

Alberto Gaeta e Biagio Solarino

---

# ASPETTI RADIOLOGICI E MEDICO-LEGALI DEL MALTRATTAMENTO FISICO IN ETÀ PEDIATRICA



Alberto Gaeta e Biagio Solarino

ASPETTI RADIOLOGICI  
E MEDICO-LEGALI  
DEL MALTRATTAMENTO FISICO  
IN ETÀ PEDIATRICA



---

# Indice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Premessa</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>Presentazione</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>Introduzione</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>Quando sospettare una lesione traumatica<br/>non accidentale (NAI)</b> ..... | <b>15</b> |
| <b>Iter diagnostico di sospetto abuso</b> .....                                 | <b>35</b> |
| <b>Shaken baby syndrome</b> .....   | <b>37</b> |
| <b>Denuncia di reato</b> .....  | <b>44</b> |
| <b>Appendice: rilevazione del maltrattamento fisico</b> .....                   | <b>45</b> |
| <b>Bibliografia</b> .....   | <b>48</b> |
| <b>Contatti</b> .....   | <b>49</b> |

---



---

## PREMESSA

---

L'OMS definisce la violenza all'infanzia come “un problema di salute pubblica” che richiede un approccio interdisciplinare e integrato con interventi urgenti da parte delle istituzioni coinvolte (welfare, sanità, giustizia). L'ospedale, spesso, rappresenta il primo punto di accesso, il nodo della rete di assistenza e cura. Secondo un recente studio condotto negli Stati Uniti (2004), rispetto ai bambini ricoverati per altra patologia, i bambini ricoverati per maltrattamento hanno degenze più lunghe (8,2 vs 4,0 giorni), i profili di patologie più complessi con il doppio del numero delle diagnosi alla dimissione (6,3 vs 2,8), il doppio dei costi (19.266\$ vs 9.513\$) e, non ultimo, hanno una probabilità più elevata di morire durante il ricovero (4,0% vs 0,5%).

Per fronteggiare la complessità del fenomeno, così da formulare diagnosi precoci e interventi efficaci, a partire dal

2005, l'A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII ha costituito, all'interno del Servizio di Psicologia, il Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati (GIADA). GIADA conta su un'Equipe dedicata costituita da 4 Psicologi/Psicoterapeuti, 2 Assistenti Sociali e 1 Informatico e un'Equipe Specialistica Funzionale formata da: un dirigente psicologo come responsabile scientifico, un medico della direzione sanitaria, un medico legale, un gruppo di medici specialisti delle discipline correlate alle varie forme di violenza (pediatria, neonatologia, neuropsichiatria infantile, radiologia, chirurgia, ginecologia e ortopedia), una infermiera professionale e un amministrativo. Il Centro, inoltre, si avvale delle specialità mediche presenti nell'Azienda.

GIADA coordina un network regionale, costituito da servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, in ogni ASL della Regione e si articola come di seguito:

reti decentrate di Unità Funzionali Interdisciplinari Ospedaliere – UFIO (Direzione Medica, Pediatria, Ginecologia e

Ostetricia, Accettazione Pronto Soccorso, Medicina Legale, Radiologia, Chirurgia, Ortopedia, Psicologia, Servizi Sociali); Unità Funzionali Interdisciplinari Territoriali – UFIT (NPI, CF, PLS, MMG, Ser.D, CSM, Psicologia).

Il network sanitario GIADA, attraverso la formazione interdisciplinare e specialistica, ha condiviso percorsi assistenziali standardizzati e basati sull'evidenza, un approccio diagnostico di tipo esplicativo, piani assistenziali integrati anche con i servizi sociali e giudiziari riducendo il rischio di frammentazione e cercando di assicurare: prevenzione, diagnosi, cura, continuità assistenziale e protezione.

Sono stati strutturati percorsi intraospedalieri, sia per le emergenze in P.S. con spazi e tempi riservati, sia per i casi di ricovero/DH con approfondimenti della qualità delle relazioni intrafamiliari.

Nei casi inviati da TpM, Servizi Sociali, ASL, Comunità Educative è stato strutturato il protocollo Setting Multipli per la valutazione dei danni psicofisici e per il trattamento



delle condizioni di trauma psichico. Con le Procure è stato condiviso un percorso operativo per l'ascolto di minori. L'integrazione operativa è garantita attraverso: percorsi formativi di base e specialistici; un servizio di consulto specialistico anche a distanza; collegamenti in rete tra ospedale e territorio, banche dati e sito web [www.giadainfanzia.it](http://www.giadainfanzia.it).

In questa cornice si inserisce la linea editoriale "Piccoli passi" che intende offrire, agli operatori del settore, alle famiglie e ai bambini adolescenti uno strumento operativo, di facile consultazione, per comprendere l'universo infantile e promuoverne una crescita sana.

**Maria Grazia Foschino Barbaro**  
*Responsabile Servizio di Psicologia – GIADA*  
*A.O.U.C. Policlinico – Giovanni XXIII*

**Maria Giustina D'Amelio**  
*Direttore Sanitario*  
*A.O.U.C. Policlinico – Giovanni XXIII*

**Vitangelo Dattoli**  
*Direttore Generale*  
*A.O.U.C. Policlinico – Giovanni XXIII*

---

## PRESENTAZIONE

---

Nella nostra attività quotidiana è normale confrontarsi con situazioni patologiche in rapporto a malattie frequenti o rare, che giustificano tutto il nostro impegno, spesso risolutivo, altre volte utile soltanto ad alleviare le sofferenze.

La consapevolezza, che le malattie rientrano nell'ineluttabile destino di ogni essere umano determina, comunque, una giustificabile rassegnazione, che rende più sereno l'approccio alle differenti situazioni.

Esistono, poi, altre circostanze in cui non eventi biologici, bensì danni traumatici di varia natura sono causa di sofferenze e talora di morte, come ad esempio gli incidenti stradali, che rappresentano la prima causa di exitus nei giovani. In questi casi, è sempre molto difficile trovare una qualsiasi rassegnazione e questo sentimento, devastante per i familiari delle vittime, coinvolge sia pure in maniera non confron-

tabile anche tutti gli operatori sanitari, testimoni di queste tragedie.

