

PRESENTAZIONE

Nella XIII^a legislatura, il Consiglio provinciale di Trento ha approvato la Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22, "**Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento**".

La citata legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 prevede, all'art. 6, che - per la sua attuazione - la Giunta provinciale individui con propria deliberazione, annualmente e per ciascuna tipologia di prestazione, condizioni, limiti e modalità di accesso.

La Giunta Provinciale, con deliberazione n. 1886 del 25 Luglio 2008 ha approvato le "*Direttive per l'attuazione della Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 recante "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento relative all'anno 2008"*".

Dette Direttive prevedono che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari provveda – ai fini dell'avvio delle attività di cui alla legge provinciale n. 22/2007 – ad adottare specifiche **linee guida** attraverso il competente Dipartimento di Odontostomatologia per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d'erogazione dell'assistenza odontoiatrica.

Le linee guida:

- devono intendersi adottate per l'anno 2008 e soggette a revisione annuale;
- sono rispettose delle leggi e dei regolamenti vigenti in materia e si fondano sulle attuali conoscenze scientifiche (EBM);
- costituiscono parte fondamentale dello schema di accordo negoziale fra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli ambulatori e studi convenzionati;
- sono applicate altresì nell'ambito delle strutture ambulatoriali della Azienda provinciale per i servizi sanitari;
- devono prevedere la produzione di adeguata modulistica (dichiarazioni di conformità, certificazioni di congruità ...) e le modalità per il controllo della qualità;
- in questa prima edizione, relativa all'anno 2008, non sono inserite le indicazioni attinenti l'attività di implantologia e di protesi fissa in quanto la citata deliberazione della Giunta Provinciale n. 1886/2008 prevede espressamente che, per l'attività di fornitura di protesi fisse, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari provvederà entro il termine di sei mesi dall'adozione dell'atto.

Fonti bibliografiche

- Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva – a cura di Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
10 ottobre 2008
- Clinical Evidence 6
a cura di Ministero della Salute
anno 2008
- Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico - Manuale per la formazione degli operatori sanitari - in “Biblioteca – la Professione” - trimestrale Anno X
a cura di Ministero della Salute, FNOMCeO, IPASVI
anno 2008
- Linee guida - a cura del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane (CIC 2003)
- documenti del Comitato Infezioni Ospedaliere dell’Ospedale S. Chiara della Azienda Provinciale Servizi Sanitari della provincia di Trento
anno 2006
- documenti del Tavolo tecnico composto da rappresentanti del Dipartimento di Odontostomatologia della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della provincia di Trento, della Commissione Albo Odontoiatri dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento (CAO), dell’Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) sezione di Trento, dell’Associazione Odontoiatri Italiani (AIO) sezione di Trento, costituitosi per l’elaborazione delle Linee guida per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d’erogazione dell’ Assistenza Odontoiatrica in provincia di Trento in attuazione della Legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 e delle Delibere di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008 e n. 2302 del 11 settembre 2008.
ottobre 2008

Ad esclusione dei testi elaborati dal Tavolo tecnico e dal Dipartimento di Odontostomatologia i testi tratti dalle altre fonti vengono riportati con *carattere inclinato* e con riferimento bibliografico alla fine del paragrafo di riferimento

INDICE

| | |
|-------------------------------------------|----|
| PRESENTAZIONE | 1 |
| LE LINEE GUIDA: DEFINIZIONE | 5 |
| L'INFORMAZIONE AL PAZIENTE | 7 |
| DOCUMENTAZIONE CLINICA | 9 |
| PREVENZIONE DELLE INFEZIONI | 11 |
| PREVENZIONE PRIMARIA | 15 |
| PROMOZIONE DELL'IGIENE ORALE QUOTIDIANA | 21 |
| FLUOROPROFILASSI | 23 |
| CONTROLLO DELL'ALIMENTAZIONE | 25 |
| LIBRETTO ODONTOIATRICO | 29 |
| DONNE IN GRAVIDANZA | 31 |
| SIGILLATURE DENTALI | 33 |
| RACCOMANDAZIONI OPERATIVE | 37 |
| PREVENZIONE SECONDARIA | |
| ASSISTENZA ORTODONTICA | 39 |
| RACCOMANDAZIONI DI COMPORTAMENTO CLINICO | 45 |
| MODELLO DI PRESCRIZIONE ORTODONTICA | 47 |
| INDICI DI NECESSITA' DI TRATTAMENTO | 48 |
| ASSISTENZA ODONTOIATRICA CONSERVATIVA | 49 |
| RACCOMANDAZIONI OPERATIVE | 51 |
| ASSISTENZA ODONTOIATRICA ENDODONTICA | 55 |
| ASSISTENZA ODONTOIATRICA CHIRURGICA | 65 |
| ASSISTENZA PROTESICA | 73 |
| MODELLO DI ETICHETTA | 77 |
| MODELLO DI SCHEDA PROVE SUL PAZIENTE | 78 |
| MODELLO DI PRESCRIZIONE PROTESICA | 79 |
| PROTESI TOTALE | 81 |
| PROTESI PARZIALE | 85 |
| RAPPORTI CON IL LABORATORIO ODONTOTECNICO | 89 |
| SINTESI | 90 |

LE LINEE GUIDA

DEFINIZIONE

La definizione più nota di Linee Guida è quella formulata dall'Institute of Medicine nel 1992 che le definisce come "raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche" (Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From Development to Use. Washington DC; National Academic Press, 1992).

Il termine "linea guida" è spesso usato in modo impreciso e scambiato con altri, come per esempio protocollo, procedura, standard e percorso diagnostico terapeutico.

Le linee guida hanno assunto funzione di formazione, educazione ed aggiornamento in quanto rappresentano una sintesi critica delle informazioni scientifiche disponibili sull'efficacia degli interventi sanitari.

La seconda funzione è di creare le condizioni per rendere possibile il monitoraggio della pratica clinica individuando i comportamenti più appropriati, il loro utilizzo ed i conseguenti risultati ottenuti.

Una terza funzione è la promozione del miglioramento continuo dell'attività assistenziale in quanto sono fondamentali strumenti di base di un'azione di governo clinico.

Le linee guida orientano ad un'attività clinica più omogenea riducendo la variabilità dei comportamenti e consentono di "modulare" la risposta assistenziale orientando le attività secondo una politica attenta ai criteri di efficacia e qualità. Favoriscono altresì il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica consentendo l'individuazione di "criticità clinico-organizzative", in particolare nella fase di elaborazione ma anche nel momento di applicazione, presupposto essenziale alla realizzazione di un sistema operativamente orientato al cambiamento e al miglioramento continuo della qualità dell'intervento sanitario.

L'adozione e l'applicazione di raccomandazioni di comportamento clinico, attraverso la soddisfazione di criteri di efficacia/efficienza, concorrono pertanto al raggiungimento della qualità del sistema sanitario nel suo complesso.

Le linee guida sono da intendersi quali raccomandazioni di comportamento clinico organizzativo, strumento utile a garantire nei confronti del paziente un governo clinico atto ad assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi.

Le raccomandazioni di comportamento clinico sono altresì strumento di responsabilizzazione anche etico-deontologica nei confronti del sistema all'interno del quale il singolo medico\odontoiatra opera, nel rispetto comunque dell'autonomia professionale.

L'INFORMAZIONE AL PAZIENTE

Nell'aderire alle linee guida adottate dalla APSS l'odontoiatra si impegna al loro rispetto e ne informa il paziente attraverso specifica modulistica messa a disposizione dalla APSS il cui contenuto riguarda le modalità di prevenzione delle infezioni (ad es. uso dei guanti, uso di strumentario sterile), le modalità di esecuzione di alcune prestazioni (ad es. uso della diga di gomma), l'esigibilità della dichiarazione di conformità del fabbricante (protesi) e la titolarità del professionista abilitato alla prestazione (odontoiatra, igienista dentale).

La modulistica sarà resa disponibile ed esposta in sala d'attesa.

La modulistica riporterà i seguenti testi:

- **a garanzia della qualità della prestazione** il tuo dentista aderisce alle linee guida sottoscritte da CAO (Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento, ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) Sezione di Trento, AIO (Associazione Odontoiatri Italiani) Sezione di Trento ed Azienda provinciale per i servizi sanitari della provincia di Trento.

- **a garanzia della tua sicurezza il tuo dentista**

- si informa del tuo stato di salute generale, della eventuale assunzione di farmaci, della presenza di allergie
- ti informa delle terapie odontoiatriche che prevede di eseguire
- ti chiede di sottoscrivere il consenso alle terapie previste
- si impegna alla compilazione del libretto odontoiatrico pediatrico

- **per la prevenzione delle infezioni il tuo dentista**

- utilizza strumentario sottoposto a sterilizzazione
- utilizza materiale monouso quando necessario (siringhe, lame da bisturi, ecc.)
- lava le mani prima delle procedure cliniche e
- usa i guanti ogni qualvolta viene a contatto con la bocca

- **per un miglior risultato della prestazione il tuo dentista**

- usa la diga di gomma in alcuni trattamenti : sigillature dei solchi e fossette, cure canalari, otturazioni.

- **per il rispetto della normativa vigente il tuo dentista**

- esegue personalmente tutte le attività relative alla protesi non delegandole ad altri non autorizzati (odontotecnico)
- ti consegna la dichiarazione di conformità della protesi redatta dal fabbricante (laboratorio odontotecnico)
- emette regolare fattura per ogni prestazione eseguita

La modulistica riporterà il logo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento, dell'ANDI Sezione di Trento, dell'AIO Sezione di Trento e della Azienda provinciale per i servizi sanitari della provincia di Trento.

DOCUMENTAZIONE CLINICA

L'Odontoiatria in Italia è una branca esercitata in massima parte in libera professione; le strutture presenti, variamente distribuite sul territorio nazionale, sono costituite prevalentemente da studi monoprofessionali che assicurano una distribuzione capillare.

Dai dati disponibili, si può evincere che eventi avversi, correlati a prestazioni odontoiatriche erogate da strutture dove si rispettino le regole delle normative vigenti e soprattutto eseguite da operatori abilitati, sono alquanto rari.

L'esistenza di un rapporto diretto Professionista-Paziente rende meno frequente il verificarsi di eventi avversi e l'applicazione di procedure codificate può contribuire a diminuire ulteriormente l'incidenza di tali eventi. Tuttavia è utile ed opportuno monitorare il verificarsi di eventi avversi ed implementare la formazione degli operatori e l'informazione dei pazienti.

Ai fini della qualità della prestazione e della sicurezza dei pazienti è molto importante la raccolta delle informazioni relative al paziente e al trattamento con particolare attenzione a:

1. corretta anamnesi con particolare riguardo alla presenza di:

- pregressi traumi alla testa o al collo*
- assunzione di farmaci, in particolare bifosfonati*
- infezioni*
- allergie*
- patologie rilevanti*
-

2. esame del paziente

- valutazione del quadro obiettivo*
- valutazione delle sue aspettative*

3. analisi dei dati raccolti ed elaborazione di una strategia terapeutica

4. esame del rapporto costo-beneficio della terapia ipotizzata

5. informazione al paziente sulla terapia da attuare valutando diverse alternative

6. raccolta del consenso sulla scelta effettuata

7. *applicazione del protocollo sulla sicurezza che deve prevedere attrezzature di base e farmaci per affrontare le emergenze*
8. *attuazione del protocollo terapeutico*
9. *valutazione del risultato clinico immediato e valutazione del risultato clinico nel tempo*
10. *valutazione del grado di soddisfazione del paziente*

Ai fini della sicurezza dei pazienti odontoiatrici, in particolare ai fini della prevenzione delle infezioni crociate e di eventi avversi correlati a terapie farmacologiche (bifosfonati), assume valore fondamentale la metodologia di raccolta e registrazione dei dati, il rispetto scrupoloso dei requisiti strutturali previsti dalle normative vigenti, la dotazione di attrezzature appropriate, l'attuazione di protocolli operativi corretti con particolare riferimento alle procedure di decontaminazione, disinfezione e sterilizzazione, la dotazione e la competenza nell'uso di attrezzature e di farmaci per affrontare le eventuali emergenze

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE A PROCESSI ASSISTENZIALI

Le infezioni correlate ai processi assistenziali sono universalmente considerate un indicatore della qualità di una organizzazione e/o di una struttura sanitaria e la strategia di gestione e controllo del rischio infettivo/biologico, riferito a pazienti, operatori, visitatori e diffuso su tutti i livelli del processo assistenziale, non può prescindere dalla applicazione di tecniche atte a perseguire il miglioramento della qualità e l'individuazione di criteri, standards ed indicatori per il monitoraggio di tale fenomeno.

Fondamentale misura per la prevenzione ed il controllo delle infezioni è il puntuale rispetto da parte degli operatori sanitari delle precauzioni standard, dell'igiene delle mani, delle corrette procedure di sterilizzazione/disinfezione delle attrezzature e dello strumentario (lì dove non sia possibile/previsto l'utilizzo di materiale monouso), della protezione del personale attraverso l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) indicati, per il personale dipendente e convenzionato della APSS, dal Documento di Valutazione dei Rischi della struttura di appartenenza.

Tali indicazioni trovano riscontro nel D.M. 28 settembre 1990 (G.U. 8 ottobre 1990 n. 235) :*"Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private"* che all'articolo 4 detta le *"Norme per gli operatori odontoiatrici"* come di seguito riportato:

"Gli operatori odontoiatrici, oltre ad osservare le precauzioni di carattere generale, debbono indossare i guanti durante le manovre che possono comportare contatto con mucose, sangue, fluido gengivale, sostituendoli per ogni singolo paziente. I manipoli, gli ablatori ad ultrasuoni, le siringhe aria/acqua, le frese e qualsiasi altro strumento che venga a contatto con le mucose, dopo l'utilizzo, se riutilizzabili, vanno sterilizzati per ogni singolo paziente. Nei casi in cui la sterilizzazione non sia tecnicamente possibile, è obbligatoria la disinfezione degli strumenti con sostanze chimiche di riconosciuta efficacia sull'HIV. Tutti i rifiuti dei gabinetti dentistici debbono essere eliminati secondo la procedura di cui alla legge 10 febbraio 1989, n. 45.

Sul sito della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della provincia di Trento (www.apss.tn.it) nella sezione "Progetti", alla voce "Comitato aziendale per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate a processi assistenziali (CIPASS)", sono reperibili documenti relativi alle Linee guida per l'igiene delle mani in ambiente sanitario (*La prima sfida globale per la sicurezza del paziente – WHO*) e alle indicazioni per la sterilizzazione dei dispositivi medici; sul sito intranet aziendale sono altresì disponibili documenti d'interesse elaborati dai Comitati per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) degli ospedali della APSS.

Le linee guida adottate dalla APSS, in relazione alla normativa provinciale vigente in campo odontoiatrico, aderiscono alle raccomandazioni adottate dal National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Tali raccomandazioni sono contenute in:

Guidelines for infection control in dental health-care settings – 2003"

MMWR - Recommendations and Reports

December 19, 2003 / 52(RR—17);1-61

(www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm).



Ospedale di Trento

LINEE GUIDA PER L'IGIENE DELLE MANI IN AMBIENTE SANITARIO

PCI_LG_01

Revisione 01

25 marzo 2004

Pagina 1/16



"...le mani per semplice contatto possono infettare..."

dott. I.F. Semmelweis - giugno 1847

| REVISIONE | REDAZIONE | VERIFICA E CONTROLLO | APPROVAZIONE |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Data prima stesura 25 marzo 2004 | CPSE/CS Eccel Cristina CPSE/CS Dallapè Paola CPS/IP Amore Paola | Comitato Infezioni Ospedaliere | Data di approvazione Febbraio 2004 |
| Causale della revisione Redazione delle linee guida | | | Comitato Infezioni Ospedaliere Coordinatore Cio d.ssa Michelina Monterosso |

www.aziendasanitaria.trentino.it

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari | COMITATO AZIENDALE PER LA SORVEGLIANZA ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE A PROCESSI ASSISTENZIALI INDICAZIONI PER LA STERILIZZAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI, a vapore e gas plasma | Data di approvazione 20 marzo 2006 |
| | | Revisione 0 |
| | | Pagina 1 di 63 |



**INDICAZIONI
 PER LA STERILIZZAZIONE
 DEI DISPOSITIVI MEDICI
 a vapore e gas plasma**

| REVISIONE | REDAZIONE | VERIFICA E CONTROLLO | APPROVAZIONE |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Prima stesura | Paola Dellapi (Ospedale di Trento) Giannina Ficcini (Distretto di Arco) Amabile Raffalli (Direzione cura e riabilitazione) Lorna Valenzinetti (Ospedale di Rovereto) | Comitato aziendale per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate a processi assistenziali | Data di approvazione 20 marzo 2006 Il Coordinatore CIPASS di Luca Fabbri |



MMWR™

Morbidity and Mortality Weekly Report

Recommendations and Reports

December 19, 2003 / Vol. 52 / No. RR-17

Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003



INSIDE: Continuing Education Examination

**DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION**

www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm

Linee guida per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie di sviluppo della

PREVENZIONE PRIMARIA

in attuazione della legge Provinciale 12 dicembre 2007,n. 22.

La Legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 individua, quali destinatari della prevenzione primaria:

- la popolazione con età minore di anni 18 alla data di richiesta delle prestazioni sanitarie
- le donne in stato di gravidanza, oltre il 3° mese.

POPOLAZIONE CON ETÀ MINORE DI ANNI 18

Gli interventi di prevenzione primaria compresi in quest'area si attuano attraverso:

- analisi epidemiologica e attività di screening sulla situazione dentaria di bambini in "età filtro" - promozione dell'igiene orale quotidiana
- fluoroprofilassi
- controllo dell'alimentazione
- coinvolgimento dei pediatri di famiglia al fine della informativa inerente la profilassi della carie dentaria
- realizzazione attività di formazione e di informazione sull'igiene orale ed alimentare specificamente rivolta ai genitori e agli insegnanti della scuola primaria e secondaria.

DONNE IN GRAVIDANZA

Gli interventi di prevenzione primaria compresi in quest'area si attuano attraverso:

- interventi di igiene orale, secondo specifici protocolli di gravità;
- individuazione di uno spazio dedicato all'igiene orale nell'ambito dei corsi di preparazione al parto.

Gli interventi di prevenzione primaria compresi in quest'area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati - a titolo gratuito - a beneficio donne in stato di gravidanza, oltre il 3° mese iscritte al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale.

