

ODONTOIATRA E IGIENISTA DENTALE NELLA PREVENZIONE DEL MALTRATTAMENTO DEI MINORI.

Dentist and Dental Hygienist in Child Abuse Prevention.

Maria M. Lepore - Emilio Nuzzolese ¹

ABSTRACT

Anche in Italia si sta diffondendo la figura dell'odontoiatra (odontologo) forense, cioè dell'odontoiatra esperto in accertamenti odontologico-forensi. Peculiare l'ausilio nelle indagini giudiziarie inerenti maltrattamenti, abusi e trascuratezza di bambini/ragazzi e soggetti vulnerabili. In questo ambito l'odontoiatra si apre a due possibili coinvolgimenti: uno legato alla attività clinica, dalla intercettazione alla prevenzione di possibili condizioni di maltrattamento; l'altro legato all'accertamento medico-legale, di concerto con gli altri operatori, soprattutto per quanto attiene la specificità della lesività da morso umano. L'odontoiatra e l'igienista dentale possono rappresentare uno dei primi sanitari a intercettare la presunta vittima di abuso durante le ordinarie visite di controllo periodiche presso il proprio studio professionale. Tralasciando la trascuratezza di natura affettiva ed educativa, è possibile individuare una specifica trascuratezza dentale. Quasi ogni problema odontoiatrico, quale una carie non curata e altre malattie orali non curate, possono causare dolori, propagarsi di infezioni, problemi al sonno, disturbi nella nutrizione, fino a determinare assenze del bambino dalla scuola e da attività sportive.

La letteratura offre spunti di riflessioni molto interessanti sul maltrattamento fisico: il 50-75,5% di tutti i traumi fisici si verificano proprio nella zona della testa e del collo. I dati confermano, altresì, che il 59% dei bambini fisicamente maltrattati presentano segni di maltrattamento proprio nella zona oro-facciali. Viso, collo e bocca sono, dunque, sedi elettive in cui ricercare segni di maltrattamento. L'attenzione dell'odontoiatra clinico, ma anche dell'igienista dentale, si dovrà orientare soprattutto all'osservazione di tutte quelle condizioni che mettono a rischio la salute del bambino, purché con i caratteri della sistematicità e continuità fenomenica. È sempre auspicabile l'approccio multidisciplinare, specialmente attraverso la collaborazione del pediatra, dell'odontoiatra forense e del medico legale.

¹ **Emilio Nuzzolese** - Odontoiatra (forense), Master Tutela, diritti e protezione dei minori, Bari
Maria M. Lepore - Igienista Dentale, Bari

Gli odontoiatri e igienisti dentali devono raggiungere una maggiore formazione/informazione sul fenomeno “abuso sui minori”, attraverso un percorso non solo tecnico, bensì anche culturale. Essa contribuirà alla tutela e protezione della crescita e sviluppo dei bambini, in sinergia con altri operatori scolastici, sanitari e sociali.

PAROLE CHIAVE: Maltrattamento, Trascuratezza dentale, Odontoiatria forense, Protezione minori

In Italy is increasing the involvement of the forensic odontologist, i.e. a dentist in forensic investigations and odontology. Peculiar the aid in criminal investigations related to child abuse and neglect. In this context, the dentist opens to two possible involvements: one related to the clinical activity, from interception to prevention of possible conditions of abuse; the other to the forensic assessment and testimony with other stakeholders, especially in regard the specificity of human bitemarks. The dentist and the dental hygienist may represent one of the first health care professionals to intercept the alleged victim of abuse during the ordinary dental check-ups in a dental practice. Leaving aside the emotional and educational neglect, it is possible to identify a specific “dental” neglect condition. Almost every dental problem, such as an untreated tooth decay and other oral diseases, can cause pain, spread of infections, problems with sleep, nutrition disturbances, absences from school and sports activities.

The literature offers very interesting figures physical abuse anatomical distribution: 50 to 75.5% of all physical trauma occur right in the area of the head and neck. Data also confirms that 59% of physically abuse are located in the oro-facial anatomical district. Face, neck and mouth are, therefore, elective sites to examine for signs suggestive of maltreatment. Dentists and dental hygienists should focus their clinical observation of all those conditions that endanger the health of the child, as long as they record systematic and continuous phenomena. It is always advisable a multidisciplinary approach, especially through collaboration of a pediatrician, a forensic odontologist and a forensic pathologist. Dentists and dental hygienists must achieve greater training and education on the phenomenon of child abuse and dental neglect, through a path not just technical, but also cultural. This will help to protect the growth and development of children, in synergy with other people involved in child education, health and social activities.

