

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

ANNO 2017

**“L’UTILIZZO DEL GIOCO COME APPROCCIO AL
PAZIENTE PEDODONTICO”**

RELATORE: Dott.ssa Filomena Muro

CANDIDATA: Francesca Perini

INDICE

RIASSUNTO

INTRODUZIONE

Breve storia dell'odontoiatria

Il paziente pedodontico

Le paure infantili

Il significato simbolico della bocca e dei denti

La natura della paura in pedodonzia

Tecniche di approccio per trattare l'odontofobia

Patologia cariosa e metodiche di prevenzione

Patologie parodontali e dei tessuti molli

SCOPO DELLO STUDIO

MATERIALI E METODI

RISULTATI

DISCUSSIONE

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

RIASSUNTO

PRESUPPOSTI DELLO STUDIO

Prima di iniziare qualsiasi tipo di approccio è importante capire il motivo per cui il paziente soffre di ansia nei confronti della figura del dentista e dell'igienista dentale. Fondamentale è analizzare le paure del bambino; comprendendo le sue paure, sapremo infatti come affrontarle, ottenendo l'indispensabile collaborazione per eseguire il trattamento. Il paziente in età pediatrica richiede protocolli mentali e motivazionali ben diversi da quelli del paziente adulto, tenendo presente che anche i piccoli pazienti differiscono l'un l'altro in virtù di numerose variabili, riconducibili all'età, prescolare o scolare, alla tipologia comportamentale, e a variabili comportamentali. La paura della nuova esperienza va affrontata alla prima visita, intesa come momento fondamentale in cui si instaura il rapporto tra medico e piccolo paziente. Noi abbiamo semplici ma validi mezzi per aiutare il bambino in questo momento difficile: buon rapporto con il paziente, approccio graduale agli strumenti ed adeguate soluzioni logistiche ed ambientali.

SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo principale di questo studio è stato quello di analizzare e trattare l'odontofobia in pazienti pediatriche con l'utilizzo di pupazzetti attraverso i quali si è potuto dare origine ad uno psicodramma o ad una immaginazione guidata. Obiettivo secondario è stato valutare la possibilità di formare igienisti che si avvicinino ai pazienti pediatriche con una metodica riproducibile ed efficace, allo scopo di offrire un approccio migliore ed ottenere una maggiore collaborazione.

MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi nello studio 40 bambini di età compresa tra i 3 e gli 8 anni. I 40 bambini sono stati suddivisi casualmente in due gruppi da 20 bambini ciascuno in modo random, il gruppo Gioco e il gruppo di Controllo. Al Gruppo Gioco è stata proposta la scala dell'ansia mentre si trovavano in sala d'attesa, in seguito al gioco con i pupazzi ed al termine delle cure. Al Gruppo Controllo la scala è stata consegnata in sala d'attesa e al termine del trattamento. Nel Gruppo Gioco ci siamo serviti dell'Igieniglio, il coniglio igienista e dei pazienti Jimmy Scoiattolo o Betta coniglietta a seconda che il bambino fosse maschio o femmina. Nel gruppo di controllo ci si è comportati come di consueto, spiegando ai bambini già accomodati al riunito gli strumenti che avrebbero incontrato durante il trattamento ed il trattamento stesso.

RISULTATI

Nel nostro studio, il 70% del campione, pari a 14 bambini, trattato con l'Igieniglio non presenta ansia al termine del trattamento contro il 15%, pari a 3 bambini, del Gruppo Controllo. Un punteggio pari a 2 è stato riscontrato nel 20% del Gruppo Gioco e nel 45% del Gruppo Controllo. Tutti i bambini che presentavano punteggio 1 o 2 sono stati trattati senza difficoltà, vale a dire il 90% dei pazienti del Gruppo Gioco contro il 60% del Gruppo Controllo. I dati ottenuti presentano un p-value $<0,05$, risultano perciò statisticamente significativi. L'efficacia dell'Igieniglio è stata riscontrata anche nel numero di sedute necessarie per avviare i pazienti al trattamento odontopediatrico, infatti, i bambini trattati con l'Igieniglio hanno avuto bisogno di un solo approccio. Tuttavia il campione è ancora numericamente ridotto e necessita di un gruppo di studio più ampio.

CONCLUSIONI

L'effetto positivo dell'Igieniglio nella diminuzione dello stato di ansia è stato misurato attraverso la scala di Venham. Il gioco e l'immaginazione guidata sono fondamentali per un bambino e sono inoltre ottimi metodi con cui gli adulti possono interagire con i piccoli pazienti.

Proprio per questo l'applicazione della Comunicazione Ipnotica per guidare il bambino nell'esperienza immaginativa risulta essere un valido strumento che permette al piccolo paziente un miglior vissuto dell'esperienza.

INTRODUZIONE

BREVE STORIA DELL'ODONTOIATRIA

Nel 1610 a Parigi, in Francia, fu ultimato il Pont-Neuf, che divenne il punto di incontro fisso dei ciarlatani, dei giocolieri, degli acrobati, venditori dei più strani rimedi, degli sfaccendati, per tutta la durata del XVII secolo e buona parte del XVIII secolo. Fra loro si mescolavano cavadenti abbigliati con ornamenti vistosi e copricapi impennacchiati.

La maggior parte di loro veniva dalla Francia e con loro venne introdotto il termine “Ciarlatano”¹. Essi erano dunque dentisti ma, al tempo stesso, anche politologi e falegnami, attori, marionettisti, prestigiatori e giocolieri. Similmente alla Francia, l'Italia aveva i cosiddetti “cavadenti”, la Spagna gli “sacamuelas”, l'Inghilterra i “teethdrawers” e gli “operators for the teeth”, la Germania gli “Zahnenbrecher” ed i “Marktsschreier”. Alla fine del XVIII secolo lo statuto dei dentisti viene migliorando ed essi vengono titolati come nobili, così come avvenne per certi chirurghi.

Il termine “chirurgo dentista” appare per la prima volta nel 1620 in terra francese, dove la professione fu regolamentata da una legge del 1697; da quell'anno in poi, chi voleva praticare doveva ottenere l'affiliazione al collegio dei chirurghi, prestare per due anni lavoro a tirocinio presso un altro dentista e superare un esame teorico e pratico.

Ciononostante, la pratica del “cavar i denti” fu ancora per molto tempo affidata a persone non qualificate.



Immagine 1.

Il termine “ciarlatano” quindi, piuttosto che “cavadenti” o altro sinonimo, stava ad indicare colui che, di tanto in tanto, lavorava in ambito dentistico.

Solo pochi di questi erano a conoscenza di alcune nozioni odontoiatriche, per cui, dietro ad onesti seppur sprovveduti dentisti della prima ora, si celavano urlanti individui dall'aspetto grottesco, con vestiti sgargianti, che avevano come unico scopo raggranellare più soldi possibile, anche a costo di togliere denti.

Dato che questi ciarlatani non facevano particolare attenzione alla cura dei pazienti, probabilmente, fu proprio la loro figura a dar vita alla equazione “dentista uguale a dolore più furto”.

PEDODONZIA: cenni storici

L'autonomia della cosiddetta “odontoiatria infantile” come branca degna di specificità in campo odontoiatrico, è stata sancita nel 1743 quando Robert Bunon, nel trattato “Essay sur les maladies des dents” prende in esame in maniera specifica i problemi dentali del bambino.

L'approccio fu all'inizio principalmente igienistico, con un'impronta sociale che in Europa agli inizi dell'800 vide il fiorire di una serie di servizi odontoiatrici gratuiti negli orfanotrofi di Parigi.

L'opera dei pionieri della pedodonzia fu seguita dall'inserimento di questo insegnamento nella medicina scolastica con l'istituzione ufficiale dell'odontoiatria infantile.

In Italia venne fondata nel 1957 la Società di Odontoiatria Infantile, tuttavia dopo solo 13 anni, nel 1970 l'insegnamento della pedodonzia è entrato nelle scuole di Specializzazione in Odontostomatologia, e solo nel 1980, con l'istituzione del corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, vengono istituite le cattedre universitarie di Pedodonzia.

È stato dunque lungo il percorso che ha dovuto percorrere questa branca dell'odontoiatria prima di ricevere una collocazione consona, sebbene i bambini siano sempre stati tra i clienti del dentista. Solo da poco tempo è stata presa in esame la complessità di approccio a questo particolare tipo di utente, che comprende considerazioni non solo di tipo tecnico-operativo, ma anche di ordine medico-pedagogico-psicologico, oltre che razionale².

IL PAZIENTE PEDODONTICO

Il paziente in età pediatrica richiede protocolli mentali e motivazionali ben diversi da quelli del paziente adulto³, tenendo presente che, anche i piccoli pazienti differiscono l'un l'altro in virtù di numerose variabili, riconducibili all'età, prescolare o scolare, alla tipologia comportamentale, e a variabili comportamentali². Esistono delle linee guida di comportamento e comunicazionali comuni nel paziente pedodontico, ma occorre usare tecniche diverse in funzione della tipologia di paziente con cui ci si trova ad interagire⁴.



Immagine 2



Immagine 3

Le varie tipologie pedodontiche²

Bambino collaborante: non dà problemi perché è del tutto fiducioso in ciò che gli viene fatto;

Bambino che collabora sotto tensione: è un bambino perfettamente collaborante, perché vuole fare a tutti i costi bella figura con l'operatore, coi genitori e con se stesso. Resiste per tutta la durata del trattamento, ed alla fine è esausto. Vive l'esperienza odontoiatrica sotto stress, dato che la collaborazione gli costa un'enorme fatica e per tutta la durata della seduta è incapace di rilassarsi;

Bambino ribelle: abituato in casa ad averla sempre vinta, si comporta con l'operatore come si comporta con i genitori, risponde in modo sgarbato, è impertinente, abituato a fare di testa propria;

Bambino pauroso: si rintana nell'angolo, vuole fuggire, ha lo sguardo terrorizzato e implorante;

Bambino apprensivo: tentenna, chiede spiegazioni, magari piange un po' ed è incerto sul da farsi;

Bambino emotivo: il suo comportamento è imprevedibile, data la particolare labilità emotiva. Si tratta per lo più di bambini molto piccoli, o che hanno avuto una totale dipendenza dal genitore e che non hanno ancora sviluppato una linea personale di condotta. Le reazioni imprevedibili di questo bambino si manifestano con scatti improvvisi, subitanei mutamenti di umore e, spesso, interruzione inattesa della seduta.

Anche l'età del paziente condiziona il primo approccio: se il paziente è in età prescolare è opportuno che la prima volta che si siede sulla poltrona lo faccia sulle ginocchia della madre, in modo da sentirsi più a suo agio. Mano a mano che la fiducia aumenta il piccolo sederà da solo sulla poltrona².

LE PAURE INFANTILI

La paura, come affermano Ajuriaguerra e Marcelli in “Psicopatologia del bambino”, rappresenta un avvenimento quasi costante durante la crescita. Essa si colloca quale fenomeno transitorio e adattativo ai fini di una maggior capacità del bambino di far fronte allo stress.

