

Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra

Carla Berardi*, Alessandra Paglino**

*Pediatria di famiglia, Perugia; **Clinica Pediatrica, Azienda Ospedaliera-Università di Perugia

Introduzione

Sebbene il neglect (trascuratezza) sia la forma più frequente di abuso, provochi gravi conseguenze allo sviluppo del bambino e sia la forma di maltrattamento che più frequentemente può causarne la morte, la sua frequenza e gravità tendono a essere sottovalutate, e casi di neglect tendono a non essere riconosciuti, valutati e curati. Il pediatra ha un'alta probabilità di incontrare bambini vittime di trascuratezza nella propria pratica professionale, ed è importante che sia in grado di riconoscerli e di intervenire in modo appropriato.

Gli obiettivi di questa FAD sono:

- Definire la trascuratezza
- Sottolineare l'entità del fenomeno
- Descriverne le conseguenze sullo sviluppo del bambino
- Identificarne i fattori di rischio e modelli causali
- Descrivere i vari tipi di neglect
- Esaminare gli elementi essenziali per la valutazione medica, ai fini della segnalazione

Definizione

La sua definizione non è facile e non è un esercizio accademico, in quanto costituisce la guida alle riflessioni e alle pratiche utilizzate per identificare e approcciare questo problema. Il neglect di solito non consiste in un singolo atto di trascuratezza, ma in un insieme di comportamenti di omissione, che compromette il benessere del bambino; possono però verificarsi singoli episodi di trascuratezza grave che risultano in danni severi, fino alla morte. Secondo la Consultation on Child Abuse Prevention dell'OMS del 1999, il neglect viene definito come "... l'incapacità a provvedere allo sviluppo del bambino in tutti i suoi aspetti: salute, educazione, sviluppo emozionale, nutrizione, protezione e condizioni di vita sicure, nel contesto delle risorse ragionevolmente disponibili alla famiglia e causi, o abbia un'elevata probabilità di causare, un danno alla salute del bambino o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale".

Entità del fenomeno/Epidemiologia

In una meta-analisi del 2013 la prevalenza globale del neglect fisico in studi self-re-

port è stata stimata nel 16,3%, mentre quella del neglect emozionale nel 18,4%, senza apparenti differenze di sesso. Una pubblicazione statunitense sul maltrattamento infantile negli USA riferita al 2015 indica che sono state 680.000 le vittime di abuso e trascuratezza tra i bambini. La forma di maltrattamento più comune era la trascuratezza (75,3%), l'abuso fisico rappresentava il 17,2%, l'abuso sessuale l'8,4%. Per quanto riguarda il panorama europeo, secondo il report pubblicato nel 2013 dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nelle regioni europee la prevalenza della trascuratezza fisica sarebbe del 16,3% e di quella emotiva del 18,4%. In Italia sussiste la difficoltà di una raccolta dati di livello nazionale e i dati raccolti si riferiscono ai casi considerati certi o comunque arrivati a una segnalazione o a una presa in carico, escludendo il sommerso rappresentato dai casi che non vengono intercettati o che non sono riconosciuti come maltrattamento. Nel 2012 è stata realizzata una prima quantificazione nazionale del maltrattamento sui minori. Il lavoro è stato effettuato con l'invio di un questionario ai Servizi Sociali di 31 Comuni, raggiungendo una popolazione di quasi 50.000 minori in carico ai Servizi Sociali: circa 1 minore su 6 fra quelli assistiti dai Servizi Sociali era vittima di maltrattamento, 1 su 100 della popolazione di minori residenti (dati riferiti al 31 dicembre 2011). La percentuale maggiore era rappresentata dai casi di trascuratezza materiale e/o affettiva (52,7%), seguita da violenza assistita (16,6%), maltrattamento psicologico, abuso sessuale e maltrattamento fisico. Nel 2015 un'indagine promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e realizzata da CISMAI e Terres des Hommes ha coinvolto i Servizi Sociali di oltre 200 Comuni, coprendo un quarto della popolazione minorile residente in Italia (2,4 milioni). In totale viene stimato che circa 1 bambino ogni 5 di quelli seguiti dai Servizi Sociali sarebbe vittima di maltrattamento. Rispetto alle tipologie, tenendo conto della possibile compresenza, la causa più frequente di maltrattamento (47,1%) è rappresentata da trascuratezza materiale e affettiva.

Cause e fattori di rischio: un modello ecologico

La trascuratezza, come ogni tipo di maltrattamento, può essere meglio compresa come un sintomo a cui contribuiscono molteplici fattori, a livello individuale (genitori e bambino), familiare, di comunità e di società. Spesso più fattori interagiscono e giocano un ruolo nel determinarsi del neglect, per esempio nel caso di un genitore single che diventa depresso e abusa di sostanze, in una comunità con poche risorse. Tenere presente questo modello ecologico è importante per capire che cosa sta alla base della trascuratezza e per un'adeguata valutazione, indispensabile per programmare l'intervento (Figura 1).

Genitori

Alcune caratteristiche dei genitori (malattie fisiche o mentali, deficit cognitivi, abuso di sostanze) espongono il bambino a un maggior rischio di essere trascurato, in quanto riducono le loro abilità di fornire sicurezza e cure adeguate. Malattie fisiche dei genitori, per esempio, possono compromettere effettivamente la capacità di provvedere alle cure fisiche essenziali (fare il bagno, preparare il cibo, lavare gli abiti). Malattie mentali o abuso di sostanze possono compromettere la capacità di capire l'importanza di fornire le cure essenziali fisiche e psicoaffettive.

Genitori con questi problemi possono non sapere come rispondere ai bisogni di base del loro bambino o addirittura possono non essere consapevoli dei suoi bisogni. La letteratura evidenzia che problemi mentali della madre, soprattutto la depressione e l'abuso di sostanze, sono associati a trascuratezza.

Bambino

Bambini piccoli, o nati prematuri o con basso peso alla nascita, bambini con problemi di salute complessi o con disabilità sono a maggior rischio di neglect, data la maggiore difficoltà di rispondere ai loro più complessi bisogni di base. Vari studi hanno evidenziato un aumento del rischio soprattutto per i minori con problemi di salute mentale, ma non per quelli con disturbi dello sviluppo.

