

Il maltrattamento fisico: quali conoscenze per il pediatra

Carla Berardi

Pediatra di famiglia, Perugia

Lo scarso contributo dei pediatri alla individuazione dei casi di maltrattamento deriva in buona parte dalla scarsa diffusione delle conoscenze relative alla semeiotica delle lesioni esito di abuso e dalle difficoltà di diagnosi differenziale con le lesioni accidentali. Pertanto l'articolo si propone di analizzare i segni e i sintomi specifici o compatibili con il maltrattamento fisico e i criteri diagnostici utili per sospettare/identificare i casi di abuso nell'esercizio della pratica professionale, con l'obiettivo di migliorare la capacità di:

- identificare gli indicatori anamnestici del maltrattamento;
- riconoscere le caratteristiche di lividi, ustioni e fratture che fanno sospettare il maltrattamento;
- identificare i segni classici di trauma cranico da abuso (già Shaken Baby Syndrome).

Non vengono date indicazioni su:

- diagnosi (confermare o escludere il maltrattamento) in quanto non di competenza del pediatra, che comunque è tenuto a collaborare al percorso diagnostico territorialmente ritenuto corretto;
- segnalazione, in ogni caso doverosa, oltre che obbligo di legge in caso di sospetto;
- prevenzione, comunque di competenza del pediatra, specialmente del pediatra di libera scelta che è in una posizione chiave per individuare i fattori di rischio e offrire supporto alle famiglie in difficoltà così da rinforzare la protezione del bambino.

Definizione del maltrattamento sui minori

Per maltrattamento sui bambini e gli adolescenti s'intendono "tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un danno reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la

sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere" (WHO, 2002).

Dati epidemiologici

È noto che, sebbene l'abuso all'infanzia rappresenti uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nei Paesi ad alto tenore di vita (WHO, 2006) per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime, e sulla società di cui fanno parte, la sua incidenza e prevalenza rimangono sottostimate. Una review di *The Lancet* sulla prevalenza del maltrattamento infantile in alcuni Paesi ad alto tenore di vita evidenzia che i casi di maltrattamento accertato riferiti ogni anno alle agenzie di protezione dell'infanzia riguardano dall'1,5 al 5% dei bambini nella popolazione generale; gli studi di popolazione condotti con la metodologia del "self-report retrospettivo" (questionari somministrati ad adolescenti o giovani adulti a cui veniva chiesto di riferire eventuali episodi di violenza subiti durante la propria infanzia) indicano che ogni anno circa il 4-16% dei bambini subisce abuso fisico. Dagli stessi studi emerge che almeno per un periodo nel corso dell'infanzia (prevalenza cumulativa), il 5-35% subisce abuso fisico, il 4-19% abuso psico-emozionale, il 6-12% è trascurato, l'8-25% è esposto a violenza assistita e infine che il 15-30% delle femmine e il 5-15% dei maschi sono state vittime di varie forme di abuso sessuale. Uno studio recente, che valuta la prevalenza cumulativa dei casi di abuso accertati, indica che al 2011 negli Stati Uniti il 12,5% dei minori è stato abusato nel corso dell'infanzia. Nonostante l'incertezza dei dati, questo sottolinea la sottostima da parte delle statistiche ufficiali. Dati provenienti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), relativi al maltrattamento dei bambini nella Regione europea, confermano l'estensione del fenomeno, indicando una prevalenza per abuso fisico del 22,9%, abuso psico-emozionale del 29,1%, abuso sessuale

del 9,6%, e per trascuratezza del 16,3-18,4%. Nella Regione europea almeno 850 bambini sotto i 15 anni muoiono ogni anno a causa di maltrattamenti. In Italia non esiste ancora un sistema informativo nazionale in grado di fornire dati epidemiologici aggiornati sul maltrattamento nonostante le raccomandazioni ONU e OMS. Le stesse statistiche ufficiali sul fenomeno sono estremamente carenti e le uniche raccolte di dati sono di fonte giudiziaria, organizzate a fini interni dalle istituzioni giuridiche e quindi scarsamente utili dal punto di vista epidemiologico. La prima indagine nazionale quali-quantitativa condotta su un campione di 31 Comuni a cura di Terre des Hommes e CISMAI (settembre 2013) registra una prevalenza di casi noti ai servizi pari a 0,98% mentre studi di popolazione condotti su un campione di studenti delle scuole superiori con la tecnica del self-report retrospettivo indicano che il 3% ha subito nell'infanzia abuso fisico, l'11% abuso emozionale e l'8% (maschi) e il 20% (femmine) abuso sessuale. Questi dati ci dicono che nella pratica professionale del pediatra la probabilità di doversi confrontare con il maltrattamento è alta, superiore a quella di altre patologie rispetto alle quali c'è evidentemente maggiore consapevolezza e migliore formazione (da Nelson 2013: sindrome di Down 0,1%, diabete tipo 1 0,2%, cardiopatie congenite 0,8%, tumori 0,016%, autismo 0,2%).

