



## INDICE

<b>ABSTRACT.....</b>	<b>1</b>
<b>1- INTRODUZIONE.....</b>	<b>2</b>
1.1 Storia del termine.....	3
1.2 Manifestazioni cliniche .....	3
1.3 Fattori di rischio e fattori protettivi.....	4
1.4 Incidenza .....	5
1.5 Prognosi .....	6
1.6 Importanza dell'infermiere.....	6
1.7 Programmi di prevenzione.....	10
<b>2- OBIETTIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>3- MATERIALI E METODI.....</b>	<b>14</b>
<b>4- RISULTATI.....</b>	<b>16</b>
<b>5- DISCUSSIONE.....</b>	<b>22</b>
<b>6- CONCLUSIONE.....</b>	<b>30</b>
<b>7- BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>31</b>
<b>8- SITOGRAFIA.....</b>	<b>35</b>

## ABSTRACT

**Introduzione:** la sindrome del bambino scosso (o trauma cranico d'abuso) è una forma di maltrattamento su minori, rivolta in particolare a neonati e lattanti ed è provocata da uno scuotimento ripetuto e violento del bambino da parte di un adulto. Questo provoca come conseguenza delle lesioni neurologiche o fatali come il coma o la morte.

Il fattore scatenante è il pianto del bambino, molto frequente nei primi mesi della sua vita. L'adulto di fronte ad un bambino che piange in maniera continuativa può sentirsi inadeguato e frustrato e nel tentativo di calmarlo, in maniera spesso involontaria, va a creare dei danni permanenti.

Tutto questo può essere prevenuto attraverso una sana informazione.

**Obiettivo:** l'obiettivo dell'elaborato è quello di capire quanto la sindrome del bambino scosso ed i suoi programmi di prevenzione siano conosciuti ed indagati dal punto di vista infermieristico.

**Materiali e metodi:** è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura andando ad attingere informazioni da motori di ricerca come PubMed e Cochrane Library e sono stati utilizzati anche articoli appartenenti alla letteratura grigia.

**Risultati:** dalla revisione è emerso che la sindrome del bambino scosso è conosciuta a livello infermieristico ma l'argomento richiede ancora una maggiore diffusione vista la scarsità degli articoli soprattutto nel nostro Paese. Nonostante questo, i programmi di formazione presenti sono efficaci nel ridurre l'incidenza della sindrome.

**Discussione:** dai risultati si evince che gli infermieri sono considerati dalla letteratura come la figura professionale più adeguata a identificare precocemente le famiglie a rischio di abuso, a tenere programmi educativi alle famiglie e ad eseguire una corretta valutazione del bambino a seguito dello scuotimento già avvenuto. Per questo motivo l'infermiere deve essere responsabile della propria formazione e deve sostenere un livello di conoscenza aggiornato in modo da fornire le migliori informazioni a tutte quelle persone che si avvicinano con il bambino.

**Conclusioni:** dalla fotografia ottenuta della situazione generale riguardo i lavori svolti da personale infermieristico si sottolinea che è necessario un ulteriore approfondimento sul piano della ricerca per favorire la crescita delle conoscenze da poter diffondere a tutta la popolazione.

## 1. INTRODUZIONE

Il maltrattamento infantile (o abuso) si identifica come ogni situazione in cui un soggetto di età inferiore ai 18 anni è oggetto di violenza fisica, sessuale, psicologica o è vittima di gravi negligenze. <sup>[1]</sup>

In particolare, si parla di violenza fisica quando genitori o persone responsabili legalmente del bambino eseguano o permettano che siano eseguite delle lesioni <sup>[2][3]</sup> che includono il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, avvelenare o soffocare. <sup>[4]</sup>

La sindrome del bambino scosso (SBS) è essa stessa una forma di abuso fisico che si definisce come quel maltrattamento, spesso non intenzionale, verso neonati e bambini molto piccoli che viene provocato quasi sempre da parte di un familiare che ignori o non conosca le conseguenze della pratica dello “scuotimento”.

Tale sindrome, infatti, si sviluppa a seguito di scosse ripetute provocate dall’adulto che in un momento di esasperazione afferra il bambino per il torace o le estremità e inizia ad agitarlo avanti e dietro in maniera dinamica nel tentativo di calmarlo da un pianto che sembra inconsolabile e che si creda non poter cessare in altro modo. <sup>[1][5]</sup>

Più raramente può essere provocata da caregiver, operatori sanitari o qualsiasi persona non appartenente alla famiglia che si approcci con il piccolo. <sup>[6]</sup>

Questi movimenti possono provocare alla vittima diverse lesioni lievi o gravi che portano ad avere danni che proseguono durante lo sviluppo del bambino e anche nella sua vita adulta con conseguente aumento delle disabilità e dei costi a livello sanitario.

È difficile sapere con esattezza quanto violento o protratto dovrebbe essere lo scuotimento si sa però che chi si è presentato come vittima di SBS è stato scosso energicamente circa 2-4 volte al secondo per 5-20 secondi. <sup>[5]</sup>

Questa ricerca nasce dal racconto di una collega che durante il tirocinio in rianimazione pediatrica dell’ospedale Salesi di Ancona si è trovata ad occuparsi di un bimbo vittima di scuotimento.

Spiegandomi solamente il meccanismo con il quale questo bambino di pochi mesi si ritrovò ad avere delle lesioni gravi ci rendemmo conto entrambe che di questa sindrome non ne avevamo mai sentito parlare e ci scoraggiò pensare che le sue condizioni critiche si sarebbero potute evitare semplicemente spiegando ai genitori o a chi se ne fosse preso

cura di non sfogare il proprio stress o la propria rabbia sul bambino in seguito ad un suo pianto.

### ***1.1 Storia del termine***

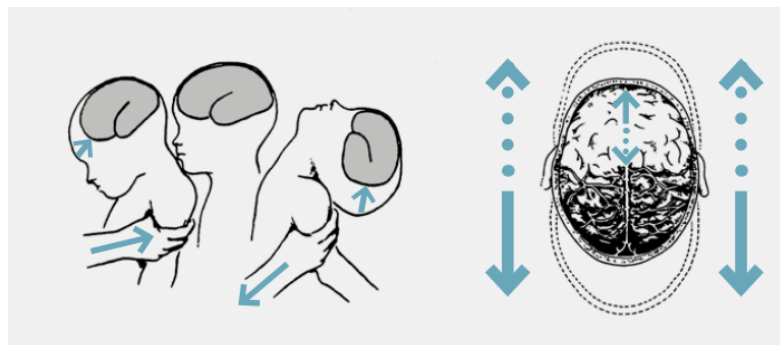
La prima descrizione di questo abuso fu nel 1946, dovuta al pediatra e radiologo John Caffey, il termine Shaken Baby Syndrome sarà sviluppato poi diversi anni dopo nel 1987 e successivamente inserito anche nell'International Classification of Diseases 9-Clinical Modification (IDC-9-CM) che rappresenta la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità. <sup>[7][8]</sup>

Ad oggi il termine SBS è da alcuni sostituito con quello di trauma cranico da abuso (AHT), perché le lesioni che questo tipo di maltrattamento provoca possono non essere dovute solo ad un violento scuotimento ma anche ad un impatto contundente o una combinazione tra essi, per questo motivo dal 2009 l'American Academy of Pediatric preferisce usare questa terminologia e ne ha anche raccomandato utilizzo. <sup>[8][9][10]</sup>

### ***1.2 Manifestazioni cliniche***

I neonati e i bambini, soprattutto al di sotto dei 2 anni di età, sono più suscettibili ai danni dello scuotimento per via delle loro caratteristiche strutturali anatomiche e fisiologiche.

