

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA



FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

PROVA FINALE

*Dalla parte del bambino – Identificazione e trattamento
dei maltrattamenti e degli abusi sul minore*

Lucia Selli Anno Accademico 2012-2013

INDICE

INTRODUZIONE.....	
1. CENNI STORICI.....	5
2. ABUSO E MALTRATTAMENTO MINORILE.....	8
2.1 DEFINIZIONI.....	8
2.2 FATTORI DI RISCHIO.....	15
2.3 SEGNI E SINTOMI.....	16
3. RUOLO DELL'INFERMIERE.....	23
3.1 L'INFERMIERE ESPERTO AL TRIAGE.....	26
3.2 LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA.....	28
3.3 LE CURE FISICHE GARANTITE ALL'INFERMIERE.....	30
3.4 L'ETICA INFERMIERISTICA.....	47
4. IL FOLLOW UP.....	49
CONCLUSIONI.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	61

INTRODUZIONE

In passato le caratteristiche proprie dell'infanzia non erano riconosciute né rispettate, ed è così tuttora in molti paesi del mondo ed anche in aree d'emarginazione e degrado sociale dei paesi occidentali.

Le migliorate condizioni socioeconomiche delle popolazioni occidentali, unitamente all'emancipazione delle donne ed al calo della natalità, hanno contribuito allo sviluppo di un modello culturale proteso alla tutela dell'infanzia a cui, oggi, si riconoscono individualità, identità socioculturale ed una serie di diritti giuridici.

L'Italia, con la legge n. 176 del 1991, ha ratificato la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia, approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, impegnandosi a garantire diritti e provvedimenti di tutela ad ogni fanciullo, a considerare preminente il suo interesse nelle decisioni a lui relative, ad assicurargli protezione e cure necessarie al suo benessere e vigilare sulle istituzioni, anche sanitarie, che vi provvedono, oltre che sul numero e la competenza del personale.

Sono previste misure di tutela contro ogni forma di violenza, oltraggio e brutalità fisiche o mentali, abbandono o negligenza, maltrattamenti o sfruttamento, compresa la violenza sessuale.

Si riconosce il diritto di godere del miglior stato di salute possibile, di beneficiare della sicurezza sociale e di un livello di vita sufficiente a consentirne lo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale (1).

Purtroppo però il triste fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sessuale ai danni dei bambini è sempre presente nella nostra società e si manifesta in forme nuove, anche in relazione ai flussi immigratori.

È necessario predisporre gli strumenti affinché i nostri ospedali assumano un ruolo attivo nel prevenire e diagnosticare ogni situazione misconosciuta di abuso.

Questo non solo per poterle trattare, ma anche per poter inviare precocemente le vittime in strutture idonee che possano curare le conseguenze psicologiche dell'abuso, particolarmente gravi nell'età evolutiva, ed agevolare il reinserimento sociale del minore (2).

Il presente studio, dopo una prima disamina dei casi di maltrattamento ed abuso ed una analisi degli elementi clinico-anamnestici e degli indicatori comportamentali indicativi degli stessi, si concentra sui comportamenti e sulle strategie da assumere, da parte degli infermieri in primo luogo e dal complesso degli operatori sanitari, nei casi di riscontro, o semplice sospetto, di maltrattamento o abuso sessuale su un minore.

1. CENNI STORICI

Storicamente la società non è mai stata particolarmente sensibile al maltrattamento dei minori. Nell'antichità erano praticati correntemente i sacrifici di bambini e neonati destinati agli dei; dall'antica Grecia alla Cina, l'uccisione di bambini deformati o non desiderati era comunemente accettata e praticata. Nell'antica Roma l'ordinamento giuridico stabiliva il diritto di vita o di morte del *pater familias* sui propri figli. Tale condizione di sottomissione, propria dei minori nella famiglia patriarcale, rispecchiava due opinioni: anzitutto quella per cui i bambini erano proprietà dei genitori e si riteneva naturale che questi ultimi avessero pieno diritto di trattare i figli come ritenevano fosse giusto, e conseguentemente quella secondo cui i genitori erano considerati responsabili dei figli, per cui un trattamento severo veniva giustificato dalla convinzione che potesse essere necessaria una punizione fisica per mantenere la disciplina, trasmettere le buone maniere e correggere le cattive inclinazioni. Il concetto di "protezione" del bambino comparve la prima volta nell'anno 529 d.C., quando Giustiniano promulgò una legge che prevedeva l'istituzione di case per orfani e bambini abbandonati. Nel Medioevo il concetto di nucleo familiare, inteso come entità adatta ad offrire protezione ed educazione al fanciullo, era ben diverso da oggi, in quanto nell'ambito socio-culturale e tradizionale del tempo era normale l'allontanamento del bambino dalla famiglia in età assai precoce (verso i sette anni); da quell'età in poi i compiti educativi erano affidati ad istituzioni al di fuori della famiglia. Nella scuola, oltre che in famiglia, le pesanti punizioni corporali costituirono lo strumento pedagogico più utilizzato. I fanciulli furono

probabilmente la categoria che risentì più fortemente delle grandi trasformazioni della società europea dal XVII al XIX secolo. Il progressivo impoverimento delle classi popolari e il diffondersi dell'urbanesimo aumentarono enormemente il numero dei minori abbandonati, orfani o illegittimi, la maggior parte dei quali veniva raccolta da mendicanti e costretta all'accattonaggio ed al furto. Spesso i bambini venivano storpiati o mutilati per suscitare maggiore compassione e quindi ottenere elemosine più generose. Nel XVIII secolo, l'attenzione nei confronti dell'infanzia divenne maggiore sia in Inghilterra (dove famosi romanzieri inglesi - Scott e Dickens - denunciarono il comportamento della società verso i minori e, le loro opere, stimolarono la sensibilizzazione della coscienza pubblica), sia in Francia (dove, in seguito alla Rivoluzione francese, la Costituzione del 1793 proclamò che "il bambino non possiede che diritti"). Nonostante questi sviluppi la protezione dei minori dovette attendere ancora un secolo per poter essere attuata. Nel XIX secolo sorsero in Europa numerosi istituti per orfani e bambini abbandonati dove questi vivevano in una condizione di grave disagio psichico e fisico. La gravità dei maltrattamenti subiti da questi bambini istituzionalizzati può essere ricavata dai dati espressi nei registri di questi istituti, che evidenziano un decesso ogni quattro ricoverati per stenti, incuria o maltrattamento fisico. La denuncia di tale situazione sensibilizzò la pubblica opinione ed il maltrattamento dei minori venne considerato finalmente un problema sociale. All'inizio del Novecento pedagogia, psicologia e sociologia cominciarono a porsi il problema dell'infanzia e dei suoi bisogni. Al bambino furono riconosciuti esigenze, bisogni affettivi e

psicologici e fu affermato che i diritti dei minori devono essere tutelati non solo dai genitori ma da tutta la società. In quest'ottica, nel 1925 fu approvata a Ginevra la Dichiarazione dei diritti del fanciullo, in cui è affermato sia che il minore deve essere posto in condizione di svilupparsi in maniera normale sia sul piano fisico che spirituale, sia che i bambini hanno il diritto di essere nutriti, curati, soccorsi e protetti da ogni forma di sfruttamento. In seguito, nel 1959, è stata proclamata dall'Assemblea generale dell'ONU la Carta dei diritti del fanciullo, nella quale è stato ribadito il diritto di nascita (con cure adeguate alla madre e al bambino nel periodo pre e post-natale), il diritto all'istruzione, al gioco o alle attività ricreative, la protezione dalle discriminazioni razziali o religiose e il poter vivere in un clima di comprensione e tolleranza. Tali obiettivi sono rimasti semplici utopie, per cui nel gennaio 1986 il Parlamento europeo ha approvato una Risoluzione nella quale si ritrovano le stesse raccomandazioni del precedente documento, con una particolare attenzione al problema dell'abuso sull'infanzia e della/sulla necessità di protezione del minore. Il Consiglio d'Europa, nel gennaio 1990, ha espresso la necessità di misure preventive a sostegno delle famiglie in difficoltà e misure specifiche di informazione, di individuazione delle violenze, di aiuto e terapia a tutta la famiglia e di coordinamento tra i vari servizi. Nella metà del XX secolo la professione medica ha iniziato ad essere coinvolta seriamente nel problema dell'abuso all'infanzia. Determinante è stato il contributo di Kempe, che nel 1962 ha parlato di "sindrome del bambino battuto", precisando gli elementi clinici e radiologici utili alla diagnosi. L'autore si è soffermato sull'importanza dell'interrogatorio ai genitori, che

sembrano avere una totale amnesia dell'episodio che li ha portati ad aggredire il proprio figlio. Successivamente un altro autore, Fontana, che si è molto occupato del fenomeno, estese il concetto di maltrattamento alle condizioni di malnutrizione, di mancanza di cure familiari ed al maltrattamento psicologico. Egli vide nel maltrattamento solo la punta emergente del fenomeno "abuso", ipotizzando che un bambino vittima di violenza può anche non presentare alcun segno di trauma fisico. In seguito, ancora, Kempe suggerì di abbandonare la definizione di *battered child* e cambiarla in *child abuse and neglect*, concetto che esprime meglio gli aspetti del maltrattamento in tutta la loro estensione (3).

2. DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DELL'ABUSO/MALTRATTAMENTO MINORILE

La letteratura internazionale distingue in modo separato gli abusi dai maltrattamenti e dalle negligenze, mentre l'esperienza fa considerare gli "abusi all'infanzia" un'unica "patologia", purtroppo frequentemente cronica, che si manifesta in diverse forme cliniche: raramente infatti il bambino abusato subisce una sola forma di abuso, ma, spesso, nel corso della sua vita sperimenta contemporaneamente più tipi di abuso. Nella realtà non sempre le diverse forme di abuso si trovano così separate come la classificazione propone; è opportuno pertanto considerarla un artificio, teorico e didattico, per organizzare aspetti appartenenti ad un problema complesso (4).

2.1 DEFINIZIONI

1. **MALTRATTAMENTO FISICO (5):** Si tratta di una forma di violenza evidente. Produce sul corpo del bambino lesioni difficilmente imputabili ad eventi accidentali. Possono essere causate da ogni forma di aggressione, quali pugni, schiaffi, calci, ustioni, uso di strumenti contundenti, strappo di capelli, percosse, scuotimento, urti violenti contro pareti o pavimenti. La lesione può essere l'esito di uno o più episodi di violenza e può presentarsi in forma più o meno grave.
2. **ABUSO SESSUALE (6) :** Si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante;

comprendono oltre alle relazioni etero ed omosessuali complete, anche giochi sessuali, pornografia, prostituzione, atti che utilizzano il bambino per procurare piacere sessuale a sé o all'eventuale partner, attentati al pudore, in condizione di intimidazione o che comunque approfittano dell'im maturità e della non piena consapevolezza del minore. Sovente la vittima ha un rapporto di fiducia con l'abusante che può essere un genitore, un familiare od un amico significativo della famiglia.

