




# PEDIATRIA

## PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE



**Protezione ambientale  
e ortodontica vs la  
traumatologia dentale  
in età evolutiva:  
strumenti di diffusione  
delle Linee Guida  
tramite il pediatra**



**SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA  
PREVENTIVA E SOCIALE**

**PRESIDENTE**

Giuseppe Di Mauro

**VICE PRESIDENTI**

Sergio Bernasconi  
Gianni Bona

**CONSIGLIERI**

Salvatore Barberi  
Annamaria Castellazzi  
Claudio Maffeis  
Vito Leonardo Miniello

**SEGRETARIO**

Giuseppe Varrasi

**TESORIERE**

Emanuele Miraglia Del Giudice

**REVISORI DEI CONTI**

Elena Chiappini  
Daniele Ghiglioni  
Elvira Verduci (Supplente)

**PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE**  
ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Guido Brusoni

**DIRETTORE**

Giuseppe Di Mauro

**COMITATO EDITORIALE**

Salvatore Barberi  
Sergio Bernasconi  
Gianni Bona  
Annamaria Castellazzi  
Elena Chiappini  
Franco Locatelli  
Ruggiero Francavilla  
Daniele Ghiglioni  
Paola Giordano  
Claudio Maffeis  
Lorenzo Mariniello  
Gianluigi Marseglia  
Vito Leonardo Miniello  
Emanuele Miraglia Del Giudice  
Giuseppe Varrasi  
Leo Venturelli  
Elvira Verduci

# PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

**INTRODUZIONE** 4

**MATERIALI E METODI** 4

**LINEE GUIDA NAZIONALI 2012 PER LA PREVENZIONE E LA  
GESTIONE CLINICA DEI TRAUMI DENTARI NEGLI INDIVIDUI  
IN ETÀ EVOLUTIVA** 5

Prevenzione primaria in ambiente domestico 5

Prevenzione secondaria in dentizione tutta decidua (da 6 mesi a 5-6 anni) 8

Prevenzione primaria in ambiente scolastico 8

Prevenzione primaria in ambiente sportivo 8

Prevenzione secondaria in dentizione permanente 11

**CONCLUSIONI** 11

**VADEMECUM** 11

**"7 REGOLE D'ORO"** 13

**BIBLIOGRAFIA** 14

**Editore**

Sintesi InfoMedica S.r.l.

**Redazione**

redazioneSIPPS@sintesiinfomedica.it

**Marketing e vendite**

Marika Calò

m.calò@sintesiinfomedica.it





# Protezione ambientale e ortodontica vs la traumatologia dentale in età evolutiva: strumenti di diffusione delle Linee Guida tramite il pediatra

**Bassani AL°, Frati E°, Manzini P°, Malerba A, Piergallini G, Rosmarini M°, Strohmenger L.**

*Clinica Odontostomatologica, DiSS, Università degli Studi di Milano - SS Odontoiatria Infantile - AO San Paolo, Milano  
° Infantoralcare Ortodonzia bio-dinamica®*

## **Parole chiave**

traumi dentali, Linee Guida Nazionali, prevenzione

## **Riassunto**

Nel 2012 sono state pubblicate le Linee Guida Nazionali sulla "Protezione e gestione della traumatologia dentale in età evolutiva" per diffondere l'attuazione di comportamenti protettivi e preventivi al fine di ridurre al massimo l'incidenza degli eventi traumatici e i danni agli elementi dentari decidui o permanenti.

Ancora una volta il pediatra rappresenta l'unica figura sanitaria in grado di poter trasmettere ai genitori/educatori le informazioni corrette in ambito preventivo e nella gestione dell'evento traumatico.

Con il presente lavoro intendiamo quindi fornire al pediatra di base il materiale idoneo per diffondere i contenuti delle Linee Guida Nazionali.

## **Key words**

dental trauma, National Clinical Guidelines, prevention

## **Abstract**

The National Clinical Guidelines for "Dental trauma management and safeguarding in developmental age" were published in 2012, in order to widely promote any preventive and protective behaviour, so as to reduce the frequency of traumatic injuries to deciduous or permanent teeth to a minimum.

