

# “Kiss your baby goodbye”



Enrico Valletta\*, Maria Teresa Amante\*\*

\*UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

\*\*Pedagogista, Responsabile UO Minori, Servizio Sociale del Comune di Forlì

Prendendo lo spunto da una recente vicenda giudiziaria che ha coinvolto in Inghilterra un bambino – sospetta vittima di maltrattamento – e i suoi genitori, abbiamo brevemente analizzato alcuni aspetti clinici controversi della *shaken baby syndrome* e riportato la possibile gestione sociale di analoghe situazioni alla realtà italiana.

*Moving from a recent legal procedure that involved in England an infant – supposed to be abused – and her parents, we briefly reviewed some debated clinical issues on the shaken baby syndrome connecting the hypothetical management of similar situations to the Italian context.*

La vicenda di Effie, una bambina inglese di 3 mesi, inizia nell'agosto 2016 ma solo a maggio 2017, al termine di una complicata vicenda giudiziaria, è divulgata dal *Daily Mail* [1] e subito ripresa dal *British Medical Journal* [2].

## Il fatto

La storia è, sinteticamente, questa. Effie, nei primi tre mesi di vita, è portata al Pronto Soccorso 17 volte dai giovani genitori che apparivano in apprensione per la sua salute e ogni volta rimandata a casa senza che nulla di rilevante fosse emerso. All'età di tre mesi ha un episodio convulsivo grave e in ospedale vengono rilevati segni inequivocabili di emorragie retiniche e cerebrali non giustificati da alcuna lesione traumatica esterna. I medici pongono il sospetto di una *shaken baby syndrome* (SBS) e avviano le procedure giudiziarie. In poche ore si succedono gli interrogatori della polizia, e il provvedimento di allontanamento di Effie dai genitori è immediato. I genitori, tuttavia, non si arrendono e, mentre cercano di capire cosa possa essere accaduto, scoprono che la mamma è affetta dalla sindrome di Ehler-Danlos (EDS). Assistiti dai propri legali, ottengono di poter effettuare i test genetici sulla bambina per la quale si conferma la diagnosi di EDS tipo IV. Un collegio di sei esperti internazionali stabilisce, anche se non all'unanimità e dopo un iter giudiziario durato 9 mesi, che la fragilità vascolare che si accompagna all'EDS-IV può essere stata causa delle lesioni osservate, pur in assenza di comportamenti maltrattanti. La conseguente decisione del tribunale è la restituzione della bambina ai propri genitori.

## Gli interrogativi

La storia che abbiamo descritto e di cui, peraltro, conosciamo solo gli aspetti più generali, non può non indurre a un momento di riflessione tutti noi che assistiamo con frequenza crescente a situazioni di presunto o accertato maltrattamento sui bambini. I pediatri, i servizi sociali, gli organi giudiziari sono tutti

parte di una concatenazione di valutazioni e di decisioni, dalla cui correttezza può dipendere molto della vita del bambino e dei suoi genitori. La prime domande che affiorano sono: *potrebbe succedere a me, a noi, qui in Italia? E se sì, come possiamo evitare che accada? E se no, quali sono gli strumenti di vera protezione del bambino e della sua famiglia che abbiamo a disposizione per limitare le possibili conseguenze di un nostro errore?*

Non c'è dubbio che l'attenzione principale sia rivolta al bambino, alla tutela della sua salute e alla necessità di evitare ogni ulteriore rischio di maltrattamento che, nel caso della SBS, vede i genitori come protagonisti più probabili. D'altra parte è evidente il diritto di ogni persona di non essere sospettata o perseguita per un reato che non ha commesso, di non vedersi allontanata dal proprio figlio immotivatamente ed è analogo diritto di ogni bambino di non essere privato della presenza dei propri genitori nel caso non siano responsabili di alcun danno nei suoi confronti.

In realtà, la SBS si può rivelare il paradigma della complessità clinica nella quale ci muoviamo in molte di queste situazioni. Vediamo perché.

## Shaken baby syndrome e abusive head trauma: è tutto così chiaro?

La storia di Effie si dipana contemporaneamente a una polemica scientifica che da circa due anni contrappone l'Agenzia Svedese per la health technology assessment e i servizi sociali (SBU) a numerosi commentatori internazionali, gli ultimi dei quali, in ordine di tempo, intervengono a nome della Società Britannica di Pediatria (RCPCH) [3,4].

