

Trauma cranico da abuso durante la pandemia da SARS-CoV-2

Sidpra J, Abomeli D, Hameed B, Baker J, Mankad K.

Rise in the incidence of abusive head trauma during the COVID-19 pandemic

Arch Dis Child. 2020 Jul 2. doi:10.1136/archdischild-2020-319872

Rubrica *L'articolodelmese*

a cura di Costantino Panza

Affiancata alla pandemia da SARS-CoV-2 è presente una temibile epidemia di maltrattamento all'infanzia. In letteratura sono comparse le prime misurazioni dell'aumento dei casi di maltrattamento (violenza domestica, trauma cranico da abuso) che coinvolgono i bambini. L'articolo discute delle cause e dei fattori di rischio di questi fenomeni e indica le azioni che il pediatra può attuare per contrastare queste forme di maltrattamento all'infanzia.

Abusive Head Trauma from SARS-Cov-2 Pandemic

In the background of the public SARS-CoV-2 pandemic, a threatening epidemic of childhood abuse is occurring. The first measurement of the increase of maltreatment (domestic violence, abusive head trauma) involving children have appeared in the literature. This article discusses causes and risk factors related to these problems and indicates actions that pediatricians could take to prevent this form of child maltreatment.

Background

Il trauma cranico da abuso (termine che comprende la sindrome da scuotimento o shaken baby sindrome) è una causa significativa di mortalità e morbidità in età pediatrica, soprattutto nei bambini al di sotto dei due anni. La mancanza di un suo riconoscimento, necessario per la prevenzione, la diagnosi e la protezione del bambino, può aumentare il rischio di morte o invalidità permanente.

Scopi

Valutare l'incidenza di sospetto trauma cranico da abuso durante il periodo di isolamento durante la pandemia da COVID-19 (dal 23 marzo al 23 aprile) confrontandola con l'incidenza, nello stesso periodo, nei tre anni precedenti.

Metodi

Bambini afferenti al Great Ormond Street Hospital For Children NHS Foundation Trust, Londra.

Tutti i bambini con sospetto di trauma cranico da abuso hanno effettuato una valutazione oftalmologica, una sorveglianza scheletrica, TAC e RM encefalo e colonna vertebrale. Sono stati raccolti i dati demografici e valutati gli indicatori socioeconomici e la vulnerabilità della famiglia attraverso l'Index of Multiple Deprivation.

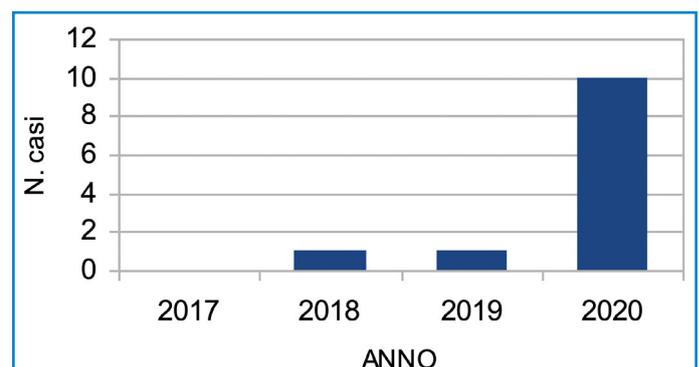
Risultati

Nel periodo analizzato sono stati identificati 10 bambini con sospetto di trauma cranico da abuso (6 maschi, età media 192 giorni, range 17-401 giorni); nello stesso periodo degli ultimi tre anni l'incidenza è stata di 0.67 casi. L'aumento di traumi cranici da abuso nel 2020 rispetto agli anni 2017-19 è del 1.493% (Grafico). La sintomatologia presentata all'ingresso era il pianto (50%), apnea con diminuzione del livello di coscienza (40%) e convulsioni (20%). L'esame clinico ha rivelato emorragie retiniche (50%), ematomi (50%), tumefazione al capo (50%), escoriazioni (10%). Gli esami radiologici hanno evidenziato: emorragia subdurale (60%), edema cerebrale (40%), contusioni parenchimali (40%), fratture craniche (40%), emorragia subaracnoidea (30%) e fratture extracraniche (30%). Tutte le famiglie coinvolte abitavano in zone deprivate e il 70% dei genitori presentava disturbi mentali o problemi finanziari o storia di criminalità.

