

## Η αδιαφορία εκ μέρους των γονέων/κηδεμόνων για τη στοματική υγεία ανήλικων παιδιών στο πλαίσιο της παραμέλησης/κακοποίησης. Νομική προσέγγιση Ιατρικής Ευθύνης

ΧΡ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΣ<sup>1</sup>, Μ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ<sup>2</sup>, Ε. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΥ<sup>2</sup>, Π. ΚΑΦΑΣ<sup>3</sup>

### Dental Neglect. Parents and indifference regarding their children's dental health. Legal approach and dentist's responsibility

CHR. STAVRIANOS<sup>1</sup>, M. THEODORIDIS<sup>2</sup>, I. STAVRIANOU<sup>2</sup>, P. KAFAS<sup>3</sup>

#### Περίληψη

Η αναζήτηση λύσεων και η επίλυση των προβλημάτων, που αφορούν τα παραμελημένα παιδιά, είναι ένα θέμα, που απασχολεί όχι μόνο κυβερνητικές, θρησκευτικές και φιλανθρωπικές οργανώσεις, αλλά και ομάδες ευαισθητοποιημένων πολιτών. Η αντιμετώπιση της φτώχειας, η ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και της κοινωνικής πολιτικής (με παράλληλη ανταλλαγή τεχνογνωσίας σε θέματα που αφορούν το παιδί, τον έφηβο και την οικογένεια και στήριξη των κέντρων οικογενειακής υποστήριξης) κρίνεται αναγκαία.

Ορισμένες φορές η αδιαφορία ή η άρνηση παροχής ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης σε παιδιά από τους γονείς ή κηδεμόνες του, μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα, τα οποία θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική, τη ψυχική του ανάπτυξη, αλλά ακόμη, σε ακραίες περιπτώσεις και στο θάνατό του.

Στην παρούσα εργασία περιγράφονται οι διάφορες μορφές παραμέλησης, τα στατιστικά στοιχεία, οι προδιαθεσικοί παράγοντες και η αντιμετώπιση της παιδικής παραμέλησης, η οποία απαιτεί συνεργασία πολλών ειδικοτήτων, κυρίως, των λειτουργών υγείας, των κοινωνικών λειτουργών, των εκπαιδευτικών, κ.τ.λ. Επίσης, γίνεται μία προσπάθεια μελέτης και καταγραφής των προβλημάτων και ευθυνών που προκύπτουν σε ηθικό και νομικό επίπεδο, στις περιπτώσεις αναγνώρισης οδοντιατρικής παραμέλησης σε ανήλικο ασθενή. Σε νομικό επίπεδο γίνεται ανάλυση των γενικότερων περιπτώσεων, όπου ο οδοντίατρος οφείλει να καταγγείλει στις αρμόδιες αρχές το γεγονός της παραμέλησης, αίροντας με αυτόν τον τρόπο το οδοντιατρικό απόρρητο του ανήλικου ασθενή. Επίσης, γίνεται μία ανάλυση και αναφορά επί των ποινικών ευθυνών του οδοντίατρου σε περίπτωση αποσιώπησης τέτοιου συμβάντος και, τέλος, καταγράφονται όλες εκείνες οι ενέργειες τις οποίες υποχρεούται ή ενδείκνυται να ακολουθήσει ο οδοντίατρος και θα χρησιμοποιηθούν, όχι μόνο για την καταδίκη του ασυνείδητου - ανεύθυνου γονέα / κηδεμόνα, αλλά και για την προστασία του ίδιου του οδοντίατρου - λειτουργού υγείας. Τα στοιχεία τα οποία υποχρεούται να κατέχει, αλλά και οι ενέργειες που θα πρέπει να ακολουθήσει ο οδοντίατρος σε περίπτωση υποψίας οδοντιατρικής παραμέλησης ανήλικου, θα αποτελέσουν στοιχεία που θα συνεκτιμήσει το δικαστήριο την ώρα του καταλογισμού των εκατέρωθεν ευθυνών.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** μορφές παραμέλησης, παραμέληση ιατρικής/οδοντιατρικής φροντίδας παιδιού, ιατρικό/οδοντιατρικό απόρρητο, Κ.Π.Δ., Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

#### Summary

Dental neglect, as defined by the American Academy of Pediatric Dentistry, is the "wilful failure of parent or guardian to seek and follow through with treatment necessary to ensure a level of oral health essential for adequate function and freedom from pain and infection". Indifference or denial of dental and medical care to children from their parents or guardians, may lead to phenomena which endanger their physical, mental development, but even in extreme situations may cause death. Failure to seek or obtain proper dental care may result from factors such as family isolation, lack of finances, parental ignorance, or lack of perceived value of oral health.

This article, had an effort to emphasize the problems and responsibilities associated to moral and legal level, where recognition of medical and dental neglect existed. In legal terms an analysis of general dentist action is emphasized in order to cooperate with the responsible social authorities eliminating this way the confidentiality of juvenile or young dental patient.

Also, an analysis and report on the responsibility of the dentist is discussed. All those actions that are essential to be followed by the dentist should be used not only for its condemnation of unscrupulous - irresponsible parent/guardian, but also to protect the same dentist or clinician. The data which is required to be held, and the actions which should be followed by the dentist if suspected child neglect existed, will be elements that the court at the time of allocating the respective responsibilities will count.

**KEY WORDS:** child neglect, forms, medical and dental care, dental neglect, identifying, dentist's responsibility, reporting, legal obligations, the Greek Law.

Στάλθηκε στις 30.11.2008 Εγκρίθηκε στις 20.1.2009.

<sup>1</sup> Αναπληρωτής καθηγητής, υπεύθυνος επιλεγόμενου μαθήματος της «Οδοντιατροδικαστικής», Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

<sup>2</sup> Οδοντίατρος

<sup>3</sup> Οδοντίατρος, υποψήφιος Διδάκτωρ Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Received on 30<sup>th</sup> Nov., 2008. Accepted on 20<sup>th</sup> Jan., 2009.

<sup>1</sup> Assoc. Professor, Forensic Dentistry, Faculty of Dentistry, Aristotle University of Thessaloniki

<sup>2</sup> Dentist

<sup>3</sup> Dentist

## Εισαγωγή

Η παιδική παραμέληση, είναι η πιο κοινή μορφή παιδικής κακοποίησης και διακρίνεται στη σωματική στη *συναισθηματική*, στην *εκπαιδευτική* και στην *παραμέληση της ιατρικής φροντίδας*. Τα παραμελημένα παιδιά πρέπει πάντα να εξετάζονται προσεκτικά και για σωματική ή και συναισθηματική κακοποίηση. Στο 1/3 των περιπτώσεων παιδικής παραμέλησης συνυπάρχει και σωματική κακοποίηση, η δε διάκριση μεταξύ παραμέλησης και κακοποίησης των παιδιών είναι αρκετά δυσχερής<sup>1,2,3,4</sup>.

Ως «*σωματική παραμέληση*» έχει ορισθεί η αποτυχία στη φροντίδα των παιδιών σύμφωνα με τα παραδεκτά ή τα αρμόζοντα δεδομένα. Όπως για παράδειγμα: έλλειψη επαρκούς τροφής, ενδυμασίας, έλλειψη καθαριότητας και προσωπικής υγιεινής, κατοικίας, έλλειψη επιτήρησης και απόρριψης, με συνέπεια το παιδί να έχει «τάσεις φυγής» από το σπίτι του, κ.τ.λ. Αν και η παραμέληση (*σωματική ή συναισθηματική*) δεν μπορεί να θεωρηθεί μορφή βίας, είναι εξίσου σημαντική και θέτει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική ανάπτυξη του παιδιού, αλλά ακόμη και τη ζωή του, οι δε λειτουργοί υγείας είναι ηθικά υπόχρεοι να την αντιμετωπίζουν όπως την κακοποίηση. Περισσότερα παιδιά πεθαίνουν εξαιτίας παραμέλησης παρά από κακοποίηση. Η σωματική παραμέληση μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό, σε σοβαρές ασθένειες εξαιτίας έλλειψης παρακολούθησης εκ μέρους των γονέων/κηδεμόνων με αποτέλεσμα το παιδί να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση<sup>4,5,17</sup>.

Η σωματική παραμέληση μπορεί να συγχέεται με τη φτώχεια ή την άγνοια, καθώς σχετίζεται με την υγιεινή του παιδιού, με μη επαρκή ή ακατάλληλο ρουχισμό σύμφωνα με τις καιρικές συνθήκες ή με τη διατροφή και με ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης, κ.τ.λ.<sup>2,3,14,15</sup> Στις αναπτυσσόμενες χώρες η αύξηση της φτώχειας και ανισότητας που έχει παρατηρηθεί την τελευταία 20ετία, οφείλεται σε συγκεκριμένες οικονομικές και πολιτικές επιλογές, οι οποίες καθορίζουν τις πρακτικές των διεθνών οργανισμών αναπτυξιακής βοήθειας, με συνέπεια σχεδόν ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι να υποφέρουν από τη φτώχεια. Στις χώρες αυτές, οι οικογένειες των παιδιών παραμένουν εγκλωβισμένες σε έναν φαύλο κύκλο φτώχειας, με αποτέλεσμα και εξαιτίας των πολέμων και απουσίας προγραμμάτων πρόληψης, περίπου 9.700.000 παιδιά να πεθαίνουν κάθε χρόνο πριν συμπληρώσουν τα πέντε τους χρόνια από οξύ υποσιτισμό, ελονοσία, ιλαρά, πνευμονία, διάρροια και το AIDS<sup>16</sup>. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες (*εύπορες*) χώρες πολλά παιδιά υφίστανται από τους γονείς μια «σύγχρονη» μορφή παραμέλησης. Οι γονείς ικανοποιούν μόνο τις βασικές ανάγκες των παιδιών τους (*στέγαση, διατροφή, ένδυση, σχολείο, κατασκήνωση, χρήματα για διασκέδαση, κ.τ.λ.*), χωρίς να υπάρ-