Once again paediatricians play a pivotal role, for being the only healthcare professionals who can really provide parents and educators with correct information on how to prevent and treat traumatic dental injuries.

Therefore, the aim of this work is to supply paediatricians with proper documentation in order to spread the National Clinical Guidelines contents.



## Introduzione

**N**ei Paesi industrializzati la statistica registra che 1 soggetto su 5, prima di aver lasciato la scuola, ha avuto una lesione traumatica a carico di denti permanenti.

I dati sulla frequenza di traumi dento-alveolari nella popolazione giovanile 1-21 anni identificano i maggiori picchi nel range di età 1-3 aa (30%); in dentizione mista fra 8 e 11 anni (20%) e nella dentizione permanente fra 16 e 21 aa (15%).<sup>1</sup>

I Paesi del Nord America, culturalmente più avvezzi alle pratiche sportive, e quelli del Nord Europa, attivi anche nella risoluzione istituzionalizzata di malocclusioni che aumenterebbero il danno in caso di trauma, attuano da decenni programmi protettivi (*uso obbligatorio di paraenti/schermo orale nell'attività fisica & ortodonzia preventiva pre/scolare*) attraverso l'azione sinergica pediatra-odontoiatra per l'infanzia-medico sportivo.<sup>2</sup>

Nel 2012 le Raccomandazioni delle Linee Guida Nazionali "Protezione e gestione della traumatologia denta-

le in età evolutiva" (in ambito domestico, scolastico e sportivo)<sup>3</sup> hanno allineato il nostro Paese con quelli da più tempo attivi sulla prevenzione odontoiatrica: diciamo più a livello informativo che istituzionalmente operativo.

Infatti, al contrario di programmi nazionali in corso (gennaio 2011 SIP-SIPPS-Ministero Salute Progetto *Mi voglio Bene: prevenzione dell'obesità infantile*; settembre 2013 Dossier Ministero Salute-FMSI *Sport e bambini: sì ad una infanzia in movimento: scelta di attività sportive idonee 5-12 aa*), il Ministero della Salute non ne ha dato diffusione alle Società Pediatriche né i Ministeri competenti (Istruzione e Sport) hanno trasmesso l'informazione nell'ambito scolastico né sportivo tramite opportuni supporti cartacei e non.

Per superare questo vuoto comunicativo, il pediatra di libera scelta - in coincidenza dei programmati bilanci di salute 0-6 anni e non solo - può rappresentare la figura ideale per la diffusione delle norme di prevenzione sulla traumatologia di interesse odontoiatrico in età

evolutiva e delle adeguate norme comportamentali sull'immediata gestione clinica del danno dentale.

## Materiali e metodi

a) Duplicazione del poster *S.O.S Denti* a cura della Società Italiana Traumatologia Dentale - modificato in funzione delle diverse fasi di sviluppo della dentizione nell'età evolutiva.

I poster saranno resi immediatamente fruibili a livello visivo nella sala di attesa del pediatra, negli asili-nido, nelle scuole e nei centri sportivi, sintetizzando le indicazioni sulla protezione e gestione clinica della traumatologia dentale espresse dalle Linee Guida Nazionali ed Internazionali, con la "*Segnaletica di Sicurezza*" (segnali di avvertimento di colore giallo: rischi da fattori ambientali e situazioni occlusali; segnali di prescrizione di colore celeste: comportamenti e mezzi protettivi; segnali di soccorso di colore verde: primo soccorso odontoiatrico).



b) Realizzazione di vademecum a carattere descrittivo-prescrittivo (cosa/quando/come fare ossia regole comportamentali per ridurre i traumi dentali in situazioni ambientali e occlusali identificate rispetto al rischio) differenziandoli per fasce di età. Nel momento in cui i vademecum saranno consegnati al genitore e/o all'adolescente, questi stessi diventeranno a loro volta dei *caretakers* vs la traumatologia dentale.

Se il pediatra li indirizza a consegnarli a insegnanti dell'asilo nido e scuola materna/elementare, a operatori e educatori dei centri sportivi-ricreativi, i vademecum con le informazioni di prevenzione ambientale e primo soccorso odontoiatrico diventeranno patrimonio conoscitivo di tutti i tutori della salute e del benessere del bambino nell'infanzia.

