Estratto del documento

Ministero della Salute

SEGRETARIATO GENERALE
UFFICIO 2

LINEE GUIDA NAZIONALI PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE CLINICA DEI TRAUMI DENTALI NEGLI INDIVIDUI IN ETÀ EVOLUTIVA

Febbraio 2018

Allegato al parere del Consiglio Superiore di Sanità – Sezione III dell'8 maggio 2018

PREMESSA

Il presente documento rappresenta un aggiornamento delle "*Linee Guida Nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva*", pubblicate dal Ministero Salute nel novembre 2012.

Il lavoro di revisione si è reso necessario a seguito del cambiamento dell'evidenza scientifica e della pubblicazione di lavori relativi alla sempre più frequente modalità con cui i traumi dentali e/o facciali in età evolutiva hanno luogo anche in conseguenza a morsicatura da parte di animali domestici.

A CHI: Le indicazioni sono rivolte ai medici di medicina generale, ai medici specialisti in pediatria, in chirurgia maxillo-facciale, in chirurgia di urgenza e Pronto Soccorso, in medicina dello sport, in medicina legale, agli odontoiatri, agli igienisti dentali, al personale infermieristico, al personale scolastico, al personale di assistenza nei centri sportivi e ai genitori/*caregiver*.

IDENTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Sono stati individuati i seguenti obiettivi:

- strategie di prevenzione dei traumi dentari e di educazione alla salute;
- protocollo di primo soccorso nel trauma dentale;
- certificazione del trauma;
- individuazione di maltrattamenti/abuso sui minori e trauma dentale.

Per ciascuno dei suddetti obiettivi sono state individuate parole chiave utilizzate singolarmente e/o in associazione fra loro.

PREVENZIONE

Studi osservazionali hanno suggerito che i traumi dentari possono portare a dolore, perdita di funzioni e problemi estetici, con conseguenze fisiche, emotive e sociali per gli individui in età evolutiva e le loro famiglie. Questo indica la necessità di programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria negli individui in età evolutiva (*Borges e al., 2017*).

L'attuazione di idonee misure di prevenzione primaria con lo scopo di proteggere i soggetti sani dipende dalla corretta informazione veicolata tra i medici di medicina generale, gli odontoiatri pediatrici, gli igienisti dentali, i genitori/*caregiver*, gli insegnanti scolastici e quelli sportivi, tutti in stretta collaborazione con i pediatri.

Misure di prevenzione secondaria devono, invece, essere attuate quando il danno si è verificato e sono volte a limitarne gli effetti nocivi tramite un'attenta valutazione clinica e un corretto trattamento del trauma dentale (*Levin et al., 2012*).

La prevenzione terziaria, di stretta pertinenza odontoiatrica, infine, ha lo scopo di ridurre le complicazioni e provvedere al ripristino della funzione masticatoria, estetica e fonetica.

PREVENZIONE PRIMARIA in AMBIENTE DOMESTICO

Gli individui in età evolutiva e gli anziani rappresentano le categorie di persone più colpite da incidenti domestici.

Per i soggetti fino a 14 anni l'ambiente più rischioso è il soggiorno – ossia lo spazio della casa dedicato verosimilmente al tempo libero e al gioco (74,6% degli incidenti domestici) (*Report 2014, Istat 2016*).

Nella prima infanzia, l'inizio della deambulazione, con e senza girello, rappresenta il momento più frequente per il verificarsi di traumi dentali a causa della più facile tendenza a cadere e a urtare i mobili di arredamento (*Noori et al., 2009*).

I piccoli obesi presentano una maggiore esposizione alle cadute (*Glendor, 2009*); tuttavia i dati attualmente disponibili in letteratura non consentono di stabilire una effettiva relazione causale tra trauma dentale, attività fisica e stato nutrizionale (*Goettems et al., 2014*).

Negli individui nei quali si riscontra l'aumento dell'*overjet* (distanza tra incisivi superiori e inferiori in senso antero-posteriore), come nei soggetti che hanno l'abitudine a succhiare il pollice o il ciuccio, è più frequente, in caso di caduta frontale, l'evenienza di traumi dentari (*Kramer et al., 2015; Siqueira et al., 2013; Gupta et al., 2011*). E', pertanto, importante ricorrere a visite specialistiche odontoiatriche al fine di intercettare e correggere precocemente eventuali protrusioni dentarie (*Borzabadi-Farahani and Borzabadi-Farahani, 2011*).

In tutti questi individui, così come nei soggetti particolarmente vivaci, sarebbe opportuno l'uso di paradenti (*Hegde et al., 2010*).

Traumi orali nei minori possono essere anche causati da morsicature di animali (per lo più cani e gatti) che, oltre a danni fisici e psicologici, possono causare infezioni (*Chhabra et al., 2015; Agrawal et al., 2017*). Poiché le ferite sono frequentemente localizzate sul viso, i chirurghi orali e maxillofacciali dovrebbero conoscere il trattamento dei traumi da morsi di animali e educare i pazienti a evitare lesioni future (*Chhabra et al., 2015*). Il rilevamento e l'asportazione di denti o frammenti

nelle lesioni è cruciale per ridurre significativamente il rischio di infezione (*Stefanopoulos and Tarantzopoulou 2009; Wasserman et al., 2009*). In particolare, le strategie di prevenzione del morso dei cani comprendono un'attenta supervisione delle interazioni tra cani e soggetti in età evolutiva, l'educazione pubblica sulla responsabilità del proprietario del cane e il rispetto delle norme sul controllo degli animali.

È necessario migliorare la conoscenza della comunità riguardo la malattia virale rabbia e la necessità di vaccinare gli animali contro quest'ultima (*Chhabra et al., 2015*).

Raccomandazione 1

Adottare misure atte a disincentivare la suzione non nutritiva dopo i 2 anni, per interromperla entro l'anno successivo come fattore di rischio per l'aumento di overjet (vedi "Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva" (http://www.salute.gov.it/sorrisoSalute/documenti/linee_guida_approvate_10_ott_2008.pdf).

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Raccomandazione 2

In caso di eccessivo overjet, informare i genitori dell'aumento del rischio di trauma dentale conseguente a caduta frontale e consigliare una valutazione ortognatodontica.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza IV

PREVENZIONE PRIMARIA in AMBIENTE SCOLASTICO

Vista la frequenza di traumi dentali in ambiente scolastico, sarebbe opportuno che gli Istituti scolastici organizzassero corsi di formazione rivolti al personale docente, non-docente e agli alunni allo scopo di identificare e contenere i rischi a cui questi ultimi possono andare incontro (*Arikan and Sönmez, 2012; Ramroop et al., 2011*).

