



La salute orale in giovane età: disuguaglianze di salute e spazi di prevenzione

Silvia Pilutti
Giancarlo Vecchiati

Questo breve contributo anticipa alcuni risultati di un progetto in corso di svolgimento a Torino nel quartiere Vallette, uno dei quartieri della periferia nord della città, noto per il suo profilo socioeconomico particolarmente difficile rispetto alla media della città.

Il progetto è stato condotto in collaborazione con la Onlus Cooperazione Odontoiatrica Internazionale (COI - <https://www.cooperazioneodontoiatrica.eu/chi-siamo/>), con il master universitario di 1° livello in “Salute orale nelle comunità svantaggiate e nei paesi a basso reddito” e con il Corso di Laurea Dental School, nell’ambito delle iniziative del progetto Capitale sociale Vallette, promosso dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL TO3 e dell’ASL Città di Torino, in collaborazione con la Città di Torino e varie istituzioni locali, tra cui in quest’azione le scuole hanno svolto un ruolo particolarmente importante¹.

Perché la salute orale dei bambini? L’OMS considera la salute orale come una “*neglected disease*”, per la bassa considerazione che le viene accordata, per la rara integrazione nei programmi di promozione della salute di altre patologie croniche non trasmissibili con cui condivide i maggiori fattori di rischio e i determinanti sociali e per essere fonte di disuguaglianze di salute e ormai per essere diventato un indicatore di status sociale in molte realtà.

Le patologie orali sono curabili e prevenibili e quindi è altamente ingiusto che centinaia di milioni di persone non si possano curare, con grave danno per la salute generale e il benessere della persona, in particolar modo se si trovano in condizione di svantaggio socio-economico e culturale.

Infatti, nel mondo sono più di 3,5 miliardi le persone che soffrono di malattie orali, anche molto pericolose, di cui la più comune è la carie dentale non trattata nei denti permanenti e 530 milioni di bambini soffrono di carie dei denti decidui. Tuttavia, i dati disponibili a livello mondiale dimostrano che le malattie orali colpiscono maggiormente le popolazioni povere e socialmente svantaggiate.

Inoltre, la maggior parte delle malattie orali è collegata ad altre malattie non trasmissibili come malattie cardiovascolari, diabete, tumori, polmonite, obesità, e anche al parto prematuro.

Infine, la maggior parte delle malattie orali sono largamente prevenibili e possono essere trattate nelle loro fasi iniziali, ma al trattamento precoce accedono solo coloro che possono permettersene il costo, poiché di solito le cure non fanno parte dei pacchetti di copertura sanitaria universale” (1).

Per contrastare questa situazione è nata l’odontoiatria sociale. Le sue azioni orientate alla prossimità del bisogno puntano a fornire alla comunità, e in particolare alla sua componente più vulnerabile, la consapevolezza della propria condizione di salute orale e dei rischi collegati, nonché gli strumenti per svolgere un ruolo attivo e responsabile nel prendersi cura della propria salute, nel contrastare alcuni determinanti di salute e fattori di rischio comuni con altre patologie (esempio diabete e obesità infantile), nello sviluppo di stili di vita sani nell’ambito della salute globale e di un contesto ambientale sano.

In questa prospettiva, i quartieri di Torino in cui le difficoltà socio-economiche sono più marcate, sono al contempo vittime della maggiore presenza e gravità di molte patologie croniche (come il diabete), di stili di vita che possono compromettere nel tempo la salute (come l’eccesso di peso, l’obesità, problemi ai denti), di minore accesso alle cure e di maggiore esposizione ai rischi sociali che una salute compromessa può generare.

L’impatto della pandemia ha ulteriormente acuito le disuguaglianze nelle conseguenze sociali e di salute. Tuttavia, nell’ultimo biennio è stato possibile promuovere o rafforzare alcune azioni di prevenzione attente all’equità e quindi capaci di intervenire in modo più efficace nel contrastare gli effetti negativi del circolo vizioso che affligge i contesti e le persone più svantaggiate, cogliendo le finestre di opportunità rappresentate dal nuovo Piano di prevenzione, dal Piano Locale delle Cronicità dell’Asl città di Torino, dall’adesione della Città al progetto *Cities Changing Diabetes* e dal PNRR.

