

# Identificare e gestire i casi di maltrattamento: il ruolo del pediatra

**Parole chiave** Maltrattamento. Abuso infantile. Pediatra. Prevenzione

Il pediatra che si occupa del benessere non può non occuparsi del maltrattamento. Numerosi rapporti dell'*American Academy of Pediatrics* (AAP) hanno sottolineato la necessità di migliorare la capacità dei pediatri nell'identificare e gestire i casi di maltrattamento. L'articolo si occupa delle possibilità di contribuire a prevenirlo. *Elenca* cause e fattori scatenanti che mettono il bambino a rischio. *Indica* come i pediatri possano individuarli in occasione dei bilanci di salute: *fare* una minuziosa anamnesi sociale (povertà, abuso di sostanze, malattie mentali, giovane età e sofferenze materne ecc.), *ricercare* i segni di depressione postpartum o di violenza intrafamiliare, *valutare* una frustrazione causata da difficoltà

\*Flaherty EG, Stirling J Jr and The Committee on Child Abuse and Neglect. *The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention*. *Pediatrics* 2010;126:833-41. Si veda a p. 245 nella rubrica "Salute pubblica" una versione più completa.

**IL PEDIATRA.** Alcune verità: dall'abuso non si "guarisce"; diagnosi e intervento precoce non lo annullano, ne riducono il danno; perciò l'unica arma disponibile è la prevenzione. Mi occupo da tempo di questo argomento, nel campo della formazione degli operatori, dell'organizzazione dei servizi. L'articolo ha stimolato soprattutto da questo punto di vista. Finora nella formazione mi sono posta soprattutto l'obiettivo della identificazione precoce dei casi. Tutto giusto, ma l'articolo richiama l'importanza della prevenzione e il ruolo che ha il pediatra come osservatore privilegiato del nucleo familiare; e poiché può più in Italia che negli USA... I programmi di prevenzione riportati sono interessanti ma lo è soprattutto la proposta di inserire nei bilanci di salute un intervento preciso per la prevenzione dell'abuso: sembra facilmente realizzabile e non molto distante da quello che già facciamo nell'ottica del sostegno alla genitorialità. Dunque migliorare la formazione: l'articolo fornisce molto materiale che sembra facilmente utilizzabile. Più difficile sembra il passaggio alla fase successiva, quella dell'intervento, che deve essere necessariamente multidisciplinare. Qui ci scontriamo con un problema: i servizi deputati alla tutela dei minori sono ovunque insoddisfacenti. Ne nasce la necessità sottolineata nell'articolo: compito del pediatra è anche quello, politico, di fare pressione sulle istituzioni per politiche sociali orientate specificamente alla protezione dei minori.

Carla Berardi, Perugia  
carla.berardi@tiscalinet.it

**L'EPIDEMIOLOGO.** Il rapporto dell'AAP stimola riflessioni e qualche dubbio sulle strategie da adottare nel campo della prevenzione che dovrebbe essere caratterizzato, nella prima fase, da un'alta sensibilità, cioè dalla capacità di non perdere casi (ridurre i "falsi negativi"). Il fatto che condizioni stressanti possano favorire una maggior incidenza di abuso in alcune sottopopolazioni (rischio relativo significativo) non significa che la maggior parte dei casi si verifichi in quelle condizioni (basso rischio attribuibile). E se in questa prima fase optassimo per un intervento universale e non selettivo offrendo attivamente ai genitori la disponibilità a parlare delle difficoltà che incontrano nel crescere il bambino? Gli Autori sottolineano l'importanza dei fattori protettivi, ma non escono da una certa genericità. I protettivi, diversamente da quelli di rischio, presentano una potenziale dinamicità nel tempo e devono essere monitorati; si pensi a come essi si possono modificare in caso di care di un bambino con patologia cronica. Una volta rilevata la difficoltà dei genitori e/o la presenza di una condizione di vulnerabilità, che fare? Come aiutare i genitori a prevenire l'abuso, a far sì che la rete non sia vissuta come una vigilanza ma come la messa in atto di misure di facilitazione? Sono domande a cui l'articolo non dà risposta. Fin qui i dubbi sulle ipotesi di prevenzione primaria, le strategie per evitare l'abuso. Sul tema della prevenzione secondaria (interrompere un abuso in atto) si deve tener conto che, nella maggior parte dei casi, in particolare nell'abuso sessuale e nel neglect, la diagnosi è tardiva: intercorre un lungo tempo tra l'inizio dell'evento e la capacità dei professionisti di rilevare segni e sintomi specifici. Allora siamo certi che la priorità vada assegnata al ruolo dei pediatri nella prevenzione primaria o non sarebbe più urgente inserire l'insegnamento della diagnosi differenziale nella formazione delle scuole di specialità?

