

maltrattamento e abuso sul minore

I quaderni del professionista

5

**Lesioni cutanee, mucose
e degli annessi cutanei
da maltrattamento/abuso
su persone di minore età**

Raccomandazioni per il percorso diagnostico
e indicazioni per la diagnosi differenziale

 Regione Emilia-Romagna

Collana
Maltrattamento e abuso sul minore
I quaderni del professionista



5

Lesioni cutanee, mucose e degli annessi cutanei da maltrattamento/abuso su persone di minore età

**Raccomandazioni per il percorso diagnostico
e indicazioni per la diagnosi differenziale**

Lesioni cutanee, mucose e degli annessi cutanei da maltrattamento/abuso su persone di minore età
Raccomandazioni per il percorso diagnostico e indicazioni per la diagnosi differenziale

Coordinamento di Massimo Masi e Michela Bragliani

La redazione del quaderno è stata curata da:

Massimo Masi, pediatra, già Ass. Alma Mater studiorum Università di Bologna, Clinica Pediatrica, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna;

Stefano Alboresi, pediatra di libera scelta, AUSL di Bologna;

Luciana Nicoli, pediatra di comunità, Consulente Centro specialistico provinciale contro i maltrattamenti all'infanzia "Il Faro", AUSL di Bologna;

Isa Ruffilli, pediatra, Associazione "L'Isola che c'è" ONLUS per la tutela dell'infanzia maltrattata e l'aiuto alle famiglie, Bologna.

Si ringrazia per la consulenza:

Simone Bagattoni, odontoiatra, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Clinica Odontoiatrica;

Maria Chiara Bassi, documentalista, Biblioteca Medica, Azienda USL, IRCCS di Reggio Emilia;

Annalisa Patrizi, dermatologa, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Dermatologia DIMES, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna;

Andrea Pession, pediatra, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Clinica Pediatrica, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna;

Gabriela Piana, odontoiatra, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Clinica Odontoiatrica.

La pubblicazione è stata realizzata in collaborazione con il Servizio Politiche sociali e socio educative della Regione Emilia-Romagna. Progetto editoriale e realizzazione: Alessandro Finelli

Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

La collana «Maltrattamento e abuso sul minore - I quaderni del professionista» è curata dal Servizio Assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna. Responsabile: Fabia Franchi, referente: Michela Bragliani

[Consulta i volumi precedenti:](#)

1. Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale
2. Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico
3. Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori
4. Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza. Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti

Copia del quaderno può essere scaricata all'indirizzo: <http://www.saperidoc.it/consultori-famigliari>

Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, gennaio 2022

Indice

Presentazione	7
Elenco delle raccomandazioni	9
Introduzione	13
Capitolo 1 L'accoglienza del bambino con lesioni traumatiche	14
1.1 Anamnesi	14
1.2 Osservazione	15
1.3 Esame obiettivo	16
Capitolo 2 Lesioni cutanee	17
2.1 Contusioni	17
2.1.1 <i>Abrasioni</i>	17
2.1.2 <i>Ecchimosi/ematomi</i>	18
<i>Caratteristiche sospette per abuso: i parametri da considerare</i>	18
a) <i>Età del bambino</i>	18
b) <i>Sede</i>	18
c) <i>Forma</i>	18
2.1.3 <i>Lesioni riferibili a morsi</i>	22
2.2 Ustioni	23
2.2.1 <i>Meccanismo delle ustioni</i>	23
<i>Caratteristiche sospette per abuso: i parametri da considerare</i>	24
a) <i>Età del bambino</i>	24
b) <i>Sede</i>	24
c) <i>Forma</i>	24
2.2.2 <i>Presenza di altre lesioni</i>	24
2.2.3 <i>Complicanze</i>	25
2.2.4 <i>Diagnosi differenziale</i>	25
Capitolo 3 Lesioni mucose dell'orofaringe	26
3.1 Lesioni dell'orofaringe da abuso sessuale	27
3.2 Incuria della salute orale del bambino	27
3.3 Mutilazioni orali del bambino (Ebinjo, Infant Oral Mutilation/IOM)	27
Capitolo 4 Lesioni degli annessi cutanei	29

APPENDICE per la Diagnosi Differenziale	31
BOX 1.1 Segni/lesioni che possono simulare/essere confusi con ECCHIMOSI/EMATOMI	31
BOX 1.2 Segni/lesioni che possono simulare/essere confusi con USTIONI	31
BOX 1.3 Ecchimosi/Ematomi/Ustioni provocate da credenze e pratiche culturali, popolari, religiose	32
BOX 1.4 CONDIZIONI PATOLOGICHE/CLINICHE che possono presentare, all'esordio o durante il decorso, ecchimosi/ematomi	32
BOX 1.5 Lesioni conseguenti a traumi autoinflitti per PATOLOGIE GENETICHE (s. di Cornelia de Lange, s. di Lesch-Nyhan)	33
BOX 1.6 Deficit dei meccanismi della coagulazione	33
Bibliografia	35

Nota per la lettrice e il lettore:

La **prospettiva di genere** è l'approccio consapevole alla costruzione della categoria di genere e dei suoi rapporti di potere. Nel lavoro di comunicazione consiste nel mettere al centro il target e a considerare che il destinatario non è neutro.

Questo documento è attento alla prospettiva di genere e prevede che tutte le declinazioni di genere sono da **intendersi sempre al maschile e al femminile**, alternando di volta in volta il genere o utilizzandoli entrambi.

Si rimanda per un approfondimento al documento della Regione Emilia-Romagna "Linee guida in ottica di genere. Uno sguardo nuovo nella comunicazione pubblica". <https://parita.regione.emilia-romagna.it/documentazione/documentazione-temi/media-e-comunicazione/linee-guida-in-ottica-di-genere-della-regione-emilia-romagna-uno-sguardo-nuovo-nella-comunicazione-pubblica>

Presentazione

In continuità con i Quaderni 1 e 2 pubblicati nel 2014, questo quinto quaderno della collana “I quaderni del professionista”, edito dalla Regione Emilia-Romagna, intende fornire un supporto alle/ai professioniste/i sanitarie/i nel percorso diagnostico delle lesioni cutanee, mucose e degli annessi cutanei rilevate in persone di minore età, e un ausilio nella diagnosi differenziale fra l’eziopatogenesi da maltrattamento/abuso (M/A) rispetto al trauma accidentale e alle altre patologie.

Le raccomandazioni e la parte descrittiva del testo sono state raccolte ed elaborate sulla base della revisione della letteratura scientifica degli ultimi venti anni relativa alle lesioni di questo tipo che si ritrovano più frequentemente nei casi di maltrattamento fisico, e anche di abuso sessuale e di trascuratezza grave/“neglect”.

Massimo Masi

pediatra - già Professore Ass. Clinica Pediatrica - Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Policlinico S. Orsola Malpighi - Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

Elenco delle raccomandazioni

Raccomandazione 1

In presenza di una lesione della cute, delle mucose e/o degli annessi cutanei in un/a bambino/a, soprattutto se piccolo/a, sotto i 4 anni di vita, tenere presente la possibilità del Maltrattamento/Abuso (M/A)

- ➔ Assicurare l'accoglienza empatica e l'osservazione del/della bambino/a e degli adulti che lo accompagnano
- ➔ Raccogliere la storia clinica ed eseguire un esame obiettivo accurato e completo

Raccomandazione 2

ANAMNESI

In un/a bambino/a con qualunque tipo di lesione sono sempre elementi sospetti per maltrattamento/abuso:

- una storia poco chiara che non corrisponde ai segni clinici presentati
- una dinamica dell'evento non congruente con lo sviluppo neuromotorio del/della bambino/a
- versioni discordanti dell'evento da parte degli adulti presenti al fatto e da parte del/della minorenni, ascoltati separatamente
- un ritardo nell'accesso alle cure non adeguatamente giustificato

Si raccomanda di raccogliere informazioni riferibili a:

- precedenti episodi di maltrattamento/abuso o anche solo di accessi per traumi con dinamica non chiara, nello stesso PS e in quelli degli Ospedali limitrofi
- precedenti interventi dei Servizi Sociali o decreti limitativi dell'Autorità Giudiziaria (AA.GG.)
- eventuale presenza di altri/e minorenni presenti nel nucleo familiare o nella stessa abitazione nel caso si rendano necessari provvedimenti di protezione di persone di minore età

➔ Accogliere le dichiarazioni spontanee del/della minorenni, riportandole fedelmente con la formula "il/la minorenni riferisce..." utilizzando le stesse parole usate, evitando interpretazioni e "traduzioni" in linguaggio medico/giuridico

Raccomandazione 3

OSSERVAZIONE

Prestare attenzione ai segnali comportamentali ed emotivi:

- del/della bambino/a: imbarazzo, tensione, ansia, allarme e ipervigilanza oppure apatia e distacco
- della coppia genitoriale/adulti che accompagnano: spiegazioni contraddittorie o confuse, imbarazzo, evitamento, aggressività che prevalgono sull'atteggiamento di preoccupazione/rassicurazione

Raccomandazione 4

ESAME OBIETTIVO (E.O.)

- Effettuare sempre un E.O. completo testa-piedi, compresi orofaringe, scalpo ed area genito-ale
- Descrivere le caratteristiche delle singole lesioni: forma, dimensioni, colore, ecc.
- Cercare eventuali altre lesioni, anche pregresse, compatibili con abuso
- Sempre opportuno realizzare la documentazione fotografica delle lesioni

Raccomandazione 5

In caso di segni/lesioni cutanee sospette in una persona di minore età vanno preliminarmente posti in Diagnosi Differenziale (D.D.):

- segni/lesioni che possono simulare/essere confusi con ecchimosi/ematomi /ustioni
- lesioni provocate da pratiche culturali, credenze popolari o religiose
- condizioni patologiche/cliniche che possono presentare ecchimosi/ematomi all'esordio o durante il decorso
- lesioni conseguenti a traumi autoinflitti

Raccomandazione 6

Valutare sempre:

- a) la compatibilità delle lesioni con l'età del/della bambino/a e il suo sviluppo neuromotorio
- b) la congruenza della dinamica dell'evento riferita dagli adulti che erano presenti e anche dal/dalla bambino/a se è in grado di parlare, con la sede, il numero, le caratteristiche delle lesioni (forma, pattern figurato, presenza di petecchie ecc.)

Raccomandazione 6a

Nel/nella bambino/a sotto l'anno di vita che non si muove autonomamente, e tanto più quanto minore è l'età del/della bambino/a, anche una sola o poche ecchimosi, soprattutto se in diversa fase evolutiva, devono fare sospettare un maltrattamento/abuso a meno che non venga data una spiegazione plausibile della loro origine da parte di chi ha assistito all'evento; in questi casi registrare sede e grandezza della/e contusione/i rilevata/e e spiegazione della dinamica dell'evento nella cartella clinica o nella scheda di accesso in PS

Raccomandazione 6b

Nel/nella bambino/a oltre il primo anno di vita che si muove autonomamente, ecchimosi/ematomi sono sospetti se:

- in sedi inusuali, cioè su parti non esploranti: aree molli di capo (guance, orecchie e regioni retroauricolari, occhi), collo, braccia, cosce, piedi, tronco (torace, addome, dorso), glutei, genitali;
- grandi e numerose
- con aspetto figurato da impatto oppure da schiacciamento
- associate a petecchie nell'area circostante
- raggruppate in cluster
- non congruenti con la dinamica e il meccanismo causale riferito
- ricorrenti o in diversa fase evolutiva

Raccomandazione 7

Ecchimosi/ematomi, anche modesti:

- in bambine/i che non si muovono autonomamente
- localizzati a volto, orecchie, nuca e cavo orale
- spesso rilevati casualmente
- che non trovano una ragionevole e convincente spiegazione,

vengono definiti "**LESIONI SENTINELLA**"

→ Avviare un'indagine psicosociale attivando i Servizi Sociali

→ Realizzare una "**SORVEGLIANZA ATTIVA**" alla ricerca di lesioni occulte

Raccomandazione 8

La **SORVEGLIANZA ATTIVA** alla ricerca di lesioni occulte in caso di sospetto M/A è costituita da:

- Sorveglianza scheletrica e Follow up, soprattutto in bambine/i <2 anni (Fratture)
- Diagnostica per immagini del SNC (ECO/TC/RM Encefalo) in caso di sintomi neurologici o di contusioni al volto e/o capo (Ematomi subdurali e danni neurologici)
- Fundus Oculi (Fundus \overline{OO}) in caso di sospetto Trauma Cranico da abuso (Emorragie retiniche).
- Esami di laboratorio (funzionalità epatica, amilasi, lipasi) + Eco addome in caso di contusioni all'addome, soprattutto in bambine/i < 5 anni (Lesioni viscerali)

Raccomandazione 9

Una lesione cutanea con disposizione ellittica/ovoidale e area centrale ecchimotica è fortemente sospetta per essere stata provocata da un morso.

