

L'ABUSO SESSUALE NEI MINORI E L'INFERMIERE ESPERTO AL TRIAGE

GESTIONE DI UN'URGENZA-PROPOSTA DI PROTOCOLLO

ABSTRACT

Premesse: In ogni Pronto Soccorso pediatrico accedono spesso bambini maltrattati e sottoposti ad abuso sessuale. Un ruolo fondamentale è svolto dall'Infermiere del Triage, poiché è qui che avviene il primo contatto del bambino abusato con la struttura sanitaria. L'Infermiere introduce i nuovi arrivati in un luogo sconosciuto e ansiogeno e avvia il percorso assistenziale. La relazione assistenziale di aiuto è molto condizionata nel momento dell'accoglienza, in cui tutto lo staff è coinvolto.

Scopi: Verificare la rilevanza del fenomeno nella realtà d'indagine e proporre un protocollo infermieristico in PS/DEA di iniziale inquadramento e gestione dell'abuso sessuale. Il protocollo ha l'obiettivo di migliorare il coordinamento di tutte le istituzioni e favorire, senza diminuire le garanzie processuali, assistenza e protezione al minore, di modo che gli interventi da attuare siano quelli strettamente necessari.

Materiali e metodi: Indagine retrospettiva sui casi di sospetto abuso su minore registrati al PS dell'A.O.U. "Meyer" di Firenze dal 01/01/2006 al 31/12/2006. Analisi di tutte le schede di Triage computerizzate e cartelle cliniche di PS.

Risultati: Sono stati analizzati: il sesso dell'abusato, lo stato sociale di appartenenza, la modalità di abuso, la frequenza, l'accompagnatore in PS, la segnalazione alle forze dell'ordine. Sono risultati 35 casi di sospetto abuso tra cui 19 sospetti abusi sessuali e 16 maltrattamenti.

Conclusioni: Il problema "abuso" è frequente anche se non quotidiano. La mancanza di conoscenza ne facilita la sottostima. L'Infermiere ha maggiori difficoltà e responsabilità quando si trova di fronte ad un bambino abusato sessualmente a partire dal suo ingresso in ospedale (Triage) fino alla sua dimissione. Il Protocollo proposto puntualizzando il percorso del bambino esplicitando le buone pratiche necessarie consente di gestire questi casi garantendo ai bambini abusati una maggior tutela.

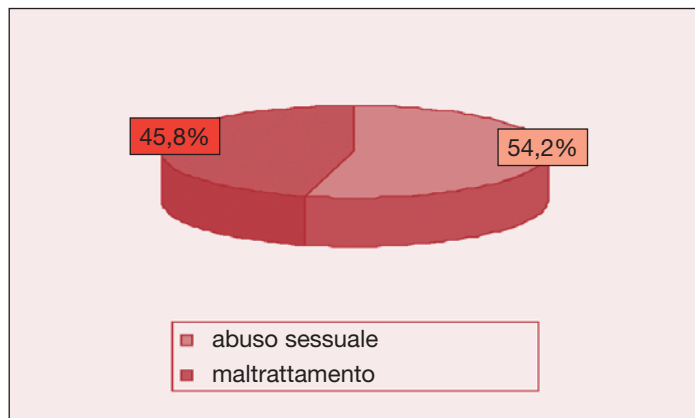
Introduzione

Il triste fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sessuale ai danni dei bambini (Child Abuse), è purtroppo sempre presente nella nostra società, e si manifesta in forme nuove, anche in relazione ai flussi migratori. È necessario predisporre gli strumenti perché i nostri

ospedali, assumano un ruolo attivo nell'evidenziare e contrastare precocemente situazioni sconosciute di abuso, di ogni tipologia. Questo non solo per poterle trattare, ma anche per poter inviare precocemente le vittime alle strutture idonee, che possano curare le conseguenze psicologiche dell'abu-

so, particolarmente gravi nell'età evolutiva.

Sappiamo infatti che tale è la migliore prevenzione degli abusi futuri, in quanto, spesso l'abusato di oggi, se non adeguatamente aiutato a superare le conseguenze del trauma subito, ha la possibilità un domani di diventare egli stesso carnefice.