χουν συναισθηματικοί δεσμοί (*ενδιαφέρον, αγάπη, στοργή, προστασία*), οπότε τα παιδιά αυτά, εκτοπισμένα από τον οικογενειακό πυρήνα, αισθάνονται παραμελημένα, ανεπιθύμητα, και ότι περιβάλλονται από έναν εχθρικό κόσμο, τον κόσμο των ενηλίκων. Στις σύγχρονες αυτές κοινωνίες, η παραμέληση των παιδιών είναι μια μορφή κακομεταχείρισης που φανερώνει έλλειψη «στοργής» και συχνά οδηγεί σε πιο απαίσιες μορφές κακοποίησης. Σύμφωνα με το κέντρο ερευνών της Unicef, 3500 παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών πεθαίνουν στο δυτικό κόσμο από παραμέληση/κακοποίηση. Αναλυτικότερα 2 παιδιά πεθαίνουν κάθε εβδομάδα στην Αγγλία και Γερμανία, 3 κάθε εβδομάδα στη Γαλλία, 4 στην Ιαπωνία, και 27 κάθε εβδομάδα στις Η.Π.Α.<sup>3,5-8</sup>

Η σωματική παραμέληση, είναι μία ιδιαίτερα κατάσταση συχνή στα 2 πρώτα χρόνια της ζωής, και μπορεί να αφορά περιπτώσεις σκόπιμης αποστέρησης της ποσότητας ή της ποιότητας της τροφής, καθώς αυτή είναι η περίοδος της ραγδαίας ανάπτυξης και της εξάρτησης από τη φροντίδα των ενηλίκων. Επίσης, ο τύπος αυτός παραμέλησης αφορά συνήθως και άτομα με ειδικές ανάγκες, πολλές φορές ανεπιθύμητα εξώγαμα τέκνα, που είναι ανίκανα να σιτιστούν από μόνα τους και σκοπίμως εγκαταλείπονται αβοήθητα. Οι κηδεμόνες που παραμελούν τα παιδιά μπορεί επίσης να δώσουν στο παιδί ακατάλληλη τροφή, ποτό, φάρμακα ή άλλες ουσίες. Η εκπροθέσεως υποθρεψία αποτελεί πρώιμο δείκτη παραμέλησης του παιδιού. Ενδείξεις για σκόπιμη στέρηση υγρών ή τροφής είναι οι πόνοι στο στομάχι, ωχρότητα στο πρόσωπο, αφυδάτωση, απίσχνανση, κατατονία, ραθυμία στις κινήσεις, όταν βέβαια λείπει η οργανική αιτιολογία. Από τη στοματική κοιλότητα αναδίδεται συχνά δυσώδης αναπνοή και η γλώσσα καλύπτεται από ένα γλοιώδες επίχρισμα<sup>2,4,18</sup>.

Η «*συναισθηματική παραμέληση*» αφορά: άρνηση της ψυχολογικής φροντίδας και στήριξης, απόρριψη του παιδιού μέσα από καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας και τρομοκρατίας, λεκτικές επιπλήξεις (*απειλές, βρισιές, κοροϊδίες, κ.τ.λ.*), ενθαρρύνσεις για συμμετοχή σε χρήση αλκοόλ, σε αντικοινωνικές, καταστροφικές ή παράνομες συμπεριφορές (*έλλειψη κοινωνικών σχέσεων, φυγή από το σπίτι, επαιτεία, κλοπές, κ.τ.λ.*). Η συναισθηματική παραμέληση μακροπρόθεσμα οδηγεί το παιδί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, σε καταστροφικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και πολλές φορές στην αυτοκτονία<sup>5-8</sup>.

Η «*εκπαιδευτική παραμέληση*» αφορά την αποτυχία των γονέων/κηδεμόνων να παρέχουν τα απαραίτητα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης με αποτέλεσμα το παιδί να μην έχει τις βασικές προϋποθέσεις για τη ζωή του και για την συναισθηματική του ευημερία<sup>9,10</sup>.

Η «*παραμέληση της Ιατρικής φροντίδας*», αφορά

αδυναμία παροχής των απαραίτητων για την ιατρική/οδοντιατρική φροντίδα<sup>4,19,20</sup>. Όταν οι γονείς ή οι κηδεμόνες, με κακόβουλη παραμέληση των υποχρεώσεων τους, αγνοούν επανειλημμένα τις οδηγίες των λειτουργών υγείας και γίνονται αιτία βλάβης της υγείας των παιδιών, ειδικά σε περιπτώσεις όπου υπάρχει χρόνια νόσος (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης) ή αναπηρίες που μπορούν να αντιμετωπισθούν (π.χ. καταρράκτης, που μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση), τότε υπάρχει παραμέληση της ιατρικής φροντίδας<sup>2,4,11-13,15,18</sup>. Επίσης, η ανεύρεση ενδείξεων (ασιτίας, μη χορήγηση απαραίτητων εμβολιασμών, αθεράπευτων ασθενειών, όπως βρογχοπνευμονία, τραχειοβρογχίτιδα, μέση ωτίτιδα, ποικίλων νευρώσεων, κ.τ.λ.) του συνδρόμου σωματικής καθυστέρησης μη οργανικής αιτιολογίας απαιτεί τη διερεύνηση των συνθηκών διατροφής και διαβίωσης του παιδιού μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον<sup>2</sup>. Η παραμέληση της ιατρικής φροντίδας του παιδιού αποτελεί συχνό φαινόμενο και θέτει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική του ανάπτυξη και μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία, επιδείνωση του προβλήματος υγείας ή ακόμη σε ακραίες περιπτώσεις στο θάνατο του. Αρνήσεις στην ιατρική περιθαλψη (π.χ. μεταγγίσεις αίματος), που οφείλονται σε θρησκευτικές πεποιθήσεις, μπορεί να οδηγήσουν σε παραμέληση της υγείας του παιδιού. Πρέπει να τονιστεί ότι το δικαίωμα του παιδιού στην υγεία και στη ζωή υπερέχει του συνταγματικού δικαιώματος των γονιών στη θρησκευτική ελευθερία<sup>2,4,11-13,21</sup>.

Η βασική αιτία για τη φθίνουσα ευημερία των παιδιών είναι η κατάρρευση της οικογένειας, ιδιαίτερα η διάλυση της παραδοσιακής οικογενειακής μονάδας (Εικ. 1, 2). Η αυξανόμενη συχνότητα αποδίδεται στις ολοένα αυξανόμενες οικογενειακές κρίσεις. Αυτές με τη σειρά τους, οφείλονται σε οικονο-



Εικόνα 1. Ζωγραφική από παραμελημένο παιδί. Εξειδικευμένοι φορείς της «επιστήμης της συμπεριφοράς» διερευνούν και επεξηγούν λεπτομέρειες (άνω) από τις ζωγραφικές απεικονίσεις παραμελημένων/κακοποιημένων παιδιών (από Child Neglect, Practice Guidance for all



Εικ. 2. Τι χρειάζονται τα παιδιά από τους γονείς/κηδεμόνες (από Child Neglect, Practice Guidance for all agencies, 2003).

μικά προβλήματα, στα υψηλά ποσοστά διαζυγίων, την αύξηση της ανεργίας, την αυξανόμενη συχνότητα εγκυμοσύνης σε εφήβους, χρήση ναρκωτικών ουσιών, χρόνια λήψη αλκοόλης, αλλά και στην ολοένα μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και καταγγελία τέτοιων περιστατικών<sup>3,19,21,23,24</sup>.

### Στατιστικά στοιχεία

Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την παιδική παραμέληση και κακοποίηση άρχισαν να τηρούνται πρόσφατα σε όλες τις προηγμένες και ευαισθητοποιημένες στο θέμα χώρες. Ειδικότερα, τα στοιχεία αυτά δείχνουν μια διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα κακοποίησης / παραμέλησης σε ολόκληρο τον κόσμο. Το 1993 στις Η.Π.Α., σε σύνολο 50.000.000 παιδιών, αναφέρθηκαν 3.000.000 περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης, από τις οποίες οι 1.100.000 (35%) αποδείχθηκαν επιστημονικά. Οι 1.500 κατέληξαν στο θάνατο του παιδιού, με μέσο όρο 4,1 θανάτους την ημέρα. Η παραμέληση ανερχόταν στο 40% των περιπτώσεων, η σωματική κακοποίηση στο 55%, ενώ το υπόλοιπο 5% ήταν συνδυασμός και των δύο. Επίσης, το 86% των παιδιών ήταν ηλικίας κάτω των 5 ετών και από αυτά το 46% ήταν κάτω του 1 έτους. Όσον αφορά τους γονείς, το 42% δραστών ήταν καταχωρημένοι στο Ταμείο Απορίας<sup>4,19,48</sup>. Το 2000, στις Η.Π.Α., 580 παιδιά πέθαναν από παραμέληση, ενώ το 2001 σε σύνολο 903.000 κακοποιημένων παιδιών το 60% βίωνε καθημερινά την παραμέληση και το 18% υπέστη σωματική κακοποίηση. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Μ. Βρετανία από την Οργάνωση για την πρόληψη της Παιδικής κακοποίησης/παραμέλησης (National Society for the Prevention of cruelty to children- NSPCC, εικ. 3), σε 3.000 νέους ηλικίας 18-24 ετών, το 8% είχε εμπειρία κάποιας απουσίας φροντίδας και το 20% δεν είχε επαρκή επιτήρηση κατά την παιδική ηλικία. Επίσης διαπιστώθηκε στενή σχέση μεταξύ παραμέλησης και άλλων μορφών κακοποίησης, ιδιαίτερα της συναισθηματικής<sup>4-6,9,10, 22,45</sup>.



