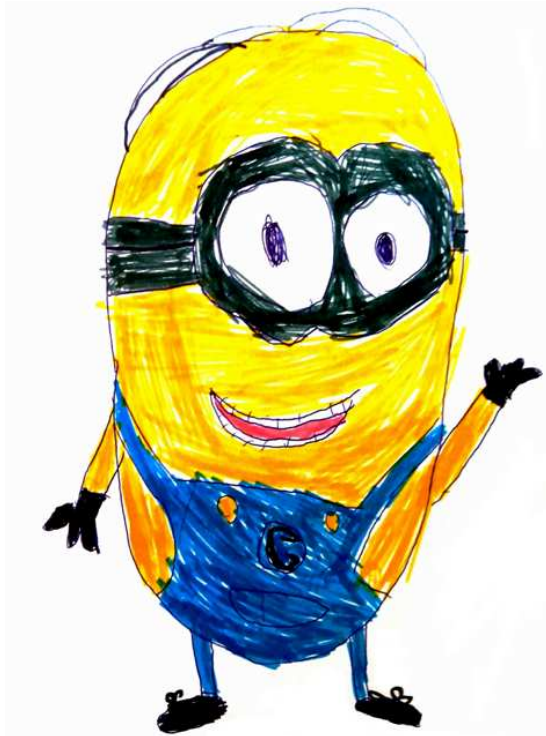


Emilio Nuzzolese

MALTRATTAMENTO E TRASCURATEZZA DEI MINORI

*Manuale con linee comportamentali e di indirizzo
per l'Odontoiatra, l'Igienista Dentale e gli operatori
dell'Infanzia e dell'Adolescenza*



WIP edizioni srl – Ristampa 2017

Questo volume è stato realizzato con il patrocinio di:



UNICEF Italia onlus



Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari



Rotary Club Bari Alto "Terra dei Peuceti", Distretto 2120 - Italia

Il volume è stato realizzato con la collaborazione di:



Organizzazione di Volontariato SOPHI
Solidarietà Odontoiatrica per l'Handicap e l'Infanzia
Segreteria: Viale John F. Kennedy 77
70124 Bari - Tel. +39 080 5042555
Fax +39 080 22031198
sophonlus@gmail.com



Garante dei diritti
dell'infanzia e dell'Adolescenza

Garante dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione
Puglia <http://garante.minori.consiglio.puglia.it/>
Viale Unità d'Italia 24/C
70125 Bari
Tel. +39 080 540 5727
Fax +39 080 540 5748
garanteminori@consiglio.puglia.it



Associazione Culturale
"Club AndiamoinOrdine"
info@andiamoinordine.it
www.andiamoinordine.it



Penelope Puglia Onlus - Associazione delle Famiglie e
degli Amici delle Persone Scomparse
Presidente: Antonio Genchi - Viale Concilio Vaticano II, 82
70124 Bari - Tel. 3299725717 puglia@penelopeitalia.org
www.penelopeitalia.org/puglia

Prima edizione: 24 Ottobre 2015

Ristampa: 4 Aprile 2017

ISBN 978-88-8459-358-0

Edito da WIP Edizioni srl

www.wipedizioni.it - info@wipedizioni.it

Disegno in copertina di Davide Nuzzolese.

Chiunque è autorizzato a fini divulgativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte (vedere ultima pagina).

INDICE

Prefazione	7
Premessa	11
Introduzione ⁽¹⁾	13
Parte I: La tutela del valore bioetico del Sorriso di un bambino maltrattato⁽²⁾ ..	17
Parte II: Intercettazione e riconoscimento del maltrattamento nello studio odontoiatrico	24
1. Segni e segnali di possibile trascuratezza (dentale).....	27
2. Carie precoce infantile (<i>Early Childhood Caries</i>) ⁽³⁾	32
3. Parodontopatie	33
4. Trascuratezza nutrizionale.....	33
5. Morso umano: abuso sessuale e violenza domestica	34
6. Patologia della cura: discuria e ipercuria ⁽⁴⁾	36
7. Scheda odontoiatrica, prevenzione e strategie operative ⁽⁵⁾	42
Parte III: Informazione/formazione del personale sanitario e protezione dei minori	45
1. “Referente per la tutela del bambino” nell’ambulatorio odontoiatrico ⁽⁵⁾	45
2. Trauma dentale/facciale.....	47
3. Fasi di intervento in caso di sospetto maltrattamento.....	48
Parte IV: Aspetti medico-legali e deontologici del maltrattamento⁽⁶⁾	52
Parte V: I rilievi fotografici⁽⁷⁾	55
Conclusioni.....	60
Appendici:	
Riferimenti al codice penale e al codice di procedura penale	61
Definizioni delle diverse tipologie di maltrattamento sui minori	62
Garanti Regionali dei Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza.....	64
Bibliografia.....	65

⁽¹⁾ A cura della **Dr.ssa Rosangela Paparella**, Garante Regionale dei Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza della Regione Puglia (2011-2016).

⁽²⁾ A cura del **Dr. Michele Corriero**, Psicopedagogista, Presidente UNICEF Comitato Provinciale di Bari, Giudice Onorario Tribunale per i Minori Bari.

⁽³⁾ In collaborazione con la **Prof.ssa Ivana Bagic Cukovic**, Professore Ordinario di Odontoiatria Pediatrica, Vice Rettore Università di Zagabria (Croazia).

⁽⁴⁾ In collaborazione con la **Dr.ssa Adriana Zito**, Medico-Chirurgo specialista in Psichiatra e specialista in Psicoterapia Relazionale Familiare e del Bambino, Bari.

⁽⁵⁾ In collaborazione con la **Dr.ssa Maria M. Lepore**, Igienista Dentale, perfezionata in scienze forensi.

⁽⁶⁾ In collaborazione con il **Prof. Antonio M.M. Osculati**, Professore Associato di Medicina Legale, Università di Pavia, e la **Dott.ssa Luisa Andrello**, Medico Legale, sezione di medicina legale ASL Varese.

⁽⁷⁾ In collaborazione con il **Prof. Giancarlo Di Vella**, Professore Ordinario di Medicina Legale, Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università degli Studi di Torino.

PREFAZIONE

Nella società contemporanea si registra la punta massima del percorso di salvaguardia, “sulla carta”, dei diritti del bambino. La Convenzione Internazionale sui Diritti dell’Infanzia, sancita dall’ONU il 20 novembre del 1989 e ratificata da quasi tutti i Paesi ad esso aderenti, tra cui anche dall’Italia con la legge n.171 del 27 maggio del 1991, ha costituito e costituisce oggi a livello nazionale ed internazionale uno dei più puntuali e attenti documenti relativi all’infanzia.

Tuttavia, da una lettura attenta della Convenzione, emerge subito da una parte una definizione del bambino come soggetto di diritti e di doveri, con tipica soggettività personale, culturale e sociale; dall’altra l’essenza del bambino quale risorsa, proprietà.

Ciò dipende dal fatto che, anche se a livello razionale vi è la condivisione del concetto di infanzia come età di diritti, l’attenzione verso questo aspetto fondamentale sia posta ancora quasi sempre in occasione di urgenze, quali la denuncia di situazioni di violenza, maltrattamenti e abusi.

Il 4 settembre 2014, L’UNICEF ha presentato il rapporto “Hidden in Plain Sight”, la più ampia raccolta di dati mai realizzata sulla violenza sui bambini, redatta con l’ausilio di statistiche relative a 190 Stati.

"Hidden in Plain Sight" (letteralmente: "Nascosto sotto gli occhi di tutti") sottolinea lo sconcertante aumento dei casi di abusi fisici, sessuali e psicologici, e mette in luce comportamenti che perpetuano e giustificano la violenza, tenendola nascosta, ma sotto gli occhi di tutti. Ovunque nel mondo.

Il rapporto UNICEF documenta le violenze anche nei luoghi in cui i bambini dovrebbero maggiormente sentirsi al sicuro: nelle proprie comunità, a scuola, a casa. La ricerca, promossa nell’ambito di #EndViolence, la campagna globale UNICEF di informazione e sensibilizzazione sulle diverse forme di violenza che colpiscono i minori, lanciata nel luglio 2013, ha fornito una serie di interessanti dati relativamente alle molteplici e differenti tipologie di violenza, che è interessante conoscere per avere un quadro completo di tutte le forme sotto le quali può esprimersi l’abuso, a partire da quelle più comuni, per finire (soprattutto) a quelle più implicite, nascoste o addirittura difficili da immaginare.

Violenza sessuale

Nel mondo, circa **120 milioni di ragazze** sotto i 20 anni (circa una su dieci) hanno subito qualche forma di abuso sessuale. **84 milioni di adolescenti** (15-19 anni), ossia una su tre fra quelle che hanno una relazione stabile, è stata vittima di violenza psicologica, fisica o sessuale da parte del marito o del partner.

La diffusione di comportamenti violenti da parte del partner si attesta ad oltre il 70% nella Repubblica Democratica del Congo e in Guinea Equatoriale, e si avvicina o supera il 50% in Uganda, Tanzania e Zimbabwe.

In Svizzera, secondo una ricerca nazionale condotta nel 2009 sui giovani tra 15 e 17 anni, rispettivamente il 22% delle ragazze e l'8% dei ragazzi hanno subito almeno una volta una violenza sessuale con contatto fisico. Dallo stesso rapporto emerge come la forma di abuso sessuale più comune, per entrambi i sessi, venga perpetrata attraverso Internet.

Omicidi

A livello globale, **un quinto degli omicidi ha come vittima un bambino** o un ragazzo sotto i 20 anni: si pensi che solo nel 2012, sono stati assassinati 95.000 tra bambini e giovanissimi.

L'omicidio è la principale causa di morte tra i maschi di una fascia d'età compresa tra 10 e 19 anni a Panama, in Venezuela, El Salvador, Trinidad e Tobago, Brasile, Guatemala e Colombia, mentre il primato, in termini assoluti, circa il numero degli omicidi di bambini è detenuto dalla Nigeria, con 13.000 casi l'anno.

Infine, gli Stati Uniti registrano il più elevato tasso di infanticidi fra i Paesi ad alto reddito.

Bullismo

Nel mondo, oltre un terzo degli studenti tra 13 e 15 anni di età è sistematicamente vittima del bullismo in ambiente scolastico. A Samoa, in Oceania, la proporzione è addirittura di 3 su 4. Circa un terzo degli studenti tra gli 11 e i 15 anni, in Europa e in Nord America, ha dichiarato di avere commesso atti di bullismo. In Lettonia e Romania questa percentuale sale al 60%.

Punizioni corporali

Circa il **17% dei bambini**, in 58 Stati presi in esame, risulta soggetto a forme severe di punizione fisica (percosse – anche dure e ripetute – sulla testa, alle orecchie o in faccia). In Ciad, Egitto e Yemen oltre il 40% dei bambini tra i 2 e i 14 anni ha subito punizioni corporali severe.

A livello globale, 3 adulti su 10 ritengono che le punizioni corporali siano giustificabili nell'educazione di un bambino. In Swaziland l'82% degli intervistati ha dichiarato che le punizioni fisiche sono necessarie.

Atteggiamento nei riguardi della violenza domestica

Quasi la metà delle adolescenti tra 15 e 19 anni di età (circa 126 milioni in tutto) giustifica il marito che picchia la moglie, in determinate circostanze. Questa percentuale arriva all'80% o più in Afghanistan, Guinea, Giordania, Mali e Timor

Est. In 28 Stati, sui 60 per i quali sono disponibili dati disaggregati per genere, la convinzione che sia giustificabile che un marito percuota la moglie è persino più diffusa fra le donne che non fra gli uomini. In paesi come Cambogia, Mongolia, Pakistan, Ruanda e Senegal, la percentuale di ragazze che ritiene giustificabile le percosse del marito sulla moglie è addirittura doppia rispetto a quella dei coetanei maschi.

I dati di questo tipo, riferiti a 30 Stati, indicano che circa il 70% delle giovani vittime di violenza fisica o di abuso sessuale tra i 15 e i 19 anni non hanno mai chiesto aiuto. Molte di esse hanno addirittura riferito che non ritenevano si trattasse di abuso o che non lo consideravano un problema.

L'UNICEF propone alcune strategie per far sì che la società nel suo complesso – dalle famiglie ai governi – prevenga e riduca la violenza sui bambini. Queste prevedono un maggiore sostegno ai genitori, ma anche la volontà di fornire a bambini e ragazzi le opportune competenze comportamentali, utili a modificare gli atteggiamenti sociali nei confronti della violenza, nonché far conoscere i costi umani e socioeconomici della violenza e rafforzare i sistemi giudiziari, penali e sociali, al fine di cambiare atteggiamenti e normative.

La violenza sui bambini ha conseguenze durature, che spesso si ripercuotono sulle generazioni successive: i bambini maltrattati hanno statisticamente meno possibilità di trovare lavoro e maggiori probabilità di vivere in povertà e diventare, a loro volta, violenti.

«Ci sono fatti gravi che nessun governo, nessun genitore vuole vedere» afferma **Anthony Lake**, Direttore dell'UNICEF. *«Ma se non facciamo i conti con la realtà che si cela dietro ciascuna di queste terribili statistiche – cioè, il fatto che il diritto di un bambino ad avere un'infanzia sicura e protetta è stato violato – non cambieremo mai la mentalità che considera la violenza contro i bambini normale e accettabile. E questo non deve più accadere. Le violenze sui bambini avvengono ogni giorno, ovunque; e mentre colpiscono i bambini, danneggiano anche il tessuto sociale, compromettendone la stabilità e il progresso. Ma la violenza sui bambini non è inevitabile. Può essere prevenuta, se rifiutiamo di lasciare che questi fenomeni restino nell'ombra»* conclude Lake, con un monito chiaro e diretto: *«I dati del rapporto ci costringono ad agire per il bene di ogni singolo bambino e per il futuro delle società nel mondo»*.

Ma cosa si intende per *violenza*? Per violenza, nella sua accezione globale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002) intende "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, altre persone o contro un gruppo o una comunità, da cui conseguono o da cui hanno una alta probabilità di conseguire lesioni, morte, danni psicologici, compromissioni nello sviluppo (maldevelopment) o deprivazioni".

Si tratta, come si può osservare, di una definizione generale che comprende diverse forme di violenza, visibili e invisibili, attive o omissive, auto ed eterodirette, da cui conseguono compromissioni per la salute psico-fisica di adulti e

bambini. In relazione alla violenza nei confronti dei bambini, non esiste ancora un accordo generale sulla definizione più efficace ed appropriata, a causa di confini labili e indistinti tra le diverse tipologie classicamente adottate (trascuratezza, maltrattamento fisico e psicologico, abuso sessuale) e per il continuo emergere di nuove forme di violenza quali la riduzione in schiavitù, la prostituzione, il coinvolgimento nella pornografia o l'emarginazione derivante dalla immigrazione clandestina.

Noi stessi, volontari UNICEF, che quotidianamente lavoriamo in tutti i Paesi del mondo per dare attuazione alla Convenzione di New York, viviamo un forte disagio in relazione al fatto che nel nostro Paese non riusciamo ancora ad ottenere risultati significativi. Siamo convinti che il primo passo da intraprendere per l'applicazione della Convenzione debba essere individuato sul versante culturale attraverso iniziative di formazione. Le stesse iniziative che appoggiamo e supportiamo, convinti di quanto possano essere incisive nella tras-formazione dei soggetti.

Questo manuale, grazie al lavoro solidale che il dott. Emilio Nuzzolese sta conducendo con passione e slancio da molti anni, rappresenta una delle molteplici attività di informazione e sensibilizzazione che viaggia sul canale del contrasto di quelle forme di violenza nascosta che al giorno d'oggi non può essere più ignorata. Esso può consentire a tutti i professionisti che, per motivi differenti, si trovano a contatto con bambini e adolescenti, di poter intercettare situazioni di maltrattamento, che un semplice approccio professionale o clinico, limitato però al singolo ambito di competenza, non sempre permette di individuare.

Silvana Calaprice

Vice Presidente Comitato Nazionale Unicef
Professore ordinario di Pedagogia Generale e Sociale,
Università degli Studi di "A. Moro" di Bari

PREMESSA

L'intensa attività di formazione e coinvolgimento nell'ambito delle Scienze Forensi e dell'Odontologia Forense, coniugata con l'impegno profuso in numerose iniziative di solidarietà odontoiatrica in favore dei bambini e dei soggetti vulnerabili, apre ad una visione trasversale dell'odontoiatria: non solo cura e trattamento delle patologie orali, ma disciplina medica di grande valore bioetico.

Da un lato le applicazioni forensi dell'odontoiatria permettono il più corretto inquadramento e rigore tecnico sull'accertamento dell'età dei minorenni non accompagnati, delle lesioni da morso nei casi di violenza domestica e omicidi e - non meno importante - la tempestiva identificazione dei corpi senza nome ritrovati a seguito di disastri di massa, nelle fosse comuni o riconducibili a persone scomparse. Il coinvolgimento dell'odontoiatra esperto in odontologia forense, nei propri ambiti di competenza, permette quindi il più rigoroso rispetto dei Diritti Universali dell'Uomo e della criteriologia medico-legale nell'ambito delle indagini giudiziarie, diventando così risorsa e strumento al servizio della Giustizia.

D'altro lato, le esperienze di volontariato odontoiatrico maturate in Italia (nelle scuole dell'infanzia/primarie e durante le emergenze di protezione civile) e all'estero (Benin, Bosnia e Herzegovina, Romania, Kosovo e Iraq) per la promozione della salute orale e l'assistenza odontoiatrica, permettono di sostenere l'enorme importanza e il diritto di tutti gli uomini di poter masticare, parlare, comunicare e tornare a sorridere. Attraverso iniziative e progetti di solidarietà, l'odontoiatra supera il limite di un'assistenza prevalentemente privata e di un servizio sanitario pubblico insufficiente, diventando così strumento al servizio della Salute Pubblica.

L'odontologia forense e l'odontoiatria di comunità si interrelazionano proprio sul fenomeno del maltrattamento sui minori, poiché l'odontoiatra è quell'operatore sanitario che con grandissima frequenza, insieme ai medici di base e pediatri, si interfaccia con bambini e adolescenti, potendo osservare quelle aree anatomiche, come viso e collo, che in più del 50% dei casi, presentano segni di possibile maltrattamento fisico. Ma non solo. La visita odontoiatrica può evidenziare segni ovvero indici di trascuratezza dentale che, insieme alla trascuratezza igienico-sanitaria, rappresenta una delle forme di maltrattamento e nocimento all'armonico sviluppo psico-fisico del bambino. Non meno importante il ruolo che un odontoiatra può, o dovrebbe, assumere nell'accertamento tecnico-forense dell'età del minorenne/maggiorenne, soprattutto con riguardo ai minori stranieri non accompagnati.

Ecco perché era determinante per me intraprendere un percorso da condividere con i colleghi, finalizzato ad aumentare la consapevolezza degli odontoiatri e degli igienisti dentali sul fenomeno del maltrattamento sui minori, organizzando a Bari nel 2009 e a Matera nel 2013, con la Società Italiana di Odontoiatria Legale e Assicurativa (SIOLA), il 1° e il 2° Convegno "*Maltrattamento e trascuratezza dei minori: ruolo preventivo del medico e dell'odontoiatra*".

Nel contempo, con l'obiettivo di fornire risposte concrete alle esigenze del territorio e potenziare la prevenzione odontoiatrica, soprattutto nelle comunità, veniva fondata nel 2010, da odontoiatri e igienisti dentali, l'associazione di volontariato "Solidarietà Odontoiatrica per l'Handicap e l'Infanzia (SOPHI)", che, grazie al protocollo d'intesa e al sostegno della Dr.ssa Rosy Paparella, Garante per i Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Puglia (2011-2016), ha realizzato questo manuale con l'obiettivo di aumentare, anche per effetto della rete di 55 mila studi e ambulatori odontoiatrici privati, il livello di protezione e tutela di bambini e ragazzi attraverso linee di indirizzo e di comportamento specifici. L'associazione SOPHI, tra le varie iniziative, dal 2015 ha anche intrapreso una collaborazione attiva con l'Assessorato al Welfare del Comune di Bari finalizzata alla realizzazione di programmi di promozione della salute orale e prevenzione dentale in favore di bambini e di bambine di 0-14 anni.