La distanza intercanina superiore a 3.0 cm è sospetta per morso umano di persona adulta; in questi casi effettuare:

- fotografia della lesione
- prelievo di materiale biologico per ricerca del DNA (doppio tampone)
- impronta della lesione in polivinilsilossano dopo il tampone

Consigliabile coinvolgere un odontoiatra forense o un medico legale

Raccomandazione 10

Sospette per M/A sono le ustioni:

- localizzate a mani, piedi e cosce, glutei e perineo, tronco posteriore e capo
- bilaterali, a margini netti
- che hanno forme suggestive
 1. di un oggetto, es. ferro da stiro (da impatto)
 2. a “guanto”, a “calza” o a “zebra”, senza lesioni limitrofe da schizzo (da immersione)
 3. circolari, uniformi, con diametro di 7-8 mm, contorni ben definiti, spesso multiple (da sigaretta)

Frequentemente sono associate ad altre lesioni (ecchimosi ecc.) che vanno ricercate

Raccomandazione 11

In caso di sospetto maltrattamento/abuso (fisico, sessuale, trascuratezza) controllare sempre il volto e la cavità orofaringea

Lesioni dell’orofaringe, particolarmente di labbra o frenuli labiali/linguale, sono sospette per M/A, anche se non patognomoniche, e vanno considerate come “LESIONI SENTINELLA”

- ➔ Avviare un’indagine psicosociale attivando i Servizi Sociali competenti
- ➔ Attivare una consulenza odontostomatologica
- ➔ Realizzare una “SORVEGLIANZA ATTIVA” (vedi Raccomandazione 8) alla ricerca di eventuali lesioni occulte

Raccomandazione 12

Nei/nelle minorenni provenienti dall’Africa (Etiopia, Uganda, Kenia, area Masai e Sudan) considerare la possibilità di lesioni della cavità orale a seguito di pratiche tribali

Raccomandazione 13

Un’alopecia in un/a bambino/a, soprattutto localizzata al vertice, sovrastante una cute con petecchie, edema o ematoma, dolorosa alla palpazione, orienta verso un maltrattamento

Il riscontro di ftiriasi delle ciglia e sopracciglia in un/a bambino/a richiede un approfondimento psicosociale dell’ambiente familiare e di vita

Introduzione

La diagnosi di M/A su un/a bambino/a rappresenta un problema molto delicato: differenziare una lesione intenzionalmente inflitta (maltrattamento fisico) o da inadeguato controllo/accudimento del/della bambino/a (trascuratezza grave/“neglect”), da una non intenzionale/accidentale può non essere semplice. Rari i segni patognomonic, ampia la sovrapposizione fra l’aspetto della maggior parte delle lesioni da M/A e quello delle lesioni da altra causa, difficile la comunicazione con il/la bambino/a, soprattutto se piccolo/a, costante l’occultamento delle modalità dell’evento traumatico da parte dei soggetti maltrattanti.

Il professionista vive con legittima preoccupazione il rischio di sopravvalutare segni e sintomi, e certamente la ricaduta sulla famiglia di una denuncia ingiustificata può essere molto negativa.

Ma altrettanto grande deve essere la preoccupazione rispetto al rischio di sottovalutazione. Non rilevare un caso di abuso può comportare conseguenze molto severe ed esporre il/la bambino/a al rischio di ulteriori maltrattamenti anche più gravi, fino alla morte in quanto spesso si ha la recidiva degli atti maltrattanti: l’abuso è sempre una patologia cronica.

Ai rischi di sopravvalutazione e sottovalutazione, il professionista farà fronte con la formazione professionale, che deve essere adeguata e aggiornata, e con la corretta gestione dei casi, utilizzando la metodologia del confronto multidisciplinare e del lavoro in equipe, che riduce drasticamente i rischi, oltre a ridurre il senso di solitudine e isolamento professionale.

In queste situazioni, dopo aver affrontato l’eventuale emergenza sanitaria cui si deve provvedere senza indugio, preminente deve sempre essere l’esigenza di tutelare il/la minorenne.

Per questo il coinvolgimento e la collaborazione dei Servizi Sociali, per acquisire informazioni sul nucleo familiare in cui vive il/la bambino/a o per sostenere le famiglie in difficoltà e fornire loro i supporti necessari per superarle, rappresenta un’integrazione fondamentale dell’attività del sanitario.

Nel superiore interesse del/della bambino/a, se qualche elemento dell’anamnesi e/o dell’esame obiettivo, e in particolare le caratteristiche delle lesioni presentate, fa sorgere il ragionevole dubbio che quel/quella bambino/a possa essere vittima di M/A, il medico ha l’obbligo di effettuare la segnalazione ai Servizi Sociali e all’AA.GG. - Autorità Giudiziaria (art. 331 CP), cui spetterà il compito di stabilire l’eventuale prova del maltrattamento (vedi Raccomandazione 2). La segnalazione deve essere effettuata seguendo precisi criteri di appropriatezza¹.

¹ Vedi Linee di indirizzo regionali – DGR n.1677/2013, Allegato 2, 2014 e “segnalazione qualificata”: Cheli M et al, 2012.

Capitolo 1

L'accoglienza del bambino con lesioni traumatiche

A fronte di una lesione da trauma in una persona di minore età va sempre tenuta presente la possibilità del maltrattamento/abuso come possibile causa, soprattutto se il/la bambino/a è piccolo/a, sotto i 4 anni di età.

Sia in ospedale che sul territorio il professionista deve:

- assicurare un'adeguata accoglienza
- garantire disponibilità, empatia ed ascolto partecipato del/della minore
- evitare la drammatizzazione di quanto sta emergendo, ma anche la sua banalizzazione
- sospendere qualunque giudizio
- mantenere il massimo controllo della comunicazione verbale e non verbale
- conservare la capacità di valutare la scala delle priorità senza farsi incalzare dalla fretta e da urgenze non giustificate

e quindi:

- raccogliere la storia clinica
- osservare con attenzione il comportamento del/della bambino/a e degli adulti che lo/a accompagnano;
- effettuare un esame obiettivo (EO) accurato e completo.

Raccomandazione 1

In presenza di una lesione della cute, delle mucose e/o degli annessi cutanei in un/a bambino/a, soprattutto se piccolo/a, sotto i 4 anni di vita, tenere presente la possibilità del Maltrattamento/Abuso (M/A)

→ Assicurare l'accoglienza empatica e l'osservazione del/della bambino/a e degli adulti che lo accompagnano

→ Raccogliere la storia clinica ed eseguire un esame obiettivo accurato e completo

1.1 Anamnesi

In questi casi la raccolta dell'anamnesi, sempre importante, ha una rilevanza del tutto particolare, e deve essere realizzata secondo criteri precisi.

Importante preliminarmente raccogliere i **dati anagrafici** dei genitori e la composizione del nucleo familiare. La **storia** deve essere raccolta sia dagli adulti presenti all'evento sia direttamente dal/dalla bambino/a, se quest'ultimo/a è in grado di riferire una sua versione dell'evento, senza la presenza degli adulti che l'hanno accompagnato/a.

Il racconto andrà raccolto separatamente per ogni singolo adulto, ripetutamente dagli adulti presenti in momenti diversi e mai in presenza del/della bambino/a, che altrimenti potrebbe venire influenzato/a dal racconto dell'adulto.

Fare attenzione a porre sempre **domande aperte**²; il personale sanitario raccoglierà scrupolosamente le dichiarazioni spontanee del/della minore, riportandole fedelmente nella scheda/cartella clinica con la formula *"il/la minore riferisce..."*, utilizzando le stesse parole e gli stessi termini usati, evitando interpretazioni e «traduzioni» in linguaggio medico/giuridico.

Nella raccolta dell'anamnesi è sempre sospetta, e necessita di una adeguata, ragionevole e plausibile spiegazione da parte dell'adulto/i che accompagna il/la minore, una storia:

- poco chiara che non corrisponde ai segni clinici presentati
- non congruente con lo sviluppo neuromotorio del/della bambino/a
- che cambia nel tempo e viene riferita in modi diversi
- che non giustifichi in maniera adeguata un eventuale ritardo nell'accesso alle cure.

² La domanda aperta è una domanda non suggestiva, che evita di influenzare l'interlocutore e permette una gamma ampia di risposte (es. mi racconta cosa è successo? come è avvenuto il fatto? quando è successo? dove è avvenuto il trauma? chi era presente? ecc.).

E inoltre vanno acquisite:

- informazioni sanitarie riferibili a precedenti accessi al Pronto Soccorso (PS), e anche a quelli degli ospedali limitrofi della provincia o della regione, o all'ambulatorio di pediatria, alla ricerca di eventuali pregressi episodi traumatici o di altri traumi dalla dinamica non chiara
- informazioni presso i Servizi Sociali di interventi, precedenti o in essere, o di decreti limitativi da parte dell'AA.GG.

In caso di situazioni dubbie o poco chiare, è importante acquisire informazioni sull'eventuale presenza di altri/e minorenni presenti nel nucleo familiare o nella stessa abitazione nel caso si rendano necessari provvedimenti di protezione di persone di minore età.

Raccomandazione 2

ANAMNESI

In un/a bambino/a con qualunque tipo di lesione sono sempre elementi sospetti per maltrattamento/abuso:

- una storia poco chiara che non corrisponde ai segni clinici presentati
- una dinamica dell'evento non congruente con lo sviluppo neuromotorio del/della bambino/a
- versioni discordanti dell'evento da parte degli adulti presenti al fatto e da parte del/della minorenne, ascoltati separatamente
- un ritardo nell'accesso alle cure non adeguatamente giustificato

Si raccomanda di raccogliere informazioni riferibili a:

- precedenti episodi di maltrattamento/abuso o anche solo di accessi per traumi con dinamica non chiara, nello stesso PS e in quelli degli Ospedali limitrofi
- precedenti interventi dei Servizi Sociali o decreti limitativi dell'Autorità Giudiziaria (AA.GG.)
- eventuale presenza di altri/e minorenni presenti nel nucleo familiare o nella stessa abitazione nel caso si rendano necessari provvedimenti di protezione di persone di minore età

➔ Accogliere le dichiarazioni spontanee del/della minorenne, riportandole fedelmente con la formula "il/la minorenne riferisce..." utilizzando le stesse parole usate, evitando interpretazioni e "traduzioni" in linguaggio medico/giuridico

1.2 Osservazione

È importante l'osservazione attenta del/della bambino/a e degli adulti che lo accompagnano.

Occorre prestare attenzione ai **segnali comportamentali ed emotivi**:

- **del/della bambino/a**: nel raccontare la dinamica degli eventi, che hanno prodotto i segni presenti sul suo corpo, il/la bambino/a può mostrare imbarazzo, tensione ed ansia e i racconti possono risultare contraddittori e incongrui. Spesso il/la bambino/a mostra un comportamento di allarme e ipervigilanza oppure di apatia e distacco³.
- **della coppia genitoriale**: i genitori possono fornire spiegazioni contraddittorie, confuse o elusive sulle dinamiche che hanno procurato le lesioni del/della bambino/a, segnalare in maniera ripetuta e insistente le frequenti cadute accidentali del/della bambino/a, mostrare un atteggiamento di imbarazzo, evitamento, aggressività che prevalgono sull'atteggiamento coerente di preoccupazione e rassicurazione verso il/la bambino/a. I genitori possono minimizzare il problema fino a sentirsi accusati dalle domande poste dall'operatore e reagire in modo aggressivo⁴.