3. GRAVE TRASCURATEZZA/PATOLOGIA DELLA CURA (7) :

- INCURIA: omissione di cure nei confronti del bambino, il genitore è disattento verso i bisogni del minore. Ad esempio può rifiutarsi o scordarsi di cambiarlo o nutrirlo;
- DISCURIA: le cure vengono fornite in maniera distorta o inadeguata all'età, dalla percezione anacronistica del figlio o dall'immagine di un figlio diverso o ideale;
- IPERCURIA: consiste in un eccesso patologico di cure. La forma più grave dell'ipercuria è la Sindrome di Munchausen per procura (8), 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 soggetto attira l'attenzione medica provocando al bambino sintomi quali soffocamento, emorragia, convulsioni ed alterazioni dello stato di coscienza.

I comportamenti più comuni in presenza di questa patologia sono i seguenti:

- Il genitore porta il bambino frequentemente in ospedale o chiama spesso il medico per problemi che non possono essere documentati clinicamente;
- Il bambino può mostrare sintomi di difficoltà respiratorie solo in presenza del genitore e mai in presenza di terze persone neutrali o in ospedale;
- Il genitore, durante il ricovero del bambino, spegne le macchine utili alla sua sopravvivenza e al sopraggiungere dei sintomi chiama il personale medico per intervenire;
- Il genitore somministra al bambino sostanze leggermente irritanti o veleno.

È importante stabilire se il genitore ha avuto una qualche istruzione in ambito medico, una precedente storia di continua ricerca o necessità di trattamenti di vario tipo. La Sindrome di Munchausen per procura spesso è una condizione che attraversa più generazioni.

- MEDICAL SHOPPING: consiste nell'eccessiva preoccupazione circa una malattia, ormai superata dal bambino, per la quale la madre ricerca continue conferme mediche. È come se un genitore ipocondriaco scaricasse le sue paure sul figlio.

- CHEMICAL ABUSE: in questo caso il bambino necessita delle medicine, ma il genitore le somministra in modo anomalo rispetto alle direttive del medico (può decidere ad esempio di somministrare un antibiotico per due giorni invece che per una settimana, o imbottire il piccolo di medicine per un lieve raffreddore).

4. MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO (9) : relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo nel bambino di competenze cognitive ed emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione e la memoria. Definire l'abuso psicologico è estremamente difficile perché le caratteristiche culturali condizionano profondamente i metodi non fisici a cui i genitori fanno ricorso per punire i propri figli. Di conseguenza viene data minore attenzione all'abuso psicologico rispetto a quello fisico o sessuale.
5. ABUSO CHIMICO (10): con tale termine si indica l'anomala ed aberrante somministrazione di sostanze farmacologiche o chimiche al bambino. Le sostanze somministrate possono essere suddivise in quattro gruppi:
- Sostanze qualitativamente prive di proprietà tossicologiche ma che possono tuttavia risultare nocive se somministrate in quantità o modalità eccessive. Rientra in questo gruppo l'abnorme somministrazione di acqua con conseguenti convulsioni, iponatriemia ed ipotermia;
 - Sostanze con scarsa tossicità di comune impiego domestico, come il sale da cucina;
 - Sostanze ad azione farmacologica dotate di media tossicità e di facile reperibilità come lassativi, diuretici, glucosio, insulina ed anticoagulanti;
 - Farmaci dotati di spiccata tossicità ad azione sedativa sul SNC e di non usuale disponibilità. Si tratta quasi sempre di sonniferi o di neurolettici prescritti alla madre dal medico curante; la loro somministrazione a dosi

inadeguata causa nel bambino, che spesso è un lattante, una sindrome neurologica grave che talvolta esita in coma e morte.

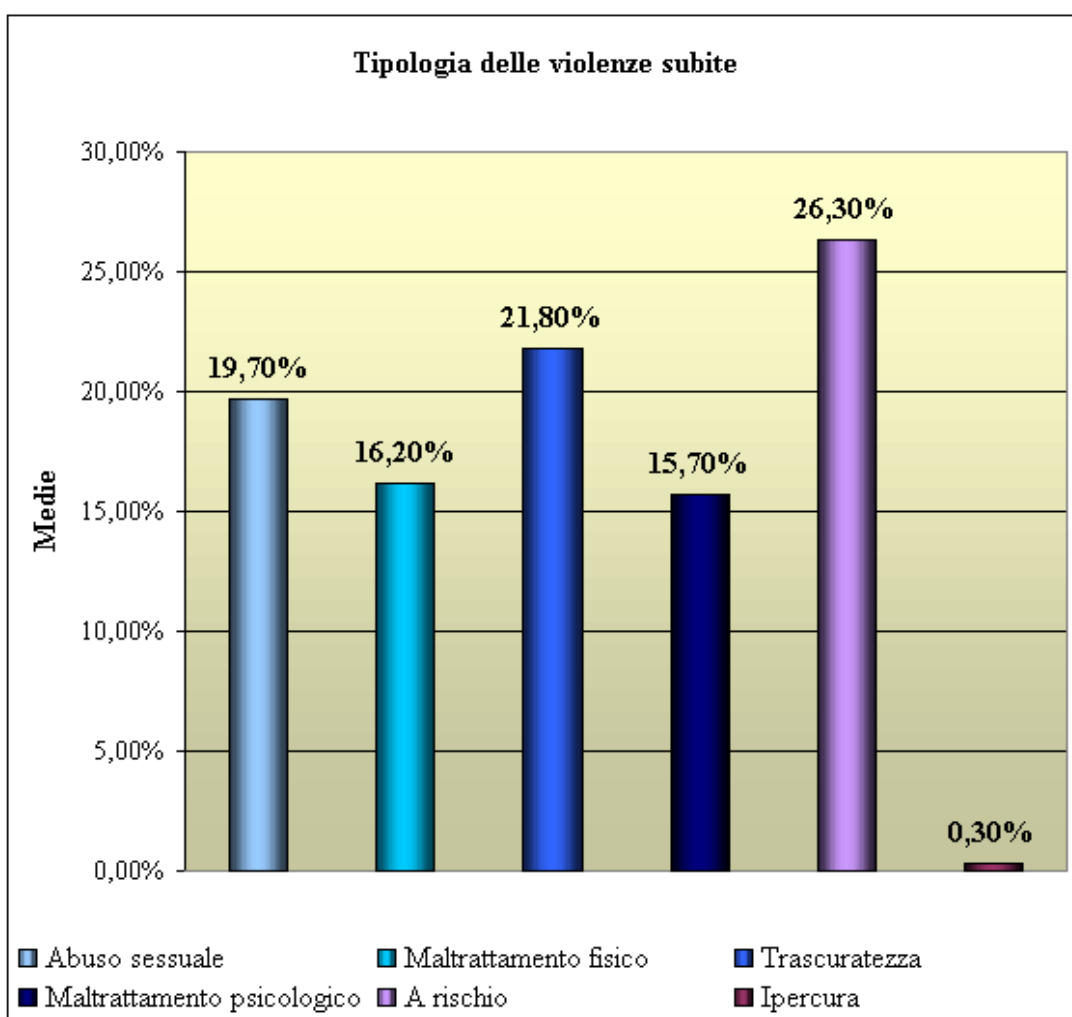
6. SINDROME DA INDENNIZZO PER PROCURA (11): si tratta di quei casi in cui la necessità dei genitori ad avere un indennizzo porta il bambino ad assumere dei sintomi riferiti dai genitori stessi. Il meccanismo con cui si struttura è identico alla sindrome da indennizzo dell'adulto, solo che in questo caso la sintomatologia viene indotta nel bambino, che fedelmente si adegua. Il quadro clinico che compare sempre dopo un trauma cranico generico è quello di una sindrome neurasteniforme fisiogena o psicogena con cefalea, vertigini, difficoltà di concentrazione e turbe della memoria. Risolve con totale ed improvvisa guarigione una volta avuto il risarcimento.

Nel 1999, la Commissione Scientifica "Monitoraggio del maltrattamento" del Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI) ha realizzato una rilevazione del maltrattamento e dell'abuso sessuale nei confronti di minori sulla base dei dati raccolti da alcuni centri e servizi del CISMAI in relazione ai casi di maltrattamento e/o abuso sessuale segnalati o in carico a tali enti negli anni 1998 e 1999. Alla rilevazione hanno partecipato 7 centri o servizi aderenti al Coordinamento e, di questi, 2 sono servizi/centri pubblici, mentre 5 sono servizi/centri privati (che spesso hanno però convenzioni con gli enti pubblici per gestire l'intervento nei casi di abuso sessuale su minori).

Il materiale raccolto è riferibile a 928 minori segnalati o in carico negli anni indicati (13).

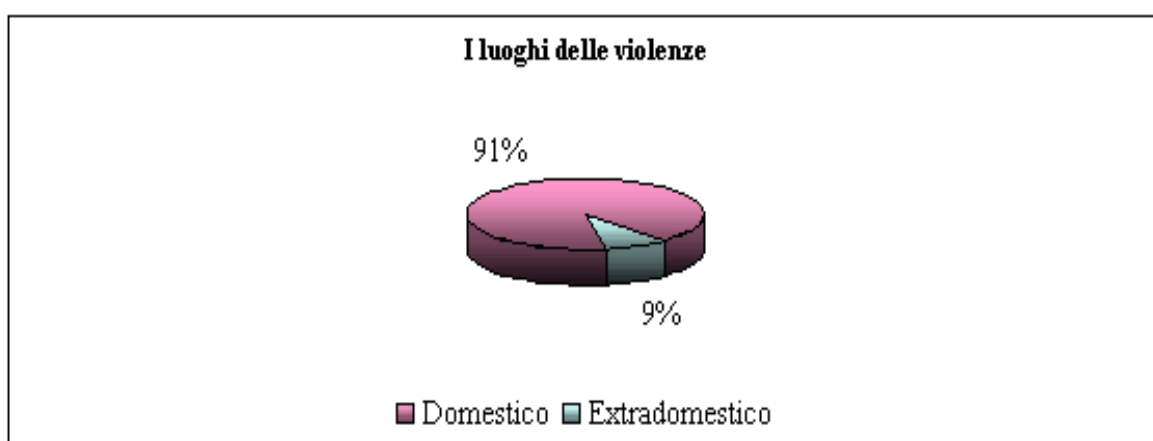
Nome Centro/Servizio	Provincia	N. casi
CAF	Milano	189
CBM	Milano	326
Fondazione Maria Regina	Teramo	34
Centro Infanzia Violata	Roma	29
Numero Blu	Cagliari	178
Servizio Tutela Minori	Desio - Seregno	79
Centro Tutela Bambino-TCF	Bergamo	93
TOTALI	7	928

Rilevazione della violenza sui minori nei centri CISMAI



Lo strumento per la rilevazione è stato una scheda specifica, elaborata in tre anni dalla Commissione. Riguardo alle varie tipologie di violenza, dal diagramma relativo (realizzato dalla ricerca del CENSIS), risulta che dopo le situazioni a rischio di violenza (oltre il 26%) e di trascuratezza (quasi il 22%) la tipologia di violenza percentualmente più commessa è l'abuso sessuale (circa il 20%).

