

CONTRIBUTO
ALLO STUDIO DEL MALTRATTAMENTO
VERSO I MINORI PER COMPORTAMENTO OMISSIVO

Segnalazione di un caso ad esito mortale ()*

RENZO CELESTI (**) ANDREA LOMI (***)

Premessa

La diagnosi di « sindrome del bambino maltrattato » pone costantemente gravi problemi sia dal punto di vista clinico, sia sotto il profilo medico legale, problemi facilmente intuibili se si considera la delicatezza estrema dell'indagine in questa materia per i suoi riflessi morali e giudiziari.

È sufficiente ricordare che la sindrome non era stata compresa con chiarezza nei suoi elementi etiopatogenetici fino al 1962, allorché, grazie agli studi di Kempe e coll., fu possibile pervenire ad una sua corretta definizione nosografica.

In effetti Caffey aveva segnalato già nel 1946 il frequente riscontro di fratture multiple delle ossa lunghe e di ematoma subdurale cronico nei bambini, ma le reali cause di queste osservazioni non furono ben comprese né dallo stesso Caffey in studi successivi, né da altri Autori (Frauenberger & Lis), tanto che Astley propose di definire il quadro morboso « fragilità metafisale dell'osso ».

Se gravi sono le difficoltà del giudizio diagnostico in caso di maltrattamento commissivo, ben più numerose e pesanti esse appaiono allorquando si tratta di valutare un comportamento omissivo.

(*) Comunicazione alle VI Giornate Mediterranee di Medicina Legale; Hal-kidiki, 24-27 Maggio 1984.

(**) Titolare della Cattedra di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Facoltà di Giurisprudenza, Università di Genova.

(***) Medico interno dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università di Genova.

Nel primo caso infatti utili elementi per un corretto orientamento diagnostico possono derivare dall'osservazione di lesioni con caratteristiche (polimorfismo e reiterazione), tali da giustificare fondati sospetti sulla loro reale origine (Cameron & Rae; Celesti e coll.), mentre nel secondo ci si trova in generale di fronte ad un soggetto caratterizzato essenzialmente da deficit dell'accrescimento e grave distrofia (Koel, Fontana, Tauber e coll.), così da rendere necessarie impegnative diagnosi differenziali nei confronti di quadri morbosi su base patologica comune che potrebbero giustificare la compromissione delle condizioni generali al di fuori di precise responsabilità da parte di terzi.

Del resto una problematica di questo tipo è ben presente negli studi in letteratura e numerosi Autori hanno ritenuto di dover puntualizzare con la loro opera proprio questo particolare e delicato aspetto del fenomeno (Adelson, Riley e coll., Bullard e coll., Koel, Isaacs, Trube-Becker).

Numerose e suggestive ipotesi sono state avanzate per spiegare questi comportamenti parentali che Santoro e coll., con felice espressione, definiscono « sevizie per indifferenza ».

Principalmente è chiamata in causa una profonda inettitudine dei genitori ad allevare i figli (Eugene-Dahin) anche se ciò sembra, almeno in apparenza, in contrasto con le osservazioni di Emery secondo il quale è spesso possibile constatare una singolare contraddizione tra lo stato di denutrizione, anche assai grave, del minore e le soddisfacenti condizioni di igiene della persona e la pulizia ed ordine dell'abbigliamento.

Ci sembra importante ricordare come situazioni di questo tipo siano caratterizzate non soltanto da una cronica privazione di cure materiali, ma soprattutto da un inadeguato rapporto tra il bambino e le figure parentali che lo circondano.

Sempre secondo Emery si svilupperebbe un circolo vizioso, determinato da disturbi della comunicazione tra madre e figlio, per cui il bambino stimolerebbe sempre meno i genitori ad alimentarsi e sarebbe sempre meno motivato ad alimentarsi.

Le conseguenze per il bambino di questo alterato rapporto madre-figlio vanno ben al di là di quelle derivanti dal solo deficitario apporto alimentare (De Toni).