Raccomandazione 3

OSSERVAZIONE

Prestare attenzione ai segnali comportamentali ed emotivi:

- del/della bambino/a: imbarazzo, tensione, ansia, allarme e ipervigilanza oppure apatia e distacco
- della coppia genitoriale/adulti che accompagnano: spiegazioni contraddittorie o confuse, imbarazzo, evitamento, aggressività che prevalgono sull'atteggiamento di preoccupazione/rassicurazione

³ Vedi anche Quaderno 2 – Fratture ed abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico – Raccomandazione 4.

⁴ Vedi anche Quaderno 2 – Fratture ed abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico – Raccomandazione 5.

1.3 Esame Obiettivo

Dovrà essere effettuato sempre un **Esame Obiettivo (E.O.) completo**, compreso l'orofaringe, lo scalpo (cuoio capelluto) e l'area genito-animale, allo scopo di:

- valutare le caratteristiche delle singole lesioni
- considerare la compatibilità del tipo di lesioni osservate con la dinamica dell'evento così come viene riferito dagli adulti che erano presenti e anche dal/dalla bambino/a, e con lo sviluppo neuromotorio dello stesso
- ricercare eventuali altre lesioni, presenti o pregresse, riconducibili a possibile maltrattamento/abuso.

Sempre opportuna è la **documentazione fotografica** delle lesioni⁵, importante per completare la descrizione e per mantenere nel tempo il ricordo delle lesioni.

Il **consenso** del genitore è sempre necessario: va spiegato che ciò fa parte della normale documentazione clinica da allegare alla scheda/cartella clinica della persona di minore età. Il consenso non è necessario se la documentazione fotografica viene effettuata per essere allegata a denuncia all'AA.GG.

In caso si verificasse opposizione da parte del genitore presente anche dopo le spiegazioni del sanitario, ci si può consultare con il Magistrato di turno della Procura ordinaria e/o minorile o, in alternativa, ci si limiterà ad una descrizione dettagliata delle lesioni, registrando il rifiuto in cartella clinica; tale opposizione dovrà essere oggetto di riflessione attenta da parte dei sanitari, insieme con il Servizio Sociale.

Per localizzare facilmente ogni singola lesione è bene scattare **immagini fotografiche** partendo dal generale per arrivare successivamente al particolare, su cui ci si soffermerà. La lesione andrebbe fotografata sia senza che con riferimenti metrici oltre che con il riferimento del caso. È possibile, laddove le lesioni siano numerose, utilizzare anche degli indici alfa-numeriche da riportare nella descrizione e nello schema corporeo.

Se possibile asciugare le parti da fotografare per evitare riflessi, porre attenzione anche all'illuminazione dell'ambiente. Scattare le foto il più ortogonale possibile rispetto al piano della lesione e del corpo.

Le fotografie vanno scaricate rapidamente e conservate rispettando le regole della privacy (es. computer con password di accesso, non collegato ad internet, e password per accedere alle cartelle contenenti le fotografie).

Sarebbe auspicabile avere a disposizione una macchina fotografica dedicata. In assenza di questa, provvedere a scaricare immediatamente le immagini dalla propria apparecchiatura.

In assenza dell'attrezzatura prevista nel suddetto Allegato 4⁶, il professionista sanitario che ha necessità di allegare immagini fotografiche suggestive ad una propria relazione, da inviare alla Procura minorile o alla Procura ordinaria, può effettuare le foto anche con altra attrezzatura, compreso il proprio cellulare, purché le foto vengano immediatamente salvate su altro supporto (es. chiavetta USB o Pen drive) e subito eliminate dal cellulare. Prima di fare ciò è necessario annotare, su apposito verbale allegato, la classificazione delle foto (es. *arto superiore Dx ecc.*) e la catena di custodia delle immagini prodotte (es. *la chiavetta USB è depositata presso...*).

Raccomandazione 4

ESAME OBIETTIVO (E.O.)

- Effettuare sempre un E.O. completo testa-piedi, compresi orofaringe, scalpo ed area genito-animale
- Descrivere le caratteristiche delle singole lesioni: forma, dimensioni, colore, ecc.
- Ricercare eventuali altre lesioni, anche pregresse, compatibili con abuso
- Sempre opportuno realizzare la documentazione fotografica delle lesioni

⁵ La documentazione fotografica di lesioni su un/una minore da parte del sanitario deve essere effettuata secondo le indicazioni, modalità e criteri descritti nell'Allegato 4 – "Raccomandazioni per la realizzazione di immagini con macchina fotografica e con videoregistratore" del Quaderno 1 "Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale" della Collana "I Quaderni del professionista", edito dalle Regione Emilia-Romagna.

⁶ Vedi nota precedente.

Capitolo 2

Lesioni cutanee

Segni cutanei sono presenti nel 90% dei bambini maltrattati. La fascia di età più a rischio è quella sotto i 4 anni, epoca nella quale si verifica quasi l'80% dei casi mortali, oltre la metà dei quali sotto l'anno di vita.

Si tratta di traumi contusivi (abrasioni, escoriazioni, ecchimosi, ematomi), ferite (lacerazioni, ferite lacero-contuse), ustioni da insulto fisico o chimico ai tessuti.

Lesioni cutanee da maltrattamento possono presentarsi isolate o associate ad altri segni di abuso (lesioni mucose, viscerali, fratture ecc.). Possono essere seguite da lesioni più severe in un quarto dei casi (vedi "Lesioni sentinella" Raccomandazione 9), e quasi nella metà dei casi non vengono valorizzate adeguatamente dai sanitari a cui giungono in osservazione.

Ci soffermeremo sulle lesioni della cute più importanti, quali **contusioni** (abrasioni, ecchimosi ed ematomi, compresi quelli riferibili a morsi) e **ustioni**, in cui sia riconoscibile o sospettabile l'eziopatogenesi traumatica, con lo scopo di aiutare a distinguere se l'evento traumatico, che ha provocato la lesione, sia stato di natura accidentale o provocato da violenza altrui, o autoinflitto.

Il problema è particolarmente complesso se la persona minorenni non è in grado di riferire una sua versione dei fatti, o perché troppo piccola o per incapacità a relazionarsi in maniera intelligibile e credibile o perché impaurita.

Se il/la minorenne racconta, particolare attenzione va data alla sua rivelazione effettuata senza la presenza degli adulti. In tutti i casi va posta grande cura all'osservazione del comportamento del/della bambino/a (vedi 1.1 – Anamnesi e 1.2 – Osservazione).

Vanno ovviamente esclusi, preliminarmente, i segni e/o le condizioni che possono simulare/essere confusi con queste lesioni, e anche le patologie che all'esordio o nel loro decorso possono presentare quadri clinici simili (vedi Appendice per la Diagnosi Differenziale).

Raccomandazione 5

In caso di segni/lesioni cutanee sospette in una persona di minore età vanno preliminarmente posti in Diagnosi Differenziale (D.D.):

- segni/lesioni che possono simulare/essere confusi con ecchimosi/ematomi /ustioni
- lesioni provocate da pratiche culturali, credenze popolari o religiose
- condizioni patologiche/cliniche che possono presentare ecchimosi/ematomi all'esordio o durante il decorso
- lesioni conseguenti a traumi autoinflitti

2.1 Contusioni

Le contusioni sono conseguenza di un trauma diretto che non provoca discontinuità dei tessuti. Nell'ambito delle contusioni si possono distinguere lesioni con caratteristiche diverse: **abrasione**, caratterizzata da microfratture degli strati più superficiali dell'epidermide con asportazione dello strato superficiale della pelle; **escoriazione**, quando la discontinuità interessa strati più profondi e si accompagna a modeste lesioni vascolari; **ecchimosi**, caratterizzate dalla rottura diffusa di capillari a livello di cute e sottocute, con modesto stravasamento ematico, mentre lo strato superficiale rimane integro; **ematoma**, in cui si ha rottura localizzata di vasi sanguigni più grandi con emorragia significativa in un tessuto o in una cavità dell'organismo, quindi ad un livello più profondo rispetto a cute e sottocute, con raccolta di sangue che può rimanere circoscritta o infiltrare i tessuti circostanti.

2.1.1 Abrasioni

Le abrasioni da M/A sono rappresentate eminentemente dai **graffi** o dalle **incisioni** da unghiatura, lesioni semicircolari, a semiluna, conseguenti all'afferramento del/della bambino/a con una mano le cui unghie lunghe incidono gli strati superficiali della cute. Di fronte a queste lesioni va sempre richiesta una spiegazione ragionevole sugli eventi che le hanno prodotte.

2.1.2 Ecchimosi/Ematomi

Derivano da traumi contusivi chiusi di entità variabile, ma comunque dolorosi.

Nei soggetti dalla cute di colore chiaro si manifestano come aree cutanee inizialmente di colore rosso-blu (< 4° giorno), poi verde-blu (5-8° giorno), quindi giallo-oro (8-12° giorno); dal 15° in poi tendono a sbiadire fino ad assumere la colorazione normale della cute intorno al 25° giorno, quando il versamento viene riassorbito.

Le modificazioni del colore indicano un diverso stadio evolutivo e non possono essere usate per la datazione del trauma, neppure con l'ausilio dell'istologia, anch'essa non risolutiva, in quanto dipendono da numerose variabili, a partire dall'entità e dall'estensione dello stravasamento ematico. La colorazione della cute, quindi, può essere considerata soltanto "orientativa" sull'epoca del trauma. La presenza contemporanea di **ecchimosi con diversa colorazione** è indicativa di stravasi ematici avvenuti in tempi diversi, verosimilmente abbastanza ravvicinati, la cui eziopatogenesi deve essere opportunamente approfondita.

Caratteristiche sospette per abuso: i parametri da considerare

Non vi è un "gold standard" diagnostico né è possibile condurre, dato l'argomento, trials clinici randomizzati.

In base alla revisione Cochrane 2013, e ai principali studi pubblicati, i **parametri** da considerare per valutare se un'ecchimosi/ematoma è accidentale o sospetta per abuso sono: **età del/della bambino/a** e sviluppo neuromotorio, **sede, forma**, numerosità, ricorrenza (frequenti accessi al PS o all'ambulatorio di pediatria) (vedi Tabella 1).

a) Età del bambino

La frequenza di ecchimosi/ematomi nella popolazione pediatrica è fortemente correlata con l'età del/della bambino/a. È < 1% nei bambini che non si muovono da soli, passa al 17% in quelli che iniziano a muoversi autonomamente, al 53% nei bambini piccoli che camminano da soli, all'80% in età scolare.

Mentre vi è accordo tra i vari autori sul fatto che più un/a bambino/a si muove autonomamente maggiore è il numero di contusioni accidentali, non vi è accordo sul fatto se vi sia un numero massimo di ecchimosi / ematomi da considerare accidentali nei lattanti che non si muovono.

In generale si può concludere che in un/a bambino/a che non si muove autonomamente la presenza di ecchimosi/ematomi, soprattutto se in diversa fase evolutiva, ma anche una sola lesione isolata, deve far sospettare un abuso a meno che non venga data una spiegazione plausibile dell'evento che l'ha prodotta.

b) Sede

Ecchimosi/ematomi da cause accidentali si verificano usualmente sulle parti esposte o esploranti nei bambini che si muovono in autonomia: parte frontale del capo (fronte e triangolo naso – mentoniero) e parti sovra-stanti le protuberanze ossee (ginocchia, parte inferiore della gamba) frontalmente, occipite, gomiti e palmo delle mani dorsalmente.

Quelle da M/A, invece, sono più frequentemente localizzate in **aree non esposte, e quindi inusuali**: parti molli del capo (guance, orecchie e regioni retroauricolari, occhi), collo, superficie flessoria ed estensoria di braccia e cosce, tronco (torace, addome, schiena e glutei), mani e piedi. Con il crescere dell'età, ecchimosi ed ematomi diventano più frequenti, ma la distribuzione è sempre nelle superfici "esploranti" (vedi Figura 1).

c) Forma

Ecchimosi/ematomi da causa accidentale sono piccoli, di forma ovalare o rotondeggiante, a bordi non definiti senza forma riconoscibile.