Εικόνα 3. Δημοσίευμα στην εφημερίδα «Guardian» το 1931. Η NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children) ιδρύθηκε αρχικά στο Λονδίνο το 1884, από τον Benjamin Waugh. Στηρίχθηκε σε εθελοντικές προσφορές και στη συνέχεια οργανώθηκε και αποτελεί την κύρια Εθνική Οργάνωση της Μ.Βρετανίας στη μάχη της «Πρόληψης της Παιδικής παραμέλησης/κακοποίησης». Στο ενεργητικό της έχει αξιόλογο έργο τόσο στον τομέα της παιδικής μέριμνας όσο και στην έρευνα σχετικά με τους παράγοντες επικινδυνότητας, τους τύπους των οικογενειών που παρατηρείται η παραμέληση/κακοποίηση, αλλά και τις επιπτώσεις και πιθανές λύσεις για την αντιμετώπισή της. Το έργο της σήμερα ενισχύεται/στηρίζεται, εκτός των κρατικών φορέων και των προγραμμάτων μέριμνας και από 177 φιλανθρωπικά σωματεία.

### Παράγοντες επικινδυνότητας

Η αιτία της παιδικής παραμέλησης είναι πολυπαραγοντική. Προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να υπάρχουν τόσο στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού, όσο και στο δράστη ατομικά. Συχνά, γονείς/κηδεμόνες με τραυματικές εμπειρίες από την παιδική τους ηλικία, παραμελούν ή κακοποιούν τα παιδιά τους, μετατρέποντας τον εαυτό τους σε θύτη, ενώ το παιδί παίζει το ρόλο «υποκατάστατου ενήλικα»<sup>3</sup>. Σύμφωνα με έρευνες της National Society for the Prevention of cruelty to children- NSPCC, κάποια χαρακτηριστικά των γονέων/κηδεμόνων θεωρούνται προδιαθεσικοί παράγοντες<sup>5,6,9,10</sup> (Πίν. Ι).

### Παραμέληση της Οδοντιατρικής φροντίδας

Η αναγκαιότητα και η σκοπιμότητα κάθε προσπάθειας για παραμονή των νεογιλών στο φραγμό, απασχόλησε από πολύ παλαιά την ερευνητική σκέψη και την κλινική πρακτική. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1940 η ηλικία των 3 ετών εθεωρείτο η πιο κατάλληλη για να πραγματοποιήσει το παιδί την πρώτη του επίσκεψη τόσο στο πλαίσιο της εξέτασης όσο και της απαιτούμενης θεραπείας<sup>25,26</sup>. Ο οδοντίατρος θα μπορεί να εκπαιδεύσει τους γονείς σχετικά με την οδοντιατρική φροντίδα των μωρών τους εξ αρχής, έτσι, ώστε τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού να μη συνδυασθούν με οδοντικά προβλήματα. Επίσης,

## ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

### Παράγοντες επικινδυνότητας για παιδική παραμέληση

#### A. Γενικοί προδιαθεσικοί παράγοντες:

- Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών.
- Γονείς/κηδεμόνες με ιστορικό παραμέλησης ή κακοποίησης, συζυγικής βίας ή παραμέλησης ηλικιωμένων ατόμων στην οικογένεια.
- Γονείς/κηδεμόνες που αισθάνονται απομονωμένοι(μονογονεϊκή οικογένεια) ή είναι αντικειμενικοί.
- Νευρώσεις, φοβίες, υστερία, έμμονες ιδέες και αγχωτικές καταστάσεις, λόγω οικονομικών προβλημάτων ή χαμηλού οικογενειακού εισοδήματος.
- Χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο στην οικογένεια.
- Γονείς/κηδεμόνες με ψυχοπαθολογικό υπόστρωμα ή διανοητική καθυστέρηση.
- Στρεσογόνοι προσωπικοί, οικονομικοί και επαγγελματικοί παράγοντες.
- Έφηβοι γονείς, συναισθηματικά ανώριμοι- συχνά με περισσότερο από ένα παιδιά.
- Ανύπαντρες μητέρες-ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- Μητέρα ηλικίας κάτω των 21 ετών, στη γέννηση του πρώτου παιδιού.
- Μητέρα με διαταραγμένες σχέσεις με την δική της οικογένεια.
- Άστοργοι γονείς/κηδεμόνες (έλλειψη αγάπης) για τις οικογένειές τους.

#### B. Περιστασιακοί προδιαθεσικοί παράγοντες:

- πένθος προσφιλών προσώπων.
- Διαταραχή σχέσης γονέων/ κηδεμόνων-διαζύγιο.
- Αύξηση ανεργίας- προβλήματα εργασίας(απόλυση).

*National Society for the Prevention of cruelty to children - NSPCC, κάποια χαρακτηριστικά των γονέων/κηδεμόνων θεωρούνται προδιαθεσικοί παράγοντες<sup>5,6,9,10</sup> (Πίν. Ι)*

οι γονείς θα μπορούν να πληροφορηθούν σχετικά με το πρόβλημα των οδοντικών τερηδόνων που έχει να κάνει με τη γαλουχία, το βούρτσισμα, τη χρήση του οδοντικού νήματος, τη διατροφή, και για τους παράγοντες που αφορούν την κανονική στοματοπροσωπική και οδοντική διάπλαση και ανάπτυξη<sup>27,28</sup>. Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής (*American Academy of Pediatric Dentistry-AAPD*) από το 1986 συνιστά τα παιδιά να εξετάζονται από οδοντίατρο αμέσως μετά την ανατολή των πρώτων νεογιλών δοντιών και γενικά σε ηλικία 12 μηνών. Ωστόσο, ένας αριθμός οδοντιάτρων, συνεχίζουν να αμφισβητούν τη χρησιμότητα των οδοντιατρικών επισκέψεων νεογνών και νηπίων. Άλλωστε, παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής με αποτέλεσμα να μην είναι ίδια μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών. Η κακή στοματική υγεία μπορεί να είναι μία πολύ τραυματική εμπειρία για τα παιδιά και για αυτό άλλωστε επιχειρείται ενημέρωση των κοινωνιών για τους πρακτικούς τρόπους με τους οποίους μπορούν να βελτιώσουν τη συμπεριφορά της στοματικής υγείας<sup>25-32</sup>.

Η σπουδαιότητα διατήρησης των νεογιλών έγκειται, κυρίως, στη διατήρηση της μασητικής λειτουργίας (η οποία αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην περίοδο της ενεργητικής αύξησης του παιδιού) και στη διεγερτική δράση της για την αύξηση των γνάθων και των οδοντικών τόξων, στη διατήρηση της αισθητικής (η οποία επιδρά στην προσωπικότητα του), στην πρόληψη πιθανών προβλημάτων λόγου, στην αναγκαιότητα διατήρησης των νεογιλών, όταν δεν υπάρχουν αντίστοιχα διάδοχα μόνιμα και, τέλος, στην εξασφάλιση του απαιτούμενου χώρου για τη φυσιολογική ανατολή των μόνιμων δοντιών<sup>27,33</sup>. Οι χρόνιες περιακροριζικές φλεγμονές και οι τραυματικές βλάβες των νεογιλών δοντιών ένεκα της στενής σχέσης των ακροριζίων τους με τα αντίστοιχα διάδοχα μόνιμα μπορεί να προκαλέσουν, ανάλογα με τη χρονική και μορφολογική εξέλιξη του οδοντικού σπέρματος, ατέλειες στην αδαμαντίνη (λευκωπές ή κιτρινόφαιες κηλίδες, υπερασβεστιωμένες και υποπλαστικές περιοχές), μορφολογικές ανωμαλίες μύλης-ρίζας, μερική ή πλήρης αναστολή της διάπλασης της ρίζας, αναστολή της εξέλιξης του οδοντικού σπέρματος και ανωμαλίες στην ανατολή των μόνιμων<sup>27,35,36</sup>.

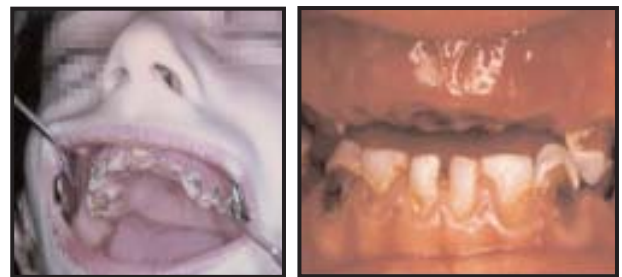
Ο Οδοντίατρος, προκείμενου να διατηρηθούν τα νεογιλά δόντια στη στοματική κοιλότητα μέχρι τη φυσιολογική απόπτωσή τους και να αποφευχθούν τα αισθητικά, λειτουργικά, βιολογικά και ορθοδοντικά προβλήματα, εξαντλεί όλες τις θεραπευτικές μεθόδους που έχει στη διάθεσή του (έμμεση και άμεση κάλυψη του πολφού, πολφοτομή και ενδοδοντική θεραπεία)<sup>33</sup>. Οι διάφορες τεχνικές θεραπευτικής των νεογιλών, που εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τον περιορισμό των ιατρογενών βλαβών του πολφού και την πρόληψη των τραυματικών βλαβών (σύμφωνα με τον Kramer<sup>34</sup> το 1,5 έως 3,5% των παιδιών που αθλούνται υφίστανται κακώσεις των δοντιών), μπορεί να θεωρηθούν σε μια πλατιά έννοια ως «προληπτική Ενδοδοντολογία».

Ως παραμέληση στην υγεία του στόματος (oral health-related quality of life) του ανήλικου ασθενή ορίζεται η κακόβουλη ή μη, παραμέληση των γονέων ή κηδεμόνων του ανήλικου τέκνου, της αναγκαίας προς αυτό παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης<sup>1,3,4</sup>. Στις περιπτώσεις αυτές οι γονείς / κηδεμόνες αγνοούν επανειλημμένα τις οδηγίες των λειτουργών στοματικής υγείας ή αρνούνται την έναρξη ή και ολοκλήρωση της απαραίτητης αγωγής. Το γεγονός αυτό τους καθιστά υπεύθυνους βλάβης της στοματικής και πολλές φορές συνολικής υγείας των παιδιών, ειδικά σε περιπτώσεις όπου υφίσταται ιάσιμη οξεία ή χρόνια νόσος<sup>33,4,36</sup>.