Nell'ambito degli eventi traumatici rientrano i maltrattamenti fisici in età pediatrica, che certamente rappresentano la più abominevole espressione del genere umano e di cui talora per motivi professionali siamo testimoni. Purtroppo i danni secondari a queste violenze, non sono, sempre, tempestivamente riconosciuti per la scarsa attenzione degli operatori dei servizi di urgenza, che neanche ipotizzano tale possibilità, anche perché, in genere, fuorviati dalle menzogne degli accompagnatori di questi piccoli pazienti.

Il mancato riconoscimento dei maltrattamenti comporta, spesso, il ripetersi di tali brutalità con conseguenze sempre più gravi.

In questo ambito si colloca questa interessante monografia dei Dottor Alberto Gaeta e Biagio Solarino, che rappresenta una guida semplice ed utilissima nella pratica quotidiana.

Mi auguro che molti colleghi leggano con attenzione questa

monografia e se l'impegno profuso da Alberto e Biagio servirà, anche una sola volta, a riconoscere maltrattamenti in età pediatrica tutti noi non finiremo mai di ringraziarli per l'impegno profuso.

**Prof. Giuseppe Angelelli**  
*Direttore Istituto di Radiologia*  
*Università degli Studi di Bari*



---

## INTRODUZIONE

---

Secondo l'O.M.S. all'incirca l'1% dei bambini è sottoposto ad una qualche forma di abuso: sessuale, fisico, emozionale, da trascuratezza ("neglect" fisico, medico, educativo), talora a più di essi contemporaneamente.

L'abuso fisico, in particolare, costituisce la prima causa di morte traumatica nei primi 18 mesi nonché la prima causa di morbilità da danno cranio-encefalico nei primi 24 mesi. Si può manifestare in svariati modi e - virtualmente - ogni tipo di lesione fisica può sottendere un trauma inferto, ovvero non accidentale (NAI, Non Accidental Injury). Tuttavia solo alcuni dei pattern traumatici sono altamente suggestivi di NAI, specie nella prima infanzia: fratture metafisarie tipo "corner", fratture costali, emorragie intracraniche extracerebrali (interemisferiche e/o subdurali), fratture da compressione vertebrali. La maggioranza delle NAI sono facilmente

riconoscibili all'imaging grazie ad una semeiotica ben codificata, in particolar modo nell'ambito della diagnostica radiologica tradizionale. Il radiologo deve valutare il tipo di trauma, il dato anamnestico relativo alla genesi del trauma e le capacità di sviluppo del bambino in rapporto alla sua età cronologica. La radiodiagnostica, in accordo con quanto postulato da Caffey nel 1946, può dunque essere considerata la branca medica specialistica di riferimento nella identificazione e nella stadiazione dell'abuso fisico del bambino. Nondimeno, per problemi soprattutto di inadeguata competenza ma anche di negazione del problema, non vi è - attualmente - una cultura radiologica idonea ad affrontare il fenomeno del "battered child". In questa brochure saranno sinteticamente esposti i principali criteri da verificare in presenza di sospetta lesione non accidentale rilevata radiologicamente ("red flags") ed i percorsi diagnostici da noi applicati, in linea con i protocolli individuati dall'American College of Radiology in caso di sospetto "child abuse".

---

## **QUANDO SOSPETTARE UNA LESIONE TRAUMATICA NON ACCIDENTALE (NAI)**

---

Il riscontro, in corso di indagini radiologiche eseguite anche per motivi diversi da quello dell'urgenza traumatica, di una frattura non eziologicamente coerente con i dati anamnestici raccolti (ad es: racconto incongruente dei genitori) o delle capacità motorie del bambino (ad es: frattura femorale diafisaria in lattante) può, in linea generale, indurre a considerare la non accidentalità del reperto.

Il primo dato circostanziale da valutare è rappresentato dall'età del minore. Secondo autorevoli reports le fratture del femore e del cranio riscontrate al di sotto dei 24 mesi di vita sono considerate fortemente sospette di abuso. In questi casi è opportuno che il sanitario che accetta il caso (medico di PS, ortopedico, infermiere del triage) non si limiti a scrivere la laconica locuzione "(riferita) caduta acciden-



tale” ma esponga le circostanze – traumatiche - riferite in anamnesi dall’accompagnatore. Sul punto si rammenta cautela nel valutare, da un punto di vista criminodinamico, sia il ruolo dell’accompagnatore (genitore/non genitore) sia il dato anamnestico riferito. Versioni contrastanti dell’evento traumatico non indicano, in modo apodittico, la ricorrenza di un abuso ma devono essere un altro elemento che induca i sanitari ad attivare una particolare attenzione non solo nel valutare l’entità della frattura ma anche nell’ipotizzare una dinamica traumatica diversa rispetto a quella (accidentale) riferita.

Notevole importanza riveste l’esame obiettivo completo da eseguirsi, in urgenza, sul minore alla ricerca di lesioni cutanee e/o muscolari ed ossee coerenti con il dato riferito. In questa fase è opportuna una competenza multidisciplinare che richieda certamente la presenza del medico-legale e sovente del dermatologo attesa la comunanza fra patologie cutanee e lesioni traumatiche.

È di piena evidenza che l'assenza di segni esterni di maltrattamento (ematomi, morsi, ustioni, ecchimosi) non escluda la presenza di lesioni traumatiche non accidentali a carico dello scheletro o degli organi interni ed in tale ottica è sempre utile una valutazione clinica plurispecialistica (ortopedico, internista, chirurgo).

Seguono 7 “red flags” che devono “accendersi” sempre nel tentativo di individuare lesioni non accidentali da abuso fisico.

**RED FLAG #1** → le lesioni traumatiche metafisarie a tipo “corner fracture” (figg 1 e 2) o “fratture a manico di secchio” (figg. 3 e 4) sono altamente specifiche e pressochè patognomoniche di NAI

