

# **Il riconoscimento del bambino vittima di violenza**

**Claudio Germani**

**Pediatria d' Urgenza-Pronto Soccorso Pediatrico  
I.R.C.C.S. Burlo Garofolo  
Trieste**

Corso su

Violenza contro le donne e i minori:  
una questione di salute pubblica

AA 2018-19

CdL in Medicina, Università di Trieste  
Prof.ssa Patrizia Romito

# **Ricordiamoci sempre di fare questo pensiero**

**Donna maltrattata  
dal partner**

**In casa ci sono  
bambini?**

**I bambini  
sono maltrattati?**

**Bambini maltrattati  
dal padre**

**Madre maltrattata  
dal partner?**

# **L'individuazione delle situazioni di violenza**

**Cosa cercare**

**Cosa valorizzare**

# **La diagnosi**

## **Alcuni concetti di base**

**Raramente un operatore sanitario riuscirà da solo a fare una diagnosi di maltrattamento o abuso sessuale**

**Il più delle volte sarà una diagnosi multidisciplinare**

**Per una diagnosi multidisciplinare è fondamentale individuare i segnali di sospetto ed attivare un lavoro di rete**

**Il lavoro di rete richiede il coinvolgimento di figure professionali diverse**

## Educational paper

Detection of child abuse and neglect at the emergency room

Arianne Hélène Teeuw • Bert H. F. Derks •  
Willeke A. Koster • Rick R. van Rijn

**2-10% dei bambini visitati in PS sono vittime di  
maltrattamento/abuso**

**Medico/infermiere PS può essere la prima figura che  
può individuare un bambino maltrattato**

# **L'individuazione delle situazioni di violenza**

**Cosa cercare**

**Cosa valorizzare**

## **Il racconto del bambino/adolescente diretto o riferito da una figura di riferimento (di solito la madre)**

- **fondamentale in tutti i tipi di violenza**

## **Il riscontro di lesioni fisiche**

- **fondamentali nel maltrattamento fisico**
- **molto rare nell' abuso sessuale**

## **La rilevazione di indicatori psicologici/comportamentali**

- **presenti in tutti i tipi di violenza**
- **fondamentali nell' abuso sessuale**

**Il racconto del bambino va tenuto sempre in grande considerazione, anche se può sembrare “disordinato” o incoerente.**

**Il problema dei falsi racconti è fondamentalmente un falso problema**

**Falsi racconti :**

**adolescenti 8-12%**

**bambini 1,7-2,7%**

**Everson 1989; Malacrea 2002**

# **Quando pensare al maltrattamento fisico**

**Lesione non compatibile con il grado di autonomia motoria del bambino**

**Lesione non compatibile con evento accidentale**

**Lesione in sedi non compatibili con evento accidentale**

**Lesioni cutanee che riproducono la forma di un oggetto**

**Discrepanza fra storia del trauma (minore) e gravità clinica (importante)**

**Valorizzare sempre  
discrepanza tra  
storia di trauma minore  
e gravità della sintomatologia**

**Rischio di morte per caduta da altezza < 1,5 metri :  
0,48/1 milione**

**Chadwick, Pediatrics 2008**

# Trauma cranico da maltrattamento (AHT)

**Nel 65% dei casi sintomi aspecifici :**

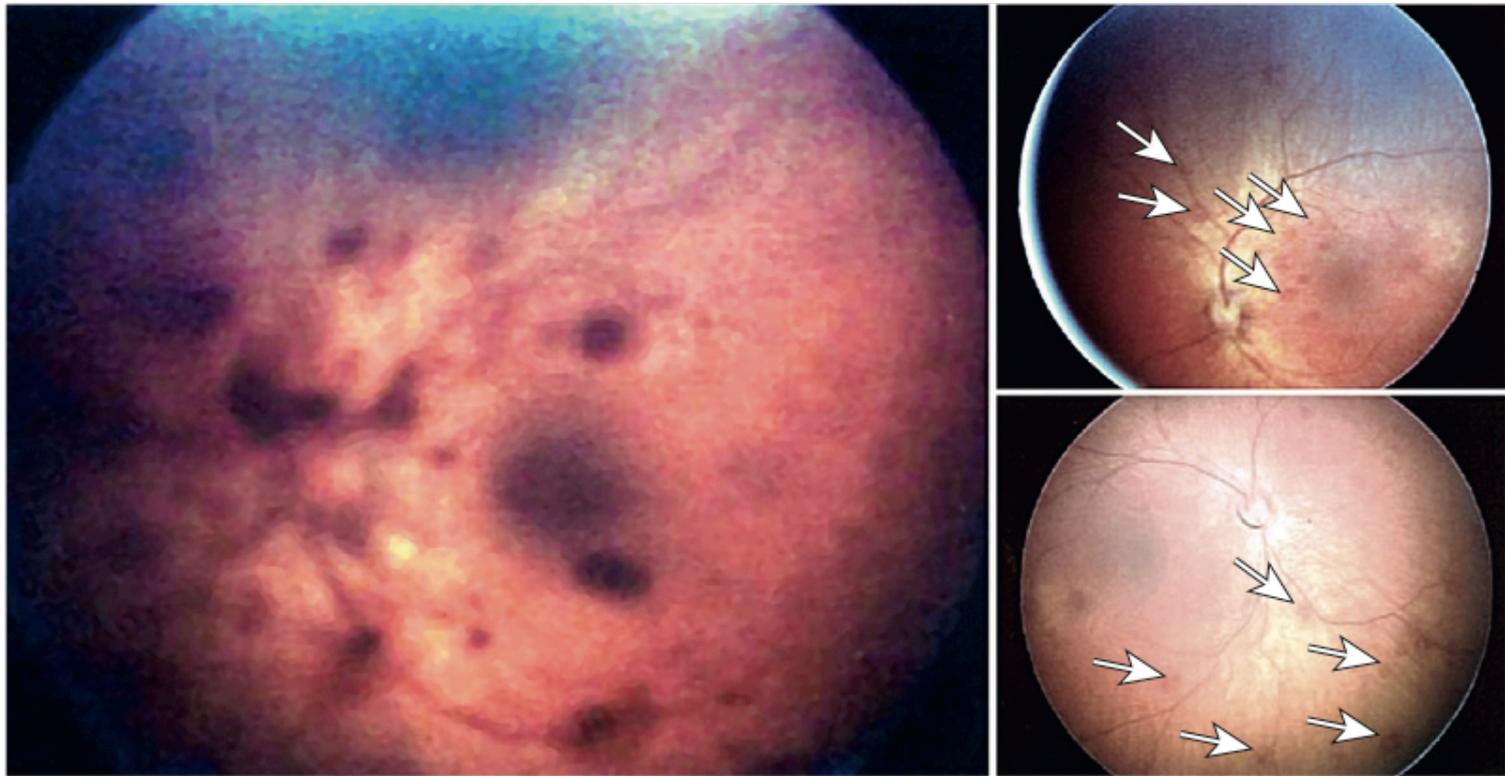
- **Convulsioni**
- **Letargia/irritabilità**
- **Segni neurologici focali**
- **Scarsa alimentazione**
- **Apnea**