Mi auguro che la consultazione di questo manuale possa essere un ausilio sia per gli odontoiatri e gli igienisti dentali che affronteranno per la prima volta una situazione di presunto maltrattamento, sia per i colleghi odontoiatri con maggiore esperienza clinica e competenze medicolegali, che potranno riconoscere in esso un sintetico compendio di tutti gli elementi necessari per una semeiotica odontoiatrica mirata. Potranno trovare interessanti spunti di riflessione anche gli operatori sanitari e sociali che operano nel campo dell'infanzia e dell'adolescenza, come il medico pediatra, l'assistente sociale e gli educatori in genere.

In questa edizione aggiornata 2017 il manuale integra anche un altro aspetto del maltrattamento dei minori che l'operatore sanitario e dell'infanzia non può ignorare: la patologia della cura ovvero ipercuria e discuria, anch'esse foriere di nocimento per l'armonico sviluppo del bambino e dell'adolescente.

Per ridurre i rischi di errori diagnostici e interpretativi sarà sempre necessario integrare conoscenze ed esperienze specialistiche con le diverse professionalità attinenti alle problematiche minorili, secondo il più idoneo approccio multidisciplinare e plurispecialistico. Per lo stesso principio l'odontoiatra con esperienza clinica e forense dovrà essere considerato una risorsa complementare nei gruppi di lavoro, di studio e di intervento finalizzati all'accertamento e contrasto del maltrattamento sui minori.

Emilio Nuzzolese

Presidente OdV SOPHI Solidarietà Odontoiatrica per l'Handicap e l'Infanzia
Master in Tutela, Diritti e Protezione dei Minori
Tutore Legale Volontario

INTRODUZIONE^(*)

La fotografia italiana più recente di un fenomeno che ha tutte le caratteristiche della scarsa visibilità sociale è restituita da una ricerca, presentata nel maggio 2015 e promossa dall'Autorità Garante Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza con Terre des Hommes e CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia). L'indagine, che ha coinvolto in 231 comuni una popolazione di 2,4 milioni di minori, individua una cifra di oltre 91 mila bambini e adolescenti maltrattati seguiti dai Servizi Sociali, con maggiore incidenza al Sud e al Centro (273,7 e 259,9 per mille, rispetto ai 155,7 per mille del Nord).

I dati mettono in evidenza la maggiore vulnerabilità delle femmine e dei minori stranieri, mentre le forme con cui viene agito il maltrattamento sono più spesso la trascuratezza materiale e/o affettiva (55%), la violenza assistita (19%), il maltrattamento psicologico (14%). Seguiti dalle patologia delle cure (8,4%) e dal maltrattamento fisico (6,9%).

Già nel 2013 un'altra ricerca, condotta dall'Università Bocconi di Milano e commissionata sempre da Terre des Hommes e CISMAI aveva aperto uno spaccato allarmante sui costi diretti e indiretti per la collettività dei traumi infantili da maltrattamento, e in particolare della loro mancata prevenzione.

La stima contiene improcrastinabili elementi di riflessione: 13 miliardi di euro l'anno, corrispondenti allo 0,84% del PIL!

Tra i costi diretti vanno computate le spese per: ospedalizzazione, interventi sulla salute mentale e sui servizi di Welfare, affido e strutture residenziali, giustizia minorile. Tra quelli indiretti (visto che spesso, in assenza o carenza di una seria strategia preventiva, i bambini maltrattati manifestano da adolescenti e da adulti disagi anche molto gravi) bisogna considerare gli interventi educativi, sanitari, e le spese connesse alle forme di devianza e di criminalità, oltre che – e va sottolineato con forza – la perdita di produttività per l'intera società.

Se a questa rappresentazione, difficile da accettare e di per sé già densa di contenuti preoccupanti, si aggiunge il riscontro che la maggior parte delle violenze e dei maltrattamenti sono agiti all'interno delle relazioni familiari, o comunque nella cerchia "di fiducia" dei bambini, diventa ancora più significativa la stima dell'OMS secondo cui per ogni caso di violenza all'infanzia preso in carico dal sistema di tutela dei minori almeno 9 non sono riconosciuti.

Un fenomeno spesso considerato sommerso quindi, che per chiarezza va in primo luogo definito, come ha proposto la stessa OMS nel 2002: *" tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza o altro che comportino un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere "*.

(*) Dr.ssa Rosangela Paparella, Garante Regionale dei Diritti del Minore Regione Puglia (2011-2016).

Deve essere chiaro inoltre che sempre su indicazione dell'OMS (2006), la violenza all'infanzia va trattata come un problema di salute pubblica, in quanto patologia trasversale rispetto a condizioni sociali, economiche e culturali - patologia il cui contagio si diffonde e ha una portata "ampia e imprevedibile, che coinvolge anche la qualità pubblica della vita" (fonte Cismai).

Da tutto ciò deriva la necessità di predisporre e realizzare un Piano Nazionale di prevenzione e contrasto ai maltrattamenti e violenze all'infanzia e all'adolescenza, puntando sull'emersione del fenomeno, sulla sua prevenzione e sugli interventi precoci di sostegno alle vittime.

Per tutti i professionisti che operano a contatto con i bambini, e in particolare più interessati sono gli insegnanti, gli educatori, i pediatri, ma anche tutti gli operatori sanitari di prossimità, è necessaria un'azione di sensibilizzazione e di formazione capillare e approfondita. Per consentire di moltiplicare sul territorio le "antenne" capaci sia di intercettare precocemente le situazioni di trauma in atto che di promuovere la crescita di una cultura più attenta alla salute e al benessere dei bambini e delle bambine.

La diffusione di questo manuale va proprio in questa direzione rafforzando una delle fasi più delicate d'intervento da parte dei professionisti, in questo caso degli odontoiatri, insieme ai pediatri, la categoria di sanitari spesso in relazione con i minori: il livello primario della rilevazione del fenomeno.

Una prima raccomandazione nella fase di rilevazione è quella di conoscere in maniera chiara e corretta l'intero sistema di protezione dei minori, con cui interfacciarsi evitando la gestione solitaria e autoreferenziale dei casi, del tutto inefficace quando non dannosa. La presa in carico, infatti, è complessa e prevede l'integrazione coordinata di operatori sociali, sanitari, educatori, forze dell'ordine e Autorità Giudiziarie.

Nello specifico gli attori istituzionali coinvolti nel sistema di prevenzione, protezione e tutela dei bambini vittime di maltrattamenti, violenze, abusi e sfruttamento sessuale sono:

- I servizi sociali territoriali
- I servizi sanitari
- Le Forze dell'Ordine
- L'Autorità Giudiziaria
- I servizi scolastici, socio-educativi
- La rete dei servizi di accoglienza
- I centri antiviolenza
- L'Ufficio Garante per i diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (regionale per le regioni che l'hanno istituito, altrimenti l'Autorità Garante nazionale).

È altrettanto importante che gli operatori sanitari conoscano i principali riferimenti normativi relativi agli interventi di tutela dei minori nei casi di maltrattamento, anche per la diretta responsabilità giuridica che deriva dall'obbligo di denunciare reati procedibili d'ufficio.

In primo luogo il principio per cui le persone minori di età sono, a tutti gli effetti, soggetti titolari autonomamente di diritti, così come sancito da:

- Convenzione ONU sui Diritti del Fanciullo, siglata a New York il 20 novembre 1989 e ratificata dallo Stato Italiano con la legge 27/05/1991, n. 176.
- Convenzione Europea sull'esercizio dei Diritti dei Fanciulli, firmata a Strasburgo il 25/01/1996 e ratificata dall'Italia con la legge 20/03/2003, n. 77.
- Linee Guida per le strategie nazionali integrate di protezione dei bambini dalla violenza, approvate dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 18/11/2009 nella Raccomandazione n.10/2009.

La titolarità giuridica degli interventi è di competenza dei servizi sociali, la presa in carico per la valutazione clinica e il trattamento riguarda invece il settore dei servizi sanitari pubblici.

La rete tra professioni e istituzioni, definita anche dagli obiettivi del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del Piano Sanitario Nazionale prevede quindi una forte sinergia socio-sanitaria.

Ogni operatore sanitario che entra in contatto con i minori nell'esercizio delle proprie funzioni professionali ha il dovere di vigilare e fronteggiare eventuali situazioni di pregiudizio che riguardino gli stessi minori. L'art. 13 del T.U. ONMI e la legge 698/1975 (con la quale le competenze ONMI sono state trasferite ai servizi sociali), gli artt. 23, lettera c del DPR 616/1977 e l'art. 132 del D.Lgs. 112/1998 si riferiscono, difatti, all'obbligo di vigilare e assumere iniziative a tutela del minore, attivando all'occorrenza l'Autorità Giudiziaria).

Si evidenzia peraltro che il nuovo Codice deontologico della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) del 18/05/2014 "Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili" così si esprime: "Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità psico-fisica, sociale e civile quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita...".

La responsabilità giuridica degli operatori sanitari comporta, inoltre, l'obbligo di segnalare all'Autorità Giudiziaria le condizioni di pregiudizio vissute da minori che configurino un possibile reato ai suoi danni. La segnalazione di un Pubblico Ufficiale o di un Incaricato di Pubblico Servizio è definita Denuncia di reato/rapporto all'Autorità Giudiziaria, mentre la segnalazione di un esercente una Professione Sanitaria è definita Referto (vedere Parte III).

In particolare si rimanda all'art. 362 c.p. che definisce l'obbligo a presentare il referto per gli esercenti le professioni sanitarie. "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza o opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a euro 516". Ben più grave nel caso in cui il professionista operi presso una struttura pubblica o convenzionata: in tal caso, infatti, ai sensi degli artt. 357/358 c.p. è

obbligato a denunciare il possibile reato in quanto Pubblico Ufficiale. Gli artt. 332 e 334 c.p. definiscono, infine, le modalità di compilazione del referto.

Per maggiore chiarezza è opportuno indicare di cosa si parla quando ci si riferisce a reati perseguibili d'ufficio, quei reati cioè che prevedono l'obbligo da parte dello Stato di intervenire a prescindere dalla volontà dei titolari dei diritti violati. In questa sede si elencano casi che, con maggiore probabilità, possono essere osservati nell'ambito della professione di odontoiatra:

- Art. 570 c.p.: Violazione degli obblighi di assistenza familiare
- Art. 571 c.p. Abuso dei mezzi di correzione o disciplina
- Art. 572 c.p. (modificato dalla legge n. 119 del 15/10/2013): Maltrattamenti contro familiari o conviventi
- Art. 582 e segg. c.p.: lesioni personali volontarie lievi, gravi e gravissime
- Art. 591 c.p.: abbandono di persone minori o incapaci
- Art. 600 bis c.p.: violenza sessuale

Sarà la Magistratura penale (Procura della Repubblica presso il Tribunale ordinario, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, Il Tribunale Penale), ad accertare l'effettiva commissione del reato, applicando le sanzioni che la Legge prevede.

La cornice normativa e la conoscenza della rete istituzionale che deve essere coinvolta nella filiera delle responsabilità di tutela e protezione rappresentano una bussola necessaria per gli operatori del mondo della sanità. Ugualmente riteniamo indispensabile l'azione costante di sensibilizzazione e formazione, capace di offrire strumenti, ma al tempo stesso promuovere la crescita culturale di tutta la categoria professionale.

L'Ufficio Garante regionale dei diritti del Minore della Regione Puglia ha il compito, tra gli altri, di sostenere e realizzare iniziative a ciò orientate e, in quest'ottica, riconosce al lavoro che qui presentiamo valenza di indubbio rilievo. Coinvolge infatti la figura dell'odontoiatra in quanto professionista prossimo ai bambini e alle loro famiglie. L'accesso ai controlli periodici e alle terapie odontoiatriche rappresenta, e fortunatamente con più frequenza, un'esperienza che riguarda la quasi totalità della popolazione minorile del nostro Paese. È pertanto a pieno titolo che gli odontoiatri possono e devono entrare nella rete dei soggetti in grado di contrastare il fenomeno del maltrattamento, acquisendo strumenti di osservazione e di diagnosi e maggiori capacità di interpretazione dei quadri clinici che presentano i bambini.

L'auspicio pertanto è che questo lavoro costituisca un contributo al rafforzamento globale del sistema di promozione della cultura dei diritti e protezione e tutela dei minori.

PARTE PRIMA

LA TUTELA DEL VALORE BIOETICO DEL SORRISO DI UN BAMBINO MALTRATTATO^(*)

La tutela del valore bioetico del sorriso di un bambino nella nostra prospettiva di promozione del benessere infantile e adolescenziale, non può prescindere da una analisi conoscitiva, se pur in sintesi, del fenomeno della violenza sui minori.

Tale conoscenza è uno strumento di competenza e di tutela degli operatori stessi che si occupano del **prendersi cura e dell'aver cura** dei loro pazienti e, in particolare, dei bambini e dei ragazzi. Per questa ragione l'area sociale, psicologica ed educativa è destinata a integrarsi sempre più con la dimensione sanitaria in una logica di interazione e complementarietà - pur nel rispetto delle diversità di competenze. Un'osmosi di discipline come quella che si dipinge, vincendo anche le molteplici diffidenze, è un processo inevitabile che da diversi anni si va strutturando proprio per rispondere alla maggiore complessità del bisogno umano (sempre più di natura sociale, sociosanitario e sanitario).

L'etica della responsabilità nelle professioni sanitarie ha sempre rivestito un fondamentale ruolo preliminare e di cornice rispetto alla pratica, grazie ad una imprescindibile formazione deontologica: in linea generale, nonostante le specifiche e differenziate tecniche operative delle professionalità medico-chirurgiche, non è possibile immaginare situazioni che non rientrino nelle norme etiche generali relative al rapporto medico-paziente.

In particolare, non è infrequente che dall'esame della bocca risaltino non solo le patologie pregresse e quelle attuali, ma anche lo stile di vita e le abitudini del paziente - quasi come una ricostruzione biografica del soggetto. L'esercizio della medicina e chirurgia e quello dell'odontoiatria, non possono che ispirarsi agli stessi *principi etici a difesa dell'uomo e a salvaguardia dell'umanità* (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, *'Bioetica in odontoiatria'* - Documento approvato nel giugno 2005).

Lo stesso Codice deontologico della FNOMCeO del 2014, nell'**art.32, relativo ai doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili**, definisce che: *“ Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza in condizioni di vulnerabilità psico-fisica, sociale e civile quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale... ”*

Inoltre, oltre al Piano Sanitario Nazionale, il *Piano Regionale di Salute della Regione Puglia 2008-2010* inserisce tra le criticità da affrontare con priorità un

(*) Dr. Michele Corriero, Psicopedagogista, Presidente UNICEF Comitato provinciale di Bari, Giudice Onorario Tribunale per i Minori Bari.

capitolo su “ *L’abuso, il maltrattamento e la violenza sulle donne e minori* ” con i relativi interventi di promozione della salute e la realizzazione di interventi in diverse aree tematiche (supporto e protezione delle vittime, attività e interventi di rieducazione con gli aggressori ove possibile, formazione, ricerca, informazione e sensibilizzazione).

Questi, come altri contributi di valore istituzionale, programmatico e professionale, favoriscono una nuova prospettiva nella *cultura della prevenzione e del prendersi cura* dei soggetti più deboli, vulnerabili e già vittime di maltrattamenti.

Il Rapporto mondiale sulla violenza e la salute del 2002 e la risoluzione del 2003 della *World Health Assembly* sull’implementazione delle raccomandazioni del rapporto, hanno evidenziato le conseguenze per la salute pubblica del maltrattamento sui minori e sottolineato il ruolo della salute pubblica nella prevenzione e nei servizi per le vittime.

La situazione italiana - per ciò che riguarda la *prevenzione, cura e presa in carico* del maltrattamento, l’abuso sui minorenni e la relativa organizzazione dei servizi preposti a tali funzioni - è attualmente caratterizzata da notevole discontinuità: accanto a leggi di buon livello e alla presenza di buone pratiche per la tutela e l’assistenza dei minorenni, spesso ci si confronta con una situazione caratterizzata dal difetto di misure atte a garantire sufficiente attuazione di tali normative e ad assicurare a tutti i minorenni maltrattati e abusati - ma anche ai loro familiari e a coloro che ne assumono la responsabilità genitoriale - l’esecuzione delle misure e il lavoro terapeutico e di sostegno necessario per curare le conseguenze psicologiche ed eventualmente psicopatologiche che i traumi e le esperienze sfavorevoli determinano (Documento di proposta del Garante Nazionale per l’infanzia e l’adolescenza ‘ *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento* ’ - Roma, maggio 2015). Nello stesso Documento vengono individuate criticità e percorsi utili a migliorare la situazione rispetto *alla cura, prevenzione e contrasto al fenomeno della violenza sui minori*, nelle sue diverse declinazioni.

Definire pertanto il maltrattamento all’infanzia un problema di *salute pubblica* significa modificare non certo la natura penale di alcuni comportamenti, che devono comunque essere perseguiti, bensì l’approccio preventivo al fenomeno, con un maggiore coinvolgimento e una organica mobilitazione delle famiglie, dei professionisti e dei sistemi di tutela per l’infanzia e l’adolescenza.

Secondo l’ottica adottata da Krug (Etienne Krug è il direttore del Dipartimento di prevenzione di lesioni/danni e violenza presso l’Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra) la violenza si configura come una *patologia relazionale*, con precise caratteristiche:

- è *ereditaria*, nel senso che appartenendo alla categoria dei comportamenti appresi, si può trasmettere in linea transgenerazionale: una coppia violenta *educa*,

anche inconsapevolmente, i figli alla violenza e, quindi, può *generare* futuri genitori violenti;

- è *contagiosa*, perché stili di vita violenti inquinano, invadendola, l'atmosfera relazionale complessiva contagiando chi vi si trova a vivere: un comportamento violento infatti suscita facilmente risposte violente, trasmette da un soggetto all'altro il *virus* della violenza, provoca l'adattamento a situazioni violente, suggerisce giustificazioni a comportamenti violenti, costruisce consenso attorno a modalità violente di difendere le proprie ragioni;
- è *una patologia* che, se non precocemente curata, tende alla cronicità;
- è *una patologia degenerativa*: il *virus* si potenzia nel tempo, invade zone sempre più ampie delle relazioni passando dalla violenza interpersonale alla violenza domestica, alla violenza familiare fino a quella di gruppo e di banda, a quella sociale e politica, innescando sequenze relazionali in escalation che sfuggono facilmente al controllo degli stessi attori e che possono giungere fino a compromettere la vita propria o altrui;
- è *un pericolo* poiché, diversamente da quanto si tende a pensare, la violenza non è pericolosa solo per la vittima, ma si rivela spesso pericolosa anche per chi la esercita, esponendolo al rischio di commettere reati e di diventarne vittima e trovarsi a pagare pesantemente le conseguenze di gesti inconsulti sia sul piano giudiziario, sia sul piano delle relazioni parentali, amicali, sociali, dalle quali - peraltro - può venire emarginato in seguito;
- è *complessa da curare perché non regredisce spontaneamente*: piuttosto, chi vuole guarire deve affrontare percorsi di recupero impegnativi ed esposti al rischio di ricadute.

Una definizione del termine *child abuse* è stata offerta dalla *Consultation on Child Abuse and Prevention* (1999) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: “ *Per abuso all'infanzia e maltrattamento devono intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere*”. L'abuso all'infanzia può caratterizzarsi per una condotta attiva (per es.: ustioni, percosse, atti sessuali) oppure omissiva (per es.: trascuratezza, abbandono).

Le basilari forme di abuso all'infanzia rilevate nella clinica sono (nell'ultima parte del testo saranno esplicitate le singole definizioni):

- abuso sessuale;
- maltrattamento fisico;
- maltrattamento psicologico;

- trascuratezza/patologia delle cure;
- violenza assistita.

Le evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute dei soggetti coinvolti, evidenziando danni fisici e psicologici che impongono di attuare cure precoci, integrate e specialistiche (Cheli et al., 2012).

Nella valutazione dell'entità, tale danno cagionato è tanto maggiore quanto più:

- il fenomeno resta sommerso e non viene individuato;
- è reiterato nel tempo;
- la risposta di protezione alla vittima ritarda o è elusa;
- il vissuto traumatico è negato, resta non espresso o non elaborato;
- è intrafamiliare.

Ecco che prevenire il maltrattamento si può e si deve fare. E proprio a tale scopo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità da tempo raccomanda a tutti gli Stati di dotarsi di un piano nazionale di prevenzione della violenza (Raccomandazione 1 - WHO, 2002) e di metodologie di progettazione rigorose e scientifiche al fine di poter controllare e confrontare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni (Cismai, 2010).