PREVENZIONE DELLA CARIE DALLA NASCITA ALL'ADOLESCENZA

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

La patologia cariosa è una malattia infettiva a carattere cronico-degenerativo, trasmissibile, ad eziologia multifattoriale, che interessa i tessuti duri dentali e che porta alla distruzione degli stessi (Featherstone, 2003).

Rappresenta ancora oggi una delle patologie più diffuse nella popolazione generale (Tinanoff et al, 2002; Marthaler, 2004; Whelton, 2004; Hugoson et al., 2005; Nunn, 2006; Selwitz et al., 2007) e in età pediatrica (Campus et al., 2004; Senna et al., 2005; Cleaton-Jones et al., 2006; Campus et al, 2004; 2007).

Negli ultimi decenni i paesi industrializzati hanno registrato una riduzione della prevalenza della patologia, anche se recenti indagini epidemiologiche a carattere nazionale hanno evidenziato che il problema carie è ancora pressante nei bambini italiani: è emersa, infatti, una prevalenza di circa il 22% di patologia a 4 anni e di circa il 44% a 12 anni (Strohmeier et al., 2006; Campus et al., 2007).

In Italia, la quasi totale assenza sul territorio di Servizi Odontoiatrici di Comunità rende ancora più difficile l'attuazione di programmi di prevenzione puntuali ed efficaci.

Secondo il diagramma proposto da Keyes nel 1962, ancora oggi ritenuto valido, sono necessari tre fattori di rischio fondamentali perché si realizzi la carie:

flora batterica cariogena, dieta ricca di carboidrati fermentabili e ridotte difese dell'ospite.

Per fattore di rischio si intende "un fattore biologico, ambientale e comportamentale che nel tempo aumenta la probabilità del manifestarsi di una patologia; se rimosso o assente, ne riduce la probabilità. Esso è parte della catena causale oppure espone l'ospite alla catena causale. Al concludersi della patologia, la sua rimozione non necessariamente la riduce".

Batteri - *Nel cavo orale sono presenti centinaia di specie microbiche per lo più commensali. Almeno 20 specie batteriche hanno la capacità di produrre acidi deboli (specie cariogene); il batterio più importante nell'eziopatogenesi della carie è lo Streptococcus mutans (SM), anche se nelle lesioni cariose si possono rinvenire altri germi cariogeni, tra cui altri streptococchi (S.oralis, sanguis, mitis), lattobacilli e actinomiceti. Le proprietà principali di questi microrganismi sono: adesività, fermentazione di alcuni carboidrati assunti con la dieta (soprattutto saccarosio, glucosio, fruttosio e lattosio), sintesi di polisaccaridi intra ed extracellulari e crescita in ambiente acido (Thenisch et al., 2006; Law et al., 2007).*

In particolare, si ribadisce che il batterio cariogeno più rilevante è Streptococcus mutans, la cui presenza nel cavo orale della madre, in qualità e quantità, condiziona il rischio di carie del bambino. Le gravide che presentano un'alta concentrazione di Streptococcus mutans sono quelle che trasmettono il maggior rischio al nascituro. E' noto da tempo che il cavo orale dei bambini alla nascita è sterile, e che successivamente acquisisce dall'ambiente il suo pattern di microrganismi che lentamente dà luogo allo sviluppo e alla maturazione del sistema orale.

E' stato dimostrato in base allo studio della mappa genetica e della produzione di peculiari batteriocine da parte di Streptococcus mutans, che i ceppi batterici rinvenuti nella saliva dei bambini sono gli stessi rinvenuti nella saliva delle loro madri. Si è concluso, allora, che la principale fonte di infezione per SM nei bambini è la saliva materna. Esiste, quindi, una correlazione tra le condizioni di igiene e di salute orale nelle madri e lo sviluppo di carie dentali nei figli, ed è anche dimostrato che è possibile controllare e prevenire tale trasmissione da madre a figlio riducendo la concentrazione salivare materna di Streptococcus mutans mediante la somministrazione combinata di fluoro e clorexidina (Brambilla et al, 1997).

Carboidrati - *La fermentazione dei carboidrati da parte dei batteri cariogeni comporta la formazione di metaboliti acidi responsabili in prima istanza della demineralizzazione della componente inorganica dello smalto (inizialmente reversibile) e della dentina; la produzione di enzimi proteolitici (es. aminopeptidasi) è poi responsabile della disgregazione della componente organica dei tessuti sopra citati. Le specie cariogene, avendo come habitat le superfici dure dentarie, possono colonizzare stabilmente il cavo orale del bambino solo dopo l'eruzione dei primi denti decidui. E' stato ampiamente dimostrato che tanto più massiva e precoce è la colonizzazione del cavo orale del bambino da parte di questi microorganismi, tanto maggiori saranno le probabilità di sviluppo di lesioni cariose nella dentatura decidua (Johnson, 2004).*

Dieta - *E' nozione comune che, in Europa, durante e dopo la fine delle guerre mondiali, quando il consumo di zuccheri era forzatamente ridotto, la prevalenza e l'incidenza di carie erano estremamente basse; d'altro canto, numerosi studi clinico-epidemiologici hanno messo in relazione il consumo di zuccheri fermentabili con l'aumento della carie. L'ordine decrescente di cariogenicità è il seguente: saccarosio, glucosio, maltosio, lattosio, fruttosio (Karjalainen, 2007).*

La frequenza con cui i carboidrati vengono assunti, più che la dose complessivamente assunta, sembra essere l'elemento più importante nella genesi della patologia.

Ospite - *Le variabili relative all'ospite riguardano essenzialmente la saliva.*

La saliva esercita un'importante azione protettiva, grazie ai sistemi tampone che agiscono innalzando il valore del pH, quando questo scende sotto la soglia di rischio per la demineralizzazione. La saliva è, inoltre, fornita di sistemi antimicrobici (lisozima, perossidasi) e immunitari (IgA secretorie) che agiscono sinergicamente nel controllo della flora cariogena (Tenovuo, 1998; Lenander-Lumikari et al., 2000; Hicks et al., 2003; Dodds et al., 2005).

L'utilizzo di gomma da masticare (chewing-gum) stimola, durante i primi minuti di masticazione, la secrezione salivare e può, pertanto, incrementare transitoriamente i meccanismi di difesa nei confronti della carie, sempre che siano privi di zuccheri fermentabili e contengano edulcoranti non cariogeni, come lo xilitolo (Lingstrom et al., 2003; Van Loveren, 2004; Burt, 2006). L'uso del chewing gum non sostituisce in nessun caso le regolari manovre di igiene orale, perché la sola masticazione non è in grado di rimuovere i depositi di placca batterica nei diversi siti del cavo orale, cosa che solo un corretto spazzolamento può ottenere.

L'utilizzo di chewing gum contenente fluoro può risultare utile, come unico presidio, nella prevenzione della carie unicamente se il contenuto dell'oligoelemento è pari ai dosaggi giornalieri riportati nel paragrafo della fluoroprofilassi sistemica. E' bene ricordare che i chewing gum reperibili in commercio nella grande e piccola distribuzione, fatta eccezione per alcuni fra quelli venduti in farmacia, contengono quantitativi di fluoro non rilevanti ai fini preventivi. Il loro saltuario utilizzo può comunque essere permesso.

Sull'utilizzo di chewing contenenti probiotici, non esistono ad oggi dati scientifici che consentano di consigliarne l'utilizzo.

Fattori di rischio aggiuntivi – *Le condizioni socio-economiche ed ambientali giocano un ruolo importante sullo sviluppo della patologia cariosa, influenzando anche le abitudini correlate alla salute orale, quali l'igiene orale personale e l'igiene alimentare.*

Raccomandazione 1

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

La considerevole prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana suggerisce di considerarla tutta a rischio di carie.

L'elevata prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana recentemente rilevata (Campus et al., 2007) ci porta a valutare l'intera popolazione come potenzialmente a rischio di carie e come tale bisognosa di interventi preventivi di tipo estensivo (Tinanoff et al., 2002; Kallestal et al., 2003; De Grauwe et al., 2004).

DEFINIZIONE DEL RISCHIO DI CARIE

RISCHIO DI CARIE BASSOIMEDIO

Sotto i 6 anni

- *Nessuna lesione clinicamente evidente o carie secondaria, assenza di fattori di rischio o presenza di un solo fattore che possa aumentare la probabilità che il soggetto manifesti nel futuro prossimo una o più lesioni cariose*

Oltre i 6 anni

- *Una lesione clinicamente evidente o carie secondaria negli ultimi 3 anni.*

RISCHIO DI CARIE ELEVATO

Sotto i 6 anni (almeno uno dei punti seguenti)

- *Presenza di almeno una lesione clinicamente evidente o carie secondaria negli ultimi 3 anni.*
- *Presenza di più fattori di rischio che possano aumentare la probabilità di carie*
- *Basso status socio economico*
- *Esposizione al fluoro non sufficiente.*
- *Xerostomia*

Oltre i 6 anni (almeno uno dei punti seguenti)

- *Più di due lesioni clinicamente evidenti o carie secondarie negli ultimi 3 anni*
- *Presenza di più fattori di rischio che possano aumentare la probabilità di carie*
- *Esposizione al fluoro non sufficiente.*
- *Xerostomia*

| <i>Argomento</i> | <i>Descrizione</i> | <i>Forza della raccomandazione Grado dell'evidenza</i> |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <i>Rischio di carie</i> | <i>La considerevole prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana suggerisce di considerare la stessa popolazione tutta a rischio di carie.</i> | <i>Forza della raccomandazione A Grado dell'evidenza VI</i> |
| <i>Fluoroprofilassi</i> | <i>La fluoroprofilassi va consigliata a tutti i soggetti in età evolutiva che vivono in aree con acqua a basso contenuto di fluoro (<0,6 ppm). La somministrazione di fluoro per via sistemica è raccomandata per tutti i soggetti dai 6 mesi ai 3 anni e costituisce l'unica forma di somministrazione.</i> | <i>Forza della raccomandazione A Grado dell'evidenza I</i> |
| <i>Fluoroprofilassi</i> | <i>La somministrazione di fluoro per via topica attraverso l'uso di paste dentifrice a basso contenuto di fluoro (500 ppm) è raccomandata dai 3 fino ai 6 anni, due volte al giorno. Dopo i 6 anni, l'uso di un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro due volte al giorno è di fondamentale importanza nella prevenzione della carie e può costituire l'unica forma di somministrazione.</i> | <i>Forza della raccomandazione A Grado dell'evidenza I</i> |
| <i>Sigillature</i> | <i>Le sigillature sono indicate per tutti i bambini. La loro efficacia nel prevenire la carie è massima se vengono applicate nei 2 anni successivi all'eruzione e la loro integrità va controllata ogni 6-12 mesi.</i> | <i>Forza della raccomandazione A Grado dell'evidenza I</i> |
| <i>Alimentazione</i> | <i>L'uso del succhiotto edulcorato e del biberon contenente bevande zuccherine deve essere fortemente sconsigliato, soprattutto durante le ore notturne.</i> | <i>Forza della raccomandazione A Grado dell'evidenza I</i> |
| <i>Alimentazione</i> | <i>L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici (vedi tabella 3) è sconsigliata fuori dai pasti.</i> | <i>Forza della raccomandazione A Grado dell'evidenza I</i> |

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - a cura di Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - 10 ottobre 2008

Pag. 15 tabella n. 4: Raccomandazioni

PROMOZIONE DELL'IGIENE ORALE QUOTIDIANA

Le Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva inseriscono le raccomandazioni per la promozione dell'igiene orale quotidiana nel capitolo relativo a "Prevenzione delle *gengiviti* dalla nascita all'adolescenza".

Essendo le raccomandazioni in larga misura trasversali per quanto attiene la "Prevenzione della *carie* dalla nascita all'adolescenza" vengono di seguito riportate.

Raccomandazione 1

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

Il corretto spazzolamento dei denti, almeno due volte al giorno, previene la gengivite; esiste evidenza scientifica che le corrette abitudini di igiene orale vadano acquisite durante l'infanzia, per poi essere rafforzate durante l'adolescenza.

Raccomandazione 2

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

L'igiene orale per i bambini da 0 a 3 anni deve essere demandata ai genitori. Prima della eruzione dei denti, dopo la poppata, si devono pulire le gengive con una garza umida. Dall'eruzione del primo dente deciduo, i denti vanno accuratamente puliti con garza o dito di gomma. L'utilizzo dello spazzolino va iniziato il prima possibile per far prendere confidenza al bambino con lo stesso.

Raccomandazione 3

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

L'igiene orale per i bambini da 4 a 5 anni deve essere praticata sotto la supervisione dei genitori, con spazzolino morbido a testina piccola, utilizzando possibilmente la tecnica "a rullo".

È importante che i genitori diano il buon esempio: il bambino che vede i genitori lavarsi i denti quotidianamente più volte al giorno è spontaneamente portato ad imitarli.

La tecnica di spazzolamento dentale consigliata per la fascia pediatrica è quella "a rullo", che di seguito viene descritta:

- le setole dello spazzolino vanno posizionate a livello del margine gengivale;*
- lo spazzolino viene premuto contro la gengiva e fatto "rullare" con la rotazione del polso in direzione apico-coronale ("dal rosso al bianco");*
- il movimento va eseguito almeno 5 volte prima di passare ad un'altra area.*

Raccomandazione 4

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

L'uso del filo interdentale in età evolutiva non è consigliato. Il suo utilizzo è ammesso dal termine della permuta e comunque necessita di un apprendimento specifico e di una buona manualità.

La prima regola per ottenere un significativo successo nell'instaurare un'abitudine che riguardi l'igiene orale è intervenire con una buona motivazione, una buona informazione ed un'efficace istruzione del paziente. Se questo ha abitudini irregolari circa le metodiche di igiene orale, se le giudica manualmente impegnative e non capisce di essere l'artefice della propria salute orale, difficilmente userà correttamente e regolarmente strumenti ausiliari quali il filo interdentale (Axelsson, 1981; Yamamoto et al., 1995).

Raccomandazione 5

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

Nei soggetti che non riescono a controllare, con l'igiene orale personale, l'infiammazione gengivale e nei soggetti a rischio (vedi tabella 1) è indicata l'igiene orale professionale almeno 1-2 volte all'anno.

FLUOROPROFILASSI

Raccomandazione 2

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

La fluoroprofilassi deve essere consigliata per tutti i soggetti in età evolutiva che vivono in aree con acqua a basso contenuto di fluoro (< 0,6 ppm).

La fluoroprofilassi raggiunge la massima efficacia dopo l'eruzione dei denti.

La costante presenza di adeguate concentrazioni di fluoro nel cavo orale riduce significativamente il rischio di carie (Leroy et al., 2003; Levy, 2003; Marinho et al., 2003; Twetman et al., 2003; Weintraub, 2003; Douglass et al., 2004; Marinho et al., 2004a; 2004b; Peterson et al., 2004; Twetman et al., 2004; Jones et al., 2005; Yeung et al., 2005; Adair, 2006; Hiri et al., 2006).

I principali meccanismi d'azione del fluoro sono:

- a) rinforzare la struttura cristallina dello smalto con formazione di fluoroapatite (Leroy et al., 2003; Yeung et al., 2005; Jones et al., 2005; Adair, 2006).*
- b) favorire la remineralizzazione dello smalto demineralizzato (Leroy et al., 2003; Levy, 2003; Lewis e Milgrom, 2003; Jones et al., 2005);*
- c) effetto antimicrobico, soprattutto su Streptococcus mutans, diminuendone la capacità di adesione ai tessuti orali e i tempi di moltiplicazione (Jenkins et al., 1993).*

La somministrazione di fluoro per via sistemica è indicata per tutti i bambini fino a 3 - 6 anni di età che vivono in aree in cui la concentrazione dell'oligoelemento nelle acque è inferiore a 0,6 ppm, cioè la quasi totalità, ad eccezione delle aree vulcaniche. Inoltre, in Italia, il consumo di acque minerali sostituisce in buona parte quello dell'acqua potabile. Esse riportano sull'etichetta la concentrazione di fluoro che di solito è inferiore a 0,6 ppm. Per di più, quelle a concentrazione di fluoro più elevata sono, di solito, di gusto non gradito ai bambini.

Tale metodica di somministrazione è l'unica che assicura il controllo della dose realmente assunta in questa fascia di età: la capacità dei bambini di non ingerire significative quantità di dentifricio e/o di altri veicoli (es. collutori) non è sicura, né valutabile.

La fluoroprofilassi può iniziare dal terzo mese di gravidanza con la somministrazione alla madre di 1 mg/die. Fluoroprofilassi 0-6 mesi: è possibile somministrare 0.25 mg/die o continuare la somministrazione di 1 mg/die alla madre che allatta.

Raccomandazione 3

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

La somministrazione di fluoro per via sistemica è raccomandata per tutti i soggetti dai 6 mesi ai 3 anni e costituisce l'unica forma di somministrazione.

A quest'età, la fluoroprofilassi topica tramite dentifrici può esporre a rischio di sovradosaggio.

E' possibile estendere la fluoroprofilassi sistemica fino ai 6 anni adeguando la dose (Kumar and Moss, 2008) (vedi tabella).

| età | <0,3 ppm F | 0,3-0,6 ppm F | >0,6 ppm F |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <i>dal 3° mese di gravidanza</i> | 1 mg | 1 mg | 0 |
| <i>0-6 mesi</i> | 0,25 mg | 0 | 0 |
| <i>6 mesi - 3 anni</i> | 0,25 mg | 0 | 0 |
| <i>3-6 anni</i> | 0,50 mg | 0,25 mg | 0 |

tabella dosaggi per la somministrazione di fluoro

Raccomandazione 4

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

La somministrazione di fluoro per via topica attraverso l'uso di paste dentifrice a basso contenuto di fluoro (500 ppm) è raccomandata dai 3 ai 6 anni, due volte al giorno. Dopo i 6 anni, l'uso di un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro due volte al giorno è di fondamentale importanza nella prevenzione della carie e può costituire l'unica forma di somministrazione.

La quantità raccomandata di dentifricio per i bambini sotto i 6 anni deve essere minima, pari alla grandezza di una lenticchia. Perché il corretto dosaggio sia rispettato è indispensabile la supervisione di un adulto; in nessun caso il dentifricio dovrà essere lasciato all'uso autonomo del bambino. Seguendo queste indicazioni, il rischio di fluorosi è decisamente raro, in ogni caso, nullo dopo gli 8 anni (Levy, 2003). E', comunque, importante sottolineare che all'età di 5 anni, per sviluppare fluorosi, è necessario ingerire per lunghi intervalli di tempo il 50% del contenuto di un tubetto di dentifricio per bambini (Rock e Sabieha, 1997). Oltre questa fascia di età è consigliato l'uso di un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro (Marino et al., 2003). Per i pazienti con un rischio di carie elevato, sono necessarie misure preventive addizionali, come ulteriori prodotti a base di fluoro (Axelsson et al., 2004; Harris et al., 2004; Jonhson, 2004; Marino 2004a/b; Petersson et al., 2004).

