassaforte sita presso Direzione Medica di Presidio Santobono.

È necessario effettuare sempre un esame obiettivo completo, ponendo particolare attenzione alla valutazione della regione ano-genitale e del cavo orale, documentandone i riscontri attraverso le immagini fotografiche delle regioni interessate, in modo da poterle valutare anche in un momento successivo e/o documentare minime lesioni che potrebbero non essere più visibili a distanza di alcune ore.

La valutazione clinica di un sospetto abuso sessuale deve sempre iniziare con una osservazione della regione anale e del tono sfinterico, cui seguirà l'osservazione degli organi genitali: ciò permette di valutare correttamente il riflesso di dilatazione anale, che compare entro trenta secondi dalla separazione bimanuale dei glutei, in decubito laterale o genupettorale. La visita dei genitali, da effettuare su apposito lettino ginecologico sito in OBI, deve essere condotta con il bambino in posizione a "frogleg" o in posizione genupettorale per l'esame della regione vaginale, ed in posizione in decubito laterale sinistro o genupettorale per la regione anale (vedi cartella clinica guidata Abuso – **ALLEGATO A**).

Si riporta di seguito una sintesi classificativa di segni a livello dei genitali esterni rilevati con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati:

Segni genitali esterni più frequenti negli abusati:

- Assenza completa o perdita di tessuto dell'imene posteriore;
- Ecchimosi genitali esterni;
- Lacerazioni imenali;
- Trans-sezioni imenali;
- Cicatrici forchetta (la maggiore frequenza è probabile)

Segni rilevati con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati:

- Convessità bordo imenale (bumps/mounds)
- Edema genitali esterni
- Eritema genitali esterni
- Friabilità della commissura/forchetta
- Fusione labiale
- Incisure imenali (cleft/notches)

Segni per i quali vi è carenza di dati per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o meno di abuso sessuale:

- Abrasioni/escoriazioni genitali esterni
- Perdite vaginali ricorrenti
- Corpi estranei vaginali

Segni anali rilevati con maggiore frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale rispetto a quella dei soggetti non abusati:

- Cicatrici perianali e anali
- Ecchimosi perianali e anali
- Lacerazioni perianali e anale
- Sfintere anale beante

Segni rilevati con analoga frequenza nella popolazione dei soggetti vittime di abuso sessuale e in quella dei soggetti non abusati:

- Appendici cutanee
- Congestione venosa
- Ragadi perianali

Segni per i quali vi è carenza di dati per stabilire se vi sia diversa frequenza nella popolazione dei soggetti vittime o meno di abuso sessuale:

- Riflesso dilatazione anale

Una prima ispezione dell'area genitale può essere condotta, a seconda dei casi, già dal Pediatra ed eventualmente dal Chirurgo e successivamente dal Ginecologo, quando in struttura. In particolare, si rammenta che l'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, non avendo punto nascita, ha stipulato con l'A.O.R.N. Cardarelli una convenzione per l'esecuzione di prestazioni ginecologiche, quali:

- 1) visite mediche ginecologiche nelle situazioni di emergenza/urgenza clinica che necessitino di interventi sanitari non differibili;
- 2) casi in cui i dati anamnestici indichino la possibilità di poter rilevare lesioni e/o recuperare tracce biologiche.

Pertanto, in caso di sospetto o conclamato abuso sessuale, si contatterà il Ginecologo reperibile dell'A.O.R.N. Cardarelli, considerando che:

- a) se la bambina o il bambino è prepubere, la visita ginecologica deve essere fatta entro 24 ore;
- b) se la bambina o il bambino è pubere di età inferiore ai 14 anni, la visita può essere effettuata entro 72 ore;
- c) se la bambina o il bambino è pubere di età superiore ai 14 anni, deve essere effettuato il triage ed è accompagnato presso il PS ginecologico dell'A.O.R.N. Cardarelli.

Pertanto, se si verifica quanto descritto al punto C, il Pediatra di PS contatterà la ginecologia di riferimento e concorderà la tempistica della visita in base agli elementi clinici ed anamnestici del caso.

*È necessario sottolineare che **in nessun caso la rilevazione di un segno che si riscontra frequentemente negli abusati deve essere assunto come “prova di per sé sufficiente” di un abuso, con esclusione del riscontro di gravidanza o della presenza di spermatozoi. È necessario interpretare il segno rilevato alla luce della storia che caratterizza il sospetto di abuso sessuale.***

In caso di abuso sessuale in minore pubere, bisogna escludere il sospetto di una gravidanza attraverso l'esecuzione di un test rapido in sede di Pediatria d'Urgenza/ OBI. In caso di positività, concordare successivo follow-up in accordo con il Ginecologo.

#### **4.3.2 In caso di MALTRATTAMENTO**

In merito alla visita da condurre in caso si sospetti un maltrattamento si raccomanda di fare riferimento all'**ALLEGATO B: “CARTELLA CLINICA GUIDATA IN CASO DI MALTRATTAMENTO”**.

Si raccomanda inoltre di:

- osservare l'atteggiamento del/la bambino/a (stato emotivo, livello di cooperazione e risposte comportamentali);
- esaminare tutto il corpo del/la bambino/a, prestando attenzione a ricoprire le parti del corpo già sottoposte al controllo man mano che si procede con la visita;
- descrivere con precisione eventuali lesioni o esiti delle stesse, specificandone sede, dimensioni e caratteri generali. Le stesse, oltre che misurate con apposito centimetro, andranno poi fotografate, previo consenso da parte del genitore o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale. La loro descrizione verrà riportata nel referto all'AG, nel quale si segnalerà anche di avere acquisito immagini riguardanti le lesioni in oggetto;

- esaminare attentamente l'orofaringe alla ricerca di eventuali lesioni (e ricordando il fatto che sono frequenti tra gli atti abusanti i contatti oro-genitali);
- ricercare accuratamente eventuali ecchimosi e lesioni figurate (segni di morsi, lesioni a stampo, etc.).
- valutare la presenza di segni di trascuratezza (capelli, denti, igiene);
- eseguire esami di laboratorio di primo livello+ esame urine standard e Tox Screen Test;
- in caso di riscontro di lesioni traumatiche, avvalersi della consulenza del collega Chirurgo e/o Ortopedico e/o Radiologo e valutare l'esecuzione di un approfondimento diagnostico, considerando che per bambini con sospetto abuso fisico di età inferiore ai 2 anni si debba valutare l'opportunità di eseguire indagini radiologiche quali (vedi anche paragrafo 8.4):
  - Rx Cranio AP+LL (+ proiezione occipite);
  - Rx torace AP + obliqua dx e sin per coste;
  - Rx Addome AP includendo pelvi e anche;
  - Rx Rachide LL cervicale, dorsale e lombare;
  - Rx Arti superiori AP;
  - Rx Arti inferiori AP;
  - Rx total body;
  - ecografia addome completo e pelvi, per la valutazione di eventuali danni agli organi interni in seguito per esempio a calci o pugni;
  - eventuale TC e/o RM verrà richiesta in base al quadro clinico del paziente.

In caso di *Shaken baby syndrome*, verrà inoltre richiesta consulenza oculistica con esame del fondo oculare per la ricerca di eventuali emorragie retiniche;

Richiedere anche una consulenza NPI per valutazione stato psicologico e comportamentale del bambino in caso di agitazione o evidenti alterazioni comportamentali al momento dell'accesso in pronto soccorso.

## **5. GESTIONE DELLA CARTELLA GUIDATA PER MALTRATTAMENTO/ABUSO E VERBALE DI PRONTO SOCCORSO**

Il Pediatra *case manager* (**Figura MAIA**) è tenuto a compilare adeguatamente la cartella clinica guidata (**ALLEGATO A** e **ALLEGATO B**) riportando una relazione precisa e dettagliata, descrivendo in maniera oggettiva il comportamento del bambino, quanto riferito dallo stesso e quanto riferito dall'accompagnatore e le lesioni riscontrate alla visita clinica.

Anche sul verbale di PS occorre che tutti i dati raccolti siano riportati in maniera chiara e completa.

Specificare sempre le generalità dell'accompagnatore (per esempio il nome della mamma, dell'insegnante o poliziotto/carabiniere) e le loro dichiarazioni con precisione, ricordando di citare tra virgolette il racconto dell'accompagnatore, specialmente laddove descriva i fatti che costituiscono reato. Ricordarsi di riportare almeno n. 1 o meglio n.2 recapiti del nucleo familiare e di acquisire valido documento d'identità dell'accompagnatore.

Al genitore/tutore legale del paziente andrà consegnata esclusivamente copia del Verbale di Pronto Soccorso previa opportuna comunicazione e adeguata informazione agli stessi.

