

Conoscenze, attitudini e comportamenti nei confronti della salute orale: differenze di genere fra i genitori

F. Guerra¹, F. Rinaldo¹, A. Mannocci², M. Mazur¹, D. Corridore¹, G. Di Giorgio¹, A. Polimeni¹, L. Ottolenghi¹, G. M. Nardi¹

¹Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali. Sapienza Università di Roma; ²Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma, Italia

Riassunto

Obiettivi. L'obiettivo del presente studio è quello di comparare i risultati delle indagini effettuate su di un campione di madri e di padri riguardo le conoscenze e le attitudini personali nei confronti della propria salute orale e in termini di attenzione per quella dei propri figli. Sono state valutate reciproche analogie e differenze cognitive e comportamentali fra i genitori, approfondendo in particolare come l'assunzione precoce di abitudini e comportamenti caratterizzanti stili di vita sani possa influenzare il corretto processo di sviluppo dei loro figli.

Materiali e Metodi. La presente indagine è stata condotta utilizzando un questionario cartaceo distribuito ad una popolazione di genitori, uomini e donne, afferenti a diversi studi odontoiatrici privati di Roma. Lo studio ha avuto una durata di circa tre mesi.

Risultati. Dai risultati ottenuti da questo studio si evince che i valori ottenuti dalle madri sono sostanzialmente equivalenti a quelli dei padri, non ci sono differenze statisticamente rilevanti ($p > 0.05$).

Conclusioni. Questo studio ha permesso di evidenziare che non ci sono differenze cognitive e comportamentali rilevanti tra i genitori nei riguardi della propria igiene orale e in termini di attenzione per quella dei propri figli. Entrambi i genitori hanno mostrato di riconoscere l'importanza di continui controlli e di essere a conoscenza delle tecniche e dei presidi di igiene orale adeguati agli adulti e ai bambini, sebbene queste conoscenze non sempre sono applicate negli stili di vita e di igiene orale quotidiana. *Clin Ter 2017; 168(6):e361-370. doi: 10.7417/CT.2017.2035*

Parole chiave: genitori, madri, padri, salute orale, stili di vita

Abstract

Knowledge, attitude and behavior towards oral health: gender differences between parents

Objectives. The aim of this study is to compare the results of a survey carried out on a sample of mothers and fathers about the knowledge and personal attitudes towards their own oral health and in terms of attention to that of their children. Mutual analogy and cognitive and behavioral differences between parents have been evaluated; in particular as the early assumption of a healthy lifestyle can influence the proper development of their children.

Materials and Methods. This survey was conducted using a paper questionnaire distributed to a population of parents, men and women, in several private dental practices in Rome. The study lasted about three months.

Results. The results obtained from this study show that values obtained by mothers and fathers are essentially equivalent, there are no statistically significant differences ($p > 0.05$).

Conclusions. This study has shown that there are no significant thinking and behavioral differences between parents regarding their oral hygiene and that of their children. Both parents have been shown to recognize the importance of continuous monitoring and to be aware of techniques and oral hygiene aids suitable for adults and children, although this knowledge is not always applied in daily lifestyles and oral hygiene. *Clin Ter 2017; 168(6):e361-370. doi: 10.7417/CT.2017.2035*

Key words: fathers, lifestyles, mothers, oral health, parents

Introduzione

Con l'innalzamento della soglia di vita media nei paesi industrializzati il quadro epidemiologico risulta caratterizzato dalla prevalenza di malattie croniche degenerative.

Il ruolo assunto nel loro determinismo da molteplici fattori comportamentali e dagli stili di vita, hanno richiesto di focalizzare l'attenzione sulla promozione della salute.

Negli ultimi anni l'attenzione è maggiormente rivolta al raggiungimento di due obiettivi strategici: promozione e prevenzione della salute.

Non solo stili di vita più salutari potrebbero comportare infatti migliori condizioni di salute e la riduzione di malattie acute e croniche, ma in un contesto sempre crescente di spese sanitarie nazionali, una migliore prevenzione risulta essere un ottimo investimento ed un approccio molto redditizio in

termini di costi, grazie ad una diminuzione degli accessi ospedalieri, ad un minor ricorso alle prestazioni sanitarie di cura e al consumo di farmaci. Investimento che va perciò promosso tramite il coinvolgimento, la sensibilizzazione e l'informazione dei cittadini e monitorato tramite l'analisi e la valutazione del suo impatto economico e funzionale. Così come previsto e raccomandato dal consiglio dell'Unione Europea, a conclusione del suo progetto: "stili di vita salutari; istruzione, informazione e comunicazione", questa promozione si basa non soltanto sullo studio dei determinanti della salute ma anche su programmi sanitari pubblici e sulla lotta alle disuguaglianze (1,2).

Questo studio segue il lavoro, frutto di una collaborazione tra Università e Associazioni (3), che ha analizzato i comportamenti delle madri riguardo la propria igiene orale e, più specificatamente, di come l'introduzione di abitudini e stili di vita salutari possano influenzare il processo di *empowerment* dei propri figli (4). Il processo di crescita e responsabilizzazione, basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione, in grado di far emergere risorse latenti e di portare l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del proprio potenziale, porta ad una maggiore informazione e all'adozione volontaria di buone norme per la salute tramite quattro tappe fondamentali:

- motivazione e condivisione dell'obiettivo salute
- apprendimento personalizzato
- applicazione e verifica
- eventuale riformulazione terapeutica, negoziazione e conferma.

L'obiettivo del presente studio è quello di comparare i risultati delle indagini effettuate su di un campione di madri e di padri riguardo le rispettive conoscenze e le attitudini personali nei confronti della propria salute orale e in termini di attenzione per quella dei propri figli, così da rivolgere le opportune correzioni ad esempio attraverso la promozione di campagne nazionali informative, educative e di sensibilizzazione (5-7).