Secondo Mc Carthy il bambino non sufficientemente stimolato a livello psichico produrrebbe quantità insufficienti di ormone somatotropo.

Sarebbe così spiegato come uno stato distrofico e di deficit dell'accrescimento sia un frequente reperto anche nei casi di maltrattamenti commissivi (Tatsuno e coll.; Ritucci e coll.).

Osservazione personale

La consapevolezza delle difficoltà che ogni caso di maltrattamento di bambini solleva sul piano medico legale ci ha indotto a fare oggetto della presente comunicazione un caso, da noi osservato presso l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Genova, in cui non fu evidenziato alcun segno di maltrattamento commissivo e la morte, provocata da un collasso cardio-circolatorio per coma dépassé da gravissima distrofia con stato di ibernazione, una volta escluse cause patologiche comuni nella patogenesi dello stato distrofico-carenziale, fu ricondotta ad una marcata carenza sia nella alimentazione, sia nelle cure prestate al bambino dai genitori.

Nel maggio 1978 il medico condotto di un paese dell'entroterra ligure si recò a visitare un bambino di 7 mesi che, stando alle affermazioni dell'assistente sociale che aveva segnalato il caso al medico, era in gravi condizioni per la trascuratezza dei genitori.

Il sanitario, considerate le critiche condizioni di denutrizione e di insufficienza cardio-respiratoria del minore, ne dispose d'urgenza il ricovero presso un Ospedale pediatrico genovese.

L'esame obiettivo all'accettazione evidenziava: condizioni critiche, stato di ibernazione con temperatura rettale inferiore a 26 °C, distrofia grave (3° grado), coma profondo senza alcuna reazione agli stimoli, pupille isocoriche reagenti debolmente, in lieve midriasi, stato di virtuale arresto respiratorio, azione cardiaca non percettibile acusticamente (E.C.G. monitor: bradicardia 35-40/min'), addome avvallato con anse intestinali « diseguate » sotto cute.

Effettuata la climatizzazione in incubatrice, si osservò una rapida risalita della temperatura corporea ed una normalizzazione della funzionalità cardio-circolatoria.

Ciononostante lo stato di coma riscontrato all'ingresso non si risolse; nei giorni successivi si osservò un aumento dei diametri cranici con fontanelle tese. Alla puntura ventrico-

lare fuoriuscivano poche gocce di liquor modicamente torbido a pressione normale.

Dopo sei giorni dal ricovero le condizioni del piccolo si aggravarono ulteriormente, sino all'arresto cardiaco irreversibile.

All'esame autoptico, eseguito dai Colleghi del Servizio di Anatomia Patologica, si osservò cospicuo edema cerebrale, massiva congestione poliviscerale, dilatazione delle cavità cardiache, edema e congestione polmonare.

L'esame esterno confermò l'assenza di lesioni tegumentarie; le condizioni generali apparivano molto scadenti (lunghezza cm. 56; peso Kg. 4,070).

Dopo pochi giorni la madre del bimbo si presentò ai Carabinieri denunciando di essere da anni maltrattata e picchiata dal marito — un sottufficiale dell'esercito — che l'affliggeva con scene di gelosia e continue richieste di rapporti sessuali; riguardo ai figli il marito si sarebbe più volte lamentato perché mangiavano troppo ed avrebbe osteggiato le cure mediche.

Secondo il rapporto dell'assistente sociale la donna appariva di mediocre intelligenza, depressa, provata fisicamente dalle gravidanze dai lavori domestici, disordinata e trascurata sia come madre che come donna di casa.

Sempre secondo il rapporto, al matrimonio riparatore aveva fatto seguito una convivenza coniugale difficile e violenta con continui litigi, percosse e profonda incomprensione tra i coniugi nonostante la nascita di 4 figli nell'arco di 5 anni.

Il marito, istituzionalizzato nell'infanzia in quanto nato da una relazione extraconiugale, era descritto come persona dal carattere violento, quasi anormale nelle sue manifestazioni di autoritarismo nei confronti della moglie, della suocera e dei figli, mentre nei confronti degli estranei dimostrava un comportamento più contenuto.

