

Dossier

Riconoscere e trattare il bambino maltrattato

di Rosario Scotto di Vetta



Introduzione

Il maltrattamento sui minori è un problema di proporzioni epidemiche sia in ambito nazionale che internazionale. Dato il numero di maltrattamenti sui minori e le terribili conseguenze che si possono sviluppare nel bambino, la tempestiva identificazione di un episodio di abuso sul minore è fondamentale. Nonostante il sostegno di associazioni internazionali e lo sviluppo di protocolli per il maltrattamento sui minori da parte delle organizzazioni professionali come la National Association of Pediatric Nurse Practitioners e la American Academy of Pediatrics, sono poco disponibili in letteratura le modalità di riconoscimento di maltrattamento da parte di medici, infermieri e altri operatori sanitari che forniscono assistenza in ambito pediatrico. (Gail Hornor, ET al., 2013) Lo scopo è quello di individuare e gestire il paziente pediatrico con sospetto e/o accertato maltrattamento al fine di mettere in sicurezza il bambino stesso.

Epidemiologia

A livello mondiale, vi è una mancanza cronica di dati sulle violenze sui bambini che mina la comprensione del fenomeno e quindi l'intervento di contrasto. In uno studio ONU sulla violenza contro i bambini i numeri emersi quasi certamente sottostimano il problema. Utilizzando diversi studi e i dati demografici del 2000, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che oggi l'incidenza di rapporti sessuali forzati e di altre forme di violenza che includono un contatto fisico si attesti, tra bambini e bambine sotto i 18 anni, rispettivamente a 73 milioni e 150 milioni di casi. Ogni anno, circa 275 milioni di bambini si stima assistano in tutto il mondo a violenze domestiche (Etienne G. Krug, et al. 2002). Quest'esposizione produce un impatto negativo sullo sviluppo dei bambini tanto nel breve quanto a lungo termine. I dati dell'OMS mostrano che almeno 53.000 bambini tra 0 e 17 anni sono stati assassinati soltanto nel 2002. (Alexander Butchart, ET al., 2006).

Secondo una relazione europea sulla prevenzione del bambino maltrattato stima che oltre 18 milioni di bambini al di sotto dei 18 anni ha subito maltrattamenti durante la loro infanzia e almeno 850 bambini più piccoli di 15 anni di età muoiono a causa degli abusi ogni anno. Le indagini della comunità europea rivelano che la prevalenza dei handicap tipici degli abusi è alta: 9,6% per abusi sessuali (13,4% in ragazze e 5,7% nei maschi), 22,9% per quelli fisici e il 29,1% per abusi mentali senza reali differenza tra i sessi. (Lancet, 2013)

Considerando il vuoto grave del “sistema Italia” che è ancora oggi privo di un sistema informativo per la raccolta dati, istituzionalizzato ed omogeneo, sul maltrattamento nei confronti dei bambini e di conseguenza di un adeguato sistema di monitoraggi, il primo progetto, per la sua natura pilota, è stato elaborato da Terre des Hommes e CISMAI avviato nel 2012. L’indagine ha raggiunto una popolazione pari a circa 5 milioni di abitanti, intercettando un bacino di quasi 50.000 minori in carico ai Servizi Sociali. Dai risultati si evince che ben il 6,36% dei minori viene assistito dai servizi sociali dei comuni e che 1% è assistito perché maltrattato. In altre parole 1 minore su 100 fra la popolazione minorile residente risultano vittime di abusi. Il maltrattamento riveste anche in Italia un ruolo di primo piano. (Andrea Bollini, ET al., 2013)

Definizione di maltrattamento

L’abuso nell’infanzia può concretizzarsi in: maltrattamento che può essere fisico o psicologico, patologia delle cure quali incuria, ipercuria e discuria, e infine l’abuso sessuale. Nel maltrattamento fisico, fatto salvo che non vi siano differenze procedurali in base alla seguente definizione, si può considerare che nella letteratura internazionale viene descritta la presenza di un danno fisico dovuto ad aggressioni, maltrattamenti , punizioni corporali o gravi attentati all’integrità fisica e alla vita da parte o permessa dai genitori o dalle persone legalmente responsabili del bambino. (Aaron N. Leetc, 2013).