L'apprendimento e l'adozione di buone abitudini durante l'infanzia inizia a casa con i genitori (8). L'evidenza scientifica indica che le corrette abitudini di igiene orale vadano acquisite durante l'infanzia, per poi essere rafforzate durante l'adolescenza. Nel campo della salute orale è ormai assodato che esista infatti una correlazione tra fattori psicosociali, cognitivi e comportamentali della madre e l'atteggiamento dei bambini in materia di salute orale, ad esempio nel lavare i denti (9-11).

In questo studio sono state valutate reciproche analogie e differenze cognitive e comportamentali fra i genitori, approfondendo in particolare come l'assunzione precoce di abitudini e comportamenti caratterizzanti stili di vita sani possa influenzare il corretto processo di sviluppo dei loro figli.

Si è voluto inoltre prendere in considerazione l'aspetto dell'estrazione socio-economica dei genitori quale parametro discriminante nell'educazione e nell'influenza positiva sui figli e sui loro conseguenti comportamenti ed apprendimenti in materia di salute ed in particolar modo di salute orale. È stato infatti appurato come il livello sociale e persino l'etnia di appartenenza possano influire sul livello di salute orale (12-15).

L'esempio ed il supporto materno e paterno risulta essere quindi guida e modello essenziale nell'acquisizione di corretti stili di vita, nel mantenimento di una sana ed equilibrata alimentazione e nello sviluppo di efficaci processi di *empowerment* e selfcare, e, nello specifico del nostro ambito, nella prevenzione delle carie dentali e delle patologie parodontali mediante l'acquisizione di tutte le basilari e fondamentali pratiche d'igiene orale, sin dalla primissima infanzia (16-17).

Le revisioni, i raffronti e gli studi effettuati in questo studio, si propongono di dimostrare quindi la stretta correlazione fra i comportamenti dei genitori a riguardo della salute orale e quelli dei rispettivi figli.

Materiali e metodi

La presente indagine è stata condotta utilizzando un questionario cartaceo distribuito ad una popolazione di genitori, uomini e donne, afferenti a diversi studi odontoiatrici privati di Roma. Lo studio ha avuto una durata di circa tre mesi.

Il questionario, somministrato in forma completamente anonima, è una combinazione di più questionari scientificamente validati, che prendono in considerazione diversi modi di esprimere il concetto di salute, spaziando da una concezione pratica e tecnica, agli aspetti psicologici che concorrono a determinare il comportamento di un individuo.

I questionari a cui si è fatto riferimento per la compilazione di quello finale impiegato nel presente studio sono i seguenti:

1. Il questionario SF-12 per la valutazione della qualità della vita, sviluppato originariamente negli Stati Uniti per fornire una forma alternativa breve al questionario SF-36 (18).
2. Il questionario IPAQ per la valutazione dell'attività fisica (19).
3. Il questionario HU-DBI, Hiroshima University Dental Behavior Inventory per la descrizione delle abitudini in materia di salute orale (20).
4. Il questionario EGOHID (progetto europeo di sviluppo di indicatori di salute orale) (21).

Struttura del questionario - Indagine su conoscenze, attitudini e comportamenti dei papà e delle mamme italiane nei confronti della salute orale, della qualità della vita e dell'attività fisica"

Il questionario utilizzato in questo studio comparativo, strutturalmente è risultato da una combinazione dei questionari sopra riportati, si rivolge ad entrambi i genitori.

La prima sezione è relativa all'ambito anamnestico e socio-demografico del soggetto testato, per ottenere un quadro fisiologico ed economico-sociale completo dello stesso.

Le domande della seconda sezione, sono relative all'attenzione verso la salute orale, sono volte ad indagare le conoscenze che entrambi i genitori sottoposti al test mostrano di avere riguardo alle nozioni basilari di salute ed igiene orale, ed inoltre ad approfondire l'aspetto dell'interesse che questi manifestano circa le condizioni dei propri denti e gengive.

La terza sezione, riguardante i fattori di rischio e le abitudini è incentrata sull'analisi delle abitudini quotidiane del soggetto testato, riguardanti l'alimentazione, il rapporto con gli alcolici e con il fumo, sia esso di sigaretta o di qualsiasi altra tipologia di tabacco, proprio perché il reiterarsi di cattive abitudini in questi ambiti, costituisce un importante fattore di rischio per la salute.

La quarta sezione riguarda lo Stato di salute orale, mira ad indagare circa le effettive condizioni orali del genitore.

La quinta sezione, riguardante la qualità di vita in relazione alla salute orale tende ad indagare le effettive limitazioni che uno stato non ottimale dei denti e del cavo orale in genere, possa aver causato al genitore in questione.

Nella sesta sezione, quella che concerne la valutazione della qualità della vita, ci si occupa dell'analisi tutta personale del soggetto a riguardo della propria vita, di eventuali disagi o limitazioni avvertiti durante lo svolgimento delle attività quotidiane e della propria percezione di sé.

La settima sezione ha come focus di interesse le tipologie di attività fisica svolte nell'arco della vita quotidiana. Le domande riguarderanno il tempo che l'esaminato ha trascorso in attività fisiche negli ultimi sette giorni. Egli è tenuto a rispondere ad ogni domanda anche se non si considera una persona attiva. Deve altresì pensare alle attività svolte al lavoro, a quelle svolte in casa ed in giardino, nel proprio tempo libero come divertimento, esercizio fisico o sport o compiute per spostarsi da un luogo all'altro.

L'ottava sezione, sullo stato di salute orale dei figli nella fascia d'età compresa tra i 3 e i 17 anni, prende in considerazione le abitudini quotidiane di igiene orale dei figli.

La nona sezione riguarda i programmi di comunità per i figli di età compresa nella fascia tra i 3 e i 17 anni ed è volta ad indagare in merito alla presenza o meno nelle scuole, sia di programmi di prevenzione per la salute orale, sia di servizi di visite e cure specialistiche odontoiatriche.

