

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI “ALDO MORO”

MASTER I LIVELLO

“COMUNICAZIONE E FORMAZIONE IN SANITÀ PUBBLICA:

DALLA CULTURA DEL BENESSERE ALLA VALORIZZAZIONE DEL TERRITORIO”

*Il trauma dentale in età evolutiva:
luci e ombre in Sanità Pubblica*

Relatore

Chiar.ma Prof.ssa Maria Teresa Montagna

Corsista

Dott.ssa Valeria Martinelli

Anno Accademico 2012/2013

Indice

Premessa.....	3
Il trauma dentale.....	4
Il trauma dentale tra i disabili.....	6
Come intervenire in caso di trauma.....	7
La nostra esperienza.....	10
Materiali e metodi.....	10
Risultati.....	11
Discussione.....	17
Conclusioni.....	19
Bibliografia.....	20
Ringraziamenti	23

Premessa

Essendo un diritto fondamentale della persona, la salute deve essere tutelata mediante interventi comunicativi efficaci, volti alla diffusione di informazioni utili alla promozione di corretti stili di vita. Parliamo quindi di *comunicazione per la salute*, quale strumento favorente l'adozione di comportamenti utili alla tutela della salute individuale e collettiva. A tal fine, è necessario che la comunicazione, specialmente quella massmediatica, rispetti alcuni criteri di qualità in grado di sviluppare nei soggetti la capacità di capire le informazioni sanitarie di base tali da consentire l'accesso ai servizi. I succitati criteri di qualità si riferiscono alla *correttezza* dell'informazione e dei contenuti proposti, all'*affidabilità* (garantita dal riferimento a fonti accreditate), all'*utilità* per i cittadini delle informazioni offerte, alla loro *comprensibilità* (quale conseguenza dell'utilizzo di un linguaggio elementare, forma sintetica e ausilio di glossari), *equilibrio* (tono del messaggio) e *indipendenza* (determinata da un'informazione svincolata dal desiderio di perseguire interessi personali). Il rispetto di questi criteri consentirebbe l'*alfabetizzazione sanitaria* della cittadinanza, in quanto ogni cittadino sarebbe in grado di reperire informazioni su temi e servizi sanitari, leggere, ascoltare e comprendere le informazioni, valutarle relativamente alla credibilità e alla qualità, analizzare rischi e benefici, esprimere con chiarezza domande e opinioni, essere capaci di prendere decisioni.

Dal momento che la salute è un processo di costruzione sociale, essa deve coinvolgere, insieme al mondo sanitario, cittadini, scuola, università, enti locali, politica, *mass media*, promuovendone la collaborazione e l'integrazione, finalizzate alla formazione di una moderna coscienza sanitaria basata su una adeguata educazione alla salute (Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale).

Un tema poco approfondito e su cui la popolazione è scarsamente informata concerne i traumi dentari, la cui prevalenza non solo è aumentata negli ultimi anni, ma costituisce una minaccia per la salute orale maggiore rispetto alla carie dentale e alle malattie del parodonto (Sunu 2005, Strhomenger 2003).

La letteratura sull'argomento (Al-Jame 2007, Al-Obaida 2010, Çaglar 2005, de Lima Ludgero 2012, Hegde 2010, McIntyre 2008, Ozer 2012, Ramroop 2011, Santos 2009, Sanu 2005, Tourè 2011, Young 2012) sottolinea che la conoscenza delle corrette procedure da seguire in presenza di un trauma dentale non è adeguata, sia tra i genitori,

sia tra gli insegnanti di scuola primaria e secondaria. Questo può comportare gravi danni per la salute orale in quanto un intervento non tempestivo e consono mette a repentaglio il recupero del dente traumatizzato. Al contrario, la conoscenza del giusto procedimento da attuare permette di recuperare con successo il dente traumatizzato ed è per questo che risulta necessario educare sull'argomento genitori, insegnanti e istruttori sportivi (Al-Jame 2007). Inoltre, una particolare attenzione andrebbe rivolta ai genitori di bambini disabili, notoriamente più a rischio.

Per fronteggiare la mancanza di informazioni e, nello stesso tempo, ridurre il rischio di complicanze, il Ministero della Salute ha pubblicato nel Novembre 2012 le "Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva".

Il trauma dentale

Un trauma dentale può essere definito l'effetto di un evento accidentale a carico delle strutture dure e di sostegno di un dente.

A seconda del meccanismo d'azione, il trauma può essere diretto o indiretto. Per trauma diretto si intende il danno provocato direttamente sul dente, come conseguenza, ad esempio, di una caduta frontale. Per trauma indiretto si intende il danno che si verifica per effetto di una lesione da trasferimento, per esempio un colpo al mento che per contraccolpo si trasmette alle arcate dentarie (APeG).

L'età più comune in cui può verificarsi un trauma dentale a carico di un dente permanente è compresa tra 8 e 12 anni, quando la struttura parodontale che circonda i denti in eruzione è più debole e fornisce una minima resistenza a una forza estrusiva (Ozer 2012, Strhomenger 2003). Solitamente, la maggior parte dei traumi interessa gli incisivi superiori, seguiti dagli incisivi inferiori; raramente il trauma coinvolge i canini superiori e inferiori (Strhomenger 2003).

Un trauma dentale a carico dei tessuti duri può essere di vario tipo:

- avulsione: perdita totale del dente;
- frattura: perdita di una parte del dente;
- dislocazione: il dente perde la sua posizione originaria, apparendo più corto (intrusione del dente) o più lungo (estrusione del dente);
- mobilità: il dente dondola, pur rimanendo nella sua posizione originaria.

I luoghi in cui un trauma può verificarsi sono diversi: a casa, prevalentemente nella prima infanzia, con l'inizio della deambulazione, quando è maggiore la tendenza a cadere e a urtare i mobili di arredamento e quando non è stato completamente sviluppato il riflesso di protezione durante le cadute (Strhomenger 2003). Fonte di pericolo sono, inoltre, le scale, il pavimento bagnato e gli spigoli appuntiti (Ministero della Salute, 2012).

In ambiente scolastico, i traumi dentari sono maggiormente imputabili all'abitudine a mordere la penna, a trattenere in bocca oggetti di cancelleria, a litigi, all'utilizzo di giochi che comprendono oggetti contundenti, a cadute durante le attività sportive e ricreative, al gioco con i pari. Quindi è fondamentale informare e formare i bambini sui rischi derivanti da comportamenti pericolosi sia per la loro sicurezza che per quella degli altri (Ministero della Salute, 2012).