Ecchimosi/ematomi che hanno un **aspetto sagomato/figurato**, cioè hanno la forma di oggetti (come ad es. contusioni su dorso o glutei che riproducono il contorno dell'agente impattante, come cinghia, cintura, bastone), o riportano l'impronta delle dita sulle guance se da schiaffo, o sono da schiacciamento se da morso (vedi Paragrafo 2.1.3), sono forti indicatori di abuso, anche nei bambini che si muovono.

La presenza di **petecchie** vicino alla/e contusione/i è dovuta a variazioni della pressione ed è un forte indicatore di abuso piuttosto che di lesione accidentale; la loro assenza, tuttavia, non esclude l'abuso.

Ecchimosi/ematomi raccolti a **cluster** sono più frequenti nei bambini abusati; alcuni sono difensivi, ad es. le

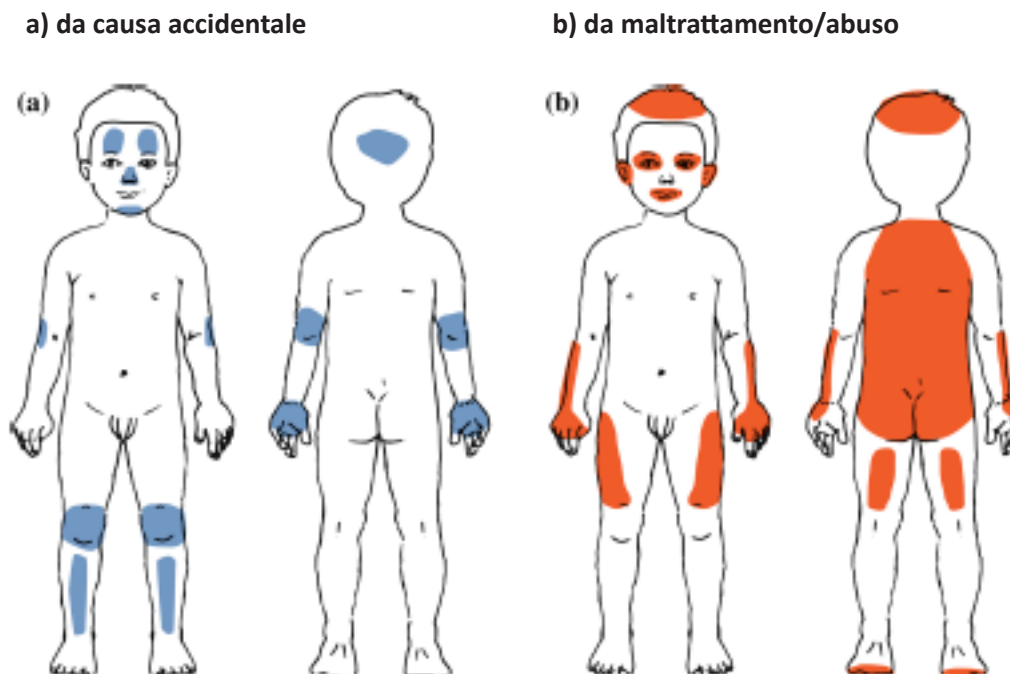
lesioni localizzate agli arti superiori in un/a bambino/a che si difende avvolgendo le braccia intorno alla testa o alle gambe.

Caratteristiche particolari per sede e forma hanno le **lesioni da immobilizzazione** con corde o legacci; si verificano quando polsi e/o caviglie sono legati. Lesioni in fase acuta in questo caso possono presentarsi con edema del tessuto molle, arrossamento, calore o abrasioni attorno ai polsi e alle caviglie.

Tabella I - Valutazione di ecchimosi/ematomi accidentali o da maltrattamento/abuso

Parametri da valutare	Accidentali	Rischio di abuso
età/sviluppo del bambino	È almeno parzialmente autonomo nei movimenti	Non si muove autonomamente / non deambula
Sede	<i>Aree esposte</i> frontalmente: prominenze ossee, soprattutto fronte, triangolo naso-mentoniero, ginocchia e tibie dorsalmente: occipite, gomiti e palmo delle mani	Parti molli in sedi inusuali: guance, orecchie e regioni retroauricolari, occhi, collo, braccia, cosce, glutei, mani e piedi, tronco (torace, addome, schiena, glutei)
Forma	Nessuna forma particolare	Aspetto figurato da impatto di oggetti, o da schiacciamento (pizzicotto, afferramento, morso) Cluster di ematomi (almeno 2) Presenza di petecchie circostanti
Presenza di lesioni in diversa fase evolutiva	Normale se il bambino è autonomo e deambula	Particolarmente sospetto se il bambino non è autonomo

Figura 1 - Sedi prevalenti di ecchimosi/ematomi:



da Tsokos M. (2015)

Nei Paesi Angloassonni è stata suggerita la formula **TEN-4** per memorizzare le localizzazioni più sospette per abuso delle contusioni: T, torso (trono); E, ear (orecchio); N, neck (collo); e 4: in bambini sotto i 4 anni di vita e qualsiasi contusione in qualunque piccolo sotto i 4 mesi. Questa semplice formula ha dimostrato una elevata sensibilità e specificità in una casistica retrospettiva di una Unità di terapia intensiva pediatrica.

Successivamente (2021) con un ampio studio trasversale osservazionale prospettico che ha coinvolto un numero elevato di bambini provenienti da 5 ospedali, è stata proposta una nuova griglia come estensione di TEN-4, denominata **BCDR** (*Bruising Clinical Decision Rule*) **TEN-4-FACESp** nella quale:

1. è stato mantenuto il 4 sia come limite di applicabilità a bambini di età <4 anni, sia per considerare sospetta qualsiasi ecchimosi in qualunque regione del corpo in bambini di età < 4 mesi
2. sono state aggiunte alle ecchimosi localizzate a tronco, orecchio, collo (**TEN**), ulteriori aree del corpo, con riferimento sostanzialmente al volto, considerate fortemente sospette se ecchimotiche o comunque lese: i frenuli vestibolari e linguale, l'angolo della mandibola, le parti molli delle guance, le palpebre, le zone sottocongiuntivali dell'occhio (**FACES**)
3. è stata aggiunta la presenza di ecchimosi figurate (**p** = pattern).

L'applicazione di questa griglia aumenta la sensibilità al 95.6% (95% CI, 93.0%-97.3%), mantenendo una accettabile specificità all'87.1% (95% CI, 85.4%-88.6%) nell'individuare i bambini con contusioni nei quali un approfondimento delle indagini per sospetto maltrattamento è fortemente giustificato.

Raccomandazione 6

Valutare sempre:

- a) la compatibilità delle lesioni con l'età del/della bambino/a e il suo sviluppo neuromotorio
- b) la congruenza della dinamica dell'evento riferita dagli adulti che erano presenti e anche dal/dalla bambino/a se è in grado di parlare, con la sede, il numero, le caratteristiche delle lesioni (forma, pattern figurato, presenza di petecchie ecc.)

Raccomandazione 6a

Nel/nella bambino/a sotto l'anno di vita che non si muove autonomamente, e tanto più quanto minore è l'età del/della bambino/a, anche una sola o poche ecchimosi, soprattutto se in diversa fase evolutiva, devono fare sospettare un maltrattamento/abuso a meno che non venga data una spiegazione plausibile della loro origine da parte di chi ha assistito all'evento; in questi casi registrare sede e grandezza della/e contusione/i rilevata/e e spiegazione della dinamica dell'evento nella cartella clinica o nella scheda di accesso in PS

Raccomandazione 6b

Nel/nella bambino/a oltre il primo anno di vita che si muove autonomamente, ecchimosi/ematomi sono sospetti se:

- in sedi inusuali, cioè su parti non esploranti: aree molli di capo (guance, orecchie e regioni retroauricolari, occhi), collo, braccia, cosce, piedi, tronco (torace, addome, dorso), glutei, genitali
- grandi e numerose
- con aspetto figurato da impatto oppure da schiacciamento
- associate a petecchie nell'area circostante
- raggruppate in cluster
- non congruenti con la dinamica e il meccanismo causale riferito
- ricorrenti o in diversa fase evolutiva

Particolare attenzione alle c.d. "**LESIONI SENTINELLA**", ecchimosi/ematomi spesso modesti in bambine che non si muovono autonomamente, talora osservate casualmente nel corso di una visita medica per altri motivi, spesso associate ad altre lesioni occulte più severe (fratture, lesioni viscerali) e che possono precedere nel tempo eventi da abuso più gravi, anche fatali.

Sono soprattutto le ecchimosi localizzate a volto, orecchie, nuca e, talora, cavo orale, e che non trovano una spiegazione plausibile da parte degli adulti che accompagnano il/la bambino/a.

In questi casi va sospettato un maltrattamento/abuso, avviata l'indagine psicosociale e attivata la cosiddetta "**Sorveglianza attiva**".

La "**SORVEGLIANZA ATTIVA**", che viene realizzata in caso di sospetto clinico di M/A, consiste in una serie di indagini di laboratorio e strumentali volte a ricercare eventuali **lesioni occulte**, presenti o pregresse, riconducibili a M/A.

Le **fratture ossee** vanno ricercate soprattutto in bambine < 2 anni, tramite una “**Sorveglianza scheletrica**”⁷, seguita da “**Follow up**” dopo 2 settimane (vedi Quaderno 2 - “Fratture e abuso” della presente Collana).

Nei bambini sotto i 6 mesi di età, e in quelli di età successive nei quali si rilevino segni/sintomi neurologici o quando le contusioni interessino volto e/o capo, vanno ricercate eventuali **lesioni cerebrali** conseguenti a trauma cranico da abuso mediante appropriate tecniche di diagnostica per immagini del SNC (Ecografia/TC/RM)⁸ e Fundus Oculi alla ricerca di emorragie retiniche.

Nelle/nei bambine/i < 5 anni, soprattutto in presenza di ecchimosi della cute addominale sono indicati il dosaggio di transaminasi, amilasi, lipasi, integrato dall’ecografia dell’addome, alla ricerca di eventuali **lesioni viscerali**.

Raccomandazione 7

Ecchimosi/ematomi, anche modesti:

- in bambine/i che non si muovono autonomamente
- localizzati a volto, orecchie, nuca e cavo orale
- spesso rilevati casualmente
- che non trovano una ragionevole e convincente spiegazione

vengono definiti “**LESIONI SENTINELLA**”