Graf. 1 - Tipologia di abuso

Motivazione obiettivi

L'idea di questo elaborato parte dall'esperienza personale di lavoro in Pronto Soccorso - Dipartimento Emergenza Accettazione (PS-DEA) Pediatrico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "A. Meyer di Firenze".

Da circa due anni nell'Ospedale "Meyer" ed in particolare in P.S. opera un gruppo chiamato "G.A.I.A." (Gruppo Abusi Infanzia Adolescenti) composto da professionisti medici pediatri, psicologi, chirurghi, ginecologi, dedicato ai piccoli abusati, che grazie alla presenza di un Ambulatorio e di un Day-hospital gestisce le segnalazioni di sospetto maltrattamento o abuso sessuale che giungono alla loro attenzione da qualunque reparto dell'Ospedale.

Inoltre collabora con le Istituzioni e servizi che si occupano delle problematiche di abuso e maltrattamento dei minori come: Tribunale per i Minorenni, Tribunale Ordinario, Forze dell'Ordine, Servizi dei Distretti Socio-Sanitari, Servizi Sociali dei Comuni, Case-Famiglia, Istituto degli Innocenti, Associazio-

ni che operano nel sociale ed ogni altro ente interessato.

Il G.A.I.A. opera con diversi compiti tra cui: Raccogliere, valutare e documentare il caso, valutarne l'entità, agevolare la segnalazione all'A.G., indirizzare al Servizio Sociale per la presa in carico, assicurare tutte le terapie necessarie ed il follow-up (per quanto di competenza), fornire un supporto agli Enti preposti, partecipare alle attività Interistituzionali quali: "Tavolo Permanente..." e "Tavolo sull'Infanzia e Adolescenza" del Comune di Firenze. Gli operatori dell'Ospedale quindi, possono indirizzare a visite successive un bambino senza destare allarme o preoccupazione nei familiari, e senza che l'episodio sia "bollato" come abuso magari senza fondamento.

Tali segnalazioni possono provenire dal primo diretto accesso alla struttura del piccolo con sospetto di maltrattamento: il Triage in primis ed il reparto di PS-DEA in secundis. Da qui l'esigenza e la proposta, di creare in PS un protocollo infermieristico di iniziale inquadramento e gestione del caso

per questa particolare forma di violenza. Il protocollo infermieristico applicabile ai casi di abusi sessuali (e altri maltrattamenti ai minori), si riferisce a tutti gli interventi che l'Infermiere deve eseguire nella gestione dell'accaduto.

La finalità del Protocollo è di migliorare il coordinamento di tutte le istituzioni e favorire, senza diminuire le garanzie processuali, assistenza e protezione, di modo che gli interventi da attuare con il minore debbano essere unicamente quelli strettamente necessari, evitando così la ripetizione di accurate testimonianze ed interrogatori del minore, che peggiorano la delicata situazione emozionale e la vittimizzazione del già provato paziente.

In questo lavoro, ho evidenziato in particolare le competenze richieste all'Infermiere Esperto nella gestione del bambino abusato sessualmente, riconoscendo che l'Infermiere ha maggiori difficoltà e responsabilità quando si trova di fronte ad un bambino abusato, rispetto ad altre patologie. L'infermiere ha un ruolo centrale nella sua assistenza, a partire dal suo ingresso in ospedale per evitare un impatto traumatico con tale istituzione, fino alla sua dimissione.

Ogni Infermiere che si avvicina ad un bambino violato, non può prescindere dal prendere in considerazione le dinamiche psicologiche di un essere umano ancora molto fragile, poiché bisognoso di protezione e figure di riferimento. Lo scopo di questo lavoro è di poter creare ed utilizzare un protocollo di gestione del bam-

bino abusato sessualmente che accede al PS, disponibile e ripetibile per qualunque operatore infermieristico si trovi in quel momento al Triage a valutare un sospetto di abuso.

