



Kinderschutz Schweiz
Protection de l'enfance Suisse
Protezione dell'infanzia Svizzera

Maltrattamento infantile – protezione dell'infanzia

Guida alla diagnosi precoce e alle procedure
nello studio medico

Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta
2020

Maltrattamento infantile – protezione dell'infanzia

Guida alla diagnosi precoce e alle procedure
nello studio medico

Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta
2020

Impressum

Editore

Protezione dell'infanzia Svizzera

Schlösslistrasse 9a
3008 Berna
www.protezioneinfanzia.ch

Autori

Dr. med. Ulrich Lips

Specialista in pediatria, ex responsabile del gruppo di protezione dell'infanzia e del consultorio per l'aiuto alle vittime presso l'Ospedale pediatrico di Zurigo

Dr. med. Markus Wopmann

Specialista in pediatria, responsabile del gruppo di protezione dell'infanzia delle cliniche pediatriche svizzere, primario della clinica pediatrica dell'Ospedale cantonale di Baden

Prof. Dr. phil. Andreas Jud

Cattedra «Epidemiologia e ricerca di processo nella protezione dell'infanzia», Clinica universitaria di Ulm, Germania. Docente e responsabile di progetto presso il Dipartimento di lavoro sociale della Scuola universitaria professionale di Lucerna

Roxanne Falta MLaw

Collaboratrice scientifica e responsabile di progetto presso Protezione dell'infanzia Svizzera

Direzione del progetto

Roxanne Falta, Rainer Kamber
Protezione dell'infanzia Svizzera

Progettazione e produzione

Patrick Linner (progettazione)
www.prinzipien.ch
Funke Lettershop AG (produzione)
www.funkelettershop.ch

Citazione consigliata

Protezione dell'infanzia Svizzera (edit. 2020). Ulrich Lips, Markus Wopmann, Andreas Jud, Roxanne Falta. Maltrattamento infantile – protezione dell'infanzia. Guida alla diagnosi precoce e alle procedure nello studio medico. Berna: Protezione dell'infanzia Svizzera, 2ª edizione aggiornata

2ª edizione aggiornata in lingua italiana

© 2020 | Fondazione Protezione dell'infanzia Svizzera
Tutti i diritti riservati

Questa guida può essere scaricata e stampata in lingua tedesca, francese e italiana dal sito www.protezioneinfanzia.ch

Indice

Sulla serie di pubblicazioni di Protezione dell'infanzia Svizzera	6
Premessa della Federazione dei medici svizzeri FMH	7
Introduzione	9
1. Epidemiologia del maltrattamento infantile in Svizzera	10
2. Il ruolo dei medici	15
3. Definizione e forme di maltrattamento infantile	17
3.1 Maltrattamento fisico	18
3.2 Trascureatezza o negligenza	28
3.3 Maltrattamento psicologico	29
3.4 Abuso sessuale	30
3.5 Sindrome di Münchhausen per procura	32
3.6 Anomalie comportamentali come indizio di maltrattamento infantile	33
4. Documentazione	35
5. Procedure	36
6. Fattori di rischio	37
7. Situazione legale in Svizzera	38
8. Informazioni e ulteriore letteratura	42
9. Raccomandazioni	45

Sulla serie di pubblicazioni di Protezione dell'infanzia Svizzera

Il riconoscimento precoce dei bambini esposti a minaccia è uno dei pilastri più importanti della protezione dell'infanzia. Gli specialisti che sono a regolare contatto con i bambini e le loro famiglie svolgono un ruolo centrale in questo contesto, anche se non sono in contatto quotidiano con i temi relativi alla protezione dell'infanzia. Per poter reagire in modo adeguato in un caso sospetto, c'è bisogno di una sensibilizzazione sul tema della protezione dell'infanzia e di conoscenze di base in materia. A seconda dell'area specialistica, si pongono domande e sfide diverse.

La serie di pubblicazioni divulgate da Protezione dell'infanzia Svizzera fornisce agli specialisti del settore della salute, del sociale e della prima infanzia strumenti di valutazione di facile utilizzo per il riconoscimento precoce dei bambini sottoposti a minaccia.

La serie di pubblicazioni comprende le seguenti guide:

- Maltrattamento infantile – protezione dell'infanzia. Guida alla diagnosi precoce e alle procedure nello studio medico

- Riconoscere le minacce per il bene del minore e agire in modo appropriato. Guida per gli specialisti del settore sociale
- Riconoscimento precoce del maltrattamento nella prima infanzia. Guida per gli specialisti nella prima infanzia

Protezione dell'infanzia Svizzera è una fondazione indipendente di diritto privato attiva su tutto il territorio nazionale. La nostra organizzazione di utilità pubblica si adopera affinché tutti i bambini in Svizzera possano crescere in modo sicuro e dignitoso, nel rispetto della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia. A tale scopo, rifacendoci a studi scientifici, proponiamo in modo sistematico progetti di prevenzione, campagne di sensibilizzazione e facciamo attività di lobbying politico.

Protezione dell'infanzia Svizzera si rivolge agli specialisti, agli educatori, ai politici, alle organizzazioni private e statali, e a tutta l'opinione pubblica svizzera. Finanziamo il nostro lavoro con raccolte di fondi mirate tra privati, aziende, fondazioni e istituzioni pubbliche.

www.protezioneinfanzia.ch

Premessa della Federazione dei medici svizzeri FMH

Tutte le persone di questo mondo hanno dei diritti, anche i bambini. In più, i bambini hanno bisogno di particolare protezione. Ecco perché nel 1989, circa 30 anni fa, l'Assemblea generale dell'ONU ha fissato questi diritti speciali in 54 articoli nella Convenzione sui diritti dell'infanzia. La Convenzione stabilisce che i bambini hanno il diritto di crescere sani e sicuri, di sviluppare il proprio potenziale, di essere ascoltati e presi sul serio. Hanno inoltre diritto al gioco, alla ricreazione e al tempo libero, nonché alla sfera privata, alla famiglia e all'assistenza dei genitori. Questi valori fondamentali e universalmente validi gettano le basi affinché i bambini di questo mondo crescano sicuri e protetti e siano accettati fin piccoli come individui. La Svizzera ha ratificato la Convenzione sui diritti dell'infanzia nel 1997, rafforzando così i diritti dei bambini.

Per quanto i valori sanciti dalla Convenzione possano sembrarci ovvi, spesso anche nel nostro paese questi diritti non vengono rispettati. Il pianto ininterrotto del neonato, la disobbedienza dei bambini in età scolare e la testardaggine degli adolescenti sono alcune delle esperienze che mettono i genitori a dura prova. Se a ciò si aggiungono mancanza di sonno, problemi personali o

altri motivi di stress, la combinazione di questi fattori può dar luogo a un sovraccarico eccessivo e, nel peggiore dei casi, sfociare in maltrattamenti sui minori. La società tende a tacere e trasformare in tabù questi ultimi casi. I maltrattamenti avvengono spesso in un contesto privato, senza che altre persone possano accorgersene. Tuttavia, i dati svizzeri parlano chiaro, esortandoci

«Se grazie a una sensibilizzazione mirata siamo tutti in grado di riconoscere i segnali di allarme, potremo vincere questa sfida individuando il prima possibile le minacce e il mancato rispetto del bene del bambino e fornendo un'assistenza adeguata.»

a essere sempre attenti e, se necessario, a intervenire. La violenza psicologica e fisica e la trascuratezza hanno infatti conseguenze gravi per i bambini, spesso con ripercussioni che durano a lungo negli anni. Occorrono quindi istituzioni a livello federale che si occupino dei diritti dei bambini e misure per sostenere le famiglie colpite. Anche i cantoni e i comuni sono chiamati a creare opportunità di partecipazione adeguate per quanto riguarda l'integrazione e l'istruzione. È inoltre necessaria una

standardizzazione delle misure con istruzioni chiare per determinare il bene del bambino.

«Questa guida, pensata per la pratica professionale quotidiana, è uno strumento importante per offrire ai bambini salute e sicurezza e per sostenere i genitori che si trovano in situazioni difficili.»

Poiché i bambini nei primi anni di vita sono sostanzialmente immersi nel contesto familiare, è difficile determinare se i diritti all'assistenza, alla protezione e alla partecipazione siano rispettati. A questo proposito a noi medici, così come ad altre categorie professionali del sistema sanitario, spettano un ruolo centrale e una responsabilità particolare: i controlli preventivi e le altre consultazioni mediche sono infatti uno dei più importanti contatti regolari che i bambini hanno al di fuori della famiglia. Se grazie a una sensibilizzazione mirata siamo tutti in grado di riconoscere i segnali di allarme, potremo vincere questa sfida individuando il prima possibile le minacce e il mancato rispetto del bene del bambino e fornendo un'assistenza adeguata.

La FMH sostiene l'impegno della fondazione Protezione dell'infanzia Svizzera per tutelare attivamente il bene dei bambini e garantire il rispetto dei loro diritti.

Questa guida, pensata per la pratica professionale quotidiana, è uno strumento importante per offrire ai bambini salute e sicurezza e per sostenere i genitori che si trovano in situazioni difficili, così da consentire a più bambini possibile di vivere un'infanzia spensierata e svilupparsi in modo adeguato alla propria età.



Dr. med. Carlos Quinto

Membro del comitato centrale della FMH,
responsabile dipartimento salute pubblica
e professioni sanitarie

Introduzione

Perché questa guida?

I maltrattamenti sui minori sono frequenti. Anche se per diversi motivi mancano statistiche precise (dati sommersi, definizione dei casi, ecc.), i fatti parlano chiaro. Nel capitolo successivo, «Epidemiologia del maltrattamento infantile in Svizzera», vengono presentati gli ultimi dati della ricerca. Questi bambini¹ li vediamo tutti i giorni nel nostro studio medico e all'ospedale per diversi disturbi, malattie, incidenti, per i controlli preventivi e per le vaccinazioni, così come i loro coetanei che non sono stati maltrattati. Dovremmo essere in grado di riconoscerli come bambini maltrattati, perché in questo modo potremmo migliorare nettamente la loro salute e la qualità della loro vita, sia nel presente che nell'età adulta.

Questa guida non è un manuale breve sul maltrattamento infantile e sulla protezione dell'infanzia. Perciò rinunceremo a entrare troppo nel dettaglio e a fornire una bibliografia completa. Questa guida è pensata per voi medici provenienti dalle specializzazioni più diverse, che avete poca dimestichezza con questo tema. Sarà utile a voi, ma anche ai vostri assistenti, per riconoscere i casi effettivi di maltrattamento infantile e anche le situazioni dubbie o a rischio. Inoltre, vi mostrerà diverse possibilità di approccio al problema.