Il maltrattamento, *come patologia delle relazioni di cura*, è fortemente correlato a specifici fattori di vulnerabilità e di resilienza individuali, familiari e sociali che, in un processo interattivo, moderano o aggravano il rischio di esposizione alla violenza. In particolare, la violenza domestica è un fattore altamente predittivo di maltrattamento fisico o sessuale e di trascuratezza (Di Blasio et al., 2005). Questi ultimi determinano conseguenze significative non solo nella regolazione delle proprie emozioni, ma anche nella capacità di comprenderle e di valutare correttamente le cause degli stati affettivi altrui. Le scarse competenze emotive non sono poi indipendenti dal processo di socializzazione successivo sia nell'interazione con gli adulti sia con i pari (Di Blasio, 2000).

Ora, considerando il fenomeno della trascuratezza anche sotto la forma più singolare dell'incuria, è facile constatare come nonostante sia la forma di violenza all'infanzia più diffusa (Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti, Garante Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, Cismai, Terre des Hommes), essa venga molto difficilmente riconosciuta e segnalata. Si pensi addirittura al fatto che anche giungere ad una definizione della Trascuratezza in letteratura scientifica è stato un compito non facile e immediato, dal momento che tale forma di maltrattamento sottende a una struttura complessa e multifaccettata (Stone, 1998) che richiede uno sforzo multidisciplinare e multi-professionale in diversi settori - in particolare quello sanitario, educativo, sociale e giuridico.

Tutelare il valore del sorriso di un bambino ha un significato reale e simbolico: da una parte significa recuperare una dimensione della responsabilità degli adulti, della consapevolezza dei rischi che si generano maltrattando e trascurando i bisogni primari dei bambini, grazie ad un processo di ampliamento del concetto di *cura* anche ai bisogni emotivi, di affetto, di amore, di protezione, di salute mentale, di stima e di riconoscimento; dall'altra, significa porre l'attenzione sulla prevenzione dei fenomeni di trascuratezza, trascuratezza grave e dell'incuria (ipercura e discuria, patologia delle cure e violenza fisica) nei confronti dei minori, in ambito sanitario - primo tra tutti quello odontoiatrico.

Il valore del sorriso in un bambino ha, in maniera intrinseca, un messaggio di straordinario potere: rappresenta la bellezza, la gioia, la libertà di esprimersi e di entrare in relazione con gli adulti ed i pari. In questa fase l'odontoiatra clinico e l'igienista dentale, come tutte le *figure di cura* ma anche gli esperti in odontologia forense e odontoiatria di comunità, hanno una grossa responsabilità nel corso della **rilevazione**.

La rilevazione fa parte di un processo d'intervento ben più ampio, che si articola in più fasi: rilevazione, attivazione della rete dei servizi, segnalazione all'autorità giudiziaria a cui seguono misure di protezione del minore, valutazione multidisciplinare, trattamento. In questa catena, la *rilevazione* costituisce una fase cruciale per la prevenzione, la protezione e la cura, interrompendo il ciclo ripetitivo del maltrattamento e della trascuratezza e agendo in chiave riparativa e curativa.

Essa è inoltre caratterizzata dal precoce riconoscimento dei segni e dall'individuazione dei segnali di malessere - fisici e comportamentali - dei minori, delle condizioni di rischio reale e potenziale entro cui i piccoli pazienti si trovano, nonché di eventuali condotte pregiudizievoli degli adulti di riferimento.

L'accuratezza degli elementi raccolti determina in modo significativo la possibile attivazione di un tempestivo intervento di protezione, valutazione, eventuale segnalazione all'A.G., la presa in carico e trattamento (Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso - Regione Emilia Romagna, 2013).

In particolare, la condizione di trascuratezza e la mancanza di cure odontoiatriche denotano già da sole inadeguate e carenti cure rispetto ai bisogni fisici, emotivi, psicologici propri del momento evolutivo: in questa, come in qualsiasi altra forma di maltrattamento (violenza fisica, trascuratezza e incuria), il bambino sperimenta l'esistenza di uno spazio inadeguato ai suoi bisogni e, in qualche modo, vi è un *adattamento disarmonico*, in cui il protagonista tenderà ad adeguarsi passivamente rinunciando all'affermazione della sua individualità, della sua autostima e arrivando, talvolta, ad utilizzare la malattia per stabilire una relazione con gli altri o ad associarsi a contesti e persone che sente più vicino a lui (disagio, emarginazione, devianza).

Un contributo importante per l'azione preventiva, volto quindi a garantire quel *valore bioetico del sorriso* di un bambino, è rappresentato anche dalla formazione e dalla preparazione specifica sui temi della violenza all'infanzia e all'adolescenza e le relative e appropriate strategie di protezione e tutela - per quanto di competenza.

Gli operatori che sul piano sociale, sanitario, educativo o giudiziario entrano in contatto con il fenomeno della violenza e trascuratezza, sono inevitabilmente sollecitati a contattare la propria dimensione emotiva nei confronti del dolore della sofferenza di un bambino. Essi sono chiamati a far fronte a un duplice impatto con il dolore: quello appartenente al proprio passato soggettivo e quello appartenente al presente del bambino che vive lo stato di incuria e trascuratezza. Da qui deriva una comprensibile esigenza di ricorrere a tendenze difensive (Foti, 2001) che possono compromettere la tutela stessa dei minori. Pertanto non si può non vedere, ma bisogna essere preparati (emotivamente) a non mettere in atto *meccanismi di fuga* che potrebbero portare a sottovalutazione o sopravvalutazione della situazione. Per garantire e tutelare un bambino (ed il suo sorriso, inteso come l'intera gamma dei significati che esso porta con sé), il professionista deve essere formato e preparato, e non solo nella sua specifica professionalità odontoiatrica ma anche da un punto di vista emotivo rispetto alle esperienze traumatiche che si possono incontrare nella pratica professionale. Questo è un aspetto trascurato da molti, ma che, se non analizzato e considerato con attenzione, può provocare una *doppia vittimizzazione* nel minore trascurato e maltrattato.

Inoltre, nella consapevolezza che il bambino appartiene ad un sistema complesso di relazioni e contesti, è importante utilizzare un *modello ecologico* (suggerisce l'adozione di una prospettiva *ecologica* ispirata al modello di Bronfenbrenner 1986, 2010; Malacrea, 2010) che fornisce una base globale e articolata di opzioni per tutte le fasi dell'intervento, incluse le necessarie azioni di prevenzione (Cismai, 2010).

La prospettiva *ecologica* dell'intervento suggerisce di adottare efficaci strategie preventive su almeno tre livelli (WHO, 2006):

- **Livello individuale:** promuovere l'accesso ai servizi *pre* e *post* natali, monitorare i rischi in gravidanza, sensibilizzare i minori sui loro diritti;
- **Livello relazionale:** sensibilizzare e formare alla genitorialità responsabile, implementare i servizi per le famiglie, assicurare formazione agli operatori;
- **Livello sociale/di comunità:** ridurre i fattori di rischio ambientali, investire in sistemi di protezione dell'infanzia e sostegno alla famiglia, sensibilizzare e promuovere i diritti dell'infanzia, anche nelle scuole, nei contesti sociali e sanitari.

Questo modello può orientare meglio il **lavoro di rete**, che presenta necessità e bisogni preliminari non ancora affrontati sistematicamente dalle diverse categorie professionali (capacità di lavorare con altri professionisti, lavorare sulle diffidenze e resistenze reciproche, lavorare su riverbero emotivo attivato nei professionisti, sui confini e competenze professionali, ...).

È proprio grazie al lavoro in rete e al contributo di tutti i professionisti della *cura*, che le conseguenze della trascuratezza e del maltrattamento possono essere individuate, corrette o evitate: alcune caratteristiche personali del bambino, del suo

contesto genitoriale e familiare, nonché del suo ambiente vitale, possono infatti attivare le risorse familiari e promuovere dei cambiamenti positivi. Esistono, dunque, alcune variabili che possono mediare e fungere da fattori protettivi che promuovono resilienza tra i bambini trascurati, permettendogli di mantenere un funzionamento sano malgrado le avversità - che comunque vanno rimosse.

Alcune delle caratteristiche personali, quali l'autostima ed il senso di autoefficacia, sono, a parere di Daniel (1998) alcuni dei fattori che contribuiscono in misura maggiore a sviluppare la resilienza nei confronti della trascuratezza. Tra i fattori protettivi *esterni*, invece, vi è la presenza di una rete sociale e la possibilità di rivolgersi a figure di *caregivers* alternative o complementari a quelle genitoriali o figure allevanti/educative di riferimento.

In termini culturali la prevenzione e la cura, promuovendo l'attivazione di fattori protettivi, richiedono soprattutto uno sforzo personale e collettivo di pensiero e di sensibilità interpretativa, perché le singole azioni possano contare non solo sulla competenza tecnica - pur ineludibile - ma anche sul consenso di un mondo adulto, consapevole delle proprie responsabilità nei confronti dei più piccoli.

La circolarità e la tempestività tra l'intervento di prevenzione sanitaria - odontoiatrica in questo caso -, l'intervento clinico (psico-socio-educativo) ed eventualmente giuridico, rappresenta una scommessa importante per l'elaborazione comune di strategie e pratiche professionali per la tutela dei minori preservando il valore di quel *sorriso* che rappresenta bellezza e benessere psico-fisico. Lavorare ad esempio sinergicamente sulla resilienza, fattori di rischio e fattori di protezione dei bambini maltrattati e trascurati, può portare ad una prospettiva di *cura e tutela* sia medica che socio-educativa contaminandosi tra saperi e competenze, lavorando sui confini delle proprie professioni - confini che si arricchiscono di contenuti in uno spazio virtuoso di nuove sperimentazioni, con la loro identità e senza confondersi (Corriero M., 2004).

Rendere meno *invisibile* il maltrattamento e la trascuratezza e più evidente l'azione di protezione e tutela del bambino maltrattato e trascurato è segno di responsabilità e valore deontologico nel panorama delle diverse professioni che vengono in contatto con i minori ed il loro mondo vitale.

PARTE SECONDA

INTERCETTAZIONE E RICONOSCIMENTO DEL MALTRATTAMENTO NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

Gli operatori sanitari, soprattutto i pediatri, giocano un ruolo fondamentale nella salvaguardia e nella protezione della salute dei bambini. Le cure primarie pediatriche in Italia sono erogate dalle Aziende territoriali attraverso la pediatria di famiglia e la pediatria di comunità, ove presente, in collaborazione con la rete dei consultori familiari, i dipartimenti di prevenzione e con il coordinamento su base distrettuale.

L'assistenza odontoiatrica è offerta dal SSN e da una rete di 55.000 studi e ambulatori odontoiatrici privati. L'odontoiatra (ma anche l'igienista dentale) può rappresentare uno dei primi sanitari nella posizione di intercettare la presunta vittima di maltrattamento durante le visite di controllo periodiche all'interno del proprio studio professionale. Le regioni del collo e del viso, come vedremo, sono infatti molto spesso sede di segni secondari a maltrattamento mentre dall'analisi della condizione della bocca è possibile rilevare i caratteri della trascuratezza (dentale), spesso parallelo a un fenomeno di trascuratezza più generalizzato. L'odontoiatra, inoltre, ha spesso la necessità di instaurare un rapporto di cura duraturo, con il vantaggio di verificare lo stato di salute orale e generale del bambino.

Tuttavia la letteratura scientifica offre poche linee guida su quanto un operatore della salute orale - odontoiatra, igienista dentale e assistente alla poltrona - debba seguire specificatamente nella tematica del maltrattamento sui minori e soggetti vulnerabili. Molti odontoiatri - persino coloro che si occupano di odontoiatria infantile - non hanno la giusta consapevolezza della tematica del maltrattamento sui bambini, ragazzi e sui soggetti vulnerabili e del ruolo etico e morale dell'operatore sanitario che, oltre l'aspetto meramente terapeutico, può rappresentare una ulteriore risorsa per la prevenzione e la tutela dei soggetti vittime di maltrattamenti.

Da qui l'importanza di aumentare la conoscenza del fenomeno e suggerire alcune linee comportamentali utili agli operatori del settore dentale.

L'indagine quali-quantitativa “ *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?* ” realizzata nel 2012-2013 da Terre des Hommes e Cismai (Coordinamento Italiano Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) ha evidenziato che, nel nostro Paese, quasi 100.000 bambini sono vittime di maltrattamenti. La ricerca è stata condotta su un campione di 31 Comuni italiani diffusi su tutto il territorio nazionale ed una popolazione di quasi 5.000.000 di abitanti (vedere figura pag. 25).

Il medico dentista si apre, quindi, a due possibili coinvolgimenti nell'ambito del maltrattamento sui bambini/ragazzi: il primo, legato all'attività clinica propria di uno studio odontoiatrico (che può estendersi all'intercettazione e alla prevenzione di possibili condizioni di maltrattamento e/o trascuratezza) e resta circoscritta al riconoscimento, alla rilevazione e al monitoraggio e non già alla diagnosi di maltrattamento/abuso; il secondo, legato all'accertamento propriamente medico-legale che riguarda solo l'odontoiatra esperto in odontologia forense, all'interno di un equippe di altri operatori delle Scienze Forensi e delle Scienze Comportamentali.

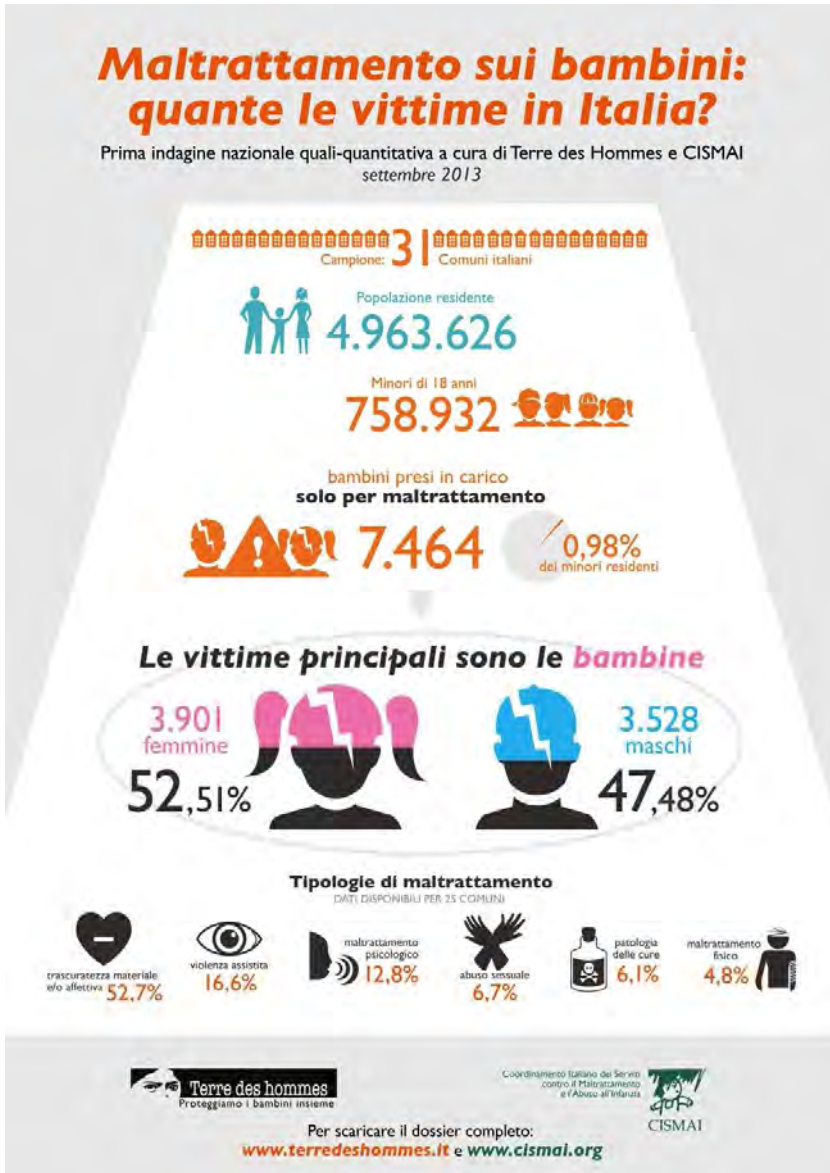
I Diritti del Fanciullo sono stati codificati dalla Convenzione delle Nazioni Unite nel 1989. Il Trattato rientra all'interno dei Diritti Umani e si applica a tutti i bambini e gli adolescenti di età inferiore ai 18 anni. Esso scaturisce anche dalla necessità di inquadrare il fenomeno del *child abuse* e le sue caratteristiche, trattandosi di un fenomeno purtroppo diffuso su scala mondiale ma che presenta sfaccettature e connotazioni di natura culturale e geografica

Il maltrattamento fisico riguarda le diverse forme di stratonamento, percosse, morsicature nei confronti del bambino. Esse, nella gran parte dei casi, sono localizzate proprio sul viso e sul collo del piccolo paziente. In generale, alcune forme di punizioni corporali non gravi sono socialmente accettate o tollerate entro certi limiti, con la conseguenza che non tutte le lesioni traumatiche con manifestazioni ecchimotiche possono essere diagnosticate come abuso. L'attenzione dell'odontoiatra clinico dovrà quindi essere orientata soprattutto all'osservazione di tutti quei segni fisici che presentano carattere di sistematicità e continuità fenomenica.

La trascuratezza rappresenta la forma più frequente di maltrattamento dei bambini e comprende ben il 60% dei casi, rappresentando anche la causa più frequente di mortalità tra i bambini maltrattati. La trascuratezza fisica riguarda la mancata attenzione e quindi l'assenza di risposta ai bisogni principali del bambino, quali l'alimentazione, l'abbigliamento, l'igiene generale e la protezione/sorveglianza da pericoli. Tralasciando la trascuratezza di natura affettiva ed educativa, che esula dal presente volume, è possibile individuare un preciso ambito di trascuratezza sanitaria che riguarda il rinvio o il rifiuto delle cure mediche e odontoiatriche. Tali forme di trascuratezza, da sola o in combinazione con altre tipologie di maltrattamento, determinano a lungo andare un danno alla salute fisica e allo sviluppo armonico del bambino.

Sono numerosi i fattori che contribuiscono alla trascuratezza di natura odontoiatrica (*dental neglect*): depressione dei genitori, disabilità dei bambini, violenza intrafamiliare, assenza di idonee risorse sociali di odontoiatria di comunità, stato di povertà. La comprensione del problema, ovvero della condotta negligente dei genitori verso la salute orale dei figli minorenni, rivela la necessità di un approccio mirato alle specifiche condizioni e bisogni dei bambini trascurati e delle famiglie trascuranti. Sul punto è utile tenere in mente che l'età ideale per sottoporre il bambino alla prima visita odontoiatrica è lo spuntare dei primi denti decidui, corrispondente al suo 1° anno di età.

Il ruolo dell'odontoiatra, in sinergia con gli altri operatori sanitari che gravitano intorno alla sfera dell'infanzia/adolescenza, permette di potenziare sia l'intercettazione e la prevenzione del maltrattamento che il completamento dell'attività diagnostico-accertativa nei casi di maltrattamento conclamato coniugato a trascuratezza dentale e lesioni traumatiche su viso e collo.



1. SEGNI E SEGNALI DI POSSIBILE TRASCURATEZZA (DENTALE)

È possibile individuare facilmente alcuni indici di trascuratezza che possono rappresentare una possibile minaccia alla salute del bambino: scarsa o inadeguata igiene generale; alimentazione inadeguata; rinvio ripetuto delle cure mediche, o visite specialistiche disattese; ritardi nella crescita o nello 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* 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 di dolori e infezioni. Quasi ogni problema odontoiatrico, quale una carie o 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 antiestetico del viso. Questi fattori sono causa per il bambino di diverse forme di sofferenza, perché i coetanei possono arrivare a prenderlo in giro e a 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.

Sul punto, la letteratura ci offre spunti di riflessioni molto interessanti: una percentuale compresa tra il 50% e il 75,5% di tutti i traumi fisici si verifica 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 orofacciale: nella cavità orale infatti possono essere riscontrati segni di abuso sessuale attraverso la presenza di emorragia petecchiale sul palato (rapporto sessuale orale forzato), sifilide orale e manifestazioni cliniche di altre malattie a trasmissione sessuale. Le strutture orali principalmente affette dal maltrattamento sono labbra (54%), mucosa orale, denti, gengiva e lingua. L'odontoiatra dovrà quindi prestare maggiore attenzione nel monitorare quelle condizioni orali caratterizzate dalla presenza di:

1. Numerose carie non curate;

2. Dolore dentale senza intervento specialistico, sottoposto a continue terapie farmacologiche;
3. Infezioni, emorragie o traumi nella zona oro-facciale;
4. Rinvio dell'aiuto specialistico odontoiatrico dopo la diagnosi di patologie orali da trattare con urgenza.