Dante Baronciani, CeVEAS Modena  
d.baronciani@ausl.mo.it

di accudimento (pianto, disturbi del sonno o dell'alimentazione, toilet training ecc.), prestare particolare attenzione ai bambini con disabilità e ai nati pretermine. Individuati i fattori di rischio, il pediatra cercherà di mettere in atto gli interventi più appropriati: fornire ai genitori una guida anticipatoria perché affrontino le tappe di sviluppo del bambino che possono rendere più difficile l'accudimento e provocare l'abuso. Per questo sono citati programmi di prevenzione che aiutano il pediatra nel compito, sono forniti linee-guida e materiale educativo estremamente utili per pediatra e genitori. *Indirizzare* le famiglie a rischio sociale ai servizi territoriali perché abbiano aiuto. Importante la sottolineatura del ruolo pubblico del pediatra: conoscere bene le risorse del territorio e, nel caso non fossero appropriate, pretendere dalle istituzioni interventi adeguati a garantire la protezione dei bambini.

**LO PSICOLOGO.** L'articolo pone l'accento sull'importanza della prevenzione del maltrattamento infantile, aspetto senz'altro condivisibile in base alle evidenze cliniche che dimostrano quanto il funzionamento post-traumatico sia pervasivo e difficilmente curabile. Il pediatra gioca un ruolo centrale nel prevenire le situazioni di *child abuse*, proprio perché vede tutti i bambini (che, invece, arrivano all'attenzione degli psicologi solo dopo la manifestazione di un disagio) e può instaurare con le loro famiglie un rapporto di fiducia. In questo senso, trovo importante ed efficace il suggerimento di rinforzare i fattori protettivi e le risorse familiari, mentre mi risulta più difficile e a rischio di stigmatizzazione l'individuazione e l'intervento sui fattori di rischio (l'evidenza clinica dimostra che troppo spesso il maltrattamento si cela in famiglie assolutamente "normali"). Per lavorare in un'ottica di prevenzione il pediatra, così come ogni professionista che si occupi di tutela dell'infanzia, deve adottare un concetto più ampio di "cura" e di promozione del benessere: gli interventi preventivi, infatti, nella loro complessità, devono necessariamente coinvolgere una rete multidisciplinare e approcci basati sul confronto e la cooperazione di diverse competenze. A questo scopo, ho trovato particolarmente interessante il richiamo al ruolo di sensibilizzazione politica che il pediatra può e deve svolgere: il maltrattamento, infatti, si combatte non solo rinforzando le pratiche familiari di "buon trattamento", ma anche e soprattutto promuovendo politiche sociali e sanitarie, oggi troppo spesso disattente ai bisogni e ai diritti dei bambini.

Maria Grazia Apollonio, Trieste  
mariagrazia.apollonio@tin.it

**IL MAGISTRATO.** Condivido osservazioni e suggerimenti dell'articolo: migliorare la capacità dei pediatri nell'identificare cause e fattori scatenanti per il bambino a rischio e prospettare interventi appropriati. Gli Autori sottolineano il "ruolo pubblico" del pediatra: il suo rapporto privilegiato con il paziente e la famiglia può/deve dare voce ai singoli componenti del nucleo: vigilare, intuire le problematiche, le difficoltà dell'ambiente, recepire le richieste di aiuto e agire nell'esclusivo interesse del bambino. La Costituzione (artt. 2, 3, 29, 30, 32), il Codice Civile (art. 147), la Convenzione di New York (20/11/1989: art. 12), ratificata con legge 176/1999, la Convenzione di Oviedo (art. 6) sui diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano con riguardo alla biologia e alla medicina approvata il 4/4/1997 dal Consiglio d'Europa, ratificata con legge 145/2001, la Convenzione europea di Strasburgo per l'esercizio dei diritti del minore (8/9/1995: artt. 3, 6, 19), stabiliscono che "il parere del minore è considerato elemento determinante in funzione dell'età e del suo livello di maturità"; principio ribadito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea di Nizza (7/12/2000: art. 24) e da ultimo dalla legge 54/2006 (affidamento condiviso: art. 155 c.c.). È compito del pediatra ascoltare con attenzione e sensibilità il bambino, comprenderne le ansie, riconoscerne il trauma, indagare eventuali "segreti", valutare possibili disturbi psico-evolutivi e, se necessario, coinvolgere nella situazione i servizi sociali; nelle ipotesi più gravi di maltrattamento e di abuso è doverosa la segnalazione all'Autorità giudiziaria (secondo la fattispecie, al Tribunale per i Minorenni, o al Giudice tutelare o al P.M.) che, fatte indagini, adotterà i provvedimenti opportuni in sede civile (sospensione o decadenza dalla potestà sui figli, artt. 330, 336 C.C., ordini di protezione contro gli abusi familiari, art. 342 bis C.C.) o penale (artt. 570, 572, 609 quarter C.P.) "nell'esclusivo interesse del minore".

Augusta Tognoni, Milano  
augusta.tognoni@gmail.com