Emerge, dunque, l'immagine di un bambino abbandonato a se stesso, non stimolato, non curato, isolato affettivamente e spettatore della conflittualità in famiglia che spesso arriva a coinvolgerlo.



Tali violenze, secondo questa ricerca (12), sono commesse, nella quasi totalità dei casi, in ambiente domestico (91%).

2.2 FATTORI DI RISCHIO (14)

Vulnerabilità legata al bambino:

- Prematurità, patologie croniche, disabilità fisica/psichica;
- Disturbi dell'apprendimento, iperattività;
- Disturbi sonno/veglia;

- Bambino “difficile” (inibizione o ipercinesia), disturbi delle condotte alimentari o sfinteriche, mancata corrispondenza al bambino immaginato.

Vulnerabilità legata alla famiglia:

- Famiglie instabili/conflittuali;
- Bassa tolleranza alle difficoltà, scarsa autostima;
- Età, gravidanza indesiderata;
- Genitori con patologie psichiatriche, valori distorti;
- Genitori maltrattati/abusati (da piccoli), madre maltrattata (dal marito);
- Genitori tossicodipendenti o alcolisti;
- Famiglia monoparentale (ragazze madri, separazioni, vedovanze).

Vulnerabilità legata a fattori socio-ambientali:

- Isolamento nel contesto sociale;
- Emarginazione sociale;
- Condizioni socio-economiche svantaggiate;
- Disoccupazione paterna;
- Lontananza dalla famiglia di origine;
- Difficoltà di inserimento nel lavoro;
- Condizioni abitative inadeguate per igiene/spazi promiscuità.

2.3 SEGNI E SINTOMI (15)

1) MALTRATTAMENTO FISICO

Elementi clinici/anamnestici:

- Lesioni traumatiche atipiche per l'età del bambino (in rapporto al suo grado di autonomia e quindi alla sua capacità di procurarsi dei traumi);
- Lesioni cutanee localizzate in sedi normalmente atipiche (retroauricolari, torace, dorso, area genitale o perianale, caviglie, piante dei piedi);
- Lesioni cutanee che riproducono "a stampo" la morfologia dell'oggetto contundente (mano, corda, cinghia...);
- Lesioni cutanee multiple, su distretti corporei differenti e con diversa cronologia;
- Morsi con la caratteristica del morso da umano adulto (senza lacerazione e con distanza tra i canini superiore a 3 cm);
- Ustioni da sigaretta (circolare e profonda) o da immersione forzata (aspetto a calza, a guanto, assenza della lesione nelle superfici cutanee a contatto con la vasca da bagno o con il bidet);
- Ustioni "figurate" (che riproducono la forma dell'oggetto ustionante-tipo ferro da stiro);
- Abbigliamento inadeguato per la stagione, finalizzato all'occultamento delle lesioni. Riscontro radiologico di fratture multiple a diverso stato di guarigione;
- Ematomi subdurali associato a emorragia intraoculare;
- Ciocche di capelli strappate ed emorragie da distacco del cuoio capelluto

- (tirata di capelli);
- Distacco retinico;
 - Traumi con storia poco attendibile o contraddittoria;
 - Ricorso alle cure mancato o tardivo, ricoveri e precedenti del bambino sospetti;

Indicatori comportamentali di maltrattamento fisico:

- Particolarmente ostili all'autorità o estremamente reattivi;
- Eccessivamente aggressivi, distruttivi, iperattivi;
- Estremamente passivi, "ritirati", sottomessi, scarsamente presenti, che non piangono mai o mostrano un lamento continuo;
- Sembrano sognare ad occhi aperti, "assenti", mostrano elevata difficoltà di concentrazione e richiedono la costante attenzione dell'adulto;
- Mostrano un attaccamento indiscriminato ed "adesivo" verso gli estranei, sono riluttanti a tornare a casa ma si sottomettono immediatamente per timore della reazione degli adulti;
- Sembrano dei piccoli adulti ed assumono un ruolo "genitoriale" o di pari nei confronti dei propri genitori;
- Mostrano consistenti ritardi nello sviluppo psicomotorio, nel controllo sfinterico, nelle capacità logiche e di pensiero;
- Mostrano atteggiamenti autolesivi e distruttivi;
- Mostrano un comportamento disturbato nei confronti del cibo (anoressia, bulimia, rubare il cibo dal piatto degli altri, mangiare compulsivamente...).

2) MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO

Elementi clinici/anamnestici:

- Ritardo dello sviluppo;
- Disturbi psicosomatici.

Indicatori comportamentali di maltrattamento psicologico:

- Eccessivo bisogno di succhiare e di essere cullati;
- Disturbi legati all'alimentazione ed al sonno;
- Enuresi ed encopresi;
- Attività masturbatoria;
- Balbuzie;
- Paure eccessive, non congruenti con l'età;
- Instabilità emotiva o ridotta capacità di risposte emotive;
- Apatia e depressione;
- Sintomi psiconevrotici di natura isterica, ossessiva, ipocondriaca, fobica;
- Pseudo-maturità;
- Ritardi funzionali o sociali (con comportamenti inadeguati per l'età);
- Scarsa autostima;
- Comportamenti di fuga;
- Comportamento ostinato ed insolente;
- Distruzione di oggetti;
- Comportamenti o minacce di suicidio;
- Prostituzione;
- Aggressività e violenza verso gli altri.

3) TRASCURATEZZA

Elementi clinico anamnestici:

- Abbigliamento inappropriato alla stagione;
- Igiene personale molto carente;
- Carie non curate, disturbi visivi o uditivi non trattati;
- Patologia cronica non adeguatamente curata;
- Inadeguato o ritardato trattamento di patologie acute;
- Calendario vaccinale non rispettato;
- Denutrizione/ipernutrizione;
- Ritardo di crescita staturale-ponderale;
- Ritardo psicomotorio da carenza di stimoli;
- Incidenti domestici ripetuti;
- Uso inappropriato delle strutture sanitarie.

Indicatori comportamentali di trascuratezza:

- Difficoltà nel condurre una normale vita scolastica;
- Bambini affidati in maniera incongrua a fratelli o sorelle di poco più grandi;
- Bambini inappropriatamente coinvolti nella cura di fratelli o sorelle più piccoli;
- Bambini/ragazzi segnalati in luoghi o situazioni inadeguate all'età;
- Ricerca di affetto ed attenzione da estranei;
- Esibizionismo;

- Iperautonomia, chiusura e rifiuto di aiuto;
- Passività, apatia;
- Comportamenti devianti.

4) ABUSO SESSUALE

Elementi clinici/anamnestici:

- Ferite, contusioni, graffi (anche lievi ma con dinamica poco chiara) ai genitali, al seno, sulle cosce, sul sedere;
- Corpi estranei nel retto o nella vagina;
- Ferite anali, dilatazioni dell'ano, insufficiente tono sfinterico;
- Presenza di liquido seminale sul corpo o sugli indumenti;
- Perdite vaginali, dolori ed infiammazioni della zona ano/genitale recidivanti o persistenti;
- Presenza di malattie sessualmente trasmissibili;
- Gravidanze molto precoci (di cui viene tenuta nascosta la paternità);
- Autolesioni e tentativi di suicidio;
- Patologia psichiatrica.

Indicatori comportamentali di abuso sessuale:

- Paure immotivate, preoccupazioni insolite;
- Depressione/isolamento;
- Esplosioni emotive improvvise;
- Vergogna, senso di colpa e comportamenti regressivi;

- Contentezza di essere in situazioni normalmente sgradevoli, ma vissute comunque dalla\dal bambina\o come protettive (ad esempio ospedalizzazioni);
- Riferimenti al fatto di avere dei segreti che non si possono comunicare;
- Improvvisa perdita di interesse per attività prima molto gradite;
- Rifiuto di partecipare ad attività ludiche o sportive;
- Rifiuto di sottoporsi a visite mediche;
- Rifiuto di spogliarsi davanti a determinate persone;
- Eccessiva docilità e passività durante gli accertamenti ginecologici in bambine piccole;
- Tendenza all'erotizzazione dei rapporti sociali come mezzo per ricevere e dare affetto, masturbazione compulsiva, conoscenza anomala di aspetti della sessualità adulta in bambini molto piccoli, disegni a contenuto sessuale traumatico, giochi sessualizzati, inserimento in vagina di corpi estranei, iniziazione sessuale di bambini più piccoli, prostituzione;
- Disturbi dell'alimentazione;
- Disturbi del sonno;
- Disturbi dell'apprendimento, crollo improvviso del rendimento scolastico;
- Sintomi di conversione (cefalea, dolori addominali, nausea, enuresi, encopresi);
- Pubertà precoce, amenorrea;
- Ansia di separazione;
- Mutismo selettivo;
- Comportamenti aggressivi, devianti e/o a rischio.

3. RUOLO DELL'INFERMIERE (17)

Accertare un caso di maltrattamento/abuso sul minore significa operare un intervento delicato e complesso che presuppone un alto grado di competenza e professionalità in ciascuno degli operatori che, pur in compiti e con modalità diverse, ne prendono parte. Presuppone inoltre un buon livello di coordinamento e collaborazione tra le diverse aree di pertinenza e la capacità di operare con un'ottica allargata che tenga in considerazione contemporaneamente aspetti fisici e psicologici, aspetti individuali e relazionali, che valuti, insieme, la vittima potenziale ed il suo potenziale abusante. Sarebbe auspicabile, in tal senso, che il singolo professionista che si occupa di un caso di minore maltrattato abbia conoscenza generale del problema sotto le diverse prospettive (fisico, legale, psicologico, ecc.) pur nella specificità del suo ruolo. Occorre, inoltre, che abbia chiari gli obiettivi che guidano l'accertamento di maltrattamento/abuso. Ad esempio in caso di abuso sessuale, accertare se si è verificato l'abuso sul minore tramite la raccolta di "evidenze oggettive" in base alle quali sarà possibile intraprendere il processo di tutela del minore stesso, nonché il perseguimento penale dell'abusante. Allo stesso tempo bisogna garantire al minore l'esperienza di ascolto ed accoglimento durante tutta la fase della rivelazione; occorre perciò, accanto all'esplorazione dei fatti, indagare e sostenere i sentimenti e le emozioni legate al racconto dell'abuso; solo in questo modo l'accertamento costituirà per il bambino una esperienza in cui ricevere comprensione ed aiuto e non solo l'occasione di una dolorosa rievocazione dei fatti. In tal senso, di fronte ad un sospetto di abuso, approfondire la reale natura degli

avvenimenti significa operare già un primo intervento, in termini non solo di protezione ma anche di sostegno psicologico del minore. Generalmente un professionista che operi nel settore sanitario, sociale, psicologico, educativo, giudiziario, ecc. viene a contatto con un caso di violenza principalmente in due modi:

- Rivelazione esplicita da parte della vittima o informazione diretta dell'accaduto (sarà il minore stesso a rivelare ai familiari, all'insegnante, ai sanitari o ad un adulto di fiducia l'avvenuto abuso; oppure sarà un adulto a richiedere un accertamento per sospetto di abuso o a denunciare l'accaduto);
- Informazione indiretta o mascherata (il sospetto di abuso nasce in seguito all'intervento di un operatore del settore sociale, educativo, sanitario, ecc. che si imbatte, nella sua attività ordinaria, in una situazione con caratteristiche compatibili ad un caso di abuso. Ad esempio una insegnante che osserva comportamenti e segni sospetti in una propria alunna, come frequenti assenze da scuola, racconti con espliciti riferimenti sessuali, difficoltà a giocare con i propri coetanei, ecc. Oppure all'operatore viene fatta richiesta di intervento di altro tipo, dalla quale però emergono informazioni di sospetto abuso; per esempio la richiesta di un test di gravidanza da parte di una giovane adolescente con indicazioni vaghe sulla paternità; oppure la richiesta di una visita medica in seguito a malesseri fisici estesi all'area genitale, ecc.).