Il bambino medio mostra parecchie paure durante tutto il suo sviluppo; tali paure appaiono essere più frequenti nelle bambine che nei maschi. Il tasso più alto ricorre in età prescolare, dai 2 ai 4 anni.

D'altra parte appare esservi una differenza nella tipologia di paura del campione di bambini di età differenti. Per esempio, Ollendrick trova che la paura dell'ignoto sia la più tormentosa per i bambini più piccoli e che la paura del pericolo, della morte e di mutilazioni fisiche sia causa di preoccupazione per i bambini in fase di latenza ed adolescenza. Le paure che dominano il periodo dei primi due anni di vita, riguardano la paura della separazione, dell'abbandono di cui il buio e la notte sono gli aspetti fisici. Il bambino è alla scoperta della propria identità e osserva con timore ogni possibile abbandono all'ignoto e allo sconosciuto. Come afferma S.H.Fraiberg in “ Gli anni magici”: “mentre nessun bambino ha mai provato l'esperienza della separazione del proprio corpo, ogni bambino ha provato invece la separazione del proprio io conscio durante il sonno o negli stati confinanti col sonno. Disturba il bambino che ha appena scoperto la propria identità doverla perdere, vederla sparire man mano che la coscienza si dissolve l'istante prima di addormentarsi”.

Nella prima e seconda infanzia, fino ai 7 anni circa, le paure prevalenti si concentreranno intorno all'esistenza di creature immaginarie, mostruose, preendenti corpo dagli oggetti inanimati e guidati dal dominio del pensiero prelogico, irreversibile e dal prevalere dei fenomeni dell'animismo, del realismo e dell'artificialismo⁵.

Dai 7 anni circa al periodo preadolescenziale, le paure si costruiscono su maggiori dati di realtà ed allora ecco che emerge la paura esistenziale, la paura di eventi naturali e l'ansia del sociale.

La distinzione tra paura e fobia è molto difficile ed intervengono numerosi fattori nella determinazione dell'una o dell'altra natura: sicuramente ha un'importanza essenziale lo stadio di maturazione dell'io e secondariamente l'esperienza vissuta, l'educazione e la capacità di apprendimento. La fobia è la “paura ingiustificata di un oggetto o una situazione, il contatto con i quali determina nel soggetto un'intensa reazione di angoscia” connotata da comportamenti di evitamento e fuga.

Nel periodo dai 2/3 anni ai 6/7 le fobie del bambino si trasformano e iniziano a dimostrare l'esistenza di uno spostamento simbolico⁶ concomitante all'esistenza di un processo di elaborazione mentale più evoluto. Si incontrano le paure di animali, degli elementi naturali, delle persone, di personaggi mitici e mostruosi, della malattia e della scuola. Davanti alle paure del bambino l'atteggiamento degli adulti e soprattutto dei genitori assume un ruolo determinante. Da ricordare e sottolineare l'importante funzione rassicurante che il genitore assume in riferimento a questi fenomeni.

È compito essenziale di ognuno valutare l'entità e la tipologia della fobia del bambino al fine di evitare qualsiasi atteggiamento coercitivo che non farebbe altro che potenziare ed aggravare la paura producendo il dilagare dell'angoscia.

IL SIGNIFICATO SIMBOLICO DELLA BOCCA E DEI DENTI

La bocca si presenta psichicamente come uno dei luoghi più arcaici del nostro corpo e, come tale, estremamente vicino alla nostra radice primordiale.

Goldberg (1969) afferma che la bocca è il luogo della prima felicità, della “sensualità permessa”. È proprio attraverso la bocca che il neonato intesse le prime relazioni sociali, attua le sue prime conoscenze, entra in contatto con il mondo circostante. Spitz afferma che la relazione madre-bambino, realizzata attraverso il primario soddisfacimento dei bisogni orali, costituisce il prototipo di tutte le relazioni sociali future. La bocca è l'organizzatore primario e la zona erotica più arcaica, è veicolo di nutrimento e di vita, mezzo di conoscenza del mondo, apparato di comunicazione, sede di emozioni primarie, strumento relazionale. La psicoanalisi considera con particolare attenzione le funzioni del cavo orale e le fantasie ad esso collegate. Nel 1905 Freud mette in rilievo “l'eccitazione voluttuosa della mucosa della bocca” e attribuisce un certo gradiente libidico alla funzione vitale alimentare non dimenticandosi di definire la componente ambivalente associata al rapporto con l'oggetto primario.

K. Abraham distingue due sotto fasi dello stadio orale: la fase orale in cui prevalgono bisogni incorporativi e la fase sadico-orale in cui emergono fantasie distruttive. La prima fase è dominata dal piacere di succhiare e c'è una completa fusione tra l'io del neonato e il seno materno; la seconda fase si accompagna all'atto di mordere il seno a cui consegue la perdita di esso e l'inizio dello svezzamento.

La Klein identifica questa fase con il vissuto del bambino di possedere i denti come strumento di potenza, aggressione, tramite della vendetta invidiosa e dell'attacco della separazione del seno, nonché come causa dell'inevitabile perdita di esso.

Guaraldi (1979) connota quindi di aggressività e potenza la prima fase di comparsa dei denti.

Nel caso di bambini non collaboranti con un'evoluzione psichica connotata oralmente, molto spesso il dentista si identifica con un'entità che divora, dilania, inghiotte: su di lui sono così proiettate le fantasie divoranti del bambino in fase sadico-orale. In questi casi per poter avvicinare il bambino occorrerà identificarsi con la parte scissa del genitore buono non divorante né invidioso. La seconda fase delineata da Guaraldi si caratterizza della caduta dei denti decidui e si colloca nella fase della conflittualità edipica: il bambino aspira a fare coppia con il genitore del sesso opposto e perciò entra in competizione con il genitore dello stesso sesso; i desideri incestuosi costituiscono il substrato su cui si articola l'intero processo conflittuale. Perdere i denti significa, in questo periodo perdere la potenza ed ammettere la propria debolezza, nonché ipotizzare di essere stati puniti a causa della competizione edipica instaurata. È in questo quadro psicodinamico che si colloca la consuetudine popolare⁷ di ripagare la caduta del dente con un corrispettivo monetario quale indennizzo alla ferita narcisistica subita. Occorre non dimenticarsi che a questo livello il dentista viene spesso connotato di identità castranti paragonabili a quelle che nella fantasia del bambino verrebbero messe in atto dal genitore rivale nella competizione edipica⁸.

In questi casi la chiave d'accesso che solitamente permette la cura a questi bambini è quella di proporre una figura medica in cui vengono espressi chiaramente i propositi di offrire al bambino dei denti forti, potenti, solidi, in modo tale da rinforzare le componenti narcisistiche e da placare le angosce persecutorie. Un terzo momento del processo della dentizione è quello che si colloca nel periodo di latenza con la ricomparsa dei denti: in questo stadio viene meno il desiderio distruttivo del genitore avversario, si attuano processi identificatori con esso; e viene meno anche la paura di essere distrutto.

Il recupero dei denti viene quindi visto come un recupero di potenza consentito dalla rinuncia alle precedenti pretese onnipotenti. In questa fase, ma in maniera più massiccia durante l'adolescenza, i denti acquisiscono una valenza estetica con implicazioni sessuali e relazionali.

Il dentista diventa colui in grado di impreziosire con il suo contributo l'aspetto esteriore del paziente; egli si libera, nella fantasia del bambino normale, degli aspetti aggressivi per connotarsi libidicamente. Laddove l'evoluzione psichica del piccolo paziente non si è compiuta nella sua totalità e l'Edipo non è completamente elaborato, i retaggi delle precedenti fasi evolutive ostacolano il raggiungimento della fase adolescenziale e ne bloccano lo sviluppo; in questo caso la figura del dentista assumerà con alternanza i connotati negativi che su di esso proietta il bambino con patologia latente o manifesta.

Il dentista è spesso identificato con la figura del nemico predatore e del maligno castratore, da odiare ed evitare. L'alternanza di queste fasi evolutive della dentizione, permette di cogliere due valenze di base ai significati simbolici dei denti⁹: i denti come strumento aggressivo e i denti come strumento vitale, prezioso. I denti, secondo più autori, sono gli elementi più investiti dopo gli organi genitali: la forma e la durezza li fanno associare al pene, simbolo riconosciuto di vitalità e potenza. In varie tribù africane, l'avulsione di un dente accanto alla circoncisione nei riti di passaggio puberale. Il dente è simbolo di bellezza ed assume una componente narcisistica legata alla valorizzazione del sé e da cui dipende l'accettazione sociale da parte degli altri.

Questo da una parte potrebbe essere il motivo per cui alcuni pazienti accettano di sottoporsi alle cure ma d'altra parte, in pazienti con particolari problemi nella valutazione del sé, l'esperienza odontoiatrica può rivelarsi come una grave minaccia per la propria integrità fisica.

LA NATURA DELLA PAURA IN PEDODONZIA

Prima di iniziare qualsiasi tipo di approccio è importante cercare di capire il motivo per cui il paziente soffre di ansia nei confronti della figura del dentista e dell'igienista dentale. Fondamentale è analizzare le paure del bambino; comprendendo le sue paure, sapremo infatti come affrontarle, ottenendo l'indispensabile collaborazione per eseguire il trattamento.

Numerosi studi, italiani¹⁰, australiani¹¹, tedeschi¹², finlandesi¹³ ed inglesi^{14,15} indicano infatti che l'aver vissuto esperienze odontoiatriche negative predispone ad atteggiamenti negativi verso la propria salute orale¹⁶.

È quindi utile cercare di comprendere come il piccolo paziente viva le sedute odontoiatriche e quali cause determinino il suo comportamento in questo contesto. Solo capendo come questi comportamenti si generano saremo in grado di affrontare l'eventuale non collaborazione dei nostri pazienti. Non bisogna poi dimenticare che tutte le indagini operative, anche le più banali, eseguite sul bambino, possono essere vissute con una sensazione di pericolo e di aggressione che non è proporzionale all'entità dell'intervento ma è in stretta relazione con il significato simbolico che rivestono¹⁷. Gli interventi sulla bocca richiedono la massima attenzione, per i significati palesi ed inconsci che questa zona ha per il piccolo paziente, nonché per l'ansia e le paure che le nostre cure possono evocare. Le paure del bambino possono essere divise in due fondamentali componenti: la paura della nuova esperienza e la paura di provare dolore. La paura della nuova esperienza è estremamente variabile, dipende da fattori culturali, ambientali e psicologici. Inizialmente un certo grado di paura può essere fisiologico e fa parte dell'istinto di conservazione presente in tutti gli esseri viventi.

La paura della nuova esperienza va affrontata alla prima visita, intesa come momento fondamentale in cui si instaura il rapporto tra medico e piccolo paziente¹⁸.



Immagine 4

Noi abbiamo semplici ma validi mezzi per aiutare il bambino in questo momento difficile: buon rapporto con il paziente, approccio graduale agli strumenti ed adeguate soluzioni logistiche ed ambientali. Se non supereremo questa prima fase in maniera positiva, difficilmente potremo passare alla fase operativa con esiti favorevoli. La paura del dolore è data dalla percezione di aggressione del medico nei confronti del bambino. L'esperienza del dolore e la manifestazione ad essa connessa sono soggette ad una molteplicità di variabili difficilmente controllabili; il concetto di dolore è infatti condizionato da fattori emozionali, affettivi e psicologici. Per comprendere il dolore nel bambino, spesso si deve fare riferimento alle esperienze di dolore nei genitori.