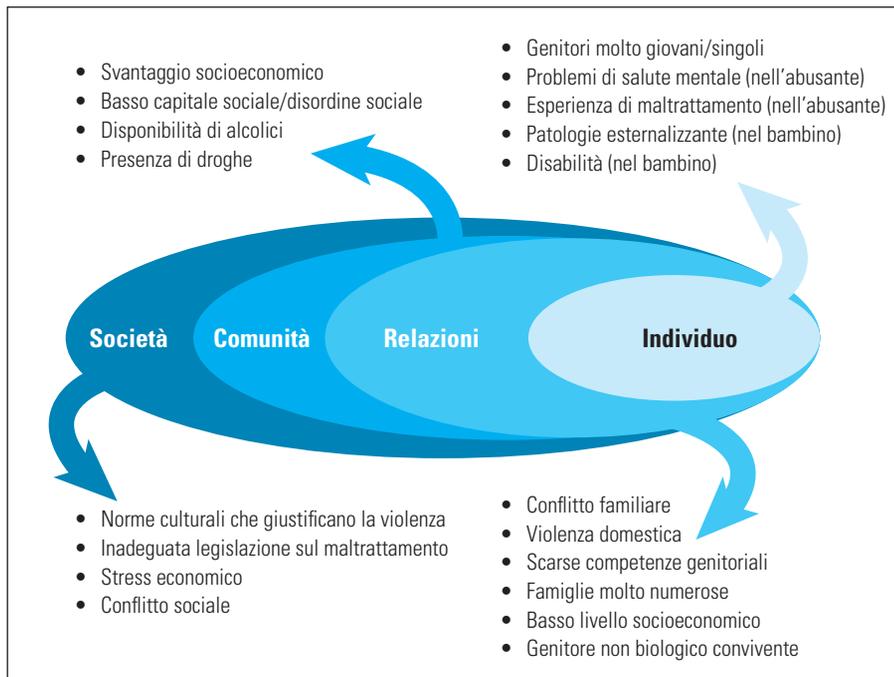


Figura 1. Modello ecologico (tradotta da: World Health Organization, Regional office for Europe. European report on preventing child maltreatment, 2013).

Famiglia

Alcuni fattori legati alla famiglia e alcune caratteristiche della relazione bambino/genitori sono associate alla trascuratezza, tra questi: aspettative inappropriate, ambiente familiare caotico, stress e violenza intrafamiliare, che spesso coesiste con il maltrattamento. Si stima che dal 50% al 70% dei bambini esposti a violenza intrafamiliare siano anche maltrattati.

Comunità

Le caratteristiche della comunità e le sue risorse influenzano la relazione genitori/bambino e la possibilità che il maltrattamento si verifichi. Si è visto che una negativa percezione della qualità di vita nel quartiere da parte dei genitori è in effetti correlata a un aumento del rischio. Comunità senza centri di aggregazione e altre risorse di supporto, comunità in cui i genitori sono socialmente isolati spesso presentano un'alta prevalenza di trascuratezza.

Società

Una società che non ha abbastanza consapevolezza dell'importanza dell'infanzia, anche se sviluppata e ricca, può comunque essere trascurante rispetto ai bambini, non mettendo a disposizione le risorse necessarie per rispondere in modo adeguato ai loro bisogni. Molti fattori a livello sociale possono compromettere la capacità dei genitori di fornire cure adeguate ai loro figli. Primo tra tutti la povertà, che sembra essere fortemente associata al neglect, anche se la maggior parte dei bambini di famiglie povere non sono trascurati e la trascuratezza può verificarsi anche in famiglie benestan-

ti. La mancanza di risorse economiche può avere gravi conseguenze negative sulla capacità dei genitori di rispondere anche ai bisogni più elementari dei figli, può compromettere ogni aspetto delle cure, dalla salute all'educazione e la capacità di fornire un adeguato controllo e supervisione (per esempio se i genitori hanno bisogno di lavorare ma non possono pagare l'asilo); può compromettere l'alimentazione, le cure dentali, l'abbigliamento, la sicurezza (possono, per esempio, non avere denaro per l'acquisto dei seggiolini omologati per il trasporto in auto). In definitiva la povertà è un forte predittivo di trascuratezza.

Credenze culturali e religiose

Credenze religiose o culturali possono limitare la disponibilità dei genitori a rispondere ai bisogni dei figli a un livello ritenuto adeguato dalla popolazione generale. Per esempio i testimoni di Geova e i Cristiani Scientisti possono avere credenze religiose che contrastano con gli standard di cure mediche riconosciuti. Anche i metodi di disciplina sono spesso condizionati da credenze culturali/religiose. L'uso di sculacciate o altri tipi di punizioni fisiche sono stati associati non solo all'abuso fisico ma anche al neglect.

Meccanismi patogenetici

Secondo Dubowitz e Leventhal (2014) l'effetto di multiple avversità durante l'infanzia, tra cui il maltrattamento e il neglect, può indurre uno "stress tossico", definito come il risultato di "una intensa, frequente o prolungata attivazione dei sistemi di risposta allo stress, in assenza degli ef-

fetti protettivi di una relazione adulta supportiva". Questa risposta allo stress disgrega circuiti cerebrali e sistemi metabolici durante i periodi più sensibili dello sviluppo, con possibili alterazioni anatomiche e disregolazioni fisiologiche, che favorirebbero lo sviluppo di squilibri dell'apprendimento e del comportamento e malattie croniche fisiche o mentali stress-correlate. Dagli studi più recenti (Teicher e Samson, 2016) emergono relazioni tra maltrattamento e alterazioni della struttura e della funzione di specifiche regioni cerebrali suscettibili, con alterazioni sostanziali nelle connessioni e nella struttura di rete. Sulla base di studi preclinici gli Autori hanno ipotizzato che l'esperienza del maltrattamento induca una cascata di effetti stress-mediati su ormoni e neurotrasmettitori, che interesserebbero lo sviluppo di regioni cerebrali vulnerabili. Si verificherebbe una programmazione alterata stress-indotta dei sistemi di risposta allo stress legati a glucocorticoidi, noradrenalina e vasopressina-ossitocina, che andrebbe successivamente ad alterare processi basilari quali la neurogenesi, la sovrapproduzione o la potatura delle sinapsi e la mielinizzazione, durante periodi sensibili in individui geneticamente predisposti. Le regioni cerebrali più sensibili a questi eventi sarebbero ippocampo, amigdala, neocorteccia, cervelletto e tratti di sostanza bianca. Queste modificazioni spingerebbero il cervello lungo vie alternative di sviluppo per facilitare la sopravvivenza in un mondo vissuto come ostile e stressante sulla base delle esperienze vissute (Box 1). Secondo l'ipotesi della rete neuroimmune di Nusslock e Miller (Figura 2), basata sull'esistenza di scambi tra sistemi biologici, le avversità precoci amplificherebbero un'interazione tra cellule ad attività pro-infiammatoria e circuiti neurali coinvolti nella processazione del pericolo e della ricompensa e nei comportamenti esecutivi conseguenti. I mediatori infiammatori agirebbero sui circuiti della corteccia e dell'amigdala correlati al pericolo e su quelli dei gangli cortico-basali correlati alla ricompensa, predisponendo gli individui a comportamenti quali il fumo, l'uso di droghe e il consumo di diete ad alto contenuto di grassi. Agendo insieme all'infiammazione, questi comportamenti accelererebbero la patogenesi di problemi di salute fisica ed emozionale.