## **6. RAPPORTI CON L'AUTORITÀ GIUDIZIARIA**

Quando il bambino giunge accompagnato dalle Forze dell'Ordine o, in generale, quando si raccolgono elementi che depongono per un caso di maltrattamento/abuso, è necessario aggiornare il Magistrato di Turno della **Procura Minorile** mediante comunicazione alla DMPO, che provvederà ad allertarlo. Il Magistrato del Tribunale dei Minori va sempre informato per concordare le decisioni circa il collocamento del bambino/a in caso di mancata tutela (es. art. 403 C.C.). Quest'ultimo va informato anche se il bambino/a in cui si configura un'ipotesi di reato è dimissibile con tutela garantita o dubbia.

Qualora vi sia il sospetto che il genitore o altro adulto sia autore del reato, la competenza a procedere sull'indagine è della **Procura Ordinaria**, "IV Sezione - fasce deboli" - Procura della Repubblica di Napoli, che

dovrà essere informata tempestivamente del caso, anche per il tramite della Polizia Giudiziaria (P.G.), per procedere in linea con l'attribuzione del codice rosso.

**Per approfondimento leggere la sezione di Medicina legale.**

## **7. DIMISSIONE DALLA PEDIATRIA D'URGENZA/OBI**

**Conclusi gli accertamenti clinici e strumentali in Pediatria d'Urgenza/OBI, si può verificare uno dei seguenti scenari:**

**a) Il minore non è clinicamente dimissibile:**

In caso di dubbio clinico, a maggior ragione nelle situazioni di violenza, trattenere il bambino in ricovero al terzo piano del Padiglione Santobono presso la UOC di Pediatria d'Urgenza Pronto Soccorso, OBI.

**b) Il minore è clinicamente dimissibile e si trova in una situazione di tutela a domicilio:**

La valutazione della condizione di tutela va condivisa con il Magistrato di turno della Procura Minori e se possibile con Pediatra (**Figura MAIA**). Dimettere SEMPRE con un appuntamento in ambulatorio M.A.I.A. concordato con il Pediatra (**Figura MAIA**).

Per l'ambulatorio MAIA si rimanda a specifica organizzazione dopo la formazione da effettuarsi per il seguente percorso.

**c) Il minore è clinicamente dimissibile, ma non si trova in una situazione di tutela a domicilio:**

I motivi per cui un bambino può non poter far ritorno a domicilio sono veramente molti, dalla presenza dell'abusante in casa, alla mancanza di un adulto tutelante – perché, per esempio, arrestato o ricoverato–, alla convivenza di solito della madre con il compagno abusante, alla violenza estesa a madre e bambini, etc. In questi casi si può decidere di ricoverare il minore.

Se esiste un tutore in grado di prestargli assistenza, il bambino potrà essere assistito da una persona a cui vuole bene. Sarà comunque l'autorità competente a stabilire i tempi e i luoghi nonché l'affidamento del minore maltrattato e/o abusato.

Qualora il genitore/tutore legale non dia il consenso alle indagini clinico-strumentali necessarie o si opponga al ricovero, il medico deve spiegare che:

- l'interesse per il minore è la preoccupazione principale del sanitario e certamente lo è anche per i genitori/tutore legale;
- il ricovero è necessario per tutelare la salute del minore;
- il ricovero è urgente ed è proposto nell'esclusivo interesse della salute del minore;
- la non dimissibilità del minore sarà riportata nella documentazione sanitaria.

In caso di ulteriore opposizione, il medico spiegherà che la normativa vigente gli impone di:

- segnalare il fatto ai servizi sociali
- avvisare le Forze dell'Ordine (oppure informare il genitore che le stesse sono già state avviate mediante denuncia all'Autorità Giudiziaria).

Qualora, nonostante tali spiegazioni, il genitore/tutore legale voglia comunque allontanarsi con il minore, gli operatori attivano in urgenza le Forze dell'Ordine e riferiscono tempestivamente alla DMPO.

Nel caso in cui il bambino/a sospettato per abuso/maltrattamento, necessita di ricovero, verrà trattenuto in una stanza al terzo piano del Padiglione Santobono presso la UOC di Pediatria d'Urgenza Pronto Soccorso, OBI.

La dimissione del minore avverrà al termine delle cure e solo in caso di coinvolgimento della Procura presso il Tribunale Minorile si richiederà a quest'ultima la modalità di dimissione. Qualora le Autorità Competenti dispongano il blocco della dimissione il/la piccolo/a resterà affidata alle cure del reparto fino ad ulteriori indicazioni.

## **8. RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA**

Il ricovero del minore è necessario nelle seguenti condizioni:

- a) **Il minore non è clinicamente dimissibile** (per motivi clinici o in caso di dubbio clinico).
- b) **Il minore è clinicamente dimissibile ma NON si trova in una situazione di tutela a domicilio.**

Nel caso in cui il bambino/a sospettato vittima di abuso/maltrattamento necessita di ricovero, verrà trattenuto a ricovero in una stanza al terzo piano del Padiglione Santobono presso la **UOC di Pediatria d'Urgenza/OBI**.

In tale ambiente, qualora si ritenga necessario, verranno effettuate ulteriori consulenze psicologiche e neuropsichiatriche e la presa in carico da parte dell'assistente sociale.

Nei casi di maltrattamento fisico con lesioni d'organo specifiche il reparto di destinazione sarà quello specialistico di pertinenza (Neurochirurgia in caso di Shaken baby syndrome, Ortopedia in caso di fratture, Chirurgia in caso di lesioni traumatiche organi interni).

Anche in detti reparti specialistici il personale medico provvederà al più adeguato accudimento clinico, psicologico e logistico e coinvolgerà il Pediatra (**Figura MAIA**).

In corso del ricovero il medico di reparto ha il compito di verificare che il referto sia stato compilato ed eventualmente integrarlo.

### **In caso di sospetto maltrattamento**

Tra le indagini che il medico di reparto dovrà richiedere vi sono:

- la consulenza del Genetista, il quale definirà i test genetici a cui sottoporre il paziente per vagliare la presenza di alterazione genetiche che favoriscono lesioni ossee;
- la consulenza ematologica per indagare eventuali alterazioni/difetti della coagulazione.
- la consulenza radiologica associata per identificare lesioni specifiche di maltrattamento.
- le adeguate indagini radiologiche (vedi paragrafo 8.4) per evidenziare eventuali pregressi focolai fratturativi.
- la consulenza oculistica in caso di sospetto di *Shaken baby syndrome*.
- la consulenza NPI per valutazione stato psicologico e comportamentale del bambino in caso di agitazione o evidenti alterazioni comportamentali al momento dell'accesso in pronto soccorso.

### **In caso di sospetto abuso sessuale**

Il Pediatra (**Figura MAIA**) contatterà la ginecologia di riferimento e concorderà la tempistica della visita in base agli elementi clinici ed anamnestici del caso.

La consulenza sarà effettuata negli ambienti dedicati del reparto **Pediatria d'Urgenza/OBI**.

Pertanto, in caso di sospetto o conclamato abuso sessuale si contatterà il ginecologo reperibile dell'A.O.R.N. Cardarelli considerando che:

- Se la bambina o il bambino è prepubere: la visita ginecologica deve essere fatta entro 24 ore;
- Se la bambina o il bambino è pubere di età inferiore ai 14 anni: la visita deve essere fatta entro 72 ore.

L'operatrice/operatore sanitaria/o che ha preso in carico il paziente deve refertare tutti gli esiti della violenza subito in modo dettagliato e preciso e redigere il verbale di dimissione completo di diagnosi e prognosi, riportando i codici di diagnosi (principale o secondaria) ICD9-cm

- **995.5 Sindrome del bambino maltrattato**  
[Utilizzare codici aggiuntivi per identificare ogni traumatismo associato]
- 995.50 Abuso di minore non specificato
- 995.51 Abuso di minore emotivo/psicologico
- 995.52 Trascuratezza di minore (nutrizionale)
- 995.53 Abuso sessuale su minore
- 995.54 Abuso fisico di minore. Maltrattamento del bambino.
- 995.55 Sindrome del bambino agitato

- 995.59 Altri abusi e trascuratezze di minori
- **V61.2 Problemi nel rapporto genitori-figli**
- V61.20 Problema nel rapporto genitori-figli, non specificato  
Concernente:
  - il comportamento del figlio
  - il contrasto genitori-figli
  - i problemi di relazione genitori-figli
- V61.21 Maltrattamento del bambino  
trattamento di ferite da maltrattamento (995.80-995.85)
- V61.22 Abuso sul bambino da parte del genitore persona, diversa dal genitore, responsabile di abuso fisico/sessuale (V62.83)
- V61.29 Altri problemi nel rapporto genitori-figli  
Problemi riguardanti il bambino adottivo

### **8.1. Accertamenti Laboratoristici ed infettivologici da eseguire in caso di Abuso Sessuale**

Le modalità che caratterizzano la maggior parte degli abusi sessuali in bambini prepuberi sono tali da rendere poco frequente la trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili. Per questo motivo non è proponibile l'effettuazione di uno screening per le infezioni sessualmente trasmesse e sarà il consulente Ginecologo a prescrivere gli accertamenti che riterrà più opportuni e ad effettuare i prelievi, utilizzando l'apposito kit forense presente in Azienda (ALLEGATO E).