Nel corso degli interrogatori la madre del piccolo insistette in modo ossessivo nell'accusare il coniuge del malessere morale e materiale della famiglia.

Significativo il riferimento fatto dalla donna ad un episodio durante il quale il marito si sarebbe spogliato e masturbato in presenza della moglie e di una figlia di 18 mesi.

Il Sostituto Procuratore della Repubblica dispose una indagine peritale sugli atti finalizzata ad accertare la causa

ed i mezzi che avevano prodotto la morte del minore con particolare riguardo ad eventuali carenze nella alimentazione e nelle cure.

Alla luce delle conclusioni dell'elaborato peritale il Sostituto Procuratore inviò gli atti al Giudice Istruttore ritenendo sussistere per l'uomo gli estremi dei reati di maltrattamenti seguiti da morte e di maltrattamenti nei confronti della moglie e degli altri figli e per la donna quelli del reato di omicidio colposo.

Nel corso dell'istruttoria formale fu disposta una perizia psichiatrica solo sul marito che si concluse con l'ammissione di un vizio parziale di mente ex art. 89 cod. pen. per « anomalie ed anormalità caratteriali », che, nel momento particolare, avrebbero prodotto un'infermità tale da ridurre grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere.

Sulla base di quanto emerso, il Giudice Istruttore rinviò a giudizio i due coniugi con l'imputazione per entrambi di omicidio colposo.

L'ordinanza fu motivata con impossibilità di raggiungere la prova del dolo e quindi il comportamento dei coniugi fu accomunato nella configurazione di una colpa per negligenza.

Il doveroso riserbo ed il rispetto per le esigenze giudiziarie di un procedimento penale in corso, spiegano tra l'altro il lasso di tempo intercorso tra i fatti e la presente segnalazione.

Considerazioni

Il caso di nostra osservazione prospetta questioni di diversa natura.

Innanzitutto, come già da tempo segnalato da uno di noi (Celesti e coll.) un momento di grave impegno per il medico legale è consistito nel formulare un parere tecnico motivato in maniera convincente ed attendibile sul quesito relativo alle cause ed ai mezzi che avevano provocato la morte del minore, soddisfacendo i criteri di dimostrazione del nesso materiale di causalità tra i comportamenti omissivi e la morte.

Abbiamo avuto modo di ricordare le peculiari difficoltà dell'indagine medico-legale nei casi di comportamenti mal-

trattanti per omissione dal momento che il danno clinicamente obiettivabile è in genere quello riconducibile ad uno stato di denutrizione ed alla carenza di cure.

Nel caso descritto si è resa quindi necessaria un'attenta diagnosi differenziale con diverse malattie ed alterazioni funzionali che nell'età infantile decorrono con una marcata compromissione delle condizioni generali del minore.

Se infatti lo stato di gravissimo deficit di apporto alimentare emergeva in tutta la sua drammatica evidenza dalla descrizione delle condizioni generali all'atto del ricovero, si è dovuto considerare il fatto che l'espressione « deficit nutrizionale » ricomprende non solo l'ipotesi di una scarsa somministrazione di alimenti ma anche quella di un apporto alimentare del tutto normale con utilizzazione degli alimenti stessi grossolanamente deficitaria.

L'esperienza clinica inoltre indica che nell'età infantile in genere, ed in special modo nella prima infanzia, la compromissione delle funzioni gastroenteriche è assai frequentemente la risposta a quadri morbosi della più differente natura e localizzazione tanto da potersi affermare che di fronte ad un polimorfismo etiologico si assiste il più delle volte ad una sintomatologia abbastanza monomorfa la cui componente principale è appunto, molto spesso rappresentata da un malassorbimento con conseguenti turbe dell'accrescimento ponderale e staturale.