Un elevato numero di studi ha indagato le relazioni tra modificazioni cerebrali e specifici tipi di maltrattamento, evidenziando una più forte correlazione con il neglect emozionale o fisico. Studi di neuroimmagini hanno dimostrato l'impatto del neglect

BOX 1. Modifiche anatomiche e funzionali cerebrali nelle vittime di maltrattamento

- Significative alterazioni del corpo calloso, del cingolato anteriore, della corteccia dorso-laterale prefrontale, della corteccia orbito-frontale e dell'ippocampo; significativo aumento delle risposte dell'amigdala a stimoli minacciosi e diminuita risposta striatale alla ricompensa anticipatoria con una correlazione tra severità dell'esposizione ed entità dei reperti neurobiologici
- Le regioni cerebrali e le vie nervose interessate fanno parte prevalentemente di circuiti che regolano l'individuazione di un pericolo e l'anticipazione della ricompensa
- Le modifiche cerebrali sono risposte adattative neuroplastiche ad avversità precoci che possono alterare la risposta allo stress. L'esposizione a singoli tipi di maltrattamento è associata a specifiche alterazioni in regioni e vie nervose che processano l'esperienza avversa, quale un aumento del volume dell'amigdala in individui vittime di neglect
- Non è chiara l'associazione temporale tra esposizione e cambiamenti cerebrali. Quasi tutte le tipiche modificazioni alle neuroimmagini sono evidenti sia nell'infanzia che nell'età adulta, indicando che gli effetti si verificano probabilmente nell'arco di alcuni anni
- Esistono differenze di genere nelle modificazioni cerebrali, quali una maggior riduzione del volume del corpo calloso e dell'ippocampo nei maschi, maggiori influenze sulle connessioni funzionali tra giro cingolato anteriore e ippocampo o amigdala nelle femmine
- Non si conosce il potenziale di reversibilità di queste alterazioni
- Le relazioni tra modifiche cerebrali e psicopatologia sono complesse poiché esse sono state evidenziate anche in soggetti non affetti da psicopatologia: giocano un ruolo importante nell'emergere di sintomi psichiatrici, ma possono essere controbilanciate da modifiche compensatorie in soggetti resilienti

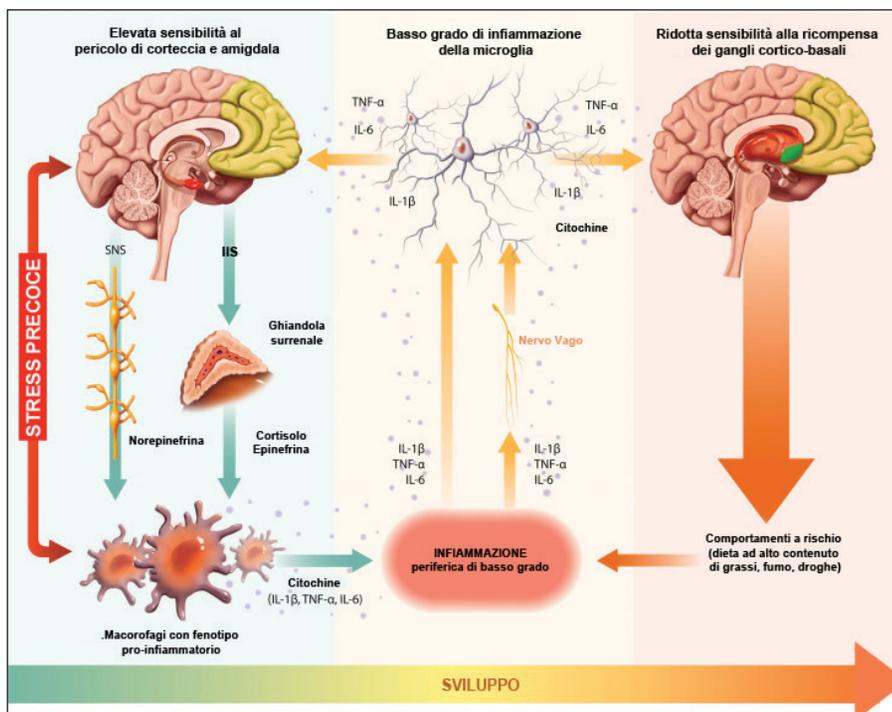


Figura 2. Ipotesi della rete neuroimmunitaria. IIS: sistema ipotalamo-ipofisi-surrene; IL-1β: interleuchina-1β; IL-6: interleuchina-6; SNS: Sistema Nervoso Simpatico; TNF-α: tumor necrosis factor-alpha (da Nusslock e Miller, 2016; modificata).

sul cervello, con una significativa riduzione delle dimensioni del corpo calloso in confronto a studi effettuati su bambini vittime di altre forme di maltrattamento.

Tipi di trascuratezza (Aspetti clinici)

La trascuratezza può manifestarsi in varie forme e, come gli altri tipi di maltrattamento, raramente si manifesta isolata. Un bambino trascurato ha un maggiore rischio di essere vittima di altre forme di abuso: fisico, emozionale o sessuale, e spesso può subire diverse forme di trascuratezza. Il

quadro clinico del neglect è polimorfo e varia sia a seconda del tipo di bisogno non adeguatamente soddisfatto, sia a seconda del grado di trascuratezza. Diversa è la condizione di un bambino denutrito, sporco, infreddolito per la mancanza di cure materiali, da quella di un bambino a cui vengono negati l'affetto e l'accogliamento psico-relazionale, oppure da quella di un bambino isolato dalla dimensione sociale, che non viene mandato a scuola. Le omissioni che possono verificarsi includono un mancato soddisfacimento delle necessità fi-

siche (ad esempio vestiario, cibo) e di supporto emotivo del bambino, inadeguatezza nell'assistenza sanitaria, nell'educazione, nella supervisione, nella protezione dai pericoli ambientali, ostacolando direttamente o potenzialmente il normale sviluppo e la sua sicurezza (Figura 3).