**Asintomatici  
35%**

Kemp, Arch Dis Child 2011

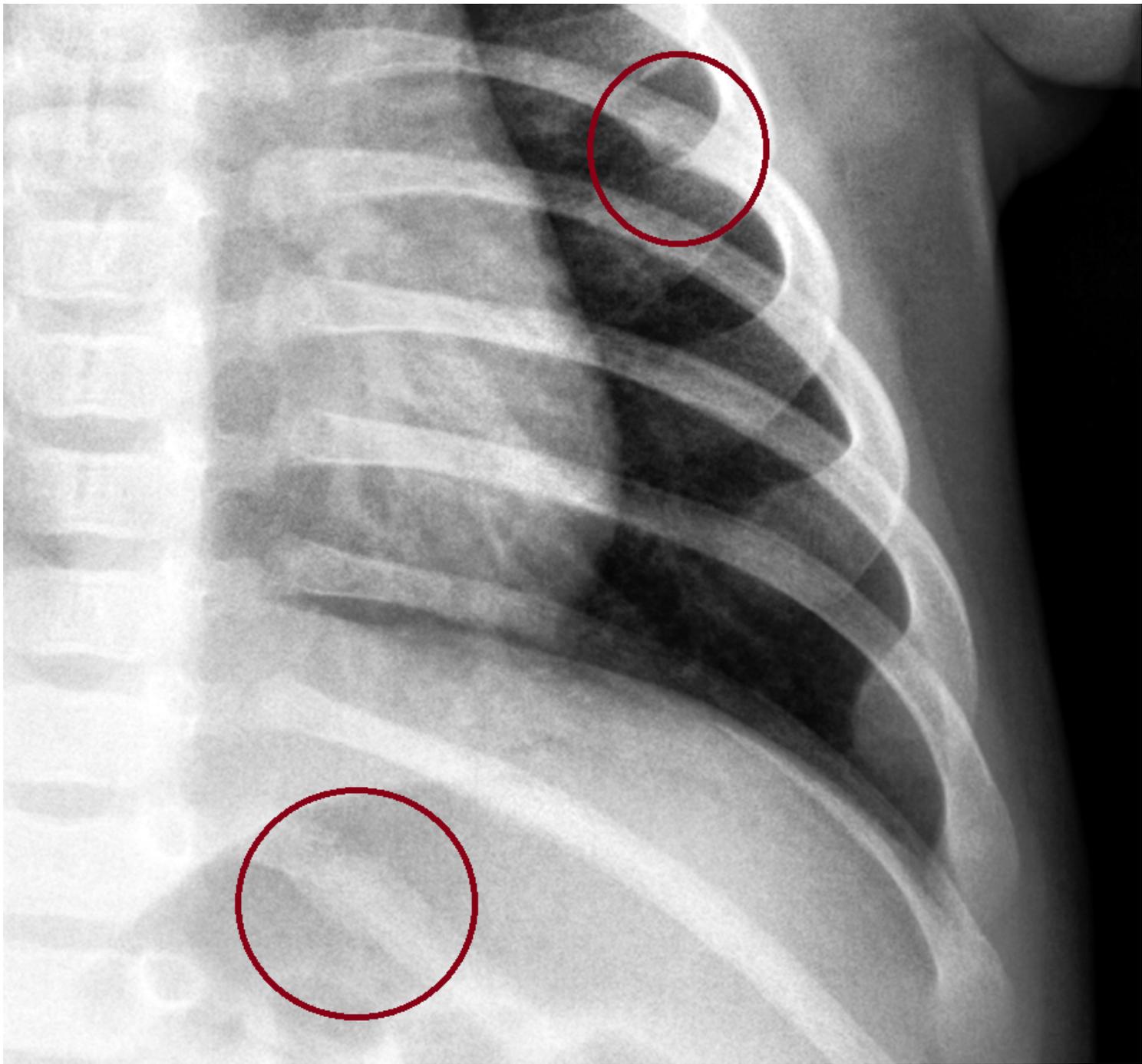
**Emorragie retiniche nel 85% dei casi**

Morad Am j Ophtalmol 2002



**Figure 37-7** Retinal hemorrhages. Lines point to hemorrhages of various sizes.

**A questo punto è obbligatoria una RMN encefalo e un RX total body**





**FIGURE 1**

CT images of a 5-month-old infant who suffered multiple shakings over more than 1 month. Multifocal SDHs of different densities can be seen in separate locations. A, Lateral hypodensity (white arrows) associated with interhemispheric hyperdensity (black arrow); B, tentorium cerebelli hyperdensity (black arrow).

**Table 2** Clinical indicators of abusive head trauma

	AHT	Non-discriminatory	Non-AHT
Neuroradiology			
Extra-axial haemorrhage	<p>SDH ←</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Multiple</li> <li>▶ Interhemispheric</li> <li>▶ Convexity</li> <li>▶ Posterior fossa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ SAH</li> <li>▶ Bilateral SDH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ EDH</li> </ul>
Intracerebral features	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hypoxic ischaemic injury</li> <li>▶ Cerebral oedema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Parenchymal injury</li> </ul>	
History and clinical features			
History	<p>→</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No history of trauma</li> <li>▶ Low impact fall, with persistent neurological impairment</li> <li>▶ Out-of-hospital CPR</li> <li>▶ Initial history changes</li> <li>▶ Other trauma explanations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Low impact trauma, normal neurology</li> <li>▶ Late presentation</li> <li>▶ Sibling involvement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ High impact trauma</li> </ul>
Clinical features	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rib fractures</li> <li>▶ Retinal haemorrhage ←</li> <li>▶ Apnoea</li> <li>▶ Seizures</li> <li>▶ Head and neck bruising</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Skull fracture</li> </ul>	
Retinal haemorrhage	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bilateral</li> <li>▶ Multilayered</li> <li>▶ Extend to periphery</li> <li>▶ Numerous</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Other retinal features</li> </ul>	<p>Rare but when occur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Unilateral</li> <li>▶ Posterior pole</li> <li>▶ Scattered</li> <li>▶ Few in number</li> </ul>

Kemp, Arch Dis Child 2011

AHT, abusive head trauma; CPR, cardiopulmonary resuscitation; EDH; extradural haematoma; SAH, subarachnoid haemorrhage; SDH, subdural haematoma.

# Shake Baby Syndrome



Best practice

# Abusive head trauma: recognition and the essential investigation

Alison M Kemp

**Table 1** Positive predictive values and OR for features associated with AHT<sup>20</sup>

	PPV (97.5% CI)	OR (97.5% CI), p
Apnoea	93% (73% to 98%)	17 (5 to 58), <0.001
Rib fractures*	73% (5% to 88%)	3 (0.7 to 13), 0.13
Retinal haemorrhage*	71% (48% to 86%)	3.5 (1.1 to 11), 0.03
Seizures	66% (45% to 82%)	3 (0.7 to 12), 0.13
Long bone fractures*	59% (48% to 69%)	1.7 (0.8 to 3.6), 0.14
Skull fractures	44% (22% to 68%)	0.85 (0.3 to 2.3), >0.2
Head and neck bruising	37% (4% to 90%)	0.8 (0.07 to 9), >0.2

\* Estimates in this analysis are deemed to be conservative owing to missing data on children

# Trauma cranico : sospetto maltrattamento

## Valutare se presenti :

- 1) Emorragia retinica
- 2) Apnea
- 3) Fratture costali
- 4) Fratture ossa lunghe
- 5) Convulsioni
- 6) Ecchimosi capo/collo