➔ Avviare un’indagine psicosociale attivando i Servizi Sociali

➔ Realizzare una “**SORVEGLIANZA ATTIVA**” alla ricerca di lesioni occulte

Raccomandazione 8

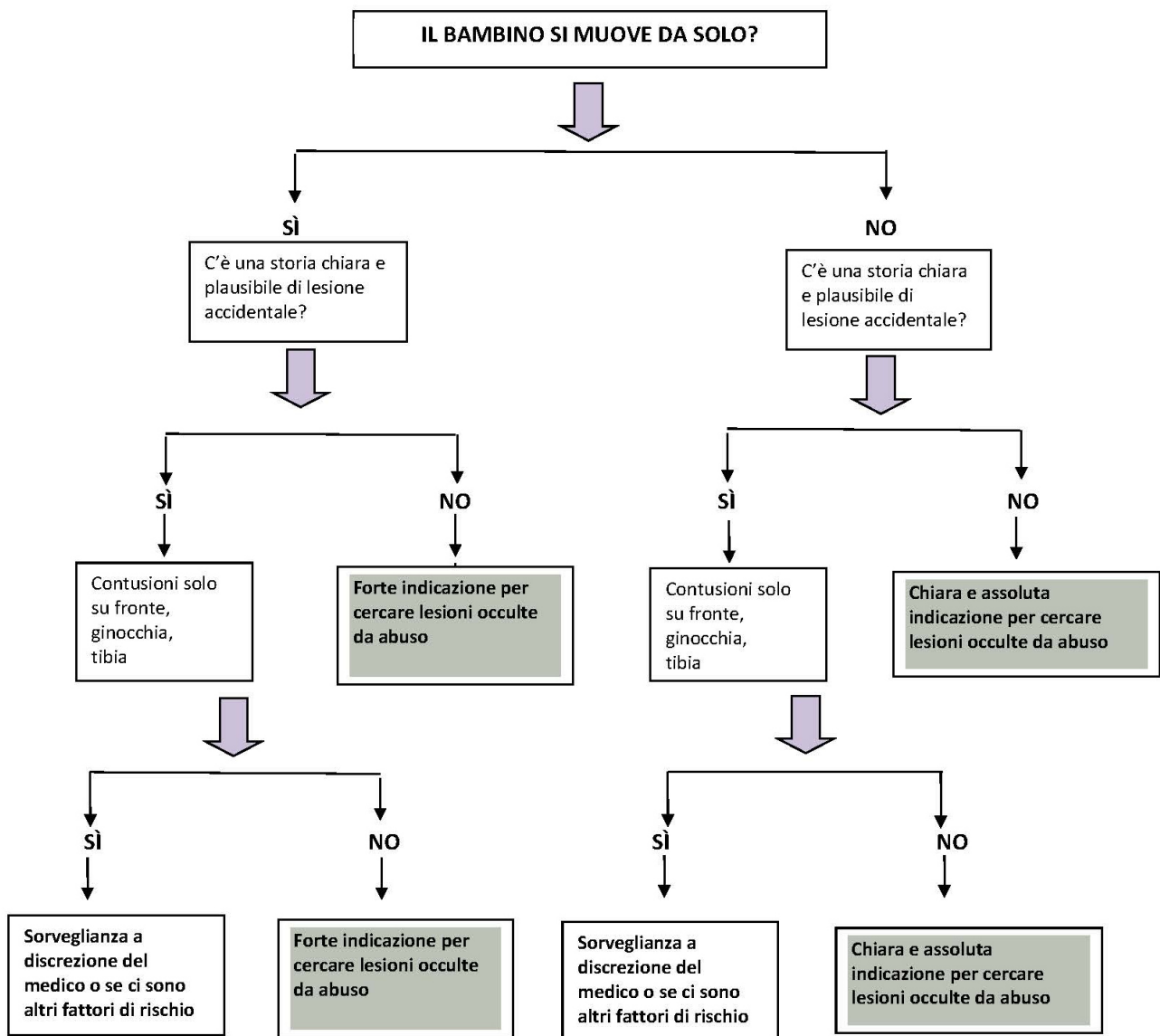
La **SORVEGLIANZA ATTIVA** alla ricerca di lesioni occulte in caso di sospetto M/A è costituita da:

- Sorveglianza scheletrica e Follow up, soprattutto in bambine/i <2 anni (Fratture)
- Diagnostica per immagini del SNC (ECO/TC/RM Encefalo) in caso di sintomi neurologici o di contusioni al volto e/o capo (Ematomi subdurali e danni neurologici)
- Fundus Oculi (Fundus \overline{OO}) in caso di sospetto Trauma Cranico da abuso (Emorragie retiniche)
- Esami di laboratorio (funzionalità epatica, amilasi, lipasi) + Eco addome in caso di contusioni all’addome, soprattutto in bambine/i < 5 anni (Lesioni viscerali)

⁷ Con la dizione “**Sorveglianza scheletrica**” (“Skeletal survey” degli Autori anglo-sassoni) si intende lo studio del/della bambino/a maltrattato/a tramite una serie di esami radiologici che valutino tutti i segmenti ossei scheletrici con l’obiettivo di evidenziare fratture occulte, di confermare fratture sospettate clinicamente, di aiutare la datazione delle lesioni e la diagnosi di patologie ossee che possano predisporre alle fratture.

⁸ Nel sospetto trauma cranico da abuso, TC e RM sono indagini complementari. La TC fornisce maggiori informazioni sulle fratture della teca cranica, mentre la RM sulle lesioni del parenchima. Nello specifico, in uno studio retrospettivo su traumi cranici da abuso Buttram et al. (2015) hanno evidenziato la maggior capacità della RM nell’identificare lesioni del parenchima (43% dei casi) rispetto alla TC (11%).

Figura 2 - Algoritmo per la gestione di ecchimosi/ematomi nei bambini piccoli (che non camminano)



da Petska HW e Sheets LK, 2014, modificata

2.1.3 Lesioni riferibili a morsi

Lesioni cutanee (ecchimosi, abrasioni o lacerazioni) con una disposizione semicircolare, ellittica o ovoidale, in genere con due punti laterali maggiormente evidenti e un'area centrale ecchimotica (contusione), orientano per una lesione da morso. L'ecchimosi centrale è causata da **due possibili meccanismi**: pressione positiva da chiusura dei denti con rottura dei piccoli vasi o pressione negativa causata dalla suzione e pressione della lingua.

La prima distinzione è differenziare un **morso da animale carnivoro**, principalmente un cane, da un morso umano. I morsi prodotti da cani e altri carnivori tendono a strappare i tessuti mentre i **morsi umani** comprimono e possono causare abrasioni, contusioni e lacerazioni, ma raramente asportazione di tessuto; inoltre i morsi animali presentano segni più ravvicinati e con spaziatura diversa.

La distanza lineare fra i punti centrali delle cuspidi superiori dei canini mascellari in un uomo adulto varia fra 2,5 e 4,0 cm, per cui una distanza intercanina superiore a 3.0 cm può essere considerata sospetta per morso umano di persona adulta, e quindi fortemente sospetta per un maltrattamento/abuso. **Caratteristiche, dimensioni, contorni e colorazione dei segni** dovrebbero essere valutati da un odontoiatra forense o da un anatomopatologo forense o da un medico legale per le procedure di pertinenza forense che si dovrebbero attuare in questi casi.

Importante la **documentazione fotografica** adeguata con etichetta di identificazione e righello incorporato nella foto, scattata in modo che l'angolo della lente sia direttamente sopra il morso e **perpendicolare** al piano del morso per eliminare distorsioni.

In aggiunta all'evidenza fotografica, per ogni segno di morso che mostri i segni dei denti, sarebbe opportuno realizzare un'**impronta in polivinilsilossano** fatta immediatamente dopo avere effettuato un **tampone** per raccogliere secrezioni con il DNA⁹. L'impronta dovrebbe fornire un modello tridimensionale dei segni del morso. Poiché ciascuno ha un **modello di dentatura caratteristico**, un odontoiatra forense o un medico legale potrebbe essere in grado di confrontare i modelli dentari dei denti dei sospetti con gli schemi o le foto del morso.

Va considerata la possibilità che la lesione da morso si accompagni ad altre lesioni da maltrattamento fisico, o anche da abuso sessuale.

Raccomandazione 9

Una lesione cutanea con disposizione ellittica/ovoidale e area centrale ecchimotica è fortemente sospetta per essere stata provocata da un morso

La distanza intercanina superiore a 3.0 cm è sospetta per morso umano di persona adulta; in questi casi effettuare:

- fotografia della lesione
- prelievo di materiale biologico per ricerca del DNA (doppio tampone)
- impronta della lesione in polivinilsilossano dopo il tampone

Consigliabile coinvolgere un odontoiatra forense o un medico legale

2.2 Ustioni

Sono **distruzioni di tessuto** causate principalmente da agenti fisici venuti in contatto con la cute e/o le mucose (calore, radiazioni, radioattività, elettricità, attrito o contatto con sostanze chimiche).

Le ustioni termiche (da calore) si verificano quando alcuni o tutti gli strati della pelle vengono distrutti da liquidi caldi (scottature), solidi caldi (da contatto) o fiamma diretta.

Nei bambini abusati ustioni sono state documentate nel 6 – 20% dei casi; di questi la maggior parte, circa il 70%, ha meno di 5 anni.

Le ustioni possono essere:

- **intenzionali:** risultato di un atto commesso dal caregiver (**maltrattamento fisico**)
- **non intenzionali: accidentali** oppure da **trascuratezza/"neglect"** per inadeguato controllo/accudimento del/della bambino/a da parte del caregiver.

2.2.1 Meccanismo delle ustioni

In tutti i gruppi (maltrattamento fisico, trascuratezza/"neglect" e accidentali) le ustioni da **liquidi bollenti** sono le più frequenti (circa 60%); nelle bambine vittime di maltrattamento e in quelle vittime di trascuratezza sono più frequenti le ustioni da acqua bollente corrente, mentre in quelle accidentali da acqua o liquidi scaldati sui fornelli o al microonde. Seguono come frequenza le **ustioni da contatto** (circa 20%-30%), causate senza differenze significative tra i gruppi, da ferro da stiro, stufe o termosifoni.

Altre cause sono il **contatto diretto con la fiamma**, significativamente più frequente nei casi di trascuratezza, da **sostanze chimiche** significativamente più frequente nelle forme accidentali, o da altre cause come l'**elettricità**.

⁹ La raccolta del DNA sulla cute va fatta con la tecnica del doppio tampone, anche se la saliva contenente le cellule si è asciugata. Si deterge l'area con un tampone sterile di cotone bagnato con acqua distillata, che viene poi asciugato e posto in provetta sterile; un secondo tampone sterile asciutto deterge la stessa area, anche questo viene asciugato e riposto anch'esso in un'altra provetta sterile; infine, un terzo tampone sterile di controllo deterge un'area della cute del minore diversa dalla precedente, non interessata, e viene riposto in una terza provetta sterile. L'evoluzione dovrebbe essere documentata con osservazioni scritte e fotografie della lesione ripetute ogni giorno per almeno tre giorni.

Caratteristiche sospette per abuso: i parametri da considerare

a) Età del bambino

Nei/nelle bambini/e abusati le ustioni sono state documentate nel 6-20% dei casi; di questi la maggior parte, circa il 70%, ha meno di 5 anni.

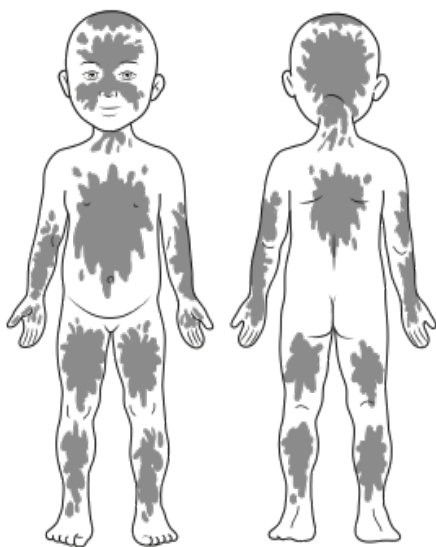
b) Sede

Le ustioni accidentali, raramente simmetriche, interessano soprattutto la parte anteriore del corpo, testa, braccia e tronco, e infine gli arti inferiori. Le ustioni da maltrattamento fisico, spesso simmetriche, interessano prevalentemente mani, piedi e cosce (anteriormente e posteriormente) seguite da glutei e perineo, tronco (soprattutto posteriormente) e capo. Le ustioni da trascuratezza coinvolgono più frequentemente cosce, mani e tronco (vedi Figura 3).

Figura 3. Sedi prevalenti di ustioni:

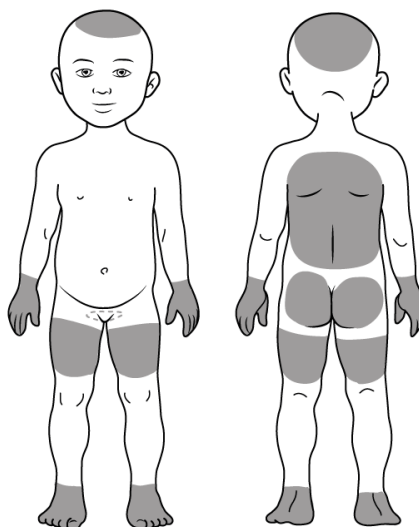
a) da causa accidentale

Ustioni accidentali



b) da maltrattamento / abuso

Ustioni da maltrattamento fisico



Si ringrazia Monica Chili, Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna, per la realizzazione di queste immagini.

c) Forma

Le ustioni da causa accidentale sono di dimensioni inferiori a quelle da maltrattamento fisico e da trascuratezza e sono più spesso singole e superficiali; quelle da maltrattamento fisico e da trascuratezza sono più profonde, estese, e più di frequente sono multiple.