Sarà compito dell'odontoiatra pediatrico prescrivere, valutando caso per caso, il mezzo di somministrazione più idoneo e la concentrazione di fluoro da utilizzare, dopo aver valutato il rischio microbiologico con tecniche adeguate.

CONTROLLO DELL'ALIMENTAZIONE

Raccomandazione 6

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

L'uso del succhiotto edulcorato e l'uso non nutrizionale del biberon contenente bevande zuccherine devono essere assolutamente proscritti.

La carie rapidamente destruyente (detta anche carie rampante, baby bottle o carie precoce) è una forma della patologia particolarmente severa.

Interessa più spesso la superficie vestibolare dei denti del settore anteriore della dentatura decidua e diffonde rapidamente al resto della dentizione (Leroy et al., 2003; Guzman- Amstrong, 2005; Campus et al., 2007a; De Grauwe et al., 2004).

In letteratura sono riportati valori di prevalenza variabili dall'1% al 12% nei paesi industrializzati e valori superiori al 70% nelle nazioni in via di sviluppo e nelle fasce deboli della popolazione, anche in paesi ad elevato reddito.

Le principali manifestazioni cliniche della carie rapidamente destruyente sono il dolore, la presenza di ascessi e fistole, cui si associa una frequente compromissione dello stato sistemico e possibile conseguente malnutrizione (Tinanoff et al., 2002).

La terapia di questa forma di carie è spesso rappresentata dall'estrazione di molti o di tutti gli elementi decidui, sia per la gravità delle lesioni, sia per la giovane età dei soggetti colpiti, che non consente di sottoporli ad una terapia conservativa lunga, complessa e con prognosi dubbia.

La causa principale della carie rapidamente destruyente va ricercata nel prolungato uso del biberon contenente sostanze zuccherate o latte anche non addizionato di zucchero, specialmente assunte nelle ore notturne, quando il flusso salivare è fortemente ridotto. Può risultare utile suggerire al genitore di continuare, almeno per un certo periodo di tempo, la somministrazione del biberon nelle ore notturne, se questo è di aiuto al sonno, ma con il solo contenuto di acqua.

Raccomandazione 7

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici è sconsigliata fuori dai pasti.

Gli zuccheri ingeriti con la dieta (intesi come carboidrati fermentabili) svolgono un ruolo fondamentale nei meccanismi eziopatogenetici della carie. Tale evidenza si basa su ricerche svolte sia in vivo sia in vitro (Touger-Decker e Van Loveren, 2003; Petersson, 2003; Krol, 2003; Harris et al., 2004; Zero, 2004; Nunn, 2006; Karjalainen, 2007).

La frequente assunzione di carboidrati fermentabili durante l'arco della giornata produce ripetuti abbassamenti del valore del pH della placca batterica, che favoriscono la demineralizzazione dei tessuti duri dentari, dando il via alla formazione della lesione cariosa.

E', pertanto, auspicabile che la frequenza di assunzione di questi principi nutritivi sia ridotta e relegata ai pasti principali, al termine dei quali le manovre di igiene orale possano allontanarli rapidamente dalla bocca.

La relazione tra consumo di "zuccheri" e malattia cariosa nei paesi industrializzati per lungo tempo è stata ritenuta virtualmente lineare: più una popolazione consumava "zuccheri", più elevata era la prevalenza della patologia cariosa. Recentemente la relazione sembra assumere una tendenza non più lineare per il ruolo protettivo del fluoro, che è in grado di ridurre il rischio di carie, anche in presenza di elevati e crescenti consumi di zuccheri.

L'assunzione di zuccheri aggiunti può arrivare a 15 kg/pro capite/anno [45 g/die] in presenza di un adeguato apporto di fluoro (Moynihan e Petersen, 2002).

Le raccomandazioni di comportamento clinico organizzativo per l'area della prevenzione primaria della popolazione con età minore di anni 18 prevedono:

- l'igienista dentale quale figura professionale di riferimento
- l'adozione del libretto odontoiatrico quale strumento informativo e di verifica.

Igienista Dentale

L'igienista dentale, in base al profilo professionale definito per questa area:

- a) svolge attività di educazione sanitaria dentale e partecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico;
- b) collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta di dati tecnico-statistici;
- c) provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici;
- d) provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici;
- e) indica le norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale.

Libretto odontoiatrico

La legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22, prevede agli articoli 2 e 6, che la prevenzione e le prestazioni per l'età evolutiva sono inserite in un piano di prevenzione individuale (PIP) - formulato secondo un diario clinico peculiare per fascia d'età e formulazione e riscontro delle indicazioni terapeutiche - all'interno di uno specifico libretto sanitario odontoiatrico (LSO).

Tale libretto costituisce parte integrante del Libretto Sanitario Pediatrico, già in dotazione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Analogamente a quanto previsto dal libretto sanitario pediatrico, anche con riferimento all'assistenza odontoiatrica sono formulate - attraverso il LSO - indicazioni di carattere generale inerenti le problematiche odontoiatriche dell'età evolutiva ed è definito il piano individuale di prevenzione (PIP) comprendente specifiche check list di controllo a scadenze predefinite.

La redazione del LSO è ad esclusiva cura dei genitori nei primi 3 anni di vita, a cura dei genitori e degli operatori sanitari (odontoiatra, ortodontista, igienista dentale) nelle età successive.

Le verifiche sul PIP - previste all'età di 4 anni, 7 anni (attraverso lo screening odontoiatrico provinciale), 9 anni, 12 anni e 16 anni - sono effettuate presso le strutture pubbliche o presso strutture private (odontoiatra di fiducia) che s'impegnano all'invio della scheda informativa redatta a cura dello specialista alle strutture del Distretto sanitario di riferimento.

Questa modalità consente di monitorare l'adesione al modello proposto, di prevedere azioni di richiamo e di effettuare valutazioni di tipo epidemiologico.

Il libretto odontoiatrico è adottato secondo linee guida di seguito riportate.

Linee guida per la gestione del

LIBRETTO ODONTOIATRICO

in attuazione della legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22.

Le linee guida sono da intendersi quali *raccomandazioni di comportamento clinico*, strumento utile a garantire nei confronti del paziente un governo clinico atto ad assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi.

Le *raccomandazioni di comportamento clinico* sono altresì strumento di responsabilizzazione anche etico-deontologica nei confronti del sistema all'interno del quale il singolo medico\odontoiatra opera, nel rispetto comunque dell'autonomia professionale.

Il libretto odontoiatrico viene individuato quale nuovo strumento a supporto delle attività odontoiatriche (Direttive della Giunta Provinciale per l'attuazione della Legge Provinciale 12 Dicembre 2007, N. 22, :“Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in Provincia di Trento” Anno 2008 - 3. Nuovi Strumenti a supporto delle attività odontoiatriche - 3.1 Il libretto odontoiatrico)

La legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22, prevede agli articoli 2 e 6, che la prevenzione e le prestazioni per l'età evolutiva sono inserite in un piano di prevenzione individuale (PIP) - all'interno di uno specifico libretto sanitario odontoiatrico (LSO). Tale libretto costituisce parte integrante del Libretto Sanitario Pediatrico.

Attraverso il LSO sono formulate indicazioni di carattere generale inerenti le problematiche odontoiatriche dell'età evolutiva ed è definito il piano individuale di prevenzione (PIP) comprendente specifiche check list di controllo a scadenze predefinite.

La redazione del LSO è ad esclusiva cura dei genitori nei primi 3 anni di vita, a cura dei genitori e degli operatori sanitari (odontoiatra, ortodontista, igienista dentale) nelle età successive.

Le verifiche sul PIP - previste all'età di 4 anni, 7 anni (attraverso lo screening odontoiatrico provinciale), 9 anni, 12 anni e 16 anni - sono effettuate presso le strutture pubbliche o presso strutture private (odontoiatra di fiducia) che s'impegnano all'invio della scheda informativa redatta a cura dello specialista alle strutture del Distretto sanitario di riferimento.

L'adozione e l'invio della scheda informativa è modalità che consente di

- ✓ monitorare l'adesione al modello proposto
- ✓ prevedere azioni di richiamo
- ✓ effettuare valutazioni di tipo epidemiologico.

Le raccomandazioni di comportamento clinico, come sopra descritte, costituiscono parte fondamentale dello schema di accordo negoziale fra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli ambulatori e studi convenzionati utilizzabili per produrre " indicatori di processo " e risultato finale, e contribuire all'autovalutazione delle prestazioni individuali e di team, rispetto alla qualità medico-tecnica dell'assistenza fornita.

Con riferimento alle strutture private non convenzionate (odontoiatra di fiducia) l'adesione alle raccomandazioni di comportamento clinico come sopra esposte, ancorché non obbligatoria, è auspicabile per la completezza delle valutazioni di tipo epidemiologico che consente.

La scheda informativa, redatta dallo specialista per il successivo invio alle strutture del Distretto sanitario di riferimento, è inserita come, foglio staccabile, all'interno del libretto odontoiatrico.

DONNE IN GRAVIDANZA

Le modalità di accesso prevedono l'organizzazione delle attività a cura dei Distretti sanitari con accesso diretto. L'utente potrà accedere alla visita odontostomatologica, dopo prenotazione presso il CUP, direttamente senza impegnativa del MMG. Lo specialista, a seguito della visita e sulla base di specifici protocolli di gravità porrà indicazione ad eventuali interventi di igiene orale.

Le raccomandazioni di comportamento clinico organizzativo per quest'area prevedono:

- l'igienista dentale quale figura professionale di riferimento
- l'interfaccia strutturata con il Dipartimento materno infantile della APSS.

Igienista Dentale

L'igienista dentale, in base al profilo professionale definito per questa area:

- a) provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici;
- b) svolge attività di educazione sanitaria dentale e partecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico;
- c) provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici;
- d) indica le norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale.

Dipartimento materno infantile

Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto si enfatizza il ruolo del genitore quale promotore della salute orale nei confronti dei figli attraverso:

- educazione sanitaria dentale
- istruzione sulle varie metodiche di igiene orale
- norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale
- indicazione ai controlli clinici periodici
- modalità di lettura e redazione del libretto sanitario odontoiatrico (LSO).

SIGILLATURE DENTALI

in attuazione della legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22.

La carie dentale è una malattia infettiva degenerativa ad eziologia multifattoriale, che colpisce i tessuti duri del dente (smalto e dentina) estendendosi dalla superficie in profondità e provocando una loro progressiva demineralizzazione (Guastamacchia et al, 2001).

La carie può essere definita come un'affezione ad eziologia multifattoriale che comporta l'esistenza e l'interazione obbligatoria di tre diverse componenti:

1. dieta ricca di carboidrati fermentabili;
2. suscettibilità dell'ospite;
3. flora batterica acidogena.

La prevenzione è l'insieme di accorgimenti necessari a prevenire l'insorgenza e la progressione di una patologia.

Per prevenire la carie sono disponibili diverse possibilità (Wilkins, 2001):

- fluoroprofilassi topica e sistemica: la sua azione si esplica sia sugli elementi dentari sia sulla flora patogena, come prevenzione primaria e secondaria;
- igiene orale: l'ecosistema orale varia in funzione della rimozione meccanica della placca;
- igiene alimentare: la dieta determina la composizione della flora batterica;
- applicazione di sigillanti: diminuisce le nicchie di colonizzazione.

È stato osservato che i programmi preventivi basati unicamente sull'adozione del fluoro sebbene incidano positivamente a livello delle superfici interprossimali, non costituiscono un'adeguata barriera preventiva a livello delle superfici oclusali che sono per le loro caratteristiche anatomiche delle sedi facilmente soggette allo sviluppo della patologia cariosa.

Le superfici masticatorie (o superfici oclusali), infatti, possono presentare profondi solchi al cui interno la placca batterica può infiltrarsi e rimanere intrappolata: una caratteristica anatomica che fa risultare queste aree fortemente esposte al rischio di carie, nonostante una corretta igiene orale.

Se oltre a ciò consideriamo che i primi molari permanenti fanno la loro comparsa a circa sei anni, età in cui è massimo il consumo di zuccheri e spesso insufficienti le manovre d'igiene orale, ci possiamo spiegare perché, tra i denti permanenti, sono anche quelli che subiscono le più precoci e gravi lesioni cariose.

Raccomandazione 5

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

Le sigillature sono indicate per tutti i bambini. La loro efficacia nel prevenire la carie è massima se vengono applicate nei 2 anni successivi all'eruzione e la loro integrità va controllata ogni 6-12 mesi.

La sigillatura dei solchi e delle fossette della superficie oclusale degli elementi dentari è una metodica di prevenzione della carie conosciuta ed applicata in tutto il mondo ormai da molti decenni (Simonsen, 2002; Mejare et al., 2003; Ahovuo-Saloranta et al., 2004; Kitchens, 2005; Hiri et al., 2006).

La metodica consiste nella chiusura meccanica di quelle irregolarità dello smalto dentario presenti principalmente sulla porzione masticante dei molari, ma anche dei premolari ed in alcuni casi sulla superficie palatina dei denti anteriori.

Nei bambini e ragazzi di età compresa fra 5 e 17 anni, più dell'80% delle lesioni cariose si manifesta nelle irregolarità dello smalto situate sulla superficie masticante; il 74% dei solchi dei molari permanenti trattati con questa metodica preventiva si mantiene sano a distanza di 15 anni (Jokovic e Locker, 2001; Nunn et al., 2000).

La sigillatura è particolarmente indicata per i primi molari permanenti.

Questi elementi dentari, infatti, occupano una posizione piuttosto arretrata nel cavo orale del bambino e non risultano facilmente raggiungibili dalle setole dello spazzolino nei soggetti di 6-7 anni.

L'efficacia delle sigillature nel prevenire la carie è massima se vengono applicate in tempi ristretti dopo l'eruzione (nel caso dei primi molari permanenti il momento ideale per la sigillatura è tra il sesto e il settimo anno), per la maggior suscettibilità alla malattia del dente appena erotto e che persiste per i primi due anni circa (Smallridge, 2000). La sigillatura permane sul dente per alcuni anni e non necessita di essere rimossa, ma si consuma nel tempo. Qualora venisse persa prima dei due anni, va riapplicata.

Scopi della sigillatura dei solchi e delle fossette.

Per prevenire la patologia cariosa si possono proteggere i solchi dei denti permanenti facendovi aderire una speciale resina, in modo da renderli inattaccabili dai germi.

Questo metodo, chiamato "sigillatura dei solchi masticatori", ha il compito di proteggere lo smalto di quelle zone nascoste e di difficile pulizia, dove possono annidarsi prima residui alimentari e poi germi con formazione di placca batterica e carie.

Il sigillante dentale è una speciale resina, molto fluida, che viene fatta scorrere all'interno dei solchi occlusali trattati in precedenza con un acido mordenzante per renderli porosi e quindi in grado di trattenerla, e poi indurita con apposite lampade alogene.

Una volta applicato, il sigillante impedisce alla placca batterica di penetrarvi dentro.

La sigillatura dei solchi è una pratica rapida, indolore, poco costosa per i vantaggi che fornisce e viene eseguita senza richiedere anestesia.

Indicazioni alla sigillature dei solchi e delle fossette

Le raccomandazioni di comportamento clinico sono applicate nell'ambito di un percorso complessivo che prevede:

1. valutazione diagnostica;
2. trattamento;
3. controlli periodici.

La sigillatura dei solchi è un momento fondamentale per la promozione della salute e per la prevenzione della patologia cariosa, pertanto tale pratica clinica è di competenza esclusiva dell'abilitato all'esercizio dell'odontoiatria (odontoiatra/medico-chirurgo) per i punti 1-2-3 e dell'igienista dentale per i punti 2-3.

L'efficacia delle sigillature nel prevenire la carie è massima se vengono applicate in tempi ristretti dopo l'eruzione (nel caso dei primi molari permanenti il momento ideale per la sigillatura è tra il sesto e il settimo anno), per la maggior suscettibilità alla malattia del dente appena eretto e che persiste per i primi due anni circa.

Le indicazioni fornite dalla letteratura, per quanto riguarda le applicazioni dei sigillanti, sono le seguenti:

- primi molari permanenti per bambini fino a 14 anni;
- secondi molari permanenti per bambini fino a 14 anni;
- premolari e molari decidui in bambini ad alto rischio ovvero soggetti il cui stile di vita o una carente terapia di fluoro li rende maggiormente soggetti al manifestarsi di carie;

| | Indicazione |
|---------------------|---------------------------|
| morfologia oclusale | solchi stretti e profondi |
| eruzione | completa |
| presenza carie | no |
| cario recettività | bassa/media/elevata |

indicazioni per l'applicazione dei sigillanti

L'efficacia dei sigillanti è direttamente correlata alla loro percentuale di ritenzione e questa a sua volta è determinata sia da una corretta tecnica di applicazione sia da un attento e scrupoloso mantenimento di un campo operatorio perfettamente asciutto.

Le sigillature devono essere sottoposte a controllo clinico ogni anno e pertanto devono intendersi ricompresi nella prestazione "sigillatura".

La durata minima prevedibile di una sigillatura è di due anni. Pertanto può essere ripetuta solo dopo due anni dalla precedente applicazione in presenza di resina usurata.

Il rifacimento di una sigillatura prima dei due anni è a carico dell'odontoiatra.

Conclusioni

I risultati di prevenzione e arresto delle lesioni cariose ottenibili con la fluoroprofilassi sono massimi per le superfici lisce degli elementi dentari ma non altrettanto validi a livello di solchi e fossette sulle superfici oclusali: in queste sedi si sviluppano il 90% delle lesioni cariose durante l'età evolutiva (Guastamacchia, 2001).

Qualora la tecnica sia correttamente eseguita, è stato dimostrato che la protezione contro la formazione della carie è del 100% in solchi e fessure completamente sigillati.

La sigillatura permane sul dente per alcuni anni e non necessita di essere rimossa, ma si consuma nel tempo. Qualora venisse persa prima dei due anni, va riapplicata.