Nella decima sezione si prendono in considerazione gli atteggiamenti e i fattori di rischio presenti nelle fasce d'età comprese tra i 5 e i 17 anni e tra i 12 e i 17 anni, come visto in precedenza per i genitori, si analizzano qui, le abitudini alimentari, le attitudini nei riguardi dell'igiene orale dopo i pasti ed i rapporti con il fumo dei rispettivi figli.

L'undicesima sezione, sulle fonti di assistenza odontoiatrica nei figli di età compresa tra i 5 e i 17 anni, è volta ad indagare sulle ultime visite odontoiatriche effettivamente effettuate o altresì mancate, dai loro figli.

La dodicesima ed ultima sezione riguarda infine la qualità di vita in relazione alla salute orale nei figli di età compresa tra gli 8 e i 17 anni, e tende ad indagare sui problemi e sulle effettive limitazioni che uno stato non ottimale dei denti, e del cavo orale in genere, possa aver causato ai figli.

Analisi statistica

È stata eseguita innanzitutto una analisi descrittiva dei dati in cui sono state utilizzate medie e deviazioni standard per le variabili di tipo quantitativo e frequenze per quelle di tipo qualitativo. La validità del contenuto e la coerenza interna dei gruppi di voci è stata valutata mediante l'Alpha di Cronbach. Con il proposito di escludere risultati equivocabili è stata analizzata l'attendibilità del questionario, per verificare la presenza di alcuni elementi non coerenti con

il resto della scala. Un' Alpha di Cronbach pari a 1 indica coerenza tra le domande. Generalmente un valore di alfa pari a 0,7 è considerato accettabile. L'analisi statistica è stata condotta tramite il software SPSS 19.0 per Windows. L'analisi è stata effettuata esclusivamente sulle voci con un livello di risposta superiore al 15% ed escludendo le sezioni già convalidate nella letteratura. Il livello di significatività attribuito è di $p < 0,05$.

Risultati

Hanno partecipato allo studio di comparazione 103 genitori (49 Femmine e 54 maschi), di età compresa tra 27 e 66 anni. L'età media dei partecipanti era di 42.6 anni (DS = 9.2), 40.2 (DS = 7.1) nelle madri e 44.7 (DS = 10.3) nei padri ($p = 0.024$) (Fig. 1).

Relativamente alle caratteristiche antropometriche, il BMI (Body Mass Index) complessivo del campione è risultato pari a 25.6 (DS = 2.9), senza differenze significative per genere ($p = 0.077$; BMI maschi = 26.2; BMI femmine 25.0) (Fig. 2).

Lo studio ha indagato le condizioni di salute generale degli intervistati. Alla domanda n°4 del questionario: "è affetto da diabete?" hanno risposto 49 donne e 54 uomini. Il 18,4% (corrispondente a 19 soggetti sul totale di 103), ha risposto di essere affetto da diabete, di questi 7 sono donne (14,3%) e 12 sono uomini (22,2%). Mentre il 13,6% (corrispondente a 14 soggetti sul totale di 103) ha risposto di essere affetto da malattie cardiovascolari, di questi 4 sono donne (8,2%) e 10 sono uomini (18,5%).

In tabella 1 sono riportate le caratteristiche socio-demografiche del campione esaminato.

Nella seconda sezione: il 79,6% delle madri e l'81,5% dei padri ritiene che ci sia una correlazione fra salute orale e salute generale, l'8,2% delle madri e il 9,3% dei padri ritiene che non ci sia questa correlazione. Il 93,9% delle madri e l'89,9% dei padri pensa che un controllo periodico da un igienista/dentista sia utile. Tuttavia, il 65,3% delle madri e