Le ustioni accidentali da liquidi bollenti sono generalmente a spruzzo: più estese nel primo punto di contatto del liquido con il corpo e con estensione e profondità decrescenti lungo il corpo. Quelle da maltrattamento fisico sono invece tipicamente da immersione, a margini netti, ugualmente profonde e bilaterali, "a calza" o "a guanto" o anche "a zebra" cioè a strisce, quando braccia o gambe del/della bambino/a vengono immerse a forza nell'acqua calda in posizione flessa, per cui il cavo cubitale (interno del gomito) e il cavo popliteo vengono risparmiati dal contatto con l'acqua bollente.

Le ustioni da contatto intenzionali hanno un aspetto che riproduce più fedelmente quello dell'oggetto ustionante rispetto a quelle da trascuratezza e accidentali, e sono più profonde, come ad esempio le ustioni da ferro da stiro e quelle da sigaretta, spesso multiple, circolari, con un diametro di 7-8 mm, a bordi ben definiti.

2.2.2 Presenza di altre lesioni

Possono coesistere altre lesioni: fratture, ematomi o altre lesioni cutanee come lacerazioni e morsi, praticamente assenti nelle ustioni accidentali.

2.2.3 Complicanze

Più frequenti nelle ustioni da maltrattamento fisico e nelle ustioni da trascuratezza rispetto a quelle accidentali, sono rappresentate da **infezioni localizzate e sepsi**, e sono legate al ritardo di accesso alle cure e alle caratteristiche di maggiore estensione e profondità.

2.2.4 Diagnosi Differenziale

Le ustioni vanno distinte da altri quadri clinici che possono manifestarsi con lesioni simili: infezioni da Stafilococco Aureo produttore di una particolare tossina epidermiolitica denominata “esfoliativa stafilococcica” (“*Staphylococcal Scalded Skin Syndrome*”/ SSSS) o Streptococco (Impetigine bollosa), fitofotodermatite, ustioni dei glutei da uso di lassativi a base di senna (Tabella II).

Tabella II - Diagnosi Differenziale

Diagnosi Differenziale		Maltrattamento Fisico	Neglect	Ustioni accidentali
Anamnesi	Storia inconsistente	+++	++	--
	Ritardo di accesso alle cure	+++	++/+++	--
	Precedenti segnalazioni	++	++	--
	Provvedimenti di protezione	++	++	-
Età < 5 anni		++	++	+
Numero		++	++	+
Sede		mani, piedi e cosce, glutei, perineo, tronco (soprattutto posteriore) e capo	cosce, mani, tronco	volto, capo, collo, superficie palmare delle mani, braccia, parte alta del torace, arti inferiori
Dimensioni		più estese e profonde	più estese e profonde	meno estese, singole, superficiali
Forma	A spruzzo e a colata (da liquido bollente)			+++
	A margini netti, ugualmente profonde e bilaterali (da immersione)	+++		
	Con la forma dell’oggetto (ferro da stiro, stufe, termo), profonde (da contatto)	+++		
	Multiple, circolari, diametro 7-8 mm, margine ben definito, spesso multiple (da sigaretta)	+++		

Raccomandazione 10

Sospette per M/A sono le ustioni:

- localizzate a mani, piedi e cosce, glutei e perineo, tronco posteriore e capo
- bilaterali, a margini netti
- che hanno forme suggestive:
 1. di un oggetto, es. ferro da stiro (da impatto)
 2. a “guanto”, a “calza” o a “zebra”, senza lesioni limitrofe da schizzo (da immersione)
 3. circolari, uniformi, con diametro di 7-8 mm, contorni ben definiti, spesso multiple (da sigaretta)

Frequentemente sono associate ad altre lesioni (ecchimosi ecc.) che vanno ricercate

A fronte di ustioni da sospetto M/A, particolarmente in un/a bambino/a piccolo/a, va attivata la “**Sorveglianza attiva**”, cioè l’approfondimento diagnostico per individuare eventuali lesioni occulte, presenti o pregresse (vedi Raccomandazione 10), e un’accurata indagine psicosociale.

Capitolo 3

Lesioni mucose dell'orofaringe

Rispetto al volto ed al collo, il cavo orale è meno frequentemente interessato da lesioni evidenti, sebbene sia considerato da alcuni autori un obiettivo privilegiato nel maltrattamento fisico per l'importanza che riveste nella comunicazione e nella nutrizione.

Lesioni del cavo orale in minori vittime di M/A sono presenti all'incirca nel 4% dei casi: intorno alla metà sono sotto l'anno di vita, e poco meno del 40% nella fascia 1-3 anni.

Le lesioni più frequenti sono a carico delle labbra e dei frenuli vestibolari e linguale, conseguenza di abuso fisico, sessuale e grave trascuratezza. Sono state segnalate lesioni anche ai pilastri e alle tonsille, fino al caso, molto raro, rappresentato dal morso della lingua.

Possono essere provocate dalle mani, dalle dita, da liquidi bollenti, da sostanze caustiche, ma anche da torsione, da colpo diretto, da bavagli applicati sulla bocca, oppure essere conseguenza di somministrazione forzata di alimenti con cucchiaino, forchetta o biberon.

Lesioni orali multiple risalenti ad epoche diverse sono presenti in circa il 10% dei casi in cui sono state rilevate successivamente lesioni gravi da abuso; per questo le lesioni orali vanno considerate "Lesioni sentinella", in particolare quando associate ad altre lesioni specifiche (es. lesioni da afferramento, unghiate, morsi, ustioni da sigaretta).

La lesione/lacerazione del frenulo labiale è stata interpretata in passato come patognomonica di abuso e ritenuta la lesione più frequente fra quelle dell'orofaringe. Recenti revisioni della letteratura hanno evidenziato che la sola presenza di questa lesione non è di per sé diagnostica di abuso fisico se non sono presenti altre lesioni o risultanze specifiche di tipo sociale.

In ogni caso il riscontro di una pregressa lacerazione di un frenulo, se non viene riferito un trauma nell'anamnesi, può essere considerato molto sospetto in quanto una lesione del frenulo provoca un sanguinamento profuso per cui difficilmente può passare inosservato ed essere dimenticato il trauma che l'ha provocato.

Il cavo orale deve essere sempre esaminato accuratamente alla ricerca di segni di sanguinamento, di lesioni in fase di guarigione a carico dei frenuli vestibolari (labiale superiore e inferiore) e linguale, di fratture dentali, di variazioni di colore dei denti dovute a necrosi della polpa.

Va data particolare attenzione, come sempre, alla dinamica del trauma che viene riferito. Ad esempio, l'impatto con un corpo contundente grande ed elastico come un pallone determina, più probabilmente, lussazioni dentarie e non fratture; al contrario, un oggetto contundente piccolo e rigido come una mazza da golf, essendo minore l'area di applicazione della forza, determina, più probabilmente, fratture delle corone dentali e non lussazioni.

Pregresse manovre di intubazione sono state invocate come causa di lesioni del cavo orale. In realtà alcuni studi hanno evidenziato che lesioni post-intubazione, osservate entro 24 h dall'intubazione in bambini sotto i tre anni, sono rare, inferiori al 10% dei casi intubati, e sono rappresentate prevalentemente da fratture dentali.

Si devono ricercare eventuali lesioni, anche occulte, da traumi pregressi a carico delle **regioni più prossime alla cavità orale**: emorragie retiniche e congiuntivali, rottura del globo oculare, dislocazione del cristallino, distacco di retina, atrofia ottica, ptosi palpebrale, ematoma periorbitario, contusione e frattura del setto nasale, lesioni della membrana timpanica ed ematomi auricolari.

La valutazione da parte di un odontostomatologo esperto è fortemente raccomandata in tutti i casi dubbi.

Raccomandazione 11

In caso di sospetto maltrattamento/abuso (fisico, sessuale, trascuratezza) controllare sempre il volto e la cavità orofaringea

Lesioni dell'orofaringe, particolarmente di labbra o frenuli labiali/linguale, sono sospette per M/A, anche se non patognomoniche, e vanno considerate come "LESIONI SENTINELLA"

- ➔ Avviare un'indagine psicosociale attivando i Servizi Sociali competenti
- ➔ Attivare una consulenza odontostomatologica
- ➔ Realizzare una "SORVEGLIANZA ATTIVA" (vedi Raccomandazione 8) alla ricerca di eventuali lesioni occulte

3.1 Lesioni dell'orofaringe da abuso sessuale

La cavità orale è coinvolta frequentemente nell'abuso sessuale, ma lesioni visibili e infezioni trasmesse sessualmente sono rare. In particolare, la presenza di petecchie al palato, al confine fra palato duro e molle, possono essere causate da sesso orale forzato.

In caso di sospetto contatto oro-genitale è consigliabile coinvolgere il medico legale, seguire le raccomandazioni dello specifico Gruppo di lavoro nazionale pubblicate a cura del Ministero della Salute (Giolito et al, 2010), e procedere come indicato nello specifico Quaderno 1 della Regione Emilia-Romagna (D'Andrea et al, 2014).

Un'infezione sessualmente trasmessa in area orale o periorale in un/a bambino/a prepubere, se diagnosticata con certezza, è fonte di forte sospetto; a livello faringeo è frequentemente asintomatica.

Le modalità di trasmissione, incerte e oggetto di discussione, sono:

- sessualmente, tramite contatto orogenitale
- verticalmente, madre-bambino, durante il passaggio nel canale del parto
- orizzontalmente, via contatto non sessuale dalla mano di un/a bambino/a o di un adulto alla bocca o ai genitali.

3.2 Incuria della salute orale del bambino

È definita dall'AAPD/American Academy of Pediatric Dentistry come la "persistente omissione da parte dei genitori o di chi accudisce il minorenne, di perseguire compiutamente i comportamenti e i trattamenti necessari ad assicurare un grado di salute orale sufficiente per prevenire dolori e infezioni".

Le carie dentali degli elementi decidui, se non trattate tempestivamente e in modo corretto, sono causa di dolore ed infezioni (ascessi e fistole). La perdita prematura dei denti decidui è responsabile di conseguenze di tipo funzionale (masticazione, deglutizione, fonazione, comunicazione), psicologico e ortodontico (perdita di spazio in arcata, alterata eruzione degli elementi permanenti corrispondenti) e può compromettere la normale crescita e sviluppo del/della bambino/a. Da segnalare i quadri di carie precoce della dentatura decidua che si manifestano prima dei 3 anni, conseguenti alle errate abitudini alimentari nella prima infanzia (uso di tettarelle intinte in zucchero o miele, addormentamento con biberon contenenti tisane, camomilla o latte zuccherati).

Sono da differenziare le situazioni in cui i genitori, pur avendo adeguate conoscenze, hanno un ostinato rifiuto delle norme e delle cure, da quelle in cui la trascuratezza è conseguente ad isolamento familiare, povertà, ignoranza o mancanza di percezione dell'importanza della salute orale.

3.3 Mutilazioni orali del bambino (Ebinjo, Infant Oral Mutilation/IOM)

In alcune regioni africane sono diffuse **pratiche tribali**, quali la rimozione di denti decidui (Ebinjo) e l'uvulectomia. L'avulsione di denti decidui non ancora erotti e, talora, l'ablazione dell'ugola è praticata in aree rurali dell'Africa orientale, Centrale (Uganda, Kenia, area Masai) e Sudan. Queste pratiche sono attuate da guaritori o anziani del villaggio con strumenti non sterili prima dei due anni di età. Sono diffuse in maniera variabile nelle diverse zone; la prevalenza riportata per l'Uganda è del 22-90%.

Lesioni cutanee, mucose e degli annessi cutanei da maltrattamento/abuso su persone di minore età

Queste pratiche sono motivate dalla credenza che siano utili per prevenire febbre, tosse, vomito, diarrea, peraltro comuni nel periodo dell'eruzione dei denti decidui in relazione alle condizioni di relativo deficit immunitario del/della bambino/a.

Le frequenti complicanze sono infezioni orali, emorragie, trasmissione di infezione da HIV, sepsi, fino al decesso.

Queste pratiche sono sempre più rare, ma possono persistere come retaggio culturale.