Il maltrattamento fisico

Per maltrattamento fisico s'intende il ricorso sistematico alla violenza fisica come aggressioni, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica, alla vita del bambino/adolescente e alla sua dignità. "Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare, soffocare. Gran parte della violenza a danno di minori dentro le mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire" (WHO, 2006).

Per corrispondenza:

Carla Berardi

e-mail: carla.berardi@tiscali.it

formazione a distanza

L'abuso fisico è un fenomeno frequente; pertanto c'è un'alta probabilità che il pediatra incontri bambini vittime di maltrattamento nella pratica professionale, ma nonostante ciò la maggior parte delle lesioni da abuso fisico rischia di non essere riconosciuta. Lesioni di modesta entità che non richiedono l'intervento medico possono essere tenute nascoste. I bambini abusati possono presentarsi nella pratica clinica in vari modi: la lesione può essere il motivo della consultazione o può essere riscontrata in occasione di una visita per altri motivi; dunque è necessario essere attenti a sospettare il maltrattamento ogni volta che ci si trovi a valutare un bambino con lesioni traumatiche. Dai dati della letteratura emerge che i bambini più piccoli (< 3 anni) hanno la più alta probabilità di essere maltrattati, con la più alta percentuale al di sotto di un anno; ma tutte le età, inclusi gli adolescenti, sono a rischio. Le aggressioni esitano in lesioni che possono essere a carico di diversi organi e apparati configurando quadri clinici diversi (lesioni cutanee, fratture, trauma cranico ossia Shaken Baby Syndrome, danni viscerali) e pongono complesse questioni di diagnostica differenziale. La diagnosi differenziale, come per le altre patologie, si basa su: *anamnesi* (valutare se la dinamica riferita è compatibile con lo sviluppo psicomotorio del bambino e con la lesione), *esame fisico* (valutare la condizione generale del bambino e le caratteristiche delle lesioni per accertare se siano specifiche o compatibili con maltrattamento), eventuali esami diagnostici o consulenza da parte di esperti. Decidere se una lesione è causata da abuso non è facile, ed è corredata da crescenti aspettative da parte di forze dell'ordine, avvocati e opinione pubblica su una certezza basata su "prove sicure". È necessario essere formati adeguatamente e in tutti i casi dubbi è raccomandabile un confronto con pediatri esperti nella materia (American Academy of Pediatrics, 2013).

Anamnesi

Per la diagnosi differenziale tra lesione accidentale o da maltrattamento è indispensabile raccogliere un'anamnesi mirata sulla *dinamica che ha causato la lesione*, sulle *condizioni mediche del bambino* (dal momento in cui si è verifi-

cato il trauma fino al momento in cui si presenta all'osservazione/cure mediche), sulla *situazione socio-familiare* (che può rilevare la presenza di eventuali fattori di rischio). Lesioni da maltrattamento vengono tipicamente giustificate dall'abusante (e in genere anche dal bambino vittima) come accidentali, per cui è essenziale essere critici rispetto alle informazioni fornite, e ottenere una *storia dettagliata su come la lesione si è verificata* (come, quando e dove, se qualcuno era presente).

L'anamnesi va condotta in modo non accusatorio, ponendo domande aperte, lasciando raccontare liberamente l'accaduto al genitore, ma ottenendo dettagli sulle caratteristiche fisiche del luogo dove è avvenuto il trauma, sulle circostanze che lo hanno preceduto, sul modo specifico nel quale è accaduto, sulle condizioni del bambino e sulle cure prestategli dal momento in cui si è verificato il trauma fino a quello in cui si è presentato all'osservazione medica. Alcuni elementi anamnestici possono far sorgere il sospetto di abuso fisico (*tabella 1*). È anche importante porre attenzione al comportamento sia del bambino che dei genitori. Alcuni atteggiamenti possono essere utili indicatori per sospettare l'abuso (*tabella 2*).

È necessario raccogliere una completa *anamnesi medica*, soprattutto indagando su patologie che possono fornire una spiegazione medica della lesione. Per esempio, in un bambino che presenti lividi multipli, sarà necessario indagare precedenti eventuali episodi di sanguinamento, o facilità a presentare lividi, o eventuale uso di farmaci, nel sospetto di una coagulopatia.

Anche una completa *anamnesi psicosociale* ha grande importanza, perché fornisce informazioni sulla famiglia che possono rivelare la presenza di fattori di rischio per abuso (*tabella 3*). È fondamentale però ricordare che la presenza o assenza di fattori di rischio *sono utili* per aiutare a formulare il sospetto di abuso, *ma non devono essere considerate di per sé sufficienti a formulare il sospetto*.

Esame fisico

Nel sospetto di abuso è essenziale valutare lo sviluppo fisico del bambino: peso, statura, circonferenza cranica (nei lattanti) e condizioni generali (abiti e igiene),

per determinare se il bambino è in buona salute e ha ricevuto cure adeguate, e il suo sviluppo psicomotorio, per determinare se la causa accidentale delle lesioni è compatibile con l'autonomia raggiunta. L'esame obiettivo deve cominciare con un esame completo della pelle, dalla testa ai piedi, per accertare se ci siano lesioni specifiche o compatibili con maltrattamento. Vanno esaminati: collo, testa, bocca, estremità, inclusi mani e piedi, genitali, ano, natiche, torace e schiena, e in particolare le sedi più nascoste di lesioni inflitte, quali le orecchie, specie la superficie posteriore, l'angolo della mandibola, il collo, il cuoio capelluto, il frenulo linguale e vestibolare. Vanno attentamente valutati ogni livido, abrasione, ustione e ogni altra lesione.