## Linee Guida Nazionali 2012 per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva

### Prevenzione primaria in ambiente domestico

- **RACCOMANDAZIONE 1**  
*Adottare misure atte a disincentivare la suzione non nutritiva dopo i 2 anni, per interromperla entro l'anno successivo.*

"La suzione non nutritiva è rappresentata dal succhiamento del pollice o altre dita, succhiotto, labbro e lingua. È estremamente diffusa nell'infanzia, tanto da ritenersi normale. Se protratta oltre i 3 anni può causare malocclusioni: morso aperto anteriore, morso crociato posteriore, Il classe molare"<sup>4-6</sup>

- **RACCOMANDAZIONE 2**  
*In caso di eccessivo overjet, informare i genitori dell'aumento del rischio di danno da eventuale trauma dentale e suggerire una valutazione ortognatodontica.*

"Nella prima infanzia, tra i fattori etiologicali più frequenti di trauma dentale vanno considerati l'inizio della deambulazione con o senza girello, momento in cui i bambini tendono a cadere con estrema facilità urtando i mobili che arredano l'abitazione<sup>7</sup> e l'abitudine a succhiare il pollice o il ciuccio, che comporta l'aumento dell'OVJ (distanza tra incisivi superiori e inferiori) e, quindi, il danno da caduta frontale.<sup>8</sup>

Inoltre, il bambino obeso è più esposto alle cadute, per cui l'attenzione verso più adeguata alimentazione è necessaria anche per evitare traumi facciali o dentari.<sup>9</sup> Per evitare questi frangenti, sarebbe opportuno adottare, soprattutto con i bambini più vivaci, l'uso di paradenti<sup>10</sup> e ricorrere a visite specialistiche odontoiatriche per intercettare e correggere precocemente eventuali protrusioni che aumentano il danno in caso di traumi"<sup>11</sup>



### RUOLO DEL PEDIATRA

Il pediatra, tramite i poster, avrà la possibilità di sensibilizzare nella fase della prima infanzia il genitore/i sulla correlazione esistente tra "accidentalità" e norme comportamentali quotidiane non corrette e/o insufficienti ovvero sulla prevenzione comportamentale per evitare oppure limitare la traumatologia dento-facciale.

Se però, contemporaneamente, verrà consegnato al genitore/i un vademecum che contenga immagini esplicative su caratteristiche facciali a carattere disfunzionale e sulle conseguenti alterazioni dentali - quasi sempre determinate dalle abitudini viziate - lo indirizzerà più facilmente ed efficacemente verso la protezione specialistica ortodontica, in modo da consentire al bambino - già in età molto precoce - il riequilibrio di quelle occlusioni che sono più fortemente 'a rischio' del verificarsi di un trauma dentale.<sup>11</sup>

Figura 1. Poster 1-3 anni: prevenzione in ambiente domestico e di gioco/all'asilo nido. Modificato da [www.sitdtraumidentali.com/pdf/traumi.pdf](http://www.sitdtraumidentali.com/pdf/traumi.pdf).

# S.O.S DENTI

COSA FARE in caso di trauma ●●●

●●● se il dente risale nell'alveolo:

DENTI DA LATTE

VAI SUBITO DAL DENTISTA!

Segnali di avvertimento se aumenta il rischio per traumi dentali fra 1-3 aa situazioni ambientali evitare 1-5 (possibilmente eliminare 2-3) abitudini viziate stop 6-7

1) pavimento bagnato/sdruciolevole

2) ostacolo

3) terreno/luogo con dislivello

4) con scale

5) utilizzo del girello

6) uso diurno ciuccio (anello rigido)

7) succhiamento del pollice

## COSA FARE per prevenire i traumi

PREVENZIONE

In caso di situazioni a rischio

DENTI SPORGENTI

PROTEGGIMI

In collaborazione con:




Figura 2. Poster 4-5 anni: prevenzione in casa/a scuola/in luoghi di gioco o attività fisica.