Le conclusioni peritali portarono ad escludere cause patologiche comuni del gravissimo stato distrofico: orientavano in questo senso i dati anamnestici relativi al parto ed ai parametri clinici del tutto fisiologici alla nascita, i risultati dell'indagine necroscopica, che escludevano categoricamente malformazioni od anomalie congenite ovvero quadri patologici acquisiti interpretabili come fattori etiologici del gravissimo stato distrofico e le risultanze testimoniali dell'assistente sociale dalle quali si apprendeva un normale sviluppo fisico del minore nei primi mesi di vita.

Merita segnalare che, in risposta ad un esplicito quesito formulato dal Magistrato, il Perito concludeva che, quand'anche la compromissione delle condizioni generali fosse stata prodotta da cause patologiche comuni, sarebbe stata comunque rilevabile una macroscopica carenza di cure dal momento che la estrema compromissione delle condizioni generali del

bambino, non poteva certamente essersi prodotta nel giro di poco tempo (addirittura poche ore secondo le dichiarazioni della madre) ed anzi si doveva affermare che la gravità del caso, proprio per la sua natura, era tale da indurre anche ad un profano a richiedere un tempestivo intervento medico.

In secondo luogo, il nostro codice penale definisce chiaramente all'art. 572 il reato di « maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli » come reato doloso.

La definizione giuridica di « maltrattamenti » è quindi molto più restrittiva di quella clinica, che comprende anche i casi in cui il bambino è genericamente « trattato male », subisce cioè un comportamento per lui dannoso anche se questo non è coscientemente voluto dall'autore.

L'« animus maltrattandi », requisito indispensabile secondo una ben radicata giurisprudenza per la qualificazione giuridica del reato di cui all'art. 572 cod. pen., non ha necessariamente lo stesso rilievo sotto il profilo clinico.

D'altra parte la corretta qualificazione della natura dolosa o colposa del comportamento maltrattante rimane una esigenza ineludibile per diversi motivi.

Sotto il profilo strettamente giudiziario, essa consente l'individuazione di ipotesi diverse di reato a cui corrispondono sanzioni penali di differente gravità.

Il caso da noi descritto è, sotto quest'aspetto, significativo: il marito, a cui in sede di istruttoria sommaria era stato contestato il delitto di maltrattamenti in famiglia seguito da morte, fu rinviato a giudizio per il reato, obiettivamente meno stigmatizzante, di omicidio colposo.

La precisa identificazione del dolo o della colpa alla base di una determinata modalità comportamentale risponde poi alle esigenze di natura terapeutica e di natura preventiva.

È chiaro infatti che ben diverso dovrà essere l'approccio terapeutico nei casi di comportamenti sicuramente dolosi rispetto a quelli nei quali l'azione del responsabile è riconducibile ad una colpa, di regola per negligenza, anche se è suggestiva l'ipotesi che, in questi casi, il comportamento colposo possa essere la espressione fenomenologica di pulsioni aggressive inconsece.

È altrettanto evidente che solo un'analisi attenta ed imparziale delle motivazioni psicodinamiche del comportamento e delle condizioni familiari in cui esso è maturato, può rappre-

sentare una base concreta per un'opera di prevenzione veramente valida ed efficace.

Non è nostra intenzione addentrarci in questa sede nei problemi di valutazione della personalità degli autori di questo tipo di reato, per i quali rimandiamo all'interessante studio di Canepa, né in considerazioni riguardo agli aspetti psicodinamici che di volta in volta sono stati invocati dai vari Autori per spiegare il fenomeno del maltrattamento tanto più che, a nostro avviso, i vari studi tendono spesso a ricondurre forzatamente in schemi abbastanza rigidi modalità comportamentali che, proprio per la loro complessa natura, suggeriscono piuttosto l'idea del concorrere di molteplici momenti causali.

In questo senso il caso da noi descritto rappresenta un esempio paradigmatico di come il maltrattamento sia il risultato finale ed inevitabile di situazioni concorrenti ed interagenti tra loro: la violenza subita in passato dal marito attraverso l'istituzionalizzazione infantile intesa come « espulsione » del figlio illegittimo, la sua conseguente caratteropatìa, il mediocre livello intellettuale e culturale dei due coniugi, la natura coatta del matrimonio, i problemi economici di una famiglia numerosa.