Ειδικότερα ως «Παραμέληση Οδοντιατρικής Φροντίδας» ορίζεται η «συνειδητή έλλειψη φροντίδας στην υγεία του στόματος του παιδιού, η οποία προκαλεί αδυναμία μάσησης, χρόνια πόνο, επιβρα-

δύνει την ανάπτυξη του παιδιού και δυσκολεύει ή κάνει αδύνατες για το παιδί τις καθημερινές του δραστηριότητες». Επιπλέον, η Επιτροπή για την Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση της Αμερικάνικης Ακαδημίας Παιδοδοντιατρικής (The Ad Hoc Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatric Dentistry), συμπληρώνει τον ορισμό και με την «Αδιαφορία για αναζήτηση θεραπείας για ανεξέλεγκτες (αθεράπευτες) τερηδόνες, ενδοστοματικά τραύματα, πόνο, μόλυνση και αιμορραγία, αλλά και την εσκεμμένη ή μη, αποτυχία για τη διεκπεραίωση της θεραπείας, μετά την ενημέρωση των γονέων για την οδοντιατρική κατάσταση του μικρού ασθενή»<sup>1,36-38</sup>.

Πολλοί γονείς προφασίζονται ότι δεν ήταν ενήμεροι για την αναγκαιότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των οδοντικών παθήσεων. Η επίδραση της στοματικής υγείας στην ποιότητας ζωής είναι χαμηλότερη σε άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, λόγω και της οικονομικής επίπτωσης των οδοντιατρικών προβλημάτων<sup>39,49</sup> (Εικ. 4). Ωστόσο, εάν και μετά την ενημέρωσή τους αρνούνται την παροχή της απαραίτητης οδοντιατρικής περίθαλψης μέσα στις οικονομικές τους δυνατότητες και η οποία, με κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια, είναι δυνατόν να τους παρασχεθεί δωρεάν από δημόσιους υγειονομικούς φορείς, τότε πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο παραμέλησης<sup>3,4,35,39,40</sup>.



Εικόνα 4. Παραμέληση της οδοντιατρικής φροντίδας. Ουδεμία προσπάθεια εφαρμογής μέτρων πρόληψης, στοματικής υγιεινής και αντιμετώπισης των τερηδονικών αλλοιώσεων είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια των σκληρών οδοντικών ιστών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γονείς/κηδεμόνες προφασίστηκαν, ότι δεν ήταν ενήμεροι για την αναγκαιότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των οδοντικών παθήσεων των νεογιλών δοντιών.

Η παραμέληση της οδοντιατρικής φροντίδας είναι το ίδιο σημαντική όσο και η παραμέληση οποιουδήποτε άλλου προβλήματος υγείας - αφού η πλημμελής στοματική υγιεινή μπορεί να οδηγήσει σε πόνο, μόλυνση ή μειωμένη λειτουργική ικανότητα, με συνέπειες στη μάθηση, επικοινωνία, λήψη τροφής, κι άλλες δραστηριότητες απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη. Επίσης, υπάρχουν συνεχώς περισσότερα στοιχεία ότι οι παθήσεις των ούλων μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα καρδιολογικών

παθήσεων (*μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα*), εγκεφαλικών επεισοδίων, σπειραματονεφρίτιδα και καλπάζοντα νεανικό διαβήτη. Ταυτόχρονα είναι δείκτης μιας γενικότερης παραμέλησης του παιδιού<sup>3,33,37</sup>.

Η πρόωρη τερηδόνα του μπιμπερό ή της πιπίλας ("*baby bottle*" or "*nursing*" caries) είναι μία μολυσματική νόσος, η οποία εμφανίζεται με μια ή περισσότερες τερηδονικές βλάβες που προσβάλλουν τα πρόσθια νεογιλά δόντια της άνω γνάθου σε παιδιά ηλικίας 3 ετών ή νεότερα. Η συχνή και παρατεταμένη λήψη ζαχαρούχων τροφών και γλυκών εδεσμάτων είτε σε μορφή ροφημάτων που συνήθως καταναλώνονται με το μπιμπερό είτε σε στερεή μορφή φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός διατροφικός παράγοντας που συσχετίζεται με την τερηδόνα της βρεφικής και νηπιακής ηλικίας<sup>19,28,30</sup>. Στη χώρα μας η νόσος έχει μεγάλη έκταση, μια και τα ελληνόπουλα χρησιμοποιούν το μπιμπερό για αρκετό χρονικό διάστημα (*50% των παιδιών το "χρησιμοποιούν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 36 μηνών"*)<sup>3,41</sup>. Οι Jonston και Messer<sup>42</sup> αναφέρουν ότι η νόσος συσχετίζεται συχνά με το χαμηλό μορφωτικό, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων/κηδεμόνων, αλλά και με ύπαρξη οικογενειακών προβλημάτων, καταστάσεις που οδηγούν σε παραμέληση της οδοντιατρικής φροντίδας.

Εκτός των άλλων συνεπειών, κλινικές και πειραματικές έρευνες έδειξαν ότι τα νεογιλά αποστήματα και οι περιακρορριζικές φλεγμονές των νεογιλών, γενικότερα, εξαιτίας της στενής ανατομικής τους σχέσης με τα διαπλασσομένα οδοντικά σπέρματα των μόνιμων, επιδρούν δυσμενώς και είναι δυνατό να προκαλέσουν παρεκκλίσεις όσον αφορά τη δομή (*υποπλασία αδαμαντίνης*), το φυσιολογικό σχήμα και την ανατολή τους (*επιβράδυνση*)<sup>43</sup>.

Η πρόωγη τερηδόνα μπορεί να προληφθεί με σωστή ενημέρωση, εξάλειψη των παραδοσιακών αντιλήψεων/συνηθειών διατροφής και έγκαιρη έναρξη στοματικής υγιεινής<sup>25,26,35</sup>. Όλα αυτά οδήγησαν σε εξελίξεις όσον αφορά τις μεθόδους χειρισμού των παιδοδοντιατρικών ασθενών, για πιο αποτελεσματική πρόληψη της τερηδόνας, διόρθωση των λανθασμένων συνηθειών και τον καθορισμό ηλικίας για 1η επίσκεψη με την ανατολή του πρώτου νεογιλού. Τα παραπάνω βοηθούν για μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση και καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων και από πλευράς άρτιας οδοντιατρικής θεραπείας και από πλευράς ενημέρωσης/επικοινωνίας<sup>25,26,30</sup>.

Τέλος, η παραμέληση της οδοντιατρικής φροντίδας είναι δυνατόν να είναι και ιατρογενής. Η αναχρονιστική αντίληψη ότι "τα νεογιλά είναι δόντια με μειωμένη διάρκεια ζωής και δε χρήζουν προσοχής και θεραπείας, αφού σε κάποιο χρόνο θα πέσουν και θα βγουν τα μόνιμα" από ελάχιστους, ευτυχώς, οδοντιάτρους μπορεί να έχει ολέθριες συνέπειες<sup>33,35</sup>. Ο

Croll αναφέρει, το 1989 στις Η.Π.Α., περίπτωση κοριτσιού ηλικίας 3½ χρονών, που οι γονείς του κατέφυγαν στη δικαιοσύνη, γιατί ένας οδοντίατρος τους είχε συμβουλεύσει να μην ανησυχούν για τις σκούρες κηλίδες στις αύλακες των μασητικών επιφανειών των νεογιλών δοντιών της, με το δικαιολογητικό ότι επρόκειτο για απλές χρωστικές και όχι για τερηδόνες<sup>27,28</sup>.

Η αδυναμία αντιμετώπισης πιθανών προβλημάτων συμπεριφοράς ή ακόμα και η έλλειψη επιστημονικής γνώσης, η αποφυγή ή η αμέλεια θεραπείας των οδοντιατρικών προβλημάτων των μικρών ασθενών έχουν ως αποτέλεσμα εκτεταμένο πολυτερηδονισμό, απώλειες δοντιών, αδυναμία μάσησης, δυσχέρεια κατά την ομιλία και ορθοδοντικές ανωμαλίες. Ο κλινικός οδοντίατρος, σε μια προσπάθεια να προσφέρει περίθαλψη, θα πρέπει να δείξει ιδιαίτερη κατανόηση, ενθάρρυνση, επιμονή και φροντίδα<sup>27,31,44</sup>.

Στις Η.Π.Α., ο οδοντίατρος, αφού εξηγήσει την κατάσταση στο γονιό, θα πρέπει να διαπιστώσει εάν έχει την οικονομική δυνατότητα να παρέχει στο παιδί την ενδεικνυόμενη θεραπεία. Εάν δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο κόστος θεραπείας, θα πρέπει να γίνει παραπομπή σε φορέα με δωρεάν παρεχόμενη περίθαλψη. Στην τελευταία περίπτωση, εφόσον αρχικά οι γονείς δώσουν τη συγκατάθεσή τους για εισαγωγή του παιδιού στο προτεινόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά στη συνέχεια χάνουν επανειλημμένα τις επισκέψεις τους με το θεράποντα οδοντίατρο ή δεν επιθυμούν να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο ή ακόμη απορρίπτουν την αξία της απαραίτητης αγωγής, θα πρέπει το οδοντιατρικό προσωπικό να αναζητήσει τους λόγους και πιθανώς μετά να καταγγείλει την περίπτωση<sup>3,37,40,49,50</sup>.