Il tipo di trascuratezza in cui l'omissione di cure riguarda la salute viene definito "trascuratezza sanitaria" (medical neglect) (Box 2) e comprende: la non aderenza alle prescrizioni mediche, il ritardato o mancato ricorso alle cure, il failure to thrive e l'obesità, la trascuratezza dentale, l'inadeguata protezione dai rischi ambientali. La mancata aderenza a una terapia medica o un ritardo nell'accesso alle cure possono aggravare una condizione patologica e rappresentare un danno grave per il bambino. Un'alimentazione inadeguata può portare a una crescita insufficiente; una mancanza di attenzione verso una condizione di obesità può aggravare il problema; scarse condizioni igieniche possono contribuire a infezioni di ferite o lesioni; una supervisione inadeguata contribuisce al verificarsi di traumi e ingestioni accidentali.

La non aderenza alle prescrizioni mediche è una forma di neglect che si verifica quando non vengono seguite le prescrizioni terapeutiche o le richieste di ulteriori valutazioni. In alcuni casi questa negligenza può provocare un danno grave, reale o potenziale al bambino, in altri casi la trascuratezza è meno grave e il legame con un danno immediato o a lungo termine è meno diretto. Per fare diagnosi di trascuratezza, ai fini della segnalazione, è importante valutare in che misura il trattamento non è stato effettuato, se i problemi del bambino sono sicuramente attribuibili a inadeguatezza delle cure e l'entità del danno. Va considerato che per alcune raccomandazioni meno importanti (per esempio il follow-up per un'otite in un bambino asintomatico), la non aderenza non può essere definita neglect, così come non portare il bambino alle visite di controllo in occasione dei bilanci di salute. Va inoltre sottolineato che nel sospetto di trascuratezza sanitaria è molto importante che il pediatra sappia identificare e valutare gli eventuali ostacoli che possono compromettere la capacità dei genitori di provvedere a cure adeguate, per esempio malattie mentali, o ritardi cognitivi, o problemi economici, o semplicemente ostacoli geografici, o di trasporto. In ogni caso l'aspetto fondamentale da considerare per una corretta valutazione, ai fini della segnalazione, è l'entità del danno. Se la mancanza di cure provoca un danno grave, o presenta il rischio di provocare un danno grave al bambino, a prescindere dagli osta-

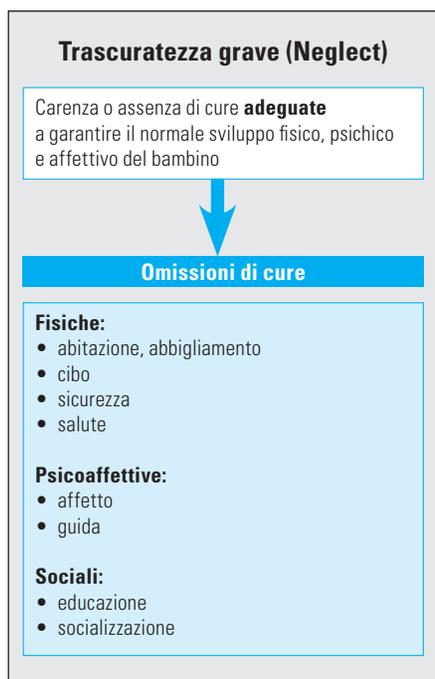


Figura 3. Omissioni di cure (da Teicher e Samson, 2016, modificata).

BOX 2. Trascuratezza sanitaria

- Non aderenza alle prescrizioni mediche
- Ritardato o mancato ricorso alle cure
- Failure to thrive e obesità
- Trascuratezza dentale
- Inadeguata protezione dai rischi ambientali

colli identificati, il caso deve essere segnalato. Se invece il danno conseguente è lieve, allora si può soprassedere alla segnalazione, ma è necessario pianificare un intervento appropriato per eliminare gli ostacoli identificati. Un'altra forma di trascuratezza sanitaria si verifica quando il bambino ha bisogno di cure mediche, ma non gli vengono fornite, o gli vengono fornite in ritardo, causando un danno reale o potenziale. I genitori hanno la responsabilità di riconoscere i problemi di salute del bambino e di provvedere alla cura dei disturbi minori, come pulire e medicare una ferita. Per problemi più gravi hanno la responsabilità di riconoscere la necessità di cure mediche e di aiutare il bambino a ottenerle in tempo utile. Nel valutare queste situazioni il pediatra deve considerare se il ritardo nelle cure è stato significativo. Per esempio, un bambino può avere una gastroenterite per giorni ma apparire in buone condizioni, per poi scompensarsi bruscamente e disidratarsi. Ci vuole molta cautela per concludere che si tratti effettivamente di un ritardo nel cercare le cure mediche. Come negli altri tipi di trascuratezza, anche in questa ci possono essere molti fattori che interagiscono compromettendo l'accesso alle cure: fattori materni, come la depressione; fattori familiari,

come la mancanza di un mezzo di trasporto; o fattori legati alla comunità, come un accesso limitato alle cure mediche. Conoscerli è un punto fondamentale per poi mettere in atto gli interventi adeguati. Va anche considerato che il pediatra condivide la responsabilità di assicurare al bambino le cure adeguate e il pediatra stesso può inconsapevolmente contribuire al medical neglect. I genitori spesso dipendono dal pediatra per capire le condizioni del bambino e il piano terapeutico. Se la spiegazione è frettolosa o fatta con un linguaggio inadeguato i genitori possono non capire le raccomandazioni, con il risultato di errori o omissioni nella somministrazione della terapia. Sono soprattutto le famiglie di bambini con malattie croniche che hanno bisogno di essere ben educati su quando richiedere l'aiuto del medico.