## S.O.S DENTI

**COSA FARE in caso di trauma** ●●●

●●● se il dente risale nell'alveolo:

DENTI DA LATTE





Rischio di lesione al dente permanente

VAI SUBITO DAL DENTISTA!



Segnali di avvertimento se aumenta il rischio per traumi dentali fra 4-5 aa  
situazioni ambientali evitare 1-4 (possibilmente eliminare 2-3) abitudini viziate stop 5-6



1) pavimento bagnato/sdruciolevole



2) ostacolo




3) terreno/luogo con dislivello



4) con scale



5) uso del ciuccio




6) succhiamento del pollice

### COSA FARE per prevenire i traumi

PREVENZIONE

In caso di situazioni a rischio




PROTEGGITI




ORTODONZIA ELASTICA



PARADENTI



A cura di: Prof. Damaso Caprioglio - Dott.ssa Claudia Caprioglio - Dott. Luigi Paglia

In collaborazione con:   

**Prevenzione secondaria in dentizione tutta decidua (da 6 mesi a 5-6 anni)**

Come prevenzione secondaria, ossia l'intervento che deve limitare gli effetti nocivi del trauma dentale nel range d'età 6 mesi-5 anni, trattandosi di dentizione tutta decidua, la gestione clinica sarà finalizzata al controllo e all'eventuale monitoraggio da parte di un odontoiatra, preferibilmente specialista per l'infanzia. Infatti nell'impatto l'elemento deciduo può aver subito una **lussazione** (Figura 3) con effetto di intrusione (il dente si presenta più corto perché è risalito nell'alveolo) oppure di estrusione (il dente appare più lungo perché parzialmente fuoriuscito dall'alveolo): questa seconda situazione è in genere meno lesiva rispetto alla precedente perché più difficilmente è coinvolta l'integrità della gemma del dente permanente.

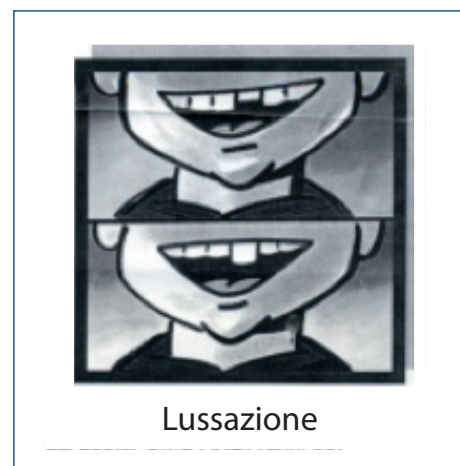
Se invece nel trauma un dente/i fosse del tutto fuoriuscito dalla sua sede naturale (**avulsione**, Figura 3), non è consigliabile il reimpianto: non sussistono le condizioni biologiche per una prognosi positiva del suo riposizionamento nell'alveolo.

Nel caso in cui invece il dente deciduo avesse riportato la **frattura della corona** (Figura 3), è inutile recuperare gli elementi danneggiati, perché il loro riposizionamento risulta impossibile.

**PRIMA VISITA ODONTOIATRICA**

Se l'evento si è verificato in età precoce (2/3 anni) esso "rappresenta il pretesto per una prima visita odontoiatrica e per fissare controlli cadenzati e programmati nell'arco di 1 anno, finalizzati anche a assicurare il bambino sulla possibilità di recuperare l'estetica del suo sorriso".

Figura 3. Le lesioni traumatiche dei denti. Disegni dal poster OMS-ANDI (anni '90)



**Prevenzione primaria in ambiente scolastico**

- **RACCOMANDAZIONE 1**  
*Formare gli insegnanti sui rischi da trauma dentale, tramite corsi di formazione, brochure e/o manuali. Affiggere sul muro dei corridoi e delle palestre scolastiche volantini e locandine illustrative.*

"Vista la frequenza di traumi dentari in ambiente scolastico, sarebbe opportuno che gli Istituti scolastici organizzassero corsi di formazione rivolti al personale docente e non docente indirizzati a identificare e contenere i rischi cui i bambini vanno incontro".<sup>12,13</sup>

- **RACCOMANDAZIONE 2**  
*Formare i bambini sui rischi provenienti da atteggiamenti nocivi sia per la sicurezza personale sia per quella altrui.*

"Gli eventi più frequenti sono l'abitudine a mordere la penna, trattenere in bocca oggetti di cancelleria, litigare con bambini vittime di bullismo,<sup>9</sup> utilizzare giochi che comprendono oggetti potenzialmente contundenti, cadere durante le attività sportive e quelle ricreative".