Solo in apparenza i casi di informazione esplicita di violenza, si presentano come meno problematici in termini di accertamento dei fatti. Infatti, nel caso

di abuso mascherato il problema principale è quello della rilevazione e quindi della capacità degli operatori di saper riconoscere e cogliere i segnali di disagio espressi più o meno consapevolmente dal minore. Nel caso di rivelazione esplicita dell'abuso, il problema che si pone è quello della credibilità di chi denuncia. Sorgono in questo caso i legittimi sospetti sulla veridicità delle sue affermazioni, sia nel caso che si tratti della vittima (suggestione, confusione sul significato reale degli avvenimenti, ecc.), sia che si tratti dell'adulto denunciante, che potrebbe avere interessi strumentali a "creare " un caso di incesto (ad esempio accusare un coniuge con cui si è in conflitto) (16).

Per aiutarci a ricordare che cosa fare quando si sospetta che l'abuso possa essere la ragione delle lesioni fisiche e psicologiche del bambino, possiamo utilizzare l'acronimo **SEE**:

S creening, ascoltare il paziente e fare un esame obiettivo, osservando con attenzione tutti gli infortuni;

E vidence, documentare in maniera chiara qualsiasi racconto del bambino in cui spiega il tempo, il luogo, la natura e l'artefice dell'abuso;

E ffort, fare lo sforzo di segnalare il caso (anche solo in caso di sospetto) all'autorità giudiziaria.

In ambito clinico, innanzitutto l'infermiere deve garantire un ambiente sicuro al paziente, trattare le lesioni, osservare, ascoltare e documentare i fatti che vengono riferiti dal bambino. Il trattamento si concentra sulle conseguenze dell'abuso e sul prevenire ulteriori episodi di violenza.

3.1 L'INFERMIERE ESPERTO AL TRIAGE (18)

Il primo contatto avviene con l'infermiere di triage la cui formazione, in questo campo, riveste un'importanza cruciale nell'obiettivo di formulare una giusta valutazione, non solo nell'applicare protocolli operativi sanitari, ma anche nel porre in atto una serie di strategie efficaci alla gestione dell'ansia del bambino e dei suoi accompagnatori. La complessità e la delicatezza del caso impone all'infermiere triagista di possedere, oltre alla disponibilità personale, che è "innata", anche conoscenze psicologiche ed abilità relazionali quali l'empatia, la capacità di ascolto e di sintesi in modo efficace, ma soprattutto conoscenze tecniche e metodologiche di base affinate, disciplinate ed implementate tramite adeguati corsi di formazione. Identificare e segnalare immediatamente i segni di abuso o di sospetto abuso, attraverso un approccio esplicativo ed un ascolto competente e sensibile, è indispensabile per dare significato agli indicatori dell'abuso, per illuminare e dare voce ai sentimenti penosi ed inquietanti del bambino e per permettere l'intervento di un'equipe multidisciplinare capace di agire efficacemente sul caso, evitando così le ripercussioni sullo sviluppo psicofisico del bambino.

Un bambino con sospetto abuso deve essere inquadrato da un punto di vista diagnostico e psicologico in tempi brevi; un approccio multidisciplinare contemporaneo, coordinato da un infermiere esperto (team leader) è di fondamentale importanza per ridurre i tempi di attesa ed ottimizzare la condotta terapeutica.

All'arrivo del bambino in Pronto Soccorso è importante per l'infermiere:

- Accogliere il minore e l'accompagnatore al Triage dedicando il tempo necessario a costituire un'adeguata interazione di fiducia con il paziente;
- Ricercare il luogo di ascolto adeguato senza distrazioni esterne e nel rispetto della privacy, creando un clima rilassato e stabilendo un contatto visivo con il bambino;
- Non influenzare o suggerire il racconto al minore;
- Identificare le condizioni di rischio (famiglie disagiate, diversi accessi per lo stesso motivo) e segnalarle allo staff;
- Eseguire un esame obiettivo per rilevare eventuali segni fisici (indicatori di abuso);
- Inserire i dati riferiti e costatati nella scheda di Triage computerizzata, precisando chi riferisce il caso, chi è l'accompagnatore del minore e chi è l'eventuale abusante;
- Assegnare il codice colore di priorità (solitamente è un Giallo poiché esiste una criticità psicologica, e a volte anche fisica, tale da dover essere valutata in tempi rapidi, garantendo un percorso preferenziale al bambino ed evitando soste prolungate in luoghi non idonei);
- Prestare assistenza infermieristica durante la visita medica;
- Denunciare all'Autorità Giudiziaria tutti i casi, anche quelli sospetti;
- In caso di abuso sessuale l'infermiere dovrà inoltre conservare con cura vestiti o altri capi (fazzoletti, slip, lenzuola) non lavati, non pulire la cute

e le mucose della bocca e della regione ano-genitale fino a quando non sarà completato l'esame generale da parte dei vari specialisti;

- Identificare gli accompagnatori e valutare le reazioni del bambino in loro presenza;
- Segnalare eventuali comportamenti anomali del minore e/o degli accompagnatori,
- Evitare riferimenti diretti al tipo di problema;
- Rimuovere o allontanare presidi che potrebbero essere pericolosi in determinate circostanze;
- Osservare e segnalare eventuali somministrazioni di cibi, bevande e/o medicinali non prescritti da parte di accompagnatori e/o altri;
- Mostrare disponibilità a parlare dell'abuso di nuovo in ogni momento;
- Consegnare al bimbo un foglio e dei colori per disegnare (i disegni possono aiutare il bambino ad esprimersi fornendogli un modo alternativo al linguaggio comune; potrebbero disegnare ciò che è avvenuto ed in questo modo far trasparire il loro stato d'animo);
- Collaborare con le varie figure professionali (pediatri, psicologi ecc...).

3.2 LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

Nella pratica infermieristica bisogna sempre tener presente che è molto importante il documentare ciò che dall'ascolto e dall'osservazione si riesce a rilevare. Quali sono le informazioni che il paziente fornisce? Per ottenere la reale versione dei fatti si deve chiedere all'accompagnatore (che a volte è

proprio lo stesso abusante) di lasciare la stanza fino a che l'esame non sarà completato, infatti la privacy è necessaria per garantire al paziente la migliore assistenza possibile. Nella documentazione è indispensabile citare il tempo ed il luogo della violenza ma anche l'artefice e la natura dell'abuso. Tuttavia bisogna tener presente che la maggior parte dei pazienti non identificano facilmente il loro aggressore. Inoltre si dovranno riportare tra virgolette le citazioni dirette della versione dei fatti del paziente ed una mappa del corpo precisando la posizione e la tipologia di ogni lesione riportata dal minore e tutti gli altri fatti pertinenti.

Gli operatori sanitari non devono trarre conclusioni circa la situazione: qualora il quadro clinico non sia ben chiaro risulta necessario indagare ulteriormente, ma è importante farlo senza pregiudizi né atteggiamenti inquisitori e con senso di disponibilità all'aiuto verso l'intero nucleo familiare e non solo verso il bambino.

Si andrà a riassumere la storia del paziente e si userà la lingua ufficiale legale o altrimenti neutra in modo da non gettare dubbi sulla verità delle affermazioni del paziente. Basta osservare, ascoltare e documentare quello che il paziente riporta. Se ci si avvicina alla rivelazione dei fatti che hanno provocato le lesioni del paziente, si dovrà registrare, con una grafia che sia leggibile o tramite computer (in modo che le informazioni risultino chiare), le indicazioni circa gli eventi riportati dal paziente e che potranno poi essere utilizzate come prove a favore del bambino in sede di giudizio.

3.3 LE CURE FISICHE GARANTITE DALL'INFERMIERE

Le vittime di abuso spesso richiedono assistenza infermieristica anche dal punto di vista fisico, per esempio nel caso di ferite superficiali che necessitano di essere pulite, disinfettate e medicate o nel caso di ustioni. Se le lesioni sono più gravi, il paziente può avere bisogno di un intervento chirurgico e di cure infermieristiche durante il periodo della convalescenza. L'infermiere potrà inoltre somministrare farmaci analgesici, su prescrizione medica, e fare educazione sanitaria poiché le vittime di abuso possono avere bisogno di formazione per l'autogestione delle lesioni che ci vorrà del tempo per guarire, come ad esempio per le fratture ossee.

Si illustrano di seguito i trattamenti infermieristici prestati ai minori che presentano le lesioni che vengono più frequentemente riscontrate nei casi di maltrattamento.

1) EMATOMI, ECCHIMOSI, MORSI (19)

Anche se i bambini si procurano molto spesso degli ematomi, giocando o nel corso di altre normali attività della vita, le più recenti raccomandazioni nel campo del riconoscimento degli abusi indicano che deve essere sospettato il maltrattamento quando un bambino presenta:

- Ematomi in sedi che solitamente non vengono urtate incidentalmente;

- Ematomi o petecchie che non sono causate da patologie (es: da difetti della coagulazione) e la spiegazione che viene fornita dall'accompagnatore non è convincente.

E' possibile, con appositi trattamenti, velocizzare il processo di guarigione e l'infermiere può dare semplici indicazioni ai genitori del bambino affinché ciò accada.

Infatti immediatamente dopo l'urto si consiglia di applicare nella zona lesa un impacco freddo o una borsa di ghiaccio, poichè il freddo ha un potente effetto vasocostrittore e quindi rallenta il flusso ematico nel sottocute e fa sì che una minore quantità di sangue si riversi nei tessuti, così che il livido appaia di dimensioni ridotte. La borsa di ghiaccio, inoltre, serve per calmare l'infiammazione, il gonfiore ed il dolore. È sufficiente applicarla dopo il trauma 3 volte al dì per 20 minuti, eventualmente ripetere l'applicazione per i successivi 1-2 giorni.

Non è necessario comprare una borsa di ghiaccio apposita, basta prendere un po' di ghiaccio, metterlo in un sacchetto di plastica ed avvolgere il tutto in un asciugamano prima di metterlo sul livido; non è consigliabile infatti mettere il ghiaccio direttamente a contatto con la pelle per il rischio di ustioni da freddo.

Un altro modo per far guarire più in fretta l'ecchimosi, che l'infermiere deve conoscere ed insegnare agli accompagnatori del minore, è quello di alzare la zona colpita sopra il livello del cuore poichè in questo modo il flusso dei

globuli rossi diretti al livido diminuirà e la maggior parte del sangue presente nella zona lesa rifluirà nel resto dell'organismo, anziché ristagnare.