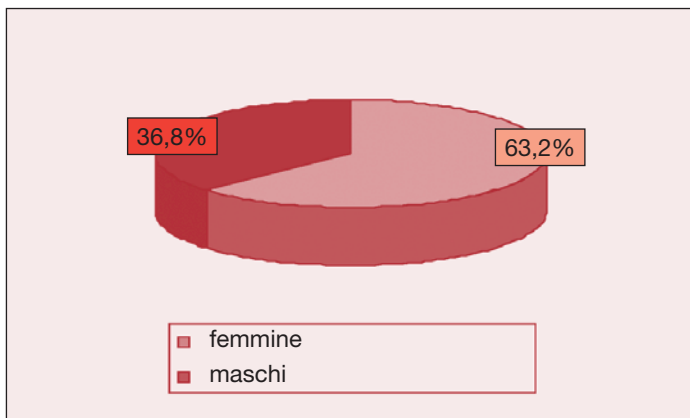
A questo proposito si è proceduto a raccogliere, per un anno, i dati relativi agli accessi in PS (periodo dal 1.1.2006 al 31.12.2006) di tutti i sospetti abusi su minori ricostruendone la gestione ed il trattamento infermieristico, e soffermandosi in particolare sui casi di abuso sessuale.

Tale operazione, pur con l'ausilio del sistema informatico, si è rivelata complessa per la mancanza di riferimento diagnostico univoco: un sospetto abuso poteva venir codificato in Triage con Codice Colore inappropriato o la diagnosi di uscita poteva essere fuorviante. L'importanza di un comportamento standardizzato definito da un protocollo, trova la sua motivazione nella corretta accoglienza e gestione del paziente, inoltre offre la possibilità di una più adeguata valutazione del fenomeno che rischia altrimenti di venire sottostimato.

Materiali e metodi

In un periodo di un anno: dal 1/1/2006 al 31/12/2006 è stata realizzata un'indagine retrospettiva sui casi di sospetto abuso su minore registrati al PS dell'A.O.U. "Meyer" di Firenze, analizzando tutte le schede di Triage computerizzate e le cartelle cliniche di Pronto Soccorso.

Nello studio sono stati presi in considerazione alcuni parametri in grado di evidenziare le caratteristiche proprie dell'abu-



Graf. 2 - Sesso del minore abusato

sato, il tipo di percorso intrapreso dal personale infermieristico al momento dell'accoglienza. Sono stati pertanto raccolti i dati relativi a: il sesso dell'abusato, lo stato sociale di appartenenza del piccolo e della famiglia, la modalità di abuso, la frequenza di presentazione in PS, l'accompagnatore al PS, il codice Colore di Priorità assegnato dall'Infermiere di Triage e la segnalazione alle forze dell'ordine.

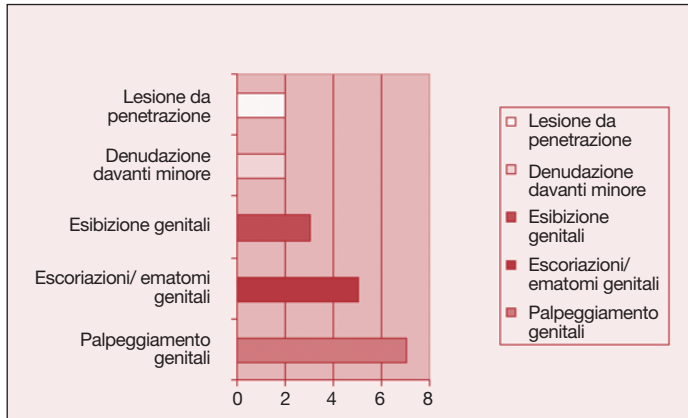
Risultati

Da tale ricerca è emerso che in un anno si sono avuti 35 casi, con una media di circa 3 episodi al mese. Di questi 35 casi, 19 erano sospetti abusi sessuali su minori, corrispondente al 54.2%, del totale (19/35 = 54.2%) e 16 erano sospetti maltrattamenti su minori corrispondente al 45.8% del totale (16/35 = 45.8%) (Graf. 1).

Dai dati raccolti (19 casi di abuso sessuale) è emerso un campione caratterizzato da una preponderanza di segnalazioni per il sesso femminile rispetto al maschile con 12 casi su femmine, e 7 su maschi (63.2% femmine, 36.8% maschi) (Graf. 2).

La tipologia di abuso sessuale riscontrato più frequentemente è risultato: 7/19 (36.8%) casi di palpeggiamento dei genitali del minore da parte dell'abusante, di questi 3/7 (42.8%) erano maschi e 4/7 (57.2%) femmine.