Il maltrattamento psicologico, ossia verbalizzazioni o comportamenti attivi od omissivi che si configurano come pressioni psicologiche, ricatti affettivi , indifferenza , rifiuto , denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono nel bambino lo sviluppo di competenze cognitive ed emotive fondamentali quali l’intelligenza, l’attenzione, la percezione, la memoria. (Aaron N. Leetc, 2013)

Un non adeguato provvedimento ai bisogni fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo e all’età del bambino può comprendere : l’Incuria, insufficienza di cure (cibo ,igiene,cure mediche) che si manifesta con ripercussioni sullo stato di salute ,con segni fisici e comportamentali; la Discuria, le cure sono fornite in modo distorto, non appropriato al momento evolutivo e/o alle necessità del bambino; Ipercuria, cure somministrate in eccesso e persistente ed eccessiva medicalizzazione .(Aaron N. Leetc, 2013)

Approccio al bambino maltrattato

Il ruolo dei professionisti di area pediatrica deve essere concentrato principalmente sui temi della individuazione di abuso e di abbandono e in caso di sospetto, denunciarla agli organismi appropriati, e di facilitare le successive valutazioni e trattamento (Dubowitz, Feigelman, Lane, e Kim, 2009). Tuttavia, Dubowitz e colleghi discutono anche del ruolo degli operatori sanitari per la prevenzione degli abusi e maltrattamento sui minori.

Su questa tematica si inserisce uno studio che esamina l'associazione tra il rapporto di bambini che subiscono violenza domestica e i loro genitori con disagio psicologico e il raggiungimento di tutte le tappe dello sviluppo entro i primi 72 mesi di vita del bambino. Sotto quest'ottica prevenire gli abusi monitorando l'ambiente familiare in cui il bambino cresce è senz'altro determinante per un completo sviluppo psico-motorio (Gilbert AL. Et al., 2013).

Gli aspetti da considerare sia in triage che al momento della raccolta dell'anamnesi ed esame obiettivo sono (Aaron N. Leetch, 2013):

- Elementi anamnestici:

- ritardo rispetto all'evento dichiarato nell'accesso in PS o nel ricorso alle cure
- anamnesi incerta o contraddittoria: dinamica dell'evento vaga, povera di dettagli o versioni contrastanti fornite dai familiari
- anamnesi contrastante con l'obiettività: descrizione della dinamica dell'incidente non compatibile con tipologia, sede, estensione e gravità della lesione o con l'età del bambino
- ripetizione degli eventi con tendenza a progressivo aggravamento: precedenti accessi e/o ricoveri reiterati del bambino per eventi dichiarati accidentali
- violenza intra-familiare già segnalata ai servizi sociali

- Elementi clinici:

- lesioni multiple e/o di diverso tipo: associazione di traumi, ustioni o esiti di ustioni
- lesioni di diversa cronologia ed in diverso stato di guarigione

- aspetto tipico di lesione inflitta: morsi, graffi, ecchimosi e lesioni figurate (dita, oggetti), alopecia traumatica, ustioni a margini netti o da immersione o contatto forzati, segni di strangolamento
- sede atipica di lesione accidentale : glutei, genitali, superficie interna cosce, tronco, collo, guance, dorso mani
- entità delle lesioni proporzionata alla dinamica riferita : ustioni (rapporto tra grado, tempo di esposizione e temperatura dell'agente); trauma cranico con grave sofferenza cerebrale da caduta "accidentale"; fratture multiple, gravi, in sedi diverse

- Elementi comportamentali:

- atteggiamento dei familiari: indifferenza rispetto a situazioni serie, minimizzazione/negazione dell'evidenza; attribuzione della colpa dell'evento ad altri, aggressività ingiustificata dei genitori nei confronti dei sanitari,
- comportamento del bambino: pianto non consolabile dal genitore, paura, reticenza, passività, apatia, violenza, aggressività, iperattività, attaccamento indiscriminato ad estranei

Nell'anamnesi, condivisa con l'intera équipe, bisogna:

- 1.a) Riportare racconti in assenza del minore.
- 1.b) Ascoltare quindi il minore, trascrivendo tra virgolette quanto riferito spontaneamente, senza porre domande dirette.
2. Visita e procedure d'urgenza (esami di laboratorio, esami strumentali, radiologici, consulenze)
3. Colloquio assistente sociale con accompagnatore e/o bambino.
4. Visita neuropsichiatrica.

L'identificazione precoce del maltrattamento sui minori associato ad un intervento appropriato porta a risultati migliori per le vittime di maltrattamento. Una valutazione psicosociale approfondita fornisce preziose informazioni sull'individuare un maltrattamento sui minori. Una valutazione psicosociale completo ad intervalli di tempo dovrebbe essere

proposta anche ai genitori o tutori. Dovrebbe essere chiesto se ci sono cambiamenti in casa o in famiglia rispetto l'ultima visita, in particolare quei cambiamenti che potrebbero interessare il bambino.