Lesioni della cute

Le lesioni della cute, soprattutto di modesta entità, sono estremamente comuni nei bambini e per la maggior parte sono dovute a incidenti. L'aspetto di una lesione è raramente patognomonico per abuso o incidente, per cui per la diagnosi differenziale è essenziale conoscere bene la semeiotica fisica e valutare attentamente la relazione tra dinamica causale e lesione. Va anche considerato che in uno stesso bambino possono coesistere lesioni accidentali e inflitte, e che possono capitare incidenti inusuali, causa di lesioni con aspetto non comune per cause accidentali, ma è necessario fare attenzione a non accettare spiegazioni inverosimili pur di non considerare la possibilità di maltrattamento.

I lividi

I lividi sono le lesioni più comuni nell'abuso fisico, ma sono anche comunemente provocate dal gioco e dalle normali attività. Per la diagnosi differenziale è fondamentale valutare attentamente ogni lesione (sede, forma, gravità), considerare se la causa accidentale è possibile secondo il livello di sviluppo neuromotorio del bambino, se la dinamica riferita è plausibile e se il bambino ha ricevuto cure adeguate. Tre fattori possono aiutare a distinguere i lividi da causa accidentale da quelli da abuso: l'età e lo sviluppo neuromotorio del bambino, l'aspetto del livido e la sede della lesione.

Età. I bambini piccoli, che non camminano o che non hanno un'autonomia mo-

toria, non dovrebbero presentare lesioni per le quali i genitori non possano fornire una spiegazione chiara e precisa. Uno studio osservazionale condotto su bambini da 0 a 3 anni di età mostra che solo il 2,2% dei bambini che non gattonano e non camminano presenta lividi (in dettaglio: < 6 mesi: 0,5%; 6-8 mesi: 4,0%; 9-12 mesi: 11,5%), vs il 17,8% di quelli che hanno iniziato a camminare e il 51,9% di quelli che camminano.

Sede. Anche la sede può dare informazioni utili per la diagnosi differenziale. È ampiamente dimostrato che i lividi provocati accidentalmente nel gioco o nelle comuni attività quotidiane sono localizzati quasi sempre sulla superficie anteriore del corpo e in corrispondenza delle prominente ossee (più frequentemente fronte, stinchi, ginocchia) (*figura 1*). Quelli causati da maltrattamento possono presentarsi in ogni parte del corpo, ma più spesso sono localizzati su zone lontane da prominente ossee e con più tessuto adiposo sottostante (natiche, addome, torace e guance) (*figura 2*). Al capo, nei bambini di età < 6 anni, i lividi accidentali si localizzano soprattutto in un'area a forma di T dalla fronte al naso, al labbro superiore e al mento, e alla regione posteriore del capo (*figura 1*). Meno del 6% dei lividi accidentali della faccia è localizzato alle guance o in regione periorbitaria. Al contrario, quelli da abuso sono localizzati più spesso a orecchie (*figura 3*), guance e collo, tutte sedi estremamente rare per lividi accidentali. Sono particolarmente sospetti lividi localizzati in aree specifiche come: avambracci, arti superiori e zone adiacenti del tronco, superficie laterale delle cosce, che possono indicare "lividi da difesa" se il bambino ha tentato di proteggersi dai colpi.

Forma. L'aspetto è molto importante perché può presentare l'impronta dell'oggetto che l'ha prodotto (fibbia di cintura, bastone, pugno ecc.), cosa che non si verifica nei lividi da causa accidentale. Un colpo inferto a mano aperta, come uno schiaffo, può provocare lividi lineari e paralleli che riproducono i contorni delle dita. L'irregolarità delle distanze tra un livido e l'altro può indicare la sovrapposizione di più di un'impronta, cioè più di uno schiaffo (*figura 4*). Un pugno può lasciare l'impronta delle nocche. Un calcio può lasciare l'impronta chiara della

TABELLA 1: ELEMENTI ANAMNESTICI INDICATORI DI MALTRATTAMENTO FISICO

Storia dell'accaduto vaga, povera di dettagli, che non diventa più precisa nel tempo, ma, viceversa, cambia versione
Descrizione della dinamica dell'incidente non compatibile con la tipologia, la sede, l'estensione e la gravità della lesione e con lo sviluppo fisico-psicomotorio del bambino
Spiegazioni nettamente diverse fornite da differenti testimoni
Ritardo nel cercare l'aiuto medico
Ricoveri precedenti in cui è possibile sospettare una dinamica di abuso
Storia di violenza familiare

TABELLA 2: INDICATORI SOSPETTI DI MALTRATTAMENTO FISICO

Atteggiamento del genitore

- Genitori scarsamente preoccupati, che minimizzano il problema, con un comportamento e un coinvolgimento emotivo non adeguati alle circostanze e alle condizioni del bambino
- Genitori ostili o addirittura aggressivi verso il medico, che rifiutano il ricovero e ulteriori accertamenti