In ambiente sportivo o durante il tempo libero causa di traumi sono gli urti, le gomitate, le cadute, le passeggiate in bicicletta, nei boschi o in spiaggia, l'uso di *skateboard*, del monopattino o dei pattini a rotelle. Tra gli sport che maggiormente espongono al rischio di subire un trauma si annoverano il pugilato, rugby, calcio, basketball, ciclismo. È stato inoltre evidenziato che con l'aumento dell'abilità dell'atleta diminuisce la frequenza di traumi minori, mentre aumenta la severità poiché l'atleta è in grado di compiere movimenti più complessi e rischiosi, come avviene per esempio nella ginnastica (Strhomenger 2003). Quindi, fortemente raccomandato è l'utilizzo di caschi, paracadenti e/o maschere facciali in funzione del tipo di attività sportiva svolta.

Alcune situazioni, inoltre, comportano un maggior rischio di subire un trauma dentale, tra cui l'obesità (in quanto espone con più frequenza alle cadute) e l'aumento dell'*overjet*, cioè la distanza tra incisivi superiori e inferiori che comporta protrusione dentale, quale conseguenza per esempio dell'abitudine a succhiare il pollice (o altre dita) o il ciuccio. In questo caso è importante ricorrere il prima possibile a visite odontoiatriche specialistiche, al fine di intercettare e correggere eventuali protrusioni dentarie (Ministero della Salute 2012, Strhomenger 2003). La relazione fra trauma dentale e fattori anatomici predisponenti, infatti, è altamente significativa da un punto di vista statistico (Azevedo de Vasconcelos Cunha Bonini G. 2009).

Un trauma può essere eluso mediante l'adozione di idonee misure di prevenzione primaria, individuabili nella corretta informazione veicolata tra gli odontoiatri

pediatrici, gli igienisti dentali, i genitori, gli insegnanti scolastici e sportivi. Misure di prevenzione secondaria devono 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. La prevenzione terziaria, di stretta pertinenza odontoiatrica, ha lo scopo di ridurre le complicazioni e provvedere al ripristino della funzione masticatoria (Ministero della Salute, 2012).

Il trauma dentale tra i disabili

Considerato l'incremento dei traumi dentali, in letteratura sono presenti numerosi studi in merito alla loro diffusione, ma solo due di essi affrontano la prevalenza di questo problema tra i bambini con disabilità (Acharya 2010, Murthy 2013), in quanto presentano deficit di orientamento spaziale e temporale, mancanza di coordinazione motoria, tempi di reazione lenti, disabilità psichiche e/o mediche. La causa più frequente delle lesioni traumatiche nei pazienti disabili in età evolutiva è rappresentata dalle cadute che comportano la compromissione dei tessuti interni al dente, senza frattura dei denti e/o radici (D'Alessandro 2008). Tuttavia, direttamente o indirettamente, questo tipo di lesione influenza la qualità della vita da un punto di vista funzionale, emotivo ed estetico (Murthy 2013).

Si è già fatto cenno all'esistenza di fattori anatomici, sociali e patologici che predispongono ai traumi dentari, tra cui (D'Alessandro 2008):

- l'aumento dell'*overjet* oltre il valore-soglia di 3 mm; se superato, il rischio di lesioni traumatiche dei denti anteriori è doppio rispetto a valori di *overjet* minori di 3 mm e il rischio aumenta progressivamente con l'aumentare del valore;
- l'incompetenza labiale dovuta a frenulo labiale corto;
- la partecipazione a sport di squadra, che comportino contatto fisico;
- disabilità fisica o psicofisica;
- incoordinazione motoria e assenza di meccanismi di difesa;
- sindromi epilettiche.

Come per i soggetti non disabili, gli elementi dentari più colpiti da traumi sono quelli del settore frontale superiore (Ozer 2012). In dentatura permanente, la lesione che si riscontra maggiormente è la frattura coronale o radicolare, mentre in dentatura

decidua, a causa della maggiore elasticità del tessuto osseo di sostegno, le lesioni che si riscontrano più di frequente sono le avulsioni (D'Alessandro 2008).

Oltre alle lesioni a carico degli elementi dentari in seguito a trauma, gli eccessivi carichi dentari cronici nei pazienti disabili, imputabili ad esempio al bruxismo,¹ comportano molto frequentemente la perdita costante (abrasione) dei tessuti dentari duri, la lesione dell'apparato di sostegno dentale e l'aumento della mobilità dentale.

Nei pazienti affetti da deficit psichici e/o motori, deficit visivi, crisi convulsive ricorrenti, è consigliabile l'utilizzo preventivo di dispositivi di protezione come caschi o placche paradenti (D'Alessandro 2008).

Come intervenire in caso di trauma

In caso di trauma, il tempo intercorso tra l'evento accidentale e l'intervento di un esperto determina la buona riuscita o meno dell'intervento riparativo. È per questo motivo che le Linee Guida ministeriali raccomandano che la visita odontoiatrica specialistica sia effettuata il prima possibile. Solo il 73% dei denti avulsi, reimpiantati entro 5 minuti, ha come esito la guarigione. In ogni caso, il tempo massimo che dovrebbe intercorrere tra l'evento traumatico e il reimpianto è di 2-3 ore. Inoltre, il successo dell'intervento è correlato alla corretta manipolazione del dente affinché restino vitali le sue cellule, alla corretta pulizia mediante acqua di rubinetto, al tempo durante il quale il dente resta lontano dalla sua cavità e al mezzo utilizzato per trasportarlo poi dallo specialista (Al-Obaida 2010, Trope 1998).

Qualora il reimpianto non avvenga immediatamente, è fondamentale conservare il dente avulso o il frammento in modo adeguato per prevenirne la necrosi, seguendo alcuni semplici accorgimenti. In particolare, in caso di avulsione è necessario recuperare il dente per essere sicuri che, in seguito al colpo ricevuto, non sia stato spinto nell'osso alveolare e debba, dunque, essere rimosso chirurgicamente.

In seguito ad un trauma, il dente va preso per la corona, e non per la radice, e sciacquato sotto acqua corrente fredda (Trope 1998). Non è opportuno lavare il dente

¹ Abitudine di stringere e sfregare i denti (Ministero Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva*, 13 ottobre 2008)

strofinandolo con lo spazzolino perché si distruggerebbero le cellule del legamento parodontale presenti sulla superficie del dente stesso (Sanu 2005).