La scelta del metodo didattico deve tener conto dell'evoluzione delle tecnologie tra cui l'impatto audiovisivo, rivelatosi efficace nel trasmettere messaggi educazionali (*Soubra et al., 2014*).

I traumi più frequenti sono conseguenti all'abitudine a mordere la penna, a trattenere in bocca oggetti di cancelleria, a litigi (*Glendor, 2009*), all'utilizzo di giochi che comprendono oggetti potenzialmente contundenti e a cadute durante le attività sportive e ricreative.

Nelle strutture scolastiche dovrebbero esserci sempre presidi di primo soccorso e condizioni che consentono di intervenire tempestivamente in caso di trauma dentale (*Levin et al., 2012).*

Raccomandazione 1

Si raccomanda la formazione degli insegnanti e del personale non docente sui rischi da trauma dentale tramite idonei corsi di formazione, filmati, brochure e/o manuali.

Affiggere sul muro dei corridoi delle scuole, delle palestre e delle piscine volantini e locandine illustrative.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

Raccomandazione 2

Informare e formare gli individui in età evolutiva sui rischi derivanti da comportamenti pericolosi sia per la sicurezza personale che altrui.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

PREVENZIONE PRIMARIA in AMBIENTE SPORTIVO

Sports di contatto come pallacanestro, pallavolo, calcio, rugby, equitazione ma anche sport senza contatto come nuoto (anche in relazione alla superficie bagnata intorno alla piscina) o ginnastica artistica e attività ludico-sportive come andare in bicicletta, usare lo *skateboard*, il monopattino o i pattini e sciare rappresentano alcune delle attività a cui è connesso un aumentato rischio di trauma dentale nei soggetti in età evolutiva, per lo più dovute a cadute o a scontri con altri giocatori (*Müller et al., 2008; Sepet et al., 2014*).

In tali circostanze è opportuno che l'odontoiatra insieme al personale dei centri sportivi consigli l'uso di caschi, paradenti e/o maschere facciali in funzione del tipo di attività sportiva, informando il soggetto sul rischio di danno oro-facciale e pertanto dei benefici a lungo termine di tali dispositivi di sicurezza (*Levin et al., 2012; Çaglar et al., 2010; Çetinbas et al., 2008; Amadori F et al., 2017*).

Raccomandazione 1

Utilizzare caschi, paradenti e/o maschere facciali in funzione del tipo di attività sportiva svolta.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza III

Raccomandazione 2

Diffondere volantini e locandine illustrative a scopo preventivo.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

Raccomandazione 3

Informare e formare gli individui in età evolutiva sui rischi derivanti da comportamenti pericolosi sia per la sicurezza personale che altrui.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

PREVENZIONE SECONDARIA

In caso di traumi dentari è necessario tranquillizzare il paziente, eliminare eventuali residui ematici e valutare attentamente l'entità del danno riportato (tipo di dente coinvolto, eventuali fratture del bordo masticatorio, mobilità o parziale estrusione del dente, possibilità di recuperare il frammento di dente o il dente intero) e il conseguente trattamento di primo soccorso (necessità di avulsione, reimpianto, reincollaggio del frammento/i, protezione della polpa e/o della dentina esposta).

Un dente avulso ha buone probabilità di essere re-impiantato se è rimasto per un massimo di 2-3 ore in ambiente liquido (soluzione fisiologica, latte o saliva). Il reimpianto immediato è la procedura alla quale si associa la maggior percentuale di successo (*Lam, 2016*). Inoltre, buone possibilità di guarigione si hanno se il re-impianto, lo splintaggio temporaneo agli altri denti (per 2-4 settimane) e i controlli successivi sono gestiti in modo competente (*Diangelis et al., 2012; Hedge et al., 2010*).

In ogni caso, va osservato un protocollo di controlli a distanza, al fine di escludere l'insorgenza di complicanze.

Se l'evento si è verificato in età precoce, l'occasione rappresenta un motivo valido per una prima visita odontoiatrica e per concordare controlli cadenzati e programmati nell'arco di un anno, finalizzati anche a rassicurare il piccolo sulla possibilità di recuperare completamente l'estetica del sorriso**.**

Raccomandazione 1

Dotare le cassette di pronto soccorso di fiale di soluzione fisiologica sterile.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza III

Raccomandazione 2

In caso di frattura della corona del dente:

1) recuperare il frammento fratturato;

2) recarsi subito presso un presidio di Pronto Soccorso ove sia presente un servizio di odontoiatria o presso uno specialista in odontoiatria. In caso di avulsione di un dente permanente, il reimpianto è consigliato. Nel caso di avulsione di un dente deciduo il reimpianto è sconsigliato.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

PROTOCOLLO DI PRIMO SOCCORSO NEL TRAUMA ORO-FACCIALE

Domanda: ***Come deve essere gestito il paziente in età evolutiva che ha subito un trauma oro-facciale e che si rivolge ad un Pronto Soccorso o all'odontoiatra?***

Elenco Keywords secondo i criteri delle Mesh-words**:**

-*traumatic dental injuries*

-*dental trauma*

-*pediatric facial trauma*

-*TMJ fractures, children, adolescents*

-*first aid trauma*

-*emergency*

Le parole chiave sono state cercate singolarmente e in associazione tra loro.

Criteri di inclusione: sono stati considerati tutti gli studi che rispondevano alla domanda sopra riportata per un totale di 53 lavori. Sono risultati pertinenti e schedati 22 lavori scientifici che si sono aggiunti o hanno sostituito quelli già selezionati nella precedente versione per un totale di 39 lavori.

PREMESSA

Il primo soccorso a seguito di trauma oro-facciale in età pediatrica, inteso come l'insieme delle procedure che devono essere conosciute e, quindi, applicate dagli operatori sanitari in ambiente intra/extra ospedaliero, riveste un ruolo di primaria importanza.

La gestione corretta di un evento traumatico dipende dalla tempestività dell'intervento, dalla corretta diagnosi e dalla terapia e follow-up specifici per ciascun tipo di lesione per favorire la prognosi.

Inoltre, in caso di trauma con frattura della corona del dente/i o avulsione traumatica, la prognosi dipende dal reperimento e dalla corretta conservazione dei frammenti o del dente avulso fino al momento del trattamento odontoiatrico.