Hanno muscoli del collo deboli, teste sovradimensionate rispetto al resto del loro corpo con mancata saldatura delle suture craniche ed un parenchima cerebrale mielinizzato in maniera incompleta rendendolo più esposto a forze meccaniche, quindi con questi movimenti l'encefalo, non ancora totalmente sviluppato, sbatte contro le ossa della teca cranica andando a provocare delle lacerazioni di vasi cerebrali, stiramento e rottura degli assoni e lo stiramento dei vasi retinici che possono variare in base al grado di intensità della violenza e al movimento che l'encefalo segue all'interno del cranio. <sup>[11][12][13]</sup>



**Fig. 1** meccanismo della sindrome del bambino scosso <sup>[14]</sup>

Si verificano delle lesioni minori quando le forze applicate al bambino determinano un movimento rettilineo o di traslazione mentre si hanno delle lesioni gravi o morte imminente quando le forze applicate fanno sì che il cervello ruoti attorno al suo asse. <sup>[15]</sup>

In particolare, le lesioni caratteristiche della SBS, che rappresentano la triade diagnostica, sono emorragia subdurale, emorragia retinica ed encefalopatia. <sup>[16]</sup>

Queste nella maggior parte dei casi sono accompagnate da sintomi generici come: letargia, diminuzione del tono muscolare, scarsa alimentazione, vomito, mancanza di vocalizzazione, postura rigida, dispnea, convulsioni, fontanelle sporgenti, pupille disuguali ed incapacità di sollevare la testa. <sup>[17]</sup> Le emorragie retiniche sono presenti in circa il 75% di tutti i casi di SBS quindi un neonato con tale problematica deve essere considerato vittima di abuso fisico fino a prova contraria. <sup>[18]</sup>

### **1.3 Fattori di rischio e fattori protettivi**

La causa scatenante è il pianto prolungato del bambino che viene interpretato dai genitori come qualcosa che non deve essere presente <sup>[19]</sup>, questo invece nei primi mesi di vita può essere molto frequente dato che è l'unico mezzo che il bambino conosce per comunicare e raggiunge il picco tra le 6 e le 8 settimane di età <sup>[20]</sup>

Studi hanno dimostrato che gli autori più frequenti sono maschi e che i fattori che aumentano la probabilità di provocare la SBS sono l'incapacità dell'adulto di far fronte allo stress, l'età adolescenziale, aspettative irrealistiche sull'educazione dei figli, atteggiamenti rigidi e impulsività, sentimenti di inadeguatezza e isolamento, depressione, abuso di sostanze ed esperienze infantili negative, inclusa una storia personale di abuso e abbandono. <sup>[21][11]</sup>

Sarà invece più difficile vedere casi di abuso che si manifestino quando le persone vivono in un ambiente familiare favorevole con rapporti familiari stabili, presenza di un'occupazione stabile dei genitori, adulti premurosi e che possono garantire l'accesso cure sanitarie. [22][23]

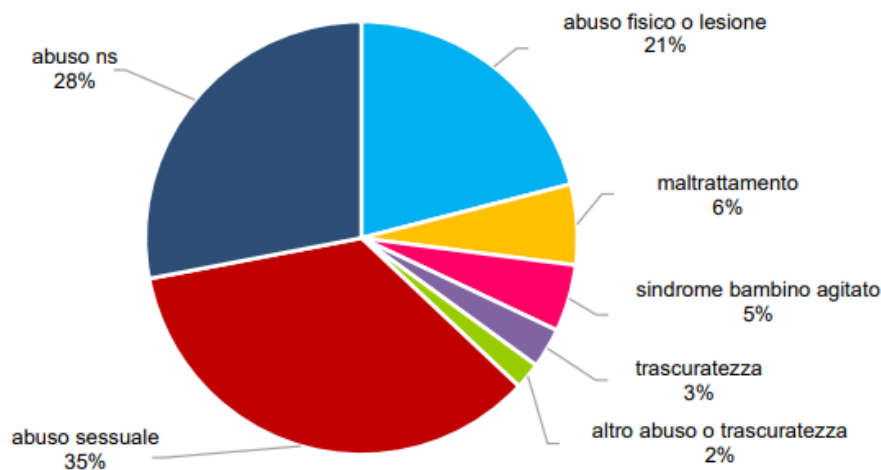
#### 1.4 Incidenza

L'incidenza precisa è difficile da calcolare poiché molti casi non vengono segnalati o riconosciuti [24] e perché altre patologie condividono gli stessi sintomi.

Si stima che ogni anno i dipartimenti di emergenza visitino da 600 a 1400 neonati con sintomi che possano far credere si tratti di SBS, [25] si presenta frequentemente nei bambini al di sotto dei 3 anni di età, in particolare ci sono ancora più casi che si verificano durante il primo anno di vita, [15] dove si stimano tra i 25 e i 31 casi per 100.000 bambini. [21]

In Italia non esistono dati certi sul, ma si ritiene che l'incidenza possa essere di 3 casi ogni 10.000 bambini di età inferiore ad un anno. [22]

Considerando gli accessi in pronto soccorso per maltrattamento la Shaken baby sindrome si osserva in un caso ogni 20 di ricovero per abuso.



**Fig. 2** Distribuzione percentuale per tipo di abuso relativa agli accessi in Pronto Soccorso pediatrici [26]

## **1.5 Prognosi**

Approssimativamente, dal 7% al 30% dei bambini scossi muore, dal 30% al 50% ha significativi deficit cognitivi o neurologici, e fino al 30% non subirà effetti a lungo termine. <sup>[11]</sup>

Le conseguenze della SBS possono essere quindi di diversa intensità e gravità, i danni di tipo neuro-psicologico provocati dallo scuotimento possono manifestarsi, nei primi mesi di vita del bambino, sia da un punto vista motorio che del linguaggio.

I danni più gravi riguardano: disturbi dell'apprendimento, dell'attenzione, della memoria e del linguaggio, disabilità fisiche, danni alla vista o cecità, disabilità uditive, paralisi cerebrale, epilessia, ritardo psicomotorio e ritardo mentale.

## **1.6 Importanza dell'infermiere**

La gestione infermieristica in un primo momento ha il compito di aiutare a riconoscere quei casi di minori che mostrano sintomi e segni che possano essere dovuti a tale sindrome in modo tale da segnalare tempestivamente alle autorità l'eventuale abuso per proteggere i pazienti ed evitare ulteriori maltrattamenti.

Il pronto soccorso e l'infermiere di triage rappresentano la maggior opportunità di riconoscimento dei casi di abuso, in caso di ingresso di un sospetto bambino vittima d'abuso sarà compito del triagista eseguire un corretto accertamento infermieristico, una precisa anamnesi e dei colloqui separati con i genitori per osservarne i comportamenti e porre attenzione sui dettagli dell'evento raccontato. <sup>[27]</sup>

La segnalazione è un obbligo del professionista, che si ritrova nel codice deontologico dell'infermiere, documento che fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito; relazione che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale e educativa.

Si riconosce l'infermiere come un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle



responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.

Si compone di 51 articoli e 2 riguardano l'agire professionale per la tutela degli abusi<sup>1</sup>:

- ART. 32 l'infermiere si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.
- ART. 33 L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

Assieme all'accertamento sarà necessario il controllo delle funzioni vitali del bambino mediante un approccio ABCDE che consente di riconoscere le situazioni pericolose per la vita del paziente e di trattarle nel miglior modo possibile nell'immediato.

L'acronimo ABCDE indica:

- A airways and cervical spine – vie aeree e colonna cervicale: si valuta la pervietà delle vie aeree mediante il GAS:
  - Guardare i movimenti del torace e dell'addome
  - Auscultare suoni respiratori che escono dalla bocca o dal naso
  - Sentire l'aria che esce dalla bocca o dal naso

Nell'eventuale presenza di sangue, vomito o denti dovuti allo scuotimento questi andranno rimossi e la pervietà delle vie aeree dovrà essere mantenuta con la posizione neutra del capo o con l'utilizzo delle cannule orofaringee.

Per prevenire l'ipossia dovuta al trauma nella fase A si somministra subito ossigeno al bambino.

Nella sindrome del bambino scosso vi è il rischio di alterazione della ventilazione e dello stato neurologico, questo porterà a dover eseguire l'intubazione, necessaria per un adeguata ventilazione e per evitare l'aumento della pressione intracranica.<sup>[28]</sup>

- B breathing – respirazione: si osservano eventuali segni dispnea o distress respiratorio mediante l'acronimo FLVO:
  - Frequenza respiratoria

---

<sup>1</sup> <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/Nota-accompagno.pdf>

- Lavoro respiratorio, ovvero la fatica e l'impegno utilizzati per respirare che si manifestano con rientramenti costali, sternali, sottocostali e alitamento delle pinne nasali che sono ben visibili nei bambini sotto i 5 anni
  - Volume corrente, si controlla che l'aria attraversi tutti i campi polmonari
  - Ossigenazione, valutabile con la saturimetria o con la presenza di cianosi
- C cirulation – circolazione: si controlla la corretta circolazione valutando la frequenza cardiaca, la perfusione periferica e la pressione arteriosa e si posizionano due accessi venosi periferici, dove non è possibile si reperisce la via intraossea.

Si valuta la presenza di shock che se presente aggrava l'esito del trauma cranico e aumenta la probabilità di morte per ridotta perfusione cerebrale.

- D disability – stato neurologico: si valuta il diametro pupillare e lo stato neurologico del bambino con la pediatric Glasgow coma scale.