### Valore Predittivo Positivo per maltrattamento

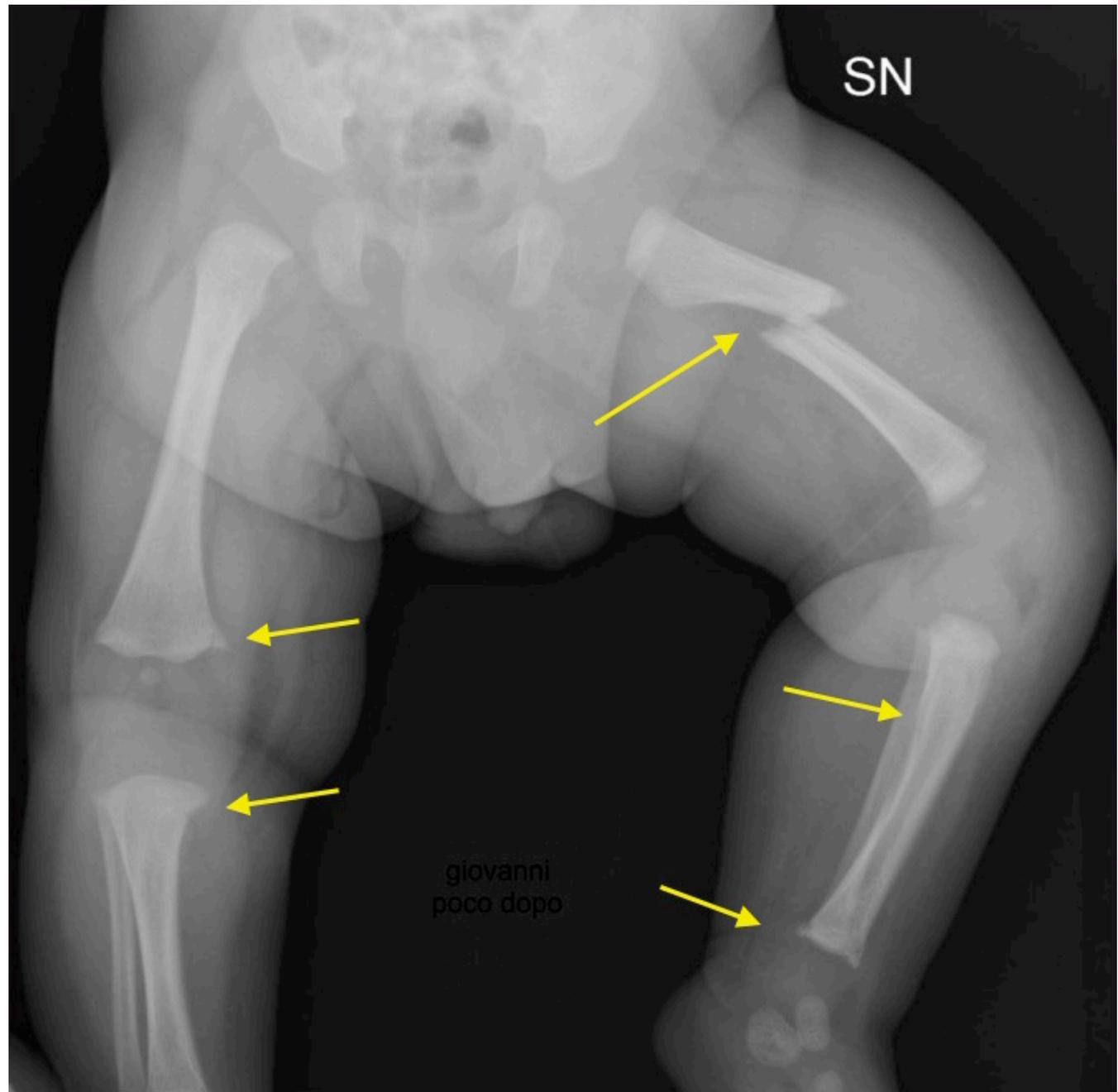
Nessuno segno presente : 4%

Tutti e sei presenti : 97%

**Ha 4 mesi,  
come ha  
fatto a  
rompersi il  
femore?**

**Frattura ossa  
lunghe  
In bambino  
che  
non cammina**

**Pensare al  
maltrattamento**



# Le fratture da maltrattamento

**85%** fratture accidentali >5 anni

**80%** fratture da maltrattamento <18 mesi

Worlock, BMJ, 1986

**Frattura osso lungo (femore, omero) < 12 mesi  
molto suggestiva per maltrattamento**

Kemp, BMJ, 2008

**Riscontro di fratture costali (posteriori/laterali) <12 mesi :  
maltrattamento nel **71%****

Barsness, Trauma, 2003

# Fratture associate al maltrattamento

➤ **Diafisarie spiroidi**

➤ **Metafisarie/diafisarie**

**Causate da movimenti di rotazione e flessione forzata centrifuga che possono provocare anche**

➤ **Scollamento del periostio, emorragia sub periostale, aree di ossificazione periostale**

**Molto suggestivo il riscontro di :**

**fratture non diagnosticate precedentemente in vari stati di guarigione**

**Il 30% dei bambini maltrattati ha fratture**

**La maggiorana di queste rimane misconosciuta perché non viene attivamente ricercata**

Day, J Clin Forensic Med, 2006

**Di fronte ad una frattura o altri segni sospetti di maltrattamento bisogna fare sempre un RX total body**

# Come fa un bambino così piccolo a procurarsi queste lesioni?



Fig. 2. Bruising of the face in a nonambulating child.



**Ecchimosi in bambino  
che non cammina**

**Pensare al  
maltrattamento**

# Ecchimosi da maltrattamento

**In bambini che non camminano ancora**

**Ecchimosi <6 mesi molto suggestive**

Harper, J pediatrics 2014

**Ecchimosi**

- **Bambini che non camminano <1%**
- **Bambini che camminano 50%**

**Ecchimosi+petecchie (escluse coagulopatie)**

**Potere Predittivo Positivo per maltrattamento 80%**

**Sospette le ecchimosi  
in sedi atipiche non  
compatibili con trauma  
accidentale**

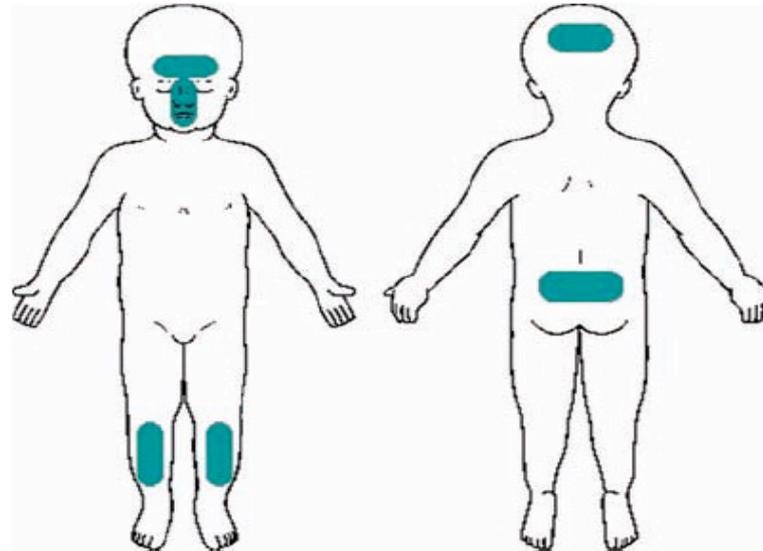
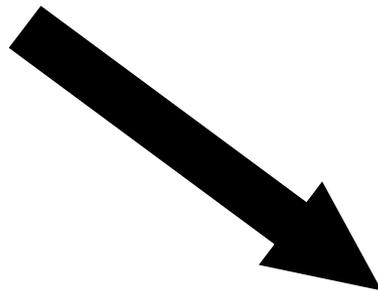


Figure 1 Accidental bruising patterns.