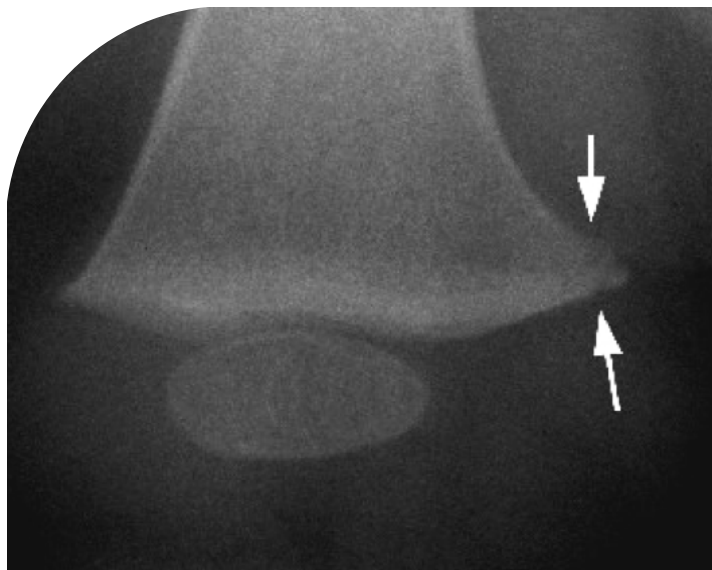


Fig. 1 - “Corner fracture” della regione metafisaria distale di femore



Fig. 2 - “Corner fracture” della regione metafisaria distale del femore e prossimale di tibia



Fig. 3 - Frattura a “manico di secchio” della regione metafisaria prossimale di omero



Fig. 4 - Frattura a “manico di secchio” della regione metafisaria distale dell’omero

**RED FLAG #2** → le fratture costali, specie nel lattante, sono virtualmente espressione di abuso (fig. 5)

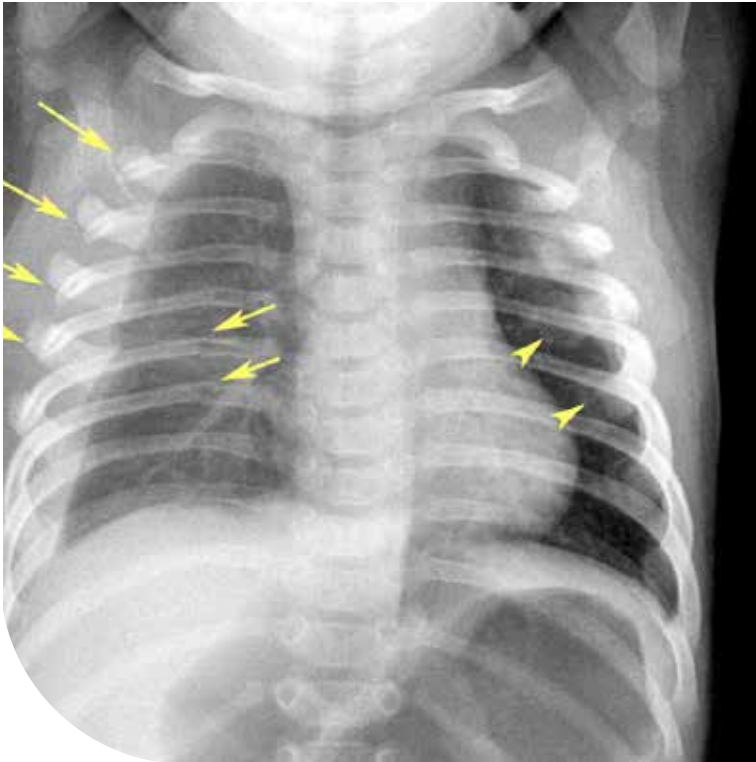


Fig. 5 - Fratture costali dell'arco di torsione delle coste II, III, IV, V, VI e VII di destra, acute e parzialmente dislocate (freccie lunghe), fratture composte e subacute degli archi di torsione della VI e VII costa di destra (freccie brevi), calli ossei da esiti di fratture dell'arco anteriore delle coste IV e V di sinistra (punte di freccia)



Fig. 6 - Esiti di fratture costali multiple

**RED FLAG #3** → fratture diafisarie delle ossa lunghe, specie se complete a scomposte, sono altamente improbabili in bambini che ancora non camminano (figure 7 e 8, rispettivamente diafisi femorale ed omerale)

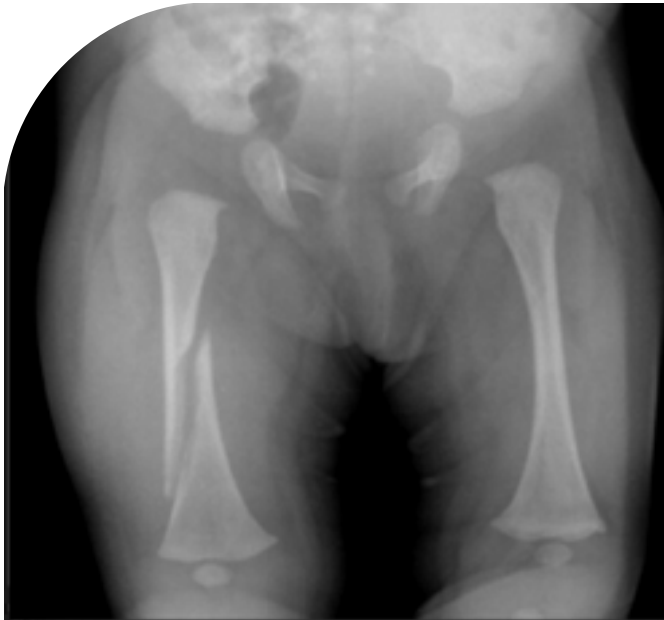


Fig. 7





Fig. 8

**RED FLAG #4** → le fratture craniche, generalmente poco evocative di NAI, possono essere indicative di abuso allorquando non rettilinee, depresse (fig. 9), multiple (fig. 10) o quando interessano più di due suture (fig. 11 → ricostruzione 3D di TC del cranio di frattura parietale). Le fratture occipitali sono sospette anche in assenza dei suddetti criteri.

