

# PREDITTORI SOCIO-DEMOGRAFICI E CLINICI DI VIOLENZE RIPETUTE SU MINORI CON ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

CARLO MAMO

## *Introduzione*

Le violenze rappresentano il 7% della mortalità per traumi in età infantile (Eurosafe, 2014), con un trend temporale nei paesi europei sostanzialmente stabile.

Le conseguenze sullo stato di salute delle vittime di età pediatrica si ripercuotono anche in età adulta, interessando la salute mentale, comportando un aumento del rischio per dipendenze da alcol e droghe, comportamenti sessuali a rischio, comportamenti criminali, obesità (Gilbert, 2009).

Tuttavia, il problema delle violenze interpersonali compiute in ambito familiare a carico di soggetti deboli e vulnerabili (tra cui i bambini) rimane poco conosciuto nelle sue reali dimensioni, per una sistematica sottorilevazione dovuta alla tendenza a non esternalizzare le situazioni di abuso occorrenti nell'ambito familiare, amicale e comunitario. L'alta sottotitola rende pertanto difficile una stima del reale *burden of disease* associato a episodi di violenza domestica (WHO 2002).

In base ai dati ottenuti da survey dedicate, si stima che nei paesi occidentali, il maltrattamento fisico, l'abuso sessuale o la trascuratezza interessano ogni anno oltre il 10% dei bambini (Gilbert, 2009; Finkelhor, 2015). Il 5-10% delle femmine e il 5% dei maschi si stima sia soggetto ad abuso sessuale con penetrazione durante l'infanzia. Solo 1/10 dei casi di abuso viene riconosciuto (Gilbert, 2009).

Le vittime di maltrattamenti ricorrono ai servizi di assistenza sanitaria con maggior frequenza del resto della popolazione. Dai dati di letteratura scientifica internazionale, si stima che la prevalenza dei casi di abuso o negligenza nei bambini visitati al Pronto Soccorso ospedaliero sia compresa tra il 2 e il 10% (Teeuw, 2012). Una revisione sistematica di studi statunitensi sull'abuso sessuale del minore stima una prevalenza del problema compresa tra il 7,5 e l'11,5% (con percentuali maggiori tra le ragazze) (Townsend, 2013).

Secondo le indicazioni dell'OMS, *"The health sector must expand its role in violence prevention, increase services for victims and improve the collection of data on violence"* (WHO, 2014). I metodi di natura epidemiologica favorire la definizione di sistemi precoci di riconoscimento in setting sanitari delle situazioni a maggior rischio.

A partire dagli obiettivi perseguiti dal progetto CCM REVAMP (Ministero Salute, 2017), si è inteso dimensionare il problema degli accessi a setting sanitari e della mortalità da violenze in età pediatrica, contribuendo nel contempo a validare criteri sufficientemente sensibili di stima e riconoscimento dei casi attraverso i flussi informativi sanitari disponibili.

## *La dimensione epidemiologica del problema*

Il primo passo necessario per produrre un quadro epidemiologico affidabile del problema, è stato studiare le fonti informative disponibili, identificare le variabili utili all'identificazione degli eventi di interesse, valutare l'affidabilità degli indicatori ottenibili.

Le versioni dell'ICD correntemente impiegate in Italia nei registri sanitari sono la versione ICD-10 per il registro delle cause di morte e la versione ICD-9-CM per il registro delle Schede di Dimissione Ospedaliera e per le prestazioni di Pronto Soccorso (PS). Riguardo al trauma, l'ICD prevede due tipi di codifica paralleli: da un lato la diagnosi di traumatismo o avvelenamento, dall'altro la descrizione della causa esterna (la causa che ha determinato il trauma).

Si sono quindi prodotti, per le regioni partecipanti al progetto, indicatori di mortalità, indicatori sanitari (sede e natura della lesione), di accesso, indicatori di contesto socio-economico (valutati in dettaglio per i residenti a Torino, tramite linkage con dati censuari e anagrafici), di contesto (inclusa la relazione vittima-aggressore). Per gli accessi in setting sanitari, si sono utilizzate le variabili concernenti l'eziologia del trauma per identificare l'origine dell'accesso. Sui dati di Piemonte e Toscana si è utilizzata, nell'analisi dei flussi correnti di PS, la classificazione Eurocost, che permette di classificare le lesioni secondo gruppi diagnostici a diversa probabilità di invalidità permanente (Haagsma, 2012).

Sono illustrati in maggiore dettaglio, per ragioni di spazio, i risultati scaturiti dalla valorizzazione dei flussi informativi della regione Piemonte.