¹ Il termine «bambino» è usato nel testo in senso giuridico e si riferisce a bambini e adolescenti sotto i 18 anni di età.

1. Epidemiologia del maltrattamento infantile in Svizzera

Autore: **Andreas Jud**

Nell'ambito della protezione dell'infanzia servono in particolare due tipi di dati sulla frequenza del maltrattamento infantile: la frequenza dei maltrattamenti sui minori nella popolazione e il numero di minori maltrattati identificati e sostenuti dagli specialisti. Solo confrontando i dati sommersi con la «punta dell'iceberg» è possibile riconoscere le lacune nell'assistenza e adeguare di conseguenza strutture e processi in modo mirato, in modo da migliorare prevenzione e intervento. Tuttavia, la ricerca presenta gravi lacune per quanto riguarda sia i maltrattamenti visibili che quelli sommersi.

Quali sono le reali dimensioni del problema?

Le revisioni internazionali mostrano che i dati relativi alla frequenza dei maltrattamenti sui minori variano molto da uno studio all'altro. Queste variazioni non corrispondono tanto a differenze «reali» tra i vari paesi, bensì dipendono piuttosto dall'ampia gamma di definizioni utiliz-

zate. Ricercatori della criminologia, della medicina, del lavoro sociale e di altre discipline definiscono il maltrattamento infantile e le sue forme in modo più o meno restrittivo. Alcune definizioni, per esempio, considerano solo gli abusi sessuali con contatto fisico, altre anche la violenza sessuale di tipo verbale; alcune definizioni contemplano solo le persone di riferimento, altre anche altri autori di violenza. Tuttavia, i vari studi concordano sul fatto che il maltrattamento infantile **non** è un fenomeno che riguarda solo pochi bambini e adolescenti. Anzi: l'incidenza dei maltrattamenti infantili è pari o spesso superiore a quella di malattie croniche molto diffuse come il diabete mellito di tipo 1. Inoltre, le esperienze di violenza ripetute sono la regola piuttosto che l'eccezione.

Frequenza degli abusi sessuali

Il dato studiato meglio e da più tempo è la frequenza degli abusi sessuali. Grazie all'indagine condotta tra gli allievi nell'ambito dello studio Optimus, anche la Svizzera dispone di dati a livello nazionale, basati su un ampio campione di 6749 adolescenti della nona classe:¹

- il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver subito una qualche forma di abuso sessuale con contatto fisico almeno una volta nella vita;
- ben il 29% degli intervistati ha riferito violenze sessuali senza contatto fisico;
- si fa notare l'elevata percentuale di casi di violenza sessuale tra i giovani: nell'11% degli abusi con contatto fisico almeno un aggressore (in singoli casi anche di sesso femminile) aveva meno di 18 anni.

Come già detto, i dati sugli abusi sessuali variano sensibilmente da un'area geografica all'altra. Una regolarità evidenziata invece dagli studi sulla popolazione è che nella gran parte dei casi le vittime di abusi sono bambine; un'ampia maggioranza delle violenze sessuali è commessa da uomini. Alcuni gruppi sono particolarmente colpiti dalla violenza sessuale:

in uno studio tedesco, un immenso 79,4% delle ragazze intervistate in istituti e convitti ha riportato esperienze di violenza sessuale e il 46,7% ha segnalato abusi sessuali con penetrazione.² In molti casi la violenza è stata perpetrata da coetanei. Tragicamente, alcune vittime hanno subito violenze sessuali per la prima volta anche in strutture ospedaliere.

Frequenza di trascuratezza o negligenza, maltrattamento fisico e psicologico

Per quanto riguarda le altre forme di maltrattamento infantile, non disponiamo di dati relativi alla popolazione svizzera. Studi rappresentativi condotti in Germania indicano tuttavia che il maltrattamento infantile è estremamente frequente anche in questo paese. Gli studi epidemiologici più recenti distinguono gli episodi isolati e le forme lievi di violenza dalle forme gravi.³ La figura 1 illustra i dati ottenuti da un campione di 2510 persone intervistate in tutta la Germania e indica la frequenza delle diverse forme di maltrattamento distinguendole in base a diverse soglie di gravità.

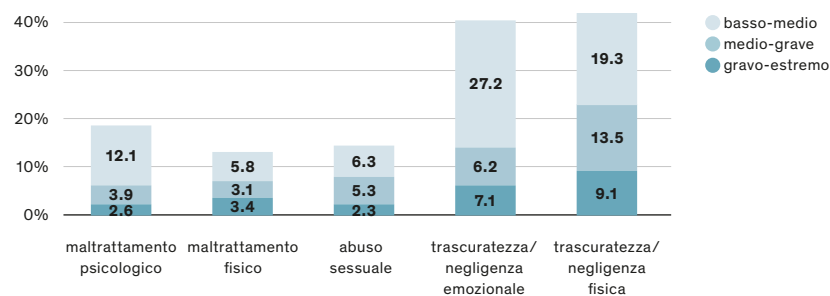
La trascuratezza o negligenza è la forma di maltrattamento finora meno studiata, tanto che si parla sovente di trascuratezza della trascuratezza. Tuttavia, i dati sia dello studio tedesco appena citato (fig. 1) che dei pochi studi internazionali disponibili indicano chiaramente che la trascuratezza o negligenza è la forma più frequente di maltrattamento infantile. Per quanto riguarda la frequenza del maltrattamento psicologico su bambini e adolescenti, i dati variano in particolare a seconda che siano compresi o meno i bambini che hanno assistito a violenze tra genitori. Alcuni studi separano questa forma molto diffusa di esperienza di violenza dalle altre minacce al bene del bambino (per es. anche lo studio della fig. 1). A differenza

di quanto emerso per l'abuso sessuale, la trascuratezza o negligenza e le altre forme di maltrattamento fisico e psicologico sembrano colpire indifferentemente sia i maschi che le femmine.

Quanto è frequente la sindrome di Münchhausen per procura?

A differenza di altre forme di maltrattamento infantile, il caso specifico in cui un genitore affetto dalla sindrome di Münchhausen per procura (v. anche il cap. 3.5) arreca danni fisici a un bambino si verifica raramente. Molti studi epidemiologici non dedicano a questa casistica una categoria a parte. Secondo un'ampia indagine a campione condotta in Irlanda e Gran Bretagna, ogni anno i nuovi casi sarebbero

1 Frequenza del maltrattamento infantile in un sondaggio rappresentativo condotto in Germania nel 2016*



* Rappresentazione corretta secondo Witt A., Glaesmer H., Jud A., Plener P. L., Brahler E., Brown R. C., Fegert J. M. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 12, 24. doi: 10.1186/s13034-018-0232-5

2,8 su 100 000 bambini nel primo anno di vita e 0,4 su 100 000 bambini e adolescenti di età compresa tra i due e i 16 anni.⁴ Anche le cliniche pediatriche svizzere da diversi anni registrano la frequenza dei casi accertati di sindrome di Münchhausen per procura. Negli ultimi cinque anni, per ogni anno di rilevamento sono stati registrati tra i due e i 14 casi. Ciò corrisponde, rispettivamente, a circa 0,1 e 0,9 nuovi casi diagnosticati ogni anno nelle cliniche pediatriche svizzere su 100 000 bambini.

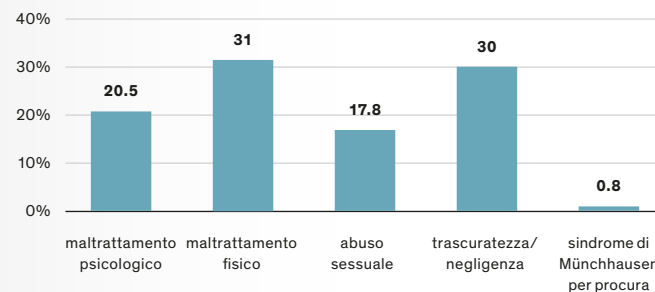
Quanti sono i bambini che vengono riconosciuti come vittime di maltrattamenti?

Nel 2019 21 cliniche in Svizzera hanno identificato 1568 casi di maltrattamento infantile, per la maggior parte episodi di maltrattamento fisico (31% dei casi) e di trascuratezza o negligenza (30%).

Nella figura 2 è illustrata anche la frequenza degli altri casi accertati di maltrattamento infantile.

A riconoscere i maltrattamenti infantili non è solo il personale medico e infermieristico nelle cliniche. I bambini vittime di maltrattamento sono protetti e sostenuti anche dalle autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA), dai centri di assistenza alle vittime, dai servizi sociali e da molte altre organizzazioni. Per alcuni casi di maltrattamento sono state avviate procedure penali. Nel 2016, per la prima volta in Svizzera è stata registrata contemporaneamente la frequenza di casi accertati di minaccia del bene del minore in diversi settori della protezione dell'infanzia:⁵ in tre mesi, alle organizzazioni per la protezione dell'infanzia si sono presentati o ripresentati 10 065 casi, che corrispondono, su base annua, a una percentuale compresa tra il 2,3 e il 3%

2 Frequenza dei casi accertati di maltrattamento infantile nelle cliniche svizzere nel 2019



della popolazione svizzera di età inferiore ai 18 anni. Sembra già molto a prima vista. I dati della figura 1, tuttavia, indicano che i bambini e gli adolescenti che hanno subito un maltrattamento anche grave sono molti di più. Non sempre i bambini e gli adolescenti ricevono la protezione e l'aiuto di cui hanno urgentemente bisogno. Per esempio, è preoccupante che in Svizzera l'età media dei minori riconosciuti come vittime di maltrattamento fisico da una delle istituzioni per la protezione dell'infanzia sia 10,4 anni.