Raccomandazione 12

Nei/nelle minorenni provenienti dall'Africa (Etiopia, Uganda, Kenia, area Masai e Sudan) considerare la possibilità di lesioni della cavità orale a seguito di pratiche tribali

Capitolo 4

Lesioni degli annessi cutanei

L'**alopecia** può essere un altro indicatore di M/A. Ha una origine traumatica provocata dallo strappo intenzionale dei capelli come punizione o dall'afferramento e trascinarsi del/della bambino/a. Spesso è localizzata in corrispondenza del vertice ed è evidenziabile come area irregolare di perdita di capelli. Il tessuto sottostante può apparire normale ma, più frequentemente, lo strappo violento produce **petecchie**, **edema** del cuoio capelluto e un ematoma acuto dolente alla palpazione, con contorni irregolari di perdita locale di capelli (**ematoma subgaleale**).

La Diagnosi Differenziale va posta con la tinea del capo, l'alopecia da trazione involontaria (strappo), la tricotillomania, la sindrome di "defluvium in anagen" e l'alopecia areata.

La ftiriasi delle ciglia e delle sopracciglia è un'infestazione da *Phthirus pubis* (volgarmente chiamata "piattola") che nell'adulto interessa le zone del corpo ricoperte da peluria, più spesso la zona genitale. Lo *Phthirus pubis* va differenziato dal *Pediculus humanus capitis*, che si localizza al capillizio, responsabile della pediculosi del capo (nuca e regioni temporali) e dal *Pediculus humanus corporis* (indumenti e biancheria), che dà lesioni da morsicatura all'addome, alle spalle, alle cosce. Poiché, fra i tre parassiti, a colonizzare sopracciglia e ciglia è di solito lo *Phthirus pubis* e solo molto raramente il pidocchio del capo, il rilevamento di ftiriasi/pediculosi di ciglia e sopracciglia in un/a bambino/a orienta verso la trasmissione da contatto molto stretto con adulti con uso promiscuo dello stesso letto o anche da abuso sessuale. In questi casi va effettuato un E.O. completo, testa/piedi, compresa l'area genitale, e un approfondimento psicosociale.

Va differenziato da blefarite, congiuntiviti batteriche/virali; in genere l'uso di lente di ingrandimento permette di vedere le lendini del parassita adese a ciglia e sopracciglia.

Raccomandazione 13

Un'alopecia in un/a bambino/a, soprattutto localizzata al vertice, sovrastante una cute con petecchie, edema o ematoma, dolorosa alla palpazione, orienta verso un maltrattamento

Il riscontro di ftiriasi delle ciglia e sopracciglia in un/a bambino/a richiede un approfondimento psicosociale dell'ambiente familiare e di vita

APPENDICE per la Diagnosi Differenziale

BOX 1.1

Segni/lesioni che possono simulare/essere confusi con ECCHIMOSI/EMATOMI

- **macchie mongoliche o nevi color grigio ardesia:** più frequenti in bambini africani, ispanici o asiatici, nella maggior parte dei casi scompaiono entro l'anno, ma possono persistere fino all'età adulta. Colore e sede caratteristici (glutei e parte bassa del dorso, talora estese a tutto il dorso e alle estremità), assenza di segni infiammatori e di dolorabilità
- **strie:** aree lineari di atrofia cutanea, a volte riscontrate negli adolescenti o in seguito a rapide variazioni ponderali
- **emangioma o angioma:** proliferazione dell'endotelio dei vasi sanguigni, assenti segni infiammatori e dolorabilità
- **nevi di Ito:** più frequenti negli asiatici, indiani e neri. Aree iperpigmentate con variazioni cromatiche dal blu al grigio, compaiono nell'infanzia o nell'adolescenza e restano stabili
- **incontinentia pigmenti:** rara displasia ectodermica multisistemica dominante legata all'X, letale nei maschi. Esordisce in epoca neonatale nelle femmine con rash bolloso lungo le linee di Blaschko, normalmente invisibili in condizioni normali, ed evolve con placche verrucose ed infine con iperpigmentazioni lineari o a spirale lungo le stesse linee. Si possono associare anomalie dei denti, alopecia, distrofia ungueale; può interessare la retina e il sistema nervoso centrale
- **mastocitosi/orticaria pigmentosa:** macule di colore rosso-bruno o camoscio, rotondeggianti od ovali, che compaiono nell'infanzia e di solito scompaiono prima della pubertà. Positivo il segno di Darier: dopo sfregamento le macule si infiammano e aumentano di volume, scatenanti sono stimoli fisici (caldo, freddo, sfregamenti), stress emozionale, farmaci, infezioni. La terapia consiste nell'evitare i possibili fattori sopraelencati e nell'uso di antistaminici
- **colorazione della cute** con tinture o inchiostro
- **eritema pernio (geloni):** nelle aree esposte, talora ulcerato
- **patologie autoimmuni:** dermatomiosite (eruzioni eritematose e papule di Gottron da esposizione al sole)

BOX 1.2

Segni/lesioni che possono simulare/essere confusi con USTIONI

- **fitofotodermatiti:** lesioni cutanee che compaiono quando la luce del sole interagisce con composti chimici fitosensibilizzanti (bergamotto, psoralene) contenuti in alcuni frutti, vegetali o profumi. Sono caratterizzate da eritema e bolle che possono evolvere in aree iperpigmentate, spesso con pattern corrispondente all'area di contatto: striature da sgocciolamento di succo, impronta di mano di adulti che avevano maneggiato le sostanze sensibilizzanti e successivamente il/la bambino/a, o attorno a mani e bocca dopo che il/la bambino/a ha maneggiato o ingerito i composti. Compare ore o giorni dopo l'esposizione, e ciò può rendere più difficile la correlazione della lesione con il contatto. Piante che possono causare fitodermatite sono: lime, limoni, sedano, arance, prezzemolo, pastinaca, artemisia, verga d'oro, crisantemo, ambrosia, xantium, tabacco, fico, aglio, peperoncino, bulbi di giacinto e di giunchiglie
- **infezioni cutanee da stafilococco o streptococco:** impetigine, follicoliti, foruncoli, erisipela, ectima, Staphilococcoal Scalded Skin Syndrome/SSSS
- **ustione dei glutei** da diarrea per uso di lassativi a base di senna

BOX 1.3

Ecchimosi/Ematomi/Ustioni provocate da credenze e pratiche culturali, popolari, religiose

- **chinese pinching therapy**: contusioni multiple, diametro 4 -10/12 mm, provocate pinzando tra pollice e indice la cute del/della bambino/a su collo e torace, anteriormente o posteriormente, per bloccare il vomito
- **cupping**: usata in Medio Oriente, Asia, America latina ed Est Europa nella credenza che elimini il male, consiste nell'applicazione di tazze o piccoli bicchieri riscaldati sulla cute del dorso con conseguente arrossamento cutaneo circolare mentre il raffreddamento dell'aria interna riscaldata provoca decompressione. L'aria calda e il bordo dei recipienti provocano ustioni superficiali mentre la suzione da parte dell'aria calda che si contrae durante il raffreddamento produce ecchimosi centrali o petecchie
- **coining - coin rubbing - cao gio o gua-sha**: in uso nel Sud Est asiatico per curare febbre, cefalea e brividi. Nella lingua Vietnamita è chiamato "cao gio" o "scratch the wind/sfrega il vento" nella credenza che cacci via dal corpo i venti cattivi che causano le malattie. Il frizionamento del tronco con monete o cucchiari bagnati di olio, acqua o vino aromatizzati può causare contusioni lineari o petecchie chiamate "sha" nella medicina cinese. Talora severe ustioni quando l'olio sulla cute prende fuoco
- **spooning o quat sha**: usato in Cina per liberare il corpo dagli spiriti maligni che provocano malattie, è simile al coining: la cute umida viene arrossata con una tazza di porcellana producendo ecchimosi
- **moxibustion**: in uso nel Sud Est asiatico, consiste nell'incenerimento di un'erba (artemisia vulgaris o comune) o di fili sulla cute, provocando piccole ustioni circolari separate che possono assomigliare a ustioni da sigaretta

BOX 1.4

CONDIZIONI PATOLOGICHE/CLINICHE che possono presentare, all'esordio o durante il decorso, ecchimosi/ematomi

- **patologie sistemiche da infezione**: sepsi
- **coagulazione intravascolare disseminata**: infezioni prevalentemente da gram negativi; leucemia acuta promielocitica
- **neoplasie**: leucemia, neuroblastoma (tipiche le ecchimosi bilaterali periorbitarie dei tessuti molli/occhi di procione o del panda, conseguenti a localizzazione metastatica nelle regioni retrooculari anche in assenza di alterazioni laboratoristiche di rilievo, che possono essere facilmente scambiate con le ecchimosi periorbitarie conseguenti a frattura della base del cranio)
- **patologie del tessuto connettivo congenite**: sindrome di Ehlers-Danlos, osteogenesis imperfecta
- **vasculiti**: **porpora di Schönlein – Henoch**, palpabile, localizzata prevalentemente nelle zone di maggiore pressione (arti inferiori, natiche e più raramente volto, tronco ed estremità superiori) con andamento a poussées di durata variabile da pochi giorni ad un mese, associata ad interessamento articolare, intestinale e renale; **edema emorragico acuto del lattante/porpora di Seidlmayer o di Finkelstein/porpora a coccarda**, in bambini tra 4 e 24 mesi di età, più frequentemente maschi, talora preceduta da infezioni respiratorie o cutanee, gastroenteriche, vaccinazioni o terapie farmacologiche, è caratterizzato dalla triade: lesioni purpurico-ecchimotiche (a configurazione circolare, anulare o a bersaglio/coccarda, talora con bordi rilevati), edema (arti, orecchie, volto, scroto) e febbre (generalmente elevata, in contrasto con lo stato di benessere del/della bambino/a). Decorso benigno, autolimitantesi in 1-3 settimane senza recidive e senza complicanze; **eritema multiforme o polimorfo**, vasculite con lesioni fisse, di cui sono note tre forme: minore con lesioni a bersaglio, maggiore o s. di Stevens-Johnson, a placche con necrosi epidermica tossica; **eritema nodoso**: si presenta con noduli più o meno eritematosi che possono evolvere verso quadri simili ad ecchimosi, più frequentemente agli arti inferiori
- **orticaria emorragica**: variante della classica orticaria istamino-dipendente, soprattutto nei bambini più piccoli: quadro emorragico caratterizzato da lesioni pomfoidi anulari policicliche con ecchimosi centrale; spesso secondaria ad infezione

BOX 1.5**Lesioni conseguenti a traumi autoinflitti per PATOLOGIE GENETICHE (s. di Cornelia de Lange, s. di Lesch-Nyhan)**

Disautonomia familiare, disturbi mentali (autismo), ritardo di sviluppo mentale, problemi comportamentali o disturbi di personalità

BOX 1.6**Deficit dei meccanismi della coagulazione****CONGENITI**

- Emofilia A (deficit di fattore VIII)
- Emofilia B (deficit di fattore IX)
- Malattia di von Willebrand
- Disfibrinogemia, Afibrinogemia, Deficit fattore I,II,V,VII,X,XI,XII,XIII
- Deficit combinato di più fattori

ACQUISITI

- Epatopatie
- Nefropatie
- Deficit Vitamina K
- Deficit Vitamina C (scorbuto)
- Ingestione di salicilati
- Coagulopatie Autoimmuni (trombocitemia autoimmune, PTI)
- Coagulazione Intravascolare Disseminata (CID)

Esami di primo livello per escludere un deficit coagulativo, congenito o acquisito:

- Conta piastrine
- Tempo di protrombina (PT)
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Fibrinogeno
- Fattori di degradazione della fibrina (FDP/D-Dimero)