La sigillatura dei solchi rimane una delle tecniche più efficaci per la prevenzione primaria di queste lesioni, ottenendo una superficie liscia più facilmente accessibile alle manovre meccaniche di igiene orale e sfavorevole alla colonizzazione batterica. Essendo l'applicazione dei sigillanti indolore generalmente è ben accettata dai piccoli pazienti e può costituire un buon approccio alle prime terapie odontoiatriche.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE PER L'ESECUZIONE DI SIGILLATURE DENTALI

1. isolamento dell'area totale per tutta la durata della sigillatura mediante l'utilizzo della diga di gomma;
2. detersione della placca con uno spazzolino rotante e acqua;
3. esecuzione di un'ulteriore detersione con spray;
4. asciugatura del campo;
5. esecuzione della mordenzatura dei solchi: viene effettuata con acido ortofosforico al 37% per circa 30-60"; non strofinare e non passare con lo specillo dopo aver applicato l'acido;
6. aspirazione dell'acido e poi lavaggio e asciugatura per 60" al fine di eliminare l'acido;
7. controllo della superficie (aspetto gessoso, bianco-opaco);
8. applicazione del sigillante procedendo alla sua distribuzione con un applicatore di sottofondo; ricordarsi che si deve sigillare la profondità del solco stesso; si procede dalla periferia verso il centro del solco e lo si lascia scorrere (deve esserci un velo di sigillante); rimuovere le eventuali bollicine d'aria con l'applicatore di sottofondo;
9. indurimento del sigillante utilizzando la lampada fotopolimerizzante, rispettando i tempi di polimerizzazione riportati sulla confezione del sigillante (40-60" mediamente);
10. controllo della sigillatura: controllare le zone marginali per rilevare l'eventuale presenza di materiale in eccesso;
11. rimozione della diga;
12. controllo dei contatti occlusali e delle interferenze con apposita carta per articolazione: se la sigillatura è troppo alta la si abbassa con un gommino o meglio con una fresa.

L'applicazione della diga di gomma, finalizzato all'isolamento dell'area da sigillare, è da intendersi come raccomandazione fortemente promossa. L'impossibilità di applicazione della diga, correlata a particolare morfologia dentaria, controindica l'effettuazione della sigillatura e renderà necessari richiami più ravvicinati e rigoroso controllo degli indici di placca. Una corretta igiene orale ed alimentare sono modalità adeguate di prevenzione primaria della carie nell'impossibilità di effettuare la sigillatura secondo criteri di qualità.

Linee guida per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d'erogazione dell'

ASSISTENZA ORTODONTICA

in attuazione della Legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22
e delle Delibere di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008 e n. 2302 del 11 settembre 2008

Prevenzione delle malocclusioni dalla nascita all'adolescenza

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

Il corretto sviluppo della dentizione decidua e mista è fondamentale per la salute orale dei soggetti in età pediatrica, poichè contribuisce ad una occlusione stabile, funzionale ed esteticamente armonica.

L'identificazione e la valutazione, in termini di frequenza, durata ed intensità delle cause che determinano malocclusione (cattiva occlusione) dovrebbero essere effettuate il prima possibile.

Se vi è indicazione, è necessario intervenire, eliminando le cause e informando subito i genitori sulle possibili conseguenze (Guideline of management AAPD).

La diagnosi precoce ed il relativo trattamento di una malocclusione conducono a benefici a breve e a lungo termine. L'ortodonzia, o ortognatodonzia, si occupa di prevenzione, diagnosi e trattamento delle malocclusioni che possono manifestarsi come anomalia di posizione e di sviluppo di denti, mandibola e mascellare superiore.

E' difficile definire la percentuale di diffusione dei disturbi ortodontici: si può affermare che il 46% dei soggetti è caratterizzato da neutroclusione (National Center for Health Statistics, An assesment of the occlusion of teeth of children and youths 12-17 years), ma è pur vero che tra questi vi sono coloro che hanno denti non allineati e per ragioni estetiche possono richiedere il trattamento.

I principali obiettivi del trattamento ortodontico sono: una funzione masticatoria efficiente, un corretto allineamento dei denti ed una buona estetica del sorriso e del viso. I fattori che causano le malocclusioni sono numerosi ed associati. Essi possono essere ereditari e ambientali e dipendere dal periodo di insorgenza, dalla frequenza e dall'intensità dell'abitudine viziata. Tra i primi l'affollamento dentario, i diastemi interdentali, i denti soprannumerari, le agenesie, crescita parziale dei mascellari e le sindromi malformative.

Tra i fattori ambientali possiamo annoverare i vizi orali, la postura linguale anomala, la respirazione orale, i traumi ai denti ed al viso, la perdita prematura dei denti decidui o permanenti.

Le malocclusioni sono classificate in modo complesso ed articolato, tenendo conto delle caratteristiche scheletriche ed occlusali.

Classificazione dei rapporti scheletrici

| | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CLASSE I | Corretto rapporto tra mascellare superiore e mandibola |
| CLASSE II | Il mascellare superiore si trova collocato troppo in avanti o la mandibola troppo indietro o entrambe le condizioni associate |
| CLASSE II | La mandibola è posizionata troppo in avanti o il mascellare superiore troppo indietro o entrambe le condizioni associate. |

Definizione delle più frequenti malocclusioni in età evolutiva

| | |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MORSO APERTO | In occlusione, i denti posteriori sono a contatto, mentre gli anteriori rimangono distanziati |
| MORSO PROFONDO | In occlusione, gli incisivi superiori coprono eccessivamente quelli inferiori. |
| MORSO CROCIATO | In occlusione, alcuni denti superiori chiudono all'interno dei rispettivi denti inferiori con possibile deviazione della mandibola ed asimmetria facciale. Può essere mono o bilaterale |
| AFFOLLAMENTO | I denti sono sovrapposti, in genere perché l'osso di supporto è piccolo o i denti sono larghi. In questi casi è frequente che alcuni denti non trovino lo spazio necessario per erompere in arcata (denti inclusi) |

Nell'ambito dei routinari controlli pediatrici è necessario che eventuali disarmonie dentali e/o scheletriche vengano intercettate. I soggetti potranno essere inviati all'odontoiatra pediatrico.

La necessità di intervento varia a seconda dell'età del bambino e dello sviluppo dell'apparato stomatognatico. La dentatura del bambino è in continua evoluzione; per questo motivo la valutazione deve essere ripetuta ad intervalli periodici.

*Volendo schematizzare, secondo un criterio cronologico in base all'età del bambino, si possono distinguere **3 periodi evolutivi**:*

dalla nascita a 3 anni

L'allattamento materno ha un'azione favorevole sullo sviluppo delle ossa del viso, svolta dalla muscolatura durante la suzione. Dopo lo svezzamento, durante l'eruzione dei denti decidui, il passaggio ad un'alimentazione solida facilita un armonico sviluppo delle arcate.

da 4 anni a 6 anni

In questo periodo bisogna prestare massima attenzione alla dentatura decidua ed allo sviluppo dei mascellari, soprattutto per intervenire su alcuni fattori eziologici di malocclusione (succhiamento del dito o succhietto, respirazione orale e postura linguale anomala).

Queste alterazioni funzionali modificano l'equilibrio neuromuscolare; il danno che possono provocare dipende da intensità, direzione e durata delle forze applicate.

Sono responsabili dell'insorgere della malocclusione o dell'aggravamento della stessa, mentre la loro eliminazione precoce può ripristinare le normali condizioni occlusali.

La deglutizione avviene normalmente con le arcate dentarie in occlusione, labbra a contatto, muscolatura periorale a riposo e lingua poggiata alla volta palatina. Nel neonato, la mancanza dei denti viene compensata dalla lingua che si interpone tra le gengive.

Con il completamento della prima dentizione, questo tipo di deglutizione, chiamata infantile, si modifica. Se l'interposizione linguale perdura, è frequente il riscontro di morso aperto.

La respirazione orale può essere dovuta ad un vizio orale, oppure al fatto che le prime vie aeree superiori sono ostruite. Il soggetto respiratore orale, per lo stato di tensione delle guance, va incontro ad un restringimento del palato; inoltre, la lingua, per consentire la ventilazione, assume una posizione bassa sul pavimento orale, non svolgendo alcuna azione di modellamento sul mascellare superiore. Il sigillo orale anteriore non viene mantenuto dalle labbra, il che consente lo sventagliamento degli incisivi superiori.

dopo i 6 anni

Il bambino presenta una dentizione mista che si protrarrà fino al completamento della dentatura permanente (12-13 anni). L'eruzione dei denti permanenti in sostituzione dei denti da latte è da seguirsi con particolare attenzione.

La presenza dei denti da latte deve essere tutelata il più possibile fino all'età fisiologica di permuta: per esempio, la perdita o estrazione precoce dei canini da latte mandibolari provoca, nonostante il miglioramento dell'affollamento degli incisivi permanenti, una significativa perdita di spazio in arcata, imputabile prevalentemente all'avanzamento molare (Kau et al., 2004).

Al riguardo, è importante sottolineare che la patologia cariosa può essere responsabile di patologie ascessuali in grado di incidere sulla permuta e formazione del corrispondente elemento permanente.

I genitori devono, dunque, essere puntualmente informati sulla necessità di curare e prevenire la patologia cariosa dei denti decidui, affinché mantengano la propria integrità anatomica fino al completamento della permuta (Sayin et al., 2006).

Il bruxismo, ovvero l'abitudine di stringere e sfregare i denti durante le ore notturne e diurne, è assai diffuso nella prima infanzia e, fino alla precoce dentizione mista, è da considerarsi come parafisiologico. L'eziologia comprende sia fattori centrali ed emotivi, sia fattori morfologici come malocclusioni e ipertono muscolare.

Il bruxismo giovanile è una condizione autolimitante, che non evolve necessariamente nel bruxismo dell'adulto. Tale disfunzione assottiglia lo smalto dei denti per usura, determina dolore ai muscoli masticatori e disfunzioni temporo-mandibolari. Il bruxista dovrebbe essere inviato allo specialista in caso di usure dentali con compromissione severa dell'integrità delle corone, comparsa di sensibilità o grave perdita di dimensione verticale posteriore.

Dall'inizio della dentizione mista in avanti il bruxismo inizia una progressiva riduzione. Il suo persistere oltre il termine della permuta della dentizione permanente, in assenza di usure dentali patologiche o dolore ai muscoli facciali, è da considerarsi una problematica di interesse psicologico, più che odontoiatrico. Le possibili opzioni nella gestione del bruxismo sono terapia cognitivo comportamentale del soggetto e dei genitori, placche oclusali e terapie psicologiche (Guideline of management AAPD).

Raccomandazione 1

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

Incentivare l'allattamento al seno, al fine di favorire un corretto sviluppo dei mascellari.

L'allattamento artificiale può favorire le malocclusioni, se associato a suzione non nutritiva o patologie otorinolaringoiatriche. In particolare, l'allattamento artificiale da solo o in associazione a rinite allergica ha effetto sulla crescita del mascellare superiore (Vazquez-Nava et al., 2006). Adeguata competenza labiale, corretta postura linguale, respirazione nasale e corretti diametri trasversi del palato sono invece correlati all'allattamento naturale (Carrascoza et al., 2006; Viggiano et al., 2004). E' importante sottolineare, inoltre, come i soggetti allattati artificialmente possano sviluppare più frequentemente abitudini di suzione non nutritiva. La suzione non nutritiva, insieme alla rinite allergica, sembra essere il più importante fattore per lo sviluppo di un morso crociato posteriore nei bambini di età inferiore a 5 anni (Vazquez-Nava et al., 2006).

Raccomandazione 2

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

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

La suzione non nutritiva è rappresentata dal succhiamento del pollice - o di altre dita – del succhietto, del labbro e della lingua. E' estremamente diffusa nell'infanzia, tanto da ritenersi normale. Se si prolunga oltre i 3 anni può causare malocclusioni, quali morso aperto anteriore, morso incrociato posteriore e seconda classe molare (Poyak, 2006; Zardetto et al., 2002; Peres et al., 2007). Per indurre la cessazione del vizio è inizialmente suggeribile la terapia cognitivo comportamentale: consigliare al genitore di non rimproverare il bambino mentre succhia, piuttosto lodarlo quando non lo fa. Le modalità di trattamento possono comprendere assistenza psicologica per i bambini ed i genitori, terapia miofunzionale o terapia con dispositivi ortodontici.

Raccomandazione 3

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

I bambini con respirazione prevalentemente orale e mascellare superiore contratto traggono beneficio da espansione ortopedica del mascellare.

I soggetti respiratori orali mostrano seconda classe scheletrica, contrazione dei diametri trasversi del mascellare superiore (palato ogivale), retroinclinazione degli incisivi mascellari e mandibolari, aumento dell'altezza facciale anteriore e angoli mandibolari più ampi. Causa di tale correlazione è la postura bassa della lingua e l'ipotonia dei muscoli facciali conseguente alla respirazione orale. I soggetti con apnee notturne ed i cosiddetti respiratori orali nutrono beneficio dall'espansione ortopedica del mascellare superiore, anche in assenza di altra alterazione funzionale o anatomica (Pirelli et al., 2005). Se quest'ultima è, però, presente, va trattata. L'espansione della sutura palatina, infatti, in assenza di ipertrofia adenotonsillare o altra patologia limitante la respirazione nasale, è in grado di ripristinare il normale flusso aereo nasale (Ung et al., 1990).

Raccomandazione 4

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

Monitorare i pazienti con postura bassa ed anteriore della lingua, al fine di prevenire il morso aperto dento-alveolare ed eccessiva crescita mandibolare.

Raccomandazione 4

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

Monitorare i pazienti con postura bassa ed anteriore della lingua, al fine di prevenire il morso aperto dento-alveolare ed eccessiva crescita mandibolare.

Una posizione bassa ed anteriore della lingua determina morso aperto anteriore, altera in eccesso la crescita mandibolare, provoca difficoltà nel linguaggio e un'alterata protrusione degli incisivi dell'arcata superiore. Le forze intermittenti della lingua sui denti (deglutizione atipica) non determinano sequele negative (Guideline of management AAPD).

Nella prima fase di dentizione mista, i soggetti con morso aperto utilizzano una larga area della lingua per ottenere una deglutizione efficace, al contrario dei soggetti con deglutizione fisiologica che mostrano un impegno linguale puntiforme sul palato (Kikyo et al., 1999; Kawamura et al., 2003; Niikuni et al., 2004). Nei soggetti con morso aperto sia il dorso, sia la punta della lingua risultano posizionati anteriormente e inferiormente nello stadio di riposo e durante la fase di formazione di pressione negativa della deglutizione. La durata del contatto lingua palato durante la deglutizione varia nei soggetti ed è correlata alla morfologia oclusale e facciale (Ichida et al., 1999).

RACCOMANDAZIONI DI COMPORTAMENTO CLINICO

Tutte le fasi del trattamento ortodontico prevedono un alto grado di competenza e pertanto tale pratica clinica è di competenza esclusiva dell'abilitato all'esercizio dell'odontoiatria (odontoiatra/medico-chirurgo).

L'ortodontista dovrà attenersi alle norme in vigore in applicazione al D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE.

Le raccomandazioni di comportamento clinico sono applicate nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico che prevede:

1. supporti alla diagnostica ortodontica
2. diagnosi
3. terapia
4. fine cura

Supporti alla diagnostica ortodontica

i piani di trattamento dovranno essere corredati della seguente documentazione:

- radiografie delle arcate dentarie (OPT)
- teleradiografie in proiezione laterolaterale
- teleradiografie in proiezione posteroanteriore se presente asimmetria facciale
- cefalometria
- modelli di studio in gesso squadrate (iniziali) e cera di masticazione
- fotografie (iniziali): viso (frontale, laterale destra e sinistra), arcate (frontale, laterale destra e sinistra), occlusali (superiore ed inferiore).

La mancata esecuzione degli accertamenti radiologici deve essere motivata con specifica relazione.

Diagnosi

- indicazione della diagnosi clinica
- individuazione del grado di necessità di trattamento secondo l'indice IOTN
- redazione del LSO (libretto sanitario odontoiatrico) per la parte di competenza

Terapia

- indicazione della durata prevista, della tipologia delle apparecchiature previste
- motivazione di eventuale prolungamento della terapia
- sottoscrizione del consenso al trattamento.

Fine cura

- motivazione di eventuale sospensione della terapia
- modelli di studio in gesso squadrate (finali) e cera di masticazione
- fotografie (finali): viso (fronte, laterale destra e sinistra), arcate (fronte, laterale destra e sinistra), occlusali (superiore ed inferiore)
- radiografie delle arcate dentarie (OPT)

La mancata esecuzione degli accertamenti radiologici deve essere motivata con specifica relazione.

L'accesso alle cure ortodontiche è sottoposto ad una valutazione di tipo clinico che discrimina rispetto alla necessità delle cure medesime. A tale scopo è adottato il modello di valutazione delle malocclusioni, definito "Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico" (IOTN) come definito nell'Allegato n. 4 della Delibera di Giunta Provinciale dell' 11 Settembre 2008 n. 2302 : "Direttive della Giunta provinciale per l'attuazione della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22, Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento. anno 2008".

Il modello di valutazione delle malocclusioni, definito "Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico" (IOTN) è riportato a pag. 51.

Le raccomandazioni di comportamento clinico, come sopra descritte, costituiscono parte fondamentale dello schema di accordo negoziale fra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli ambulatori e studi convenzionati utilizzabili per produrre " indicatori di processo " e risultato finale, e contribuire all'autovalutazione delle prestazioni individuali e di team, rispetto alla qualità medico-tecnica dell'assistenza fornita.

Il modello di prescrizione ortodontica per la comunicazione con il laboratorio deve richiamare eventuali precauzioni da adottare nella fabbricazione del manufatto ortodontico in particolare per quanto riguarda la possibilità di allergia del paziente ai materiali utilizzati.