Tipico esempio di trascuratezza dentale è la carie infantile precoce. Accanto al maltrattamento fisico questa patologia, di cui sono affetti bambini di tutti i gruppi culturali, etnici e socio-economici (con tutte le implicazioni mediche, morali, psicologiche e culturali), è considerata il maggiore problema della sanità pubblica.

Il fattore più frequente nei casi di trascuratezza è l'assenza d'iniziativa concreta da parte del genitore/tutore nel far sottoporre il piccolo paziente ai trattamenti odontoiatrici proposti dopo che il medico ha chiaramente spiegato l'urgenza di un intervento alla bocca. Quindi se la diagnosi e le possibili conseguenze sono state prospettate in modo chiaro e comprensibile, se è stato anche chiarito il piano di trattamento da effettuare individuando anche eventuali idonei presidi odontoiatrici convenzionati con il SSN, la mancata accettazione della cura, la sua inspiegata interruzione o l'assenza di iniziative atte alle cure anche in altri presidi odontoiatrici deve essere considerata come chiaro segnale di trascuratezza dentale.

Solo dopo aver informato il genitore/tutore in maniera precisa dello stato di salute orale del bambino, delle cure specialistiche necessarie e dei procedimenti per lo svolgimento delle stesse e non aver ricevuto alcun riscontro (né presso il proprio ambulatorio privato né presso strutture sanitarie convenzionate), l'odontoiatra ha il dovere di agire nell'interesse del minore, ipotizzando una presunta condizione di trascuratezza.

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

Le lesioni conseguenti al maltrattamento visibili nella zona della testa e al viso si manifestano per lo più in forma di lividi, graffi, contusioni e fratture delle ossa facciali, mentre i segni oro-dentali possono essere: 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, fratture multiple della radice o malocclusioni insolite causate dal trauma, denti discolorati come conseguenza della perdita della vitalità dopo un trauma o a seguito di traumi e ustioni ai tessuti molli della cavità orale per l'effetto di sostanze caustiche.

Le lesioni possono essere evidenti, ma bisogna saperle leggere perché in alcuni casi possono essere la semplice manifestazione di una patologia sottostante

o la conseguenza di eventi accidentali veri e propri. 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 all'evento e l'incongruenza delle stesse con il quadro lesivo depongono a favore del maltrattamento.

Le lesioni ecchimotiche sono la manifestazione più comune del maltrattamento, ma è la loro localizzazione che le rende caratteristiche. Ad es. ecchimosi in zone con una maggior quantità di tessuti molli come guance, orecchie, collo, che raramente vengono coinvolte (con riferimento alle zone) dalle attività del bambino, suggeriscono la possibilità di contatti non accidentali. Anche l'impronta di morsi è un segnale importante, in quanto in questo caso deve essere verificato se essi sono stati auto inflitti (evento raro), se su aree accessibili come le mani per es., o se sono stati causati da un animale, o ancora, se siano accompagnate da ecchimosi.

Altro segno di una situazione a rischio sono le ustioni, sia se inflitte sia se accidentali: l'ustione uniformemente diffusa su mani o collo può indicare l'immersione del piccolo in acqua troppo calda; nelle bruciature con forme definite si può invece 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.



Carie multiple e carie infantili precoci in soggetti di età pediatrica con dentizione mista. Utile rappresentare ai genitori il valore della dentatura decidua per l'armonico sviluppo e crescita del cranio, del linguaggio e della deglutizione e l'importanza di non trascurarne la cura (Si ringrazia la Prof.ssa Ivana Cukovic-Bagic, Croazia).



Traumatismi al viso: tipica lesione del frenulo labiale superiore, spesso patognomica di percosse e abuso fisico (neonato di 3 mesi). (riproduzione autorizzata da Harris J, Sidebotham P, Welbury R. *Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice*. Copdend, London, 2009).



Traumatismi al viso: lesione del frenulo labiale superiore coniugata ferita al labbro superiore e sublussazione dei due incisivi centrali decidui superiori. Opportuno approfondire il narrato anamnestico e la dinamica del traumatismo subito (bambino di 7 anni). (riproduzione autorizzata da Harris J, Sidebotham P, Welbury R. *Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice*. Copdend, London, 2009).



Visita odontoiatrica: durante la visita sulla poltrona odontoiatrica, è possibile osservare il viso ma anche aree anatomiche distanti dalla testa. Possibili lesioni edematose ed ecchimosi dovranno essere attentamente monitorate e registrate nella cartella clinica. Utile verificare attraverso la semplice osservazione l'eventuale insorgenza in epoche diverse, ma anche investigare sulla dinamica dell'evento, attraverso quanto raccontato dal piccolo paziente e dai suoi genitori. Nell'immagine il piccolo paziente presenta un quadro compatibile con un maltrattamento ma in realtà trattasi di ripetute cadute accidentali dalla bicicletta (bambino di 12 anni).



Visita odontoiatrica: l'osservazione del viso di questo bambino di 4 anni permette di dedurre la presenza di lesioni in diverso stadio di guarigione, probabilmente cagionate da più momenti traumatici distinti. La comprensione del tempo di genesi di una lesione ecchimotica non può basarsi, sotto il profilo forense, solo sulla presenza di diversi 'colori' della lesione. Tuttavia rappresenta un indicatore di cui tenere conto nell'indagine anamnestica, verificando soprattutto la compatibilità della riferita dinamica con l'età anagrafica del bambino.



L'utilizzo di un righello con riferimenti metrici e colorimetrici permette di contribuire alla interpretazione dell'epoca di genesi dell'evento o degli eventi traumatici anche al fine di accertare se le lesioni appartengono ad uno ovvero a più momenti lesivi distinti. Il righello NNDV (Nuzzolese, Neri, Di Vella, ©) è stato ideato con i colori tipici di una ecchimosi nelle sua fasi di remissione, dal momento del trauma alla guarigione (0-15 giorni).



Visita odontoiatrica: durante la visita sulla poltrona odontoiatrica, è possibile osservare l'area denominata 'triangolo di sicurezza' (disegnato in verde: corrisponde all'area anatomica situata sotto l'orecchio, lateralmente sul collo, fino alla spalla). Nell'immagine una lesione ulcerativa da ustione su di un bimbo di 6 anni, di cui confermata la natura accidentale (riproduzione autorizzata da Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. Copdend: Sheffield, 2006. www.cpdtd.org.uk).

2. CARIE PRECOCE INFANTILE (*Early Childhood Caries*)^(*)

La carie infantile precoce non curata è il segno più frequente di trascuratezza dentale. 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.

I fattori di rischio comuni sono lo status socio-economico basso, la deprivazione sociale, il vivere con un solo genitore, l'isolamento sociale della famiglia, la bassa scolarità dei genitori e la disoccupazione.

Sia la carie infantile precoce che il maltrattamento possono lasciare tracce permanenti sui bambini, cosicché gli effetti devastanti superano le lesioni fisiche più spesso menzionate. I bambini sottoposti al maltrattamento presentano l'elevato rischio di sviluppare problemi psicologici, emozionali e sociali come pure cambiare comportamento - e non soltanto fino all'adolescenza, ma anche da adulti. La carie infantile non curata nei bambini non provoca danno solo ai loro denti, ma ha anche un influsso sulla salute generale con conseguenze negative sulla qualità generale della vita del bambino. Essa dovrà quindi considerarsi quale sintomo più importante della trascuratezza (dentale) nell'ambito del maltrattamento dei minori.

Secondo l'*American Academy of Paediatric Dentistry*, la carie infantile precoce (*early childhood caries*) è caratterizzata dalla presenza di uno o più denti cariati (lesioni dentarie cavitate e non), di denti estratti (a causa delle carie) o di denti con otturazioni nei bambini fino al 71° mese di vita.

Già nel 1962 Fass ha introdotto il termine di *nursing bottle mouth* per descrivere questo stato. Da allora la terminologia ha subito dei cambiamenti quali *nursing bottle caries*, *nursing caries*, *milk bottle syndrome*, *baby bottle caries* e *baby bottle tooth decay*, tutto con lo scopo di descrivere in modo più idoneo questo quadro morboso e le sue possibili cause. Il concetto odierno di *carie infantile precoce* sembra riflettere al meglio le attuali nozioni sulle origini e sul processo di questa malattia. La carie infantile precoce è, infatti, una malattia causata da più fattori, riconosciuta da tempo come entità esclusiva dei bambini piccoli. È una malattia con le caratteristiche cliniche particolari, visibili prima di tutto agli incisivi da latte superiori, spesso causata da cattive abitudini alimentari. Si tratta inoltre di una forma di carie molto contagiosa, contraddistinta dalla presenza di alcune caratteristiche uniche nella bocca dei bambini.

Alcune ricerche hanno dimostrato un forte correlazione tra l'uso del biberon di notte e sviluppo della carie infantile precoce, anche se non tutti gli autori sono concordi. Per quanto riguarda l'allattamento la letteratura è contrastante. Alcuni sostengono che l'allattamento prolungato (più di 12 mesi) di notte può far

(*) In collaborazione con la Prof.ssa Ivana Bagic Cukovic, Professore ordinario di odontoiatria pediatrica, Vice Rettore Università di Zagabria (Croazia).

aumentare il rischio d'insorgenza della carie, mentre altri sostengono che l'allattamento e la carie infantile precoce non siano correlati.

Anche se la letteratura è contraddittoria, la madre dovrebbe essere prudente se allatta il bambino a sua richiesta o se lo allatta spesso di notte, per evitare il rischio di carie infantile precoce.

L'ultimo fattore, non meno importante, che può favorire lo sviluppo della carie è il basso status socio-economico della famiglia, il livello di scolarità dei genitori, l'ambito familiare disturbato (un solo genitore o genitori separati) e le abitudini domiciliari di igiene orale dei genitori come pure il loro bisogno di mantenere una buona salute orale.

Quadro clinico

La carie infantile precoce ha un quadro clinico caratteristico e all'inizio appare in forma di macchie demineralizzate bianche sulla superficie esterna del dente accanto alla gengiva, e successivamente può progredire in forma di cavità. I danni appaiono già dopo l'eruzione dei denti - all'inizio colpiscono i denti da latte superiori anteriori, e poi i molari da latte. La demineralizzazione può essere molto rapida. Nei bambini più giovani di 3 anni, ogni segno di carie della superficie liscia può essere l'indicazione di una forma grave della carie infantile precoce. Nella sua prima fase la carie, certamente, di solito non può essere riconosciuta dai genitori - il che di regola aumenta il rischio della sua propagazione. Se la carie progredisce in una forma avanzata, può causare delle difficoltà con la nutrizione e persino i dolori.

Se il danno ai denti è abbastanza grave da causare la perdita dei denti frontali del bambino nell'età dei 2 o 3 anni (che sono gli anni più critici per lo sviluppo della capacità di parlare), il bambino può soffrire all'articolazione e della cattiva pronuncia.

La carie infantile precoce avanzata ha delle ripercussioni anche sullo sviluppo fisico e comporta spesso la perdita del peso, la crescita in altezza ritardata a causa della nutrizione aggravata e il desiderio diminuito di cibo a causa dei dolori. La conseguenza finale della carie infantile precoce può essere la perdita troppo precoce dei denti da latte a causa dell'estrazione dei denti che non possono essere più curati con i metodi conservativi, o a causa delle infiammazioni vaste (dell'ascesso) causate proprio dai denti colpiti dalla carie infantile precoce avanzata. Nei casi rari, tali denti possono provocare pure uno stato settico che minaccia la vita o rendere necessari interventi seri e costosi. Inoltre, nei bambini con la carie infantile precoce esiste un rischio maggiore per lo sviluppo della carie anche nella dentizione permanente.

3. PARODONTOPATIE

I bambini possono avere una qualsiasi specie della malattia del parodonto secondo la classificazione clinica dell'Accademia Americana di Parodontologia (*American Academy of Periodontology*), e cioè:

- 1) l'infiammazione della gengiva causata dalla placca;
- 2) la parodontite cronica;
- 3) la parodontite aggressiva;
- 4) la parodontite come la manifestazione di una malattia sistemica;
- 5) la malattia del parodonto necrotizzante.

Se la gengivite si trasforma in una forma cronica e se dura abbastanza a lungo, l'infiammazione può colpire anche le altre strutture circostanti. Anche se la prevalenza delle malattie parodontali distruttive nei bambini è notevolmente minore che negli adulti, nei bambini si possono sviluppare le forme più gravi della parodontite. La parodontite aggressiva, localizzata o generalizzata, accompagnata dalla perdita rapida dell'attaccamento e dell'osso può infatti essere molto più frequente nei bambini e negli adolescenti che nella popolazione adulta.

4. TRASCURATEZZA NUTRIZIONALE

Fattore ugualmente lesivo dell'armonico sviluppo del bambino è quello correlato a scelte e abitudini alimentari non idonee. Tralasciando i disordini emotivi/comportamentali che in determinate situazioni si possono manifestare nell'approccio al cibo di un soggetto (ad esempio anoressia e bulimia) per i quali si rimanda a testi più specifici, è il caso di prendere in considerazione quelle condizioni alimentari alterate per qualità e/o quantità che potrebbero arrecare danno ai tessuti dentari e alla crescita del bambino. Un'alimentazione inadeguata o diete atipiche si traducono evidentemente in criticità nutrizionali, soprattutto nei primi anni di vita del piccolo, con frequenti ripercussioni sulla crescita e sullo sviluppo delle ossa e dei denti. È una forma di possibile trascuratezza – denominata **trascuratezza nutrizionale** - che potrà essere intercettata esaminando le abitudini e gli stili di vita dei genitori.

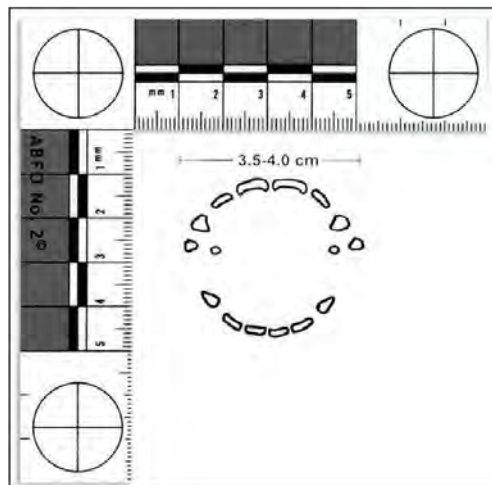
L'attenzione dell'odontoiatra e in particolare dell'igienista dentale deve pertanto essere rivolta anche alla verifica della qualità e quantità degli alimenti assunti durante la giornata dal bambino per poter monitorare aspetti di possibile malnutrizione. Sovente, ad esempio, il riscontro di una correlazione tra alcune condizioni di obesità del bambino e la condotta trascurante dei genitori.

Doveroso, dunque, per gli operatori sanitari di uno studio odontoiatrico indicare ai genitori come proteggere la salute della bocca bambino, accertandosi della comprensione di quanto consigliato e monitorando il bambino ai successivi controlli.

5. MORSO UMANO: ABUSO SESSUALE E VIOLENZA DOMESTICA

Particolarmente rilevante per l'odontoiatra è il possibile riscontro, sulla cute del bambino, di una lesione da morso di soggetto adulto. La lesione da morso potrebbe presentarsi sotto forma di ecchimosi, abrasione o lacerazione con un caratteristico *pattern* ellittico, ovoidale oppure semilunare ed essere localizzata su viso, collo, braccia, spalle.

In questi casi è indicata la tempestiva consulenza di un odontoiatra esperto in Odontologia Forense.



Rimane imprescindibile per ogni odontoiatra il dovere di ricondurre ogni deduzione di pertinenza medico-legale all'effettivo proprio livello di preparazione, evitando improvvisazioni ovvero valutazioni tecnico-forensi.

Se possibile, un più corretto approccio da parte dell'odontoiatra deve limitarsi infatti alla documentazione della lesione attraverso rilievi fotografici utilizzando dei riferimenti metrici.

Per l'interpretazione di una lesione da morso (*bitemark*) e la relativa documentazione si rimanda a testi specialistici di settore in quanto adempimenti propri di un odontoiatra esperto in odontologia forense, così come illustrato dalla ABFO (*American Board of Forensic Odontology* www.abfo.org) e dal manuale di Odontologia Forense della ASFO (*American Society of Forensic Odontology* www.asfo.org).

Ecchimosi, abrasioni o lacerazioni di forma ellittica oppure ovoidale dovrebbero sempre indurre il sospetto che si tratti di una lesione da morso umano. Queste potrebbero avere un'area ecchimotica centrale causata da due possibili fenomeni: pressione positiva determinata dalla chiusura dei denti con la distruzione di piccoli vasi cutanei superficiali; pressione negativa causata dalla suzione e spinta

della lingua. Cani ed altri animali carnivori hanno la tendenza a produrre morsi con lacerazioni della cute. Di contro i morsi umani comprimono i tessuti determinando abrasioni, contusioni e lacerazioni, ma solo raramente l'asportazione del tessuto.

La distanza intercanina della misura maggiore di 3 cm è suggestiva di un morso inferto da un soggetto umano adulto. Non sono, tuttavia, da sottovalutare i morsi cagionati dagli stessi bambini, che presentano una distanza intercanina nettamente inferiore rapportata alla dentizione decidua.



Lesione da morso umano su un bambino quale segno di maltrattamento (Si ringrazia il collega Dr. Norman P. Sperber, USA)

Lesione da morso umano sulla guancia di un bambino di 5 anni, cagionato da un altro bambino coetaneo. Il pattern è sovrapponibile al morso umano di un soggetto adulto ma di dimensione nettamente inferiori (distanza intercanina ~ 20 mm).



Lesione suggestiva di morso umano, ma cagionata dalla fibbia della cintura. L'analisi di una lesione di possibile origine dentale richiede l'accurato e attento rilievo dell'odontoiatra esperto in odontologia forense. L'assenza di competenza tecnica ed esperienza accertativa è foriera di pericolosi errori diagnostici e giudiziari (Si ringrazia il Prof. Hermann Bernitz, Sud Africa).

6. PATOLOGIA DELLA CURA: DISCURIA E IPERCURIA^(*)

Henry Kempe, pediatra statunitense precursore del movimento di tutela dei minori, riteneva che il riconoscimento della realtà della violenza ai danni dei minori, la misurazione e lo studio del fenomeno, la ricerca di strumenti e di risorse efficaci a contrastarlo, rappresentassero una fase avanzata del percorso che conduce le società moderne ad una matura e responsabile protezione dell'infanzia. Agli inizi degli anni sessanta, Kempe, con la pubblicazione dell'articolo "*Battered Child Syndrome*", introdusse il tema della «*sindrome del bambino battuto*». Fino a quel momento l'attenzione era per lo più circoscritta all'abuso sessuale e/o prettamente fisico.

A partire da quegli anni l'interesse e di conseguenza la ricerca si è estesa anche ad altri ambiti di abuso che interessano più specificatamente gli aspetti psicologici, quali la patologia delle cure e la violenza assistita, forme di abuso che adesso sono percepite come tali e per questo determinanti per far cadere il velo su quelle esperienze traumatiche non visibili sul corpo, ma destinate comunque a lasciare segni indelebili sullo sviluppo psichico del minore.

Negli ultimi anni, è emersa una maggiore attenzione e un maggior interesse da parte degli operatori sanitari e dell'opinione pubblica in merito alle "violenze sui minori", in particolar modo verso quelle condotte individuate all'interno delle "*patologie delle cure*".

John Bowlby, psicologo e psicoanalista britannico che ha elaborato la teoria dell'attaccamento, interessandosi particolarmente agli aspetti che caratterizzano il legame madre-bambino e quelli legati alla realizzazione dei legami affettivi all'interno della famiglia, riteneva che tali relazioni sono fondamentali per una sana crescita del bambino sia a livello emotivo che sociale, per cui cure materne inadeguate esercitano un'influenza sfavorevole sullo sviluppo della sua personalità. Sviluppo che avviene attraverso fasi specifiche, ognuna con caratteristiche proprie, determinata da differenti bisogni fisici e psicologici del bambino: alcuni genitori rispondono adeguatamente ai segnali del figlio, altri, invece, non riescono a comprendere le necessità che il bambino può avere in quella particolare fase di crescita.

È in questa assenza di cura adeguata che si introduce il termine "patologia delle cure", ovvero «*quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni, fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo e all'età*».

