

# Bambini vittime di maltrattamento e trascuratezza: il contributo dell'odontoiatra

**Francesca Zangari**

Odontoiatra specialista ambulatoriale AUSL della Romagna e odontologo forense, Ravenna

Maltrattamento e trascuratezza sui bambini rappresentano ancora oggi un problema di primo piano nel settore della sanità pubblica mondiale.

Il fatto che gran parte delle lesioni si riscontrino proprio nella regione del volto, in particolare a carico di denti e cavo orale, pone gli odontoiatri in una posizione privilegiata per il riconoscimento di eventuali maltrattamenti sui bambini e/o condizioni di trascuratezza.

Accanto al pediatra, che vedendo regolarmente il bambino nel suo percorso di crescita ha l'opportunità di riconoscere le situazioni familiari a maggior rischio e di intraprendere un'opera di sostegno alla famiglia, l'odontoiatra svolge un'importante funzione di supporto diagnostico, disponendo di una competenza specifica per il riconoscimento di lesioni non accidentali e di condizioni di incuria a frequente localizzazione oro-facciale.

Come indicato nelle linee guida del Ministero della Salute per la gestione dei traumi dentali, è auspicabile che, in un futuro prossimo, si provveda alla promozione di standardizzate strategie d'intervento multidisciplinare, all'interno delle quali entrambe le professionalità, consapevoli dei rispettivi ruoli di sentinella per la tutela dei bambini vittime di abusi, possano collaborare attivamente alla definizione di protocolli di rilevamento e segnalazione.

*Child maltreatment and neglect are still a major public health problem worldwide.*

*Dentists are in a privileged position to recognize any child-abuse and/or neglect because most of the lesions are found precisely in the facial area, involving teeth and oral cavity. Next to the pediatrician, who regularly examines the child as he grows up and occupies a privileged position in recognizing family situations at greater risk and in supporting the family, the dentist has an important diagnostic support function, having a specific competence for the recognition of non-accidental injuries and neglect with oro-facial localization.*

*As indicated in the Ministry of Health's guidelines for the management of dental trauma, it is desirable that, in the near future, standardized multidisciplinary intervention strategies be promoted, within which both professions, aware of their respective sentinel roles in protecting abused children, can actively collaborate in establishing detection and reporting protocols.*

## Introduzione

Maltrattamento e trascuratezza sui bambini rappresentano ancora oggi un problema di primo piano nel settore della sa-

nità pubblica mondiale. Questi tristi aspetti, presenti al di là dei confini geografici e delle differenze culturali soprattutto in particolari contesti socioeconomici ed educativi, persistono nonostante i numerosi programmi di informazione e sensibilizzazione messi in atto per educare sia i professionisti coinvolti sia la comunità in generale.

Nonostante in alcuni Paesi europei e negli Stati Uniti siano disponibili registri di sorveglianza specifici, mancano dati statistici attendibili in grado di fornire la reale entità del disagio infantile, in quanto, come dimostrato da molteplici studi esiste un notevole sommerso, difficilmente quantificabile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno in Europa il 22,9% delle persone di età inferiore ai 18 anni subisca abusi fisici e il 9,6% sia vittima di abusi sessuali; tuttavia, nonostante i numeri allarmanti, molti di questi casi non vengano segnalati [1-2].

Sempre secondo l'OMS "per abuso all'infanzia e maltrattamento devono intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comporti un pregiudizio reale o potenziale per la salute del piccolo, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere" [3].

I maltrattamenti possono, pertanto, manifestarsi non solo come messa in atto di condotte attive, ma anche come omissione di comportamenti che un genitore, o chi ne fa le veci, ha l'obbligo di mettere in atto nei confronti della prole; in altre parole, non di rado forme di maltrattamento possono estrinsecarsi come incuria nei confronti del bambino. Purtroppo le violenze sui minori sono in grado di influenzare negativamente la crescita del bambino che le subisce, per cui diventa imperativo poter intervenire precocemente al fine di non comprometterne l'apprendimento e lo sviluppo.

Numerosi studi riportano che circa il 50% dei bambini maltrattati fisicamente mostra segni di abuso a carico del distretto oro-facciale, in particolare fino al 55% dei casi di abuso fisico e fino al 15% dei casi di abuso sessuale [4-7]. Il fatto che gran parte delle lesioni si riscontrino proprio nella regione del volto, in particolare a carico di denti e cavo orale, pone gli odontoiatri in una posizione privilegiata per riconoscere eventuali maltrattamenti sui minori e/o condizioni di trascuratezza.