Doveroso ci pare invece considerare l'aspetto tecnico dell'indagine medico-legale per la valutazione dell'elemento psichico del reato, vale a dire la perizia psichiatrica.

In un precedente studio sull'argomento (Celesti e coll.) era sottolineata la frequenza con la quale la Magistratura inquirente dispone indagini di questo tipo e se ne indicavano i motivi nella particolare struttura dinamica del reato, nel senso che si è facilmente portati a cercare in un'infermità di mente l'unica motivazione razionale per un comportamento altrimenti inteso come del tutto aberrante ed incomprensibile.

Un simile atteggiamento può condizionare non solo il magistrato ma anche il perito a cui l'indagine è affidata.

È frequente infatti l'osservazione di casi che si concludono con il riconoscimento di un vizio parziale o addirittura di un vizio totale di mente, in assenza di patologie psichiatriche conclamate, sulla base di anodine diagnosi di « alterazioni del comportamento o del carattere ».

Ciò sembrerebbe contrastare con quanto riportato nelle ricerche in letteratura sulla personalità dei genitori di bam-

bini maltrattati, dalle quali emerge la scarsa incidenza di quadri psicopatologici nosograficamente ben qualificati e gravi.

Vi è anche un altro aspetto che a nostro parere deve essere sottolineato a proposito della perizia psichiatrica e che almeno in parte può giustificare la contraddizione ricordata in precedenza.

Come è noto, le maggiori difficoltà delle operazioni peritali dirette ad accertare l'esistenza di condizioni di esclusione o limitazione dell'imputabilità, si collegano alla necessità di una valutazione medico-legale a posteriori delle condizioni di mente dell'imputato nel momento in cui ha commesso il fatto.

Per questo motivo le difficoltà dell'accertamento tecnico sono tanto maggiori nei casi in cui le alterazioni della capacità di intendere e di volere sono connesse, non ad un'alterazione psichica ben definita dal punto di vista nosografico, quanto piuttosto a disturbi della personalità, ovvero a perturbamenti del tutto transitori delle condizioni psichiche.

Nel caso di maltrattamento a queste difficoltà se ne aggiungono altre peculiari, cioè quelle che derivano dal fatto che il comportamento maltrattante, per sua stessa natura, si struttura in una molteplicità ed abitualità di azioni od omissioni delle quali non si può non tener conto nel valutare le condizioni psichiche dell'imputato al momento della consumazione dell'illecito.

Né va dimenticato che la stessa determinazione del momento consumativo del reato è resa particolarmente difficile dalla mancanza di un evento, naturalisticamente percepibile, distinto dalla condotta del colpevole sicché il delitto deve ritenersi consumato, non quanto si sia prodotta una modificazione del mondo esterno conseguente alla plurima condotta vietata, ma quando questa condotta rivesta quegli estremi di entità e di continuità da farla ritenere criminosamente vessatoria per il soggetto passivo.

È nostra opinione che soffermare l'attenzione sulle peculiari difficoltà dell'indagine psichiatrica medico-legale in questi casi rappresenti lo stimolo ad assolvere il compito affidato dalla Magistratura con quell'impegno e competenza che la delicatezza del singolo caso impone.

Ci pare inoltre che competenza ed impegno analoghi debbano attendersi da tutti i sanitari che, a diverso titolo, possono essere professionalmente coinvolti nel fenomeno del maltrattamento di minori.

Se è vero infatti che la strategia preventiva non può che scaturire dallo sforzo comune di differenti componenti sociali, è altrettanto vero che il ruolo del medico assume un significato ed un valore particolari, non fosse altro per essere a lui solo demandata la responsabilità di una tempestiva diagnosi e di un adeguato trattamento terapeutico.