Meizack¹⁹ e Diana Elton²⁰ sono stati i primi nel 1978 a dimostrare come la quantità e la qualità della percezione del dolore dipenda da fattori psicologici non solo individuali, ma anche culturali, diversi cioè in relazione al sistema sociale.

Un fatto è comunque certo: un'esperienza dolorosa che si viene a collocare in un contesto ansiogeno produce maggior esteriorizzazione del dolore stesso²¹ e forse anche una maggior percezione di dolore. Possiamo dire che sarà più semplice diminuire i sintomi dolorosi in un bambino “tranquillo” piuttosto che in un bambino ansioso. Di fatto, possiamo quindi diminuire la paura del dolore creando un ambiente meno ansiogeno possibile e minimizzando i traumi che possono essere provocati dai nostri interventi e più in generale seguendo i canoni di un corretto approccio pedodontico.

Importante quindi sarà l'ambiente odontoiatrico e l'atteggiamento e l'aspetto fisico di coloro che operano nello studio, così come l'arredamento, le luci, i colori ed i suoni.

L'ambiente deve essere progettato in modo da fornire messaggi rassicuranti ed incoraggianti. Oggi è sempre maggiore la convinzione che l'ambiente odontoiatrico sia determinante nel creare l'imprinting comportamentale nel bambino, con l'obiettivo di aumentare la sua compliance.

TECNICHE DI APPROCCIO PER TRATTARE L'ODONTOFOBIA

Esistono più tecniche per ridurre l'ansia nel paziente e ottenere maggior collaborazione. Si può far partecipare attivamente il paziente oppure lo si può far rilassare; in entrambi i casi, lo scopo è infondere nel paziente un atteggiamento positivo e portare a termine con successo la terapia.

Le tecniche più frequenti sono²²⁻²⁵:

- Tell-show-do
- Comunicazione verbale
- Comunicazione non verbale
- Controllo della voce
- Uso di trucchi di magia
- Sedazione con protossido d'azoto
- Contenzione dolce
- Empatia
- Distrazione
- Il disegno
- Rinforzo positivo
- Immagini positive
- Il gioco
- Il gioco di ruolo
- Immaginazione guidata
- Comunicazione ipnotica

Tell-show-do



Immagine 5

L'approccio “tell-show-do” è stato descritto per la prima volta all'università di New York da Addelston, docente di pedodonzia e poi reso popolare anche in Italia da Caprioglio e Resta.

Risulta estremamente utile negli appuntamenti iniziali quando si introducono nuove procedure. Si tratta di una tecnica comportamentale di apprendimento e si basa sull'esposizione verbale di procedure con un linguaggio adeguato all'età (tell), su una dimostrazione visiva, uditiva e multifattoriale comprendente aspetti tattili della procedura attentamente definita in modo amichevole (show) ed infine con l'esecuzione (do)²⁶.

Questa tecnica ha l'obiettivo di familiarizzare con il paziente, spiegandogli gli aspetti più importanti della seduta e responsabilizzarlo sulle conseguenze delle sue azioni.

È fondamentale l'utilizzo di un linguaggio semplice e la partecipazione del bambino.

Comunicazione verbale

Metodo da preferire in bambini in età scolare (dai 6 ai 12 anni), età in cui evolvono i processi di razionalizzazione; sarà quindi più facile parlare con il ragazzo e stabilire un rapporto verbale con lui. In questi casi è fondamentale affrontare direttamente le paure del bambino verso le cure. Saranno quindi utili domande del tipo “di cosa hai paura?” e frasi come “è normale avere paura, ma, se mi aiuterai, insieme la vinceremo”⁷.

Il medico deve essere in grado di gestire le ansie del bambino lasciandogli la possibilità di esprimerle, partecipandovi e aumentando la fiducia di genitori e bambini nell'esito positivo della seduta, cercando di evitare meccanismi di negazione (non ti farò male) a favore di concetti positivi.

Comunicazione non verbale

La comunicazione non verbale comprende tutti gli aspetti di uno scambio comunicativo. La visione comune tende a considerare questo tipo di comunicazione come universalmente comprensibile, al punto da poter trascendere la barriere linguistiche²⁷.

La comunicazione non verbale viene suddivisa in quattro componenti: sistema paralinguistico, cinesico, prossemica ed atipica. Il sistema paralinguistico, o non verbale, indica l'insieme dei suoni emessi, indipendentemente dal significato delle parole ed è caratterizzato da tono, frequenza, ritmo e silenzio. Il sistema cinesico comprende gli atti comunicativi espressi dal movimento del corpo, soprattutto dai movimenti oculari e delle mani; altrettanto importante, la mimica facciale²⁸.

L'aspetto prossemico analizza i messaggi inviati con l'occupazione dello spazio. Ognuno di noi tende a suddividere lo spazio che ci circonda in quattro zone: zona intima (da 0 a 50 cm), zona personale (da 50cm ad 1 m), zona sociale (da 1m a 3/4m) e zona pubblica (oltre i 4m). Nel nostro campo lavoriamo per la maggior parte del tempo in quella che viene considerata la “zona intima”, dobbiamo perciò porre particolare attenzione all'eventuale ansia che può dimostrare il paziente nei nostri confronti. Infine l'atipica è costituita da messaggi comunicativi espressi attraverso il contatto fisico, in questo caso le differenze culturali rivestono un ruolo cruciale.

Nel caso del bambino è fondamentale che l'operatore entri in contatto dapprima fisicamente, accompagnandolo per mano alla poltrona, appoggiando una mano sulla spalla e poi attraverso tutti gli altri sistemi sopra descritti²⁹.

Controllo della voce

Riveste un ruolo importante nella resa delle emozioni nella comunicazione verbale. Il controllo della voce consiste nel saper calibrare volume e tono in relazione a quello che si vuole esprimere³⁰. L'obiettivo è ottenere attenzione e stabilire un appropriato ruolo adulto-bambino³¹. Un tono di voce basso e calmo riesce a rilassare maggiormente il paziente, invece un tono più alto incute rispetto.

Trucchi di magia

Il principale vantaggio di incorporare nella pratica odontoiatrica trucchi di magia è quella di aiutare i pazienti a rilassarsi riducendo lo stress e la paura. Luis Melamed, presidente della Dentillusion, produce semplici trucchi magici per l'industria dentale utili alla distrazione dei bambini per la presa di radiografie, esecuzione di cure, tecniche di igiene, etc.

Uno studio del 2005 di Peretz e Gluck³² ha dimostrato come, grazie a semplici trucchi di magia, bambini di età compresa tra i 3 e i 6 anni, diventino più collaboranti, si siedano più velocemente al riunito e sia più semplice prendere le radiografie.

Altri studi, al di fuori del campo odontoiatrico, dimostrano che bambini sottoposti a prelievi venosi e distratti con trucchi di magia non sentano il dolore della puntura.

Sedazione cosciente

La sedazione cosciente è uno dei metodi più utilizzati per ottenere la collaborazione del piccolo paziente ansioso. È uno stato indotto farmacologicamente in cui il paziente risponde normalmente ai comandi verbali, nonostante possano essere alterate le sue funzioni cognitive e la coordinazione, mentre è inalterata la funzione cardiopolmonare. Attraverso una maschera nasale viene fatta inalare al paziente una miscela di ossigeno e protossido di azoto (solitamente nel bambino la miscela è composta dal 50% di O₂ e 50% di N₂O) che rende il bambino tranquillo e gli fa percepire minor dolore. Tuttavia, non essendo un'anestesia generale la collaborazione del piccolo è indispensabile per il successo della cura.



Immagine 6

Grazie alla forte azione rilassante e ansiolitica del gas, circa l'80% dei pazienti non collaboranti possono essere trattati. La sedazione cosciente per inalazione è un metodo estremamente sicuro ma non è indicato in pazienti con respirazione nasale difficoltosa. Gli effetti collaterali riportati in letteratura sono, in rari casi, mal di testa e nausea.

Contenzione dolce

Facendosi aiutare da un collaboratore, si cerca di mantenere ferma la testa del paziente per evitare movimenti bruschi; in alcuni casi è necessario anche trattenere le mani del paziente per evitare che cerchi di allontanare gli strumenti odontoiatrici dal proprio cavo orale in momenti poco opportuni.

Empatia

Atteggiamento psicologico che spinge il medico a capire e condividere gli stati del paziente. È una delle tecniche base se si vuole praticare una medicina centrata sul paziente, tenendo cioè conto del suo punto di vista e dei suoi bisogni. Comunicare al paziente la propria disponibilità e dimostrargli interesse non solo come oggetto della terapia ma come persona.

Distrazione

Tecnica comportamentale fondamentale per far fronte al disagio ed alla sofferenza, provocati dalle cure odontoiatriche. Sembra inoltre che le distrazioni siano molto utili nell'aiutare le persone a far fronte ad eventi stressanti brevi.

Molti studi sulla distrazione utilizzano film videoregistrati³⁴ o videogame; altri metodi più semplici, sono il raccontare fiabe o parlare di qualunque argomento in grado di distrarre il bambino³⁵.



Immagine 7

Più sappiamo riguardo il bambino e più saremo in grado di scegliere la tattica vincente.

Il disegno

Nel 1913 Luquet affermò che il bambino dai sei ai sette anni mentre disegna non copia una data situazione ma dipinge il proprio punto di vista. Generalmente attraverso il disegno si tenta di comprendere la struttura della personalità del bambino e i suoi problemi³⁷.

In odontoiatria, il disegno appare utile per comprendere il modo in cui il bambino vive l'esperienza odontoiatrica, se essa genera ansia o se è ben tollerata.



Immagine 8

Facendo disegnare il bambino prima delle cure, sembra sia possibile ottenere un miglioramento del suo stato psicologico, infatti è provato che l'attività grafica diminuisce lo stato di ansia funzionando come un effetto di distrazione.

Rinforzo positivo

L'utilizzo del rinforzo positivo implica l'accettare che la meta della cooperazione sia raggiunta per gradi. Gradualmente il bambino è ricompensato per un comportamento appropriato che duri sempre un po' di più³⁸.

Tre regole fondamentali sono:

- 1) mai iniziare in modo troppo sommesso
- 2) fare in modo che il rinforzo segua il comportamento il più direttamente possibile
- 3) aumentare gradualmente le difficoltà

Esistono rinforzi di due tipi, quelli sociali, che comprendono le attenzioni, le lodi, i sorrisi e quelli “tipo pegno” che sono oggetti desiderati che solitamente sono forniti dai genitori. Queste due tipologie possono essere utilizzate contemporaneamente.

Immagini positive

Si tratta di far vedere al paziente immagini positive in sala d'attesa mentre aspetta di essere chiamato per il trattamento. Le immagini devono rappresentare pazienti tranquilli e felici, che sorridono mentre sono nello studio odontoiatrico³⁹.