Atteggiamento del bambino

- Bambino triste, troppo tranquillo, eccessivamente impaurito o, viceversa, iperattivo, incontenibile, con comportamento di "allarme e ipervigilanza", oppure di apatia e distacco
- Bambino che presenta un attaccamento eccessivo e indiscriminato per tutte le persone con cui viene in contatto

TABELLA 3: ANAMNESI PSICOSOCIALE

Accertare la composizione del nucleo familiare e lo stato lavorativo dei genitori
Documentare se il nucleo familiare è noto ai servizi sociali. Se sì, perché?
Documentare se i genitori hanno precedenti penali, se c'è una storia di violenza familiare o precedente sospetto di abuso sul bambino o su fratelli
Accertare eventuale abuso di droga o alcol nei genitori o altri conviventi, eventuali malattie mentali
Chiedere se i genitori sono stati vittime di qualche forma di abuso nella loro infanzia
Indagare sui modelli di disciplina impiegati, soprattutto se sono in uso punizioni fisiche

scarpa. Un livido a forma di U o J è di solito indicativo di trauma non-accidentale, tipicamente da frustata con cintura, cavo o fil di ferro. È molto importante esaminare accuratamente se ai lividi sono associate petecchie, perché recentemente è emerso dalla letteratura che la contemporanea presenza di petecchie è fortemente sospetta per lesione da abuso, con valore predittivo di 80 (IC 95%: 64,1- 90,1), sebbene la loro assenza non abbia alcun valore per la diagnosi differenziale. Un livido con forma tipica è quello provocato da *morso*, lesione particolarmente importante da identificare, perché un morso da adulto sul corpo di

un bambino, di forza tale da lasciare un segno, non è mai dovuto a causa accidentale; è sempre espressione di un abuso e pertanto va documentato dettagliatamente, meglio se fotografato, perché dall'impronta si può risalire all'abusante. Il morso si presenta classicamente come un livido di forma circolare o ovale, costituita da due archi concavi in opposizione, associato o meno a ecchimosi e/o petecchie (*figura 5*). In alcuni casi la forma può essere distorta, se il morso è incompleto, o se è su una superficie curva. Va considerato che i bambini possono essere morsi da animali, o da altri bambini, per cui è necessario saper

fare la diagnosi differenziale. I morsi da cane hanno arcata ogivale più stretta, i denti sono più appuntiti e sottili e di solito provocano lesioni da strappo, con sanguinamento. Il metodo per distinguere il morso da adulto (e quindi abusivo) da quello da bambino si basa sulla misurazione della distanza tra l'impronta dei due canini, che nel morso di un adulto è di 3-4,5 cm; in quello di un ragazzo o giovane adulto di 2,5-3 cm, in quello di un bambino di età inferiore a 8 anni di < 2,5 cm. L'analisi completa del morso per risalire all'abusante è di competenza medico-legale (ricostruzione dell'impronta, analisi del DNA in morsi recenti). Il pediatra dovrà porre in diagnosi differenziale patologie della cute, come per esempio le micosi.

Datazione. Per lungo tempo è stata in uso la pratica di datare i lividi in base al colore presentato, pratica fortemente richiesta da team investigativi. In realtà è stato chiaramente dimostrato che non esiste una base scientifica per la datazione di lividi in base al colore, per cui questa pratica deve essere abbandonata. Si stanno sperimentando nuove tecniche, al momento però non applicabili alla pratica clinica.

Tutti i lividi sospetti devono essere accuratamente documentati (sede, colore e dimensioni), per iscritto (preferibilmente su diagramma del corpo), e se possibile con foto.

Diagnosi differenziale. Va fatta con i disordini della coagulazione, in cui si verifica la comparsa di lividi di cui non è spiegata la causa o di entità eccessiva rispetto alla dinamica che viene descritta (trombocitopenia idiopatica, emofilia, malattia di von Willebrand, malattia emorragica del neonato, deficit di vitamina K, leucemia, coagulazione intravasale disseminata, porpora fulminante). Sarà necessario eseguire: emocromo, conta piastrine, PTT, PT, tempo di coagulazione ed eventualmente richiedere consulenza ematologica. Altre condizioni da porre in diagnosi differenziale sono: le chiazze mongoliche che possono presentarsi su glutei, schiena, ginocchia, capo, piedi, area lombosacrale, e la porpora di Schönlein-Henoch.

Le ustioni

Le ustioni sono lesioni da abuso piuttosto frequenti: si stima che rappresentino

il 10% delle lesioni da abuso fisico nel bambino. D'altra parte anche le ustioni accidentali sono comuni, specialmente nei bambini di età inferiore a 5 anni. Per la diagnosi differenziale è fondamentale valutare attentamente ogni lesione ed esaminare accuratamente la dinamica riferita dell'incidente. Le ustioni accidentali sono causate più frequentemente da liquidi bollenti che il bambino si rovescia addosso (figura 6), interessano di solito gli arti superiori, la faccia, il collo e la superficie anteriore del tronco. Sono di solito asimmetriche e a bordi irregolari. L'ustione è più grave nel punto più alto, dove il liquido bollente viene a contatto con il corpo, e la gravità si riduce nelle parti sottostanti, dove la temperatura del liquido si è ridotta. Le zone sottostanti a sporgenze rimangono illese, come pure le zone protette dagli abiti (figura 7).