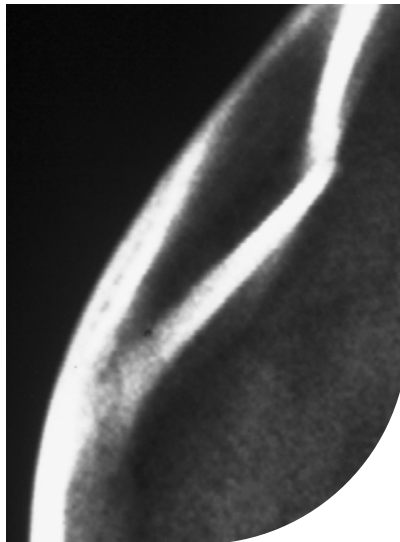


Fig. 9



Fig. 10

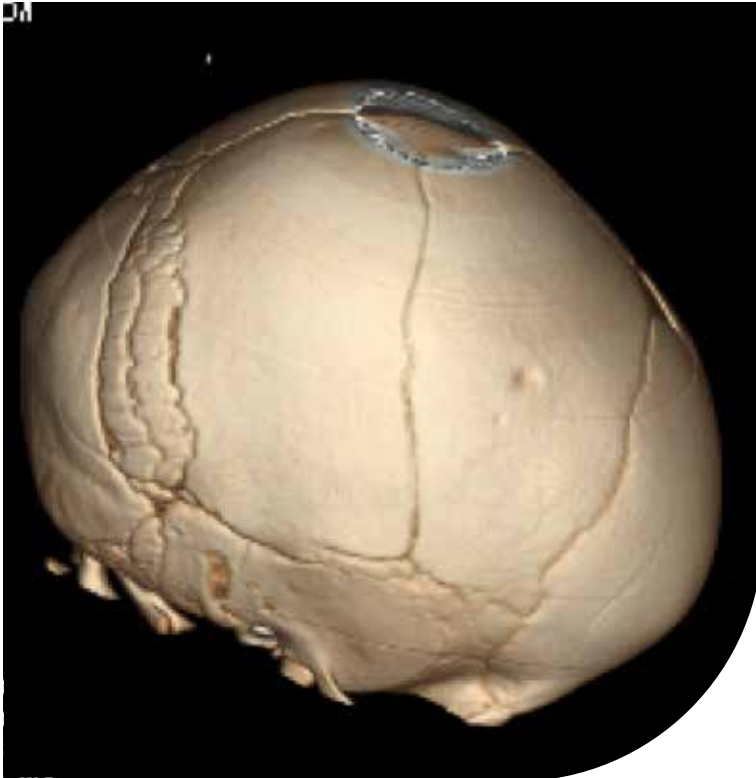


Fig. 11

**RED FLAG #5** → la contemporanea presenza di più fratture di datazione diversa in bambini molto piccoli e delle quali vengono date giustificazioni inverosimili deve far pensare al maltrattamento fisico con condotta violenta reiterata (fig. 12)



Fig. 12 - Fratture multiple di diversa datazione (alcune con callo osseo altre senza) in piccolo bambino di 2 anni



Fig. 12 - Fratture multiple di diversa datazione (alcune con callo osseo altre senza) in piccolo bambino di 2 anni

**RED FLAG #6** → alcune sedi di frattura (oltre alle già citate metafisi e coste) devono essere sospettate per NAI. In particolare: distacco acromiale scapolare (fig. 13), terzo esterno di clavicola (fig. 14), branche ileo-pubiche (fig. 15) e somi vertebrali con cuneizzazione (fig. 16 → frattura da compressione)

N.B: le fratture del terzo medio di clavicola sono per lo più dovute a trauma da parto.

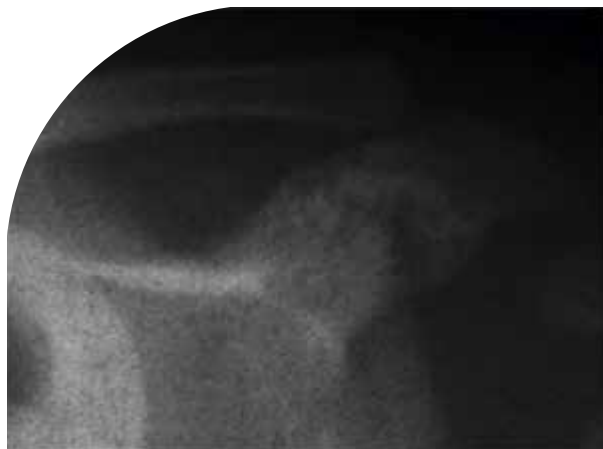


Fig 13 - Frattura acromiale



Fig. 14 - Frattura del terzo esterno di clavicola

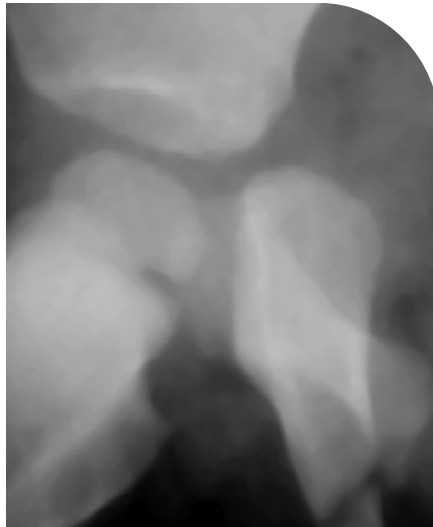


Fig. 15 - Frattura della branca ileo-pubica





Fig. 16 - Frattura con parziale cuneizzazione anteriore del soma di L1

**RED FLAG #7** → alcune lesioni viscerali devono porre il sospetto di abuso fisico, in particolare: segni di pancreatite acuta in bambini di meno di 4 anni (TAC, fig. 17), fratture epatiche (TAC, fig. 18), fratture pancreatiche (TAC, fig. 19) ma anche rotture da scoppio di organi interni “cavi” quali l'intestino e/o lo stomaco.