In attesa dell'intervento da parte dello specialista, il dente o il frammento va conservato in ambiente umido; l'ideale sarebbe un contenitore con all'interno latte o soluzione fisiologica sterili. Qualora questo non dovesse essere possibile, può essere conservato nella bocca del paziente a livello del fornice gengivale, stando attenti a non ingoiarlo (Ministero della Salute, 2012). Tra i vari mezzi a disposizione, il latte, per la sua composizione e osmolarità² (Tourè 2011), risulta più adatto alla conservazione del dente rispetto alla saliva; inoltre, quest'ultima contiene batteri che possono influire negativamente sulla sopravvivenza delle cellule (Tourè 2011, Trope 1998). La finalità di questa procedura è quella di preservare la vitalità del dente, permettendo alle cellule dei legamenti parodontali e al cemento di sopravvivere e di avere un ruolo attivo nel recupero dell'elemento traumatizzato (de Lima Ludgero 2012).

Se il trauma interessa un dente deciduo, l'evento potrebbe generare nei genitori preoccupazioni per la conseguente perdita di spazio nell'arcata. Al contrario, gli ultimi orientamenti degli specialisti in traumi infantili sostengono che alcuni tentativi di conservare ad ogni costo il dente deciduo per non perdere lo spazio in arcata destinato al successivo dente permanente sono sbagliati: reimpiantare un deciduo senza un'attenta valutazione della situazione generale potrebbe danneggiare molto seriamente il dente permanente presente all'interno della gengiva (Al-Jame 2007). Quindi, mentre nel caso di denti permanenti traumatizzati l'imperativo è conservare il dente in funzione del successivo recupero, nel caso di denti decidui l'imperativo è evitare danni al permanente e agevolare la crescita nel modo e nei tempi giusti. Si potrà rimediare alla perdita dello spazio in arcata con un "mantenitore di spazio" (www.dentisti-italia.it).

Successivamente all'evento traumatico, i denti vanno spazzolati dopo ogni pasto con uno spazzolino morbido ed è buona norma applicare sulle parti traumatizzate gel alla clorexidina³ con l'ausilio di una garza, al fine di evitare l'accumulo di placca e

² Fenomeno di diffusione di un solvente attraverso una membrana semipermeabile che separa due soluzioni a diversa concentrazione, consistente nel passaggio del solvente stesso dalla soluzione meno concentrata a quella più concentrata

(http://www.grandidizionari.it/Dizionario_Italiano/parola/O/osmosi.aspx?query=osmosi)

³ Farmaco disinfettante ad azione battericida (<http://www.treccani.it/enciclopedia/ricerca/clorexidina/>)

residui alimentari. Si raccomanda, inoltre, una dieta soffice per 10-14 giorni e, nei bambini piccoli, limitare l'uso del ciuccio (Ministero della Salute, 2012).

Qualora siano presenti lesioni sulle labbra, si consiglia di usare, durante il periodo della guarigione, un balsamo per evitarne la secchezza.

È consigliabile informare della possibile insorgenza di complicanze come dolore, gonfiore, aumento di mobilità o comparsa di fistole per le quali si rende necessario l'intervento dell'odontoiatra (Ministero della Salute, 2012).

Il trattamento odontoiatrico può divenire ancora più difficoltoso se il bambino in questione è affetto da disabilità fisiche/psichiche o è portatore di gravi patologie. In passato venivano utilizzati mezzi fisici come fasce contenitive, apribocca, cinghie, in modo tale da limitare i movimenti e permettere il trattamento odontoiatrico. Al contrario, oggi si sottolinea la negatività della contenzione fisica perché spaventa e genera maggiori ansie nel paziente; si propone, quindi, un approccio psicologico che miri alla costruzione di un rapporto di fiducia e collaborazione. Nei casi più complessi in cui si verifica scarsa collaborazione del paziente o difficoltà dettata dal suo quadro patologico, si ricorre al trattamento in narcosi (Strhomenger 2003).

La paura del trattamento odontoiatrico, specialmente nei casi in cui i pazienti giungono nello studio odontoiatrico in seguito a eventi traumatici, è comune anche tra bambini non disabili, quindi può essere utile in questi casi assecondare la presenza degli adulti durante la visita. Sarebbe auspicabile, inoltre, fornire al bambino tutte le informazioni di cui ha bisogno con un atteggiamento amichevole e incoraggiante. Le resistenze possono essere superate mediante l'utilizzo di rinforzi come attestati di bravura, piccoli doni dal valore simbolico quali kit e presidi odontoiatrici (Zamagni 2009).

Secondo quanto riportato in letteratura (Zamagni 2009), risultano particolarmente efficaci le procedure di *modeling* che permettono nell'osservatore (il bambino) un comportamento imitativo/emulativo adeguato alla situazione.

Trovano vasto impiego anche altre procedure definite di "distrazione", quali l'uso di *videogame* e di cartoni animati. La distrazione dell'attenzione si presenta come efficace strategia nei confronti delle situazioni critiche. In alcuni Centri, tra cui quello della Clinica Odontoiatrica dell'Università di Bologna, che prevedono la presenza in sala d'attesa di animatori opportunamente preparati a intrattenere i bambini nell'attività

di giochi di ruolo, si sono ottenuti risultati soddisfacenti: non solo i piccoli si mostrano più collaborativi durante la visita, ma anche i genitori, percependo un clima più disteso, riescono a controllare la preoccupazione.

Accanto a queste strategie, nelle relazioni non si deve mai perdere di vista il ruolo centrale della comunicazione empatica che favorisce l'alleanza terapeutica, soprattutto nel rapporto con i bambini.

La nostra esperienza

Materiali e metodi

Nell'ambito dello stage effettuato presso il Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", è stato condotto uno studio pilota sul livello di conoscenza relativo alla gestione dei traumi dentari in età evolutiva. L'indagine si basava sulla somministrazione di un questionario ai genitori di bambini sani e ai genitori di bambini disabili affetti da diverse patologie psico-fisiche, tra cui Sindrome di Down, autismo, ritardo mentale, disturbi evolutivi specifici misti, disturbi del linguaggio, paralisi cerebrali, disturbi di coordinazione motoria, Sindrome da deficit dell'attenzione/Iperattività ed epilessia. La decisione di estendere l'indagine anche a questo tipo di campione è stata presa in seguito a una ricerca condotta in PubMed, utilizzando le parole chiave "dental trauma" e "disability"; sono emersi due articoli (Acharya 2010, Murthy 2013) condotti tra bambini e/o adolescenti disabili, ma nessuno riferisce il livello di conoscenza sulla gestione del trauma dentale da parte dei rispettivi genitori.