Conclusioni

L'incremento del trauma cranico da abuso riflette un incremento della violenza domestica già osservato in occasione di misure di isolamento o segregazione per il contenimento di epidemie infettive.

Grafico. Numero di pazienti con sospetto trauma cranico abusivo presentatisi al Great Ormond Street Hospital For Children NHS Foundation Trust durante la fase di segregazione domiciliare in occasione della pandemia da SARS-CoV-2 (2020) e, come confronto, nello stesso periodo nei tre anni precedenti.



Commento

Il trauma cranico da abuso ha un'incidenza stimata di 32-38 casi per 100.000 bambini/anno nel primo anno di vita ed è fatale in circa un quarto dei casi. I sintomi di presentazione (ad esempio vomito, pianto, sonnolenza, rifiuto a cibarsi, irritabilità) sono molto variabili e talvolta possono essere scarsamente considerati come spia di un maltrattamento fisico. In almeno un quarto dei casi il pediatra non riconosce i sintomi o i segni premonitori, i più frequenti dei quali sono i lividi (i più caratteristici sono quelli rilevati al torace, orecchie e collo nei bambini più giovani dei 4 anni e in qualsiasi zona del corpo nei lattanti al di sotto dei 4 mesi di età). Nei bambini che sopravvivono a questo maltrattamento il danno neurologico è secondario all'ipossia, all'ischemia e alla conseguente alterazione metabolica/infiammatoria cerebrale causata dal trauma. Nella crescita si può osservare ipotonia, ritardo nel raggiungimento delle tappe motorie e più in generale in tutte le aree dello sviluppo, comportamenti autolesionistici, disturbo da deficit di attenzione, idrocefalia. Esiti permanenti possono essere la disabilità intellettiva, motoria o visiva da danno corticale o retinico, convulsioni, disturbi dell'apprendimento. Alcune sequele cognitive, neuromotorie e comportamentali potrebbero non essere rilevabili se non dopo alcuni mesi o anni dopo il trauma, così come disfunzioni endocrine tra cui il diabete insipido, carenza dell'ormone della crescita e disturbo della crescita puberale [1-3].

Perché un aumento drammatico del trauma cranico da abuso?

Le condizioni di segregazione della famiglia in occasione di epidemie o pandemie sono state associate a un aumento di violenza domestica [4]; durante la pandemia da SARS-CoV-2 sono arrivate le prime segnalazioni di un aumento dei casi di violenza domestica, dal 30% in Francia al 40-50% in Brasile, mentre in Cina i casi di violenza domestica sono addirittura triplicati [5]. Alla segregazione in casa conseguono un aumento dello stress e un aumento del consumo di alcol e di abuso di sostanze nella popolazione adulta; inoltre, la crisi economica seguita alle misure di contenimento della pandemia ha aggravato le difficoltà finanziarie di molte famiglie. Tutte queste situazioni favoriscono l'utilizzo delle punizioni corporali da parte dei genitori [6]. Il rischio di maltrattamento fisico nel bambino è aumentato se la violenza domestica è associata a problemi di dipendenza da alcol o altre sostanze del genitore o se questo è affetto da una malattia mentale. La presenza concomitante di queste tre condizioni provoca un impressionante aumento della percentuale di bambini abusati: dal 66% delle femmine fino a quasi l'80% dei maschi hanno avuto esperienza di maltrattamento fisico nelle famiglie dove era presente questa "triade tossica" [7]. La presenza di violenza domestica verso la madre è associata al maltrattamento fisico nei figli in percentuali che variano dal 30 al 60%, a seconda degli studi effettuati [3].

L'aumento dell'incidenza del trauma cranico da abuso evidenziato durante il periodo di segregazione in occasione della pandemia da SARS-CoV-2 è già stato evidenziato in un precedente evento di recessione economica negli Stati Uniti [8]. In questa occasione, il picco di incidenza avvenne tra il 2008 e il 2009 (da 9.8 a 15.6 per 100.000 bambini/anno) e anche negli anni successivi l'incidenza di questo tipo di maltrattamento fisico è risultata essere più elevata rispetto al periodo precedente la recessione (12.8 per 100.000 bambini/anno). Questo andamento suggerisce che, anche con la sospensione delle misure restrittive del lock-

down, il trauma cranico da abuso possa continuare ad essere un evento più frequente rispetto al periodo precedente la pandemia.