Immagine 9

Si può inoltre creare un libro che con scene semplici racconti cosa accade ad un personaggio quando va in dal professionista a far controllare i denti.

Dopo la visione di tali immagini si ha una diminuzione dell'ansia perché il bambino viene preparato a ciò che accadrà quando sarà seduto alla poltrona e ha creato in lui un'immagine positiva della situazione⁴⁰.

Il gioco

L'efficacia di avere a disposizione una sala giochi mentre il bambino attende il proprio turno è dimostrata da anni, il bambino infatti distoglie l'attenzione da ciò che lo aspetta dopo e si rilassa.

La risata è infatti la miglior medicina per diminuire lo stress e aumentare la sensazione di benessere.

In uno studio del 2010 di Hosseinpour e Memarzadeh⁴¹ i bambini che avevano a disposizione una sala giochi con giochi colorati ed interattivi,



televisione per guardare i cartoni animati e pupazzi di varie dimensioni hanno reagito meglio alle operazioni cui venivano sottoposti sia per quanto riguarda la diminuzione dello stato di stress prima, durante e dopo il trattamento, sia per la risposta fisiologica di guarigione.

Immagine 10

Gioco di ruolo e psicodramma

I giochi di ruolo, sono uno strumento innovativo e fondamentale nel campo della didattica rivolta ai bambini; fare un gioco di simulazione significa calarsi "nei panni di", un'esperienza concreta che consiste nello sperimentare con il gioco dinamiche complesse e reali. Attraverso il divertimento e il gioco, vengono così trattate tematiche che altrimenti rimarrebbe prerogativa degli adulti.

Il gioco di ruolo rinforza nel bambino la motivazione ad apprendere, sviluppa l'empatia, la conoscenza, l'uso del linguaggio e migliora la capacità di prendere decisioni in situazioni complesse.

Grazie alla rappresentazione scenica, si facilita lo stabilirsi di un intreccio più armonico tra le esigenze intrapsichiche e le richieste della realtà, e porta alla riscoperta ed alla valorizzazione della propria spontaneità e creatività.



Il dottor J.L. Moreno, psichiatra e pioniere nel campo dei processi di gruppo, ha scoperto negli anni '20 l'importanza e l'efficacia per la persona della rappresentazione scenica di ciò che ella vive, ha vissuto, desidererebbe vivere, avrebbe desiderato vivere.

Anche nel rapporto con i bambini la messa in scena permette di avviare, in un contesto protetto e rassicurante, un dialogo percepibile, attivo e costruttivo⁴². Attraverso lo psicodramma la persona "gioca", concretizzando sulla scena le sue rappresentazioni mentali e grazie all'utilizzo di diverse tecniche proprie della metodologia d'azione (inversione di ruolo, doppio, specchio, soliloquio, sociometria...), è possibile lo sblocco di situazioni interiori cristallizzate e ripetitive, la soluzione di problemi e di situazioni di crisi.

La rappresentazione permette ai bambini di:

- esplorare comportamenti che non osano avere a causa di paure o di limitazioni sociali (fingere di essere un cavaliere crudele, ad esempio).
- esercitare la loro leadership, spesso immaginano di giocare con altri, dettando regole e dando ordini, usare la loro immaginazione per inventare situazioni, luoghi e personaggi, esercitarsi ad affrontare situazioni sconosciute, acquisendo conoscenza di se stessi, imparare regole sociali.

Tra i 3 e i 6 anni la rappresentazione scenica assume forme più complesse ma attinge sempre dalle situazioni familiari e note ai piccoli. I bambini amano immedesimarsi, giocare a fare finta di essere un dottore, una maestra, un poliziotto, un pompiere ecc.

Favorire e partecipare ai giochi di ruolo dei bambini è molto importante perché può dirci molte cose sulle paure, sui sentimenti, sui desideri dei bambini⁴².

Solitamente, i piccoli non sanno o non vogliono esternare alcune cose. Tramite la rappresentazione scenica è come se affidassero ad altri la comunicazione di alcuni stati d'animo.

In questo modo, si liberano da ciò che rimane chiuso dentro essi e nello stesso tempo ci permettono di capirli e, qualche volta, di aiutarli. E allora, facciamo finta di... tornare per un po' bambini anche noi, facciamoci piccoli ed eleviamoci con loro, perché dai bambini non si può imparare che ad essere migliori.



Immagine 11

Immaginazione guidata e comunicazione ipnotica

La comunicazione ipnotica può essere definita una modalità comunicativa basata sulla potenzialità che la parola ha di evocare, creare nel soggetto visualizzazioni, stati emozionali, e di arricchire il mondo interno del soggetto. L'analisi delle tecniche precedenti spiega come la comunicazione sia l'elemento fondamentale per guidare l'esperienza del soggetto e per questo è possibile dire che tutte queste tecniche sono modi "ipnotici" di utilizzare la comunicazione; intendendo Comunicazione Ipnotica una tecnica che utilizza la comunicazione per focalizzare l'attenzione del bambino verso un vissuto positivo dell'esperienza che verrà immaginata ed espressa fisicamente con una risposta psicofisica adeguata. L'ipnosi è anche comunicazione e l'ipnotista può agire sul contesto sociale dell'individuo, sia in maniera diretta, creando delle aspettative, sia in maniera indiretta, attraverso metafore e racconti.

L'ipnotismo è noto all'uomo da oltre quattromila anni, era già conosciuto dai Cinesi, dagli Egizi, dagli Indiani, dagli Ebrei, dai Greci, dai Romani. In Europa, bisogna aspettare il 1700, con Mesmer, filosofo e medico, Gassner, di origine svedese, Braid scozzese. Charcot, lo diffuse poi in Francia dal 1842 al 1886 ed in seguito si diffuse in Italia per gli studi di Ellero, Lombroso, Tamburini. In questi anni in tutta Europa furono compiute migliaia di operazioni indolore con l'ipnosi sperimentandola così anche in campo chirurgico. In odontoiatria da ricordare i lavori di Pavesi e Mosconi (1974) che fanno uso dell'ipnosi nei casi di stomatopirosi, bruxismo, e sindrome dell'articolazione temporo-mandibolare.

Nei casi affrontati con i bambini, il clinico descrive un evento o un'attività considerata positiva per il piccolo, dando particolare enfasi su come si sentirebbe questo in tale situazione.

È una tecnica che sollecita la fantasia innata del bambino, tuttavia bisogna porre attenzione alle differenze di età e allo sviluppo fisico.

Visualizzare un programma televisivo favorito o un'attività favorita si adatta ai bambini in età prescolare (dai 4 ai 6 anni), gli avvenimenti o le attività favoriti sono utili per bambini di età media (tra 7 e 11 anni) mentre guidare o far andare a gran velocità una macchina, suonare uno strumento o fare una qualsiasi attività orientata all'azione è più adatta agli adolescenti.

Nella comunicazione ipnotica la componente non verbale e l'atteggiamento dell'operatore durante la fase di accoglienza è fondamentale: le braccia aperte e non conserte, il sorriso, lo sguardo attento al viso e all'espressione della persona trasmettono la buona disponibilità all'accoglienza e il desiderio ad entrare in relazione.

E' molto importante usare parole affermative e non negazioni, ad esempio, dire al bambino prima di fare l'anestesia "Non avere paura, sentirai solo un piccolo pizzicotto" è sbagliato perché il piccolo si concentrerà maggiormente sulla zona in cui dobbiamo lavorare, aumentando il senso della preoccupazione e del dolore; gli si potrebbe invece dire : "Siediti tranquillo su questa comoda poltrona, che è una nave spaziale e vedrai che potrai aiutarci e velocemente dopo potrai scegliere il premio", intanto, lo si invita a focalizzare la sua attenzione su una mano o sui piedi con la conseguenza che nella zona della bocca non sentirà alcun dolore oppure un lieve fastidio.

Bisogna inoltre dare al bambino la certezza di prendere in considerazione tutto ciò che lui ci dirà e mantenere le promesse, dire "al mio tre faremo pausa" vuol dire contare "uno, due, tre" e fare realmente pausa, non come accade in alcuni casi: "uno, uno e mezzo, uno e tre quarti ecc" perché perderemmo la fiducia che aveva riposto in noi.

Durante la relazione con il paziente è molto importante far emergere le sue risorse, le potenzialità della persona.

Nell'educazione alla salute, è centrale e importante la partecipazione del soggetto che deve avere un ruolo attivo nel processo.

Secondo Granone⁴³ non è bene utilizzare frequentemente l'ipnosi nei fanciulli, perché lo stato dissociativo dell'ipnosi profonda non giova alla psiche in evoluzione (Granone F., 1989). Nel bambino si utilizza preferibilmente l'immaginazione, che è molto fervida, e che può essere utilizzata in modo molto flessibile e produttivo.

PATOLOGIA CARIOSA E METODICHE DI PREVENZIONE

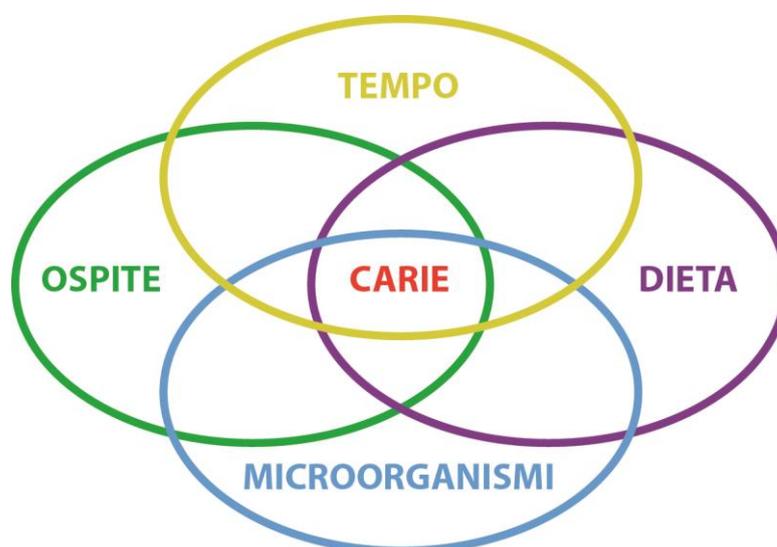
La carie è una malattia infettiva a patogenesi multifattoriale, caratterizzata dalla demineralizzazione dei tessuti duri del dente.

Colpisce qualsiasi fascia di età e, nonostante sia diminuita la sua incidenza, rimane a tutt'oggi una patologia largamente diffusa ed attuale, in particolare proprio in età infantile.

Numerosi studi⁴⁴ hanno evidenziato che fattori socioeconomici possono influenzare la prevalenza di carie per il limitato accesso delle fasce più svantaggiate della popolazione ai servizi preventivi⁴⁵.

In Italia la media dei denti cariati, mancanti od otturati in una fascia di età tra i 4 e i 12 anni è passata dal 6,9 nel 1979 al 1,1 nel 2004.

Secondo il diagramma di Keyes (1962), l'interazione di tre concause, microrganismi, dieta, ospite, correlate al fattore tempo, determina lo sviluppo della patologia cariosa. Questi fattori tuttavia devono essere anche associati a variabili comportamentali quali l'educazione, l'abilità manuale, le conoscenze ed il livello di motivazione.