Nel 2016 l'SBU pubblica un documento ufficiale frutto di una revisione della letteratura con l'intento di accertare l'affidabilità della cosiddetta “triade” – ematoma subdurale, emorragie retiniche, encefalopatia – nel porre la diagnosi di SBS [3]. Il lavoro viene successivamente pubblicato su una rivista internazionale [5]. Le conclusioni sono, sostanzial-

mente, due. La prima è che ci sarebbe una scarsa evidenza scientifica (bassa qualità) che la triade possa essere associata a una lesione (*shaking*) traumatica. La seconda è che l'evidenza scientifica disponibile sembra non sufficiente (qualità molto bassa) per poter valutare l'accuratezza diagnostica della triade nella diagnosi di SBS.

Le critiche metodologiche al lavoro svedese, alle sue conclusioni e alla stessa credibilità degli autori sono immediate [5-8]. L'opinione trasversale è che il documento rappresenti un'impropria commistione di evidenze scientifiche e di interpretazioni medico-legali, di elementi clinici e di verdetti maturati nelle aule di giustizia sulla scorta di perizie contrastanti e non sempre di adeguata levatura. Il rischio è che una lettura del fenomeno in questa chiave porti a una sottovalutazione del problema e possa privare di adeguata tutela bambini gravemente a rischio di reiterato maltrattamento. L'RCPCH giunge a chiedere la ritrattazione dell'articolo accostandone i possibili effetti negativi a quelli del ben più noto lavoro di Wakefield su vaccinazione e autismo.

Un recentissimo consenso internazionale riprende l'argomento in toni meno polemici e più sistematici, reinquadrando la SBS nel più attuale contesto dell'*abusive head trauma* (AHT), traducibile come “trauma cranico da maltrattamento” e analizzando segni, sintomi e risorse diagnostiche che possono guidare il sospetto clinico, ma soprattutto la necessità di una competenza multidisciplinare e la distinzione che sempre deve esserci tra la ricerca delle possibili cause del danno (competenza medica) e l'accertamento di un crimine e di un'ipotesi di colpevolezza (competenza giudiziaria) [9]. Tutto questo senza ignorare le innegabili difficoltà diagnostiche con le quali sempre ci si confronta in questi casi [10].

## Qual è il punto di equilibrio?

Non siamo in grado di prevedere quale sarà la conclusione di questa controversia tra gli autori svedesi e, potremmo dire, il resto del mondo. Tuttavia, l'accostamento con la storia di Effie ci conferma che l'errore è possibile e, nello stesso tempo, che quando il ragionamento clinico approda nelle aule dei tribunali l'esito può essere imprevedibile. E a quel punto, “verità scientifica” e “verità giudiziaria” si confondono con reciproche invasioni di cam-

po e strumentalizzazioni che non contribuiscono a fare chiarezza.

Certo è che nei casi di AHT l'incidenza delle emorragie retiniche e degli ematomi subdurali è stimata, rispettivamente, in circa 85% e 90%, che l'esito è il decesso nel 20-25% dei casi, la spasticità nel 15-64%, l'epilessia nell'11-32% e l'atrofia corticale nel 61-100% [11]. Esiti drammatici che richiedono un percorso diagnostico e di tutela di assoluta garanzia. Anzitutto la multidisciplinarietà della diagnosi: pediatra, neurologo, radiologo e neuroradiologo, neurochirurgo, oculista, ortopedico (e forse altri ancora) devono far convergere le proprie competenze in una valutazione che tenga certamente conto dell'ipotesi di maltrattamento, ma anche di tutte le diagnosi differenziali che debbono essere ragionevolmente prese in considerazione [9]. Il contesto familiare, le modalità di presentazione del bambino e il racconto degli avvenimenti sono ulteriori elementi di rilievo per il giudizio clinico.

Là dove termina la valutazione clinica con la formulazione di un'ipotesi di abuso, inizia il lavoro di chi deve decidere se e quali provvedimenti di tutela mettere in atto. In realtà non dovrebbe esserci soluzione di continuità tra le due attività, né si tratta di un semplice passaggio di consegne tra il sanitario e il sociale, ma piuttosto di una condivisione di valutazioni e di responsabilità di grande impegno per entrambi. In questa condivisione, i clinici devono essere consapevoli che il loro operato avrà un'influenza rilevante sulle decisioni che altri prenderanno successivamente.