Sciaudone e coll., nella loro completa relazione svolta in occasione del XXVII Congresso Nazionale della SIMLA, ricordano la « copertura sociale » spesso concessa al fenomeno del maltrattamento e che gli autori mettono in relazione con la natura del comportamento stesso che, mettendo in crisi l'immagine idealizzata dell'essere umano, scatena meccanismi difensivi e tende ad essere rifiutata sul piano emotivo e quindi rimossa dal livello di razionalità della nostra mente.

Gli stessi autori segnalano che il maltrattamento nei confronti di minori appare nella nostra società un fenomeno di entità relevantissima, ancorché negata, ed identificano, a livello familiare, di divulgazione mediante mass-media e legislativo altrettanti momenti di « chiusura » verso il fenomeno.

Sarebbe certamente deprecabile che un ulteriore elemento di « chiusura » derivasse da una « copertura medica » dei singoli casi per essere il sanitario sensibile più che all'esclusivo interesse per il piccolo paziente ad altre contaminazioni pseudo-culturali dalle quali il buon senso del medico deve essere in grado di liberarsi.

RIASSUNTO

Nel riportare un caso di maltrattamento di minore seguito da morte per comportamento omissivo dei genitori, gli AA. considerano gli aspetti diagnostici e giuridici che il medico legale deve affrontare sia nel corso della perizia sulla vittima, sia nel corso delle indagini psichiatrico-forensi che spesso sono disposte sui genitori.

Sono inoltre sottolineati i problemi etici ed i condizionamenti fisiologici e sociali con i quali sia il medico legale, sia il clinico devono confrontarsi di fronte a casi di maltrattamento di minori.

RESUME

Relatant un cas de mauvais traitement de mineur ayant entraîné la mort de celui-ci par omission de la part des parents, les Auteurs examinent les aspects diagnostiques et juridiques auxquels doit faire face le médecin légiste aussi bien au cours de

l'expertise sur la victime que pendant l'enquête psychiatrique et du barreau sur les parents qui souvent est ouverte.

Son également soulignés les problèmes éthiques et les conditionnements physiologiques et sociaux auxquels doivent faire face aussi bien le médecin légiste que le clinicien dans les cas de mauvais traitement de mineurs.

SUMMARY

Reporting an « homicide by starvation » case in which a 7 months old baby died because of the parental neglect, the Authors consider the diagnostic and legal problems that Forensic Medicine has to face both in the expertise on the victim, both in the psychiatric expertise on parents.

Ethical problems, psychological and social restrictions in such cases, are underlined.

RESUMEN

Al señalar un caso de maltratamiento de un menor que terminó muriendo a causa del comportamiento negligente de los padres, los Autores consideran los aspectos diagnósticos y jurídicos que el Médico Legal tiene que afrontar tanto durante la pericia sobre la víctima como durante las investigaciones psiquiátrico-forenses que a menudo se llevan sobre los padres.

Además se han subrayado los problemas éticos y los condicionamientos fisiológicos y sociales con los que tanto el médico legal como el clínico han de enfrentarse en casos de maltratamiento de menores.

ZUSAMMENFASSUNG

Anhand eines Falles von Kindesmisshandlung mit Todesfolge aufgrund elektrischer Vernachlässigung erläutern die Autoren diagnostische und juristische Aspekte, unter welchen sowohl die gerichtsmedizinische Begutachtung des Opfers, sowie die häufig durchzuführende psychiatrisch-forensische Untersuchung der Eltern vorzunehmen sind.

Besondere Erwähnung finden ethische Probleme, sowie die physiologischen und sozialen Verhältnisse, die sowohl Gerichtsmediziner, als auch Kliniker in Fällen von Kindesmisshandlung zu interessieren haben.

