

EPIDEMIOLOGIA DELL'ABUSO SU MINORE: SORVEGLIANZA E PROBLEMA DELL'UNDER REPORTING

Alessio Pitidis

Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il fenomeno della violenza su minore, specialmente quando correlato ad abuso o maltrattamento in ambito familiare e relazionale, è di difficile misurabilità poiché i casi di violenza sono di difficoltosa osservazione per un soggetto esterno per la mancata emersione dovuta alla naturale tendenza della vittima e degli aggressori a celare comportamenti devianti in ambiti sociali ristretti, familiari e di amicizia.

Per il bambino a questo si aggiunge il non ancora completo sviluppo della personalità, rispetto alla fase della piena maturità, e la dipendenza emotiva e materiale dalle persone adulte.

A questo consegue il caratteristico fenomeno di under reporting delle vittime di violenza in ambito relazionale nelle rilevazioni ufficiali (WHO, 2002; Waburton *et al.*, 2004), sia nelle rilevazioni degli eventi criminali, sia in quelle sanitarie. Addirittura a livello di mortalità sono presenti problemi di *under reporting* per i casi di violenza (Institute de Veille Sanitaire, 2008).

Tuttavia la letteratura scientifica indica che adeguati metodi di screening in *setting* di emergenza sanitaria (o a livello ambulatoriale) possono portare all'emersione dei casi di violenza su minore (Louwers *et al.*, 2010). Al naturale fenomeno di sotto rilevazione nei grandi registri di popolazione può aggiungersi il *bias* dovuto alla mancata o impropria registrazione dei casi per mancata o impropria conoscenza dei sistemi di codifica.

Per questo motivo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Tavolo Sorveglianza ed Epidemiologia del Progetto REVAMP (*REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum*) ha redatto un documento interno per l'utilizzo delle fonti informative sanitarie correnti di mortalità e morbosità. Tale documento si prefigge da un lato di fornire uno strumento di orientamento all'utilizzo delle codifiche attualmente presenti nei registri sanitari di popolazione, dall'altro di fornire un criterio logico di utilizzo uniforme delle codifiche medesime in modo che vengano registrate le diagnosi d'abuso, quando queste giungono all'osservazione del personale sanitario, e la dinamica dell'evento violento, in particolar modo il tipo di abuso e, se possibile, la relazione tra la vittima e l'aggressore e la storia d'abuso. Questo per ridurre la componente di sotto rilevazione dovuta alla non corretta registrazione sui registri sanitari degli episodi di violenza.

I registri sanitari di popolazione analizzati sono stati quello delle cause di morte per i decessi, quello delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per i ricoveri ospedalieri, e, infine quello di Pronto Soccorso dei flussi di Emergenza-Urgenza (EMUR) per gli accessi in Pronto Soccorso. Riguardo ai flussi EMUR di Pronto Soccorso sono stati analizzati i dati affluiti al sistema di sorveglianza di Pronto Soccorso Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione - *Injury Data Base* (SINIACA-IDB), cioè quelli relativi alle Regioni: Piemonte, Toscana, Abruzzo e Sardegna.

Sono stati presi in considerazione i dati di mortalità dell'ultimo anno disponibile (il 2012) e a questo è stata allineata l'analisi dei dati di ricovero ospedaliero e Pronto Soccorso.

Dai dati di mortalità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) (EuroSafe, 2014) per il periodo 2010-2012 nell'Unione Europea (UE) i bambini di età inferiore a 1 anno sono tra i gruppi di popolazione con il maggior tasso di mortalità annuo per violenza interpersonale (13 decessi ogni 1.000.000 bambini residenti), tale mortalità dipende al

70% da maltrattamento e negligenza. Tale tasso di mortalità scende a circa 2 decessi all'anno per milione di residenti nel complesso della fascia d'età pediatrica (0-14 anni). In età pediatrica circa il 50% della mortalità per violenza è dovuta a maltrattamento o negligenza.

I corrispondenti valori in Italia per i bambini sotto l'anno d'età sono di circa 5 decessi per violenza interpersonale all'anno ogni milione di bambini residenti nel periodo 2010-2012. Questo tasso di mortalità scende a 1 decesso all'anno per milione di residenti nella fascia d'età pediatrica (0-14 anni).

Tale tasso rimane piuttosto stabile nel periodo, malgrado un sensibile picco osservato negli anni 2008 e 2009. In valori assoluti si tratta in media di circa 9 bambini all'anno morti a causa di violenza interpersonale, in egual misura maschi e femmine.