Durante la visita di primo soccorso è fondamentale intercettare segni clinici e sintomi che possono sottendere a complicanze locali del distretto cranio-facciale e/o sistemiche.

Questo rende inevitabile conoscere tutte le procedure più appropriate per gestire l'evento fin dal primo approccio.

Negli ultimi anni si è osservato un progressivo incremento del numero di lavori scientifici relativi al *management* dei traumi oro-facciali nei soggetti in età evolutiva Tuttavia, i dati presenti in letteratura dimostrano di non affrontare in modo completo tutte le varie problematiche cliniche della traumatologia, limitandosi a trattare argomenti monotematici.

Pertanto, si rende necessario un lavoro d'integrazione delle evidenze scientifiche per ottenere una guida fruibile e di riferimento per il professionista (medico d'urgenza, pediatra, odontoiatra) che si trova ad approcciare e gestire un trauma oro-facciale in regime di urgenza.

Raccomandazione 1

Conservare correttamente il/i frammento/i del/i dente/i o il dente completamente avulso in una soluzione liquida (latte, fisiologica, saliva) fino alla consegna al personale competente (come raccomandato dalle *Guidelines dell'AAPD del 2011 e IADT del 2012*).

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Raccomandazione 2

Effettuare una chiara e precisa raccolta anamnestica mirata ad accertare:

- **la dinamica, il luogo e la modalità dell'evento traumatico;**
- **i sintomi riferiti al momento del trauma, quali dolore, perdita di coscienza, stato confusionale, amnesia, cefalea, nausea/vomito, alterazioni della vista, crisi convulsive, difficoltà di linguaggio, sanguinamenti e otorragie;**
- **lo stato della copertura antitetanica.**

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

Raccomandazione 3

L'anamnesi patologica remota, personale e familiare, deve essere attenta, puntuale e mirata prevalentemente alla ricerca di patologie ematologiche (discoagulopatie) e patologie che possono influenzare orientamento terapeutico (es. presenza di cardiopatie congenite che necessitano la profilassi antibiotica per l'endocardite batterica) o allergie.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza III

1.2 Esame obiettivo

In età pediatrica l'esame obiettivo generale, anche in presenza di un trauma dentale, riveste una grande importanza perché, soprattutto negli individui più piccoli, non vengono ben espressi eventuali sintomi e segni di coinvolgimento sistemico. L'attenzione del medico-pediatra deve essere posta alla presenza di segni che fanno sospettare un trauma cranico - cervicale come ecchimosi nella regione mastoidea, disturbi neurologici centrali e/o periferici, ecc.
Inoltre, il riscontro di eventuali lesioni extra-orali quali ecchimosi non corrispondenti alle prominenze ossee, impronta di oggetti riconoscibili, morsi, bruciature, lesioni di epoche diverse, ecc. può indirizzare il sanitario al sospetto di maltrattamento/abuso.

È importante, inoltre, la valutazione della dinamica mandibolare (ridotta apertura orale, deviazioni, deflessioni in apertura) e la comparsa di alterazioni occlusali post-traumatiche (precontatti posteriori, morsi aperti) volti ad accertare l'interessamento diretto o indiretto dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM). Fratture misconosciute possono esitare in quadri dismorfici e crescite facciali abnormi, quali asimmetrie e micrognazie mandibolari.
Infine, vanno attentamente ispezionati i denti per evidenziare fratture con o senza interessamento della polpa, dislocazioni e/o mobilità dentarie.

L'esame obiettivo extra orale deve prendere in considerazione:

- tutti i segni clinici che possono sottendere a un trauma cranico o cervicale;
- eventuali lesioni quali ecchimosi, impronta di oggetti riconoscibili, morsi, bruciature, lesioni di epoche diverse, ecc. che possono far sospettare a maltrattamento/abuso;
- la comparsa di asimmetrie facciali;
- la presenza di dolore (eventualmente esacerbato dai movimenti mandibolari);
- le eventuali alterazioni della dinamica mandibolare (ridotta apertura orale, deviazioni, deflessioni in apertura) indicative di coinvolgimento dell'ATM (fratture, lussazioni, versamenti endoarticolari);
- ecchimosi, lacerazioni/abrasioni dei tessuti molli periorali.

L'esame obiettivo intraorale deve prendere in considerazione:

- l'esame clinico dei denti per evidenziare fratture con o senza interessamento della polpa, dislocazioni dentarie, mobilità e perdita di elementi dentari;
- l'esame clinico dei tessuti molli per evidenziare lesioni a carico della mucosa orale, gengive e lingua;
- la comparsa di alterazioni occlusali post-traumatiche (morsi aperti, precontatti posteriori).

Raccomandazione 4

Oltre all'esame obiettivo della regione oro-facciale:

- **effettuare una valutazione generale del paziente;**
- **escludere la presenza di un trauma cranico – cervicale;**
- **valutare la presenza e l'entità delle lesioni della mucosa orale e la presenza di lesioni extraorali (anche per identificare situazioni di maltrattamento/abuso);**
- **valutare la dinamica mandibolare per escludere lesioni a carico dell'ATM.**

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza III

1.3 Diagnostica radiologica

Qualora si sospettino lesioni alle basi scheletriche possono essere richieste l'ortopantomografia, la teleradiografia in proiezione antero-posteriore (proiezione inversa di Towne, raccomandabile negli individui molto piccoli o poco collaboranti grazie al basso livello di radiazioni erogate durante l'esecuzione) e/o metodiche di *imaging* avanzate.

Raccomandazione 5

L'indagine radiologica del distretto facciale è necessaria per escludere o confermare la presenza di fratture. Va prescritta in caso di traumi importanti del massiccio facciale e della mandibola, diretti o indiretti.

La radiografia in altri distretti è necessaria nei casi di politrauma e/o sospetto di maltrattamento.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza III

1.4 Terapia

Il trattamento delle fratture o dislocazioni ossee e articolari è competenza del chirurgo maxillo-facciale, mentre il trattamento delle lesioni dentali e dei tessuti orali è di competenza dell'odontoiatra, per cui deve essere disposto quanto prima un intervento specialistico.

I soggetti diversi dai genitori/tutori non possono dare il consenso ai trattamenti odontoiatrici del minore che accompagnano. Gli interventi diagnostici e terapeutici urgenti (sutura di ferita, riduzione di lussazione, reimpianto dentale, trattamento d'urgenza di polpa dentaria esposta, etc.) possono e devono essere, comunque, disposti al fine di evitare danni ed esiti.