Si raccomanda di considerare:

- il tipo di contatto sessuale (penetrazione, eiaculazione, etc.);
- il tempo trascorso dal contatto sessuale (attenzione al periodo finestra);
- segni o sintomi suggestivi di malattie sessualmente trasmesse (secrezioni vaginali o peniene, ulcere genitali, vulviti, lesioni anali e vulvari inclusi condilomi...);
- la presenza di familiari o sospetti abusanti affetti da malattie sessualmente trasmesse.

I test che frequentemente richiede il consulente Ginecologo sono i seguenti:

- Test sierologici da effettuare in caso di penetrazione e/o rapporto orale verranno eseguiti in regime di ricovero e consistono in: HIV, HCV, HBsAg, Treponema, Clamidia, Herpes da ripetere fino a 6 mesi.
- Raccolta materiale biologico tramite tamponi a livello vulvo-vaginale e a livello anale: i diversi tipi di tampone verranno eseguiti in regime di ricovero durante la visita ginecologica, previa acquisizione da parte del medico del consenso informato del genitore.
  - Per la **raccolta del materiale vaginale**, è necessario effettuare 2 tamponi: uno con la provetta che ricerca i patogeni genitali (*Neisseria Gonorrhoea e Trichomonas vaginalis*) e l'altro con la provetta che ricerca vaginosi e miceti. Per ridurre il fastidio dato dal contatto del tampone con la mucosa, inumidire prima il tampone con Soluzione Fisiologica sterile. Ovviamente prima della coltura i genitali non vanno lavati. *Prelievi per le MST nelle bambine prepuberi possono essere effettuati a livello vaginale, utilizzando tamponi uretrali di dimensione inferiore rispetto ai tamponi tradizionali. Se l'orifizio imenale non permette il passaggio del tampone senza provocare dolore, si possono effettuare prelievi a libello vulvare, utilizzando tamponi all'interno delle piccole labbra.*
  - Per la **raccolta di un campione anale**, è necessario effettuare 2 tamponi: il tampone eseguito con la provetta va etichettato come tampone rettale e va specificato sulla richiesta che si stanno cercando malattie sessualmente trasmesse. Il secondo tampone, eseguito con la provetta, va etichettato come tampone cutaneo specificando nelle note che si tratta di "materiale prelevato in regione rettale".
- Ricerca dei nemaspermi: tempi di sopravvivenza degli spermatozoi: a livello vaginale sono piuttosto lunghi (7- 10 giorni), a livello anale sono più brevi (5 giorni), a livello cutaneo sono di circa 24 ore.

*Nel caso di vittime prepuberi è molto frequente che gli spermatozoi siano presenti sulla cute della regione genitale e addominale piuttosto che a livello della vagina e dell'ano.*

- *La ricerca dei nemaspermi nella bambina/o prepubere va eseguita sia a livello cutaneo che genitale esterno entro le 24 ore*
  - *La ricerca dei nemaspermi nella bambina/o pubere va eseguita a livello genitale esterno e se possibile interno entro le 72 ore. La ricerca dei nemaspermi va fatta utilizzando gli specifici tamponi presenti nel kit forense che si strisciano in zona cutanea, vaginale o anale a seconda dei casi.*
  - *In caso di sospetto contatto con cavità orale il tampone va eseguito anche in tale sede*
- **Ricerca del DNA dell'abusante:** anche la seguente ricerca verrà richiesta ove necessario dal consulente ginecologo. Gli operatori sanitari che eseguiranno il prelievo dovranno attenersi alla seguente modalità di repertazione:
- *indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che viene allestito un tampone) e mascherina.*
  - *utilizzare gli specifici tamponi presenti nel kit forense da prelievo oro-faringeo a secco o dei semplici tamponi sterili;*
  - *considerare (indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento) e sulla base del dato anamnestico le seguenti sedi: orale - periorale - vulva - vaginale - perivaginale - anale - perianale - peniena - cute.*
  - *riporre il tampone nella propria custodia;*
  - *chiudere le provette e su ciascuna porre l'identificativo del reperto (è opportuno preparare le etichette identificative prima di procedere con la repertazione).*
  - *congelare le provette con i tamponi.*

L'esecuzione dei tamponi di cui sopra sarà effettuata sempre dal consulente Ginecologo con l'assistenza dell'infermiera pediatrica di reparto utilizzando il materiale presente nell'apposito **kit forense (ALLEGATO E)**. Tutti gli esami/tamponi richiesti andranno sempre etichettati con i dati anagrafici del bambino/a.

**NB: poiché per le varie ricerche vi sono molti tamponi da eseguire e spesso si tratta di bambini piccoli che potrebbero ad un certo punto rifiutarsi, eseguire i tamponi in quest'ordine: tamponi colturali, ricerca nemaspermi, ricerca DNA.**

Si sottolinea che tutti i campioni raccolti dal consulente Ginecologo andranno inviati al Laboratorio di Analisi di Patologia Clinica dell'AORN Santobono Pausilipon e qui conservati in maniera idonea garantendo l'autenticità, l'integrità e la tracciabilità degli stessi (vedi paragrafo 8.2).

#### ❖ Misure profilattiche in casi di violenza sessuale/abuso

In caso di abuso sessuale in minore pubere escludere sospetto di gravidanza: eseguire in pronto soccorso test rapido e in caso di positività, in accordo con il ginecologo, concordare successivo follow-up.

Il successivo follow-up e le misure profilattiche verranno intrapresi in regime di ricovero.

- **Pillola del giorno dopo:** in caso di rapporto sessuale, è possibile somministrare la cosiddetta "pillola del giorno dopo" entro le 72 ore (meglio entro le 24 ore) dal rapporto stesso: NORLEVO 1 compressa da 1,5 mg una tantum (Si trova nell'armadio degli antidoti). È disponibile anche una Pillola del 5 giorno, che però va richiesta all'SVS e non rappresenta un'urgenza;
- **La profilassi delle malattie sessualmente trasmesse:** in caso di stupro, penetrazione, rapporto orale recenti è indicata la profilassi delle malattie sessualmente trasmesse, per atti avvenuti entro le 72 ore: Azitromicina 10 mg/Kg per 3 giorni associata a Ceftriaxone 1 g in unica dose;
- **La profilassi per HIV** può essere eseguita entro 48 ore dal contatto. È necessario coinvolgere gli infettivologi, ma senza urgenza.
- **La profilassi per HBV** va considerata NEL CASO IN CUI IL MINORE NON RISULTI VACCINATO con Ig specifiche e inizio del ciclo di vaccinazione.

È estremamente importante garantire il rispetto della catena di custodia, pertanto, la richiesta di analisi al Laboratorio di Patologia Clinica dovrà riportare la firma del primario della U.O.C. interessata e/o del Dirigente Medico che prende in carico il paziente.

Il personale addetto al trasporto e consegna dei vari campioni, dovrà richiedere alla struttura accettante il timbro di avvenuta ricezione. In questo modo si avrà una prova inoppugnabile atta a correlare paziente e determinazioni analitiche, senza possibilità di scambio.

## **8.2. Raccomandazioni per il rilevamento delle prove (catena di custodia)**

Alla luce delle linee guida dell'Associazione Scientifica Genetisti Forensi Italiani (Ge.F.I.) circa la repertazione di tracce biologiche nei casi di violenza sessuale e/o maltrattamento (dichiarati o sospetti) si riportano qui di seguito le buone pratiche da seguire nell'adempimento delle procedure previste dal presente Percorso.

Le tracce di materiale biologico (tracce di sangue, sperma e saliva, formazioni pilifere, sudore, cellule di sfaldamento dell'epidermide, etc.) che si possono reperire sono soprattutto:

- sugli indumenti: le tracce presenti sugli indumenti non sempre sono visibili ad occhio nudo. Tutti gli indumenti, pertanto, devono essere repertati, anche eventuali assorbenti, pannolini o quanto a contatto con le regioni intime;
- sul corpo della vittima: oltre ai tamponi precedentemente illustrati, si possono prevedere ulteriori prelievi di materiale biologico in base al racconto della vittima.