Tre le principali forme di patologia della somministrazione delle cure:

- *Incuria* (insufficienza di cure fisiche/psichiche);
- *Discuria* (cure distorte, inadeguate);

^(*) In collaborazione con la Dr.ssa Adriana Zito, Medico-Chirurgo specialista in Psichiatra e specialista in Psicoterapia Relazionale Familiare e del Bambino, Bari.

- *Ipercurea* (eccessiva attenzione nella somministrazione di cure).

Tralasciando l'aspetto dell'incuria e trascuratezza, già trattata in altro paragrafo del presente manuale, nella **discuria** le cure vengono fornite in maniera distorta in quanto qualitativamente inadeguate rispetto al momento evolutivo. Le abilità richieste sono spesso inopportune per età/possibilità: si ricercano prestazioni eccessive rispetto alle reali possibilità di acquisizione del bambino oppure lo si tratta come se fosse più piccolo della sua reale età. Un esempio molto chiaro può essere quello di una madre che continua a dare il biberon al figlio di otto/nove anni. Molto spesso questa tipologia di genitore fornisce delle risposte inadeguate ai propri figli, perché seguono esclusivamente o il proprio stato d'animo o le richieste di un figlio idealizzato che non ha nessun rapporto con quello reale.

Tutto ciò può portare ad un anacronismo delle cure, imposizione di ritmi ad acquisizione precoce come ad esempio un controllo sfinterico quando il bambino non ne è ancora fisiologicamente in grado, avere delle aspettative irrazionali verso il figlio e infine l'iperprotettività che si manifesta con attenzioni e preoccupazioni eccessive in genere causate dall'ansia del genitore o dal bisogno di mantenere il bambino in un rapporto fusionale.

Con il termine **ipercurea** si intende una cura eccessiva dello stato fisico del bambino, soprattutto per quanto concerne le cure mediche e farmacologiche. Riconoscerla non è semplice, in quanto è difficile stabilire quando la preoccupazione per la salute del figlio è normale e quando invece c'è un eccesso di accudimento, fino a diventare patologia. La forma più grave di ipercurea è la *sindrome di Münchhausen per procura*.

Il professor Roy Meadow, nel 1977, descrisse per primo la sindrome di Münchhausen per procura (*Münchhausen Syndrome by Proxy – MSbP*). La descrizione dettagliata del quadro sintomatologico di tale sindrome, fece aumentare l'attenzione degli operatori dell'infanzia verso forme di abuso meno evidenti.

In mancanza di una definizione univoca, circoscrivere la sindrome di Münchhausen per procura non è semplice. Non più rappresentata nel DSM-5, nel DSM-IV la questa sindrome veniva delineata come “*Disturbo Fittizio con Segni e Sintomi Fisici Predominanti (300.19)*”. Un aiuto per una sua migliore descrizione viene da un'affermazione del Neuropsichiatra Montecchi :«*nella sindrome di Münchhausen per procura il genitore, generalmente la madre, attribuisce al bambino sintomi e malattie di cui non soffre realmente, ma che sono piuttosto il frutto di una convinzione distorta, radicata nello stato di salute fisica e psichica del genitore stesso che, alla nascita del figlio, “trasferisce” su di lui (per procura) la propria convinzione di malattia*».

La sindrome di Münchhausen per procura si realizza sul bambino, ad opera di un adulto «*un genitore, di solito la madre, è quasi sempre responsabile*»; solo raramente padri e tutori.

Il padre, nei casi in cui la sindrome è agita dalla madre, viene descritto quasi sempre come una persona passiva, debole, non in grado di impedire o prevenire lo sviluppo e la messa in atto della stessa. Infatti, la messa in atto della sindrome risulta necessaria per negare i conflitti interni e mantenere la stabilità familiare. Necessario, quindi, perché si verifichi l'abuso sul minore, il disconoscimento della sindrome non solo da parte della coppia genitoriale, che porta con sé dinamiche interne e caratteristiche soggettive, ma anche degli altri membri adulti della famiglia.

In queste famiglie *«un problema coniugale è spesso presente a un certo livello, anche se può peggiorare o precipitare una volta fatta la diagnosi»* di MSbP.

Il genitore “affetto” da MSbP, di solito espone i sintomi, a suo dire, manifestati dal proprio figlio con schemi bizzarri e non di rado in maniera diversa a seconda degli osservatori, esibendo una calma inusuale a fronte ad un racconto di sintomatologia anche severa.

Le patologie “patite” dal minore possono variare a seconda delle conoscenze e della fantasia di chi agisce la sindrome. Anche se possono evidenziarsi evidenti contraddizioni tra storia, sintomatologia riferita e esame medico obiettivo, le esposizioni dei sintomi e delle malattie, benché inventate e trasferite sui figli, vengono descritte con sicurezza, attraverso nessi logici tali da indurre, ad un ascoltatore inesperto, una sensazione di credibilità: il pensiero assume le caratteristiche di un “delirio lucido” che non recede al confronto con la realtà. Davanti all'obiezione dei professionisti, queste madri persistono nel far visitare il proprio figlio, nella ricerca di un medico che confermi il loro convincimento. Di conseguenza i figli vengono sottoposti a continui accertamenti clinici inutili e a cure inopportune. Per ottenere tutto ciò la madre realizza sul figlio – per lo più ignaro – un'attività manipolatoria che può avere sfumature e connotati assai variegati, che vanno dal fornire erronee informazioni sul suo stato di salute, fino ad alterare i campioni di laboratorio per ottenere risultati voluti

Le estreme conseguenze della sindrome di Münchhausen per procura, nella sua “necessaria” costruzione della malattia, prevedono, oltre a visite mediche, esami clinici e test vari, condotte attive od omissive che mettono in pericolo il bambino dal punto di vista fisico: azioni che prevedono anche il soffocamento o l'avvelenamento fino a comprendere addirittura interventi quali operazioni chirurgiche non necessarie.

Nonostante i rischi a cui sottopongono i propri figli, le madri, non hanno la reale intenzione di provocare danni al bambino o metterlo in pericolo di vita: *«con il loro comportamento vogliono ricreare una situazione di cure e presa in carico del bambino da parte di altri»* Tutto il loro comportamento deriva dalla necessità di apparire sollecite, premurose e desiderose di curare il bambino. Abnegazione che però nasconde un intimo desiderio di controllo sui medici, oltre che uno smodato bisogno di attenzione.

Il bambino, che subisce tale agito, non è in grado di distinguere tra le proprie percezioni e quelle indotte e sostenute dalla madre, tenderà quindi ad adeguarsi alla malattia. L'obbligatoria collusione con la madre, diviene, per il figlio, l'unica modalità relazionale per ottenere dalla stessa affetto e attenzione: ogni contrapposizione al volere del genitore è vissuto dal bambino con un forte senso di colpa, poiché reca una evidente sofferenza e contrarietà nella madre. Tutto ciò determinerà importanti conseguenze psicologiche, che si ripercuoteranno nel minore anche a lungo termine: il bambino avrà serie difficoltà nel raggiungere l'autonomia ed un sano sviluppo psico-fisico.

Nella categoria dell'ipercura vengono comprese anche altre "varianti" quali: **Doctor shopping per procura**: i genitori sono eccessivamente preoccupati per la salute del figlio che viene portato da numerosi medici. Generalmente si tratta di bambini che nei primi anni di vita hanno sofferto di gravi malattie. Pertanto lievi patologie vengono percepite come una grave minaccia per la vita del bambino. A differenza della sindrome di Münchhausen, in questo caso, la rassicurazione sul reale stato di salute del figlio, tranquillizza il genitore.

Abuso chimico: al bambino vengono somministrate in maniera anomala sostanze farmacologiche o chimiche (es. quantità eccessiva di acqua, sale, lassativi, etc.), spesso per ottenere un ricovero ospedaliero *«La sindrome va sospettata quando ci si trova di fronte a sintomi non spiegabili in base alle consuete indagini di laboratorio e strumentali, che insorgono ogni volta che la madre ha un contatto con il bambino»*

Help seekers: il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma a differenza della sindrome di Münchhausen per procura, la ricerca di cure è limitata nel tempo e risponde ad un preciso bisogno della madre. Un confronto con il medico spesso la porta a comunicare i suoi problemi (ansia, depressione) e davanti ad un suggerito percorso psicoterapeutico, la madre si dimostra solitamente disponibile a collaborare.

Sindrome da indennizzo per procura: può essere identificata in *«quei casi in cui il bambino presenta i sintomi riferiti dai genitori, in situazioni in cui è previsto un indennizzo economico [...] La motivazione si lega inconsapevolmente al risarcimento e la sindrome si risolve con la totale e improvvisa guarigione una volta ottenuto il risarcimento stesso»*.

Riconoscere la possibile patologia della cura

Il sanitario dovrà necessariamente imparare a discernere la dovuta preoccupazione o l'ansia di un genitore autenticamente preoccupato per una malattia reale del bambino, o per un sintomo che il figlio presenta, da quei comportamenti simili ma non uguali dati dalla condizione patologica del genitore. Tra gli indicatori: individuare la presenza di una reale malattia del bambino; constatare se le terapie effettuate, per i sintomi esposti, risultano inefficaci e se i sintomi scompaiono quando il bambino viene allontanato dal genitore che agisce la sindrome.

È doveroso segnalare che questi bambini non sono cresciuti in modo graduale, i loro bisogni affettivi e cognitivi non sono stati rispettati e gli autori di questo abuso sono proprio coloro che avevano, ed hanno, il compito di proteggerli, supportarli e fornirgli loro cure. Ecco perché si fa oltremodo necessario per l'operatore sanitario riconoscere, tempestivamente, i segnali di disagio di questi bambini vittime d'abusi, al fine di avviare urgenti azioni protezione e di possibile prevenzione futura.

Le attività di rilevazione e prevenzione del fenomeno sono fondamentali: nonostante la patologia delle cure risulti sempre più conosciuta tra gli operatori che si occupano di infanzia e adolescenza, ancora si registrano casi di sottovalutazione, motivo per cui alcuni casi ancora oggi faticano ad emergere. Purtroppo non è facile fornire una fotografia dettagliata in grado di quantificare il numero delle vittime della patologia delle cure; gli studi, soprattutto in Italia, sono pochi e questo è in larga parte dovuto alla difficoltà nel diagnosticare il fenomeno, soprattutto nell'ipercura.

Cosa fare? Sarebbe auspicabile agire tanto sulle attività di prevenzione e diagnosi precoce: linee guida/buone prassi, protocolli operativi e diagnostici condivisi, individuazione di nuove metodologie di lavoro (il più possibile interdisciplinari); può consentire un approccio più efficace, in grado di delineare e contrastare un fenomeno sociale ancora poco conosciuto, riconosciuto e a volte sconosciuto dagli stessi addetti ai lavori.

Una volta diagnosticato con certezza il maltrattamento è importante intervenire attraverso un trattamento sia dei minori/vittime che degli adulti/attori coinvolti. Per quanto riguarda nello specifico la sindrome di Münchhausen per procura, l'aspetto più problematico risiede tanto nella difficoltà di determinazione numerica che nell'intervento psicologico, sia in riferimento alla vittima che al genitore autore dell'abuso, difficilmente in cerca di un aiuto terapeutico.

Sotto il profilo psichiatrico, nel DSM-5 i «*problemi di maltrattamento e trascuratezza infantile*» sono inclusi tra le «*Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica*», non sono quindi considerati disturbi mentali, ma sono stati inseriti con «*lo scopo di attirare l'attenzione sulla portata di ulteriori questioni che si possono incontrare nella pratica clinica*», ovviamente come raccomanda il manuale «*a causa delle implicazioni legali di abuso e trascuratezza, si deve usare cura nel valutare queste condizioni*».

Il fatto che la sindrome di Münchhausen non sia più descritta all'interno del DSM-5 conferma lo scarso interesse per questa tipologia di "disturbo", probabilmente anche a causa della difficoltà nel rilevarla e nel collocarla in una categoria diagnostica precisa. Tuttavia una maggiore informazione su questa sindrome potrà aiutare tutti gli operatori sanitari a saper riconoscere più agevolmente i casi sospetti, con il vantaggio di incrementare i dati utili ad operare una più efficace azione di prevenzione.

Nei casi di presunta ipercuria, questi sono alcuni segni comportamentali di sospetto che l'odontoiatra e l'igienista dentale potrebbero osservare:

- **Frequente descrizione di sintomi fisici (da parte dei genitori e anche del bambino):** il bambino riferisce di malesseri a cui non corrisponde l'aspetto fisico e racconta di visite e ricoveri effettuati.
- **Una conoscenza approfondita, molto precoce rispetto all'età, delle parti del corpo e delle pratiche mediche:** questi bambini possono essere molto informati sull'anatomia del corpo e sulle pratiche mediche sanitarie a cui – evidentemente spesso - vengono sottoposti.
- **Adesione al racconto della madre, soprattutto per le "malattie" del bambino riferite dal genitore:** il bambino può sviluppare una forte dipendenza dalla madre e potrebbe non essere più in grado di differenziare le sue sensazioni e i suoi pensieri da quelli della madre.
- **Gioco a tema prevalente:** il gioco ricorrente è quello del "dottore" e dell'ammalato attraverso il quale il bambino ripete le esperienze subite.

7. SCHEDA ODONTOIATRICA, PREVENZIONE E STRATEGIE OPERATIVE^(*)

L'odontoiatra, durante la visita al piccolo paziente e il colloquio con i genitori/tutori, deve valutare e prendere in considerazione l'esistenza di eventuali barriere che potrebbero concorrere all'involontaria condotta trascurante o che inducono i genitori/tutori a sottovalutare o, peggio, a non provvedere alle cure mediche adeguate. La ragione del mancato trattamento odontoiatrico potrebbe essere il risultato di vari fattori quali l'isolamento sociale della famiglia, la mancanza di risorse finanziarie, lo stato di povertà, il basso grado di scolarizzazione dei genitori, la lontananza da centri medici e odontoiatrici, la mancata coscienza del valore della salute orale.

Tuttavia l'origine di tale situazione di trascuratezza non può costituire in alcun modo un'attenuante per il sanitario rispetto all'adempimento del suo obbligo di svolgere ogni opportuna azione per tutelare la salute del bambino, dalla segnalazione ai servizi sociali al monitoraggio nel tempo del caso che ha destato sospetto.

Nel contempo sarà opportuno per l'odontoiatra, anche di concerto con altri operatori sanitari (pediatri, medici di base) e non sanitari (operatori scolastici, operatori sociali di eventuali associazioni ludico-ricreative-sportive) verificare lo stato di eventuale trascuratezza generale del bambino. Anche la conoscenza delle caratteristiche della dieta e delle scelte alimentari potrebbero rilevare possibili condizioni trascuranti da parte dei genitori. Da questo punto di vista l'igienista dentale può rappresentare una preziosa risorsa nell'intercettazione di abitudini alimentari errate o alterate per qualità e quantità. Il relativo profilo professionale prevede, infatti, che l'igienista dentale dia anche indicazioni al paziente e/o ai genitori sulle *norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale*^(†).

L'odontoiatra, in quanto operatore sanitario (e indipendentemente se libero professionista), dovrà verificare la disponibilità e l'accessibilità ad un servizio odontoiatrico assistenziale convenzionato con il SSN, fornendo ai genitori/tutori anche informazioni concrete su questi presidi sanitari e sulla loro effettiva fruibilità - anche in considerazione dell'abbattimento delle barriere architettoniche in caso di soggetti diversamente abili e vulnerabili.

Nonostante l'abolizione dei tariffari per le prestazioni mediche e odontoiatriche, le cure dentali private possono ancora rappresentare una importante voce di spesa per una famiglia: non deve essere sottovalutato che in Italia il 28,9% della popolazione è a rischio povertà o esclusione sociale. Tuttavia l'odontoiatra dovrà anche saper rappresentare alla famiglia che il rinvio di cure per patologie orali quali carie e malocclusioni comporterà un incremento dei costi di cura quando non sarà più evitabile, ovvero rinviabile, sottoporre il bambino ai trattamenti specialistici necessari.

(*) In collaborazione con la Dr.ssa Maria M. Lepore, igienista dentale perfezionata in Scienze Forensi.

(†) Art. 1 comma e), DM. 15 marzo 1999, n. 137 - Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'igienista dentale.

Ecco che, nel rispetto di tutti gli aspetti fin qui elencati, sulla scheda odontoiatrica oltre i riscontri clinici dell'ispezione intraorale sarà opportuno registrare anche quei parametri clinici e anamnestici di sospetto e persino alcuni fattori comportamentali - sia del piccolo paziente che dei suoi accompagnatori. È importante tenere a mente che le lesioni accidentali coinvolgono soprattutto le parti prominenti del bambino, cioè le parti che sono maggiormente esposte: fronte, punta del naso, mento, palmo della mano e gomito.

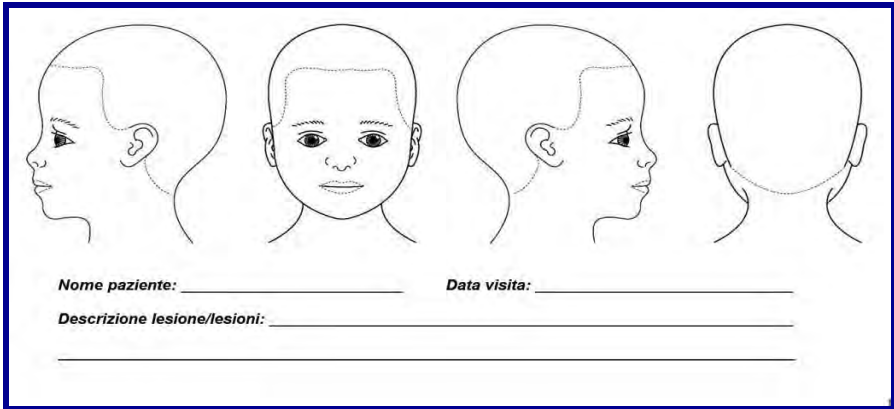
In caso di eventi lesivi all'apparato oro-dentale riferiti come accidentali, bisognerà tenere in considerazione oltre gli aspetti clinici i seguenti aspetti:

- 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, cadute, o ricoveri progressi).
- 2) **elementi clinici generali**: riscontro clinico obiettivo di lesioni in diverso stadio di remissione; riscontro di lesioni polifocali, policrome 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/allontanamento del genitore/i; stato di denutrizione; condizioni igieniche generali ed orali scadenti.

La soddisfazione di questi criteri, associata all'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 - tenendo sempre a mente che è fondamentale operare una chiara distinzione tra ciò che è il risultato di una osservazione obiettiva e ciò che frutto di una nostra opinione personale.

Durante la visita odontoiatrica o la seduta di trattamento, sarà opportuno parlare con il bambino circa le cause delle lesioni, facendo attenzione ad evitare domande condizionanti e riportando fedelmente le sue parole. Sarà utile integrare la scheda odontoiatrica dello studio con un modulo dedicato alla descrizione di eventuali lesioni alla testa/viso. Questo ci permetterà di spiegare ai genitori/tutori che è prassi dello studio professionale descrivere le lesioni al viso, prevenendo eventuali atteggiamenti ostativi. Il modulo *viso* (come quello suggerito di seguito) permetterà anche di monitorare il paziente durante gli appuntamenti successivi, soprattutto se non ci è stato dato (o non è stato ottenuto) il consenso ai rilievi fotografici. Nel modulo si dovrà aggiungere il nome del paziente, la data e la descrizione della/e lesione/i (modificato da

Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. Copdend, London, 2009).



Nome paziente: _____ **Data visita:** _____

Descrizione lesione/lesioni: _____

La scheda odontoiatrica si potrà anche integrare con la descrizione degli stili di vita coniugati con le abitudini e le scelte alimentari. L'igienista dentale è la professionista ideale per la raccolta delle informazioni tecnico-statistiche e per monitorare, nelle visite di controllo, l'attuazione di una efficace igiene orale domiciliare e di una sana alimentazione, a seguito delle istruzioni e consigli alimentari impartiti ai genitori/tutori.

PARTE TERZA

INFORMAZIONE/FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E LA PROTEZIONE DEI MINORI

1. “REFERENTE PER LA TUTELA DEL BAMBINO” NELL’AMBULATORIO ODONTOIATRICO (*)

Tutelare il bambino e la sua salute quando egli è paziente di uno studio odontoiatrico non significa semplicemente preoccuparsi di verificare ed osservare ipotetiche situazioni di maltrattamento e/o trascuratezza, ma anche offrire un ambiente calibrato alle sue esigenze in modo da garantirgli maggiore attenzione e tutela del benessere (come mostrato nelle immagini: un'area della sala d'attesa dedicata e lesioni di igiene orale *a misura* del bambino). Per questo fine si potrebbe implementare una più ampia politica di protezione del bambino attraverso l'elaborazione di un protocollo operativo in caso di sospetto maltrattamento.