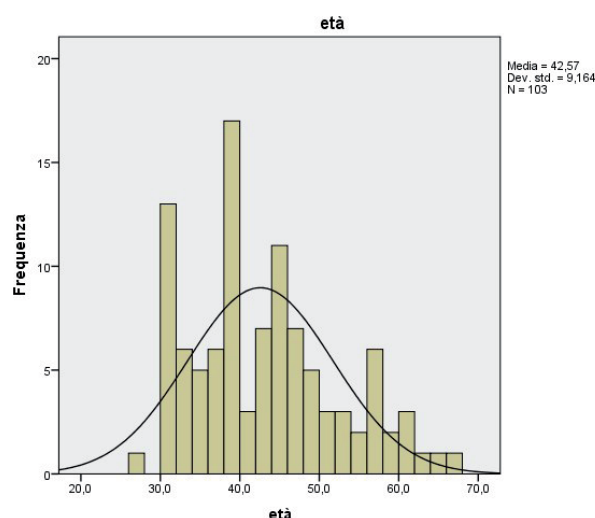


Fig. 1 Età del campione

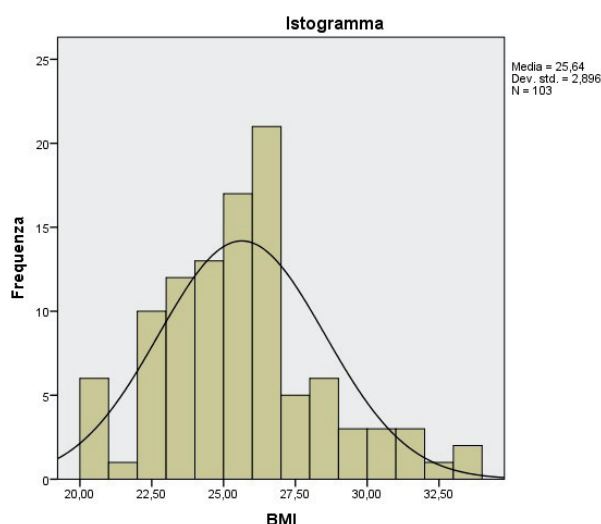


Fig. 2 BMI del campione

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione esaminato

Variabile	Femmine (%)	Maschi (%)	p
Età media (DS)	40,2 (7,1)	44,7 (10,3)	0,024
Stato civile			
Single	3 (6,1)	7 (13)	0,345
Separato/divorziato	13 (26,5)	9 (16,7)	
Coniugato	33 (67,3)	37 (68,5)	
Livello educativo			
Elementare	8 (16,3)	10 (18,5)	0,54
Media inferiore	22 (44,9)	17 (31,5)	
Media superiore	6 (12,2)	10 (18,5)	
Università	13 (26,5)	17 (13,5)	
Professione			
Dipendente	18 (36,7)	19 (35,2)	1,00
Lavoratore autonomo	15 (30,6)	20 (37,0)	
Disoccupazione > 1anno	12 (24,5)	6 (11,1)	
Disoccupazione < 1anno	3 (6,1)	3 (5,6)	
Studente	0 (0,0)	2 (3,7)	
Pensionato	0 (0,0)	3 (5,6)	
Inabile al lavoro	1 (2,0)	1 (1,9)	
Adolescenti a casa			
0	3 (6,1)	3 (5,6)	1,00
1	22 (44,9)	32 (59,3)	
2	21 (42,9)	15 (27,8)	
3	2 (4,1)	3 (5,6)	
4	1 (2,0)	1 (1,9)	

il 46,3% dei padri ha risposto “sì” alla domanda “Non mi preoccupo molto di andare dal dentista”; e il 40,8% delle madri e il 40,7% dei padri ha dichiarato di rimandare una visita dal dentista finché non ha mal di denti. Alla domanda “Conosce la figura professionale dell’igienista dentale?” il 59,2% delle madri e il 42,6% dei padri ha risposto di sì, mentre hanno risposto negativamente il 40,8% delle madri e il 55,6% dei padri.

Il 36,7% delle madri e il 46,3% dei padri ha affermato di notare un sanguinamento gengivale quando lava i denti; inoltre il 42,9% delle madri e il 53,7% dei padri pensa che la malattia parodontale sia ereditaria e che non sia possibile evitarla. A preoccuparsi del colore delle gengive è il 49% delle madri e il 59,3% dei padri.

Riguardo lo spazzolamento quotidiano dei denti, sebbene il 51,3% delle madri e il 46,3% dei padri abbia risposto di lavare i denti con uno spazzolino ad uno ad uno con cura, il 26,5% delle madri e il 35,2% dei padri ha dichiarato di utilizzare uno spazzolino a setole dure e il 55,1% delle madri e il 57,4% dei padri ha la sensazione di non aver lavato abbastanza bene i denti se non li spazzola con forza; mentre il 61,2% delle madri e il 59,3% dei padri pensa di impiegare troppo tempo per lavarsi i denti; e ancora il 20,4% delle madri e il 16,7% dei padri pensa di poter lavare i denti in modo soddisfacente senza usare il dentifricio. Inoltre, il 65,3% delle madri e il 53,7% dei padri sostiene di controllare spesso i denti davanti ad uno specchio dopo averli lavati, ma soltanto il 26,5% delle madri e il 22,2% dei padri afferma di utilizzare un colorante per controllare durante le manovre di igiene quotidiane.

Nella tabella 2 sono espressi ulteriori risultati riguardanti le conoscenze, le idee personali e le abitudini di igiene orale ed i timori personali in merito alla salute orale dei genitori.

Nella tabella 3 si riportano i risultati sulle abitudini considerate fattori di rischio per la salute, sullo stato di salute orale degli intervistati e la qualità di vita dei genitori in relazione alla salute orale.

Per quanto riguarda la nona sezione - programmi di comunità per i figli da 3 a 17 anni - alla domanda sulla presenza di un programma scolastico preventivo per la salute orale che preveda un lavaggio dei denti quotidiano sorvegliato, il 44,9% delle madri e il 40,7% dei padri ha risposto “no”, mentre tra l’81% delle madri e dei padri che hanno risposto in maniera affermativa alla precedente domanda non è stato in grado di dire se in questo programma sia utilizzato o meno un dentifricio al fluoro. Il 50% delle madri e il 44,4% dei padri sostiene che il figlio non sia stato visitato da un dentista a scuola negli ultimi 12 mesi per prevenzione orale in assenza di sintomatologia.

Nell’undicesima sezione: alla domanda “Quand’è l’ultima volta che suo figlio/a è andato/a dal dentista per i suoi denti, protesi, gengive?” il 42,9% delle madri e il 27,8% dei padri ha risposto “da meno di un anno”, mentre il 28,6% delle madri e il 25,9% dei padri ha risposto “Durante gli ultimi due anni”, soltanto il 2% delle madri e il 5,6% dei padri non è stato in grado di rispondere. Il 34,7% delle madri e il 20,4% dei padri ha dichiarato che suo figlio/a ha visitato un dentista negli ultimi due anni è stato per un controllo, il 16,3% delle madri e il 18,5% dei padri per sedute di igiene orale, mentre l’8,2% delle madri e l’11,1% dei padri ha dichiarato che

Tabella 2. Conoscenze, idee personali e abitudini di igiene orale e timori personali in merito alla salute orale