In particolare, all’interno delle attività di contrasto alla diffusione del diabete, su cui il progetto Capitale sociale vallette lavora nel quartiere da alcuni anni, è stato avviato un progetto di promozione della salute orale di comunità, che condivide con il diabete dei comuni fattori di rischio, e che risente della ridotta possibilità di accedere alle cure per la scarsa presenza di servizi pubblici e privati e delle attività di promozione della salute nella comunità.

Muovendoci, dunque, nell’ambito della prevenzione è stata scelta come target di riferimento la popolazione infantile e adolescenziale e le loro famiglie, con 4 obiettivi prioritari:

- Verificare l’impatto sulla salute orale di bambine, bambini e adolescenti residenti nel quartiere delle patologie evitabili, come la carie dentaria;
- Valutare il peso della salute orale come causa di disuguaglianze di salute;
- Collaborare con la rete sociale del quartiere per sperimentare nuove modalità di partecipazione responsabile e attiva per la costruzione di una comunità che promuove la salute orale a partire dalle sue componenti più giovanili a rischio;
- Accrescere le capacità autonome di controllo della salute orale da parte della popolazione, cioè rendere le persone del quartiere maggiormente consapevoli del loro stato di salute orale e delle conseguenze che la cattiva salute orale può generare sulla salute globale. Ciò richiede

una maggiore alfabetizzazione sanitaria per renderle più autonome nella scelta delle opportunità di prevenzione e nella fruizione dei servizi.

Nella logica della ricerca azione, il primo passo del progetto è stato dedicato a conoscere il territorio e incontrare le sue realtà sociali e associative per capire l'interesse al progetto e alla promozione della loro salute. Inoltre, la relazione consente di far emergere i bisogni specifici relativi alla salute orale in termini di cure e competenza culturale riguardo alla prevenzione, stili di vita sani e alla conoscenza e contatto dei determinanti della salute. In realtà, l'interazione con gli attori locali mira soprattutto a coinvolgerli in modo consapevole come soggetti attivi nel progetto, mettendo a punto insieme a loro le modalità per sviluppare l'azione e lavorare sugli obiettivi previsti.

In specifico sono stati svolti incontri con insegnanti e rappresentanti dei genitori nella scuola, con l'ASL, la Parrocchia, il Tavolo Vallette, la Casa di Quartiere, la Cooperativa "Un sogno per tutti", la Circoscrizione 5 e i Sindacati. Inoltre sono stati organizzati momenti di confronto con svariati professionisti attivi sul territorio, dagli Epidemiologi ai Sociologi, dai Dietisti ai Pediatri, ecc.

Successivamente sono stati praticati nel quartiere interventi di odontoiatria di prossimità, che ha comportato la presenza fisica nella piazza del quartiere di gazebo attrezzati e di quattro igienisti e due odontoiatri per proporre attività ludiche e di sensibilizzazione e valutazione della conoscenza relativa a concetti e strumenti per la prevenzione orale. Hanno partecipato bambini, ragazzi, genitori e nonni, facendo emergere molti elementi sullo stato di salute e sui bisogni non soddisfatti.

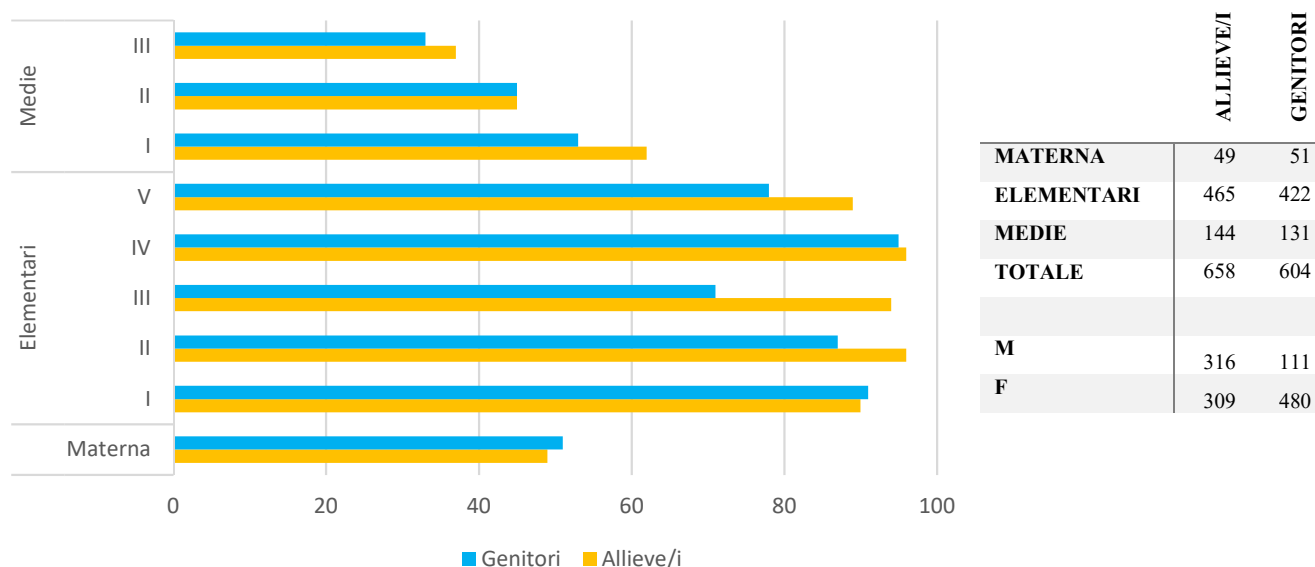
L'interesse e la disponibilità dimostrata dalle persone e dagli attori sociali coinvolti nella prima fase hanno incoraggiato il gruppo di lavoro a procedere e hanno fornito gli elementi per impostare lo sviluppo successivo del progetto.

