# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

Scuola di Medicina

Corso di Laurea in Igiene Dentale

Presidente: Prof. Mario Raspanti



# PROGETTO EDUCATIVO DI ISTRUZIONE IN IGIENE ORALE: VIDEO CON TRADUZIONE IN LINGUA DEI SEGNI ITALIANA DIFFUSI ATTRAVERSO PIATTAFORMA WEB CON IL PATROCINIO DELL'ENTE NAZIONALE SORDI (ENS)

Relatore: Prof. LUCA LEVRINI

Correlatrice: Dott.ssa LAURA DONAGGIO

Tesi di Laurea di:

FIORINI ENRICO

Matricola: 731627

# **ABSTRACT**

TITOLO: PROGETTO EDUCATIVO DI ISTRUZIONE IN IGIENE ORALE: VIDEO CON TRADUZIONE IN LINGUA DEI SEGNI ITALIANA DIFFUSI ATTRAVERSO PIATTAFORMA WEB CON IL PATROCINIO DELL'ENTE NAZIONALE SORDI (ENS)

**AUTORI:** Fiorini Enrico (Studente), dott.ssa Donaggio Laura (correlatrice), prof. Levrini Luca (relatore).

# **OBBIETTIVI:**

- 1- Realizzazione di un "Progetto Educativo" per migliorare le conoscenze di salute orale nelle persone sorde attraverso video di istruzione di igiene orale pubblicabili su YouTube e patrocinati dell'ENS (ente nazionale sordi).
  Questo permetterà di aumentare la consapevolezza di tutta la comunità sorda su questo argomento ed educare alle corrette procedure teoriche e pratiche da mettere in atto a casa, direttamente, cercando di raggiungere il maggior numero possibile di pazienti sordi e di verificarne l'utilità, tramite un apposito questionario.
- **2-** Valorizzare la LIS: lingua dei segni italiana come strumento di comunicazione efficace nell'ambito dell'educazione sanitaria odontoiatrica e medica in generale.
- 3- Dare la possibilità di fruire di contenuti accreditati da studi universitari, dalle linee guida ministeriali e dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).
  Specie in questo periodo di cambiamenti socio-culturali, questi video potranno contribuire in piccola parte, a divulgare la conoscenza sulla base della letteratura scientifica rispetto alle fake news circolanti su internet nel settore della salute orale.

### **MATERIALI E METODI:**

Il progetto prevede l'uso di strumenti digitali:

 Sono stati realizzati n.13 video corredati oltre che dall'audio anche da un ulteriore video, a metà schermo con interprete in LIS (Lingua dei Segni Italiana), da una copertina, dei grafici realizzati appositamente e all'occorrenza compariranno parole chiave per sottolineare i concetti fondamentali.

### Materiale utilizzato:

- Videocamera reflex modello: Canon 550D + Obbiettivo Canon 18mm f5.0
- · Illuminazione artificiale diretta x4, Treppiedi e Lavagna bianca (sfondo)
- Collaborazione con Simone Sevi e Mauro Dori, per la realizzazione dei video e interpretazione LIS.
- · Collaborazione con Elisa Tarchini per l'editing e montaggio video, programma utilizzato: Adobe After Effects, facente parte di Adobe Creative Suite 6 (CS6).
- Il progetto educativo prevede la pubblicazione dei video sul canale YouTube del
- reparto di odontostomatologia di igiene dentale del reparto di Odontostomatologia di Velate, facente parte dell'Ospedale di Circolo e fondazione Macchi a cui è associata l'Università dell'Insubria di Varese; video che poi saranno condivisi su altre piattaforme social quali Facebook, Instagram e LinkedIn; patrocinati dell'ENS (Ente Nazionale Sordi) che condividendoli sul proprio sito, permetterà di diffonderli in modo capillare, rendendoli noti e disponibili a qualsiasi persona sorda o professionista (igienista e odontoiatra) che abbia una connessione ad Internet e che potrà usarli gratuitamente o consigliarne l'uso.
- Somministrazione di un questionario, n. 12 totali, per ogni video realizzato ( tranne il primo video denominato: "glossario LIS in odontoiatria" ), compilabile online attraverso un link di collegamento a Google Moduli che compare verso la fine di ogni video, atto a valutare l'efficacia e l'utilità del progetto. (vedi **Allegato 1**)

# **DISCUSSIONE E PROPOSTE PER IL FUTURO**

Oltre alla realizzazione di questo progetto e al suo impiego utilizzando nella pratica clinica i video gratuiti, specialmente durante l'emergenza covid19 in cui la motivazione e il rapporto con il paziente sono sempre più difficili, è auspicabile che l'ospedale e l'università si attrezzino con mascherine chirurgiche trasparenti, che permetterebbero così, di accedere ad una corretta e più chiara comunicazione per tutte le perone sorde e non solo, per tutti coloro per cui un sorriso e la lettura del labiale è fondamentale.

# CONCLUSIONI

Questo progetto si inserisce all'interno di una serie di provvedimenti che possono arricchire le modalità per rompere ogni barriera comunicativa, far sentire il paziente sordo accolto e compreso, nonché accettato, per intraprendere un sereno percorso di cura che sia realmente personalizzato.

Con il supporto di ENS-Lombardia e ENS-Nazionale spero che questo progetto educativo possa realizzarsi concretamente per dare un ulteriore servizio online, specialmente in questo periodo di emergenza COVID19, a tutti i pazienti sordi, mettendo così sullo stesso piano, come mezzo per l'equità e l'uguaglianza sociale tramite l'educazione alla salute orale, sordi, udenti, ciechi, stranieri, e tutte le disabilità sensoriali.

**PAROLE CHIAVE:** Sordità, Lingua dei segni italiana (LIS), Progetto Educativo, Pazienti affetti da sordità, Video di istruzione in igiene orale, Salute orale, ENS.

# **ABSTRACT (ENGLISH VERSION)**

**TITLE:** EDUCATIONAL PROJECT IN ORAL HYGIENE: VIDEO WITH TRANSLATION INTO THE LANGUAGE OF ITALIAN SIGNS, SPREAD THROUGH WEB PLATFORM WITH THE PATRONAGE OF ENS (NATIONAL ITALIAN DEAF ORGANIZATION)

**AUTHORS:** Fiorini Enrico (Student), Dr.ssa Donaggio Laura (co-supervisor), Prof. Levrini Luca (Professor).

# **OBJECTIVES:**

- The "Educational Project" will be able to improve oral health knowledge in deaf people through public oral hygiene instructional videos, which will be possibly published on YouTube and sponsored by ENS (National Italian Deaf Organization). This will increase the awareness of the whole deaf community on this health topic and educate them on the correct theorical and practical procedures to reproduce at home, trying to reach as many deaf patients as possible and to verify their usefulness, through a specific questionnaire.
- 2) Enhancing LIS: Italian sign language is employed as an effective communication tool in the field of dental and, in general, medical's health education.
- 3) Give the opportunity to use contents about Oral Health, accredited by university studies, ministerial guidelines, and the WHO (World Health Organization).
  Especially in this period of socio-cultural changes, these videos will be able to contribute, in a small part, to spread knowledge on the basis of scientific literature compared to fake news circulating on the internet in the oral health field.

### **MATERIALS AND METHODS:**

The project involves the use of digital tools:

- Thirteen videos were made with audio and also with an additional video, half-screen with an interpreter in LIS (Italian Sign Language), a cover graphics made specifically and, will appear some keywords for underline the fundamental concepts.
  - Used materials:
    - SLR Camera Model: Canon 550D + Canon 18mm f5.0 Lens
    - Direct artificial lighting x4, Tripod and Whiteboard (background)
    - Collaboration with Simone Sevi and Mauro Dori, for the realization of the videos and LIS interpretation.
    - Collaboration with Elisa Tarchini for video editing; program used: Adobe After Effects, part of Adobe Creative Suite 6 (CS6).
- The educational project involves the publication of videos on the YouTube channel
  of the dental hygiene Odontostomatology department, a part of the "Circolo
  Hospital and Macchi Foundation" to which, the University of Insubria of Varese is
  associated.
  - Videos will be shared on others social platforms such as Facebook, Instagram and LinkedIn and sponsored by ENS (National Italian Deaf Organization). By sharing videos on its website, ENS will promote them, so that videos can be known and available for free to any deaf person and to all professionals (hygienist and dentist) that have an Internet connection and that eventually can recommend their use.
- Administration of a questionnaire, which can be filled online through a link to 'Google
  Forms' at the end of each video. Questionnaires are Twelve in total, one for each
  video (except for the first one called: "LIS glossary in dentistry"), and are designed
  for evaluate the effectiveness and utility of the project. (See Annex 1)

# **DISCUSSION AND PROPOSALS FOR THE FUTURE**

In addition to the realization of this project and to the use of free videos in clinical practice, it is desirable that the hospital and the university team introduced transparent surgical masks, because, as a result of COVID19 emergency, relationships with patients have become more complex; Transparent surgical masks will make communication easier for deaf people, but also for people that consider smiles and lip reading essential.

# **CONCLUSIONS**

This project is part of a series of measures that can enrich the ways to break any communication barrier, make the deaf patient feel welcomed and understood, as well as accepted, to undertake a serene treatment path, that is truly personalized.

With the support of ENS-Regional-Lombardia and ENS-Italy, I hope that this educational project can be concretely realized to give an additional online service, especially in this period of covid19 emergency, to all deaf patients, in order to put them on the same level of other patients, as a means for equity and social equality through oral health education, deaf, blind, foreign, and all sensory disabilities.

**KEYWORDS:** Deafness, Italian Sign Language (LIS), Educational Project, Patients with Deafness, Instructional Videos in Oral Hygiene, Oral Health, ENS.

# RINGRAZIAMENTI

Alla fine di questi tre anni, ricchi di emozioni, amicizie e crescita personale, vorrei ringraziare con tutto il cuore la mia famiglia: i miei genitori, i miei fratelli e i miei quattro nipoti, per essermi sempre stati vicini, sono certo che ci sarete sempre, come io per voi.

Ringrazio il mio Relatore il Prof. Luca Levrini e i miei correlatori: la dott.ssa Laura Donaggio e il prof. LIS Mauro Dori per avermi aiutato nella realizzazione di questo progetto e la Coordinatrice del CdSID la Dottoressa Michela Rossini per avermi sempre sostenuto, accompagnata dai tutor ed infermiere del reparto di Odontostomatologia di Velate (VA); in particolare Rita, Beppe, Cristina Comi, Martina Gangale, Antonella Silvestri, Carolina Crosti, la lista sarebbe lunga... tutti coloro che mi hanno accompagnato durante il mio percorso fatto fino ad ora.

Un ringraziamento speciale a tutti coloro che hanno contribuito attivamente e hanno creduto in questo progetto: Elisa Tarchini, Simone Sevi, Erika Morrone & Chiara Giroldi, Cristina Pozzoli, Giovanna Zugnoni, tutto il direttivo ENS Lombardia e il suo presidente il Sig. Renzo Corti.

Mi sento in dovere di ringraziare specialmente tutta la Famiglia di Mirko Crugnola/Bossi per avermi trattato come loro figlio durante il primo periodo della mia esperienza universitaria a Varese; Maddy e Max che ho avuto il piacere di incontrare nel loro cammino, che animano e danno vita al mio piccolo paese Cino (SO), in Valtellina; Camilla e Alice, sempre al mio fianco; tutti i professori sia universitari che del liceo Nervi-Ferrari di Morbegno che hanno saputo formarmi al meglio, dandomi le basi per essere chi sono ora.

Grazie a tutte le persone e compagni che hanno saputo trasformare momenti della normale quotidianità in pezzi di vita, con tante emozioni, sorrisi e pianti, che ci hanno accompagnato e fatto crescere durante questi anni di università, che rimarranno scolpiti nei nostri ricordi più belli.

Grazie a tutti, in memoria del prof. Aldo Macchi,

"Per Aspera ad Astra", ora inizia un nuovo cammino.

# **INDICE**

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE E REVISIONE DELLA LETTERATURA	1
CAPITOLO 1.1 - LA SORDITÀ DAL PUNTO DI VISTA MEDICO	4
CAPITOLO 1.2 - LA CULTURA DEI SORDI: LA SORDITÀ NON SOLO COME PATOLOGIA	12
CAPITOLO 1.3 - LA LINGUA DEI SEGNI ITALIANA	24
CAPITOLO 1.4 - LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE	30
CAPITOLO 1.5 - COMUNICAZIONE DELLA SALUTE ORALE CON IL PAZIENTE SORDO	36
CAPITOLO 1.6 - VIDEO ONLINE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE NEL PAZIENTE SORDO	46
CAPITOLO 2 - PROGETTO EDUCATIVO	56
CAPITOLO 2.1 - OBBIETTIVI	57
CAPITOLO 2.2 – PREPARAZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO	59
CAPITOLO 3 – ATTUAZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO	79
CAPITOLO 3.1 – VALUTAZIONE DEL RISULTATO	79
CAPITOLO 3.2 – DISCUSSIONE: PROPOSTE FUTURE E LIMITI DEL PROGETTO	80
CAPITOLO 4 - CONCLUSIONI	84
BIBLIOGRAFIA	85
SITOCDAFIA	89
SITOGRAFIA	85
ALLEGATI	91
CITATION	40.
CITAZIONI	104

# **CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) nel mondo circa il 5% della popolazione, ossia 466 milioni di persone, hanno una perdita dell'udito disabilitante: per esattezza 432 milioni di adulti con una perdita dell'udito superiore a 40 decibel (dB) e 34 milioni di bambini, con una perdita maggiore di 30 dB.

È stato stimato che entro il 2050 le persone sorde saranno oltre 900 milioni, una su dieci circa.

In base alle ultime statistiche dell'AIRS (Associazione Italiana Ricerca Sordità) e CENSIS, 2018 su 60 milioni di abitanti, il 12 % soffrono di ipoacusia, che corrisponde a circa 7,2 milioni di persone.

Gli ultraottantenni hanno l'incidenza maggiore, uno su due soffre di riduzione dell'udito; nella fascia d'età 61-80 anni il rapporto scende a uno su quattro, per un totale di 3 milioni di persone.

Più l'età diminuisce e più le percentuali di incidenza si riducono, anche se le percentuali sono importanti: soffrono di ipoacusia 1,5 milioni di italiani tra i 46-61 anni e 2,6 milioni tra i 13-45 anni.

È molto probabile, dunque, che l'igienista dentale e il dentista, nella loro pratica clinica, incontrino un paziente con un certo grado di compromissione dell'udito.

La salute orale di tutti i pazienti con una disabilità sensoriale come le persone sorde soffrono di uno stato di salute orale compromesso: da alta prevalenza di carie, problemi parodontali, bruxismo, Malocclusione e scarsa igiene orale domiciliare; la prevenzione a livello del cavo orale riveste dunque, un ruolo fondamentale.

La salute generale, in particolare quella orale, di solito viene trascurata dalle persone sorde a causa della mancanza di una comunicazione adeguata tra medico e paziente, che rimane un requisito essenziale per ottenere la fiducia reciproca tra sanitario e paziente, a cui vanno fornite tutte le informazioni necessarie per capire e prendere coì, coscienza della sua situazione iniziale, riguardante la terapia da svolgere e avere la piena adherence per garantire il successo terapeutico.

Capita spesso che il medico si dimentichi di avere a che fare con un paziente affetto da sordità: ad esempio inizia a parlare dando le spalle alla persona sorda e quindi

involontariamente gli impedisce la lettura del labiale, magari dopo che la segretaria ha passato cinque minuti ad urlare in sala d'attesa per ricordargli che era il suo turno, con il risultato di metterla in imbarazzo e irritarla.

Per evitare di perdere tempo, i medici preferiscono parlare con gli accompagnatori, escludendo la persone sorda, senza consentirle, di prendere parte alle decisioni che riguardano la propria salute.

Secondo lezzoni L.I. et al. (2004), una grande percentuale di sordi che ha usufruito di una prestazione in un ambulatorio medico o in ospedale riferisce di avere avuto difficoltà comunicative con infermieri, medici e dentisti.

La persona sorda deve affrontare maggiori difficoltà di inclusione nella società rispetto alle persone con disabilità fisiche e visive, questo perché è molto complesso acquisire il linguaggio senza poter ascoltare la propria voce e quindi modularla e controllarla nel modo corretto. Difficoltà che sono state spiegate egregiamente da Ilaria Galbusera, capitano della squadra nazionale femminile di pallavolo sordi italiana, Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana per l'impegno e la passione con cui fa dello sport uno strumento di conoscenza e inclusione delle diversità, insignita dal presidente della Repubblica Italiana Mattarella a fine 2018.

Nella sua dissertazione per "TEDxBergamo 2019", racconta (nella sua testimonianza) di come, grazie all'aiuto di suo fratello che per gioco le passava una macchinina su tutto il corpo, abbia imparato a pronunciare la lettera "R", infatti da quel momento poté chiamare suo fratello "Roberto", anziché "Oberto".

Come dimostrato anche dalla letteratura, bastano semplici accorgimenti per far sentire il paziente sordo accolto in modo adeguato, partendo dall'ascolto attivo ed empatico, chiedono al paziente stesso quale sia la propria comunicazione preferita, rendendolo partecipe.

Ad esempio far ripetere ai pazienti le informazioni critiche sulla propria salute o le istruzioni per i farmaci, può eliminare possibili incomprensioni. (lezzoni L.I. et al., 2004)

Le professioni sanitarie possono contribuire alla promozione della salute di persone sorde veicolando consigli e informazioni tramite l'ausilio di video con grafici, immagini ed interpreti di lingua dei segni, come è stato fatto da Galindo-Neto N.M. et al. (2019), che hanno realizzato un video educativo per l'apprendimento della rianimazione cardiopolmonare per studenti sordi con lingua dei segni brasiliana o Libras.

Inoltre, questo studio metodologico fornisce un metodo replicabile da utilizzare nelle professioni sanitarie, tra cui l'igiene dentale, per la costruzione e validazione di altri video di supporto ed accessibilità a Libras o altre lingue dei segni come quella italiana.

La perdita di udito non può essere superata solamente con l'ausilio di impianti cocleari o apparecchi acustici, o con la lettura del labiale, soluzioni apparenti che descrivono solo in parte come una persona sorda si sente.

Gli apparecchi acustici non sono in grado di captare tutte le frequenze vocali e in molte situazioni è complicato leggere il labiale di qualcuno che si trova a lunga distanza o parla molto velocemente, per questo l'utilizzo della lingua dei segni può aiutare a migliorare sia la comunicazione che l'apprendimento.

Anche per la salute orale si stanno sperimentando i primi passi, come riportato nello studio di Fageeh H.N. e Mansoor M.A. (2020), uno dei pochissimi lavori in letteratura sull'argomento che pone le basi a questo progetto.

I ricercatori hanno dimostrato come sia possibile migliorare la conoscenza della salute orale, tra gli studenti sordi di una scuola superiore in Arabia Saudita, grazie all'utilizzo di video di istruzione in igiene orale con la lingua dei segni araba; considerando che all'inizio dello studio il 92% dei partecipanti non conosceva le corrette pratiche di igiene orale e circa il 70% non sapeva spazzolarsi i denti.

Il numero esiguo di articoli in letteratura su questo argomento dimostra quanto bisogno ci sia di continuare questo lavoro anche qui in Italia, anche per ampliare le ricerche e i contributi in campo odontoiatrico, soprattutto per tutti i pazienti che ne potranno avere beneficio.

Per le ragioni citate sopra, si rileva l'importanza di contribuire alla realizzazione di video educativi alla salute orale con la lingua dei segni italiana e di renderli disponibili su una piattaforma nota al mondo dei sordi. Proprio per raggiungere il maggior numero di pazienti sordi possibile è stata individuata come pagina internet autorevole e più rappresentativa il sito web dell'ENS (ente nazionale sordi).

Inoltre, il materiale contribuisce a fornire informazioni sulla salute orale, un tema poco diffuso a un pubblico formato sia da persone sorde che udenti, la quale una volta aderito ai consigli proposti, può contribuire a ridurre l'incidenza di malattie del cavo orale in tutta la popolazione italiana.

# CAPITOLO 1.1 - LA SORDITÀ DAL PUNTO DI VISTA MEDICO

La sordità viene definita spesso come una "disabilità invisibile", perché difficile da comprendere in ogni suo aspetto: "non si vede" nell'immediato, ma è riconoscibile nel momento in cui si inizia a comunicare, per questo le persone udenti non sempre prestano le dovute attenzioni e disponibilità, innanzi tutto per educazione, necessarie alle persone sorde.

La sordità viene definita dall'*Enciclopedia Treccani* come la riduzione della capacità uditiva. Nel linguaggio medico viene denominata "ipoacusia", parola che deriva dal greco ipo- e ἄκουσις cioè "percezione uditiva".

Può essere ereditata dai genitori, portata come conseguenza di una malattia infettiva, sia virale che batterica; causata da uno squilibrio dismetabolico, vascolare o endocrinologico, da effetti avversi di farmaci e di traumi che colpiscono l'apparato uditivo, oppure dalla continua esposizione a rumori forti.

Tutti questi fattori possono interessare una sede specifica o diffusa delle vie uditive che comprendono l'orecchio esterno, medio, interno, e/o del nervo acustico e del sistema nervoso da cui derivano le funzioni sensoriali uditive.

Si definisce "anacusia" nel momento in cui la sordità riguarda un solo orecchio, se invece interessa ad entrambi si parla di "cofosi", non riguarda solo l'uomo ma è stata riscontrata anche negli animali.

Questa patologia può presentarsi in diversi momenti della vita: sin prima della nascita, durante il parto, per ipossia o ittero, dopo per un infezione virale o batterica (es. la meningite), a seguito di un trauma, oppure per invecchiamento senile cioè per un processo fisiologico naturale.