Un'ulteriore condizione ideale, soprattutto in un ambulatorio odontoiatrico che visita frequentemente i bambini, è la creazione della figura del **referente per la tutela del bambino**, scelto tra il personale dell'Ambulatorio o quale nuova risorsa. Questa figura potrebbe non essere necessariamente un odontoiatra, ma anche un componente del team operante nell'ambulatorio di adeguata preparazione ed esperienza - fermo restando che a questa figura spetterebbe solo una funzione consultiva dietro la supervisione e guida dell'odontoiatra. Il referente avrebbe le seguenti mansioni: tenere aggiornata la lista dei piccoli pazienti da monitorare; conoscere le risorse disponibili sul territorio per indirizzare eventualmente il bambino e i suoi genitori (servizi sociali e associazioni di volontariato); ascoltare il

(*) In collaborazione con la Dr.ssa Maria M. Lepore, igienista dentale perfezionata in Scienze Forensi.

bambino ed intervistare i genitori; svolgere attività di formazione interna e *training* allo staff, a fianco dell'odontoiatra esperto.

A seguito della registrazione per mano del medico odontoiatra, degli elementi anamnestici e clinici rivenienti dall'ispezione intraorale e dall'osservazione dei tessuti periorali, si potrà quindi integrare la cartella odontoiatrica con ulteriori informazioni che scaturiscono dall'osservazione più generale del piccolo paziente e dalla qualità e dal tipo di rapporto con i suoi genitori/tutori; dal rapporto di cura instaurato con lo studio odontoiatrico, con particolare attenzione agli appuntamenti saltati; dalle informazioni acquisite attraverso il dialogo con i genitori/tutori - con particolare riferimento ai trattamenti medici e odontoiatrici, alle misure familiari in ordine all'igiene personale e alimentare e alle eventuali difficoltà rappresentate dalla famiglia per l'accesso alle cure odontoiatriche.

Tutti i componenti del team odontoiatrico (e quindi non soltanto l'odontoiatra), attraverso le diverse competenze e mansioni, possono quindi contribuire al riconoscimento di elementi fisici ma anche psicoattitudinali che potrebbero costituire alcuni degli elementi chiave per intraprendere il monitoraggio di possibili condizioni di maltrattamento e trascuratezza durante le diverse sedute di cura. Nella prospettiva di proteggere minori e soggetti vulnerabili dal reato di maltrattamento e di un corretto inquadramento delle responsabilità etiche e medicolegali, l'odontoiatra dovrà mettere in atto un agire responsabile che comprende **riconoscere** (*recognize*), **documentare** (*record*), **denunciare** (*report*) e **segnalare** (*refer*), seguendo il principio delle "4R" suggerito dalla letteratura anglosassone.

Numerose ricerche dimostrano che la mancanza di una specifica formazione sulla tematica del maltrattamento sui minori e soggetti vulnerabili rappresenta proprio il primo ostacolo al suo riconoscimento e alla sua segnalazione.

Attualmente in Italia tra i professionisti del settore odontoiatrico (odontoiatri e igienisti dentali) non c'è sufficiente consapevolezza sugli aspetti etici e giuridici del maltrattamento e trascuratezza dei minori. 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 e principi dell'Odontologia Forense.

Eppure, come già evidenziato, l'odontoiatra è nella posizione di visitare ed osservare i bambini, potendo rilevare ed intercettare (nel proprio studio professionale e nelle iniziative di prevenzione odontoiatrica all'interno di scuole e comunità) situazioni di trascuratezza dentale e/o maltrattamento fisico.

La formazione degli odontoiatri clinici e degli odontoiatri forensi dovrà quindi estendersi anche ad un adeguato approfondimento della tematica del maltrattamento sui minori, in chiave di riconoscimento e intercettazione per i primi e in chiave tecnico-forense per i secondi.

2. TRAUMA DENTALE/FACCIALE

Il completamento della nostra valutazione sul bambino e sul genitore/tutore nella direzione dell'attenzione verso il comportamento degli uni verso gli altri, ma anche nel senso della comunicazione con gli altri membri del team odontoiatrico in occasione della prima visita, riveste una grandissima importanza nel caso di riscontro di una lesione sul corpo del bambino, nell'indagine sull'origine e sulla natura accidentale o meno della stessa.

Il trauma al viso e nella cavità orale può avere generalmente influssi negativi per la salute dei bambini nella funzione masticatoria, nell'estetica e nel comportamento psico-sociale. Ogni trauma richiede perciò un intervento urgente e adeguato, ma anche il monitoraggio successivo - proporzionale alla gravità della lesione - , per la più corretta valutazione delle possibili conseguenze sulla crescita e sul corretto sviluppo del cranio.

I traumi che coinvolgono i denti da latte si verificano per lo più nell'età del bambino tra i 2 e 3 anni, e questa fascia corrisponde di solito al periodo dello sviluppo della coordinazione motoria. Se notiamo però delle lesioni che coinvolgono 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 di un maltrattamento.

Dopo che si è verificato il trauma al dente da latte, la scelta del trattamento dipenderà per lo più dalla valutazione delle conseguenze che potrebbero verificarsi ai germi dei denti permanenti. Poiché l'intrusione traumatica rappresenta la forma più frequente del trauma dentale nella dentizione dei denti da latte, la valutazione sull'aspettare la ri-eruzione spontanea ovvero l'estrazione del dente da latte è di massima importanza per la valutazione dello stato del germe del dente permanente e delle possibili future conseguenze per la crescita e lo sviluppo dello stesso dente. È infatti possibile il verificarsi di complicazioni, collegate alla vitalità della polpa e al cambiamento del colore della corona del dente traumatizzato, come anche delle complicazioni ai sottostanti denti permanenti - quali ipoplasia dello smalto, ipocalcificazione, lacerazione della corona e/o della radice o il cambiamento dell'ordine nella eruzione dei denti permanenti. Quanto più precocemente nella fase della crescita e dello sviluppo del dente si è verificato il trauma, tanto più gravi saranno le conseguenze: questo è un indice certo del momento in cui il trauma si è verificato.

Il trauma dei denti permanenti accade per lo più come conseguenza delle cadute casuali, dei *training* sportivi, degli incidenti stradali, ma anche di atti violenti. Tra i 7 e 9 anni i denti più frequentemente coinvolti in traumi sono gli incisivi centrali superiori, nei quali la genesi dell'apice non è ancora terminata. La strategia della cura dei denti permanenti dipende per lo più della vitalità della polpa e del legamento parodontale: dopo la prima visita di controllo si consiglia di monitorare continuamente i sintomi clinici e radiologici, verificando l'eventuale sofferenza periapicale e prestando particolare attenzione ad aspetti quali: la vitalità

pulpare; la crescita e sviluppo della radice; la mobilità dentaria; il cambiamento del colore della corona del dente; il riassorbimento interno e/o esterno della radice.

3. FASI DI INTERVENTO IN CASO DI SOSPETTO MALTRATTAMENTO

Le fasi di intervento in caso di sospetto maltrattamento sono una complessa interazione di fattori specialistici, relazionali, sociali e culturali che l'odontoiatra deve saper gestire nel suo studio professionale. Trattandosi di pazienti minorenni l'odontoiatra ha il dovere di perseguire, in fase di visita, un interesse eticamente superiore rispetto a quello meramente clinico: un interesse globale di tutti gli aspetti del benessere del piccolo paziente, attuabile tramite la verifica della soddisfazione di tutte le esigenze di tutela del bambino che iniziano sotto il profilo odontoiatrico e igienico-sanitario ma proseguono con la rilevazione di eventuali segni di maltrattamento fisico nelle aree esposte osservabili quando il paziente è seduto sulla poltrona. Dovendo interagire con piccoli pazienti è sempre opportuno porsi in un atteggiamento di ascolto, senza mai sottovalutare o sovrastimare quanto raccolto e osservato. L'approccio e la registrazione di quanto esposto dal bambino dovrà tenere in conto l'età, la maturità, le opinioni e le preoccupazioni del piccolo paziente.

Quando possibile e con il consenso dei genitori, è opportuno effettuare rilievi fotografici solo delle lesioni riscontrate ad integrazione delle informazioni cliniche. Queste le fasi di intervento:

- Rilevazione
- Raccolta informazioni
- Rilievi fotografici
- Consulenza esperta (di 2° livello) e valutazione multidisciplinare/pluridisciplinare
- Attivazione della rete dei servizi sociali
- Segnalazione all'Autorità Giudiziaria, Procura della Repubblica, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni
- Referto/denuncia/relazione informativa

La **rilevazione** e la **raccolta di informazioni** rappresentano fasi fondamentali per la prevenzione e la protezione del minore trascurato o maltrattato. La fase di rilevazione e riconoscimento di possibili segni di maltrattamento è stata trattata nella *parte prima* del presente volume. L'odontoiatra e l'igienista dentale non hanno l'obbligo di diagnosticare il maltrattamento, bensì quello di saper riconoscere segni e segnali di sospetto sia di natura prettamente odontoiatrica (già descritti), che di tipo generale: malessere, condizioni di rischio reale e potenziale a cui sono eventualmente esposti i minori e, infine, eventuali condotte negative degli adulti/tutori.

Nello studio odontoiatrico sono tre le condizioni di possibile osservazione diretta: trascuratezza dentale e/o igienico-sanitaria; segni di maltrattamento fisico; segni intra-orali di abuso sessuale. Da non sottovalutare il racconto spontaneo da valutare proporzionalmente all'età e al grado di maturità. È chiaro che, trattandosi di casi di disagio assai differenti tra di loro, lo stesso approccio che il sanitario è chiamato ad adottare non può che essere differente e calibrato sulla singola situazione di sospetto, per una maggiore efficacia e attendibilità diagnostica:

L'evidenza di **trascuratezza dentale** deve, infatti, prevedere la raccolta di tutte le informazioni relative alla condizione odontoiatrica pregressa del bambino (anche se potrebbe essere la prima visita dall'odontoiatra), avendo cura di registrare nella cartella clinica tipo e qualità delle manovre di igiene orale domiciliare attuate, con relativi presidi e tipo di alimentazione e abitudini alimentari. In questo senso è sempre opportuno verificare le stesse abitudini tra i genitori/tutori. Queste informazioni dovranno essere riportate nella cartella clinica.

Il bambino gravemente trascurato sotto il profilo odontoiatrico dovrà essere sottoposto ad un *follow up* per verificare il rispetto degli appuntamenti di cura e il miglioramento della qualità dell'igiene orale domiciliare dopo le istruzioni ricevute dall'igienista dentale.

Nel caso di indisponibilità alle cure presso lo studio odontoiatrico privato, l'odontoiatra dovrà indicare ai genitori i presidi in convenzione con il SSN dove poter ricevere assistenza. In ogni caso sarà comunque opportuno, sotto il profilo etico e deontologico, richiamare i genitori per sottoporre il piccolo paziente ad una visita di controllo a distanza di qualche mese, al fine di verificare l'avvenuta cura dei denti gravemente compromessi.

Nell'ipotesi in cui dovesse persistere una condizione trascurante si dovrà attivare la rete dei servizi sociali.

Nel caso di segni di possibile **maltrattamento fisico** in zona extra-orale (viso, collo, mani, braccia, gambe) e/o intra-orale (fratture dentarie, rottura del frenulo labiale, lesioni alle labbra) è fondamentale ascoltare il minore, proporzionalmente all'età e grado di maturità. Nella sua cartella clinica si dovrà riportare: la dinamica dell'evento che ha provocato la lesione riferita dal bambino; il tempo intercorso anteriormente al primo intervento di soccorso, da parte dell'odontoiatra o del Servizio di Pronto Soccorso; eventuali precedenti interventi medici per traumi e con lesioni simili o nelle stesse zone di osservazione.

La presenza di segni di possibili maltrattamenti potrebbe anche accompagnarsi ad altri segni come la trascuratezza dentale e generale e segnali comportamentali ed emotivi sospetti sia del bambino (disagio, paura, allarme, ipervigilanza, apatia, distacco) che dei genitori (imbarazzo, evitamento, aggressività). Tutti questi aspetti devono essere registrati nella cartella clinica.

Nel caso di segni di possibile **abuso sessuale**, bisognerà essere estremamente prudenti nelle affermazioni e nelle valutazioni: la valutazione medica di un bambino vittima di un sospetto abuso sessuale richiede una approfondita valutazione e deve essere sempre multidisciplinare. Oltre l'eventuale racconto

spontaneo, i segni intra-oralì che devono indurre il sospetto sono la presenza di emorragia petecchiale sul palato causata da rapporti sessuali orali forzati, sifilide orale e manifestazioni cliniche di altre malattie a trasmissione sessuale in età prepubere.

In caso di sospetto maltrattamento fisico oppure abuso sessuale è opportuno richiedere una **consulenza esperta** per un confronto medico sui segni riscontrati. In questa eventualità sarà utile riferirsi a colleghi odontoiatri più esperti ovvero a gruppi di intervento multidisciplinari composti da psicologi, assistenti sociali, mediatori familiari, pediatri e medici legali, disponibili presso alcune strutture ospedaliere. L'odontoiatra potrebbe essere chiamato a relazionare su quanto osservato e sul tipo e qualità di lesioni riscontrate. Tale intervento non deve essere confuso con l'attività peritale, bensì è da intendersi quale momento di condivisione con l'equipe di esperti in merito alle informazioni acquisite, finalizzato alla diagnosi dinamica, necessaria alla formulazione di un parere prognostico e di efficacia della cura delle patologie riscontrate, ad integrazione delle informazioni sul minore e la sua famiglia.

In questa eventualità si potrà procedere anche con l'**attivazione delle reti dei servizi sociali**, a cui si rimanda alla *parte quarta* del presente volume.

La **segnalazione all'Autorità Giudiziaria** costituisce un nodo cruciale nel percorso protettivo dei bambini vittime di maltrattamento nei casi in cui si delinea, come definito anche dalla Legge, un'ipotesi di rischio e reato. Diverso è il comportamento da assumere a seconda che si tratti di sospetto maltrattamento fisico, abuso sessuale o trascuratezza. In quest'ultima eventualità prevale l'aspetto di cura e quindi l'attivazione di misure di monitoraggio e di attivazione della rete dei servizi sociali. Nei primi due casi, a seconda della gravità, dovrà prevalere l'obbligo di protezione del minore, soprattutto in quei casi - come atti sessuali o violenza in soggetti di età inferiore ai 10 anni - che hanno rilevanza penale e configurano dei reati perseguibili d'ufficio.

La segnalazione dovrà essere fatta tempestivamente (*senza ritardo*) e, se vi è urgenza, può essere anticipata contattando telefonicamente la Procura della Repubblica e/o la Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato/Carabinieri). Il ritardo nella segnalazione potrebbe compromettere l'efficacia della stessa e rendere meno riconoscibile il segnale di abuso o contribuire alla dispersione delle condizioni che hanno condotto l'odontoiatra all'individuazione dello stesso.

La segnalazione (referto o denuncia) non può essere delegata ad altri, bensì deve essere trasmessa da colui che ha avuto la personale consapevolezza di trovarsi in una situazione che può indurre il sospetto di reato: segni clinici sospetti associati al racconto diretto del minore. Nel caso in cui l'ipotesi di reato sorge da situazioni che hanno coinvolto più operatori sanitari, la segnalazione è da inoltrarsi congiuntamente.

La distinzione tra **referto e denuncia** consiste sostanzialmente nella posizione dell'odontoiatra nel momento in cui prende consapevolezza dell'ipotesi di reato: il referto compete all'odontoiatra (e all'igienista dentale) libero professionista e può

essere omesso solo se la segnalazione può esporre a procedimento penale il paziente; la denuncia è invece un obbligo per quell'odontoiatra (o igienista dentale) che operi in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, come nei casi di attività svolta alle dipendenze o in convenzione con il SSN. Nel caso di sospetto abuso sessuale, il minore è la vittima ma sicuramente non il possibile autore, per cui la distinzione tra referto e denuncia diventa priva di rilievo.

La più idonea segnalazione all'AG deve contenere: i dati anagrafici del minore; i dati di colui/colei che ha accompagnato il minore e chi era presente alla visita; la durata della visita stessa; l'anamnesi; l'eventuale racconto spontaneo del minore; l'esame obiettivo generale e il comportamento del piccolo paziente durante la visita, evidenziando la presenza di lesioni o segni riferibili a eventi pregressi; l'esame obiettivo intra-orale e gli accertamenti eseguiti o da eseguirsi; le specifiche di eventuali rilievi fotografici; data e firma.

Il dovere di segnalazione sussiste anche nei confronti dell'autorità giudiziaria civile in tutti quei casi in cui sussiste una condotta pregiudizievole la salvaguardia del minore fino alla condizione di *stato di abbandono*, che tuttavia deve essere intesa in senso lato, ricomprendendo in essa tutte quelle condizioni che comportano rischi per la sua vita e per la sua salute. In questo caso, l'obbligo di segnalazione riguarda non solo il pubblico ufficiale e l'incaricato di pubblico servizio ma anche coloro che esercitano un servizio di pubblica necessità - cioè anche gli odontoiatri (trattandosi di professione il cui esercizio è vietato per Legge senza una speciale abilitazione dello Stato). Il destinatario della segnalazione è il Tribunale per i Minorenni a cui viene inviata una **relazione informativa** dai contenuti simili al referto. Esso, costituito da magistrati, giudici onorari e diverse professionalità attinenti alle problematiche minorili, ha proprio la funzione di tutelare il minore e di disporre indagini proprio per verificare il contenuto della segnalazione e, conseguentemente, dettare prescrizioni per la famiglia fino all'allontanamento temporaneo del minore dal nucleo familiare.

Nel caso di dubbi diagnostici e con elementi molto vaghi e contraddittori, è preferibile avvalersi di una consulenza di un odontoiatra più esperto e/o del centro ospedaliero di riferimento più vicino - possibilmente provvisto di un servizio appositamente dedicato al maltrattamento sui minori (in genere un presidio ospedaliero pediatrico). È quindi fondamentale circoscrivere la segnalazione all'AG a tutti quei casi di reale, ragionevole e fondato sospetto di abuso sessuale, mentre in tutti gli altri casi è preferibile un approfondimento diagnostico confrontando le proprie osservazioni e opinioni in un contesto multidisciplinare.

Sulla scorta di questa distinzione di intervento, è utile precisare che la segnalazione all'AG non deve intendersi quale semplice atto formale, bensì come l'inizio di un percorso a carattere assistenziale per la più idonea protezione e tutela del minore.

PARTE QUARTA

ASPETTI MEDICO-LEGALI E DEONTOLOGICI DEL MALTRATTAMENTO^(*)

Il maltrattamento sui minori, da un punto di vista giuridico, non deve essere inteso solo sotto il profilo penale. Obiettivo primario del diritto penale è l'individuazione e la punizione del colpevole, mentre il diritto e la Giustizia minorile intervengono in modo più complesso, poiché il sistema prevede l'applicazione di strumenti e interventi per e sui genitori, finalizzati alla protezione dei minori. La complessità del sistema deriva proprio dalla interazione dei servizi sociali e giudiziari, con l'obiettivo di prevenire la condotta maltrattante, di proteggere la vittima, di recuperare - ove possibile - le relazioni interpersonali e familiari, sostenere l'incapacità genitoriale, prevenire ogni violazione dei doveri genitoriali, volontaria o inconsapevole, omissiva o commissiva.

Come ci ricorda l'art. 29 della Convenzione delle Nazioni Unite, i doveri genitoriali consistono in primo luogo nel *favorire lo sviluppo della personalità del fanciullo nonché lo sviluppo delle sue facoltà e delle sue attitudini mentali e fisiche in tutta la loro potenzialità*. È solo in funzione del compimento di tali doveri che la legge attribuisce ai genitori quella che il nostro ordinamento definisce *potestà*, che tuttavia deve essere ormai intesa come *responsabilità genitoriale*.

L'Odontologia Forense è una disciplina della Medicina Legale che ha iniziato a diffondersi in Italia con ritardo, soprattutto nell'ultimo decennio, sia per il crescente contenzioso in ambito odontoiatrico-legale sia nell'ambito dell'identificazione delle vittime di diversi eventi internazionali legati ad attacchi terroristici ed eventi catastrofici naturali (maremoti, terremoti, alluvioni).