Il secondo passo del progetto, quindi, è stato orientato a raccogliere in modo esteso e sistematico elementi concreti di conoscenza sul livello di comprensione dell'importanza della salute orale e delle abitudini di prevenzione messe in pratica dai bambini delle scuole materne, elementari e medie inferiori del quartiere e dai loro genitori, unitamente ad alcune informazioni sulla loro provenienza geografica e titolo di studio. Sono stati predisposti dal COI e distribuiti dagli insegnanti dell'Istituto Comprensivo Turoldo, nella primavera del 2022, prima della chiusura dell'anno scolastico 2021-2022, due distinti questionari: uno per i bambini delle scuole materna, elementare e media e uno in quattro lingue – italiano, inglese, romeno e arabo - per i genitori. Grazie alla disponibilità della direzione, delle insegnanti e dei rappresentanti dei genitori sono state raggiunti nell'area delle Vallette i due plessi di scuola materna, i 3 plessi della scuola elementare (25 classi) e la sede della scuola media che conta 2 sezioni dalla I alla III (6 classi), interessando quindi una popolazione di minori che va dai 3 ai 13 anni.

Si è trattato di una significativa azione di partecipazione sociale che ha mostrato, nonostante le comprensibili difficoltà che si incontrano sempre nella richiesta di informazioni, un livello molto elevato di sensibilità al tema e di fiducia nella possibilità di fare passi avanti nella prevenzione attraverso il supporto professionale dell'associazione. Sono stati raccolti ben 658 questionari compilati dai bambini e ragazzi, che rappresentano l'84% della popolazione scolastica iscritta all'I.C. Turoldo per l'a.s. 2021-'22 e 604 questionari compilati da un genitore di altrettante famiglie, per l'80% hanno risposto le madri.

Il trattamento dei dati presentati è stato seguito dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3 e curato dalla società Prospettive ricerca socio-economica s.a.s. di Torino.

N. di questionari compilati da allieve/i e genitori per ordine di scuola (valore assoluto)



Quale profilo sociale caratterizza le famiglie che hanno partecipato all'indagine? I bambini che hanno risposto sono quasi tutti nati in Italia (91,3%), mentre tra i genitori quasi il 40% sono nati fuori dall'Italia e provengono da una ventina di differenti paesi, in particolare da Romania (9,6%), Marocco (7,6) ed Egitto (4,6). Quasi il 70% dei genitori ha la cittadinanza italiana e i due terzi dei rimanenti l'hanno richiesta. Poco più della metà hanno completato le scuole superiori o l'università, mentre poco meno del 5% dichiara di avere la sola licenza elementare e il 40% quella di scuola media. Da rilevare che il livello di scolarità di chi è nato fuori Italia è molto simile e leggermente superiore di quello di coloro che sono nati in Italia, che frequentemente sono loro stessi immigrati da altre regioni. I maschi rispondenti hanno studiato più delle donne, ma è possibile che siano i più scolarizzati, tra il 20% di padri rispondenti, ad aver compilato il questionario.