Riguardo la mortalità per violenze nella fascia di età pediatrica, si può rilevare una rilevante diminuzione temporale: in Piemonte il tasso passa da 0,33/100.000 nel 1991-1994 a meno di 0,1 nel 2011-2014, con una marcata riduzione della mortalità tra i maschi e un lieve aumento tra le femmine. Trattandosi di eventi rari, non si possono evidenziare differenze temporali significative. Si tratta di stime in linea con quelle di letteratura. La mortalità da violenze più alta si osserva nei bambini sotto l'anno di età, probabilmente attribuibile alla maggiore fragilità (Eurosaf, 2014).

Non risulta evidente un maggior rischio nella grande area urbana (Torino).

Riguardo i tassi di ospedalizzazione per diagnosi di traumi causati da violenze, sembra evidenziarsi una riduzione dei tassi, passati da 3/100.000 nel 2000-2002 a 2 nel 2012-2014. I tassi di ospedalizzazione sono maggiori per i maschi. In Toscana, il tasso di ospedalizzazione per traumi da violenze in età pediatrica è passato da 7,4 nel 2011 a 4,2 nel 2014. Anche per i ricoveri, non sembra esservi un gradiente urbano.

Il tasso di ospedalizzazione con diagnosi ICD-9 di abusi, maltrattamenti o condizioni di disagio familiare rimane in Piemonte sostanzialmente stabile tra le femmine (circa 5/100.000 nel 2012-2014), in riduzione tra i maschi (4,3 nello stesso triennio). In Toscana, scende da 4,2 del 2011 a 2,6 nel 2014.

Riguardo agli accessi in PS codificati come violenze, in Piemonte vi è un rilevante aumento dei tassi, con un picco di 14/10.000 tra i bambini nel 2015. Tale trend potrebbe indicare una maggiore sensibilità nelle procedure di riconoscimento, e non necessariamente una recrudescenza del problema.

Naturalmente, va ancora ricordato come la rilevanza del problema sia da considerare sottostimata: uno studio multicentrico italiano aveva rilevato il 2% di casi di sospetto maltrattamento, con danno osservabile, tra i bambini visitati in PS pediatrico (da 163 a 204 ogni 10.000 bambini) (Palazzi, 2005).

In Toscana, il tasso in età pediatrica è 12 nel 2015, stabile rispetto agli anni precedenti.

Da sottolineare come aumentino in Piemonte i ricoveri per diagnosi non direttamente classificabili come maltrattamenti ma comunque conseguenti a incuria: ad esempio, il tasso di ospedalizzazione per deficit nutrizionali in età pediatrica è aumentato del 50% tra il 2010 e il 2015, con una punta di 45/100.000 nei bambini di famiglie torinesi al alto livello di deprivazione.

Riguardo le sedi di trauma, nei bambini si hanno percentuali più elevate a carico di volto e testa rispetto ad altre fasce di età: nel loro insieme rappresentano il 22% dei traumi. Le ferite aperte (lesioni più o meno profonde della pelle) rappresentano oltre il 9% dei traumi in età pediatrica. Le ustioni rappresentano quasi il 2% dei traumi in età pediatrica. Circa l'1,5% degli accessi per violenze in Piemonte in età pediatrica è codificato in diagnosi principale come violenza o abuso sessuale (accertato o presunto).

In Sicilia (elaborazioni sul 2014-2015), i problemi psichici e neurologici interessano il 12% degli accessi per violenze in età pediatrica.

Tutti questi risultati sono congruenti con quanto riportato in letteratura per i paesi europei (Eurosaf, 2016).

Il contesto socio-economico e culturale influenza l'occorrenza del problema: livelli crescenti di deprivazione sociale sono associati a crescenti tassi di ricoveri di bambini per abusi e maltrattamenti (Mamo, 2017).

Per meglio contestualizzare il problema, va ricordato che la tipologia familiare a maggior rischio di violenza su donne è rappresentata dalle donne separate, divorziate, donne sole con figli.

### ***Gli accessi ripetuti in Pronto Soccorso come predittori di violenze***

Gli eventi compiuti in ambito familiare o da conoscenti tendono ad essere reiterati, determinando possibili accessi multipli a setting assistenziali. Come ricordato, i dati sanitari sottostimano ampiamente il problema (Louwers, 2011): è ragionevole ipotizzare che storie di accessi ripetuti in PS possano essere studiate al fine di evidenziare possibili casi di violenze non riconosciute, ed essere utilizzate per la definizione di un indice di sospetto utilizzabile per screening (Palazzi, 2005).

I risultati qui presentati, provenienti da un doppio disegno di studio (Piemonte e Toscana) rappresentano il primo passo verso la definizione di un algoritmo d'identificazione di pattern di accessi in PS per violenze non denunciate di bambini, basato sulle caratteristiche socio-demografiche e cliniche del paziente.

Si è utilizzato un disegno di studio tipo caso-controllo, su accessi in PS nel periodo 2011-2015.