Per quanto concerne le **modalità di repertazione**, gli operatori, durante l'espletamento di tutte le operazioni precedentemente descritte, devono obbligatoriamente adottare tutte le procedure volte ad evitare fenomeni di contaminazione (contaminazione operatore-reperto, contaminazione reperto-reperto, contaminazione ambiente-reperto, etc. ...).

**Di seguito i passaggi delle procedure di repertazione sugli indumenti e sul corpo della vittima.**

### **INDUMENTI DELLA VITTIMA**

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che si reperta/manipola un indumento) e mascherina.
2. Aiutare nella svestizione, qualora gli indumenti siano quelli che la vittima indossava al momento del fatto. Utilizzare un telo/lenzuolo di carta su cui far spogliare la donna per raccogliere eventuale materiale presente sugli indumenti o sul corpo della vittima. Nota bene: qualora la vittima riferisca di essersi cambiata si consiglia di acquisire gli indumenti che indossa al momento, in particolare quelli intimi, e di suggerire di conservare (senza lavarli) quelli che indossava al momento del fatto per una eventuale consegna alle Forze di Polizia.
3. Conservare gli indumenti singolarmente.
4. Maneggiare con cautela gli indumenti perché potrebbero contenere materiale biologico dell'aggressore, fibre, formazioni pilifere o altro materiale; ripiegarli su sé stessi.
5. Conservare gli indumenti ben asciutti e mantenerli a temperatura ambiente.
6. Fare asciugare, se è possibile, all'aria gli indumenti non asciutti, senza utilizzare fonti di calore (stufe, phon, etc.); qualora non sia possibile, congelare gli indumenti bagnati dopo averli posti in buste di plastica e/o contenitori sterili di plastica. Nota bene: non usare il frigorifero per la conservazione dei reperti, poiché la temperatura interna, solitamente di 4 - 8° C, non è idonea alla conservazione di tracce biologiche.
7. Le buste vanno sigillate e su ciascuna deve essere posto l'identificativo del reperto.

### **CORPO DELLA VITTIMA**

1. Indossare guanti (da rimuovere e sostituire ogni volta che viene allestito un tampone) e mascherina.
2. Utilizzare i tamponi presenti nel Kit forense; valutare se prima di procedere al prelievo sia necessario inumidire i tamponi sterili con soluzione fisiologica o acqua sterile (es: regioni cutanee). Nel caso del materiale sub-ungueale è consigliabile effettuare un raschiamento mediante tamponi sottili (non usare aghi o strumentali taglienti!); valutare se tagliare le unghie.
3. Considerare (indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento) e sulla base del dato anamnestico le seguenti sedi: orale - periorale - vulva - vaginale - perivaginale - anale - perianale - peniena - cute.
4. Riporre il tampone nella propria custodia o, se sprovvisti di custodia, conservare il tampone in provette sterili da laboratorio.
5. Chiudere le provette e su ciascuna porre l'identificativo del reperto (è opportuno preparare le etichette identificative prima di procedere con la repertazione).

6. Congelare le provette con i tamponi ed eventualmente con i ritagli di unghie. LE PROVETTE NON DEVONO MAI ESSERE CONSERVATE IN FRIGORIFERO.
7. Nota bene: non utilizzare disinfettanti o altre sostanze prima di aver concluso tutti i prelievi di interesse. Se c'è stata penetrazione orale è necessario procedere all'allestimento dei tamponi orali prima di far bere la vittima e non appena acquisito questo dato anamnestico.

Inoltre, è necessario:

- compilare una *scheda dedicata* (**ALLEGATO A – ALLEGATO B**) che contenga tutte le operazioni relative alla repertazione/custodia delle eventuali tracce biologiche;
- raccogliere gli elementi salienti da un punto di vista circostanziale che possono guidare la repertazione e l'esame dei reperti;
- indicare chiaramente le zone dove vengono effettuati i tamponi e i prelievi, nonché l'elenco dei reperti raccolti, opportunamente classificati, e documentare, ove possibile, con rilievi fotografici tutte le operazioni di prelievo;
- allestire un verbale di catena di custodia (**contenuto all'interno degli ALLEGATI A e B**), in cui venga indicato ogni passaggio del reperto, che dovrà essere controfirmato da ogni operatore intervenuto. Tale verbale deve contenere la data delle operazioni svolte e le generalità dell'esecutore.

Si consiglia di allestire una check list delle attività eseguite (**ALLEGATO A – ALLEGATO B**).

### **8.3. Consulenze Specialistiche**

- Consulenza ginecologica e chirurgica se sospetto/certo abuso in bambina

Verrà richiesta la consulenza ginecologica ai medici della UOC di Ginecologia dell'Ospedale Cardarelli attualmente in convenzione con la nostra struttura. La consulenza sarà effettuata in reparto.

Sarà il Pediatra *case manager* (**Figura MAIA**) a prendere contatti diretti col Ginecologo. Pertanto, in caso di sospetto o conclamato abuso sessuale si contatterà il Ginecologo reperibile dell'A.O.R.N. Cardarelli considerando che:

- Se la bambina o il bambino è prepubere: la visita ginecologica deve essere fatta entro 24 ore;
- Se la bambina o il bambino è pubere di età inferiore ai 14 anni: la visita può essere fatta entro 72 ore.

- Consulenza chirurgica pediatrica se sospetto/certo abuso in bambino

- Consulenza radiologica se sospetto o certo abuso/maltrattamento

- Valutazione medico-legale, nei casi di sospetto/certo abuso:

il consulente Medico Legale supporta il Pediatra *case manager* (**Figura MAIA**):

- Nella raccolta del dato anamnestico, obiettivazione, descrizione e documentazione fotografica delle lesioni e dei mezzi di produzione delle stesse;
- Nella valutazione della sussistenza di ipotesi di reato perseguibile d'ufficio;
- Nel campionamento e nella refertazione di matrici e tracce biologiche.
- Nella richiesta della consulenza del Genetista, il quale definirà i test genetici a cui sottoporre il paziente per vagliare la presenza patologie genetiche che possano favorire le lesioni ossee;
- Nella richiesta di consulenza Ematologica per indagare eventuali alterazioni/difetti della coagulazione.

- Consulenza NPI per valutazione stato psicologico e comportamentale del bambino, da richiedere in caso di agitazione o evidenti alterazioni comportamentali al momento dell'accesso in PS. Verrà prevista un'osservazione clinica sia Neuropsichiatrica che psicologica volta a:

- contenere l'eventuale stato di agitazione e/o dissociativo
- effettuare una valutazione dell'attuale stato psicoemotivo del minore.

- Consulenza psicologica

- Consulenza oculistica con esame del fondo oculare, nel sospetto di AHT (*Shaken baby syndrome*)

- Eventuali altre consulenze specialistiche (ortopedica, infettivologica, etc.) in base alle lesioni osservate e per la valutazione e prescrizione delle eventuali profilassi/terapie per MST.
- In caso di riscontro di lesioni traumatiche, avvalersi della consulenza del collega Chirurgo e/o Ortopedico e valutare approfondimento diagnostico considerando che per bambini con sospetto abuso fisico di età inferiore ai 2 anni si debba valutare l'opportunità di eseguire indagini radiologiche.
- Consulenza tossicologica su sangue e urine se, in base al racconto, ingestione certa o sospetta di alcol, farmaci o altre sostanze tossiche.

#### **8.4. Esami Diagnostico-Strumentali in caso di Maltrattamento**

Le lesioni ossee nei casi di NAI (Non Accidental Injury) presentano caratteristiche altamente specifiche che le distinguono dai traumi accidentali. La loro identificazione è indispensabile per diagnosticare un maltrattamento e proteggere i bambini da ulteriori violenze.

Le fratture metafisarie classiche (CML), note anche come "corner fractures" o "bucket-handle fractures", rappresentano un segno quasi patognomonico. Queste fratture, causate da forze di trazione o torsione applicate agli arti, si osservano tipicamente nei neonati e nei bambini sotto i 2 anni. Allo stesso modo, le fratture costali posteriori, particolarmente frequenti in seguito a compressione toracica violenta, sono difficilmente attribuibili a traumi accidentali. Analogamente la presenza di fratture multiple in stadi diversi di guarigione o di lesioni in sedi atipiche, come scapola, sterno e processi spinosi, rafforza il sospetto di maltrattamento. Questi reperti, associati a discrepanze nella storia clinica riportata dai caregiver, forniscono indicazioni essenziali per distinguere un trauma accidentale da un sospetto NAI.