In alcuni bambini vittima di SBS si può osservare anisocoria cioè la presenza di una pupilla di diametro maggiore rispetto ad un'altra, indice di una lesione emisferica. <sup>[28]</sup>

PUNTEGGIO	STANDARD GLASGOW COMA SCALE	PEDIATRIC GLASGOW COMA SCALE
<b>Apertura degli occhi</b>		
4	Spontanea	Spontanea
3	Al richiamo	Al richiamo
2	Al dolore	Al dolore
1	Nessuna	Nessuna
<b>Risposta verbale</b>		
5	Orientata	Vocalizza
4	Confusa	Irritabile, piange
3	Parole inappropriate	Piange al dolore
2	Suoni non specifici	Si lamenta al dolore
1	Nessuna	Nessuna
<b>Risposta motoria</b>		
6	Obbedisce ai comandi	Movimenti spontanei
5	Localizza il dolore	Ritira l'arto al contatto
4	Ritira l'arto al dolore	Ritira l'arto al dolore
3	Flette in maniera anomala al dolore	Flette in maniera anomala al dolore
2	Estende in maniera anomala al dolore	Estende in maniera anomala al dolore
1	Nessuna	Nessuna

**Tab.1** Glasgow coma scale standard e pediatrica. <sup>2</sup>

<sup>2</sup> [https://campus.meyer.it/wp-content/uploads/2023/02/17.newsletter\\_simyoung\\_traumacranico.pdf](https://campus.meyer.it/wp-content/uploads/2023/02/17.newsletter_simyoung_traumacranico.pdf)

La Glasgow coma scale (GCS) ha un punteggio che va da un minimo di 3 fino ad un massimo di 15 in base ai punteggi assegnati per il diverso tipo di stimolo.

I bambini che si troveranno con GCS tra 3-5 avranno nel 50% dei casi danni neurologici permanenti mentre quelli con un GCS tra 6 e 8 nel 10-20% dei casi avranno problemi di memoria a breve termine.<sup>3</sup>

- E exposure – esposizione: è la fase in cui si spoglia il bambino per osservarlo e verificare la presenza di segni di abuso come ematomi, lividi, escoriazioni o sanguinamenti.

A livello del cuoio capelluto si possono osservare l'integrità e la presenza di affossamenti della teca cranica e di otorragia.

Successivamente il paziente va coperto per evitare dispersione termica ed ipotermia.<sup>[29]</sup>

I casi di SBS sono da trattare come dei veri e propri traumi cranici o dei politraumi, soltanto l'approccio psicologico sarà diverso.

Nei casi più gravi è richiesto il ricovero in terapia intensiva dove sarà possibile monitorare in maniera continuativa le funzioni vitali, in particolare si monitorizzano la frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, la saturazione d'ossigeno (SpO<sub>2</sub>), la concentrazione di anidride carbonica presente nel sangue circolante (ETCO<sub>2</sub>), la temperatura corporea, la GCS, la pressione intracranica e il dolore.

Nel profilo professionale dell'infermiere (D.M 14/09/1994 n.739) si individua la figura del professionista come colui che deve svolgere un'assistenza infermieristica di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo che sia di natura tecnica, relazionale, educativa e che le sue principali funzioni sono quelle di prevenzione delle malattie, assistenza ai malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.<sup>4</sup>

Per questo motivo, oltre alla gestione del piccolo paziente una volta che il maltrattamento è già avvenuto, l'infermiere è tenuto a collaborare con le altre figure professionali nell'attuazione di programmi di prevenzione e educazione riguardanti gli abusi sui bambini rivolti in primis ai genitori ma anche a tutta la popolazione per ridurre l'incidenza del problema.<sup>[30]</sup>

---

<sup>3</sup><http://www.apelpediatri.it/relazioni/Corso%20FIMP%20Prevenzione%20dfegli%20incidenti/Linee%20guida%20nel%20trauma%20cranicoCohen>

<sup>4</sup> [https://www.fnopi.it/archivio\\_news/leggi/179/DM140994n739.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf)

Nella prevenzione primaria maggiormente si forniranno delle guide al genitore sullo sviluppo normale del bambino, su come combattere le frustrazioni e sui rischi dello scuotimento. [25]

La prevenzione secondaria consiste nel riconoscimento dei fattori di rischio di sviluppo della SBS che si individuano durante il ricovero o in appuntamenti organizzati per il follow up, mira quindi all'identificazione precoce del maltrattamento. [25]

La prevenzione terziaria ha lo scopo di prevenire ulteriori abusi una volta che questi si siano verificati, rendendo i genitori consapevoli del loro errore e della presenza di aiuti nella risoluzione dei problemi. [25]

Di conseguenza è fondamentale che tutti i sanitari coinvolti nella gestione dei casi di SBS siano informati e formati sulla ricorrenza di tale forma di maltrattamento e sui comportamenti più adatti da adottare.

### **1.7 Programmi di prevenzione**

Il primo programma di prevenzione della Shaken Baby Syndrome nasce in Ohio nel 1989 con il nome di "Don't Shake the Baby, questo prevedeva la fornitura di materiale informativo stampato ai genitori di 6 strutture mediche autorizzate su come affrontare il pianto dei bambini e sui rischi di scuoterlo. Si riuscirono a raggiungere 15.708 genitori che confermarono che il materiale era stato utile e che le informazioni dovevano essere fornite anche ad altri genitori. [23]

I programmi di prevenzione più conosciuti sono attuati dal National Center on Shaken Baby Syndrome (NCSBS), un ente di beneficenza pubblico fondato nel 2000 nell' Utah con la missione di prevenire la sindrome del bambino scosso e promuovere il benessere dei bambini in generale attraverso lo sviluppo e l'implementazione di programmi, politica e ricerca per educare le famiglie, gli operatori sanitari e i professionisti.<sup>5</sup>

Alcuni programmi dell'NCSBS si rivolgono:

- agli uomini nelle case di accoglienza militari, carcerarie e giovanili ne coordina i servizi con i corsi prenatali ospedalieri fornendo ai padri un ambiente sicuro dove discutere le paure e sentirsi al sicuro (Dads 101)

---

<sup>5</sup> <https://www.dontshake.org/about-us>

- agli studenti delle scuole medie e superiori per fornire loro le capacità di gestione della rabbia, sulla cura dei bambini e sugli aspetti medici dello scuotere un bambino
- a genitori, operatori sanitari e la comunità in generale mediante il programma “The period of PURPLE crying”. Le lettere della parola Purple indicano proprio le caratteristiche comportamentali attraverso le quali i bambini progrediscono fornendo l’opportunità di conoscere le caratteristiche frustranti del pianto riducendo lo stress delle persone. [23]



*Fig. 3 significato dell’acronimo purple per il NCSBS <sup>6</sup>*

L’NCSBS ha creato anche un APP scaricabile gratuitamente dagli store digitali (ancora solo in inglese e spagnolo) come strumento di informazione ai genitori sui pericoli dello scuotimento del bambino, su argomenti di salute e sicurezza e dispone di un baby tracker per il pianto, il sonno, peso, altezza e cambio pannolini.<sup>6</sup>

In Italia esiste la campagna di prevenzione “Non scuoterlo!” lanciata da Terres des Hommes, con il patrocinio della Società Italiana di Pediatria, per la prevenzione di tale sindrome.

Terre des Hommes dal 1960 è in prima linea per proteggere i bambini di tutto il mondo dalla violenza, dall’abuso e dallo sfruttamento e per assicurare a ogni bambino scuola, educazione informale, cure mediche e cibo.

<sup>6</sup> <https://www.dontshake.org/purple-crying>

La campagna mette a disposizione opuscoli con consigli utili, informazioni mirate, FAQ, un video pubblicità, video interviste che spiegano tutto ciò che c'è da sapere riguardo la sindrome e offre il contatto con ospedali pediatrici presenti sul territorio che aderiscono al programma.<sup>7</sup>

Terre des Hommes riconosce la rete ospedaliera come fondamentale per il contrasto della violenza sui bambini per questo collabora con:

- Bambi, ospedale Regina Margherita di Torino
- Soccorso Violenza Sessuale e Domestica, Clinica Mangiagalli, Milano
- Centro regionale per la diagnostica del bambino maltrattato, Azienda Ospedaliera di Padova
- Gruppo Abusi Infanzia e Adolescenza (GAIA), Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer di Firenze
- GIADA – Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico, Giovanni XXIII di Bari.