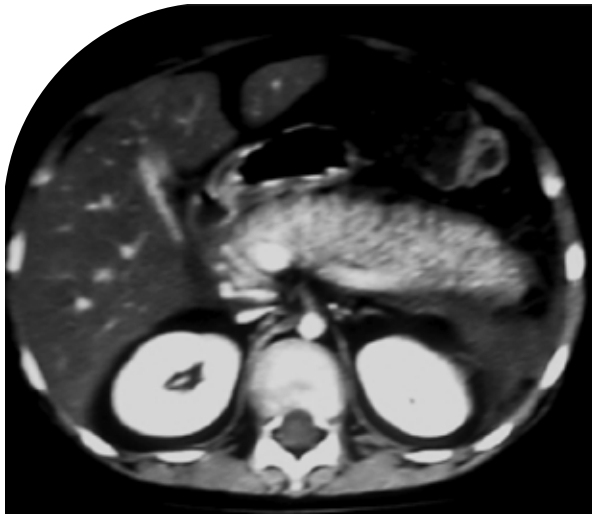


Fig. 17

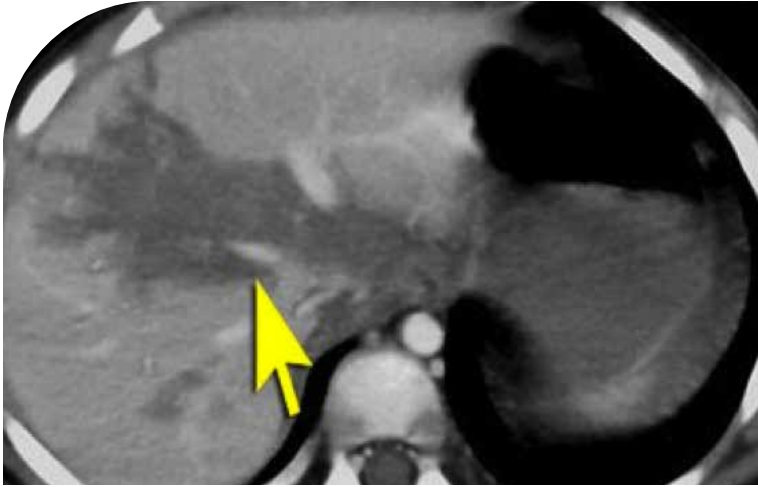


Fig. 18

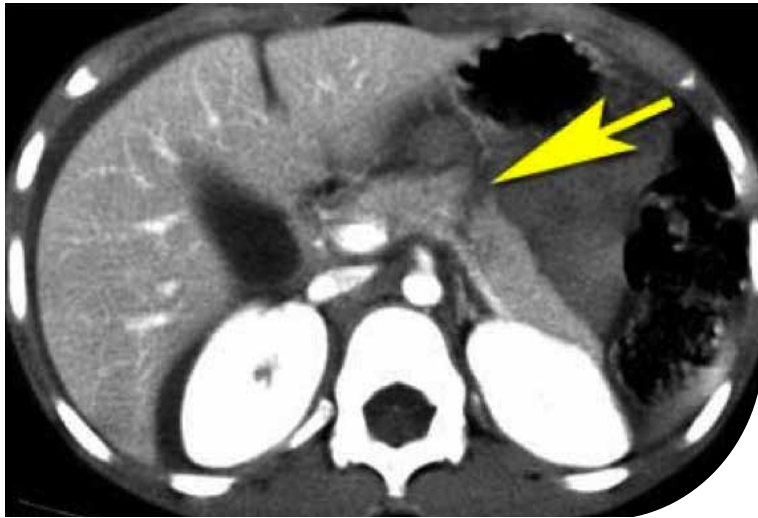


Fig. 19

---

## ITER DIAGNOSTICO DI SOSPETTO ABUSO

---

L'attivazione di una o più di queste 7 “**red flags**”, deve indurre il medico radiologo o il clinico ad allertare i colleghi per approfondire il quadro clinico coerentemente con il dato circostanziale riferito.

Nel caso di lesioni sospette per maltrattamento è imperativo il ricorso alla cosiddetta “**skeletal survey**” per valutare globalmente lo scheletro ed individuare anche altre fratture che possono indurre alla formulazione del sospetto di danno reiterato.

Le linee guida dell'American College of Radiology raccomandano l'esecuzione delle seguenti 20 proiezioni radiografiche per una completa “**skeletal survey**”:

Come eseguire correttamente lo studio radiologico dello scheletro per segmenti (“Skeletal survey”) nel sospetto di fratture da abuso fisico (lesioni non accidentali)

*Proiezioni raccomandate dall’American College of Radiology*

### Scheletro appendicolare

- Omeri (AP)
- Avambracci (AP)
- Mani (PA)
- Femori (AP)
- Gambe (AP)
- Piedi (PA) or (AP)

### Scheletro assiale

- Torace (AP + LL), includendo coste nonché colonna dorsale e porzione superiore della colonna lombare
- Pelvi (AP), includendo la porzione inferiore della colonna lombare
- Colonna lombosacrale (LL)
- Colonna cervicale (AP + LL)
- Cranio (AP + LL)
- Oblique dell’emicostato dx e sin

Il ricorso alla “skeletal survey” è importante anche per il contributo all’esclusione di alcune patologie che interessano lo scheletro in più segmenti e che pertanto entrano in diagnosi differenziale e devono sempre essere considerate (osteogenesi imperfetta, rachitismo, lue congenita).

---

## SHAKEN BABY SYNDROME

---



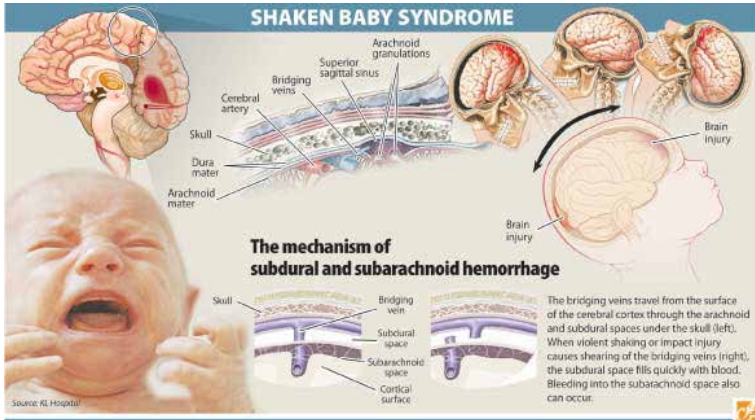
Una forma particolare di maltrattamento fisico è la Shaken Baby Syndrome (SBS)<sup>1</sup>, ovvero il quadro conseguente allo scuotimento violento del bambino. Tale condizione si verifica generalmente in bambini di età inferiore a 24 mesi. L'azione di scuotimento del bambino solitamente si attua in risposta ad un pianto inconsolabile di cui l'adulto non ne coglie il significato comunicativo. Il genitore può sentirsi impotente a tal punto da attivare inconsapevolmente, nel tentativo di calmarlo, dei comportamenti inappropriati. Nei casi non mortali di SBS spesso si attiva un meccanismo

<sup>1</sup> Griest K. (2010): Pediatric Homicide Medical Investigation. CRC Press 2010

autoperpetuantesi che va a rinforzare il ripetersi del comportamento di scuotimento del bambino. Il genitore per la prima volta reagisce al pianto del bambino con lo scuotimento violento che determina l'interrompersi del pianto a causa di uno stato subcommotivo del piccolo, ma questi, ignaro dell'effetto dannoso della sua azione, acquisisce la convinzione che la sua azione è stata efficace e quindi probabilmente riproporrà altre volte lo stesso schema comportamentale, determinando tante micro lesioni che in seguito potranno manifestarsi in modo più palese nel bambino (finanche l'exitus).