In caso di lesioni scheletriche, è fondamentale effettuare una valutazione approfondita che consideri vari fattori, tra cui:

1. Il grado di specificità delle lesioni ossee può offrire indizi chiari sulla natura del trauma (Tabella 1);
2. La cronologia delle lesioni, con una particolare attenzione alla possibilità che esse possano essere attribuibili a episodi traumatici multipli. Ciò implica la valutazione della presenza di lesioni policrone, ossia lesioni databili in momenti diversi;
3. La diagnosi differenziale con patologie ossee e del tessuto connettivo. Tra le patologie del metabolismo osseo che possono simulare lesioni analoghe, l'osteogenesi imperfetta (OI) riveste un'importanza particolare, in quanto condivide numerosi segni clinici e radiologici con il trauma fisico, soprattutto nelle forme gravi.

**Tabella 1 - Specificità delle lesioni ossee nel contesto del maltrattamento fisico**

Alta specificità	Lesioni metafisarie di qualsiasi tipo Fratture costali, specialmente posteriori Fratture scapolari Fratture dei processi spinosi Fratture sternali
Media specificità	Fratture multiple, specialmente se bilaterali Frattura in diverso stadio di riparazione Distacchi epifisari Fratture dei corpi vertebrali e sublussazioni Fratture delle dita Fratture complesse delle ossa craniche
Bassa specificità	Fratture della clavicola Frattura della diafisi delle ossa lunghe Fratture lineari del cranio
Segno radiologico comune ma di bassa specificità	Formazione di nuovo osso sottoperiosteale

Il protocollo standard, noto come "*skeletal survey*" (Tabella 2), include una serie di immagini dettagliate delle principali ossa dello scheletro, che devono essere eseguite seguendo rigorosi standard qualitativi. È importante evitare esami generici, in particolare, **non** deve essere eseguito un unico esame radiografico che comprenda tutto lo scheletro, comunemente noto come "babygramma" che risulta inadeguato per la perdita di dettaglio a livello dei segmenti ossei periferici, riducendo la precisione diagnostica dell'esame, e per l'impossibilità di modulare la radio esposizione in aree anatomiche differenti. È pertanto doveroso che ogni distretto scheletrico da esaminare sia valutato separatamente, al fine di ottimizzare la qualità dell'immagine e garantire una diagnosi accurata. È raccomandata l'esecuzione di radiografie centrate, ed oblique, per evidenziare fratture costali spesso mascherate dalla sovrapposizione delle strutture mediastiniche.

**Tabella 2 - Protocollo di studio delle singole aree anatomiche (Skeletal survey)**

<p><b>Cranio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proiezione AP, LL e di Towne (quest'ultima se clinicamente indicata)</li> </ul>
<p><b>Torace</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proiezione AP con inclusione delle clavicole</li> <li>- proiezioni oblique (destra e sinistra) per le coste</li> </ul>
<p><b>Addome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proiezione AP dell'addome con inclusione della pelvi e delle anche</li> </ul>
<p><b>Rachide</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proiezione LL: esposizioni separate delle regioni cervicale, dorsale, lombo-sacrale</li> <li>- se l'intero rachide non è incluso nella proiezione AP dell'rx torace e addome, sono richieste proiezioni aggiuntive</li> </ul>
<p><b>Arti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proiezione AP di entrambi gli omeri</li> <li>- proiezione AP di radio ed ulna d'ambo i lati</li> <li>- proiezione AP di entrambi i femori</li> <li>- proiezione AP di tibia e perone d'ambo i lati</li> <li>- proiezione PA delle mani (esposizioni separate)</li> <li>- proiezione DP dei piedi (esposizioni separate)</li> </ul>

### **Indagini neurologiche**

La tomografia computerizzata (TC), oltre a confermare fratture rilevate radiograficamente, la TC permette di identificare lesioni intracraniche, come ematomi subdurali, tra le principali cause di morte nei casi di "Shaken Baby Syndrome". La TC è particolarmente sensibile e specifica nella valutazione in caso di emorragia intracranica acuta, come l'ematoma subdurale, l'emorragia subaracnoidea, l'emorragia intraventricolare e le contusioni emorragiche.

La risonanza magnetica (RM) può rivelare microemorragie o lesioni a carico della sostanza bianca, fornendo preziosi indizi in casi di sospetto maltrattamento. È meno affidabile nell'identificazione delle emorragie intracraniche in fase iperacuta, ma diventa progressivamente più sensibile nel rilevamento delle emorragie subacute, in particolare quando eseguita tra il terzo e il quinto giorno dal sospetto trauma. È particolarmente utile per evidenziare danni cerebrali cronici o subacuti, come gli esiti di ischemie ipossiche, comuni nei bambini vittime di maltrattamento.

### **Traumi toraco-addominali**

In caso di sospetto trauma addominale, se il paziente è stabile, l'Ecografia addominale rappresenta il primo approccio diagnostico. Tuttavia, nei traumi toraco-addominali di maggiore entità, la TC con mezzo di

contrasto è la metodica di scelta, in quanto offre una valutazione dettagliata, tempestiva e panoramica delle lesioni viscerali e vascolari.

## **8.5. Valutazione sociale**

L'assistente sociale ospedaliero nelle situazioni di abuso e maltrattamento:

- effettua una valutazione sulla situazione socio-familiare del minore, attraverso la raccolta di informazioni che possono provenire dal personale sanitario, dalla famiglia e/o dai servizi territoriali, al fine di comprendere se il sospetto di abuso e/o maltrattamento possa sussistere e se il minore sia adeguatamente tutelato (fase di rilevazione).

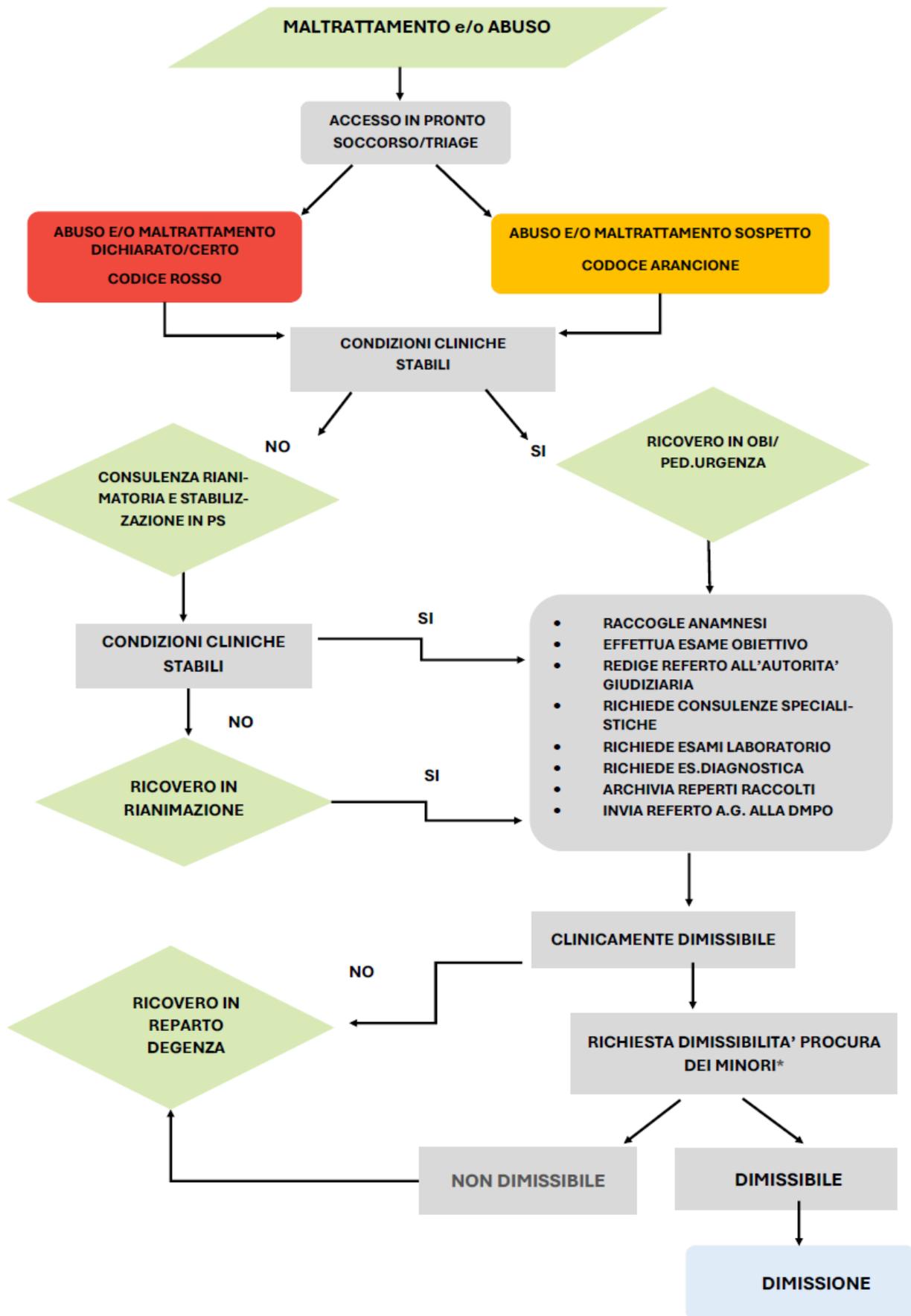
Attraverso gli incontri con la famiglia e/o con il minore vengono sondate cinque aree:

- contesto sociale
- condizioni di vita del minore
- rapporto tra genitori e figli
- storia individuale dei genitori e di coppia
- relazione tra genitori e servizi.