2) FRATTURE OSSEE (20) (21) (22) (23) (24)

Attualmente non esistono evidenze scientifiche che permettano di identificare chiaramente i tratti caratteristici delle fratture dovute ad abuso, tuttavia alcuni studi indicano che i bambini al di sotto dei 18 mesi sono maggiormente a rischio di riportare fratture ossee in seguito a maltrattamenti rispetto ai bambini più grandi. Vengono solitamente considerate suggestive di abuso le fratture multiple in assenza di una patologia che causa fragilità ossea e la presenza all'analisi radiografica di fratture occulte, come ad esempio fratture costali nei lattanti.

Se la frattura è scomposta la prima operazione che l'ortopedico dovrà compiere è la riduzione. Si tratta di mettere in atto una serie di manovre tali da riportare i monconi nei corretti rapporti reciproci, ricostruendo la morfologia naturale dell'osso fratturato. La riduzione (che va effettuata solo dopo controllo radiografico della posizione reciproca dei monconi) si può fare immediatamente dopo il trauma in anestesia locale; altrimenti, se eseguita più tardivamente, richiederà con ogni probabilità l'anestesia generale per vincere lo stato di contrattura dei muscoli che attorniano il focolaio di frattura.

L'infermiere, in attesa dell'arrivo del medico, dovrà:

- Immobilizzare e sostenere l'arto lesionato con una qualsiasi stecca, fascia, o cuscino per limitare ulteriormente i danni;
- Elevare l'arto per limitare l'edema;

- Applicare il ghiaccio per controllare il dolore e la tumefazione;
- Garantire un accesso venoso periferico, utile per la somministrazione di farmaci o eventualmente di liquidi in corso di intervento chirurgico;
- Somministrare paracetamolo, su prescrizione medica, per alleviare il dolore;
- Consegnare al bambino un gioco o un peluche con il quale distrarsi.

Una volta visionate le radiografie, l'ortopedico sceglierà il tipo di riduzione da intraprendere. Può capitare di dover ricorrere alla trazione lenta e progressiva del moncone a valle per poter ottenere una riduzione soddisfacente. La trazione di solito si attua tramite l'infissione trans-scheletrica di un filo metallico, al quale viene applicato un peso proporzionale alla forza con la quale si vuole effettuare la trazione. La trazione può durare anche diversi giorni ed ha lo scopo di immobilizzare l'arto infortunato (garantendo un iniziale allineamento della frattura), di alleviare il dolore, inoltre permette di osservare l'arto in attesa del trattamento definitivo ed evita la contrattura muscolare che sarebbe difficile eliminare al momento del trattamento chirurgico.

In un bambino a cui è stata applicata una trazione trans-scheletrica, l'infermiere andrà a rilevare, ad intervalli di tempo regolari,:

- Il colorito della cute: il rossore dell'arto è indice di infiammazione, mentre se questo si presenta di colore blu sta ad indicare un'ischemia, cioè un ostacolo al ritorno venoso;
- Il gonfiore: la cute appare tesa, lucida e possono manifestarsi anche delle flittene;
- La temperatura: l'arto più caldo rispetto all'altro può essere un segno di un'infiammazione in atto, viceversa se è più freddo può stare ad indicare un'ischemia **arteriosa**;
- Il dolore: è importante capire e documentare la localizzazione, l'intensità e se è dovuto alla trazione sbagliata, ad una ischemia dell'arto inferiore o se è spontaneo;
- La sensibilità: l'operatore dovrà sfiorare la cute dell'arto lesa e comparare gli effetti con l'altro arto; se la sensibilità è minore nell'arto fratturato si deve pensare ad un'ischemia o ad un'alterazione nervosa che può essere dovuta al trauma stesso o alla sindrome compartimentale;
- La parestesia (detta comunemente "formicolio"): può essere un sintomo della sindrome compartimentale;
- I polsi periferici: in particolare, **in caso di lesione degli arti inferiori**, si dovrà ricercare il polso popliteo, il pedideo ed il tibiale posteriore perché la loro eventuale presenza può essere un sintomo della sindrome compartimentale.

In casi più complessi la riduzione può anche essere cruenta talché si esegue aprendo chirurgicamente il focolaio di frattura nel corso di un vero e proprio intervento chiamato osteosintesi. Durante l'intervento si possono anche applicare mezzi di sintesi meccanici metallici (viti, chiodi, placche, ecc) che faciliteranno la guarigione delle fratture poco tendenti alla guarigione spontanea.

Nell'assistenza al bambino che sta per sottoporsi ad intervento chirurgico, l'infermiere andrà a:

- Limitare l'ansia del bambino e dei genitori;
- Ridurre la possibilità che l'evento sia traumatico;
- Coccolare e proteggere il minore;
- Lasciare il bambino con il pigiama;
- Consentire di portare un gioco;
- Non collegare nessun monitor prima dell'induzione dell'anestesia;
- Parlare con il bambino;
- Ridurre luci e rumori poiché possono aumentare lo stato d'ansia.

In sala operatoria l'infermiere, invece, provvederà a:

- Invitare il bambino a respirare nella mascherina dove verranno somministrati O₂ e Sevoflurano, necessari per la sedazione, camuffati però con gas profumati, per esempio al gusto di cioccolato;

- Applicare i sistemi di monitoraggio (elettrodi per la rilevazione elettrocardiografica, bracciale per rilevare la P.A., pulsossimetro per monitorare la saturazione di O₂ nel sangue e la F.C.);
- Posizionare un catetere venoso periferico, dal quale sarà possibile introdurre liquidi e somministrare farmaci per mantenere la sedazione e controllare il dolore nel post-operatorio;
- Collaborare con l'anestesista durante l'intubazione oro tracheale (possibile solo dopo aver somministrato miorilassanti);
- Coprire il bambino per evitare l'ipotermia.

Nell'immediato post-operatorio la situazione del paziente può cambiare rapidamente, per cui si richiede all'infermiere un'attenta osservazione del bambino e l'effettuazione di interventi tempestivi ed accurati. Quando il paziente arriva nella stanza risveglio, l'infermiere per prima cosa prenderà visione della relazione del chirurgo e dell'anestesista poiché, esaminando il tipo di intervento a cui il bambino è stato sottoposto e l'anestetico usato, si potranno programmare degli specifici interventi infermieristici e si avrà adeguata conoscenza delle eventuali complicanze da rilevare. Dopo aver visionato la relazione, si potrà eseguire un'attenta valutazione del bambino che comprenderà la situazione:

- Cardiaca (P.A. - F.C.);
- Neurologica (stato di coscienza);
- Gastrointestinale (peristalsi);
- Urogenitale (diuresi);

- Drenaggi (il numero e la quantità di liquidi drenati);
- Temperatura corporea;
- Ferita chirurgica;
- Integrità cutanea;
- Comfort, sicurezza ed ansia.

Una volta che i parametri vitali si siano stabilizzati, il bambino può essere riaccompagnato dagli infermieri di sala operatoria nella sua unità di degenza. A quel punto l'infermiere del reparto provvederà a leggere le prescrizioni post-operatorie che comprendono:

- La frequenza con cui rilevare i segni vitali e con cui compiere valutazioni particolari;
- Il tipo di liquidi da infondere e la loro velocità di infusione;
- I farmaci da somministrare nel post-operatorio;
- I liquidi e gli alimenti che sono concessi di assumere per via orale;
- Le eventuali indagini di laboratorio e radiologiche da effettuarsi.

In ogni caso, ottenuta la riduzione (cruenta, attraverso l'intervento chirurgico, o incruenta, attraverso manipolazioni ortopediche) è necessario applicare un apparecchio gessato per consentire ai monconi di rimanere immobili per un periodo di tempo variabile; questo, infatti, è sufficiente a determinare la formazione del callo osseo (perlomeno di quello primitivo). Gli apparecchi gessati si costruiscono utilizzando una particolare garza imbevuta di gesso, che viene avvolta come per una fasciatura attorno al segmento che interessa

immobilizzare. Una volta applicato l'apparecchio gessato, nel caso in cui il bambino presenta una frattura a livello di un arto, l'infermiere deve garantire queste misure assistenziali:

- Valutare e rilevare (ogni 30 minuti per le prime ore ed in seguito almeno due volte a turno): colore, temperatura, sensibilità, edema, riempimento capillare e movimento articolare dell'arto immobilizzato;
- Riferire immediatamente al medico eventuali modifiche;
- Non somministrare analgesici senza aver scoperto la causa del dolore;
- Incoraggiare il movimento delle dita delle estremità;
- Applicare del ghiaccio nella zona della lesione, dopo che il gesso si sia seccato, per ridurre l'edema.

L'obiettivo che l'infermiere deve proporsi è che il bambino ed i suoi familiari sappiano riconoscere l'insorgenza di possibili complicanze e sappiano gestire correttamente l'apparecchio gessato; per questo è fondamentale per l'infermiere istruire e coinvolgere sia il paziente che la famiglia ed insegnare eventuali segni e sintomi o alterazioni del gesso che depongono per l'insorgenza di complicanze; quindi l'infermiere andrà ad illustrare alcuni accorgimenti di estrema importanza, quali:

- Mantenere o elevare con frequenza l'estremità ingessata al di sopra del livello del cuore per evitare o ridurre la comparsa di edema;

- Lavare quotidianamente la pelle lungo i bordi del gesso con sapone neutro ed acqua;
- Asciugare completamente ed accuratamente la pelle;
- Massaggiare la cute a livello dei bordi con crema che però deve essere fatta completamente riassorbire;
- Evitare di introdurre oggetti all'interno del gesso in caso di prurito, per non rischiare di procurarsi lesioni cutanee o infezioni;
- Mantenere sempre secco il gesso, proteggendolo durante il momento del bagno con sacchetti di plastica o altro materiale plastico;
- Insegnare e stimolare la realizzazione frequente di esercizi isometrici per conservare la massa e la forza muscolare, prevenendone l'atrofia;
- Segnalare al medico eventuali rotture o deformità ed evitare di aggiustarlo da soli;
- Indicare le date dei controlli e segnalare il centro medico di riferimento per eventuali insorgenze problematiche.

3) TRAUMA CRANICO (25)

Dovrebbe essere sospettata una violenza se un bambino presenta un trauma intracranico in assenza di un trauma maggiore e non esistono condizioni cliniche che possano aver causato il trauma. I bambini maggiormente a rischio sono quelli con età inferiore a 3 anni. La probabilità di trovarsi di

fronte ad un caso di violenza aumenta se sono compresenti anche emorragia retinica, fratture ossee o lesioni in altre sedi.