KEYWORDS: Child abuse, Dental neglect, Forensic odontology, Child protection

(*) Presentato al 2° Convegno S.I.O.L.A. “Maltrattamento e trascuratezza dei minori: ruolo preventive degli operatori sanitari”, Matera, 11-12 Ottobre 2013.

INTRODUZIONE

In molti Paesi esiste da tempo la figura dell'odontologo forense, cioè dell'odontoiatra esperto in medicina legale odontoiatrica. Anche in Italia, seppur con

qualche ritardo, l'odontologia forense si sta diffondendo, grazie al moltiplicarsi di corsi e master post laurea aventi per oggetto gli aspetti medico legali e forensi di pertinenza tecnica dell'odontoiatra, ma principalmente per effetto dell'aumento del contenzioso che richiede valutazioni sulla responsabilità professionale odontoiatrica (1).

È peculiare l'ausilio nelle indagini giudiziarie inerenti maltrattamenti, abusi e trascuratezza di bambini/ragazzi e soggetti vulnerabili. Ma perché una tale prassi si consolidi anche in Italia, è opportuno rifarsi all'esperienza degli Stati Uniti d'America dove già dal 1976 l'American Board of Forensic Odontology e l'American Society of Forensic Odontology (www.asfo.org) forniscono agli odontoiatri il giusto supporto formativo mirato ad ogni attività inerente i rilievi tecnici e scientifici propri delle scienze forensi (2).

L'odontoiatra - ma anche l'igienista dentale - si apre quindi a due possibili coinvolgimenti nell'ambito del maltrattamento dei bambini/ragazzi. Uno legato alla attività clinica propria di uno studio odontoiatrico che può estendersi alla intercettazione e prevenzione di possibili condizioni di maltrattamento e/o trascuratezza, circoscritta al riconoscimento e monitoraggio e non già alla diagnosi di maltrattamento/abuso. L'altro legato all'accertamento propriamente medico-legale di un odontoiatra, ovvero di un odontologo forense, di concerto con gli altri operatori delle scienze forensi e delle scienze comportamentali (3-6).

I diritti del fanciullo sono stati codificati dalla Convenzione delle Nazioni Unite nel 1989. Il trattato rientra all'interno dei diritti umani internazionali e si applica a tutti i bambini e adolescenti di età inferiore ai 18 anni (7). Questo trattato internazionale scaturisce anche dalla necessità di inquadrare il fenomeno e le sue caratteristiche, trattandosi di un problema mondiale che presenta, però, diverse manifestazioni di natura culturale e geografica.

Molti odontoiatri e igienisti dentali - persino coloro che si occupano di odontoiatria infantile - non hanno la consapevolezza della tematica del maltrattamento dei bambini, ragazzi e soggetti vulnerabili, e del ruolo dell'operatore sanitario che supera quello specificatamente terapeutico estendendosi alla prevenzione e tutela dei soggetti vittime di maltrattamenti (8-13). Eppure l'odontoiatra può rappresentare uno dei primi sanitari a intercettare la presunta vittima di abuso durante le ordinarie visite di controlli periodiche presso il proprio studio professionale. Questo dato è confermato dalla scarsa attenzione dedicata a questa tematica nel percorso formativo dello studente del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria ma anche nei percorsi formativi post-laurea (10-13).

SEGNI SUGGERITIVI DI ABUSO E TRASCURATEZZA

È possibile individuare facilmente alcuni indici della trascuratezza che possono rappresentare una possibile minaccia alla salute del bambino: scarsa o inadeguata igiene generale; rinvio ripetuto alle cure mediche o visite specialistiche disattese; ritardi nella crescita o sviluppo fisico; obesità grave senza una causa nota; traumatismi ripetuti; ingestione di oggetti, di sostanze caustiche, di medicinali e di stupefacenti quale conseguenza di una sorveglianza inadeguata; mancata protezione da pericoli ambientali, in casa e fuori casa; attenzione inadeguata nei confronti dei bisogni emozionali e cognitivi del bambino.

La trascuratezza dentale è una sub specie della trascuratezza medica e viene considerata un problema molto diffuso. Secondo la definizione dell'American Academy of Paediatric Dentistry (14) la trascuratezza dentale è rappresentata dall'evitare intenzionalmente e/o rifiutare di sottoporre il bambino alle cure odontoiatriche, necessarie per migliorare la sua salute orale sia sotto il profilo della funzione masticatoria che dell'assenza da dolori e infezioni. Quasi ogni problema odontoiatrico, quale una carie non curata e altre malattie orali non curate, possono causare dolori, il propagarsi di infezioni, problemi al sonno, disturbi nella nutrizione, fino a determinare assenze del bambino dalla scuola e da attività sportive.