La carie è un processo infettivo trasmissibile, causato dallo *Streptococcus mutans* e da varie specie di *Lactobacilli*, la cui azione lesiva dipende dalla capacità di metabolizzare gli zuccheri esogeni, in particolare il saccarosio⁴⁶. Dalla fermentazione batterica dei carboidrati derivano gli acidi organici che determinano la demineralizzazione dello smalto dentario.

La colonizzazione del cavo orale del bambino da parte dello *S. Mutans* avviene dopo l'eruzione dei denti, attraverso la saliva di persone che si prendono cura del bambino, o per contatto diretto, o indiretto. È soprattutto attraverso lo stretto contatto con la madre, durante i primi due anni di vita, che può avvenire la trasmissione di una carica batterica di *S. Mutans* sufficiente a provocarne l'impianto. La colonizzazione di *S. Mutans* è stata associata ad un'alta prevalenza di carie nella dentizione decidua; pertanto è importante che gli elementi decidui vengano spazzolati sin dalla loro eruzione e che venga instaurata una corretta educazione alimentare che limiti la frequenza di introduzione di cibi zuccherati, allo scopo di impedire l'abbassamento del pH orale oltre la soglia di demineralizzazione^{46,47}.

Il ruolo della prevenzione primaria nell'infanzia risulta fondamentale⁴⁵. La prevenzione è basata sulla promozione della salute orale, basata sulla collaborazione tra genitore, piccolo paziente e specialista. Il genitore deve essere adeguatamente motivato ed istruito sulle abitudini igienico-alimentari del bambino, in particolare sul tipo di alimentazione più idonea, sulla frequenza di assunzione di cibi contenenti carboidrati fermentabili, sullo spazzolamento quotidiano dei denti anche prima dei 3 anni di età e sulla necessità di controlli periodici odontoiatrici in età prescolare⁴⁸.

La prevenzione specialistica si fonda sulla figura dell'odontoiatria e dell'igienista dentale che oltre ad avere il compito di consigliare e sorvegliare il genitore in merito alle abitudini igienico-alimentari, deve attuare tutti quei presidi di prevenzione primaria rappresentati dalla sigillatura dei solchi.

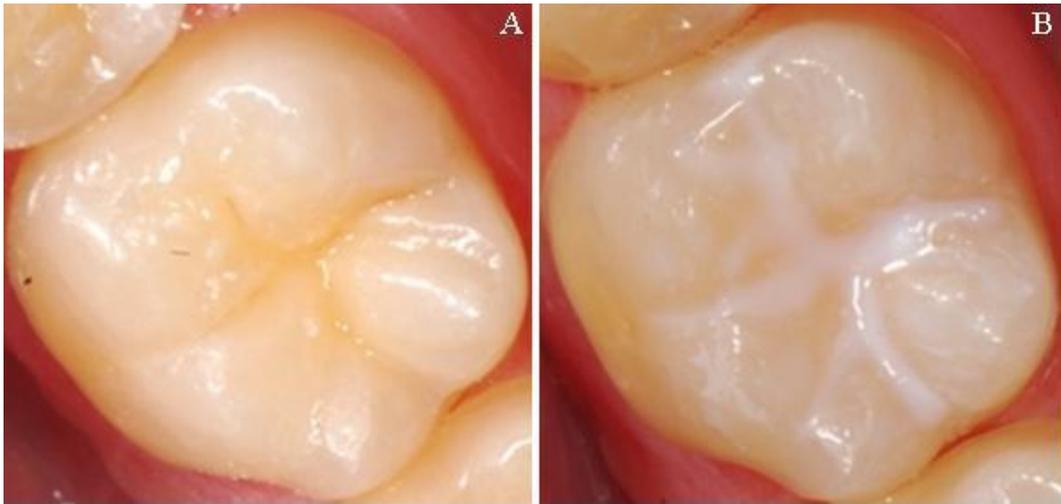


Immagine 12

La sigillatura dei solchi è una procedura che consiste nell'applicazione di resine composte fluide all'interno dei solchi degli elementi permanenti, al fine di modificarne la morfologia e renderli più facili da detergere, impedendo così la deposizione di placca al loro interno e la formazione di carie.

PATOLOGIE PARODONTALI E DEI TESSUTI MOLLI

Le patologie a carico dei tessuti molli si possono suddividere in due gruppi, lesioni delle mucose e gengive, frenuli⁴⁹.

Le lesioni nel bambino si presentano fundamentalmente con i seguenti aspetti clinici: lesioni bianche, lesioni ulcerative e neoformazioni.

Micosi



Immagine 13

Candidosi pseudomembranosa, altrimenti nota come “mughetto” è causata dal micete *Candida Albicans*. L’immaturità immunologica dell’infanzia, unita alla frequente assunzione di antibiotici, possono rappresentare un substrato ottimale per lo sviluppo del micete.

Lesioni Bianche

Ipercheratosi focale da frizione, si tratta di una lesione bianca non removibile, dovuta ad un evento traumatico di natura meccanica. La rimozione del fattore irritativo permette la regressione della lesione nell’arco di un paio di settimane.

Lingua villosa, caratterizzata da ipertrofia e allungamento delle papille filiformi, dovuta ad un ritardo nella normale desquamazione dello strato corneo o ad un aumento della sua velocità di cheratinizzazione.



Lingua a carta geografica, condizione infiammatoria cronica benigna, caratterizzata da un processo distrofico-desquamativo a carico delle papille filiformi, che insorge nei bambini soprattutto prima dei 10 anni.

Immagine 14

Le lesioni tendono a scomparire spontaneamente nel giro di giorni o settimane, per poi ricomparire in altre zone della lingua.

Lesioni ulcerative

Stomatite aftosa, patologia ulcerativa più frequente nella mucosa orale, la sua incidenza varia dal 20 al 66%. L'eziologia è sconosciuta, sebbene siano stati presi in considerazione vari fattori che sembrano favorire o scatenare la patologia. Alcuni esempi sono il deficit di vitamina B12, acido folico, ferro, intolleranze alimentari, stress emotivi o fisici, traumi locali, modificazioni ormonali.

Ulcera traumatica, dovuta ad un trauma meccanico o fisico o da autolesionismo (morsicature). Si tratta di una lesione singola e dolorosa con superficie rossa o ricoperta da un essudato bianco-giallastro e con sottili bordi eritematosi, solitamente localizzata sui fornici o le guance. Guariscono spontaneamente in 6-10 giorni.

Lesioni virali, il primo contatto con l'HSV-1 comporta un'eruzione vescicolare diffusa a tutto il cavo orale. Altra patologia che comporta questi lesioni è la malattia bocca-mani-piedi, dovuta ad un'infezione da coxsackie virus.

Neoformazioni



Immagine 15

Mucolcele, neoformazione cupoliforme, non dolente, causata solitamente da uno stravasamento mucoso per rottura traumatica di un dotto di una ghiandola salivare. Frequente a livello del labbro inferiore.

Frenuli

I frenuli in alcuni casi possono comportare alcuni problemi che richiedono un intervento chirurgico. L'inserzione profonda del frenulo labiale superiore può causare diastema interincisivo superiore nei denti permanenti; il frenulo mandibolare lungo può indurre un inizio di recessione gengivale degli incisivi inferiori permanenti; il frenulo linguale corto può essere associato a ritardo nello sviluppo del linguaggio e difetti di pronuncia.

SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo principale di questo studio è stato quello di analizzare e trattare l'odontofobia in pazienti pediatriche con l'utilizzo di pupazzetti, creando delle scenette in cui il bambino si immedesima a scelta in uno dei personaggi.

Obiettivo secondario è stato valutare la possibilità di formare igienisti che si avvicinino ai pazienti pediatriche con una metodica riproducibile ed efficace, allo scopo di offrire un approccio migliore ed ottenere una maggiore collaborazione.

MATERIALI E METODI

Raccolta dati

Il nostro progetto, incentrato su pazienti pediatrici, è stato condotto presso il Reparto di Pedodonzia dell'Ospedale San Giacomo Apostolo, Via dei Carpani 16/Z per un periodo di sei mesi.

Si tratta di uno studio osservazionale effettuato, previo consenso dei genitori, attraverso un modulo di consenso, mediante la somministrazione di una scala clinica per la valutazione dell'ansia attraverso sei punti.

La scala è stata creata utilizzando come base la scala di Venham, ossia, assegnando ad ogni punteggio clinico l'immagine comportamentale corrispondente.

Nello studio sono stati selezionati 40 bambini dai 3 agli 8 anni di età di varia cittadinanza, i pazienti potevano essere alla prima visita o aver già subito trattamenti e non voler proseguire con i successivi. I 40 bambini sono stati suddivisi casualmente in due gruppi da 20 bambini ciascuno, il gruppo Gioco e il gruppo di Controllo. Il Gruppo Gioco è composto da 10 maschi e 10 femmine mentre il gruppo Controllo da 11 maschi e 9 femmine. A ciascuno è stato poi assegnato un numero di riconoscimento da 1 a 40.

In seguito, tre pazienti per gruppo, che non avessero ancora subito trattamenti, sono stati scelti per essere valutati ad ogni incontro e valutare se l'ansia cresceva o decresceva durante il percorso. È stato inoltre valutato il numero di approcci necessario prima che il paziente fosse tranquillo per poter così iniziare il trattamento di cui necessitava.

Tabella 1. Gruppo Gioco

	Età	Sesso	Trattamento iniziale	Nazionalità
1	3	F	Visita in urgenza	Albanese
2	3	F	Prima visita	Italiana
3	3	F	Prima visita	Italiana
4	3	M	Prima visita	Italiana
5	3	M	Prima visita	(africa)
6	4	F	Prima visita	Marocchina
7	4	F	Primo Approccio	Italiana
8	4	M	Prima visita	Italiana
9	5	F	Approccio	Albanese
10	5	F	Urgenza	Marocchina
11	5	M	Otturazione	Cinese
12	5	M	Otturazione	Italiana
13	5	M	Prima visita	(africa)
14	5	F	Visita da PS	Italiana
15	6	F	Prima visita	Italiana
16	6	F	Sigillature	Italiana
17	6	M	Otturazione	Italiana
18	7	M	Prima Visita	Marocchina
19	7	M	Otturazione	Albanese
20	8	M	Otturazione	Italiana

Tabella 2. Gruppo di controllo

	Età	Sesso	Trattamento iniziale	Nazionalità
21	3	F	Otturazione	Italiana
22	3	F	Prima visita	Albanese
23	3	M	Prima visita	Cinese
24	3	M	Prima visita	Italina
25	4	F	Molaggio	Albanese
26	4	F	Prima visita	Marocchina
27	4	M	Otturazione	Italiana
28	5	M	Otturazione	Italiana
29	5	M	Prima visita	(africa)
30	5	M	Sigillature	Marocchina
31	5	M	Prima visita	Italiana
32	6	F	Sigillature	Italiana
33	6	F	Sigillature	Italiana
34	6	F	Otturazione	Albanese
35	6	M	Sigillature	Italiana
36	7	F	Otturazione	Cinese
37	7	M	Sigillature	Italiana
38	7	M	Otturazione	Cinese
39	8	F	Visita da PS	Marocchina
40	8	M	Molaggio	Albanese

Al Gruppo Gioco è stata proposta la scala dell'ansia mentre si trovavano in sala d'attesa, in seguito al gioco con i pupazzi ed al termine delle cure. Al Gruppo Controllo la scala è stata consegnata in sala d'attesa e al termine del trattamento.