Le diagnosi di abuso e maltrattamento non risultano rilevate nei record di mortalità, questo tuttavia può dipendere da incompletezza della registrazione, tenendo conto del fatto che dei 25 bambini morti nel periodo 2010-12 per violenza interpersonale il 64% avevano meno di 5 anni d'età e il 76% meno di 9 anni. Per il 56% si è trattato di bambine.

Quasi la metà dei decessi è legato all'uso di armi da fuoco o strumenti atti a offendere da taglio o punta, anche se lo strumento prevalente sono le armi da fuoco. Nella rimanente metà dei casi si è trattato principalmente di spinte o cadute dall'alto provocate oppure di uso di sostanze ustionanti, anche se non sono infrequenti gli annegamenti o soffocamenti e l'uso di mezzi o strutture di trasporto personali o collettivi quali strumenti di aggressione.

Dall'esame delle SDO dell'anno 2012 sono stati osservati in Italia 485 casi di aggressione o abuso di vittime di età pediatrica che hanno comportato ricovero ospedaliero. Di questi 183 sono stati diagnosticati come casi di abuso o maltrattamento su minore, i restanti 302 sono stati registrati quali casi di violenza interpersonale su minore senza diagnosi di abuso. Nelle SDO, dunque, il 38% circa del totale dei ricoveri per violenza interpersonale risulta registrato come diagnosi d'abuso. I ricoveri per violenza interpersonale (con o senza diagnosi d'abuso) riguardano nel 57,7% dei casi bambini di età inferiore ai 9 anni. In quasi tutte le classi d'età, tranne la 1-4 anni, i maschi sono più delle femmine, dunque in media il 57,3% dei ricoveri riguarda maschi.

Il tasso medio di ricovero è di 58,2 pazienti ogni milione di bambini residenti e il valore maggiore si osserva per i bambini sotto l'anno d'età (87,2 ricoveri x 1.000.000 residenti). In particolare il gruppo a maggior rischio è quello dei maschi di età inferiore a 1 anno, seguito dai maschi tra 10-14 anni e dalle femmine sotto l'anno d'età (Figura 1).

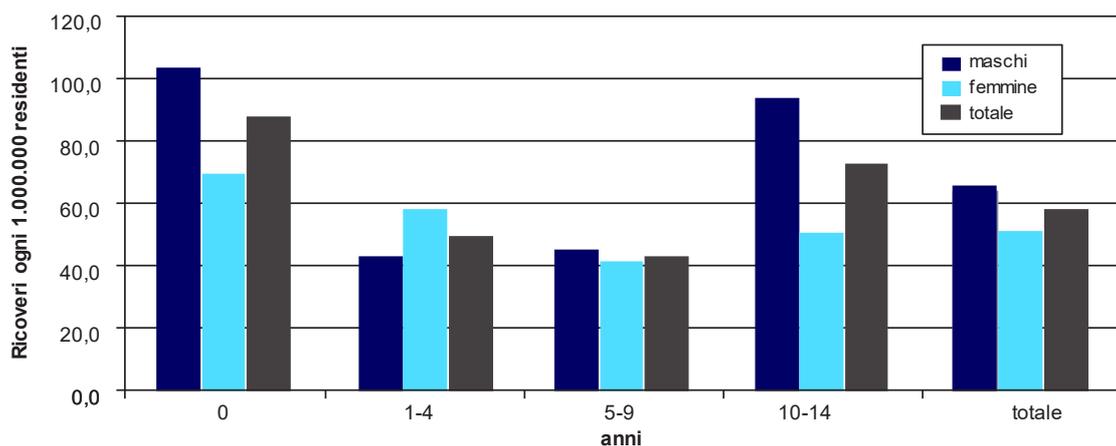


Figura 1. Tasso ricovero pediatrico (x 1.000.000 residenti) per violenza interpersonale o abuso. Italia 2012

Nei ricoveri per violenza interpersonale con diagnosi d'abuso o maltrattamento, invece, il 60,0% dei casi riguarda femmine e il 74,7% degli eventi bambini d'età inferiore ai nove anni; nel 48,8% dei ricoveri si tratta di bambini d'età inferiore ai 5 anni. Anche in questa casistica il gruppo a maggior rischio è quello sotto l'anno d'età con 53,0 ricoveri per milione di residenti, seguito dal gruppo 1-4 anni (26,6 x milione), rispetto a una media generale pediatrica di 21,4 per milione. Il gruppo età-sesso specifico a maggior rischio è quello dei maschi sotto l'anno d'età (70,2 x 1.000.000), seguito dalle femmine sempre sotto l'anno (35,0 x 1.000.000) e da quelle tra 1-4 anni (34,3 x 1.000.000).