A differenza di quelle accidentali, le ustioni da maltrattamento sono più frequentemente dovute a immersione in liquidi bollenti/caldi (figure 8, 9) (va segnalato che un'ustione grave può essere provocata dal contatto per solo 5 secondi con acqua a temperatura di 60 °C), sono più frequenti nei bambini più piccoli e sovente associate a "toileting accidents", quando il bambino si sporca e le feci debordano dal pannolino, interessano più frequentemente il perineo e/o le natiche, gli arti inferiori, le mani o, più raramente, l'intera faccia. Fortemente suggestive per maltrattamento sono ustioni a "guanto" alle mani o "a calzino" ai piedi, specie se bilaterali e simmetriche. Gli elementi che permettono di differenziarle da ustioni accidentali sono: i margini netti, la profondità rilevante e uniforme, le pieghe cutanee risparmiate, l'assenza di lesioni da schizzi. Un aspetto importante della valutazione di questi casi è l'indagine (da parte delle autorità predisposte) allo scopo di determinare la temperatura dell'acqua che esce dal rubinetto e il tempo necessario perché raggiunga un livello pericoloso. Al secondo posto per frequenza nei bambini piccoli sono le ustioni da contatto con fiamma o superfici arroventate. Quelle da causa accidentale sono più frequenti al palmo delle mani, mentre quelle da abuso interessano più spesso la schiena e il collo. Hanno limiti netti, profondità uniforme e rilevante (ustioni di terzo grado), forma da

cui è possibile riconoscere l'oggetto che è stato usato. Un'ustione da contatto spesso segnalata in casi di maltrattamento è quella da sigaretta (figura 10).

Pochi casi documentati nella letteratura confermano che le ustioni da sigaretta intenzionali si presentano in parti esposte del corpo e hanno forma circolare approssimativamente di 1 cm di diametro. La diagnosi differenziale va fatta in questo caso anche con l'impetigine, che però presenta, inconfondibilmente, croste intorno alla lesione. A differenza delle ustioni da liquidi, quelle da contatto riguardano tutte le fasce di età. Per la valutazione di un'ustione sospetta per abuso, oltre alle caratteristiche descritte e all'analisi della dinamica dell'incidente riferita dai genitori, è necessario porre la diagnosi differenziale con altre condizioni che possono presentare un aspetto simile: impetigine, epidermolisi bollosa, eruzione fissa da farmaci, fotodermatiti, rimedi tradizionali come la moxibustione. Va sottolineato che nella valutazione di bambini con ustioni da sospetto abuso è importante la ricerca di fratture occulte (mediante sorveglianza scheletrica). In uno studio di bambini con ustioni non accidentali il 18,6% di quelli di età < 2 anni aveva anche fratture (De Graw 2010).

N.B. Le ustioni da abuso, oltre a maltrattamento fisico (inflitte), possono essere dovute a trascuratezza (da difetto di sorveglianza), con un rapporto tra le due di 1:9 a favore della trascuratezza. In questo caso è molto difficile identificarle come abusive, in quanto sono di fatto provocate da incidenti che avrebbero potuto essere prevenuti, e avrebbero dovuto ricevere cure immediate e adeguate. La difficoltà sta nel distinguere tra disattenzione momentanea dei genitori e inadeguatezza nella sorveglianza.

Lesioni del cavo orale

La valutazione medica per sospetto abuso fisico deve includere un esame della cavità orale, ricercando lesioni dentali, della lingua, della parete vestibolare delle labbra, della mucosa, con particolare attenzione al frenulo labiale e sublinguale. La lacerazione del frenulo linguale per lungo tempo è stata considerata patognomonica per maltrattamento, soprattutto nei bambini più piccoli, ma allo stesso tempo è considerata dai dentisti un

FIGURA 1: SEDI DI LIVIDI DA CAUSA ACCIDENTALE

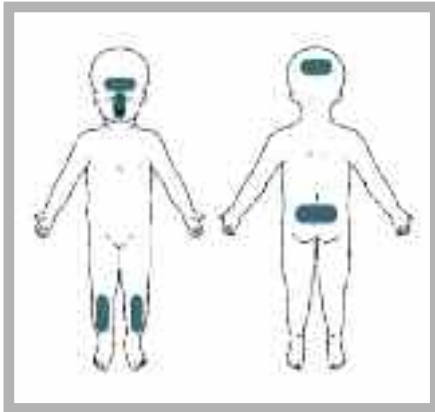
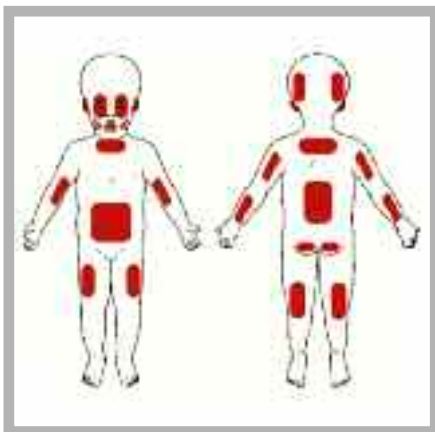