Nel Gruppo Gioco ci siamo serviti dell'Igieniglio, il coniglio igienista e dei pazienti Jimmy Scoiattolo o Betta coniglietta a seconda che il bambino fosse maschio o femmina. Con l'utilizzo di questi ausili si è spiegato, attraverso la rappresentazione, tutto quello che va ad affrontare il piccolo paziente, dagli strumenti al trattamento.

In seguito si passa al gioco di ruolo: prima il bimbo impersona il paziente (scoiattolo/coniglietta) poi può impersonare l'Igieniglio (coniglio igienista) ed infine l'Igieniglio nel ruolo dell'odontoiatra. In questo modo il piccolo paziente passa dalla posizione di chi subisce le cure a quella in cui le fornisce, questo cambio di prospettiva gli permette di assumere un ruolo attivo a livello immaginativo e di vedere le sue paure da un altro punto di vista, infatti, nel ruolo di igienista e odontoiatra è lui che deve tranquillizzare il paziente.

Nel gruppo di controllo ci si è comportati come di consueto, spiegando ai bambini già accomodati al riunito gli strumenti che avrebbero incontrato durante il trattamento ed il trattamento stesso.

Alcuni pazienti, visti in prima visita, sono stati seguiti per più trattamenti, proponendogli ogni volta la scala di valutazione dell'ansia; di questi, tre facevano parte del Gruppo Gioco e tre del Gruppo Controllo.

Criteri di inclusione:

- bambini di età compresa tra i 3 e gli 8 anni, di qualsiasi etnia e lingua
- bambini in prima visita
- bambini precedentemente trattati e definiti “non collaboranti”

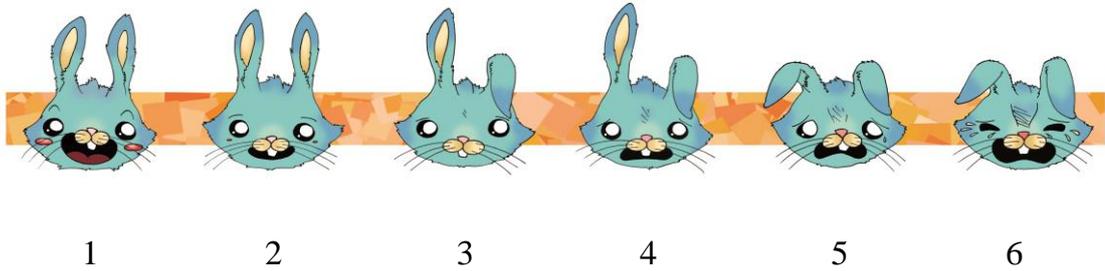
Criteri di esclusione:

- bambini affetti da patologie neurologiche, sindrome di down, autismo
- bambini già trattati e collaboranti

Ruolo dell’igienista:

Professionista e promotore della salute orale, in questo studio, il suo ruolo è stato quello di educare e motivare i bambini ad una collaborazione attiva.

La scala per la valutazione dell'ansia



1. Il bambino è rilassato e sorride, è disponibile e parla in modo corretto.
2. Il bambino è inquieto e preoccupato. Durante la procedura può protestare brevemente. Le mani rimangono in basso o lievemente alzate segnalando disagio. Il bambino è volenteroso ed è capace di interpretare correttamente l'esperienza. L'espressione del viso è tesa.
3. Il bambino appare scontento. Il tono della voce, le domande e le risposte riflettono ansia. Durante la procedura il bambino esplicita proteste verbali, piange sommessamente, le mani sono tese ed alzate ma non interferiscono con la procedura odontoiatrica. Il bambino interpreta correttamente e con razionalità la situazione e continua a lottare contro il suo stato di ansia.
4. Il bambino manifesta riluttanza a prendere atto della situazione e difficoltà nel valutare correttamente i pericoli derivanti dalla mancata risoluzione della sua situazione odontoiatrica. Protesta verbalmente in modo energico e piange. Protesta in modo sproporzionato nei confronti del trattamento cui viene sottoposto. Fa fronte alla situazione con riluttanza.

5. L'ansia del bambino interferisce su ogni possibilità di accertamento delle sue condizioni odontoiatriche. Il pianto non è correlabile con il trattamento. Appaiono preponderanti i movimenti che il bambino compie con il proprio corpo. Il bambino può essere ancora raggiunto attraverso il contatto verbale. Alla fine, pur manifestando scarsa disponibilità e dopo grandi fatiche, finalmente inizia a lasciarsi trattare.
6. Il bambino si colloca al di fuori della realtà del trattamento. Piange rumorosamente e non è in grado di ascoltare qualsiasi comunicazione verbale a lui rivolta. Non fa alcuno sforzo per adeguarsi al trattamento ed assume atteggiamenti di fuga, per cui deve essere trattenuto a viva forza.

L'IGIENIGLIO E I PAZIENTI



CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto.....nato a.....il.....

ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI MIO/A FIGLIA ACCETTANDO di partecipare allo studio della Dott.ssa Francesca Perini.

Confermo di aver ricevuto esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta della mia partecipazione allo Studio sperimentale ai fini della Ricerca.

Data

.....

FIRMA DEL GENITORE

.....

Costruzione del database

Le informazioni raccolte sono state registrate, elaborate e conservate mediante strumenti di tipo elettronico e la loro diffusione sarà solamente in forma rigorosamente anonima.

Nello specifico, i dati raccolti sono stati archiviati in un foglio elettronico in formato Excel in cui ad ogni paziente è stato assegnato un numero di riconoscimento da 1 a 40.

Analisi statistica

È stato applicato il test non parametrico di Wilcoxon Mann Whitney per la verifica dell'ansia al termine del trattamento odontoiatrico tra i pazienti inclusi nel Gruppo Gioco e quelli inclusi nel Gruppo controllo.

Il P value preso in considerazione è < 0.005 .

RISULTATI

Il campione si compone di 40 pazienti, 20 hanno fatto parte dello studio sperimentale, Gruppo gioco e 20 hanno fatto parte dei controlli, Gruppo Controllo.

In Tabella 1 è rappresentata la distribuzione dei partecipanti del Gruppo Gioco mentre in Tabella 2 quella dei partecipanti facenti parte del Gruppo Controllo.

Tabella 1. Distribuzione dei partecipanti del Gruppo Gioco.

	<u>Età</u>	<u>Sesso</u>	<u>Trattamento iniziale</u>	<u>Prima</u>	<u>Durante</u>	<u>Finale</u>	<u>Nazionalità</u>
1	3	F	Urgenza	5	1	1	Albanese
2	3	F	Prima visita	3	1	1	Italiana
3	3	F	Prima visita	3	1	1	Italiana
4	3	M	Prima visita	3	1	1	Italiana
5	3	M	Prima visita	3	1	1	(africa)
6	4	F	Prima visita	3	1	1	Marocchina
7	4	F	Primo approccio	3	2	2	Italiana
8	4	M	Prima visita	3	1	1	Italiana
9	5	F	Approccio	6	1	2	Albanese
10	5	F	Urgenza	6	2	3	Marocchina
11	5	M	Otturazione	3	1	1	Cinese
12	5	M	Otturazione	4	1	1	Italiana
13	5	M	Prima visita	4	2	2	(africa)
14	5	F	Visita da PS	5	1	1	Italiana
15	6	F	Prima visita	2	1	1	Italiana
16	6	F	Sigillature	6	2	3	Italiana
17	6	M	Otturazione	3	1	1	Italiana
18	7	M	Prima Visita	4	2	1	Marocchina
19	7	M	Otturazione	4	1	1	Albanese
20	8	M	Otturazione	4	1	2	Italiana

Tabella 2. Distribuzione dei partecipanti del Gruppo Controllo.

	Età	Sesso	Trattamento iniziale	Prima	Finale	Nazionalità
21	3	F	Otturazione	3	2	Italiana
22	3	F	Prima visita	3	2	Albanese
23	3	M	Prima visita	6	6	Cinese
24	3	M	Prima visita	4	2	Italiana
25	4	F	Molaggio	6	4	Albanese
26	4	F	Prima visita	3	2	Marocchina
27	4	M	Otturazione	5	3	Italiana
28	5	M	Otturazione	3	1	Italiana
29	5	M	Prima visita	3	1	(africa)
30	5	M	Sigillature	3	2	Marocchina
31	5	M	Prima visita	4	1	Italiana
32	6	F	Sigillature	6	3	Italiana
33	6	F	Sigillature	5	2	Italiana
34	6	F	Otturazione	4	3	Albanese
35	6	M	Sigillature	5	2	Italiana
36	7	F	Otturazione	2	2	Cinese
37	7	M	Sigillature	6	4	Italiana
38	7	M	Otturazione	3	3	Cinese
39	8	F	Visita da Ps	5	2	Marocchina
40	8	M	Molaggio	5	3	Albanese

Le medie, la moda e le deviazioni standard dei parametri all'inizio dello studio sono mostrate nella tabella 1A, in tabella 2A sono invece rappresentati i valori al termine dello studio.

In tabella 3 si confronta poi, con il test di Mann-Whitney, test non parametrico, se vi sono differenze significative di diminuzione dell'ansia, rispetto i valori iniziali tra il Gruppo Gioco e il Gruppo Controllo, considerando come livello di significatività $P= 0,05$.

Tabella 1A. In sala d'attesa.

	Gruppo Gioco	Gruppo Controllo
Media	3,85	4,15
Moda	3	3
Deviazione standard	1,1821033885	1,2680278928

Tabella 2A. Al termine del trattamento.

	Gruppo Gioco	Gruppo Controllo
Media	1,4	2,5
Moda	1	2
Deviazione standard	0,6805570474	1,1920791214

Tabella 3. Confronto dei due gruppi con test di Mann-Whitney.