In questi viene fornita un'assistenza di tipo ambulatoriale, di Day Hospital, di ricovero ordinario o consulenze; viene inoltre fornita dalle varie equipe la realizzazione di corsi di formazione per il personale sanitario e di sensibilizzazione per laici.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> <https://nonscuoterlo.terredeshommes.it/chi-siamo>

<sup>8</sup> [https://terredeshommes.it/download/Dossier\\_Maltrattamento\\_e\\_Abuso\\_sui\\_bambini\\_2016.pdf](https://terredeshommes.it/download/Dossier_Maltrattamento_e_Abuso_sui_bambini_2016.pdf)

## **2. OBIETTIVO**

L'obiettivo di questo elaborato di tesi è quello di individuare dalla letteratura disponibile quanto la sindrome del bambino scosso sia conosciuta, percepita ed indagata dagli infermieri.

Un ulteriore quesito è quello di capire quanto è diffusa la conoscenza sui programmi educativi svolti dagli infermieri e sulla loro efficacia.

### 3. MATERIALI E METODI

È stata eseguita una revisione narrativa della letteratura ovvero una ricerca ed una valutazione della letteratura disponibile e delle ricerche precedenti per creare una panoramica critica sull'argomento scelto.

La ricerca è stata eseguita da gennaio 2023 a marzo 2023 utilizzando i siti delle banche dati scientifiche includendo le review, systematic review, case report, clinical trial, metanalisi e gli articoli similari con disponibilità di lettura "full text" e "free full text" dall'anno 1994 al 2023.

Le banche dati bibliografiche sono archivi digitali che raccolgono le referenze bibliografiche di articoli pubblicati nelle riviste internazionali.

Sono state utilizzate banche dati primarie come EMBL datalibrary che raccoglie i dettagli di fonti di letteratura medica primaria cioè articoli pubblicati sulle principali riviste biomediche e banche dati secondarie che contengono revisioni sistematiche delle pubblicazioni originali e le linee guida basate sulle prove di efficacia.

Tra le secondarie sono state utilizzate principalmente PubMed, Cochrane library e CHINHAL database.

PubMed è la più completa banca dati per eccellenza prodotta dalla National Library of Medicine che contiene oltre 24 milioni di riferimenti bibliografici forniti dal 1996 ad oggi, Cochrane Library è una raccolta di sei database che contengono diversi tipi di prove di efficacia con lo scopo di supportare il processo decisionale nell'assistenza sanitaria mentre CHINHAL database fornisce l'indicizzazione della letteratura infermieristica e delle professioni sanitarie.

Essendo quindi dei database molto vasti questi offrono dei motori di ricerca che consentono di eseguire la ricerca mediante parole libere o mediante Thesaurus MeSH ovvero un vocabolario dove sono collezionati i termini ed i loro sinonimi per far sì che da un'unica ricerca si trovino tutte le declinazioni di un certo termine.

Offrono anche l'opportunità di utilizzare gli operatori booleani cioè operatori logici che permettono di combinare in vario modo più concetti nella stessa ricerca, questi sono:

- AND che consente di trovare gli articoli che contengono entrambi i termini di ricerca



- OR consente di trovare articoli con almeno uno dei termini di ricerca indicati
- NOT consente di escludere un concetto quando si vuole limitare la ricerca

Nella ricerca eseguita sono state utilizzate le parole SBS, 'Shaken baby Syndrome', AHT, nurse, role, italy in forma libera e in termini MeSH e sono state combinate tra loro con l'operatore booleano AND creando differenti stringhe di ricerca

Nella tabella successiva sono riportate le ricerche eseguite:

<b>KEYWORDS</b>	<b>DATABASE</b>	<b>RISULTATI</b>
(Shaken baby Syndrome) and nurse*	PubMed	52
AHT and nurse*	PubMed	20
SBS and nurse*	PubMed	45
Shaken baby Syndrome	PubMed	25
("Shaken Baby Syndrome/prevention and control"[Mesh] AND nurse)	Cochrane Library	20
AHT and nurse	Cochrane library	6
Shaken Baby Syndrome <sup>9</sup>	PubMed	2
Shaken baby Syndrome and italy*	PubMed	10
Abusive head trauma	CHINAL	1
Shaken baby Syndrome	CHINAL	0

Sono state inoltre utilizzate le fonti bibliografiche trovate tramite OPAC SBN che consente di effettuare ricerche bibliografiche nel catalogo collettivo delle biblioteche italiane ed è stato utile ricercare le informazioni mediante la letteratura grigia e i siti web del National Center on Shaken Baby Syndrome (NCSBS), di Terres des Hommes, della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), della Società Italiana di scienze infermieristiche (SISIP) a e Save the children.

---

<sup>9</sup> In questo caso è stato utilizzato il limite: lingua italiana.

#### 4. RISULTATI

Le principali raccomandazioni della letteratura ricavate dalla revisione narrativa selezionate in base alla pertinenza degli articoli con l'argomento di ricerca sono sintetizzate nella seguente tabella:

<b>ARTICOLO</b>	<b>AUTORI/FONTE/ANNO</b>	<b>RACCOMANDAZIONI</b>
Nurses' Perceptions of Barriers and Facilitators Affecting the Shaken Baby Syndrome Education Initiative: An Exploratory Study of a Massachusetts Public Policy.	Leslie Rideout.  J Trauma Nurs, 2016 May-Jun.	I risultati dello studio dimostrano che la lingua straniera (diversa da quella inglese) delle neomamme è un limite nel fornire le linee guida per la prevenzione della SBS.  Dimostra poi che con una buona leadership infermieristica gli infermieri sono più propensi a fornire l'istruzione, a documentare l'educazione fornita e ad avere un riscontro per valutare l'impatto del loro intervento.  Valuta poi che gli infermieri sono in una posizione unica e migliore per offrire l'educazione e che l'implementazione delle linee guida non è limitata dalla mancanza di tempo e dal loro carico di lavoro.
The effect of a shaken baby syndrome prevention program on Turkish mothers' awareness	Ayla Kaya , Derya Çelik, Emine Efe.  J Spec Pediatr Nurs,2022 Apr	Questo studio fornisce la prova degli effetti positivi del programma educativo per la prevenzione della SBS condotto dagli infermieri.  La consapevolezza e la conoscenza della SBS tra le madri è aumentata di conseguenza le pratiche di prevenzione della SBS dovrebbero essere

and knowledge: A randomized controlled study.		regolarmente incluse nei programmi di consulenza per la preparazione ad essere genitori.
A statewide nurse training program for a hospital based infant abusive head trauma prevention program.	Maryalice Nocera, Meghan Shanahan, Robert A Murphy, Kelly M Sullivan, Marilyn Barr, Julie Price, Adam Zolotor .  Nurse Educ Pract, 2016 Jan	Gli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione sull'AHT hanno riportato alti livelli di soddisfazione, hanno aumentato le loro conoscenze sull' AHT, sul periodo di PURPLE Crying e su come implementare il programma educativo ai genitori.  A seguito del corso la maggior parte degli infermieri riferiva di aver insegnato ai genitori che piangere è normale per il piccolo e che scuoterlo è pericoloso.
Evaluation of child maltreatment in the emergency department setting: an overview for behavioral health providers.	Aaron N Leetch, John Leipsic, Dale P Woolridge.  Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2015 Jan.	L'abuso sui minori è gestito al meglio da un team multidisciplinare che comprende operatori di emergenza, infermieri, assistenti sociali e forze dell'ordine addestrati nella cura delle vittime e nella gestione delle prove forensi.  L'abuso sui minori è un problema comune nei dipartimenti di emergenza ma non risulta il luogo migliore per affrontare le conseguenze psicologiche ed emotive.
Evaluation of Period of PURPLE Crying, an abusive	Laura Schwab Reese, Erin O Heiden, Kimberly Q Kim, Jingzhen Yang.	Il programma period of PURPLE crying svolto dalle infermiere è stato molto apprezzato dalle madri partecipanti, il 76% delle mamme lo ha valutato con un punteggio di 9 o 10 da una scala da 1 a 10 mentre solo il 9% lo ha valutato con un punteggio di 7.