Gli interventi differibili devono essere eseguiti quando il genitore/tutore possa regolarmente dare il consenso alla loro esecuzione.

Raccomandazione 6

In presenza di un trauma dentale e/o articolare, la richiesta di visita odontoiatrica specialistica va effettuata il prima possibile per valutare se la terapia odontoiatrica debba essere immediata (es. in presenza di avulsione di elemento permanente o gravi lussazioni o esposizione pulpare) o differibile.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

2. VALUTAZIONE INIZIALE ODONTOIATRICA

La valutazione iniziale di un individuo in età evolutiva che giunge all'osservazione odontoiatrica per trauma dento-alveolare richiede la classificazione della tipologia del trauma per impostare un corretto iter diagnostico-terapeutico.

2.1 Anamnesi

A) Paziente valutato in Pronto Soccorso
L'odontoiatra deve prendere visione del verbale del Pronto Soccorso e dei referti degli eventuali esami radiografici.

B) Paziente non valutato in Pronto Soccorso
La valutazione iniziale di un individuo in età evolutiva che giunge all'odontoiatra per trauma oro-facciale comprende l'anamnesi dell'evento traumatico e l'esame obiettivo del paziente.

Anamnesi dell'evento traumatico
Durante la valutazione iniziale è necessario raccogliere e verbalizzare tutte le informazioni riguardanti l'evento traumatico:

- luogo dove è avvenuto il trauma (scuola, casa, palestra, strada, ecc.);
- causa del trauma (caduta accidentale, incidente stradale, aggressione, ecc.);
- dinamica del trauma;
- orario del trauma e tempo intercorso tra l'evento traumatico e il primo soccorso;
- segni e sintomi riferiti;
- eventuale recupero dell'elemento/i o frammento/i dentale/i coinvolti e modalità di conservazione.

Raccomandazione 7
Effettuare una chiara e precisa raccolta anamnestica (vedi Raccomandazione 1)

Raccomandazione 8
Nel caso il paziente abbia manifestato sintomi sistemici al momento del trauma o durante la visita odontoiatrica, il paziente deve essere tempestivamente inviato in un Pronto Soccorso.
Forza della raccomandazione A
Grado dell'evidenza VI

Raccomandazione 9
Indagare la preesistenza di patologie sistemiche (vedi Raccomandazione 3)

2.2 Esame obiettivo

2.2.1 L'esame obiettivo extra orale

a) Paziente valutato in Pronto Soccorso
L'odontoiatra deve rivalutare il paziente per quanto riguarda:

- asimmetrie facciali, dolore e ridotta/alterata mobilità articolare;
- presenza di alterazioni della dinamica mandibolare;
- ecchimosi, lacerazioni/abrasioni dei tessuti molli periorali.

b) Paziente non valutato in Pronto Soccorso

L'odontoiatra deve valutare:

- tutti i segni clinici che possono sottendere a un trauma cranico o cervicale;
- eventuali lesioni quali ecchimosi, impronta di oggetti riconoscibili, morsi, ecc. che possono far sospettare maltrattamento/abuso;
- eventuali alterazioni della dinamica mandibolare (ridotta apertura orale, deviazioni, deflessioni in apertura) indicative di coinvolgimento dell'ATM (fratture, lussazioni, versamenti endoarticolari);
- la presenza di dolore (eventualmente esacerbato dai movimenti mandibolari);
- asimmetrie facciali, dolore e ridotta/alterata mobilità articolare;
- la presenza di lacerazioni e abrasioni dei tessuti molli periorali.

2.2.2 L'esame obiettivo intraorale

La visita odontoiatrica, per il paziente valutato/non valutato in Pronto Soccorso, deve comprendere l'esame clinico dei denti e dei tessuti di supporto parodontali. È necessario porre attenzione a:

- stato della dentizione decidua/mista/permanente;
- elementi dentali coinvolti nel trauma e classificazione del tipo di trauma per ogni elemento (fratture coronali, con o senza interessamento della polpa, lussazioni estrusive, intrusive o laterali e avulsioni traumatiche);
- eventuali incongruenze occlusali post-traumatiche (morsi aperti, precontatti dentali);
- esame clinico dei tessuti molli per evidenziare lesioni a carico della mucosa orale, gengive e lingua o esposizioni dell'osso alveolare.

Raccomandazione 10

Effettuare l'esame obiettivo della regione oro-facciale.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza III

Sottoraccomandazione 10.1

Nel caso in cui il paziente non sia stato valutato in Pronto Soccorso e mostri segni che possono sottendere un trauma cranico cervicale, lo stesso deve essere tempestivamente inviato al Pronto Soccorso.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

Sottoraccomandazione 10.2

Nel caso in cui il paziente non sia stato valutato in Pronto Soccorso e presenti segni di sospetto maltrattamento/abuso, trattandosi di un reato perseguibile d'ufficio (vedi cap. maltrattamenti e abuso su minori), l'odontoiatra è obbligato per legge a segnalarlo alle Autorità competenti.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza IV

Raccomandazione 11

Palpare i profili ossei del volto e valutare le alterazioni della dinamica mandibolare (ridotta apertura orale, deviazioni, deflessioni in apertura) indicative di coinvolgimento dell'ATM (fratture, lussazioni, versamenti endoarticolari).

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza III

Raccomandazione 12

Valutare la positività ai test di vitalità (poco attendibili nei bambini piccoli) e di percussione e la mobilità degli elementi dentari coinvolti (Vedi "*Guideline on Management of acute dental trauma of American Academy of Pediatric Dentistry Revised 2011*").

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Raccomandazione 13

Valutare il dolore locale, sia spontaneo sia dopo stimolazione (pressoria, masticatoria, termica o chimica) al fine di verificare l'eventuale esposizione di dentina o polpa (Vedi *"Guideline on Management of acute dental trauma of American Academy of Pediatric Dentistry Revised 2011*").

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

2.3 Diagnostica radiologica

Tutti i traumi dentari devono essere esaminati radiograficamente, tenendo conto delle differenze nel trauma dei denti decidui rispetto a quelli permanenti.