Variabile	Femmine (%)	Maschi (%)	p
Le è mai stato insegnato come si cura l'igiene orale			0,063
Si	32 (65,3)	25 (46,3)	
No	17 (34,7)	26 (48,1)	
Se sì, da chi?			0,177
Dentista	15 (44,1)	7 (28,0)	
Igienista dentale	6 (17,6)	11 (44,0)	
Medico di famiglia	1 (2,9)	1 (4,0)	
Farmacista	1 (2,9)	0 (0,0)	
Libri	2 (5,9)	0 (0,0)	
Radio	1 (2,9)	1 (4,0)	
Giornali	0 (0,0)	2 (8,0)	
Parenti	8 (23,5)	3 (12)	
La sigillatura dei solchi è una tecnica utile per la prevenzione della carie?			0,628
Si	16 (32,7)	14 (25,9)	
No	5 (10,2)	8 (14,8)	
Non so	28 (57,1)	31 (57,4)	0,628
Mi preoccupo del colore dei denti			
Si	40 (81,6)	42 (77,8)	
No	9 (18,4)	12 (22,2)	0,427
Ho notato dei depositi bianchi e appiccicaticci sui denti			
Si	18 (36,7)	24 (44,4)	
No	31 (63,3)	30 (55,6)	0,630
Uso uno spazzolino da denti da bambino			
Si	2 (4,1)	2 (3,7)	
No	47 (95,9)	51 (94,4)	0,748
Quando sarò vecchio, penso di non poter fare a meno di avere la dentiera			
Si	14 (28,6)	17 (31,5)	
No	35 (71,4)	37 (68,5)	0,343
Penso che i miei denti peggiorino nonostante li lavi giornalmente			
Si	13 (26,5)	19 (35,2)	
No	36 (73,5)	35 (64,8)	0,299
Nessuno mi ha mai insegnato a lavarmi i denti in modo corretto			
Si	33 (67,3)	31 (57,4)	
No	16 (32,7)	23 (42,6)	0,343
L' alito cattivo è un problema che mi preoccupa			
Si	36 (73,5)	35 (64,8)	
No	13 (26,5)	19 (35,2)	0,221
È impossibile impedire le malattie delle gengive soltanto con la pulizia dei denti			
Si	25 (51,0)	34 (63,0)	
No	24 (49,0)	20 (37,0)	0,610
Il dentista mi ha detto che mi lavo bene i denti			
Si	16 (32,7)	16 (29,6)	
No	33 (67,3)	37 (68,5)	

Tabella 3. Risultati riguardo le abitudini considerate fattori di rischio per la salute e stato di salute orale e la qualità di vita dei genitori in relazione alla salute orale

Variabile	Femmine (%)	Maschi (%)	p
Fuma attualmente sigarette ogni giorno, qualche volta o mai?			0,524
Si, è fumatore	18 (36,7)	22 (40,7)	
No, non fuma	24 (49,0)	24 (44,4)	
È un ex fumatore	7 (14,3)	6 (11,1)	
Assume alcolici?			0,774
Si	24 (49,0)	32 (59,3)	
No	23 (46,9)	20 (37,0)	
Quanti denti naturali ha?			0,217
Nessuno	0 (0,0)	4 (7,5)	
N° 10-19	4 (8,2)	7 (13,0)	
Più di 20	42 (85,7)	36 (66,7)	
Non so	2 (4,1)	6 (11,1)	
Porta una protesi?			0,159
Si	10 (20,4)	19 (35,2)	
No	38 (77,6)	35 (64,8)	
Se ha risposto sì, quanti anni fa ha avuto la sua ultima protesi?			0,077
Da 1 a 2 anni fa	1 (2,0)	6 (11,1)	
Da 3 a 4 anni fa	6 (12,2)	5 (9,3)	
Da 5 a 9 anni fa	2 (4,1)	9 (16,7)	
Da 10 anni o più	1 (2,0)	2 (3,7)	
Non so, non sono sicuro/a	0 (0,0)	1 (1,9)	
Quanto spesso ha provato difficoltà a mangiare a causa di problemi ai denti o alla bocca durante gli ultimi 12 mesi?			0,311
Mai	18 (36,7)	13 (24,1)	
Quasi mai	10 (20,4)	20 (37,0)	
Qualche volta	16 (32,7)	15 (27,8)	
Abbastanza spesso	3 (6,1)	5 (9,3)	
Molto spesso	2 (4,1)	1 (1,9)	
Quanto spesso ha provato dolore ai denti, alle gengive o afte negli ultimi 12 mesi?			0,399
Mai	17 (34,7)	12 (22,2)	
Quasi mai	13 (26,5)	22 (40,7)	
Qualche volta	17 (34,7)	19 (35,2)	
Abbastanza spesso	1 (2,0)	0 (0,0)	
Molto spesso	1 (2,0)	1 (1,9)	
Quanto spesso ha provato nervosismo a causa di problemi ai denti, bocca o protesi durante gli ultimi 12 mesi?			0,751
Mai	16 (32,7)	13 (24,1)	
Quasi mai	10 (20,4)	17 (31,5)	
Qualche volta	17 (34,7)	18 (33,3)	
Abbastanza spesso	3 (6,1)	3 (5,6)	
Molto spesso	3 (6,1)	3 (5,6)	
Quanto spesso ha provato imbarazzo a causa dell'aspetto dei suoi denti o protesi negli ultimi 12 mesi?			0,339
Mai	29 (59,2)	33 (61,1)	
Quasi mai	9 (18,4)	15 (27,8)	
Qualche volta	6 (12,2)	2 (3,7)	
Abbastanza spesso	4 (8,2)	4 (7,4)	
Molto spesso	1 (2,0)	0 (0,0)	

segue tabella

Ha evitato di sorridere/ridere a causa dell'aspetto dei suoi denti o protesi negli ultimi 12 mesi?			
Mai	37 (75,5)	41 (75,9)	0,780
Quasi mai	3 (6,1)	5 (9,3)	
Qualche volta	6 (12,2)	5 (9,3)	
Abbastanza spesso	2 (4,1)	3 (5,6)	
Molto spesso	1 (2,0)	0 (0,0)	
Ha evitato conversazioni a causa dell'aspetto dei suoi denti o protesi negli ultimi 12 mesi?			
Mai	37 (75,5)	40 (74,1)	0,994
Quasi mai	7 (14,3)	8 (14,8)	
Qualche volta	3 (6,1)	4 (7,4)	
Abbastanza spesso	2 (4,1)	2 (3,7)	
Quanto spesso ha provato difficoltà ad eseguire lavori importanti a causa di problemi ai denti o alla bocca negli ultimi 12 mesi?			
Mai	33 (67,3)	33 (61,1)	0,352
Quasi mai	9 (18,4)	12 (22,2)	
Qualche volta	7 (14,3)	6 (11,1)	
Abbastanza spesso	0 (0,0)	3 (5,6)	
Quanto spesso ha ridotto la sua partecipazione ad attività sociali a causa di problemi ai denti o alla bocca negli ultimi 12 mesi?			
Mai	35 (71,4)	37 (68,5)	0,599
Quasi mai	8 (16,3)	9 (16,7)	
Qualche volta	6 (12,2)	6 (11,1)	
Abbastanza spesso	0 (0,0)	2 (3,7)	