Trend in diminuzione

È positivo che, almeno in alcuni paesi, gli sforzi costanti per migliorare la protezione dell'infanzia sembrano aver iniziato a dare buoni risultati. Negli Stati Uniti, per esempio, la frequenza degli abusi sessuali e del maltrattamento fisico sui minori è diminuita significativamente negli ultimi due decenni. Non si può dire lo stesso della trascuratezza.^{6,7}

¹ Averdijk, M., Müller-Johnson, K., Eisner, M. (2012). Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Schlussbericht für die UBS Optimus Foundation. Zurigo: UBS Optimus Foundation

² Allroggen, M., Rau, T., Ohlert, J., Fegert, J. M. (2017). Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care. *Child Abuse Negl*, 66, 23–30. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.02.015

³ Witt, A., Glaesmer, H., Jud, A., Plener, P. L., Braehler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: Comparison of two representative population-based studies. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12, 24. doi: 10.1186/s13034-018-0232-5

⁴ McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*, 75(1), 57–61

⁵ Schmid, C., Jud, A., Mitrovic, T., Portmann, R., Knüsel, R., Ben Salah, H., Kosirnik, C., Koehler, J. & Fux, E. (2018). Maltrattamenti nei confronti dei bambini in Svizzera. Forme, aiuto, implicazioni specialistiche e politiche. Zurigo: UBS Optimus Foundation. Disponibile su www.kinderschutz.ch/it/fachpublikation-detail/lo-studio-optimus.html

⁶ Jones, L. M., Finkelhor, D., Halter, S. (2006). Child maltreatment trends in the 1990s: Why does neglect differ from sexual and physical abuse? *Child Maltreat*, 11(2), 107–120. doi: 10.1177/1077559505284375

⁷ Finkelhor, D., Saito, K. Jones, L. (2018). Updated trends in child maltreatment, 2016. Durham, NH: Crimes against Children Research Center

2. Il ruolo dei medici

Medici che curano regolarmente bambini

Voi siete gli unici professionisti che vedono lattanti e bambini piccoli più o meno regolarmente prima che essi siano inseriti in un contesto istituzionale, cioè prima che essi frequentino l'asilo nido o, più tardi ancora, la scuola dell'infanzia. Quasi tutti i genitori portano i propri figli ai controlli preventivi e alle vaccinazioni, mentre in generale fanno meno spesso ricorso ai consultori genitore-bambino, per quanto in determinate regioni questi ultimi siano molto frequentati. Inoltre, vedete il bambino e i suoi genitori in una situazione riservata, a porte chiuse, più a lungo delle consulenti pediatriche, e avete in ogni momento la possibilità di visitare il bambino svestito.

Avete così non solo una grande responsabilità nei confronti dei vostri pazienti che sono lattanti e bambini piccoli, bensì anche la possibilità di riconoscere precocemente uno sviluppo familiare disfunzionale che potrebbe, nel peggiore dei casi, condurre a maltrattamenti.

Dal punto di vista specialistico, gran parte di ciò che viene menzionato in questa guida non è una novità per voi. Quindi:

- mettete in pratica le vostre conoscenze riguardo al maltrattamento infantile! Il maltrattamento infantile è diffuso, ma agendo in modo adeguato e tempestivo ci sono buone probabilità di riconoscerlo ed eliminarlo;
- osservate soprattutto gli indizi precoci di disturbi relazionali e di sviluppi famigliari disfunzionali, che rappresentano una messa in pericolo possibile o effettiva del bambino;
- assicuratevi di avere nelle vicinanze del vostro studio un gruppo specialistico (gruppo di protezione dell'infanzia). Stabilite un contatto regolare con questo gruppo, se non l'avete già fatto;
- se nelle vostre vicinanze non c'è alcun gruppo interdisciplinare di protezione dell'infanzia: createne uno!

Assistenti di studio medico

Spesso gli assistenti di studio medico fanno osservazioni e constatazioni che noi medici non abbiamo mai l'occasione di vedere o sentire: gli assistenti vedono il comportamento dei genitori e dei pazienti nella sala d'aspetto o durante un momento di stress,

come può esserlo un prelievo di sangue o una vaccinazione. Sentono le telefonate che fanno i pazienti o i genitori in sala d'aspetto, osservano l'atteggiamento dei genitori verso i bambini o di altre persone che li accompagnano, ecc. Spesso i genitori pongono agli assistenti di studio medico anche domande che non oserebbero fare a noi medici, per esempio riguardo al «comportamento normale» dei bambini, alle possibilità di affidare il bambino a qualcuno, riguardo a babysitter, ecc. Queste osservazioni possono essere infinitamente preziose per individuare le situazioni di rischio e per completare le osservazioni di noi medici, o per confermare o relativizzare le nostre impressioni.

Invitate dunque anche i vostri assistenti di studio medico a leggere questa guida ed esortateli a parlare con voi di eventuali osservazioni.

Medici che non curano bambini

In base all'età dei vostri pazienti e alla localizzazione del vostro studio medico, una certa percentuale dei vostri pazienti ha figli minorenni. Non dimenticate che molte delle diagnosi dei vostri pazienti adulti sono di enorme importanza per i loro figli minorenni e possono addirittura rappresentare dei fattori di rischio di maltrattamento infantile. Questo vale in caso di malattie psichiatriche e stati di alterazione psichica, di malattie legate alla tossicodipendenza, ma anche di gravi

malattie fisiche croniche e di conflitti di coppia. Un fattore di rischio particolarmente frequente e importante, che di per sé costituisce già un maltrattamento infantile (vale a dire un maltrattamento psicologico sui minori), è la violenza domestica, di cui venite spesso a conoscenza. In tali situazioni, dovrete sempre includere i figli dei vostri pazienti nelle vostre considerazioni (v. cap. 6). Assicuratevi che uno specialista (pediatra, ev. autorità coinvolte in precedenza, operatore scolastico, docente di sostegno pedagogico, ecc.) badi all'incolumità del bambino. Voi stessi siete la persona di riferimento e di sostegno principale per l'adulto e dovete difendere i suoi interessi; non dimenticate tuttavia che i bambini hanno bisogni e diritti propri e non devono mai fungere da «fattore stabilizzante» o addirittura da «elemento terapeutico» per un genitore malato.

Generalmente, i genitori che soffrono delle patologie elencate sopra e/o si trovano in una relazione conflittuale non sono in condizioni di poter assicurare il bene dei propri figli! Questi genitori vi saranno grati per ogni domanda in merito e/o per ogni intervento da parte vostra, poiché desiderano il meglio per i loro figli.

3. Definizione e forme di maltrattamento infantile

Definizione di maltrattamento infantile

Il maltrattamento infantile è il danno non accidentale, fisico e/o psicologico/emozionale, consapevole o inconsapevole (causato da un comportamento attivo o da omissione), compresa la non soddisfazione dei bisogni del bambino, da parte di persone (genitori, altre persone cui è affidata l'educazione, terzi), istituzioni e strutture sociali che conduce a inibizioni dello sviluppo, a lesioni o alla morte.

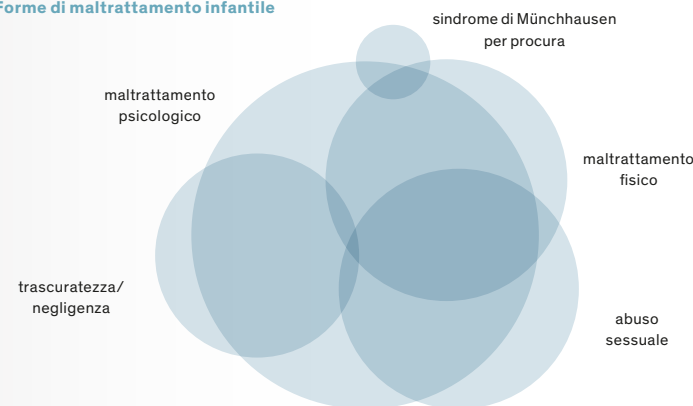
Forme di maltrattamento infantile

Nel campo medico si è affermata la classificazione del maltrattamento infantile nelle seguenti cinque forme:

- maltrattamento fisico
- abuso sessuale
- maltrattamento psicologico
- trascuratezza o negligenza
- sindrome di Münchhausen per procura (sinonimo: «fabricated or induced illness»)

La classificazione in queste diverse forme di maltrattamento è rilevante a fini statistici e didattici, meno nella pratica: il maltrattamento si manifesta quasi sempre in più forme, sovrapposte tra loro.

3 Forme di maltrattamento infantile



3.1 Maltrattamento fisico

Si tratta di un ampio spettro di colpi, bruciature o scottature, contusioni, ferite da taglio o scuotimenti inflitti a un bambino, cui conseguono lesioni cutanee, ai tessuti molli e alle ossa. Le lesioni gravi comprendono per esempio le lesioni del parenchima cerebrale, gli ematomi subdurali o le emorragie della retina, nonché le lesioni otorinolaringoiatriche, agli organi del torace e dell'addome.

Osservazioni generali

I seguenti comportamenti, reperti e affermazioni sono indicatori generali di maltrattamenti fisici infantili.

Ricorso tardivo al consulto medico

Anche in presenza di lesioni gravi o forti dolori i bambini non vengono portati subito dal medico, ma solo in seguito, quando la situazione rende inevitabile una consultazione.

Anamnesi confusa, incoerente

- Vengono fatte dichiarazioni anamnestiche improbabili, incoerenti con il tipo di lesione (per es. ematomi isolati a forma allungata sulla guancia sinistra ma nessun'altra lesione sul corpo; dichiarazione: caduta dal triciclo). In momenti diversi la stessa persona fornisce versioni contraddittorie di come sono state causate le lesioni (per es. scottature causate da tè bollente, in seguito da minestra bollente).
- L'accaduto viene descritto in modo diverso dalle persone che sarebbero state presenti.

Lesioni risalenti a momenti diversi

La presenza di lesioni risalenti a momenti diversi (ematomi con colorazioni diverse, fratture di età diversa, ecc.) è strana soprattutto se viene segnalato un solo incidente, come di solito accade. Attenzione: i bambini con attività motoria hanno quasi sempre ematomi di età diversa sulle parti del corpo tipicamente esposte (tibia!).

Cambi immotivati del medico, consultazioni disdette

Cambi di medico immotivati possono indicare che i genitori vogliono nascondere qualcosa. Le consultazioni per i controlli di routine e/o per le vaccinazioni vengono sempre disdette all'ultimo momento. Il motivo può essere la presenza di ematomi o altre lesioni lievi che il medico non dovrebbe vedere.

Comportamento inadeguato dei genitori o delle persone che accompagnano il bambino

La situazione è insolita soprattutto se i genitori o gli accompagnatori sembrano essere poco impressionati o indifferenti di fronte a lesioni relativamente gravi. Attenzione: i genitori possono aver subito un tale shock per l'accaduto da trovarsi in uno stato di confusione mentale e comportarsi in modo strano o appariscente.

Reperti particolari

A Lesioni cutanee

Ematomi

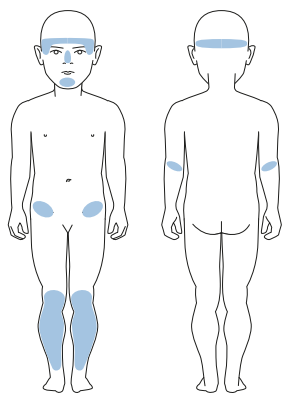
Gli ematomi sono comuni nei bambini con attività motoria. Per attribuirli a maltrattamenti occorre tener conto dei seguenti punti.