Sempre nell'ambito della trascuratezza sanitaria, un altro problema riguarda l'uso di **alcune pratiche alternative** che fanno parte della tradizione culturale della famiglia. In questi casi si sospetta il neglect quando i rimedi alternativi usati provocano danno, soprattutto se sono disponibili trattamenti convenzionali efficaci. La valutazione è dunque basata sul livello di certezza che l'approccio alternativo è dannoso e sul fatto che esiste un trattamento decisamente preferibile. Affrontare le diversità culturali richiede una notevole sensibilità e umiltà, e va cercato un compromesso accettabile. Deve essere evitato un approccio etnocentrico (credere che la propria via sia la migliore) ma d'altra parte, sebbene sia importante rispettare le diverse pratiche culturali, va riconosciuto che alcune di queste causano sicuramente danno al bambino e pertanto non possono essere accettate. Gli stessi principi valgono per le situazioni in cui i bambini non ricevono cure mediche per motivi religiosi. Anche in questo caso è necessario raggiungere un compromesso soddisfacente. Talvolta l'accordo non viene raggiunto e il bambino viene danneggiato o è a rischio di esserlo. Bross ha definito i criteri per la segnalazione di queste forme di trascuratezza sanitaria:

- 1 il trattamento rifiutato dai genitori deve avere chiari e sostanziali benefici rispetto alle pratiche alternative.
- 2 non ricevere il trattamento raccomandato può provocare un danno grave (la morte o una menomazione).
- 3 con il trattamento il bambino ha la possibilità di godere di un'alta qualità di vita.
- 4 in caso di adolescenti, il ragazzo può acconsentire al trattamento.

Rientrano nella trascuratezza sanitaria il **failure to thrive (FTT, difetto di crescita)** e l'**obesità**.

La causa del FTT è spesso multifattoriale; la vecchia distinzione tra "organico e non organico" è superata, perché la maggior parte dei problemi di crescita dipende sia da fattori nutrizionali che psicosociali. Si sospetta il neglect quando i bisogni nutrizionali di base del bambino non vengono adeguatamente soddisfatti. Non tutti i bambini sanno stimolare le cure dei genitori con efficacia, alcuni sono difficili da allevare per vari motivi. Se il bambino è difficile perché, per esempio, ha difficoltà organiche o psicologiche nel mangiare e il genitore è in difficoltà per condizioni ambientali (stress, povertà...) che limitano le sue abilità, può succedere che il bambino non venga nutrito adeguatamente e la sua crescita si arresta. È importante in questi casi sospettare il neglect, perché l'allontanamento temporaneo del bambino determina un aumento della velocità di crescita fino a 6-10 volte in pochi mesi, un aumento del picco di secrezione notturna del GH che si può normalizzare in 3 settimane e un miglioramento anche dello sviluppo psichico. All'altro estremo, la prevalenza dell'obesità infantile è drammaticamente aumentata. Uno studio condotto a Copenaghen su 1258 studenti di età compresa tra i 9 e 10 anni, con un follow-up di 10 anni, mostra che bambini che erano stati trascurati avevano 7 volte la probabilità di diventare obesi da giovani adulti, rispetto a quelli non trascurati. Come il FTT anche l'obesità ha una causa multifattoriale, per cui è necessaria una valutazione adeguata per formulare il sospetto di neglect. Ma quali che siano le cause, si può affermare che c'è il sospetto di trascuratezza quando gravi problemi di crescita non vengono affrontati dai genitori nonostante sia disponibile l'accesso a servizi adeguati. Un'altra forma di trascuratezza sanitaria che può presentarsi con buona probabilità all'osservazione del pediatra è il **dental neglect**. Questa si definisce come la persistente mancanza di soddisfare gli elementari bisogni di salute orale del bambino, non provvedendo ai trattamenti necessari per assicurare un adeguato funzionamento in assenza di infezioni e di dolore. Situazioni che fanno emergere il sospetto di dental neglect includono il mancato ricorso alle cure quando venga diagnosticato un problema dentale, la presenza di numerose carie o fratture dentali, la necessità di ricorrere a interventi di emergenza per dolore acuto più di una volta, la necessità di effettuare estrazioni o cure in anestesia generale più di una volta. In questi casi, se la mancanza di cure dentali determina, o rischia di determinare, grave danno al bambino, il caso andrà segnalato. Il pediatra ha un ruolo importante nell'inviare le fami-

TABELLA 1. Sintesi della forza delle evidenze per esiti a distanza del neglect (adattata da Norman et al. e Maniglio).

Associazione robusta	Esito plausibile/Evidenze limitate	Esito plausibile/Evidenze emergenti
Neglect		
Disordini depressivi	Disturbi alimentari	Artrite
Disturbi d'ansia	Disturbi della condotta e del comportamento	Cefalee/emicrania
Tentativi suicidari	Malattie cardiovascolari	Dolore spinale cronico
Uso di droghe	Diabete mellito tipo II	Fumo
Infezioni sessualmente trasmesse/ comportamenti sessuali a rischio	Uso problematico di alcol	
	Obesità	

glie ad appropriate cure dentali, per cui deve conoscere bene le risorse territoriali, soprattutto le possibilità disponibili per famiglie povere (in Italia nei LEA sono previste cure per le fasce a rischio sociale). La trascuratezza può manifestarsi come **protezione inadeguata contro i rischi ambientali**. Un bisogno essenziale del bambino è quello di essere protetto dai rischi dell'ambiente, dentro e fuori casa. Ingestioni accidentali, traumi, mancato uso dei seggiolini omologati per il trasporto in auto o delle cinture di sicurezza per i più grandi, esposizione a violenza intrafamiliare, possono rappresentare un'inadeguata protezione, mettendo a rischio la salute del bambino. Anche se, in generale, un singolo incidente (ingestione accidentale) non va necessariamente interpretato come neglect, è comunque indice di una inadeguata supervisione, da monitorare. Il pediatra può trovarsi ad affrontare altre forme di neglect, come la scarsa igiene, l'abbigliamento inadeguato, la mancanza di affetto e di stimolo, l'abbandono, il neglect educativo. Inoltre, con l'evolversi delle conoscenze sulla salute e lo sviluppo del bambino, diventano evidenti altre forme di trascuratezza, per esempio l'esposizione al fumo passivo, o il porre il lattante a dormire in posizione prona, che potrebbero in futuro essere interpretate come forme di trascuratezza. Da sottolineare come l'uso di guide anticipatorie permetta al pediatra di svolgere un ruolo importante nell'aiutare i genitori a riconoscere e prevenire i rischi potenziali. Il pediatra di famiglia deve sostenere i genitori in uno stile educativo positivo, incoraggiante, di rispetto e di fiducia nei confronti del bambino, a cominciare dall'allattamento a richiesta e proseguire fino alla alimentazione responsiva: questa è la prevenzione e la cura che il pediatra può fare, non adottando uno stile prescrittivo che non fa altro che rendere dipendenti e sempre più elusivi i genitori.