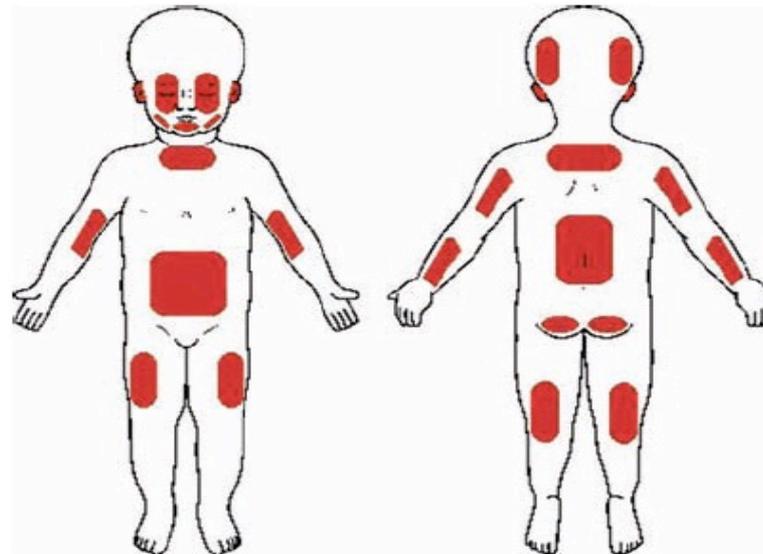


Figure 2 Abusive bruising patterns.

## **Bambini morti per maltrattamento :**

**44% aveva ecchimosi nel corso di precedenti valutazioni ma queste non erano state valorizzate**

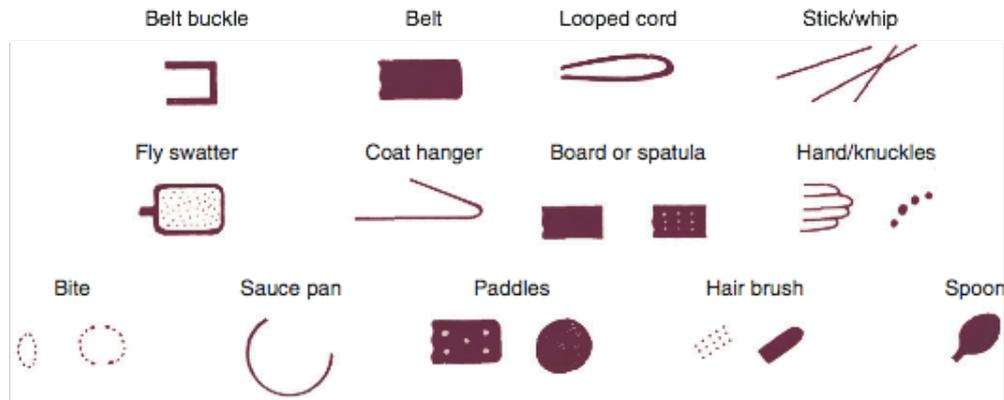
**Piercy Pediatrics 2010**

**Può essere accidentale questa lesione?**



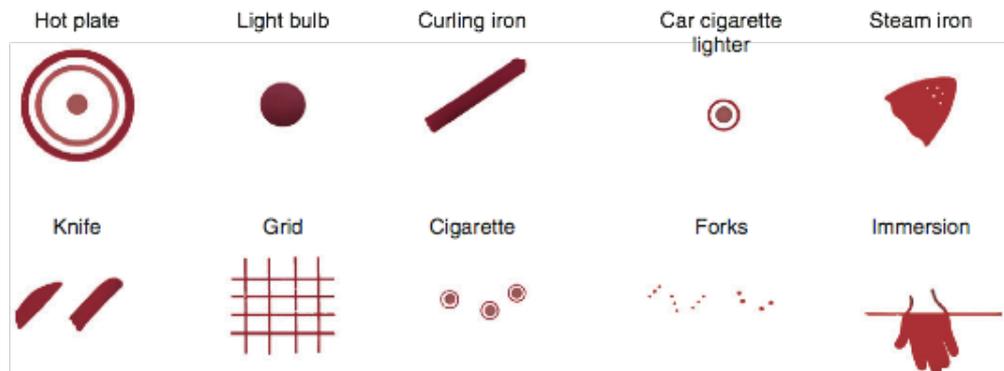
# Suggestive per maltrattamento le lesioni cutanee traumatiche che riproducono la forma di un oggetto

## MARKS from INSTRUMENTS



**Figure 37-2** A variety of instruments may be used to inflict injury on a child. Often the choice of an instrument is a matter of convenience. Marks tend to silhouette or outline the shape of the instrument. The possibility of intentional trauma should prompt a high degree of suspicion when injuries to a child are geometric, paired, mirrored, of various ages or types, or on relatively protected parts of the body. Early recognition of intentional trauma is important to provide therapy and prevent escalation to more serious injury.

## BURN MARKS



**Figure 37-3** Marks from heated objects cause burns in a pattern that duplicates that of the object. Familiarity with the common heated objects that are used to traumatize children facilitates recognition of possible intentional injuries. The location of the burn is important in determining its cause. Children tend to explore surfaces with the palmar surface of the hand and rarely touch a heated object repeatedly or for a long time.

# Ustioni da maltrattamento

**A margini ben delimitati o che riproducono la forma di un oggetto ustionante**



Fig. 4. Immersion burn of the buttock.

**Presenti del 10-12% dei bambini maltrattati**

Kim Surg Clin N Am 2016

Maguire, Arch Dis Child 2011

**accidentale**



Figure 3 Accidental scald pattern.

**ustioni**

**da maltrattamento**

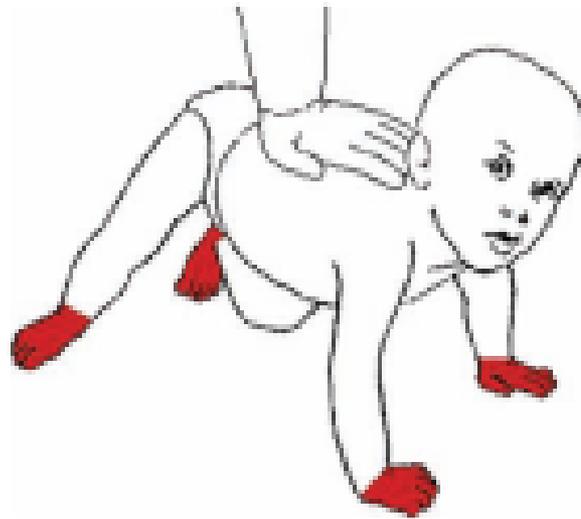


Figure 5 Abusive scald 'glove and stocking' pattern.

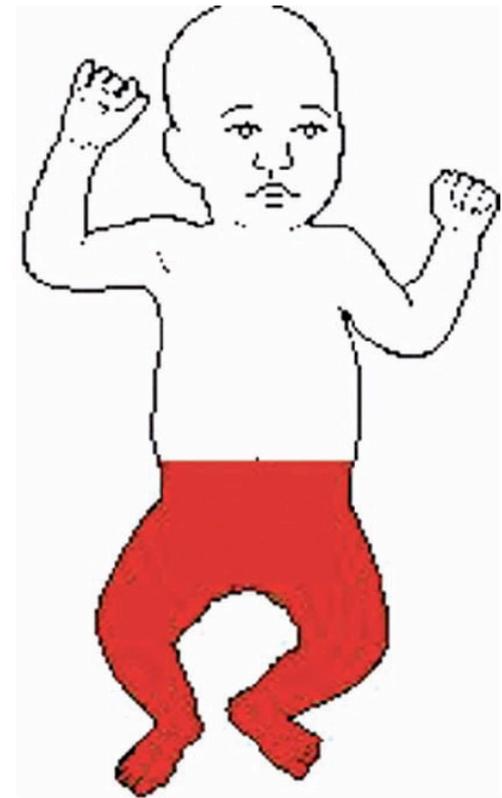


Figure 4 Abusive scald pattern.