## La raccolta anamnestica

Qualsiasi lesione di natura traumatica dovrebbe essere sempre indagata a fondo, sebbene lesioni involontarie o accidentali a carico del distretto orale siano piuttosto comuni e non debbano essere confuse con segni di maltrattamento fisico [8]. In occasione della visita del piccolo paziente, è fondamentale valutare se il racconto anamnestico, specie in riferimento alla tempistica e al meccanismo d'azione dell'evento lesivo, sia coerente con le caratteristiche della lesione. Talora, nei bambini più grandi è possibile ascoltare la loro versione dell'accaduto dopo avere opportunamente allontanato i genitori. Dovendo interagire con pazienti minorenni è sempre opportuno porsi in un atteggiamento di ascolto, senza mai sottovalutare o sovrastimare quanto raccolto o osservato, secondo un approccio che tenga conto di età, livello di maturità, opinioni e preoccupazioni espresse dal bambino. Alcune situazioni particolari devono destare il sospetto di maltrattamento: il riscontro di lesioni incompatibili, quanto a estensione, profondità, sede o distribuzione, con l'età del bambino o con il suo livello di sviluppo; l'osservazione di lesioni ecchimotiche in un bambino che non ha raggiunto una sufficiente mobilità autonoma o quando queste sono molteplici e localizzate in sedi decisamente atipiche per traumi accidentali quali torace, dorso, glutei, addome, regione genitale e perianale [9-10]. Già nel 1998 Welbury [11] osservava che il riscontro di molteplici



Figura 1. Bimbo di 2 anni con esiti di lacerazione del frenulo vestibolare superiore e dislocamento dell'incisivo centrale superiore sinistro deciduo (#6.1).

e policrome contusioni a livello del viso, in associazione a un incongruo riferito sull'accaduto da parte del genitore interrogato, era fortemente indicativo di un caso di maltrattamento; altrettanto significativo era il rilievo, a una semplice e immediata osservazione fisica, di molteplici lesioni a diversa localizzazione (viso, labbra, bocca, orecchie, collo, caviglie, polsi), così come la bilateralità di certe lesioni, per esempio a carico degli occhi o delle guance, era fortemente incompatibile con un'origine accidentale che, al contrario, è più tipicamente unilaterale.

### Lesioni oro facciali nel maltrattamento fisico e nell'abuso sessuale

L'elemento che contraddistingue il maltrattamento fisico è la reiterazione delle manifestazioni violente poste in atto in momenti e con modalità differenti, come dimostrato da lesioni in diversi stadi di guarigione.

A livello di cavo orale la lesività può estrinsecarsi con: ecchimosi labiali, del palato, dell'ugola per tentativi di alimentazione forzata con utilizzo incongruo di posate o biberon; eritema e petecchie in corrispondenza della giunzione tra palato molle e duro o sul pavimento della bocca come segno di tentata o avvenuta fellatio; ustioni per ingestione forzata di cibo caldo o di liquidi caustici; bruciateure polifocali, segno di punizioni inflitte; ecchimosi delle commissure labiali come esiti di imbavagliamento; lacerazioni della mucosa interna del labbro superiore in continuità con il frenulo con rottura dello stesso o rottura del frenulo linguale per pugni sulla bocca, alimentazione forzata o rapporto orale forzato, lacerazioni della gengiva, della lingua, del palato o del pavimento della bocca [Figura 1].

Le lesioni dentarie si distinguono in: frattura eventualmente associata a lussazione e/o aumentata mobilità; avulsione; necrosi; mancanza di elementi dentari decidui caduti in epoca incongrua; rilievo, mediante indagini radiologiche, di fratture radicolari misconosciute, lesioni periapicali, calcificazioni intrapulpari; inspiegabili malocclusioni [Figure 2-4].

A livello scheletrico è possibile il riscontro radiografico di esiti di pregresse o recenti fratture delle ossa nasali, del complesso zigomatico-mascellare e delle orbite, dei condili, del ramo

Figure 2-4. Traumi dentali. Nel primo caso un bimbo di anni 2 lamenta lieve lussazione intrusiva a carico dell'incisivo centrale destro (#5.1) associata ad abrasione/contusione all'emimento sinistro a seguito di caduta a terra. Nel secondo caso un bambino di 7 anni riporta la frattura coronale a carico degli incisivi centrali superiori permanenti (#1.1 e #2.1) a seguito di urto sul bordo del tavolo. Nel terzo caso un bambino di 10 anni presenta la frattura coronale degli incisivi centrali inferiori permanenti (#3.1 e #4.2), dell'incisivo laterale inferiore sinistro permanente (3.2) e del canino inferiore sinistro permanente (#3.3) a seguito di colpo con racchetta da tennis.

o della sinfisi mandibolare, e/o malocclusione come esito di trauma pregresso [Figura 5].