Descriptive Statistics (Spreadsheet4)									
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Lower Quartile	Upper Quartile	Quartile Range	Std.Dev.
PP_Exp	20	-2,45000	-2,00000	-4,00000	-1,00000	-3,00000	-2,00000	1,000000	0,887041
PP_Contr	20	-1,70000	-2,00000	-3,00000	0,00000	-2,50000	-1,00000	1,500000	1,031095

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet4)										
By variable Group										
Marked tests are significant at p <,05000										
variable	Rank Sum Exper	Rank Sum Contr	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Exper	Valid N Contr	2*1sided exact p
Post-Pre	336,5000	483,5000	126,5000	-1,98818	0,046792	-2,09344	0,036311	20	20	0,045954

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA

Grafico1 inerente la tabella 1. Gruppo Gioco

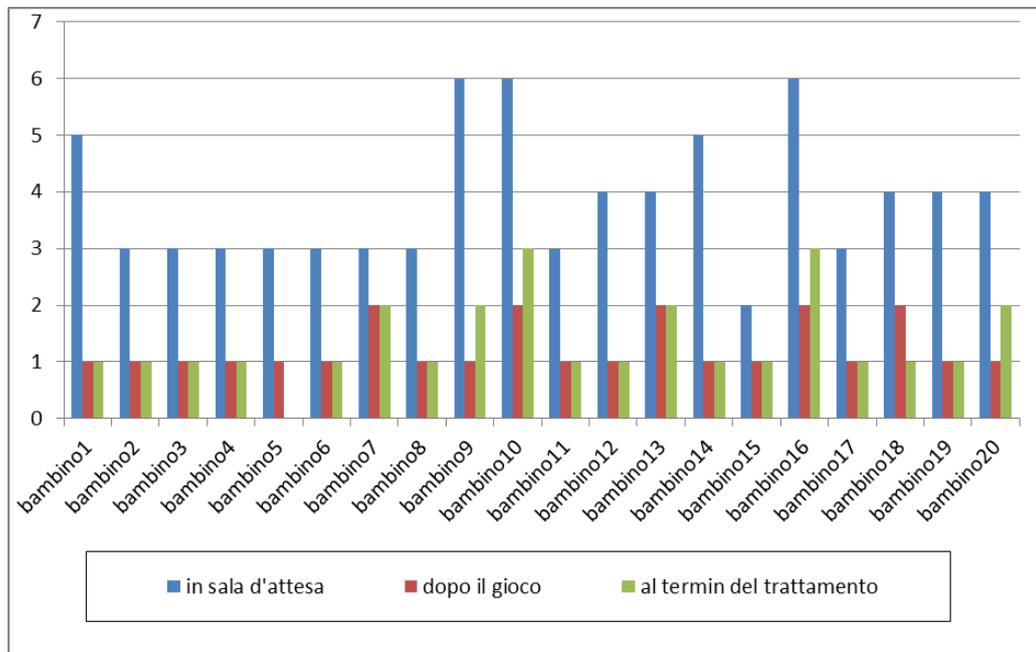
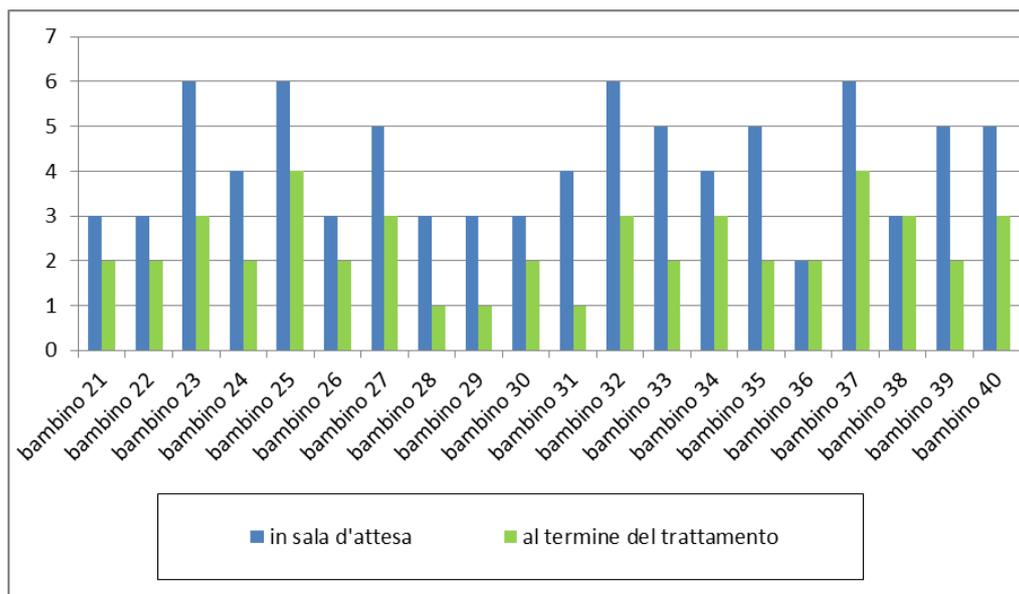
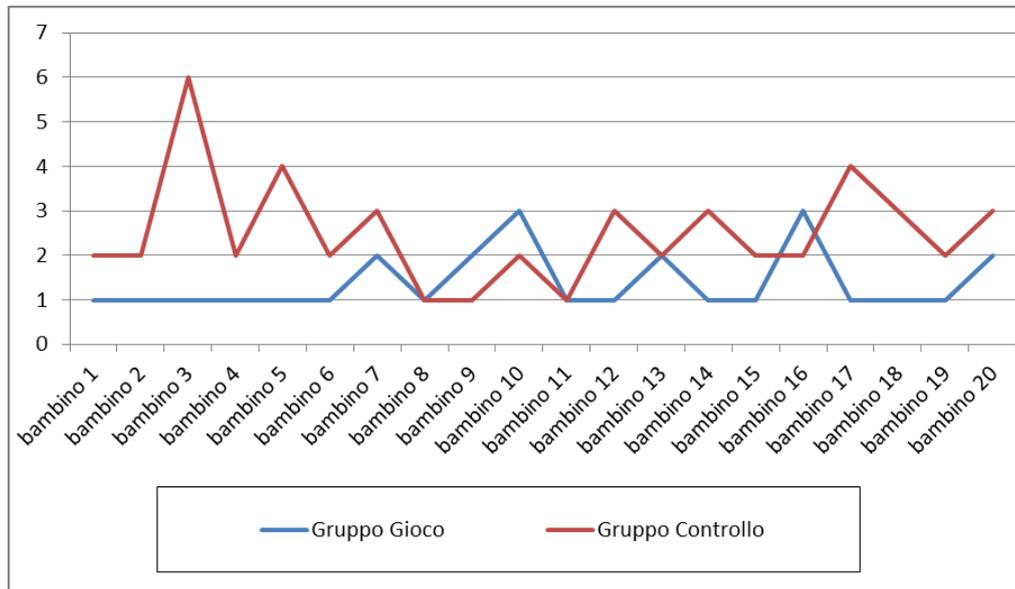


Grafico2 inerente la tabella 2. Gruppo Controllo



Nel grafico 3 abbiamo messo a confronto l'ansia al termine del trattamento nel Gruppo Gioco e quella nel Gruppo di Controllo.

Grafico 3.



Dei 40 pazienti, 3 bambini di ogni gruppo sono stati visti più volte.

Gruppo Gioco:

Paziente 1

	<u>Trattamento</u>	<u>IGIENIGLIO</u> <u>SI/NO</u>	<u>Prima</u>	<u>Durante</u>	<u>Dopo</u>
04/05/2016	Visita in urgenza	Si	5	1	1
13/05/2016	Approccio	Si	5	1	1
27/05/2016	ART: Otturazione in fuji	Si	1	1	1
04/07/2016	Otturazione con anestesia	No	1		2
03/08/2016	Otturazione con anestesia	No	1		2

Paziente 3.

	<u>Trattamento</u>	<u>IGIENIGLIO</u> <u>SI/NO</u>	<u>Prima</u>	<u>Durante</u>	<u>Dopo</u>
15/03/2016	Prima visita	si	2	1	1
21/06/2016	Approccio	si	1	1	2
04/07/2016	ART: otturazione in fuji	no	1		2
25/07/2016	Otturazione in fuji con anestesia	no	1		2

Paziente 7.

	<u>Trattamento</u>	<u>IGIENIGLIO</u> <u>SI/NO</u>	<u>Prima</u>	<u>Durante</u>	<u>Dopo</u>
26/05/2016	Approccio	Si	3	2	2
13/07/2016	Otturazione con anestesia	No	2		1
27/07/2016	Otturazione con anestesia	No	2		1
23/08/2016	Otturazione con anestesia	No	2		1

Gruppo Controllo: Paziente 22.

Data	Trattamento	Prima	Dopo
24/03/2016	Prima Visita	3	2
05/04/2016	Approccio	3	2
09/06/2016	Approccio	2	1
27/07/2016	Otturazione senza anestesia	2	2

Paziente 26.

Data	Trattamento	Prima	Dopo
26/05/2016	Prima visita	3	2
09/06/2016	Approccio	3	2
27/07/2016	Approccio	3	1

Paziente 31.

Data	Trattamento	Prima	Dopo
21/04/2016	Prima visita	4	1
26/05/2016	Approccio	2	1
13/07/2016	Otturazione con anestesia	2	2

DISCUSSIONE

La paura nei confronti del dentista e dell'igienista dentale è frequente nei bambini. L'ansia che accompagna i trattamenti dentali è considerata un problema universale ed è stata interesse di molteplici ricerche. Numerosi sono i metodi utilizzati per misurare l'ansia nei bambini, la scala di Venham, della quale abbiamo usufruito anche noi per il nostro studio, è il metodo più diffuso e di facile somministrazione.

Il gruppo di studio e quello di controllo sono stati creati in maniera casuale e poi confrontati riguardo lo stato di ansia prima e dopo il trattamento dentale.

I bambini che hanno ricevuto un approccio all'ambiente odontoiatrico attraverso il gioco e la rappresentazione delle varie situazioni grazie all'utilizzo dell'Igieniglio hanno ottenuto punteggi inferiori nella scala di Venham alla fine del trattamento dentale rispetto ai bambini che sono stati informati in maniera classica riguardo la procedura cui sarebbero stati sottoposti. La differenza di punteggio è dovuta al fatto che i pazienti che hanno utilizzato l'Igieniglio hanno dimostrato maggior familiarità con l'ambiente e un minor stato di stress riguardo le procedure mediche.

La possibilità di praticare le procedure, seppure per gioco, attraverso l'Igieniglio, aiuta il bambino ad avere maggiore consapevolezza e controllo di sé e della situazione che lo circonda. L'uso dell'Igieniglio per spiegare ai piccoli pazienti le varie procedure, contribuisce a rendere concetti complicati più accessibili e ridurre di conseguenza al minimo lo stato di ansia. Per far fronte alle esigenze di differenti sviluppi cognitivi sono stati utilizzati esempi di volta in volta ritenuti più adatti alla situazione.

Nel nostro studio, il 70% del campione, pari a 14 bambini, trattato con l'Igieniglio non presenta ansia al termine del trattamento contro il 15%, pari a 3 bambini, del Gruppo Controllo.

Un punteggio pari a 2 è stato riscontrato nel 20% del Gruppo Gioco e nel 45% del Gruppo Controllo.

Tutti i bambini che presentavano punteggio 1 o 2 sono stati trattati senza difficoltà, vale a dire il 90% dei pazienti del Gruppo Gioco contro il 60% del Gruppo Controllo.

Se i bambini del Gruppo sperimentale fossero stati visti tutti in prima visita e seguiti successivamente, eliminando la paura di volta in volta, si sarebbe potuto ottenere un successo del 100%.

I dati ottenuti tramite il test di Mann-Whitney presentano un p-value <0,05, la diminuzione dell'ansia nel Gruppo Gioco risulta perciò statisticamente significativa.