Il modello di prescrizione ortodontica per la comunicazione con il laboratorio dovrà essere conforme alle disposizioni del D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE analogamente all'allegato modello di prescrizione ortodontica come di seguito proposto.

modello di prescrizione ortodontica

| MITTENTE | | DESTINATARIO | |
|-------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| MEDICO Partita Iva / C.F. | | LABORATORIO partita Iva / C.F. | |
| n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici | | n. registrazione Ministero Sanità | |
| provincia in cui si è iscritti | | | |
| STUDIO | | STUDIO | |
| Ragione sociale | | Ragione sociale | |
| VIA | | VIA | |
| CITTA' | | CITTA' | |
| Telefono | | Telefono | |

| PRESCRIZIONE NUMERO | DATA |
|---------------------|------|
|---------------------|------|

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

| COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------|
| | | |
| SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | ETA' | <input type="checkbox"/> BRUNISTA |
| ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE | | |
| | | |

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA IDENTIFICATO CON IL NOME DI

CON INSERITO I SEGUENTI DISPOSITIVI

| | | | |
|-------|-------|------|-------|
| MOLLE | ARCHI | VITI | GANCI |
| Altro | | | |

ORTODONZIA MOBILE

| | | | |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
| PIANO | <input type="checkbox"/> MASTICANTE | <input type="checkbox"/> LISCIO | <input type="checkbox"/> altro |
| CONSTRUZIONE | <input type="checkbox"/> COME CERA | <input type="checkbox"/> CON ARCO FACCIALE | <input type="checkbox"/> altro |

ORTODONZIA FISSA

| | | |
|------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BANDE DA NOI FORNITE | | su |
| <input type="checkbox"/> BANDE DA VOI ADATTATE | | su |
| <input type="checkbox"/> ATTACCHI DA PUNTARE | TIPO | <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su |
| <input type="checkbox"/> ATTACCHI DIRETTI | TIPO | <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su |
| <input type="checkbox"/> ATTACCHI INDIRETTI | TIPO | <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su |
| <input type="checkbox"/> BOTTONI - CLEATS | TIPO | <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> PAL su |

ORTODONZIA POSIZIONATORE

| | | | | |
|-----------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| MATERIALI | <input type="checkbox"/> CAUCCIU' | <input type="checkbox"/> VINILICO | <input type="checkbox"/> SILICONE | <input type="checkbox"/> altro |
| AUSILIARI | <input type="checkbox"/> GANCI | <input type="checkbox"/> GUIDE | <input type="checkbox"/> altro | |

MATERIALI ALLEGATI

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MODELLI | <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF | <input type="checkbox"/> RIF. CEFALOM. | <input type="checkbox"/> CERA | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> BANDE | <input type="checkbox"/> ATTACCHI | <input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE | <input type="checkbox"/> CERA COSTRUZIONE | |
| <input type="checkbox"/> IMPRONTE | <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF | DISINFETTATE CON | | |

| | |
|--------------|-------------------------------|
| CONSEGNA PER | FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE |
|--------------|-------------------------------|

"Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico" (IOTN)

ALLEGATO n. 4

"Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico" (IOTN)
Index of Treatment Need (IOTN) di Brook e Shaw:

| IOTN | GRADO | NECESSITA DI TERAPIA |
|------|-------|----------------------|
| | 1 | nessuna |
| | 2 | lieve |
| | 3 | moderata |
| | 4 | grande |
| | 5 | estrema |

Ogni grado è correlato alle diverse situazioni cliniche che si possono presentare.

GRADO 1 (nessuna necessità di terapia)

lievi malposizioni o rotazioni dentarie - scivolamento ("displacement") < 1 mm

GRADO 2 (lieve necessità di terapia)

- 2.a overjet aumentato > 3,5 mm e ≤ 6 mm con labbra competenti a riposo
- 2.b overjet negativo > 0 mm e ≤ 1 mm
- 2.c cross bite laterale o anteriore con scivolamento della mandibola ≤ 1 mm fra la posizione di precontatto e la massima intercuspideazione
- 2.d spostamento dei denti dal perimetro di arcata > 1 mm e ≤ 2 mm
- 2.e open bite laterale o anteriore > 1 mm e ≤ 2 mm
- 2.f over bite ≥ 3,5 mm senza contatto gengivale
- 2.g occlusione pre-post normale senza alcuna altra anomalia (fino a discrepanza di mezza unità)

GRADO 3 (moderata necessità di terapia)

- 3.a overjet aumentato > 3,5 mm e ≤ 6 mm con labbra incompetenti a riposo
- 3.b overjet negativo > 1 mm e ≤ 3,5 mm
- 3.c cross bite laterale o anteriore con scivolamento della mandibola > 1 mm e ≤ 2 mm fra la posizione di precontatto e la massima intercuspideazione
- 3.d spostamento dei denti dal perimetro di arcata > 2 mm e ≤ 4 mm
- 3.e open bite laterale o anteriore > 2 mm e ≤ 4 mm
- 3.f over bite aumentato e completo, senza trauma gengivale o palatino

GRADO 4 (grande necessità di terapia)

- 4.a overjet aumentato > 6 mm e ≤ 9 mm
- 4.b overjet negativo > 3,5 mm senza difficoltà alla masticazione e alla fonazione
- 4.c cross bite anteriore o laterale con scivolamento della mandibola < 2 mm fra la posizione di precontatto e la massima intercuspideazione
- 4.d spostamento dei denti dal perimetro di arcata > 4 mm
- 4.e open bite anteriore o laterale > 4 mm
- 4.f overbite aumentato e completo, con trauma gengivale o palatino
- 4.h ipodontia lieve, con necessità di terapia preprotetica o di chiusura degli spazi per avviare alla necessità di protesi
- 4.l cross bite posteriore, senza contatto occlusale funzionale in uno o ambedue i segmenti latero-posteriori
- 4.m overjet negativo > 1 mm e ≤ 3,5 mm con difficoltà documentabili alla fonazione e alla masticazione
- 4.t denti parzialmente erotti, inclinati o impattati contro denti adiacenti

GRADO 5 (estrema necessità di terapia)

- 5.a overjet aumentato > 9 mm
- 5.h ipodontia diffusa con necessità di terapia preprotetica (più di un elemento mancante per emiarcata)
- 5.i inclusioni dentarie (escluso il 3° molare), dovute ad affollamento, spostamento, denti sovranumerari, ritenzione di denti decidui o altre cause patologiche
- 5.m overjet negativo > 3,5 mm con difficoltà alla masticazione e alla fonazione
- 5.p cheilognatopalatoschisi o anomalie craniofacciali
- 5.s denti decidui sommersi (anchilosati)

Linee guida per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d'erogazione dell'
ASSISTENZA ODONTOIATRICA CONSERVATIVA
in attuazione della Legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22
e delle Delibere di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008 e n. 2302 del 11 settembre 2008

PREVENZIONE DELLA CARIE

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva

La carie dentale è una malattia che si può in larga parte prevenire.

Un buon programma preventivo comprende sedute di igiene orale e controllo, applicazione di fluoro sia professionale che domiciliare (sciacqui, paste dentifriche ecc.), istruzioni per un buon controllo di placca domiciliare, compresa l'igiene interdentale, e suggerimenti dietetici.

Nei soggetti in età evolutiva l'assunzione di fluoro per via sistemica rappresenta un eccellente fattore di protezione.

I pazienti con superfici radicolari scoperte (recessioni gengivali, pazienti anziani...) sono maggiormente a rischio di carie della radice. Tali pazienti vanno motivati ad una igiene efficace ed alla auto-applicazione di fluoruri.

Un aumentato rischio di carie è altresì presente in pazienti che assumono particolari farmaci o il cui flusso salivare, per diverse ragioni, sia ridotto.

DIAGNOSI

Una corretta diagnosi precede qualunque terapia.

In linea generale la sola specillazione dovrebbe essere ridimensionata come valore diagnostico.

Una buona ispezione visuale con i denti ben asciutti e liberi da depositi e pigmentazioni è in grado di offrire probabilmente le maggiori informazioni, unitamente alle radiografie bite-wing quando indicate.

RACCOMANDAZIONI

La carie dentale si può in larga parte prevenire; i programmi di prevenzione dovrebbero quindi precedere, accompagnare e seguire il trattamento conservativo.

Una corretta diagnosi di carie e la determinazione della sensibilità pulpare deve precedere ogni procedura terapeutica.

Le radiografie bite-wing possono rappresentare un ausilio importante nella diagnosi delle lesioni cariose interprossimali e consigliate, sempre che non esistano controindicazioni, all'inizio della presa in cura del paziente.

Eventuali problemi parodontali ed occlusali andrebbero valutati prima di intraprendere qualunque tipo di terapia conservativa.

ISOLAMENTO DEL CAMPO OPERATORIO

Tutti i materiali da restauro, i sottofondi e gli adesivi dentinali sono sensibili all'umidità. Un buon isolamento con la diga di gomma del campo operatorio l'umidità, l'inquinamento batterico e consente il massimo delle performance dei materiali usati. Per i motivi sopra esposti si indica l'uso della diga di gomma.

PREPARAZIONE CAVITARIA

Il primo e fondamentale concetto è la massima limitazione dell'estensione cavitaria; i tessuti mineralizzati sani del dente devono essere preservati il più possibile, compatibilmente con le tecniche ed i materiali scelti per il restauro.

Per avere un maggior controllo dello strumentario rotante, è consigliabile che l'utilizzo della turbina sia limitato ai primi passaggi di apertura ed abbozzo cavitario. È prudente, invece, eseguire la forma finale della cavità e la rifinitura dei margini con manipolo moltiplicatore a media e/o bassa velocità.

Tutti questi passaggi vanno eseguiti sotto abbondante getto d'acqua per evitare lesioni al complesso pulpo-dentinale.

Un bordo cavitario liscio e senza fratture influenza grandemente l'adattamento marginale del restauro, e quindi la sua durata nel tempo. Per questo motivo è necessario rifinire il margine con strumentario adeguato.

SCHEMA

- 1 - apertura cavitaria - accesso alla lesione*
- 2 - escavazione della carie*
- 3 - valutazione della dimensione della cavità*
- 4 - preparazione cavitaria definitiva*
- 5 - rifinitura dei margini.*

RACCOMANDAZIONI

La preparazione cavitaria deve essere la più conservativa possibile, compatibilmente con le tecniche ed i materiali scelti per il restauro.

La rifinitura corretta dei margini è raccomandata in quanto migliora l'adattamento marginale ed influenza la durata nel tempo dei restauri.

Un corretto isolamento del campo operatorio con la diga di gomma è essenziale per il successo terapeutico.

LA RIMOZIONE DELLA CARIE

La completa rimozione del tessuto demineralizzato ed infetto rappresenta lo scopo della terapia ed è quindi un passaggio fondamentale.

La dentina rammollita può essere escavata sia con frese a bassa./bassissima velocità sotto getto d'acqua, che con strumenti a mano.

La dentina va escavata fino a quando non si incontra un tessuto duro e compatto. Il colore non rappresenta un criterio diagnostico.

PROTEZIONE DELLA POLPA

Come regola generale la polpa va protetta adeguatamente.

Le modalità ed i materiali da utilizzare sono a discrezione del singolo operatore.

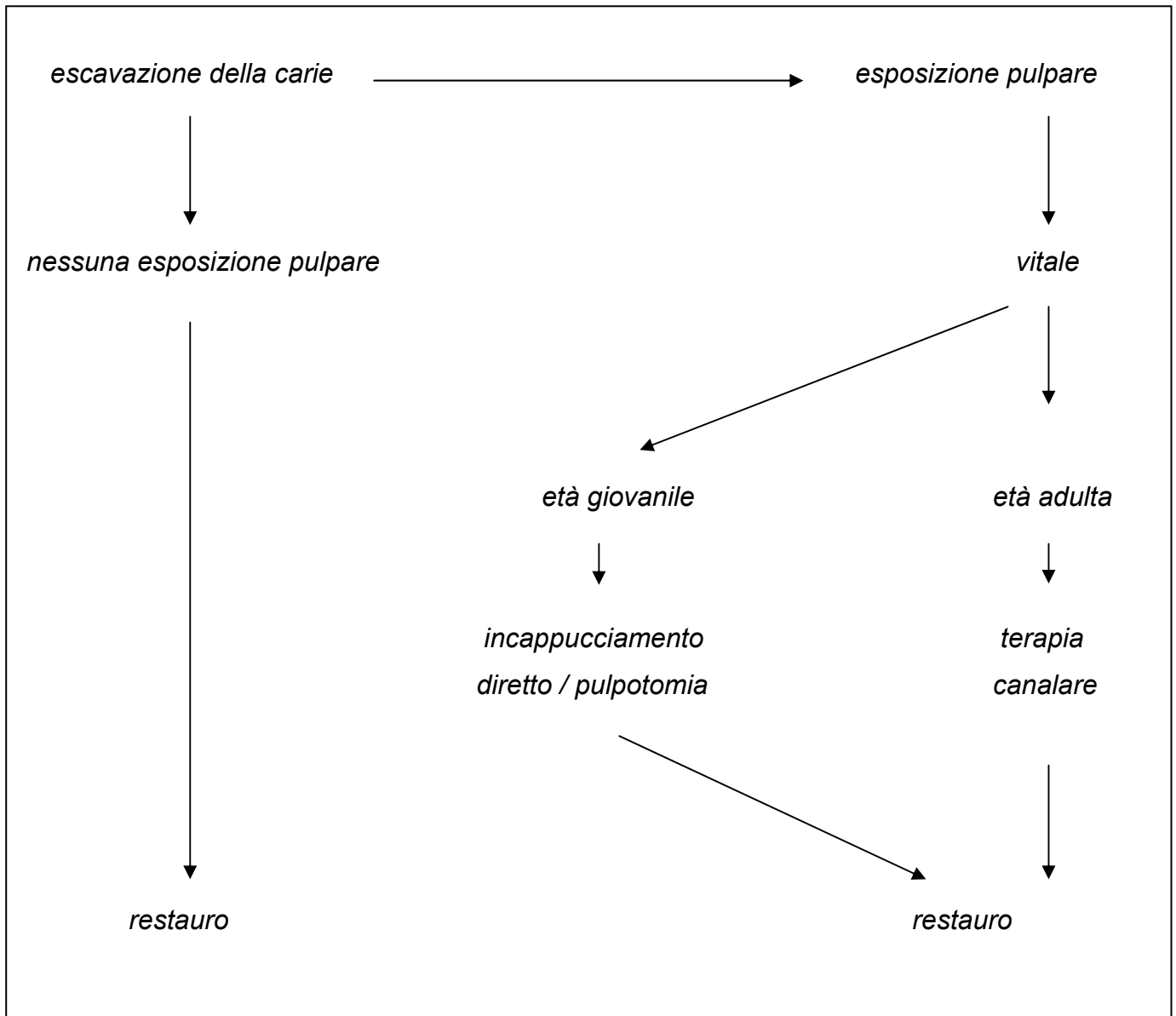
RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

Viene qui riproposto lo schema delle linee guida del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane integrato con due raccomandazioni emerse dalle valutazioni del tavolo tecnico e del Dipartimento:

SCHEMA

- 1 - anestesia in relazione al caso e alla necessità
- 2 - isolamento del campo operatorio con la diga di gomma
- 3 - apertura cavitaria - accesso alla lesione
- 4 - escavazione della carie
- 5 - valutazione della dimensione della cavità
- 6 - preparazione cavitaria definitiva
- 7 - rifinitura dei margini.

Percorso decisionale consigliabile nel trattamento della carie profonda



*LINEE GUIDA IN ODONTOIATRIA, anno 2003, a cura del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane
"ODONTOIATRIA RESTAURATIVA" a cura dell'AIC (AIC - Accademia Italiana di Conservativa)
capitolo 2 pag.59*

RACCOMANDAZIONI

La preparazione cavitaria deve essere la più conservativa possibile, compatibilmente con l'estensione del processo carioso e con il materiale e la tecnica (diretta o indiretta) scelta dall'operatore.

La corretta rifinitura dei margini è raccomandata per migliorare l'adattamento marginale e la longevità del restauro.

Un corretto isolamento del campo operatorio con la diga di gomma è essenziale per il successo terapeutico.

La rimozione della carie è una tappa fondamentale della terapia conservativa. Tutto il tessuto rammollito va asportato fino al raggiungimento di dentina clinicamente sana, prima del restauro definitivo. Il colore della dentina non rappresenta una indicazione clinica.

La polpa va isolata e protetta adeguatamente.

INSERZIONE DEL MATERIALE

A seconda delle condizioni cliniche e delle preferenze del singolo operatore si utilizzano i materiali e le tecniche a disposizione.

Per i singoli materiali è essenziale seguire scrupolosamente le indicazioni d'uso e il modo di impiego (tempi di applicazione, rapporti di miscelazione ecc.) stabilito dalle singole Case produttrici.

SCELTA DEL MATERIALE

Nei settori frontali, per i restauri diretti, le resine composite congiuntamente ad un adeguato sistema adesivo sono il materiale di prima scelta.

Nei settori posteriori, l'amalgama d'argento continua a rappresentare un materiale affidabile e sicuro. Il Ministero Italiano della Sanità ha tuttavia recentemente raccomandato di evitarne l'uso nelle donne in gravidanza e nei bambini sotto i sei anni.

Anche le resine composite, combinate con l'uso degli adesivi dentinali hanno dato prova di buoni risultati su premolari e molari. Il loro posizionamento corretto richiede tuttavia maggior attenzione ed una tecnica operativa più complessa, rispetto all'uso dell'amalgama dell'argento e un isolamento del campo operatorio con diga di gomma.

Altri tipi di materiale quali i cementi vetro-ionomerici, i compomeri non sono indicati per cavità di I, II classe e ricostruzioni.

Gli adesivi smalto dentinali rappresentano una eccellente modalità di ancoraggio dei materiali ai tessuti dentari. L'azione dei vari prodotti chimici che modificano la dentina e lo smalto per favorirne l'adesione con la resina composita è fortemente disturbata da inquinamenti esterni (sangue, saliva ecc). Un corretto isolamento del campo operatorio è fondamentale.

RICOSTRUZIONE PRE-PROTESICA DEL DENTE TRATTATO ENDODONTICAMENTE

Il restauro preprotetico è eseguibile con amalgama d'argento o resina composita ancorati ad un perno canalare prefabbricato oppure con un perno moncone fuso in oro oppure utilizzando un perno in resina e fibre di carbonio cementato con cemento resinoso o con resina composita autopolimerizzabile. Quest'ultima

metodica permette con tutta probabilità una migliore conservazione della dentina e un legame chimico-meccanico con la dentina stessa.

Il perno non dovrebbe essere considerato un rinforzo del dente quanto un supporto per il materiale da ricostruzione.

L'utilizzo del perno è necessario quando l'altezza della camera pulpare è scarsa (nei molari) o quando residuano meno di tre pareti a livello coronale (premolari ed anteriori). La successiva preparazione protesica dovrebbe seguire il principio della conservazione di dentina a livello cervicale: sembra che una zona di abbraccio dentinale coronale (cerchiaggio cervicale) incrementi significativamente la probabilità di sopravvivenza di questa categoria di denti.

Nei casi in cui non sia possibile eseguire un cerchiaggio cervicale di circa 1,5-2 mm è probabilmente consigliabile ricorrere ad un intervento parodontale di allungamento di corona clinica.