Età e stadio dello sviluppo psicomotorio del bambino

Per provocare un ematoma è necessaria una certa forza: un bambino deve cadere o urtarsi violentemente affinché appaia un ematoma senza intervento esterno. Questo è possibile solo se il bambino ha raggiunto lo stadio di sviluppo psicomotorio corrispondente: i lattanti non possono causarsi ematomi senza intervento esterno, e nemmeno i bambini con motricità limitata costretti a letto. Pertanto, gli ematomi nei bambini al di sotto dei sei mesi di età fanno nascere il sospetto di maltrattamenti e devono sempre essere esaminati più attentamente.

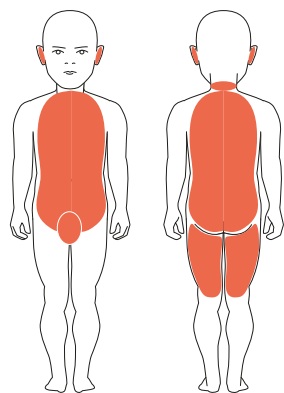
Localizzazione

Gli ematomi per cui **non si sospettano** maltrattamenti si trovano in punti in cui i bambini tipicamente si fanno male: fronte, zigomi, naso, mento, gomiti, cresta del bacino, ginocchia, tibie (fig. 4 e 5).



4 Localizzazioni tipiche di ematomi (bambino piccolo che inizia a camminare: colpi e cadute frequenti) dovuti a incidenti

Ematomi **sospetti** sono quelli al di sopra della «linea di profilo del cappello», su collo, nuca, petto, schiena, ventre, natiche e nelle parti interne degli arti (fig. 6 e 7).



6 Localizzazioni tipiche di ematomi causati da maltrattamenti



5 Ematomi in uno dei punti in cui il bambino tipicamente si fa male



7 Ematomi in un punto per cui si presenta un elevato sospetto di maltrattamento (bambino piccolo, apparentemente caduto mentre non era osservato)

Età

Tutti gli ematomi risultanti da un singolo incidente di solito hanno lo stesso colore, ma questa è solo una regola empirica: il colore dipende anche dalla quantità di accumulo di sangue e dai tessuti circostanti. Ematomi di colori diversi possono quindi esser stati causati in uno stesso momento. A partire da una certa età, i bambini con un sano sviluppo psicomotorio hanno spesso ematomi di colore diverso (causati da lesioni lievi recidivanti). Questi ematomi saranno allora nei punti in cui i bambini tipicamente si fanno male! Attenzione: la valenza della determinazione dell'età degli ematomi secondo il loro colore ha perso molta importanza negli ultimi tempi. L'unica regola rimasta è che una colorazione giallastra significa che l'ematoma ha più di tre giorni.



8 Impronte di colpi con un cavo elettrico



9 Impronta di uno schiaffo molto forte



10 Impronta di morso umano

Impronte

Le impronte che possono essere attribuite a oggetti o parti del corpo sono praticamente una prova del maltrattamento. Esempi: fibbia della cintura, bastone (contorno lineare doppio), cavo o corda (ansa), appendiabiti, mano/dita, morsi, ecc. (fig. 8-10).

Disturbo della coagulazione

È chiaro che nel caso di un disturbo della coagulazione la presenza di ematomi ha un valore completamente diverso. Comunque, anche i bambini con disturbi della coagulazione possono essere maltrattati!

Diagnosi differenziali

- > Macchia mongolica (a volte su tutta la schiena, sulle braccia e fino al dorso delle mani)
- > Porpora di Schönlein-Henoch e altre vasculiti
- > Lichen scleroatrofico

- Mastocitosi, orticaria pigmentosa
- Eritema nodoso
- Malformazioni e tumori vascolari
- Striae rubrae

B Lesioni termiche

Scottature

La maggior parte delle scottature accidentali si verifica quando un bambino prende bevande e cibi bollenti dal tavolo o dal piano cucina. Ciò è possibile solo se il bambino ha raggiunto un certo stadio di sviluppo psicomotorio. Le scottature causate da simili incidenti sono tipicamente localizzate sul petto, sull'addome, eventualmente sulle spalle e sul mento. La profondità della scottatura diminuisce in direzione cranico-caudale. Un'altra situazione in cui capita spesso che i bambini si scottino è quando il genitore o

un'altra persona tiene il neonato in braccio o sulle ginocchia con una bevanda bollente in mano. Le scottature dovute a maltrattamento hanno solitamente contorni netti e sono localizzate principalmente sulle mani, sui piedi e nell'area anogenitale, ovvero parti del corpo in cui un bambino non può scottarsi da solo. Le scottature accidentali a mani o piedi avrebbero una configurazione totalmente diversa (fig. 11 e 12).

Bruciature

I bambini toccano gli oggetti roventi o il fuoco solo perché non ne riconoscono il pericolo (piastra rovente, porta del forno rovente, ecc.) o perché cadono o inciampano. Il contatto accidentale con oggetti roventi provoca solitamente lesioni sul palmo delle mani o sulla pianta dei piedi; in caso di caduta, le bruciature



11 Scottatura accidentale dovuta a bevanda bollente che il bambino ha tratto a sé dal tavolo (tazza su tovaglia)



12 Scottatura da maltrattamento: immersione dei piedi in acqua bollente

sono spesso accompagnate da altre lesioni. Impronte di oggetti roventi (griglia, ferro da stiro, sigaretta, ecc.) devono sempre far pensare a un maltrattamento.

Diagnosi differenziali

- Impetigine bollosa
- Staphylococcal scalded skin syndrome (sindrome combustiforme stafilococcica)
- Epidermolysis bullosa
- Fitofotodermatite
- Pratiche terapeutiche popolari dell'Estremo Oriente (passare un cucchiaino rovente sulla pelle contro la febbre: Cao Gio o cupping)

C Fratture

Il riscontro di fratture nello scheletro infantile ha un peso significativo nella diagnosi di maltrattamento infantile, soprattutto se le fratture si verificano in età molto precoce o non coincidono con la descrizione dell'incidente.

Devono far pensare a un maltrattamento:

- tutte le fratture nel primo anno di vita
- le fratture femorali nei primi quattro anni di vita
- le fratture costali nei neonati e nei bambini piccoli
- le fratture complesse del cranio se viene dichiarata un'altezza di caduta inferiore a un metro
- le fratture metafisarie

- la presenza di più fratture di età diverse (se viene dichiarato un trauma in un unico episodio)

Vanno inoltre considerati i fattori descritti nei paragrafi seguenti.

Età e psicomotricità del bambino

Per motivi biomeccanici, un bambino può procurarsi una frattura da attività propria solo se sa camminare da solo; ciò è praticamente impossibile durante il primo anno di vita. Le fratture che si manifestano durante il primo anno di vita sono primariamente molto sospette; dall'analisi accurata delle circostanze risulta che la metà delle fratture riportate durante il primo anno di vita sono dovute a maltrattamenti. Alcuni studi isolati considerano addirittura le fratture fino a quattro anni come molto sospette, e consigliano di determinarne accuratamente l'eziologia in ogni caso.

Fratture multiple, fratture di età diverse

Dopo un incidente, nell'80% dei casi è presente una sola frattura; i bambini maltrattati presentano in media tre fratture. Fratture di età diverse sono un solido argomento a favore di un possibile maltrattamento (che può essere avvenuto anche in vari episodi).

Punti caratteristici, tipi di frattura

Le fratture alle costole, alle ossa lunghe e le fratture metafisarie ed epifisarie nei lattanti («bucket handle fracture» o «corner fracture») sono estremamente sospette (fig. 13 e 14).

L'altezza da cui una caduta (per esempio dal fasciatoio) può provocare una frattura cranica nei lattanti è controversa. Come regola generale, si può affermare che a partire da un metro di altezza possono presentarsi fratture della volta cranica semplici, cioè lineari, che non incrociano le suture delle ossa del cranio. Da tener conto è anche la consistenza della superficie di contatto ed eventualmente il fatto che il cranio abbia potuto colpire un piccolo oggetto rigido, fattore che può portare a una frattura depresso anche se la caduta è avvenuta da un'altezza

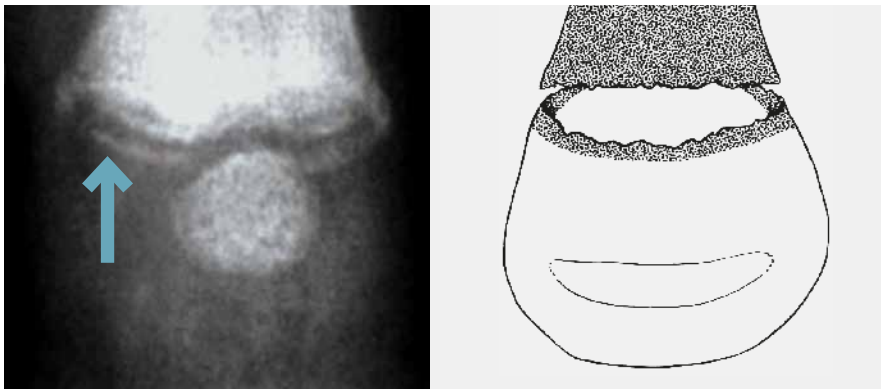
ridotta. In ogni caso, è molto difficile che una caduta dal fasciatoio (dall'altezza di 80-90 cm) causi una frattura cranica, e ancora più improbabile è che abbia come conseguenza fratture nel resto dello scheletro.

Diagnosi differenziali

Fratture dovute a piccoli traumi o addirittura spontanee nel quadro di un'osteopenia vengono ripetutamente proposte come diagnosi differenziale al maltrattamento infantile.

Sono da prendere in considerazione le seguenti patologie:

- > osteogenesis imperfecta
- > osteopenia in seguito a una prematurità estrema (<32^a settimana di gravidanza); primi mesi di vita



13 Frattura metafisaria (frattura «a manico di secchio», «bucket handle fracture»)

- > osteopenia causata da inattività (bambini disabili che non sono in grado di camminare)
- > rachitismo
- > osteopenia in caso di nefropatia

Tuttavia, va ricordato che tutte queste situazioni sono chiare dal punto di vista anamnestico e clinico (parto prematuro, rachitismo, inattività, nefropatia). Molto più raramente si giunge a tali diagnosi solo dopo un sospetto di maltrattamento infantile (osteogenesis imperfecta).