# Trauma addominale da maltrattamento

**Principale causa di trauma addominale <2 anni**

**Lesioni intestinali e mesenteriche più frequenti rispetto ai traumi accidentali**

**Lesioni duodenali (lacerazione, perforazione, ematoma) < 4 anni : fortemente suggestive per trauma da maltrattamento**

CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

American Academy  
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

# The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse

Cindy W. Christian, MD, FAAP, COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT

**Spesso gli operatori sanitari non identificano precocemente i casi di maltrattamento, questo vale soprattutto per i bambini piccoli che sono quelli con un maggior rischio di morte.**

**Bisogna saper identificare precocemente i segnali “minori” di allarme per maltrattamento**

**Questi **eventi sentinella** erano presenti nel **25-30%** dei bambini con successiva diagnosi di maltrattamento fisico ma non erano stati valorizzati**

# PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

## **Testing for Abuse in Children With Sentinel Injuries**

Daniel M. Lindberg, Brenda Beaty, Elizabeth Juarez-Colunga, Joanne N. Wood and  
Desmond K. Runyan

*Pediatrics* 2015;136;831; originally published online October 5, 2015;

DOI: 10.1542/peds.2015-1487

**TABLE 3** Rates of Abuse Diagnosis and Testing for Children With Putative Sentinel Injuries

Candidate Injury	% With Abuse Diagnosis, Mean (Range)	% With Skeletal Survey, Mean (Range)	% With Neuroimaging, Mean (Range)	% With Hepatic Transaminases, Mean (Range)
<b>Age &lt;6 mo</b>				
● Bruise(s)	8.3 (1.1–21.3)	20.0 (5.4–30.8)	44.0 (19.9–60.1)	14.9 (2.5–24.0)
Burn(s)	3.5 (0–6.9)	13.1 (0–23.3)	15.7 (4.8–29.4)	15.9 (0–44.1)
● Oropharyngeal injury	17.0 (0–41.7)	31.9 (11.1–62.5)	39.3 (11.1–62.5) <sup>a</sup>	26.1 (7.1–40.0)
<b>Age &lt;12 mo</b>				
● Femur/humerus fracture	18.9 (7.1–51.4)	59.8 (40.9–82.0)	63.8 (43.3–84.7)	35.2 (9.8–71.2)
● Radius/ulna/tibia/fibula fracture	19.2 (3.5–49.3)	42.8 (25.0–78.9)	45.1 (25.5–78.9)	25.7 (6.0–64.8)
Isolated skull fracture	4.3 (0.3–11.8)	40.6 (21.5–74.3)	79.6 (66.6–95.4)	19.8 (1.3–47.8)
● Intracranial hemorrhage	26.3 (10.7–42.9)	59.0 (42.3–81.6)	89.3 (75.8–96.9)	49.6 (15.9–71.4)
<b>Age &lt;24 mo</b>				
● Rib fracture(s)	56.1 (11.5–71.6)	81.5 (69.2–94.9)	90.6 (78.2–98.6)	73.1 (11.5–87.7)
● Abdominal trauma	24.5 (0–47.4)	31.9 (18.2–57.9)	58.7 (36.4–75.7)	74.3 (35.8–91.8)
Genital injury	12.3 (0–21.4)	18.5 (0–40.0)	20.0 (0–45.0)	16.5 (39.5–89.5)
Subconjunctival hemorrhage	8.6 (0–22.0)	14.3 (5.9–36.6)	19.7 (10.9–38.2)	14.7 (0–35.4)

## Eventi sentinella per maltrattamento fisico

# **L' abuso sessuale**

**I sintomi aspecifici ed i problemi comportamentali costituiscono elementi determinanti per la diagnosi.**

**I sintomi più specifici sono quelli attinenti all' area del comportamento sessualizzato.**

**Il riscontro di lesioni fisiche specifiche è raro.**

**Il racconto da parte del bambino è molto importante**

# Indicatori fisici forti

- ▶ Segni di penetrazione vaginale/anale
- ▶ Malattie sessualmente trasmesse (escluse trasmissioni perinatali)
- ▶ Gravidanza
- ▶ Presenza di sperma

**Lesioni fisiche specifiche presenti**

**solo nel 5% dei casi**

Heger ; Child Abuse Neglect 2002

American Accademy of Pediatrics; Pediatrics 2005

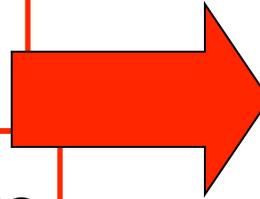
**Il riscontro di lesioni genitali/anali diagnostiche è molto raro perché raramente l'abuso sessuale viene fatto con l'uso della violenza.**

**L'assenza di lesioni specifiche non esclude la diagnosi di abuso sessuale.**

# Quando fare gli accertamenti in caso di sospetto abuso sessuale?

**Segni ano/genitali suggestivi**

**Ultimo contatto con presunto abusante <72 ore**

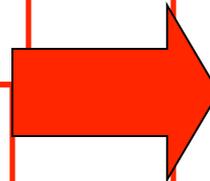


**Farli al più presto**  
-da parte di ginecologo con formazione specifica  
-possibilmente in sedazione

**Immediatamente solo se indicazione clinica (sanguinamento...)**

**Assenza di segni ano/genitali suggestivi**

**Ultimo contatto con presunto Abusante >72 ore**



**Programmarli "senza fretta"**

# **Indicatori comportamentali “forti”**

## **Comportamenti sessualizzati inappropriati**

### **Erotizzazione dei rapporti sessuali**

- **Mimare atti sessuali durante il gioco con bambole o con altri bambini**
- **Atteggiamenti “erotici” come manifestazioni di affetto**
- **Conoscenze riguardanti la sessualità inappropriate per l’età**

**Alto valore predittivo positivo**

Brilleslijper; Child Abuse & Neglect 2004

**Ma se ci ricordiamo degli esiti di fronte ad una ragazzina con :**

- **storia di tentamen/autolesionismo**
- **disturbo psicologico/psichiatrico**
- **comportamenti devianti**
- **disturbi “funzionali”**

**Metteremo in diagnosi differenziale  
l' abuso sessuale**

**E adesso che abbiamo individuato/sospettato  
una situazione di violenza cosa facciamo?**

**Segnalazione**

**Protezione**

# Segnalazione all' Autorità Giudiziaria (denuncia)

**Va inviata alla**



# La denuncia

- **Serve per perseguire penalmente i responsabili di un reato.**
- **Per gli incaricati di un pubblico servizio è un obbligo di legge in caso di reato perseguibile d'ufficio.**
- **Va inviata alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario**
- **Se il presunto autore del reato ha un'età inferiore a 18 anni e superiore a 14 anni va inviata alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni**

## **Reati contro i quali si procede d'ufficio**

- **Corruzione di minorenni**
- **Violenza di gruppo**
- **Violenza contro minore di anni 14**
- **Violenza contro minore da genitore o tutore o soggetti assimilati**
- **Violenza commessa da pubblico ufficiale**
- **Violenza connessa con delitto procedibile d'ufficio (es lesioni)**
- **Atti sessuali con minore “consenziente” sotto i 10 anni**
- **Atti sessuali con minore “consenziente” sotto i 14:**
  - **a QUERELA**
- **Atti sessuali tra minorenni (p.o di 13 anni e scarto età non superiore a tre anni): NON PUNIBILITA'**
- **Atti sessuali “consenzienti” con minore di anni 16 se da genitore, tutore e assimilati**

## **Reati contro i quali si procede d'ufficio**

- **Violazione obblighi assistenza familiare (trascuratezza grave)**
- **Abuso dei mezzi di correzione o disciplina**
- **Maltrattamenti in famiglia**