l'ultima visita è stata eseguita per cure d'urgenza. La ragione principale per la quale i figli non sono stati visitati da un dentista negli ultimi due anni è risultata essere per il 91,8% delle madri e l'85,2% dei padri il prezzo delle cure dentarie (legato all'onorario o all'assicurazione sanitaria), mentre per il 4,1% delle madri la paura del dentista e/o dell'igienista dentale, per il 3,7% dei padri le ragioni sono state precedenti esperienze negative con cure odontoiatriche, "non ha problemi", problemi dentari non abbastanza importanti, dentista troppo lontano, l'1,9% dei padri ha dichiarato "Pensavo che i problemi se ne andassero da soli".

Le tabelle 4 e 5 riportano i risultati delle domande riguardanti lo stato di salute, le attitudini ed i fattori di rischio, le fonti di assistenza odontoiatrica e la qualità di vita in relazione alla salute orale dei figli degli intervistati.

Dai risultati ottenuti da questo studio si evince che i valori ottenuti dalle madri sono sostanzialmente equivalenti a quelli dei padri, non ci sono infatti differenze statisticamente rilevanti. Come infatti si può notare, il valore del livello di significatività elaborato nelle nostre tabelle di contingenza, è quasi sempre superiore al valore soglia di 0.05.

Gli unici tre casi in cui il risultato si discosta leggermente dagli altri riguardano innanzi tutto, l'insegnamento dell'igiene orale, con un valore limite di $p=0.063$. Grazie a questo valore possiamo evidenziare come le donne risultino maggiormente istruite in materia di igiene orale rispetto agli uomini. Il secondo caso è quello relativo all'igiene del proprio figlio dopo i pasti ($p=0.057$), laddove un numero maggiore di madri ha dichiarato che il proprio figlio non lava i denti ogni volta che mangia. Il terzo caso infine è

relativo ai presidi di igiene orale utilizzati dai figli. È solo in quest'unica voce in realtà, che possiamo rilevare un valore di significatività asintotica effettivamente al di sotto del valore soglia di 0,05, ovvero di 0,038. Questo sta ad indicarci una differenza di genere concreta, un numero significativamente maggiore di padri rispetto alle madri sostiene infatti che il proprio figlio faccia uso di collutorio, come fonte di fluoro alternativa all'esclusivo utilizzo del dentifricio.

Discussioni

Dai risultati ottenuti si evidenzia come i genitori intervistati abbiano ricevuto insegnamenti riguardo l'igiene orale tali da poter essere poi trasferiti ai figli e come questi gli siano stati impartiti innanzitutto dal proprio odontoiatra, dall'igienista dentale poi, e solo in parte considerevolmente inferiore dai parenti.

Inoltre un'elevata percentuale di genitori (80,6%) è consapevole della correlazione esistente fra salute orale e salute generale, in maniera sostanzialmente equivalente tra madri e padri.

Riguardo la figura dell'igienista dentale, questa è conosciuta principalmente dalle madri, con una percentuale del 59,2% rispetto al 42,6% dei padri. Da sottolineare come entrambe le percentuali siano piuttosto insoddisfacenti, essendo questa figura professionale, ancora per il 50% sconosciuta ai genitori intervistati.

Maggiore consapevolezza si evidenzia nella seconda sezione del questionario per quanto riguarda l'utilità dei

Tab. 4. Risultati delle domande riguardanti lo stato di salute orale, i programmi di comunità in materia di salute orale, le abitudini ed i fattori di rischio per la salute orale dei figli degli intervistati, di età compresa tra i 3 e i 17 anni.

Variabile	Femmine (%)	Maschi (%)	p
Con che frequenza suo(a) figlio(a) lava i denti?			
Non hanno risposto	7 (14,3)	6 (11,1)	0,553
Una volta a settimana	1 (2,0)	2 (3,7)	
Più volte a settimana	6 (12,2)	7 (13,0)	
Una volta al giorno	31 (63,3)	28 (51,9)	
Due o più volte al giorno	4 (8,2)	10 (18,5)	
Non lo so/non sono sicura	0 (0,0)	1 (1,9)	
Suo figlio usa un dentifricio col fluoro?			
Non hanno risposto	6 (12,2)	5 (9,3)	0,215
Sì	18 (36,7)	9 (16,7)	
No	6 (12,2)	9 (16,7)	
Non so / non sono sicuro(a)	4 (8,2)	5 (9,3)	
Che tipo di prodotto/i usa?			
Compresse / gocce	7 (14,3)	5 (9,3)	0,038
Acqua di rubinetto	23 (46,9)	16 (29,6)	
Collutorio	9 (18,4)	26 (48,1)	
Sale	3 (6,1)	2 (3,7)	
Suo figlio lava i denti ogni volta che mangia?			
Sì	8 (16,3)	7 (13,0)	0,057
No	23 (46,9)	17 (31,5)	
Vostro figlio fuma sigarette ogni giorno, ogni tanto o mai?			
Non hanno risposto	28 (57,1)	28 (57,1)	0,524
Ogni giorno	3 (6,1)	3 (6,1)	
Ogni tanto	5 (10,2)	5 (10,2)	
Mai	8 (16,3)	8 (16,3)	
Non lo so / non sono sicuro	3 (6,1)	3 (6,1)	

controlli periodici, sostenuta dalla quasi totalità dei genitori con una percentuale del 91,3 %.