D Lesioni interne

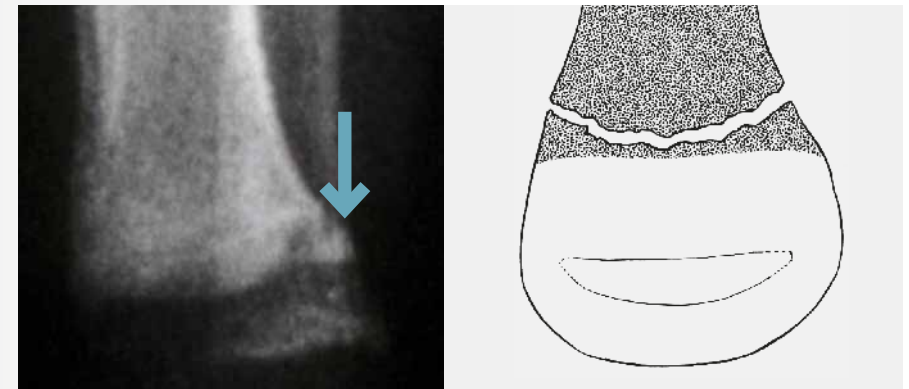
Le lesioni interne portano solitamente a un quadro clinico grave che necessita di un'ospedalizzazione immediata. Perciò qui saranno trattate solo alcune lesioni leggere e la sindrome del bambino scosso,

per la quale nella pratica l'accento è posto sulla prevenzione (come comportarsi con i bambini che piangono tanto).

Lesioni otorinolaringoiatriche

Può capitare che i bambini, soprattutto i lattanti, vengano portati dal medico con emorragie nella zona otorinolaringoiatrica. Queste possono essere causate da una somministrazione violenta del cibo o da colpi sulla bocca, cui conseguono:

- > lesioni della mucosa del cavo orale/sulla lingua
- > scottature del cavo orale/sulle labbra
- > lacerazione del frenulo del labbro superiore e/o del frenulo della lingua
- > otoematoma
- > epistassi
- > ematomi, scottature, segni di morsi sul viso
- > dislocazioni e avulsioni dentali

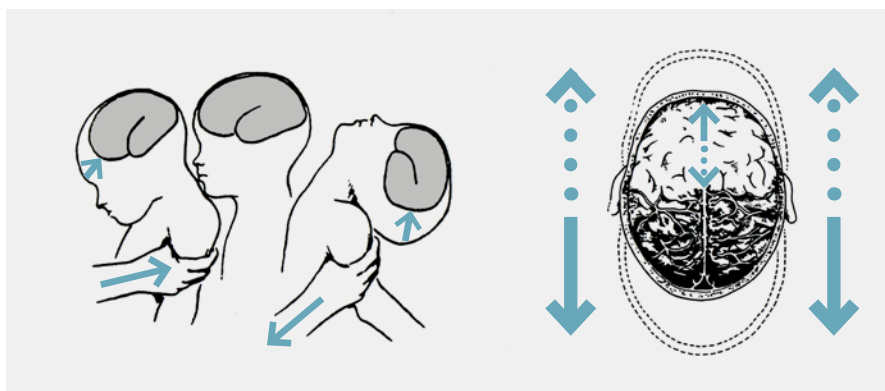


14 Frattura metafisaria (frattura «ad angolo», «corner fracture»)

Sindrome del bambino scosso

La sindrome del bambino scosso è una forma speciale di trauma cranio cerebrale non accidentale («abusive head trauma»). Scuotere in direzione sagittale un bambino che non è ancora in grado di stabilizzare la testa porta a lesioni intracraniche e intracerebrali gravi, senza bisogno che il cranio subisca degli urti esterni (e quindi senza che il bambino riporti contusioni o fratture). Le lesioni tipiche principali sono gli ematomi subdurali, le cosiddette «shearing injuries» nel parenchima cerebrale (entrambe comportano inoltre un aumento dannoso della pressione intracranica) e le emorragie della retina e/o del corpo vitreo (fig. 15).

Ne sono colpiti i lattanti, i maschi più delle femmine, con un apice attorno ai cinque mesi. Il fattore scatenante è quasi sempre il pianto (intenso) del lattante (per questo i maschi sono più colpiti). Il quadro clinico si presenta con la triade sintomatica di stato di coscienza alterato (dall'irritabilità fino al coma), disturbi respiratori (dalla bradipnea fino all'apnea) e convulsioni. La prognosi è estremamente sfavorevole: il 20-25% dei bambini muore subito dopo il trauma; quasi tutti i bambini che sopravvivono riportano disabilità di diverse entità.



15 Meccanismo della sindrome del bambino scosso

E Excursus: mutilazioni genitali femminili («female genital mutilation»)

Alcune forme di mutilazione genitale femminile¹ (infibulazione, escissione, alcune forme di incisione) possono essere facilmente individuate durante l'esame dei genitali della bambina, per esempio l'assenza di clitoride e/o delle piccole labbra o la sutura dei bordi della vulva. Le forme meno evidenti di mutilazione genitale femminile (graffio del clitoride fino alla fuoriuscita di una goccia di sangue) di solito sfuggono all'esame. In caso di reperti dubbi le bambine dovrebbero essere visitate da un ginecologo pediatrico esperto.

In Svizzera la situazione giuridica è chiara: la mutilazione genitale femminile è una lesione personale grave che costituisce un reato passibile di pena. I genitori che causano o permettono questo reato sono punibili a loro volta, anche se la mutilazione è stata praticata all'estero. In concreto, tuttavia, queste situazioni sono estremamente delicate da affrontare: va quindi consultato uno degli uffici specializzati in Svizzera,² l'APMA o un gruppo di protezione dell'infanzia.

¹ Attualmente l'OMS distingue le seguenti forme di mutilazione genitale femminile («female genital mutilation» MFG)

- A** (tipo 1 «clitoridectomia»): escissione del prepuzio, con o senza clitoride
- B** (tipo 2 «escissione»): escissione del clitoride e delle piccole labbra
- C** (tipo 3 «infibulazione»): asportazione del clitoride, delle piccole labbra e parti delle grandi labbra a cui segue la cucitura della vulva lasciando solo un piccolo foro.

² Rete svizzera contro le mutilazioni genitali femminili, www.mutilazioni-genitalifemminili.ch/rete. Per ulteriori informazioni si veda anche: Mutilazioni genitali femminili (MGF) e protezione dell'infanzia. Una guida per i professionisti (2020, solo in tedesco e in francese).

3.2 Trascuratezza o negligenza

Il termine trascuratezza o negligenza si riferisce al mancato soddisfacimento dei bisogni del bambino, per esempio per quanto riguarda l'alimentazione, l'igiene, l'abbigliamento, l'educazione, la cura e la sorveglianza. Sono sintomi di trascuratezza, per esempio, un aumento di peso insufficiente o addirittura nullo (soprattutto nei neonati), una scarsa cura della pelle e dei denti e un abbigliamento inadeguato. Questa forma di maltrattamento comprende anche la negligenza emotiva e può essere intenzionale o meno; la trascuratezza non intenzionale si manifesta spesso quando la cura dei figli è un onere troppo gravoso per i genitori, per esempio in presenza di dipendenze, malattie mentali, elevato carico di lavoro, problemi finanziari. Infine, si è di fronte a negligenza educativa se i bambini hanno un'autonomia inadeguata alla loro età, hanno accesso a sostanze che creano dipendenza e possono fruire incontrollatamente dei media elettronici.

La mancata sorveglianza può portare a danni fisici (cadute da scale, bruciature, scottature, ecc.) nonché ad avvelenamento da farmaci o sostanze tossiche. Sono segnali di trascuratezza anche carie gravi, frequenti visite in pronto soccorso a causa di dolori e consultazioni ripetutamente dimenticate o annullate.

Anche la malcompliance, intesa come il non seguire correttamente le istruzioni terapeutiche in caso di malattie fisiche o mentali, è una forma di trascuratezza. Può arrivare fino al rifiuto totale delle terapie (di medicina convenzionale), con gravi conseguenze per la salute del bambino, fino addirittura alla sua morte.

3.3 Maltrattamento psicologico

Il maltrattamento psicologico è spesso difficile da individuare, ma i suoi effetti non sono meno significativi di quelli di altre forme di maltrattamento. Si considerano maltrattati psicologicamente i bambini che subiscono un ripetuto atteggiamento negativo-distruttivo da parte delle persone che si occupano della loro educazione, caratterizzato da continue denigrazioni del bambino (insulti, umiliazioni, mortificazioni, minacce) e dall'attribuzione al bambino di qualità negative che diminuiscono la sua autostima in maniera permanente. Allo stesso tempo, il bambino viene privato di qualsiasi aspettativa positiva riguardo al suo futuro.

Nella gran parte dei casi di maltrattamento psicologico i bambini sono costretti ad assistere alle dispute verbali, psicologiche o fisiche dei loro genitori. I bambini testimoni di violenza tra adulti sono considerati maltrattati psicologicamente e vengono conteggiati come tali anche nelle statistiche, sebbene non siano direttamente coinvolti nella situazione conflittuale (violenza domestica, termine tecnico: «witnessing intimate partner violence», «violenza assistita»).

3.4 Abuso sessuale

Il termine abuso sessuale descrive il coinvolgimento di bambini o adolescenti in attività sessuali alle quali questi ultimi non sono in grado di acconsentire intenzionalmente o che non possono capire in ragione del loro stadio di sviluppo, o in attività sessuali che violano dei tabù sociali.

L'abuso sessuale comprende molte forme, tra cui (il seguente elenco non è esaustivo):

- atti di violenza nei media elettronici
- esibizionismo, voyeurismo
- contatto fisico nelle parti intime
- richiesta di masturbazione o carezze
- coazione sessuale
- uso di materiale pornografico in presenza di bambini
- avviamento alla prostituzione
- penetrazione anale, orale e vaginale

Procedura iniziale in caso di sospetto abuso sessuale

Il personale specializzato che si trova a gestire una situazione di abuso sessuale deve stabilire se è opportuno procedere all'esame obiettivo (genitale) della vittima. Se l'episodio sospettato è avvenuto nelle 72 ore precedenti, l'esame dovrebbe essere eseguito immediatamente, perché in questo intervallo di tempo è più probabile

riuscire a identificare le tracce di reato. Se i pazienti sono capaci di giudizio, devono dare il proprio consenso all'esame.