Per evidenziare eventuali fratture radicolari, stato di maturazione radicolare dell'elemento traumatizzato, grado di dislocazione del dente nell'alveolo e valutare i rapporti con i denti permanenti corrispondenti nei traumi dei denti decidui, e rilevare l'alveolo privo dell'elemento per confermare l'avulsione traumatica, l'esame radiografico più indicato è la radiografia endorale. In presenza di ferite penetranti delle labbra indagini radiologiche a carico dei tessuti molli possono essere necessarie per evidenziare l'eventuale presenza di corpi estranei.

Qualora si sospettino lesioni ai mascellari possono essere richieste l'ortopantomografia, la teleradiografia in proiezione antero-posteriore (proiezione inversa di Towne, raccomandabile nei soggetti molto piccoli o poco collaboranti grazie al basso livello di radiazioni erogate durante l'esecuzione) e/ o metodiche di *imaging* avanzate.

Raccomandazione 14

Eseguire una radiografia endorale periapicale sui denti permanenti traumatizzati in tutti i casi e sui denti decidui in caso di avulsione traumatica senza reperimento del dente o di lussazione intrusiva.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

Sottoraccomandazione 14.1

In caso di infrazione coronale di elemento permanente, in assenza di mobilità dentale, la radiografia endorale può essere rimandata, monitorando, ogni 6 mesi, la risposta dell'elemento ai test di vitalità e percussione.

Forza della raccomandazione B

Grado dell'evidenza VI

CERTIFICAZIONE DEL TRAUMA

Domanda: **Quali sono i criteri da adottare nella redazione di un certificato da parte dell'odontoiatra libero-professionista intervenuto in caso di trauma dentale o dell'articolazione temporo-mandibolare nel soggetto in età evolutiva?**

Elenco Keywords secondo i criteri delle Mesh-words:

-*traumatic dental injury*

-*dental trauma*

-*pediatric facial trauma*

-*medico-legal issues*

-*medical certificate*

-*medico-legal report*

-*TMJ injury*

Le parole chiave sono state cercate in associazione tra loro.

Criteri di inclusione: tenuto conto che la redazione del certificato è obbligo imposto da norme nazionali, la ricerca bibliografica ha riguardato fonti bibliografiche nazionali anche non recensite dalle banche dati di cui in premessa**.**
Dopo attenta valutazione dell'unico studio selezionato, nessun nuovo inserimento è stato considerato utile all'aggiornamento del presente capitolo e, pertanto, la bibliografia riportata al termine della presente trattazione è la medesima riportata nella precedente edizione del documento.

PREMESSA

Il certificato è un'attestazione che il sanitario rilascia a richiesta dell'avente titolo su fatti da lui personalmente recepiti o constatati con finalità diverse, in relazione alle richieste e agli interessi della persona assistita (*Razik et al., 2003; Turillazzi, 2009; Mazzucchelli e Scarpelli, 2007; Millet, 2000*).

Giova sottolineare che la nozione di certificato non è connessa alla maggiore o minore estensione del documento ma ai suoi contenuti (es. una relazione clinica o medico-legale è un certificato ad ogni effetto) (*Baima Bollone, 2002*).

Se l'estensore del certificato è un pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio, la certificazione assume valore di atto pubblico, altrimenti ha valore di scrittura privata.

In caso di traumi dell'apparato stomatognatico, l'odontoiatra, oltre a fornire congrua assistenza in termini diagnostico-terapeutici, può dover rilasciare adeguata certificazione.

Tale certificazione costituisce un obbligo deontologico del medico (medico-chirurgo e medico-odontoiatra - Codice di deontologia medica, 2014) e del professionista sanitario e deve essere formalmente e sostanzialmente corretta, potendosi, altrimenti, profilare ipotesi di reato e/o di illecito civile e deontologico in specie laddove il professionista rivesta il ruolo di pubblico ufficiale o incaricato di servizio pubblico (*artt. 476, 479, 480, 481, 482 Codice penale; Norelli e Pinchi, 2011*).

La redazione di un certificato si ispira a poche e semplici regole (vedi Appendice 1) e sfugge ad una standardizzazione del tipo "modulo prestampato", poichè il contenuto varia al variare del fine (lecito) che l'assistito o gli aventi diritto (es. genitori) si prefiggono (*De Salvia et al., 2007*) ed al variare della lesività che si riscontra.

Il certificato, richiesto a fini risarcitori/di indennizzo, deve (*Turillazzi, 2009; Mazzucchelli e Scarpelli, 2007; Millet, 2000; Baima Bollone, 2002, Norelli e Pinchi, 2011; De Salvia et al., 2007; Marić et al., 2010*):

- -essere compilato contestualmente all'attività di accertamento;
- -essere accurato e chiaro in merito all'anamnesi, all'esame obiettivo, alla diagnosi, agli accertamenti e/o trattamenti eventualmente eseguiti e alla prognosi. In particolare, deve contenere informazioni in merito alla necessità di eventuali approfondimenti diagnostici mediante esami strumentali o consulti specialistici (maxillo-facciale, ad esempio), a eventuali piani di trattamento (terapie odontoiatriche e/o di altro professionista sanitario, ad esempio il fisioterapista per trattamenti dell'ATM), alla necessità di controlli o follow-up seriati con possibile rivalutazione della diagnosi, della prognosi e dei trattamenti collegati;
- -specificare se il percorso diagnostico sia stato integrato da esami (radiografici, ecc.) e da rilievi (fotografie, modelli in gesso, ecc.);
- -segnalare se le valutazioni espresse (es. spese per trattamenti futuri) necessitano di ulteriore valutazione in sede medico-legale (*Volpe, 2010*).

Nei traumi scolastici, incidenti di auto ecc., di norma, l'onere di provare la natura e l'entità delle lesioni grava sul danneggiato, per cui l'odontoiatra deve provvedere alla documentazione della lesione nel modo migliore, prima che i trattamenti terapeutici alterino la condizione del soggetto (es. estrazione di un dente fratturato), rendendo la lesione traumatica non più accertabile da successivo esaminatore. Tale preliminare registrazione dei dati clinici deve essere sempre disposta, fatto salvo quei casi in cui vi sia un'urgenza clinica il cui trattamento non possa essere rinviato (es. reimpianto) per non pregiudicare le condizioni dell'apparato stomatognatico del soggetto (*Pinchi et al., 2011*).

