

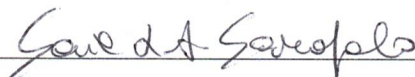
REGIONE SICILIANA
Azienda Ospedaliera
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
"GARIBALDI"
Catania

DELIBERAZIONE N. 975 del 25 SET. 2025

Oggetto: Adozione della procedura aziendale PDTA "Accoglienza, diagnosi e trattamento dell'abuso nell'infanzia".

STRUTTURA PROPONENTE
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

L'istruttore
Dott.ssa Gaia L.A. Garofalo



Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Mauro Sapienza



Registrazione Contabile

Budget Anno _____ Conto _____ Importo _____ Aut. _____

Budget Anno _____ Conto _____ Importo _____ Aut. _____

NULLA OSTA, in quanto conforme alle norme di contabilità

Il Dirigente Responsabile
Settore Economico Finanziario e Patrimoniale
(dott. Giovanni Luca Roccella)

Nei locali della sede legale dell'Azienda, Piazza S. Maria di Gesù n. 5, Catania,

il Direttore Generale, Dott. Giuseppe Giammanco,

nominato con Decreto Presidenziale n.321/Serv 1°/S.G./2024,

con l'assistenza del Segretario, **Dott. Luca Fallica** ha adottato la seguente deliberazione

Il Direttore Sanitario Aziendale

Premesso che il fenomeno del maltrattamento ai danni di minori, inteso come qualsiasi forma di abuso sia di carattere fisico che psicologico, effettuato da familiari o da soggetti terzi, è un fenomeno diffuso e crescente che interessa in maniera trasversale ogni classe sociale e che comporta il verificarsi di danni alla salute psico – fisica del minore che lo subisce divenendo, secondo l'OMS, un problema di salute pubblica;

Visto il Decreto dell'Assessorato della Salute del 23.03.2012, pubblicato su GURS n. 17, S.O. n. 19 del 27.04.2012, con il quale sono state recepite le *“Linee guida della Regione Siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza”*, con lo scopo di fornire, nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, omogenei e specifici indirizzi operativi per la tutela e presa in carico dei minori a rischio o vittime di violenza;

Atteso che, secondo quanto previsto nelle succitate linee guida, gli operatori sanitari preposti alla presa in carico di minori vittime o a rischio di maltrattamento hanno compiti di rilievo nei percorsi di prevenzione degli abusi nonché di recupero delle vittime;

Che, pertanto, si rende necessario dotarsi di una procedura aziendale con lo scopo di definire le modalità e le responsabilità nella applicazione del percorso diagnostico terapeutico di orientamento per i bambini vittime di abusi dall'accoglienza in triage all'accesso in ambulatorio dedicato;

Ritenuto pertanto opportuno, per le considerazioni di cui sopra, procedere alla adozione del PDTA aziendale in materia di *“Accoglienza, diagnosi e trattamento dell'abuso nell'infanzia”*;

Attestata la legittimità formale e sostanziale dell'odierna proposta e la sua conformità alla normativa disciplinante la materia trattata, ivi compreso il rispetto della disciplina di cui alla l. n. 190/2012;

Propone

Per le motivazioni descritte in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate e trascritte di:

Procedere alla adozione della procedura aziendale PDTA “*Accoglienza, diagnosi e trattamento dell’abuso nell’infanzia*”, allegata al presente atto per costituirne parte integrante;

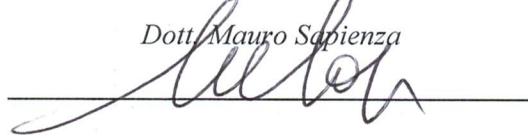
Notificare il presente atto al Direttore del Dipartimento Materno – Infantile, al Responsabile UOSD P.S. Pediatrico e alla Direzione Medica del P.O. Nesima, nonché al Referente Aziendale PDTA, Dott. Guido Perracchio, giusta deliberazione n. 436 del 29.04.2025;

Munire la presente della clausola di immediata esecuzione, stante la necessità procedere alla attuazione del percorso.