L'efficacia dell'Igieniglio è stata riscontrata anche nel numero di sedute necessarie per avviare i pazienti al trattamento odontopediatrico, infatti, i bambini trattati con l'Igieniglio hanno avuto bisogno di un solo approccio. Tuttavia il campione è ancora numericamente ridotto e necessita di un gruppo di studio più ampio.

Risultati simili sono stati ottenuti nello studio del 2007 di Ho Cheung William Li and Violeta Lopez⁴², i quali hanno preso in esame 203 bambini tra i 7 ed i 12 anni che dovevano essere sottoposti ad un intervento chirurgico. I bambini sono stati suddivisi in maniera casuale in due gruppi, 106 sono stati assegnati al Gruppo Controllo e 97 al Gruppo Sperimentale.

I bambini del Gruppo Sperimentale, circa una settimana prima dell'intervento, hanno potuto osservare e provare attraverso il gioco ciò che sarebbe successivamente accaduto loro durante l'operazione.

Sono stati incoraggiati a toccare, esplorare e provare i macchinari della sala operatoria grazie anche all'utilizzo di una bambola a dimensioni umane.

Il Gruppo Controllo ha invece ricevuto informazioni di routine.

Il Gruppo Sperimentale ha riportato un livello di ansia significativamente più basso rispetto al Gruppo Controllo sia durante il periodo pre-operatorio che nel post-operatorio, come si può vedere nella tabella seguente.

	G. sperimentale (mean, ds)	G. Controllo (mean, ds)	t-value	p-value
Pre-operatorio	34.36, 8.08	38.60, 8.52	3.6	0.001
Post-operatorio	33.58, 5.89	36.16, 5.60	3.2	0,002

Già nel 1953 Mackeith in “ Children in hospital preparation for operation”⁵⁰ e nel 1975 Wolfer and Visitainer in “ Pediatric surgical patients” and parents”⁵¹ stress responses and adjustments” avevano sottolineato come lo stress diminuisse davanti a situazioni rese familiari, in cui i bambini riuscivano ad avere maggior controllo di sé e dell'ambiente circostante.

Sarebbe utile valutare questo tipo di approccio terapeutico in tutti i campi in cui si venga a contatto con piccoli pazienti, infatti il gioco ha un ruolo importante nell'infanzia e i bambini hanno necessità di giocare anche e soprattutto in ambienti che possono incutere timore.

CONCLUSIONI

L'effetto positivo dell'Igieniglio nella diminuzione dello stato di ansia è stato misurato attraverso la scala di Venham e grazie al test di Mann-Whitney.

Il gioco e la rappresentazione scenica, così come l'immaginazione guidata sono fondamentali per un bambino e sono un ottimo metodo con cui gli adulti possono interagire con i piccoli pazienti.

La partecipazione attiva del bambino alla dimostrazione delle procedure odontoiatriche eseguite giocando, ci ha permesso infatti, di eseguire i trattamenti elettivi con pazienti più rilassati e collaboranti.

L'utilizzo della comunicazione ipnotica nell'utilizzo di questa metodologia di gioco ha reso possibile un miglior vissuto dell'esperienza nei bambini che hanno sperimentato questa modalità di assistenza durante il percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Dechaumen, Huard P. : “Storia illustrata dell’arte dentaria – odontologia e stomatologia” Ciba-Geigy Edizioni, Parigi, 1984.
2. Pasini W, Haynal A. : Psicologia odontoiatrica. Milano, Masson 1990.
3. Guastamacchia C. : Igiene orale e domiciliare. Milano, Masson 2001.
4. Bal Filoramo L, Gallo Vianzone T. : Odontoiatria infantile e psicoanalisi. Torino Edizioni Libreria Cortina 1990.
5. Piaget J. Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia. Einaudi, Torino, 1964.
6. Freud S. Inibizione, sintomo e angoscia. In Opere, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978.
7. Paglia L. : Il bambino e la realtà stomatologica. Minerva Stomatologica, 1988.
8. Kanner L. : Psichiatria infantile. Piccin, Padova, 1969.

9. Lardini M., Palatella P. : Odontostomatologia e Psicodinamica, parte I: il significato simbolico del cavo orale studiato negli odontopazienti. Dental Camos, 1986.

10. Dall'Oppio L., Squazzanti A.T.: Aspetti psicologici e psicoeducativi in rapporto alla prevenzione in pedodonzia. R.I.S., 1981.

11. Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. Aust Dent J, 2010.

12. Enkling N, Marwinski G, Jhren P. Dental anxiety in a representative sample of residents of a large Germany city. Clin Oral Investing 2006.

13. Lahti S, Vehkalahti MM, Nordblad A, Hausen H. Dental fear among population aged 30 years and older in Finland.

14. Kleinknecht R.A., Klepac R.K.: Origins and characteristics of fear in dentistry. Am. Dent. J., 1973.

15. Mc Grath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. Community Dent Oral Epidemiol 2004.

16. Schuller AA, Willumsen T, Nordblad A, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and

low dental fear? Community Dent Oral Epidemiol 2003.

17. Benedetti P., Galletti F.: Le cure dentarie negli handicappati. In Atti III Simposio Naz. AINOS, Roma, 1977

18. Paglia L., Damia G., Rigati L.: Importanza della figura materna nelle cure pedodontiche. Dent Gadmos, 1983.

19. Melzack R.: Neurophysiological foundation of pain in psychology of pain. Raven Press, New York, 1980.

20. Elton D. et al.: A study of percentual and psychophysical correlates of pain. Australian Psychologist, 1978.

21. Morgan P.H. et al.: Children's perception of the dental experience. J. Dent. Child. 1980.

22. Stephen A. Festa, Freud S. Ferguson, Mary Hauk: behavior Management Techniques in Pediatric Dentistry, 1993.

23. Stephen A. Fayle and Jinous F.T. Ahmaseibi: Pediatric Dentistry in the New Millennium: 2. Behaviour management-helping children to accept dentistry. 2003.

24. F.A. Clive Wright, Nancy E, Murray, Jack Giebartowski: Strategies used by dentists in Victoria, Australia, to manage children with anxiety or behavior problems. *Journal of dentistry for children*, 1991.

25. Manal Sharaf Abushal, Joseph Olufemil Adenubi: Attitudes of Saudi parents toward behaviour management techniques in pediatric dentistry. 2003.

26. Nada Farhat-McHayleh, DDS, DEA, PhD; Alice Harfouche, DDS, CAGS, MSc; Philippe Souaid, DDS, MSc: Techniques for Managing Behaviour in Pediatric Dentistry: Comparative study of Live Modelling and Tell-Show-Do Based on Children's Heart Rates during Treatment. 2009.

27. Albert Mehraian: Studio del linguaggio del corpo e I messaggi vocali. 1965.

28. Paul Ekman, Wallace Friesen, scuola di Palo Alto, Unità di azione del viso umano. 2004.

29. Pasini W, Haynal A: *Psicologia odontoiatrica*. Milano, Masson 1990.

30. Newton T, Asimakopoulou K, Daly B, Scambler S, Scott S. The management of dental anxiety: time for a sense of proportion? *Br Dent J* 2012

31. Greenbaum PE, Turner C, Cook EW 3rd, Melamed BG. Dentists' voice control: effects on children's disruptive and affective behavior. *Health Psychol* 1990.
32. B. Peretz & G. Gluck: Magic trick: a behavioural strategy for the management of strong-willed children. *International Journal of Pediatric Dentistry*. 2005.
33. Paglia Luigi, Damia Giovanni, Guida pratica alla sedazione cosciente con protossido d'azoto e ossigeno in odontoiatria. 1990.
34. Naser Asl Aminabadi, Leila Erfanparast, Azin Sohrabi, Sina Ghertasi Oskouei, Armaghan Naghili. The impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 2012
35. Jill E. MacLaren, MA, and Lindsey L. Cohen, PhD: A Comparison of Distraction Strategies for Venipuncture Distress in Children. *Journal of Pediatric Psychology*. 2005.
36. Gow MA. Hypnosis in dentistry. In: Weiner AA, ed. *The fearful dental patient: a guide to understanding and managing*. 2011

37. Comunian A.A. Studi e Interpretazioni psicologiche sul disegno. 1984.
38. Robert JF, Curzon ME, Koch G, Martens LC, Review: Behaviour management techniques in pediatric dentistry. Eur Arch Paediatr Dent. 2010.
39. Rini Rajendra Gangwal, Sourabh Rameshchandra Badjatia, Bhavna Harish Dave: Effect of Exposure to Positive Images of Dentistry on Dental Anxiety among 7 to 12 Years Old Children. 2014
40. Rosemarie Felder-Puig, Anna Maksys, Christiane Noestlinger, Helmut Gadner, Herbert Stark, Angela Pfluegler, Reinhard Topf: Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: result of a randomized children trial. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2003.
41. M. Hosseinpour, M. Memarzadeh: Use of Preoperative Playroom to Prepare Children for Surgery. Eur J. Pediatr Surg 2010.
42. Ho Cheung William Li and Violeta Lopez: Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: a Randomized Controlled Trial Study. JSPN Vol.13, No. 2, 2008.
43. Trattato di Ipnosi – F. Granone

44. Vezzoni MA, Lucchini R, Acerbi L, Calaciura A, Morelli C, Fantini L, et al. Salute orale in età pediatrica: studio della prevalenza di carie in provincia di Milano. *Medico e bambino*, 2005

Campus G, Senna A, Cagetti MG, Maida C, Strohmenger L: Caries experience and status in school-age children residing in four North Italian Communities. *Oral Health Prev Dent*, 2005.

45. Ferro R, Saran G, Berengo M. the operatg and preventive dental ergonomic aspects in a public dentistry service. *Minerva Stomatol* 1991.

46. Tanzen JM, Thompson A, Wen ZT, Burne RA. Streptococcus mutans: Fructose Transport, Xylitol Resistance, and Virulence. *J Dent Res* 2006.

47. Uribe S. Prevention and management of dental decay in the pre-school child. *Evid Based Dent* 2006.

48. Shafer TF, Adair SM. Prevention of dental disease. The role of pediatrician. *Ped Clin Nam* 2000.

49. *Odontoiatria per il Pediatra*, Pacini editore, 2007.

50. Mackeith, R.: Children in hospital preparation for operation. *Lancet*, 1953.

51. Wolfer, J.A. & Visitainer, M.A.: Pediatric surgical patients' and parents' stress responses and adjustments. *Nursing Research*, 1975.

Immagini

Immagine 1: www.amber-ambre-inclusions.info/odontoiatria.htm

Immagine 2: www.clinicasorriso.it

Immagine 3: www.bdstudiodentistico.it/i-bambini-e-la-paura-del-dentista-5-modo-per-aiutarli/

Immagine 4: www.metlife.it

Immagine 5: pocketdentistry.com

Immagine 6: www.clinicasorrisodelbambino.it

Immagine 7: www.dentaltube.it

Immagine 8: www.centrosaluteorale.it

Immagine 9: www.24orenews.it

Immagine 10: www.dentistabiella.com

Immagine 11: www.ilbimbosorridente.it

Immagine 12: www.clinadelsorriso

Immagine 13: www.wikipedia.org

Immagine 15: www.exodontia.info