Per ciascuna area è necessario considerare la presenza di fattori di rischio e di protezione, segnali di malessere e di benessere, al fine di comprendere quale sia la reale condizione di vita del minore e della sua famiglia.

- valuta, insieme agli altri operatori sanitari, se i dati raccolti possano far "sospettare" o "confermare", nel caso in cui il maltrattamento sia stato dichiarato o rilevato precedentemente da altri (es. Forze dell'Ordine, familiari, operatori scolastici), di essere in presenza di un caso di abuso e/o maltrattamento (fase di valutazione);
- nei casi certi o sospetti di violenza su minore, procede alla segnalazione (obbligatoria) alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, tramite la stesura di una relazione sociale di segnalazione che viene trasmessa alla Direzione Sanitaria di Presidio, che provvederà alla sua trasmissione (fase di segnalazione) e a concordare il prosieguo dell'iter da seguire. Se il maltrattamento non sembra essere avvenuto, ma sembrano sussistere per il minore situazioni di potenziale pregiudizio procede, comunque, alla segnalazione (c.d. segnalazione meritevole);
- qualora, invece, si evincano condizioni di bisogno socioassistenziale, provvede a segnalare la situazione del minore e del nucleo familiare ai Servizi Sociali Territoriali;
- si coordina con le risorse territoriali qualora si ravvisi la necessità di percorsi di collocazione in sicurezza e/o tutela dei minori.

**Diagramma di Flusso A.**



\* il ricovero e la dimissione possono essere stabiliti dall'interposizione della Procura dei Minori.

## **9. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO**

### **9.1 Attività di controllo e monitoraggio**

L'Attività di controllo prevede riunioni periodiche multidisciplinari sulla verifica delle indicazioni previste dal percorso che si vuole attuare in azienda. Il monitoraggio del percorso verrà inoltre effettuato attraverso l'uso di indicatori di processo e di esito come indicati successivamente.

Attività:

- n° casi di M/A presi in carico/popolazione target
- tipologia di violenza se singola o multipla
- età
- sesso
- residenza italiana o straniera,
- chi rileva la violenza (servizi),
- chi segnala la violenza (soggetto/persona),
- l'agente della violenza,
- il contesto ambientale,
- il contesto familiare (genitori, fratelli/sorelle, titolo studio genitori, attività lavorativa genitori)
- %: n. segnalazione al S. Sociale/tot. segnalazioni
- %: n. segnalazione al tribunale minorile/tot. segnalazioni

**Indicatori di esito:**

- n. allontanamenti dal nucleo familiare ed inserimento in comunità/ affidamento familiare/parentale
- % n. presa in carico tutelare (servizi sociali) /tot. Casi

**Indicatori di processo:**

- Numero di minori con M/A trattati in maniera integrata/numero pazienti con M/A totali
- Valutazione multidimensionale: sì/no + numero riunioni sul caso (almeno 2)
- 

Effettuazione formazione mirata con cadenza programmata (ogni 3-5 anni):

- sul piano dei percorsi integrati diagnostico/terapeutici

### **9.2 Applicazione Sperimentale del Percorso**

Si premette che prima dell'attivazione del Percorso Clinico Assistenziale In Emergenza del Minore vittima di Maltrattamento o Abuso "Percorso M.A.I.A.", per stabilire in via definitiva ruoli e funzioni dei professionisti coinvolti, nonché la valutazione in termini numerici - professionali e dei requisiti strutturali ed organizzativi previsti, con le integrazioni scaturite dall' audit finale, è prevista una fase di prima applicazione del Percorso in via sperimentale della durata di 12 mesi dalla ufficiale attivazione.

In tale fase verranno effettuate 4 riunioni del gruppo di lavoro secondo questo cronoprogramma:

- a 3, 6, 9 e 12 mesi, al fine di monitorare l'andamento degli indicatori di processo e di esito previsti;
- valutare eventuali implementazioni professionali necessarie

Le informazioni derivate dagli indicatori sopra riportati, costituiranno un flusso informativo ufficiale a cadenza periodica 12 mesi, tra UO di PS/OBI, DMPO Santobono, per verificare l'andamento degli indicatori.

## APPENDICE - APPROFONDIMENTO MEDICO-LEGALE

Note
<p>L'articolato processo informativo tra il professionista sanitario e l'Autorità Giudiziaria risulta regolato dall'applicazione di diversi articoli del Codice penale e del Codice di procedura penale. Un evento o fatto successo può essere identificato come reato o delitto solo se possiede determinati requisiti di anti giuridicità, previsti per legge e dettati dai codici, penale e civile, attraverso procedure amministrativo-tecniche previste dai codici di procedura, penale e civile. Affinché l'Autorità giudiziaria proceda a identificarlo ed avvii un procedimento penale o civile, ne deve venire a conoscenza: ciò è possibile attraverso una informazione diretta da parte di chi ritiene di aver subito l'evento (la vittima) o attraverso il singolo cittadino che ne è venuto a conoscenza, o attraverso una Istituzione che ne è venuta a conoscenza.</p>
<p>Innanzitutto, occorre specificare, in via del tutto generale, come tale informazione fornita all'Autorità Giudiziaria avrà delle caratteristiche tecniche differenti in base a:</p>
<p><b>1. autore dell'informativa</b></p>
<p><b>2. oggetto dell'informativa</b></p>
<p><b>3. caratteri e tempi di inoltro dell'informativa</b></p>
<p><b>1. Rispetto all'Autore dell'informativa</b>, è possibile prevedere l'Autore come soggetto singolo o Istituzione. L'Autore (singolo o Istituzione) può, nel momento in cui è venuto a conoscenza dell'evento, esercitare una funzione di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio, così come avviene per insegnanti ed operatori sociosanitari del Servizio pubblico (medici, psicologi, assistenti sociali).</p>
<p><b>2. Rispetto all'oggetto dell'informativa</b>, questo può prevedere un fatto di cui l'Autore dell'informativa è venuto semplicemente a conoscenza o un fatto per cui l'Autore dell'informativa ha svolto attività propria e specifica. A seconda della tipologia dell'evento o del fatto (di cui si è venuti a conoscenza o durante il quale si è prestata la propria attività), questo può assumere caratteri di reato o delitto perseguibile di Ufficio (altrimenti a querela della persona offesa).</p>
<p><b>a.</b> la procedibilità di Ufficio di un delitto (rispetto al delitto procedibile solo dopo querela della persona offesa) caratterizza l'obbligatorietà per l'Autorità Giudiziaria di avviare un procedimento penale (a meno che non ne venga disposta l'archiviazione) nel momento stesso in cui viene raggiunta dalla notizia di reato, indipendentemente dalla volontà della presunta vittima.</p>
<p><b>b.</b> la perseguibilità a querela, invece, si identifica con la richiesta formale ed esplicita da parte della vittima di indagare e di punire penalmente l'eventuale Autore. La querela deve essere avanzata entro i tre mesi successivi al fatto costituente reato o entro i tre mesi in cui la vittima ne sia venuta a conoscenza (per la violenza sessuale i mesi di tempo per poter sporgere querela diventano sei). Allorquando durante il procedimento penale per un reato perseguibile a querela si evidenzino fatti per cui il reato stesso viene modificato in procedibile d'ufficio, l'eventuale remissione della querela non produrrà la conclusione del procedimento, ma questo procederà a prescindere dalla successiva volontà della vittima.</p>
<p><b>3. Rispetto ai caratteri propri dell'informativa</b>, questa assume un carattere di obbligatorietà (denuncia) qualora l'Autore (singolo o Istituzione) si trovi ad esercitare una funzione di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio, così come avviene per insegnanti ed operatori sociosanitari del Servizio pubblico (medici, psicologi, assistenti sociali) e la tipologia di evento preveda un delitto perseguibile di ufficio. Nello stesso modo assume un carattere di</p>