- 5/19 (26.3%) casi di escoriazione o ematomi o lacerazioni superficiali a carico dei genitali del minore da parte dell'abusante, di questi 2/5 (40%) erano maschi e 3/5 (60%) femmine.
- 3/19 (15.7%) casi di esibizione dei genitali da parte dell'abusante, di questi 1/3 (33.3%) era maschio e 2/3 (66.7%) femmine.
- 2/19 (10.5%) casi di denudazione del minore da parte dell'abusante, di questi 1/2 (50%) era maschio e 1/2 (50%) femmina.
- 2/19 (10.5%) casi di lesioni da penetrazione di oggetti a livello genitale del minore da parte dell'abusante, di questi 0/2 (0%) erano maschi e 2/2 (100%) femmine (Graf. 3, Graf. 4)

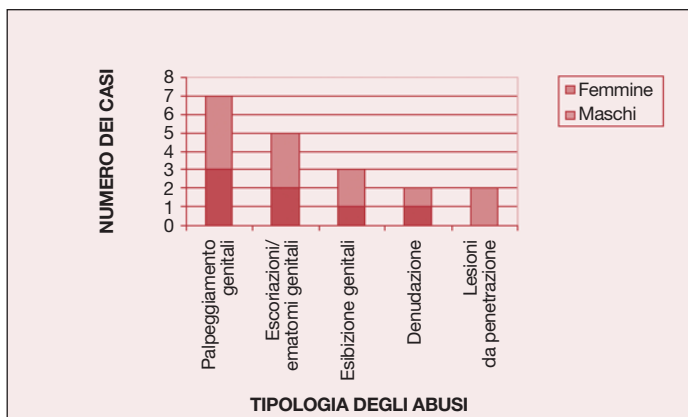


Graf. 3 - Tipologia dell'abuso sessuale

L'età media riscontrata dell'evento traumatico è risultata di 7,3 anni; la mediana di 6 anni. Inoltre si sono riscontrati casi di reiterato accesso: 8/19 (42.1%) con la stessa modalità di presentazione. L'accompagnatore del bambino al P.S. è risultato in 14/19 casi (73.6%) la madre, in 3/19 casi (15,7%) il padre, e in 2/19 casi (10,5%) le Forze Dell'Ordine. (Graf. 5).

Dall'anamnesi la condizione familiare risultata: condizione di separazione tra coniugi in 12/19 casi (63.1%), disagiata in 5/19 casi (26.3%), normale in 2/19 casi (10.5%) (Graf. 6).

L'abusante risulta essere il padre in 9/19 (47.3%) casi; un parente (zio, cugino, nonno, etc) in 5/19 (26.3%) casi; un estraneo in 5/19 (26.3%) casi. Dall'analisi delle relazioni vittima-autore di reato viene confermata la relazione di conoscenza tra l'autore e la propria vittima. Viene a cadere l'illusione che l'abuso sessuale sia una violenza perpetrata da sconosciuti: i principali pericoli, come i dati attestano, sembrano derivare invece da persone ben note alla vittima. Nello specifico sono comunque i genitori i principali artefici degli abusi. Essi rappresentano, nella casistica



Graf. 4 - Tipologia dell'abuso per sesso

in esame, la categoria con percentuali più elevate (Graf. 7).

Da questa ricerca è apparso che l'attribuzione del Codice Colore di Priorità al Triage da parte degli Infermieri nei 19 casi di sospetto abuso sessuale non è stata adeguata. E' stato attribuito un Codice Colore di Priorità Giallo solo in 7/19 (36.8%) casi; Verde in 10/19 (52.6%) casi; e Bianco in 2/19 (10.5%) casi (Graf. 8).

Nel territorio Fiorentino i delitti contro la persona sono intorno a 50-80 ogni 1000 abitanti e i casi di abuso su minore variano stabilmente fra 20 e 35 ogni anno, da circa 20 anni. I casi segnalati dal Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale "A. Meyer", sempre in riferimento alla cosiddetta area degli abusi, cioè segnalazioni di reati contro minori e contro la famiglia, sono variabili fra 19 e 35 l'anno, da ormai 20 anni. La quota femminile rappresenta la maggioranza del totale fra le vittime di abusi, dal 68% all'84% nel 2003 (dati ISTAT su statistiche giudiziarie penali, e dati Questura di Firenze).