### Tutelare il minore significa scegliere il meglio per lui

Ma cos'è il meglio per un bambino? La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con la Legge n. 176/1991, ci dà queste indicazioni: *"Tutti i bambini hanno il diritto di vivere insieme ai loro genitori... I genitori hanno la responsabilità comune per l'educazione e lo sviluppo del bambino. A tal fine gli Stati devono accordare gli aiuti più appropriati ai genitori e provvedere alla creazione di istituzioni e servizi che possano tutelare gli interessi dei bambini nel caso in cui i genitori non siano in grado di farlo"*.

Come opera il Servizio Sociale per garantire questi diritti? Come agisce per evitare possibili errori di valutazione? La valutazione è, in definitiva, la fase più complessa del lavoro dei Servizi Sociali, e richiede l'approfondimento di diversi aspetti: i fattori di rischio e i fattori di protezione, la gravità del pregiudizio, la gravità del danno provocato al bambino e il livello di consapevolezza dei suoi genitori (Box 1). È una fase che prende avvio dalla rilevazione del sospetto maltrattamento che, in casi come quello descritto, deve avvenire

in ospedale e attraverso il confronto tra diversi professionisti. Parliamo, quindi, di valutazione multidisciplinare, dove il Servizio Sociale ha strumenti metodologici propri per rilevare, raccogliere dati e valutare. In questa fase, l'assistente sociale rimane sui dati oggettivi, sui racconti, sia dei professionisti che dei diretti interessati. Ma anche i dati "oggettivi", come la stessa diagnosi medica, possono fuorviare e concorrere al rischio di errore, come è avvenuto per Effie. Certamente la valutazione e il referto medico rappresentano per il Servizio Sociale il presupposto del sospetto che deve però articolarsi ulteriormente per essere "sufficientemente fondato"; tasselli, quindi, del mosaico che si sta costruendo, importanti certamente, ma comunque una parte e non il tutto.

La valutazione sociale del rischio deve tenere in considerazione tre dimensioni fondamentali che compongono il benessere del bambino, secondo la prospettiva ecologica dello sviluppo umano definita da Bronfenbrenner [12,13]:

- 1 I bisogni di sviluppo del bambino (salute e crescita, emozioni, comunicazioni, comportamenti, identità e autostima, autonomia, relazioni familiari e sociali, apprendimento, gioco e tempo libero).
- 2 Le caratteristiche personali dei genitori e le loro capacità di soddisfare tali bisogni (cura, sicurezza e protezione, calore, affetto, stabilità emotiva, guida, regole e valori, stimolo e incoraggiamento, autorealizzazione delle figure genitoriali).
- 3 Le caratteristiche sociali e contestuali, ossia l'insieme di elementi che esercitano un'influenza indiretta sulla genitorialità e che costituiscono l'ambiente nel quale il

bambino cresce (le reti familiari e sociali, la partecipazione e l'inclusione nella vita della comunità, il lavoro e la condizione economica della famiglia, l'abitazione, il rapporto con la scuola e le altre risorse educative).

Il processo valutativo deve tenere in giusta considerazione il punto di vista dei professionisti, ma anche quello dei diretti interessati, genitori e bambino, non sempre accolto e non sempre privo di pregiudizi da parte degli stessi operatori. A proposito di pregiudizi, quant'è attuale Primo Levi quando scrive *"quante sono le menti umane capaci di resistere alla lenta, feroce, incessante, impercettibile forza di penetrazione dei luoghi comuni?"* [14].

### Protezione del minore e tutela delle sue relazioni primarie

In Italia è in corso un importante cambiamento culturale nei servizi che si occupano di tutela dei minori, con una maggiore e più accogliente capacità di ascolto del minore e dei suoi genitori. Il focus è il bambino con i suoi legami affettivi e familiari e l'operatore sociale è sempre più portato a sospendere qualsiasi giudizio immediato, a decentrarsi rispetto alle proprie cornici percettivo-valutative per lasciare spazio all'osservazione dinamica e situazionale che non fa riferimento a un modello ideale di "buon genitore" o a un proprio modello educativo di riferimento [15-18]. Il percorso di tutela dei diritti dell'infanzia è oggi in una nuova fase nella quale l'esigenza di protezione del minore è connessa con quella della tutela e promozione delle sue relazioni primarie, accogliendo una visione più ampia e meno individualista del benessere personale [19].