I database degli accessi in PS di Piemonte e Toscana contengono una variabile che può essere codificata come "aggressione". In Piemonte questa variabile si riferisce al luogo di accadimento e si chiama "luogo di erogazione", mentre in Toscana si riferisce alla dinamica e si chiama "dinamica". Altro criterio utilizzato per identificare i casi di violenza è stato l'utilizzo dei codici di diagnosi ICD-IX indicanti abusi, maltrattamenti, anamnesi di violenze.

Per la selezione dei controlli, poiché molte patologie potrebbero essere correlate alle violenze (Whiting 2016), si è deciso di scegliere una causa traumatica accidentale di accesso. Dovendo escludere gli incidenti domestici, poiché spesso le violenze domestiche sono riconosciute come infortuni domestici, si è deciso di selezionare come controlli i pazienti con accessi dovuti a incidenti stradali, come già fatto in precedenza (Mamo, 2015). Per ogni soggetto in studio, si sono ricostruiti gli accessi in PS avvenuti nei 24 mesi precedenti l'accesso "indice". Per ogni gruppo di casi e controlli, si è eseguita una backward logistic regression, al fine di selezionare le variabili predittive di evento più significative (sesso, età all'accesso indice, cittadinanza, numero di accessi totali in PS, accessi in PS per violenze, accessi in PS per infortunio domestico, numero di accessi per ogni grande gruppo di diagnosi ICD-9). Una volta definite le componenti del modello, sono state eseguite regressioni logistiche per la stima degli Odds Ratio, sia per le due regioni separatamente sia sul dataset complessivo.

In tutti i modelli di analisi, un alto numero di accessi in PS risulta predittivo di un accesso per violenze.

Come atteso, è predittivo l'aver avuto un precedente accesso riconosciuto per aggressione (OR=24 nel modello comune): queste osservazioni sembrano confermare la tendenza al ripetersi delle violenze, soprattutto di quelle compiute in ambito familiare.

Essere immigrati sembra aumentare il rischio di un accesso per violenza tra i bambini. Alcuni gruppi di diagnosi emergono come siano a più alto rischio, ad esempio, le condizioni di salute mentale e le patologie del sistema digerente. Il basso  $R^2$  (coefficiente di determinazione) di ogni modello di analisi implica un'ancora bassa utilizzabilità dei risultati a fini di costruzione di un test predittivo, così come non appare possibile definire delle soglie di rischio sufficientemente sensibili. Tuttavia, vanno ancora testate le varie interazioni.

### ***I fattori contestuali studiati attraverso la sorveglianza IDB***

In un campione italiano di centri di PS pediatrico dove è attivo un team o un centro anti-violenza ospedaliero, la rilevazione corrente viene complementata con moduli di rilevazione aggiuntivi delle cause esterne della violenza, secondo quanto previsto dall'Injury Database europeo (IDB: coordinato in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità).

Un'informazione importante sulle circostanze dell'evento violento che la rilevazione in formato IDB consente di ottenere è quella sulla relazione tra la vittima e l'aggressore. Per i dati raccolti nel biennio 2015-2016, il

genitore rappresenta l'aggressore più comune (oltre il 30% nel caso di bambine). Nel complesso, le aggressioni in ambito familiare riguardano quasi il 40% della casistica. Amici o conoscenti rappresentano oltre il 30% degli aggressori. Le aggressioni da parte di estranei sono circa il 12% della casistica (sono maggiori tra le vittime di sesso maschile). In circa il 20% dei casi l'informazione rimane missing.

Ove siano noti il sesso o l'età dell'aggressore (nel 79% dei casi), questo è un maschio nel 80% circa dei casi. Nel 53% dei casi gli aggressori sono adulti, nel 31% dei coetanei.

Negli ospedali che hanno partecipato alla rilevazione IDB, l'abuso sessuale è la prima causa di accesso in PS per le femmine, con oltre il 40% dei casi. Nei bambini maschi è stata osservata una quota dell'11% di abusi sessuali. I principali contesti di maltrattamento di maschi sono gli "altri contesti specificati" (ad es. per incuria, maltrattamento psicologico: 33%) e gli alterchi (circa 30%). L'elevata quota di casi di violenza sessuale può dipendere dal fatto che nella rilevazione è incluso l'ospedale infantile Regina Margherita di Torino, che ha un centro specializzato sulla violenza sessuale. Escludendo dall'elaborazione la casistica del Regina Margherita, la quota di violenze sessuali nelle bambine rimane, comunque, molto elevata (18%), e seconda causa esterna di accesso in PS dopo l'alterco (che pesa per il 30,4%). Anche nei maschi si riduce il peso dell'abuso sessuale (3,5%).