Da segnalare, inoltre, il rilievo di altre lesioni limitrofe quali: emorragie retiniche, ptosi ed ematomi periorbitali, contusioni nasali o deviazioni del setto nasale, danno alla membrana timpanica, contusione/lacerazioni del padiglione auricolare e dell'area cutanea posta dietro l'orecchio, segni di morsi con numerosi aspetti e forme in corrispondenza delle guance, testa, collo.

Proprio per la complessità dei traumi che riguardano il distretto oro-facciale e per le numerose modalità con cui possono essere inflitti, nel 2018 il Ministero della Salute ha aggiornato le linee guida per la gestione dei traumi dentali. Il documento ministeriale, oltre a raccomandare di porsi sempre l'interrogativo se il trauma dentale riscontrato possa essere causato da un abuso o maltrattamento, evidenzia la necessità di estendere l'esame anche a testa e collo, con specifica attenzione nei confronti del trauma a livello dell'articolazione temporo-mandibolare, che nel 18% dei casi è stato riscontrato essere conseguente a violenza. Per quanto riguarda le fratture mandibolari, quelle inflitte a seguito di maltrattamento tendono di solito a interessare la regione angolare, a differenza di quelle secondarie a incidenti stradali che coinvolgono invece prevalentemente il condilo, il corpo e la sinfisi della mandibola [12]. (Nelle figure dalla 1 alla 5 le lesioni accidentali da trauma che entrano nella diagnosi differenziale con le lesioni da abuso sopra descritte).

### Lesioni dentali da incuria o trascuratezza

Nell'ambito dei maltrattamenti sui bambini, a partire dagli anni Settanta viene posta particolare attenzione anche al problema dell'incuria dentale, quale parte integrante dell'incuria fisica. Si intende per trascuratezza dentale il fallimento volontario dell'adulto che si occupa del bambino nel prevenire la comparsa di malattie al distretto oro-facciale e/o alla mancata prosecuzione delle cure necessarie per garantire un'adeguata salute orale, ossia per stabilire una funzione adeguata, esente da dolore e infezione. Una buona salute orale nei bambini e negli adolescenti migliora il loro sviluppo fisico e psicologico e le loro capacità relazionali; al contrario, la comparsa di uno stato di malattia aumenta il rischio di provare dolore, imbarazzo, difficoltà nello sviluppo cognitivo, riduzione dell'autostima o limitazione nelle attività quotidiane [13]. Pertanto, quando è stata posta diagnosi di patologia dentale, quando è stato spiegato e compreso il trattamento da adottare e quando sono stati superati gli ostacoli di tipo economico, il fatto che l'adulto non accompagni il bambino agli appuntamenti dal dentista,







Figura 5. Bimbo di 6 anni presenta malocclusione con inversione del morso a sinistra, esito di frattura del condilo mandibolare omolaterale all'età di 2 anni.

necessari per il suo benessere, costituisce esso stesso un vero e proprio atto di incuria [14]. I minori vittime di trascuratezza possono manifestare segni di scarsa igiene orale, come l'accumulo di placca e tartaro e la comparsa di alitosi, lesioni aftose conseguenti a carenza nutrizionale, carie dentarie avanzate e non trattate, ascessi recidivanti, dolore oro-facciale cronico [15-17]. La condizione comunque più frequente rimane il riscontro di patologia cariosa non trattata, il cui primo segno è rappresentato dalla cosiddetta lesione a macchia bianca. I denti incisivi decidui superiori sono i più inclini al decadimento, seguiti da primi molari, secondi molari e canini decidui; gli incisivi decidui inferiori sono generalmente meno colpiti grazie alla favorevole detersione meccanica della placca esercitata dai movimenti della lingua e dalla presenza di abbondante saliva a livello del pavimento orale. Si tenga presente che la comparsa di lesioni cariose in precoce età, tra i 2 e i 4 anni, è suggestiva della cosiddetta sindrome da biberon, causata da un errato uso del biberon e/o del ciuccio intinti in sostanze zuccherine e/o lasciati frequentemente a contatto dei denti con liquidi zuccherini, compreso il latte, per lunghi periodi durante l'ora della nanna o del pisolino [18] [Figure 6-7]. Accanto alla patologia cariosa, che interessa l'elemento dentario, e alle malattie parodontali, che colpiscono i tessuti di supporto dell'elemento dentario, ossia gengiva, legamento parodontale e osso alveolare, altra patologia di frequente riscontro è la malocclusione, determinata per lo più da abitudini scorrette e anomalie di numero, forma e/o posizione dei denti.