Conseguenze del neglect

Le conseguenze del neglect sui bambini possono essere gravi e a lungo termine, in-

teressando lo sviluppo cognitivo e la salute fisica e mentale.

Sono stati evidenziati disturbi affettivi e del comportamento (isolamento, passività o aggressività, difficoltà di interazione con i pari, comportamenti a rischio negli adolescenti), una ritardata acquisizione delle tappe di sviluppo psicomotorio, una inadeguatezza delle performance scolastiche (maggiore numero di assenze e bocciature, minor grado di istruzione raggiunto) e un collegamento con lo sviluppo di disturbi ansioso-depressivi, ideazione e tentativi suicidari e abuso di sostanze in età adulta. Gli effetti fisici possono essere immediati (es. traumi da inadeguata supervisione) e di entità variabile, da danni minori fino alla morte. Il 25% dei bambini trascurati vanno incontro a lesioni fisiche gravi, talvolta letali. Si stima che nel 2006 il 74% delle morti per maltrattamento riguardavano il neglect, la maggior parte delle quali da inadeguata supervisione (es. morti per annegamento). Relativamente agli effetti fisici a lungo termine, uno studio comparativo del 2010 evidenzia che i bambini vittime di neglect hanno una probabilità 2 volte maggiore di sviluppare problemi di salute e 3 volte maggiore di avere problemi nello sviluppo rispetto a quelli vittime di incidenti. L'Adverse Childhood Experiences Study (ACE) ha rilevato che i bambini trascurati hanno maggiore probabilità di sviluppare nell'età adulta malattie epatiche, ischemia cardia-

ca, asma e cancro del polmone; altri studi hanno evidenziato una relazione tra neglect e comparsa di emicrania e altre patologie dolorose in età adulta e un aumentato rischio di sviluppare malattie sessualmente trasmesse e comportamenti sessuali ad alto rischio in donne vittime di neglect in età infantile (Tabella 1).

Valutazione della trascuratezza, ai fini della segnalazione e dell'intervento

Data la sua relazione con le famiglie, il pediatra ha una posizione privilegiata per poter identificare la trascuratezza, ma la valutazione ai fini della segnalazione può essere molto difficile: si tratta di prendere decisioni importanti in situazioni spesso ambigue e incerte. In questi casi sarebbe estremamente utile per il professionista potersi avvalere del confronto in un gruppo multidisciplinare specialistico, se presente nel territorio.

Allevare un bambino non è un compito facile e il livello al quale i suoi bisogni vengono soddisfatti si trova lungo un continuum che va dall'ottimo al fortemente inadeguato senza cut-points naturali (Figura 4). Raramente un bisogno si può definire completamente o per niente soddisfatto e i cut-points di solito sono arbitrari. Per esempio è difficile stabilire a che livello un'inadeguata pulizia della casa comporti conseguenze dannose. Le situazioni estreme sono relativamente poche e la zona grigia è ampia.



Figura 4. Le cure dei genitori vanno lungo un continuum: dalla competenza all'inesperienza, all'ignoranza, alla trascuratezza, al maltrattamento.

Con la consapevolezza che le cure dei genitori vanno lungo un continuum, il pediatra deve innanzitutto stabilire se le azioni, o le omissioni, dei caregivers determinano un danno grave, reale o potenziale, alla salute fisica, mentale, emozionale e allo sviluppo del bambino. La **gravità** della trascuratezza dipende infatti dalla gravità del danno e dalla probabilità che questo si realizzi: è grave quando non rispondere ai bisogni del bambino determina un danno importante, reale o potenziale, ed è tanto più grave quanto maggiore è la probabilità che il danno si verifichi. Tuttavia è spesso difficile predire la probabilità e la natura di un danno futuro, per esempio è difficile predire la probabilità di danno per un bambino di 8 anni lasciato a casa da solo per poche ore. Tali circostanze spesso vengono alla luce solo se si realizza un danno effettivo.

Oltre alla probabilità del danno vanno prese in considerazione la sua **natura ed entità**. Se il danno è minimo (per esempio un'ecchimosi conseguente a una caduta banale), persino un'elevata probabilità può essere considerata accettabile. Al contrario non è accettabile anche una bassa probabilità di danno severo (per esempio annegamento).

Il concetto di danno potenziale è un problema importante poiché l'impatto della trascuratezza può divenire evidente solo anni più tardi e non va considerato solo il danno fisico, ma anche, e soprattutto, quello psicologico. Nelle situazioni in cui il danno per il bambino è grave, è necessaria una segnalazione per mettere in atto misure di protezione; se invece questo è modesto, piuttosto che una immediata segnalazione, possono essere più opportuni interventi educativi e servizi di supporto e monitoraggio (per esempio nel caso di un lattante con scarso accrescimento ponderale a causa di un'errata preparazione di latte in formula). Altri aspetti che condizionano la valutazione della trascuratezza sono la **cronicità e la numerosità degli incidenti**. Talvolta un atto di trascuratezza può essere così grave che il neglect può essere identificato anche da un singolo incidente. Per esempio, se un bambino di 2 anni viene lasciato da solo a casa, si allontana e cade dal terrazzo o se un lattante viene lasciato da solo, anche una sola volta, nella vasca da bagno, per i possibili effetti devastanti. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, il neglect comporta il verificarsi di atti omissivi ripetuti nel tempo ed è il modello delle omissioni che rende un comportamento trascurante. Se un bambino salta un singolo pasto è difficile che si determini un vero danno ma, se i pasti vengono saltati ripetutamente, allo-

ra può determinarsi uno scarso accrescimento o anche danni più gravi per la salute, fino alla morte. Alcune omissioni sono preoccupanti solo quando si verificano ripetutamente (per esempio la scarsa igiene); oppure, non può essere considerato neglect un bambino che senza essere malato e in assenza di problemi familiari manca da scuola per un giorno, ma se si ripresentano ripetutamente assenze ingiustificate, allora si può fare diagnosi di neglect educativo. La cronicità riflette un pattern di bisogni che non vengono soddisfatti ed è significativa proprio l'incapacità cronica a soddisfarli e a provvedere a cure amorevoli, con effetti negativi cumulativi, che diventano nel tempo sempre più svantaggiosi per il bambino stesso.