Nei casi in cui è stata assegnata la diagnosi d'abuso le tipologie più frequenti sono l'abuso sessuale e l'abuso fisico, tuttavia il maltrattamento, l'abuso emotivo e quello psicologico messi insieme assumono una frequenza simile a quella dell'abuso fisico, mentre la *Shaken Baby Syndrome* si osserva in un caso ogni 20 di ricovero per abuso.

In circa 1/5 dei casi con diagnosi d'abuso è stata registrata la causa esterna del trauma, concordemente con quanto osservato nelle diagnosi la causa esterna più frequente di abuso pediatrico è lo stupro. Tra le altre cause frequentemente osservate l'abuso da familiare e la negligenza criminale.

Laddove, invece, il caso di violenza interpersonale non sia stato diagnosticato come da abuso o maltrattamento (o dove per incompletezza della rilevazione non sia stata registrata la diagnosi d'abuso) le cause esterne di trauma più frequentemente osservate, a parte l'intervento legale, sono nell'ordine: la spinta o caduta provocata, lo scontro fisico, l'avvelenamento, l'uso di oggetto contundente, l'ustione, il mezzo di trasporto personale o collettivo.

Riguardo ai traumi riportati, osservati nei ricoveri pediatrici per violenza interpersonale, la distribuzione per distretto corporeo interessato indica come, oltre ai casi di trauma multiplo, risultino essere colpite più frequentemente le cosiddette parti significative quali la testa, il volto e le braccia poste a protezione delle prime e del torace. Infatti, la testa il volto, il collo e gli arti superiori rappresentano il 42% dei distretti a carico dei quali i traumi sono stati subiti, mentre il 44% dei ricoveri sono dovuti a traumi a carico di distretti multipli o dell'intero corpo.

I tipi di lesione più frequenti, oltre alle lesioni relative all'intero organismo (che comprendono anche l'abuso sessuale), sono le fratture alle braccia e alle mani (15,2%), la concussione e il trauma cerebrale (9,5%), le contusioni su distretti multipli (5,5%), la frattura del naso (5,5%) e l'avvelenamento (4,4%). Le lesioni dell'intero corpo riguardano il 31,6% dei pazienti ricoverati.

Data l'elevata proporzione di traumi intracranici e fratture degli arti superiori (24,7% nel complesso) la valutazione di gravità del trauma, secondo lo *score AIS (Abbreviated Injury Scale)* massimo (Pitidis *et al.*, 2015), indica che l'11,7% dei ricoveri erano valutabili come casi gravi (AIS massimo ≥ 3 ; serio).

Dai flussi EMUR di Pronto Soccorso è possibile estrarre quei pazienti acceduti in Pronto Soccorso per cui sia stato registrato un episodio di violenza interpersonale o per i quali sia stata formulata una diagnosi di abuso o maltrattamento. Verranno analizzati i casi affluiti al sistema di sorveglianza SINIACA-IDB (Bardi *et al.*, 2001) dalle Regioni in nel 2012.

Nell'anno 2012 in Piemonte, Toscana, Abruzzo e Sardegna sono stati registrati 682 casi di violenza interpersonale o abuso su minore in età pediatrica (0-14 anni). Di questi 116 (il 17%) avevano una diagnosi d'abuso o maltrattamento.

Per i casi complessivi di violenza interpersonale si osserva una maggior completezza di rilevazione in Toscana, facendo riferimento solo a quelli con diagnosi d'abuso la Regione con maggior numero di casi rilevati è il Piemonte. Il tasso medio nel pool di Regioni osservate (Abruzzo escluso per motivi di completezza della rilevazione) è di 549,9 accessi in Pronto Soccorso all'anno per milione di residenti da violenza interpersonale e di 96,7 accessi all'anno per milione di residenti da abuso o maltrattamento (Tabella 1).

Tabella 1. Accessi in Pronto Soccorso pediatrici da trauma per violenza interpersonale o abuso: tasso (x 1.000.000 residenti) per età e sesso. SINIACA-IDB 2012

Età	Tasso per 1.000.000 residenti		
	Maschi	Femmine	Totale
0	283,1	437,5	360,3
1-4	203,0	239,9	221,4
5-9	427,8	194,0	310,9
10-14	1401,8	799,6	1100,7
Totale	678,3	421,6	549,9

Proiettando alla popolazione italiana tali tassi si ottengono 4.578 accessi in Pronto Soccorso di bambini (età 0-14) per violenza interpersonale e 805 accessi per abuso o maltrattamento.