Allegato parte integrante: PDTA “*Accoglienza, diagnosi e trattamento dell’abuso nell’infanzia*”

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Mauro Sapienza



IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della proposta di deliberazione, che qui s’intende riportata e trascritta, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto della attestazione di legittimità e di conformità alla normativa disciplinante la materia espressa dal Direttore Sanitario che propone la presente deliberazione;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo

D E L I B E R A

di approvare la superiore proposta per come formulata dal Direttore Sanitario Aziendale e pertanto dispone di:

Procedere alla adozione della procedura aziendale PDTA “*Accoglienza, diagnosi e trattamento dell’abuso nell’infanzia*”, allegata al presente atto per costituirne parte integrante;

Notificare il presente atto al Direttore del Dipartimento Materno – Infantile, al Responsabile UOSD P.S. Pediatrico e alla Direzione Medica del P.O. Nesima, nonché al Referente Aziendale PDTA, Dott. Guido Perracchio, giusta deliberazione n. 436 del 29.04.2025;

Munire la presente della clausola di immediata esecuzione, stante la necessità procedere alla attuazione del percorso.

Il Direttore Amministrativo

Dott. Carmelo Fabio Antonio Ferrara

Il Direttore Sanitario

Dott. Mauro Sapienza

Il Direttore Generale

Dott. Giuseppe Giammango

Il Segretario

Dott. Luca Fallica

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda il giorno

_____ e ritirata il giorno _____

L'addetto alla pubblicazione

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda dal _____ al _____ - ai sensi dell'art.65 l.r. n.25/93, così come sostituito dall'art.53 l.r. n.30/93-e contro la stessa non è stata prodotta opposizione.

Catania _____

Il Direttore Amministrativo

Inviata all'Assessorato Regionale della Salute il _____ Prot. n. _____

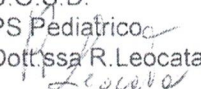
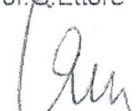
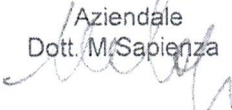
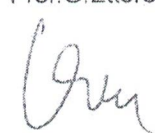
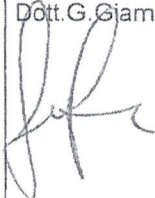
Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

La presente deliberazione è esecutiva:

- ☒ immediatamente
- ☐ perché sono decorsi 10 giorni dalla data di pubblicazione
- ☐ a seguito del controllo preventivo effettuato dall'Assessorato Regionale per la Sanità:
- a.** nota di approvazione prot. n. _____ del _____
- b.** per decorrenza del termine

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

ARNAS GARIBALDI CATANIA  ASL CATANIA	UOSD Pronto Soccorso Pediatrico	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) PROCEDURE DI ACCOGLIENZA, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELL'ABUSO NELL'IFANZIA	REV	Pag. 12
			1 ^a redazione	

Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Approvazione	Adozione
Luglio 2025	Responsabile U.O.S.D. PS Pediatrico Dott.ssa R. Leocata 	Direttore DIMI Prof. G. Ettore 	Direttore P.O. Nesima Dott.ssa G. Mancagli 	Direttore Sanitario Aziendale Dott. M. Sapienza  Direttore DIMI Prof. G. Ettore 	Direttore Generale Dott. G. Giammanco 

INDICE

- Scopo e campo di applicazione..... pag.2
- Classificazione.....pag.2
- Modalità operative.....pag.5
- Elementi anamnestici.....pag.6
- Elementi clinicipag.7
- Catena della custodia.....pag.7
- Elementi diagnostici.....pag.8
- Esami diagnostici.....pag.8
- Consulenze specialistiche..... pag.9
- Terapia in PSPpag.9
- Indicazioni alla dimissione/osservazione/ ricoveropag.10
- Segnalazione/denuncia.....pag.10
- Riferimenti bibliografici.....pag.11
- Flow chart.....pag.12

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura ha lo scopo di definire le modalità e le responsabilità nella applicazione del percorso diagnostico terapeutico "di orientamento" per i bambini vittime di maltrattamento/abuso.