Le conseguenze di una trascuratezza dentale, seppur non necessariamente volontaria, comportano in genere ripercussioni sulla crescita e sullo sviluppo del bambino e si manifestano attraverso perdita di concentrazione, disturbi nell'apprendimento, comunicazione impropria o inadeguata e aspetto non estetico del viso. Questi aspetti determineranno nel bambino diverse tipologie di sofferenze, perché i coetanei possono arrivare a prenderlo in giro e ad isolarlo dalla comunità. Inoltre l'impossibilità di soddisfare i bisogni nutritivi del bambino in accordo con la sua età anagrafica, il consumo frequente di farmaci antidolorifici e il conseguente rischio di ripetute estrazioni e di infezioni gravi possono provocare anche un pericoloso stato settico cronico (15, 16).

Le lesioni del maltrattamento alla testa e alla faccia si manifestano per lo più in forma di lividi, graffi, contusioni e fratture delle ossa facciali, mentre i segni oro-dentali possono essere i seguenti: il frenulo labiale fessurato a causa della nutrizione forzata, petecchie e cicatrici alle labbra, lacerazioni della lingua e delle labbra, fratture della mascella superiore e inferiore, fratture o avulsioni dei denti e fratture multiple della

radice o le malocclusioni insolite, causate dal trauma, denti discolorati come la conseguenza della perdita della vitalità dei denti dopo un trauma e ustioni dei tessuti molli della cavità orale per l'effetto delle sostanze caustiche (17-22).

Le lesioni riscontrabili nell'abuso fisico possono essere evidenti, ma bisogna saperle leggere perché in alcuni casi possono essere la semplice manifestazione di una patologia sottostante o di incidenti veri e propri (23). Tuttavia alcuni studi hanno evidenziato alcuni segni che con elevata probabilità dipendono da un'azione volontaria e non accidentale da parte di un adulto. Inoltre, l'assenza di una spiegazione plausibile e compatibile con le lesioni riscontrate o la molteplicità delle versioni fornite dai familiari in merito al fatto e l'incongruenza delle stesse con il quadro lesivo depongono a favore di un abuso.

Le lesioni ecchimotiche sono la manifestazione più comune dell'abuso, ma è la loro localizzazione che le rende caratteristiche. Ecchimosi in zone con una maggior quantità di tessuti molli come guance, orecchie, collo, che raramente vengono coinvolti dalle attività del bambino, suggeriscono la possibilità di colpi non accidentali. Anche l'impronta di morsi è un segnale importante in quanto andrà verificato se sono auto inflitti (evento raro), se su aree accessibili come le mani per esempio, o se l'autore è un animale o, ancora, se si accompagnano ad ecchimosi (6, 19, 24).

Altro segno di una situazione a rischio sono le ustioni, sia se inflitte sia se accidentali (25): l'ustione uniformemente diffusa su mani o collo può indicare l'immersione in acqua troppo calda; nelle bruciature con forme definite si può riconoscere l'eventuale oggetto con cui sono state causate; un bimbo trascurato o lasciato solo in casa è maggiormente esposto a liquidi bollenti, fornelli accesi, prese elettriche.

Da ultimo, altro segnale sono le lesioni a carico del frenulo labiale che rappresenta un segno tipico di traumatismi al viso, perché struttura anatomica molto delicata della bocca (6, 25).

La carie infantile precoce non curata è il segno più frequente di trascuratezza dentale (16). Accanto al maltrattamento fisico dei bambini questa patologia è considerata il maggiore problema della sanità pubblica di cui sono affetti i bambini di tutti i gruppi culturali, etnici e socio-economici con tutte le implicazioni mediche, morali, psicologiche e culturali (15).

Maltrattamento fisico e trascuratezza dentale rappresentano senz'altro due problemi sanitari diversi. Tuttavia hanno in comune alcune caratteristiche essenziali quali alta prevalenza, fattori di rischio e conseguenze a lunga durata sullo sviluppo del bambino.