Nel complesso si tratta maggiormente di maschi (65% degli accessi), mentre quando ci si concentra sulle diagnosi d'abuso prevalgono le femmine: 58% degli accessi. Nel gruppo delle vittime d'abuso il 49,1% dei pazienti pediatrici ha meno di 10 anni d'età, mentre in quello delle vittime di violenza interpersonale senza diagnosi d'abuso il gruppo 10-14 anni d'età rappresenta ben il 69,3% di tutti i pazienti pediatrici.

Considerando la sola casistica con diagnosi d'abuso o maltrattamento, le femmine risultano a maggior rischio dei maschi e i gruppi a maggior rischio sono nell'ordine: le femmine di 10-14 anni d'età, i maschi della medesima classe, i maschi di 5-9 anni, quelli sotto all'anno d'età e le femmine di 1-4 anni.

Negli accessi in Pronto Soccorso per abuso o maltrattamento oltre un terzo dei bambini ha subito violenza sessuale, circa uno su cinque è stato vittima di abuso fisico, quasi un caso ogni dieci è dovuto a maltrattamento o trascuratezza e, come dei ricoveri, la *Shaken Baby Syndrome* riguarda un paziente d'abuso su venti (Figura 2).

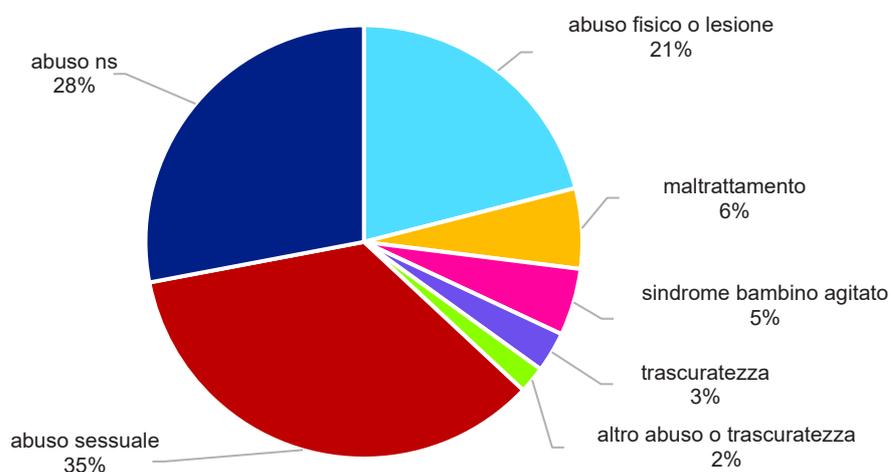


Figura 2. Distribuzione percentuale per tipo di abuso relativa agli accessi in Pronto Soccorso pediatrici. SINIACA-IDB 2012

In Pronto Soccorso i distretti corporei più frequentemente colpiti per violenza interpersonale o abuso sono quelli relativi alle cosiddette parti significative (35,5% dei pazienti) e quelli multipli (32,1% dei pazienti).

Le tipologie principali di lesione, come atteso da una casistica di Pronto Soccorso, sono relative a traumi superficiali (contusioni ed escoriazioni) nel 39,7% dei casi, tuttavia vi è un elevato numero di traumi cranici diagnosticati quali commozioni cerebrali e traumi intracranici (15,7% in totale). Anche se, come atteso la gravità media della casistica è più bassa di quella delle SDO e i pazienti gravi ($AIS \geq 3$) rappresentano il 2,6% dei casi osservati.

Può essere utile valutare quale sia il livello di sotto rilevazione che emerge dai dati correnti dei registri di Pronto Soccorso mettendo a confronto la prevalenza ivi osservata con quella derivante da studi epidemiologici dedicati all'emersione del fenomeno mediante appropriate procedure di screening. Una *survey* di popolazione condotta in forma d'indagine anonima aveva valutato nel 2001, in un campione di 2.388 famiglie toscane, una prevalenza di violenza fisica grave su bambino pari all'8% (Palazzi *et al.*, 2005). Il gruppo di studio IChilMa in uno studio multicentrico, in un campione di una ventina di ospedali, di screening di Pronto Soccorso del maltrattamento di bambini, basato sull'uso d'indicatori di sospetto, ha valutato una prevalenza del 2% di bambini con forte sospetto di essere vittime di maltrattamento, tra tutti quelli acceduti in Pronto Soccorso (Pitidis, 2015).