La violenza nei confronti di bambini e adolescenti costituisce una piaga sociale gravissima. L'abuso, o maltrattamento all'infanzia, è costituito da tutte le forme di maltrattamento che hanno come conseguenza un danno alla salute psico-fisica del bambino.

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il maltrattamento infantile è un problema di salute pubblica, per le sue gravi conseguenze sia fisiche che psico-sociali. Ogni anno milioni di bambini sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale ed emotiva.

La necessità di identificare il maltrattamento/abuso deriva oltre che da precisi obblighi di legge, anche da un dovere morale.

CLASSIFICAZIONE

Le forme di maltrattamento sono svariate, le più frequenti sono:

Maltrattamento fisico

Le lesioni coinvolgono l'apparato tegumentario, ma anche osteoarticolare, o addirittura possono essere associate anche a lesioni viscerali.

Bisogna prestare attenzione al fatto che, nell'abuso fisico, oltre alle sedi "consuete" quali superfici flessorie articolari, le lesioni sono solitamente localizzate in distretti atipici come ad esempio nella zona retro-auricolare, al dorso, in regione genitale, e possono presentare diversi stadi di evoluzione.

Altre lesioni indicative di eventuale maltrattamento fisico possono essere morsi riconducibili a soggetti adulti, ustioni da sigaretta e, per quanto riguarda l'apparato osteo-articolare, fratture craniche o extra craniche da indagare con esami radiologici.

Solitamente la sede delle fratture correla con l'età cronologica del minore: nel lattante sono più frequenti le fratture del cranio, della clavicola o omerali in sede distale, nei bambini più grandi e negli adolescenti prevalgono le fratture radio-ulnari distali.

Maltrattamento psicologico

E' caratterizzato da deficit dello sviluppo psicomotorio, turbe della condotta con miglioramento dopo allontanamento dal contesto, sede di presunta violenza.

Tali forme di maltrattamento includono: aggressioni verbali, ricatti, minacce, umiliazioni, eccesso di pretese, richieste sproporzionate all'età del bambino, limitazione dei rapporti sociali con il gruppo dei pari o altri adulti di riferimento affettivo.

Abuso sessuale

Vi è coinvolgimento del bambino/a in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali, considerata l'età e quindi l'inferiorità fisica, non può opporsi. L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dallo stupro all'abuso sessuale meno intrusivo (tutte le forme di contatto oro-genitale, genitale o anale con il minore, ma anche abusi senza contatto diretto quali l'esibizionismo, il voyerismo o il coinvolgimento del bambino/a nella produzione di materiale pornografico)

Altre forme di maltrattamento sono:

Abuso sessuale online

Coinvolgimento di un minore in attività sessuali (virtuali o reali) attraverso gli strumenti offerti dalle nuove tecnologie.

Comprende:

-Cyber child pornography:

la diffusione online di foto, video o immagini virtuali ricostruite al computer (*virtual child pornography*), di bambini nudi o coinvolti in una attività sessuale;

-Sexting:

l'invio e/o la ricezione e/o la condivisione di testi, video o immagini sessualmente esplicite, inerenti la sessualità, spesso realizzate con smartphone e diffuse attraverso siti, chat, e-mail;

-Sextortion

il minacciare di esporre immagini sessuali per costringere le vittime a fornire ulteriori immagini, atti sessuali o altri favori, anche a scopo economico;

-Grooming

l'adescamento online (chat o social network) di un minore tramite tecniche di manipolazione psicologica volte a superarne le resistenze emotive e a ottenerne la fiducia, per abusarne sessualmente;

-Live-streaming of child abuse

la trasmissione in diretta di riprese video di un minore vittima di abusi sessuali, in cui le azioni dell'autore del reato sono dirette dallo spettatore o dagli spettatori che osservano a distanza attraverso piattaforme di condivisione video.