**In questi due comprendiamo i maltrattamenti fisici anche se con prognosi < 20 gg**

- **Violenza assistita**

**Praticamente tutte le forme  
della violenza all'infanzia sono reati  
perseguibili d'ufficio**

## **Ricordiamoci che**

**l'obbligo di riferire alle Procure sussiste anche solo sulla base di un sospetto, in quanto stabilire la veridicità del fatto non compete al segnalante ma agli organi competenti della Magistratura**

**Non serve la certezza che un reato sia in essere  
o sia avvenuto**

**Basta il ragionevole dubbio**

**Nessuna sanzione colpirà l'operatore  
che in buona fede abbia ritenuto di  
denunciare l'esistenza di un possibile reato**

**E se di fronte ad una situazione di sospetto  
maltrattamento abuso sessuale non facciamo la  
comunicazione all' Autorità Giudiziaria ?**

**La legge non da scampo**

*art. 362 Codice penale*

**OMESSA DENUNCIA DA PARTE DI UN INCARICATO DI PUBBLICO  
SERVIZIO**

*art. 361 Codice penale*

**OMESSA DENUNCIA DI REATO  
DA PARTE DI PUBBLICO UFFICIALE**

*art. 328 Codice penale*

**OMISSIONE O RIFIUTO DI ATTI D'UFFICIO**

**e nemmeno l' etica umana e professionale....**

# **L'etica umana e professionale**

**Non segnalare una situazione di violenza nei confronti di un minore vuol dire**

- **Permettere che quel bambino/bambina continui a subire violenza**
- **Mettere a rischio la sua salute fisica, psicologica e a volte la sua sopravvivenza**
- **Privarlo del suo diritto alla salute e alla felicità**

# Protezione del minore

**Di fronte a un sospetto di maltrattamento fisico grave o di abuso sessuale porsi sempre la domanda**

***“cosa succederà se lo rimando a casa?”***

**Valutare la presenza di genitori protettivi**

# Protezione del minore

**Entrambi  
i genitori  
sono  
protettivi**

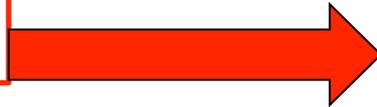


**Può  
ritornare  
a casa**

**Presenza di un  
solo genitore  
protettivo  
(di solito è la  
madre)**



**Potrà ritornare a casa  
solo se il genitore  
maltrattante viene  
allontanato**



**Proteggere entrambi  
-trattenerli in Ospedale,  
-attivare un Centro  
Antiviolenza**

# **Protezione del minore**

**Se assenza di genitori protettivi :**

**Attivare art. 403 cc**

**Chi può attivarlo ?**

**Forze dell'Ordine**

**Incaricati di Pubblico Servizio : il medico di PS**

***art. 403 Codice civile***  
***INTERVENTO DELLA PUBBLICA AUTORITÀ A***  
***FAVORE DEI MINORI***

Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere all'educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.

# **Come si attiva il 403?**

**Telefonare al Procuratore “in turno” del Tribunale per i Minorenni : spiegare la situazione**

**Inviare una breve relazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni**

**Trattenere il minore in ospedale fino al reperimento di una struttura di accoglienza : questo spetta al Servizio Sociale Territoriale o alle Forze dell’Ordine**

**Attivare sempre ad un sostegno  
psicologico per la vittima e per i  
genitori protettivi**

**Obbligatorio nei casi di abuso  
sessuale**

**Come cittadini dobbiamo pensare  
alla prevenzione della violenza verso  
donne e minori rimuovendo i fattori  
sociali e culturali che la favoriscono**

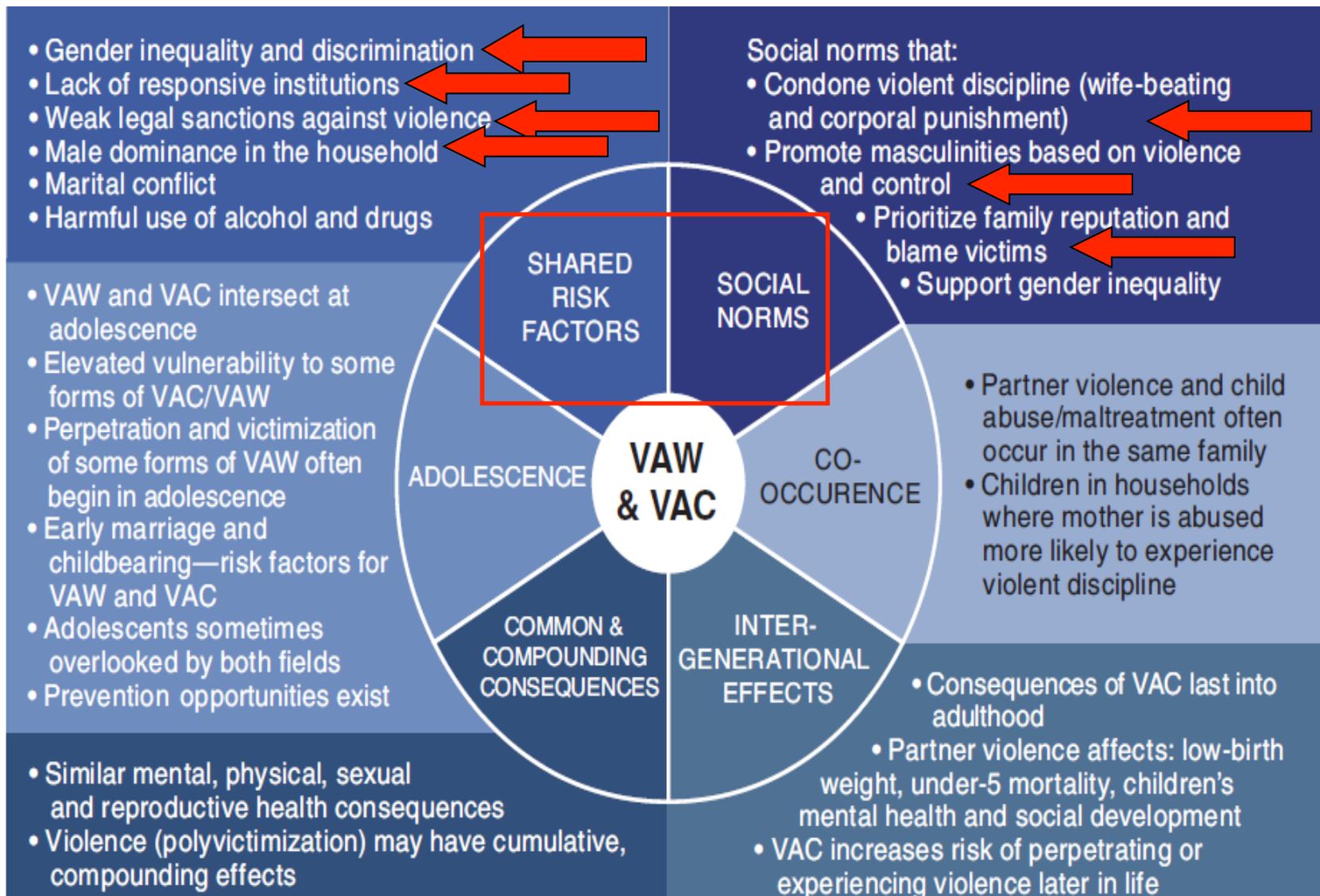
REVIEW ARTICLE

## **Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children**

**Alessandra Guedes<sup>1\*</sup>, Sarah Bott<sup>1</sup>, Claudia Garcia-Moreno<sup>2</sup> and  
Manuela Colombini<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Family, Gender and Life Course Department, Pan American Health Organization/World Health Organization, Regional Office for the Americas, Washington, DC, USA; <sup>2</sup>Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland; <sup>3</sup>Department of Global Health and Development, London