RIFINITURA E LUCIDATURA

Tutti i restauri vanno rifiniti e lucidati.

La rifinitura e la lucidatura si eseguono con strumenti e frese ad azione di taglio decrescente. Una superficie liscia e levigata è meno ritentiva per la placca batterica e contribuisce all'ottenimento di un buon adattamento marginale.

TERAPIA DI MANTENIMENTO

Al paziente va consigliato un programma di mantenimento che preveda visite di controllo, sedute di igiene orale professionale ed eventuale applicazione topica di fluoruri. La presenza incontrollata di placca batterica ovviamente aumenta il rischio di carie secondaria per qualunque restauro.

RACCOMANDAZIONI

L'inserzione e la manipolazione corretta del materiale rappresenta un punto critico nell'esecuzione di qualunque restauro.

Il restauro non deve interferire con le dinamiche occlusali.

I margini cervicali devono essere contornati in modo da non irritare i tessuti parodontali. Un restauro dalla superficie liscia e levigata è meno ritentivo per la placca batterica. Ciò riduce il rischio di recidive cariose e di infiammazione dei tessuti marginali.

Un controllo periodico ed eventuale rilucidatura dei restauri può probabilmente contribuire ad una maggiore durata degli stessi

Il contenuto delle presenti linee guida è tratto in parte dal capitolo 2 "ODONTOIATRIA RESTAURATIVA" a cura dell'AIC (AIC - Accademia Italiana di Conservativa) in LINEE GUIDA IN ODONTOIATRIA, anno 2003, a cura del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane e tiene conto delle raccomandazioni "Prevenzione della carie dalla nascita all'adolescenza" presenti nelle Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - 10 ottobre 2008

Linee guida per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d'erogazione dell'
ASSISTENZA ODONTOIATRICA ENDODONTICA
in attuazione della Legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22
e delle Delibere di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008 e n. 2302 del 11 settembre 2008

NORME DI TRATTAMENTO DELLO STRUMENTARIO

Tutto lo strumentario utilizzato deve essere stato sottoposto a procedure di sterilizzazione.

ANESTESIA

Il trattamento anestesilogico dovrà essere valutato a seconda dei casi e delle necessità.

TERAPIA DELLA POLPA VITALE

Pulpotomia - indicazioni al trattamento

La pulpotomia può risultare utile se sussistono le condizioni cliniche seguenti:

- a. esposizione di polpa vitale o pulpite irreversibile dei denti decidui. Non sono consigliati interventi di pulpotomia sui denti decidui caratterizzati da struttura radicolare insufficiente, riassorbimento interno, perforazioni o condizioni patologiche periradicolari che possono compromettere i rispettivi permanenti*
- b. come intervento d'emergenza su denti permanenti fino a quando non è possibile eseguire la cura canalare*
- c. come intervento provvisorio su denti permanenti con formazione immatura della radice per consentire lo sviluppo.*

Procedura

La pulpotomia consiste nell'asportazione chirurgica della parte coronale del tessuto pulpare vitale. Viene applicato un materiale nella camera pulpare in modo da mantenere la vitalità e la funzionalità della rimanente porzione pulpare.

È richiesto un adeguato sigillo coronale.

Obiettivi

- a. controllare la sintomatologia.*
- b. ottenere prove radiografiche di un sufficiente sviluppo della radice per il trattamento endodontico.*

ENDODONZIA ORTOGRADA

DENTI DECIDUI - indicazioni al trattamento

La cura canalare non chirurgica dei denti decidui è indicata se sussistono le condizioni cliniche seguenti:

- pulpite irreversibile o necrosi della polpa in caso di agenesia del rispettivo dente permanente;*
- necrosi della polpa.*

Procedura

La cura canalare implica: la detersione, la sagomatura, la disinfezione e l'otturazione di tutti i canali che avvengono ricorrendo a tecniche asettiche con isolamento tramite diga, ove possibile. Per l'otturazione del canale viene impiegato un materiale idoneo

Obiettivi

- a. controllare la sintomatologia.*
- b. ottenere un'immagine radiografica di un sistema canalare otturato.*
- c. controllare che il riassorbimento delle strutture radicolari e del materiale da otturazione si verifichi a un'età adeguata, quando è presente il rispettivo permanente.*

DENTI PERMANENTI - indicazioni al trattamento

La cura canalare ortograda per i denti permanenti è indicata se sussistono le condizioni cliniche seguenti:

- pulpite irreversibile;*
- polpa necrotica con o senza tracce evidenti di patologie periradicolari;*
- denti caratterizzati da una polpa che verrebbe compromessa durante l'intervento, ad es. denti utilizzati come overdentures, malposizione dei denti, inserimento di un perno, resezione della radice, emisezione;*
- denti caratterizzati da una polpa che verrebbe compromessa in seguito a interventi successivi;*
- denti avulsi o lussati in seguito a traumi;*
- riassorbimenti interni;*
- denti incrinati o fratturati con interessamento della polpa (con o senza sintomi clinici) per i quali è ragionevolmente prevista la conservazione di condizioni di salute parodontale soddisfacenti;*
- denti caratterizzati da ipersensibilità dentinale resistente alle normali procedure di trattamento.*

Procedura

La cura canalare per i denti permanenti prevede il trattamento meccanico del sistema canalare al fine di eliminare patologie periradicolari e pulpari, favorendo la guarigione e la riparazione dei tessuti periradicolari. La detersione e la sagomatura del sistema canalare sono seguite dall'otturazione con un materiale da otturazione per canali radicolari solido o semisolido, non-riassorbibile.

L'accesso è regolato dalle dimensioni e dalla forma della camera pulpare e dei rispettivi orifizi canalari, nonché dalla posizione del dente nell'arcata.

Viene rimosso il tetto della camera pulpare.

La pulizia, sagomatura, disinfezione e otturazione di tutti i canali avvengono ricorrendo a tecniche asettiche con isolamento tramite diga di gomma.

Per l'otturazione del canale(i) pulpare(i) viene impiegato un materiale idoneo. Insieme al materiale per otturazione viene impiegato cemento endodontico canalare, in modo da garantire un'adeguato sigillo.

Gli strumenti canalari devono essere realizzati in acciaio inossidabile o nickel-titanio.

Tutti i denti sottoposti a cura canalare devono essere sollecitamente ricostruiti con tecniche e materiali idonei.

Obiettivi

- a. controllare la sintomatologia.*
- b. asportare il contenuto canalare.*
- c. ottenere una corretta otturazione del sistema canalare che si estenda il più vicino possibile all'apice radicolare di ciascun canale, evidenziabile radiograficamente*
- d. evitare grossolane iperestensioni e sottotturazioni.*
- e. favorire la guarigione e la riparazione dei tessuti periradicolari.*

Procedure di APECIFICAZIONE, APICOGENESI

Indicazioni al trattamento

Le procedure di apacificazione, apicogenesi eseguite unitamente a interventi endodontici non chirurgici sono indicate in caso di chiusura apicale incompleta (dente immaturo non completamente sviluppato).

Procedura

Scopo dell'apacificazione è quello di indurre la formazione di una barriera apicale calcificata in una radice con apice immaturo con patologia pulpare irreversibile.

L'apicogenesi consiste nel favorire il completamento della formazione radicolare mediante il mantenimento della vitalità pulpare.

Obiettivi

- a. controllare la sintomatologia.
- b. ottenere prove radiografiche della riparazione o della chiusura apicale.

RITRATTAMENTO ENDODONTICO NON CHIRURGICO

Indicazioni al trattamento

Il ritrattamento endodontico non chirurgico è indicato se sussistono le condizioni cliniche seguenti:

- persistenza della patologia periradicolare;
- persistenza dei sintomi associati a un dente sottoposto in precedenza a trattamento;
- procedure protesiche o ricostruttive che compromettono otturazioni canalari pre-esistenti;
- procedure protesiche o ricostruttive che interessino elementi dentali con terapie endodontiche non adeguate.

Procedura

Il ritrattamento endodontico non chirurgico rappresenta una procedura per asportare da un dente il materiale da otturazione precedentemente inserito.

La detersione, la sagomatura, la disinfezione e l'otturazione dei canali devono avvenire mediante tecniche e utilizzo di materiali idonei.

Possono rendersi necessarie procedure aggiuntive per rimuovere perni o altre ritenzioni, e/o intervenire su ostruzioni canalari.

Obiettivi

- a. controllare la sintomatologia.
- b. ottenere una corretta otturazione del sistema canalare che si estenda il più vicino possibile all'apice radicolare di ciascun canale, evidenziabile radiograficamente.
- c. evitare grossolane iperestensioni e sottotturazioni.
- d. favorire la guarigione e la riparazione dei tessuti periradicolari.

ENDODONZIA CHIRURGICA

Incisione e drenaggio - indicazioni al Trattamento

L'incisione e il drenaggio dei tessuti molli sono indicata nel caso di presenza di una raccolta ascessuale fluttuante.

Procedura

Si pratica l'incisione allo scopo di favorire la fuoriuscita dell'essudato.

Obiettivo

Alleviare i sintomi acuti.

APICECTOMIA CON OTTURAZIONE RETROGRADA

Indicazioni al trattamento

L'apicectomia è indicata, quando sussiste l'impossibilità di ritrattare un dente per via ortograde in presenza di patologia periapicale.

Procedura

L'apicectomia consiste nell'escissione della parte apicale della radice e degli eventuali tessuti molli uniti ad essa.

Viene effettuato un lembo mucoperiostiale con rimozione ossea per consentire l'accesso all'area interessata. Si rimuove la parte apicale della radice nonché il tessuto infiammatorio e/o il materiale estraneo presente. Successivamente viene effettuata l'otturazione retrograda utilizzando un materiale biocompatibile.

Obiettivi

- a. risolvere una patologia non altrimenti risolvibile per via ortograde.*
- b. conservare la maggior porzione possibile della radice.*

TRATTAMENTO DELLE LESIONI TRAUMATICHE DI INTERESSE ENDODONTICO

1. FRATTURA DELLA CORONA CON INTERESSAMENTO DELLA POLPA

Indicazioni al trattamento

Il trattamento delle fratture coronali con interessamento della polpa è indicato se sussistono le condizioni cliniche seguenti:

Frattura della corona con interessamento dello smalto e della dentina nonché con esposizione della polpa.

Presenza di polpa vitale.

Procedura

Lo scopo del trattamento è quello di proteggere la polpa. Questo consente, per i denti ad apice immaturo, un normale sviluppo della radice. Si consiglia l'incappucciamento pulpale diretto o la pulpotomia non profonda. Viene applicato un materiale a diretto contatto con la polpa per mantenere la vitalità e la funzionalità della rimanente parte radicolare della polpa. Viene applicata la ricostruzione finale.

Controllare nel tempo lo stato della vitalità pulpale ed effettuare controlli radiografici per intercettare eventuali riassorbimenti interni e calcificazioni.

Obiettivi

- a. controllare la sintomatologia.*
- b. mantenere la vitalità pulpale per favorire lo sviluppo della radice.*

2. FRATTURA CORONO/RADICOLARE

Indicazioni al trattamento

Le fratture della corona che interessano lo smalto, la dentina e il cemento radicolare possono eventualmente interessare anche la polpa. Il trattamento è indicato dopo che il paziente è stato messo al corrente della prognosi incerta.

Procedura

La procedura varia in funzione del livello della rima di frattura.

Frattura corona radicolare con linea di frattura confinata nel terzo coronale della radice: è altamente probabile dover ricorrere a terapia endodontica (previa apicizzazione in caso di apici immaturi).

La fase ricostruttiva dovrà tener conto delle problematiche paradontali che potranno essere ovviate mediante allungamento della corona clinica e/o a estrusione ortodontica.

Fratture corono-radicolari con linea di frattura localizzata in regione più apicale sono eventi che presumibilmente compromettono in modo irreparabile elemento dentale.

Obiettivi

- a. controllare la sintomatologia.*
- b. recuperare la radice quando le condizioni paradontali lo consentono.*

3. FRATTURA DELLA RADICE

Indicazioni al trattamento

Le fratture orizzontali della radice possono essere localizzate a livello del terzo coronale, medio o apicale. Il trattamento varia a seconda della sede della frattura.

Procedura

Fratture radicolari orizzontali del terzo coronale:

- rimozione della corona;*
- recupero radicolare mediante metodiche ortodontiche e/o paradontali;*
-

Fratture radicolari orizzontali del terzo medio e del terzo apicale:

- riposizionamento del frammento coronale se necessario;*
- splintaggio ortodontico rigido per un periodo adeguato;*
- valutazione della vitalità pulpare;*
- eventuale trattamento endodontico del frammento coronale.*

Obiettivi

- a. controllare la sintomatologia.*
- b. recupero della funzionalità dell'elemento dentale.*

4. LUSSAZIONE

Indicazione al trattamento

La lussazione comprende lesioni di varia entità ai denti e alle rispettive strutture di supporto.

- *Concussione: trauma che determina sensibilità alla percussione ma non eccessiva mobilità e assenza di spostamento.*
- *Sublussazione: lesione ai tessuti di supporto che determina una anomala mobilità di uno o più denti senza spostamento.*
- *Lussazione estrusiva: spostamento assiale parziale di un dente fuori dal proprio alveolo.*
- *Lussazione laterale spostamento di un dente in direzione diversa da quella assiale, accompagnato da frattura dell'alveolo.*
- *Lussazione intrusiva: spostamento assiale di un dente all'interno dell'alveolo, accompagnato da frattura dell'alveolo.*

Procedura

Trattamento immediato. Prevede il riposizionamento del dente e l'eventuale stabilizzazione non-rigida, per un periodo adeguato, in modo da consentire il ristabilimento del supporto del ligamento periodontale per il dente.

Trattamento definitivo. Prevede la cura canalare per quei denti interessati da necrosi pulpare o pulpite irreversibile, secondo quanto stabilito dalle procedure diagnostiche del caso.

Il trattamento dei denti immaturi è diverso da quello previsto per i denti completamente formati, in quanto è possibile la rivascolarizzazione pulpare; è necessario controllare periodicamente la vitalità pulpare.

Obiettivi

- a. *controllare la sintomatologia.*
- b. *ottenere un riposizionamento corretto dell'elemento dentario.*
- c. *recuperare la funzione dell'elemento dentario.*

5. AVULSIONE

Indicazione al trattamento

Il trattamento è consigliato quando un dente è completamente estruso dal rispettivo alveolo.

Procedura

Il trattamento immediato è diretto al tempestivo reimpianto del dente avulso.

Occorre verificare il grado d'immunità antitetanica.

Quanto segue riguarda i denti con durata di vita extralveolare inferiore a un'ora e conservati in un apposito mezzo durante il trasporto.

Trattamento immediato

Sciacquare il dente senza toccare la superficie della radice, irrigare l'alveolo e riposizionare con delicatezza il dente nella sua posizione normale. Stabilizzare mediante bloccaggio ortodontico non rigido per un periodo adeguato.

Trattamento definitivo

Nei denti immaturi con ampi apici aperti può verificarsi rivascolarizzazione della polpa; il trattamento definitivo consiste nel controllo a scadenze regolari della rivascolarizzazione pulpare e della formazione continua della radice.

Per quanto riguarda i denti maturi, è opportuno il trattamento endodontico.

I denti decidui non sono in genere indicati per il reimpianto.

Quanto segue riguarda i denti con durata di vita extralveolare superiore a un'ora.

Questi elementi dovrebbero essere conservati in un medium fisiologico (latte, saliva, soluzione fisiologica).

I denti maturi con precedenti di conservazione extralveolare prolungata possono essere reimpiantati, tuttavia non ci si può attendere una sopravvivenza a lungo termine.

In ogni caso si devono effettuare controlli radiografici periodici per la valutazione di eventuali riassorbimenti radicolari.

Obiettivi

- a. la rivascolarizzazione nei denti con sviluppo della radice immaturo.*
- b. il riattacco delle fibre del ligamento periodontale e la creazione di uno spazio del ligamento periodontale normale.*
- c. recupero della funzionalità del dente.*

Il contenuto delle presenti linee guida è tratto in parte dal capitolo 3 "Endodonzia" a cura dell' AIE e SIE (AIE Accademia Italiana Endodonzia - SIE Società Italiana Endodonzia) in LINEE GUIDA IN ODONTOIATRIA, anno 2003, a cura del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane

Linee guida per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d'erogazione dell'
ASSISTENZA ODONTOIATRICA CHIRURGICA
in attuazione della Legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22
e delle Delibere di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008 e n. 2302 del 11 settembre 2008

TERZI MOLARI

Premessa

Il trattamento al quale sarà sottoposto un terzo molare si basa sull'anamnesi e in particolare sui disturbi riferiti dal paziente, sulla sua età, sulla valutazione di test diagnostici e su un attento esame obiettivo.

L'età del paziente è un parametro di particolare importanza in quanto condiziona l'incidenza delle complicanze immediate e tardive, soprattutto dopo i trenta anni di età.

Dal momento che è possibile che danni ai tessuti duri e molli, anche irreversibili e seri, s'instaurino e possano progredire fino a stadi avanzati in modo del tutto asintomatico, è talora indicato effettuare dei controlli radiografici, ricordando, in ogni caso, che si tratta di una tecnica diagnostica invasiva.

Questi controlli dovrebbero essere tali da fornire delle chiare indicazioni sulle strutture adiacenti, sulla forma e dimensioni del dente e sulle strutture ad esso associate.

Pertanto, la modalità di diagnosi radiologica più accettata è quella dell'ortopantomografia, tenendo ben presente che altre immagini radiologiche possono non fornire informazioni adeguate o complete sulla posizione del dente e quindi utili per decidere la tecnica chirurgica.

Le caratteristiche radiologiche significative da valutare per l'estrazione del terzo molare sono: l'inclinazione del dente, l'ampiezza del follicolo, la profondità d'inclusione, la vicinanza ad altri denti, la distanza tra il margine anteriore della branca ascendente della mandibola e l'aspetto distale del secondo molare.

In particolare, la distanza misurata tra questi ultimi due punti di repere in un'ortopantomografia, indica lo spazio disponibile per l'eruzione: se questo è uguale o maggiore dell'ampiezza della corona di un terzo molare in corso di sviluppo all'età di tredici anni ci sono 70% di probabilità che tale dente possa erompere in arcata.

Per contro, quando il rapporto tra questi due punti è inferiore ad uno, la probabilità che questo resti incluso è dell'83%.