DISCUSSIONE

I risultati di varie ricerche hanno dimostrato che la mancanza di una specifica formazione sotto il profilo medico legale della tematica del maltrattamento dei minori rappresentano proprio un ostacolo al suo riconoscimento e segnalazione. Attualmente in Italia tra i professionisti del settore odontoiatrico (odontoiatri e igienisti dentali), non c'è sufficiente consapevolezza sugli aspetti giuridici e medico legali dell'abuso e trascuratezza dei minori (6). Una tale carenza di attenzione è confermata anche dal piano di studi del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria che, pur prevedendo l'insegnamento della medicina legale, non in tutte le sedi contempla approfondimenti sulle applicazioni dell'odontologia forense.

Eppure l'odontoiatra e l'igienista dentale – e persino l'assistente alla poltrona (26) – sono nella posizione di visitare ed osservare i bambini, potendo rilevare ed intercettare (nel proprio studio professionale e nella esplicazione della propria attività) situazioni di trascuratezza dentale e/o abuso fisico. Dimostrata peraltro la stretta correlazione tra bambini abusati e trascuratezza odontoiatrica.

Il completamento della nostra valutazione sul bambino e sul genitore/tutore nel senso del comportamento degli uni verso gli altri, ma anche nel senso della comunicazione con gli altri membri del team odontoiatrico in occasione della prima visita odontoiatrica hanno una grandissima importanza nello stabilire di che tipo di lesione si tratta – intenzionale o casuale.

Il trauma alla faccia e nella cavità orale può avere generalmente influssi negativi significanti per la salute dei bambini nel senso della funzione del masticare, dell'estetica e dell'aspetto psico-sociale. Ogni trauma richiede perciò un intervento urgente adeguato in base alla valutazione professionale subito dopo che il trauma sia accaduto, ma anche il monitoraggio successivo, proporzionale alla gravità del trauma, per la più corretta valutazione delle conseguenze possibili sulla crescita e sviluppo del cranio (27).

I traumi dei denti da latte accadono per lo più nell'età del bambino tra i 2 e 3 anni, e questo periodo corrisponde di solito al periodo dello sviluppo della coordinazione motoria. Se notiamo però delle lesioni alle altre parti del corpo non prominenti in un paziente piccolo, e se ci sono anche traumi multipli dei denti da latte, bisogna prendere in considerazione la possibilità del maltrattamento.

Dopo che è successo il trauma del dente da latte, la strategia della cura dipende per lo più dalla valutazione delle conseguenze che potrebbero verificarsi ai germi dei denti permanenti. Visto che l'intrusione traumatica rappresenta la forma più frequente del trauma dentale che accade nella dentizione dei denti da latte, la valutazione sull'aspettare la ri-eruzione spontanea cioè sull'estrazione del dente da latte è di massima importanza per la valutazione dello stato del germe del dente permanente e delle possibili conseguenze tarde per la crescita e lo sviluppo dello stesso (28). È, infatti, possibile il verificarsi delle complicazioni, collegate alla vitalità della polpa e al cambiamento del colore della corona del dente traumatizzato e pure delle complicazioni ai successivi denti permanenti, quali l'ipoplasia dello smalto, l'ipocalcificazione, la dilacerazione della corona e/o della radice o il cambiamento dell'ordine dello spuntare del dente permanente. Quanto più presto nella fase della crescita e dello sviluppo del dente si è verificato il trauma, tanto più gravi saranno le conseguenze, e questo è un indice certo del momento in cui il trauma si è verificato.

Il trauma dei denti permanenti accade per lo più come la conseguenza delle cadute casuali, dei training sportivi, degli incidenti stradali, ma anche della violenza e cioè nell'età tra i 7 e i 9 anni. A quell'età i denti più spesso traumatizzati sono gli incisivi centrali superiori nei quali la genesi dell'apice non è finita ancora, che può rendere il trattamento del dente ancora più complicato (29). La strategia della cura dei denti permanenti dipende per lo più della vitalità della polpa e del legamento del parodonto. Dopo il trattamento iniziale si consiglia, perciò, di seguire continuamente i sintomi clinici e radiologici, come sofferenza periapicale, vitalità della polpa, crescita e sviluppo della radice, mobilità clinica del dente, cambiamento del colore della corona del dente, riassorbimento interno e/o esterno della radice (30, 31).

Molti autori, sia statunitensi che italiani, in epoche diverse hanno affrontato il problema della diagnosi di maltrattamenti, proponendo una serie di criteri su cui fondare una corretta diagnosi (14, 25):

1) elementi anamnestici: violenza esplicitamente riferita dal piccolo paziente, e rilievo di lesioni non compatibili con le modalità traumatiche accidentali eventualmente riferite; precedenti anamnestici sospetti (quali il ripetersi di lesioni o cadute, e ricoveri pregressi).