La sordità puo avere diverse classificazioni: sordità di tipo malformativo, infiammatorio, tossico, traumatico, neoplastico, ecc. a seconda della sede colpita dalla lesione scatenante. Sordità di trasmissione secondo i criteri di fisiopatologia, da lesioni dell'orecchio esterno e dell'orecchio medio; in sordità neurosensoriale o di percezione da lesioni dell'orecchio interno, del nervo acustico oppure delle vie acustiche nervose centrali anche di natura traumatica detta "sordità da rumore"; Sordità miste cioè causate da meccanismi sia di trasmissione che contemporaneamente neurosensoriali; Infine in Sordità verbale, una

sindrome neurologica rara in cui il paziente non è in grado di capire e quindi ripetere quello che ascolta, dovuta a lesioni generalmente vascolari a livello cerebrale e, in via meno frequente, traumatica o neoplastica.

# **GRADI E TIPOLOGIE DI SORDITÀ**

Il grado di perdita uditiva è calcolato con il Pure Tone Average (PTA), una misura soggettiva in quanto si basa sulle risposte del paziente agli stimoli e quindi prelude la sua collaborazione. Durante il test si rilevano le frequenze percepite attraverso un esame audiometrico che porta alla creazione di un audiogramma dove si registra la media della percezione migliore ottenuta dall'orecchio nelle frequenze 500 /1000 / 2000 / 4000 Hz. (ENS.it)

Si possono distinguere cinque gradi di ipoacusia in relazione all'entità della perdita uditiva come lieve, media, grave, profonda, grava e profonda insieme, espressa in decibel della classificazione del Bureau International d'Audiophonologie. (vedi **Tabella 1**)

Tabella 1. classificazione del Bureau International d'Audiophonologie dei gradi di sordità				
IPOACUSIA	SOGLIA IN DECIBEL (DB)			
LIEVE	tra 20 e 40 dB			
MEDIA	tra 40 e 70 dB			
GRAVE	tra 70 e 90 dB			
PROFONDA	1° gruppo: uguale a 90 dB, nelle frequenze tra i 125 e i 4000 Hz.  2° gruppo: uguale o maggiore di 90 dB, nelle frequenze dai 125 ai 2000 Hz.  3° gruppo: maggiore ai 90 dB, nelle frequenze dai 125 ai 1000 Hz.			
GRAVI E PROFONDE	Maggiore di 120 dB dove non c'è percezione del parlato, viene definita "Anacusia" se completa e monolaterale oppure "cofosi" se bilaterale.			

# **CLASSIFICAZIONE DELLE IPOACUSIE**

L'udito si avvale di due componenti principali per svolgere la propria funzione di trasmissione dell'impulso sonoro: la "via di trasmissione" composta dall'orecchio esterno e da quello medio, e la "via neurosensoriale" che comprende la coclea e le vie retro-cocleari.

Questa distinzione è necessaria perché per molti anni è stata adottata una classificazione semplificativa che prevedeva la divisione in deficit di conduzione dell'orecchio medio e ipoacusie percettive dell'orecchio interno.

Questa distinzione è importante in quanto i deficit periferici modificano la sensibilità ai segnali acustici in modo molto diverso rispetto ai danni centrali.

Il termine più corretto, usato anche oggi è "danno alle vie neurosensoriali": questo permette di distinguere tra danni a carico dei recettori cocleari e danni che invece riguardano potenziali lesioni del nervo acustico e di aree e nuclei uditivi della corteccia cerebrale.

I test della funzione uditiva ci permettono di stabilire una corretta terapia ed effettuare una buona diagnosi differenziale, che permette di classificare l'ipoacusia a livello anatomico del deficit o perdita delle abilità uditive.

L'ipoacusia, denominata anche sordità parziale, può essere distinta in base alla compromissione funzionale delle vie di trasmissione dell'impulso sonoro rispetto alla sede anatomica colpita che porta il soggetto a diminuire le proprie abilità uditive. Generalmente può avere origine dopo esposizione continua ai rumori (NIHL) oppure per l'invecchiamento (ARHL, o presbiacusia).

Le ipoacusie possono essere classificate, secondo l'enciclopedia Treccani, in ipoacusie di trasmissione, ipoacusie neurosensoriali oppure come combinazione delle due forme precedenti, le ipoacusie miste; Inoltre sono da aggiungere altre due forme: le Ipoacusie centrali e le Ipoacusie funzionali.

a) *Ipoacusie di trasmissione:* queste patologie riguardano la presenza di un danno all'orecchio esterno oppure medio, di solito non superano i 60 dB.

I danni all'orecchio esterno possono variare da anomalie congenite del padiglione auricolare come la microtia, l'anotia e l'atresia, fino alla stenosi del condotto uditivo esterno, presenza di corpi estranei, otiti esterne, tappo di cerume, ai tumori del condotto.

Fra le cause di ipoacusie riguardanti l'orecchio medio che sono le più frequenti ci sono le forme infiammatorie e infettive, le perforazioni della membrana timpanica, le disfunzioni della tuba di Eustachio, l'otosclerosi, il colesteatoma, oltre ai traumi e ai disordini congeniti.

b) *Ipoacusie neurosensoriali:* queste patologie riguardano la presenza di un danno all'orecchio interno, possono superare i 115 dB, in base alla localizzazione del danno si distinguono ipoacusie cocleari, dove la coclea è danneggiata oppure ipoacusie retrococleari, in cui viene colpito il nervo acustico.

Le cause principali sono l'invecchiamento, l'esposizione al rumore o ad eventi infettivi, l'ototossicità, i neurinomi del nervo acustico, i traumi cefalici, l'ereditarietà e più raramente malattie sistemiche quali il diabete, la sifilide e la sclerosi multipla.

Vengono riportati di seguito alcuni esempi: *La presbiacusia* è la fisiologica e graduale perdita dell'udito dovuta all'anzianità (più di un terzo ha età superiore ai 75 anni), l'ipoacusia in questi casi, è solitamente bilaterale e interessa frequenze al di sopra dei 2000 Hz.

Il termine è compreso in un insieme più generale di patologie detto "socioacusia", associato all'effetto del rumore ambientale, sarebbe più corretto parlare di sociopresbiacusia, accezione del termine che comprende gli effetti dell'inquinamento acustico in qualunque ambiente sia lavorativo che quello domestico, e soprattutto gli effetti delle condizioni di vita della società sulle funzionalità uditiva come stress, alimentazione, patologie cardiovascolari, ecc.

Il problema dell'inquinamento da rumore è sempre più attuale nella nostra società, dove l'individuo si trova esposto a forti rumori durante tutto il giorno, l'ipoacusia indotta da rumore che ne consegue, porta un danno a carico delle cellule sensoriali dell'orecchio interno che può manifestarsi in modo graduale per esposizioni ripetute oppure può essere dovuta ad un singolo episodio molto intenso; Se si superano i livelli della soglia del dolore, viene definito trauma acustico transitorio quando l'esposizione è stata di breve durata, invece di tipo permanente, quando l'esposizione è di lunga durata, come accade nella maggioranza dei casi.

La tecnoacusia si verifica quando l'esposizione al rumore avviene in ambito lavorativo, numerosi Paesi industrializzati hanno aggiunto al proprio sistema giurisdizionale leggi specifiche che regolano l'intensità di esposizione al rumore negli ambienti lavorativi e l'uso di mezzi protettivi, proprio perché il deficit da rumore non è possibile trattarlo ma si dovrebbe prevenire.

*Le ipoacusie idiopatiche* in maggioranza sono improvvise, soltanto il 10-15% dei casi riconosce un'eziologia da attribuibile a cause infettive, vascolari o ad un trauma pressorio o barotrauma.

Una percentuale compresa tra il 40-70% dei pazienti ha un miglioramento o la risoluzione spontanea del sintomo.

- c) *Ipoacusie forme miste:* si tratta di sordità parziali in cui sono presenti contemporaneamente le cause che danno origine alle forme trasmissive e quelle neurosensoriali.
- d) Ipoacusie centrali: il danno non sta nell'apparato uditivo in sé ma a livello linguisticocognitivo in quanto il soggetto con questa patologia non riesce a comprendere ciò che
  gli viene detto o meglio perde la capacità discriminatoria delle parole, che però è in grado
  di sentire da un punto di vista funzionale; Si tratta di una patologia sofferta da molti
  anziani che hanno difficoltà a comprendere le singole parole, mentre riescono a sentire
  la persona che parla.

Questo è confermato da curve audiometriche discendenti, espressione d compromissione funzionale delle alte frequenze ( > 2500 Hz ).

Sono tuttora in atto diverse ricerche allo scopo di valutare il ruolo che fattori ad azione centrale, come l'atrofia dei neuroni cerebrali, potrebbero avere in merito.

e) *Ipoacusie funzionali:* anche in questo caso, come quello sopracitato, si tratta di una patologia psichiatrica in quanto il soggetto che ne soffre è perfettamente in grado di sentire dal punto di vista funzionale ma afferma ed è convinto del contrario.

# RIABILITAZIONE PROTESICA: APPARECCHIO ACUSTICO E IMPIANTO COCLEARE

L'obbiettivo della riabilitazione protesica è quello di aiutare il paziente a utilizzare al meglio le capacità uditive che possiede.

Fondamentale in questo processo l'aiuto di amici e famigliari oltre che lo sviluppo e l'acquisizione di maggiori capacità visive di lettura del labiale che permettono di ottenere gratificanti risultati. Al giorno d'oggi sono disponibili sul mercato numerosi apparecchi di protesi acustiche sempre più moderne e in grado di migliorare gran parte delle ipoacusie grazie all'avanguardia e alla velocità con cui si sviluppano le nuove tecnologie. In commercio si trovano apparecchi acustici sempre più piccoli, confortevoli e che passano inosservati, di fatto sostituendo i modelli più vecchi che risultavano scomodi e molto ingombranti.

L'apparecchio acustico è una protesi che amplifica i segnali acustici ed è composta da tre componenti principali: il microfono, che converte il suono in energia elettrica; l'amplificatore, che aumenta l'ampiezza dell'energia elettrica e il ricevitore, che converte l'energia elettrica amplificata in suoni. (Treccani.it)

Le protesi acustiche possono essere analogiche, cioè convertono le onde sonore in onde elettriche simili alle onde naturali, oppure digitali, che invece, convertono le onde sonore in impulsi elettrici ottenendo anche un miglioramento della qualità sonora. La protesi acustica viene utilizzata nei casi di sordità medio-grave e nei bambini sordi come primo tentativo di riabilitazione.

L'impianto cocleare (IC) è un apparecchio acustico che viene inserito chirurgicamente all'interno della coclea, oltrepassando le cellule danneggiate, con lo scopo di stimolare direttamente il nervo acustico, che deve essere in buono stato per trasmettere gli impulsi al cervello.

Questo apparecchio è costituito da componenti interni ed esterni.

Un ricevitore, un magnete, un'antenna posizionati sotto la pelle e un elettrodo inserito nella rampa timpanica comprendono quelli interni, mentre i componenti esterni consistono in un piccolo processore CPU, un microfono e un trasmettitore posti dietro l'orecchio.

L'impianto cocleare viene applicato in casi di sordità neurosensoriale grave o profonda (cofosi). L'efficacia di questo metodo chirurgico varia a seconda del tempo trascorso tra l'insorgenza della sordità e l'inserimento dell'impianto stesso.

Il recupero delle sordità più gravi è più lento e non sempre ha successo ad es. le ipoacusie totali bilaterali sopraggiunte in epoca prelinguale.

La caratteristica principale che differenzia la protesi acustica dall'impianto cocleare è che nel primo caso vengono migliorate le basse frequenze, invece nel secondo caso quelle alte. Usando parole diverse si potrebbe dire che le protesi acustiche permettono di percepire una altezza sonora migliore e di conseguenza i suoni musicali (Vicenti et al., 2014) mentre gli IC sono costruiti per comprendere il linguaggio verbale parlato perdendo l'aspetto musicale, cioè la capacità di discriminare i diversi strumenti musicali o le intonazioni vocali differenti.

# CAPITOLO 1.2 - LA CULTURA DEI SORDI: LA SORDITÀ NON SOLO COME PATOLOGIA

# STORIA DELL'ENS (ENTE NAZIONALE SORDI)

La storia dell'ENS è una storia intensa, una storia di persone che hanno creduto nell'unità, nella condivisione di obiettivi comuni, nella forza di una comunità.

Desidero riportare per esteso quanto spiegato da Lane (1994) e sul sito dell'Ente Nazionale Sordi nella sezione "la nostra storia". (Ens.it)

Un lungo cammino costellato di progressi, di sacrifici, di battaglie quotidiane di chi non si arrende e che premia chi ha sempre creduto nell'autodeterminazione delle persone sorde.

Quando l'Ente Nazionale Sordomuti si è costituito, era il 1932, le persone sorde erano praticamente prive di qualsiasi diritto sul piano giuridico e sociale: equiparate a soggetti incapaci di intendere e di volere, erano escluse da ogni facoltà giuridica, non avevano diritto all'istruzione, se non presso istituti religiosi o precettori privati.

La loro esistenza nella società era, nei fatti, negata. Il sordomutismo inizia ad essere affrontato come problema sociale, in Italia, a partire dal 1784, quando grazie all'esempio del primo, pionieristico, educatore dei sordi Tommaso Silvestri, cominciano a nascere diverse scuole per sordi: prima a Roma e in seguito in altre città italiane.

Da allora, i sordi che avevano conquistato i fondamenti dell'istruzione, cominciarono ad acquisire una sempre maggior coscienza della propria esistenza sociale, acquistando così la consapevolezza dell'importanza del mutuo soccorso (come nel frattempo avveniva per le leghe operaie), e quindi della necessità di associarsi per difendere legittimi interessi comuni, come l'occupazione, i sussidi per le malattie, le sussistenze economiche.

Il primo sodalizio di cui si abbia notizia certa nacque a Milano nel 1874 con la denominazione "Società di Mutuo Soccorso Cardano".

Da quel momento l'esempio diede origine a molte altre società, come venivano definite allora, a Torino, Genova, e quindi in altre città. Naturalmente queste iniziative, seppur positive per l'acquisizione di coscienza, scontavano per altro verso una certa miopia campanilistica, con l'affiorare di particolarismi nelle scelte culturali e politiche che frenarono

a lungo una crescita protesa al riconoscimento della necessità di costruire un movimento unitario.

Il Primo Congresso internazionale dei sordomuti si tenne a Roma nel 1911 e, dopo la Prima Guerra Mondiale che aveva spazzato via molti dei semi gettati in quel coraggioso inizio, i contatti fra le varie società furono faticosamente ripresi, fino a giungere, grazie all'opera instancabile di Giuseppe Enrico Prestini, all'istituzione, nel primo Convegno dei sordomuti italiani tenutosi a Genova nel 1920, della Federazione Italiana delle Associazioni fra i Sordomuti (FIAS).

Il successivo convegno di Roma del 1922 propose le linee di azione della neonata forza rivendicativa: istruzione obbligatoria dei sordi, avviamento e collocamento al lavoro per sordi, istituzione del patronato per la difesa e l'assistenza dei lavoratori sordi.

È del 1923 il primo riconoscimento dello Stato in favore dei sordomuti con l'emanazione della legge sull'istruzione obbligatoria, ottenuta proprio grazie all'azione della FIAS.

Sulle priorità dei punti programmatici e sulle modalità di attuazione delle istanze, nonché su alcuni principi fondamentali legati al concetto di sordomutismo si formarono due linee interpretative contrapposte.

Il confronto diede luogo a una scissione di alcune società dalla Federazione, le quali costituirono un altro organismo nazionale, l'Unione Sordomuti Italiani, nel 1924.

Da questo momento si approfondirono sempre più i contrasti, che portarono alla convocazione di Congressi separati dai quali vennero a definirsi due linee programmatiche differenti: privilegiare la peculiarità culturale dei sordi, oppure accettare il modello degli udenti cercando di colmare il divario. Nel 1930 il Governo, forse per ragioni che oggi potremmo definire "di immagine", vietò alle associazioni di sordomuti di convocare convegni nazionali.

Al padovano Magarotto allora venne un'idea che permise di aggirare il divieto: fece convenire i sordi da tutta Italia con il pretesto delle celebrazioni del VII Centenario della morte di Sant'Antonio, alle quali il Governo non poteva certo opporsi.

Fu così che i sordi, resisi conto del valore dell'unità, poterono gettare le basi, in un contraddittorio serrato, della nuova unione.

Al convegno parteciparono praticamente tutte le società italiane, e soprattutto le due Federazioni antagoniste, che a Padova, nei giorni dal 24 al 26 settembre 1932, furono protagoniste di confronti molto accesi e critici ma evidentemente non distruttivi se, alla fine

del convegno, venne sancito il cosiddetto Patto di Padova, nel quale si stabiliva la nascita dell'Ente Unico in rappresentanza dei sordi italiani e per il quale fu chiesto il riconoscimento pubblico al Governo.

Il riconoscimento ufficiale venne solo con la L. 12 maggio 1942 n. 889, ma nel frattempo la forza dell'unità ebbe modo di mostrarsi in un importantissimo evento che rivoluzionò per sempre la vita dei sordi italiani: l'abrogazione, nel 1938, delle disposizioni relative al Codice Civile che inabilitavano la persona sorda, con l'acquisizione della piena capacità giuridica, che consentì ai sordi, da quel momento, di godere dei diritti civili come tutti gli altri sudditi del Regno d'Italia.

La Legge 21 agosto 1950 n. 698 riorganizzò l'Ente Nazionale Sordomuti riconoscendone la personalità giuridica di diritto pubblico, per l'importanza dei compiti di rappresentanza e tutela svolti a livello nazionale per tutti i Sordi Italiani.

A seguito del decentramento amministrativo voluto dal decreto n. 616 del 1977, l'ENS, come le altre associazioni storiche di disabili, è stato trasformato in Ente morale di diritto privato, pur conservando i compiti di rappresentanza e tutela riconosciuti in un successivo decreto del 1979. Dall'anno della sua fondazione l'ENS ha subito diverse trasformazioni nella propria struttura, rinnovandosi continuamente ma mantenendo il focus centrale della propria azione: lottare, giorno per giorno, per il miglioramento continuo della qualità della vita delle persone sorde.

Arriviamo quindi all'Ente come lo conosciamo oggi, con un'organizzazione che opera su tutto il territorio nazionale con 103 Sezioni Provinciali, 21 Consigli Regionali ed oltre 50 rappresentanze intercomunali, ed un "curriculum" che ha visto ulteriori riconoscimenti nel corso degli anni.

Ha ottenuto l'attestazione di O.N.L.U.S. mediante l'iscrizione all'Anagrafe Unica delle Onlus (prot. n. AC/cf/onlus 10217 del 08.02.2008).

È Associazione di Promozione Sociale iscritta nel registro nazionale (decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 10.10.2002).

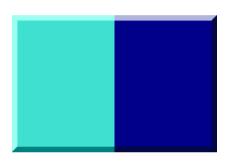
È riconosciuto Soggetto accreditato per la formazione del personale della scuola dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (Decreto del 18 luglio 2005).

È riconosciuto come Organizzazione Promozionale di Sport Disabili ai sensi dell'art. 25 dello statuto del C.I.P., cioè il Comitato Italiano Paralimpico (delibera del Consiglio Nazionale n. 23 del 26 novembre 2005).

Un'importante e relativamente recente trasformazione giuridica viene dal risultato di una forte battaglia politica e mobilitazione di piazza, raccontata nelle pagine di questa relazione, che ha portato alla definizione ed approvazione della L. 20 febbraio 2006 n. 95 con la quale il termine sordomuto viene sostituito dal termine sordo, in tutte le disposizioni legislative vigenti.

Per effetto di detta legge oggi siamo l'Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza dei Sordi - Onlus.

# **COMUNITÀ E IDENTITÀ SORDA**



**Fig.1** Bandiera non ufficiale della Comunità sorda approvata all'Assemblea generale del World Federation Deaf in Durban, Sudafrica, nel 2011.

In passato ci sono stati vari dibattiti sull'esistenza o meno della cultura sorda, che nel 2006 ha ricevuto un importante riconoscimento da parte della Convenzione della Nazioni Unite nell'articolo 30 comma 4 che sottolinea come "Le persone con disabilità hanno il diritto, su base di uguaglianza con gli altri, al riconoscimento ed al sostegno della loro specifica identità culturale e linguistica, ivi comprese la Lingua dei Segni e la Cultura dei Sordi."

Riconoscimento che rappresenta una conquista importante per il mondo dei sordi attraverso la quale le persone sorde non vengono più viste solo come individui con un deficit, ma come una comunità di persone che possiede una identità culturale propria.

La "cultura dei sordi" è l'espressione dei comportamenti che le persone sorde hanno nello stare insieme, in società, con relazioni in grado di costruire una propria identità senza considerarsi o essere considerate inferiori, persone con un deficit uditivo.

Questa sfera culturale afferma il diritto di espressione e di comunicazione per le persone sorde stravolgendo il modo di vedere le cose, da diversità in ricchezza sottolineando i molteplici modi di vedere le cose e la realtà che ci circonda: l'orientamento visivo può cogliere prospettive diverse rispetto all'orientamento uditivo. (O'Hearn A. et al., 2014)

Una parte dei sordi è cosciente e consapevole della propria condizione di sordità che non è percepita in modo negativo, generalmente sono persone integrate nella comunità sorda, si riconoscono nella cultura sorda di cui vanno fieri e utilizzano la lingua dei segni come principale mezzo di comunicazione.

L'altra parte dei sordi, che non sentono dalla nascita o da un certo momento nella loro vita, percepiscono la loro sordità come una mancanza, qualcosa da correggere e scelgono di non si identificarsi con la comunità sorda ma ambiscono di inserirsi nella società; spesso educate con una oralista non conoscono la lingua dei segni oppure non la utilizzano come mezzo principale di comunicazione. La cultura di un popolo riguarda ogni ambito di un individuo come membro effettivo della comunità, un bagaglio complesso di conoscenze che riguardano l'arte, la lingua, la religione ecc. (Lane H., 2005).

Di sicuro la lingua dei segni è uno degli elementi più importanti della cultura sorda, per l'Italia, la lingua dei segni italiana o LIS, grazie alla quale le persone sorde ma anche udenti segnanti, possono comunicare tra di loro, raccontare storie, creare poesie ed esprimersi in ogni forma artistica. Esistono la poesia e il teatro in LIS, favole per bambini, i telegiornali, recentemente anche i comunicati ufficiali del presidente della repubblica o del primo ministro del governo italiani, le funzioni religiose ecc. volendo tutte le trasmissioni televisive potrebbero avere un interprete di lingua dei segni.