Gli abusi sui minori vengono denunciati comunemente ai dipartimenti di emergenza. Ogni singolo caso viene valutato da medici, assistenti sociali e legali. Una possibile visita forense deve essere effettuata solo dopo che il bambino è clinicamente stabile. Gli operatori sanitari devono conoscere i fattori di rischio e questo sicuramente aiuta ad individuare i casi di abuso. Il loro ruolo è quello di agevolare un'indagine approfondita sul caso, trattare le esigenze mediche ed infermieristiche, proteggere il minore e fornire una consulenza imparziale alle autorità competenti, una testimonianza etica in caso di convocazione in tribunale. (Aaron N. Leetc, 2013).

Poca ricerca è stata condotta sulla efficacia di screening nell'ambito delle cure primarie nella prevenzione del maltrattamento sui minori. Preventive Services Task Force ha trovato prove sufficienti per raccomandare a favore o contro lo screening di routine dei genitori o tutori per l'abuso fisico o trascuratezza dei bambini. Tuttavia, la USPSTF afferma che tutti i medici esaminano i bambini dovrebbero essere attenti a segni e sintomi fisici e comportamentali associati a maltrattamento o negligenza.(Virginia A. Moyer, et al., 2013). Sforzi universali o primari di prevenzione possono rivolgersi a tutti i bambini che ricevono cure primarie con l'intento di individuare bambini e famiglie con fattori di rischio noti per il maltrattamento sui minori (Sidebotham, ET al., 2006) , così come l'esposizione ad abusi sessuali e / o abuso fisico .

Conclusione

La violenza sui bambini si verifica ovunque, in ogni nazione, società e gruppo sociale. Le violenze accertate sui bambini possono fare notizia, ma sono gli stessi bambini ad affermare che anche piccoli e ripetuti atti di violenza e di abuso commessi su base quotidiana provocano loro sofferenze, intaccando la loro autostima, serenità e senso di fiducia nel prossimo. Sebbene alcune violenze si verificano in modo imprevedibile e isolato, la maggior parte di quelle sui bambini sono commesse da persone in cui dovrebbero poter riporre la loro fiducia: genitori, fidanzati o fidanzate, sposi o partner, compagni di scuola, maestri e datori di lavoro. Il grosso delle violenze sui bambini rimane nascosto; i bambini sottoposti a violenze, così come quelli che li assistono, spesso restano in silenzio, per timore di punizioni e a causa della riprovazione sociale che la violenza comporta tanto per chi la subisce quanto per chi la commette. Molte persone, e tra queste i bambini, accettano la violenza come un aspetto inevitabile della vita. Spesso, i bambini che hanno subito violenze o che ne sono a conoscenza restano in silenzio, perché non ci sono modi sicuri o affidabili per denunciarle o per chiedere aiuto. Gli abusi sui minori sono emotivamente impegnativi ed è un problema comune di tutti gli operatori sanitari dell'ambito pediatrico a livello globale. Gli operatori sanitari sono in una posizione privilegiata per agire sulle minacce e l'incolumità fisica e di individuare gli abusi prima che ne consegua una condizione di morbilità significativa o mortalità. L'identificazione precoce di abuso può anche portare a un trattamento precoce delle conseguenze psicologiche ed emotive, quelle che non possono trattate adeguatamente nel contesto di emergenza. Anche se nessun dato è al 100% specifico per abuso, l'abilità dell'operatore che fornisce assistenza può essere determinante per contribuire a contenere questo grave problema sociale.

Bibliografia

- 1) Gilbert al, Bauer NS et al. Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones. *Pediatrics*, 2013; 132 (6): e1577-83.
- 2) Gail Hornor, DNP, CPNP. Child Maltreatment: Screening and Anticipatory Guidance. *Journal of Pediatric Health Care*, 2013; 27, 242-250
- 3) Alexander Butchart, Alison Phinney Harvey et al. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organisation, 2006.
- 4) Lancet. Child maltreatment in Europe: taking a public health approach. 2013; 382(9898):1072.
- 5) Andrea Bollini, Federica Giannotta, Antonello Angeli. Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?. 2013
- 6) Aaron N. Leetch, Dale Woolridge. Emergency Department Evaluation of Child Abuse. *Emerg Med Clin N Am* 31. 2013: 853-873
- 7) Dubowitz, H., Feigelman, Et al. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The safe environment for every kid model. *Pediatrics*. 2009; 123: 858-864.
- 8) Sidebotham, Peter and Heron, Jon. Child maltreatment in the "children of the nineties" : a cohort study of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 2006; Vol.30 (No.5). pp. 497-522.
- 9) Virginia A. Moyer, MD, MPH, et al. Primary Care interventions to prevent child maltreatment: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013; 159:289-295

Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, Rafael Lozano. World Report on Violence and Health. World Health Organization. 2002.