FIGURA 2: SEDI DI LIVIDI DA ABUSO



trauma comune nell'infanzia, provocato da un colpo diretto, o da cadute (contro un tavolo, o dall'altalena). Sfortunatamente non ci sono studi comparativi che diano indicazioni sulle caratteristiche utili per differenziare le forme accidentali da quelle da abuso, ma un aiuto può venire dall'anamnesi, dal momento che la rottura del frenulo, per il copioso sanguinamento che ne deriva, è un evento che viene ricordato dai genitori che pertanto dovrebbero saperne riferire la dinamica causale. Quando da abuso, è provocata dalla forzatura con un oggetto (cucchiaio, biberon, ciuccio) e di solito sono presenti altre lesioni inflitte, spesso occulte e gravi. Pertanto, se si riscontra una lacerazione del frenulo in un bambino di età < 2 anni che non abbia una spiegazione adeguata, è necessario procedere alla ricerca di fratture occulte e, nel caso il bambino abbia meno di 1 anno di età, anche a un esame oftalmologico alla ricerca di emorragie retiniche, e

FIGURA 3: LIVIDO ALL'ORECCHIO



FIGURA 5: MORSO



FIGURA 7: USTIONE ACCIDENTALE



FIGURA 9: USIONE DA IMMERSIONE



FIGURA 4: SCHIAFFO



FIGURA 6: USTIONE ACCIDENTALE



FIGURA 8: USTIONI DA ABUSO

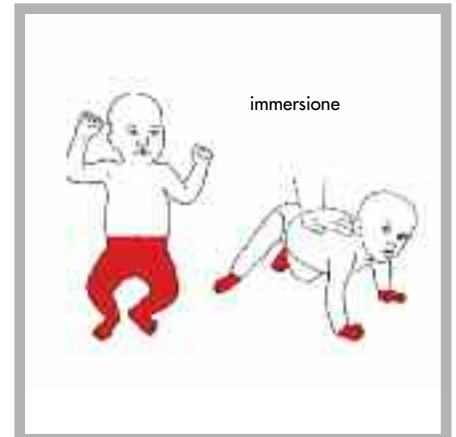


FIGURA 10: USIONE DA CONTATTO CON SIGARETTA



a una TAC cerebrale nel sospetto di trauma cranico da abuso.

Le fratture

Le fratture sono molto comuni nel bambino; sono provocate da incidenti stradali, da cadute durante il gioco o l'attività sportiva, ma ogni frattura può anche essere esito di maltrattamento; pertanto va considerata la possibilità di abuso. Gli elementi per la diagnosi differenziale sono: anamnesi della dinamica causale e valutazione della compatibilità con la frattura, età del bambino (autonomia motoria), tipo e sede della frattura, e numero delle fratture.

Età. Questo è un fattore chiave per la diagnosi differenziale tra fratture accidentali e inflitte. Fratture in bambini che non camminano, senza una dinamica dell'incidente chiara e compatibile, devono far sorgere il sospetto di maltrattamento. Un ampio studio caso-controllo inglese mostra che l'85% delle fratture accidentali riguarda bambini di età > 5 anni, mentre l'80% di quelle da abuso si verifica in bambini < 18 mesi. Lo stesso quadro emerge da uno studio americano da cui si evince che, mentre l'incidenza delle fratture da abuso nei bambini di età compresa tra 0 e 3 anni è di 15,3/100.000, in quelli < 12 mesi è di 36,1/100.000, crollando a 5/100.000 nella fascia 12-35 mesi. Dunque le fratture da maltrattamento sono più comuni al di sotto dei 3 anni di età, soprattutto nel primo anno, quando si stima che siano presenti in un terzo dei bambini vittime di abuso, spesso non riconosciute.

Tipo e sede. Sebbene nessuna frattura sia diagnostica, alcune di esse hanno un'alta specificità per abuso: coste, scapola, sterno, acromion e fratture metafisarie delle ossa lunghe.

Lattanti che non camminano hanno una bassissima probabilità di avere fratture accidentali delle ossa lunghe. Complessivamente la probabilità che una frattura di femore in un bambino sia dovuta a maltrattamento è del 28% (IC 95%: 15-44), ma nella maggior parte dei casi si riferisce a bambini piccoli, di età < 1 anno. La sede più comune è la *diafisi*, il tipo più sospetto è la *spirale*.