Protocollo di gestione al Triage del bambino con sospetto abuso sessuale

L'accesso di ogni piccolo paziente al Pronto Soccorso, rappresenta un momento importante per l'Infermiere al Triage. È "l'incontro", il momento della presentazione tra operatore e bambino di estrema delicatezza ed importanza: ogni gesto o parola può far alterare un equilibrio ancora in formazione. Questo è ancor più evidente

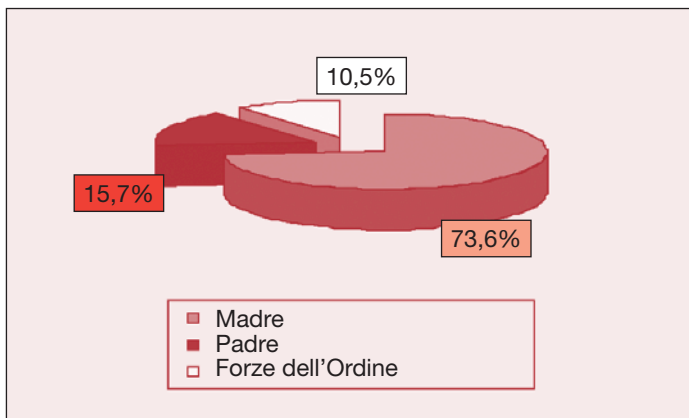
quando si sospetta un abuso sul minore. Da qui ne deriva l'importanza di stilare un protocollo assistenziale validato e condiviso dalle varie figure professionali, nel quale sono descritti i comportamenti professionali che devono essere adottati sistematicamente dal gruppo di lavoro. Tutto questo permetterà agli operatori di concentrare l'attenzione sul bambino e sugli interventi necessari con minor ansia, accrescendo la probabilità di evidenziare con maggiore accuratezza il fenomeno. In questo modo tutti conosceremo l'organizzazione del nostro intervento, lo pianificheremo e seguiremo nelle varie fasi. Per poter comprendere il protocollo ovviamente ogni operatore dovrebbe avere una conoscenza generale del problema.

Protocollo

Scopo

La gestione del bambino abusato in P.S./DEA è un processo d'estrema complessità. Un bambino con sospetto abuso deve essere inquadrato da un punto di vista diagnostico e psicologico in tempi brevi; un approccio multidisciplinare contemporaneo, coordinato da un Infermiere esperto (team leader) è di fondamentale importanza per ridurre i tempi di attesa e ottimizzare la condotta terapeutica.

Per questo ogni P.S. in particolare modo quelli pediatrici devono utilizzare protocolli validati e condivisi dalle diverse figure professionali che intervengono nella gestione del bambino abusato e periodicamente aggiornati.



Graf. 5 - Accompagnatore PS della vittima

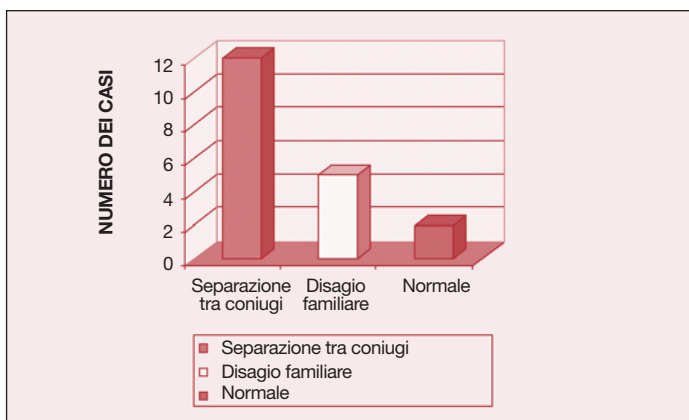
Campo di applicazione

Questo protocollo verrà applicato dagli Infermieri del P.S./DEA dell'Ospedale Pediatrico "A. Meyer" di Firenze a tutti quei bambini che giungono presso di esso con causale di sospetto abuso sessuale e/o maltrattamenti, certezza diagnostica di abuso sessuale e/o maltrattamento e situazioni di rischio.