**Prevenzione primaria in ambiente sportivo**

- **RACCOMANDAZIONE 1**  
*Utilizzare caschi, paradenti e/o maschere facciali adeguate, in funzione del tipo di attività sportiva svolta e aggiungere fiale di soluzione fisiologica sterile al kit di pronto soccorso.*

"Frequentare la piscina, il campo sportivo, fare equitazione o ginnastica artistica, correre in bicicletta, usare lo skateboard, il monopattino o i pattini rappresentano alcune attività sportive cui è connesso un aumento di rischio del trauma dentale.<sup>14</sup> In tali circostanze sarebbe opportuno che il personale dei centri sportivi consigliasse l'uso di paradenti e/o maschere facciali in funzione dell'attività sportiva, informando il soggetto dei benefici a lungo termine di tali dispositivi di sicurezza".<sup>3,15,16</sup>



- **RACCOMANDAZIONE 2**  
*Diffondere volantini e locandine illustrative a scopo preventivo*

## SOS DENTI: 6-12 ANNI

È riconosciuto che nell'infanzia l'aumento dell'attività fisica ha valore protettivo inversamente proporzionale all'incidenza di fratture/lussazioni/avulsione dei denti.<sup>16</sup> Non a caso il Dossier Ministeriale di settembre 2013 enfatizza l'importanza dell'attività fisica perché, comunque, chi pratica giochi di gruppo e di movimento e/o sport dilettantistici è più agile e, quindi, meno predisposto ai traumi per cadute o impatti.

All'attività fisica, contemporaneamente e inderogabilmente, va affiancata la formazione all'educazione al gioco individuale o di gruppo da demandarsi a genitori/educatori scolastici/insegnanti e personale dei centri sportivi come 'promozione della sicurezza personale ed altrui nello sport e nei comportamenti quotidiani'. Se, tuttavia alla formazione non viene accompagnata anche l'informazione alla famiglia e agli educatori sportivi e scolastici sui 'fattori disfunzionali della bocca potenzialmente predisponenti ai fenomeni traumatici (in particolare sugli effetti negativi delle abitudini viziate; alterazioni mandibolari; instabilità oclusale; posture non corrette), verrebbero a mancare i pre-requisiti per una generalizzata ed efficace prevenzione specifica primaria e quella più specialistica ortodontica.





Figura 4. Poster dai 5-6 anni fino ai 12 anni: prevenzione in ambiente scolastico e sportivo.

# S.O.S DENTI

## COSA FARE in caso di trauma


DENTI DA LATTE

se il dente risale nell'alveolo:

Rischio di lesione al dente permanente


**VAI SUBITO DAL DENTISTA!**



DENTI PERMANENTI

se il dente si frattura o esce completamente:


**In caso di frattura**



Cerca e conserva il frammento del dente nel latte o in soluzione fisiologica


**VAI SUBITO DAL DENTISTA!**

Il dentista potrà subito incollarlo, ridandoti il sorriso!



DENTI PERMANENTI

**In caso di perdita totale**



Raccogli il dente e conservalo nel latte o in soluzione fisiologica

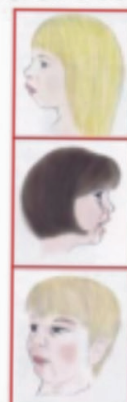
**VAI SUBITO DAL DENTISTA!**

Il dentista rimetterà il dente al suo posto e tu tornerai a sorridere!