Due terzi dei padri e poco più della metà delle madri dichiara di avere un lavoro stabile, mentre un altro 40% ha lavori occasionali, con un significativo vantaggio nella presenza nel lavoro da parte dei genitori nati in Italia. Le famiglie sono abbastanza numerose, solo il 13% dei genitori intervistati ha un solo figlio mentre il 40% ne ha tre o più. La media di figli per famiglia è di circa 2,5 figli.

Tra i genitori circa il 30% non è stato dal dentista negli ultimi due anni e circa il 15% attribuisce un'importanza medio-bassa al sorriso e alla bocca, con una leggera maggior frequenza tra i maschi. Tuttavia, più della metà dei genitori dichiara che vorrebbe cambiare qualcosa nella sua bocca, il 40% che ha denti sensibili al freddo e che rileva sangue quando si lava i denti, cosa che per il 9% avviene solo una volta al giorno e per un ulteriore 43% due volte, mentre i rimanenti li lavano tre o più volte al giorno. Inoltre, il 14% sente muovere dei denti.

Il 16% dei genitori riferisce di essere stato consigliato dal medico di medicina generale di farsi visitare da un dentista, ben il 62% non conosce la pratica della sigillatura per i bambini, il 30% dice di aver

avuto difficoltà ad accedere alle cure odontoiatriche ma soprattutto il 40% dichiara di aver dovuto rinunciare a delle cure per motivi economici.

La rinuncia alle cure per motivi economici sembra riguarda maggiormente proprio coloro che lamentano delle problematiche dentali legate al sanguinamento o all'instabilità dei denti (hanno rinunciato alle cure rispettivamente i 57% e il 55%).

Rinunciato a cure odontoiatriche per motivi economici negli ultimi 2 anni										
		No			Sì			Totale		
		N.	% riga	% colonna	N.	% riga	% colonna	N.	% riga	% colonna
C'è sangue quando lava i denti	No	248	69,7	70,9	108	30,3	44,1	356	100,0	59,8
	Sì	102	42,7	29,1	137	57,3	55,9	239	100,0	40,2
	Totale	350	58,8	100,0	245	41,2	100,0	595	100,0	100,0
Sente muovere qualche dente	No	310	61,0	89,1	198	39,0	81,1	508	100,0	85,8
	Sì	38	45,2	10,9	46	54,8	18,9	84	100,0	14,2
	Totale	348	58,8	100,0	244	41,2	100,0	592	100,0	100,0

Il 29% dei rispondenti alla survey segnala che almeno un componente del nucleo familiare ha fatto ricorso al servizio di odontoiatria pubblica, percentuale ben al di sopra della media nazionale del 5%. Questa è una conferma degli ostacoli economici all'accesso delle cure dentali, soprattutto preventive. Sono in particolare le famiglie con stranieri che si sono avvalse del Servizio Sanitario Nazionale: 33% dei genitori stranieri rispondenti contro il 26% degli italiani. Se pensiamo che durante la pandemia il servizio di odontoiatria del SSN è stato sospeso o notevolmente ridotto e che questo ha provocato certamente un aumento della lista d'attesa, possiamo presumere che vi sia un impatto negativo sulla salute delle persone legato anche ai tempi di accesso oltre che alla nota limitatezza dei servizi disponibili.

Dunque tra le motivazioni circa la scarsa familiarità delle famiglie con gli specialisti di odontoiatria sembrano pesare certamente motivi informativi e culturali ma soprattutto motivi economici. In conseguenza della combinazione di questi motivi ben il 70% dichiara che la sua famiglia non ha mai avuto accesso a cure odontoiatriche e la quasi totalità ritiene utile che la scuola fornisca informazioni sulla prevenzione dentale.

Tra i genitori nati all'estero la salute dentale sembra essere peggiore, soprattutto per una minore frequenza dei lavaggi e una maggior percentuale di casi in cui si sentono denti che si muovono (19% contro 10%). Sono maggiori di circa 10 punti percentuali le fasce di persone che hanno avuto difficoltà ad accedere alle cure odontoiatriche o che non le hanno svolte per motivi economici (47% contro 38%), che non conoscono la pratica della sigillatura e che non auspicano una maggiore attenzione nell'ambiente scolastico.

