

SCREENING DI PRONTO SOCCORSO DELL'ABUSO E MALTRATTAMENTO SU MINORE: IL METODO DEGLI INDICATORI DI SOSPETTO

Antonino Reale

Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Il Pronto Soccorso rappresenta la maggiore opportunità di riconoscimento dei casi di abuso nell'infanzia. La reale prevalenza delle vittime di abuso non è ancora correttamente stabilita variando ampiamente, nella letteratura, con una stima dello 0,5-1,5% degli accessi in un Pronto Soccorso Pediatrico (Euser *et al.*, 2010; DCSF, 2008). In alcuni Paesi è stata riportata una prevalenza anche maggiore; in alcuni studi effettuati in Olanda, ad esempio, è risultata essere del 3%; tale discrepanza è conseguente alle diverse modalità di raccolta dei dati, in quanto, in molti studi, sono stati considerati anche i casi segnalati dai Servizi Sociali, quelli di riscontro scolastico o identificati durante altre attività.

I dati epidemiologici sembrerebbero concordare, in ogni caso, sul fatto che l'abuso sui minori rimane un fenomeno in gran parte "sommerso", pertanto risulta importante l'attività di rilevazione per poter identificare i casi misconosciuti. Nella stessa definizione di abuso si possono riscontrare difformità, in relazione a fattori sociali e culturali di ogni singolo Paese: atti che in alcune circostanze potrebbero essere classificati come abusivi, in altre situazioni non vengono percepiti come tali. Esempio di questa soggettività interpretativa si riscontra ancor maggiormente nella definizione dell'incuria, dove il confine tra maltrattamento e situazioni di grave disagio economico e culturale, può apparire molto labile.

Sebbene il Pronto Soccorso rappresenti il bacino di prima accoglienza per le vittime di abuso, è facile comprendere che la natura stessa della struttura, dedita alle urgenze, sovraccarica di lavoro e caratterizzata da necessità di rapidità nei processi decisionali, faccia sì che una diagnosi di sospetto abuso possa non essere intercettata (van Haeringen *et al.*, 1998). Oltre all'elevata affluenza di pazienti, altri motivi di sottostima in Pronto Soccorso risultano essere: l'insufficiente formazione dei medici (anche pediatri), l'assenza del rapporto di fiducia tra il Personale Sanitario con il bambino e i suoi genitori, la carenza di privacy. Il mascheramento da parte degli aggressori, della famiglia o della stessa vittima rappresenta un altro ostacolo riscontrabile nell'abuso sui minori, così come la resistenza psicologica ad ammettere un fenomeno ritenuto aberrante e lo scetticismo sull'efficacia degli interventi. Ultima, ma non per questo meno importante, l'inosservanza dei doveri di legge, che impongono l'obbligo di referto giudiziario ogniqualvolta un esercente la professione sanitaria sospetti un caso di abuso.

Per i motivi sopra elencati è evidente la necessità della creazione di strumenti di ausilio per il personale sanitario al fine di fornire una maggiore efficienza in tema di riconoscimento di abuso.

La letteratura scientifica internazionale sembra essere d'accordo sull'ideazione e applicazione di indicatori di screening da utilizzare in Pronto Soccorso, che abbiano le seguenti caratteristiche: essere di rapida attuazione, di facile esecuzione, attuabili da tutto il Personale Sanitario e dotati di ampia sensibilità e specificità.

Ad oggi, non è ancora stato realizzato uno strumento unico e condiviso dalla comunità scientifica internazionale (Louwers *et al.*, 2010), tuttavia in diversi studi, i ricercatori hanno codificato degli indicatori, misurandone sensibilità e specificità.

Tra i primi studi effettuati in tema di screening, in Canada nel 1987 introducevano una checklist di 10 domande somministrate dagli infermieri del Pronto Soccorso ai pazienti con trauma; tale studio è

stato effettuato su un campione di 2211 bambini da 0 a 5 anni (Pless *et al.*, 1987). Tuttavia, l'utilizzo di tale checklist mostrava di aumentare solo modestamente la capacità di riconoscimento del fenomeno, passando la sensibilità dallo 0,86% all'1,13% (Pless *et al.*, 1987).

Nel Regno Unito Sidebotham e Pearce nel 1997 valutavano l'efficacia dell'utilizzo di indicatori nella pratica clinica mediante uno studio prospettico su 2345 minori, mostrando un aumento della capacità di riconoscimento delle vittime di abuso. I cinque indicatori utilizzati erano: se i pazienti erano già stati in Pronto Soccorso, se l'anamnesi non era coerente, se l'esame obiettivo e la storia clinica erano non coerenti fra loro, se c'era stato un ritardo nel portare il bambino al Pronto Soccorso rispetto al momento del trauma, se c'erano fratture al cranio in bambini con età inferiore ad un anno (Sidebotham & Pearce, 1997). Gli autori consideravano significativa la presenza di almeno due indicatori, in quanto gli item erano singolarmente poco specifici. I casi risultati positivi allo screening venivano successivamente discussi dal team dedicato, come possibili casi di abuso. Dopo un periodo di training del personale, si osservava un incremento nell'utilizzo dello screening e relativo aumento dei casi identificati come sospetti abusi (0,22% → 1,32%). Limite di tale studio risultava, tuttavia, l'assenza della successiva conferma dei casi sospetti e quindi la mancata conoscenza della sensibilità di questo strumento.

Nel 2002 Benger e Pearce dimostravano come l'utilizzo, da parte degli infermieri di triage, di una semplice flow chart, aumentava la consapevolezza e la vigilanza degli operatori sanitari (Benger & Pearce, 2002).

Il gruppo inglese di Woodman nel 2008 e nel 2010 valutava e comparava alcuni dei più utilizzati screening, senza tuttavia identificarne uno con elevata sensibilità per l'abuso fisico; secondo gli autori, l'unico elemento in grado di aiutare il medico nel sospettare l'abuso era rappresentato dal tipo di lesione riportata (Woodman *et al.*, 2010; Woodman *et al.*, 2008).

Fra i più recenti studi, quello olandese di Louwers del 2014, lo *European Study of Cohorts for Air Pollution Effects* (ESCAPE), proponeva lo strumento di screening utilizzato in Pronto Soccorso e denominato *ESCAPE form* basato su 6 semplici domande. Nello studio multicentrico su 18275 pazienti analizzati in Pronto Soccorso, 420 bambini risultavano positivi allo screening e di questi 44 venivano successivamente confermati quali abusi. Diversamente dei 17.855 bambini in cui lo screening risultava negativo, solo 11 risultavano vittime di abuso (Louwers *et al.*, 2014). La sensibilità non risultava quindi molto elevata (80%), mentre lo era la specificità (98%). Gli indicatori utilizzati prevedevano 6 domande per determinare il sospetto di abuso sul minore. Una o più domande barrate nelle caselle scure della Figura 1 indicano la possibilità di un incremento del rischio dell'abuso sul minore e ulteriori azioni sono raccomandate.

1. La storia è coerente?	Si	No
2. C'è stato un ritardo immotivato nel richiedere aiuto medico?	Si	No
3. Le lesioni sono coerenti con il grado di sviluppo psicomotorio?	Si	No
4. Il comportamento e le interazioni tra bambino e genitori sono appropriati?	Si	No
5. C'è coerenza fra esame obiettivo e anamnesi?	Si	No
6. Ci sono altri segnali che evocano dubbi sulla sicurezza del bambino o di altri membri della famiglia? *Se sì, descriva gli altri segnali nel box sottostante «altri commenti» Altri commenti	Si*	No

Figura 1. *ESCAPE form*: domande-indicatori di sospetto per l'abuso sui minori che accedono in Pronto Soccorso

I pazienti risultati positivi allo screening, venivano reclutati se il tipo di danno rispettava i criteri di inclusione dello studio: le lesioni fisiche o psicologiche erano causate attivamente o per grave negligenza della persona che si prendeva cura del bambino, vi era stato rifiuto delle cure mediche, il bambino aveva assistito a violenza domestica o atti sessuali, o lui stesso era vittima di violenza sessuale. Criteri di esclusione erano: sospetto abuso avvenuto molto tempo prima della visita in Pronto Soccorso, intossicazione da alcool, tentato suicidio, lesioni causate da sconosciuti o da coetanei.

I punti di forza di questo studio sono rappresentati dalla multicentricità, dall'elevato numero di casi arruolati e dall'incremento dei casi identificati dopo l'introduzione dello screening (da 0,1% a 0,3%). Un limite dello studio è rappresentato dall'assenza di follow-up e quindi dalla mancanza della conferma dei casi sospetti.

Un ulteriore recente studio olandese ha utilizzato una checklist composta da 9 item, definita SPUTOVAMO (Sieswerda-Hoogendoorn, 2011; Teeuw *et al*, 2015) accompagnati da un esame obiettivo strutturato "dalla testa ai piedi", oltre all'ausilio della consulenza psichiatrica ove ritenuta necessaria. L'utilizzo dell'associazione dello screening con l'esame obiettivo strutturato ha permesso una maggiore aderenza all'attuazione dello screening, rispetto all'uso della sola checklist. Non è nota, tuttavia, la sensibilità di questo metodo.

Di seguito viene riportata la checklist SPUTOVAMO:

1. *Di che tipo di lesione si tratta? Dove è posizionata?*
2. *Quali sono le caratteristiche della lesione?*
3. *Quando è avvenuto l'incidente? Quanto tempo fa?*
4. *Qual è la causa dell'incidente?*
5. *Che spiegazione è stata fornita?*
6. *Chi ha causato l'incidente?*
7. *C'erano testimoni? Chi?*
8. *Che misure sono state prese?*
9. *Ci sono lesioni antecedenti all'esame obiettivo?*

Presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, dal 2010 viene utilizzato uno screening per l'abuso che utilizza una checklist basata sull'utilizzo di 13 item, la cui sensibilità e specificità è attualmente in corso di valutazione. Gli indicatori utilizzati sono questi di seguito indicati:

1. incongruenze anamnestiche: anamnesi che non spiega le cause delle lesioni o delle patologie rilevate, anamnesi incoerente sulla causa delle lesioni, anamnesi non compatibile con l'obiettività clinica rilevata;
2. dichiarazione (degli accompagnatori del minore) di un sospetto abuso, violenze domestiche, molestie o violenze sessuali;
3. bambino esposto all'uso di sostanze stupefacenti;
4. storia di precedenti abusi o di violenze domestiche;
5. bambino in condizioni di abbandono, o con genitori cui sia sospesa la potestà genitoriale;
6. grave trascuratezza fisica che provochi condizioni patologiche del minore (patologia delle cure);
7. evidente e grave mancanza di tempestività di cure mediche e/o mancato rispetto di cure mediche specificamente raccomandate, con pregiudizio per la salute di un minore.
8. ecchimosi inspiegabili;
9. ustioni inspiegabili o estese a più del 10% della superficie corporea, ustione da sigaretta, ustioni sui genitali;
10. evidenza di lesioni traumatiche multiple avvenute in tempi diversi (lesioni policrone), non riconducibili alle consuete attività ludico-sportive, in particolare se sotto i 3 anni.

11. fratture sotto l'anno di vita senza storia coerente;
12. annegamento, asfissie meccaniche violente;
13. precipitazione.

Tra tutti i sistemi di screening attualmente validati, quello che sembra presentare una più semplice applicazione, una buona sensibilità e un'elevata specificità è risultato essere la lista di domande-indicatori del progetto ESCAPE e, per tale motivo, è quello che il gruppo di lavoro sull'abuso del minore del progetto REVAMP propone di adottare nei diversi Pronto Soccorso. L'utilizzo di un sistema unico, condiviso a livello nazionale potrebbe facilitare notevolmente la rilevazione dei sospetti casi di abuso.

Risulta infine determinante la formazione del Personale di Pronto Soccorso, in modo che medici e infermieri, anche nei centri con minor esperienza, sappiano riconoscere i casi sospetti.

Bibliografia

- Benger JR, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2002;324(7340):780.
- Department for Children, Schools and Families. DCSF: referrals, assessments of children and young people who are the subject of a child protection plan or are on child protection registers: year ending 31 March 2007. London, England: Department for Children, Schools and Families; 2008.
- Euser EM, van Ijzendoorn MH, Prinzie P, *et al.* Prevalence of child maltreatment in The Netherlands. *Child Maltreat* 2010;15(5):17-9.
- Louwens ECFM, Affourtit MJ, Moll HA de Koning HJ, *et al.* Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2010;95(3):214-8.
- Louwens ECFM, Korfage IJ, Affourtit MJ, *et al.* Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse and Neglect* 2014;38(7):1275-81.
- Pless IB, Sibald AD, Smith MA, *et al.* A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms. *Child Abuse & Neglect* 1987;11(2):193-200.
- Sidebotham PD, Pearce AV. Audit of child protection procedures in accident and emergency department to identify children at risk of abuse. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 1997;315(7112):855-6.
- Sieswerda-Hoogendoorn T, Boos S, Spivack B, *et al.* Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European Journal of Pediatrics* 2011;171(3):415-23.
- Teeuw AH, Sieswerda-Hoogendoorn T, Sangers EJ, *et al.* Results of the implementation of a new screening protocol for child maltreatment at the Emergency Department of the Academic Medical Center in Amsterdam. *Int Emerg Nurs* 2016;24:9-15.
- Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery -Will he doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 1998;22(3):159-69.
- Woodman J, Lecky F, Hodes D, *et al.* Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child: Care, Health and Development* 2010;36(2):153-64.
- Woodman J, Pitt M, Wentz R, *et al.* Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technology Assessment* 2008;12(33):1-118.