Al femore le fratture diafisarie sono le più comuni, sia da cause accidentali che da abuso, le *metafisarie* invece sono meno frequenti, e sicuramente più spesso

dovute a maltrattamento, per torsione, accelerazione-decelerazione e scuotimento ($p < 0,001$). Per le fratture dell'omero la probabilità della natura abusiva nei bambini di età < 3 anni è del 48% (IC 95%: 6-94), e in questo caso l'età < 15 mesi ha un forte valore predittivo rispetto ai 15-36 mesi. Anche per l'omero il tipo di frattura è un elemento chiave per la diagnosi differenziale: quelle sopracondilari sono più frequentemente, anche se non esclusivamente, dovute a cause accidentali, mentre le più comuni da maltrattamento sono le spirali o oblique (nei bambini < 5 anni). Le fratture *craniche* sono comuni nei bambini piccoli: l'80% di quelle accidentali e l'88% di quelle da abuso riguardano bambini < 1 anno di età. Sebbene la probabilità della natura abusiva sia del 30% (IC 95%: 19-46), ci sono poche caratteristiche che permettono di differenziarle. In entrambi i casi le più comuni sono le fratture lineari, di solito parietali. Il significato di fratture complesse, depresse o multiple è difficile da definire, perché i dati della letteratura sono incerti. Rispetto alla sede, le fratture a più alta specificità per abuso sono quelle *costali*, con una probabilità di abuso del 71% (IC 95%: 42-91). Queste sono raramente accidentali, possono essere provocate da trauma da parto, da grossi traumi o essere la conseguenza di malattie metaboliche del tessuto osseo. Escluse queste cause, fratture costali multiple sono altamente specifiche per maltrattamento. La sede a più alta specificità è l'area mediale della regione posteriore, le fratture costali anteriori sono più frequentemente da abuso, le laterali più frequentemente da causa accidentale. Altre sedi fortemente sospette sono: fratture dell'estremità laterale della clavicola e dell'acromion della scapola, fratture dei processi spinosi vertebrali nel tratto cervico-toracico (causate da flessione-estensione associate a scuotimento). Un altro dato utile per la diagnosi differenziale che emerge chiaramente da molteplici studi è che la presenza di *fratture multiple* è fortemente associata ad abuso. Fratture ripetute vengono di solito interpretate come espressione di particolare vivacità del bambino o come sospetta fragilità ossea da patologie ossee malformative o metaboliche tipiche dell'età: prematurità, malattie metaboliche, malattie croniche

con associato rachitismo, e in particolare osteogenesi imperfetta. Questa è una malattia congenita autosomica dominante, rara, con una prevalenza di 1:30.000 (molto inferiore a quella del maltrattamento), che si manifesta con fragilità ossea e, sintomi associati, sclere blu, lassità legamentosa, osteopenia, ossa wormiane, dentinogenesi imperfetta, bassa statura, sordità, storia familiare. Pertanto, in assenza di grandi traumi, la diagnosi differenziale di fratture multiple va fatta con queste condizioni. Va sottolineato che molte delle fratture causate da maltrattamento non provocano sintomi importanti, per cui possono non essere diagnosticate. Complessivamente si stima che un terzo dei bambini maltrattati presenti fratture, molte delle quali sono occulte, soprattutto in bambini che non camminano; pertanto i bambini di età inferiore ai 2 anni in cui si sospetti un maltrattamento fisico devono essere sottoposti a una completa indagine radiologica (*sorveglianza scheletrica*) per identificare, o escludere, la presenza di fratture occulte in atto o guarite. Questa indagine va condotta secondo standard definiti e consta di 19 immagini radiografiche. Dai 2 ai 5 anni la decisione di effettuare la sorveglianza deve essere valutata di volta in volta sulla base dell'anamnesi e dei segni clinici, mentre ha poco valore nei bambini di età superiore a 5 anni.

Shaken Baby Syndrome

Il termine corrente per definire questo quadro clinico è *trauma cranico da abuso*. È la più frequente causa di morte per maltrattamento; i bambini più a rischio sono quelli di età < 1 anno.

Il trauma cranico è causato dal violento scuotimento del bambino che determina la dislocazione del cervello rispetto alla dura madre, esitando in lesioni di entità variabile al parenchima cerebrale, con stiramento e lacerazione di assoni e di vasi, e conseguenti emorragie intracraniche. Anche gli occhi vengono fortemente sollecitati dallo scuotimento, le ripetute forze di accelerazione-decelerazione determinano emorragie retiniche di varia entità, riscontrabili all'incirca nell'85% dei casi.

I segni classici della Shaken Baby Syndrome sono: ematoma subdurale ed emorragie retiniche, spesso associati a

tipiche fratture costali e metafisarie delle ossa lunghe, in assenza di una spiegazione plausibile della dinamica causale. I sintomi variano in funzione della gravità delle lesioni cerebrali: sonnolenza, rifiuto del cibo, irritabilità, pianto, vomito, convulsioni, apnea, alterazioni dello stato di coscienza, fino al coma e alla morte. Si stima che dei bambini vittime un terzo muore, un terzo presenta danni permanenti, un terzo vive con pochi o nessun esito (fisico).

Le conseguenze a lungo termine possono essere varie: paralisi cerebrale, disabilità fisica, disturbi della vista/cecità, sordità, difetto cognitivo, disturbi del linguaggio, dell'apprendimento e del comportamento. La gravità del quadro clinico, inclusi gli esiti a distanza, sottolineano l'importanza del ruolo del pediatra, sia nel sospettare che, soprattutto, nel prevenire il fenomeno (è noto che più del 50% dei bambini che hanno subito un trauma cranico da abuso erano stati visitati dal pediatra nel mese precedente senza che l'abuso fosse sospettato), argomento che esula dagli obiettivi di questo articolo.