Il questionario somministrato era destinato a genitori di bambini di età compresa tra 6 e 11 anni, doveva essere compilato in forma anonima e comprendeva informazioni sull'età dei bambini, la classe frequentata, i dati anagrafici dei genitori (età, livello di istruzione, numero di figli, attività lavorativa svolta) e relativa conoscenza, gestione ed eventuale esperienza in merito al trauma dentale.

I dati raccolti sono stati inseriti in un database ed elaborati con Microsoft Office Excel 2007.

Risultati

Il campione dei genitori di bambini sani è costituito da 355 soggetti, di cui il 77% è di sesso femminile e il 23% di sesso maschile, di età compresa tra 30 e 39 anni (49%), tra 40 e 49 anni (43%), tra 20 e 29 anni (5%), ≥ 50 anni (2%), < 20 anni (1%).

Relativamente al livello di istruzione, il 42% dei genitori possiede la licenza media, il 38% il diploma di scuola secondaria di II grado, l'11% la licenza elementare, il 9% la laurea.

A proposito dell'attività lavorativa svolta, il 55% dei genitori è costituito da casalinghe, il 32% dichiara di essere in servizio, il 13% è disoccupato.

Il 50% dei genitori dichiara di avere due figli, il 36% tre figli, il 7% più di tre figli, il 7% un solo figlio.

Il 71% genitori intervistati dichiara di conoscere il significato di trauma dentale e il 51% afferma di avere cognizione sul da farsi. Le informazioni sul trauma dentale risultano fornite da: dentista (72%), medico di famiglia (8%), familiari/conoscenti (6%), opuscoli (4%), televisione (3%), internet (2%), altro (5%).

Il 16% dei genitori dichiara che il proprio figlio ha subito un trauma dentale a casa (62%), durante la pratica sportiva (17%), a scuola (7%), in altri luoghi (14%). Il trauma più diffuso è la frattura dentale (57%), seguito da avulsione (26%), estrusione (10%), intrusione (7%).

In caso di trauma dentale, l'80% dei genitori si rivolgerebbe al dentista, l'11% al pronto soccorso, il 7% al medico di famiglia/pediatra e il 2% non lo ha specificato. In merito alla tempistica, il 41% agirebbe entro 30 minuti, il 28% non sa quantificare il tempo necessario per agire, il 22% agirebbe entro 2 ore, il 9% il giorno dopo.

In merito alla gestione di un trauma dentale, il 66% degli intervistati dichiara di sapere che un dente avulso o frammentato può essere reimpiantato. Il dente avulso o il suo frammento verrebbe posto nel fazzoletto (45%), in soluzione fisiologica (42%), nel latte (12%), nella bocca/saliva del bambino (1%). Nel caso il dente si fosse contaminato cadendo, verrebbe lavato con soluzione antisettica (45%), acqua di rubinetto (34%), alcool (20%), saliva (1%).

Il 58% del campione raccomanderebbe al proprio figlio l'ausilio di protezioni dentali durante il gioco o l'attività sportiva. Del restante 42%, il 53% non è informato sulla possibilità di prevenire i traumi dentari mediante l'ausilio di paradenti, il 27% non

li ritiene necessari, il 10% vi rinuncia per gli elevati costi, il 10% non li raccomanderebbe per motivi estetici (Grafico 4).

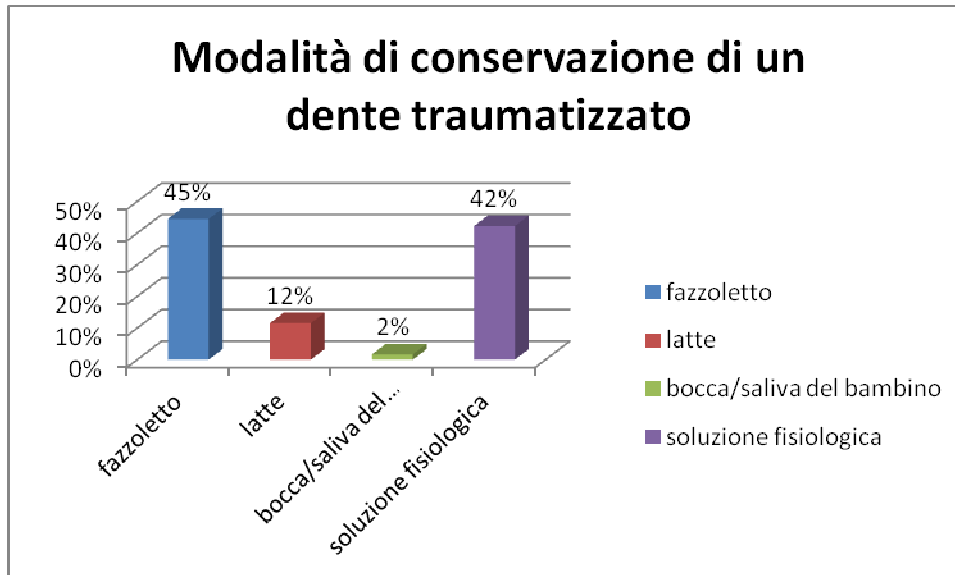


Grafico 1

I genitori mostrano maggiore preoccupazione per un dente permanente traumatizzato rispetto a un dente deciduo (Grafico 2 e Grafico 3).