Επίσης, ο γιατρός που διαπιστώνει τραύματα στη στοματοπροσωπική χώρα (*τραυματισμοί οδοντικών ιστών, εγκαύματα, μώλωπες, δήξεις, αμυχές, κ.τ.λ.*) πρέπει οπωσδήποτε να επιζητά τη συνδρομή ειδικού ατόμου ενημερωμένου σχετικά με το σύνδρομο κακοποιημένου και παραμελημένου παιδιού. Αυτό μπορεί να αποδειχθεί σωτήριο, όχι μόνο για τη θεραπεία της υπάρχουσας βλάβης, αλλά κυρίως για την ορθή αξιολόγηση των παλαιότερων "εν επουλώσει" προηγούμενων τραυμάτων που υποδηλώνουν μία «κατ' επανάληψη» κακοποίηση<sup>2,3,15,45,46,47,50</sup>.

### **Επαγγελματική ευθύνη - Τι προβλέπει η Ελληνική Νομοθεσία**

Όπως αναφέρεται από τον Κουτσελίνη<sup>2</sup> η κακοποίηση και παραμέληση δεν αντιμετωπίζονται στη χώρα μας με την αυστηρότητα που απαιτείται και τα αδικήματα αντιμετωπίζονται συνήθως - αν και όταν διαπιστωθούν - με βάση τις διατάξεις περί σωματικής βλάβης και έκθεσης του Ποινικού Κώδικα

(άρθρα 306, 308, 309, 312, 314, 360, 409, 422. κ.επ. Π.Κ.) και των άρθρων 1531 κ.επ. του Αστικού Κώδικα. Η αυστηρότητα του νόμου θα πρέπει να επεκτείνεται ανεξάρτητα του ποιος είναι ο φυσικός αυτουργός και στους δύο γονείς ή κηδεμόνες. Η δήλωση του περιστατικού κακοποίησης και παραμέλησης από το λειτουργό της υγείας πρέπει να είναι υποχρεωτική με βάση το ίδιο καθεστώς που ισχύει για τα λοιμώδη νοσήματα<sup>55</sup>.

Εδώ γεννιέται, όμως, το ερώτημα εάν ο θεράπων οδοντίατρος έχει κι ο ίδιος ποινικές ευθύνες στην περίπτωση όπου ενώ διέγνωσε βλάβη ή νόσο, η οποία τελικά επέφερε σοβαρά προβλήματα γενικότερης υγείας ή ακόμη και το θάνατο του ασθενούς, δεν κατήγγειλε εγκαίρως το γεγονός της άρνησης ή επανειλημμένης αδιαφορίας των γονέων / κηδεμόνων για τη στοματική και γενικότερη υγεία του τέκνου<sup>39,54</sup>.

Σύμφωνα με το άρθρο 232 του Ποινικού Κώδικα περί Παρασιώπησης εγκλημάτων, «Όποιος, ενώ έμαθε με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του, και σε χρόνο τέτοιο ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του, παραλείπει να το αναγγείλει εγκαίρως στην αρχή, τιμωρείται, αν το κακούργημα τελέστηκε ή έγινε απόπειρά του, με φυλάκιση μέχρι τριών ετών, ανεξάρτητα αν ο δράστης τιμωρηθεί». Το άρθρο 232 του Ποινικού Κώδικα είναι μια περίπτωση (*διαφύλαξη έννομου συμφέροντος*) όπου αίρεται το ιατρικό απόρρητο και μάλιστα όχι απλά ο ιατρός δύναται, αλλά υποχρεούται να αναγγείλει στην αρχή τα συμβάντα που έχουν υποπέσει στην αντίληψή του. Το ουσιώδες σημείο του εν λόγω άρθρου είναι η αναφορά στο κακούργημα, αφού μόνο σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει η νομική υποχρέωση του ιατρού να άρει το ιατρικό απόρρητο και να προσφύγει στις αρχές (*Αστυνομία, Εισαγγελία*)<sup>52,53,56</sup>.

Κακουρήματα θεωρούνται κατά τον Ποινικό Κώδικα τα εγκλήματα που τιμωρούνται με κάθειρξη. Στην περίπτωση μας, κακούργημα είναι η βαριά σωματική βλάβη που προκλήθηκε με δόλο και φυσικά η θανατηφόρος βλάβη. Ως βαριά σωματική βλάβη ορίζεται (άρθρο 310 Ποινικού Κώδικα) «η βαριά σωματική ή διανοητική πάθηση», η οποία υπάρχει όταν «η πράξη προξένησε στον παθόντα κίνδυνο ζωής η βαριά και μακροχρόνια αρρώστια ή σοβαρό ακρωτηριασμό ή αν τον εμπόδισε σημαντικά και για πολύ χρόνο να χρησιμοποιεί το σώμα ή τη διάνοιά του». Σε αυτές, λοιπόν, τις περιπτώσεις, που είναι δυνατό να συναντήσει ένας οδοντίατρος ή γενικότερα λειτουργός υγείας, κατά την άσκηση των καθηκόντων του, έχει νομική υποχρέωση να καταγγείλει τα συμβάντα στις αρχές. Σημειωτέον, επίσης, ότι η σωματική βλάβη, ιδιαίτερα, των ανήλικων μπορεί να έχει τελεστεί και με παράλειψη, («όποιος με κακό-

*βουλη παραμέληση των υποχρεώσεων του προς ανήλικους γίνεται αιτία να πάθουν σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας τους» - άρθρο 312 Ποινικού Κώδικα), και όχι μόνο με πράξη (π.χ. με χτύπημα ή άλλη κακοποίηση του ανήλικου), αλλά και με παραμέληση.*

Γονείς ή κηδεμόνες συχνά προφασίζονται ότι δεν ήταν ενήμεροι για την αναγκαιότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των οδοντικών παθήσεων του ανήλικου τέκνου ή τη σοβαρότητα της μη έγκαιρης παροχής ιατρικής - οδοντιατρικής περίθαλψης. Ο οδοντίατρος οφείλει πέραν της υποχρέωσής του και βάσει νόμου (Ν. 3418/2005 άρθρο 14 παρ.1) της τήρησης αρχείου σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα, που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του, να ενημερώνει τους μη δυνάμενους λόγω οικονομικών δυσχερειών γονείς / κηδεμόνες, πως η περίθαλψη του ανήλικου ασθενούς, μπορεί να του παρασχεθεί δωρεάν από δημόσιους υγειονομικούς φορείς. Αυτό διότι το φαινόμενο της οδοντιατρικής παραμέλησης του παιδιού συσχετίζεται συχνά με το χαμηλό κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο των γονέων / κηδεμόνων, αλλά και με ύπαρξη οικογενειακών προβλημάτων, καταστάσεις που οδηγούν σε παραμέληση της οδοντιατρικής, αλλά και γενικότερης φροντίδας του παιδιού. Εάν, παρόλα αυτά γίνει αντιληπτή η εκ νέου άρνησή τους, η αδιαφορία περί της σοβαρότητας της καταστάσεως της υγείας του παιδιού, πρέπει τότε να εξεταστεί το ενδεχόμενο παραμέλησης και ο οδοντίατρος, όπως και κάθε άλλος λειτουργός υγείας, να προβεί σε συγκεκριμένες, βάσει του προβλεπόμενου νόμου, ενέργειες.

Από την πρώτη επίσκεψη του ασθενή, ο ιατρός - οδοντίατρος έρχεται σε επαφή με γεγονότα τα οποία αναφέρονται στην κατ' εξοχήν προσωπική σφαίρα του ατόμου, που είναι η υγεία του. Η παλαιότερη πηγή στην οποία αναφέρεται το καθήκον εχεμύθειας του ιατρού είναι ο όρκος του Ιπποκράτη (400 π.Χ.), σύμφωνα με τον οποίο ο ιατρός οφείλει να τηρεί εχεμύθεια για ότι έχει πληροφορηθεί κατά την εξέταση του ασθενή, καθώς και από άλλες πηγές κατά την άσκηση του λειτουργήματός του<sup>51</sup>. Στο ελληνικό δίκαιο, το ιατρικό / οδοντιατρικό απόρρητο προστατεύεται αστικά και ποινικά με τα παρακάτω: με τη διάταξη του άρθρου 371 Π.Κ., που απειλεί με χρηματική ποινή ή φυλάκιση μέχρι ενός έτους σε λειτουργούς υγείας που παραβιάζουν το καθήκον εχεμύθειας. Διατάξεις άρθρων 400 Κ.πολ.Δ. και 212 Κ.Π.Δ., που απαγορεύουν σε δικαστή να εξετάσει ως μάρτυρες λειτουργούς υγείας, σχετικά με εμπιστευτικές πληροφορίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους, εκτός όπου ο νόμος τους υποχρεώνει να το αναφέρουν στην αρχή (άρθρ. 212 § 1 περ. γ' Κ.Π.Δ.) ή εκτός αν το επιτρέψει εκείνος τον οποίο αφορά το απόρρητο (άρθρ. 400 περ. 1

Κ.πολ.Δ.). Καθήκον εχεμύθειας επιβάλλεται σε ιατρούς από το άρθρο 13 § 1 του Ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας). Το άρθρο 14 παρ.1 του ανωτέρω νόμου προβλέπει ως υποχρέωση του θεράποντος ιατρού / οδοντίατρου, την τήρηση αρχείου με δεδομένα τα οποία συνδέονται με την ασθένεια ή υγεία του ασθενούς. Ακόμα, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2472/1997 για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η υγεία αποτελεί ευαίσθητο προσωπικό δεδομένο και απολαμβάνει αυξημένης προστασίας. Στην αποτελεσματική προστασία του ιατρικού απορρήτου συμβάλλει και η πειθαρχική ευθύνη του λειτουργού υγείας, σε περίπτωση που θα αποκαλύψει σε τρίτους παράνομα, όσα αυτός πληροφορήθηκε ή διέγινωσεν κατά την άσκηση του λειτουργήματός του. Τέλος, το ιατρικό απόρρητο καθιερώνεται ρητά στο άρθρο 23 του Α.Ν. 1565/1939 « περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος». Λόγοι άρσης του ιατρικού απορρήτου σύμφωνα με το άρθρο 371 § 4 Π.Κ. είναι οι περιπτώσεις, όπου ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση του καθήκοντός του ή στη διαφύλαξη έννομου ή για άλλο λόγο δικαιολογημένου ουσιώδους συμφέροντος δημοσίου ή του ίδιου ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορούσε να διαφυλαχθεί διαφορετικά. Οι ειδικές περιπτώσεις, όμως, που επιτρέπουν την άρση του ιατρικού απορρήτου δε θα μπορούσαν να ορισθούν από πριν με ένα γενικό κανόνα. Θα πρέπει, το γεγονός να κριθεί ξεχωριστά σε κάθε περίπτωση από τον φέροντα την ποινική, αλλά και ηθική ευθύνη λειτουργού υγείας. Εκείνος οφείλει να σταθμίσει από τη μία το καθήκον εχεμύθειας και αφετέρου το καθήκον εξυπηρετήσεως έννομου ή δικαιολογημένου ουσιώδους συμφέροντος.