Nei bambini di sesso femminile, sono extracomunitarie circa il 16% delle vittime e comunitarie non italiane il 9%. Per i bambini maschi, le corrispondenti quote sono 12% e 1%.

In conseguenza anche dell'elevato numero di violenze sessuali osservate, alle bambine è stato assegnato un codice giallo di priorità in quasi il 70% dei casi. Nei bambini maschi la quota di codici gialli e rossi assegnati è nel complesso del 41,3%.

### ***Spunti epidemiologici per la prevenzione e il riconoscimento precoce***

I risultati ottenuti dalle valutazioni svolte su fonti dati italiane sembrano confermare i trend epidemiologici messi in luce a livello di sorveglianza europea, come la tendenza alla riduzione della mortalità da violenze e un incremento degli accessi a setting sanitari, probabilmente correlabile a una maggiore capacità di riconoscimento (EuroSafe, 2014). I livelli di sottostima desumibili sembrano rientrare nel range previsto.

La valorizzazione delle fonti sanitarie ai fini di dimensionamento del problema consente di trarre alcuni spunti di interesse per l'organizzazione delle attività mirate al riconoscimento svolte in setting ospedalieri:

- Le violenze su bambini, compiute più spesso in ambito familiare, tendono ad essere ripetute, rappresentando pertanto un problema di particolare interesse per gli operatori sanitari, data la cospicua quota di non riconoscimento: la formazione specifica e l'attivazione di procedure organizzative dedicate (es. screening, clinical finding, codici di accesso) rappresentano i primi passi verso un più cospicuo numero di vittime riconosciute e quindi prese in carico, con minor rischio di esiti gravi o a lunga latenza;
- Il problema degli abusi e maltrattamenti di bambini rappresenta una quota rilevante ma ancora poco indagata e conosciuta, delle violenze verso soggetti vulnerabili; possono definirsi "violenze" anche quelle situazioni familiari che, pur non determinando aggressioni, si esplicano come condizioni croniche e continuate di abbandono; ad esempio, le carenze nutrizionali determinano verosimilmente accesso delle vittime ai setting sanitari in fase già avanzata di danno alla salute;
- Esistono lacune informative, riguardanti sia l'incompleto passaggio di informazioni tra setting sanitari sia l'incompleto ritorno delle informazioni dai setting di presa in carico e accompagnamento sociale ai setting sanitari segnalanti i casi: andrebbe potenziato il raccordo tra centri, prevedendo una Rete socio-sanitaria di prevenzione e sostegno, che favorisca l'impianto di un sistema di monitoraggio sensibile;
- La maggiore frequenza del problema in famiglie e ambienti socialmente fragili, richiama il ruolo preventivo delle politiche sociali e del territorio.

## Bibliografia

- EuroSafe. *Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2010-2012*. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe). Amsterdam, 2014.
- EuroSafe. *Injuries in the European Union, Summary on injury statistics 2012-2014*. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe). Amsterdam, 2016. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr.* 2015;169(8):746-54. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0676.
- Haagsma JA, Polinder S, Lyons RA, Lund J, Ditsuwana V, Prinsloo M, Veerman JL, van Beeck EF. *Improved and standardized method for assessing years lived with disability after injury*. *Bull World Health Organ.* 2012;90(7):513-21. DOI:10.2471/BLT.11.095109
- Louwers EC., Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FA, et al. Mamo C, Bianco S, Dalmasso M, Giroto M, Mondo L, Penasso M. *Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case-control Study in Italy*. *Journal of Family Violence*, 2015;30(7): 853–858. DOI:10.1007/s10896-015-9726-6
- Mamo C et al. *Epidemiologia della violenza in ambito relazionale*. In: Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale. Guida per operatori di Pronto Soccorso. Ministero della Salute-CCM. Versione 2.0 | 22, dicembre 2017
- Ministero della Salute-CCM. *Riconoscere, accogliere e accompagnare le persone vittime di violenza relazionale. Guida per operatori di Pronto Soccorso*. Versione 2.0 | 22 dicembre 2017
- Teeuw AR, Derkx BHF, Koster WA and van Rijn RR. *Educational paper. Detection of child abuse and neglect at the emergency room*. *Eur J Pediatr.* 2012; 171. DOI:10.1007/s00431-011-1551-1
- Townsend C, Rheingold AA. *Estimating a child sexual abuse prevalence rate for practitioners: A review of child sexual abuse prevalence studies*. Charleston, S.C., Darkness to Light. 2013. Retrieved from [www.D2L.org/1in10](http://www.D2L.org/1in10)
- Whiting K, Liu LY, Koyuturk M, Karakurt G. *Network map of adverse health effects among victims of intimate partner violence*. *Pac Symp Biocomput.* 2016; 22: 324-335. DOI:10.1142/9789813207813\_0031