Raccomandazione 1

Il certificato rilasciato per attestare natura ed entità delle lesioni traumatiche del cavo orale deve riportare in maniera accurata indicazioni relative alla sede anatomica del trauma, la diagnosi e la prognosi.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza V

Raccomandazione 2

La lesione traumatica deve essere documentata (cartella, radiografie, fotografie, etc.) in modo appropriato dall'odontoiatra al fine di fornire un'evidenza clinica-obiettiva utile a fini medico-legali e giudiziali sia a fini penalistici sia a fini risarcitori-indennitari.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza VI

TRAUMA DENTALE da MALTRATTAMENTI/ABUSI su MINORI

Domanda: ***In caso di trauma dentale, quali sono gli elementi che devono indurre l'operatore sanitario a sospettare un trauma non accidentale****?*

Elenco Keywords secondo i criteri delle Mesh-words:

-dental injuries
-dental trauma
-pediatric facial trauma
-child neglect
-child abuse
-domestic violence
-child maltreatment

Le parole chiave sono state cercate in associazione tra loro.

Criteri di inclusione: la ricerca bibliografica ha anche riguardato fonti bibliografiche nazionali anche non recensite dalle banche dati di cui in premessa al fine di reperire dati sulla situazione nazionale relativa agli abusi su minori. Sono stati considerati tutti gli studi che rispondevano alla domanda sopra riportata per un totale di 51 lavori. Sono risultati pertinenti, schedati ed aggiunti alla precedente bibliografia 5 lavori.

PREMESSA

Negli ultimi anni si è assistito a un incremento delle segnalazioni di minori in condizioni di disagio e/o delle denunce contro adulti autori di violenze (*Di Blasio P & Rossi G, 2004*).

In alcuni Paesi europei e negli USA sono presenti registri di sorveglianza specifici, dai quali è possibile ottenere dati sulla portata del fenomeno attestanti che 3-6 bambini su 1.000, in media, subiscono abusi di vario genere.

In Italia, la reale entità del disagio infantile resta un fenomeno sottostimato (*Di Blasio e Rossi, 2004*) a causa della mancanza di un registro nazionale e, pertanto, non è possibile quantificare il fenomeno con dati precisi. Il tasso di prevalenza stimato dal Gruppo Nazionale PES 2000 (*PES, 2000*) è di 8 per mille.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea come "per abuso all'infanzia e maltrattamento debbano intendersi tutte le forma 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" (*Krug et al 2002*).

Una classificazione universalmente accettata distingue gli abusi sui minori in quattro tipologie prevalenti: trascuratezza, abuso/maltrattamento fisico, abuso sessuale e maltrattamento psicologico.

Si parla di abuso fisico o di maltrattamento fisico quando i genitori o le persone legalmente responsabili del minore praticano o permettono che si eseguano a suo carico atti idonei a provocare lesioni fisiche.

Le conseguenze del maltrattamento fisico sono: traumatismi senza lesioni, lesioni cutanee, oculari, viscerali, fratture, bruciature, traumatismi plurimi e ripetuti fino alla morte (*Bianchi e Moretti, 2006*).

Gli individui vittime di abuso appartengono a tutte le fasce d'età, ma i gruppi più a rischio sono i neonati e gli individui in età prescolare, in particolare il sesso maschile.

I responsabili sono i genitori o i tutori nel 90% dei casi (*Zimmerman et al, 2006*).

In oltre la metà dei casi di abuso su minori con lesioni fisiche si riscontra un coinvolgimento della testa, del viso e del collo (*Donaruma-Kwoh e Wai, 2010; Costello et al, 2005*).

Un corposo studio, effettuato su oltre 3.385 soggetti in età evolutiva con trauma cranio-maxillo facciale, ha evidenziato una causa di violenza ascrivibile a circa il 3,9% dei casi (*Gassner et al, 2004*).

Per quanto riguarda il trauma dell'articolazione temporo-mandibolare, alcuni Autori hanno evidenziato come circa il 18% dei casi è conseguente a una violenza (*Monazzi et al, 2017*).

Le fratture a livello mandibolare secondarie a violenza tendono di solito ad interessare la regione angolare della mandibola, mentre quelle secondarie ad incidenti stradali coinvolgono il condilo, il corpo e la parasinfisi (*Nasser et al, 2013*).

Rispetto al volto ed al collo, il cavo orale è meno frequentemente interessato, ma lesioni a tale livello (ecchimosi del palato duro e molle, lacerazioni di frenuli, ustioni mucose, ecc.) possono essere agevolmente riscontrate dall'operatore sanitario durante la visita (*McAndrew e Marin, 2012; Nelms et., 2009*).

Il cavo orale può essere considerato una zona centrale per l'abuso di tipo fisico a causa del suo ruolo nella comunicazione e alimentazione (*American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs, 2008-2009*).

Generalmente gli individui sottoposti ad abusi presentano più basso livello di salute orale (*Montecchi et al, 2009, Polimeni, 2012*).

Appare chiaro, quindi, il ruolo del *team* odontoiatrico nell'identificazione di eventuali segni di abuso, potendo esaminare durante la visita, oltre l'interno del cavo orale, anche la testa, il viso e il collo dei pazienti traumatizzati giunti all'osservazione a seguito di evento traumatico.

In generale, caratteri indicativi di lesioni da abuso sono il polimorfismo, la polifocalità e la policronia dovuti per lo più alla reiterazione dell'abuso in momenti diversi e con modalità differenti (*Cingolani et al, 2001, Sujatha et al, 2010*).

Uno studio di corte scozzese ha riportato come il 59% degli individui in età evolutiva sottoposti a violenza presentasse segni a livello della regione oro-facciale causati da pugni o abrasioni, facilmente visibili dall'odontoiatra. Inoltre, un'apparente discrepanza tra la storia del trauma fornita dai genitori e il tipo di lesione visibile all'esame obiettivo e/o la volontà di ritardo nella visita, dovrebbero essere campanelli d'allarme per una sospetta violenza (*Ranka et al, 2013*).

La cavità orale è il sito frequente di abuso sessuale nei piccoli individui, ma il riscontro di lesioni visibili o segni di infezione è raro. Tuttavia, gonorrea trasmessa

per via orale, petecchie diffuse, in particolare al palato a livello della giunzione tra palato molle e duro, sono segni da considerare con attenzione e impongono una valutazione approfondita (*American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry, 2016*).