2) elementi clinici generali: riscontro clinico e obiettivo di lesioni in diverso stadio di remissione. Riscontro di lesioni polifocali, policrone e poliforme con eventuale presenza di segni "specifici", dovute a unghiate, morsi, lesioni da afferramento, ustioni.

3) fattori comportamentali: bambini accompagnati da parenti o conoscenti; ritardo nel ricorso alle cure mediche da parte dei genitori; rifiuto del ricovero o richiesta di dimissione anticipata contro il parere dei sanitari; atteggiamento timoroso e diffidente del bambino e rapido miglioramento dello stato generale e psichico dopo la separazione del genitore/i; associazione di stato di denutrizione, condizioni igieniche generali ed orali scadenti.

La soddisfazione di questi criteri, associata alla esclusione di altre patologie tipiche dell'età infantile che possano giustificare un determinato quadro clinico, dovrebbe aumentare il grado di sospetto dell'odontoiatra e portarlo a formulare quelle strategie di monitoraggio che possono, in ultima analisi, scaturire nel referto all'autorità giudiziaria.

CONCLUSIONI

Viso, collo e bocca sono, dunque, sedi elettive in cui ricercare segni di maltrattamento. L'odontoiatra diventa, quindi, una figura chiave nell'identificazione, ed eventualmente nella prevenzione, dei maltrattamenti. Fondamentale è la tenuta regolare della documentazione (scritta e fotografica) del piccolo paziente, durante le sedute di cura odontoiatrica.

Il riconoscimento precoce dei segni della trascuratezza e del maltrattamento da parte dell'odontoiatria infantile e da parte degli altri specialisti che si occupano della salute del bambino ha un valore inestimabile. Auspicabile l'approccio multidisciplinare, specialmente la collaborazione stretta tra il pediatra e lo specialista dell'odontoiatria infantile visto che almeno nell'età fino ai tre anni i pediatri hanno la possibilità di vedere i loro pazienti e i loro genitori/tutori più spesso dell'odontoiatra.

Gli odontoiatri devono raggiungere una maggiore formazione/informazione sul fenomeno "abuso sui minori". Essa contribuirà, nell'auspicabile lavoro di sinergia con altri operatori sanitari, alla tutela e protezione della crescita e sviluppo dei bambini.

Ma si dovrà trattare di un percorso non solo tecnico, bensì anche culturale: *L'idea di una prevenzione che impegna tutti gli adulti a contatto con i bambini fa emergere come, accanto allo sviluppo di competenze tecniche specifiche di ciascuna professione per promuovere e sostenere il benessere nell'ambito delle proprie funzioni, sia necessario che ciascuno sviluppi competenze trasversali di tipo relazionale per essere in grado di stabilire rapporti significativi con i bambini, con le loro famiglie e con altri operatori* (32).

Doveroso sottolineare i doveri etici e morali della nostra professione, oltre agli obblighi medico legali di referto all’Autorità Giudiziaria per i casi di presunto o sospetto abuso sui minori. Ne consegue l’imprescindibile necessità di una specifica formazione integrativa per quanto concerne determinati aspetti dell’odontologia forense per tutti gli operatori sanitari che svolgano la loro professione in uno studio odontoiatrico.

Nella prospettiva di proteggere minorenni e soggetti vulnerabili dal reato di maltrattamento e del corretto inquadramento delle responsabilità etiche e medico legali, l’odontoiatra dovrà possedere un agire responsabile (*responsibility*) che include il riconoscere (*recognize*), il documentare (*record*), il denunciare (*report*) e il riferire (*refer*), seguendo il principio delle “4R” suggerito dalla letteratura anglosassone.

BIBLIOGRAFIA

1. Introna F, Santoro V, Fiandaca C. *La responsabilità professionale in odontoiatria*, Piccin editore, Padova, 2010;1-2.
2. American Board of Forensic Odontology A.B.F.O. – <http://www.abfo.org>; American Society of Forensic Odontology .A.S.F.O. – <http://www.asfo.org>
3. Montecchi PP, Di Trani M, Sarzi Amade D, Bufacchi C, Montecchi F, Polimeni A. *The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence*. Eur J Paediatr Dent 2009; 10(4): 185-7.
4. Schwartz S, Woolridge E, Stege D. *The role of the dentist in child abuse*, Quintessence Int 1976;7:79-81.
5. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. *Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting*. Int J Paediatr Dent 2005; 15: 310-8.
6. Nuzzolese E, Lepore MM, Montagna F, Marcario V, De Rosa S, Solarino B, Di Vella G. *Child abuse and neglect: the dental team role in identification and prevention*, Int J Dent Hyg 2009 May; 7(2): 96-101.