L'ortopantomografia permette anche di valutare il rischio di danno al nervo alveolare inferiore, in caso di estrazione dei terzi molari inferiori; un'immagine di deviazione del canale alveolare inferiore, una perdita della lamina dura del canale, un'ombreggiatura delle radici e, in misura minore, un restringimento del canale mandibolare sono indicatori significativi di elevate possibilità di causare danno al nervo alveolare inferiore.

Nel caso di terzi molari superiori, l'OPT dà informazioni complete sui rapporti del dente con i seni paranasali, oltre ad indicare correttamente il grado d'inclusione.

I terzi molari mandibolari e mascellari sono i denti che più comunemente rimangono inclusi.

Il trattamento dei terzi molari può includere l'asportazione, l'esposizione chirurgica del dente, l'osservazione a lungo termine del dente incluso.

La decisione clinica nel trattamento del terzo molare in giovane età dipende dalle possibilità di prevedere il corso naturale di questo elemento dentale.

A tale scopo sono stati elaborati diversi metodi radiologici di previsione dell'inclusione dei terzi molari.

INDICAZIONI PER L'ESTRAZIONE DEI TERZI MOLARI

TERZO MOLARE COMPLETAMENTE EROTTO

Erotto è quel dente la cui corona clinica è completamente visibile.

Sintomatici

- *dente non recuperabile per carie, frattura, lesioni parodontali o endodontiche non trattabili*
- *infezioni acute o croniche (ascessi e celluliti)*
- *malposizione che provoca disagio*
- *anomalie della forma e della grandezza del dente che provoca malfunzioni*
- *parafunzioni associate a interferenze occlusali del terzo molare*

Asintomatici

- *per facilitare il trattamento della malattia parodontale*
- *per facilitare una riabilitazione protesica.*
- *per facilitare movimenti ortodontici).*
- *dente in rima di frattura ossea*
- *dente in zona di escissione neoplastica*
- *interferenza del dente con chirurgia ortognatica e/o ricostruttiva .*
- *rimozione preventiva e/o profilattica in pazienti con problematiche mediche maggiori o particolari condizioni chirurgiche o trattamenti (es.:trapianti d'organo, chemioterapia antitumorale, impianti alloplastici, terapia radiante, etc.).*
- *rifiuto consapevole del paziente del trattamento conservativo.*
- *nei soggetti che praticano sport con elevate probabilità di traumi.*

TERZO MOLARE PARZIALMENTE EROTTO

Parzialmente erotto è quel dente di cui è visibile solo una porzione della corona clinica.

L'età del paziente può condizionare le indicazioni all'estrazione: fino al compimento della terza decade di età, un'eruzione parziale in buona posizione, con spazio sufficiente e senza patologia associata può infatti preludere ad un'eruzione completa.

Sintomatici

- *pericoroniti*
- *dente non recuperabile per carie, frattura, lesioni parodontali o endodontiche non trattabili*
- *infezioni acute o croniche (ascessi e celluliti).*
- *anomalie della forma e della grandezza del dente tali da provocare delle malfunzioni*
- *malposizione che provoca disagio*

Asintomatici

- *per prevenire un danno parodontale sul secondo molare*
- *per facilitare una terapia parodontale*
- *per facilitare una riabilitazione protesica.*
- *per facilitare movimenti ortodontici.*
- *dente che si trova in rima di frattura ossea.*
- *dente che si trova coinvolto in una zona di escissione di neoplasia*
- *interferenza del dente con chirurgia ortognatica e/o ricostruttiva*
- *rimozione preventiva e/o profilattica in pazienti con problematiche mediche maggiori o particolari condizioni chirurgici o trattamenti*
- *rifiuto consapevole del paziente di un trattamento non chirurgico*
 - *nei soggetti che praticano sport con elevate probabilità di traumi (pugilato,sci, rugby, etc.)*

TERZO MOLARE RITENUTO

Ritenuto è quel dente che non è visibile in arcata, ma che ha probabilità di eruzione entro la metà della terza decade della vita

Sintomatici

- *patologie associate con il follicolo dentale (cisti, tumori)*
- *riassorbimento della radice del dente adiacente .*

Asintomatici

- *per prevenire un danno parodontale sul secondo molare.*
- *anomalie della forma e/o delle dimensioni del dente che ne pregiudicherà la normale funzionalità*
- *per limitare la malattia parodontale.*
- *nei soggetti che praticano sport con elevate probabilità di traumi (pugilato, sci, rugby, etc.)*
- *facilitare movimenti dentali ortodontici*

- dente in rima di frattura ossea
- resezione tumorale che coinvolge il dente
- interferenza del dente con chirurgia ortognatica e/o ricostruttiva
- rimozione preventiva e/o profilattica in pazienti con problematiche mediche maggiori o particolari condizioni chirurgiche o trattamenti (es.: trapianti d'organo, chemioterapia antitumorale, impianti alloplastici, terapia radiante)
- rifiuto consapevole del paziente di un trattamento non chirurgico

TERZO MOLARE INCLUSO

Incluso è quel dente che non è visibile in arcata dopo la metà della terza decade di vita; incluso è anche, nei soggetti più giovani, il dente la cui eruzione non è probabile entro la metà della terza decade

Sintomatici

Le patologie comprese in queste prime tre classi possono essere anche asintomatiche:

- patologie associate con il follicolo dentale
- riassorbimento della radice del dente adiacente (talvolta è indicata piuttosto l'estrazione del settimo)
- un dente che è solo parzialmente coperto da osso e/o in comunicazione con il cavo orale (mediante sondaggio). Per limitare le patologie che possono complicare la chirurgia, il momento più prudente per la rimozione chirurgica è effettuare l'intervento prima della completa formazione delle radici.

Asintomatici

- per prevenire un danno parodontale sul secondo molare, in soggetti entro la terza decade
- limitare la malattia parodontale
- facilitare movimenti ortodontici
- dente in linea di frattura
- nei soggetti che praticano sport con elevate probabilità di traumi (pugilato, sci, rugby, etc.)
- resezione tumorale che coinvolge il dente
- interferenza del dente con chirurgia ortognatica e/o ricostruttiva
- rimozione profilattica o/e preventiva in pazienti con problematiche mediche maggiori o particolari condizioni chirurgiche o trattamenti (es.: trapianti d'organo, chemioterapia antitumorale, impianti alloplastici, trattamenti radianti)
- rifiuto consapevole del paziente delle opzioni di un trattamento non chirurgico

Una situazione clinica particolare è quella dei casi di terzi molari inclusi in edentuli: la linea di condotta consigliata è quella di "conservare ed osservare", in genere giustificato dall'atrofia ossea dei mascellari di tali pazienti, la profondità dell'inclusione e della localizzazione del dente.

Nel valutare l'indicazione all'estrazione, si deve tenere presente che i pazienti con terzi molari parzialmente erotti mostrano sintomi in misura tre volte maggiore dei denti completamente inclusi. Il dolore è il sintomo predominante in entrambi i casi, e l'entità patologica più comunemente associata è la pericoronite.

Le controindicazioni alla chirurgia, generalmente coinvolgono condizioni particolarmente compromesse del paziente, le età estreme e la elevata probabilità di danni alle strutture adiacenti

La decisione di lasciare "in situ" un terzo molare incluso dovrebbe essere basata su valide evidenze ed aspettative; in tali casi il paziente dovrebbe essere sempre avvisato della necessità di un'osservazione clinica ed eventualmente radiologica a lungo termine, ed informato dei rischi connessi alla conservazione del dente incluso

Nel caso ci sia l'indicazione all'estrazione dell'incluso, l'intervento dovrebbe essere effettuato in giovane età (entro la terza decade della vita), piuttosto che in età più avanzate, quando aumenta il rischio di danni parodontali residui a carico del secondo molare infezioni purulente e di complicazioni, intra- e post-operatorie.

DENTI SOVRANNUMERARI

Premessa

Con il termine di dente sovranumerario si intende un dente in più, erotto o non erotto, non appartenente alla normale dentatura, somigliante o meno ai denti adiacenti appartenenti alla serie normale.

La sua presenza può causare alterazione o malposizione degli elementi adiacenti od impedire la loro eruzione.

I denti sovranumerari sono un reperto relativamente frequente e sembra che ciò accada maggiormente in quei pazienti che presentano una storia familiare di questo tipo.

In uno studio condotto su 30 pazienti con un totale di 41 mesiodens era evidenziabile una predisposizione familiare nel 31% dei casi.

L'eziologia rimane comunque poco chiara.

I denti sovranumerari possono essere osservati sia nella dentizione decidua sia nella dentizione permanente, presentandosi con frequenza cinque volte maggiore in quest'ultima.

La prevalenza osservata varia da 0,5 a 3%, con un rapporto m/f di 6,5-1 a 12 anni di età.

I denti sovranumerari sono localizzati con maggiore frequenza nel mascellare superiore e prevalentemente nella premaxilla 90-98%, sono spesso inclusi 88,7%, si trovano più frequentemente dal lato palatino.

La frequenza di denti sovranumerari multipli va dall'8 al 27% dei casi.

È stata riportata una correlazione tra la presenza di sovranumerari nella dentizione decidua e nella successiva permanente; ciò è stato riportato frequentemente e sembra si manifesti in circa un terzo dei casi.

Il tipo più comune di dente sovranumerario è il mesiodens: si trova tra i due incisivi centrali superiori ed ha una prevalenza fra lo 0.15 e l'1.90%.

La diagnosi, anche solo presuntiva, di dente sovranumerario è importante per gli effetti che la presenza dei sovranumerari ha sulla dentatura permanente della serie normale, ma anche perché la presenza di soprannumerari può essere associata a cisti dentigere o ad altra patologia congenita o acquisita.

Le cisti dentigere associate a denti sovranumerari sono rare e rappresentano solo il 5.6% di tutte le cisti di origine dentale. Sono quasi sempre, (circa il 90%), associate ad un mesiodens del mascellare superiore. Questa relativa rarità può essere spiegata dal fatto che i denti sovranumerari sono per la maggior parte diagnosticati e rimossi precocemente prima che si possa verificare la trasformazione cistica. Infatti nei pazienti adulti vi è una maggior incidenza di cisti follicolari associate a denti sovranumerari.

Iter diagnostico-terapeutico

I denti sovranumerari inclusi asintomatici possono essere osservati su radiogrammi eseguiti per altro motivo.

Le situazioni cliniche che fanno sospettare la presenza di elementi soprannumerari sono:

- assenza di elementi permanenti in arcata,*
- agenesia,*
- malposizione di denti permanenti erotti,*
- malocclusione,*
- diastema interincisivo,*
- anamnesi familiare con denti sovranumerari,*
- riassorbimento a carico delle radici dei denti adiacenti con perdita della loro vitalità e relativa sintomatologia,*
- tumefazione sul versante vestibolare o palatino/linguale.*

Più raramente i denti sovranumerari possono manifestarsi con:

- eruzione ectopica nella cavità nasale,*
- eccezionalmente, rinite e dolore facciale,*
- eccezionalmente, deviazione del setto nasale.*

Nei casi di sospetto clinico è indicata un'indagine radiografica. I due esami maggiormente richiesti sono l'OPT e le rx endorali.

Le radiografie endorali, in proiezione occlusale e periapicale, consentono di confermare il sospetto clinico.

La posizione vestibolare o linguale del sovranumerario rispetto agli elementi dentari contigui può essere identificata mediante radiografie endorali, applicando la tecnica di Clark.

L'esame radiografico evidenzia talvolta anche un aumento dello spazio pericoronale od un progressivo riassorbimento esterno della corona.

Questo riassorbimento coronale si ritrova con maggior frequenza e più marcatamente in gruppi di pazienti con età più avanzata, oltre i 40 anni, e se è indicata la rimozione del dente sovranumerario questa potrà essere particolarmente difficoltosa.

L'OPT è molto usata, ma non è sempre in grado di rivelare la presenza di denti sovranumerari, soprattutto quando l'elemento si trova nella regione anteriore o vi sia la presenza di un marcato overjet. Inoltre, è documentata la possibilità di comparsa di sovranumerari in epoche successive nello stesso paziente.

Pertanto l'indagine radiografica per la ricerca di sovranumerari è indicata solo quando c'è un sospetto clinico e specialmente quando vi sia il sospetto di qualche altra patologia, come ad esempio una cisti dentigera.

In assenza di sospetto clinico, non è assolutamente indicato procedere ad esami radiografici.

La mancata eruzione ed il mancato sviluppo di elementi permanenti e/o la presenza di patologie associate (es. cisti) rappresentano le indicazioni più importanti per la rimozione di denti sovranumerari.

Si consiglia un approccio più conservativo se il sovranumerario si sviluppa simultaneamente con la dentizione primaria.

L'eruzione spontanea avviene nel 50% -75% dei casi ed in un lasso di tempo che va da 1 a 3 anni. Nell'adulto è necessario valutare attentamente le indicazioni per la rimozione chirurgica data la possibilità di anchilosi e di riassorbimento coronale.

È da valutare attentamente la rimozione del sovranumerario qualora manchi un elemento permanente, per perdita, aplasia, inclusione profonda. Talvolta è possibile il recupero ortodontico del sovranumerario in luogo del dente permanente normale mancante o mal recuperabile.

ENDODONZIA CHIRURGICA

Incisione e drenaggio - indicazioni al trattamento

L'incisione e il drenaggio dei tessuti molli sono indicata nel caso di presenza di una raccolta ascessuale fluttuante.

Procedura

Si pratica l'incisione allo scopo di favorire la fuoriuscita dell'essudato.

Obiettivo

Alleviare i sintomi acuti.

APICECTOMIA CON OTTURAZIONE RETROGRADA

Indicazioni al trattamento

L'apicectomia è indicata, quando sussiste l'impossibilità di ritrattare un dente per via ortograda in presenza di patologia periapicale.

Procedura

L'apicectomia consiste nell'escissione della parte apicale della radice e degli eventuali tessuti molli uniti ad essa.

Viene effettuato un lembo mucoperiostiale con rimozione ossea per consentire l'accesso all'area interessata. Si rimuove la parte apicale della radice nonché il tessuto infiammatorio e/o il materiale estraneo presente. Successivamente viene effettuata l'otturazione retrograda utilizzando un materiale biocompatibile.

Obiettivi

- a. risolvere una patologia non altrimenti risolvibile per via ortograda.*
- b. conservare la maggior porzione possibile della radice.*

Il contenuto delle presenti linee guida è tratto in parte dal capitolo 4 "Chirurgia Orale" a cura della SICO (Società Italiana di Chirurgia Orale) dal capitolo 3 "Endodonzia" a cura dell' AIE e SIE (AIE Accademia Italiana Endodonzia - SIE Società Italiana Endodonzia) in LINEE GUIDA IN ODONTOIATRIA, anno 2003, a cura del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane

Linee guida per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d'erogazione dell'

ASSISTENZA PROTESICA

in attuazione della Legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22

e delle Delibere di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008 e n. 2302 del 11 settembre 2008

Le linee guida sono da intendersi quali raccomandazioni di comportamento clinico, strumento utile a garantire nei confronti del paziente un governo clinico atto ad assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi.

Le raccomandazioni di comportamento clinico sono altresì strumento di responsabilizzazione anche etico-deontologica nei confronti del sistema all'interno del quale il singolo medico\odontoiatra opera, nel rispetto comunque dell'autonomia professionale.

L'adozione e l'applicazione di raccomandazioni di comportamento clinico, attraverso la soddisfazione di criteri di efficacia\efficienza, concorrono al raggiungimento della qualità del sistema sanitario provinciale nel suo complesso.

Le raccomandazioni di comportamento clinico sono applicate nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico che prevede:

1. diagnosi
2. supporti alla diagnostica protesica
3. pianificazione

Le raccomandazioni di comportamento clinico, come sopra descritte, costituiscono parte fondamentale dello schema di accordo negoziale fra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli ambulatori e studi convenzionati utilizzabili per produrre " indicatori di processo " e risultato finale, e contribuire all'autovalutazione delle prestazioni individuali e di team, rispetto alla qualità medico-tecnica dell'assistenza fornita.

Pertanto la diagnosi, i supporti alla diagnostica protesica e la pianificazione facenti parte del percorso diagnostico terapeutico del paziente che necessita di riabilitazione protesica devono trovare riscontro nella scheda/cartella del paziente ed essere conservate.

Tutte le fasi del trattamento protesico prevedono un alto grado di competenza e pertanto tale pratica clinica è di competenza esclusiva dell'abilitato all'esercizio dell'odontoiatria (odontoiatra/medico-chirurgo).

I rapporti che vengono intrattenuti con l'odontotecnico fanno riferimento esclusivamente alla produzione della protesi dentale e al servizio di ritiro e consegna presso lo studio odontoiatrico del manufatto protesico.

Vista l'assenza d'aspettative estetiche e l'uso di denti artificiali secondo scala colore standard la presenza dell'odontotecnico presso lo studio per la prova colore è esclusa

E' escluso altresì qualsiasi altro servizio, nonché utilizzo di strumenti o tecnologie.

Il protesista dovrà attenersi alle norme in vigore in applicazione al D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE.

LA DIAGNOSI

Si basa sulla raccolta dell'anamnesi medica e stomatologica, sull'esecuzione di un esame obiettivo intra ed extra-orale eseguite seguendo una procedura quanto più possibile standardizzata così da garantire la completezza dell'indagine, suggerire la necessità di eventuali approfondimenti, consentire uniformità di giudizio clinico, permettere una raccolta utile per attività di audit e servire come occasione e formazione professionale permanente

SUPPORTI ALLA DIAGNOSTICA PROTESICA

- Rx arcate dentarie

Una radiografia delle arcate dentarie (OPT) dovrebbe essere eseguita preliminarmente alla esecuzione della protesi alla luce di dettagli clinico-anamnestici

- Impronte

Un'impronta è ritenuta valida quando è accurata, dimensionalmente stabile, non distorta, e registra i tessuti dentali ed i tessuti molli limitrofi.

Il materiale da impronta dovrebbe essere selezionato perché le sue proprietà chimiche, fisiche e di lavorabilità sono le più indicate per i problemi clinici che si stanno affrontando.

Il materiale da impronta deve essere utilizzato in stretta conformità alle istruzioni del produttore.

Nelle travate con più elementi sarebbe consigliabile un portaimpronte individuale quando si usano elastomeri da impronta.

Dopo la presa delle impronte è indicato lavarle accuratamente, ispezionarle, sottoporle ad un'efficace procedura di decontaminazione e trasferirle al laboratorio adeguatamente conservate e protette. L'uso di un sistema di ingrandimento facilita l'ispezione.