## COSA FARE per prevenire i traumi

PREVENZIONE


In caso di situazioni a rischio



GIOCHI DI MOVIMENTO

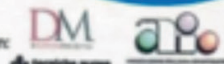


**PROTEGGITI**



A cura di: Prof. Damaso Caprioglio - Dott.ssa Claudia Caprioglio - Dott. Luigi Paglia

In collaborazione con:





### Prevenzione secondaria in dentizione permanente

“In caso di traumi dentari su denti permanenti, è necessario tranquillizzare il bambino, eliminare eventuali residui ematici, rendersi conto del danno riportato (tipo di dente coinvolto, eventuali fratture del bordo masticatorio, mobilità o parziale estrusione del dente, necessità di avulsione, possibilità di recuperare il pezzetto di dente o il dente intero). Un dente (intero o parziale danneggiato) ha buone probabilità di essere re-impantato se è rimasto al massimo un paio d'ore in ambiente liquido (soluzione fisiologica, latte o saliva) e se il reimpianto, ossia il fissaggio

temporaneo agli altri denti per 2-4 settimane (splintaggio) ed i controlli successivi sono gestiti da un odontoiatra competente.<sup>10,17</sup> In ogni caso va osservato un protocollo di controlli a distanza, al fine di escludere l'insorgere di complicanze.”

### Conclusioni

Nella logica sequenziale di presentazione (dalla dentizione decidua alla dentizione permanente) abbiamo posto in parallelo le Raccomandazione delle Linee Guida con i poster S.O.S Denti, modificandoli in rapporto alle diverse fasi dell'età evolutiva e focalizzando attraverso la segnaletica di sicurezza le più ricorrenti norme comportamentali, ambientali e situazioni

occlusali che pongono il bambino e l'adolescente a un maggiore oppure aumentato rischio di incorrere in un trauma di interesse odontoiatrico. Ma è poi con lo strumento comunicativo del vademecum, organizzato in rapporto alla fascia di età e in base alla fase della dentizione, che abbiamo fornito alla Pediatria la concreta possibilità di portare le direttive delle Linee Guida Ministeriali a conoscenza di tutti gli altri tutori e promotori della salute nell'infanzia (sia la famiglia sia gli operatori ed educatori scolastici/sportivi) in modo da condividere con loro la prevenzione del danno dento-facciale e il primo soccorso per la corretta gestione clinica del trauma dentale.



## VADEMECUM

6 mesi-3 anni: informazione e formazione per il genitore/i e gli operatori di asilo nido

### Agenti materiali da cui situazione 'a rischio' di trauma dentale

- **Uso del girello:** a rischio di cadute che coinvolgono la faccia e i denti - anche quelli permanenti in formazione dentro l'osso.
- **Anello del ciuccio:** in caso di caduta e/o urto contro qualcosa, l'anello esterno, che è in materiale rigido, può provocare traumi dentali più meno gravi (in rapporto all'entità dell'urto e alla caduta) e più seri in rapporto a quanto più il bambino è piccolo d'età.
- **Ostacoli** (in ambienti domestici e ricreativi; locali interni e esterni dell'asilo nido): verificare/rimuovere perché se inciampa - soprattutto se il bambino è intorno all'anno d'età - può influire sull'estetica dei denti permanenti (alla loro eruzione potrebbero presentare macchie biancastre e/o la deformazione della corona).

### Condizioni della bocca che aumentano il rischio di trauma dentale

- **Bocca aperta** se respira solo a bocca aperta e non con il naso: le labbra, non riuscendo a combaciare tra loro, non danno protezione ai denti frontali.
- **Morso aperto** da uso eccessivo (anche di giorno) del ciuccio: se le labbra non combaciano, non vi è alcuna protezione degli incisivi superiori e inferiori.

- **Incisivi superiori molto in avanti:** abitudini viziate - in particolare succhiamento del pollice/altre dita - spingono gli incisivi superiori molto in avanti (anche per mancata protezione del labbro superiore, una caduta frontale li renderà più esposti ai traumi).

### Come prevenire i traumi dentali in dentizione decidua

- Non usare il girello.
- Quando il bambino inizia a camminare, cercare di limitare l'uso del ciuccio al momento in cui si addormenta o utilizzarlo soltanto di notte.
- Scoraggiare l'abitudine a succhiare il pollice/altre dita, perché vengono spinti molto/troppo in avanti gli incisivi superiori.
- Eliminare negli ambienti della casa (o dell'asilo nido) possibili ostacoli e spigoli appuntiti.