L'ampia definizione di abuso sessuale, che spesso non comporta una penetrazione vaginale o anale, fa sì che i reperti fisici dopo un'aggressione sessuale siano estremamente rari. Se presenti, i reperti sono spesso così discreti che solo uno specialista esperto è in grado di riconoscere la differenza da reperti non specifici o da variazioni della norma. È a un simile specialista che devono essere indirizzati i bambini se si sospetta un abuso sessuale. Solo i pediatri con una formazione complementare in ginecologia e i ginecologi che esaminano regolarmente bambini con reperti di questo tipo possono essere considerati specialisti qualificati. Oltre a disporre dell'esperienza, è necessario che lo specialista possa effettuare l'esame colposcopico dei reperti e documentarlo.

Quando si sospetta un abuso sessuale è estremamente importante documentare correttamente le dichiarazioni dell'interessato. Il verbale deve essere effettuato riportando il «tono originale» (cioè letteralmente, eventualmente anche in dialetto), indicando la situazione in cui è avvenuta la testimonianza (durante la consultazione,

uscendo dallo studio, in sala d'attesa; quali persone sono presenti, come si comporta, ecc.). Il medico deve limitarsi a questo esatto resoconto; i bambini non devono mai essere «interrogati» su possibili aggressioni sessuali: ciò compete esclusivamente a un funzionario specializzato dell'autorità inquirente (art. 154 cpv. 4 lett. d CPP). Si sa che i «pre-interrogatori» possono influenzare il comportamento assertivo del bambino. Con un simile interrogatorio il medico non aiuta in nessun modo il bambino. Chi si rapporta per primo al bambino dopo un'esperienza traumatizzante come la violenza sessuale deve farlo con la giusta delicatezza e sensibilità.

Piuttosto che con sintomi fisici, l'abuso sessuale si manifesta attraverso cambiamenti comportamentali delle vittime (v. sotto). Si tratta tuttavia di cambiamenti non specifici, che possono avere molte altre cause.

Diagnosi differenziali

Reperti speciali nell'area anogenitale che dovrebbero essere distinti dall'abuso sessuale:

- lichen scleroso e atrofico genitale
- dermatite streptococcica perianale
- condilomi acuminati¹

¹ Possibile procedura in caso di condilomi acuminati anogenitali:

- nei primi tre anni di vita la presenza di condilomi acuminati può ancora risultare da un contagio avvenuto durante il parto (nel caso di parto naturale); quindi oltre ad un'anamnesi accurata, inclusa un'anamnesi sociologica, solitamente non sono necessarie ulteriori investigazioni alla ricerca di abusi sessuali;
- un contagio anogenitale con il virus del papilloma può avvenire anche da verruche su altre parti del corpo del bambino o da altre persone che se ne prendono cura. È importante quindi esaminare molto accuratamente il bambino alla ricerca di verruche e anche le persone che lo curano (soprattutto coloro che lo lavano o che gli cambiano il pannolino);

- se il bambino non ha verruche (o non ne ha avute nel recente passato) e sa già lavarsi da solo, allora i condilomi acuminati sono forti indizi di un sospetto abuso sessuale. È indicata un'accurata valutazione in questo senso. Coinvolgete un gruppo di protezione dell'infanzia;
- la tipizzazione del virus del papilloma non dà alcun chiarimento: dopo aver creduto per lungo tempo alla presenza di tipi specifici «sessualmente trasmissibili», la letteratura attuale non conferma questa tesi.

3.5 Sindrome di Münchhausen per procura

I genitori colpiti da questa sindrome (per lo più madri) fanno spesso un'ottima impressione sul personale medico, inventano sintomi che il proprio figlio dovrebbe avere (febbre, crampi, emorragie, ecc.) o li provocano con le più svariate manipolazioni. In molti casi queste persone sono o sembrano competenti dal punto di vista medico. Il loro comportamento causa numerosi accertamenti e interventi medici inutili. Manifestando le preoccupazioni di chi si occupa di un figlio che soffre di una malattia sconosciuta e che di conseguenza non può essere aiutato, il genitore si pone così al centro dell'attenzione; da questa situazione trae un vantaggio secondario della malattia. Questo comportamento è solitamente riconducibile a una grave patologia psichiatrica, spesso anche all'esperienza personale come vittima di maltrattamento o a una sindrome di Münchhausen per procura (sinonimo: «fabricated or induced illness» e «medical child abuse»).

In pratica: se nella cura di un bambino vi vengono costantemente descritti nuovi sintomi mentre quelli vecchi scompaiono senza alcun trattamento, ancora prima di aver capito di che cosa si trattava, prendete in considerazione questa sindrome. Ciò vale soprattutto quando i sintomi sono insoliti (per es. lattanti con emorragie ogni due settimane, una volta dalla bocca, poi dalla vagina, emottisi, perdite di sangue dall'ano), in particolare nel caso in cui voi stessi non trovate nessun riscontro dei sintomi descritti (nell'esempio precedente: nessuna traccia di sangue, emoglobina normale, coagulazione normale, ecc.). Lo stesso vale per i quadri clinici sconosciuti a voi e a medici esperti: o avete scoperto una nuova malattia (cosa oggi giorno piuttosto rara) o siete di fronte a una sindrome di Münchhausen per procura. Se avete questo sospetto, vi trovate ad affrontare una delle situazioni mediche più difficili: chiedete subito consiglio su come procedere al gruppo di protezione dell'infanzia di una clinica pediatrica e aspettate sempre questa consulenza prima di parlare con le madri o con altri membri della famiglia.

3.6 Anomalie comportamentali come indizio di maltrattamento infantile

Il concetto di esperienze avverse in età pediatrica (Adverse Childhood Experiences, ACE) mette in correlazione le ACE fatte dal bambino con la qualità della sua vita da adulto. Le ACE sono tutte le esperienze negative che un bambino ha vissuto: tutte le forme di maltrattamento infantile, ma anche esperienze quali guerre e catastrofi. Molti studi hanno dimostrato che le ACE hanno diverse ripercussioni a lungo termine in campo sia somatico che psicologico ed economico, tra cui le anomalie comportamentali nei bambini. Questi comportamenti sono la conseguenza dei traumi subiti e rappresentano il modo con cui il bambino cerca di elaborare la situazione. In base ai fattori di autoprotezione (resilienza) diversi in ogni bambino, i cambiamenti nel comportamento, anche di fronte a traumi simili, possono apparire diversi; essi dipendono anche dall'età del bambino e dalla sua relazione con l'autore del maltrattamento.

Le anomalie comportamentali come indizio di maltrattamento infantile non sono praticamente mai specifiche per un tipo di trauma: gli stessi sintomi possono manifestarsi nel quadro di un divorzio conflittuale, che per il bambino è un trauma psicologico, in caso di abusi sessuali ripetuti, di un continuo mobbing scolastico o della morte di un genitore. Ci si astenga dunque dall'interpretare singoli sintomi senza conoscere esattamente la storia, la vita e il contesto generale nel quale vive il bambino; le liste di sintomi devono essere applicate e interpretate con estrema cautela. In situazioni del genere è sempre consigliabile coinvolgere uno specialista in psicologia o psichiatria.

Possibili sintomi psicosomatici

- › Disturbi del sonno
- › Disturbi alimentari (aumento o diminuzione di peso)
- › Dolori cronici come mal di pancia, mal di testa
- › Enuresi

Possibili sintomi e reazioni psicologiche

- › Reazioni depressive, il bambino è più introverso e remissivo
- › Mancanza di limiti relazionali, paura del contatto
- › Interesse per la sessualità non corrispondente all'età, masturbazione eccessiva (ev. in pubblico)
- › Abusi sessuali su bambini più piccoli
- › Comportamento aggressivo
- › Autolesionismo, abuso di sostanze
- › Pensieri suicidi
- › Fughe, menzogne, rifiuto dell'impegno/di una prestazione (per es. scolastica o lavorativa), delinquenza
- › Regressioni a stadi di sviluppo precedenti
- › Calo del rendimento scolastico

Possibili conseguenze psicologiche a lungo termine

- › Disturbi relazionali
- › Disturbo dello sviluppo della personalità
- › Arresto dello sviluppo, disturbi della crescita
- › Disturbi del linguaggio, della concentrazione e dell'attenzione
- › Uso della violenza da adulti nel ruolo dei genitori

4. Documentazione

Documentazione della situazione acuta**Dichiarazioni**

Soprattutto negli abusi sessuali, ma anche nelle altre forme di maltrattamento infantile, le dichiarazioni del bambino hanno un'importanza fondamentale. Le dichiarazioni spontanee devono quindi essere trascritte immediatamente e fedelmente nella cartella del paziente nella lingua del bambino (quindi per es. in dialetto), senza dimenticare di precisare in che contesto è stata fatta la rivelazione (per es. mentre si visitava l'addome o durante l'esame dei genitali) e in presenza di quali persone (madre, padre, terzi). Anche le risposte a una domanda possono essere importanti, ma in questo caso, oltre alle indicazioni precedenti, bisogna riportare la domanda esatta e chi l'ha posta. Le registrazioni audio o video del bambino mentre parla non hanno alcun valore legale e a volte, anzi, interferiscono con gli interrogatori formali che avvengono in seguito da parte degli organi di giustizia (v. sotto).

Reperti

La documentazione dei reperti visibili ha valore soltanto se è precisa e significativa. In tale caso il suo valore è inestimabile, considerando che proprio le mucose

e la pelle guariscono o cambiano aspetto velocemente. I reperti possono essere documentati con foto, disegni o video.

Documentazione a lungo termine

Seguendo un bambino e la sua famiglia a lungo termine, capita spesso che il pediatra sia sorpreso da certe affermazioni e certi riscontri che gli creano magari un disagio interiore. Sul momento di solito non ci sono ragioni sufficienti per esternare un sospetto, e spesso questa strana sensazione emerge solo dopo che la famiglia se ne è andata. Questi riscontri, pensieri e sensazioni devono essere annotati nella cartella del paziente, eventualmente con un particolare colore o segno: ognuno ha il suo metodo. La maggior parte di queste annotazioni non sarà mai riletta o ricercata perché la situazione di sospetto resterà un episodio isolato. Ma se ciò si ripeterà, allora le vecchie annotazioni saranno un aiuto inestimabile, e solo grazie ad esse sarà possibile oggettivare e inquadrare una situazione spesso molto complessa. Questo vale soprattutto quando i genitori rompono i contatti.

5. Procedure

Scopi e principi della protezione dell'infanzia

Lo scopo di tutti gli sforzi è di prevenire o far cessare qualsiasi minaccia o mancato rispetto del bene del bambino. Sono diverse le strade che portano a questo obiettivo e devono essere valutate individualmente. Le soluzioni standard non aiutano mai a raggiungere lo scopo. Seguendo il principio generale «mai da soli», bisogna cercare la soluzione migliore per ogni singolo caso insieme a persone qualificate che abbiano esperienza nel campo. In caso di situazioni di pericolo imminente, la misura più urgente è la protezione del bambino.