I traumi a carico del sistema nervoso centrale sono pericolosi per la vita infatti, anche quando non mettono a rischio la sopravvivenza del bambino, possono produrre gravi alterazioni fisiche e psichiche ed alterare profondamente la vita della persona. Le cure infermieristiche al traumatizzato cranico se appropriate, possono migliorarne la prognosi e devono essere specialistiche, tempestive e continue. Il paziente critico è caratterizzato da parametri instabili o in rapida evoluzione, quindi, l'infermiere deve: prendere in carico l'assistito nella sua complessità ed essere in grado di effettuare una monitoraggio efficace, individuando, in modo preventivo, quei segni e sintomi che indicano un peggioramento delle condizioni cliniche generali. L'assistenza sanitaria comincia solitamente quando i paramedici o una squadra di soccorso medico arriva sulla scena dell'incidente o quando un paziente con trauma cranico arriva al pronto soccorso di un ospedale. Poiché ben poco può essere fatto per invertire il danno iniziale al cervello causato dal trauma, il personale sanitario tenta di stabilizzare il paziente e si concentra sul prevenire ulteriori danni. Le preoccupazioni principali sono assicurare un adeguato apporto di ossigeno, mantenere un sufficiente flusso sanguigno e mantenere sotto controllo la pressione del sangue. Giacché molti pazienti infortunati alla testa possono avere inoltre danni alla colonna vertebrale, il soggetto viene posto su una tavola spinale con un collare al collo per prevenire ulteriori danni alla testa ed alla spina dorsale. L'infermiere andrà a valutare le condizioni del paziente misurandogli le funzioni vitali ed i

riflessi attraverso la rilevazione della temperatura, della pressione sanguigna, delle pulsazioni cardiache, della frequenza respiratoria, della dilatazione delle pupille e della loro risposta alla luce. Si andrà a valutare inoltre il livello di coscienza ed il funzionamento neurologico usando la Glasgow Coma Scale (GCS). I test di imaging aiutano a formulare la diagnosi e la prognosi di un paziente con trauma cranico. Pazienti con danni dal non grave al moderato possono ricevere: raggi X al cranio e al collo per controllare la presenza di fratture ossee. Per casi moderati o gravi, il miglior test di imaging standard è una tomografia computerizzata (TC o CT), che crea una serie di immagini a raggi X trasversali del capo e del cervello e può mostrare fratture ossee così come la presenza di emorragie, ematomi, contusioni e gonfiori del tessuto cerebrale. Circa la metà dei bambini gravemente feriti alla testa necessitano di un intervento chirurgico per rimuovere o riparare ematomi e contusioni. Talvolta quando il cervello è danneggiato si manifesta un gonfiore ed i fluidi si accumulano all'interno della cavità cranica con conseguente aumento della pressione intracranica (ICP), in quanto i tessuti sono gonfi e non c'è nessun tessuto contiguo per riassorbire il liquido in eccesso. Il personale infermieristico monitorizza l'ICP di un paziente usando una sonda o un catetere che viene inserito attraverso il cranio a livello subaracnoidale e viene connesso ad un monitor che registra la pressione intra-cranica del paziente. Se un paziente ha un'alta ICP, può essere sottoposto a ventricolostomia, una procedura che drena il liquido cerebrospinale dai ventricoli per riabbassare la pressione a livelli normali. L'infermiere si occupa

anche della somministrazione di mannitolo e barbiturici, farmaci che vengono assunti per riassorbire l'edema e quindi diminuire l'ICP.

4) FERITE (26)

La ferita è una soluzione di continuo, recente, determinata da un agente meccanico. Dal grado d'interessamento dei tessuti le ferite si distinguono in: superficiali, profonde, penetranti in cavità. Quelle superficiali interessano l'epidermide, il derma ed il tessuto sottocutaneo; le ferite profonde, invece, si estendono ai piani anatomici sottostanti come le aponeurosi, i muscoli, le cartilagini ecc.; le penetranti, infine, terminano in cavità (cavità toracica, addominale, teca cranica) e sono le più gravi poiché possono interessare anche gli organi interni.

In base al meccanismo dell'agente vulnerante le ferite vengono suddivise in:

- *Ferite da taglio* - sono lesioni generalmente lineari, a volte a lembo, prodotte da oggetti affilati (coltelli, lamiere ecc.);
- *Ferite da punta* - sono piccole ferite, spesso profonde e penetranti;
- *Ferite lacere e lacerocontuse* - hanno margini irregolari, frastagliati, con zone necrotiche;
- *Ferite da arma da fuoco* - il proiettile trapassa i tessuti determinando un "foro d'entrata" e un "foro d'uscita"; quando ha scarsa forza viva può restare ritenuto senza il foro d'uscita. Il foro d'entrata ha margini introflettenti, con attorno un alone ecchimotico-escoriato, mentre il foro d'uscita ha dimensioni maggiori, margini estroflessi e non ha l'alone escoriativo-ecchimotico attorno.

In una ferita il primo principio da tener presente è la detersione e la disinfezione. L'infermiere durante la medicazione della ferita prima di tutto va a lavare la superficie con acqua e sapone e dopo con soluzione fisiologica sterile; poi procede con la rimozione di eventuali corpi estranei che contaminano la soluzione di continuo e con la disinfezione della cute circostante con soluzioni a base di iodio (*Betadine*); infine la zona cruentata, nel caso di ferita potenzialmente infetta, deve essere disinfettata con acqua ossigenata diluita o *soluzione di Dakin*.

Le ferite traumatiche, se di una certa entità, devono essere suturate. Nelle ferite da taglio si esegue la sutura a strati (il tessuto sottocutaneo viene suturato con punti staccati, in materiale riassorbibile, onde evitare la formazione di spazi morti **che possono diventare** sedi d'infezioni, ematomi, liponecrosi, sieromi ecc.). Dopo aver deterso e disinfettato la ferita traumatica secondo i protocolli, l'infermiere preparerà il campo sterile che serve al chirurgo per la sutura della ferita, allestendolo con telini e garze sterili, una siringa con anestetico locale e un ago sottile (tipo insulina) per praticare l'anestesia locale e locoregionale, un pacchetto di ferri chirurgici necessari alla sutura ed infine dei fili di sutura secondo le necessità e l'abitudine del chirurgo. Alla fine dell'intervento disinfettare la ferita con acqua ossigenata (H_2O_2) ed eseguire una medicazione occlusiva con garze sterili e cerotti.

5) USTIONI TERMICHE (27) (28) (29)

Dovrebbe essere sospettato il maltrattamento se il bambino presenta ustioni termiche nel caso in cui:

- La sede della lesione è inusuale (dorso della mano, pianta del piede, glutei, schiena);
- La spiegazione fornita per giustificare l'ustione non è convincente;
- L'ustione ha forma piccola e circolare (compatibile quindi con la sigaretta) o forma geometrica netta (utensile rovente);
- Presenta segni di immersione forzata in un liquido ustionante come: ustione ai glutei, al perineo ed agli arti inferiori, in quest'ultimo caso le lesioni si presentano in modo simmetrico.

Le ustioni si possono classificare in 4 gradi in base alla profondità dei tessuti che interessano:

- 1° grado, definita anche ustione eritematosa. Questa lesione interessa l'epidermide e si caratterizza per la presenza di eritema e di dolore. Si avrà la restituito ad integrum dopo 5-10 giorni, l'infermiere andrà quindi a consigliare blandi analgesici al perdurare del dolore ed una crema protettiva emolliente;
- 2° grado, definita anche ustione bollosa poiché si caratterizza per la presenza della flittene (comunemente detta bolla d'acqua), cioè una lesione in cui c'è del siero che mantiene l'epidermide staccato dal derma. In questo caso la guarigione ha tempi leggermente più lunghi, circa 15-20 giorni. Nel trattamento di questa tipologia di ustione, l'infermiere prima di tutto deve detergere e disinfettare la cute perilesionale ed applicare antibiotici topici nella lesione (es: rifamicina). Le ustioni profonde con

diametro inferiore ad 1 cm o che si trovano nella pianta del piede non vengono trattate, se invece il diametro è superiore ad 1 cm e non si trovano sulla pianta del piede vanno trattate: l'infermiere procede bucando la flittene con un ago a cui è collegato un filo che per capillarità assorbe il liquido, è importante però non rimuovere la cute sovrastante in quanto aumenterebbe il rischio di infezione. Infine l'infermiere esegue la medicazione della lesione e va a coprirlo con garze sterili per ridurre ulteriormente il pericolo di contaminazione;

- 3° grado, definita anche ustione escarotica. Questo tipo di ustione non guarisce spontaneamente ed è quindi necessaria un'escissione precoce del tessuto necrotico. Questa procedura, svolta di solito dal chirurgo plastico, è opportuno eseguirla entro un periodo che va dal terzo al decimo giorno dopo il trauma, altrimenti inizierebbe il riassorbimento dei prodotti tossici che impedirebbe la proliferazione cellulare in quanto i batteri innescherebbero il processo infettivo. L'escarectomia precoce migliora notevolmente la prognosi del bambino e la qualità delle successive ed inevitabili cicatrici. Dopo questa procedura il medico può optare per varie strategie terapeutiche come per esempio lasciare guarire la lesione, se poco estesa, per seconda intenzione o aiutare la cicatrizzazione con sostituti dermici, ma l'opzione terapeutica più praticata è l'apposizione di innesti dermo-epidermici sulle superfici granuleggianti. Esistono delle condizioni locali e generali per l'attecchimento degli innesti di cute:

- La negatività dell'esame batteriologico, soprattutto la presenza dello streptococco beta emolitico di gruppo A che comprometterebbe l'esito positivo della procedura;
- La presenza di sangue nel tessuto di granulazione, che non deve essere ricoperto invece di materiale purulento;
- Un buono stato nutrizionale, sostenuto da una dieta adeguata che bilanci l'ipercatabolismo che viene accentuato dall'intervento chirurgico;
- I livelli di emoglobina non devono essere inferiori all'80% dei valori normali altrimenti è auspicabile eseguire emotrasfusioni nei giorni precedenti l'intervento, in quanto lo stato di anemia si riflette sullo stato di ossigenazione dei tessuti e quindi sulla loro capacità di nutrire gli innesti.

Gli innesti utilizzati per le ustioni sono solitamente sottili a spessore parziale, vale a dire innesti che, oltre l'epidermide, contengono la porzione superficiale del derma. Gli innesti sottili attecchiscono in modo rapido e sicuro, danno la possibilità di ampi prelievi e le aree donatrici guariscono spontaneamente in tempi brevi. Essi però danno risultati estetici piuttosto scadenti, con tendenza alla retrazione e la problematica dell'ipo-iperpigmentazione. Al termine della procedura di asportazione dell'innesto prelevato, la zona di prelievo verrà medicata dall'infermiere con garze sterili imbevute di acido ialuronico e verrà poi fasciata sterilmente. L'immobilizzazione di questi innesti può essere ottenuta con

punti di sutura oppure con una medicazione occlusiva discretamente compressiva.

- 4° grado, questo tipo di ustioni sono piuttosto rare e provocano la carbonizzazione tissutale, con significativa compromissione funzionale.

Le ustioni di 2°, 3° e 4° grado possono essere letali nei bambini sotto ad un anno di vita a causa della loro ridotta superficie corporea e della gravità delle complicanze.