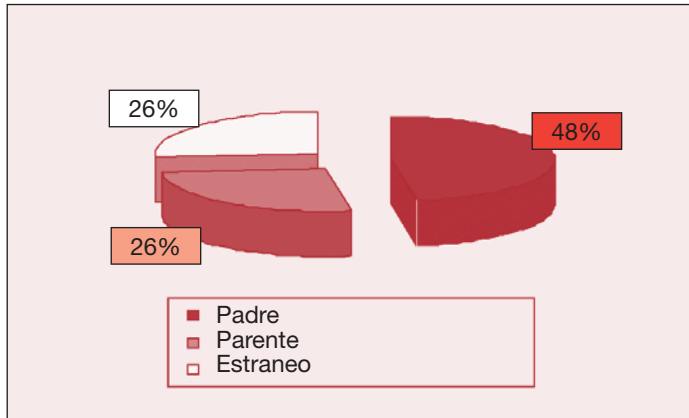
Monitoraggio del protocollo

Si dovrà nominare una commissione di monitoraggio del protocollo con una periodicità minima di riunioni di 6

mesi. Questa commissione dovrà essere composta da: infermieri di P.S., medici pediatri di P.S., e le varie figure professionali facenti parte del gruppo G.A.I.A. Questa commissione deve stabilire un procedimento di valutazione sistematica dei risultati di questo protocollo. Ciascuna delle figure professionali rappresentate in questo protocollo è tenuta ad applicare e a sorvegliare sull'applicazione del protocollo da parte di tutte le figure professionali che si adoperano in P.S., gli accordi e le raccomandazioni esplicitate in questo documento.



Graf. 6 - Condizione familiare della vittima



Graf. 7 - Identità abusatore

Presupposti per l'attuazione del protocollo

- Conoscenza generale del problema;
- Conoscere il team (G.A.I.A.) e sua contattabilità;
- Riconoscere gli indicatori di abuso potenziali;

Contenuto

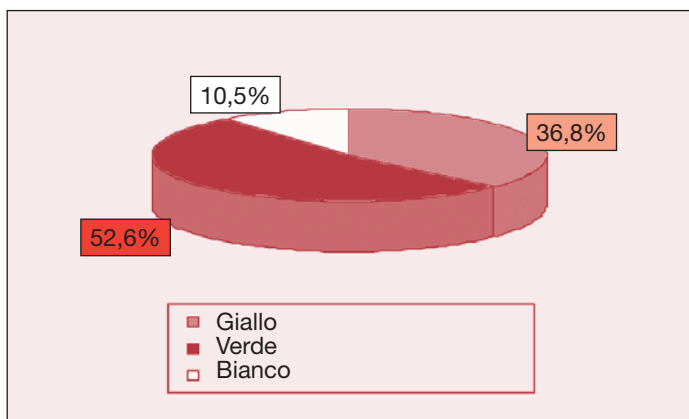
Protocollo infermieristico in PS

Accesso in P.S. di un bambino con sospetto abuso sessuale:

- Accogliere il minore e accompagnatore al Triage dedicando il tempo necessario a costitui-

re una adeguata interazione di fiducia con il paziente;

- Ricercare un luogo di ascolto adeguato senza distrazioni esterne nel rispetto della privacy, creando un clima rilassato, stabilendo un contatto visivo con il bambino;
- Non influenzare e suggerire il racconto al minore;
- Identificare le condizioni di rischio (famiglie disagiate, diversi accessi per lo stesso motivo) e segnalarle allo staff;
- Eseguire un esame obiettivo per rilevare eventuali segni fisici (indicatori di abuso);



Graf. 8 - Codice colore di priorità in Triage per sospetto abuso

- Inserire i dati riferiti e constatati nella scheda di Triage computerizzata (importante anche per la stima del fenomeno), precisando chi riferisce il caso, chi è l'accompagnatore del minore e chi è l'abusante;

- Assegnare il Codice Colore di Priorità Giallo, poiché esiste una criticità psicologica tale da dover essere valutata in tempi rapidi, garantendo un percorso preferenziale al bambino ed evitando soste prolungate in luoghi non idonei (è opportuno nei casi di sospetto abuso, proteggere il piccolo paziente dall'ambiente esterno, portarlo in un luogo sicuro, dove non si senta minacciato e non rischi un nuovo incontro con l'abusatore);
- Prestare Assistenza Infermieristica durante la visita medica;
- Attivare il gruppo G.A.I.A. (Gruppo Abusi Infanzia Adolescenti presente all'interno dell'Ospedale "Meyer" di Firenze);
- Denunciare all'Autorità Giudiziaria tutti i casi sospetti (anche l'Infermiere è responsabile della denuncia in quanto pubblico ufficiale).