La trascuratezza dentale, sia essa dovuta a mancanza di prevenzione o alla mancanza di trattamento, risulta piuttosto difficile da diagnosticare, dovendo essere distinta da situazioni di inconsapevolezza o di accesso alle cure limitato. Gli adulti, infatti, potrebbero sì non preoccuparsi di proposito di fornire le cure necessarie, ma anche non essere informati sulla necessità della salute orale, dal momento che spesso la carie dei denti da latte viene erroneamente considerata condizione naturale che non può essere evitata, oppure trovarsi in difficoltà economiche ed essere inconsapevoli dell'esistenza di servizi odontoiatrici nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Da considerarsi anche la possibilità che il bambino stesso, affetto da disabilità fisiche, mentali o di sviluppo, non sia in grado di esprimere il proprio bisogno.

Studi in letteratura [19-20] suggeriscono quali siano i segni che dovrebbero quantomeno fare insorgere il sospetto di trascuratezza dentale, segni che vengono suddivisi in tre gruppi principali: storia clinica e manifestazioni orali del bambino; determinanti sociali del bambino; caratteristiche dei genitori. Nel primo gruppo sono compresi: il mancare agli appuntamenti dal dentista; il riscontro di multiple lesioni cariose; la comparsa di significativo dolore oro-facciale non trattato, nonostante l'adulto sia stato informato dal sanitario sulle necessità di cura; la presenza di placca batterica che coinvolga più di due terzi della corona dentale associata a carie in denti-

zione decidua; il sanguinamento gengivale spontaneo. I determinanti sociali che potrebbero associarsi a una trascuratezza dentale includono: famiglie monogenitoriali; famiglie a basso reddito; insicurezza abitativa; situazioni di abuso domestico. Per quanto riguarda, infine, le caratteristiche dei genitori si segnalano: abuso di sostanze; qualità della loro salute orale; basso livello di scolarità; non portare regolarmente il bambino a visita dal dentista o non rispettare gli appuntamenti.

### Lesioni da morso

Una considerazione a parte merita l'impronta da morso umano, che per la sua peculiarità e complessità d'analisi è di competenza dell'odontologo forense, odontoiatra con specifico percorso di formazione post lauream nel settore. Lesioni acute o esiti di lesioni da morso possono indicare un abuso, in quanto i denti sono spesso utilizzati sia come strumento di aggressione, sia come mezzo di difesa dell'agredito. Pertanto, l'analisi dell'impronta del morso, basata sul principio che "non esistono due bocche uguali", può risultare di fondamentale importanza per l'identificazione del reo, nonostante a tutt'oggi controversa per mancanza di una scala di valutazione statistica scientificamente supportata [21]. Vero è che affollamenti, rotazioni, asimmetrie, diastemi, patologie dello smalto, elementi estratti, non erotti, sovrannumerari o fratturati, segni di abrasione o erosione, ricostruzioni coronali e riabilitazioni protesiche sono solo alcune delle caratteristiche che, uniche o combinate tra loro, danno luogo a dentature che difficilmente potranno ripetersi in due distinti individui. Il sospetto di trovarsi di fronte a una lesione da morso dovrebbe insorgere ogni qualvolta si riscontrino ecchimosi, abrasioni o lacerazioni in forma ellittica, ovoidale o a ferro di cavallo; talora è possibile osservare un'area centrale di ecchimosi causata o dalla pressione positiva creata dalla chiusura dei denti, con rottura di piccoli vasi, o dalla pressione negativa causata dall'aspirazione e dalla spinta della lingua, che preme contro i denti [Figura 8]. È importante tenere presente che lesioni dovute al contatto e alla pressione di suole di scarpe, fibbie, ferri da stiro o



Figure 6-7. Carie multiple in due piccoli pazienti di 3 anni.