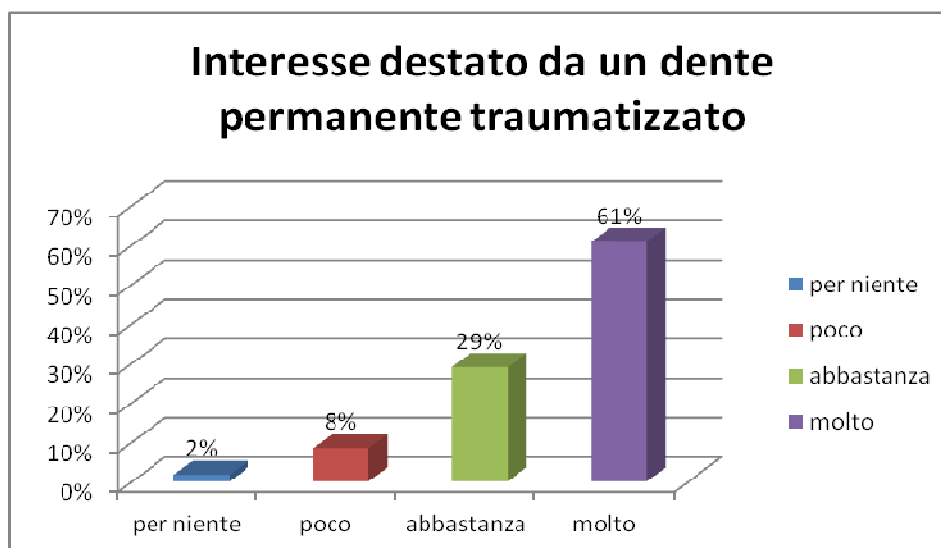


Grafico 2

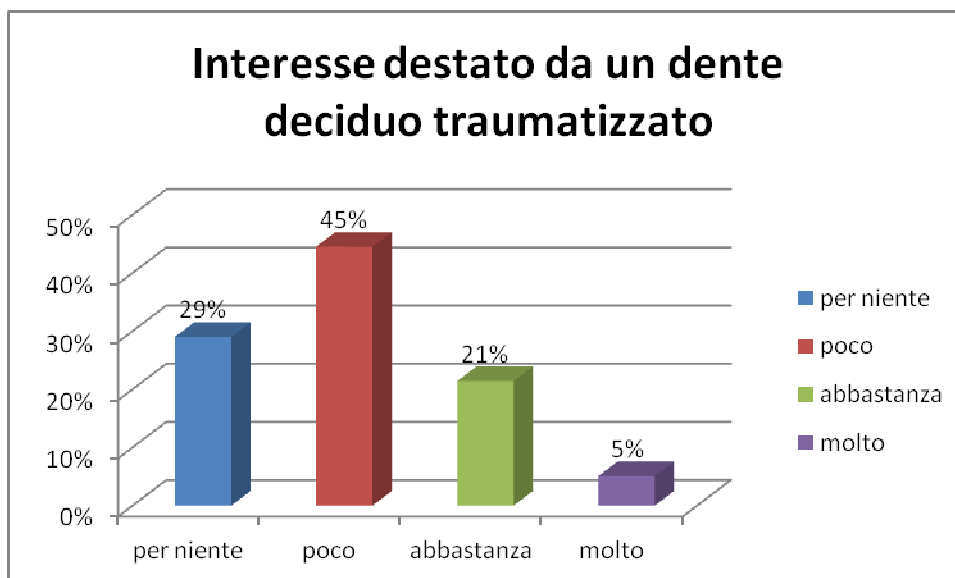


Grafico 3

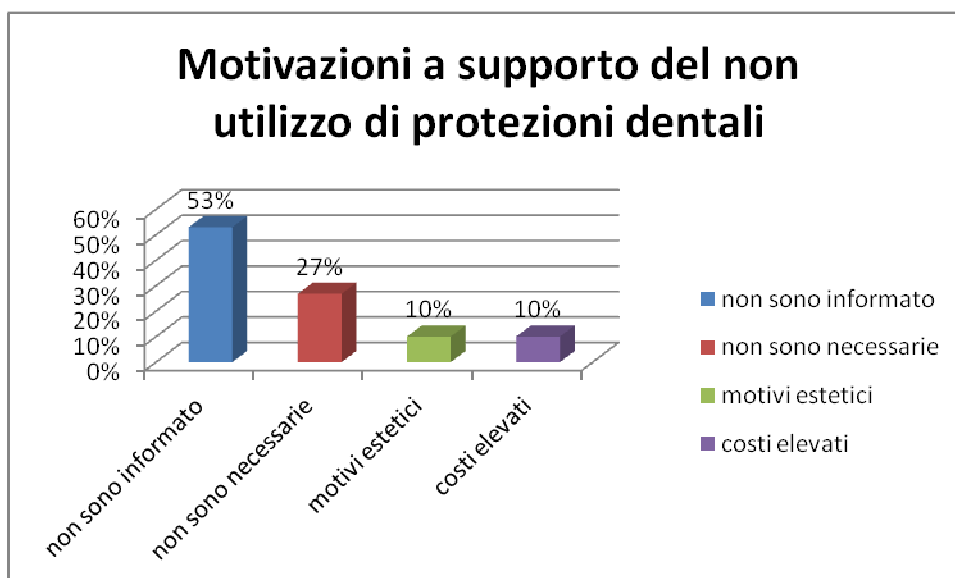


Grafico 4

Il campione dei genitori aventi almeno un figlio con disabilità è costituito da 64 soggetti, di cui il 73% di sesso femminile e il 17% di sesso maschile.

Il 50% dei genitori ha un'età compresa tra 40 e 49 anni, il 40% tra 30 e 39 anni, il 5% tra 20 e 29 anni, il 5% ha 50 anni o più di 50.

Relativamente al livello di istruzione, il 52% dei genitori ha la licenza media, il 22% il diploma di scuola secondaria di II grado, il 18% la licenza elementare, l'8% ha conseguito la laurea, mentre, sul fronte lavorativo, il 66% è costituito dal campione è costituito da casalinghe, il 26% dei genitori dichiara di essere in servizio, l'8% è disoccupato.

Il 45% dei genitori dichiara di avere due figli, il 28% tre figli, 19% un solo figlio, l'8% più di tre figli.

Il 41% genitori intervistati dichiara di conoscere il significato di trauma dentale e il 34% afferma di avere cognizione sul da farsi. Le informazioni sul trauma dentale risultano fornite da: dentista (43%), familiari/conoscenti (23%), televisione (15%), altro (15%), opuscoli (4%).

Il 22% dei genitori dichiara che il proprio figlio ha subito un trauma dentale il quale si è verificato a casa (71%), in altri luoghi (14%), a scuola (8%), durante la pratica sportiva (7%). Il trauma più diffuso è la frattura dentale (36%), seguito da avulsione (36%), mobilità (21%), estrusione (7%).

In caso di trauma dentale, il 63% dei genitori si rivolgerebbe al dentista, il 20% al pronto soccorso, il 17% al medico di famiglia/pediatra. In merito alla tempistica, il 69% agirebbe entro 30 minuti, il 17% non sa quantificare il tempo necessario, il 9% agirebbe entro 2 ore, il 5% il giorno dopo.

In merito alla gestione di un trauma dentale, il 55% degli intervistati dichiara di sapere che un dente avulso o frammentato può essere reimpiantato. Il dente avulso o il suo frammento verrebbe posto nel fazzoletto (64%), in una soluzione fisiologica (27%), nel latte (6%), nella bocca/saliva del bambino (3%) (Grafico 5). Qualora il dente si fosse contaminato cadendo, verrebbe lavato con acqua di rubinetto (38%), soluzione antisettica (31%), alcool (28%), saliva (3%).