Όπως, λοιπόν, συμπεραίνεται ο λειτουργός υγείας είναι υποχρεωμένος να επιλέξει ένα από τα δύο ανωτέρω καθήκοντα του, τα οποία όμως έρχονται σε σύγκρουση στη συγκεκριμένη περίπτωση. Το περίπλοκο και συχνά δυσνόητο πάντως των νομικών ζητημάτων, καθιστά απαραίτητη και χρήσιμη τη συμβουλή ειδικού (*νομικού δικηγόρου*), όταν βρεθεί ο ιατρός αντιμέτωπος με καταστάσεις όπως αυτές που περιγράψαμε ανωτέρω. Εν όψει όλων αυτών, εύκολα κατανοεί κανείς την πολύ μεγάλη σημασία που έχει σε τέτοιες περιπτώσεις η τήρηση ενημερωμένου οδοντιατρικού - ιατρικού αρχείου του λειτουργού υγείας. Αν, όμως, στο οδοντιατρικό - ιατρικό αρχείο του λειτουργού υγείας, το οποίο, όπως προαναφέρθηκε, οφείλει βάσει νόμου να τηρεί, υπάρχει πιθανή έγγραφη και ενυπόγραφη μαρτυρία του γονέα / κηδεμόνα για το γεγονός ότι έλαβε γνώση της σοβαρότητας της κατάστασης και των πιθανών επιπλοκών αυτής, αλλά και πιθανή μαρτυρία του παρόντος βοηθού λειτουργού υγείας, εάν αυτός υπάρχει, για την ενημέρωση του / των γονέων / κηδεμόνων

για την κατάσταση υγείας του μικρού ασθενή, τότε ίσως να υπάρχουν επαρκή στοιχεία, τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από το δικαστήριο.

Τα ανωτέρω στοιχεία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν όχι μόνο για την καταδίκη του ασυνείδητου - ανεύθυνου γονέα / κηδεμόνα, αλλά και για την προστασία του ίδιου του οδοντίατρου - λειτουργού υγείας. Πολλές φορές ο κηδεμόνας είτε λόγω της εσωτερικής ψυχικής του ανάγκης, προκειμένου να αποβάλει από τον ίδιο του τον εαυτό την ευθύνη του μοιραίου συμβάντος, είτε λόγω ενδεχόμενου δόλου που θα του αποφέρει οικονομικό κέρδος, οδηγεί τον οδοντίατρο / λειτουργό υγείας, σε ένα δικαστικό αγώνα. Στην περίπτωση αυτή και βάση της ελληνικής νομοθεσίας ο οδοντίατρος ή γενικά ο λειτουργός υγείας, είναι εκείνος ο οποίος θα πρέπει να αποδείξει ότι δεν διέπραξε υπαίτιο σφάλμα.

Επομένως, το αρχείο του ασθενούς, πιθανή μαρτυρία του βοηθού του και ακόμη περισσότερο μια έγγραφη και ενυπόγραφη μαρτυρία γονέα / κηδεμόνα περί της λήψεως γνώσης, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας και τις πιθανές επιπλοκές σε περίπτωση μη έγκαιρης περίθαλψης, θα αποτελέσουν στοιχεία που θα συνεκτιμήσει το δικαστήριο την ώρα του καταλογισμού των εκατέρωθεν ευθυνών<sup>57</sup>.

### Συζήτηση-Συμπεράσματα

Το 1973, ο Woolridge, στις Η.Π.Α., ανασκόπησε τη μέχρι τότε νομοθεσία, όσον αφορά τον οδοντίατρο και τις εκ του νόμου απορρέουσες υποχρεώσεις του στη διάγνωση, εντόπιση και παραπομπή των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών. Διαπίστωσε ότι το 50% των πολιτειών στις Η.Π.Α. είχε καθιερώσει νομοθεσία, που επέβαλε την υποχρεωτική ενημέρωση (*καταγγελία*) των αρμόδιων αρχών σε παρόμοια περιστατικά. Επίσης, ανέφερε τις ηλικίες στις οποίες στοιχειοθετείται το αδίκημα της κακοποίησης ή παραμέλησης του παιδιού, ανάλογα με τις διάφορες μορφές του, τον τρόπο, σε ποιους αρμόδιους φορείς θα πρέπει να γίνει η αναφορά, καθώς επίσης και τις προβλεπόμενες ποινές, σε εκείνους που έχουν αστική ή ποινική ευθύνη γι' αυτό<sup>58</sup>. Σήμερα, στις Η.Π.Α. και στη Μ. Βρετανία, υπάρχει συγκεκριμένο νομικό και υγειονομικό καθεστώς, που καθορίζει τι είναι και τι δεν είναι κακοποίηση και παρέχει ασυλία στους λειτουργούς Υγείας, που καταγγέλλουν τέτοια πιθανότητα. Μάλιστα, οι λειτουργοί Υγείας είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να αναφέρουν κάθε τέτοια περίπτωση. Σε κάθε διοικητική περιφέρεια των Η.Π.Α., αλλά και στη Μ. Βρετανία, οι λειτουργοί υγείας πρέπει να έχουν τους αριθμούς τηλεφώνων των σχετικών φορέων (*τοπικά αστυνομικά τμήματα, υπηρεσία προστασίας παιδιών*) και είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να αναφέρουν περιστατικά, όταν υπάρχουν βάσιμες υποψίες παιδικής κακοποίησης / παραμέλη-



σης. Για να γίνει η καταγγελία, δε χρειάζεται να υπάρχουν αδιαμφισβήτητες αποδείξεις, αλλά αρκούν οι λογικές και βάσιμες υποψίες. Είναι όμως απαραίτητο ο οδοντίατρος να έχει καταγράψει με λεπτομέρεια και σαφήνεια όχι μόνο τα ευρήματα, αλλά και ολόκληρη τη διαδικασία εξέτασης που ακολουθήθηκε και να τα παρουσιάσει στους αρμοδίους φορείς<sup>3,4,40,47,48,50</sup>.

Η παρεχόμενη από το νόμο ασυλία αφορά τόσο την ίδια την ενέργεια της καταγγελίας (*δικαιολογημένη παραβίαση του ιατρικού απορρήτου*) όσο και τις συνέπειες, που προέρχονται από αυτή, για το παιδί και την οικογένεια του. Η στοιχειοθέτηση του αδικήματος της κακοποίησης-παραμέλησης επεκτείνεται και στους δύο γονείς (*ανεξάρτητα με το ποιος είναι ο φυσικός αυτουργός*), αλλά και στο γιατρό ο οποίος διέγνωσε και δεν κατήγγειλε παιδική κακοποίηση ή παραμέληση. Προς την εναρμόνιση με την αμερικανική νομοθεσία προσανατολίζονται ήδη και τα περισσότερα κράτη του κόσμου<sup>40,59</sup>.

Η αναφορά και καταγγελία του περιστατικού πρέπει να γίνεται "καλή τή πίστη", δηλ. με ειλικρίνεια και καλή πρόθεση. Ο καταγγέλλων γιατρός δεν εμπλέκεται νομικά σε καμιά περίπτωση – εκτός αν αποδειχθεί από τους αντιδίκους ότι είπε εκ προθέσεως ψέματα. Στην Ελληνική Νομοθεσία (σύμφωνα με το άρθρο 232 του Π.Κ.) καθιερώνεται για το γιατρό η υποχρέωση να καταγγέλλει την τέλεση ή την απόπειρα τέλεσης μιας εγκληματικής πράξης, που θα ανακαλύψει κατά την προσέλευση του αρρώστου. Από ιατρικής πλευράς, δεν προσδιορίζεται η ύπαρξη δόλου ή αμέλειας (*είναι έργο των προανακριτικών και δικαστικών οργάνων*), αλλά μόνο η διάγνωση του συνδρόμου και η πρόγνωση των κακώσεων. Οι διατάξεις του Ποινικού Κώδικα περί "Σωματικής βλάβης και έκθεσης" αντιμετωπίζουν την παιδική κακοποίηση και παραμέληση χωρίς τη δέουσα αυστηρότητα. Οι προβλεπόμενες ποινές είναι από 3 μήνες έως και 5 χρόνια, με αυστηρότερες τις περιπτώσεις ανθρωποκτονίας και σεξουαλικής κακοποίησης, αναγορεύοντας επίσης το αδίκημα σε "ιδιώνυμο", με το άρθρο 312 του Π.Κ. Οι διατάξεις, όμως, του άρθρου αυτού, αντί να βοηθούν το γιατρό, τον προβληματίζουν περισσότερο, μια και η περίπτωση του κακοποιημένου και παραμελημένου παιδιού δεν αντιμετωπίζεται μόνο με "ξερές" επιταγές του νόμου, αλλά χρειάζεται ειδική μεταχείριση<sup>3</sup>.

Η συχνότερη χρήση του Νόμου αφορά κυρίως τη λήψη ασφαλιστικών μέτρων, με στόχο την αφαίρεση της επιμέλειας ή της γονικής μέριμνας από τους γονείς (*είτε προσωρινά, είτε μόνιμα*) και την ανάθεσή της σε τρίτο άτομο, συγγενείς ή ίδρυμα (Ν. 1329/1983, περί "κακής άσκησης της γονικής μέριμνας"). Η όλη διαδικασία απαιτεί παρέμβαση του άλλου γονέα, άλλου συγγενή ή απευθείας του εισαγγελέα.