Sul sito [www.giadainfanzia.it](http://www.giadainfanzia.it) è possibile visionare materiale di prevenzione sulla Shaken Baby Syndrome



La SBS si caratterizza, principalmente, dalla frequente comparsa di una tragica triade: **emorragia sub-durale, emorragie retiniche ed edema cerebrale massivo**. In Italia non sono ancora disponibili stime del fenomeno, ma il NCSBS (National Center of Shaken Baby Syndrome)<sup>2</sup> ha calcolato che negli USA ogni anno 1.200-1.400 bambini sono vittime di questi episodi. È stato stimato che, sul totale delle vittime, un terzo non presenta esiti a distanza, un altro terzo ha serie conseguenze neurologiche persistenti e il rimanente terzo non sopravvive.

<sup>2</sup> [www.dontshake.org](http://www.dontshake.org)



Tali dati sono riportati anche nel rapporto dell'OMS (2002): in particolare viene evidenziato che i bambini che sopravvivono a questa forma di maltrattamento presentano conseguenze a lungo termine, quali ritardo mentale, paralisi cerebrale infantile o cecità.

Una recente analisi di Laurent-Vannier<sup>3</sup> ha ribadito la ricorrenza di numerosi danni permanenti poliviscerali in conseguenza di una SBS. A livello neurologico, conformemente a quanto riportato da Barlow<sup>4</sup> nel 2004 e 2005 su uno studio di 50 bambini vittime di tale tipologia di abuso, gli esiti permanenti più frequentemente osservati sono, da un punto di vista anatomico, microcefalia e severa atrofia corticale e sottocorticale; clinicamente è stato riscontrato un grave ritardo psicomotorio, quadriplegia spastica, forme più o meno gra-

<sup>3</sup> Laurent-Vannier A., Toure H., Vieux E., Brugel D.G., Chevignard M. (2009): Long-term outcome of the shaken baby syndrome and medicolegal consequences: a case report. *Ann Phys Rehabil Med.* 2009 Jun;52(5):436-47.

<sup>4</sup> Barlow K., Thompson E., Johnson D., Minns R.A. (2004): The neurological outcome of non-accidental head injury. *Pediatr Rehabil.* 2004 Jul-Sep;7(3):195-203; Barlow K.M., Thomson E., Johnson D., Minns R.A. (2005): Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics.* 2005 Aug;116(2):e174-85.

vi di epilessia. Oltre a disturbi neurologici puri sono stati osservati disturbi cognitivi con deficit del linguaggio, della memoria a breve e lungo termine, oltreché del quoziente intellettivo. Inoltre, circa la metà dei bambini presentavano deficit della funzione visiva. La comparsa sia delle lesioni anatomiche che delle manifestazioni cliniche variava nel tempo con un intervallo libero rispetto al trauma subito di un massimo di 20 anni.

Nei bambini al di sotto di 24 mesi si raccomanda pertanto l'esecuzione di una **TC del cranio**, in regime di urgenza, per svelare eventuali emorragie intracraniche extracerebrali (interemisferiche e/o subdurali, figg. 20 e 21), o lesioni ischemiche secondarie a depressione dei centri respiratori (figg. 22 e 23), evenienza quest'ultima molto frequente nel lattante come conseguenza di scuotimento violento (SBS → Shaken Baby Syndrome) dato lo sproporzionato volume del cranio rispetto al tronco.

Fig. 20 - Compresenza di ematoma subdurale emisferico sinistro (freccie) ed emorragia interemisferica (punte di freccia) con shift sinistro delle strutture della linea mediana

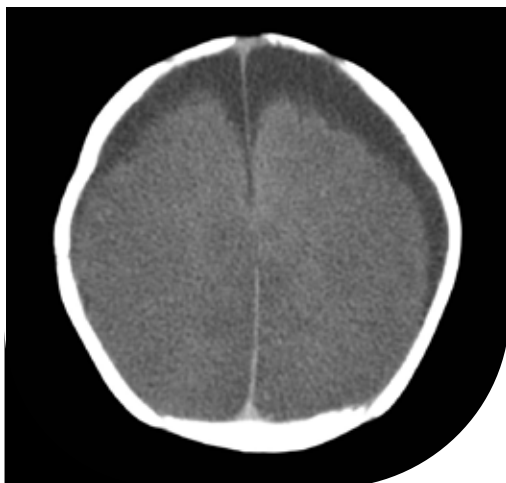
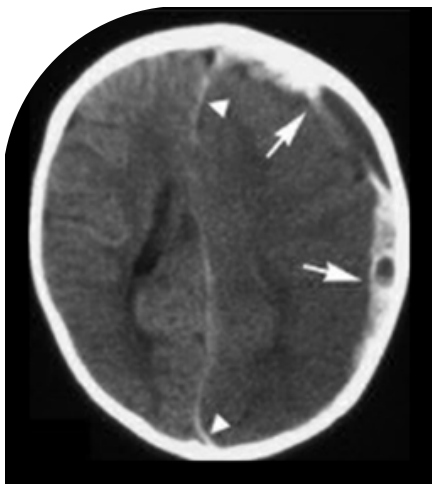


Fig. 21 - Presenza di ematoma subdurale fronto-parietale bilaterale associato ad alterazioni ischemiche dei centri semiovali

Fig. 22 - Vaste  
alterazioni  
ischemiche  
biemisferiche  
cortico-sottocorticali  
con idrocefalo  
secondario ad atrofia  
sottocorticale

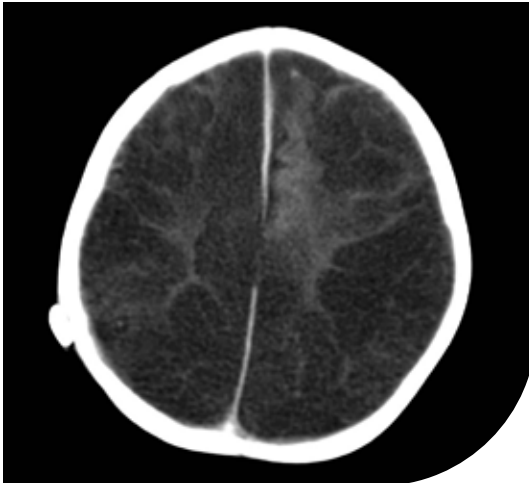
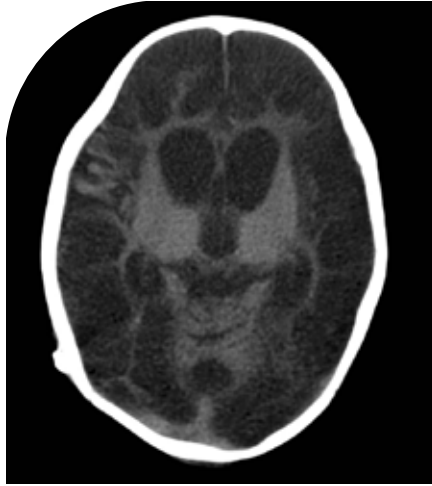