Le "Deaf News" sono la principale raccolta di molteplici testate giornalistiche americane e informazioni indirizzate alla comunità sorda statunitense.

Un esempio della cultura sorda nel cinema italiano è dato dal "Cinedeaf", il festival internazionale del cinema sordo, fondato nel 2012 dalla prima scuola pubblica per sordi in Italia, l'Istituto Statale per Sordi di Roma e ancora oggi è centro di documentazione, consulenza, formazione e ricerca sulla sordità.

Istituto che porta vanti come obiettivo principale l'inclusione delle persone sorde e la valorizzazione delle loro potenzialità e professionalità nel settore cinematografico, rappresenta uno spazio di incontro culturale e integrazione tra sordi e udenti di respiro internazionale.

La cultura sorda si basa su ausili e abitudini che tutti i gironi vengono usati dai sordi come l'uso delle luci quando "suona" qualcuno alla porta di casa per sostituire il campanello oppure la preferenza di canali di comunicazione in videochat rispetto ai normali messaggi o registrazioni audio.

Per avere l'attenzione di una persona si usa picchiare con le mani sul tavolo, che per le persone udenti potrebbe essere considerato da maleducati ma che in realtà è parte dei modi della cultura sorda.

Sono stati realizzati molti film che fanno riferimento alla Comunità sorda, uno dei più celebri è "Figli di un dio minore" del 1986: la protagonista Marlee Matlin, oltre che essere un punto di riferimento per tutta la cultura sorda, è la prima attrice sorda, ed unica per ora, ad aver vinto il premio Oscar grazie a questo film.

"La famiglia Bélier", film del 2014, racconta la vita della protagonista udente figlia di una famiglia di sordi. In molti film c'è la presenza della lingua dei segni americana o di quella francese. Oltre al cinema, l'International visual theatre è il teatro più importante della cultura sorda.

Il Mondo dei Sordi è presente sia in Italia che nel mondo, come negli USA, UK, Francia, Svizzera, ecc., negli USA include qualche milione di cittadini, la cui prima lingua è la Lingua dei Segni Americana (ASL) e che si identificano come membri di quella cultura di minoranza. I Mondo dei Sordi non vuole essere un mondo abitato solo dai sordi ma vuole abbracciare l'idea di un mondo dove ogni persona, udente o sorda che sia, possa sentirsi accettata.

Questo mondo che, se per la piccola minoranza delle persone sorde può sembrare un'utopia, ha trovato la sua realizzazione nel Massachusetts nell'isola di Martha's Vineyard (Sacks O., 1991).

Qui, per effetto gene recessivo che si è manifestato in seguito a frequenti matrimoni fra consanguinei, era presente un grande numero di persone con sordità (che ha caratterizzato tutta la comunità), a metà dell'ottocento l'incidenza era di un sordo su quattro persone. In questa comunità tutti, sia sordi che udenti conoscevano la lingua dei segni con cui comunicavano liberamente, perfettamente integrati gli uni agli altri senza pregiudizi.

Le persone sorde venivano considerate come tutte le altre, si respirava un'aria di piena integrazione senza emarginazione, anzi tutti i sordi erano molto colti perché venivano mandati a studiare al vicino college di Hartford, una delle scuole più prestigiose e all'avanguardia per persone sorde.

La cosa strana ed interessante è che anche dopo la morte dell'ultima persona sorda nel 1952, tutta la comunità continuò ad usare la lingua dei segni, ormai parte integrante della cultura stessa di tutta quella piccola popolazione, tramite la quale si possono cogliere sfaccettature comunicative diverse durante un dialogo.

# **IDENTITÀ SORDA VS PREGIUDIZI**

Il concetto di "deafhood" racchiude in sé qualcosa di più profondo e sentito dalla comunità sorda per essere ridotto ad una mera traduzione letterale, significato che può essere riportato in italiano come "Identità sorda".

Questo sostantivo inglese è composto dal termine deaf (sordo) e il suffisso -hood, non di facile traduzione in italiano, per questo non esiste una vera e propria traduzione.

Un'altra causa può essere considerata la poca conoscenza di quest'opera nella comunità sorda italiana e di conseguenza, del concetto stesso.

Questo concetto è stato ideato da Paddy Ladd, ricercatore sordo inglese e attivista per i diritti dei sordi, per la prima volta propose il termine "deafhood" nel 1998 nella sua tesi di dottorato di ricerca in Deaf Culture presso l'Università di Bristol.

Nel 2003 racchiuse tutta la sua teoria che circonda questo sostantivo inglese nel suo libro "Understanding deaf culture in search of deafhood" (Comprendere la cultura dei sordi: Alla ricerca della sordità), in cui spiegò la differenza tra Sordo e sordo.

Sordo con la lettera maiuscola racchiude tutti gli aspetti culturali dal punto di vista della comunità sorda per affermare il proprio diritto di comunicazione ed espressione, mentre sordo, con la lettera minuscola, dall'inglese deaf (sordo) oppure hearing impaired (non udente) sono invece usati per descrivere la sordità, intesa unicamente come patologia e solamente legata ad un punto di vista medico, come menomazione fisica da curare e non come ricchezza sociale e culturale. (veasyt.com)

Paddy Ladd nella sua opera racconta il suo viaggio personale: nel definire la propria identità sorda, si rese conto della mancanza di concetti appropriati che fossero in grado di accorpare gli aspetti comuni delle Culture Sorde nel mondo con lo scopo dimostrare la presenza di una Comunità Sorda a tutti gli effetti e lo stato esistenziale che le contraddistingue.

Il Premio più recente che gli è stato conferito è stato nel 2009 "l'EM Gallaudet per Leadership internazionale nella promozione del benessere dei sordi del mondo" dell'Università di Gallaudet.

Paddy Ladd (2003) descrive il concetto di Deafhood come "lo stato dell'essere consapevolmente Sordo e dell'essere riconosciuto come tale dall'esterno", descritti da una cultura tipica, con i propri usi, valori e tradizioni, e di una propria lingua, la Lingua dei Segni. Deafhood è un termine Sordo-centrico che rappresenta una specie di viaggio interiore che la singola persona Sorda affronta nell'accettazione positiva della propria sordità, vista non come perdita, ma parte del proprio stato sociale.

Ladd definisce la Deafhood come un concetto volutamente vago e dinamico, come la cultura stessa in un processo di accettazione che cresce e si sviluppa nella personalità della persona Sorda. Tutto questo avviene soprattutto grazie alla condivisione delle proprie esperienze e al contatto con altre persone Sorde per un pieno coinvolgimento all'interno della Comunità Sorda.

Questo concetto porta con sé un obbiettivo più profondo, quello di unire le persone Sorde legate per le loro comuni esperienze riguardo la sordità, che formano così una spontanea fratellanza.

Il possesso di una qualsivoglia Lingua dei Segni rende le persone Sorde libere e autonome perché permette loro di trovare le risorse necessarie per controbattere ogni forma di oppressione, in particolar modo l'Audismo.

Non c'è una fazione giusta o sbagliata nell'essere sordo o Sordo o nel sentirsi parte o meno di una comunità sorda, quello che conta è il rispetto verso i modi di vivere e le scelte di ciascun individuo.

# PREGIUDIZI "SORDO" O "SORDOMUTO" ?

L'utilizzo improprio, quasi inconscio, che la maggior parte delle persone usa di frequente della parola "sordomuto", origina dal pregiudizio che tutte le persone sorde siano mute e quindi non in grado di parlare, in realtà non è così.

Le persone sorde dalla nascita possiedono la voce, ma riescono a controllarla con difficoltà, in quanto non riescono a sentirla e di conseguenza a parlare.

La legge n. 95 del febbraio 2006, apporta una modifica importante per il Mondo dei Sordi grazie all'abrogazione del termine "sordomuto" sostituito con il termine "sordo".

La paura e l'intolleranza nei confronti di persone sorde, cultura e comunità sorda, compresa la negazione dell'uso della lingua dei segni, viene descritta come Sordofobia.

Si manifesta con comportamenti critici di antipatia, disprezzo e paura irrazionale di persone udenti nei confronti di persone sorde, fino ad arrivare alla discriminazione e alla violenza.

Purtroppo questo fenomeno è presente anche all'interno della comunità sorda, quando i sordi oralisti rinnegano la lingua dei segni, di fondamentale importanza per i sordi segnanti.

# **AUDISMO**

L'audismo è una forma di discriminazione verso la comunità sorda da parte degli udenti. Questo termine è stato coniato da Tom L. Humphries, docente di cultura sorda dell'università di San Diego in California, che studiò questo fenomeno, molto presente negli USA.

L'audismo è percepito, dal punto di vista sociale, specialmente dai giovani che durante l'adolescenza non accettano l'identità sorda perché concepiscono diverse le persone non sorde.

Si possono trovare esempi di audismo anche nella vita quotidiana di una persona sorda: quando al tavolo con la propria famiglia, un ragazzo\a non riesce a seguire il labiale di tutti i membri del discorso, chiede quindi a qualcuno di comunicargli i discorsi che stanno facendo, la prima volta gli verrà spiegato tutto con i minimi dettagli, la seconda volta si inizierà a tralasciare qualcosa, alla terza volta l'interlocutore si stancherà di ripetere tutto e quindi dirà che non si sta parlando di niente di importante, escludendo in questo modo il famigliare sordo dal discorso.

Ancora oggi non tutti i programmi in televisione sono sottotitolati, quindi si ripresenta la dinamica precedente: la persona sorda non capisce, chiede, ma non sempre l'udente è disposto a spiegare tutto ciò che viene detto all'interno del film o programma che sta guardando.

Spesso i medici si dimenticano di avere a che fare con un paziente affetto da sordità: ad esempio dopo un primo saluto, il medico inizia a parlare dando le spalle alla persona sorda e quindi non permette la lettura del labiale; oppure per evitare perdite di tempo i medici evitano di interloquire con la persona sorda ma si rivolgono solo all'accompagnatore, di fatto impendendo alla persona sorda di decidere ed essere consapevole della propria salute.

Questi sono solo alcuni dei tanti esempi quotidiani che accompagnano e segnano la vita di una persona sorda, molti di questi comportamenti sono involontari, con qualche semplice accortezza e con una maggiore conoscenza dell'argomento si potrebbero evitare, facendo sentire i sordi accolti e a loro agio nella società.

È noto che origine dell'audismo è ritenuto essere il fonocentrismo, ossia la convinzione che i suoni e la lingua parlata siano superiori in modo intrinseco rispetto alla lingua scritta e dei segni. (Humphries T. e Humphries J. 2010; Ladd P, 2003)

Il concetto di Deafhood dimostra che tutte le persone sorde possono riconoscersi nella propria sordità in modo positivo, senza considerarla solo dal punto di vista deficitario come mancanza dell'udito, ma parte integrante della propria identità.

Questo mette in luce il fatto che le persone sorde non devono per forza occupare un posto marginale nella società, anzi possono arricchirla dando il loro contributo propriamente e unicamente sordo, come solo loro sanno fare.

Un altro importante concetto che non definisce la sordità come mancanza sensoriale, staccandosi dal punto di vista esclusivamente medico: è la Deaf Gain, che concepisce la sordità non come perdita, ma definisce un nuovo approccio sensoriale, diverso, che può dare un contributo significativo a tutta la società in modo visivo e speciale.

# DEAF GAIN: "GUADAGNO DELLA PROPRIA SORDITÀ"

Aaron Williamson, un artista sordo inglese, conia per la prima volta il concetto di "Deaf Gain" nella primavera del 2005 fu invitato dal professor Dirksen Bauman, tra le persone che si battono tutti i giorni per la comunità sorda e scrittore del libro "Open Your Eyes: Deaf Studies Talking" (University of Minnesota, 2008), a tenere un discorso in una classe dove insegnava all'epoca.

Williamson racconta che quando aveva sette anni iniziò a sentire meno e consultando vari medici, ottenne sempre la stessa risposta: "Stai perdendo l'udito", ma mai nessuno gli avrebbe mai detto che stava guadagnando la propria sordità, appunto Deaf Gain.

Il concetto di Deaf Gain sfida le condizioni di normalità, diversità e disabilità, secondo cui solamente la persona "udente normodotata" è quella socialmente utile ed accettata dalla società.

Il campo di ricerca riguardo le persone sorde ha sfidato costantemente la concezione di normalità.

Il concetto di normalità è stato introdotto per la prima volta nel XIX secolo (verso fine '800), quando il campo scientifico ha iniziato ad applicare alle società umane, i principi statistici secondo cui la maggior parte delle persone rientrava in un intervallo attorno alla media della rappresentazione grafica Gaussiana "a campana".

Questo accade per molte caratteristiche tra cui l'intelligenza e le capacità fisiche: più ci si allontana dalla media e più la percentuale del campione di popolazione studiato diminuisce, in entrambe le direzioni, producendo quella che è conosciuta come "la normale" curva di distribuzione.

Con il tempo, la società ha assegnato la categoria di "normale" alla media che corrisponde alla maggioranza nella popolazione.

Al contrario, la minoranza sono le persone che si trovano lontano dalla media statistica e quindi si discostano dalla normalità sia da un estremo che da quello opposto. La società ci porta ad interpretare le disabilità come valori non nella norma ma agli estremi, come anomalie statistiche che devono essere riportate alla normalità.

È questa interpretazione che sta alla base della lunga lotta delle persone sorde con il concetto di "normale". (Bauman D. et al., 2009)

Definire la sordità non come perdita di qualcosa ma come guadagno, cambia la prospettiva con cui si guarda la realtà non del bicchiere mezzo vuoto, ma mezzo pieno; Questo concetto è volutamente stato creato per essere diretto e racchiudere in sé l'opposizione al termine di perdita d'udito, in questo modo viene permesso a tutte le persone sorde di trovare stimoli incoraggianti e positivi per dare il proprio contributo a vantaggio di tutta la società, sordi e udenti, insieme.

# **CAPITOLO 1.3 - LA LINGUA DEI SEGNI ITALIANA**

La Lingua dei segni italiana è una lingua a tutti gli effetti, viene usata dalle persone sorde e udenti per comunicare con tutti coloro che appartengono alla Comunità Sorda Italiana. La LIS utilizza il canale visivo-gestuale ed ha una propria struttura fonologica, morfologica e lessicale, differenziandosi come le lingue vocali, a seconda delle aree geografiche del mondo, che l'hanno influenzata durante il suo sviluppo.

La differenza sostanziale tra le due è che l'italiano usa un canale di comunicazione vocaleuditivo, mentre la LIS usa un canale visivo-gestuale, la persona sorda ragiona per immagini e non per parole come l'udente, vede e descrive per primo, il soggetto oppure l'oggetto, e poi ne codifica l'azione.

Il labiale ha un ruolo altrettanto importante come la LIS, specie per chi sceglie di prediligere il metodo oralista: entrambi questi metodi hanno lo stesso valore in cui è fondamentale l'uso degli occhi.

I genitori di un bambino sordo possono scegliere il metodo che preferiscono, se il bambino è molto piccolo sarebbe ideale integrare i due metodi, oralista e la lingua dei segni per dargli uno sviluppo più ricco e completo, soprattutto per quanto riguarda l'accessibilità alle informazioni, per affrontare sia il mondo dei sordi che quello degli udenti; Purtroppo la Lingua dei Segni Italiana non ha ancora ricevuto un riconoscimento ufficiale da parte dello Stato Italiano.

All'inizio del novecento la lingua dei segni non era considerata una vera e propria lingua ma piuttosto una lingua figurativa o pantomima, nell'enciclopedia britannica (14a edizione) viene definita come "una specie di scrittura di immagini nell'aria".

È molto complesso pensare ad una grammatica con tanto di sintassi applicata ad un uso linguistico dello spazio proprio perché tutti gli udenti fanno fatica a concepirlo, non provando questa esperienza, forse non sono capaci di immaginarlo come non riusciamo a concepire che tutti gli esseri umani hanno una coda. (Sacks O., 1991).

Nel 1960 con la pubblicazione di "sign language structure", W. Strokoe dimostrò in maniera del tutto geniale che ASL, la lingua dei segni americana, è una lingua a tutti gli effetti, dotata

di lessico e sintassi adeguato a comporre infinite combinazioni di frasi, dove i segni non sono solamente immagini ma simboli astratti con una propria struttura ben definita e complessa. Per la prima volta nella storia nel 1965 venne messa per iscritto l'ASL nel Dictionary of american sign language grazie a Strokoe, che si avvalse della collaborazione di altri due suoi colleghi sordi Dorothy Casterline e Carl Croneberg. Nel loro lavoro i segni non erano ordinati per temi generali o gruppi come ad es. animali, cibi ecc., ma in modo sistematico portarono alla luce la struttura lessicale della ASL, una rete con circa tremila segni-parole in relazione linguistica tra loro.

Il dizionario aveva un vocabolario molto limitato se paragonato a qualsiasi lingua parlata; va sottolineato però, che la lingua dei segni è molto espressiva e grazie a questo è in grado di esprimere tutto ciò che serve, come una qualsiasi lingua parlata perché molto espressiva. Grazie alla quale è possibile raccontare significati diversi tramite la modulazione dei segni che possono indicare la durata di un'azione es. "guarda-questo" può indicare "tieni d'occhio, fissa questo", di per se da un unico segno-radice a seconda della configurazione gestuale ed espressione facciale e del corpo, può indicare un'infinità di significati.

All'inizio tutto questo venne ostacolato e criticato aspramente dall'opinione pubblica, come molte volte accade alle opere geniali, ma dopo qualche anno ci fu un grande cambiamento di prospettive, una importante rivoluzione culturale, scientifica e politica per i sordi in America.

Anche in Italia dall'inizio di quest'anno 2020, segnato da eventi catastrofici per il mondo intero e che hanno coinvolto anche la nostra università, forse cè qualcosa di buono.

Dopo anni di lotte e campagne di integrazione le comunità sorde italiane stanno per essere ascoltate, sia attraverso la televisione che su internet si respira un'aria di cambiamento, forse sarà l'anno in cui la lingua dei segni italiana sarà riconosciuta anche dal parlamento italiano?

Al momento, la LIS non ha ottenuto ancora un riconoscimento dallo Stato, ma è in corso un percorso legislativo per ufficializzare la LIS dal 2 dicembre 2005, in ambito scolastico, questo significherebbe, il suo insegnamento nelle scuole di primo grado come già proposto nel modello dalla scuola elementare Sant'Onofrio di Rimini.

#### STRUTTURA E GRAMMATICA DELLA LIS

Esistono testimonianze della presenza di persone sorde fin dai tempi prima di Cristo che vivevano emarginate dalla società, così come nell'antica Grecia e durante l'impero Romano fino a che, attorno al diciannovesimo secolo, nacquero i primi istituti che iniziarono ad ospitare le persone sorde per dare loro una istruzione.

In queste scuole si usava tantissimo la lingua dei segni, mancava però, la consapevolezza che si trattasse di una lingua vera e propria, proprio perché veniva usata quotidianamente, fino al 1880 quando fu abolita i Italia dal congresso di Milano. (Bonamini, 2015)

La LIS, lingua dei segni italiana, risponde a tutti i requisiti che la definiscono una lingua vera e propria, a tutti gli effetti:

- È costituita da un sistema di simboli arbitrari e di regole grammaticali;
- È in continuo mutamento nel tempo;
- È usata da una comunità;
- È trasmessa da una generazione all'altra.

Infatti esiste comunicazione ogni volta in cui vi è un passaggio di informazioni da un'emittente a un destinatario, in modo tale che il messaggio sia trasmesso correttamente, la LIS costituisce il canale comunicativo di prima scelta da parte dei sordi segnanti.

La lingua è lo strumento di rappresentazione simbolica più raffinato, economico e diversificato che l'individuo ha a disposizione per partecipare alla vita della sua comunità, diventandone così, un membro effettivo, da cui riceve un bagaglio culturale con un intenso interscambio tra sé e il gruppo di appartenenza.

Possiamo definire una lingua come un sistema di simboli arbitrari e di regole grammaticali che mutano nel tempo e che i membri di una comunità condividono e usano per diversi scopi: per comunicare le loro idee e sentimenti, interagire tra di loro e per trasmettere la loro cultura di generazione in generazione.

William Stokoe, alla fine del novecento, studiando la lingua dei segni americana (ASL), individuò i quattro cheremi (dal greco "khèir", mano), unità minime delle lingue dei segni, come i fonemi lo sono per la lingua italiana, cioè parametri fondamentali di formazione dei segni:

- La configurazione della mano: indica la forma che assume a seconda del movimento delle dita;
- 2. Il luogo di articolazione: delinea le parti del corpo del segnante, lo spazio neutro e lo spazio davanti al segnante;
- 3. L'orientamento del palmo della mano rispetto al corpo del segnante;
- 4. Il movimento della mano o delle mani nello spazio.

La forma della mano con cui viene eseguito il segno viene definita configurazione, con la quale si possono fare diversi segni e, cambiando le varie configurazioni, se ne posso fare degli altri; Il secondo parametro è il luogo di articolazione del segno che descrive lo spazio compreso tra il busto, le spalle e il viso del segnante; l'orientamento si riferisce alla direzione del palmo della mano, verso il segnante o verso il ricevente; Ed infine il movimento descritto dal segno, avanti e indietro, in alto oppure in basso con un movimento singolo o con l'altra mano.

Esaminiamo per esempio i due segni "segnare" e "vento": cambiando uno dei quattro parametri, il movimento e facendo rimanere gli altri uguali, il significato cambia; nel primo caso, il movimento è rotatorio in avanti, mentre nel secondo, è oscillatorio da destra a sinistra e viceversa.

Usando una oppure entrambe le mani i cheremi vengono articolati l'uno con l'altro; combinandoli tra loro nello stesso tempo, è possibile generare un grande numero di segni diversi che possono essere usati per esprimere un'infinità di concetti.

Elementi fondamentali che caratterizzano la lingua dei segni in tutta la sua espressività sono il movimento del corpo, la velocità di esecuzione e l'ampiezza del gesto che si compie per realizzarlo: permettono di comunicare sentimenti e stati d'animo di chi sta parlando, inoltre servono ad esprimere variazioni di grado, quantità o misura.