7. United Nations, Convention on the Rights of the Child. Geneva, Switzerland: Office of the High Commissioner for Human Rights, 1989; disponibile a: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
8. Bianchi D, Moretti E. *Vite in bilico: indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Centro di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Ministero della Solidarietà Sociale, Istituto degli Innocenti, Firenze, 2006.
9. Gruppo CRC c/o Save the Children Italia, 5° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2011-2012, Roma Maggio 2012
http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/5o_Rapporto_di_aggiornamento_Gruppo_CRC.pdf
10. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. *Knowledge and professional experiences concerning child abuse: an analysis of provider and student responses*. *Pediatr Dent* 2006; 28(5): 438-44.
11. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. *Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy*. *J Clin Pediatr Dent* 2007; 32(1): 19-25.
12. Jordan A, Welbury RR, Tiljak MK, Cukovic-Bagic I. *Croatian dental students' educational experiences and knowledge in regard to child abuse and neglect*. *J Dent Educ*. 2012 Nov;76(11):1512-9.
13. Cingolani M, Benedetto G, Fornaro A, Rodriguez D. *La tutela dei minori dai maltrattamenti: il ruolo dell'odontoiatra*. *Riv. it. Med. Leg.* 2001, 4-5; 691.
14. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent*. 2008-2009;30(7 Suppl):86-9.
15. Čorić V, Buljan-Flander G. *Child neglect – risk factors, consequences, role of physician and possibilities for prevention*. *Paediatr Croat* 2008; 52: 29-33.
16. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. *Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment*. *J Public Health Dent* 2008; 68(2): 94-101.

17. Kvaal SI. *Oral injuries in cases of child abuse*. Rev Belge Med Dent 1993; 48(1): 49-53.
18. Da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bensel RW. *Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital*. Pediatr Dent 1992; 14(3): 152-7.
19. Naidoo S. *A profile of the orofacial injuries in child physical abuse at a children's hospital*. Child Abuse Negl 2000; 24: 521-34.
20. Lazenbatt A, Freeman R. *Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals*. JAN 2006; 56(3): 227-36.
21. Jessee SA. *Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey*, J Dent Child 1995; 62:245-249.
22. De Leo D, Zaglia E, Turrina S. *Le lesioni oro dentali come markers di violenza su minore*, Ed. Libreria Cortina, Verona, 2009:71-75.
23. Nuzzolese E, Lepore MM, Cukovic-Bagic I, Montagna F, Di Vella G. *Forensic sciences and forensic odontology: issues for dental hygienists and therapists*. Int Dent J 2008; 58: 342-8.
24. Nuzzolese E, Lepore MM, Marcario V. *Valutazione legale delle lesioni da morso: nuove prospettive per l'igienista dentale*, Prevenzione & Assistenza Dentale, Masson, 2008; 3:15-19.
25. Harris J, Sidebotham P, Welbury R. *Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice*. Copdend, London, 2009.
26. Mouden LD. *Child abuse and neglect: the dental assistant's role in prevention*, Dent Assist 2000; 69:30-37.
27. Lulić-Dukić O, Radionov D, Buković D, Verzak Ž, Bagić I. *Trauma of decidual teeth and the most common consequences*. Paediatr Croat. 1998;42:153-7.
28. Flores MT. *Traumatic injuries in the primary dentition*. Dental Traumatol 2002;18(6):287-98.
29. Andreasen JO, Andreasen FM. *Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth*. 2nd ed. Copenhagen, Denmark: Munksgaard and Mosby; 2000:9-154.

30. Holan G, McTigue D. *Introduction to dental trauma: Managing traumatic injuries in the primary dentition*. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HWJr, McTigue DJ, Nowak A, eds. *Pediatric Dentistry. Infancy through Adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo: Elsevier Saunders; 2005:236-56.
31. Borum M, Andreasen J. *Sequela of trauma to primary maxillary incisors. Complications in the primary dentition*. *Endod Dent Traumatol* 1998;14(1):31-44.
32. Giordano M. *I servizi territoriali e la prevenzione del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia: aspetti organizzativi, risorse e nodi problematici*. In: Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali - Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Istituto degli Innocenti, Firenze, 2002; 183 - http://www.minori.it/files/prevenzione_disagio.pdf