Come comportarsi in caso di sospetto nello studio medico

Se sorge un sospetto, ciò significa che è già successo qualcosa: infatti, di primo acchito, abbiamo tutti la tendenza a rimuovere o a minimizzare la percezione di un maltrattamento infantile. Il sospetto deve essere quindi preso sul serio e accettato, e quindi bisogna agire.

Agire significa:

- raccogliere la documentazione precedente e attuale, fare il punto della situazione e cercare di vederci chiaro;

- contattare un consultorio specializzato nella presa a carico di casi di maltrattamento infantile. Organizzazioni di questo tipo sono presenti sull'intero territorio nazionale.¹ La consulenza può avvenire in maniera anonima, vale a dire senza rivelare il nome del paziente: non è quindi ora il caso di preoccuparsi troppo di un'eventuale violazione del segreto professionale.

Stabilire assieme a questo consultorio specializzato quali misure intraprendere, soprattutto riguardo alle seguenti questioni:

- È necessaria la protezione immediata del bambino (per es. con un'ospedalizzazione)?
- Bisogna esternare il sospetto ai genitori oppure no?
- Occorre coinvolgere le autorità (APMA o autorità di perseguimento penale)? Attenzione: anche se la probabilità di una denuncia penale è minima, i potenziali colpevoli non devono essere informati! E nemmeno le persone di cui non si è sicuri che manterranno il segreto nei confronti dei sospettati.

La procedura scelta va annotata nella cartella del paziente o in un documento a parte.

¹ www.aiuto-alle-vittime.ch

6. Fattori di rischio

Le cause del maltrattamento infantile sono sempre molteplici; un maltrattamento non è mai il risultato di un solo fattore di rischio o di stress. La somma di diversi fattori di rischio porta a una situazione di pressione eccessiva con un abbassamento della soglia di tolleranza allo stress, perdita di controllo e incapacità di comprendere e/o soddisfare i bisogni del bambino. Ciò vale per tutte le forme di maltrattamento ad eccezione dell'abuso sessuale, in cui il profilo dell'autore e le dinamiche sono completamente differenti.

I fattori di rischio più comuni

Fattori relativi ai genitori

- Isolamento sociale, emarginazione
- Difficoltà finanziarie (situazione lavorativa e abitativa)
- Gravidanza indesiderata
- Maternità molto precoce
- Rapido susseguirsi di gravidanze
- Insicurezza a livello sociale e/o emozionale/affettivo
- Esperienza personale di maltrattamento
- Dipendenza da sostanze che danno assuefazione
- Malattie psichiche, situazioni psichiche particolari (depressione post-parto)
- Malattia cronica di uno dei genitori
- Delinquenza da parte di uno dei genitori

- Conflitti di coppia, situazioni di separazione o divorzio
- Violenza domestica
- Accettazione di punizioni fisiche come strumento educativo
- Aspettative sproporzionate da parte dei genitori

Fattori relativi ai bambini

- Parti plurigemellari
- Neonati molto prematuri
- Neonati che piangono molto
- Bambini con comportamenti alimentari problematici
- Bambini con disturbi del sonno
- Bambini disabili
- Bambini con malattie croniche

7. Situazione legale in Svizzera

Autrice: **Roxanne Falta**

Il sistema di protezione dell'infanzia in Svizzera

Il termine «protezione dell'infanzia» designa anche l'insieme delle disposizioni giuridiche volte a proteggere i minori da danni e pregiudizi. L'idea centrale del sistema di protezione dell'infanzia è che i genitori sono i primi responsabili del bene dei propri figli. Preservare il cosiddetto **bene del minore** è l'obiettivo primario del diritto in materia di minori e bisogna tenerne pienamente conto in tutti gli ambiti che riguardano il minore.

I genitori devono quindi creare condizioni quadro che permettano al proprio figlio di svilupparsi nel miglior modo possibile dal punto di vista fisico, psicologico, mentale e sociale. A tal fine, ai genitori sono conferiti diritti e doveri affinché possano prendere le decisioni necessarie per il proprio figlio, educarlo, rappresentarlo e gestire il suo patrimonio.

Protezione facoltativa dell'infanzia

Se nel rapporto con il bambino o in generale all'interno della famiglia subentrano incertezze o stress che i genitori non sono più in grado di superare da soli, è ne-

cessario far ricorso a un sostegno esterno. Se i genitori si avvalgono volontariamente dell'offerta dei consultori, quest'aiuto esterno può essere sufficiente a garantire il bene del bambino. Rientrano nella cosiddetta protezione facoltativa dell'infanzia, per esempio, la consulenza sull'educazione, la consulenza genitori-bambino, le prestazioni dei servizi sociali o i servizi psichiatrici per bambini e adolescenti. Questi servizi di sostegno a bassa soglia consentono spesso di evitare le misure di protezione dei minori di diritto civile.

Protezione dell'infanzia di diritto civile

Se la protezione facoltativa dell'infanzia non è (più) efficace e i genitori non adempiono più o non sono più in grado di adempiere alla propria responsabilità di provvedere pienamente al bene del figlio, quest'ultimo può essere a rischio. È compito dell'**autorità di protezione dei minori (APMA)** accertare queste minacce e, se necessario, ordinare misure per evitare che la situazione peggiori e che il minore venga danneggiato in futuro. È molto importante che l'APMA sia informata tempestivamente dei possibili pericoli. A differenza di quanto avviene nel diritto penale, nel diritto civile

la protezione dei minori non consiste nell'attribuire colpe (per es. ai genitori).

Le misure di protezione dell'infanzia del Codice civile sono indipendenti dalla colpa e non hanno carattere punitivo. Esse servono a contrastare ciò che minaccia il bene del minore e a sostenere e rafforzare al meglio il sistema familiare.

Procedura di avviso da parte del personale medico (art. 314c cpv. 2 CC in combinato disposto con art. 321 CP)

Se, durante una visita, il medico scopre che il bene o lo sviluppo di un minore può essere minacciato, deve prendere in considerazione la possibilità di avvisare l'APMA.

I medici possono trasmettere i dati dei pazienti solo alle seguenti condizioni:

- il consenso del paziente è stato ottenuto (nel caso di un minore si tratta di solito del consenso delle persone responsabili dell'educazione; ottenere questo consenso può essere difficile se i genitori non sono disposti a collaborare o, a seconda dei casi, può non essere nell'interesse superiore del minore);

- l'autorità competente dispensa il medico dall'obbligo del segreto professionale. Ciò implica di norma un certo sforzo amministrativo, che può comportare ritardi e in alcuni casi un progressivo deterioramento della situazione del minore;
- la consegna dei dati è prevista per legge (il diritto o l'obbligo di avviso è stabilito da una legge).

Con l'introduzione dell'art. 314c cpv. 2 CC è stata creata una nuova base giuridica per un **diritto di avviso medico** nella protezione dei minori (in vigore dal 1° gennaio 2019). Questo articolo autorizza i medici a trasmettere le informazioni all'APMA in forma di avviso **senza essere prima dispensati dal segreto professionale** o ottenere il consenso del paziente. **Nel diritto federale non sussiste un obbligo generale di avviso.**

Attenzione: i cantoni hanno il diritto di emanare disposizioni in materia di avviso. Per questo motivo **in alcuni cantoni vige un obbligo di avviso per i medici** (e in alcuni casi anche per i loro assistenti, cfr. pagine seguenti) che siano a conoscenza di un minorenne in pericolo.¹

¹ Una panoramica delle disposizioni cantonali in materia di avviso è disponibile su www.kokes.ch/fr/home. (solo in tedesco; ultimo accesso il 1° ottobre 2019)

La violazione dell'obbligo di avviso non è di per sé punibile per legge. Se nonostante l'obbligo non viene trasmesso alcun avviso e si arriva a un danno, può realizzarsi la fattispecie di un delitto per omissione (art. 11 cpv. 2 CC). Il presupposto è che il danno subito dalla vittima a causa di un simile delitto avrebbe quasi certamente potuto essere evitato avvisando l'APMA.

In generale, un avviso dovrebbe essere fatto solo dopo una dettagliata **ponderazione degli interessi** da parte del medico. Il medico deve sempre valutare se con un avviso si può continuare a proteggere o ripristinare il bene del minore. In ogni caso è prioritario garantire il bene del minore. Il rapporto di fiducia tra il medico e il bambino o i suoi genitori potrebbe deteriorarsi in seguito a un avviso, il che in determinate circostanze potrebbe comportare una minaccia aggiuntiva per il minore (per es. se i genitori in seguito all'avviso si rifiutano di far visitare il minore o cambiano continuamente medico). In questa ponderazione dovrebbero essere presi in considerazione anche gli interessi degli altri minori eventualmente confrontati con la minaccia (per es. fratelli e sorelle). A seconda della situazione, può anche essere opportuno ottenere il consenso del minore capace di discernimento e informare i suoi genitori dell'avviso. È consigliabile documentare come è avvenuta la ponderazione degli interessi e la decisione presa di avvisare o meno l'autorità.

Se dopo aver ponderato gli interessi il medico giunge alla conclusione che un avviso giovi al bambino più di quanto possa nuocere, può avvisare l'APMA del luogo di residenza del minore. In una situazione di emergenza in cui non è possibile accertare il luogo di residenza del minore può essere avvisata anche l'APMA del luogo di dimora del minore. Nell'avviso vanno riportate le informazioni necessarie all'identificazione del minore e della sua famiglia e tutti i fatti e le osservazioni rilevanti che inducono a sospettare che il bene o lo sviluppo del minore siano minacciati.

Una volta ricevuto un avviso, l'APMA avvia un procedimento nell'ambito del quale accerta la situazione del minore e valuta se il suo bene sia minacciato e in che misura si possa sostenere la famiglia. Al termine di questo procedimento l'APMA prende una decisione ed eventualmente ordina misure per sostenere la famiglia o per proteggere il minore.