Seppur la metà circa degli intervistati siano convinti che la malattia parodontale abbia connotazione ereditaria e non possa pertanto essere evitata, la maggioranza di questi evidenzia la necessità di recarsi dal dentista, in egual numero tra donne e uomini; lo stesso avviene riguardo l'apprensione per le caratteristiche dei propri denti come ad esempio per il colore, manifestata dal 79,6% degli intervistati, in misura lievemente maggiore dalle madri, che sono anche quelle che verificano allo specchio l'esecuzione di manovre di igiene corrette, tendenzialmente in maggioranza rispetto ai padri, e che pongono più attenzione all'alitosi, disturbo questo che desta comunque significativa preoccupazione anche nei padri.

I genitori hanno inoltre mostrato entrambi, discreta attenzione ai presidi di igiene orale specifici per i propri figli pur non conoscendone approfonditamente tutte le possibilità; è risultata ad esempio minima la conoscenza della tecnica di sigillatura dei solchi e fossette dei denti come metodo di prevenzione primaria della carie, solo un 29% ne comprende infatti l'utilità.

Importante sottolineare come i comportamenti e le abitudini di igiene orale vadano poi ad influenzare e si ripercuotano su quelle sviluppate dai rispettivi figli. Poco meno della metà degli intervistati ha dichiarato di notare sanguinamento allo spazzolamento, (in misura maggiore rilevato dai padri) e pochi sono quei genitori che hanno prestato attenzione alla presenza di placca, ancora meno quelli che hanno mai utilizzato un colorante rivelatore di

Tabella 5. Risultati delle domande riguardanti le fonti di assistenza odontoiatrica e la qualità di vita in relazione alla salute orale per i figli nella fasce d'età compresa fra i 5 e i 17 anni.

Variabile	Femmine (%)	Maschi (%)	p
Il suo bambino o adolescente tra i 5 ed i 17 anni, porta un apparecchio ortodontico?			0,443
Si	16 (32,7)	17 (31,5)	
No	19 (38,8)	26 (48,1)	
Quanto spesso suo figlio/a ha provato difficoltà a mangiare a causa di problemi ai denti o alla bocca durante gli ultimi 12 mesi?			0,928
Mai	8 (16,3)	10 (18,5)	
Quasi mai	9 (18,4)	9 (16,7)	
Qualche volta	17 (34,7)	18 (33,3)	
Abbastanza spesso	4 (8,2)	7 (13,0)	0,984
Quanto spesso suo figlio/a ha provato dolore ai denti, alle gengive o afte negli ultimi 12 mesi?			
Mai	7 (14,3)	9 (16,7)	
Quasi mai	10 (20,4)	11 (20,4)	
Qualche volta	15 (30,6)	18 (33,3)	0,729
Abbastanza spesso	6 (12,2)	6 (11,1)	
Quanto spesso suo figlio/a ha provato tensione a causa di problemi ai denti o alla bocca negli ultimi 12 mesi?			
Mai	12 (24,5)	12 (22,2)	
Quasi mai	10 (20,4)	12 (22,2)	0,703
Qualche volta	7 (14,3)	11 (20,4)	
Abbastanza spesso	6 (12,2)	10 (18,5)	
Molto spesso	0 (0,0)	1 (1,9)	0,955
Non lo so/non ne sono sicuro/a	3 (6,1)	2 (3,7)	
Quanto spesso suo figlio/a ha provato imbarazzo a causa dell'aspetto dei suoi denti negli ultimi 12 mesi?			
Mai	16 (32,7)	17 (31,5)	0,703
Quasi mai	8 (16,3)	11 (20,4)	
Qualche volta	5 (10,2)	10 (18,5)	
Abbastanza spesso	5 (10,2)	2 (3,7)	0,955
Molto spesso	3 (6,1)	2 (3,7)	
Non lo so/non ne sono sicuro/a	1 (2,0)	2 (3,7)	
Quanto spesso suo figlio/a ha provato ad eseguire un lavoro scolastico a causa di problemi ai denti o alla bocca negli ultimi 12 mesi?			0,955
Mai	15 (30,6)	19 (35,2)	
Quasi mai	10 (20,4)	15 (27,8)	
Qualche volta	4 (8,2)	3 (5,6)	
Abbastanza spesso	2 (4,1)	2 (3,7)	
Molto spesso	1 (2,0)	1 (1,9)	
Non lo so/non ne sono sicuro/a	4 (8,2)	2 (3,7)	

placca, o che si siano soffermati a notare un peggioramento dello stato dei propri denti nonostante uno spazzolamento quotidiano dei denti.

La maggior parte dei genitori esaminati ha riportato di utilizzare uno spazzolino con setole medie, usato però energeticamente per poter avere una buona sensazione di pulizia, sostenendo inoltre di impiegare troppo tempo per l'igiene orale, senza peraltro avere un buon riscontro da parte del proprio dentista che puntualmente non ne conferma la qualità. Anche questo rilevamento accomuna entrambi i generi.

Analizzando le caratteristiche parodontali degli intervistati, si desume come anche lo stato di salute orale sia all'incirca simile tra i due sessi, in misura lievemente superiore lo stato delle madri per quanto riguarda il numero di elementi dentari naturali posseduti e il minor numero di problemi manifestati.

Un dato interessante da considerare è che solo la metà degli intervistati spazzola i denti con cura singolarmente e quasi nessuno utilizza uno spazzolino da bambino né tema l'ipotesi di dover in futuro utilizzare dei manufatti protesici.

Emerge inoltre come siano quasi tutti consapevoli dell'importanza che riveste l'utilizzo di un buon dentifricio per un'igiene orale accettabile, ma anche come ancora una buona parte di essi rimandino in ogni caso la visita odontoiatrica fino alla comparsa di disturbi effettivi o di dolori ai denti. Questo sempre in maniera proporzionalmente equivalente tra i due genitori. Questi hanno inoltre in egual misura riferito episodi di difficoltà alla masticazione e dolore a denti e gengive; hanno, tuttavia, manifestato pochi episodi di nervosismo, imbarazzo o vergogna a causa delle condizioni della propria bocca.