<p>head trauma prevention program.</p>	<p>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2014 Nov-Dec.</p>	<p>Il programma è stato efficace nell'insegnare alle madri il normale pianto infantile, i pericoli di scuotere un bambino e le tecniche calmanti e di coping. Più della metà delle madri ha riferito di aver utilizzato una tecnica per calmare il bambino appresa durante il programma.</p>
<p>The neonatal nurse's role in preventing abusive head trauma.</p>	<p>Kimberly A Allen.  Adv Neonatal Care, 2014 Oct.</p>	<p>Le famiglie con neonati prematuri o con patologie neurologiche possono non comprendere le normali aspettative di sviluppo o avere idee non realistiche sui comportamenti dei neonati prematuri, per questo la prevenzione primaria deve essere attuata soprattutto per questi genitori. Gli infermieri devono discutere le tecniche per affrontare il pianto inconsolabile e aiutare i genitori a creare un piano d'azione di emergenza concreto che possa essere implementato se i genitori iniziano a sentirsi sopraffatti, frustrati o arrabbiati quando il loro bambino è inconsolabile. Sebbene gli studi abbiano dimostrato un miglioramento positivo della conoscenza pre e post-intervento preventivo, solo in 2 studi è stata mostrata una diminuzione dei tassi di trauma cranico da abuso.</p>
<p>Abusive head trauma: a case study</p>	<p>Saribel Garcia Ceballos .  Adv Emerg Nurs J, 2009 Oct-Dec.</p>	<p>L'american academy of pediatric raccomanda che gli operatori pediatrici nel momento in cui valutano un neonato con trauma cranico devono avere un alto indice di sospetto di maltrattamento e devono essere attenti a segni, sintomi modelli di trauma cranico associati all'abuso.</p>

		<p>Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nella gestione e prevenzione dell'AHT e devono disporre di conoscenza aggiornate per difendere questi bambini in quanto spesso sono i primi a entrare in contatto con il neonato e la famiglia.</p>
<p>Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program.</p>	<p>Céline Goulet, Jean-Yves Frappier, Sylvie Fortin, Line Déziel, Annie Lampron, Maryse Boulanger.</p> <p>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2009 Jan-Feb.</p>	<p>Questo studio valuta le opinioni di genitori e infermieri in merito all'adeguatezza di un programma educativo sulla sindrome del bambino scosso, i risultati indicano che il 98% dei genitori ha apprezzato l'intervento mentre solo 1,5% lo ha ritenuto inutile.</p> <p>Il 94% dei genitori ha ritenuto che la semplice ricezione delle schede informative in assenza degli infermieri sarebbe stata insufficiente. Gli infermieri sono invece stati unanimi nell'affermare che l'intervento era appropriato e che la sua prosecuzione era molto importante.</p>
<p>Shaken baby syndrome education program: nurses making a difference.</p>	<p>Kim M Smith, Kathleen A deGuehery.</p> <p>MCN Am J Matern Child Nurs, 2008 Nov-Dec.</p>	<p>Nell'implementazione di un programma di prevenzione sulla SBS sono state incontrate alcune barriere come incertezza sull'adesione da parte dei dirigenti infermieristici e resistenza iniziale del personale al lavoro aggiuntivo.</p> <p>Queste sono state superate stabilendo dei buoni rapporti di lavoro con i dirigenti e il personale infermieristico attraverso un primo contatto faccia a faccia, follow up telefonico/mail mensile, monitoraggio della dichiarazione di impegno del personale, posizionando promemoria dove lo staff possa</p>

		<p>vederlo, mantenendo il personale interessato con programmi di aggiornamento o notiziari trimestrali e fornendo una copertura mediatica.</p>
<p>Shaken baby syndrome: facts, education, and advocacy.</p>	<p>Linda Lewin.  Nurs Womens Health, 2008 Jun.</p>	<p>Gli infermieri che incontrano futuri genitori o altri fornitori di assistenza all'infanzia sono in una posizione ideale per valutare i rischi di abuso e per promuovere strategie e abilità genitoriali basate sull'evidenza.</p> <p>Gli infermieri dovrebbero sempre prestare attenzione ai nuovi genitori ansiosi o che presentano altri fattori di rischio per la SBS.</p> <p>Chi lavora in terapia intensiva neonatale, asilo nido e travaglio e parto, deve familiarizzare con i materiali di prevenzione e sviluppare relazioni di fiducia e supporto con i genitori al fine di insegnare e rafforzare queste risorse.</p> <p>Chi si trova in uno Stato che fornisce materiali di prevenzione sulla SBS dovrebbero incoraggiare i proprio dirigenti infermieristici ad acquistare materiale per l'istruzione professionale sia genitoriale.</p>
<p>Shaken baby syndrome.</p>	<p>Leslie Altimier.  J Perinat Neonatal Nurs, 2008 Jan-Ma.</p>	<p>Fornire tempestivamente prevenzione e educazione ai genitori può prevenire e ridurre il numero di vittime di SBS.</p> <p>È importante che gli operatori sanitari neonatali e pediatrici coinvolti nella cura dei neonati, identifichino le famiglie a rischio, forniscano istruzione e formino gli operatori sanitari sulla SBS in quanto il loro coinvolgimento</p>

		nella prevenzione è essenziale per ridurre l'incidenza, la morbilità e la mortalità di questa sindrome devastante.
Shaken baby syndrome.	Heidi A Martin, Arnetta Woodson, Cindy W Christian, Mark A Helfaer, Ramesh Raghupathi, Jimmy W Huh. Crit Care Nurs Clin North Am, 2006 Sep.	Il trattamento adeguato e la sicurezza dei bambini che subiscono SBS possono essere migliorati dalla capacità dell'infermiere di riconoscere le caratteristiche di questa sindrome. La gestione infermieristica può variare da un'attenta osservazione all'aiuto in significativi sforzi di rianimazione. Valutazioni importanti includono ma non sono limitate a vie aeree, stato mentale e ipertensione endocranica. Gli infermieri possono anche riconoscere segni non specifici e identificare segnali d'allarme dei sintomi per la sindrome del bambino scosso. Inoltre, con una documentazione accurata e completa e notificando alle autorità competenti, l'infermiere può essere l'avvocato del bambino.
Shaken baby syndrome: identification and prevention for nurse practitioners.	D Coody, M Brown, D Montgomery, A Flynn, R Yetman. J Pediatr Health Care 1994 Mar-Apr.	Gli infermieri pediatrici sono in una posizione strategica per offrire prevenzione primaria, secondaria e terziaria. In asili nido ospedalieri e nelle strutture ambulatoriali hanno la responsabilità di educare i nuovi genitori sul normale sviluppo del bambino e sul pericolo di scuoterlo istruendoli sulle tecniche efficaci per calmare il pianto e calmare sé stessi.

## 5. DISCUSSIONE

Gli articoli scelti per svolgere la revisione narrativa sono in totale 13, questi sono stati selezionati perché rispondevano meglio rispetto ad altri al quesito di ricerca, ovvero: quanto è conosciuta ed indagata la sindrome del bambino scosso dagli infermieri? Cosa si sa sui programmi di prevenzione svolti dagli infermieri?

Inizialmente l'analisi della letteratura ha portato a dei risultati poco inerenti alla risoluzione dell'obiettivo di ricerca, in quanto l'elenco delle pubblicazioni presenti riguardava principalmente degli studi specifici sull'incidenza, sulla diagnostica, sui fattori di rischio e sulle manifestazioni cliniche della sindrome senza considerare ed esplorare l'assistenza e la conoscenza dal punto di vista infermieristico.

Per trovare quindi gli articoli scelti è stata eseguita una scrematura ed un'indagine più approfondita utilizzando altri termini di ricerca. Quelli individuati forniscono una serie di risultati che se analizzati fanno capire su cosa la letteratura si è concentrata maggiormente, riguardo la sindrome del bambino scosso, e quanto le diverse categorie di operatori in sanità hanno svolto ricerche su tale argomento.

La sindrome risulta essere molto più indagata ed attenzionata da Nazioni diverse dall'Italia; infatti, gli articoli ritrovati sono stati scritti da autori che vivono e lavorano in parti del mondo come gli Stati Uniti d'America e il Canada mentre in misura minore si trovano autori provenienti dal Giappone e dalla Turchia. In particolare, gli Stati dell'America che maggiormente hanno scritto e svolto casi-studio sono il l'Ohio, il North Carolina, il Massachusetts e New York.

Durante la ricerca sulle banche dati secondarie sono stati trovati solamente 2 articoli scritti in lingua italiana, questi riguardano la rivalutazione di casi di traumi cranici avvenuti all'ospedale di Modena e di Torino, ma entrambi non sono né free full text né full text in quanto ne risulta disponibile solo l'abstract, di conseguenza sono anche difficili da reperire.

Parlando ancora delle principali banche dati secondarie si è notato che si trovano articoli scritti da medici o altri professionisti sanitari italiani, ad esempio i tecnici di radiologia, disponibili però solo in lingua inglese mentre non è stato invece possibile reperire articoli scritti da infermieri in lingua italiana o in inglese.