Trascuratezza grave

si accompagna a riscontro di assenza e/o ritardo di crescita, ritardo dello sviluppo psicomotorio e turbe della condotta, enuresi, encopresi, stipsi.

Incuria/discuria

carenza o inadeguatezza nelle cure necessarie a garantire lo sviluppo psicofisico del bambino.

Ipercure

eccesso di cure rivolte al figlio, testimoniate da numerosi accessi impropri in ospedale e/o dal pediatra curante (condizione in cui le cure sono somministrate in modo eccessivo e sproporzionato ai bisogni e all'età evolutiva del minore).

Sindrome di Munchausen per procura

disturbo mentale che affligge per lo più le madri e che le spinge ad arrecare un danno fisico al figlio/a, o a riferirlo, per attirare l'attenzione su di sé. La madre viene così a godere della stima e dell'affetto delle altre persone perché si preoccupa della salute del proprio figlio/a.

Medical shopping per procura

si tratta di bambini che hanno sofferto nei primi anni di vita di una grave malattia e da allora sono condotti dai genitori da un gran numero di medici, per disturbi di minima entità.

I genitori, infatti, sembrano percepire lievi patologie come gravi minacce per la vita del bambino.

Chemical abuse

anomala ed aberrante somministrazione di sostanze chimiche o farmacologiche somministrate al bambino per determinare la sintomatologia ed ottenere il ricovero ospedaliero.

Un tipo di abuso, spesso sottostimato, è rappresentato dalla

Shaken baby Syndrome

conseguente a traumi non accidentali in neonati/lattanti/bambini di età inferiore ai due anni che, tenuti per le braccia o il torace, vengono scossi violentemente; conseguentemente all'azione di forze multidirezionali sulla testa, il cervello sbatte contro il cranio, gli assoni e le vene parasagittali perforanti vengono posti in tensione con conseguenti lesioni, così come a livello del globo oculare i vasi retinici danneggiati determinano emorragie retiniche o della guaina del n. ottico con conseguenti danni.

Lo scuotimento può inoltre provocare fratture craniche, costali, o degli arti.

(Gli esami diagnostici dirimenti saranno il fundus oculi, esami radiologici quali Rx, TAC e/o RMN, oltre ad esami ematologici con screening della coagulazione).

Il Center for Disease Control (CDC) fornisce una classificazione semplificata distinguendo le forme di maltrattamento in:

Atti commissivi

Comprendono le azioni che causano o potrebbero causare intenzionalmente danno al bambino (abuso fisico, sessuale e psicologico,...).

Atti omissivi

Si definiscono come incapacità a provvedere ai bisogni basilari di un bambino o a salvaguardarlo dal pericolo.

MODALITA' OPERATIVE

ACCOGLIENZA IN TRIAGE

Al bambino vittima di maltrattamento, giunto al triage, verrà assegnato codice colore arancione, rilevati i parametri vitali, quindi tempestivamente e riservatamente verrà informato il medico.

All'accompagnatore verrà richiesto il documento di riconoscimento, un recapito telefonico, il rapporto di parentela, eventuali documentazioni legali di affidamento o altro, il nome ed il recapito del pediatra curante e, solo in assenza del bambino, il racconto di quanto appreso.

Verrà consegnato all'accompagnatore il modulo del consenso informato da compilare e consegnare al medico che si renderà disponibile a chiarire qualunque dubbio emergesse durante la compilazione.

Bambino e genitore/tutore verranno accompagnati tramite accesso riservato, al fine di garantire la privacy del paziente e dei suoi familiari, nella stanza dedicata all'Ambulatorio.