Conclusioni

Il maltrattamento è un fenomeno frequente, che tipicamente tende a essere mascherato e le sue conseguenze sono gravi. Recenti ricerche delle neuroscienze evidenziano dannose implicazioni a livello neurologico e alterazioni sullo sviluppo cerebrale; evidenze cliniche e ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato conseguenze a breve, medio e lungo termine. I bambini vittime di maltrattamento hanno un'alta probabilità di sviluppare una varietà di problemi mentali e comportamentali (ritardo mentale, ansia, depressione, disturbi relazionali, disturbi della condotta, aggressività) e il danno causato è tanto maggiore quanto più il fenomeno resta sommerso perché non riconosciuto, con la conseguenza che l'abuso viene ripetuto nel tempo e

l'intervento di protezione del bambino è ritardato o eluso. Alla luce dei dati epidemiologici e delle conseguenze a lungo termine che il maltrattamento determina sulla salute dei bambini è necessaria una riflessione relativa al ruolo del pediatra. I pediatri sono osservatori privilegiati, con un'alta probabilità di incontrare bambini maltrattati nella pratica professionale; nonostante ciò l'attenzione del mondo pediatrico è carente. Non riconoscere e non segnalare un caso di *sospetto* abuso è una grande responsabilità. Sebbene nessuna lesione, isolatamente, permetta di fare diagnosi di abuso, non *sospettare* la causa abusiva di una lesione può far perdere al bambino l'unica possibilità di essere riconosciuto come vittima e protetto, con il rischio di ulteriori aggressioni, che potrebbero anche essere fatali, e di conseguenze gravi sullo sviluppo fisico e psicologico. Valutare se una lesione è spiegabile con un incidente o una condizione organica, o se invece dev'essere considerato un meccanismo non accidentale, è compito specifico del pediatra. Accertare il maltrattamento è di competenza della magistratura. Individuare i bambini vittime di maltrattamento è un dovere morale e di competenza professionale, prima che obbligo di legge. È il primo passo indispensabile per la messa in atto di interventi di protezione e di recupero del bambino e della famiglia. ♦

Bibliografia di riferimento

Barsness KA, Cha ES, Bensard DD, et al. The positive predictive value of rib fractures as an indicator of nonaccidental trauma in children. *J Trauma* 2003;54(6):1107-10.
 Belfer RA, Klein BL, Orr L. Use of the skeletal survey in the evaluation of child maltreatment. *Am J Emerg Med* 2001;19(1):122-4.
 Coles L, Kemp A. Cues and clues to preventing shaken baby syndrome. *Community Pract* 2003;76:459-63.
 Dunstan FD, Guildea ZE, Kontos K, et al. A scoring system for bruise patterns: a tool for identifying abuse. *Arch Dis Child* 2002;86(5):330-3.
 Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-

income countries. *Lancet* 2009;373(9657):68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7.
 Guerra G. Monitoraggio abusi sui minori - anno 2005. SOS Infanzia ONLUS, Vicenza.
 Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ* 2008;337:a1518. doi: 10.1136/bmj.a1518.
 Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, et al. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Arch Dis Child* 2014;99(2):108-13. doi: 10.1136/archdischild-2013-304339.
 Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2010;95(6):170-7. doi: 10.1136/adc.2009.170431.
 Maguire S, Mann MK, Siebert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90(2):182-6.
 Maguire S, Mann MK, Sibert J, et al. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90(2):187-9.
 Maguire S, Mann M. Systematic reviews of bruising in relation to child abuse - what have we learnt: an overview of review updates. *Evid Based Child Health* 2013;8:255-63. doi: 10.1002/ebch.1909.
 Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34(8):1072-81. doi: 10.1016/j.burns.2008.02.011.
 Norman RE, Byambaa M, De R, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9(11):e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.
 Pellai A, Bassoli L, Castelli B, et al. Quanti sono i minori vittime di abuso sessuale? Risultati di uno studio di prevalenza su un campione di 3000 studenti delle classi superiori a Milano. *Maltrattamento e Abuso* 2004;6:79-96.
 Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: Those who don't bruise rarely bruise. Puget Sound Pediatric Research Network. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(4):399-403.
 Welsh Child Protection Systematic Review Group. A series of systematic reviews defining the evidence base for the recognition and investigation of physical child abuse and neglect. <http://www.core-info.cf.ac.uk> (accessed 29 September 2010).
 WHO Regional Office for Europe. Rapporto europeo sulla prevenzione del maltrattamento dei bambini. Sommario. Versione italiana a cura di CSB onlus: <http://www.csbonlus.org/aree/abuso-e-maltrattamento/>.
 Wildeman C, Emanuel N, Leventhalet JM, et al. The Prevalence of Confirmed Maltreatment Among US Children, 2004 to 2011.
 Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. *BMJ* 1986; 293(6539):100-2.