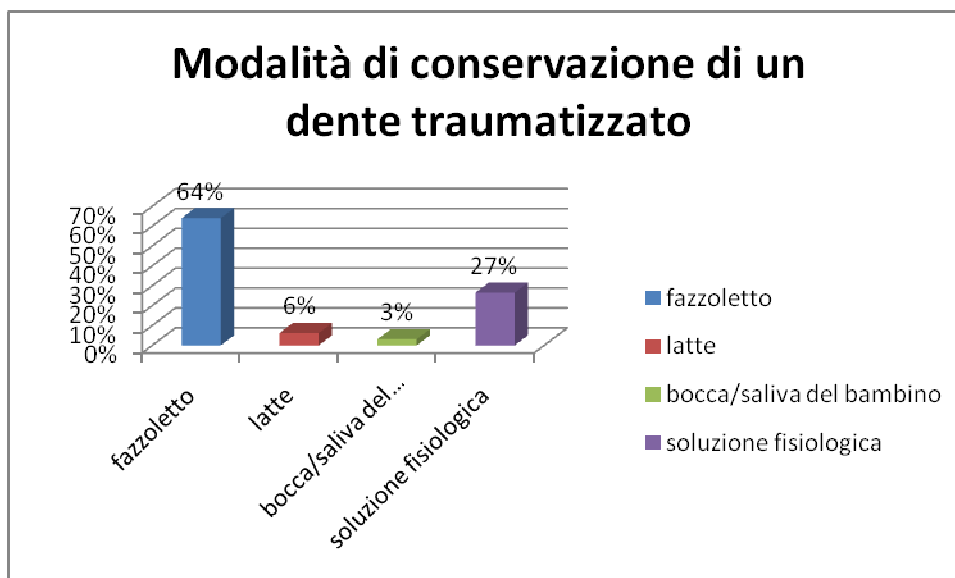


Grafico 5

Come mostrano i grafici seguenti, i genitori campionati mostrano maggiore preoccupazione per un dente permanente traumatizzato rispetto a un dente deciduo (Grafico 6 e 7).

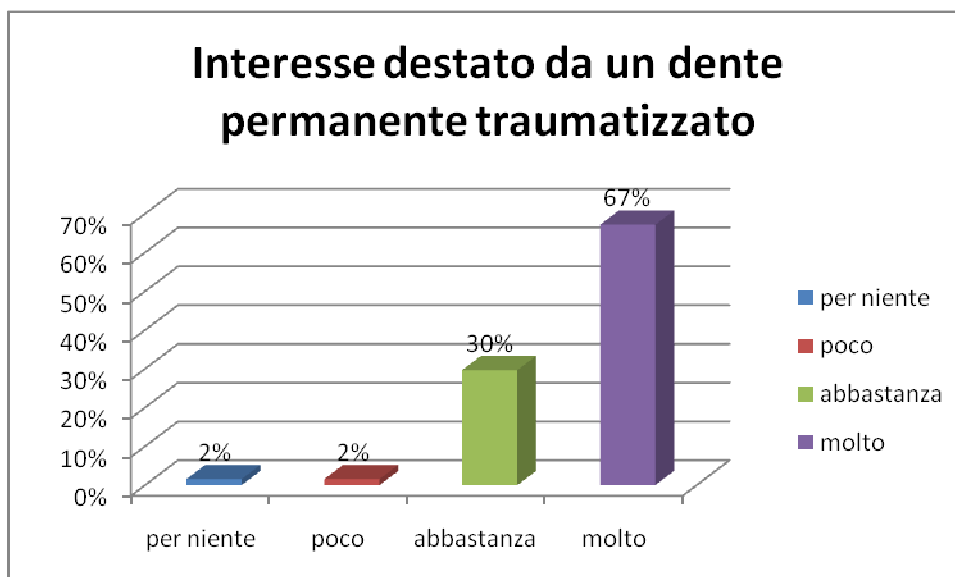


Grafico 6

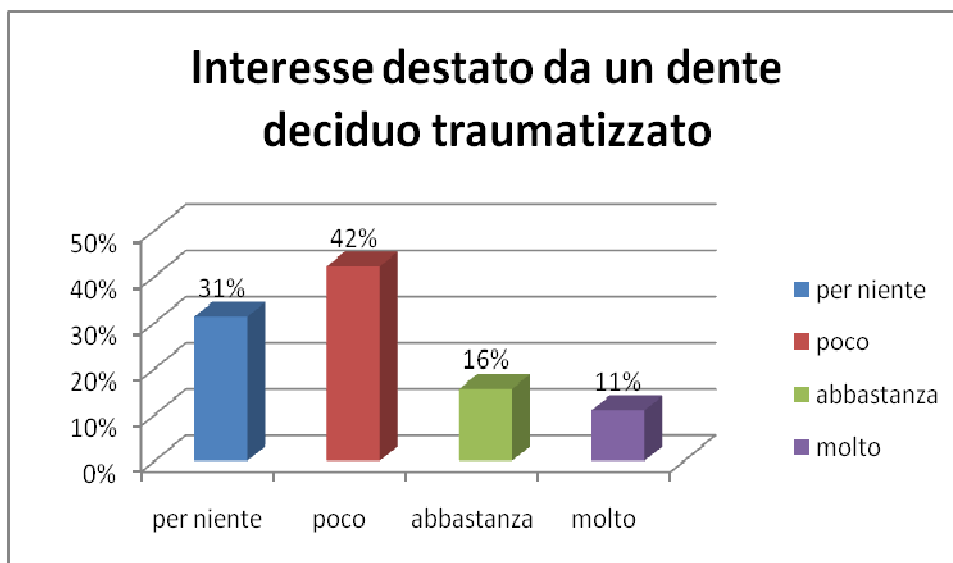


Grafico 7

Il 59% del campione raccomanderebbe al proprio figlio l'ausilio di protezioni dentali durante il gioco o l'attività sportiva. Del restante 41%, il 62% non è informato sulla possibilità di prevenire i traumi dentari mediante l'ausilio di paradenti, il 27% non li ritiene necessari, l'8% vi rinuncia per gli elevati costi, il 3% non li raccomanderebbe per motivi estetici (Grafico 8).