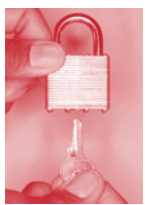
Protocollo infermieristico in Dea

- Conservare con cura vestiti o altri capi (fazzoletti, slip, asciugamano, lenzuola), non lavati;
- Non lavare la cute, le mucose della bocca e della regione ano-genitale fino a quando non sarà completato l'esame generale da parte dei vari specialisti;

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

Conclusioni

L'abuso nei minori rappresenta da sempre un argomento delicato che pone l'operatore sanitario di fronte alla difficoltà di apprezzare ed assistere correttamente il piccolo paziente. Questo trova la sua giustificazione per le reazioni per-



ORARI DELL'UFFICIO AL PUBBLICO

COLLEGIO DI TERNI

Si comunica agli iscritti del Collegio IP.AS.VI. di Terni che in concomitanza delle feste natalizie la segreteria non effettuerà l'apertura al pubblico nei seguenti giorni:


GIOVEDÌ 24 DICEMBRE 2009 CHIUSO

GIOVEDÌ 31 DICEMBRE 2009 CHIUSO ●

sonali e gli stati d'animo che evoca (paura, sdegno, rabbia), per la difficoltà mentale di accettare che il fatto denunciato sia realmente accaduto; il commento immediato e spontaneo di chi riceve una notizia di abuso, è del tipo: "non è possibile", "non può essere vero". Inoltre la non quotidiana presentazione in PS del problema disorienta gli operatori.

Spesso nella pratica non si riconosce o si sottovaluta il racconto dell'evento traumatico. Analizzando questi elementi, e sulla base dei dati raccolti nel lavoro presentato, si è vista l'esigenza di stilare un protocollo per la gestione di questi casi in grado di fornire uno strumento fruibile ad ogni operatore in P.S. Questo dovrebbe permettere di accogliere, seguire ed accompagnare in un cammino di recupero le piccole vittime.

Le aspettative di questo protocollo sono quelle di riuscire a portare ad una maggiore conoscenza del problema, con migliore trattamento dello stesso.

Questo documento offrendo una via codificata di trattamento, dovrebbe facilitare le operazioni assistenziali e indirizzare gli utenti verso un cammino prestabilito con figure professionali specifiche e competenti. 

BIBLIOGRAFIA

- [1] ADAMS J.A., Medical evaluation of suspected child abuse, *J. Pediatr Adolesc Gynecol*, 17: 191, 7, 2004.
- [2] AGNOLI F., GHETTI S., Testimonianza infantile e abuso sessuale, *Età evolutiva*, pp. 66-75, 1995.
- [3] BRITTEL M., ET AL., Raccomandazioni per il lavoro nel campo della protezione dei bambini nelle cliniche pediatriche e nei reparti di pediatria, *Società svizzera di pediatria e chirurgia pediatrica*, giugno 2001.
- [4] Carta di Noto, *Regole per l'esame del minore in caso di abuso sessuale*, Noto, 6-9 giugno 1996.
- [5] CESA BIANCHI M., SCABINI E. (a cura di), *La violenza sui bambini*, Franco Angeli, Milano 1993.
- [6] CROSS T.P., DE VAS E., WHITCOMB D., Prosecution of Child Sexual Abuse. Which Cases Accepted?, 1994, *Child Abuse and Neglect*, 18, 8: 661-677.
- [7] DEL VECCHIO S., L'indagine medico-legale nel delitto di violenza sessuale sui minori in: Giommi R., Perrotta M. (a cura di) *Pedofilia. Gli abusi, gli abusati, gli abusanti*, Edizione del Cerro, pp. 152-153, Firenze 1997.
- [8] MONTECCHI F., Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico, *La nuova Italia Scientifica*, pp. 17-19.
- [9] MONTECCHI F. (a cura di) *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*, FrancoAngeli, Milano 1998.
- [10] RIALTI S., PETRONE L.B., Chi ha paura del lupo cattivo?, *Manuale di prevenzione degli abusi sessuali per genitori, insegnanti, operatori, Self-help*, pp. 38-41.
- [11] SGROI, S.M., Handbook of clinical intervention in child sexual abuse, *Lexington Book*, Lexington, 1982.