3.4 L'ETICA INFERMIERISTICA

In base ai principi propri dell'etica di questa professione, gli infermieri hanno il dovere di trattare le persone con compassione e di rispettare il valore intrinseco e la dignità di ogni individuo. Le vittime di abusi sono state violate sotto ogni sfera: fisica, sessuale ed emotiva. Gli infermieri sono tenuti a fornire la "cura" ed a "prendersi cura" del bambino, a prescindere dalla difficoltà della situazione, aiutando il paziente a sviluppare un piano di sicurezza opportuno e sensato. A tal proposito a volte capita che il bambino non voglia abbandonare l'artefice e gli ambienti dell'abuso. L'infermiere dovrà comunque mostrare al minore tutte le possibili alternative ed esplorare le risorse disponibili, ma non dovrà insistere; piuttosto affiderà il caso ai servizi competenti e la decisione sul futuro del bambino verrà presa dal Tribunale dei Minori.

4. IL FOLLOW UP

Con questo termine in medicina si indicano una serie di controlli a cui viene sottoposta una persona in seguito a terapie mediche e/o chirurgiche.

1) EMATOMI, ECCHIMOSI, MORSI (30)

Le ecchimosi di lieve entità tendono ad auto-risolversi nell'arco di pochi giorni: l'emorragia si riassorbe lentamente, scomparendo del tutto dopo un breve periodo di tempo. L'infermiere nei controlli post-traumatici deve osservare che il processo di guarigione, che si basa sulla degradazione dei globuli rossi da parte dei macrofagi, sia in atto. Per controllare e collocare cronologicamente l'azione contusiva violenta, l'infermiere può avvalersi delle variazioni cromatiche delle ecchimosi nel corso del tempo. Infatti man mano che la lesione viene riassorbita, sulla superficie della pelle si possono osservare sfumature colorate differenti: inizialmente il livido appare rosso-bluastro, dopo 4-6 giorni la cromia dell'ecchimosi sfuma sul verde ed infine dopo circa una decina di giorni il livido scolorisce fino ad assumere un colore giallo-dorato. Oltre all'osservazione dell'evolversi del livido, l'infermiere potrà anche applicare localmente (direttamente sulla superficie dell'ecchimosi) pomate analgesiche al bisogno.

2) FRATTURE OSSEE (31)

L'infermiere nei controlli post dimissionali deve:

- Controllare il gesso per rilevare la presenza di zone calde o molli, o con alterazioni di odore o colore;
- Ispezionare la cute in prossimità dei bordi del gesso per rilevare tumefazioni, arrossamenti, cianosi, formazioni di vesciche ed altre lesioni cutanee;
- Riparare ogni bordo rugoso del gesso, dopo aver avvertito il medico ed aver avuto il suo consenso;
- Rimuovere l'apparecchio gessato in presenza di una di queste indicazioni: per la formazione di un callo osseo adeguato, per il sopraggiungere di complicanze oppure per necessità di altri interventi. Per la rimozione sarà necessaria una sega elettrica per gesso che realizza un taglio longitudinale con formazione di un gesso bivalve, un divaricatore per aprire i due pezzi di gesso e delle forbici per gesso per tagliare l'imbottitura.

Durante questa visita di controllo l'infermiere deve prestare attenzione nel:

- a. Sostenere la parte del corpo lesionata con dei cuscini per simulare la posizione precedente mantenuta dal gesso e togliere questo sostegno gradualmente;
- b. Ripulire accuratamente la cute dal deposito di epitelio desquamato ed applicare una soluzione emolliente;
- c. Controllare l'integrità cutanea ed il tono muscolare;
- d. Iniziare il programma di riabilitazione per ripristinare ed aumentare la forza muscolare, riprendendo anche il movimento delle articolazioni immobilizzate;

- e. Tranquillizzare il bambino ed i genitori se, dopo la rimozione, compare edema poiché può risolversi semplicemente mantenendo l'arto sollevato al di sopra del livello del cuore;
- f. Accompagnare il bambino ed i genitori o tutori in radiologia dove verranno eseguite delle lastre che confermeranno l'avvenuto consolidamento osseo o la necessità di un nuovo riposizionamento.

3) TRAUMA CRANICO (32)

Il percorso clinico del paziente con trauma cranico lieve generalmente si conclude, dopo il trasporto al Pronto Soccorso ed un breve ricovero di due o tre giorni per osservazione, con il ritorno al domicilio e la frequente raccomandazione al bambino ed ai genitori di riprendere il prima possibile le attività della vita quotidiana. Tuttavia alcuni recenti studi hanno dimostrato che l'efficienza, nello svolgere le seguenti attività, è diminuita rispetto all'epoca premorbosa a causa della persistenza di sintomi invalidanti. Si è posta dunque l'esigenza di un trattamento riabilitativo. Identifichiamo dunque le seguenti linee guida al trattamento del trauma cranico lieve:

- Informazione. Il primo passo nella gestione del paziente è fornirgli esaurienti spiegazioni circa la base neurologica dei suoi sintomi e le manifestazioni cliniche che più di frequente tendono a manifestarsi anche a distanza di tempo, contemporaneamente rassicurandolo sul fatto che i suoi sintomi rappresentano una "normale" conseguenza del trauma, e non sono invece indice di ulteriori complicanze. Tale atteggiamento è

estremamente utile per prevenire reazioni emotive eccessive, insicurezze ed ambiguità;

- Educazione. Una volta istruito circa le caratteristiche cliniche del trauma subito, il paziente va anche educato circa il comportamento più corretto da mantenere nel quotidiano, alla dimissione dal reparto ospedaliero. In particolare, va richiamato sul fatto che le capacità che aveva prima dell'incidente, per esempio nella capacità di concentrazione o nella tolleranza alla fatica, possono essere diminuite a causa del trauma; per questo motivo è necessario condizionarlo ad intraprendere le attività in maniera graduale, sia nell'ambiente domestico che extradomestico, e soprattutto, relativamente alle attività di gioco e di studio, limitando inizialmente l'impegno giornaliero ed aumentandolo progressivamente una volta migliorato il quadro clinico;
- Supporto. Il corredo emotivo che manifesta un paziente con trauma cranico lieve fa sì che divenga essenziale riuscire a stabilire un'efficace e positiva "relazione terapeutica", che si crei, cioè, una situazione di fiducia reciproca tra il bambino e l'infermiere. Il paziente viene progressivamente guidato ad una maggiore presa in carico dei suoi sintomi, ad una più accurata autovalutazione ed infine all'accettazione della nuova condizione quale punto di partenza per il raggiungimento dei suoi obiettivi nell'ambito dello studio, del gioco e dei propri hobbies. In termini pratici, il bambino deve essere aiutato a programmare in maniera

realistica i propri impegni ed, il giorno successivo, ad effettuare un'analisi delle proprie prestazioni;

- Incontri con i familiari. La frequente difficoltà da parte dei parenti di comprendere e di interpretare le modificazioni emotive, cognitive e comportamentali occorse nel proprio congiunto a seguito del trauma, è spesso causa di prolungati conflitti familiari. Pertanto, oltre a fornire informazioni al bambino stesso, è utile coinvolgere anche i parenti ed eventualmente altre persone significative nella vita del paziente. Essi vanno inoltre consigliati circa gli atteggiamenti più opportuni da tenere a domicilio, specie nel primo periodo dopo il trauma, quando è importante limitare le sollecitazioni e gli stimoli eccessivi al bambino.
- Monitoraggio. È utile, infine, un monitoraggio a lungo termine del paziente, a frequenza progressivamente ridotta, allo scopo di seguire gli eventuali progressi ma anche fornendogli feedback sulle proprie modalità di approccio alle situazioni quotidiane, individuando i problemi ancora da risolvere, escogitando insieme le strategie più opportune per risolverli.

Nel caso invece di bambino con trauma cranico maggiore, la degenza sarà in media più lunga (circa 10 giorni) ma al momento della dimissione verranno allo stesso modo fornite informazioni e raccomandazioni. Sarà però necessario dopo 15- 20 giorni dalla dimissione una rivalutazione clinica in regime di Day Hospital o ambulatoriale ed un eventuale TC di controllo.

4) FERITE (33)

Il decorso clinico di un bambino che ha riportato una ferita è caratterizzato da una serie di medicazioni che hanno lo scopo di proteggere la ferita al fine di favorirne la riparazione e ricondurla ad uno stato di normalità. Per una corretta esecuzione di questa procedura, l'infermiere prima di tutto deve preparare l'ambiente; ciò comporta che: la medicazione deve essere eseguita in un ambiente a carica microbica controllata attraverso programmi di sanificazione e sanitizzazione ambientale per ridurre il rischio di infezioni. Questa procedura deve essere eseguita nella sala medicazioni ma, qualora ciò non fosse possibile, potrà essere effettuata nella stanza di degenza con le accortezze di cambiare la biancheria del letto prima della medicazione e di garantire la privacy al bambino. L'infermiere, a seguire, deve rifornire la sala medicazioni ed il carrello di tutto il materiale che occorre per la procedura e deve preparare il bambino: informandolo sulla tecnica che si andrà ad eseguire, facendogli assumere una posizione confortevole e garantendo una buona esposizione della ferita. L'ultimo step, prima dell'inizio della medicazione, è la preparazione dell'infermiere: questo deve indossare una divisa pulita ed avere una mascherina ed un copricapo monouso che raccolga tutti i capelli, inoltre deve possedere le conoscenze e le capacità di esecuzione della corretta tecnica di medicazione. Nelle medicazioni è auspicabile che l'infermiere sia coadiuvato da una seconda unità infermieristica che provvede all'apertura del materiale sterile ed a manipolare il materiale non sterile. Durante l'esecuzione di medicazioni complesse sarà presente anche il medico qualora servisse effettuare la cruentazione della

ferita, la rimozione dei punti di sutura ed altre manovre di pulizia, drenaggio o zaffo. L'infermiere durante l'esecuzione della medicazione dovrà:

- Effettuare il lavaggio antisettico delle mani ed indossare guanti monouso non sterili;
- Togliere i cerotti delicatamente, eventualmente inumidendoli con soluzione fisiologica sterile, con strappi brevi e rapidi;
- Smaltire la medicazione contaminata ed i guanti nell'apposito contenitore;
- Aprire il pacchetto per le medicazioni e versare iodopovidone nella capsula;
- Effettuare il lavaggio antisettico delle mani;
- Indossare guanti sterili;
- Osservare la ferita, valutare il suo stato e segnalare al medico eventuali modificazioni della ferita;
- Procedere con la detersione della lesione con una pinza ed un batuffolo di garza sterile imbevuto di soluzione fisiologica o acqua ossigenata, procedendo dal centro verso l'esterno della sutura, senza mai tornare verso la sutura stessa e ripetere la manovra verso l'altro lato della ferita;
- Praticare la disinfezione della ferita con una pinza ed un batuffolo di garza imbevuto con l'antisettico (iodopovidone e clorexidina) passandolo dal centro della ferita verso l'esterno della sutura, senza mai tornare verso la sutura stessa;
- Assistere il medico durante la rimozione dei punti di sutura che vanno tolti dopo un periodo di tempo variabile a seconda della zona curata.