Per quanto riguarda i risultati estrapolati dalla sezione riguardante i figli, si può notare come ci siano stati per loro pochi episodi spiacevoli legati alla propria condizione orale nell'ultimo anno, prevenuti proprio grazie all'educazione ricevuta dai modelli comportamentali genitoriali, e dalle visite odontoiatriche annuali a cui si sono sottoposti, principalmente per un controllo preventivo. Merita particolare attenzione il motivo principale per il quale alcuni figli non abbiano potuto effettuare una visita dentistica nell'ultimo biennio, questo risulta prettamente legato al prezzo delle cure dentarie (onorario o assicurazione sanitaria).

Anche a riguardo dell'attenzione rivolta verso i propri figli, i genitori di entrambi i generi non hanno mostrato sostanziali differenze, dimostrando una quotidiana attenzione all'igiene orale dei propri figli, tramite lo spazzolamento dei denti dopo i pasti con un dentifricio al fluoro, e l'utilizzo di altri presidi di igiene orale fluorati, quali ad esempio i collutori.

Conclusioni

Questo studio svolto tramite questionari di comparazione tra madri e padri ha permesso di evidenziare che non ci sono differenze cognitive e comportamentali statisticamente rilevanti tra i genitori nei riguardi della propria igiene orale e in termini di attenzione per quella dei propri figli. Entrambi i generi hanno mostrato di riconoscere l'importanza di continui controlli e di essere a conoscenza delle tecniche e dei presidi di igiene orale adeguati agli adulti e ai bambini, sebbene queste conoscenze non sempre sono applicate negli stili vita e di igiene orale quotidiana. L'apprendimento e l'adozione di buone abitudini durante l'infanzia comincia a casa con i genitori, che risultano essere il principale modello di riferimento comportamentale, è proprio per questa ragione che motivare i genitori all'adozione di corretti comportamenti in termini di salute orale e di un miglior stile di vita in generale, può indurre a cambiamenti positivi in grado di determinare benefici a lungo termine per la salute delle stesse e dei rispettivi figli.

Bibliografia

1. Presidenza italiana del Consiglio dell'Unione Europea - Progetto di conclusioni del Consiglio sugli stili di vita salutari: istruzione, informazione e comunicazione. Anno 2003, Allegato 4. <http://www.salute.gov.it/resources/static/primopiano/199/allegato4.pdf>.
2. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO: Geneva, 2005
3. Nardi GM, Giraldi G, Lastella P, et al. "Knowledge, attitudes and behavior of Italian mothers towards oral health: questionnaire validation and results of a pilot study." *Annali di stomatologia* 2012; 3.2: 69
4. Cesarini G, Regni R. Autonomia e empowerment. L'educazione e le nuove frontiere dell'organizzazione. Roma. Armando Editore, 1999
5. Oral health: prevention is key. *Lancet* 2009; 373:1
6. Voza I, Guerra F, Marchionne, et al. A multimedia oral health promoting project in primary schools in central Italy. *Annali di stomatologia*, 2014; 5.3:87
7. Nardi GM, Sabatini S, Guerra, et al. Tailored Brushing Method (TBM): an Innovative Simple Protocol to Improve the Oral Care. *Journal of Biomedicine*, 2016; 1:26-31
8. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers--sociological implications. *Int Dent J* 1981; 31:14-22
9. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, et al. Maternal self-efficacy and 1-5 year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35:272-81
10. Sasahara H, Kawamura M, Kawabata K, et al. Relationship between mothers' gingival condition and caries experience of their 3-years old children. *Int J Pediatr Dent* 1998; 8: 261-67
11. Okada M, Kawamura M, Miura K. Influence of oral health attitude of mothers on the gingival health of their school age children. *ASDC J Dent Child* 2001; 68:379-83
12. Deli R, Oliva B, Macrì LA, et al. The impact of social context on the perception of dental appearance in 8-9 years old children. *Ital J Public Health*. 2009; 6:172-6
13. Corridore D, Guerra F, Di Thiene D, et al. Meeting Immigrants' Oral Health Needs: National Public Health Services Vs. Charitable Volunteer Services In Rome, Italy. *Ital J Public Health*. 2012; 9:89-96
14. Grambowski D, Spiekerman C, Milgrom P. Disparities in a regular source of dental care among mothers of Medical enrolled pre-school children. *J Health Care Poor Underserved* 2007; 18:789-813
15. Voza I, Cavallè E, Corridore D, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Annali di stomatologia*, 2015; 6.3-4:96
16. Shahnava S, Rutley S, Larsson K, et al. Children and parents' experiences of cognitive behavioral therapy for dental anxiety - a qualitative study. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Sep;25(5):317-26. doi: 10.1111/ipd.12181. Epub 2015 Jul 4.
17. Guerra F, Corridore D, Mazur M, et al. Early caries detection: comparison of two procedures. A pilot study. *Senses Sci* 2016; 3 (4):317-22
18. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34:220-33
19. Mannocci A, Di Thiene, Del Cimmuto A, et al. International Physical Activity Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. *Ital J Public Health* 2010; 7:369-76
20. Kawabata K, Kawamura M, Miyagi M, Aoyama H, Iwamoto Y. The dental health behavior of university students and test-retest reliability of the HU-DBI (in Japanese). *Journal of Dental Health* 1990; 40:474-5
21. Bourgeois DM, Llundra JC, Christensen LB, Pitts NB, L. Ottolenghi, Senakola E (2008). Health surveillance in Europe. European Global Oral Health Indicators Development Project. Oral Health interviews and clinical surveys: Guidelines. P. 1-112 Villeurbanne: University Lyon I, ISBN:2952636915.