Glob Health Action 2016, **9**: 31516 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.31516>



# E noi cosa facciamo?

- ▶ **Protocollo**
- ▶ **Lavoro sinergico con il Servizio Sociale Ospedaliero**
- ▶ **Collaborazione con**
  - ✧ **i servizi Socio Sanitari Territoriali**
  - ✧ **i Pediatri di Libera Scelta**
  - ✧ **il GOAP**

**Il protocollo:** quando ci sono ancora pochi elementi

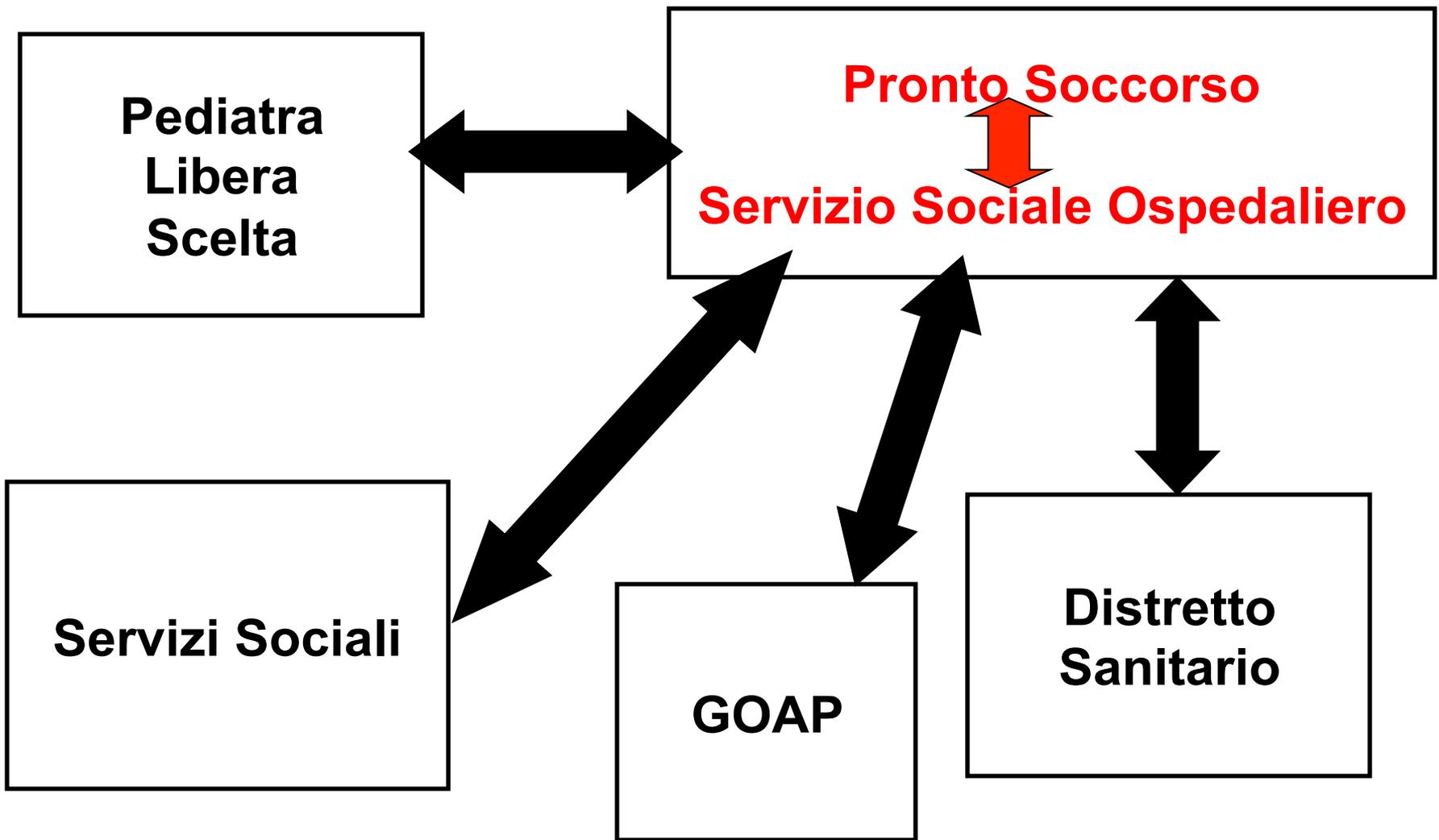
**Segni sfumati di maltrattamento fisico**