Per trovare qualcosa di scritto in italiano, o più in generale, qualcosa di cui gli autori siano italiani la ricerca si è basata sulla letteratura grigia che consente di trovare informazioni prodotte a livello governativo, accademico o industriale diffusi dagli stessi autori o dalle organizzazioni pubbliche e private, all'interno dell'ente che li produce senza fini di lucro.

La letteratura grigia trovata riguarda per la maggior parte articoli di giornali pubblicati in siti di associazioni infermieristiche come ANIARTI, di ordini delle professioni infermieristiche o in siti degli ospedali pediatrici come il Meyer di Firenze e il Policlinico Gemelli di Roma ed è stata di grande aiuto per la stesura dell'elaborato in quanto le informazioni trovate sulla sindrome sono state esaustive.

I dati a nostra disposizione ci inducono ad affermare che la questione della Shaken baby Syndrome in Italia è nota al corpo infermieristico, eppure necessita di una maggiore diffusione per uscire dalle strettoie della specialistica in infermieristica pediatrica dato che questa riguarda tutto il corpo infermieristico in contesti ambulatoriali, dei servizi, a domicilio e sul territorio; la possibilità di trovarsi in situazioni in cui i bambini possono essere fatti soggetto di SBS è presente ed è giusto essere consapevoli del problema.

Inoltre, l'infermiere, che possiede tra le sue competenze il ruolo di educatore, deve essere responsabile della propria formazione e deve sostenere un livello di conoscenza aggiornato in quanto in questo caso l'educazione nei confronti sia delle famiglie, sia dei colleghi sia di altri operatori o professionisti che possono trovarsi a contatto con i bambini (es. maestre d'asilo) è fondamentale e va tenuto conto di questi personaggi come pubblico di riferimento per l'educazione.

Si considera quindi importante l'educazione delle persone riguardo la SBS perché è un modo, se non l'unico, per ridurre quella che è l'incidenza della sindrome. Gli studi in America riportano che ci sono tra i 25 e i 31 casi per 100.000 bambini <sup>[19]</sup>, in Italia non si conosce bene l'incidenza ma si stima che sia simile.

Leggendo questo valore può sembrare che il tasso di incidenza non sia esagerato ma considerando la brutalità della sindrome stessa, le conseguenze fisiche e psicologiche a cui porta e che spesso questa non è rilevata dai sanitari per via della complessità delle lesioni e per la situazione accusatoria che viene a crearsi nei confronti dei genitori (quindi il valore di incidenza stimato potrebbe non essere veritiero), è necessario diffondere il più possibile le informazioni.

La difficoltà nella diagnosi e nell'individuazione dei casi di SBS è dovuta al fatto che il meccanismo con cui le lesioni vengono a crearsi nella maggior parte dei casi non è visibile ad occhio nudo, raramente si vedono ecchimosi come segno delle mani che hanno stretto forte il torace del bambino, la valutazione della dinamica raccontata dai genitori non sempre è veritiera e i sintomi della SBS sono comuni e condivisi da altre eziologie o possono esserci dei casi asintomatici. <sup>[31]</sup><sup>[30]</sup>

Nonostante gli infermieri siano considerati i più adatti per individuare questi casi di abuso sui minori, soprattutto al loro primo ingresso in pronto soccorso, la valutazione del bambino potenzialmente abusato necessita sempre di un team multidisciplinare che comprende operatori di emergenza, infermieri, assistenti sociali e forze dell'ordine in quanto si parla di una questione delicata che deve essere gestita con la massima precisione, dignità e cura. <sup>[31]</sup>

Altri ruoli in cui la professione infermieristica rivede la sua importanza sono quello educativo, preventivo e di gestione assistenziale.

Quasi la totalità degli articoli trovati, anche se di altri Stati, sviluppano le loro argomentazioni su quella che è la prevenzione della patologia mediante l'educazione della popolazione, quindi, risulta che l'area di intervento maggiormente indagata dal punto di vista infermieristico nei siti scientifici sia per l'appunto quella della prevenzione, dell'attuazione e della valutazione dei programmi educativi.

La prevenzione è quell'azione diretta a impedire il verificarsi di fatti non desiderati o dannosi che dovrebbe essere attuata per tutte patologie che presentano una possibilità di riduzione dell'insorgenza. Questa pratica rientra nel profilo professionale dell'infermiere (D.M 14/09/1994 n.739), così come in quello delle altre professioni sanitarie.

In questo caso però gli infermieri si trovano in una posizione strategica nell'affrontare tale tematica sia dal punto di vista della prevenzione primaria, sia secondaria e sia terziaria in quanto sono gli operatori sanitari che maggiormente vivono la relazione con il paziente e che possono osservare il tipo di interazioni che sono presenti tra genitore e figlio. <sup>[30]</sup>

Le informazioni che devono essere fornite all'interno dei programmi educativi sono relative ai rischi che l'abuso comporta, al normale sviluppo del bambino durante i suoi primi mesi di vita garantendo soprattutto la conoscenza di quello che potrebbe essere l'andamento del pianto del bimbo, vengono fornite indicazioni sui metodi da utilizzare per far sì che sentire spesso il rumore del pianto non sfoci nel rischio di abuso da parte

del genitore e spesso si chiede di diffondere le informazioni a chi si occupa del bimbo al di fuori di chi ha ricevuto l'intervento. [30]

I dati presi in considerazione per la ricerca, che si riferiscono alla valutazione dei programmi educativi, forniscono la prova degli effetti positivi dei vari programmi svolti da infermieri.

Lo studio controllato randomizzato in cieco condotto tra settembre 2020 e febbraio 2021 in Turchia e svolto da Kaya, A.; Celik, D.; ed Efe, E. ha dimostrato che lo sviluppo di un programma educativo basato sull'evidenza ha aumentato la consapevolezza delle mamme che erano state selezionate per partecipare al gruppo di intervento rispetto quelle che hanno preso parte al gruppo di controllo utilizzando come metodo di misurazione del cambiamento un questionario pre-intervento e post-intervento a seguito del follow up per 8 settimane. [32]

		Intervention group	Control group	t	p
		(n = 43) Mean (SD)	(n = 44) Mean (SD)		
Shaking knowledge	Pre-test	2.59 (0.26)	2.49 (0.26)	1.831	.071
	Post-test	3.62 (0.24)	2.53 (0.30)	18.504	.001 <sup>a</sup>
		t = 18.733, p = .001 <sup>a</sup>	t = 0.636, p = .527		
<i>Factor</i>					
Consequences of shaking a baby	Pre-test	2.79 (0.44)	2.68 (0.30)	1.459	.148
	Post-test	3.68 (0.38)	2.82 (0.35)	11.080	.001 <sup>a</sup>
		t = 10.045, p = .001 <sup>a</sup>	t = 2.002, p = .048		
Conditions that can cause shaken baby syndrome	Pre-test	2.60 (0.38)	2.55 (0.33)	0.696	.488
	Post-test	3.72 (0.23)	2.72 (0.41)	14.097	.001 <sup>a</sup>
		t = 16.392, p = .001 <sup>a</sup>	t = 2.156, p = .034 <sup>a</sup>		
Symptoms of shaken baby syndrome	Pre-test	2.53 (0.36)	2.39 (0.34)	1.866	.066
	Post-test	3.48 (0.31)	2.54 (0.28)	14.896	.001 <sup>a</sup>
		t = 13.329, p = .001 <sup>a</sup>	t = 2.362, p = .020 <sup>a</sup>		
Measures to prevent shaken baby syndrome	Pre-test	2.46 (0.46)	2.35 (0.37)	1.128	.262
	Post-test	3.60 (0.35)	2.35 (0.25)	16.213	.001 <sup>a</sup>
		t = 12.876, p = .001 <sup>a</sup>	t = 2.614, p = .011 <sup>a</sup>		

Remains statistically significant.

**Tab. 2** Media dei punteggi delle conoscenze di scuotimento pre-test-post-test delle madri [32]

La tabella oltre a dimostrare il netto miglioramento delle conoscenze nel gruppo di intervento dimostra che anche nel gruppo di controllo la conoscenza della SBS è lievemente aumentata.

Si può quindi pensare che questo lieve aumento possa essere dovuto al fatto che tra le misure di prevenzione della sindrome, che vengono ampiamente spiegate durante il programma, rientra anche il condividere le informazioni ricevute durante l'intervento con il resto della popolazione, che siano amici, familiari o semplicemente conoscenti. Di conseguenza è possibile che altre mamme dello studio abbiano aumentato le loro informazioni a seguito di un passa parola iniziato dopo l'intervento educativo.