Fig. 23 - Vaste  
alterazioni  
ischemiche  
biemisferiche  
cortico-  
sottocorticali

---

## DENUNCIA DI REATO

---

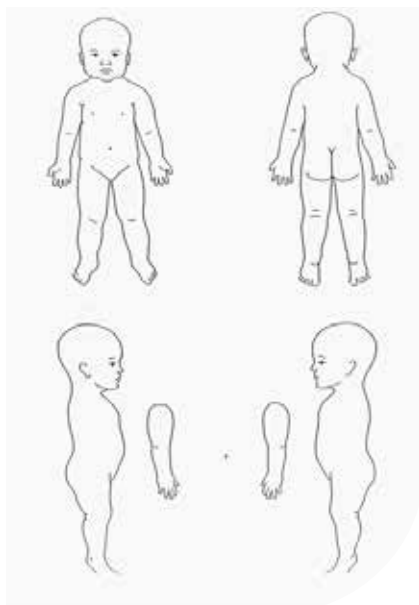
Da un punto di vista normativo, lo “strumento” cui fare riferimento è la denuncia di reato (artt. 361-362 c.p./art 331 c.p.p.), che si redige allorquando il medico/professionista sanitario che identifichi (o sospetti) l'abuso fisico lavori in Ospedale assumendo la funzione (giuridica) di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio. Qualora il sospetto di abuso avvenga durante una prestazione sanitaria eseguita in ambito privato si ricorre al referto all'Autorità Giudiziaria (art 365 c.p.). Pur rappresentando la obbligatorietà di tali atti, in modo realistico, prima di denunciare o riferire all'Autorità Giudiziaria sarebbe opportuno sottoporre il caso, in urgenza in base anche alle esigenze ambientali verificate, al vaglio di competenze pluridisciplinari. Previo sincretico esame di tutti gli elementi tecnici a disposizione, eventualmente coinvolgendo anche la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, si decide cosa fare e quali misure precauzionali adottare se non sussistono gli estremi giuridici per avvertire la Procura della Repubblica e/o il Tribunale.

---

## APPENDICE: RILEVAZIONE DEL MALTRATTAMENTO FISICO

---

Lo scopo dell'esame fisico è il riconoscimento di lesioni da porre in diagnosi differenziale con eventi accidentali. Si ritiene pertanto necessario procedere sistematicamente ed analiticamente alla ricerca di segni lesivi su tutto il corpo).



Schema corporeo del minore

Qualora vi sia un sospetto di maltrattamento fisico, si impone l'indagine radiografica di tutto lo scheletro, essendo tipico del quadro della "sindrome del bambino maltrattato" la presenza di lesioni scheletriche (fratture craniche, costali, di ossa lunghe) con diverse epoche di produzione riscontrabili dai segni di riparazione ossea. In questo caso bisognerà eseguire indagini radiografiche dei vari distretti corporei ("**Skeletal survey**", vedi pagina 35) secondo le linee guida validate a livello internazionale (American College of Radiology, 2006<sup>5</sup>) nonchè la TAC del cranio e/o la Risonanza Magnetica dell'encefalo, specie in presenza di segni neurologici. L'osservazione di alcuni elementi nel corso della visita può essere d'ausilio all'operatore nella diagnosi differenziale del sintomo/segno: il modo in cui il genitore gestisce l'accaduto, il tempo trascorso tra evento lesivo e visita medica, l'atteggiamento del bambino durante la visita, il ruolo e il comportamento dei genitori durante la visita,

<sup>5</sup> American College of Radiology (ACR) (2006) ACR practice guideline for skeletal surveys in children. American College of Radiology, Reston, 17-6-0008 - The Royal College of Radiologists and the Royal College of Paediatrics and Child Health (2008) Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury. RCR and RCPCH, London

l'attendibilità del racconto in fase di anamnesi. Nel sospetto di maltrattamento fisico oltre alla individuazione e refertazione dei possibili segni fisici bisogna condurre un'attenta osservazione delle reazioni comportamentali ed emotive del minore. Accanto agli esiti organici del maltrattamento fisico sono sovente evidenziati alcuni esiti psicologici. Le vittime di questa forma di violenza possono presentare comportamenti contrapposti: a volte risultano inibiti e spaventati, altre volte aggressivi e impulsivi, oltre che vigili nei confronti degli adulti al fine di prevenire possibili aggressioni (Kempe e Kempe, 1980<sup>6</sup>). Si osservano frequentemente disturbi della socialità, quali la difficoltà nell'assunzione della prospettiva altrui e nell'attivazione di comportamenti empatici e pro-sociali nelle relazioni con i pari e con gli adulti; tali disturbi possono sfociare in una diagnosi di Disturbo della Condotta, del quale il maltrattamento fisico risulta essere un fattore predisponente (APA, 2001)<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Kempe R.S., Kempe C.H. (1980): *Le violenze sul bambino*. Armando, Roma

<sup>7</sup> APA (2001): *Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali. DSM-IV-TR*. Milano, Masson



---

## BIBLIOGRAFIA

---

Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma.

Am J Roentgenol Radium Ther. 1946 Aug;56(2):163-73.

Kempe Ch, Silverman Fn, Steele Bf et al. The battered-child syndrome. Jama. 1962 jul 7;181:17-24.

Solarino M, De Filippi C, Solarino B. Radiological and forensic medicine aspects of traumatic injuries in child abuse. Radiol Med. 2009 Dec;114(8):1356-66.