Svolgono un'importante funzione sotto questo aspetto anche la posizione delle spalle e della bocca, il movimento degli occhi e l'espressione del volto nel suo complesso; per fare una domanda chiusa (si-no) ad esempio, le sopracciglia si alzano e le spalle del segnante si

protendono; per una domanda aperta, invece, il segante corruga la fronte come per sottolineare il punto interrogativo.

La lingua dei segni ha una propria struttura, diversa dalla lingua parlata.

Per comporre una frase i segni vengono eseguiti indicando: il luogo e il tempo, il soggetto, l'oggetto, il verbo, eventuale negazione o punto interrogativo (configurazione SOV); mentre nella lingua parlata l'ordine è: soggetto, verbo, complemento oggetto, ecc. (configurazione SVO).

La lingua dei segni possiede un proprio alfabeto chiamato "dattilologia", con l'associazione di ogni lettera ad un determinato segno; attraverso i segni è possibile comunicare anche un suono o un rumore, la musica stessa, non identificando il suono in sé ma associandogli un'immagine.

#### IL NOME-SEGNO

Tutti coloro che fanno parte della comunità sorda hanno un proprio nome-segno, cioè il nome in lingua dei segni che viene attribuito rispetto a caratteristiche personali e soggettive ed indica l'entrata effettiva di una persona nella comunità sorda.

Come descrive Sacks Oliver (1991), il nome-segno può essere di tipo descrittivo oppure arbitrario. Con il primo tipo, nome-segno descrittivo, si identifica una persona attraverso una caratteristica fisica, un particolare tratto distintivo, un colore, un luogo, la professione, un passatempo preferito, ecc., Per esempio, se una persona ha la barba molto lunga oppure porta sempre il cappello, quello potrebbe essere il nome-segno con cui la comunità sorda identificherà quella persona, in genere viene dato dalla comunità sorda ma in alcuni casi è possibile sceglierlo, potrebbe capitare ad udenti che partecipano ad incontri di integrazione. I nome-segno arbitrari, invece, non danno informazioni sulla persona ma possono essere dati in base alla prima lettera del nome o del cognome oppure riguardo la particolarità di questi ultimi. Quando si nomina una persona sorda di solito si indica proprio con il nome-segno per far capire che ci si sta riferendo a lei nel discorso, per esempio il cognome Rossi può essere associato al segno LIS che indica il colore rosso, è un vero e proprio simbolo d'identità all'interno della comunità dei sordi, una sorta di iniziazione di benvenuto.

Esiste una distinzione del nome-segno in maschile e femminile, il primo si riferisce al soprannome o al cognome, di solito indica passioni o tratti del carattere della persona, invece il secondo fa riferimento ad un particolare segno distintivo nel fisico oppure ad un difetto. (Sacks O., 1991).

La lingua dei segni, come ogni lingua, è caratterizzata da proprie regole grammaticali, una propria cultura, una propria storia e viene utilizzata da un gruppo di persone che si identifica con essa; per questo è una vera e propria lingua, in grado di migliorare la qualità di vita e la comunicazione non solo tra le persone sorde ma favorendo l'integrazione tra sordi e udenti.

### **CAPITOLO 1.4 - LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE**

La definizione di salute è inserita nella Costituzione dell'OMS (1948), che afferma per la prima volta nella storia la complessità di questo concetto: la salute è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano descritto come lo stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto come assenza di malattia, definizione da tempo criticata a favore di un concetto più ampio, che mira a cogliere le svariate sfaccettature oltre a quella biologica. (OMS, 1948; OMS, 1986; Strohmenger L. et Garista P., 2007 pag. 3-32).

Partendo dal presupposto che la salute è un diritto fondamentale riconosciuto anche nell' art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana, inoltre, la Carta di Ottawa mette in evidenza alcuni prerequisiti necessari per cui perché possa verificarsi: la pace, risorse economiche adeguate, il cibo, l'abitazione, un eco-sistema stabile ed un uso sostenibile delle risorse; Per questo non dovrebbero

esistere ancora oggi disuguaglianze riguardo l'accesso alle informazioni oppure ai servizi, ma ognuno dovrebbe avere gli strumenti adeguati e fare scelte consapevoli per mantenere o reimpostare questo equilibrio di salute, generale ed orale.

Il riconoscimento di questi prerequisiti sottolinea i complessi legami esistenti tra le condizioni sociali ed economiche, l'ambiente, gli stili di vita individuali e la salute che: questi formano un sottile equilibrio che è necessario mantenere per rimanere in salute "mettendo così la persona al centro". (Strohmenger L. et Garista P., 2007 pag. 3-32).

Il termine prevenzione, secondo i quaderni n.16 del ministero della salute Italiano (2012), identificano le azioni tecnico-professionali o le attività di policy rivolte a ridurre la mortalità e la morbilità, gli effetti dovuti a specifici fattori di rischio o rispetto una determinata malattia, attraverso la promozione della salute e del benessere individuale e collettivo.

Queste attività sono parte integrante delle competenze di tutte le professioni sanitarie tra cui la figura dell'igienista dentale, divisibili e si suddividono in tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

La promozione della salute può essere strutturata come il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla per raggiungere un completo benessere fisico, mentale e sociale, (un processo continuo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sui determinanti della salute), in

cui il singolo individuo o più in generale il gruppo, devono essere in grado di identificare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e realizzarli sull'ambiente in modo da attenuare l'impatto sulla salute. (OMS, 1948)

La Carta di Ottawa individua tre strategie fondamentali per la promozione della salute: la strategia dell'Advocacy: per creare le condizioni essenziali di salute; l'Enabling: per abilitare le persone a raggiungere il loro massimo potenziale di salute; la strategia di Mediating: per mediare tra i diversi interessi della società nel perseguire obiettivi di salute. Queste direttive fungono da linee guida su cui tutti i professionisti sanitari dovrebbero poggiare le basi per le proprie campagne di prevenzione sul territorio, specie nel campo odontoiatrico in Italia, ancora lontano dall'obbiettivo OMS per questo stesso anno (2020) di raggiungere sul territorio Europeo un DMFT di assenza di carie nei bambini con fascia di età tra 0-4 e 5-12 anni del 80%.

#### "L'AGENDA" DEL PAZIENTE

Alla fine del 1980 è stato proposto un modello biomedico definito "patient centred" che mantenendo gli stessi obiettivi della medicina tradizionale, più incentrata sulla patologia e gli aspetti farmaco-fisiologici, introduce un altro obbiettivo irrinunciabile: confrontarsi con il vissuto del paziente, quello che prova specie le conseguenze riguardo la malattia.

Punto centrale di questo modello è concetto di "agenda del paziente" la base su cui fondare una nuova comunicazione tra medico e paziente, uno strumento relazionale che amplia le competenze di ogni sanitario come mezzo centrale in tutte le professioni mediche per poter accedere "all'agenda" stessa.

"L'agenda del paziente" viene definita come tutto ciò che il malato porta con sé oltre la patologia organica ma ad essa strettamente connessa, in quanto è costituita da quattro punti nodali: 1. I sentimenti del paziente, che ognuno può sperimentare con diversa entità e misura, c'è chi si diverte, chi è sorpreso o annoiato, chi prova ansia e paura, chi rimane indifferente, ma tutti i pazienti dovranno provare un sentimento e sarà cruciale per l'operatore sanitario prenderne atto; 2. Le idee e le interpretazioni che il malato si costruisce per attribuire un significato al suo star male, una specie di "pacchetto" di informazioni che pregiudica e condiziona il comportamento del paziente nei confronti dell'operatore in modo

preventivo o terapeutico, definiti "frames di malattia" che riguardano tutte le informazioni sulla salute prese dai mass media, da persone indirette oppure per sentito dire;

- 3. Le aspettative e i desideri, che possono essere usati durante l'intervista motivazionale per motivare il paziente all'empowerment della propria salute orale;
- 4. Il contesto del malato, che di per sé contribuisce a costruire l'agenda, con esperienze proprie o indirette di famigliari ed amici, riguarda i sentimenti e le aspettative che devono necessariamente essere vincolate ad un luogo in cui vive il paziente e si articolano le altre tre aree dell'agenda, un contenitore dove tutto avviene ed è descritto dal contesto famigliare, lavorativo e sociale.

A livello clinico l'igienista dovrebbe chiedersi che ricaduta avrà sulla vita del paziente la prestazione terapeutica offerta.

L'operatore sanitario dovrebbe, in questa nuova ottica, essere in grado di interpretare e cogliere tutti i segnali che il paziente si porta con sé, definiti come "prompts and cues", segnali o suggerimenti impliciti con cui il paziente ci permette di accedere alle preziose informazioni della propria "agenda", specie attraverso il linguaggio non verbale (gesti e comportamenti), paraverbale (tono della voce) e verbale (il contenuto della comunicazione). Tutte queste quattro aree dell'agenda del paziente sono utili strumenti per completare l'anamnesi del paziente e inquadrarlo così al meglio, una traccia utile ad igienista dentale e odontoiatra per comprendere il punto di vista del paziente e integrarlo nel suo stesso processo di cura. (Strohmenger L. et Garista P., 2007 pag.35-77,105-148)

#### ALFABETIZZAZIONE ALLA SALUTE: HEALTH LITERACY ED EMPOWERMENT

L'alfabetizzazione sanitaria favorisce l'accesso alle informazioni riguardo alla salute ed è parte essenziale per ottenere una partecipazione efficace e l'empowerment delle persone e comunità.

La promozione della salute nel XXI secolo è orientata dalla Dichiarazione di Jakarta che delinea cinque obbiettivi prioritari: Promuovere una responsabilità sociale per la salute; Aumentare gli investimenti per il miglioramento della salute; Ampliare le partnership per la promozione della salute; Accrescere le capacità della comunità ed attribuire maggiore potere agli individui e garantire un'infrastruttura per la promozione della salute.

I "Patti per la Salute" sono un esempio dell'attuazione di questi principi, riservando maggiore attenzione al rapporto medico/paziente, alla rete dei medici di famiglia, alla valorizzazione dei Distretti sanitari e al potenziamento delle reti sociali territoriali, con i Comuni, la scuola, gli ambienti di lavoro.

Per accrescere le capacità e le conoscenze riguardo alla salute svolge un ruolo di fondamentale importanza la formazione degli operatori sanitari, come dimostrano le nuove figure delle professioni sanitarie per la prevenzione, tra le quali l'Assistente Sanitario, e nello specifico per il campo odontoiatrico, l'igienista dentale: recentemente ordinate con un proprio albo professionale, potranno sviluppare maggiori competenze nella popolazione e migliori conoscenze da parte degli operatori sulla popolazione stessa.

OMS suggerisce il passaggio da una "prima generazione (delle regole) precettisticamagistrale" basata sulla diffusione di informazioni e di norme, a una "seconda generazione
o della persuasione comportamentista", con attenzione alle motivazioni, alla cultura del
singolo in rapporto al gruppo e studio di strategie di convincimento, fino ad una "terza
generazione o della partecipazione", volta al coinvolgimento attivo, ritenendo non
sufficiente l'aderenza alle raccomandazioni degli esperti, per assumere in proprio l'azione e
mantenere alta la motivazione nel tempo.

Ne sono un esempio le esperienze suggerite negli ultimi anni dall'OMS: "Città sane", "Ospedali promotori di salute" e "Scuola promotrice di salute".

Il Piano nazionale di prevenzione (PNP 2014-2020) e il successivo sviluppo dei Piani regionali (PRP), strategie multisettoriali che coinvolgono il sistema pubblico (la scuola, gli ospedali,

ecc) e il settore privato (come le associazioni no profit), che diventano a pieno titolo coresponsabili della buona riuscita del piano di prevenzione nazionale.

Un altro aspetto riguarda le disuguaglianze che, se non debitamente considerate, possono acuirsi, per questo i piani regionali hanno previsto una prima fase di identificazione con sistemi di sorveglianza e una fase operativa, di contrasto, attraverso azioni specifiche che richiedono uno spostamento di risorse verso i gruppi soggetti a disuguaglianze.

(OMS, 1986; OMS, 2003; Berkman ND et al., 2011)

#### **SALUTE ORALE E SALUTE SISTEMICA**

La promozione della salute a livello orale è di fondamentale importanza per la sua natura preventiva e predittiva, permette di intercettare e prevenire malattie a livello della salute sistemica ed è tanto più efficace quanto più è realizzata precocemente.

Oltre a garantire la salute dentale e parodontale, un accurato esame orale specialmente nei bambini, è un utile strumento per la diagnosi precoce di importanti malattie sistemiche. (Quaderni del Ministero Italiano della Salute, 2012)

Alcuni esempi di malattie sistemiche correlate al cavo orale sono:

- Celiachia, evidenziabile grazie a ipoplasie dello smalto dentario e ulcere aftose;
- Diabete insulino-dipendente, caratterizzato da anomalo sanguinamento gengivale;
- Insufficienza renale cronica, caratterizzata da concomitanza di ipoplasie e pressione sistolica elevata;
- Atresia biliare, che provoca tipiche pigmentazioni verdi dello smalto;
- Varicella, sospettabile grazie alle ipoplasie di molari e incisivi.

La promozione della salute orale deve essere parte integrante di un progetto di prevenzione con messaggi finalizzati ad un corretto stile di vita, una sana alimentazione, disassuefazione dal fumo di sigaretta, necessità di svolgere esercizio fisico e gestione dello stress.

Una corretta igiene orale è fondamentale per prevenire l'insorgenza di problematiche orali e sistemiche e inizia dalla consapevolezza e dal corretto utilizzo degli strumenti per il controllo della placca a livello domiciliare.

L'igienista dentale svolge quindi un ruolo chiave nell'istruire e motivare il paziente, personalizzando i propri consigli sulla base delle esigenze anatomiche e manualità individuali, accompagnati dalla scelta dei prodotti specifici, laddove servano, per prevenire la malattia parodontale e gestire le complicanze ad esse associate. Si può affermare quindi, che la salute generale della persona inizia anche dalla cura della bocca.

(De Chiara N., 2019; Berkman N.D. et al., 2011)

Questo sottolinea, a maggior ragione, quanto sia importante la promozione della salute incentrata sulle persone sorde, che presentano già nella vita quotidiana e in ambito sanitario problematiche di tipo comunicativo, con il proprio medico curante o con l'odontoiatra, rischiando fraintendimenti ed incomprensioni riguardo argomenti che possono avere un riscontro a livello della salute generale dell'individuo.

# CAPITOLO 1.5 - COMUNICAZIONE DELLA SALUTE ORALE CON IL PAZIENTE SORDO

Affinché possa essere messo in atto un processo di promozione e prevenzione della salute, è necessario informare il paziente anche sui possibili rischi connessi ad alcune abitudini, sensibilizzandolo e motivandolo allo svolgimento di determinate manovre atte a scongiurare lo sviluppo di patologie a livello sia orale sia sistemico, questo non è semplice con un interlocutore udente, e più difficoltoso con uno sordo.

Una revisione della letteratura a livello infermieristico che può essere estesa anche agli igienisti dentali, ha rivelato che la comunicazione degli operatori sanitari con le persone sorde è spesso inadeguata e questo porta alla mancanza di comprensione e fiducia da parte dei pazienti. L'assenza di un interprete LIS\italiano o l'aiuto di un caregiver che metta al primo posto il paziente stesso può aumentare il rischio di diagnosi errate.

Errori medici e mancata aderenza al trattamento, servizi di interpretazione inadeguati improvvisati da familiari e amici sono carichi di problemi legali ed etici. (Dickson M. et Magowan R., 2014)

L'obbiettivo principale dovrebbe essere la ridurre l'esclusione sociale e rendere i servizi più accessibili alla popolazione dei sordi, tuttavia, i principali ostacoli sono, la mancanza di riconoscimento, l'accettazione e uso della lingua dei segni, e la mancanza di rispetto per la loro identità culturale e linguistica. (Ladd, 2003)

Dei 22 dipartimenti del SSN Inglese, studiati da Reeves et al. (2003), 21 (95%) hanno ritenuto che l'accesso per le persone Sorde potesse essere migliorato attraverso la formazione sulla lingua dei segni e la sensibilizzazione alla cultura dei sordi.

I risultati evidenziano come già dalla reception inizino le difficoltà per i pazienti sordi che cercano di accedere al sistema sanitario nazionale, dove la loro necessità di comunicare e orientarsi deve essere mediata da un interprete, ma spesso, non viene riconosciuta, anzi il personale stesso fatica a comprendere le loro esigenze di comunicazione. (Reeves et al., 2003)

#### MODELLI PEDAGOGICI PER L'ADERENZA DELL'INDIVIDUO AI PROGETTI EDUCATIVI

L'evidenza scientifica dimostra che l'uso di una teoria chiara di riferimento migliora l'efficacia di un progetto educativo, questa teoria è alla base dagli studi di Nutbeam and Harris nel 1999.

Spesso nella pratica di promozione della salute, al singolo operatore sanitario mancano le abilità specifiche che ogni modello teorico richiede per essere applicato appieno, questo implica un terreno fertile per collaborazioni multidisciplinari tra figure sanitarie per portare avanti insieme l'obbiettivo comune di modificare i comportamenti a rischio per la salute (CARS o CAR). (Hollister C. et Anema M., 2004; Strohmenger L. et Garista P., 2007)

L'igienista dentale in quanto operatore sanitario, deve conoscere i principali modelli di modificazione del comportamento, per utilizzarli in maniera costruttiva durante la propria pratica clinica, conscio del fatto che nessun modello può bastare da solo, ma deve essere contestualizzato in aggregazione con schemi cognitivi adatti per essere applicati alla specifica situazione.

Le principali teorie che spiegano come le persone decidono di adottare un comportamento di salute (Health Behavior Theory) si basano sullo studio del singolo individuo, quando interagisce all'interno di un gruppo o nella propria comunità e sostengono che il comportamento viene influenzato da cause motivazionali complesse: fattori personali (istinto ed emotività), fattori sociali, fattori cognitivi (cultura e conoscenza); tutto questo svolge un ruolo fondamentale nel cambiamento dei comportamenti a rischio per la salute sia sistemica, che in particolare del cavo orale. (Hollister C. et Anema M., 2004)

Nelle nazioni industrializzate una grande percentuale di morti è causata da abitudini comportamentali sbagliate del singolo individuo che vengono identificate come comportamenti a rischio per la salute (CARS).

I CAR si possono distinguere in fattori interni ed esterni.

Tra i fattori interni hanno un ruolo importante lo stile di vita (cattive abitudini alimentari, fumo, uso di alcool, svolgere poca attività fisica, comportamenti sessuali a rischio), i fattori socio ambientali (genere, status socio economico, etnia), la vulnerabilità individuale allo stress e le caratteristiche di personalità; Tra i fattori esterni troviamo il contesto sociale con le sue regole e con i gruppi di riferimento e la loro capacità di fornire l'adeguato supporto sociale al singolo, l'ambiente fisico in cui l'individuo vive con i limiti che esso impone, la

comunità con le sue norme. Un altro importante presupposto è stato teorizzato da Stroebe nel 1997: il fatto che i comportamenti dell'individuo sono modificabili e in continuo cambiamento, per questo influenzabili non solo negativamente, ma anche in positivo.

Questi assunti hanno dato vita ad una serie di ricerche pedagogiche con la finalità di comprendere gli elementi che stanno alla base dei comportamenti individuali e, di conseguenza, progettare interventi e modelli-guida che possano produrre miglioramenti nella salute di tutta la popolazione. (Ministero della salute, 2009)

#### IL MODELLO TRANSTEORICO DI CAMBIAMENTO

Questo modello permette di capire che lo sviluppo umano non è lineare ma piuttosto circolare e che le persone possono attraversare fasi diverse, rimanere fissi in una fase oppure ritornare sul sentiero del cambiamento.

Secondo il modello dell'autoefficacia o "self-efficacy" di Bandura il cambiamento del comportamento dipende dalla sensazione di controllo su di sé, di autoefficacia percepita, ovvero la convinzione personale di essere all'altezza di determinate situazione e di avere le capacità necessarie per raggiungere determinati obiettivi: ci si può sentire altamente efficaci in certe situazioni e inefficaci in altre; Quando una persona è convinta di avere le capacità, sarà più propensa ad impegnarsi per raggiungere il proprio obiettivo, dunque, sarà motivata. La percezione della propria autoefficacia, quindi, può motivare una persona e di conseguenza influenzare il suo comportamento.

L'autoefficacia percepita non agisce solo sulle proprie percezioni e convinzioni, ma anche sui sistemi nervoso ed immunitario, per un verso aumenta la tolleranza della sofferenza, per l'altro, attiva le difese immunitarie all'insorgere della malattia e favorisce l'abbandono di condotte patogene.

Per adottare un comportamento sano-sicuro i pazienti fanno una valutazione mettendo in rapporto costi e benefici.

Generalmente, si tende a rifiutare qualunque mezzo di prevenzione o comportamento che abbia un costo troppo elevato per il soggetto, per esempio se suscita sentimenti di vergogna, colpa, inferiorità o inadeguatezza, esclusione dal gruppo sociale di appartenenza, timore di essere rifiutati.

L'autoefficacia di Bandura si sviluppa nell'individuo che ritiene che un cambiamento del proprio comportamento possa comportare un risultato positivo e crede nella sua capacità di attuare il cambiamento, è molto probabile che questo individuo passi da uno stadio iniziale ad uno più avanzato del Modello Transteorico.

(Hollister C. et Anema M., 2004; Ministero della salute, 2009)

L'intervento del quale la persona ha bisogno porta ad un cambiamento efficace a seconda della fase in cui, la persona stessa si trova: in ogni fase ci sono specifici interventi e tecniche che hanno un impatto maggiore per aiutare la persona a passare alla fase successiva del cambiamento e per consolidare un nuovo comportamento.

Di seguito vengono descritte le diverse fasi del Modello Transteorico di Prochaska e Diclemente con annesse alcune strategie che l'operatore sanitario può utilizzare in ciascuna fase: (Hollister C. et Anema M., 2004)

1. Pre-contemplazione: in questa fase la persona non è consapevole di avere un problema e spesso ci sono meccanismi di difesa come la negazione o la razionalizzazione. es. l'individuo non sarebbe consapevole degli effetti negativi di non lavarsi i denti tre volte al giorno oppure non usare il filo interdentale o lo scovolino ma si ripeterebbe "non mi interessa, non è un mio problema...".