La stessa Medicina Legale ha visto incrementare il progressivo coinvolgimento di altri operatori delle Scienze Forensi che, insieme all'Odontologo Forense, rappresentano una risorsa insostituibile nelle indagini giudiziarie per la più idonea applicazione delle tecniche scientifiche per assicurare il criminale alla Giustizia.

Il concetto di maltrattamento di cui all'art. 572 c.p., pur non definito dalla legge, presuppone una condotta abituale che si estrinseca in più atti lesivi, realizzati in tempi successivi, dell'integrità, della libertà, dell'onore, del decoro del soggetto passivo o, più semplicemente, in atti di disprezzo, di umiliazione, di asservimento che offendono la dignità della vittima. Non vi è dunque distinzione tra maltrattamenti fisici o psichici. Il legislatore ha attribuito particolare disvalore soltanto alla reiterata aggressione dell'altrui personalità, assegnando autonomo

^(*) In collaborazione con il Prof. Antonio M. M. Osculati, Professore associato di Medicina Legale, Università di Pavia e la Dott.ssa Luisa Andreello, Medico Legale, Sezione di Medicina Legale ASL Varese.

rilievo penale all'imposizione di un sistema di vita caratterizzato da sofferenze, affezioni, lesioni dell'integrità fisica o psichica, le quali incidono negativamente sulla personalità della vittima e su valori fondamentali della dignità e della condizione della persona offesa.

La materialità del reato di cui all'art. 572 c.p. si concretizza in una serie di atti lesivi dell'integrità fisica o della libertà o del decoro del soggetto passivo, nei confronti del quale viene così posta in essere una condotta di sopraffazione sistematica e programmatica tale da rendere particolarmente dolorosa la stessa convivenza all'interno del nucleo familiare; l'elemento psicologico, poi, costituito dal solo dolo generico, si concretizza nella volontà cosciente di commettere abitualmente una serie di azioni, il cui insieme determina l'insorgere del reato.

Al fine di ritenere consumato il reato di cui al 572 c.p. devono risultare quindi provate aggressioni materiali e morali sorrette da un intento chiaramente persecutorio da parte del soggetto agente, tendente a mortificare il familiare in qualsiasi modo. Fatti episodici, pur lesivi dei diritti fondamentali della persona ma non riconducibili nell'ambito della descritta cornice unitaria, conservano, eventualmente, la propria autonomia come delitti contro la persona - già di per sé sanzionati dall'ordinamento giuridico.

Il delitto di cui all'art. 572 c.p. è perseguibile d'ufficio: ne consegue l'obbligo, da parte dell'odontoiatra e/o dell'igienista dentale, di redigere gli atti doverosi di referto o di denuncia (artt. 361, 362, 365 c.p.; 331, 332, 334 c.p.p. - vedere Appendice).

Nella realtà, il numero di segnalazioni di maltrattamenti effettuate dagli esercenti professioni sanitarie è, però, piuttosto esiguo e ciò accade per varie ragioni alcune strettamente connesse con la *cultura generale* del professionista il quale spesso ignora:

- 1) l'esistenza di tale fattispecie delittuosa oppure, quando essa sia nota, il mancato possesso da parte dell'operatore sanitario di un'adeguata sensibilizzazione al problema;
- 2) l'estensione della tipologia dei soggetti passivi, che possono anche non essere membri del nucleo familiare del soggetto maltrattante, ma soggetti a questi affidati o sottoposti con rapporto di autorità;
- 3) il fatto che anche una condotta omissiva, come l'incuria o la trascuratezza, può costituire maltrattamento.

Un altro motivo dello scarso numero di segnalazioni è connesso al fatto che l'odontoiatra può incontrare difficoltà nello stabilire se siano stati effettivamente posti in essere maltrattamenti. Tuttavia, quest'ultimo non deve *diagnosticare* il maltrattamento ma più semplicemente deve essere in grado di riconoscere quei segni e segnali di possibile maltrattamento ed essere a conoscenza che l'obbligo del referto e della denuncia sussiste in caso di semplice sospetto.

L'odontoiatra che inoltri un referto o una denuncia sulla base del solo sospetto di reato, dovrà redigere l'atto di segnalazione dettagliando i vari reperti obiettivi, riferendo i dati anamnestici e circostanziali raccolti, la valutazione specialistica e diagnostica ed eventuali dubbi o perplessità.

È bene individuare nella città dove si esercita la professione i riferimenti di colleghi odontoiatri più esperti sulla materia, di medici legali e di servizi sociali/consultori familiari al fine di potersi confrontare nella eventualità di presunto maltrattamento di minore. Questo con lo scopo di evitare denunce affrettate ed infondate, che potrebbero innescare una reazione dei genitori ma anche peggiorare una situazione già critica per il bambino.

Occorre anche ricordare che esiste un altro strumento di segnalazione che può riguardare il medico - sia medico chirurgo che odontoiatra - ed è quello contemplato dalla L. n. 184/1983, in cui all'art. 9, co. 2 è indicato che i pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio e gli esercenti di un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al Tribunale per i Minorenni sulle condizioni di ogni minore in condizioni di abbandono di cui vengono a conoscenza in ragione del proprio ufficio. La denuncia è doverosa quando si realizza, come indicato nell'art. 8 della stessa Legge, una privazione di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi.

Il tema dei maltrattamenti, infine, è affrontato anche nel codice di deontologia medica, per cui esso assume per l'odontoiatra non solo una dimensione giuridica ma anche deontologica. L'art. 32 del Codice di Deontologia Medica 2014 prevede da parte del professionista un atteggiamento di protezione nei confronti dei *minori e di tutti i soggetti in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile (...) nel segnalare all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale*. Con stupore si segnala che la nuova versione del Codice di Deontologia Medica rispetto alla versione del 2006 attenua quel *dovere* del medico che secondo lo stesso art. 32 della versione 2006 prevedeva di *adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita (...)*. Nella nuova versione viene anche meno la locuzione *"in qualsiasi circostanza"*. Nell'articolo è comunque esplicito il richiamo agli obblighi di referto e di denuncia previsti dalla legge. Ne risulta quindi un testo che, ad ogni modo, sollecita un comportamento *attivo* del medico chirurgo e dell'odontoiatra in tema di maltrattamenti e che evidenzia come la mancata segnalazione integri, oltre che gli estremi del delitto di omissione di denuncia o di referto, anche una violazione deontologica.

Il riconoscimento e la segnalazione di un possibile caso di maltrattamento e trascuratezza rappresenta, quindi, il compimento di quello che può essere considerato uno tra i più importanti doveri del medico e dell'operatore sanitario, e cioè quello di proteggere e tutelare la salute di un soggetto.

PARTE QUINTA

I RILIEVI FOTOGRAFICI^(*)

La letteratura internazionale conferma l'alta percentuale di lesioni secondarie a maltrattamento localizzate sul viso e sul collo di bambini e soggetti vulnerabili. Inoltre l'odontoiatra, anche più frequentemente del pediatra, instaura spesso un rapporto di cura e terapia più duraturo, che gli consente di verificare lo stato di salute orale e generale del bambino. Gli odontoiatri e gli igienisti dentali occupano, quindi, un ruolo strategico nel riconoscimento e nel contrasto del maltrattamento e della trascuratezza dei minori da cui scaturisce il dovere di essere informati sul fenomeno e sui doveri etici, deontologici e giuridici. Tuttavia per poter contribuire in modo efficace al riconoscimento di queste condizioni saranno necessarie le conoscenze sulla semeiotica del maltrattamento (già esposte nei precedenti capitoli) e sulla documentazione di tutti i dati raccolti, dalle informazioni anamnestiche e dall'esame obiettivo fino agli eventuali rilievi fotografici.

Tutte le lesioni extraorali presenti sul viso e sul collo, oppure intraorali, devono essere descritte e registrate sulla cartella clinica, insieme alle cause delle lesioni fornite dal bambino e/o dai genitori/tutori facendo sempre attenzione - come già sottolineato - ad evitare domande condizionanti e riportando fedelmente, quando possibile, anche le testuali parole riferite. Si dovranno seguire le stesse indicazioni per la descrizione di condizioni patologiche oro-dentali che potrebbero essere indice di trascuratezza, insieme alle misure intraprese ovvero non intraprese dai genitori per la loro cura.

La scheda odontoiatrica e le informazioni anamnestiche raccolte dovranno coniugarsi, quando possibile, con eventuali rilievi fotografici al fine di documentare in modo oggettivo i riscontri clinici. Si dovrà prestare molta cautela nell'eseguire i rilievi fotografici spiegando ai genitori/tutori il motivo delle riprese. Senza l'autorizzazione del genitore non si potrà procedere alle fotografie.

Il modo più semplice per superare eventuali resistenze è informare in modo diretto e comprensibile i genitori che è prassi dello studio odontoiatrico documentare le visite e le fasi di cura con fotografie del viso e della bocca dei pazienti, per un uso interno e senza diffusione verso terzi.

È opportuno anche integrare l'informativa per il consenso sulla *privacy* con le informazioni relative alla eventualità di rilievi fotografici per documentare i riscontri clinici. A titolo di es. si potrà riportare nell'informativa quanto segue: *“Durante le sedute odontoiatriche potranno essere effettuati rilievi fotografici e/o video per documentare le condizioni cliniche osservate a corredo della cartella clinica. Le fotografie hanno lo scopo di registrare in modo oggettivo lo stato di*

(*) In collaborazione con il Prof. Giancarlo Di Vella, Professore Ordinario di Medicina Legale, Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università degli Studi di Torino.

guarigione di eventuali lesioni/malattie/anomalie per finalità terapeutiche (ovvero di cura), statistiche-epidemiologiche, scientifiche o tecniche. Le fotografie potrebbero essere sottoposte alla valutazione di altri operatori sanitari per una più ampia valutazione specialistica e per una divulgazione scientifica. In nessun caso saranno diffusi i dati della persona fotografata (nome e cognome), tranne che per i casi previsti dalla Legge. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003: conferma dell'esistenza dei dati, origine, finalità, aggiornamento, cancellazione, diritto di opposizione. Per esercitare tali diritti dovrà rivolgersi al Responsabile del trattamento dei Dati personali il Dottor”.

Ottenendo l'autorizzazione sul modulo del consenso alla *privacy* sarà più facile effettuare e archiviare le fotografie dei nostri pazienti, fermo restando che il genitore potrà in ogni momento negare l'autorizzazione. Se si ritiene ci siano sufficienti elementi di sospetto di maltrattamento/trascuratezza sarà comunque buona prassi comunicare ai genitori l'eventuale trasmissione delle fotografie in caso di segnalazione e referto all'A.G.

Le fotografie delle lesioni o delle condizioni di trascuratezza dentale possono essere particolarmente utili quale corredo del referto ma anche della possibile osservazione e valutazione da parte di altri specialisti in medicina legale e patologia forense. Di fondamentale importanza, ad es., saranno i rilievi fotografici su viso e collo di quella lesione che riproduce un *pattern* suggestivo di un possibile morso umano. Anche tutte le lesioni ecchimotiche di origine traumatica, soprattutto quando multiple, dovrebbero essere sottoposte a rilievi fotografici per accertarne - anche a posteriori - la genesi temporale in base alle fasi di guarigione. Infatti queste lesioni, proprio per la loro origine traumatica (accidentali o non accidentali), perdono significatività forense ovvero evidenza probatoria con il trascorrere del tempo e non è consigliabile ritardare ogni eventuale rilievo fotografico.

Suggerimenti tecnici

I rilievi fotografici del piccolo paziente sono sovrapponibili alle esposizioni tipiche della documentazione di natura ortodontica: sarà opportuno iniziare con le fotografie intraorali a bocca chiusa (frontale e laterali sinistra e destra) impiegando i divaricatori, e a bocca aperta (occlusali con specchio); a seguire sarà opportuno fotografare il viso (frontale e laterale) includendo anche la regione del collo con il paziente in piedi. Se sono presenti lesioni sulle braccia si dovrà fotografare il soggetto a maggiore distanza. In questa eventualità è utile far tenere in mano al bambino un oggetto di forma rettangolare/circolare di dimensioni note (ad es. il telefonino o una moneta). Quando possibile, è auspicabile l'uso di un riferimento metrico (righello) durante l'esposizione fotografica, ma attenzione (!) a usarlo solo in alcuni rilievi fotografici - per evitare atteggiamenti ostativi da parte dei genitori. I rilievi devono essere eseguiti secondo il metodo descrittivo: dal generale al particolare, cercando di mantenere all'interno dello scatto fotografico un elemento da cui si possano dedurre le dimensioni. Oggetti di dimensioni note e l'uso di un

righetto permettono la calibrazione a posteriori e la misurazione della lesione riscontrata, consentendo così di attribuire un maggiore valore probatorio ai rilievi fotografici soprattutto in caso di conclamato maltrattamento.

Gli accertamenti di natura tecnico-forense sono caratterizzati da un più puntuale impiego di riferimenti metrici e anulari, spesso accoppiati anche all'uso di altri strumenti di illuminazione (UVA, IR). Per coloro che intendono approfondire questi aspetti di rimanda alla lettura di testi dedicati alla odontologia e alla fotografia forense.

Il fine di questo volume è quello di stimolare una maggiore attenzione da parte degli operatori sanitari verso tutti quegli aspetti che possono indurre il sospetto di maltrattamento fisico sul bambino o di una condizione igienico-sanitaria trascurante dei suoi genitori: non si pretende che sia impiegata necessariamente una macchina fotografica professionale. Per le finalità di protezione dei bambini, potrà essere sufficiente anche l'uso delle riprese video e/o fotografiche di un telefonino - seppur con alcuni limiti giudiziari legati, spesso, alla qualità inadeguata delle immagini. In ogni caso si suggerisce di avere a disposizione nello studio odontoiatrico almeno un semplice righello millimetrato, che peraltro può essere impiegato anche per la tipica visita odontoiatrica (misurazione della massima apertura buccale e dell'overjet/overbite). Non bisogna dimenticare che le fotografie non sono sostitutive dei riscontri di vostra osservazione diretta, sia positivi che negativi, ma dovranno sempre essere evitate opinioni personali.

La figura dell'odontoiatra clinico e dell'odontoiatra esperto in odontologia forense (*odontologo forense*) restano nettamente distinte. È sconsigliato improvvisarsi consulenti tecnico-forensi senza un'adeguata preparazione sia odontoiatrica che delle procedure e delle metodologie investigative. L'odontoiatra forense, inoltre, deve possedere una preparazione medico giuridica anche nella prospettiva di rapporti e collaborazioni interdisciplinari senza la quale non è indicato alcun tipo di accertamento - salvo quello di natura clinico-descrittiva.

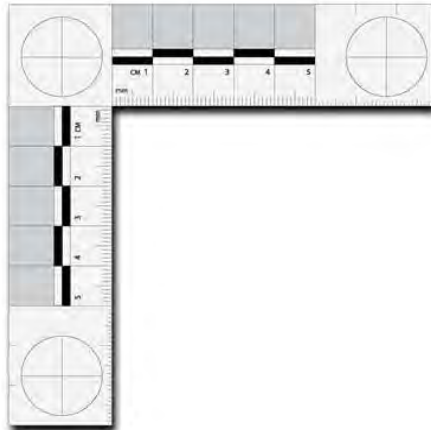
L'igienista dentale non può esprimere pareri di natura tecnico-forense ma potrà perfezionare competenze sulla fotografia odontoiatrica, tanto da rappresentare un valore aggiunto negli studi odontoiatrici dove esercita la professione.

Uno degli strumenti con cui suggeriamo di acquisire maggiore dimestichezza, sono i due seguenti righelli più impiegati nella fotografia forense: il righello della ABFO (*American Board of Forensic Odontology*) e il righello colorimetrico NNDV (*Nuzzolese, Neri, Di Vella*), inventato e proposto dagli autori.

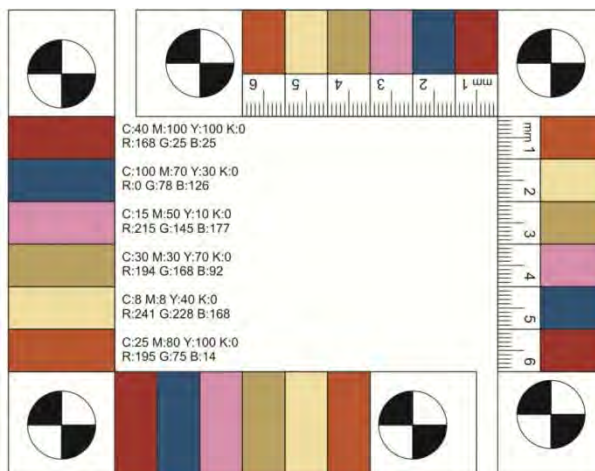
Entrambi i righelli possiedono riferimenti metrici lineari e anulari che permettono la calibrazione nei tre piani dello spazio e la precisa misurazione della lesione. Il righello NNDV presenta anche una scala cromatica opportunamente calibrata sulle variazioni che la cute realizza durante le fasi di guarigione da un evento traumatico, per superare i limiti della percezione dell'occhio umano e facilitare l'interpretazione sul tempo di genesi della lesione. Tale aspetto può rivelarsi particolarmente importante proprio nell'ambito del maltrattamento fisico,

in caso di lesioni traumatiche di diversa origine temporale, ovvero lesioni appartenenti a momenti distinti che tradurrebbero la sistematicità dell'azione non più – evidentemente - accidentale.

Righello n. 2 della ABFO (American Board of Forensic Odontology).



Righello colorimetrico n. 1 e n. 2 NNDV (Nuzzolese-Neri-Di Vella) inventato da Emilio Nuzzolese e Giancarlo Di Vella finalizzato alla standardizzazione nelle riprese di lesioni da trauma e morsi umani in diverso stadio di evoluzione e guarigione. La valutazione sulla possibile origine temporale della lesione resta un parere tecnico e il righello NNDV rappresenta solo un ausilio interpretativo [distribuito da EVIDENT www.shopevident.com].



Raccomandazioni

L'odontoiatra e l'igienista dentale dovrebbero essere a conoscenza delle nozioni di base della fotografia. Questo aspetto si rileva fondamentale per la documentazione clinica dei casi pre e post trattamento e per ogni tutela, anche sotto il profilo di contestazione per presunta responsabilità professionale, dove le condizioni di partenza del paziente, prima di un nuovo trattamento (*stato anteriore*), possono risultare fondamentali nella ripartizione di eventuali responsabilità - sia di altri sanitari coinvolti che del paziente stesso.

Inoltre, una maggiore dimestichezza con le riprese fotografiche può rappresentare un ulteriore contributo nella raccolta di possibili evidenze probatorie rivenienti da condizioni di trascuratezza dentale e/o segni di eventuali maltrattamenti fisici.

In ogni caso, sono sconsigliate valutazioni e/o diagnosi di tipo medico-legale che richiedono specializzazione e competenze specifiche, così come è opportuno individuare colleghi odontoiatri più esperti a cui rivolgersi per una consulenza mirata sulle procedure e la condotta da assumere in caso di sospetto maltrattamento.

CONCLUSIONI

Viso, collo e bocca sono, dunque, sedi elettive in cui ricercare segni di maltrattamento e trascuratezza. L'odontoiatra e l'igienista dentale diventano, quindi, una figura chiave nel riconoscimento e nella prevenzione dei maltrattamenti sui minori e sui soggetti vulnerabili. Stesso rilievo possono avere gli operatori sanitari anche nel riconoscimento di possibili vittime di tratta degli esseri umani, che presenta diverse similitudini con la tematica affrontata in questo manuale, ma che tuttavia richiede una formazione specifica.

Nella prevenzione dei maltrattamenti è fondamentale la conservazione regolare della documentazione (scritta e quando possibile fotografica) del paziente, durante le sedute di cura o screening odontoiatrico.

Il riconoscimento precoce dei segni della trascuratezza e del maltrattamento anche da parte dell'odontoiatra e degli altri specialisti che si occupano della salute del bambino ha un valore inestimabile. Per questo motivo è sempre auspicabile l'approccio multidisciplinare, attraverso la stretta collaborazione con la rete dei pediatri e dei servizi sociali sia nelle fasi di rilevazione che di segnalazione.

Gli odontoiatri e gli igienisti dentali devono raggiungere una maggiore formazione/informazione sul fenomeno *maltrattamenti sui minori* per quell'auspicabile lavoro di sinergia con altri operatori sanitari e sociali finalizzato alla tutela e alla protezione della crescita e dello sviluppo dei bambini e di tutti i soggetti vulnerabili.