### Cosa fare in caso di trauma da caduta o nell'urto contro qualcosa

Il dente è stato spinto dentro la gengiva

Il dente è caduto fuori della bocca

Recarsi presso un pronto soccorso in cui ci sia una unità operativa odontoiatrica oppure da un dentista pediatrico

**IL PRIMA POSSIBILE, AL MASSIMO ENTRO 1 ORA.**



## VADEMECUM

6-12 anni: informazione e formazione per genitori, insegnanti della scuola e dei centri sportivi.

### Cosa sapere

Informare il bambino e sorvegliare i suoi comportamenti.

- Non usare i roller oppure la bicicletta senza un'adeguata protezione dentale.
- Non saltare sopra l'altalena mentre è in movimento ma stare sempre seduti.
- Non uscire mai dal bordo della piscina ma usare sempre le scalette.
- Non spingere il compagno/i durante il gioco, le attività fisiche, lo sport.
- Non colpire i denti di amici e compagni con oggetti pesanti.
- **Durante il gioco, sempre massima attenzione ai propri denti e a quelli dei compagni.**

### Quando fare

Informazione ortodontica per i genitori.

Se il vostro bambino

- ha **incisivi superiori che ricoprono eccessivamente incisivi inferiori**, nel linguaggio del dentista: *morso coperto o deep bite*;

- ha **incisivi superiori molto avanti rispetto a incisivi inferiori**, nel linguaggio del dentista: *protrusione o overjet*;
- **respira solo con la bocca e non può chiudere le labbra**, nel linguaggio dentista: *labbra incompetenti-respiratore orale*;
- ha **instabilità nella chiusura delle arcate dentali**, nel linguaggio del dentista: *disordini occlusali e dentali*

**tutte queste condizioni aumentano il rischio di incorrere in traumi dentali.**

### Come fare

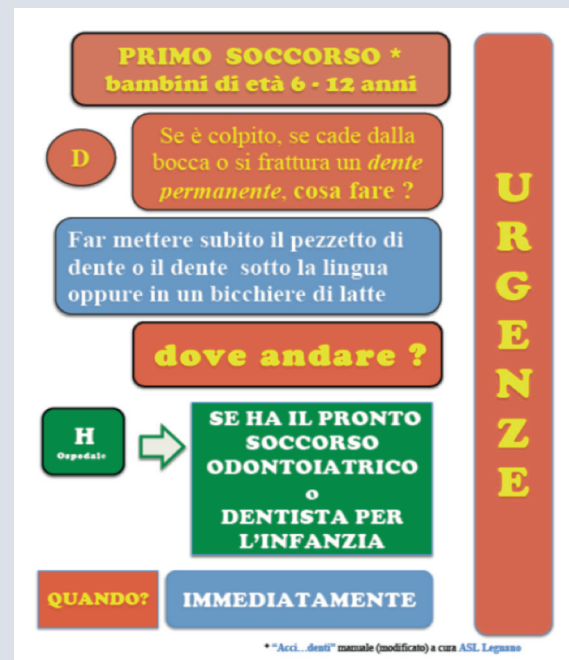
Comportamenti consigliati

- In qualsiasi attività fisico-sportiva e/o ricreativa sempre **indossare il casco e un protettore orale.**
- Nella normale vita quotidiana, dove non lo si può proteggere con il paradenti, **già a 3 anni una visita dal dentista pediatrico.**
- Se è consigliata, **attuare la terapia con apparecchio preformato** (mettere prima possibile la bocca e i denti in posizione corretta).

Figura 5. Comportamenti da adottare in caso di trauma dentale nei bambini piccoli.



Figura 6. Comportamenti da adottare in caso di trauma dentale nei bambini in età scolare.