Cosa può fare il pediatra

Il pediatra dovrebbe considerare il trauma cranico da abuso nella diagnostica differenziale di fronte a un bambino con sintomi come sonnolenza, rifiuto ad alimentarsi, irritabilità, pianto, vomito, convulsioni, apnea, alterazioni dello stato di coscienza o segni come i lividi [7]. Una particolare attenzione dovrebbe essere riservata a quelle famiglie dove sono presenti fattori di rischio per il maltrattamento (Tabella). Se la famiglia presenta uno o più di questi fattori di rischio sarebbe opportuno ravvicinare i bilanci di salute, o accogliere con maggior frequenza in ambulatorio i genitori quando segnalano problemi che il pediatra potrebbe considerare di scarsa importanza; questo comportamento da un lato permette una migliore osservazione del bambino e dei genitori [2] e dall'altro offre l'opportunità al pediatra di proporre le guide anticipatorie per la prevenzione del trauma cranico da abuso, evento non conosciuto dalla maggior parte degli uomini e da solo il 67% delle donne [9]. Un momento critico della prevenzione del trauma cranico da abuso è legato al pianto del lattante; l'incidenza di questo maltrattamento segue la ben conosciuta curva del pianto del lattante, con un picco nei primi mesi di vita [10]. I genitori di giovane età, con scarse conoscenze o con aspettative irrealistiche rispetto allo sviluppo del bambino sono maggiormente a rischio di perpetrare questo maltrattamento fisico. La guida anticipatoria deve essere rivolta a tutti e due i genitori, con particolare riferimento al caregiver maschio - padre, patri-gno, fidanzato - che, nelle varie statistiche, è dimostrato essere il maggior responsabile nell'aggressione fisica al lattante [10,11]. Spiegare a entrambi i genitori le conseguenze dello scuotimento e le tappe dello sviluppo del bambino, insegnare i comportamenti da attuare per calmare il pianto del lattante e come comportarsi nel caso si perda il controllo sono le guide anticipatorie che non possono mai mancare nella borsa del pediatra [12,13].

Box

Alcune possibili domande per iniziare il colloquio sulla violenza domestica

Domande introduttive:

"Ho iniziato a chiedere a tutte le donne / genitori / caregiver sulla loro vita familiare in quanto influenza la loro salute e sicurezza, e quella dei loro figli. Posso farle qualche domanda?"

"Come si sente?" "

"Come vanno le cose nella sua vita?"

"È felice a casa?"

"Le farò una domanda che faccio a tutte le donne"

"La violenza è un problema che sfortunatamente colpisce tutti oggi e quindi ho iniziato a chiedere a tutte le famiglie se si sono presentate delle esperienze di violenza in casa. Posso farle qualche domanda?" "

Domande indirette:

"Si sente al sicuro nella sua casa e nella sua relazione?"

"Tutti abbiamo dei disaccordi a casa. Cosa succede quando lei e il suo partner non siete d'accordo?"

"Capitano in casa urla o spintoni? Qualcuno si fa male?" "

"Ci sono problemi di violenza a casa?"

Tabella. Alcuni fattori di rischio per il maltrattamento fisico

Bambino	Genitore	Famiglia
Prematurità	Genitore adolescente	Storia di violenza domestica
Coliche del lattante/pianto	Depressione o altro disturbo psichiatrico materno	Genitore singolo
Bambino non desiderato/gravidanza non pianificata	Abuso di sostanze	Scarse risorse economiche
Mancanza di cure prenatali	Scarso autocontrollo; intolleranza alla frustrazione	Disoccupazione
	Storia di abuso o di disciplina dura da bambino	Mancanza di supporto sociale
	Percezione negativa del normale comportamento del bambino; scarsa esperienza nell'accudimento del bambino	Maschio adulto senza legami di parentela/convivente
	Stress importante	
	Scarsa conoscenza dello sviluppo del bambino / Aspettative irrealistiche	
	Bassa scolarità	