Αν και στον Ποινικό Κώδικα βρίσκει κανείς διάσπαρτες διατάξεις που λειτουργούν προστατευτικά για το παιδί, εντούτοις, δίνεται η αίσθηση ότι η παιδική ηλικία δεν αναγορεύεται ως ξεχωριστό και αυτοτελές έννομο αγαθό<sup>3</sup>. Η αναφορά και καταγγελία της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης στις αρμόδιες αρχές (*κοινωνικοί φορείς, Αστυνομικές Αρχές, Εισαγγελέας Πρωτοδικών*) είναι καθήκον και ηθική υποχρέωση, όχι μόνο των λειτουργών Υγείας, αλλά και κάθε πολίτη, που σέβεται τον εαυτό του και αναγνωρίζει το δικαίωμα στη ζωή και την υγεία ως υπέρτατο και αδιαμφισβήτητο<sup>3,15</sup>. Ο οδοντίατρος, με την έγκαιρη διάγνωση και την καταγγελία του, θα κινητοποιήσει τις αρμόδιες υπηρεσίες και θα προσφέρει σημαντική βοήθεια στις οικογένειες αυτές.

Σε περίπτωση που υπάρχουν ενδοστοματικές και κρανιοπροσωπικές τραυματικές βλάβες, θα πρέπει να προβεί στην πλήρη και λεπτομερή καταγραφή των ευρημάτων, ώστε να είναι δυνατή η διερεύνηση τους από τις αρμόδιες αρχές<sup>40,47-49</sup>. Επίσης, πρέπει να λαμβάνονται ακτινογραφήματα, όταν η ανάγκη το απαιτεί, ενώ η λήψη φωτογραφιών δεν είναι υποχρεωτική για τον οδοντίατρο, όταν υπάρχει η δυνατότητα άμεσης φωτογράφισης από τις αρχές. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να κατανοήσει ότι η μη αναφορά περιστατικών κακοποιημένου και παραμελημένου παιδιού, τα οποία ηθικά και νομικά πρέπει να αναφέρονται, συνιστά πράξη κολάσιμη<sup>3,49,54,56</sup>.

Αν και οι κτηνωδίες σε βάρος των παιδιών αφυπνίζουν και εξεγείρουν την κοινή γνώμη, οι επιστήμονες που ασχολούνται με το θέμα, αναγνωρίζουν ότι η εκδικητική στάση απέναντι στο δράστη, δεν αποτελεί τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισής του. Στις περιπτώσεις με μοιραία κατάληξη, ο δράστης τιμωρείται αυστηρά ως εγκληματίας, εντούτοις, οι σύγχρονες απόψεις επιβάλλουν την αντιμετώπιση του φαινομένου με κατάλληλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους<sup>3,15</sup>. Γενικότερα, οι δράστες της κακοποίησης και παραμέλησης δε θεωρούνται δημόσιοι κίνδυνος, επειδή δεν έχουν πλήρη επίγνωση του εγκλήματος και επιβάλλεται ορθή συμπεριφορά απέναντί τους. Σε μερικές περιπτώσεις, η προσωρινή απομάκρυνση του πατέρα ή της μητέρας από την οικογένεια, εάν το πρόβλημα δεν αντιμετωπιστεί ιατρικά και κοινωνικά, ίσως επιδεινώσει την υπάρχουσα ατμόσφαιρα και επιτείνει το κλίμα της ψυχολογικής αβεβαιότητας και βίας. Τα άμεσα αστυνομικά μέτρα αυξάνουν τον κίνδυνο για το κακοποιημένο και παραμελημένο παιδί από πλευράς δράστη (*μια και το θεωρεί υπεύθυνο για τις συνέπειες του νόμου*) για μια μελλοντική, πολλές φορές ακόμη χειρότερη, κακοποίηση<sup>3,15,45</sup>.

Από όσα εκτέθηκαν, γίνεται εμφανές ότι η σύγχρονη κοινωνία δεν πρέπει μόνο να τιμωρεί, αλλά και να διαδραματίζει θεραπευτικό ή συμβουλευτικό ρόλο στο πρόβλημα αυτό. Η έγκαιρη εντόπιση του

κακοποιημένου και παραμελημένου παιδιού, δίνει τη δυνατότητα λήψης κοινωνιολογικών και ψυχοθεραπευτικών μέτρων, που προβλέπουν την προσωρινή ή τη μόνιμη απομάκρυνση του παιδιού από ένα σαφώς επικίνδυνο οικογενειακό περιβάλλον. Οποσδήποτε, κάθε περίπτωση απαιτεί πολυπαραγοντική αντιμετώπιση, ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες και τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της. Ένας υπεύθυνος της ομάδας αντιμετώπισης αναλαμβάνει το συντονιστικό ρόλο και την οργάνωση των διαδικασιών του περιστατικού. Παράλληλα δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις, για να διερευνηθεί κάθε περίπτωση από εκείνους, που ασχολούνται με τα ιατρικά, οδοντιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα, φιλανθρωπικά σωματεία ή οργανώσεις, αστυνομικές αρχές κ.τ.λ., με σκοπό να διορθωθούν ή να απαμβλυνθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες, για να ανασυγκροτηθεί η δομή της οικογένειας ή τουλάχιστον να παρασχεθεί ψυχική υποστήριξη και περίθαλψη στα απροστάτευτα, κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά<sup>4,14,15,45,60</sup>.

Μολονότι η κακοποίηση /παραμέληση των παιδιών αναγνωρίζεται, σήμερα, ως παγκόσμιο πρόβλημα και υπάρχουν χώρες, που προσπαθούν να βελτιώσουν τη ζωή των παιδιών θεσπίζοντας νέους νόμους για την προστασία τους, πρέπει να είμαστε ρεαλιστές και να αναγνωρίζουμε ότι το φαινόμενο αυτό είναι βαθιά ριζωμένο στην ανθρώπινη κοινωνία<sup>3,45</sup>. Θα ήταν αφελές να νομίζουμε ότι μόνο η θέσπιση νόμων και οι βαρύτερες ποινές αρκούν για την πλήρη προστασία του παιδιού μέσα σ' ένα γενικότερο περιβάλλον κοινωνικής αδιαφορίας. Οι περισσότερες χώρες έχουν νόμους που ποινικοποιούν την ενδοοικογενειακή βία, ωστόσο, οι νόμοι και οι πολιτικές καταπολέμησης της βίας είναι άσκοπες αν δεν υπάρχει αυστηρή εφαρμογή και επιβολή. Πρωτίστως, χρειάζεται πολιτική θέληση από τις κυβερνήσεις, ώστε να είναι πίστες στα διεθνή στάνταρ και τους θεσμούς. Απαιτούνται, επίσης, κατευθυντήριες γραμμές και εκπαίδευση στους κοινωνικούς λειτουργούς, τις αστυνομικές αρχές και επέκταση των κέντρων που προσφέρουν ιατρικές και νομικές υπηρεσίες στα θύματα<sup>61</sup>. Η ευτυχισμένη και ασφαλής παιδική ηλικία δεν εξαρτάται μόνο από την κοινωνική ή την οικονομική κατάσταση, αλλά και από τα ηθικά όρια των γονέων και της κοινωνίας και το σεβασμό και εκτίμηση στην ανθρώπινη ύπαρξη. Περισσότερο επιτακτική είναι η κοινωνική συνδρομή παρά η ποινική τιμωρία, μια και η παιδική κακοποίηση/παραμέληση πηγάζει περισσότερο από παραδοσιακές παιδαγωγικές πρακτικές και κοινωνικούς/ψυχολογικούς παράγοντες και όχι από εγκληματική πρόθεση. Ας μην ξεχνάμε ότι και οι έφηβοι χρειάζονται διδασκαλία από τους εκπαιδευτικούς λειτουργούς «για το πώς να είναι κανείς γονιός». Άλλωστε και οι δράστες έχουν την ανάγκη

ψυχικής υποστήριξης, για να επιλυθούν τα πολλαπλά ψυχολογικά τους προβλήματα, μια και, όπως είναι διαπιστωμένο, και οι ίδιοι υπέστησαν κάποια μορφή κακοποίησης στην παιδική ή εφηβική τους ηλικία. Μερικές φορές το πρόβλημα επιλύεται, αν παράλληλα βελτιωθούν και οι συνθήκες διαβίωσης από κρατικούς/κοινωνικούς μηχανισμούς<sup>3,14,49,60</sup>. Πρόσφατα, οι αναφορές των Μ.Μ.Ε., η ενημέρωση των κοινωνικών υπηρεσιών, οι νομοθεσίες, αλλά και υπηρεσίες σχεδιασμένες και οργανωμένες για την προστασία των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών (π.χ. *κοινωνικοί λειτουργοί*) έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον του κοινού για κοινωνική συνδρομή στο σύνολο της οικογένειας. Απαιτείται συνεχής ενημέρωση και εκσυγχρονισμός από τις υπηρεσίες, που εμπλέκονται και παρεμβαίνουν, για να εξασφαλίσουν και να προωθήσουν τα δικαιώματα των παιδιών, που απορρέουν από τη "Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού"<sup>3</sup>.