La presenza di lesioni multiple risalenti a epoche diverse, oltre ad eventuale lesività specifica (lesione da afferramento, unghiature, morsi, bruciature di sigarette, ecc.) deve indurre l'operatore sanitario ad attivarsi in modo congruo anche sotto il profilo assistenziale (secondo specifici ed appropriati percorsi specialistici), aderendo, altresì e in maniera tempestiva, a tutti gli obblighi di referto e rapporto alla Autorità Giudiziaria per consentire, oltre all'eventuale avvio delle indagini, l'attivazione immediata delle procedure finalizzate all'adozione di misure di protezione nei confronti del minore. Le evidenze provenienti dalla letteratura mostrano, tuttavia, una discrepanza tra il numero di professionisti che notano i segni di una violenza-abuso ed il numero di coloro che si rivolgano alle autorità giudiziarie. È stato dimostrato che solo l'8% di oltre il 28% degli odontoiatri che avevano evidenziato i segni di abuso si sono rivolti alle autorità competenti (*Rodrigues et al, 2016*). Il problema diventa ancor maggiore quando, come dimostrato da alcuni Autori, i professionisti non sanno a quale Autorità rivolgersi. Diversi Autori hanno osservato come gli odontoiatri tendano a contattare, in primis, i servizi sociali (21% dei casi), poi gli avvocati (10%), quindi le forze dell'ordine (9%) e, infine, le strutture ospedaliere pediatriche (4%).

Gli operatori sanitari, ivi compreso l'odontoiatra, sono obbligati per legge a segnalare i sospetti di abuso quando – nell'esercizio della loro funzione – abbiano il sospetto o la certezza di trovarsi di fronte ad un reato perseguibile d'ufficio (*artt. 331, 332 e 334 Codice di procedura penale,* nonché *artt. 361, 362 e 364 codice penale*).

Infine, all'articolo 24 dei nuovi LEA "Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie", si prevede che, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie ed appropriate in diversi ambiti di attività, che includono la prevenzione, la valutazione, l'assistenza e il supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi; il supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio; la valutazione e il supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione.

Raccomandazione 1

In caso di trauma dentale, il sanitario deve sempre porsi l'interrogativo se tale trauma possa essere causato da un abuso o maltrattamento e, nel caso in cui lo sospettasse, deve segnalarlo alle Autorità competenti.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza IV

Raccomandazione 2

In presenza di un trauma dentale, il sanitario deve effettuare, oltre ad una attenta valutazione del cavo orale, anche un esame della testa e del collo.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza IV

Raccomandazione 3

È fondamentale valutare con attenzione il trauma dell'articolazione tempo-mandibolare perché, talvolta, può essere segno di una violenza o abuso.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza IV

Sottoraccomandazione

L'esame intraorale deve, in particolare, verificare la presenza di eventuali ferite a labbra, lingua, palato e frenuli; segni di precedenti traumatismi dentari possono essere dovuti a traumi ripetuti causati da maltrattamenti.

L'esame extraorale deve prevedere l'ispezione del cuoio capelluto (verifica di zone prive di capelli), dei padiglioni auricolari e del collo (verifica della presenza di ferite o lividi).

Inoltre deve esser fatta un'attenta valutazione della cute delle zone anatomiche sopra indicate al fine di verificare l'eventuale presenza di abrasioni, contusioni o ustioni recenti o in fase di guarigione e segni di morsicatura non auto-inflitti.

Vanno ispezionati gli occhi per la ricerca di eventuale presenza di lividi perioculari ed il naso per la ricerca di deviazioni del setto o coaguli di sangue.

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza IV

APPENDICE

Modello di certificazione clinica inerente lesioni traumatiche del cavo-orale nel soggetto in età evolutiva.

In data odierna[i] è stato sottoposto a visita ……(nome del bambino/ragazzo) nato il ……, accompagnato da …….. (nome del genitore/tutore/insegnante, altro)[ii], il quale riferisce[iii] che (il bambino/ragazzo) in data[iv] ……..alle ore ……, mentre si trovava[v] …… a causa…….. riportava ……successivamente……
……

Al momento della visita il soggetto lamenta[vi] ……..
……
……

All'esame obiettivo si rileva[vii] ……..
……
……..

Gli esami strumentali[viii] evidenziano ……
……..

Si pratica[ix] ……
……

In sintesi il soggetto presenta[x] ……
……

Si dimette il soggetto con le seguenti prescrizioni e raccomandazioni [xi]……..
……..
con prognosi di [xii] ……

Sono necessari controlli tra …….. per [xiii]……
……

Firma del medico/odontoiatra

data……

N.B. Le seguenti note sono esplicative, non esaustive e hanno il fine di agevolare l'odontoiatra nella stesura di una certificazione richiesta per attestare la presenza di lesioni traumatiche e del percorso diagnostico-terapeutico intrapreso, nell'ottica di un ottimale supporto a un possibile percorso medico-legale di risarcimento/indennizzo del danno.

[i] Ove si rediga un certificato in data diversa da quella della visita/prestazione non alterare la data di redazione, ma porre riferimento a data diversa dall'odierna. A fini medico-legali le date hanno estremo rilievo nella attestazione/ricostruzione degli eventi.

[ii] Importante specificare chi accompagna il bambino/ragazzo e racconta l'accaduto. Si ricorda che soggetti diversi dai genitori/tutori non possono dare il consenso ai trattamenti odontoiatrici. Ciò non di meno gli interventi urgenti possono e devono essere comunque disposti al fine di evitare danni alla salute del bambino. Gli interventi differibili senza rischio devono essere differiti al momento in cui il genitore/tutore possa regolarmente consentire alla loro esecuzione.

[iii] Si raccomanda l'uso di terminologia che ben espliciti che quanto riportato è frutto di un racconto/riferito e che sfugge alle possibilità di verifica del professionista sanitario.

[iv] Specificare sempre la data del trauma e l'orario, in particolare se quest'ultimo è rilevante a fini di prognosi (reimpianto, ad esempio).

[v] In questa sezione della certificazione si dovrebbe riportare quanto riferito dal minore e dall'adulto che accompagna il minore, in merito a:

- il luogo in cui è avvenuto il trauma e la causa. Da ricordare che a diversi luoghi (scuola, casa, palestra, ecc.) e cause (caduta accidentale, spinta, urto, aggressione, ecc.) corrispondono diverse possibilità di risarcimento/indennizzo del danno
- la dinamica (batteva il volto, riceveva un pugno ,ecc.)
- l'effetto, cioè quello che il soggetto riportava (perdeva un dente, sanguinava, avvertiva dolore o difficoltà a aprire la bocca, respirare, parlare, ecc.)
- eventi successivi, ad esempio se si è recato al PS, se è stato vistato da altri operatori sanitari, ecc.