Il pediatra e la violenza domestica

Un altro momento rilevante della visita è la possibilità di esplorare il rischio di violenza domestica. L'elevata diffusione di questo fenomeno in Italia (quasi un terzo delle donne ha dichiarato di aver subito violenza fisica o sessuale e il 75% di queste è madre, con un'incidenza stimata di 427 mila bambini testimoni di violenza domestica dal 2009 al 2014) richiede al pediatra di prestare un'alta attenzione a questa forma di maltrattamento, tanto più che la violenza assistita è la seconda forma di maltrattamento all'infanzia più diffusa nel nostro Paese [7]. Discutere in ambulatorio sul rischio di violenza domestica è per il pediatra un intervento per informare delle opportunità che la comunità offre per tutelare la mamma e soprattutto per proteggere il bambino vittima della violenza assistita e a rischio di maltrattamento. Tra i diversi approcci proposti, nel **Box** segnaliamo alcune domande per iniziare un colloquio faccia a faccia con la madre. Il pediatra deve essere in grado di saper accogliere il racconto della donna e deve conoscere i servizi e le strutture interne ed esterne alla rete sanitaria alle quali indirizzare la mamma vittima di violenza; infine, il pediatra deve essere in grado di valutare la necessità di fare una segnalazione secondo la recente legge 69 del 19 luglio 2019 che considera il bambino testimone di maltrattamenti in famiglia vittima del reato di maltrattamento [7].

Conclusioni

Affiancata alla pandemia da SARS-CoV-2 è presente una epidemia, più silenziosa ma non meno temibile, di maltrattamento all'infanzia. Il pediatra deve essere consapevole dell'aumento dell'incidenza di maltrattamenti fisici durante i periodi di segregazione familiare richiesti per il controllo della pandemia e durante il periodo successivo, spesso associato a una crisi economica. Riconoscere le famiglie a rischio e prestare la propria opera di prevenzione contro il maltrattamento per il pediatra è una priorità quanto la ricerca del virus SARS-CoV-2.

1. Narang SK, Fingarson A, Lukefahr J; Council on Child Abuse and Neglect. Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*. 2020;145(4):e20200203
2. Flaherty E, Legano L, Idzerda S; Council on Child Abuse and Neglect. Ongoing pediatric health care for the child who has been maltreated. *Pediatrics*. 2019; 143(4):e20190284
3. Panza C, Berardi C, Apollonio MG, Paglino A. Maltrattamento all'infanzia. Manuale per gli operatori dell'area pediatrica. Il Pensiero Scientifico Editore 2020
4. Panza C. Pandemia COVID-19: gli effetti sulla salute causati dall'isolamento sociale. *Pagine elettroniche di Quaderni acp* 2020;27(2):am.1
5. Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International: Reports*. 2020 Apr 12:100089.
6. Sege RD, Siegel BS; Council on Child Abuse and Neglect; Committee on psychosocial aspects of child and family health. Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20183112.
7. Fuller-Thomson E, Sawyer JL, Agbeyaka S. The toxic triad: childhood exposure to parental domestic violence, parental addictions, and parental mental illness as factors associated with childhood physical abuse. *Journal of interpersonal violence*. 2019 Jun 11:0886260519853407.
8. Wood JN, French B, Fromkin J, et al. Association of Pediatric Abusive Head Trauma Rates With Macroeconomic Indicators. *Acad Pediatr*. 2016;16(3):224-232.
9. Berthold O, Clemens V, Witt A, Brähler E, Plener PL, Fegert JM. Awareness of abusive head trauma in a German population-based sample: implications for prevention. *Pediatr Res*. 2019;86(4):537-541
10. Nuño M, Pelissier L, Varshneya K, Adamo MA, Drazin D. Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. 2015 Nov 1;16(5):515-22.
11. Joyce T, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndrome) [Updated 2020 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan
12. Panza C. quando il mio bimbo piange. *Quaderni acp*: 2011;18(2):92
13. Lopes NRL, Williams LCA. Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Initiatives: A Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19(5):555-566.

Per corrispondenza
costpan@tin.it