Cos'è allora la protezione? Secondo il CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), è *"un intervento complesso, volto ad arrestare il comportamento maltrattante/abusante, modulato in relazione alla gravità dello stesso: diversi tipi di maltrattamento richiedono tipi diversi di protezione"*. Dunque non esiste un solo modo di proteggere, ma diversi tipi di protezione. Aggiungiamo pure che garantire il buon esito di un'azione di protezione significa attuare un intervento globale, che abbia come soggetto il bambino intero e quindi come focus la famiglia e il suo contesto relazionale. Il che significa andare anche oltre il paradosso che sta dietro l'idea di protezione, ovvero proteggere il bambino dai suoi genitori, quando sono i suoi genitori che naturalmente avrebbero la funzione di proteggere il bambino. Occorre, infine, assumere una prospettiva relazionale che non ponga in antitesi il ben-essere del bambino e il ben-essere dei genitori, i diritti del bambino e le responsabilità dei genitori.

#### BOX 1. Definizione di rischio e di pregiudizio nell'operatività del Servizio Sociale

**Rischio** inteso come "uno squilibrio fra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili al minore stesso, alla sua famiglia e al suo contesto sociale, per superare le difficoltà. Tale situazione sfavorevole non permette di prevedere, con ragionevole certezza, lo sviluppo di un possibile danno alla salute psico-fisica del minore, di una distorsione del suo sviluppo o di altri risultati patologici".

**Pregiudizio** inteso come "uno squilibrio fra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili al minore stesso, alla sua famiglia e al suo contesto sociale, per superare le difficoltà. Tale situazione sfavorevole non permette di prevedere, con ragionevole certezza, lo sviluppo di un possibile danno alla salute psico-fisica del minore, di una distorsione del suo sviluppo o di altri risultati patologici".

(Da: Ufficio del Pubblico tutore dei minori della Regione Veneto, Linee Guida per i Servizi sociali e sanitari, 2005) [16].

Agire un intervento di protezione non vuol dire necessariamente separare, allontanare, dividere, ma è possibile proteggere il bambino anche mantenendo i suoi legami affettivi. Azioni di protezione che consentono di evitare errori di valutazione sono gli interventi che mirano a potenziare le risorse della famiglia come, per esempio, l'educatore domiciliare per un periodo intensivo di osservazione, la frequenza del solo minore o del minore con il genitore di un servizio diurno accompagnato da incontri di sostegno alla relazione o alla genitorialità, fino al collocamento del bambino con uno dei due genitori o di tutto il nucleo familiare in un contesto comunitario residenziale. Nella circolarità del percorso di valutazione-progettazione-verifica-riprogettazione, l'osservazione diretta della relazione genitore-figlio da parte degli educatori consente di approfondire le difficoltà e i punti di forza, i fattori di rischio e di protezione del minore, le risorse individuali (resilienza), familiari e del contesto sociale di riferimento per poi operare nell'ottica del superamento delle difficoltà.

#### Titolarità delle funzioni di tutela dei minori e responsabilità

Una legge innovativa della Regione Emilia Romagna (LR 14/2008, Norme in materia di politiche per le giovani generazioni) definisce che *“il Comune è titolare, in via esclusiva, delle funzioni in materia di tutela dei minori, fatte salve le competenze dell'autorità giudiziaria... I Servizi si fanno carico delle situazioni di pregiudizio o rischio psicofisico e sociale dei minori perseguendo in modo privilegiato, ove possibile, l'accordo e la collaborazione della famiglia... I Servizi Sociali prevedono l'assistente sociale come figura professionale specificamente dedicata, con continuità e prevalenza, alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza... Il Servizio Sociale opera secondo la metodologia del lavoro di équipe, che consente l'integrazione delle professioni sociali, educative e sanitarie: assistente sociale, educatore, psicologo, neuropsichiatra ed altre figure richieste dal caso.”* Le Linee di indirizzo nazionali confermano e sottolineano l'importanza dei modelli di analisi multidimensionale per una progettazione e una responsabilità condivisa nel lavoro di équipe. Sono il lavoro di équipe e l'integrazione dei diversi punti di vista professionali, ma anche la ricerca della collaborazione e dell'accordo con la famiglia portatrice di un punto di vista sempre degno di ascolto, che aiutano a valutare e decidere il meglio per il bambino, in una relazione servizi-famiglia basata sulla chiarezza e la trasparenza.

I margini di errore si riducono se la valutazione è ben condotta, se non si ferma al singolo dato, ma si avvale di strumenti di osservazione validati scientificamente, di metodologie di lavoro rigorose, se è in grado di realizzare connessioni tra i diversi saperi professionali, tra i diversi interlocutori istituzionali, se la famiglia è soggetto attivo della valutazione stessa. Questo modo di operare aumenta l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia degli interventi.