Applicando quest'ultima prevalenza ai dati di Pronto Soccorso del pool delle 3 Regioni estrapolati all'Italia si otterrebbe la stima di un numero atteso di 81.140 bambini (0-14 anni) all'anno osservati in Pronto Soccorso quali vittime di violenza interpersonale o abuso, di cui 14.268 specificamente per diagnosi d'abuso o maltrattamento. Dato il fenomeno degli accessi ripetuti presso i servizi di assistenza sanitaria delle vittime di violenza, gli accessi in Pronto Soccorso sono stati considerati quale misura di prevalenza, tuttavia va notato che il tasso medio di accesso in Pronto Soccorso è simile al tasso d'incidenza di minori vittime di violenza ogni anno in carico presso i servizi sociali dell'Emilia-Romagna.

Proprio a partire da questa stima di un ampio livello di sotto rilevazione dei casi di violenza su minore (oltre il 90%) si evince la necessità di migliorare la sorveglianza in Pronto Soccorso e negli altri *setting* di assistenza sanitaria sia mediante l'adozione di appropriate procedure di screening dei pazienti per la violenza, sia mediante controllo di qualità delle registrazioni correnti e informazione e addestramento degli operatori sanitari al corretto uso dei sistemi di codifica esistenti.

Può anche essere utile avviare un registro ospedaliero che riporti le circostanze degli episodi di violenza. A questo scopo l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con diverse strutture ospedaliere (10) ha avviato la rilevazione in Pronto Soccorso per l'IDB europeo delle dinamiche di violenza (11). Con l'avvio del progetto CCM REVAMP (Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili) sono stati elaborati e analizzati i dati IDB di bambini vittime di violenza registrati nelle strutture ospedaliere pilota della rilevazione Ospedali Maria Vittoria e S. Giovanni Bosco ASL TO2 Torino, Ospedali Galliera Genova; Ospedali della ASL Forlì-Romagna; Ospedale Pediatrico G. Gaslini). Nel 2014 in questi ospedali sono stati rilevati 47 bambini vittime di violenza (0-14 anni). L'aggressore nel 37,8% dei casi era un genitore, un parente o un *caregiver*; nel 23,4% dei casi un amico, nella maggior parte dei casi (63,6%) si tratta di un coetaneo. Solo nel 12,8% dei casi si è trattato di uno sconosciuto. Nel 57% dei casi l'aggressione è avvenuta nel corso di un alterco (80% in caso di aggressione da genitore o parente); mentre nel 6% dei casi si è trattato di violenza sessuale (da parenti o amici) su bambine. Nell'aggressione da parte di sconosciuti la metà degli eventi avvengono per alterco e la restante metà per rapina o altra attività criminale. L'aggressore la gran parte delle volte (68,0%) è un maschio e nel 12,8% dei casi non ne è noto il sesso; solo tra i genitori le femmine rappresentano una quota importante degli aggressori (33,3%). Riguardo alle lesioni nel 40,4% dei casi si è trattato di traumi a carico delle

aree significative (testa, volto e collo), nel 14,9% a carico degli arti superiori posti a protezione delle aree significative, nel 10,6% rispettivamente a carico del torace e dell'addome/bacino e degli arti inferiori. In maggior parte si tratta di contusioni (55,3%), tuttavia sono state osservate anche ferite aperte (12,8%) e lussazioni (6,4%).

Bibliografia

- Bardi M, Borgognini-Tarli SM. A survey on parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse Negl* 2001;6:839-53.
- European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. *Report on injury statistics 2010-2012*, Amsterdam: EuroSafe; 2014.
- Institute de Veille Sanitaire. *Analysis of injury related mortality in Europe (ANAMORT). Final implementation report of the ANAMORT-project*. Paris: INVS; 2008.
- Louwers EC, Affourtit MJ, Moll HA, Koning HJ, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency departments: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2010, 95:214-218.
- Palazzi S, De Girolamo G, Liverani T, on behalf of IChilMa (Italian Child Maltreatment study group). Observational study of suspected maltreatment in Italian paediatric emergency departments. *Arch Dis Child* 2005;90:406-10.
- Pitidis A (Ed.). Sorveglianza di Pronto Soccorso degli incidenti e della violenza. *Scienze e Ricerche* 2015;19:37-44.
- Pitidis A, Balducci G, Fondi G, Trinca S, e Gruppo di lavoro SINIACA-IDB. *Sorveglianza di Pronto Soccorso degli incidenti e della violenza: il sistema italiano (SINIACA) di codifica semplificata per l'Injury Database europeo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/10).
- Warburton AL, Shepherd JP. Development, utilisation, and importance of accident and emergency department derived assault data in violence management. *Emergency Medicine Journal* 2004;21(4):473-7.
- WHO. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.