Elemento critico nel valutare il neglect è il **contesto**. Per esempio, il pediatra può essere comprensibilmente riluttante a considerare come neglect l'impossibilità di aderire a una prescrizione terapeutica a causa di problemi economici. Un dilemma simile si presenta se una madre non ha altra scelta che lavorare di notte, e pertanto è costretta a lasciare il figlio di 10 anni da solo a casa. Queste circostanze illustrano la complessità della trascuratezza e indicano che solitamente non vanno giudicati affrettatamente questi genitori come trascuranti prima di avere attentamente esaminato e valutato le circostanze sottostanti. Per decidere se effettuare la segnalazione è necessario indagare sulla possibile esistenza di ostacoli che limitano le capacità di accudimento dei genitori. Va pertanto condotta un'accurata valutazione psicosociale: sullo stato occupazionale ed economico, su credenze culturali/religiose, sull'eventuale abuso di sostanze, eventuali malattie mentali, violenza intrafamiliare, precedenti segnalazioni per maltrattamento. Se poi dalla valutazione della situazione non emerge la necessità della segnalazione, è comunque necessario che il pediatra sviluppi un piano di intervento insieme ai genitori e ai servizi territoriali perché gli ostacoli individuati vengano rimossi, con interventi di sostegno economico, appropriati interventi di cura nel caso di malattie mentali o di tossicodipendenze, e quanto altro necessario. Ovviamente dovrà essere previsto uno stretto follow-up per verificare che i genitori seguano i programmi di intervento, e qualora non vi sia adeguata compliance, la segnalazione diventerà obbligatoria. In questo caso è necessario discutere la questione con i genitori e informarli dell'avvenuta segnalazione: questo permette di mantenere la relazione con la famiglia e di lavorare insieme per elaborare un piano di assistenza adeguato.

Prevenzione

La letteratura scientifica è unanime nell'affermare che le conseguenze a lungo termine del neglect emergono spesso anche in età molto avanzata. Dall'abuso non si guarisce; diagnosi e intervento precoce ne riducono il danno, non lo annullano, perciò la sola arma disponibile è la prevenzione, unico strumento per evitare la sofferenza anche a chi non subirebbe nessun danno permanente. Perché la prevenzione sia efficace è necessario intervenire presto, nella fase del rischio, prima che questo degeneri in danno. L'OMS nel 2006 ha pubblicato il documento *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. La proposta del documento concentra l'attenzione sulla precocità della rilevazione delle condizioni di rischio: il tempo precedente e immediatamente successivo alla nascita del figlio, tempo in cui la gestante viene a contatto con i servizi, ospedalieri e sociosanitari, incluso il pediatra di famiglia. Lì possono emergere segnali di disagio che possono consentire agli operatori preparati un approccio di sostegno preventivo a difficoltà di cura e di educazione che questi soggetti o nuclei potrebbero trovare nella gestione della genitorialità. A livello comunitario esistono programmi di prevenzione che ricadono in due categorie: il Parent Training e l'Home Visiting. Quest'ultimo consiste in un programma di visite domiciliari da parte di personale che nei primissimi periodi può anche essere sanitario, possibilmente la stessa assistente sanitaria conosciuta in ospedale, per poi essere sostituita da un operatore professionale preparato per questo servizio. I contenuti e i metodi dell'Home Visiting secondo i criteri presentati dall'OMS (2006) prevedono un'azione sistematica centrata sul sostegno precoce ai genitori e al loro disagio.

Dal momento che molte delle famiglie ad alto rischio spesso hanno un limitato accesso ai servizi e tendono a non chiedere supporto, il loro unico contatto può essere il pediatra, che si trova pertanto a essere un osservatore privilegiato del nucleo familiare e a poter così svolgere un ruolo importante nella prevenzione, ruolo che può essere ovviamente svolto in maniera più efficace se inserito in un contesto di rete.

Da qui l'ipotesi di inserire nei bilanci di salute un intervento specifico per la prevenzione del maltrattamento e del neglect in particolare: sembra facilmente realizzabile e non molto distante da quello che già viene fatto nell'ottica del sostegno alla genitorialità.

In occasione dei bilanci di salute il pediatra può effettuare un accurato esame fisico, valutare la crescita, osservare l'interazione

tra il bambino e i genitori, verificare se questi rispondono ai bisogni e alle richieste del figlio (anche quelle non verbali) e se il bambino si rivolge ai genitori per ricevere conforto. C'è inoltre l'opportunità di individuare l'eventuale presenza di fattori di rischio attraverso una minuziosa anamnesi sociale (povertà, abuso di sostanze, malattie mentali, giovane età e sofferenze materne ecc.), ricercando i segni di depressione post-partum o di violenza intrafamiliare e prestando particolare attenzione ai bambini con disabilità e ai nati pretermine. Si effettuerebbe così uno screening universale, che avrebbe il duplice vantaggio di evitare la stigmatizzazione delle famiglie e di ridurre la possibilità che sfuggano quelle a rischio.

Per aiutare a individuare i fattori di rischio psico-sociali, che contribuiscono al neglect, sono stati sviluppati e validati vari modelli clinicamente-based, tra questi il modello Safe Environment for Every Kid (SEEK), che offre ai pediatri delle cure

primarie un valido approccio per identificare e affrontare i principali problemi psicosociali, così da rinforzare le famiglie, supportare i genitori e promuovere lo sviluppo, la salute e la sicurezza dei bambini. Il SEEK comprende un breve questionario per i genitori che indaga sui principali fattori di rischio (Figura 5) e che viene somministrato dal pediatra alle visite dei 2, 9, 15 mesi e a 2, 3, 4, e 5 anni. La sua efficacia è stata ampiamente studiata, ma ovviamente andrebbe riformulato per il suo uso in Italia. Individuati i fattori di rischio, il pediatra dovrà ovviamente cercare di mettere in atto gli interventi più appropriati: fornire guide anticipatorie per sostenere i genitori e, quando necessario, riferire le famiglie ai servizi perché ricevano aiuto.