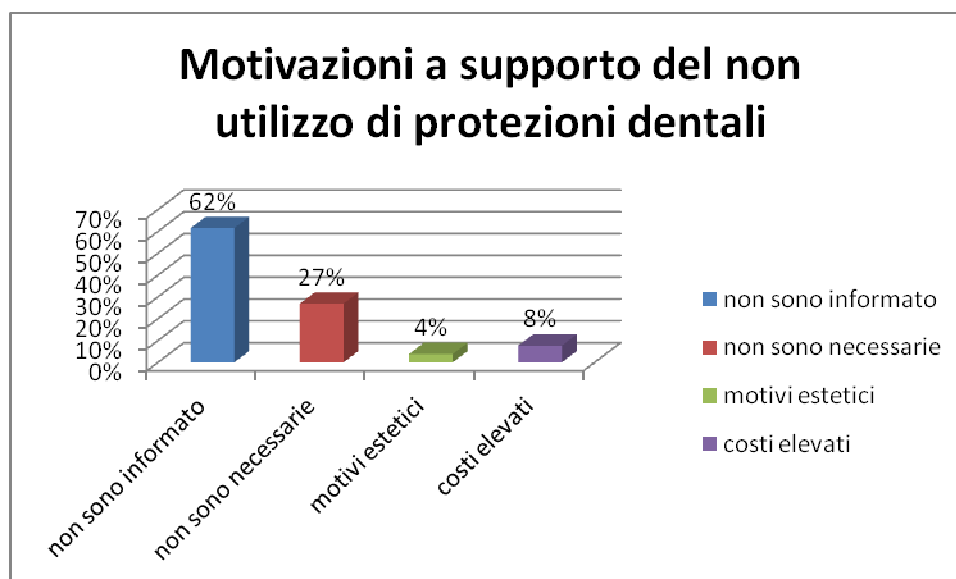


Grafico 8

Discussione

L'incremento del trauma dentale è una conseguenza della frenesia tipica della vita contemporanea, caratterizzata da un utilizzo massiccio di ciclomotori, pattini, *skateboard* correlato alle pericolose condizioni di traffico. Accanto a questo bisogna evidenziare gli spazi casalinghi limitati e l'aumento considerevole della pratica sportiva (Strhomenger 2003). Dall'indagine condotta, emerge che la maggior parte dei traumi ha avuto luogo a casa (in entrambi in campioni) e, solo nel campione di bimbi non disabili, anche durante la pratica sportiva.

Gli studi presenti in letteratura si concentrano per lo più sull'avulsione dentale piuttosto che sulla frattura (Sanu 2005, Santos 2009, Al-Jame 2007, Ozer 2012) e, soprattutto, focalizzano l'attenzione sulla frequenza del trauma piuttosto che sul livello di conoscenza dei genitori. In Italia, nello specifico, è stato rilevato un solo studio al riguardo (17).

Come si è detto, il successo dell'intervento in seguito a trauma dentale dipende dalla gestione della situazione. Diversi Autori affermano dimostrano che gli attori presenti sul luogo dell'incidente, soprattutto madri e insegnanti di scuola primaria e secondaria, non possiedono le informazioni necessarie per poter soccorrere al meglio il bambino coinvolto (Al-Jame 2007, Al-Obaida 2010, Çağlar 2005, de Lima Ludgero 2012, Hegde 2010, McIntyre 2008, Ozer 2012, Ramroop 2011, Santos 2009, Sanu 2005, Tourè 2011, Young 2012). I risultati della nostra indagine, pur nei suoi limiti e pur avendo considerato solo i genitori e non gli insegnanti, confermano questa scarsa preparazione:

- a livello di percezione del proprio sapere: il 49% di genitori di bambini non disabili e il 66% di genitori di bambini disabili dichiara di non sapere come procedere in caso di trauma;
- nell'individuazione delle corrette azioni da intraprendere, come evidenziato di seguito, pur essendo a conoscenza della possibilità di reimpianto di un dente avulso o di un frammento di dente (66% di genitori di bambini non disabili e 55% di genitori di bambini disabili).

Tali dati sono importanti soprattutto alla luce del fatto che, come evidenzia la ricerca effettuata, la maggior parte dei traumi avviene in ambito domestico, in linea con i dati riportati in letteratura (Hegde 2010, McIntyre 2008, Tourè 2011, Young 2012).

In merito all'utilizzo di protezioni dentali, inoltre, una parte considerevole del campione che dichiara di non raccomandarle al proprio figlio (42% dei genitori di bambini non disabili e 41% di genitori di bambini disabili) adduce a sostegno della sua tesi la motivazione di non possedere informazioni in proposito. Questa carenza di informazioni, evidenziata in un altro studio (Hegde 2010), indica che l'utilizzo di protezioni dentali non rientra nelle abitudini ordinarie delle famiglie. Infine, la preoccupazione dei genitori emerge in modo particolare quando viene coinvolto dal trauma un dente permanente, più che un deciduo, probabilmente a causa del timore di non riuscire a recuperarlo, compromettendo in modo definitivo la funzionalità e l'estetica della bocca del proprio figlio.

Oltre metà dei genitori di entrambi i campioni (80% dei genitori di bambini non disabili e 63% dei genitori di bambini disabili) si rivolgerebbero a un dentista in caso di trauma dentale, abitudine documentata anche da altri Autori (Hegde 2010, Ozer 2012) che ritengono che tale comportamento sia attribuibile alla percezione positiva della professionalità dell'odontoiatra e all'adeguata strumentazione di cui si avvale.

In linea con altri studi (Al-Jame 2007, Hegde 2010, Ozer 2012, Sanu 2005), la presente indagine evidenzia una discreta percentuale di genitori di bambini non disabili (41%) e una buona percentuale di genitori di bambini disabili (69%) che agirebbe entro 30 minuti dall'incidente. Questo dato è confortante, considerato che il successo dell'intervento è garantito al 90%, se avviene entro 30 minuti dall'incidente (Ozer 2012) o al massimo entro 2 ore (Linee Guida).

Relativamente alla modalità di conservazione del dente/frammento fino al momento della consegna all'odontoiatra i risultati ottenuti non sono soddisfacenti: il 45% dei genitori di bambini non disabili e il 64% dei genitori di bambini disabili conserverebbe il dente nel fazzoletto; solo il 12% e il 6% rispettivamente utilizzerebbe il latte. Infine, la giusta procedura da adottare qualora il dente si fosse contaminato cadendo, ovvero lavarlo sotto acqua di rubinetto, verrebbe presa in considerazione solo dal 34% dei genitori di bambini non disabili e dal 38% dei genitori di bambini disabili. Anche questi dati sono conformi ad altre ricerche (Ozer 2012, Sanu 2005).