Innanzitutto andremo a pulire la zona con antisettico, il medico prenderà un'estremità della sutura con la pinza anatomica e taglierà il filo da un lato vicino alla cute, infine tirerà delicatamente il filo verso l'altra parte. A questo punto l'infermiere procederà con la medicazione della ferita.

Al termine della medicazione l'infermiere dovrà:

- Aiutare il bambino a rivestirsi;
- Decontaminare i ferri chirurgici utilizzati;
- Smaltire i rifiuti;
- Eseguire il lavaggio sociale delle mani;
- Ripristinare il materiale e riordinare il carrello;
- Registrare la procedura e riportare la data, l'ora, la firma ed eventuali osservazioni.

5) USTIONI TERMICHE (34)

I pazienti ustionati dovrebbero essere rivalutati il giorno dopo l'infortunio. In questa visita si va a verificare l'intensità del dolore, e se questo deriva dalla medicazione può essere regolato gestendo il numero dei cambi di medicazione. Successivi follow-up possono essere effettuati su base settimanale, fino a quando si verifica la riepitelizzazione della ferita. Tuttavia, se il controllo del dolore è insufficiente o se vi sono preoccupazioni circa la capacità dei genitori o dei tutori del bambino di fornire una corretta cura della ferita, il paziente deve essere valutato ogni giorno fino a completa riepitelizzazione.

Dopo la completa guarigione della ferita, i pazienti sono controllati ogni quattro-sei settimane per valutare la formazione di cicatrici ipertrofiche e monitorare il meccanismo di copertura. Nel caso in cui i medici hanno optato invece per un approccio terapeutico di tipo chirurgico con rimozione dell'escara ed apposizione di innesti dermo-epidermici, la prima medicazione viene eseguita dopo 48 ore. Le garze devono essere rimosse dall'infermiere con estrema delicatezza per non strappare la cute attecchita, ma non ancora consolidata. Una volta stabilizzati gli innesti appariranno rosei e alla pressione la loro superficie si sbiancherà, segno della presenza di una circolazione capillare.

CONCLUSIONI

Le ragioni del mio lavoro risiedono, oltre che in un particolare interesse e sensibilità nei confronti del maltrattamento/abuso sui minori, anche in un forte senso di responsabilità e di urgenza verso delle forme di violenza all'infanzia che più di altre sono portatrici di conseguenze traumatiche, a livello non solo fisico ma anche psicologico, affettivo-relazionale e sessuale, tali da compromettere la possibilità di una crescita serena, armonica ed equilibrata del bambino. Lo stimolo ad approfondire tali tematiche deriva anche dalla mia esperienza di tirocinio nei reparti di Pediatria – Terapia Intensiva Neonatale e Pronto Soccorso, e quindi dalla necessità di acquisire conoscenze teoriche e metodologiche sull'argomento, al fine di ottenere una maggiore preparazione per realizzare strategie di intervento adeguate a gestire situazioni complesse. L'abuso non rappresenta solo un preoccupante fenomeno sociale, ma costituisce una vera e propria patologia che richiede un'accurata valutazione diagnostica da parte di un'équipe specialistica di valutazione multidisciplinare. Emerge, infatti, che i casi di maltrattamento ed abuso dei minori siano sottostimati, e che spesso l'inefficacia dell'intervento sia dovuta alla coesistenza di interventi frammentati, attuati a vari livelli dai diversi attori coinvolti, secondo modelli di lavoro non coordinati. Ne scaturisce una difficoltà di collaborazione che preclude azioni realmente efficaci per il minore vittima. Di conseguenza la condizione irrinunciabile è che tutti gli interventi sanitari e sociali debbano essere fortemente integrati e condivisi. Prioritario è quindi l'investimento nella qualificazione delle competenze specifiche sia mediante un aggiornamento continuo, sia

attraverso la condivisione di un protocollo di raccordo tra i vari servizi interessati. È molto importante che la nostra società riconosca questo male ed agisca per prevenirlo, sviluppando una reale attenzione al bambino ed ai suoi bisogni, anche attraverso corsi di formazione rivolti non solo ad operatori dei Servizi Socio Assistenziali, ma estesi a tutte quelle figure professionali coinvolte nello sviluppo del bambino quali: insegnanti, educatori, psicologi, medici, infermieri, giudici ed avvocati. Lo scopo di questa tesi è di sensibilizzare tutti gli operatori sanitari, che operano in strutture pubbliche, alla problematica del maltrattamento ai minori, per una più attenta intercettazione e prevenzione di questo male. Non si dimentichi mai, infatti, che la violenza ha una portata devastante sul minore, sulla sua crescita affettiva e psicologica e che se il corpo violato ed abusato può fisicamente apparire guarito, a distanza di tempo, non guariscono certo le ferite dell'anima. Più spesso sono celate e non curate, manifestando disturbi ancora più dolorosi. Dunque la protezione del minore deve essere intesa quale misura capace di interrompere le azioni e le relazioni abusanti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *“Il maltrattamento in età evolutiva: proposta di linee guida in un P.S.”* – Franca Crevatin, Marta Meneghello -
<http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/4049.pdf>
- 2) *“L’abuso sessuale nei minori e l’infermiere esperto al triage”* – M.P. Santoro, R. Lo Piccolo -
<http://www.ipasviperugia.it/new/rivista/riviste/2009/4/25-31.pdf>
- 3) L’altro Diritto, centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità – *“Il minore sessualmente abusato”* -
<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/minori/fantoni/>
- 4) La cura del girasole ONLUS – *“Gli abusi e i maltrattamenti sui bambini (Child abuse)”* - <http://Inx.lacuradelgirasole.it/abuso/>
- 5) Maltrattamento all’infanzia – *“Problemi e strategie d’intervento”* – A. Campanini. Nis. Roma 1993
- 6) *“Trattato di Psichiatria Forense 4° edizione”* – Ugo Fornari. UTET GIURIDICA. Torino 2008
- 7) *“Bambini abusati”* – Linee guida nel dibattito internazionale – M. Malacrea, S. Lorenzini. Raffaello Cortina Editore. Milano 2002
- 8) Criminologia e Psichiatria Forense – *“Momenti di riflessione dottrinale ed applicativa”* – Giovanni Battista Traverso. A. Giuffrè. Milano 1987
- 9) La famiglia maltrattante – *“Diagnosi e terapia”* – S. Cirillo, P. Di Blasio. Raffaello Cortina Editore. Milano 1994

- 10) *“Psichiatria Forense, Criminologia ed Etica Psichiatrica”* - Vittorio Volterra. Masson. Milano 2006
- 11) *Il male minore – “Violenza, Maltrattamenti ed Abusi dell’infanzia”* – G. Esposito. Edizioni Lavoro. Roma 2005
- 12) *“Coordinamento Italiano dei Servizi contro il maltrattamento e l’abuso dell’infanzia (CISMAI)”* -
<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/minori/fantoni/cap1.htm#h6>
- 13) *“Coordinamento Italiano dei Servizi contro il maltrattamento e l’abuso dell’infanzia (CISMAI)”* – Rilevazione del maltrattamento infantile in alcuni centri/servizi CISMAI (dati 1998/1999) -
<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/minori/fantoni/cap1.htm#h6>
- 14) *“Il maltrattamento in età evolutiva: proposta di linee guida in un P.S.”* – Franca Crevatin, Marta Meneghello -
<http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/4049.pdf>
- 15) *“Il maltrattamento in età evolutiva: proposta di linee guida in un P.S.”* – Franca Crevatin, Marta Meneghello -
<http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/4049.pdf>
- 16) *Gli indicatori psicologici e medico-legali dell'abuso sessuale sui minori* - M. Strano, V. Gotti, P. Germani -
<http://www.psychomedia.it/pm/answer/abuse/indicatori.htm>
- 17) *“sito americano GUARDA*
- 18) *“L’abuso sessuale nei minori e l’infermiere esperto al triage”* – M.P. Santoro, R. Lo Piccolo -
<http://www.ipasviperugia.it/new/rivista/riviste/2009/4/25-31.pdf>

- 19) “Lividi ed Ematomi: cause, sintomi, pericoli, rimedi” – Farmaco e Cura
- <http://www.farmacocura.it/malattie/lividi-ed-ematomi-cause-sintomi-pericoli-rimedi/>
- 20) “Fratture: sintomi, cura, cause, terapia, diagnosi e prevenzione” –
Sintomi Cura - <http://sintomicura.com/terapia/metatarso-le-fratture/>
- 21) Maurizio Altissimi – appunti tratti dalla lezione “trazione trans-
scheletrica”
- 22) Marina Felici – appunti tratti dalla lezione “ Assistenza in anestesia
pediatrica”
- 23) Gastone Petralla – appunti tratti dalla lezione “ assistenza al paziente
nel post-operatorio”
- 24) “Assistenza al paziente con apparecchio gessato” -
[http://www.slidetube.it/app/download/5255994464/Procedure+Gesso.p
df?t=1327672017](http://www.slidetube.it/app/download/5255994464/Procedure+Gesso.pdf?t=1327672017)
- 25) “Trauma Cranico” - http://it.wikipedia.org/wiki/Trauma_cranico
- 26) Alessandro Sanguinetti – appunti tratti dalla lezione “Le Ferite”
- 27) Alessandro Sanguinetti – appunti tratti dalla lezione “Le Ustioni”
- 28) Idone F., Neuendorf A.D., Scaglioni M., Petrucci E., Tacconi S., Valente
D., Pangrazi P., Campodonico A., Trono D. – terapia medica e
chirurgica dei grandi ustionati - [http://www.sopi.it/ippocrateios/Ustioni
%2097-03.htm](http://www.sopi.it/ippocrateios/Ustioni%2097-03.htm)
- 29) F. Campitiello – Gli innesti autologhi -
[http://www.riparazionetessutale.it/leggi/GLI_INNESTI_AUTOLOGHI/15
8/1.html](http://www.riparazionetessutale.it/leggi/GLI_INNESTI_AUTOLOGHI/158/1.html)

30)“Ecchimosi” -

<http://www.my-personaltrainer.it/benessere/ecchimosi.html>

31)“Assistenza al paziente con apparecchio gessato” -

<http://www.slidetube.it/app/download/5255994464/Procedure+Gesso.pdf?t=1327672017>

32)“Inquadramento clinico e approccio riabilitativo del trauma cranico lieve” - http://www.rivistamedica.it/pdf/vol_5_n_1-2_1999/cavatorta.pdf

33)“La medicazione delle ferite chirurgiche” -

<http://www.salutesanit.it/scienze%20infermieristiche/Medicazione%20delle%20ferite%20chirurgiche.pdf>

34) Petracca G. – Trattamento Ambulatoriale delle ustioni -

https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.docvadis.it%2Fgiovanni-petracca%2Fdocument%2Fgiovanni-petracca%2Ftrattamento_ambulatoriale_delle_ustioni%2Ffr%2Fmetadata%2Ffiles%2F0%2Ffile%2FTrattamento%2520Ambulatoriale%2520delle%2520Ustioni.docx&ei=uhQ8UryaOfPE4gSXYyH4BQ&usg=AFQjCNHV8b4usnW6yTnBsD14uZ5h72fx-A&sig2=nkfd-7GswW5BWInof-VoKQ