È stato poi valutato anche il programma Period of PURPLE crying mediante uno studio svolto da Reese, L.S., & all, con un setting non sperimentale, infatti, i dati raccolti sono solamente post-test.

Il Period of PURPLE crying è il programma di prevenzione tutt'ora più sviluppato e completo, è stato creato nel 2007 dal National Center on Shaken Baby Syndrome e lo ha implementato in alcuni Stati dell'America ed in alcuni paesi del Canada, dell'Australia, in Israele, in Giappone, in Corea del Sud, in Vietnam e alle Isole Cayman. Questo utilizza come metodologie di educazione degli opuscoli informativi, la visione di un DVD di 10 minuti, una sessione educativa con un professionista sanitario qualificato e distribuisce ai partecipanti dei magneti da frigorifero come ricordo delle informazioni ricevute in modo tale da scatenare la curiosità nel caso in cui il magnete venga visto da ospiti del partecipante in casa.<sup>10</sup>

Lo studio in questione ha valutato e dimostrato l'efficacia del programma applicato in cinque ospedali per il parto in una città del Midwest; infatti, anche i dati raccolti da questo mostrano che la consapevolezza e la conoscenza della SBS tra i partecipanti è aumentata ed inoltre il programma è stato ben visto dalle madri.

Il 76% delle mamme lo ha valutato con un punteggio elevato, 9 o 10 su una scala da 1 a 10 mentre solo il 9% lo ha valutato con un punteggio di 7, altre hanno apprezzato molto l'opportunità di poter discutere apertamente del problema con l'educatore infermieristico in quanto la semplice visione del video in autonomia non le avrebbe aiutate nel comprendere al massimo la sindrome.

Le madri hanno inoltre riferito di aver utilizzato le tecniche calmanti insegnate dal programma, mentre solo una minoranza di loro, il 41%, ha riferito di aver coinvolto e

---

<sup>6</sup> <https://www.dontshake.org/purple-crying>

diffuso la formazione con altri caregiver del bambino anche se secondo il questionario compilato tutte le partecipanti sarebbero state disposte a farlo. [33]

Affermare quindi che il ruolo infermieristico è importantissimo nell'attuare questi programmi di prevenzione e che gli infermieri sono gli operatori più adatti per affrontare tali tematiche risulta corretto, dalla letteratura infatti, un ulteriore studio svolto da Goulet, C.& all. riporta come risultato che il 94% dei genitori ritiene che la semplice ricezione di schede informative senza l'intervento infermieristico sarebbe stato quasi inutile. [34]

Lo stesso studio valuta anche le opinioni degli infermieri sull'adeguatezza dei programmi da loro stessi svolti e tutti i partecipanti alla valutazione affermano che l'intervento è opportuno e che la continuità del programma è importante.

Dai dati analizzati si possono comunque trovare delle criticità. Innanzitutto, notiamo che nei primi 2 studi analizzati l'intervento è stato rivolto solamente alle mamme subito dopo il momento del parto, esse avrebbero poi dovuto esporre l'intervento ricevuto alle loro famiglie e conoscenti ma da quanto si può notare dal penultimo articolo considerato quasi la maggior parte di loro non ha condiviso le informazioni perché si fidano della propria famiglia e delle persone con cui scelgono di condividere la vita del proprio bambino e non credano possano fargli del male.

Il problema sta nel fatto che le persone che più spesso abusano del bambino producendo il meccanismo di tale sindrome sono nella minoranza dei casi le mamme mentre nella maggioranza dei casi si tratta proprio di altri componenti della famiglia o babysitter scelti per il bambino.

All'interno del programma dovranno quindi essere approfondite maggiormente le tematiche dei fattori di rischio per far comprendere con più precisione alle mamme quelle che sono le caratteristiche dei colpevoli e che è sempre meglio diffondere l'informazione perché i momenti di frustrazione sono imprevedibili.

Inoltre, può essere necessario sviluppare programmi più ampi che forniscano l'istruzione anche al resto della famiglia del piccolo, creando degli interventi pre-nascita, piuttosto che solo post, che siano aperti anche a tutti i membri della famiglia, ai fornitori di assistenza e più in generale alla popolazione.

Non è stata trovata letteratura che valuta invece i programmi di prevenzione presenti in Italia, come quello di Terres des Hommes "non scuoterlo!". Questo ribadisce, come

già anticipato nelle righe precedenti, che la ricerca infermieristica non sia abbastanza sviluppata sull'argomento.

Per far sì che l'educazione sia efficace ed organizzata al meglio, anche gli infermieri necessitano di una loro formazione e devono mantenersi aggiornati sull'argomento.

Soprattutto chi lavora in reparti di neonatologia o di terapia intensiva deve sapere quelli che sono i fattori di rischio e deve riuscire ad individuare precocemente quei genitori ansiosi o situazioni familiari favorevoli allo sviluppo della sindrome. <sup>[35]</sup>

Uno dei fattori di rischio da prendere in considerazione in quegli ambienti è quello della prematurità dei bambini in quanto a seguito della loro nascita questi non hanno la stessa possibilità di creare il bonding che viene a crearsi invece con i bambini nati a termine.

Il bonding è un legame profondo che si sviluppa tramite il contatto tra genitori e figlio, in particolare con la madre nelle prime ore a seguito della nascita e consente di aumentare il legame affettivo e l'intimità tra i due.

In quei casi in cui il neonato deve essere separato dalla mamma e mantenuto in incubatrice si ha una riduzione di questo legame quindi gli infermieri devono fare il possibile per mantenere e favorire il contatto appena possibile senza ulteriori ritardi.

Nonostante, quindi, i programmi di prevenzione siano visti come favorevoli sia dagli infermieri sia dai partecipanti la letteratura ha individuato delle barriere alla loro implementazione che vengono create dal personale infermieristico ed anche dai loro dirigenti. <sup>[36]</sup>

La barriera più grande che tende a ridurre l'adesione da parte del personale è la loro resistenza nel voler implementare i programmi per via della "mancanza di tempo"

Il fattore tempo nella pratica infermieristica è considerato dalla maggioranza dei professionisti un elemento difficile da gestire ad esempio per il fatto che il rapporto paziente-infermiere può arrivare a 14:1 ed essere in alcuni casi anche maggiore.

È stato dimostrato però, dallo studio di Rideaut, L., che in questo caso l'applicazione di tali programmi non riduce né il tempo disponibile per l'assistenza e né influisce sull'aumento del carico di lavoro.

Interpretando i dati raccolti si può pensare alla sindrome del bambino scosso come se fosse una malattia rara, questo non in relazione alla frequenza della sindrome ma in base al grado di conoscenza all'interno dello stesso mondo sanitario. I pochi lavori disponibili suggeriscono che, nei fatti, questa sindrome sia poco conosciuta e debba essere inquadrata nella sua particolarità all'interno delle malattie rare che richiedono tempi molto lunghi per la diagnosi e la gestione delle terapie, oltre che per la ricerca scientifica.

Bisogna ricordarsi però che questa patologia è a tutti gli effetti una forma di maltrattamento in quanto lo scuotimento del bambino comporta una violazione dello spazio fisico e personale dell'individuo.

Nella sua pratica assistenziale l'infermiere si trova quotidianamente a dover eseguire delle procedure sugli assistiti che si trovano in una posizione di svantaggio rispetto all'operatore sanitario. Viene quindi spontaneo chiedersi se nello svolgimento del suo operato l'infermiere ha un limite da non oltrepassare per non sfociare in quello che è il vero e proprio abuso.

Data la complessità degli interventi, le dinamiche che si creano in alcuni casi all'interno delle strutture assistenziali, e lo stress che caratterizza molti professionisti, il rischio di non avere la necessaria capacità e avere dei comportamenti sbagliati e di dominio verso i pazienti è assai alto.

Allo stesso tempo, è compito dell'infermiere ed è sua responsabilità proteggere i pazienti stessi e garantire loro privacy e comfort durante tutti gli interventi sanitari.

L'importanza di questo viene ribadito da tutte le "skill" delle procedure sulle quali si basa tutta la pratica clinica e difatti la protezione del paziente viene da subito insegnata anche a livello universitario.

Ci sono, nonostante questo, dei casi in cui il limite viene superato, se consideriamo ad esempio l'utilizzo delle contenzioni si nota che in alcuni pazienti vengano utilizzate in maniera inappropriata ma una professione sanitaria non può avere dubbi su quello che è il trattamento sanitario e l'integrità della persona.

Questa argomentazione però non rientra in maniera specifica all'interno dell'obiettivo della revisione; quindi, sarà altro lo spazio in cui tale tematica potrà essere approfondita.