In caso di indici alterati va consultato l'ematologo

Bibliografia

Capitolo 1 Accoglienza del bambino con lesioni traumatiche

1. Cheli M *et al.* (2012) Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di intervento per i Servizi Sociali e Sanitari. Cap.7 – La segnalazione qualificata. Maggioli Editore.
2. Modello segnalazione all'Autorità Giudiziaria: lettera di trasmissione e note operative per la compilazione. Allegato 2 alle Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso – Regione Emilia-Romagna. DGR n.1677/2013 (2014) in <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462>
3. Panza C *et al.* (a cura di) (2020) Maltrattamento all'infanzia. Manuale per gli operatori dell'area pediatrica. Il Pensiero Scientifico Editore
4. Quaderno 1: D'Andrea MS *et al.* (2014) Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale. Collana "I Quaderni del professionista" – Regione Emilia-Romagna in <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462>
5. Quaderno 2: Baronciani D. *et al.* (2014) Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico. Collana "I Quaderni del professionista" – Regione Emilia-Romagna in <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462>

Capitolo 2 Lesioni cutanee

1. Anderst JD *et al.*, and the Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect. (2013) Clinical report. Evaluation for bleeding disorders in suspected child Abuse. *Pediatrics* 131:e1314.
2. Boos SC, Endom EE. (2016) Physical abuse in children: Epidemiology and clinical manifestations - Official reprint from UpToDate in <https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-suspected-child-physical-abuse>
3. Boulger C *et al.* (2013) Pediatric Burns: Current Standard for Assessment and Management. *TraumaReports Practical, Evidence-based Reviews in trauma care*. July 1, in <https://www.ahcmedia.com/articles/63382-pediatricburns-current-standard-for-assessment-and-management>
4. Buttram SDW *et al.* (2015) Computed tomography vs magnetic resonance imaging for identifying acute lesions in pediatric traumatic brain injury. *Hosp Pediatr* 5:79–84.
5. Christian CW, Committee on child abuse and neglect (2015) The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics* May 135 (5): e1337-e1354. in <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356>
6. Collier ZJ *et al.* (2017) Negligent and inflicted burns in children. *Clin Plast Surg* 44(3):467-477. PubMedID: 28576235.
7. Collier ZJ and Burn and Complex Wound Center (2017) A 6 year case-control study of the presentation and clinical sequelae for non inflicted, negligent, and inflicted pediatric. *J Burn Care Res* 38, Jan/Feb 38(1): e101–e124 in <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000408>.
8. Fiore E *et al.* (2008) Acute hemorrhagic edema of young children (cockade purpura and edema): A case series and systematic review. *J Am Acad Dermatol* 59:684-95.
9. Gilbert R *et al.* (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*; 373:68-81.
10. Grassi M *et al.* (2013) Un pestone all'occhio ma..senza un trauma. *Medico e Bambino, Atlante dermatologico pediatrico*, 463.
11. Harris TL, Flaherty EG. (2011) Bruises and skin lesions. In: Jenny C, ed. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence*. St Louis: Elsevier-Saunders, 239-51.
12. Hornor G (2012) Medical evaluation for child physical abuse: what the PNP needs to know *journal of pediatric health care*. 26,3.
13. Labbe J (2003) Determining whether a skin injury could be physical abuse. *Contemporary Pediatrics® Archive* December 1, 2003. in <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.467.892&rep=rep1&type=pdf>

14. Maguire S *et al.* (2007) Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child*;92:1113-17.
15. Maguire S *et al.* (2008) A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 34(8):1072-81. doi: 10.1016/j.burns.2008.02.0 in <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18538478/>
16. Maguire S (2010) Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2010;95(6):170-7. doi: 10.1136/adc.2009.170431 in <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20926622/>
17. Maguire S, Mann M (2013) Systematic reviews of bruising in relation to child abuse – what have we learnt: an overview of reviews updates. *Evid Based Child Health* Mar 7;8(2): 255–263 DOI:10.1002/ebch.1909
18. Maguire S *et al.* (2014) Burns as a consequence of child maltreatment. *Paediatrics and Child Health*. 24,12,557 DOI:[10.1016/j.paed.2014.07.014](https://doi.org/10.1016/j.paed.2014.07.014)
19. Marrapodi L *et al.* (2010) Edema emorragico acuto di Seidlmayer. XXII Congresso SIPPS, Taormina, in <http://www.sipps.it/pdf/taormina2010/marrapodi.pdf>
20. Pau-Charles I *et al.* (2012) Skin signs in child abuse. *Actas Dermosifiliogr*. 103(2): 94-99.
21. Pawlik MC *et al.* (2016) Children with burns referred for child abuse evaluation: Burn characteristics and co-existent injuries. *Child Abuse Negl*.55:52–61.
22. Peck M, Priolo-Kapel D (2002) Child abuse by burning: a review of the literature and an algorithm for medical investigations. *J Trauma*. 53(5), 1013-1022 doi: 10.1097/00005373-200211000-00036 in <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12435962/>
23. Petska HW, Sheets LK (2014) Sentinel Injuries – Subtle Findings of Physical Abuse. *Pediatr Clin N Am* 61, 923–935.
24. Pierce MC *et al.* (2010) Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*. 125(1):67–74.
25. Pierce MC *et al.* (2021) Validation of a clinical decision rule to predict abuse in young children based on bruising characteristics. *JAMA Network Open*. 4(4):e215832. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2021.5832](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5832)
26. Rayner R, Prentice J (2011) Paediatric burns: A brief global review. *Wound Practice and Research* 19,1.
27. Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) (2020) Child Protection Evidence Systematic review on Bruising . March in https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2021-02/Child%20Protection%20Evidence-%20Chapter%20Bruising_Update_final.pdf
28. Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) (2017) Child Protection Evidence Systematic review on Burns. July in https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2019-09/child_protection_evidence_-_burns.pdf
29. Scorer M (2010) Skin signs of non-accidental injury. *DermNet NZ* (elective, Auckland, New Zealand).
30. Sheets LK, Leach ME, *et al.* (2013) Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 131(4):70-7. in <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2780>
31. Tagliabue A *et al.* (2009) Edema acuto emorragico della prima infanzia (Porpora di Seidlmayer). *Medico e Bambino* pagine elettroniche 12(6) in https://www.medicoebambino.com/?id=CL0906_40.html
32. Tsokos M. (2015) Diagnostic criteria for cutaneous injuries in child abuse: classification, findings, and interpretation. *Forensic Sci Med Pathol* 11:235–242 DOI 10.1007/s12024-015-9671-y
33. Trop M *et al.* (2015) The past 25 years of pediatric burn treatment in Graz and important lessons been learned. An overview. *Burns* 41,714-720.
34. Ward MGK *et al.*, and Canadian Paediatric Society (2013) The medical assessment of bruising in suspected child maltreatment cases: A clinical perspective *Paediatr Child Health* 18 (8):433-7 Posted: Oct 3 2013 Updated: Mar 24 2016 Reaffirmed: Jan 30 2017 *J Clin Aesthet Dermatol*. 2011 Nov; 4(11): 44–46. PMID: PMC3225135

Capitolo 3 Lesioni mucose dell'orofaringe

1. American Academy of Pediatric Dentistry (2003) Definition of dental neglect. *Pediatr Dent* 25(suppl):7.
2. Chan L, Hodes D (2004) When is an abnormal frenulum a sign of child abuse? *Arch Dis Child.* 89(3):277.
3. Chauhan N *et al.* (2006) Two patterns of impalement injury to the oral cavity: report of four cases and review of literature. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 70, no. 8, pp. 1479–1483.
4. Costacurta M *et al.* (2015) Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral& Implantology*, VIII - 2-3/.Ministero della salute – Segretariato generale, Ufficio 2 Linee Guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva. Febbraio 2018.
5. Dewhurst SN, Mason C (2001) Traditional tooth bud gouging in a Ugandan family: a report involving three sisters. *Int J Paediatr Dent.* 11(4):292-7.
6. Dorfman MV *et al.* (2018) Oral injuries and occult harm in children evaluated for abuse. *Arch Dis Child.*;103(8):747-752. doi: 10.1136/archdischild-2017-313400. Epub 2017 Nov 4.
7. Edwards PC *et al.* (2008) Extirpation of the primary canine tooth follicles: a form of infant oral mutilation. *J Am Dent Assoc.*;139(4):442-50.
8. Fisher-Owens SA *et al.* (2017) American Academy of Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatrics, Section on oral health and Committee on child abuse and neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 39, 4.
9. Gassner R *et al.* (2004) Craniomaxillofacial trauma in children: a review of 3,385 cases with 6,060 injuries in 10 years. *J Oral Maxillofac Surg.* 62 (4): 399-407.
10. Giolito MR (2010) L'abuso sessuale nei bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni valutazione appropriata. Il Pensiero Scientifico Editore, a cura del Ministero della Salute, in http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1522
11. Harris JC (2018) The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Arch Dis Child.* Aug;103(8):722-729. in <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-313173>
12. Johnston NL, Riordan PJ (2005) Tooth follicle extirpation and uvulectomy. *Aust Dent J.* 50(4):267-72.
13. Lee LY *et al.* (2002) Human biting of children and oral manifestations of abuse: a case report and literature review. [*ASDC J Dent Child.* 69(1):92-5, 14].
14. Lopez MR *et al.* (2014) Oral, jaw, and neck injury in infants and children: From abusive trauma or intubation? *Pediatric Emergency Care*, 30, 305–310. doi:10.1097/PEC.000000000000124.
15. Maguire S *et al.* (2007) Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of Disease in Childhood*, vol. 92, pp. 1113–1117.
16. Ministero della salute (2018) Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva. Febbraio in https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3383
17. Ministero della salute (2013) Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Aggiornamento Novembre in https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2073
18. Mutai J *et al.* (2010) Socio-cultural practices of deciduous canine tooth bud removal among Maasai children. *Int Dent J.*60(2):94-8.
19. Naidoo S (2000) A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a Children's Hospital. *Child Abuse & Neglect* 24(4):521-34.
20. Printz JN, Baker A, Carr M (2017) Identifying Potential Child Abuse through Oral Examination. *Case Reports in Pediatrics*. Article ID 6943954 in <https://doi.org/10.1155/2017/6943954>
21. Quaderno 1: D'Andrea MS *et al.*. (2014) Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale. Collana "I Quaderni del professionista – Regione Emilia-Romagna in <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1462>
22. Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) (2017) Child Protection Evidence. Systematic review on Oral Injuries. Last updated: June 2014. in <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-oral-injuries>

23. Sanger RG, Bross DC, eds. (1984) *Clinical Management of Child Abuse and Neglect: A Guide for the Dental Professional*. Chicago, Ill: Quintessence Publishing Co, Inc.
24. Sarkar R, Ozanne-Smith J, Basset R (2019) Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in Physically Abused Children and Adolescents. *Trauma, Violence & Abuse* 1-11.
25. Teece S, Crawford I (2005) Best evidence topic report. Torn frenulum and non-accidental injury in children. *Emerg Med J*. 22(2):125.
26. Thackeray JD (2007) Frenula tears and abusive head injury: a cautionary tale. *Pediatric emergency care*. 23(10):735-7.
27. Wandera MN, Kasumba B (2017) "Ebinyo"-The Practice of Infant Oral Mutilation in Uganda. 17;5:167. doi: 10.3389/fpubh.2017.00167. eCollection 2017.
28. Welbury RR *et al.* (1985) "Killer" canine removal and its sequelae in Addis Ababa. *Quintessence international*(Berlin, Germany). 1993;24(5):323-7. in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8362046>.
29. Welbury R (2007) Torn labial frenum in isolation not pathognomonic of physical abuse. *Evid Based Dent*. 8(3):71.

Capitolo 4 Lesioni degli annessi cutanei

1. Gondim RMF *et al.* (2011) Child abuse: skin markers and differential diagnosis *An Bras Dermatol*;86(3):527-36.
2. Hilton L (2015) Cutaneous clues of child abuse. reviewed by Cohen B.A., *Contemporary pediatrics.com*
3. Ikeda N *et al.* (2003) Phthirus pubis infestation of the eyelashes and scalp hairs in a girl. *Pediatr Dermatol* 20, 356-7.
4. Neri I *et al.* (2016) Phthiriasis palpebrarum. *QJM: An International Journal of Medicine*, Volume 109, Issue 8, Pages 557–558, in <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw087>
5. Ryan MF (2014) Phthiriasis palpebrarum infection: a concern for child abuse. *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 46, no. 6, pp. e159–e162 in <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.11.090>