ACCESSO IN AMBULATORIO

E' una fase delicata poiché influenzerà il successivo atteggiamento di fiducia del bambino verso gli operatori.

Bisogna assicurare la presenza di un adulto accanto al bambino, accertandosi che tale presenza lo tranquillizzi.

Non bisogna fare domande e si raccomanda un approccio graduale.

CONSENSO INFORMATO

Nel caso di abuso, prima dell'esame obiettivo, il medico di PS chiederà al genitore/tutore legale della vittima il consenso all'ispezione corporale, all'esecuzione di fotografie e, nel caso di violenza sessuale, alla raccolta di materiale biologico, facendo firmare l'apposito modulo.

Qualora manchi il consenso, o in caso di assenza o irreperibilità dei genitori, sarà il medico a contattare il Pubblico Ministero presso il Tribunale dei Minori.

Se vi fosse il sospetto che proprio il genitore sia autore del reato, bisogna contattare immediatamente le Forze dell'Ordine, la Procura ed il Tribunale dei Minori, e riportare tutto nel verbale di PS.

ELEMENTI ANAMNESTICI

Anamnesi Familiare e Fisiologica:

valutare se familiarità per patologie psichiatriche, tossicodipendenza, se famiglia nota a Servizi Sociali o Procura per i Minorenni, e se precedenti di abuso in famiglia; bisogna anche raccogliere informazioni su abitudini alimentari, accrescimento, ritmo sonno-veglia, alvo e diuresi, vaccinazioni, scolarità, eventuale menarca e caratteristiche del ciclo mestruale, data dell'ultima mestruazione.

Anamnesi Patologica Remota:

ricercare eventuali precedenti accessi in PSP e, in caso di abuso, patologie e/o traumi, e/o chirurgia della regione genito-anale, e/o pregresse infezioni delle vie urinarie.

Anamnesi Patologica Prossima:

cefalea, vomito, dolore al volto, collo, torace, addome, arti, algie pelviche, disturbi genitali, perdite ematiche anali, disuria, enuresi, encopresi, stipsi, tenesmo rettale, dolore alla defecazione;

rilevazione di cambiamenti comportamentali (iperattività, aggressività, tendenza all'isolamento, depressione, apatia, disinteresse per il gioco, crisi di pianto, sintomi fobici e/o ossessivo-compulsivi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi mestruali, disturbi del sonno, difficoltà scolastiche).

QUANDO SOSPETTARE UN ABUSO

sospettare sempre in caso di:

- accessi ripetuti in PS per traumi, incidenti domestici, disturbi cronici sospetti, ustioni
- reticenze o racconti contraddittori
- ritardo nella richiesta di soccorso
- dinamica riferita non correlabile alle lesioni presenti
- genitori scarsamente preoccupati o ostili verso il medico
- alterazione del ritmo sonno/veglia, o delle abitudini alimentari, o comparsa/persistenza di enuresi ed encopresi
- alterazioni dell'umore, paura, ansia, incapacità alla concentrazione, etero/auto aggressività, difficoltà a togliere gli indumenti per sottoporsi a visita, reazioni esagerate di allarme, distacco, amnesia dissociativa
- istituzionalizzazione
- calo del rendimento scolastico

ELEMENTI CLINICI

Il medico dovrà svolgere un accurato esame obiettivo, specificando se sono presenti segni di violenza fisica quali escoriazioni, ecchimosi, segni di percosse, bruciature o altro, con descrizione attenta e dettagliata, compresa di descrizione del numero e delle dimensioni e degli eventuali differenti stadi evolutivi delle lesioni e corredare di reperti fotografici.

Nella maggioranza dei casi, le lesioni anali e genitali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate.

In letteratura è riportato che più del 90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o non specifici.

Quindi, il mancato rilievo di segni anali e/o genitali non esclude la possibilità che il minore sia vittima di abuso sessuale, soprattutto se in presenza di un racconto suggestivo. In caso di sospetta violenza sessuale, proseguire con visita specialistica durante la quale si procederà con raccolta di materiale biologico e firma di medico ed operatore esecutori.