Questo volume vuole rappresentare l'inizio di un percorso tecnico che stimoli l'acquisizione di competenze specifiche per poi proseguire con lo sviluppo di competenze trasversali di tipo relazionale, al fine di stabilire rapporti significativi con i bambini, con le loro famiglie e con tutti gli operatori sanitari e sociali coinvolti. Ne consegue l'imprescindibile necessità, per tutti gli operatori sanitari che svolgono la loro professione in uno studio odontoiatrico, di una specifica formazione integrativa sia in ambito forense che in ambito psico-sociale.

Gli odontologi forensi hanno invece il compito di interfacciarsi più attivamente con i colleghi odontoiatri, con gli igienisti dentali e i medici pediatri, al fine di divulgare nozioni tecnico-forensi utili alla tutela della salute e del benessere dei bambini, alla raccolta delle evidenze probatorie e all'incremento di iniziative di solidarietà odontoiatrica capaci di estendere la propria efficacia dal singolo ambito clinico di competenza ad un più globale sostegno e continuo rispetto dei Diritti Umani Universali.

APPENDICI

RIFERIMENTI AL CODICE PENALE E AL CODICE DI PROCEDURA PENALE

Art. 361 c.p. *omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale*. Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria, o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferire, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle funzioni, è punito con la multa da 30 € a 516 €.

Art. 362 c.p. *omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio*. L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa fino a 103 €. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa, né si applica ai responsabili delle comunità socio-terapeutiche per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esercizio del programma definito da un servizio pubblico.

Art. 365 c.p. *omissione di referto*. Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto del quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a 516 €. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

Art. 331 c.p.p. *denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio*. 1. Salvo quanto stabilito nell'art. 347, i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di reato perseguibile d'ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto. 4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emette un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile d'ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero.

Art. 332 c.p.p. *contenuto della denuncia*. 1. La denuncia contiene l'esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.

Art. 334 c.p.p. *referto*. 1. Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. 2. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga ad identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre

circostanze dell'intervento; dà inoltre notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. 3. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

DEFINIZIONI DELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI MALTRATTAMENTO SUI MINORI (Terre des homes, CISMAI - Coordinamento Italiano Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia)

Il maltrattamento sui minori è definito come: “tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere”. Si distinguono quattro tipi di maltrattamento sui minori: abuso fisico; abuso sessuale; abuso affettivo e psicologico; incuria.

Abuso fisico

Per abuso fisico si definisce l'uso intenzionale della forza fisica contro un minore che provoca o ha un'alta probabilità di provocare un danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità dello stesso. Questo include il colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare e soffocare. Gran parte della violenza a danno dei minori all'interno delle mura domestiche viene inflitta con lo scopo di punire.

Abuso sessuale

Per abuso sessuale si definisce il coinvolgimento di un minore in atti sessuali che egli o essa non comprende completamente, per i quali non è in grado di acconsentire o per i quali il bambino non ha ancora raggiunto un livello di sviluppo adeguato, o ancora che violano la legge o i tabù sociali. I minori possono essere abusati sessualmente sia da adulti che da altri minori che sono, in ragione della loro età o livello di sviluppo, in una posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti della vittima.

Abuso affettivo e psicologico

L'abuso affettivo e psicologico comprende sia incidenti isolati, sia situazioni in cui chi si occupa del bambino, nel tempo, non gli fornisce un ambiente appropriato e di supporto per il suo sviluppo.

Gli atti in questa categoria possono avere un'alta probabilità di arrecare danno alla salute fisica e mentale del minore, o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale. Abusi di questo tipo comprendono la limitazione dei movimenti,

il denigrare, l'incolpare, il minacciare, l'intimidire, il discriminare, il rifiutare ed altre forme non fisiche di trattamento ostile.

Incuria

L'incuria include sia situazioni isolate, sia un atteggiamento carente, reiterato nel tempo, da parte dei genitori o degli altri membri della famiglia, che seppur in grado di farlo, non provvedono allo sviluppo e al benessere del minore in una o più delle seguenti aree: salute; educazione; sviluppo affettivo; nutrizione; alloggio e condizioni di vita sicure.

Ipercura

L'ipercura (o ipercuria) si manifesta quando i genitori del bambino hanno un atteggiamento iperprotettivo, tale da considerare il bambino continuamente malato. Di conseguenza vi è una persistente medicalizzazione. Nella categoria dell'ipercura vengono comprese alcune forme cliniche che sono:

- Sindrome di Munchausen by proxy (per procura - MsbP), ove un genitore, induce un'apparente malattia nel figlio;
- Abuso chimico (*chemical abuse*), caratterizzato da un'anomala e aberrante somministrazione di sostanze farmacologiche e chimiche al bambino.
- *Medical shopping* per procura, in cui i genitori, ansiosi ed eccessivamente preoccupati per la salute del proprio figlio, si rivolgono a numerosi medici per avere delle rassicurazioni.

Discuria

La Discuria si manifesta quando i genitori intenzionalmente non forniscono in modo continuativo le cure adeguate al loro bambino. È anche la forma di abuso in cui i genitori non favoriscono le conquiste evolutive del bambino trattandolo come se fosse più piccolo della sua età; o al contrario i casi in cui al bambino vengono fatte richieste di prestazioni eccessive rispetto all'età e alle sue capacità.

Abuso "on line"

L'utilizzo abituale da parte dei bambini e dei ragazzi delle nuove tecnologie e di internet in particolare, se da una parte rappresenta un'opportunità di ampliare le possibilità di esperienza e di relazione, dall'altra ha modificato le modalità di comunicare e si è rivelato lo scenario di possibili forme di violenza anche molto gravi come l'abuso sessuale.

Per abuso "on line" si intende ogni forma di abuso sessuale su minori perpetrata attraverso Internet e la documentazione di immagini, video, registrazioni di attività sessuali esplicite, reali o simulate.

GARANTI REGIONALI DEI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

REGIONE BASILICATA VINCENZO GIULIANO

Via Vincenzo Verrastro, 6 - 85100 POTENZA
Tel. 0971 447261 - Fax 0971 447305
garanteinfanziaeadolescenza@regione.basilicata.it

REGIONE CALABRIA MARILINA INTRIERI

Via Cardinale Portanova - 89100 REGGIO
CALABRIA
Tel. 0965 880454 - Fax 0965 1812019
garanteinfanziaeadolescenza@consr.it

REGIONE CAMPANIA CESARE ROMANO

Centro Direzionale Isola F/8 - 80143 NAPOLI
Tel. 081 7783503 / 843 - Fax 081 7783576
garanteinfanzia@consiglio.regione.campania.it

REGIONE EMILIA ROMAGNA

LUIGI FADIGA
Viale Aldo Moro, 50 - 40127 BOLOGNA
Tel. 051 5276263 - Fax 051 5275461
garanteinfanzia@regione.emilia-romagna.it

REGIONE PUGLIA ROSY PAPARELLA

Viale Unità d'Italia, 24/c - 70124 BARI
Tel. 080 5405727 - Fax 080 5405748
garanteminori@consiglio.puglia.it

REGIONE TOSCANA

In attesa di nuova nomina
Consiglio Regionale della Toscana
Via de' Pucci, 4 - 50129 FIRENZE
Tel. 055 2387563
garante.infanzia@consiglio.regione.toscana.it

REGIONE UMBRIA MARIA PIA SERLUPINI

Palazzo Broletto
Via Mario Angeloni, 61 - 06124 PERUGIA
Tel. 075 5045668 - Fax 075 5045569

REGIONE VENETO MIRELLA GALLINARO

Via Brenta Vecchia, 8 - 30172 MESTRE (VE)
Tel. 041 2795925 / 26 - Fax 041 2795928
garantedirittipersonaminori@consiglioveneto.it

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA FABIA MELLINA BARES

Piazza Oberdan, 6 - 34133 TRIESTE
Tel. 040 3773263 - Fax 0403773890
cr.organi.garanzia@regione.fvg.it

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO PAULA MARIA LADSTÄTTER

Via Cavour 23/c - 39100 BOLZANO
Tel. 0471 970615 - Fax 0471 327620
info@garanteinfanzia-adolescenza-bz.orh

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO DANIELA LONGO

Palazzo della Regione
Via Gazzoletti, 2 - 38122 TRENTO
Tel. 0461 213201 - Fax 0461 213206
difensore.civico@consiglio.provincia.tn.it

REGIONE LAZIO

In attesa di nuova nomina
c/o Consiglio Regionale del Lazio
Via della Pisana, 1301 - 00163 ROMA
Tel. 06 65937314 - Fax 06 65937325
garanteinfanzia@regione.lazio.it

REGIONE LIGURIA FRANCESCO LALLA

DIFENSORE CIVICO E GARANTE
Via delle Brigate Partigiane, 2 - 16121 GENOVA
Tel. 010 5484223 / 010 5485064
garante.infanzia@regione.liguria.it

REGIONE LOMBARDIA MASSIMO PAGANI

c/o Consiglio Regionale della Lombardia
Via F. Filzi - 20124 MILANO
Tel. 02 67486290
garanteinfanziaeadolescenza@consiglio.regione.lom
bardia.it

REGIONE MARCHE ANDREA NOBILI

OMBUDSMAN REGIONALE
GARANTE DEI DIRITTI DEGLI ADULTI E DEI
BAMBINI
Piazza Cavour, 23 - 60122 ANCONA
Tel. 071 2298483 - Fax 071 2298264
ombudsman@regione.marche.it

REGIONE MOLISE ERMINIA GATTI

TUTORE PUBBLICO DEI MINORI
Via XXIV Maggio, 130 - 86100 CAMPOBASSO
Tel. 0874 424774 / 69 - Fax 0874 424767
tutorepubblicominori@regione.molise.it

BIBLIOGRAFIA

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, *Bioetica in odontoiatria*, Documento approvato, nella seduta Plenaria del 24 giugno 2005, Roma; disponibile su <http://www.governo.it/bioetica/testi/BIOETICA%20IN%20ODONTOIATRIA.pdf>

Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli ordini odontoiatri, *Codice di Deontologia Medica*, maggio 2014; disponibile su <http://www.fnomceo.it/fnomceo/downloadFile.nocache?id=115163>

Garante Nazione per l'infanzia e l'adolescenza, Documento di Proposta del *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, Roma, 2015; disponibile su http://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/documenti/Commissione_Consultiva_Maltrattamenti_mag15.pdf

Asher R. (1951), *Munchausen syndrome*. In "Lancet", 1, 339-341.

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.

Andreasen JO, Andreasen FM. *Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth*. 2nd ed. Copenhagen, Denmark: Munksgaard and Mosby; 2000:9-154.

Bertetti B. *Oltre il maltrattamento: la resilienza come capacità di superare il trauma*, Franco Angeli ed., Milano 2008.

Bowlby J. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.

Butchart A, Phinney Harvey A. *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Organizzazione Mondiale Sanità, 2006; disponibile su http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf

Cheli M, Ricciutello C, Valdiserra M. *Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di interventi per i servizi sociali e sanitari*, Maggioli ed, Santarcangelo di Romagna (RN), 2012.

Di Blasio P. *Psicologia del bambino maltrattato*, Società editrice il Mulino, Bologna, 2000.

Di Blasio P. Tra rischio e protezione, *La valutazione delle competenze genitoriali*, Unicopli, Milano 2005.

Garante Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, CISMAI, Terre des Hommes, *Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*, Roma, 2015; disponibile su http://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/documenti/Indagine_maltrattamento_TDH_Cismai_Garante_mag15.pdf

Regione Emilia Romagna, *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*, Bologna, 2013; disponibile su http://www.minori.it/sites/default/files/linee_di_indirizzo_maltrattamento_abuso.pdf

Foti C. *Emozioni del maltrattamento e maltrattamento delle emozioni: abuso all'infanzia e meccanismi di difesa degli operatori*, dispense del Centro Studi Hansel e Gretel n.3, Sie editore, Torino, 2004.

Malacrea M. *Crescere senza Violenza*, Documenti del V congresso CISMAI Roma 4/5 febbraio 2010; disponibile su http://www.cismai.it/documenti/CRESCERE_SENZA_VIOLENZA.pdf

Malacrea M. *L'abuso all'infanzia: una terapia per piccoli pazienti molto difficili, in esperienze traumatiche di vita in età evolutiva*, a cura di Simonetta E, ed. Franco Angeli, Milano, 2010.

Calaprice S. *Alla ricerca di identità, per una pedagogia del disagio*, ed. La scuola, Brescia 2004.

Corriero M. *L'educatore e l'insegnante nel processo formativo dei bambini e degli adolescenti maltrattati e abusati*, Orizzonti e prospettive pedagogiche. I Quaderni del Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università degli studi di Bari, 2008.

Carini A, Pedrocchi Biancardi MT, Soavi G. *L'abuso sessuale intrafamiliare*, Cortina, Milano 2001.

Cirillo S. *Cattivi genitori*, Cortina, Milano 2005.

Di Nicola P. *Il legame negato: la famiglia*. In: Agosti A e P. Di Nicola P (a cura di) *Leggere il maltrattamento del bambino: le radici della violenza*. Milano: Franco Angeli Editore, 2000.

Dettore D, Fuligni C. *L'abuso sessuale sui minori*. McGraw-Hill, 2008.

Di Blasio P. *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna, 2000.

DSM – IV TR: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 2001.

DSM – 5: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

Baetz K, Sledziewski W, Margetts D, Koren L, Levy M, Pepper R. *Recognition and management of the battered child syndrome*. J Dent Assoc S Afr 1977;32:13-18.

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; disponibile su http://www.minori.it/files/Quaderni_Centro_Nazionale_40.pdf

Bollini A, Giannotta F, Angeli A. *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?* Prima Indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini, Terre des homes, CISMAI, 13 dicembre 2013; disponibile a: http://www.cismai.org/images/doc/dossier_bambini_maltrattati_tdh_cismai8abc.pdf

Borum M, Andreasen J. *Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. Complications in the primary dentition*. Endod Dent Traumatol 1998;14(1):31-44.

Bragliani M, Pedroni M. et al. *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna, luglio 2013; disponibile su http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/Linee_rer_maltrattamento_assistenza_bambini_adolescenti_novembre2013.pdf

Buzzi F, Conca P, Domenici R. *Vergine in tema di responsabilità di maltrattamento di minori I. Aspetti giuridici – II. Aspetti medico-legali*. Riv. It. Med. Leg. 1985, 7, 778.

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.

Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. *Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries*. J Am Dent Assoc 2009; 140(6): 650-7.

Castignani A.M., Boscherini B., (1999), *La sindrome di Munchausen per procura: una "sfida" per il Pediatra*, in "Maltrattamento e abuso all'infanzia", 1, 2, 33-39.

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.

Čorić V, Buljan-Flander G. *Child neglect – risk factors, consequences, role of physician and possibilities for prevention*. Paediatr Croat 2008; 52: 29-33.

CRC - Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 2011 – disponibile su <http://www.gruppocrc.net/>.

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.

De Leo D, Zaglia E, Turrina S. *Le lesioni oro dentali come markers di violenza su minore*, Ed. Libreria Cortina, Verona, 2009:71-75.

Di Genova T, Guyda H. *Infants and children consuming atypical diets: Vegetarianism and macrobiotics*. Paediatr Child Health. 2007 Mar; 12(3): 185–188.

Flores MT. *Traumatic injuries in the primary dentition*. Dental Traumatol 2002;18(6):287-98.

Giolito MR. *L'abuso sessuale nei bambini prepuberi: requisiti e raccomandazioni per una valutazione appropriata*, Gruppo di lavoro per l'abuso e il maltrattamento dell'infanzia, Centro nazionale per la prevenzione e il controllo della malattie, Ministero della Salute, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2010; disponibile su http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/publicazioni/abuso-bambini_2010.pdf

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 - disponibile su http://www.minori.it/files/prevenzione_disagio.pdf.

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 - disponibile su http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/5o_Rapporto_di_aggiornamento__Gruppo_CRC.pdf

Herschaft EE, Alder ME, Ord DK, Rawson RD, Smith ES. *Manual of forensic odontology*, 4th edition, Impress Printing & graphics, New York, 2007.

Harris J, Sidebotham P, Welbury R. *Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice*. Copdend, London, 2009.

- 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.
- 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.
- Jessee SA. *Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey*, J Dent Child 1995; 62:245-249.
- Lazenbatt A, Freeman R. *Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals*. JAN 2006; 56(3): 227-36
- Levin AL, Sheridan MS. *La sindrome di Munchausen per Procura*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.
- 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.
- 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.
- McDowell. *Role of health professionals in diagnosing patterned injuries from birth to death*. In: Dorion RBJ. *Bitemark evidence*, Marcel Dekker, New York, 2005; 31-41.
- Meadow R. *Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse*, in "Lancet", 1977, 2, 343- 345.
- Merzagora Betsos I. *Demoni del focolare. Mogli e madri che uccidono*, Torino, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
- Montecchi F. *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- Montecchi F. *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, Franco Angeli ed, Milano 2005.
- Montecchi F. *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*, III° Ed, Carocci editore, Roma 2006.
- 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.
- Mouden LD. *Child abuse and neglect: the dental assistant's role in prevention*, Dent Assist 2000; 69:30-37.
- Naidoo S. *A profile of the orofacial injuries in child physical abuse at a children's hospital*. Child Abuse Negl 2000; 24: 521-34.
- 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.

- 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.
- 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.
- Nuzzolese E, Di Vella G. *The development of a colorimetric scale as a visual aid for the bruise age determination of bite marks and blunt trauma*. J Forensic Odontostomatol. 2012 Dec 1;30(2):1-6.
- Nuzzolese E. *Maltrattamento dei bambini/ragazzi: le strategie interietive e accertative dell'odontoiatra*, Tesi di Master in Tutela, Diritti e Protezione dei Minori, Relatore Pedrocco Biancardi MT, Università di Ferrara, a.a. 2011-2012.
- Perusia G. *La famiglia distruttiva. MSbP, sindrome di Münchhausen per procura*, Torino, Centro Scientifico Editore, Torino, 2007.
- Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, Droegemuller W, Silver HK. *The battered child syndrome*, in "Journal of the American Medical Association", 1962, 181, 17-24.
- Kvaal SI. *Oral injuries in cases of child abuse*. Rev Belge Med Dent 1993; 48(1): 49-53.
- Kenney JP. *Domestic violence: a complex health care issue for dentistry today*. Forensic Sci Int 2006; 159: 121-5.
- Jessee SA. *Reporting child maltreatment: dentistry's ethical responsibility*, Tez Dent J, 2000; 117(10): 36-40.
- Report of the consultation on child abuse prevention*, 29-31 March 1999. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1) e Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Schwartz S, Woolridge E, Stege D. *The role of the dentist in child abuse*, Quintessence Int 1976;7:79-81.
- Stavrianos C, Stavrianou D, Stavrianou I, Kafas P. *Nutritional Child Neglect: a Review*. The Internet Journal of Forensic Science. 2008 Volume 4 Number 1; disponibile su <https://ispub.com/IJFS/4/1/8472>.
- 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.
- United Nations, Convention on the Rights of the Child. Geneva, Switzerland: Office of the High Commissioner for Human Rights, 1989; disponibile su <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
- 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.
- Wolak J, Mitchell M, Finkelhor D. *Online Victimization of Youth: Five Years Later*. 2006 National Center For Missing & Exploited Children; disponibile su http://www.missingkids.com/en_US/publications/NC167.pdf

Nota per il lettore

Si ringraziano l'UNICEF, l'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Bari, il Rotary Club Bari Alto "Terra dei Peuceti" per il patrocinio e il Garante Regione Puglia Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, l'associazione Penelope Puglia onlus, il Club AndiamoinOrdine e l'OdV Solidarietà Odontoiatrica per l'Handicap e l'Infanzia per il patrocinio e sostegno finanziario alla realizzazione di questo manuale che **non ha fini di lucro**.

È possibile scaricare gratuitamente il presente manuale (in formato e-book o pdf) sul portale dell'editore all'indirizzo:

<http://www.wipedizioni.it/it/otw-portfolio/maltrattamento/>

È anche possibile acquistare il manuale stampato a colori. Il ricavato, tolte le spese di stampa, è devoluto alla SOPHI onlus per iniziative di odontoiatria sociale.

Per citare l'opera: Nuzzolese E. *Maltrattamento e trascuratezza dei minori: manuale con linee comportamentali e di indirizzo per l'odontoiatra, l'igienista dentale e gli operatori dell'infanzia e adolescenza*, WIP Ed., Bari, 2015, ristampa 2017.