BIBLIOGRAFIA

- ADELSON L., *Homicide by starvation: the nutritional variant of the battered child*. J.A.M.A., 186, 458, 1963.
- ASTLEY R., « Multiple metaphyseal fractures in small children ». *Brit. J. Radiol.*, 26, 577, 1953.
- BULLARD D. M., GLASER H. H., BEAGARTY M. C., PRIVCHIL E. C., « Failure to thrive in the neglected child ». *Am. J. Orthopsych.*, 37, 680, 1967.
- CAFFEY J., « Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma ». *Am. J. Roentgenol.*, 56, 163, 1946.
- CAFFEY J., « Some traumatic lesions in growing bones other than fractures ». *Brit. J. Radiol.*, 30, 225, 1957.
- CAMERON J. M., RAE L. J., *Atlas of the Battered Child Syndrome*. Churchill Livingstone, London, 1975.
- CANEPA G., « Tendenze attuali della protezione penale del minore. Problemi criminologici e medico-legali » in *Rass. Pen. Crim.*, 1-2, 21, 1980.
- CELESTI R., CANALE M., BISTARINI S., « Il maltrattamento dei bambini. Aspetti medico-legali e sociali » in *Ist. It. Med. soc.*, Roma, 1978.

- DE TONI G., « Il ritardo dell'accrescimento somatico come conseguenza della privazione di cure materne e di una appropriata situazione emozionale: le sindromi da maternal deprivation e da emotional deprivation ». *Not. Soc. It. Ped.*, 6, 4, 238, 1972.
- EMERY J. L., « The Deprived and Starved Child ». *Med. Sci. Law*, 18, 138, 1978.
- EUGENE-DAHIN B., *L'enfant martyr*. Université de Liège, 1978.
- FONTANA V. J., « The diagnosis of the maltreatment syndrome in children ». *Pediatrics*, 51, 780, 1973.
- FRAUENBERGER G. S., LIS E. F., « Multiple fractures associated with subdural hematoma in infancy ». *Pediatrics*, 6, 890, 1950.
- ISAACS S., « Neglect, cruelty and battering ». *Brit. Med. J.*, 3, 224, 1972.
- KEMPE C. H., SILVERMAN E. N., STEELE B. F., DROEGEMUELLER W., SILVER H. K., « The battered child syndrome ». *J.A.M.A.*, 181, 17, 1962.
- KOEL B. S., « Failure to thrive and fatal injury as a continuum ». *Am. J. Dis. Child*, 118, 565, 1969.
- Mc CARTHY D., « The effect of emotional disturbance and deprivation on somatic growth » in DAVIS J. A. e DOBBING J.: *Scientific foundation of pediatrics*. Heinemann, London, 1974.
- RILEY R. L., LANDWIRTH J., KAPLAN S. A., COLLIPP P. J., « Failure to thrive: analysis of 83 cases ». *California Med.*, 108, 32, 1968.
- RITUCCI A., MAGNI P., PERRONE P., « Maltrattamenti dei minori (battered child Syndrome): aspetti clinici e medico-legali », in *Arch. Soc. Lomb. Med. Leg. Ass.*, 14, 1, 1978.
- SANTORO J. P., SAWOOD A. W., AYRAL G., « Les mauvais traitements envers les enfants. A propos des trois cas de décès par suite de négligence et privation volontaire d'aliments », in *For. Sc. Int.*, 21, 175, 1983.
- SCIAUDONE G., PERRONE L., RICCI P., « Aspetti medico-legali e psicopatologici dei maltrattamenti inflitti al minore nell'ambito della legge 833/1978 » in *Rassegna Medico-Forense*, 18, 7, 1980.
- TATSUNO Y., IJIRI I., FUJITA T., MIZOI Y., « Discussion on the medico-legal autopsy cases of Battered child », in *Jap. J. Leg. Med.* 32, 30, 1978.
- TAUBER E. E., PROSDOCIMI V., VITRO V., « La sindrome (allargata) del bambino maltrattato nei suoi aspetti medico-sociali, psicologici e giuridici ». Parte I: Nosografia. *Notiziario della Società Italiana di Pediatria*, 9, 26, 1975.
- TRUBE-BECKER R., « Zur Kindesmisshandlung ». *Med. Klin.*, 59, 1949, 1964.
- TRBE BECKER E., « The death of children following negligence: social aspects ». *For. Sci.*, 9, 111, 1977.