Una possibile strategia in questa fase consiste nel fornire le informazioni di base riguardo i benefici che potrebbe portare un cambiamento, ovvero sottolineando i vantaggi che porterebbe il cambio di condotta, è fondamentale che le informazioni siano fornite in modo chiaro e non autoritario, cercando di ascoltare il paziente con empatia.

2. Contemplazione: in questa fase la persona si rende conto di avere un problema, inizia a guardare ai pro e ai contro della sua situazione, ma non ha ancora preso la decisione di fare qualcosa. Ad esempio quando qualcuno che è consapevole che usare il filo interdentale oppure scovolino è salutare e può abbattere notevolmente l'incidenza di carie, ma non lo usa regolarmente.

Una possibile strategia in questa fase è aiutare a valutare gli argomenti a favore e contro in modo razionale consigliando programmi di supporto disponibili alla comunità come es. video esplicativi, approfondimenti su siti internet o libri autorevoli sottolineando l'effetto

positivo. (l'esempio più usato in letteratura riguarda i programmi di supporto per smettere di fumare o bere alcol).

Incoraggiare il paziente a prendere in considerazione di fare i primi passi per iniziare il cambiamento in modo realistico.

- 3. Preparazione: la persona ha già preso la decisione di fare qualcosa al riguardo e inizia a fare qualche piccolo passo. es. una persona che segue i consigli del proprio igienista e va in farmacia a comprare lo scovolino delle dimensioni adatte per i suoi spazi interdentali.
  Una possibile strategia in questa fase è pianificare e dare supporto perché avvenga il cambiamento, senza mettere fretta, si può aiutare il paziente concordando obiettivi chiari e realizzabili, pensando a metodi alternativi e personalizzati per continuare con il piano d'azione.
- 4. Azione: la persona prende già le misure necessarie, senza scuse o ritardi, ad es. la persona inizia ad usare lo scovolino in modo regolare.
  Una possibile strategia in questa fase è seguire un piano ben definito concordato insieme al paziente, monitorare i progressi e ricompensare e/o congratularsi per i successi ottenuti (anche i più piccoli). Ad ogni seduta di richiamo ricordare i benefici che si verificheranno se gli obiettivi saranno portati avanti in modo continuativo; aiuta il paziente a rimanere in uno stato di motivazione alta e ad imparare dalle cose che non vanno come previsto, perché in
- 5. **Mantenimento**: il nuovo comportamento si è stabilizzato, inizia ad essere una nuova abitudine e viene attuato con regolarità per almeno sei mesi circa, ad es. la persona sta usando tutti i giorni da più di sei mesi lo scovolino.

ogni percorso qualcosa verrà perso e qualcos'altro verrà guadagnato.

Una possibile strategia in questa fase è mantenere e rivedere gli obbiettivi prefissati insieme, fino a quando non si è assolutamente sicuri di non essere più necessari. In caso di recidiva, cercare di motivare il paziente affinché non torni al punto di partenza, invece aiutarlo a riconoscere i progressi e favorire l'apprendimento dai fallimenti in modo che non si ripetano. Fare riflettere il paziente perché funga da esempio per aiutare altri che si trovano nella sua stessa situazione a fare cambiamenti positivi in base all'esperienza vissuta e raggiunta da lui stesso.

#### PAZIENTE SORDO E MIGLIORE COMUNICAZIONE

L'igienista dentale nella sua pratica clinica riveste un ruolo fondamentale non solo nell'ablazione del tartaro, ma anche come educatore, per accompagnare, motivare ed insegnare al paziente a prendersi cura della propria salute orale; dovrebbe porsi come difensore dei diritti, sostenendo il paziente nella sua personale esperienza odontoiatrica sia con disabilità, cieco, sordo o qualunque altra difficoltà comunicativa abbia, per fare in modo che si senta accettato e integrato al meglio. (Cortese Ardizzone V. et al., 2013)

A seconda della persona sorda che ci troviamo davanti, le sarà più facile capire alcuni "fonemi", cioè suoni di parole, mentre altri saranno ambigui o non compresi, questo perché l'insieme complessivo delle informazioni sonore che una persona sorda riesce a cogliere dipende dalla gravità della sua perdita dell'udito e dalle frequenze sonore coinvolte.

Alcuni accorgimenti per poter comunicare in modo efficace con un paziente sordo e aumentare così la sua adherence alle cure orali, possono essere i seguenti: (Barnett S., 2002)

- Dovremo ridurre al minimo il rumore di fondo che potrebbe interferire con la capacità di comprendere le parole.
- I pazienti sordi sviluppano una grande capacità nell'immagazzinare e gestire le
  informazioni visive, come tutti i segnali non verbali e del corpo e i movimenti delle
  labbra, quindi una particolare attenzione a queste esigenze visive può migliorare di
  molto la nostra comunicazione con loro.
- L'operatore sanitario dovrebbe ben illuminare il proprio volto, bisogna evitare la presenza di una fonte luminosa di spalle perché questo porrebbe il suo volto in ombra e quindi renderebbe difficile al paziente sordo cogliere i movimenti delle labbra.
- L'operatore dovrebbe evitare di coprire il viso e le labbra con mani, peli del viso troppo folti e oggetti, come penne, cartelle cliniche e maschere chirurgiche (esistono mascherine apposite trasparenti).
- L'operatore sanitario dovrebbe guardare direttamente negli occhi il paziente quando parla, ed essere sicuro che il paziente sia pronto a guardare e ascoltare prima di parlare raggiungendo un pieno contatto visivo.
- Non c'è bisogno di parlare ad alta voce o enfatizzare le parole, di solito questo, rende più difficile la lettura del discorso.

- Potrebbe risultare utile curare la propria espressione facciale in quanto la LIS è una lingua che si basa proprio sull'espressività.
- Una soluzione immediata e usata da tempo è l'uso della comunicazione scritta, la
  quale potrebbe rivelarsi una metodica chiave soprattutto nelle prime sedute.
   Il livello di conoscenza della lingua parlata da parte dei pazienti sordi è basso, specie
  se linguaggio specifico medico, per questo motivo è necessario utilizzare dei vocaboli
  semplici e delle frasi piuttosto corte.
- Un'altra soluzione può essere la comunicazione tramite interprete, essa risulta sconsigliata in quanto il paziente sordo potrebbe non sentirsi partecipe delle cure per la propria salute.
- Si possono utilizzare supporti video, molto utili ad esempio per gli igienisti che non conoscono la LIS, in questo caso ci sono dei video che spiegano al paziente come fare determinate cose come ad esempio mantenere un buona igiene orale domiciliare oppure svolgere al meglio una seduta di igiene professionale, cosa sono le sigillature ecc.
- L'utilizzo della LIS risulta essere, Infine la strategia vincente e più adatta per meglio comunicare con il paziente sordo, usando una stessa lingua per far sentire il paziente completamente accettato e partecipe della sua salute, e così sintonizzarsi sulla stessa lunghezza d'onda.

#### LIS: STRATEGIA DI APPRENDIMENTO

Ancora oggi vi è una mancanza di consapevolezza sia nell'ambito pubblico che professionale dei molti ostacoli che le persone sorde devono incontrare quando si interfacciano ai servizi sanitari, dove, spesso sono ignorate, le loro preferenze di comunicazione e ci si aspetta che "riescano" in qualche modo a cavarsela lo stesso.

Gli operatori sanitari potrebbero migliorare la consapevolezza e le conoscenze su come comunicare in modo appropriato ed efficace con i pazienti sordi.

Nonostante conoscano e comprendano le loro esigenze di comunicazione, gli igienisti dentali, così come gli infermieri e altri colleghi, spesso ricorrono a metodi inadeguati come la lettura del labiale e la scrittura su carta, metodi che non riflettono l'attuale strategia del SSN che promuove l'assistenza centrata sulla persona, in rapporto "all'agenda della persona" stessa.

La comunicazione senza alcun tipo di barriere è considerata un diritto umano fondamentale e vitale per la sicurezza del paziente, inoltre il riconoscimento alle preferenze linguistiche è fondamentale per raggiungere un approccio incentrato sulla persona e la sua completa adherence alle cure. (Dickson M. et Magowan R., 2014)

Un possibile passo in avanti potrebbe essere la formazione del personale del sistema sanitario nazionale sulla cultura sorda, così da consentire di rispondere nel modo migliore e sensibile alle esigenze delle persone sorde fornendo un servizio più accessibile e appropriato.

Per fare il quadro della situazione riguardo le conoscenze sulla cultura sorda degli operatori sanitari e il grado di soddisfacimento dei pazienti sordi, è stato realizzato il programma DCT (Deaf Community Training) negli USA, Hoang L. et al, nel 2011, che includeva elementi di cultura e linguistica della comunità sorda statunitense, in cui i risultati hanno indicato che tutti i professionisti sanitari che avevano seguito il corso DCT erano in grado di sviluppare maggiori capacità e sensibilità nel prendersi cura dei pazienti sordi, riducendo in gran parte le disparità di salute.

Si può osservare che un bambino sordo, già in età infantile, non riesce a distinguere i tratti fonetici della lingua italiana, ma è in grado di sostituirli con strutture semantiche, lessicali, e sintattiche proprie ma facendo uso di elementi incompleti, che non sono nati per la comunicazione orale, cioè gli organi percettivi.

Come ha sostenuto Cuzzocrea R. nel 2005 al 50° Convegno Nazionale di Aggiornamento di psicolinguistica incentrato sul bambino sordo, la LIS fornisce un aiuto importante, almeno con tutti coloro che conoscono la lingua dei segni, che pur essendo una parte ristretta della società, si dimostra abbia degli effetti ottimi per quanto riguarda l'apprendimento generale e funzionale, in quanto rappresenta l'opportunità per migliorare l'interazione sociale sviluppando le capacità di esprimere, non solo nozioni ma anche il pensiero autonomo.

Le ricerche negli ultimi anni in questo ambito dimostrano come i bambini sordi che imparano in età scolare la LIS raggiungono un profitto scolastico maggiore, oltre che maggiori capacità di comunicazione scritta e orale, rispetto ai coetanei sordi che non conoscono la lingua dei segni italiana ma utilizzano solamente la lettura del labiale.

L'apprendimento in generale è reso più semplice se si utilizzano strumenti di tipo visivo, per esempio immagini, specie se colorate e di impatto, le mappe concettuali, schemi di vario tipo e video che aiutano a visualizzare visivamente i concetti, esplicitando la rappresentazione grafica della conoscenza che può essere così più facilmente appresa. (Cuzzocrea R., 2005)

La LIS è un importante supporto all'apprendimento della lingua orale e scritta, non solo per i bambini sordi ma anche per quelli udenti, come mostra un articolo di Alex Corazzoli pubblicato il nel 2018 in cui riporta l'esperienza fatta a Tonadico, nella provincia autonoma di Trento, una grande storia di inclusione in cui tutti i bambini della scuola dell'infanzia di questo piccolo paese, che ha appena 800 abitanti, hanno imparato la lingua dei segni italiana con l'obbiettivo di includere davvero Iulia, una bambina sorda. (ischool.startupitalia.eu, 2018); Un altro articolo simile scritto sempre dallo stesso autore è l'esperienza fatta da una classe della scuola primaria "Don Nicolino Merlo" a Ladispoli in cui una classe e rispettivi genitori si sono messi in gioco per includere una ragazza sorda. (ischool.startupitalia.eu, 2016).

Come dimostrato da queste esperienze, nella pratica scolastica, la LIS si presenta quindi, come un importante strumento di comunicazione e inclusione sociale, contribuendo inoltre a favorire il lavoro di gruppo (potenziando i neuroni-specchio), facilitando l'apprendimento sia nei bambini sordi che nei loro coetanei udenti che imparano così in modo collaborativo. (Barnett S., 2002)

Un altro strumento fondamentale risulta essere la didattica multimediale: grafici, schemi, immagini, mappe e video didattici, favoriscono un apprendimento migliore.

Tutto questo può e dovrebbe essere esteso anche nella comunicazione generale, durante l'intervista motivazionale tra igienista dentale e paziente sordo oppure udente, per abbattere almeno una parte delle barriere comunicative e far entrare così nelle persone una educazione alla salute orale consapevole.

# CAPITOLO 1.6 - VIDEO ONLINE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE NEL PAZIENTE SORDO

I programmi di prevenzione alla salute orale dell'OMS hanno quattro obbiettivi strategici: ridurre l'impatto della malattia orale e della disabilità, specialmente tra le comunità più povere; Ridurre i fattori di rischio (CARS) per la salute orale da varie cause come quelle economiche, sociali e ambientali, favorendo così uno stile di vita sano; sviluppare strutture odontoiatriche che sappiano rispondere in modo equo alle necessità della popolazione; Promuovere la salute orale come possibilità di sviluppo della società, integrandola con una programmazione generale;

Numerosi studi hanno affermato che le persone appartenenti alla comunità sorda hanno, in media, una scarsa igiene orale, alta prevalenza di carie e bisogni di trattamento insoddisfatti. (Fageeh H.N. et Mansoor M.A., 2020)

Risulta così indispensabile mettere in pratica programmi d'azione basati sull'esperienza e sulle conoscenze teoriche per assolvere alle necessità della popolazione, puntare sull'educazione sanitaria per cambiare la capacità di partecipazione della popolazione stessa e organizzare cure per seguire le effettive esigenze dei pazienti, e nel particolare di tutti i pazienti Special Needs, tra cui i pazienti sordi. (OMS, 2003; Strohmenger L. et Garista P., 2007; Berkman N.D. et al., 2011)

La sordità "non si vede', solo nel momento in cui si inizia a comunicare si rende visibile all'interlocutore, per questo è stata definita una disabilità invisibile, difficile mettere in luce in ogni suo aspetto, questo fa sì, che le persone sorde non sempre ricevano da parte degli udenti, attenzioni e quella disponibilità che sono necessarie per farle sentire accolte e comprese.

Non bisogna fare l'errore di interpretare unicamente la sordità come mero deficit dovuto da una patologia, ma al contrario, bisogna soffermarsi sull'insieme delle implicazioni sociali che la sordità comporta, questa ha conseguenze molto gravi sul piano relazionale e comunicativo dell'individuo, in rapporto all'intera società; per questo, risulta fondamentale fornire tutti gli strumenti comunicativi alla persona sorda indispensabili alla sua educazione e crescita

personale, favorendo un approccio bilingue sin da piccoli, che comprenda la lingua parlata/scritta e la Lingua dei Segni, considerata la loro lingua madre. (Ladd, 2013)

Per far sì che le persone sorde godano di una miglior qualità della vita non basta solo una buona articolazione del labiale, ma è altresì necessario garantire il rispetto dei diritti fondamentali dell'individuo condivisi dall'ONU: costruendo una scuola accessibile, a misura di bambino Sordo; favorendo l'integrazione lavorativa; implementando i servizi di sottotitolazione in TV e promuovendo in ogni modo la piena accessibilità alle risorse della nostra società. (Cuzzocrea R., 2005; Dickson M., Magowan R., 2014)

In campo odontoiatrico questo si potrà ottenere quando un paziente sordo che entrerà in un qualsiasi studio, si sentirà accolto e a suo agio perché l'odontoiatra, l'assistente, la segretaria e l'igienista dentale metteranno in atto tutti gli strumenti relazionali disponibili per integrarlo.

#### **ALFABETIZZAZIONE SANITARIA SU INTERNET: E-HEALTH LITERACY**

Gli studi di Conrad nel 1977 hanno messo in evidenza che l'età media di lettura degli adulti sordi risulta essere equiparabile a quella di un bambino di nove anni sebbene non rifletta la loro intelligenza. Berkman et al., nel 2011 hanno osservato che la probabilità di accedere e comprendere le informazioni relative alla salute è fortemente associata ai livelli di alfabetizzazione negli adulti, ma in assenza di un interprete di lingua dei segni, gli operatori sanitari spesso ricorrono alla comunicazione scritta, soluzione immediata e più intuitiva per qualunque operatore sanitario che la utilizza al bisogno.

Le persone sorde sono a maggior rischio, generalmente, di avere un ridotto "bagaglio di informazioni e di vocaboli", questo si riferisce alla conoscenza che le persone accumulano dalla raccolta di esperienze e dalla comprensione del senso comune attraverso conversazioni casuali ed accesso ai media, questo poi dipende da ogni singolo caso e dallo stile di vita culturale di cui fa parte. (Sacks O., 1991)

Insieme a bassi livelli di alfabetizzazione, ciò porta spesso a non conoscere e quindi alla mancata prevenzione di varie tipologie di malattie, dei loro sintomi e cause, delle opzioni di trattamento, dei rischi, approfondimenti riguardo ai farmaci e cure preventive che aiuterebbero molto la persona, specie per migliorarne la qualità di vita.

Sebbene i materiali stampati su argomenti relativi alla salute possano essere disponibili per gli adulti sordi, le informazioni potrebbero non essere scritte ad un livello appropriato per loro, mettendoli in notevole svantaggio, specie sulla chiara comprensione, questo comporta di conseguenza, una serie di implicazioni per il processo di ottenimento del consenso informato e la diretta sicurezza dei pazienti e la loro adherence ai trattamenti, oltre che i risultati terapeutici del trattamento stesso. (Dickson M. et Magowan R., 2014)

Al giorno d'oggi chiunque con un accesso ad Internet può caricare, visionare, commentare e condividere video online, la quale diffusione può essere un ottimo modo per scambiare informazioni, divulgare buona salute, dare un esempio con le proprie storie personali e coinvolgere le persone, che sempre di più sembrano apprezzare e utilizzare questi strumenti come ad es. YouTube. (CDC, 2011; Berkman N.D. et al., 2011)

Poiché le visualizzazioni di video online continuano ad aumentare in modo esponenziale sia sui siti tradizionali che sui dispositivi mobili come smartphone e tablet, ne deriva per logica conseguenza la possibilità di sfruttare questi metodi comunicativi come potenti meccanismi di assistenza sanitaria nella diffusione di contenuti sulla salute generale ed orale sostenuti dalla letteratura scientifica e soprattutto sulla prevenzione, lanciando slogan e messaggi che possono diventare virali, aumentando così la conoscenza e consapevolezza della popolazione generale e in particolar modo dei ragazzi adolescenti, che le nuove tecnologie le bramano come quasi "facessero parte del loro corpo".

"CDC Streaming Health", il canale YouTube ufficiale di CDC contiene video prodotti su una vasta gamma di temi della salute; tutti i Partner, operatori sanitari, medici, ecc. possono caricare facilmente la propria playlist video prodotti sui loro siti web o altri spazi come i social media, blog o pagina Facebook o Instagram.

Allo stesso modo, si può creare facilmente un canale su un sito di condivisione video per diffondere i materiali creati dalla propria organizzazione e raggiungere più persone possibile con consigli per un buono stile di vita, seguendo l'esempio del canale della CDC.

A partire da maggio 2001, il 71% degli adulti online utilizza siti di condivisione video, il più gettonato è YouTube, in cui la percentuale più alta di utenti si trova nella fascia di età tra i 18-29 anni, tuttavia, negli ultimi anni cè stato un costante incremento nelle visualizzazioni totali fra gli utenti di Internet soprattutto nelle fasce di età 30-49 e oltre i 50 anni.

YouTube è il sito di condivisione video più popolare al mondo, con oltre 490 milioni di visitatori mensili nel febbraio 2011 in tutto il mondo, rispetto agli 81,4 milioni di maggio 2009, (Statistiche YouTube, 2011).

Poiché l'uso dei dispositivi mobili continua a crescere, si puo addurre che aumenterà anche la popolarità di YouTube e la sua crescita diventerà sempre più esponenziale per il prossimo ventennio, ricevendo oggi, nel 2020, più di 100 milioni di visualizzazioni al giorno.

Di seguito vengono proposti alcuni esempi di siti di condivisione video relativi alla salute, dalla linea guida CDC, 2011:

- Sito di condivisione video CDC-TV: cdc.gov/CDCTV;
- Canale YouTube CDC: youtube.com/CDCstreaminghealth;
- Mayo Clinic: youtube.com/user/mayoclinic;
- Immunization Action Coalition: youtube.com/user/ImmunizationAction;
- eHowHealth: youtube.com/user/ehowhealth.

#### SEI BUONE PRATICHE CONSIGLIATE DA CDC, PER LA PRODUZIONE DI VIDEO ONLINE:

- 1. Adegua il gergo del contenuto in modo appropriato per il pubblico di destinazione; Il contenuto dovrebbe essere accattivante, visivamente gradevole e presentato in modo fluente e chiaro, meglio evitare l'uso di un gergo troppo tecnico-specifico o tabelle e grafici molto dettagliati. "Gli slogan scritti" dovrebbero essere semplici e facili da seguire con un unico messaggio che punti all'azione per avere maggiori probabilità di diventare "virali"; un termine che si riferisce a quando gli spettatori volontariamente scelgono di condividere i link sorgente del video oppure incorporano il video nei propri siti Web, blog e profili sui social network.
- 2. I video sono efficaci se brevi, i dati storici dei video CDC mostrano che molti utenti iniziano a lasciare dopo tre minuti.
- 3. Per lanciare dei video nuovi è necessario creare un piano promozionale che includa un elenco di siti di condivisione video in cui pubblicherai il file video sorgente, partner per aiutarti a diffonderlo, le pagine web del tuo sito in cui il video verrà incorporato, e altri spazi social come Facebook, Twitter o MySpace, dove puoi promuoverlo.