Conclusioni

Il pericolo di trauma dentale a seguito di un incidente può essere evitato mediante l'adozione delle giuste misure preventive e ridimensionato attraverso il ricorso ad atteggiamenti adeguati. La scarsa preparazione dei genitori sul tema e la poca consapevolezza delle corrette procedure da adottare definiscono l'esigenza di approfondire questo tema dando un risvolto più ampio di carattere sanitario.

La salute orale rappresenta un elemento essenziale per il benessere globale dell'individuo (Montagna 2009), pertanto, salvaguardarla è un importante obiettivo di Sanità Pubblica. Un ruolo fondamentale è ricoperto dall'odontoiatra, tuttavia è necessaria un'assidua collaborazione tra i diversi attori sociali (cittadini, pediatri, operatori sanitari, scolastici, Università, enti locali, *mass media*, ecc.), per diffondere in maniera capillare e competente le informazioni necessarie tra i genitori, salvaguardando la salute dei bambini e riducendo le eventuali spese a carico della famiglia e del Sistema Sanitario Nazionale, garantendo la diffusione di buone pratiche per la tutela della salute orale.

Prendersi cura della salute orale consente di godere di buona salute, non solo fisica, ma anche psichica, evitando la compromissione delle capacità di apprendimento e di relazione degli individui in età evolutiva.

Bibliografia

1. Acharya B.S., Ritwik P., Fenton S.J., Velasquez G.M., Hagan J., *Dental trauma in children and adolescents with mental and physical disabilities*, *Tex Dent J*, 127(12): 1265-72, 2010
2. Al-Jame Q., Andersson L., Al-Asfour A., *Kuwaiti parents' knowledge of first-aid measures of avulsion and replantation of teeth*, *Medical Principles and Practice*, 16: 274-279, 2007
3. Al-Obaida M., *Knowledge and management of traumatic dental injuries in a group of Saudi Primary school teachers*, *Dental Traumatology*, 26: 338-341, 2010
4. Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale, *Documento di indirizzo sulla comunicazione pubblica in sanità*, 2006
5. Azevedo de Vasconcelos Cunha Bonini G., Marcenes W., Butini Oliveira L., Sheiham A., Bönecker M., *Trends in the prevalence of traumatic dental injuries in Brazilian preschool Children*, *Dental Traumatology*, 25: 594-598, 2009
6. Çaglar E., Ferreira L.P., Kargul B., *Dental trauma management knowledge among a group of teachers in two south European cities*, *Dental Traumatology*, 21: 258-262, 2005
7. D'Alessandro Giovanni, *Salute orale del figlio disabile in età evolutiva e sintomatologia depressiva della madre*, Tesi di dottorato di ricerca in Odontoiatria per disabili, Università degli Studi di Bologna, 2008
8. De Lima Ludgero A., De Santana Santos T., Fernandes A.V., De Melo D.G., Peixoto A.C., Da Costa Araújo F.A., Dourado A.T., Gomes A.C.A., *Knowledge regarding emergency management of avulsed teeth among elementary school teachers in Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brazil*, *Indian J Dent Res.*, Vol. 23(5): 585-590, 2012
9. Hegde A. M., Pradeep Kumar K. N., Varghese E., *Knowledge of dental trauma among mothers in Mangalore*, *Dental Traumatology*, 26: 417-421, 2010
10. http://www.apeg.it/apeg/Iniziative_APeG/Odontoiatria/Traumatologia_dentale.htm

11. http://www.dentisti-italia.it/dentista/pedodonzia/356_traumi-sui-denti-da-latte-decidui.html
12. McIntyre J.D., Lee J.Y., Trope M., Vann Jr W.F., *Elementary school staff knowledge about dental injuries*, Dental Traumatology, 24: 289-298, 2008
13. Ministero della Salute, Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, *Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva*, Novembre 2012
14. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva*, 13 ottobre 2008
15. Montagna M.T., Quaranta A., Montagna O. (a cura di), *Educazione alla salute in età pediatrica*, Cacucci Editore, Bari, 2009
16. Murthy A.K., Chandrakala B., Pramila M., Ranganath S., *Dental Trauma in children with disabilities in India: a comparative study*, European Archives of Paediatric Dentistry, June 2013
17. Nardi G.M., Giraldi G., Lastella P., La Torre G., Pacifici L., Ottolenghi L., Guerra F., Polimeni A., *Knowledge, attitudes and behavior of Italian mothers towards oral health: questionnaire validation and results of a pilot study*, Annali di Stomatologia, 3(2): 69-74, 2012
18. Ozer S., Ipek Yilmaz E., Bayrak S., Sen Tunc E., *Parental knowledge and attitudes regarding the emergency treatment of avulsed permanent teeth*, Eur J Dent, 6(4): 370-375, October, 2012
19. Ramroop V., Wright D., Naidu R., *Dental knowledge and attitudes of Primary school teachers toward developing dental health education*, West Indian Med J, 60(5): 576, 2011
20. Santos M.E.S.M., Zambarda Habecost A.P., Vacilotto Gomes F., Blessmann Weber J.B., de Oliveira M.G., *Parent and caretaker knowledge about avulsion of permanent teeth*, Dental Traumatology, 25: 203-208, 2009
21. Sanu O.O., Utomi I.L., *Parental awareness of emergency management of avulsion of permanent teeth of children in Lagos, Nigeria*, The Nigerian Postgraduated Medical Journal, Vol. 12, No. 2, June, 2005

22. Strohmenger L., Ferro R., *Odontoiatria di comunità. Dalla prevenzione della carie alla promozione della salute orale*, Masson, Milano, 2003
23. Touré B., Léye Benoist F., Faye B., Kane A.W., Kaadioui S., *Primary school teachers' knowledge regarding emergency management of avulsed permanent incisors*, J Dent, 8(3): 117-122, 2011
24. Trope M., *Protocollo per la terapia del dente avulso* in *L'informatore endodontico*, Vol. 2, No. 3, Il Tridente Edizioni Odontoiatriche, 1998
25. Young C., Wong K.Y., Cheung L.K., *Emergency management of dental trauma: knowledge of Hong Kong Primary and Secondary school teachers*, Hong Kong Med J, Vol. 18, No 5, 362-370, October 2012
26. Zamagni M.P., *Salute orale e intervento psicologico nel trattamento della pedontofobia* in *Psychofenia*, Anno XII, n. 21/2009

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va all'associazione "Gocce nell'oceano onlus" e al suo presidente, per la preziosa e impareggiabile collaborazione.

Desidero ringraziare la Dott.ssa Alessia Quaranta per l'accoglienza speciale e le ricche occasioni di confronto e crescita.

Grazie alla professoressa Maria Teresa Montagna, per aver reso possibile tutto questo.