<i>obbligatorietà (referto) qualora l'Autore (singolo) sia un professionista sanitario che abbia prestato la propria attività ad un evento con caratteri di delitto perseguibile di ufficio.</i>
<i>Ancora è possibile formulare ulteriori precisazioni in merito alle tipologie di figure giuridiche in cui i professionisti sanitari possono identificarsi durante l'esercizio delle proprie attività, ai sensi del Codice penale (vedi pubblico ufficiale, operatore incaricato di pubblico servizio, ed esercente un servizio di pubblica utilità):</i>
<i>a. Si definisce Pubblico Ufficiale colui che esercita, permanentemente o temporaneamente, una pubblica funzione nell'ambito legislativo, giurisdizionale o amministrativo che sia disciplinato da norme di diritto pubblico (art. 357 c.p.).</i>
<i>b. Si definisce Operatore Incaricato di Pubblico Servizio colui che, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio.</i>
<i>c. Si definisce Esercente un Servizio di Pubblica Necessità il privato che esercita professione forense o sanitaria, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato ad avvalersi.</i>
<i>In sintesi:</i>
<i>• I professionisti che nell'esercizio o a causa della propria attività professionale sanitaria, vengano a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio hanno l'obbligo della denuncia/referto.</i>
<i>• Tale obbligo è in capo a ciascun professionista sanitario, benché il denuncia/referto possa essere unico e condiviso da tutti i prestatori di opera ed assistenza con firma unica che ne attesti la validità e la realtà certificativa.</i>
<i>• Deve essere chiaro che il professionista sanitario con la denuncia/referto segnala l'esistenza di un "sospetto sufficientemente fondato" che sia stato commesso un reato perseguibile d'ufficio. Non spetta ovviamente al professionista sanitario verificare la sussistenza in concreto del reato procedibile d'ufficio poiché tale accertamento è attività propria dell'Autorità Giudiziaria.</i>

## **A.1 Caratteristiche del Referto e della Denuncia all'Autorità Giudiziaria**

### **➤ Referto (ALLEGATO D):**

Il referto è estremamente preciso e dettagliato, fornisce un giudizio diagnostico ed uno prognostico delle lesioni, nonché un'analisi approfondita sulla natura, sulla causa e sulle conseguenze delle stesse.

Il referto contiene dati di un fatto ancorché possibile ma non certo, gli effetti biologici devono essere realmente apprezzabili con conseguente giudizio tecnico circa diagnosi e prognosi, premesse indispensabili per poter appurare il rapporto di causalità. Infatti, la raccolta dei dati clinici deve essere sempre eseguita con estrema meticolosità, in quanto proprio l'accurata descrizione delle lesioni e l'evoluzione delle stesse potrà fornire adeguate informazioni in relazione al nesso causale. La compilazione del referto prevede il riportare:

- **anamnesi**: il più possibile dettagliata circa i fatti che costituiscono il reato. Riportare la versione degli accompagnatori virgolettate. Se il bambino fornisce la sua versione citare anche questa tra virgolette;
- **esame clinico**: dettagliare le lesioni per sede, tipologia, morfologia, dimensioni e colorito, tenendo

presente che ci si potrà confrontare successivamente con il medico esperto che potrà fare una descrizione più approfondita;

- se le lesioni sono state fotografate;
- la prognosi in giorni.

**La compilazione del referto consta di 2 copie:**

- **La prima** va consegnata all’Autorità Giudiziaria, per il tramite della Polizia Giudiziaria (P.G.), riportando anche i dati relativi agli ufficiali giudiziari ai quali è consegnata
- **La seconda** rimane nel blocco referti e successivamente archiviato.

**In caso di ricovero, inserire in cartella fotocopia del referto.**

Il referto deve essere comunicato entro 24/48 ore (ai sensi dell’art. 334 c.p.p.) o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al Pubblico Ministero o a qualsiasi Ufficiale di Polizia Giudiziaria del luogo in cui si è prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all’Ufficiale di Polizia Giudiziaria più vicino; pertanto, in caso di concreto sospetto di maltrattamento è consigliabile allertare dal PS le Forze dell’Ordine e consegnare loro copia del referto senza rimandare.

Una copia del referto andrà consegnata alla DMPO che provvederà a rapportarsi con il Tribunale minorile presso la Procura della Repubblica.

Il referto ha l’esimente di redazione nel momento in cui il professionista possa esporre la persona assistita a procedimento penale (art 365 c.p. comma 2), o in ragione della necessità del professionista di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocumento nella libertà o nell’onore (art. 384 c.p.).

Per l’omesso referto (anche se presentato in ritardo) sono individuati delitti perseguibili d’ufficio, annoverati fra quelli più gravi in cui lo Stato è il soggetto danneggiato e vi è pertanto un interesse pubblico a perseguirli. Tale omissione configura quindi un’evenienza di rilevanza penale particolarmente grave per il professionista e pubblico dipendente, in quanto ostacolo allo svolgimento dell’attività giudiziaria e crea il pericolo della non perseguibilità di un autore di reato.

➤ **Denuncia:**

Le modalità di estensione, i tempi ed i destinatari della denuncia di reato sono disciplinati dagli artt. 331 e 332 c.p.p.; esse sono da considerare “diverse” rispetto a quanto previsto per la stesura del “referto medico” inteso in senso tradizionale.

Tali differenze si individuano nella diversa natura dell’attività di informativa, in quanto con la denuncia l’operatore (anche sanitario) si inserisce in un percorso teso alla individuazione dell’autore del reato in termini di maggiore fattività e concretezza.

In particolare, assume rilievo la esplicita indicazione delle “fonti di prova” contenuta all’art. 332 c.p.p. che, nel caso di violenza sessuale, ad esempio, rinvia alla acquisizione di materiale biologico fondamentale per l’individuazione dell’autore del reato.

La possibilità che l’atto sia sottoscritto congiuntamente dai vari operatori sanitari che intervengono nel singolo caso (ciascuno per le proprie competenze) è fondamentale per consentire una procedura più snella ed efficace rispetto all’estensione dell’atto da parte di ciascun operatore.

Essa va presentata “senza ritardo” (e, quindi, non vi è un esplicito termine temporale come le 48 ore nel caso del referto) ed è previsto che possa essere ricevuta non solo dal Pubblico Ministero ma anche da operatori di Polizia Giudiziaria, rappresentati spesso dagli agenti in servizio presso il Posto Fisso di Polizia di Stato eventualmente presente nel singolo Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda il contenuto, oltre alla già ricordata indicazione delle fonti di prova acquisite, la denuncia di reato deve indicare gli elementi essenziali che consentano di ricostruirne la dinamica, collocare temporalmente il fatto delittuoso, indicare le generalità della persona offesa e, se note, quelle della persona alla quale il reato viene attribuito e di eventuali testimoni del fatto.

La denuncia, redatta il più dettagliatamente possibile:

- va inviata “**senza ritardo**” all’autorità giudiziaria e **MAI** consegnato ai genitori o accompagnatori civili;
- se richiesto, può essere consegnata immediatamente alle forze dell’ordine;
- in ogni caso, anche se si consegna il rapporto alle forze dell’ordine, è necessario inviarlo via fax/pec alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e alla Procura Ordinaria “IV Sezione - fasce deboli” - Procura della Repubblica di Napoli (copia del rapporto deve essere inviata in Direzione Sanitaria appena possibile).

## **A.2 Reato di violenza sessuale e delitti contro l’incolumità personale**

**1) Delitti sessuali:** quali violenza sessuale commessa nei confronti di minore degli anni 18; violenza commessa dal genitore (anche adottivo) o dal di lui convivente, dal tutore o da persona alla quale il minore sia affidato per ragioni di cura, di educazione, distruzione, di vigilanza o di custodia; violenza commessa da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio nell’esercizio delle proprie funzioni; violenza connessa a un altro delitto perseguibile d’ufficio; reato sessuale compiuto su persona che non ha ancora compiuto i 10 anni.

I comportamenti penalmente rilevanti nell’ambito della “violenza sessuale” vengono disciplinati in modo articolato per quanto riguarda l’inizio dell’azione penale e, in particolare, se essa debba iniziare sempre e comunque al configurarsi del reato (procedibilità d’Ufficio) ovvero se l’iniziativa debba essere subordinata ad un esplicito atto di volontà della vittima di voler perseguire l’autore (procedibilità a querela di parte).