[vi] Dovrebbero essere riportati in questa sezione i sintomi come riferiti dal soggetto al momento della visita (dolore, difficoltà ad aprire la bocca, ecc.).

[vii] Si riporta l'esame obiettivo focalizzato sulle lesioni traumatiche muco-gengivali, osteo-dentali, articolari, ecc. Per la lesività all'ATM è determinante riportare insieme a tutti i segni ed i sintomi, l'eventuale riduzione di apertura della bocca.

viii Questa sezione è dedicata a riportare quanto rilevato mediante esami strumentali (radiografici, test di sensibilità /vitalità, ecc.). Si ricorda che la dimostrazione del danno spetta al danneggiato per cui laddove l'esistenza della lesione possa essere posta successivamente in dubbio, una fotografia del dente/lesione può notevolmente agevolare l'assistito nel percorso risarcitorio/indennitario.

ix In questa parte si dovrebbero indicare gli eventuali trattamenti praticati (reimpianto, splintaggio ricostruzione, ecc.). Il percorso risarcitorio prevede poi che il soggetto presenti dettagliati preventivo/fattura/*ticket* per motivare i costi sostenuti a cagione delle lesioni traumatiche.

x È utile inserire una sintesi diagnostica che rappresenta la summa di quanto rilevato, obiettivato strumentalmente ed eseguito dal punto di vista terapeutico. Esempio: lussazione e frattura di 11 trattata con riduzione, splintaggio e ricostruzione in composito.

xi Si precisano eventuali raccomandazioni quali, recarsi prontamente al PS o dal pediatra, consulti specialisti (maxillo-facciale, ad esempio), raccomandazioni domiciliari (alimentazione, igiene orale). Si precisano inoltre eventuali prescrizioni di terapie farmacologiche domiciliari, esami strumentali, ecc.

[xii] In questa parte si riporta la prognosi ovvero:

- l'invio al PS o al pediatra ove si ritenga necessario
- la prognosi odontoiatrica ed i controlli necessari, specificando se la prognosi è "riservata" all'esito di ulteriori controlli o periodi di follow-up (shock pulpari, ad esempio) o dopo terapia (farmacologica, fisioterapica per traumi all'ATM, ad esempio)

La prognosi ha un elevatissimo rilievo medico legale sia per l'odontoiatra (vedi rilievo penale- obbligo di referto) sia per l'assistito (per il risarcimento/indennizzo del danno).
Dal punto di vista penale si ricorda che le lesioni personali sono sottoposte all'obbligo di referto all'autorità giudiziaria laddove è possibile (non si richiede al medico la certezza del reato tanto che è punita solo l'omissione di referto e non l'eccesso) che siano:
-*volontarie* (aggressioni, abuso, violenza domestica, ecc.) e la durata dello stato di malattia sia > 20 giorni o vi sia stato indebolimento delle funzioni dell'apparato stomatognatico (perdita di un dente, ad esempio). Le situazioni in cui si sospetta l'abuso richiedono un approccio attento, ma nel migliore interesse del bambino. Un consulto con il pediatra del bambino può essere consigliato oltre ad una attenta osservazione di lesioni tipiche (segni di morsi, bruciature, lesioni da "strappo" al cuoio capelluto, ecchimosi al volto, ma soprattutto in zone coperte dagli abiti, lesioni policrone (avvenute in tempi diversi) e polifocali che indicano reiterazione come tipicamente accade negli abusi. Sebbene non sia punito l'eccesso di referto è evidente che un sospetto di abuso magari di un familiare è un sospetto di reato grave per cui occorre che il medico odontoiatra spenda il massimo della attenzione, senza però sottovalutare la possibilità che sussista un reale caso di abuso, la cui frequenza è tutt'altro che marginale in tutte le aree/classi sociali/credo religiosi. Negli adolescenti non si devono sottovalutare le lesioni derivanti da abusi legati a fenomeni di bullismo o aggressioni sessuali;
-*colpose* (non volontarie) dovute a violazione delle norme sull'igiene del lavoro e la prevenzione degli infortuni del lavoro e malattie professionali e che abbiano comportato una durata dello stato di malattia sia > 40 giorni o vi si stato indebolimento delle funzioni dell'apparato stomatognatico (perdita di un dente, ad esempio). Trattasi di fattispecie molto rara e legata a eventuale incidente-lesione traumatica sul luogo di lavoro di un adolescente. La legge 41/2016 ha inoltre reso perseguibili d'ufficio anche le lesioni personali gravi o gravissime da violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale (art. 590 bis c.p.), ma è già allo studio una modifica per ripristinare per tali tipologie di reati la perseguibilità a querela.

Dal punto di vista risarcitorio/indennitario del danno, la prognosi è di estrema utilità per stabilire, anzitutto, quando la condizione clinica è stabilizzata ovvero quando sia possibile formulare un giudizio prognostico attendibilmente definitivo sulle lesioni (per esempio sulla vitalità del dente) per poi procedere alla valutazione delle alterazioni che permangono, i cosiddetti postumi (invalidità permanente) distinguendoli da quei disturbi/alterazioni che hanno avuto una certa durata, ma poi sono scomparsi e che sono da valutarsi a titolo di invalidità temporanea.

[xiii] Trattasi di precisazione di rilievo laddove le condizioni di un dente/struttura siano da considerarsi riservate e da rivalutare mediante opportuni esami (shock pulpare, ad esempio), in quanto, fintanto che vi sia una riserva clinica, il caso non deve essere valutato dal punto di vista medico-legale poiché vi sarebbe il rischio di sotto- o sovrastima della lesione/danno (per la valutazione sia del reato sia dell'illecito civile). Nei casi in cui la famiglia richieda una certificazione su cui esclusivamente basare la richiesta risarcitoria o si è certi di aver eseguito una stima di tutti i titoli di danno che debbano essere considerati, la certificazione è rilasciata; in caso contrario è bene avvisare la famiglia che è necessaria ulteriore assistenza medico-legale eventualmente anche specificandolo nel certificato.

Per il modello "Scheda di pronto soccorso per valutazione trauma dentale in età pediatrica" e "Scheda per pediatra di famiglia per valutazione trauma dentale in età evolutiva" si faccia riferimento agli allegati n. 2 e n. 3 presenti nella versione del documento del novembre 2012.