CATENA DELLA CUSTODIA

Il repertamento degli indumenti, catena di custodia dei reperti, necessita per garantire la completa ottemperanza agli obblighi di legge in tema di maltrattamento e/o violenza sessuale, ciò al fine di assicurare valenza probatoria delle fonti di prova, specie se accertamenti irripetibili.

Gli eventuali indumenti devono essere chiusi in apposite buste possibilmente di carta; su queste devono essere riportate le generalità del minore ed il tipo di indumento. Va usato un paio di guanti pulito per inserire il singolo indumento nella busta e questa deve essere sigillata e firmata dall'operatore sanitario e controfirmata dal rappresentante dell'autorità giudiziaria che ritira i reperti.

Il numero delle buste consegnate, il contenuto e l'identità del rappresentante dell'autorità giudiziaria a cui sono state consegnate vanno indicate nella scheda anamnestica (ved.catena di custodia).

ELEMENTI DIAGNOSTICI

L'abuso sessuale è da sospettare dopo l'esame obiettivo generale, compreso di descrizione dei genitali, oltre alla contemporanea descrizione di riferiti recenti cambiamenti di umore, del rendimento scolastico, della condotta, o anche di segni di autolesionismo.

Il pediatra, nella formulazione della diagnosi deve sempre tenere presente che gli elementi clinici rilevati e riportati nella conclusione diagnostica in sede di PSP potrebbero essere di rilievo giudiziario e, pertanto, oltre all'esame obiettivo, bisogna raccogliere documentazione fotografica e di eventuale materiale (indumenti, ad es.).

Raramente è possibile fare una diagnosi basata unicamente sui segni fisici o sui reperti laboratoristici.

Nella maggioranza dei casi le lesioni anali e genitali non sono più evidenziabili a breve distanza di tempo da quando sono state provocate. In letteratura è riportato che più del 90% dei minori vittime di abuso sessuale accertato presenta reperti genitali e/o anali normali o non specifici.

La diagnosi di abuso deve essere sempre una diagnosi multidisciplinare.

ESAMI DIAGNOSTICI

- Esami ematochimici di routine e assetto coagulativo, in presenza di ecchimosi
- Esame tossicologico su sangue e urine se, in base al racconto, ingestione certa o sospetta di alcol, farmaci o altre sostanze tossiche.
- Rx colonna, torace, bacino ed ossa lunghe se segni clinici di frattura
- Eventuale RMN/TC encefalo se trauma cranico e, nel sospetto di Shaken Baby Syndrome anche fundus oculi.

CONSULENZE SPECIALISTICHE

- Consulenza chirurgica pediatrica se sospetto/certezza di abuso in bambino
- Consulenza ginecologica e chirurgica se sospetto/certezza di abuso in bambina
- Valutazione medico-legale nei casi di sospetto/certezza di abuso
- Consulenza NPI per definire eventuali disturbi della sfera neurologica e comportamentale su cui hanno agito o sono maturate le situazioni di abuso o maltrattamento
- Consulenza psicologica
- Consulenza oculistica con esame del F.O. nel sospetto di AHT (Abusive Head Trauma)
- Consulenza Infettivologica per la valutazione e prescrizione di eventuale profilassi/terapie per MST (Malattie Sessualmente Trasmesse).
- Eventuali altre consulenze specialistiche (ortopedica, infettivologica, etc) in base alle lesioni osservate.