L'intervento ambulatoriale eseguito dai pediatri dopo una specifica formazione ha mostrato una riduzione delle segnalazioni di abuso rispetto a un gruppo di controllo (13,3% vs 19,2%; p=0,06) e una riduzione della trascuratezza (4,6% vs 8,4%) (Du-

BOX 3. Opportunità per la prevenzione del neglect nella pediatria delle cure primarie

- Individuare i fattori di rischio, inclusi la depressione dei genitori, l'abuso di sostanze, la violenza intrafamiliare, lo stress
- Identificare i fattori protettivi della famiglia (ad esempio supporto sociale, consapevolezza di aver bisogno di aiuto)
- Fornire guide anticipatorie per sostenere i genitori
- Conoscere bene la disponibilità e l'efficacia delle risorse presenti sul territorio
- Incoraggiare le famiglie a usare i servizi che possono rispondere ai loro bisogni
- Funzione di Advocacy perché vengano implementati e sostenuti i servizi che possono aiutare le famiglie a prevenire la trascuratezza

bowitz, 2014). Questo modello inoltre si è dimostrato praticabile ed efficace nell'ambito delle cure primarie, aumenta l'attenzione dei pediatri sui fattori psicosociali che possono contribuire al neglect, offre uno strumento per individuare efficacemente problemi mirati e propone un modello multidisciplinare per affrontare con efficacia le difficoltà di molte famiglie. È tuttavia necessario che il pediatra delle cure primarie conosca bene le risorse presenti nel territorio e si relazioni con esse per facilitare il coordinamento degli interventi messi in atto per rispondere ai bisogni delle famiglie, interventi che devono essere necessariamente multidisciplinari. Questa fase è la più complessa e difficile; purtroppo spesso i servizi deputati alla tutela dei minori sono insoddisfacenti, e in questo caso compito del pediatra sarà anche quello, politico, di fare pressione sulle istituzioni per politiche sociali orientate specificamente alla protezione dei minori (Box 3).

✉ carla.berardi@tiscali.it

Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Terre des Hommes. Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive, 2015.

Bross DC, Medical care neglect. Child Abuse & Neglect 1982;6-4:375-81.

CISMAI, Terre des Hommes. Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? Prima indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini. A cura di Andrea Bollini, Federica Giannotta, Antonella Angeli, 2012.

Clement ME, Béruvé A, Chamberland C. Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. Public Health 2016;138:86-92.

Dubowitz H. Tackling child neglect: a role for pediatricians. Pediatr Clin N Am 2009;56:363-78.



Parent Questionnaire (PQ)

Dear Parent or Caregiver: Being a parent is not always easy. We want to help families have a safe environment for kids. So, we're asking everyone these questions. They are about problems that affect many families. If there's a problem, we'll try to help.

Please answer the questions about your child being seen today for a checkup. If there's more than one child, please answer "yes" if it applies to any one of them. This is voluntary. You don't have to answer any question you prefer not to.

Today's Date: ___/___/___ Child's Name: _____

Child's Date of Birth: ___/___/___

PLEASE CHECK

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Do you need the phone number for Poison Control?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Do you need a smoke detector for your home?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Does anyone smoke tobacco at home?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	In the last year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps to buy more?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	In the last year, did the food you bought just not last and you didn't have money to get more?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Do you often feel your child is difficult to take care of?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Do you sometimes find you need to hit/spank your child?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Do you wish you had more help with your child?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Do you often feel under extreme stress?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	In the past month, have you often felt down, depressed, or hopeless?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	In the past month, have you felt very little interest or pleasure in things you used to enjoy?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	In the past year, have you been afraid of your partner?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	In the past year, have you had a problem with drugs or alcohol?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	In the past year, have you felt the need to cut back on drinking or drug use?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Are there any other problems you'd like help with today?

Please give this form to the doctor or nurse you're seeing today. Thank you!

©2012, University of Maryland School of Medicine

Figura 5. Questionario per i genitori della Scuola di Medicina della Università del Maryland, 2012.

- Dubowitz H, Lane WG. Nelson Textbook of Pediatrics. Copyright ©2016, Chapter 40.
- Dubowitz H, Leventhal JM. The Pediatrician and Child Maltreatment. Principles and Pointers for Practice. *Pediatr Clin N Am* 2014;61:865-71.
- Dubowitz H. The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model: Helping promote children's health, development, and safety. *Child Abuse & Neglect* 2014;38:1725-33.
- Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics* 2009;123:858-64.
- Dubowitz H, Lane WG, Semiatin JN, Magder LS. The SEEK model of pediatric primary care: Can child maltreatment be prevented in a low-risk population? *Acad Pediatr* 2012;12:259-68.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-58.
- Hornor G. Child Neglect: Assessment and Intervention. *J Pediatr Health Care* 2014; 28:186-92.
- Keeshin BR, Dubowitz H. Childhood neglect: the role of the paediatrician. *Paediatr Child Health* 2013;18:e39-e43.
- Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev* 2009;29:647-57.
- Norman RE, Byambaa M, De R, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9:e1001349.
- Nusslock R, Miller GE. Early-Life Adversity and Physical and Emotional Health Across the Lifespan: A Neuroimmune Network Hypothesis. *Biol Psychiatry* 2016;80:23-32.
- Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:345-55.
- Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57:241-66.
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment, 2015.
- World Health Organization, Regional office for Europe. European report on preventing child maltreatment, 2013.



Models of Child Health Appraised

(A Study of Primary Healthcare in 30 European countries)

È nato a Londra nel 2015 Il progetto MOCHA (Models of Child Health Appraised), coordinato dall'Imperial College di Londra.

Il progetto si propone di studiare i vari modelli sanitari adottati nei 30 paesi della Commissione europea e dell'area economica europea. Al progetto partecipano 19 partner scientifici provenienti da 10 paesi europei, più Australia, Svizzera e Stati Uniti in collaborazione con esperti nazionali identificati in ogni paese per ottenere e analizzare informazioni su argomenti che riguardano il bambino e le cure primarie. Fra questi In particolare:

- > Modelli di assistenza primaria in pediatria
- > Continuità delle cure e integrazione dei servizi socio-sanitari
- > Servizi sanitari nelle scuole
- > Servizi per gli adolescenti
- > Studio di misure innovative sulla qualità e risultati clinici e tesi a misurarne la qualità e le efficacia
- > Analisi economiche sui risultati dei servizi
- > Modelli assistenziali tesi a garantire equità
- > Utilizzo delle cartelle cliniche elettroniche in pediatria

Il progetto ha una durata di tre anni. I risultati finali verranno presentati entro la fine del 2018.

Durante il primo anno, il progetto ha raccolto informazioni sul sistema sanitario di cure primarie pediatriche di ciascun paese, attraverso un country agent.

Nel secondo anno il progetto sta analizzando le informazioni raccolte e trarrà delle conclusioni preliminari.

La fase finale del progetto esporrà quali sono modelli sono risultati migliori e come i paesi li possono adottare.

MOCHA si avvale di un comitato consultivo esterno formato da esperti internazionali che è presieduto dal professor Richard Parish.

Il Country Agent per l'Italia è Roberto Buzzetti. www.robertobuzzetti.it robuzze@gmail.com