Assistenti di studio medico e altri ausiliari

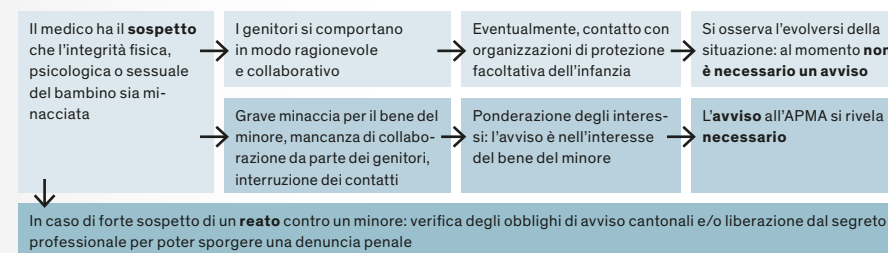
Gli specialisti che assistono i medici nel loro lavoro (per es. infermieri, assistenti di studi medici, ergoterapeuti e fisioterapisti, ecc.) dal punto di vista legale vanno qualificati con «ausiliari». Gli ausiliari non sono soggetti allo stesso obbligo d'avviso dei medici. Come i medici, gli ausiliari sono vincolati dal segreto professionale secondo il Codice penale (art. 321 CP). Se l'ausiliario desidera inoltrare un avviso in prima persona, deve farsi liberare dall'obbligo di segreto da parte dell'autorità preposta o dell'autorità di vigilanza. Nello studio medico è comune che gli ausiliari condividano le informazioni e le proprie osservazioni con i medici. Questi ultimi devono ponderare gli interessi alla luce di tali informazioni e decidere se avvisare o meno l'APMA.

Protezione dell'infanzia di diritto penale

Mentre il diritto civile interviene già alla «seria possibilità di una limitazione del bene del minore», il diritto penale entra in gioco solo quando vi è un sufficiente sospetto che possa essersi verificato un danno con rilevanza penale. Gli obblighi di denuncia per i medici sono regolati da leggi cantonali (di solito dalla legge sanitaria). Quasi tutti i cantoni prevedono l'obbligo di avviso per i decessi sospetti. Se non vi è alcun obbligo di avviso o di denuncia, il medico è tenuto al segreto professionale ai sensi del diritto penale. Se decide di presentare un avviso deve farsi liberare dal segreto professionale.

Le indagini nei procedimenti penali sono condotte dalla polizia e/o dal pubblico ministero. Interrogare i minori è loro compito esplicito.

Possibili processi in caso di minaccia del bene di un minore:¹



¹ Sulla base di «Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und KESB», Autorità di protezione dei minori e degli adulti del Cantone di Zurigo

8. Informazioni e ulteriore letteratura

Informazioni

Organizzazioni specializzate nella protezione dell'infanzia e in medicina

Gruppo specializzato per la protezione dell'infanzia delle cliniche pediatriche svizzere

Associazione delle cliniche pediatriche competenti per la protezione dell'infanzia su tutto il territorio nazionale. Pubblica ogni anno la statistica nazionale dei casi di protezione dell'infanzia presso le cliniche pediatriche e ha come obiettivo il miglioramento della protezione dell'infanzia in Svizzera. www.pediatriesuisse.ch

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKiM)

Organizzazione specializzata nella sottospecialità pediatrica della protezione dell'infanzia nella quale sono rappresentati diversi settori della medicina e non solo. La DGKiM ha l'obiettivo di promuovere il lavoro medico scientifico, clinico e pratico nel campo dell'individuazione precoce della violenza contro i bambini e gli adolescenti. Quest'organizzazione elabora le linee guida nella protezione medica dell'infanzia e promuove gruppi di protezione dell'infanzia. www.dgkim.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)

Federazione delle società tedesche di pediatria. www.dakj.de

Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH)

Filiale di World Association for Infant Mental Health (WAIMH). www.gaimh.org

The National Center on Shaken Baby Syndrome

Risorse, conferenze, informazioni, programmi di prevenzione e materiali sulla sindrome del bambino scosso. <https://dontshake.org/>

The Shaken Baby Alliance

Fonti e assistenza per la sindrome del bambino scosso. <https://shakenbaby.org>

Organizzazioni per la protezione dell'infanzia

In Svizzera

Protezione dell'infanzia Svizzera

Fondazione di diritto privato di pubblica utilità che opera in tutta la Svizzera. Si impegna a livello nazionale affinché tutti i bambini possano crescere secondo la Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia, beneficiando di protezione e nel rispetto della loro dignità. www.protezioneinfanzia.ch

Fondazione bambini e violenza

Fondazione svizzera che si impegna contro il maltrattamento infantile sostenendo progetti di prevenzione, individuazione precoce e lotta nonché di consulenza, assistenza e cura dei bambini maltrattati. www.kinderundgewalt.ch

UNICEF Svizzera e Liechtenstein

www.unicef.ch

ECPAT Switzerland

Organizzazione della fondazione Protezione dell'infanzia Svizzera contro la prostituzione infantile, la pornografia infantile e il traffico di minori. www.kinderschutz.ch/it/ecpat.html

A livello internazionale

International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect (ISPCAN)

Organizzazione mondiale interdisciplinare per la protezione dell'infanzia. www.ispcan.org

American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)

Organizzazione mantello interdisciplinare americana per la protezione dell'infanzia. www.apsac.org

Association of Child Protection Professionals

Organizzazione interdisciplinare britannica per la protezione dell'infanzia. www.childprotectionprofessionals.org.uk

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e.V. (DGfPI)

Società interdisciplinare tedesca per i professionisti che si occupano di abusi fisici, psichici e sessuali nonché di trascuratezza dei bambini; organizzazione nazionale partner dell'ISPCAN. www.dgfpi.de

Deutscher Kinderschutzbund

Associazione federale tedesca che si impegna per i diritti dei bambini e degli adolescenti in Germania con l'obiettivo di creare una società a misura di bambino in cui sia promosso lo sviluppo mentale, spirituale e fisico dei bambini e degli adolescenti. www.dksb.de

Consultori

Aiuto alle vittime Svizzera

Panoramica di tutti i consultori cantonali dell'Aiuto alle vittime e modulo di ricerca di consultori; i consultori offrono consulenza gratuita, confidenziale e anonima in tutta la Svizzera. www.aiuto-alle-vittime.ch

Numero di emergenza per genitori

Consulenza 24/7 per madri e padri che hanno bisogno di consigli <https://elternnotruf.ch/> (solo in tedesco)

147: consulenza di Pro Juventute

Consulenza telefonica gratuita e confidenziale per bambini e adolescenti. www.147.ch

Riferimenti bibliografici

Hermann B., Dettmeyer R., Banaschak S., Thyen U. (2016). Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg

Fegert J. M., Hoffmann, U., König, E., Niehues, J., Liebhardt, H. (edit. 2015). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich, Ulm

Freund U., Riedel-Breidenstein D. (2004). Sexuelle Übergriffe unter Kindern. Handbuch zur Prävention und Intervention, Köln

Eckert A., in: Niggli M. A., Wiprächtiger H. (edit. 2018). Basler Kommentar Strafrecht II, 4. Auflage, Basel

Messaggio concernente la modifica del Codice civile svizzero (protezione dei minori) del 15 aprile 2015

Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., Galea, G. (2013). European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., van IJzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870–890

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345–355, doi: 10.1007/s00127-012-0549-y

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Alink, L. R. A. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81–94, doi: 10.1080/00207594.2012.697165

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*, 16(2), 79–101, doi: 10.1177/1077559511403920

9. Raccomandazioni

FMH Federazione dei medici svizzeri
www.fmh.ch



Pediatria Svizzera
Società Svizzera di Pediatria
www.paediatrieschweiz.ch



Kinderärzte Schweiz
Associazione professionale dei pediatri di base
www.kinderaerzteschweiz.ch



mfe Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
www.hausaerzteschweiz.ch
www.medecinsdefamille.ch



Società Svizzera di Chirurgia Pediatrica
www.swiss-pediatricsurgery.org



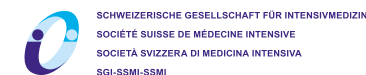
Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia Infantile e dell'Adolescenza (SSPPIA)
www.sgkjpp.ch



Società Svizzera di Neonatologia
www.neonet.ch



Società Svizzera di Medicina Intensiva (SSMI)
www.sgi-ssmi.ch
e la comunità d'interesse Medicina intensiva pediatrica e neonatale, facente parte della SSMI



**Associazione Svizzera di Odontoiatria
Pediatria (ASP)**

www.pedodontie.ch

SVK·ASP

Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin
Association Suisse de Médecine Dentaire Pédiatrique
Associazione Svizzera di Odontoiatria Pediatrica

**Società Svizzera di Medicina
Interna Generale (SSMIG)**

www.ssmig.ch

SGAIM SSMIG SSGIM
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Società Svizzera di Medicina Interna Generale
Swiss Society of General Internal Medicine

gynécologie suisse

Società svizzera di ginecologia
e ostetricia (SSGO)

www.sggg.ch

**gynécologie
suisse**

**Società svizzera di dermatologia
e venereologia (SSDV)**

www.derma.ch

**sgdv
ssdv**

**Società Svizzera di Psichiatria
e Psicoterapia (SSPP)**

www.psychiatrie.ch/sspp

PSY & ASA SGPP Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SSPP Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
SSPP Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia

**Association suisse des professionnels
de la médecine ambulatoire (ASA)**

www.sva.ch

ASA Association suisse
des professionnels de la
médecine ambulatoire

**Foederation Medicorum Chirurgicorum
Helvetica (FMCH)**

www.fmch.ch

FMCH







Kinderschutz Schweiz
Protection de l'enfance Suisse
Protezione dell'infanzia Svizzera

I bambini che subiscono violenze fisiche, psichiche o sessuali o che sono esposti a rischi a causa di metodi educativi inadeguati sono riconoscibili per diversi gruppi professionali già in uno stadio precoce. Fino al terzo compleanno i pediatri, i medici generici e gli operatori dei consultori genitori-bambino sono in molti casi gli unici professionisti che vedono regolarmente i bambini e hanno quindi una particolare responsabilità nel riconoscere una situazione di minaccia. I professionisti, tuttavia, hanno una funzione fondamentale anche per lo sviluppo dei bambini più grandi, perché la loro reazione alla minaccia presunta o effettiva del bene del bambino decide in molti casi se il bambino ha diritto alla protezione necessaria e/o se i genitori hanno diritto all'aiuto necessario per evitare la minaccia.

Questa guida si rivolge ai medici di diverse specializzazioni e agli assistenti di studio medico. Illustra diverse forme del maltrattamento infantile ed è pensata come strumento pratico che aiuti i professionisti a riconoscere più facilmente i casi di maltrattamento, ad adottare i provvedimenti necessari a tutelare il bambino e, al tempo stesso, a valutare situazioni dubbie o considerate a rischio, indicando loro le modalità d'azione più adeguate.

Protezione dell'infanzia Svizzera

Schlösslistrasse 9a | 3008 Berna www.protezioneinfanzia.ch
Telefono +41 31 384 29 29 info@protezioneinfanzia.ch

  /protectionenfancesuisse
 /kinderschutz_ch
 /kinderschutzschweiz