Con queste 7 regole, eviterai la possibilità di fratturare oppure di 'far volare via dalla tua bocca' qualche dente

### "7 REGOLE D'ORO"

- 1) non salire sull'altalena se non è ferma  
Mai saltarci sopra mentre è in movimento.
- 2) Non usare roller/monopattino/skateboard/sci  
Mai senza un'efficace protezione dentale.
- 3) Non correre tra i banchi della tua classe  
Mai perché gli spigoli sono a rischio di brutte cadute.
- 4) Non mordere matite o penne  
Mai mettere in bocca nemmeno degli oggetti.

- 5) Non spingere i compagni durante il gioco  
Mai dare nemmeno gomitate, sgambetti, urti.
- 6) Non colpire i denti dei compagni  
Mai con nessun oggetto e in nessun modo.
- 7) Massima attenzione nel proteggere i denti  
Sempre i tuoi come quelli di fratelli, amici o compagni.

### Ma anche

Se incisivi superiori coprono troppo incisivi inferiori e/o sono molto in avanti; se dormi o stai a bocca aperta anche di giorno: il tuo pediatra può consigliare la visita dal dentista per bambini per correggere prima possibile - con apparecchi comodi, elastici, invisibili - i difetti dei denti o della tua bocca.

Figura 7. Poster IADT, Copenaghen  
(traduzione dall'inglese a cura della dott.ssa Giulia Piergallini).



## Bibliografia

1. Andrade RA, Evans PL, Almeida AL et al. Prevalence of dental trauma in Pan American Games athletes. *Dental Traumatology* 2010;26:248-53.
2. Levin L, Zadik Y. Education on and prevention of dental trauma: it's time to act! *Dental Traumatology* 2012;28:49-54.
3. Linee Guida Nazionali "Protezione e gestione della traumatologia dentale in età evolutiva". Ministero della salute, Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, novembre 2012.
4. Poyak J. Effects of pacifiers on early oral development. *Int J Orthod Milwaukee* 2006;17:13-6.
5. Peres KG, De Oliveira Latorre Mdo R, Sheiham A et al. Social and biological early life influences on the prevalence of open bite in Brazilian 6-year-olds. *Int J Paediatr Dent* 2007;17:41-9.
6. Zardetto CG, Rodrigues CR, Stefani FM. Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children. *Pediatr Dent* 2002;24:552-60.
7. Noori AJ, Al-Obaidi WA. Traumatic dental injuries among primary school children in Sulaimani city, Iraq. *Dental Traumatology* 2009;25:442-6.
8. Gupta S, Kumar-Jindal S, Bansal M, Singla A. Prevalence of traumatic dental injuries and role of incisal overjet and inadequate lip coverage as risk factors among 4-15 years old government school children in Baddi-Barotiwala Area, Himachal Pradesh, India. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16:960-5.
9. Glendor U. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries – a review of the literature. *Dental Traumatology* 2009;25:19-31.
10. Hegde AM, Pradeep Kumar KN, Varghese E. Knowledge of dental trauma among mothers in Mangalore. *Dental Traumatology* 2010;26:417-21.
11. Borzabadi-Farahani A. The association between orthodontic treatment need and maxillary incisor trauma, a retrospective clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:75.
12. Arikan V, Sönmez H. Knowledge level of primary school teachers regarding traumatic dental injuries and their emergency management before and after receiving an informative leaflet. *Dental Traumatology* 2012;28:101-7.
13. Ramroop V, Wright D, Naidu R. Dental Health Knowledge and Attitudes of Primary School Teachers toward Developing Dental Health Education. *West Indian Med J* 2011;60:576-80.
14. Müller KE, Persic R, Pohl Y et al. Dental injuries in mountain biking – a survey in Switzerland, Austria, Germany and Italy. *Dental Traumatology* 2008;24:522-7.
15. Çağlar E, Kusu OO, Çaliskan S, Sandalli N. Orofacial and dental injuries of snowboarders in Turkey. *Dental Traumatology* 2010;26:164-5.
16. Çetinbas T, Yildirim G, Sönmez H. The relationship between sports activities and permanent incisor crown fractures in a group of school children aged 7-9 and 11-13 in Ankara, Turkey. *Dental Traumatology* 2008;24:532-6.
17. DiAngelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatology* 2012;28:2-12.