**Segni di incuria**

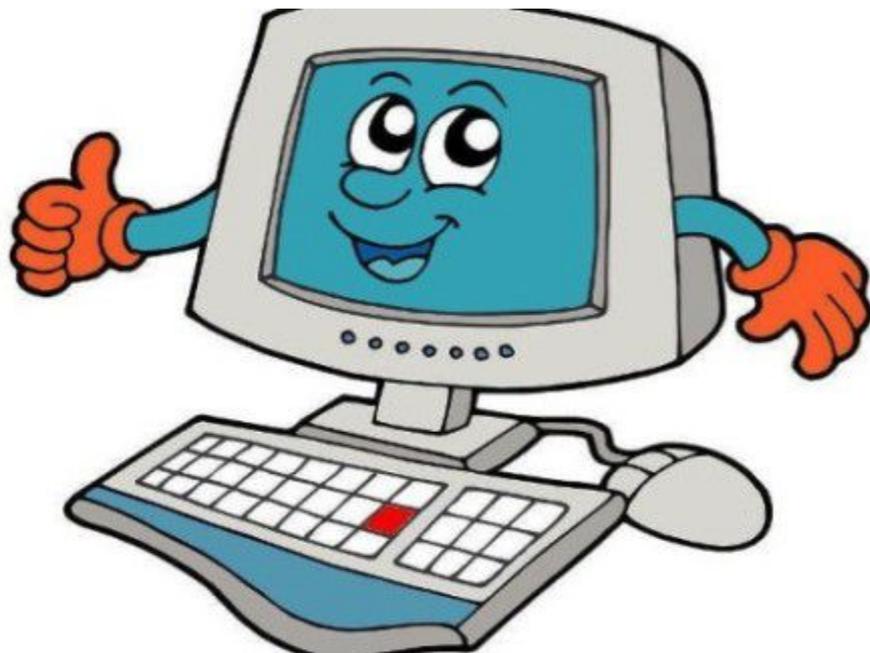
**Indicatori comportamentali**

**Sospetta violenza contro la madre**

**Segnalazione al Servizio Sociale Ospedaliero  
Monitorizzare la situazione  
Raccogliere altre informazioni**



**Il lavoro di rete**



**Ora ci aiuta anche  
la tecnologia :**

**Il programma SEI  
per i PS permette  
di fare delle note in  
un campo che non  
compare sul  
verbale**

Accettazione Percorso breve Cause traumatiche 118 118

data accettazione <scegli una data> n. verbale pronto soccorso accettante

causa inviato da modalità d'accesso tipologia paziente

provenienza luogo d'attesa mobilità

Triage allergie

violenza domestica

**Sono stati acquisiti ulteriori elementi che rafforzano il sospetto**



**Segnalare il caso  
all'Autorità Giudiziaria**

# **Il protocollo** : quando il sospetto diventa concreto

**Vengono riscontrati segni fortemente suggestivi di maltrattamento o abuso sessuale**

**Chi accompagna il bambino riferisce maltrattamenti/molestie sessuali da parte di...**

**Un minore si reca da solo in PS/dal PLS e racconta una storia di maltrattamenti/molestie sessuali da parte di ...**

**La madre riferisce maltrattamenti nei suoi confronti da parte del partner**

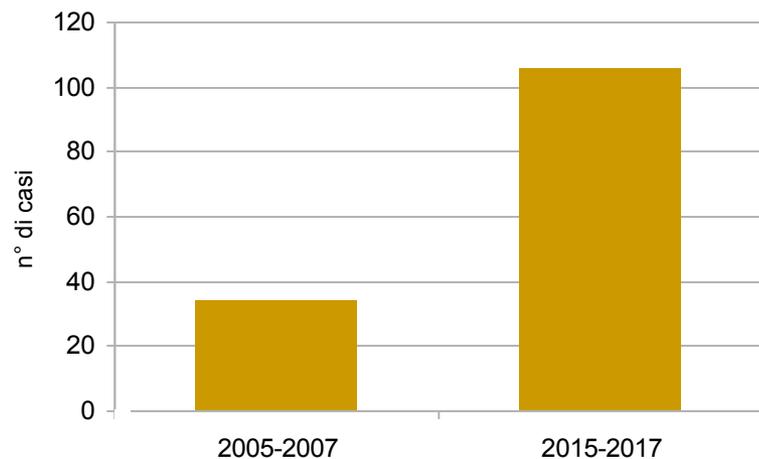
**Segnalazione all'Autorità Giudiziaria**

**Protezione del minore**

**Segnalazione del caso ai Servizi Sociali**

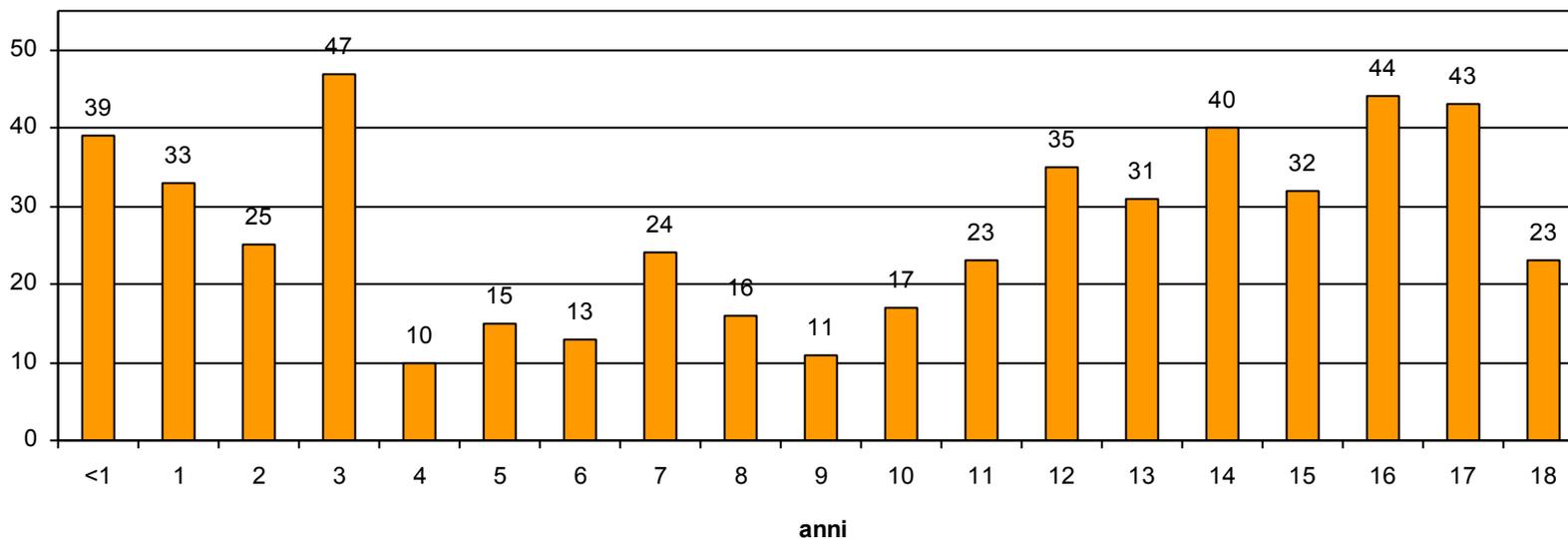
**Eventuale esecuzione di accertamenti  
“medico-legali”**

segnalazioni AS



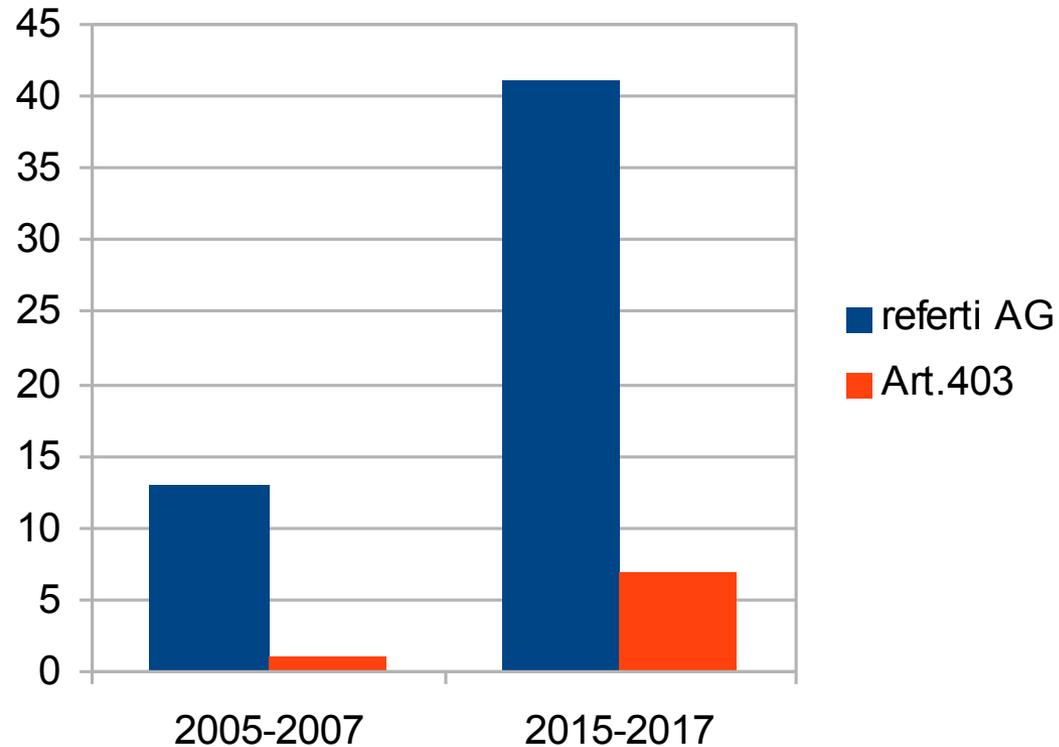
**Dopo l' avvio del protocollo : triplicate le segnalazioni al S.S.O.**

Distribuzione dell'età



**412 segnalazioni AS tra il 2005-2017**

## numeri assoluti



**Dopo l' avvio del protocollo :**  
**Triplicati i referti all' Autorità Giudiziaria**  
**Quadruplicate le attivazioni del art. 403**

# Per concludere

**Dobbiamo ricordare che la  
violenza a donne e minori è anche  
un problema di diritti negati :  
il diritto ad una vita felice e sana**

**La violenza verso donne e minori si previene anche promuovendo una cultura di eguaglianza e diritti che devono essere uguali per tutti a prescindere dal**

**★ genere,**

**★ orientamento sessuale**

**★ paese di provenienza**



**grazie per l'attenzione**