- 4. Fare molta attenzione ai possibili problemi tecnici sull'editor video, le organizzazioni più piccole o i dipartimenti sanitari es di un ospedale possono scegliere di realizzare sketch semplici per girare i video da parte del personale interno.
  - Per realizzare dei video di buona qualità, segui queste semplici linee guida di fotografia di base:
  - Utilizzare un treppiede per stabilizzare la fotocamera;
  - Per video in spazi interni utilizzare un'illuminazione che renda il soggetto naturale ed eviti ombre, invece per quanto riguarda i video all'aperto, assicurarsi che l'illuminazione sia adeguata per evitare che la luce solare sia troppo forte;
  - Inquadrate bene il soggetto e mettetelo a fuoco correttamente, facendo qualche foto iniziale per evidenziare il soggetto ed evitare zoom inutili;
  - Utilizzare un microfono plug-in invece del microfono incorporato della fotocamera per garantire la qualità del suono;
  - Ulteriori informazioni sulla ripresa di video online sono disponibili nei collegamenti seguenti: Reelse, la guida al marketing video online: reelseo.com/web-video-production-tips-qualità;Desktop-Video-

Guide.com:desktop-video-guide.com/shoot-video.html

- Scegli la musica in modo appropriato, in modo da essere mirata per completare il messaggio da trasmettere; Potrete scegliere se pagare la musica se compresa di copyright, oppure scegliere una library prive di copyright, presenti online, anche su "YouTube Studio".
- 6. Includere uno o più URL per ulteriori informazioni alla fine del video a cui indirizzare l'utente per ulteriori informazioni sull'argomento trattato; Con il passare del tempo, valuta, come per tutte le attività di comunicazione e di educazione sanitaria, la valutazione è molto importante; Ogni sito di pubblicazione video è in grado di fornire metriche e metodiche per facilitare la valutazione, ad esempio, tracciare il numero di volte in cui ogni video è stato visualizzato, tenere controllati i commenti dei visualizzatori o eventuali recensioni, il numero di abbonati al canale e punti nel video quando le visualizzazioni diminuiscono, abbinare un questionario con un programma esterno, ecc. (CDC, 2011; Berkman N.D. et al., 2011)

#### GRAZIE ALLA LIS, NUOVE TECNOLOGIE PER NUOVE PROPOSTE

Anche all'interno degli studi odontoiatrici la comunicazione è fondamentale, specialmente oggi, durante l'emergenza di coronavirus, più che mai prima d'ora, le tecnologie informatiche consentono molteplici semplificazioni per comunicare al meglio con i propri pazienti ed avere uno scambio efficacie grazie all'uso delle nuove tecnologie che permettono di creare immagini, grafici ed animazioni ad hoc.

Nell'intervista motivazionale, i Tablet ad esempio, svolgono un ruolo centrale, specialmente per rompere le barriere comunicative con tutte le persone disabili e consentire nuovi modi didattici e di apprendimento per migliorare l'empowerment all'igiene orale di ciascun paziente, personalizzando l'approccio con metodi interattivi e dinamici a seconda del tipo di paziente, come ad esempio utilizzando video personalizzati per il paziente sordo con la lingua dei segni.

La letteratura scientifica si esprime ancora poco a riguardo, essendo esiguo il numero degli articoli che trattano questo argomento connesso alla salute orale, vera e propria avanguardia, con il passare del tempo il trend degli articoli specifici a questo campo di studi è destinato ad aumentare.

Nello studio metodologico di Galindo-Neto N.M. et al. (2019) per l'Università di Fortaleza, Brasile, si descrive la creazione di video educativi per imparare la tecnica di BLSD (Basic Life Support and Defibrillation) che possono fungere da esempio anche nell'ambito odontoiatrico specie per l'igienista dentale per migliorare l'approccio con i pazienti sordi. In questo studio il video è stato convalidato da parte di 22 infermieri, esperti in arresto cardiorespiratorio, e valutati da parte di 210 studenti sordi dell'Istituto di educazione per sordi di Ceará, nella città di Fortaleza (Brasile); dopo aver visto il video, i partecipanti lo hanno valutato tramite un questionario per verificarne la comprensione con 14 domande riguardanti: se la tecnologia incoraggia l'apprendimento; chiarezza: se il contenuto della tecnologia è presentato in modo semplice e stimola l'apprendimento; rilevanza: se la tecnologia presenta risorse per rendere praticabile il suo utilizzo; se stimola l'interesse, se incoraggia l'adozione di nuovi comportamenti e se il suo contenuto può essere applicato in contesti diversi; ed interattività, se il materiale è accessibile senza difficoltà.

La versione finale del video è disponibile online su You-Tube al seguente link: https://www.youtube.com/watch?v=V6\_CnIn6TOo & t = 1s) dura circa 7 minuti;

è composto da una serie di domande sulla necessità di sapere come agire correttamente in caso di arresto cardiorespiratorio; presentazione dell'obiettivo; domande riguardanti la conoscenza preliminare dello spettatore; informazioni sull'importanza della sicurezza dell'ambiente in cui si deve operare; e da tre blocchi di contenuto sulla BLSD.

Il video ha superato l'80% dei consensi positivi da parte della commissioni di infermieri chiamata ad approvare le domande del questionario, mentre tra gli studenti sordi che hanno valutato il video, il 93 % era d'accordo nell'affermare che il video in questione fosse rilevante ed efficace e all'unanimità riguardo chiarezza ed interattività.

Il video può consentire l'accesso agli studenti sordi di informazioni valide sulla BLSD ed è, quindi, una valida risorsa che può essere utilizzata in campo di educazione sanitaria; per completare lo studio, sarebbe necessario indagare sull'efficacia delle capacità pratiche effettive degli studenti sordi sulla BLSD. (Galindo-Neto N.M. et al.,2019)

Anche secondo Rocca G. (2014), un immagine vale più di mille parole, in quanto durante l'intervista motivazionale l'igienista può usufruire di nuovi strumenti sempre più personalizzati e tecnologici come ad esempio "foto del paziente stesso prima e dopo il rivelatore di placca" durante la seduta di igiene orale professionale, per aumentare la consapevolezza del paziente riguardo la propria salute orale e così ottenere maggiore motivazione e adherence.

L'intervista motivazionale (MI) supera il vecchio concetto degli interventi nelle scuole basati su opuscoli illustrativi e lezioni sulla salute dirette a insegnanti, genitori e bambini. La MI è diretta al singolo individuo o al nucleo familiare e vuole produrre cambiamenti comportamentali finalizzati alla salute motivati interiormente e quindi duraturi.

Questa strategia utilizza serve per mobilitare le risorse interne del soggetto finalizzate al cambiamento; ogni persona seguirà, quindi, il proprio percorso verso la salute, che sarà personale, rispetto alle proprie risorse.

L'efficacia della MI nel controllo dei fattori di rischio comportamentali tra le classi sociali più bisognose è ormai dimostrata e altamente evidente in determinate situazioni, quali il controllo dell'obesità, delle tossicodipendenze, dell'alcolismo e del tabagismo. (Prevenzione della sordità, Giornali del Ministero Italiano della Salute)

Tutto questo sottolinea la maggior soddisfazione complessiva del paziente rispetto alla singola prestazione professionale e l'alto grado di documentazione scientifica che ha in sé la fotografia riproducendo la realtà, permette così di rendere il paziente digitalizzato e

discutere un caso clinico in assenza del paziente stesso, premettendo l'aggiornamento continuo dei macchinari e delle foto. (Rocca G., 2014)

Nello specifico, video in lingua dei segni per i pazienti sordi nel campo dell'igiene orale sia professionale che domiciliare nella letteratura scientifica possiamo trovare un unico articolo scientifico, quello di Fageeh H.N. et Mansoor M.A. (2020), secondo cui la consapevolezza e le conoscenze riguardo l'igiene orale delle persone sorde possono migliorare di molto, fino a quattro volte tanto come riportato in questo studio, con l'utilizzo di video di istruzione alla salute orale con lingua dei segni.

Questo studio, realizzato a Jazan in Arabia Saudita, ha raccolto i questionari al tempo zero e dopo quattro settimane di due differenti gruppi, venticinque studenti sordi maggiorenni, scelti a caso nelle scuole locali per sordi, a cui sono state proposti due metodi di istruzione all'igiene orale differenti; Il primo gruppo ha ricevuto opuscoli stampati, mentre il secondo ha ricevuto video con le stesse istruzioni nella lingua dei segni araba.

I criteri di esclusione erano come segue: i pazienti con solide conoscenze di igiene orale, malati gravi, non collaborativi, chi faceva uso di farmaci che avrebbero potuto influire sulla salute parodontale e sui pazienti sottoposti a trattamento ortodontico, inoltre ad ogni partecipante è stato spiegato lo scopo dello studio ed è stato firmato il consenso informato. Le istruzioni di igiene orale sono state suddivise in sei sezioni principali: prodotti essenziali per lo spazzolamento, filo interdentale, collutorio, visite odontoiatriche di routine, dieta e raccomandazioni per lo spazzolamento nei bambini, ed erano anche corredati di ulteriori immagini e sottotitoli per essere più chiari possibili, è stato quindi creato il sito web: www.oral-health4deaf.com, e tutti i video sono stati caricati nello stesso dominio.

(Vedi Fig. 2).

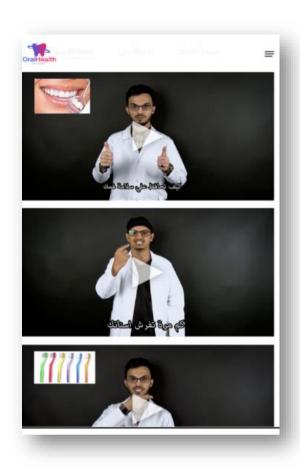


Fig.2 Arabic sign language videos uploaded to www.oral-health4deaf.com

Lo studio prevedeva la compilazione di un questionario con quattrodici domande per valutare la conoscenza iniziale e dopo aver visto i video o letto l'opuscolo, riguardanti le pratiche legate alla salute orale, come l'abitudine di lavarsi i denti, l'uso di collutorio e\o filo interdentale, abitudini alimentari e aderenza ai controlli odontoiatrici di routine; Le domande avevano risposte a scelta multipla, rispondendo correttamente alla domanda veniva assegnato un punteggio di "1", mentre qualora la risposta fosse stata sbagliata, veniva dato un punteggio di "0".

I risultati dei questionari hanno rivelato una scarsa conoscenza riguardo all'igiene orale delle persone sorde nello studio, infatti la media dei risultati dell'analisi statistica era 3.37 prima della distribuzione dell'opuscolo, che dopo 4 settimane è invece leggermente aumentata a 4.40, mentre nel secondo gruppo è aumentata in modo significativo da 3.70 prima di guardare i video ad 11.00 dopo le 4 settimane (P < 0.0001). Tutti i soggetti con problemi di udito in entrambi i gruppi hanno scarsa conoscenza del numero di volte corretto con cui bisognerebbe lavarsi i denti ogni giorno, il tipo di setole dello spazzolino, la tecnica di spazzolamento più efficace e il tipo di dentifricio (contenente fluoro) da utilizzare per prevenire la carie.

Nella discussione vengono messi in luce i limiti del presente studio, tra i quali l'aver incluso nello studio solo soggetti maschi, Il numero dei partecipanti era piccolo, una maggiore dimensione del campione produrrebbe risultati più affidabili, si possono quindi fare raccomandazioni, riguardo l'uso della lingua dei segni per completare ed arricchire i video istruttivi.

In conclusione si può affermare che il metodo per eccellenza per migliorare la conoscenza in materia di salute orale e igiene dentale nella comunità Sorda è quello di utilizzare istruzioni trasmesse tramite video comprese di lingua dei segni.

# CAPITOLO 2 PROGETTO EDUCATIVO

### **CAPITOLO 2.1 - OBBIETTIVI**

Questo progetto educativo è stato realizzato come proposta rivolta all'Università dell'Insubria e all'Ospedale di Circolo di Varese con l'intento di iniziare una collaborazione con ENS (Ente Nazionale Sordi) al fine di aumentare la consapevolezza e l'accessibilità delle persone sorde alla salute orale.

- 1. Abbiamo realizzato video di istruzione alla salute orale in Lingua dei Segni Italiana (LIS) pubblicati online, in particolar modo sul sito dell'ENS (Ente Nazionale Sordi), per pazienti sordi al fine di migliorare la loro conoscenza riguardo la propria salute orale e le corrette pratiche di igiene orale domiciliare, oltre che accrescere la propria consapevolezza riguardo questi temi preventivi per perseguire un buon stile di vita, essendo la bocca correlata a tutto il corpo.
  - Per quanto finora a nostra conoscenza, questo è uno tra i primi Progetti Educativi che mira a valutare con questionari online, associati ai relativi video, l'efficacia dell'uso della lingua dei segni italiana come mezzo di divulgazione scientifica all'interno della comunità dei sordi, cercando di raggiungere il maggior numero di pazienti possibile e verificandone l'utilità.
- 2. Ci siamo posti come obiettivo di valorizzare la LIS: Lingua dei Segni Italiana come strumento di comunicazione efficace nell'ambito dell'educazione sanitaria odontoiatrica e in medicina in generale, come Lingua a tutti gli effetti, in grado di rompere le barriere comunicazionali tra operatori sanitari e pazienti sordi.

- 3. Questi video potranno contribuire alla divulgazione di concetti base riguardo la salute orale sulla base della letteratura scientifica nel settore della salute orale, dando la possibilità di fruire di contenuti accreditati dal valore universitario, dalle linee guida ministeriali e dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).
- 4. Sarebbe auspicabile che questo progetto continui nel tempo, non solo per contribuire ad integrare la comunità sorda con quella udente, ma anche per fornire un supporto ai colleghi igienisti dentali che, se vorranno, potranno usare questi video gratuitamente per comunicare meglio con i propri pazienti sordi, confidando nel fatto che l'obbiettivo più importante è quello di far sentire il paziente a suo agio, più tranquillo, per poter instaurare un rapporto terapeutico e di fiducia secondo l'antico e tanto ripetuto motto di tutti gli operatori sanitari: "Prevenire è meglio che curare".

## **CAPITOLO 2.2 – PREPARAZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO**

#### **MATERIALI E METODI**

I materiali necessari per la realizzazione di questo progetto educativo sono i seguenti:

- Tredici video corredati, oltre che dall'audio, anche da un ulteriore video a metà schermo con interprete LIS (Lingua dei Segni Italiana) e certificato ENS; da una copertina, da grafici realizzati appositamente per questo progetto.
- All'occorrenza compariranno parole chiave per sottolineare i concetti fondamentali.
   Per realizzare i video ci si è avvalsi di:
  - · Videocamera reflex modello: Canon 550D + Obbiettivo Canon 18mm f5.0
  - · Illuminazione artificiale diretta x4, Treppiedi e Lavagna bianca (sfondo).
  - Collaborazione di Simone Sevi e Mauro Dori, per la regia e interpretazione LIS.
  - · Collaborazione con Elisa Tarchini per l'editing video.
  - · Testo Video (vedi paragrafo: Realizzazione Video Lis)
- Il progetto prevede la pubblicazione dei video sul canale YouTube del reparto di igiene dentale facente parte del reparto di odontostomatologia di Velate, distretto dell'Ospedale di Circolo e fondazione Macchi a cui è associata l'Università dell'Insubria di Varese.
  - Video che poi saranno condivisi su altre piattaforme social, come Facebook, Instagram e LinkedIn per diffonderle più rapidamente, patrocinati dell'ENS (ente nazionale sordi) che permetterà di diffonderli, condividendoli sul proprio sito, in modo capillare e gratuito, rendendoli noti e disponibili a qualsiasi persona sorda o professionista (igienista e odontoiatra) che abbia una connessione ad Internet.

 Somministrazione di un questionario correlato ad ogni video realizzato, tranne il video denominato zero: "glossario LIS in odontoiatria" che non ha nessun questionario.

I questionari saranno compilabili online solo dopo aver guardato l'intero video per così valutare l'efficacia e l'utilità del progetto. (vedi *Allegato* 1)

#### REALIZZAZIONE VIDEO E TRADUZIONE LIS

I video sono stati realizzati in tempi diversi e poi montati insieme.

Una prima serie di video fornisce nozioni teoriche in forma verbale; l'altra serie di video contiene la traduzione LIS della stessa sceneggiatura preparata, sulla base delle linee guida e letteratura scientifica di riferimento.

Sono stati aggiunti un layout comune di colore verde (scelto perché colore della speranza) e sono state aggiunte parole chiave scritte, immagini, grafici *(vedi allegati 2 e 3)* ed ulteriori mini-video aggiuntivi (ad esempio per mostrare il corretto spazzolamento con lo spazzolino manuale oppure elettrico nel mentre viene spiegato a parole).

Inoltre, sono stati aggiunti una copertina uguale per tutti i video, parole chiave che compaiono al momento opportuno e i titoli di coda con i ringraziamenti.





**Fig. 3** screenshot del titolo del video numero otto; screenshoot inizio video, Enrico Fiorini e Mauro Dori.



**Fig. 4** screenshot Enrico Fiorini e mini-video dimostrativo sullo spazzolamento con lo spazzolino elettrico.



Fig. 5 screenshoot Mauro Dori e grafico esplicativo sulla Malattia Parodontale.



**Fig. 6** screenshoot Mauro Dori e scritte con consigli sottoforma di key-words.



**Fig. 7** screenshot Enrico Fiorini e Mauro Dori, alla fine del video; Titoli di coda e ringraziamenti.

#### 1- SCENEGGIATURA VIDEO:

#### PARTE SCRITTA CHE INTRODUCE IL PROGETTO SUL CANALE YOU TUBE

"Ciao a tutti! Sono Enrico Fiorini studente al terzo anno di igiene dentale dell'università dell'Insubria di Varese. Per la mia tesi ho realizzato alcuni video che contengono consigli di istruzione all'igiene orale con la LIS (lingua dei segni italiana) che potete trovare sul sito ufficiale dell' ENS - Lombardia (ente nazionale sordi), che ringrazio molto, per raggiungere più persone sorde possibile. Il mio obbiettivo è quello di verificare se questi video con LIS pubblicati su internet possano essere utili ed efficaci nella comunicazione con i pazienti sordi e possano aiutarli ad aumentare le loro conoscenze pratiche di igiene orale, dando la possibilità di fruire contenuti accreditati dall' università e dalle linee guida del ministero della salute, questo spero possa contribuire a combattere le fake news circolanti su internet che interessano anche il nostro settore. Mi piacerebbe aiutare i colleghi igienisti dentali, che invito se vorranno, a usare questi video per comunicare meglio con i propri pazienti sordi. L'obbiettivo più importante è quello di far sentire il paziente a suo agio, più tranquillo per poter istaurare un rapporto terapeutico di fiducia perché: "Prevenire è meglio che curare!" Un enorme grazie a Silvia Grassi per avermi permesso di proseguire la sua tesi, al Prof. Levrini che è stato il mio relatore, alla mia correlatrice la Dott.ssa Donaggio, alla Dott.ssa Rossini e a Mauro Dori, prof di LIS."

#### 1. LA GENGIVITE

La Gengivite è una patologia infiammatoria delle gengive.

Quando ci laviamo i denti è bene controllare la salute di tutta la bocca.

Basta fare attenzione a dei semplici campanelli d'allarme per riconoscere quando le gengive sono infiammate: esse si presentano gonfie, di colore rosso, possono sanguinare e fare male.

Una gengiva sana non sanguina. Attenzione anche all'alito cattivo, puo avere svariate cause che non sono da sottovalutare. La causa principale è la presenza di placca batterica e tartaro, cioè dai residui di cibo che non rimuoviamo dopo aver mangiato e in cui vivono milioni di batteri, si è calcolato che 1 mg di placca contiene più di 200 milioni di batteri. La gengivite è una patologia reversibile, cioè si può curare ma se trascurata può diventare parodontite, più grave.

Il tartaro si forma per la deposizione di Sali presenti nella saliva sul coletto dentale.

Favorisce l'accumulo di placca perché ha una superficie ruvida. Per toglierlo non basta l'uso quotidiano del solo spazzolino ma l'unico modo sono controlli regolari con l'igienista dentale, prevenire è meglio che curare. Ti è piaciuto il video? Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. se ti interessa sapere cos'è la parodontite, ne parleremo nel prossimo video, non perdertelo. (Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008; SIdP, 2013; E. Treccani; ISS, epicentro.iss.it-cavo-orale-studi-e-analisi; WHO-euro.who.int-health-topics-disease-prevention-oral-health)

#### 2. LA PARODONTITE O MALATTIA PARODONTALE

La parodontite o malattia parodontale colpisce in Italia circa il 60% della popolazione tra i 30 ed i 50 anni, è una patologia che provoca la perdita dell'osso a sostegno del dente e porta alla formazione di tasche ossee, recessioni della gengiva, mobilità, fino alla perdita dei denti colpiti.

#### Vedi Schema (Allegato 2)

È sempre preceduta dalla gengivite. È fondamentale sapere come riconoscerla e curarla per evitare che degeneri in parodontite. Le cause principali sono una gengivite non curata, il fumo, il diabete e la predisposizione genetica. La terapia disponibile per poterla curare o mantenere la situazione stabile è La levigatura radicolare eseguita dall'igienista dentale per rimuovere il tartaro sotto-gengivale presente nelle tasche ossee e responsabile dell'infiammazione gengivale e della perdita di osso. Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Sai cos'è la carie? Nel prossimo video ne parleremo, non perderlo.

(Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2015; SIdP, 2013; CDC, cdc.gov-oralhealth; E. Treccani; ISS, epicentro.iss.it-cavo-orale-studi-e-analisi; WHO-euro.who.int-health-topics-disease-prevention-oral-health).

#### 3. LA CARIE

La carie è la malattia infettiva più diffusa al mondo e dalle linee guida del ministero della salute emerge che 9 persone su 10 ne hanno sofferto.

La patologia cariosa si forma quando lo smalto dei denti viene attaccato dai batteri della bocca che in presenza di zuccheri semplici producono acidi che ne favoriscono l'erosione, ad es. quando mangiamo caramelle, dolci, bevande zuccherate e cibi acidi specie fuori pasto.

All'inizio la carie non fa male, quindi possiamo non accorgerci della sua presenza.

Per questo sono importanti sedute regolari di controllo dal dentista e igienista dentale.

Se non viene curata in tempo può raggiungere la polpa, la parte vitale del dente, e questo può portare alla perdita del dente stesso e ad un gran male.

La formazione della carie dipende inoltre da tanti fattori: come laviamo i denti a casa, la presenza di patologie, l'uso di farmaci, la gravidanza e il flusso salivare.

Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Non perdetevi il prossimo video, parleremo degli otto consigli importanti per prevenire le principali malattie della bocca. (Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008; SIdP, 2013; E. Treccani; ISS, iss.it-prevenzione-e-promozione-della-salute; ISS, epicentro.iss.it-cavo-orale-studi-e-analisi; WHO-euro.who.int-health-topics-disease-prevention-oral-health).