altri oggetti simili possono indurre in errore. Morsi prodotti dai cani e altri animali carnivori tendono a strappare la carne, mentre morsi umani comprimono la carne e possono causare abrasioni, contusioni e lacerazioni, raramente asportazione di tessuto cutaneo. Una distanza intercanina (ossia la distanza lineare tra i due punti centrali delle cuspidi dei denti canini) che misuri più di 3 cm è suggestiva di morso umano adulto; tuttavia, è bene tenere presente la possibilità di morso infero da un bambino con distanza intercanina decisamente inferiore, in quanto rapportata alla dentizione decidua. La chiarezza e l'interpretazione delle impronte lasciate sulla cute e dell'area dell'ecchimosi circostante dipendono da diverse variabili, tra cui entità della pressione esercitata e tempo di applicazione della stessa, azione di trazione e strappamento a opera dei denti incisivi, movimenti posti in essere dal soggetto aggredito e dall'aggressore durante l'atto della morsicatura, coinvolgimento di lingua e guance nell'azione del morso, interposizione di indumenti o di altro materiale [22-23].

Alla luce di quanto descritto, è evidente che in caso di lesioni riferite come accidentali, ma suggestive di abuso, diventano imprescindibili, accanto al riscontro degli aspetti clinici, sia la raccolta di peculiari dati anamnestici sia l'analisi di specifici fattori comportamentali [Tabella 1].

#### Tabella 1. Criteri utili per il sospetto di maltrattamento infantile

##### 1. Elementi anamnestici:

- violenza esplicitamente riferita dal minore;
- rilievo di lesioni non compatibili con modalità traumatiche accidentali;
- anamnesi traumatica non compatibile con le lesioni riscontrate;
- precedenti anamnestici "sospetti" (ripetersi di lesioni o cadute, ricoveri pregressi per dubbia patologia spontanea);
- molteplicità e contraddizioni delle versioni fornite dai familiari in merito al fatto e incongruenza delle stesse con il quadro lesivo.

##### 2. Elementi clinici generali:

- riscontro clinico e obiettivo delle lesioni citate precedentemente.

##### 3. Elementi clinici specifici:

- riscontro di lesioni polifocali, policrome e polimorfe con eventuale presenza di segni "specifici" (unghiate, morsi, lacerazioni della mucosa labiale, impronte da afferramento, ustioni);
- obiettivazione radiologica di pregresse fratture dentarie e mandibolo-mascellari.

##### 4. Fattori comportamentali:

- bambini accompagnati da parenti o conoscenti;
- ritardo nel ricorso alle cure mediche da parte del genitore/i;
- rifiuto del ricovero o richiesta di anticipata dimissione contro il parere dei sanitari;
- assenza del genitore/i dall'ospedale durante il periodo di ricovero;
- indifferenza emotiva del genitore/i o preoccupazione per altri problemi (es. fretta di tornare a casa);
- atteggiamento timoroso e diffidente del bambino e/o rapido miglioramento dello stato generale e psichico dopo separazione dal genitore/i;
- associazione di stato di denutrizione, sviluppo psico-ponderale incongruo per l'età e carenti cure igieniche;
- condizioni igieniche generali e orali scadenti.

#### Conclusioni

Maltrattamento e trascuratezza si accompagnano a gravi conseguenze fisiche e psicosociali che influiscono negativamente sulla salute e sul benessere generale del bambino, compromettendone la normale crescita e il fisiologico sviluppo.



Figura 8. Bimbo di quasi 2 anni con impronte da morso umano che si estendono dal collo al dorso in diverso stadio di guarigione, suggestive di reiterazione del maltrattamento.

Sebbene molte lesioni traumatiche del distretto oro-facciale risultino di natura accidentale, la loro elevata frequenza associata ad abusi pone pediatra e odontoiatra in una posizione preferenziale rispetto ad altri operatori sanitari per identificare precocemente eventuali maltrattamenti e/o condizioni di trascuratezza.

Di certo, il pediatra occupa un ruolo privilegiato nel riconoscere le situazioni familiari a maggior rischio e intraprendere un'opera di sostegno alla famiglia, in quanto è lo specialista che vede regolarmente sia il bambino, seguendolo nel suo complesso, sia la famiglia, conoscendo il contesto nel quale il piccolo paziente cresce. Accanto al pediatra, l'odontoiatra può svolgere un'importante funzione di supporto diagnostico, disponendo di una competenza specifica per il riconoscimento di lesioni non accidentali che si localizzano nel distretto cranio-facciale: in caso di lesioni del cavo orale e/o incuria dentale, l'odontoiatra è in grado di giudicare lo stato di cura dentale del minore e al tempo stesso di valutare quelle condizioni familiari che possono influire negativamente sul benessere dentale del bambino.