### Βιβλιογραφία

1. American Academy of Pediatric Dentistry: Committee on Child Abuse and Neglect. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatric Dentistry*, 2005; 27(7):64-7.
2. Κουτσελίνης ΑΣ. Ιατροδικαστική. Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα. 1998:342.
3. Σταυριανός Χρ. Μέτσα Μ.Ε. Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση. Οδοντιατρική και Οδοντιατροδικαστική Θεώρηση. 1η έκδ. Θεσσαλονίκη. Λιθογραφία. 2002; 29-164.
4. Vale GL. Dentistry's role in detecting and preventing child abuse. In: Slimson P.G., Mertz CA. (ed) *Forensic Dentistry* Boca Raton, NY. CRC Press. 1997; pp. 161-73.
5. Cawson P., et al. Child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. London. NSPCC. [http://www.Nspcc.org.UK/Inform/research/Findings/Child maltreatment In the UK/ Executives summary asp.itegg. 26228.html](http://www.Nspcc.org.UK/Inform/research/Findings/Child%20maltreatment%20in%20the%20UK/Executives%20summary%20asp.itegg.26228.html).
6. NSPCC Child Maltreatment in the United Kingdom Downloaded from NSPCC website on Monday, 19th April 2004.
7. Taylor J, Deniel Br. *Child Neglect: Practice Issue for Health and Social Care*, Jessica Kingsley Pub., 2004, pp.26-352.
8. Tanner K. and Turney T. What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice in child and family social work, 2003, 8:25-34.
9. Evans H. (NSPCC Child Protection Awareness Group) Feb.2002 child neglect: NSPCC Information Briefings. [http://nspcc.Org.UK./Inform/onlineResources/ Information Briefings/ Child Neglect aspifeg a 26016. htm](http://nspcc.Org.UK./Inform/onlineResources/Information%20Briefings/Child%20Neglect%20aspifeg%20a26016.htm).
10. Susan J. Creighton, "Organized Abuse: The NSPCC Experience", *Child Abuse Review*; Volume 2, Issue 4 (1993), p. 232-42.
11. Jean La Fontaine, *Speak of the Devil: Tales of Satanic Abuse in Contemporary England*, Cambridge University

- Press, 1998.
12. Clyde, James J. The report of the inquiry into the removal of children from Orkney in February 1991, Edinburgh: HMSO, 1992, xiv, 363 pp.
  13. Department of Health and Social Security and Welsh Office, Working Together: a guide to arrangements for inter-agency co-operation for the protection of children from abuse, London: HMSO, 1988, 72 pp.
  14. Stavrianos C, Metska ME, Petalotis N. Child abuse: It's recognition by dentists. *Balkan J Stomatology*. 2005; 9:204-7.
  15. Stavrianos C, Zouloumis L, Karaiskou O, Stavrianou I. Family violence and child abuse. *Balkan J Stomatology*. 2007; 11:13-20.
  16. «Ελευθεροτυπία», ΦΑΚΕΛΟΣ (Ι. Σωτήρχου): 13/10/2007.
  17. Κουτσελίνης ΣΑ, Μιχαλοδημητράκης Μ. Ιατρική ευθύνη. Εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 1984.
  18. Κουτσελίνης ΑΣ, Γεωργίου – Θεοδωροπούλου Μ. Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού. *Mat. Med. Greca*. 1985; 13 (4). 378.
  19. Herschaft E, Alder M, Ord D, Rawson R, Smith E. Manual of forensic odontology, ASFO, Impress Printing & Graphics, Inc. New York. 2006; 210-40.
  20. Tanner K, Turney D. The Role of Observation in the Assessment of Child Neglect Child Abuse Review, 2000; 9:337 - 348.
  21. Mouden LD. The Role for Dental Professionals in Preventing Child Abuse and Neglect. *J. Calif. Dent. Assoc.*, 1998; 26(10):737.
  22. Nottingham City and Nottinghamshire ACPC. Child Neglect. Practice Guidance for all agencies produced by Nottinghamshire and Nottingham City ACPCs. 2003; (6): 1-24.
  23. Sweet DJ. Recognizing and intervening in domestic violence: Proactive role for dentistry. *Medscape: Won's Health*. 1996; 1(6): www.medscape.com.
  24. Simley DO. Abused and neglected. *J. Wis. Dent. As-soc*. 1975; 51(8): 377.
  25. Cheyne VD: Dental care during the period from birth through two years. *J Dent Child*, 1947; 14: 2-5.
  26. Castaldi CR: You Can Keep Your Teeth For a Lifetime. Private printing, 1974; pp. 3-9, 16-20.
  27. Croll TP. A Child's first dental visit: a protocol. *Quintessence Int*. 1984; 6:625-37.
  28. Groll TP. Η ανάγκη οδοντιατρικής φροντίδας σε βρέφη και νεογνά: Μια συνοπτική εικονογραφημένη παρουσίαση. *Quintessence*, (Ελλην. Έκδοση), 1989; 1:55-76.
  29. McGrath C, Bedi R. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK), *Br Dent J*, 2002; 193(9):521-4.
  30. Nowak AI, Casamassimo PS, Metigue DJ. Prevention of dental disease from nine months in utero to eruption of the first tooth. *J Am Soc Prev Dent*, 1975; 6:6-11.
  31. Goepferd SJ. Infant oral health: a protocol. *J Dent Child*, 1986; 53:261-6.
  32. Goepferd SJ. An infant oral health program: the first 18 months. *Pediatr Dent*. 1987; 9:8-12,
  33. Αγιαννίδης Λ, Σταυριανός Χρ., Μπουτσιούκης Α. Θεραπευτική αντιμετώπιση νεογλών με ζωντανό πολφό. *Επιστημονική Επετηρίδα Οδοντιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ. Η.*, 1984; 27-44.
  34. Kramer LR. Accidents occurring in High School Ath-letics with special reference to dental injuries. *J American Dental Assoc*. 1941; 28:1312- 51.
  35. Sanger RG, Bross DC. *Clinical Management of Child abuse and Neglect: A Guide for the Dental Profes-sional*. Chicago, Quintessence Publishing Co. Inc: 1984.
  36. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). *Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect*. Chicago (IL): American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), 2005; 4 p.
  37. Kellogg N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 2005; 116:1565-8.
  38. Davis GR, Domoto N.E., Levy RL. The Dentist's Role in Child Abuse and Neglect. *J, Dent. Child*, 1979; 46:185.
  39. Loochtan R, Domoto N. Dental neglect in children: definition, legal aspects and challenges. *Pediatric dentistry*, 1986; 8:113.
  40. California Society of Pediatric Dentists. Denial Neglect: When to report. *Calif. Pediatrician*, 1989, Fall: 31-2.
  41. Γκιζάνη Σ, Ουλής Κ. Τερηδόνα βρεφικής και νηπιακής ηλικίας. ΙΙ. Κοινωνικοί παράγοντες, συνήθειες στομα-τικής υγιεινής και διατροφής, πρόληψη και θεραπεία. *Παιδοδοντία*, 2001; 15(3): 111.
  42. Jonestown T, Messer LB. Nursing caries: literature review and report of a case managed under local anaesthesia. *Aust. Dent. J*. 1994; 39: 373.
  43. Λυρούδια Κ. Επίδραση των περιεκτικών φλεγμο-νών νεογλών δοντιών στα διάδοχα τους μόνιμα. *Διατριβή για Διδακτορία*. Α.Π.Θ.1982.
  44. Kittle N, Richardson D, Parker J. Examining for child abuse and child neglect. *Pediatric Dentistry*, 1986; 8:80.
  45. Stavrianos C, Stavrianou I, Kafas P, Mastagas D. The responsibility of dentists in Identifying and reporting child abuse. *Internet J Law, Healthcare and Ethics*, 2007; 5(1).
  46. Kenney JP, Spencer ED. Child abuse and neglect. In: CM Bowers. GL Bell (ed). *Manual of forensic Odon-tology*, ASFO, 1995; pp. 191-3.
  47. Tsang A, Sweet D. Detecting Child abuse and Neglect: Are Dentists Doing Enough? *Journal of the Canadian Dental Association*, 1999; 65(7):387-91.
  48. Schmitt BD, Kempe CH. The Pediatricians role in Child abuse and Neglect. *Current problems in Pediatrics*. 1973; 5: 3-47.
  49. Jessee SA. Risk factors and determinants of dental neglect in children A.S.D.C.J. *Dent. Child*, 1998; 65:17.
  50. Mouden LD. The dentist's role in detecting and re-ported abuse. *Quintessence Int*, 1998; 29 (7): 452-5.
  51. Κωνσταντινίδης Κ. Το ιατρικό απόρρητο. *Ποινικός Λόγος*, 2006; 2:347-60.
  52. Κωνσταντινίδης Κ. *Ποινικό Δίκαιο και Ανθρώπινη Αξιοπρέπεια*. Εκδ. Σάκουλας, Αθήνα, 1987.
  53. Κοτσιάνος Σ.Α. Η ιατρική ευθύνη: αστική-ποινική. Β έκδ. Θεσσαλονίκη, 1997.
  54. Βόλιας Ι. Ιατρική ευθύνη κατά την άσκηση του λει-τουργήματος. *Δικογραφία*, 2003; σ. 8.
  55. Χαραλαμπάκης Α. Ιατρική ευθύνη και δεοντολογία. (Πρώτοι βασικοί Προβληματισμοί), *Υπεράσπιση*, 1993; σ. 507.
  56. Πολίτης Χ. Η προστασία του ιατρικού απορρήτου και

- των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Σε «Συνήγορος του Πολίτη», «Ιατρικό Απόρρητο. Πληροφορίες που αφορούν προσωπικά δεδομένα, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και αρχεία νοσοκομείων». Πρακτικά ημερίδας, 29 Μαΐου 2006, σ. 166-212.
57. Μπάκας Χ. Η κάμψη του απόλυτου χαρακτήρα της απαγόρευσης κατάθεσης του γιατρού στην Ποινική δίκη. Ποινικά Χρονικά, 1996; σ. 769.
58. Wooldridge ED. Legal problems of the forensic odontologist. *J. Forensic Sci.*, 1973; 18(1):40.
59. Bross DC. Pediatric dentists and the law of child abuse. *Pediatric Dentistry*, 1986; 8:116.
60. Ethier LS, Couture G, Lacharite C, Gagnier PJ. Im-pact of a Multidimensional Intervention Programme Applied to Families at Risk for Child Neglect. In *Child Abuse Review*. 2000; 9: 19-36.
61. [www. Freesunday. gr](http://www.Freesunday.gr), 30/11/2008. p.26.