#### 4. GLI 8 CONSIGLI PER PREVENIRE LE MALATTIE DELLA BOCCA

La prevenzione della carie, della gengivite e di tutte le malattie della bocca si fonda su otto buone abitudini:

- Lavarsi i denti tre volte al giorno con uno spazzolino elettrico o manuale.
   La letteratura scientifica dimostra che lo spazzolino elettrico è più efficace.
- 2. Usare un dentifricio a base di fluoro.
- Usare il filo interdentale o lo scovolino almeno una volta al giorno.(es. prima di andare letto).
- 4. Pulire anche la lingua.
- 5. Evitare di mangiare molti zuccheri soprattutto fuoripasto. Preferire frutta e verdura.
- 6. Fare controlli regolari dal proprio dentista e igienista dentale almeno una volta all'anno.
- 7. Evitare fumo e alcol. sostanze che aumentano il rischio di sviluppare il cancro della bocca e alla gola.
- 8. L'igiene orale dei bambini deve essere supervisionata dai genitori fino al raggiungimento di una buona manualità nell'usare lo spazzolino. Chiedete informazioni al vostro igienista sulle sigillature dei solchi.
  - Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Non perdetevi il prossimo video dal titolo: alimentazione e salute orale, istruzioni per l'uso.
  - (Levrini L., 2016; Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008; ISS, iss.it-prevenzione-e-promozione-della-salute; ISS, iss.it-alimentazione-saluteorale; WHO-euro.who.int-health-topics-disease-prevention-oral-health).

#### 5. ALIMENTAZIONE E SALUTE ORALE: ISTRUZIONI PER L'USO

Una sana alimentazione, fin da piccoli permette di prevenire molte malattie di tutto il corpo e anche quelle del cavo orale come, carie e infiammazione delle gengive che portano con sé sanguinamento e dolori, evitabili seguendo i consigli dell'igienista dentale.

Esistono alimenti più sani per rinforzare lo smalto dei denti e le gengive.

#### Vedi Allegato 3.

Il cibo si può dividere in:

- 1- Cibi cariogeni: sono i responsabili della carie. Tutti i cibi acidi ad alto contenuto di zuccheri (caramelle, merendine confezionate, bevande gassate, ecc.)
- 2- Cibi cariostatici: alimenti neutri come uova, pesce e carne. Non fanno progredire la carie.
- 3- Cibi anti-cariogeni: contrastano la formazione della carie. Perché contengono sostanze rinforzanti dello smalto e per la loro consistenza dura che favorisce la salivazione durante la masticazione. Ad esempio formaggi, latte, frutta secca, verdure specie se crude. (mela, carote, sedano).

Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Solo nel prossimo video ci saranno i 10 consigli per mantenere in salute la bocca e tutto il corpo.

(Levrini L., 2016; Palacios C. et al., 2009).

#### 6. LA SALUTE DI TUTTO IL CORPO INIZIA DALLA BOCCA: I 10 CONSIGLI

- 1. Bere la giusta quantità di acqua durante tutta la giornata.
- 2. Concentrare i cibi acidi, che danneggiano i denti, all'inizio o durante il pasto, mai alla fine.
- 3. Finire i pasti con cibi che nutrono e rinforzano i denti, ad esempio il formaggio, oppure non li danneggino (se prendete il caffè meglio senza zucchero).
- 4. Fare spuntini con cibi che fanno bene ai denti, come lo yogurt o una una mela.
- 5. Non aggiungere zuccheri ai cibi.
- 6. Evitare di mantenere in bocca zuccheri e cibi acidi per troppo tempo.
- 7. Nutrire il dente con alimenti che contengono fluoro, calcio e fosforo.es. i latticini, la frutta e la verdura.
- 8. Ricordati di lavare i denti 3 volte al giorno.
- 9. Se proprio non è possibile lavare i denti, mangia una gomma da masticare senza zucchero.
- 10. Tutti i genitori hanno un ruolo importante nelle scelte alimentari dei propri figli e per la salute della loro bocca. Dagli il buon esempio, inizia tu.
  Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Siete curiosi di sapere tutto sullo spazzolino manuale? Vi aspetto nel prossimo video.
  (Levrini L., 2016).

#### 7. COME USARE LO SPAZZOLINO MANUALE

Per mantenere i denti in buona salute, e con loro tutta la bocca e di conseguenza l'intero corpo è importante lavarsi i denti 3 volte al giorno.

La tecnica consigliata dall'OMS per un buon utilizzo dello spazzolino manuale è quella a rullo, mi spiego meglio: posizionate le setole vicino alla gengiva, perpendicolari al dente e un po' inclinate verso il basso e poi portarle verso l'alto (mostrare) per sei volte con uno spazzolino a setole morbide, non è necessario fare grande pressione ma è importante eseguire il movimento in modo corretto.

Bisogna pulire la superficie esterna, interna e dove si mastica. È importante pulire bene la parte dietro gli incisivi dell'arcata inferiore e nei denti in fondo alla bocca perché qui si forma più tartaro. Vi consiglio di iniziare dall'ultimo dente all'angolo della bocca e seguire sempre lo stesso ordine così non dimenticherete nessun dente; Vi consiglio di dividere la bocca in quattro parti: due sopra e due sotto, iniziate dal primo quadrante pulendo la parte esterna, interna e dove si mastica, per poi fare lo stesso con gli altri tre quadranti) Ricordate di pulire anche la lingua. Alla fine Lo spazzolino va pulito bene sotto l'acqua prima di riporlo al suo posto. Lo spazzolino va cambiato quando le setole si aprono come un riccio, circa ogni due o tre mesi.

Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Conosci già i segreti dello spazzolino elettrico? Ti aspetto nel prossimo video.

(Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008).

#### 8. COME USARE LO SPAZZOLINO ELETTRICO

Usare lo spazzolino elettrico è molto semplice perché fa tutto da solo, è necessario solo posizionarlo bene. Acquistate uno spazzolino elettrico con il sensore di pressione che vi segnalerà con una luce colorata, in genere rossa, se ne state usando troppa.

Si usa poco dentifricio, si inserisce la testina morbida e poi si accende appoggiandola su un dente per volta, circa tre secondi per dente.

Vi consiglio di iniziare dall'ultimo dente all'angolo della bocca e seguire sempre lo stesso ordine così non dimenticherete nessun dente, ad es. io divido la bocca in quattro parti: due sopra e due sotto, inizio dal primo quadrante pulendo la parte esterna, interna e dove si mastica, per poi fare lo stesso con gli altri tre quadranti. Ricordate di pulire anche la lingua. Alla fine sia la testina che il motore vanno puliti bene prima di riporli (controllate se anche il vostro motore può essere pulito sotto l'acqua). La testina va cambiata quando le setole si aprono come un riccio, circa ogni due o tre mesi. Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto.

Siete sicuri di pulire ogni angolo della vostra bocca? Anche la lingua? Vi aspetto nel prossimo video.

(Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008; ISS, epicentro-iss.it-cavo-orale-studi-e-analisi; Vassiliki C. et al., 1998; WHO-euro.who.int-health-topics-disease-prevention-oral-health)

#### 9. COME PULIRE LA LINGUA

La lingua è un muscolo importante per poter mangiare, parlare e sentire il gusto del cibo. Fa parte della bocca come i nostri denti e se non pulita può contenere una grande quantità di batteri come una spugna bagnata. La letteratura scientifica consiglia di pulire la lingua ogni volta che ci laviamo i denti. Esistono in commercio vari strumenti appositi: i Nettalingua sono più precisi ma si può usare anche il proprio spazzolino. Finito di lavarci i denti spegniamo lo spazzolino se elettrico (alcuni da accesi posseggono anche la modalità "Nettalingua") o con quello manuale e spazzoliamo anche la lingua, possiamo dividerla in tre zone destra, sinistra e centrale con sei movimenti dall'interno verso l'esterno per ogni parte.

Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Filo... filo interdentale... ne avete mai sentito parlare? Vi aspetto nel prossimo video.

(Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008; ISS, iss.it-prevenzione-e-promozione-della-salute; WHO-euro.who.int-health-topics-disease prevention-oral-health).

#### 10. COME USARE IL FILO INTERDENTALE

L'uso del filo interdentale è consigliato a partire dagli 8-10 anni quando sono presenti i punti di contatto tra un dente e l'altro.

Per completare la pulizia dei denti è fondamentale pulire le superfici interdentali con il filo o spazzolino interdentale chiamato comunemente "scovolino", tutti i giorni almeno una volta al giorno, es. prima di andare a letto.

Il filo interdentale: bisogna impugnarlo bene, arrotolarlo sul dito medio di entrambe le mani, tendere il filo e con delicatezza per non danneggiare la gengiva inserirlo e poi appoggiarlo verso un dente formando una "C", prima a destra e poi a sinistra sull'altro dente, muovendolo avanti ed indietro. Ce ne sono di tantissimi tipi: alla menta – al fluoro – spugnosi ideali per protesi ed impianti. Il filo cerato è perfetto per gli spazi più stretti. Se è la prima volta che usate il filo puo capitare che la gengiva sanguini, se lo userete tutti i giorni vedrete che non sanguinerà più, l'importante è chiedersi perché sanguina la gengiva? Affidarsi al vostro igienista dentale di fiducia se il sanguinamento dura per più di 3 giorni consecutivi. Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Ah ecco dov'era il mio scovolino... Ci vediamo nel prossimo video.

(Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008; ISS, iss.it-prevenzione-e-promozione-della-salute; WHO-euro.who.int-health-topics-disease prevention-oral-health).

#### 11. COME USARE LO SCOVOLINO\SPAZZOLINO INTERDENTALE

Ci sono studi che dimostrano come gli scovolini o spazzolini interdentali siano più efficaci del filo interdentale in quanto riescono a raggiungere tutti i punti tra un dente e l'altro. Ci sono varie dimensioni con diametri differenti dai più sottili ai più larghi, per chi ha tanto o poco spazio interdentale, chiedi consiglio al tuo igienista di fiducia per capire insieme qual è meglio usare. Come usarlo? Basta trovare lo scovolino con il diametro giusto per i vostri denti, in genere uno o due a seconda dei propri spazi fra un dente e l'altro: a bocca chiusa inserirlo delicatamente in orizzontale e muoverlo avanti e indietro per poi estrarlo, prestando attenzione di non ledere le gengive. Semplice e veloce, con lo spazzolino è il nostro miglior alleato contro le carie e l'infiammazione gengivale, squadra che vince non si molla.

Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto. Siamo già all'ultimo capitolo, nel prossimo video parleremo della correlazione del cavo orale e delle malattie di tutto il corpo. Vi aspetto... (Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008; ISS, iss.it-prevenzione-e-promozione-della-salute; WHO-euro.who.int-health-topics-disease-prevention-oral-health).

#### 12. CORRELAZIONE TRA PATOLOGIE ORALI E MALATTIE SISTEMICHE

Numerosi studi hanno dimostrato una duplice correlazione tra il diabete e la malattia parodontale. I diabetici sono a più alto rischio (tre volte maggiore) di problemi a carico delle gengive e alla parodontite in quanto il diabete altera le difese immunitarie. La correlazione fra le due malattie è biunivoca, in quanto la presenza di un quadro clinico di parodontite non curata determina un'infiammazione generale che contribuisce all'aumento dei livelli di glicemia. Per questo è molto importante che i pazienti diabetici effettuino regolari controlli dal proprio dentista e sedute di igiene professionale per intercettare precocemente i segni clinici di parodontite.

Eseguire un controllo dentistico prima di avviare qualsiasi terapia dovuta alla presenza di un tumore: radio e chemio-terapia possono dare problemi a denti e gengive, aumentando l'incidenza di carie per demineralizzazioni e infiammazione gengivale, riducendo la salivazione ecc. Il trattamento di problemi del cavo orale prima di iniziare queste terapie può limitare le complicazioni a carico della bocca e dei suoi tessuti.

L'uso di farmaci per patologie sistemiche causa la secchezza del cavo orale, chiedere al proprio medico e al proprio igienista come intervenire al meglio.

La letteratura scientifica evidenzia come l' 80% delle endocarditi batteriche origina dai batteri della bocca come risultato di una batteriemia, cioè la presenza di batteri nel sangue, che vanno ad attaccarsi in modo stabile alle valvole del cuore ed alterare il normale flusso sanguigno causando insufficienza cardiaca, infarti e ictus.

Non dimenticarti di compilare il questionario qui sotto.

Giunti all'ultimo video vi voglio ringraziare tanto per l'attenzione e per avermi seguito fino a qui, Grazie mille ci vediamo al prossimo progetto.

(Quaderni del Ministero Italiano della Salute, 2012; Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., 2013; Ministero Italiano della salute, 2008; SIdP, 2013; CDC, cdc.gov-oralhealth; ISS, iss.it-prevenzione-e-promozione-della-salute; ISS, epicentro-iss.it-cavo-orale-studi-e-analisi; WHO-euro.who.int-health-topics-disease-prevention-oral-health).

#### **TITOLI DI CODA**

Un progetto di Enrico Fiorini, con traduzione in lingua dei segni italiana del prof. Mauro Dori, progetto di tesi CSID università Insubria, Varese, 2020. Con il patrocinio di ENS Lombardia ed ENS Nazionale, Relatore prof. Luca Levrini e Correlatrice dott.ssa Laura Donaggio.

Riprese: Simone Sevi, Mauro Dori. Editor videomaker: Elisa Tarchini.

Si ringraziano Prof. Aldo Macchi, che ci possa guidare e proteggere dal cielo; Gentile Presidente ENS Lombardia Renzo Corti, Elisa Tarchini, Simone Sevi e la sua famiglia, Mauro Dori e "Integralis Varese", Giovanna Zugnoni, Dott.ssa Michela Rossini, Prof.sse di LIS Erika Morrone e Chiara Giroldi, Gentili Silvia Grasso e Alessia Villici, Dott.ssa Laura Donaggio, Prof. Luca Levrini, tutta la mia famiglia e i miei amici che mi sono stati vicino durante tutto il mio percorso di studi universitari e mi hanno permesso di arrivare alla Laurea.

#### **METODI**

I video di istruzione alla salute orale con nozioni di prevenzione ed educazione sanitaria iniziano con il video zero, come punto di riferimento per tutti i pazienti sordi segnanti, funge da glossario odontoiatrico per descrivere "nuovi segni" che non sono comunemente utilizzati nel vocabolario dei sordi.

Trattandosi di un gergo specifico inerente alla salute orale, abbiamo optato per questo video di cui si consiglia la visione prima di tutti gli altri, in cui Mauro Dori, professore LIS delinea il segno corretto correlato alle singole parole specifiche del gergo dentistico: gengivite, tartaro, parodontite, carie, filo interdentale e scovolino, per rendere più comprensibili e integrarle nel vocabolario dei pazienti sordi affinché siano segni riconoscibili e vengano integrati e utilizzati quotidianamente.

Dopodiché i video dovranno essere pubblicati sul canale YouTube del reparto del CdS-ID, Corso di studi in Igiene Dentale dell'Università Insubria di Varese e condivisi sul sito internet ENS (Ente Nazionale Sordi) che ha patrocinato il progetto e divulgati attraverso piatteforme social come Instagram, Facebook e LinkedIn.

Ai pazienti che hanno fruito del progetto, suddivisi per le varie tipologie di risposte, saranno proposti un certo numero di questionari (vedi **Allegato 1**), associati a ciascun video mantenendo lo stesso format per ogni video.

Comprendono: domande anagrafiche iniziali e anonime come l'età, il sesso, la provincia di residenza, se l'utente sia udente, sordo bilingue, sordo segante oppure sordo oralista. Domande di gradimento: ti è stato utile guardare questo video?; pensi che questo video con la LIS sia un buono strumento per migliorare le nozioni di educazione in igiene dentale ?; le tue conoscenze riguardo l'igiene orale sono migliorate dopo la visione di questi video? Infine sono state proposte due domande teoriche differenti per ogni argomento trattato all'interno del video.

#### **CAPITOLO 3 – ATTUAZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO**

L'attuazione del progetto educativo si identifica con la pubblicazione dei video creati sul canale YouTube del reparto di igiene dentale del reparto di Odontostomatologia di Velate con i rispettivi questionari per valutarne l'efficacia ed il risultato.

I video saranno poi resi gratuitamente disponibili su diverse piattaforme e ricondivisi per assicurare la massima diffusione su profili social quali ad esempio Facebook, Instagram e LinkedIn, con il patrocinio del sito ufficiale ENS- Lombardia e\o ENS-Nazionale.

#### **CAPITOLO 3.1 – VALUTAZIONE DEL RISULTATO**

La valutazione del progetto educativo viene effettuata con l'analisi dei questionari raccolti da parte del programma "Google Moduli", intersecando i dati relativi all'anagrafica territoriale e al gradimento con le risposte teoriche corrette o meno. (vedi Allegato 1)

# CAPITOLO 3.2 – DISCUSSIONE: PROPOSTE FUTURE E LIMITI DEL PROGETTO

Si propone di seguito una valutazione degli aspetti comunicazionali e pedagogici di forza e di criticità per valutare limite e proposte future di questo progetto educativo:

#### **DISCUSSIONE E LIMITI DEL PROGETTO:**

L'attuale emergenza di pandemia per covid19 ha modificato l'iter di costruzione di questo progetto: inizialmente a marzo 2020, si sarebbe dovuto tenere un incontro tra la rappresentanza di ENS, L'Università Insubria e l'Ospedale di Circolo di Varese, per concordare il protocollo del progetto e raccogliere preziosi consigli ed indicazioni riguardo la comunità sorda, rappresentata da ENS-Lombardia.

Questo non è stato possibile, solamente dopo il periodo di quarantena e dopo lo svolgersi del tirocinio previsto per il terzo anno di corso in igiene dentale, siamo riusciti a fissare questo incontro, svoltosi a Velate l'11 settembre 2020, *(vedi fig.3)* rispettando il distanziamento sociale e con mascherine protettive.

Incontro nel quale si sono messe le basi per una collaborazione tra ENS, Ente Nazionale Sordi e Università/Ospedale di Varese, a cui auspico una continuità e implementazione in futuro.





**Fig.8** incontro Ente Nazionale Sordi (ENS), Università Insubria e Ospedale di Circolo; Velate, 11 settembre 2020.

Da sinistra: Dotto.ssa Michela Rossini, Sig.ra Elisa, Prof. Luca Levrini, Sig. Renzo Corti, Studente Enrico Fiorini, Sig. Pierangelo Galbusera.

- Si è prevista la possibilità di aggiungere sottotitoli in italiano, inglese e\o altre lingue tramite la funzionalità di "Google traslate" associata alla piattaforma di YouTube, per rendere i video accessibili a chiunque e in qualsiasi parte del mondo; questo porterebbe con sé un messaggio di uguaglianza ed equità che è stata l'idea alla base di tutto questo progetto, cioè trovare un modo per portare tutti i pazienti sullo stesso piano, seppur a livello virtuale (fondamentale in questo periodo di emergenza sanitaria per covid19), per permettere l'accesso alle informazioni sulla prevenzione primaria alla salute orale a tutte le tipologie di pazienti, siano essi udenti, sordi, stranieri, ciechi ecc.
- Il progetto, come anche descritto dal Modello Transteorico, si pone come obbiettivo di aiutare l'individuo che usufruirà di questi video, a passare dalla prima fase di pre-contemplazione a quella di contemplazione e di maggior consapevolezza della propria salute orale.
- Sarà possibile ampliare questo progetto con ulteriori campagne direttamente sul territorio, per esempio inserendolo in un contesto più ampio di educazione alla salute generale, sempre correlata alla salute orale, e viceversa.
- La comunicazione utilizzata a livello dei video realizzati è pubblica, passiva, unidirezionale, accessibile grazie alla LIS a un pubblico molto vasto, specie ai pazienti sordi.
- I video contribuiranno alla divulgazione scientifica di argomenti riguardo la prevenzione primaria sulla salute orale e tecniche di istruzione di igiene orale domiciliare, inoltre saranno disponibili per gli igienisti, i dentisti e gli operatori sanitari che avranno bisogno di entrare in relazione con persone sorde e non conoscono la LIS.

- Il bisogno percepito ed espresso dal singolo dovrà essere approfondito con l'istruzione e la motivazione personalizzata in studio, perché solo dal vivo si può stingere una relazione efficace e duratura su cui si fonda l'adherence del paziente e quindi la fiducia reciproca.
- L'impatto della pura informazione può contribuire a modificare le conoscenze ma è inefficace sui comportamenti, quindi per ottenere un Intervento efficace bisogna suscitare emozioni nel soggetto e personalizzare la terapia il più possibile.

Questo è attuabile quando si istaura una buona comunicazione, che nel caso del paziente sordo o con deficit sensoriali è irrinunciabile: i video di istruzione devono essere accompagnati da una buona motivazione personale, che solo il contatto con il professionista può dare attraverso "l'Intervista Motivazionale personalizzata" detta anche, "Motivational Interview", MI.

#### PROPOSTE PER IL FUTURO

- Si auspica la realizzazione di questo progetto e la raccolta dei questionari di valutazione rispetto alle conoscenze acquisite, analisi dati e gradimento per il feedback dell'utenza raggiunta e per verificare la riuscita dei risultati preventivati.
- Oltre all'utilizzo di video gratuiti e sempre disponibili online, specialmente durante l'emergenza covid19, in cui la motivazione e il rapporto con il paziente sono sempre più difficili, è auspicabile che l'ospedale e l'università si attrezzino con mascherine chirurgiche trasparenti, che permetterebbero così, di accedere ad una corretta e più chiara comunicazione per tutte le perone sorde e non solo, per anziani con ipoacusia, bambini, disabili per cui un sorriso e la lettura del labiale è fondamentale.