Elemento cardine nel disciplinare la procedibilità o meno d’Ufficio è rappresentato dall’età della vittima e dal ruolo rivestito dall’autore del reato.

Considerando l’elencazione attuale delle ipotesi di reato degli artt. 609 *bissexies* c.p., la relativa disciplina della procedibilità (d’Ufficio o a querela di parte) è elencata all’art. 609 *septies* c.p. il quale prevede quanto segue:

Sono punibili, in generale, a querela della persona offesa gli atti di violenza sessuale (art. 609 *bisc.* p.), anche qualora ricorrano le relative circostanze aggravanti (art. 609 *ter* c.p.) e gli atti sessuali consumati con minorenni (art. 609 *quater* c.p.): in tutti questi casi il termine per produrre la querela è di sei mesi e l’atto non è revocabile.

Rispetto a questa disciplina generale di perseguibilità a querela di parte con la quale il legislatore ha inteso affidare alla vittima della violenza la decisione di esperire l’individuazione e la persecuzione del colpevole vi sono, però, una serie di condizioni nelle quali l’azione penale si inizia in modo autonomo e indipendente dalla volontà della vittima (e, quindi, d’Ufficio):

- a) se la violenza sessuale è commessa nei confronti di una persona che al momento del fatto non ha compiuto i diciotto anni;
- b) se l’autore del reato sessuale (qualunque ne sia la forma – art. 609 *bissexies* c.p.) è l’ascendente, il genitore (anche se adottivo) o il convivente del genitore medesimo, il tutore oppure una altra

persona alla quale sia affidato un minore di età per essere accudito, educato o istruito, ovvero lo abbia in custodia ovvero, infine, sia convivente con il minore stesso;

**c)** se l'autore sia un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio e commetta il reato nell'esercizio delle proprie funzioni;

**d)** se nella dinamica si individuino altre ipotesi di reato contro la persona per le quali si debba procedere d'Ufficio;

**e)** se la vittima ha meno di 10 anni.

Sempre con riferimento all'autore del reato, vige una condizione generale di non punibilità per il minorenne che compia degli atti sessuali con altro minore di età se la differenza anagrafica fra autore e vittima (che abbia compiuto almeno 13 anni) non sia superiore ai 3 anni.

Risultano, infine, sempre perseguibili d'Ufficio la violenza sessuale di gruppo (art. 609*octies*c.p.) e gli atti sessuali compiuti con finalità di farvi assistere un minore di anni 14 (art.609*quinquies* c.p.).

Le dinamiche criminalistiche che caratterizzano i reati commessi con finalità sessuale si caratterizzano, quasi sempre, per la presenza di una pluralità di effetti lesivi, spesso legati ai tempi precedenti la consumazione della violenza sessuale, tesi a produrre una incapacità della vittima.

Nel corso di queste dinamiche, quindi, è possibile che si producano lesioni in altri distretti corporei che caratterizzano specifiche ipotesi delittuose disciplinate dal Codice penale.

Una eventualità tipica è quella che siano presenti traumatismi contusivi pluridistrettuali, in particolare a carico del capo, i cui effetti funzionali, vengono rubricati nel nostro Codice penale nell'ambito delle lesioni personali volontarie e delle relative circostanze aggravanti.

In tutti questi casi, qualora ricorra una delle condizioni che rende la lesione personale perseguibile d'Ufficio, vi sarà obbligo di stilare la denuncia di reato, indipendentemente da quale sia il regime di perseguibilità del reato sessuale.

Si precisa che le lesioni personali si classificano in:

- **lievissime** = malattia della durata uguale o inferiore a 20 giorni;
- **lievi** = malattia della durata da 21 a 40 giorni;
- **gravi** = malattia o incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni della durata superiore a 40 giorni; malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa; malattia che produca un indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- **gravissime** = malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso o dell'uso di un organo, perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile, perdita della capacità di procreare, difficoltà grave e permanente della favella, deformazione o sfregio permanente del viso.
- Dolose o volontarie; colpose o involontarie, ma realizzate con imprudenza, negligenza, imperizia, inosservanza di leggi, ordini e regolamenti

Tra tutte le lesioni personali sono perseguibili di ufficio:

- lesioni personali dolose con prognosi superiore ai 20 giorni;
- lesioni personali dolose con prognosi pari o inferiore ai 20 giorni commesse con l'uso di armi, di mezzi venefici o insidiosi, di sostanze corrosive;
- percosse e lesioni personali dolose con prognosi inferiore ai 20 giorni commesse su minori, in cui la numerosità degli atti e la reiterazione nel tempo configuri un maltrattamento in famiglia (è sempre opportuno attuare una verifica nella anagrafica di pronto soccorso);

- lesione personale colposa con prognosi superiore ai 40 giorni, o gravissima (malattia certamente o probabilmente insanabile), limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (articolo 590 c.p. e L. 689/1981) o relative alla tutela dell'igiene del lavoro.

Trattando dei delitti sessuali è, infine, da rilevare che, con provvedimento del gennaio 2006 (L. 9 gennaio 2006, n. 7), è stata prevista la perseguibilità d'Ufficio anche per le mutilazioni degli organi genitali femminili (clitoridectomia, escissione e infibulazione), che assumono significato rituale in alcune subculture dei paesi non industrializzati; tale eventualità viene, infatti, disciplinata con l'art. 583 *bis* c.p.

Ulteriori dinamiche nelle quali si può rendere necessaria la presentazione di una denuncia di reato riguardano la violenza perpetrata al di fuori delle ipotesi disciplinate come reati a sfondo sessuale; si tratta di eventi che, in genere, intervengono nell'ambito delle relazioni intrafamiliari e vengono perpetrati nei confronti dei minori; esse sono disciplinate dall'art. 572 c.p. con specifico riferimento agli episodi di violenza che avvengono nella dimensione familiare mentre l'art. 610 c.p. tutela la libertà di autodeterminazione dell'individuo, punendone eventuali coartazioni attuate con violenza o minaccia.

Quando si tratta di maltrattamenti verso minori, anche nel caso in cui i genitori dichiarino che le lesioni subite siano dovute a cause accidentali, se si nutrono dubbi sull'accaduto o per il tipo di lesioni o perché non si tratta della prima volta o perché i genitori si contraddicono o appaiono titubanti/reticenti/discordanti nel raccontare quanto accaduto, il sanitario deve sempre redigere il referto per l'Autorità Giudiziaria in quanto ravvisa l'ipotesi di un reato perseguibile d'ufficio.

## Criteri di procedibilità per reati sessuali

		Violenza sessuale di gruppo (art. 609-octies)		
<p>A. <b>Atti sessuali con violenza o minaccia o abuso di autorità</b> (violenza sessuale, art. 609-bis)</p> <p>B. <b>Atti sessuali senza violenza o minaccia o abuso di autorità</b> (atti sessuali con minorenne, art. 609-quater)</p>		<p>Atti sessuali al fine di far assistere la vittima (corruzione di minorenne art. 609-quinquies)</p>		
<b>Autore degli atti sessuali o violenza</b>				
Maggiorenne	Minorenne con differenza di età <3 anni	Ascendente (maggiorenne) Genitore (anche adottivo) Convivente genitore Tutore Relazione di convivenza	Persona cui, per ragione di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia è affidata la vittima	Chiunque, se connessi ad altro delitto perseguibile d'ufficio
Minorenne con differenza di età > di 3 anni			Publico ufficiale Incaricato pubblico servizio se nell'esercizio delle proprie funzioni	Chiunque
<b>Vittima degli atti sessuali o violenza</b>				
età <10 anni	Ufficio	Ufficio	Ufficio	Ufficio
età ≥10 <13 anni	A. Ufficio B. Querela	Ufficio	Ufficio	Ufficio
età ≥13 <14 anni	A. Ufficio B. Querela	Ufficio	Ufficio	Ufficio
età ≥14 <16 anni	A. Ufficio B. Non reato	Ufficio	Ufficio	Non reato
età ≥16 <18 anni	A. Ufficio B. Non reato	Ufficio	Ufficio	Non reato
età ≥18 anni	A. Querela	A. Querela	Ufficio	---

**Tabella 1** - APRILE, A., BALBONI, R., BALDINI, G., BELLORA, M. G., BARONCIANI, D., BORRELLI, F., BOVA, M. A., BRUNI, M., CATTANEO, C., CERTOSINO, M. R., CISTERNINO, M., D'ANDREA, M. S., DEI, M., DI, TOMMASO, M., FADDA, N., GENTILOMO, A., GINO, S., GIOLITO, M. R., LORONI, L., ... VERO, I. G. (2010). L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata.