

TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO DEI BAMBINI VITTIME DI ABUSO O MALTRATTAMENTO

Anna Plebani, Barbara Cantoni

Unità Operativa Semplice Pronto Soccorso Pediatrico, Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Analisi del fenomeno

Dalla relazione della World Health Organization (WHO, 2013) emerge che la stima di bambini vittime di abusi e maltrattamenti che richiedono prestazioni sanitarie, siano circa 40 milioni. In Europa il maltrattamento infantile, causa la morte di circa 850 bambini di età inferiore ai 15 anni. Tale numero tuttavia, risulta tristemente in difetto, per la presenza di una forte sottostima del fenomeno.

La differenza risiede nel fatto che i numeri riportati sono legate al riconoscimento delle forme più severe di maltrattamento, che giungono all'attenzione degli ospedali e a seguire alla tutela dei minori, sovente il minore resta vittima di forme di maltrattamento che non vengono riconosciute e che pertanto possono essere perpetrate sulla vittima per anni. Tutto questo rappresenta il sommerso che deve essere posto ad una attenta osservazione e presa in carico.

In Italia, un'indagine quali-quantitativa condotta dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI) in collaborazione con *Terre des Hommes* ha cercato di fotografare in termini reali e attuali la dimensione del fenomeno del maltrattamento sui minori residenti in Italia.

L'indagine è stata avviata nel primo semestre del 2012, periodo nel quale è stato sottoposto ai Comuni e alle sedi competenti dei Servizi Sociali, un questionario sul tema. Analizzando i casi presi in carico dai servizi sociali, è emerso che 1 bambino su 100 ovvero lo 0.98% del totale dei bambini residenti, è stato vittima di una "forma di maltrattamento". Se la popolazione italiana minorile, determinata dai dati dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), è stimata all'11 gennaio 2012, di 10.576.660 minori, è quindi plausibile ipotizzare, che in Italia 100.000 minori siano potenziali vittime di maltrattamento.

L'indagine fa risiedere nel sesso femminile, l'esposizione maggiore al rischio con il 52,51% dei casi, rispetto a quello maschile che ricopre il 47,48%. Nello specifico emerge che il 52% sarebbe vittima di trascuratezza materiale e/o affettiva, il 16% di violenza assistita, il 12% di maltrattamento psicologico, il 6% di abuso sessuale, il 6% di patologia delle cure e il 4% di maltrattamento fisico (Bollini *et al.*, 2013).

Valutando queste stime, è possibile dichiarare che un professionista sanitario che svolge la sua attività presso le aree pediatriche, possa trovarsi ad assistere un paziente vittima di maltrattamento.

Purtroppo il riconoscimento dei gli indicatori di abuso può risultare ostacolato da diversi fattori quali: mancanza di una formazione specifica, attivazione di resistenze personali che, attraverso rimozioni o negazioni dell'evento fungono da meccanismi di difesa per evitare sofferenze rispetto a proprie esperienze e/o propri modelli socioculturali, paura di danneggiare il rapporto di fiducia tra bambino e genitori o altri membri della famiglia. Ciò nondimeno, identificare e segnalare immediatamente i segni di abuso o di sospetto, è indispensabile per eseguire, se necessario, ulteriori accertamenti che permettano la cosa più importante: proteggere il minore.

Il Pronto Soccorso rappresenta un “nodo di intercettazione importante” per i fenomeni di abuso e maltrattamento. Questo principalmente, in ragione dell’elevato numero di accessi, per svariati bisogni di salute. I traumi di varia natura, ad esempio, rappresentano una causale abbastanza considerevole di afferenza pediatrica alle prestazioni di Pronto Soccorso. Stime internazionali riportano che: l’abuso fisico o trauma non accidentale, risultano essere la principale causa di trauma cranico grave nei lattanti, con significativi livelli di morbilità e mortalità, tanto che circa l’80% di tutte le morti dovute a trauma cranico nei bambini al di sotto dei 2 anni d’età, sono il risultato di traumi non accidentali (Lancon *et al.*, 1998). Se si considera solo il traumatismo cranico (*Abusive Head Trauma*, AHT) numericamente significativo nelle causali di accesso ai Pronto Soccorso, studi riportano che il 24 per 100.000 dei traumi cranici in bambini con età inferiore ai 2 anni è riconducibile alla sindrome del bambino scosso.

Criticità nel rilevamento del fenomeno

Alla luce di quanto emerge dalla letteratura italiana ed estera, s’ipotizza che in Pronto Soccorso venga identificato solo un caso di maltrattamento su 10: ma la frequenza reale non è nota ed è sicuramente sottostimata.

La letteratura indica alcune criticità, che possono condurre ad una sottostima delle intercettazioni di casi legati ad abuso e maltrattamento, si è voluto provare a classificarle al fine di poter stilare una serie di problemi che possono essere affrontati e resi di minor impatto sulla gestione del processo:

- *Fattori legati alla location*
 - numerosità degli accessi
 - *rumors* di sottofondo
 - carenza di privacy
- *Fattori legati al personale*
 - mancanza di formazione specifica per il personale sanitario e di supporto
 - barriere personali di tipo emotivo
 - rifiuto
 - paure di ritorsioni medico legali
- *Fattori legati all’organizzazione*
 - mancanza di supporto multidisciplinare
 - mancanza di linee guida di riferimento
 - mancanza di “rete” inter ospedaliera
- *Fattori legati all’utenza*
 - mascheramento da parte degli aggressori o della vittima
 - eccessiva “medicalizzazione dell’utenza” (*over rule*)

I Pronto Soccorso vengono visti come unità operative dove la presenza di utenza non è mai prevedibile in quanto varia con i flussi e le richieste di bisogno di salute delle persone. Le organizzazioni pertanto, da sempre sono orientate a procedere in percorsi che mirino alla gestione del “sovraffollamento” in Pronto Soccorso, determinando prese in carico rapide e procedendo ad una “stabilizzazione e trasferimento” in aree di gestione. Questo concetto organizzativo risulta vincente nella stabilizzazione del paziente critico e determina efficacia ed efficienza nella gestione in acuto dei pazienti, ma quando ci si trova a gestire un paziente vittima di abuso/maltrattamento, presa in carico e attenta osservazione continua, risultano essere gli aspetti

migliori che permettono, al personale che si occupa della cura del paziente, di cogliere quelle particolari “sfumature” di atteggiamenti ad esempio, che possono essere gli unici aspetti visibili che portano ad un corretto riconoscimento della vittima.

Anche in presenza di una location che permette l'accettazione dei pazienti senza creare “l'effetto coda”, i rumori disturbanti come le continue interruzioni e la gestione della privacy dell'utenza durante la raccolta dati e nell'intero processo di presa in carico e cura, se il personale che vi opera non possiede formazione specifica, risulta impossibile proseguire nella gestione del processo. Mai come nei casi di riconoscimento di minore vittima di abuso, è importante che tutto il personale riceva formazione adeguata che permetta di “gestire” di fatto, le incertezze e le paure che possono scaturire nell'operatore, durante la gestione di questi particolari pazienti.

Nella gestione dei bambini potenzialmente vittime di maltrattamento, è fondamentale che ogni operatore sappia cosa andare a ricercare e come interpretare quella particolare manifestazione emotiva o clinica, raccolta in anamnesi o valutata durante le fasi di cura, e questo è ottenuto solo attraverso una formazione costante e un confronto con esperti del settore.

Il confronto è fondamentale, così come lo sono linee guida operative a cui ogni operatore sanitario possa far riferimento durante la gestione di questi casi.

L'organizzazione deve prevedere il confronto e soprattutto il sostegno di figure multidisciplinari che possano aiutare i professionisti dell'area emergenza a gestire i bambini vittime di abuso/maltrattamento.

È primario rammentare, che la gestione di un bambino maltrattato, non è a carico unicamente del pediatra di Pronto Soccorso. Egli deve avere la possibilità di avvalersi del supporto di professionisti di *imaging*, e di specialità che anch'essi con formazione comprovata sull'argomento, possano determinare insieme la diagnosi clinica di abuso/maltrattamento, basandosi sulla scientificità delle manifestazioni riportate.

Anche questo aspetto di “gruppo clinico” potrebbe ridurre le paure legate a diagnosi errate ed eventuali ripercussioni di tipo medico legale, assolvendo anche sotto il profilo etico il professionista.

Le criticità che possono emergere da parte dell'utenza sono molteplici, ma quella maggiore è l'arte del mascheramento. In caso di maltrattamento di tipo fisico, le giustificazioni che vengono trovate sono legate a eventi che appunto possano giustificare la natura delle lesioni riportate, tuttavia anche l'eccessiva aggressività, le minacce velate di ripercussioni medico legali verso il medico di pronto soccorso in caso di un “presunto rifiuto di cure mediche” come ad esempio non effettuare un'indagine radiografica ritenuta superflua da parte del pediatra o il ricorso ad esami clinico strumentali anche particolarmente invasivi, o ancora la somministrazione di antibiotici o altri farmaci in assenza di comprovata motivazione clinica, possono prevaricare il ruolo istituzionale del medico e, di fatto, perpetrare nella violenza e nel maltrattamento che si esprime in questo caso, nella sfaccettatura più complessa del maltrattamento, ovvero quella legata alle cure.

Una delle criticità maggiori risiede proprio in questo ambito. Le competenze mediche acquisite della popolazione, se accompagnate da aggressività verbale, possono a volte determinare il ricorso alla cosiddetta “medicina difensiva” che spinge il professionista a perdere la lucidità clinica e assecondare il genitore al fine di non incorrere in rischi medico legali. L'assenza di rete intraospedaliera tra i vari ospedali della città e con la rete del territorio, impedisce di fatto, l'intercettazione di casi legati alla patologia delle cure, facendo emergere tardivamente gli aspetti evolutivi peggiori come la sindrome di Munchausen by proxy oppure ripercussioni psichiche nell'adolescente, che trovano le radici in comportamenti aberranti in ambito familiare.

Possibili soluzioni per il rilevamento del fenomeno

In ambito di Pronto Soccorso l'obiettivo che deve essere perseguito è quello del riconoscimento, che deve partire già dalla fase di triage, ovvero dal primo momento di accoglienza del paziente in Pronto Soccorso.

Il triage pertanto può essere riconosciuto come un punto strategico, che può permettere a personale qualificato e formato, non solo di assicurare i goal previsti dalla procedura di triage, e in primis quello di garantire assistenza immediata al malato che giunga in emergenza, ma anche quello di garantire il miglior percorso diagnostico terapeutico assistenziale incanalando i pazienti in percorsi condivisi che garantiscano i migliori esiti migliorando, la qualità delle prestazioni dei professionisti che operano in pronto soccorso. Obiettivo del triage sarà, quindi, quello di riconoscere, filtrare, individuare.

Il triage in questo particolare gruppo di pazienti non è solo “valutazione alla porta, valutazione soggettiva e oggettiva, esposizione cranio caudale”, ma l'osservazione critica legata all'identificazione degli accompagnatori, la valutazione delle reazioni parentali del bambino in presenza degli accompagnatori e l'identificazione e la valutazione di eventuali comportamenti anomali del paziente o dei suoi accompagnatori, acquisisce notevole importanza.

La valutazione soggettiva modifica il suo classico metodo espositivo, lasciando maggiore spazio alla raccolta dati effettuata spontaneamente dal minore, qualora questi espliciti il racconto. Non viene effettuata nessuna forzatura e non debbono essere dati suggerimenti, pertanto questa fase, a volte si riduce ad una raccolta dati riportata dagli accompagnatori che deve essere sempre perfettamente identificata e conclusa con un *read back* prima del salvataggio delle informazioni sul verbale.

Esistono alcuni indicatori che indirizzano il professionista nella rilevazione di parametri “sentinella”, tuttavia tali indicatori non sono produttori se non contestualizzati in professionisti con formazione specifica in tema di maltrattamento ai minori e dove sussista una completa presa in carico collegiale del bambino all'interno della struttura di emergenza.

Relativamente agli indicatori, quello che trova maggior sensibilità e specificità in ambito di Pronto Soccorso, è *ESCAPE Form* dello *European Study of Cohorts for Air Pollution Effects* (ESCAPE). Questo indicatore prende origine da un lavoro di ricerca sperimentato in 3 ospedali olandesi (Louwers *et al.*, 2014). L'*ESCAPE form* è composto da 6 domande che l'infermiere di triage si pone durante la procedura di accettazione, su tutti i pazienti che afferiscono alla struttura di Pronto Soccorso.

- La storia dichiarata è consistente?
- Vi è stato un ritardo alla richiesta di prestazione medica, in relazione allo stato clinico del paziente?
- Le lesioni riscontrate sul paziente sono compatibili con la storia e con lo sviluppo psico emotivo del bambino?
- I comportamenti tra il bambino e i suoi accompagnatori, sono adeguati?
- La valutazione “testa piedi” concorda con l'evento dichiarato?
- C'è qualche altra manifestazione che mette in dubbio la sicurezza del bambino o della famiglia?

Nell'articolo originale vengono messi in evidenza degli aspetti molto significativi:

- Alla prima risposta aberrante durante la raccolta dell'*ESCAPE*, l'infermiere triagista avvisa il medico di guardia, che ha la responsabilità della valutazione del rischio e implementare, o meno, il percorso di presa in carico e di gestione del bambino.

- È stato valutato che la mancanza di formazione del personale triagista, relativamente agli aspetti di abuso e maltrattamento, di fatto inficia l'applicazione dell'*ESCAPE form*.
- In molti paesi indicatori di abuso e maltrattamento non vengono applicati a tutti i pazienti pediatrici che afferiscono alla struttura di emergenza urgenza. La letteratura dichiara, ma non comprova, che effettuare uno screening su tutti i bambini che afferiscono alla struttura di Pronto Soccorso aumenta la possibilità di intercettazione dei minori vittima di maltrattamento.

La validazione di questo interessante screening determina un'ulteriore evidenza scientifica. Ogni item ha un range di sensibilità e di specificità, ma la presenza di una o più risposte non conformi determina una sensibilità dello strumento dello 0,80% e una specificità del 0,98% con una *p-value* <0,001. Tale strumento risulta molto affidabile in quanto con un basso grado di falsi positivi e in grado di individuare i pazienti realmente vittima di abuso e maltrattamento.

La soluzione che viene proposta pertanto è che alla luce di queste importanti ricerche scientifiche, possa essere esteso ai Pronto Soccorso pediatrici italiani, l'effettuazione dello screening *ESCAPE Form*, supportato da una formazione specifica e continua del personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso, in accordo con quanto definito (Linee Guida sulla formazione del personale del sistema di emergenza/urgenza, Accordo Stato-Regioni 2003) che definisce l'iter formativo del personale che opera presso i Pronto Soccorso.

Bibliografia

- Bollini A, Giannotta F, Angeli A. *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? Prima Indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini*. Castelnuovo Rangone (MO); Cismai (Coordinamento Italiano Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia); 2013.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria". *Gazzetta Ufficiale* 285, 25 ottobre 2001.
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza". *Gazzetta Ufficiale* 196, 25 agosto 2003.
- Forbes BJ, Levin AV. Abusive head trauma / shaken baby syndrome. In: Reynolds J, Olitsky S (Ed.). *Pediatric Retina*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011. p. 409-22.
- Lancon JA, Haines DE, Parent AD. Anatomy of the shaken baby syndrome. *Anat Rec* 1998;253(1):13-8.
- Louwers EC, 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.
- Ministero della Sanità. Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. *Gazzetta Ufficiale* 114, Roma 17 maggio 1996.
- Robyn N. Influences on registered nurses' decision-making in cases of suspected child abuse. *Child Abuse Review* 2002;11:168-78.
- Gruppo Formazione Triage. *Il Triage infermieristico*. New York, Stati Uniti: McGraw Hill; 2010.