#### **CAPITOLO 4 - CONCLUSIONI**

Questo progetto si inserisce all'interno di una serie di provvedimenti che possono arricchire le modalità per rompere ogni barriera comunicativa, far sentire il paziente sordo accolto e compreso, nonché accettato, per intraprendere un sereno percorso di cura a seconda delle sue esigenze. All'interno del reparto di Odontostomatologia di Velate, facente parte dell'Ospedale di Circolo e fondazione Macchi di Varese, sono già attivi da qualche anno dei servizi con questo scopo, tra cui un corso di sensibilizzazione sulla lingua dei segni e sui pazienti affetti da sordità: "Comunicare senza le parole", tenuto nell'aula formativa dell'Ospedale di Circolo dal 27/10/2018 al 01/12/2018 dal prof LIS Mauro Dori, specifico per l'ambito dentale.

Oltre a questa iniziativa, è stato introdotto due anni fà, un sistema di prenotazione degli appuntamenti via email specifico per i pazienti affetti da sordità, che non possono concordarlo, spostarlo o chiedere informazioni tramite chiamata telefonica oppure dover necessariamente recarsi personalmente presso la struttura; nell'ospedale di Circolo della "ASST sette laghi" è stato attivato il servizio "VEASYT s.r.l." che incrementa notevolmente l'accessibilità ai pazienti sordi grazie ad un supporto tecnologico di traduzione LIS tramite un interprete certificato ENS in videochiamata.

La percentuale dei pazienti sordi non è molto alta, ma questi piccoli passi verso una migliore accessibilità all'igiene orale professionale in Ospedale ha migliorato l'adherence e la fiducia del paziente affetto da sordità, fidelizzandolo a controlli regolari, ricordandoci che non è importante il numero di pazienti raggiunti ma mettere al centro la persona e le sue necessità; in quanto ogni persona è unica, a sé stante con le proprie esigenze di cura, potremmo dire che siamo tutti pazienti con necessità speciali.

Spero che questo progetto educativo possa realizzarsi concretamente con il supporto di ENS-Lombardia e ENS-Nazionale, per fornire anche attraverso un servizio online, prezioso in questo periodo di emergenza di covid19, uno strumento di educazione e la formazione alla salute orale, che riduca le difficoltà di metta sullo stesso piano sordi, udenti, ciechi, stranieri, e tutte le disabilità sensoriali.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- ❖ Barnett Steven (2002), Communication with Deaf and Hard-of-hearing People: A Guide for Medical Education, Academic Medicine; 77 (77): p 694-700.
- ❖ Bauman Dirksen et Murray Joseph (2009), Reframing: From Hearing Loss to Deaf Gain.
  Deaf Study of Digital Journal, pag. 3.
- ❖ Bonamini M. (2015), La lingua dei segni, una lingua a tutti gli effetti. Genova: That' silence.
- CDC, Centers for Disease Control and prevention (2011), Office of the Associate Director for Communication, The Heath Communicator's, Social Media Toolkit, pag 1-6, 15-26, 47-55.
- Cortesi Ardizzone V. et Abbinante A., Igienista Orale. Teoria e pratica professionale. Milano: Edra; 2013.
- Cuzzocrea R. (2005), "I bambini sordi e l'apprendimento: problematiche linguistiche.", Atti del 50° Convegno Nazionale di Aggiornamento di psicolinguistica.
- Dickson M., Magowan R. (2014), Meeting Deaf patients' communication needs. Nursing Times. 110: 49, 12-15.
- ❖ Fageeh H.N., Mansoor M.A. (2020), The effectiveness of oral hygiene instructions in sign language among hearing impaired adults in Saudi Arabia. Spec Care Dentist 40:41– 48.
- Galindo-Neto N.M., Alexandre A.C.S., Barros L.M., De Moura Sá G.G., De Carvalho K.M., Joselany Áfio C. (2019), Creation and validation of an educational video for deaf people about cardiopulmonary resuscitation. *Latino-Am. Enfermagem*, 27:e3130.
- ❖ Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, Viera, Crotty, Holland, Brasure, Lohr, Harden, Tant, Wallace, Viswanathan (2011), "Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review", Evidence Report/Technology Assessment, N. 199, Prepared by RTI International—University of North Carolina Evidence based Practice

- Center under contract N. 290-2007-10056-I, AHRQ Publication Number 11E006, Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality, pag. 1-23, 75-88, 112-120, 148-158, 192-194.
- ❖ Hoang L., Sheila F., La Housse M., Nakaji C., Robins Sadler G. (2011), "Assessing Deaf Cultural Competency of Physicians and Medical Students." Journal of Cancer Education 26.1;175–182.
- ❖ Hollister C. et Anema M. (2004), Health Behavior Models and Oral Health: A Review, Journal of Dental Hygiene, Vol. 78, N. 3 by the American Dental Hygenists Association.
- ❖ Humphries Tom at Humphries Jacqueline (2010), Deaf in the Time of the Cochlea, Journal of Deaf Studies and Deaf Education 16 (2): 153-63.
- ❖ lezzoni I. Lisa, Bonnie L. O'Day, Mary Killeen, Heather Harker (2004), Communicating About Health Care: Observations From Persons Who Are Deaf Or Hard Of Hearing, Ann Intern Med. 140:356–362.
- Ladd P. (2003), Understanding Deaf Culture: In Search of Deafhood. Bristol: multilingual matters ltd.
- Lane H. (1994), When the Mind Hears: A History of the Deaf. New York City: Vintage Books.
- ❖ Lane H. (24 giugno 2005), Intervento alla conferenza internazionale Signa Volant, organizzata all'Università degli Studi di Milano e dall'Università degli Studi di Milano-Bicocca, Etnicità, Etica e il Mondo dei Sordi, Milano.
- Levrini Luca, La dieta del sorriso: Mangiare bene per la salute della bocca, Mondadori Electa, 2016.
- Ministero Italiano della Salute (2008), Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva.
- Ministero Italiano della Salute (2015), Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta.
- Ministero Italiano della Salute (2009), Quaderni per la promozione della salute, seminario DORS di Regione Piemonte.

- OMS (1948), Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- OMS (1986), The Ottawa charter for Health promotion, WHO and Health and Welfare Canada, Canadian PHA.
- OMS (2003), WHO, world oral health report, Geneva.
- O'Hearn A., Du Feu M., and Chovaz C. (2014), Mental Health and Deafness-- A Difference, Not a Deficit.. Mental health and deafness: professional perspectives on deafness, *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(3):339.
- ❖ Palacios C., Joshipura K., et Willett C. (2009), La piramide odonto-alimentare. Nutrition and health: guidelines for dental practitioners, Oral Diseases; 15(6):369-381.
- Quaderni del Ministero Italiano della Salute (2012), "Promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale", n.16.
- Rocca G. (2014), Motivazione all'igiene orale grazie all'uso delle immagini. Como: Griffin Editore.
- Sacks Oliver (1991), Vedere Voci. Un viaggio nel mondo dei sordi, Milano: Biblioteca Adelphi.
- SIdP (2013), Linee guida della Società Italiana di Parodontologia, membro della EFP, European Federation of Periodontology, 29 marzo.

- Strohmenger L. et Garista P. (2007), odontoiatria centrata sulla persona. Modelli di salute, stili comunicativi e strategie educative nella promozione della salute orale. Roma: Società Editrice Universo; (1,2,3): pag. 3-32.
- Strohmenger L. et Garista P. (2007), odontoiatria centrata sulla persona. Modelli di salute, stili comunicativi e strategie educative nella promozione della salute orale. Roma: Società Editrice Universo, (4,5,6,9,10): 35-77,105-148.
- Vassiliki C., Timmerman M.F., Van der Veiden U. et Van der Weijden F.A. (1998), "Comparison of Different Approaches of Interdental Oral Hygiene: Interdental Brushes Versus Dental Floss"; Department of Periodontology, ACTA, Academic Centre for Dentistry, Amsterdam, The Netherlands, Journal of Periodontal; 69:759-764.
- Vincenti Vincenzo, Bacciu Andrea, Guida Maurizio, Marra Francesca, Bertoldi Barbara, Bacciu Salvatore, Pasanisi Enrico (2014), Pediatric cochlear implantation: an update, Italian Journal of Pediatrics, 40-72.

#### **SITOGRAFIA**

- Associazione igienisti dentali italiana, www.aiditalia.it, De Chiara Nicoletta (2019), Dispensa sulla correlazione tra cavo orale, disturbi gengivali e malattie sistemiche. (Ultimo accesso: aprile 2020)
- Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Salute orale, www.cdc.gov/oralhealth/data-tools.html
- Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Salute orale, www.cdc.gov/oralhealth/basics.html
- ❖ DEAFinitely wonderful, www.youtube.com/llaria Galbusera/TEDxBergamo
- Enciclopedia Treccani, www.treccani.it (Ultimo accesso: aprile 2020)
- Ente Nazionale Sordi, www.ens.it/la-storia (Ultimo accesso: marzo 2020)
- ischool.startupitalia.eu/education-main/education/52175-20160229-bimba-sordalingua-segni
- ischool.startupitalia.eu/education-main/education/62479-20180409-scuola-tuttiparlano-lingua-dei-segni
- ❖ Istituto superiore di sanità Italiano (ISS), prevenzione e salute orale, www.epicentro.iss.it/cavo orale/studi
- ❖ Istituto superiore di sanità Italiano (ISS), prevenzione e promozione della salute orale, www.iss.it/prevenzione-e-promozione-della-salute

- Istituto superiore di sanità Italiano (ISS), alimentazione e salute orale, www.iss.it/alimentazione
- ❖ VEASYT srl, Università Ca' Foscari di Venezia, Dipartimento di Studi Linguistici e Culturali Comparati per l'accessibilità linguistica e sensoriale. www.veasyt.com/deafhood-identità-sorda (Ultimo accesso: marzo 2020)
- WHO, Organizzazione mondiale della sanità, prevenzione della salute orale. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health
- ❖ WHO. Sordità e Ipoacusia, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss (Ultimo accesso: marzo 2020)

#### **ALLEGATI**

#### ALLEGATO N.1 - QUESTIONARI VIDEO LIS – GOOGLE MODULI

Ogni video presenta dalla domanda numero 1 alla 7, una prima parte di anagrafica e gradimento uguale per tutti i questionari, riportata qui di seguito:

1.	Quanti anni hai? *
2.	Sesso *  Contrassegna solo un ovale.  M  F
3.	Provincia di residenza *
4.	Sono: *  Contrassegna solo un ovale.
	sordo segnante sordo oralista sordo segnante\oralista udente
5.	Ti è stato utile guardare questo video? *  Contrassegna solo un ovale.  si  no  ne si , ne no

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli

	6.	Pensi che questo video LIS sia uno strumento utile per migliorare le conoscenze in igiene dentale delle persone? *
		Contrassegna solo un ovale.
		si
		no
		ne si , ne no
•	7.	Le tue conoscenze di igiene orale sono migliorate dopo aver visto questo video?
		Contrassegna solo un ovale.
		si
		no
		ne si , ne no
		Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.
		Carala Maril P
		Google Moduli

## LE ULTIME DUE DOMANDE SONO DEDICATE ALLA PARTE DI VERIFICA DELLE CONOSCENZE SPECIFICHE IN BASE AI CONTENJUTI DEL VIDEO STESSO, RIPORTATE DI SEGUITO:

### VIDEO 1 - LA GENGIVITE

il questionario sarà anonimo \*Campo obbligatorio

8.	Qua	ndo le gengive sono infiammate come si presentano? *
	Con	trassegna solo un ovale.
		gonfie, rosse e sanguinano.
		gonfia ma non sanguinano.
		rosa.
9.	Qua	li sono le sue cause principali? *
	Con	trassegna solo un ovale.
		Gengivite non curata, diabete, fumo di sigaretta e la predisposizione genetica.
		Solo il fumo di sigaretta
		) Dipende tutto dalla genetica
	il qu	DEO 2 - LA PARODONTITE estionario sarà anonimo. npo obbligatorio
	8.	Cos'è la parodontite o piorrea? *
		Contrassegna solo un ovale.
		Una malattia delle gengive
		Una malattia che porta alla formazione di tasche ossee
		Una malattia che porta alla formazione di afte
	9.	Quali sono le sue cause principali? *
		Contrassegna solo un ovale.
		Gengivite non curata, diabete, fumo di sigaretta e la predisposizione genetica.
		Solo il fumo di sigaretta
		Dipende tutto dalla genetica

## VIDEO 3 - LA CARIE

Il questionario sarà anonimo. \*Campo obbligatorio

8.	Quali sono i cibi che favoriscono la formazione della carie? *
	Contrassegna solo un ovale.
	I cibi che contengono xilitolo
	I cibi acidi e con zuccheri semplici
	I cibi ricchi di fibre
9.	Sono importanti regolari sedute di controllo dall'igienista dentale per prevenire la carie? *
	Contrassegna solo un ovale.
	Perché mi è stato detto dal medico curante
	Perché all'inizio la carie non fa male, e per questo non ce ne accorgiamo subito
	Perché se i denti sono più bianchi la carie non si forma
	VIDEO 4 - GLI 8 CONSIGLI PER PREVENIRE LE MALATTIE DELLA BOCCA Il questionario sarà anonimo. *Campo obbligatorio
8	Fa bene mangiare zuccheri fuoripasto? *
	Contrassegna solo un ovale.
	No, meglio qualcosa di veloce come un caffè o una brioches
	Si
	No, meglio preferire frutta e verdura
9.	È importate usare un dentifricio al fluoro? *
	Contrassegna solo un ovale.
	Uno vale l'altro
	Si, con almeno 1000 ppm di fluoro
	Si, l'importante sia sbiancante

## VIDEO 5 - ALIMENTAZIONE E SALUTE ORALE: ISTRUZIONI PER L'USO

Il questionario sarà anonimo.

8.	Quali sono i cibi dannosi per la salute orale? *		
	Contrassegna solo un ovale.		
	Cibi acidi con zuccheri semplici es caramelle, merendine confezionate o bevande gassate		
	Frutta e verdura		
	Cibi precotti		
9.	Quali sono i cibi che contrastano la formazione della carie? *		
	Contrassegna solo un ovale.		
	Solo frutta e verdura		
	Solo pesce e carne		
	Acqua, formaggi, latte, frutta secca e frutta e verdura specie se crude		

## VIDEO 6 - LA SALUTE DI TUTTO IL CORPO INIZIA DALLA BOCCA: I 10 CONSIGLI

Il questionario sarà anonimo.

8.	Secondo i 10 consigli del video: *
	Contrassegna solo un ovale.
	Può essere utile concentrare i cibi acidi all'inizio o durante i pasti, mai alla fine.  Può essere utile mangiare cibi acidi solo alla mattina.  Può essere utile mangiare cibi acidi solo alla fine di ogni pasto.
9.	Secondo i 10 consigli del video: *
	Contrassegna solo un ovale.
	Può essere utile nutrire i denti con bevande zuccherate.
	Può essere utile nutrire i denti con alimenti che contengono fluoro, calcio e fosforo come latticini, frutta e verdura.
	Può essere utile nutrire i denti con alimenti morbidi e appiccicosi per masticarli meglio.

## VIDEO 7 - COME USARE LO SPAZZOLINO MANUALE

Il questionario sarà anonimo.

J	3. Per quante volte è necessario spazzolare ogni gruppo di denti? *
	Contrassegna solo un ovale.
	3
	_ 4
	<u> </u>
•	
9.	Quali sono i punti della bocca in cui si forma più tartaro? *
	Contrassegna solo un ovale.
	Dietro gli incisivi e i denti posteriori, in fondo alla bocca.
	Dietro ai canini.
	Solo i denti posteriori.
,	VIDEO 8 - COME USARE LO SPAZZOLINO
ŀ	ELETTRICO
	I questionario sarà anonimo. Campo obbligatorio
8	
	8. Ogni quanto bisogna sostituire la testina? *
	8. Ogni quanto bisogna sostituire la testina? *  Contrassegna solo un ovale.
	Contrassegna solo un ovale.
	Contrassegna solo un ovale.  Ogni mese
	Contrassegna solo un ovale.  Ogni mese Ogni 2\3 mesi
	Contrassegna solo un ovale.  Ogni mese Ogni 2\3 mesi
9.	Contrassegna solo un ovale.  Ogni mese Ogni 2\3 mesi
9.	Contrassegna solo un ovale.  Ogni mese Ogni 2\3 mesi Una volta all'anno
9.	Contrassegna solo un ovale.  Ogni mese Ogni 2\3 mesi Una volta all'anno  Dopo aver lavato i denti: *
9.	Contrassegna solo un ovale.  Ogni mese Ogni 2\3 mesi Una volta all'anno  Dopo aver lavato i denti: *  Contrassegna solo un ovale.

## VIDEO 9 - COME PULIRE LA LINGUA

Il questionario sarà anonimo.

8.	Qual è il movimento corretto di spazzolamento della lingua? *
	Contrassegna solo un ovale.
	Avanti e indietro
	Dall'interno verso l'esterno della bocca
	Verso l'interno della bocca
9.	Quando bisogna pulire la lingua? *
	Contrassegna solo un ovale.
	Una volta la settimana
	Una volta al mese
	Tutti i giorni
	VIDEO 10 - COME USARE IL FILO
	INTERDENTALE
	*Campo obbligatorio
	8. Da quale età è consigliato iniziare ad usare il filo interdentale? *
	Contrassegna solo un ovale.
	3 anni
	8-10 anni
	16 anni
	È necessario fare attenzione quando si inserisce il filo per evitare danni alla gengiva? $^{\star}$
	Contrassegna solo un ovale.
	Si, certo.
	Anche no.
	L'importante è usarlo, capita

## VIDEO 11 - COME USARE LO SCOVOLINO\SPAZZOLINO INTERDENTALE

Il questionario sarà anonimo.

	8.	Studi scientifici dimostrano che nella rimozione di placca: *
		Contrassegna solo un ovale.
		Si puo anche evitare di usare il filo\scovolino
		Il filo interdentale è migliore dello scovolino
		Lo scovolino è più efficace del filo
9.	È	importante la scelta dello scovolino di un diametro giusto, personalizzato?
	C	ontrassegna solo un ovale.
		No, uno vale l'altro.
		Si, basta acquistarlo in farmacia.
		Si, con il proprio igienista dentale.

## VIDEO 12 - CORRELAZIONE TRA PATOLOGIE ORALI E MALATTIE SISTEMICHE

Il questionario sarà anonimo.

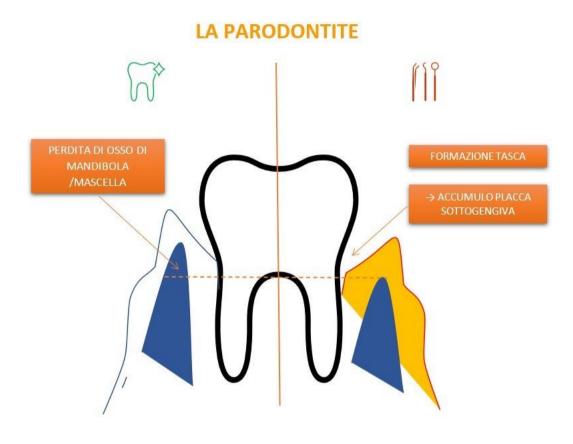
\*Campo obbligatorio

8.	Le malattie della bocca possono attaccare anche gli altri organi del nostro corpo
	Contrassegna solo un ovale.
	Si, tutto il nostro corpo è collegato.
	No, ogni organo fa da sé.
	No, non è vero.
9	. I batteri della bocca nei pazienti che soffrono di problemi al cuore possono causare infarto o ictus? *
	Contrassegna solo un ovale.
	No, sono due ambiti diversi e distinti.
	No, i batteri rimangono sempre e solo in bocca
	Si, è una possibile conseguenza del fatto che i batteri dalla bocca, attraverso i vasi sanguigni possono spostarsi in tutto il corpo.
	Questi contenuti non sono creati né avallati da Google

Google Moduli

100

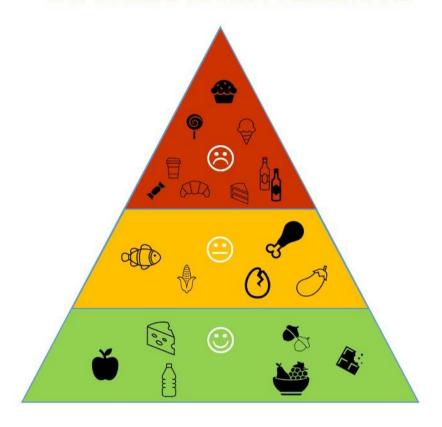
#### **ALLEGATO N.2**



Schema realizzato da Fiorini Enrico con l'utilizzo del pacchetto Office 2020

#### **ALLEGATO N.3**

### LA PIRAMIDE ODONTO-ALIMENTARE



Schema realizzato da Fiorini Enrico con l'utilizzo del pacchetto Office 2020

#### **CITAZIONI**

"È difficile fare le cose difficili:

parlare al sordo,

mostrare la rosa al cieco.

Bambini, imparate a fare cose difficili:

dare la mano al cieco,

cantare per il sordo,

liberare gli schiavi che si credono liberi."

#### Gianni Rodari

"Quando la gente mi guarda pensa che io sia come tutti gli altri, perché la sordità non ha segni evidenti, è un handicap invisibile."

#### Roberto Wirth et Corrado Ruggeri

"La gentilezza è il linguaggio che il sordo può sentire e il cieco può vedere."

#### **Mark Twain**

"Bisognerebbe che tutti gli udenti passassero un mese della loro vita da sordi, così, come esperienza obbligatoria, diciamo, per la propria crescita personale. Sono certe che ne uscirebbero delle persone migliori, più umili, più attente ai bisogni degli altri."

Sara Giada Gerini, Facciamoci sentire

"La cecità separa le persone dalle cose.

La sordità separa le persone dalle persone."

Helen Keller, scrittrice e insegnante statunitense (sordo-cieca dall'età di 19 mesi)

"Non sentire è una condizione seria, ma dipende da noi trasformare una mancanza in qualcosa che ti identifica e insieme ti stimola a compensare questa carenza, e a valorizzare aspetti di te che forse nemmeno sapevi di avere. La cosa importante è avere la forza di pretendere dagli altri il rispetto della nostra identità. La perfezione è statica, l'imperfezione ti costringe a cercare la tua unica "perfezione"."

Sara Giada Gerini, Facciamoci sentire

"Tu sei cieco ma io sono sordo e muto; sicché, prendiamoci per mano e comprendiamoci tra noi."

**Kahlil Gibran**