La titolarità della tutela dei minori in capo ai Comuni non va confusa con la responsabilità; tutti i membri dell'équipe sono responsabili delle decisioni che discendono da una valutazione multidimensionale e, come professionisti, non possiamo che constatare che gli errori sono possibili semplicemente perché ci troviamo ogni volta dentro una relazione di aiuto unica e originale e quindi di per sé variabile e imprevedibile. Il bisogno di capire meglio e di prendere tempo per approfondire costituisce una forza e non una debolezza nel lavoro quotidiano di aiuto con le persone. Se vi è una prevalenza di fattori protettivi il Servizio attiva aiuti e sostegni alla famiglia; se vi è una compresenza di entrambi i fattori l'affiancamento alla famiglia è più stretto e mira a potenziarne le risorse e limitarne le fragilità; se invece vi è scarsa o nessuna presenza di fattori protettivi il Servizio segnala la situazione all'Autorità Giudiziaria minorile che potrà emettere un provvedimento indicando il percorso da seguire. In quest'ultimo caso, la *“verità dei fatti”*, letta e interpretata dall'Autorità Giudiziaria secondo la legge, è finalmente tradotta in *“verità giudiziaria”* e diviene vincolante per tutti i soggetti coinvolti, inserendo nel percorso di aiuto anche elementi di controllo. È questo un passaggio che, pur obbligatorio per la tutela del bambino, finisce inevitabilmente con il rendere più rigida la visione globale della situazione, perché il linguaggio giuridico è diverso dal linguaggio dei servizi e dal linguaggio delle famiglie. *“La lingua del diritto è potentemente creativa, poiché genera norme, atti amministrativi, contratti e sentenze, essa insomma incide direttamente sulla vita delle persone modificandola”*, come scrive Gianrico Carofiglio in *La manomissione delle parole* [20].

✉ [enrico.valletta@auslromagna.it](mailto:enrico.valletta@auslromagna.it)

1. Spillet R. 'Kiss your baby goodbye': Mother recalls the horrifying moment her daughter was taken away when hospital staff wrongly thought the sick child had been assaulted. <http://www.dailymail.co.uk>.

2. Dyer C. Baby thought to have been shaken has rare syndrome, family court finds. *BMJ* 2017;357:j2136.

3. SBU. Traumatic shaking – The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking: A systematic review. Stockholm: Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU); 2016. SBU report no 255E. ISBN 978-91-85413-98-0.

4. Debelle GD, Maguire S, Watts P, et al. Abusive head trauma and the triad: a critique on behalf of RCPCH of 'Traumatic shaking: the role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking'. *Arch Dis Child* 2018;103:606-10.

5. Lynøe N, Elinder G, Hallberg B, et al. Insufficient evidence for 'shaken baby syndrome' – a systematic review. *Acta Paediatr* 2017;106:1021-7.

6. Bilo RAC, Banaschak S, Herrmann B, et al. Using the table in the Swedish review on shaken baby syndrome will not help courts deliver justice. *Acta Paediatr* 2017;106:1043-5.

7. Narang SK, Greeley CS, Lynøe, et al. - #theRestoftheStory. *Acta Paediatr* 2017;106:1047-9.

8. Saunders D, Raissaki M, Servaes S, et al. Throwing the baby out with the bath water - response to the swedish agency for health technology assessment and assessment of social services (SBU) report on traumatic shaking. *Pediatr Radiol* 2017;47:1386-9.

9. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol* 2018;48(8):1048-65, doi.org/10.1007/s00247-018-4149-1.

10. Vinchon M. Shaken baby syndrome: what certainty do we have? *Child Nerv Syst* 2017;33:1727-33.

11. Chevignard MP, Lind K. Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatr Radiol* 2014;44:S548-S558.

12. Bronfenbrenner U. Ecologia dello sviluppo umano. Il Mulino, 1986.

13. Bronfenbrenner U. Rendere umani gli esseri umani. Bioecologia dello sviluppo. Erickson, 2010.

14. Levi P. La tregua. Einaudi, 1963.

15. Serbati S, Milani P. La tutela dei bambini. Teorie e strumenti d'intervento con le famiglie vulnerabili. Carocci, 2013.

16. Ufficio del Pubblico tutore dei minori della Regione Veneto. Linee Guida per i Servizi sociali e sanitari, 2005.

17. Cismai. Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori. [www.cismai.it](http://www.cismai.it).

18. Regione Emilia Romagna. Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso, 2013.

19. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Linee di indirizzo nazionali. L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva, 2017.

20. Carofiglio G. La manomissione delle parole. Rizzoli, 2010.