TERAPIA E PROFILASSI IN PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

- Terapia topica delle lesioni
- Terapia antibiotica per profilassi **MST (per abusi avvenuti entro le 72 h)**
- Profilassi antitetanica, secondo linee guida, in base allo stato vaccinale della vittima e alla tipologia delle ferite;
- Profilassi per HBV, se minore non vaccinato, mediante somministrazione di immunoglobuline specifiche e inizio del ciclo di vaccinazione;
- Profilassi per HIV nei casi in cui il rischio di trasmissione è alto (aggressore sieropositivo noto o tossicodipendente o con abitudini sessuali ad alto rischio o proveniente da aree geografiche ad alta prevalenza di questa patologia, in presenza di lesioni genitali sanguinanti, o di rapporti anali o in caso di aggressori multipli).

La profilassi deve essere iniziata entro 24 ore, mai oltre le 72 ore dalla violenza

INDICAZIONI A DIMISSIONE/OSSERVAZIONE/RICOVERO

-dimissione

nel caso di lesioni minime ed in assenza di pericolo di reiterazione, con presa in carico da parte della famiglia e del pediatra curante, e con appuntamento presso Ambulatorio, per proseguire il percorso delle cure

- osservazione

se lesioni di lievi/media entità e qualora l'Ambulatorio non fosse in orario di attività, laddove persistono dubbi, o la famiglia non risultasse disponibile a presentarsi in data stabilita presso il suddetto ambulatorio.

In questo caso tutti i medici del Pronto Soccorso seguiranno le procedure di caso

- ricovero

qualora vi sia riscontro di lesioni gravi o situazioni di grave pericolo di reiterazione, o per disposizione da parte del PM della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minori; durante il ricovero il bambino ed i suoi genitori/tutori verranno indirizzati all'Ambulatorio per proseguire il percorso delle cure.

SEGNALAZIONE/DENUNCIA

L'operatore deve inviare la segnalazione/denuncia entro 48 ore:

- Forze dell'Ordine - Carabinieri o Polizia
- Procura della Repubblica c/o il Tribunale per i Minori
- Procura della Repubblica c/o il Tribunale Ordinario
- se il presunto autore delle violenze è maggiorenne
- Direzione Medica P.O.
- Servizi Sociali Aziendali

La Direzione Medica di Presidio deve sempre essere informata perché

- dispone eventuali misure assistenziali aggiuntive su indicazione della Autorità Giudiziaria.
- deputata a dare eventuali informazioni agli organi di stampa, qualora venissero richieste

- Bollini A., Giannotta F., Angeli A. Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? Prima indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini. Castelnuovo Rangone;CISMAI, 2013
- LG "Citta' della Salute, Regina Margherita di Torino"
- Autorita Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Cismai - Terre des Hemmes. Il indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, 2018.
- OMS. World Report on Violence and Health, Geneva 2002.
- World Health Organization. Changing cultural and social norms that support violence, Geneva 2009.
- Temporini H. Child pornography and the internet. Psychiatr Clin North Am 2012; 35(4): 821-35.
- Barrense-Dias Y, Berchtold A, Suris JC, Akre C. Sexting and the definition issue. J Adolescent Health 2017; 61(5): 544-54.
- Wolak J, Finkelhor D, Walsh W, Treitman L. Sextortion of minors: characteristics and dynamics. J Adolesc Health 2018;62(1):72-9.
- Craven S, Brown S, Gilchrist E. Sexual grooming of children: review of literature and theoretical considerations. J Sex Aggress 2006; 12(3): 287-99.
- Dushi D. The phenomenon of online live-streaming of child sexual abuse: challenges and legal responses. Doctoral dissertation. University of Luxembourg, 2019.
- Hibbard R, Barlow J, Macmillan Hand the Committee on child abuse and neglect and American Academy of child and adolescent psychiatry and Committee on child maltreatment and violence. Psychological maltreatment. Pediatrics 2012; 130: 372-8
- S.I.N.P.I.A. Linee guida in tema di abuso sui minorenni, 2007.
- CISMAI. Requisiti minimi interventi nei casi di violenza assistita,2017.
- Giolito MR. L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- Societa Italiana di Ginecologia e Ostetricia. Raccomandazioni per l'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale, Maggio 2020