Jeannette K Kraft. Imaging of non-accidental injury. Orthopaedics and Trauma 25:2:2011

Pandya NK, Baldwin K, Kamath AF, Wenger DR, Hosalkar HS. Unexplained fractures: child abuse or bone disease? A systematic review. Clin Orthop Relat Res. 2011 Mar;469(3):805-12

van Rijn RR, Sieswerda-Hoogendoorn T. Educational paper: Imaging child abuse: the bare bones. Eur J Pediatr. 2011 Jun 1

Nicholas M.P. Clarke, Fenella R.M. Shelton, Colm C. Taylor, Tajjali Khan, Senbaga Needhirajan  
The incidence of fractures in children under the age of 24 months – In relation to non-accidental injury. Injury, Int. J. Care Injured 43 (2012) 762–765

## **CONTATTI**

Ente di Appartenenza: A.O.U.C. Policlinico di Bari

Sede: Servizio di Psicologia – GIADA

Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII”

via Amendola, 207 – 70126 Bari

tel. 0805596827 – fax 0805596828

e-mail: [info@giadainfanzia.it](mailto:info@giadainfanzia.it)

[www.giadainfanzia.it](http://www.giadainfanzia.it)

## GIADA

(Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati)

|                                 |                         |                     |                    |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>Responsabile Scientifico</b> | <b>Foschino Barbaro</b> | <b>Maria Grazia</b> | <b>080/5596711</b> |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|

### Equipe dedicata

|                    |             |                |             |
|--------------------|-------------|----------------|-------------|
| Psicologa          | Berlingiero | Isabella       | 080/5596827 |
| Psicologa          | Lippolis    | Rossella       |             |
| Psicologa          | Pellegrini  | Michele        |             |
| Psicologa          | Vitale      | Grazia Tiziana |             |
| Assistente Sociale | De Iaco     | Domenica       |             |
| Assistente Sociale | Molfetta    | Annalisa       |             |
| Informatico        | Fiore       | Renato         |             |

### Equipe funzionale

|                                     |            |                |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------|----------------------------|
| Direttore Sanitario                 | D'Amelio   | Maria Giustina | 080/5592609                |
| Dirigente Medico di Ortopedia       | Carluccio  | Giuseppe       | 080/5596571                |
| Dirigente Medico di Pronto Soccorso | Cervellera | Maria          | 080/5596622                |
| Dirigente Medico di Pronto Soccorso | Li Moli    | Ornella        |                            |
| Dirigente Medico di Neonatologia    | Foglianesi | Alessandra     | 080/5592220                |
| Dirigente Medico di Radiologia      | Gaeta      | Alberto        | 080/5596854                |
| Dirigente Medico di Chirurgia       | Savino     | Carmela        | 080/5596578<br>080/5596678 |
| Medico Legale                       | Solarino   | Biagio         | 080/5592204                |
| Infermiera Coordinatrice            | Porcelli   | Santa          | 080/5596732                |

**Alberto Gaeta**, nato a Feltre (BL) il 6/5/1975. Dirigente Medico Specialista in Radiodiagnostica presso l'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, Master di II Livello in "Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica in Pediatria" presso la Scuola Alta Formazione in Pediatria di "Università degli Studi di Roma – Tor Vergata" e dell'"I.R.C.C.S. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù", Consigliere Nazionale per il biennio 2017-2018 della Sezione di Studio di Radiologia Pediatrica della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica). Autore di decine di pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali con maggiore interesse per le Malattie Metaboliche e per l'Imaging della traumatologia accidentale e non accidentale in età evolutiva. Componente GIADA dell'Equipe funzionale.

**Biagio Solarino**, nato a Bari (BA) il 5/7/1973. Attualmente è titolare di contratto di collaborazione continuativa presso la AOUC del Policlinico di Bari, ufficio gestione del rischio clinico. Dal febbraio 2012 al marzo 2016 ha lavorato presso la medesima Struttura Sanitaria con il ruolo di Dirigente Medico nell'ambito dell'Equipe dedicata GIADA. Attualmente componente GIADA dell'Equipe funzionale. È specialista in Medicina Legale oltreché Dottore di Ricerca in "Patologia Medico-legale e Tecniche Criminalistiche". È stato visiting foreign scientist (Luglio-agosto 2005) presso la Division of Forensic Pathology/Office of the Chief Medical Examiner, School of Medicine, University of Louisville (Kentucky –USA) diretta dalla professoressa Tracey Corey. Ha effettuato completed rotation (Gennaio- febbraio 2009) presso l'Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, Charité – Univesitatsmedizin Berlin (Germany) diretto dal professor Michael Tsokos dove ha soggiornato per altri periodi di studio e lavoro anche nel settembre 2010, luglio 2013, marzo 2015. Nel gennaio 2014 ha avuto l'abilitazione scientifica nazionale come Professore Associato settore 06/ M2 Medicina Legale. È autore di centinaia di articoli scientifici in tutti gli ambiti della medicina legale pubblicati su riviste nazionali ed internazionali. È attualmente il docente titolare (dal 2014) dell'insegnamento in Medicina Legale nel corso integrato Aspetti etico-giuridici della professione infermieristica: corso di laurea in Infermieristica (sede BARI-POL) Università degli Studi di Bari e nel corso integrato Medicina Legale, Igiene e Management Sanitario corso di laurea in Ostetricia (sede BARI-POL) Università degli Studi di Bari. In qualità di cultore della materia è componente del collegio dei Docenti dell'insegnamento di Medicina Legale al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (titolare il prof Alessandro Dell'Erba) Università degli Studi di Bari. Dal 2011 è membro dell'editorial board della prestigiosa rivista internazionale Forensic Science Medicine and Pathology.



## Per operatori

- “Aspetti radiologici e medico-legali del maltrattamento fisico in età pediatrica”
- “Codice GIADA. Percorso operativo in condizione di emergenza/urgenza e in regime di ricovero”
- “Indicazioni operative per l'accertamento medico nei casi di violenza sessuale in età pediatrica”
- “Piccoli passi per affrontare il trauma nell'infanzia. Indicazioni Psicoeducative”
- “Ascoltare il trauma. Indicazioni operative sull'ascolto giudiziario”

## Per le famiglie

- “Piccoli passi per affrontare la separazione familiare”
- “Da cullare e non scuotere” Shaken Baby Syndrome
- “Navigare nel Web. Parents in Exploration”

## Per i bambini e gli adolescenti

- “Navigare nel Web. Teen in Exploration”
- “Dove sei Papà” Favola per figli con un genitore in carcere

Con il contributo di