## **6. CONCLUSIONI**

Il lavoro effettuato ci ha permesso di creare una fotografia relativo al livello delle conoscenze e dei lavori scientifici sviluppati dalla componente infermieristica sulla sindrome del bambino scosso.

A livello generale della popolazione sanitaria mondiale e nello specifico italiano si è sottolineato come la questione è ancora poco conosciuta, ciononostante gli articoli presi in considerazione, come già detto precedentemente, evidenziano la necessità e la possibilità di ulteriori lavori di approfondimento sul piano della ricerca, di crescita e conoscenza sul piano della professione aumentando di conseguenza le capacità empatiche dell'infermiere a livello della dimensione umana e professionale dei professionisti.



## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Reith, W., Yilmaz, U., & Kraus, C. (2016). Shaken-Baby-Syndrom [Shaken baby syndrome]. *Der Radiologe*, 56(5), 424–431. doi:10.1007/s00117-016-0106-x
2. Missaglia, D. (2012). Scarti di famiglia. Italia: Rizzoli.
3. Montecchi, F. (2016). Dal bambino minaccioso al bambino minacciato.: Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento. Italia: Franco Angeli Edizioni.
4. Di Iullo, T.; Angelucci, P.; Cacia, L.; Di Gioia, A.; Gasteratou, E.; Malorni, N.; Nicolussi M.; Sarno, L. & Soavi, G. (2017) Maltrattamento e abuso all'infanzia: indicazioni e raccomandazioni. *CNOP*.
5. Ferrari A. (2007) Shaken Baby Syndrome. *Parliamone (1)*.
6. Longobardi, G.; Caprio, A.M. & Casertano, M. (2022). Il pediatra di famiglia, tra pianto inconsolabile e rischio di un bambino con gravi danni cerebrali. *Pediatria preventiva & sociale*.
7. VV., A. (2019). I pediatri e il maltrattamento all'infanzia: Prevenzione, diagnosi e contrasto alla violenza. Italia: Franco Angeli Edizioni.
8. Blocco, R.. & Cristiano, CW. (2009) Comitato per l'abuso e l'abbandono dei minori. Trauma cranico abusivo nei neonati e nei bambini. *Pediatria*.
9. Yoon, S., Lee, J., Jun, Y. H., & Jeon, G. W. (2022). Neonatal Abusive Head Trauma without External Injuries: Suspicion Improves Diagnosis. *Children*, 9(6).
10. Choudhary, A.K., Servaes, S., Slovis, T.L. *et al.* (2018). Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol*.
11. Altimier L. MSN. RN. (2008) Shaken Baby Syndrome. *The Journal of perinatal & neonatal nursing* 22(1):68-7
12. Meskauskas, L. Beaton, K. Merservey, M. (2009) Preventing Shaken Baby Syndrome: a multidisciplinary response to six tragedies. *Nursing for Women's Health / vol. 13. Issue 4*.
13. Rizzotto, R,M.; Bua, M.; Facchin P. (2021) Il trauma cranico da abuso (sindrome del bambino scosso): un vademecum per il pediatra. *Quaderni acp*.
14. Lips, U.; Wopmann, M.; Jud, A.; Falta, R. (2020) Maltrattamento infantile – protezione dell'infanzia: guida alla diagnosi precoce e alle procedure nello studio medico. *Kinderschutz Schweiz*.

15. Duhaime, A. C., Christian, C. W., Rorke, L. B., & Zimmerman, R. A. (1998). Nonaccidental head injury in infants--the "shaken-baby syndrome". *The New England journal of medicine*.
16. Parsh B. (2013). All eyes on shaken baby syndrome. *Nursing*, 43(5), 66.
17. Smith, K. M., & deGuehery, K. A. (2008). Shaken baby syndrome education program: nurses making a difference. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 33(6), 371–375.
18. Mraz M. A. (2009). The physical manifestations of shaken baby syndrome. *Journal of forensic nursing*, 5(1), 26–30.
19. Barr R. G. (2012). Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 Suppl 2 (Suppl 2), 17294–17301.
20. Cala Cala, L. F., Kelly, C. L., Ramos, E., VanVleet, M., & High, P. (2020). Which Mothers Know That All Babies Cry? A Randomized Controlled Trial of a Child Abuse Prevention Program for Low-Income New Mothers. *Clinical pediatrics*, 59(9-10), 865–873.
21. Stewart, T.C., Polgar, D., Gilliland, J.A., Tanner, D.A., Girotti, M.J., Parry, N.G., & Fraser, D. (2011). Shaken baby syndrome and a triple-dose strategy for its prevention. *The Journal of trauma*, 71 6, 1801-7 .
22. Miglioranzi, P. (2020) Ancora casi di shaken baby syndrome. *Newsletter FIMP cultura*.
23. Walls, C. (2006). Shaken baby syndrome education: A role for Nurse practitioners working with families of small children. *Journal of pediatric health care. Volume 20, issue 5, p304-310*.
24. Ettaro, L., Berger, R. P., & Songer, T. (2004). Abusive head trauma in young children: characteristics and medical charges in a hospitalized population. *Child abuse & neglect*, 28(10), 1099–1111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.006>
25. Hoffman, M,J. (2005) A case of Shaken baby Syndrome after discharge from the newborn intensive care unit. *The National Association of Neonatal Nurses* 1536-0903/05/0503.

26. Pitidis, A.; Longo, E.; Cremonesi, P.; & gruppo di lavoro progetto REVAMP. (2019). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in pronto soccorso. *Rapporti ISTISAN 19/29*.
27. Di Luca, C. (2021) Shaken Baby Syndrome: aspetti clinici, criminologici e medico legali. *I profili dell'abuso Profiling*.
28. Martin, H. A., Woodson, A., Christian, C. W., Helfaer, M. A., Raghupathi, R., & Huh, J. W. (2006). Shaken baby syndrome. *Critical Care Nursing Clinics*, 18(3), 279-286.
29. Garbarin, T. (2020) Gestione del paziente con trauma grave. *Nurse24. Dossier emergenza-urgenza*
30. Coody, D., Brown, M., Montgomery, D., Flynn, A., & Yetman, R. (1994). Shaken baby syndrome: identification and prevention for nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 8(2), 50-56.
31. Leetch, A. N., Leipsic, J., & Woolridge, D. P. (2015). Evaluation of child maltreatment in the emergency department setting: an overview for behavioral health providers. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 41–64. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.09.006>
32. Kaya, A., Çelik, D., & Efe, E. (2022). The effect of a shaken baby syndrome prevention program on Turkish mothers' awareness and knowledge: A randomized controlled study. *Journal for specialists in pediatric nursing : JSPN*, 27(2), e12369. <https://doi.org/10.1111/jspn.12369>
33. Reese, L. S., Heiden, E. O., Kim, K. Q., & Yang, J. (2014). Evaluation of Period of PURPLE Crying, an abusive head trauma prevention program. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 43(6), 752–761. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12495>
34. Goulet, C., Frappier, J. Y., Fortin, S., Déziel, L., Lampron, A., & Boulanger, M. (2009). Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 38(1), 7–21. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00301.x>
35. Allen K. A. (2014). The neonatal nurse's role in preventing abusive head trauma. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of*

<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000117>.

36. Rideout L. (2016). Nurses' Perceptions of Barriers and Facilitators Affecting the Shaken Baby Syndrome Education Initiative: An Exploratory Study of a Massachusetts Public Policy. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 23(3), 125–137. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000206>

## **8. SITOGRAFIA**

[https://campus.meyer.it/wpcontent/uploads/2023/02/17.newsletter\\_simyoung\\_traumacra\\_nico.pdf](https://campus.meyer.it/wpcontent/uploads/2023/02/17.newsletter_simyoung_traumacra_nico.pdf)

<https://nonscuoterlo.terredeshommes.it/chi-siamo>

[https://terredeshommes.it/dnload/Dossier\\_Maltrattamento\\_e\\_Abuso\\_sui\\_bambini\\_2016.pdf](https://terredeshommes.it/dnload/Dossier_Maltrattamento_e_Abuso_sui_bambini_2016.pdf)

<http://www.apelpediatri.it/relazioni/Corso%20FIMP%20Prevenzione%20dfegli%20incidenti/Linee%20guida%20nel%20trauma%20cranicoCohen.ppt>

<https://www.dontshake.org/about-us>

<https://www.dontshake.org/purple-crying>

[https://www.fnopi.it/archivio\\_news/leggi/179/DM140994n739.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf)

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/Nota-accompagno.pdf>