Come si riflettono le difficoltà e le fragilità delle famiglie sulla prevenzione e la salute dentale dei bambini? Nella platea di quasi 700 bambini/e e ragazzi/e che frequenta i tre livelli scolastici, dall'asilo alla scuola elementare e media, non hanno mai incontrato almeno una volta il dentista un numero che varia dal 75% tra i più piccoli, al 30% nelle elementari, al 16% nelle scuole medie. Lavarsi i denti tre volte al giorno è una pratica che riguarda solo il 27% dei più piccoli e il 38% di

quelli che frequentano elementari e medie. Inoltre, tra i piccoli in alcuni casi non viene utilizzato il dentifricio. Mano a mano che si cresce i propri denti piacciono meno: si passa da 15% insoddisfatto tra i più piccoli, al 24% delle elementari, al 47% delle medie. Significativo che tra i piccoli prevalga l'insoddisfazione dei maschi mentre nelle medie diventa nettamente prevalente quella delle femmine. Il riconoscimento dei cibi potenzialmente dannosi per i denti mostra un'interessante evoluzione nel tempo. Quasi tutti riconoscono i dolci come potenzialmente dannosi mentre frutta e verdura vengono considerati senza minaccia, tuttavia i più piccoli sono tutti allineati nel riconoscere i prodotti non dannosi, mentre hanno maggiori resistenze, tra il 10% e il 15%, a riconoscere i dolci come dannosi. Nelle elementari questa quota si riduce intorno al 5%, ma compare un altro 5% che non riconosce più i vantaggi di frutta e verdura. Nelle medie questo trend prosegue e soprattutto tra i maschi una quota tra il 10% e il 15% non riconosce più il rischio associato al consumo di dolci. Peraltro dicono di mangiare merendine, dolci o bibite gassate tutti i giorni il 61% dei più piccoli, il 55% alle elementari e di nuovo il 61% alle medie, con una accentuazione per le femmine. Ciò parrebbe significare che l'informazione non basta e che i comportamenti seguono altre logiche, per cui la prevenzione deve tenerne conto.

La percentuale di bambini/e e ragazzi/e che ha già sperimentato il male a un dente passa dal 25%, al 67%, fino al 74% passando dalle materne, alle elementari e alle medie, ma la percentuale di chi ha curato un dente non segue questi valori e passa dal 7% tra i più piccoli, al 56% fino al 60% nelle medie. Il consumo quotidiano di merendine, dolci e bevande gassate si accompagna ad una maggiore frequenza di coloro che segnalano di aver avuto male ai denti rispetto a chi non ha mai avuto dolore: nella scuola materna non si vede ancora questo effetto, nella scuola elementare inizia ad essere chiaro (il 56% ha dolore contro il 51% che non ha dolore) e nella scuola media è molto netto (64% contro 47%).

Parrebbe quindi inadeguato sia il ricorso a strategie preventive come lavaggi e sigillatura dei denti, sconosciuta a quasi metà dei genitori, sia il ricorso alle cure che segue i primi episodi critici, che pare essere sottodimensionato, probabilmente per quanto emerso dalle famiglie che dichiarano con elevata frequenza difficoltà di accesso e difficoltà per motivi economici.

Il quadro emerso dalla mappatura dei problemi mostra contemporaneamente un forte interesse e partecipazione all'iniziativa delle famiglie, in quanto la salute orale è un problema molto sentito e su cui le famiglie si sentono spesso fragili, a causa dei ben noti problemi derivati dall'insufficiente copertura del welfare e del sistema sanitario pubblico. D'altro canto non sono sufficienti interventi finalizzati a fornire un'informazione generale, mentre sembrerebbero decisivi sforzi di informazione e formazione su pratiche e prevenzioni specifiche, supportati da una azione in grado di far fronte alle difficoltà di accesso, tra cui i motivi economici paiono certamente molto rilevanti. Si tratta quindi di una mappa, derivata dal questionario, molto utile a procedere nel percorso promosso dall'associazione COI nell'ambito del progetto Capitale sociale Vallette, finalizzato a potenziare le capacità di prevenzione e il ruolo fondamentale della scuola nella formazione per la salute.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO



ⁱ Sono partner dell'azione COI, ECITOH, Asl Città di Torino, Istituto Comprensivo Turoldo, Tavolo Vallette, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl To3, Prospettive ricerca socio-economica s.a.s. di Torino, la Cooperativa "Un Sogno per tutti", la Casa del Quartiere – Officine Caos. Le risorse materiali e finanziarie sono state fornita dal COI. L'azione ha il Patrocinio del Ordine dei medici e Odontoiatri e della Dental School dell'Università di Torino. Hanno partecipato allo svolgimento il COI, gli studenti del master Universitario, gli studenti del Corso di Laurea Dental School.