È auspicabile che, in un futuro prossimo, come indicato nelle già citate linee guida ministeriali, si provveda alla promozione di standardizzate strategie d'intervento multidisciplinare, all'interno delle quali entrambe le professionalità, consapevoli dei rispettivi ruoli di sentinella per la tutela dei minori vittime di abusi, possano collaborare attivamente alla definizione di protocolli di rilevamento e segnalazione. ■

#### Conflitto di interessi

Sullo studio non sussiste alcun conflitto di interessi.

#### Finanziamenti allo studio

Lo studio non è stato sostenuto da alcuna fonte di finanziamento.

#### La bibliografia di questo articolo è consultabile online

## Bibliografia

1. World Health Organization. Violence against children: tackling hidden abuse. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 13/1/2020. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/news/news/2020/01/violence-against-children-tackling-hidden-abuse> [accessed March 2023].
2. World Health Organization: Child Maltreatment. Geneva: World Health organization, 2017. Available from: <http://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment>. [accessed March 2023].
3. Krug EG, Dalberg L, Mercy JA et al. Word report on violence and health. World Health Organization, Geneva 2002.
4. Melo M, Ata-Ali F, Cobo T et al. Role of a Dentist in the Diagnosis of Child Abuse and Neglect: A Literature and Narrative Review. *Open Dent J* 2019;13:301-7. <http://doi.org/10.2174/1874210601913010301>.
5. De la Parte-Serna AC, Oliván-Gonzalvo G, Raluca Fratina C et al. The dark side of Paediatric dentistry: Child abuse. *Iberoamerican J Med* 2020;03:194-200. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3739084>.
6. Rodrigues JLSA, Lima APB, Nagata JY et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. *J Forensic Leg Med* 2016;43:34-41.
7. Kaur H, Vinod KS, Singh H et al. Child maltreatment: cross-sectional survey of general dentists. *J Forensic Dent Sci* 2017;9:24-30. <http://doi.org/10.4103/jfo.jfids615>.
8. Singh V, Lehl G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. *Dent Res J* 2020;17:167-73.
9. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Rao Tate A. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatr Dent* 2017;3:278-83.
10. Barbi W, Sonawane RS, Singh P, et al. Evaluation of the orofacial features in the victims of abuse and neglect of 5–16 year-old age children. *J Pharm Bioall Sci* 2021;13:S1705-8. [http://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs\\_230\\_21](http://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_230_21).
11. Welbury RR, Murphy JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2. The orofacial signs of abuse. *Br Dent J* 1998;24;184:61-5. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.4809545>.
12. Ministero della Salute. Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva. Febbraio 2018.
13. Baptista AS, Laranjo E, Norton AA et al. Dental Neglect, one type of child abuse – Narrative review. *MedicalExpress (São Paulo, online)* 2017;4:M170301. <http://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2017.03.01>.
14. Kiatipi M, Davidopoulou S, Arapostathis K et al. Dental Neglect in Children: A Comprehensive Review of the Literature. *J Contemp Dent Pract* 2021;22:199–204. <http://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-3019>.
15. Costacurta M, Benevoli D, Arcudi G et al. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implant* 2015; 2-3:68-73.
16. Cardoso Guedes C, Kalil Bussadori S, Weber R et al. Halitosis: prevalence and association with oral etiological factors in children and adolescents. *J. Breath Res* 2019;13:026002. <https://doi.org/10.1088/1752-7163/aafc6f>.
17. Légeret C, Furlano R. Oral ulcers in children- a clinical narrative overview. *Ital J Pediatr* 2021;47: 144. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01097-2>.
18. Naidu RS, Nunn JH. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. *Oral Health Prev Dent* 2020;18:245-52. <http://doi.org/10.3290/j.ohpd.a43357>.
19. Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D et al. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC Public Health* 2013;13:370. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-370>.
20. Scorca A, Santoro V, De Donno A et al. Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. *Clin Ter.* 2013;164:e365-71. <http://doi.org/10.7417/CT.2013.1614>.
21. Bowers CM. Review of a forensic pseudoscience: identification of criminals from bitemark patterns. *J Forensic Leg Med* 2019;61:34-9. <http://doi.org/10.1016/j.jflm.2018.11.001>.
22. Sunil MK, Malik U, Malhotra S et al. Bite marks: an indispensable tool for forensic odontological evidence. *Medico-legal Update* 2019;19:42-6.
23. Philips VM, Avelino D. Bite mark analysis in a case of child abuse. *SADJ* 2019;74: 451-3.