- Registrazione oclusale

Il materiale scelto per le registrazioni oclusali deve essere dimensionalmente stabile una volta indurito o passato allo stato solido; quando indicato vanno utilizzate basi di registrazione preformate in laboratorio.

La registrazione della posizione di massima intercuspidação (P.M.I.) è indicata qualora si adotti un approccio conformativo (lo schema oclusale non necessita di modifiche).

La registrazione della posizione mandibolare in relazione centrica (R.C.) è indicata qualora si adotti un approccio riorganizzato (lo schema oclusale necessita di modifiche).

- Modelli di studio in gesso

LA PIANIFICAZIONE

permette di determinare la sequenza degli interventi clinici più appropriati al fine di conseguire gli obiettivi terapeutici concordati con il singolo paziente in base anche alla sua motivazione, alle sue priorità ed alle sue aspettative.

Rapporti oclusali tra le arcate dentarie

Le raccomandazioni che seguono sono valide per tutti i tipi di protesi

Nel rapporto tra gli elementi delle arcate dentarie i contatti oclusali possono essere divisi in:

- 1) contatti oclusali statici,*
- 2) contatti oclusali dinamici.*

I contatti occlusali statici si manifestano quando le arcate dentarie sono nella massima intercuspiazione dentale. Quando la massima intercuspiazione avviene tra arcate protesizzate, dove il rapporto mandibolo cranico sia stato ricercato con la relazione centrica, questa prende il nome di occlusione centrica.

I contatti occlusali dinamici sono quelli che si verificano quando la mandibola è in movimento, ovvero nei movimenti eccentrici di protrusione e di lateralità. Il tipo di contatti dinamici dipende dagli schemi occlusali delle arcate dentarie.

In posizione di massima intercuspiazione o in occlusione centrica è consigliabile il massimo numero di contatti dentali tra le arcate.

Una ricostruzione protesica con l'occlusione in funzione di gruppo è solitamente indicata ogni qualvolta non sia possibile restaurare una guida anteriore, come nel caso di morso aperto, terza classe scheletrica, marcata edentulia anteriore.

L'occlusione bilanciata bilaterale trova esclusiva applicazione in protesi totale anche se, viste le difficoltà tecniche, nel lato bilanciante si considera sufficiente il contatto reciproco tra un solo molare superiore e uno inferiore.

Comunicazione con il laboratorio

Si concorda sull'importanza della comunicazione con il Laboratorio Odontotecnico durante tutte le fasi del trattamento

La comunicazione deve fornire il progetto protesico clinico e tutti gli elementi utili per lo svolgimento tecnico del lavoro protesico nel rispetto della normativa prevista dal D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE.

Analoga considerazione è applicata alla modulistica adottata (modello di etichetta, scheda prove sul paziente, modello di prescrizione) che viene proposta nelle pagine seguenti.

Il contenuto delle presenti linee guida è tratto in parte dal capitolo 7 "ODONTOIATRIA PROTETICA" a cura dell'AIOP (Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica) in LINEE GUIDA IN ODONTOIATRIA, anno 2003, a cura del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane.

MODELLO DI ETICHETTA

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| LA CONFEZIONE CONTIENE UN DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA AD USO ODONTOIATRICO | |
| dati identificativi del dispositivo contenuto (ES. PROTESI ...) | |
| FABBRICATO DA | |
| LABORATORIO indirizzo cap e città telefono | |
| N. ISCRIZIONE REGISTRO MINISTERO SANITA' | |
| CODICE LAVORO | |
| DATA DI CONSEGNA | |
| TERMINI PER L'UTILIZZAZIONE : 30 GIORNI (dalla data di consegna) | |
| CONDIZIONI SPECIFICHE DI CONSERVAZIONE E/O MANIPOLAZIONE | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONSERVARE IN LUOGO ASCIUTTO <input checked="" type="checkbox"/> CONSERVARE AL RIPARO DA FONTI DI CALORE <input checked="" type="checkbox"/> MANEGGIARE CON CURA <input checked="" type="checkbox"/> NON STERILIZZARE A CALDO | |
| <input type="checkbox"/> FOGLIO ILLUSTRATIVO ALLEGATO | |

SCHEDA PROVE SUL PAZIENTE

LABORATORIO :

STUDIO DENTISTICO :

Riferimenti prescrizione medica

Data _____

Paziente sig. _____

_____ nome e cognome o codice fiscale

Professione _____

Età _____ Sesso M F

Numero o codice del dispositivo _____

1^a - Prova sul paziente effettuata nello studio dentistico (esito comunicato dal Dentista)

positiva

negativa

Note:

.....

Eventuali modifiche richieste:

.....

Firma dentista

Firma Odont. Respons. Fabbricazione Data ____/____/____

2^a - Prova sul paziente effettuata nello studio dentistico (esito comunicato dal Dentista)

positiva

negativa

Note:

.....

Eventuali modifiche richieste:

.....

Firma dentista

Firma Odont. Respons. Fabbricazione Data ____/____/____

Verifica sul paziente a dispositivo finito (esito comunicato dal Dentista)

positiva

negativa

Note:

.....

.....

Firma Odont. Respons. Fabbricazione

Firma Dentista Data ____/____/____

MODELLO DI PRESCRIZIONE

| MITTENTE | | DESTINATARIO | |
|--------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|
| MEDICO Partita Iva / C.F. | | LABORATORIO partita Iva / C.F. | |
| n. iscrizione albo odontoiatri e/o medici | | n. registrazione Ministero Sanità | |
| provincia in cui si è iscritti | | | |
| STUDIO Ragione sociale VIA CITTA' Telefono | | Ragione sociale VIA CITTA' Telefono | |

| | |
|---------------------|------|
| PRESCRIZIONE NUMERO | DATA |
|---------------------|------|

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

| COGNOME E NOME OVVERO CODICE FISCALE | | |
|-------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------|
| | | |
| SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | ETA' | <input type="checkbox"/> BRUXISTA |
| ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITUTIVI | | |
| PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE | | |

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 ----- 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 | FORMA DEL VISO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ◆ ● ■ □ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| COLORE | CAMPIONARIO | | |
| TIPO DI LEGA DA UTILIZZARE | <input type="checkbox"/> ORO | <input type="checkbox"/> PALLADIATA | <input type="checkbox"/> Cr.Co <input type="checkbox"/> altro |

MATERIALI ALLEGATI

| | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FOTO | <input type="checkbox"/> DIAPOSITIVE | <input type="checkbox"/> CERATURA DIAGNOSTICA | <input type="checkbox"/> MODELLI STUDIO <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/> INF | <input type="checkbox"/> MODELLI GIA' SVILUPPATI |
| <input type="checkbox"/> IMPRONTE | RILEVATE IN | | DISINFETTATE CON | |

REGISTRAZIONI OCCLUSALI

| | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERE | <input type="checkbox"/> SILICONI | <input type="checkbox"/> RESINE | <input type="checkbox"/> GESSO |
| <input type="checkbox"/> ARCO FACCIALE | | <input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE PANTOGRAFICA | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 1° PROVA PER 2° PROVA PER 3° PROVA PER CONSEGNA PER | | FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE |
|--------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|

PROTESI TOTALE

Le presenti linee guida fanno riferimento alla dizione “**inserzione di protesi rimovibile – trattamento e applicazione protesi rimovibile completa**” cod. 23.43.1” del Nomenclatore, allegato 7 della Delibera di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008.

Considerazioni diagnostiche e prognostiche

Importanti criteri fisici per determinare la prognosi del trattamento che prevede la fabbricazione di una protesi totale sono:

- 1) *la valutazione della forma dell'arcata del paziente;*
- 2) *la forma della sezione trasversale delle creste alveolari;*
- 3) *estensioni retromiloioidee;*
- 4) *la posizione della lingua.*

Il controllo neuromuscolare contribuisce alla ritenzione e alla stabilità delle protesi totali. La sua efficacia aumenta nel caso di pazienti esperti nell'uso di protesi. Una ritenzione protesica ottimale al momento del posizionamento della protesi può aiutare il paziente ad imparare il controllo neuromuscolare necessario per usare efficacemente la protesi totale.

I suggerimenti nutrizionali dovrebbero essere parte del trattamento per molti pazienti con protesi totali.

Valutare la forma dell'arcata e della cresta, le estensioni retromiloioidee e la posizione della lingua per determinare la prognosi di un trattamento che preveda una protesi totale.

L'overdenture può rappresentare in alcuni casi un'alternativa alla tradizionale protesi totale. I canini sono gli elementi dentali più indicati ad essere mantenuti.

La prognosi di una overdenture è condizionata dal mantenimento di un'adeguata igiene orale.

Impronte e modelli

In caso di estrazioni è necessario attendere un tempo adeguato prima di rilevare le impronte definitive delle arcate edentule.

Assicurarsi di avere la massima copertura ed il contatto intimo dell'area della base della protesi per ottenere il corretto supporto e una ritenzione adeguata della protesi totale. Ricoprire soprattutto le zone anatomiche che resistono più efficacemente ai cambiamenti da riassorbimento.

Registrazioni intermascellari

La registrazione della relazione centrica dovrebbe essere rilevata alla corretta dimensione verticale di occlusione.

Prova ed inserimento iniziale della protesi

Una qualunque sequenza di trattamento per le protesi totali dovrebbe includere una prova dei denti artificiali con basi protesiche stabili per valutare i rapporti intermascellari verticali ed orizzontali, l'estetica e la fonetica. Consegnare al paziente istruzioni verbali e/o scritte sull'uso e la cura della protesi e sulle procedure di pulizia delle strutture di sostegno.

Prevedere una serie di appuntamenti per l'adattamento dopo l'iniziale posizionamento della protesi.

Il contenuto delle presenti linee guida è tratto in parte dal capitolo 7 "ODONTOIATRIA PROTESICA" a cura dell'AIOP (Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica) in LINEE GUIDA IN ODONTOIATRIA, anno 2003, a cura del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane.

MODALITÀ TECNICO-SANITARIE D'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA PROTESICA

CARATTERISTICA DELLA PRESTAZIONE PER L'APPLICAZIONE DI PROTESI TOTALE

L'**odontoiatra** dovrà attenersi ai seguenti passaggi:

- porta impronte individuale in resina
- placca resina con tampone d'occlusione in cera
- articolatore a valori medi
- prova estetica/fonetica
- aspettative estetiche secondo scala colore standard.

Caratteristiche della protesi in relazione al **laboratorio odontotecnico**:

- modelli in gesso IV classe
- montaggio denti a 4 strati,
- zeppatura con resina a caldo
- dichiarazione di conformità previsto dal D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE.

PROTESI PARZIALE

le presenti linee guida fanno riferimento alla dizione

“altra inserzione di protesi rimovibile – trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale cod. 23.43.2” del Nomenclatore, allegato 7 della Delibera di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008.

Indicazioni e criteri diagnostici

Lo scopo di una protesi parziale rimovibile è di ripristinare l'integrità anatomica e funzionale dell'arcata e prevenire in questo modo ulteriori modifiche sia nell'arcata mascellare sia in quella mandibolare.

I criteri di selezione dei denti pilastro per una protesi parziale rimovibile includono:

- *il supporto alveolare (valore osseo)*
- *il rapporto corona-radice dei denti*
- *il numero delle radici*
- *la forma e la curvatura delle radici*
- *l'inclinazione dei denti (posizione nell'arcata)*
- *la mobilità come indice della salute parodontale*
- *la valutazione dei carichi occlusali*
- *la previsione della risposta ai carichi*
- *la possibilità di restaurare il dente*
- *i rapporti occlusali*
- *il contorno della corona*
- *il controllo della placca*
- *le esigenze estetiche.*

Progettazione, requisiti tecnici e principi generali

Il piano di trattamento, la progettazione della protesi parziale rimovibile e la preparazione della bocca sono responsabilità professionale del dentista.

L'odontotecnico può coadiuvare il dentista nella progettazione tecnica della protesi parziale rimovibile ed è responsabile per l'esecuzione del progetto e per la creazione di una struttura che si adatti perfettamente al modello originale.

L'uso di un parallelometro dentale è consigliato per localizzare i sottosquadri e guidare le superfici in relazione all'asse di inserzione stabilito.

Il disegno, il contorno e la rifinitura di una protesi parziale rimovibile dovrebbero minimizzare la ritenzione e il ristagno di cibo.

Avvertire il paziente che la maggior parte delle protesi rimovibili si muove nell'uso.

Preparazione dei denti

Prima di prendere l'impronta per il modello maestro, è consigliabile preparare i denti pilastro modificando i contorni sfavorevoli e creando superfici di guida e sedi di appoggio.

Impronte

Le impronte finali dovrebbero registrare accuratamente le zone critiche dei tessuti molli e duri, specialmente le sedi di appoggio.

Occlusione

L'applicazione della protesi parziale rimovibile deve permettere il mantenimento dei rapporti occlusali preesistenti.

Prova ed inserimento iniziale della protesi

Successivamente alla presa dell'impronta, sono consigliate delle prove per valutare l'adattamento della struttura metallica, l'accuratezza del montaggio sull'articolatore, i denti artificiali selezionati e la loro disposizione

Nell'inserire la protesi finita, assicurarsi che le strutture delle protesi parziali rimovibili siano interamente alloggiare sulle strutture di supporto prima di verificare l'occlusione.

Al momento della consegna del lavoro finito, si raccomanda di dare al paziente istruzioni verbali o scritte e di dimostrare le procedure per il corretto inserimento e rimozione della protesi e per effettuare la sua pulizia.

Il contenuto delle presenti linee guida è tratto in parte dal capitolo 7 "ODONTOIATRIA PROTESICA" a cura dell'AIOP (Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica) in LINEE GUIDA IN ODONTOIATRIA, anno 2003, a cura del Comitato Intersocietario delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane.

MODALITÀ TECNICO-SANITARIE D'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA PROTESICA

CARATTERISTICA DELLA PRESTAZIONE PER L'APPLICAZIONE DI PROTESI PARZIALE

L'**odontoiatra** dovrà attenersi ai seguenti passaggi:

- placca resina con tampone d'occlusione in cera
- articolatore a valori medi
- prova estetica/fonetica
- aspettative estetiche secondo scala colore standard.

Caratteristiche della protesi in relazione al **laboratorio odontotecnico**:

- modelli in gesso IV classe
- ganci fusi o a filo trafilato di adeguata sezione ed elasticità
- montaggio denti a 4 strati
- zeppatura con resina a caldo
- costruzione della protesi secondo lo schema oclusale fornito dall'odontoiatra ed eseguito in base agli strumenti di misura utilizzati
- dichiarazione di conformità previsto dal D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE

RAPPORTI CON IL LABORATORIO ODONTOTECNICO

Si concorda sull'importanza della comunicazione con il Laboratorio Odontotecnico durante tutte le fasi del trattamento.

La comunicazione deve fornire il progetto protesico clinico e tutti gli elementi utili per lo svolgimento tecnico del lavoro protesico nel rispetto della normativa prevista dal D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE dalla legge 93/42.

Analoga considerazione è applicata alla modulistica adottata (modello di etichetta, scheda prove sul paziente, modello di prescrizione) come esemplificata per la protesi rimovibile completa definitiva.

Il titolare dello studio odontoiatrico deve essere in grado di esibire, se richiesta, la seguente documentazione relativa al laboratorio odontotecnico :

- protocollo operativo e organigramma aziendale.
- schede prodotti e schede di sicurezza dei seguenti materiali, comprese quelle relative ai semilavorati:
 - a. ceramica dentale
 - b. lega aurea
 - c. resina
 - d. lega vile per scheletrati
 - e. resina composita fotopolimerizzabile
 - f. policarbonati o materiali per denti da protesi mobile.

I rapporti economici intercorrenti tra studio odontoiatrico e laboratorio odontotecnico sono regolati dalle norme nazionali vigenti in materia e dal dispositivo della LP 12 dicembre 2007 n. 22 art. 6 comma 2/b.

I rapporti economici intercorrenti tra studio odontoiatrico e laboratorio odontotecnico sono altresì aderenti alle indicazioni formulate nella DGP 1886 del 25 luglio 2008 relativamente alle tariffe per le prestazioni odontotecniche.

SINTESI

Il testo che precede si deve intendere quale linea guida adottata dalla Azienda Provinciale per i servizi sanitari in applicazione della Delibera di Giunta Provinciale n. 1886 del 25 Luglio 2008, "Direttive della Giunta provinciale per l'attuazione della Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22, "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento".

Tali linee guida sono applicate nell'ambito delle strutture ambulatoriali della Azienda provinciale per i servizi sanitari e costituiscono parte fondamentale dello schema di accordo negoziale fra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli ambulatori e studi convenzionati.

Di seguito vengono riproposte sinteticamente le linee guida con riferimento a:

L'INFORMAZIONE AL PAZIENTE

DOCUMENTAZIONE CLINICA

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI

FLUOROPROFILASSI

LIBRETTO ODONTOIATRICO

SIGILLATURE DENTALI

ORTODONZIA

CONSERVATIVA

ENDODONZIA

CHIRURGIA

PROTESI

TOTALE

PARZIALE

LABORATORIO ODONTOTECNICO

L'INFORMAZIONE AL PAZIENTE

Nell'aderire alle linee guida adottate dalla APSS l'odontoiatra si impegna al loro rispetto e ne informa il paziente attraverso specifica modulistica messa a disposizione dalla APSS il cui contenuto riguarda le modalità di prevenzione delle infezioni (ad es. uso dei guanti, uso di strumentario sterile), le modalità di esecuzione di alcune prestazioni (ad es. uso della diga di gomma), l'esigibilità della dichiarazione di conformità del fabbricante (protesi) e la titolarità del professionista abilitato alla prestazione (odontoiatra, igienista dentale).

La modulistica sarà resa disponibile ed esposta in sala d'attesa.

La modulistica riporterà i seguenti testi:

- **a garanzia della qualità della prestazione** il tuo dentista aderisce alle linee guida sottoscritte da CAO (Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento, ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) Sezione di Trento, AIO (Associazione Odontoiatri Italiani) Sezione di Trento ed Azienda provinciale per i servizi sanitari della provincia di Trento.

- **a garanzia della tua sicurezza il tuo dentista**

- si informa del tuo stato di salute generale, della eventuale assunzione di farmaci, della presenza di allergie
- ti informa delle terapie odontoiatriche che prevede di eseguire
- ti chiede di sottoscrivere il consenso alle terapie previste
- si impegna alla compilazione del libretto odontoiatrico pediatrico

- **per la prevenzione delle infezioni il tuo dentista**

- utilizza strumentario sottoposto a sterilizzazione
- utilizza materiale monouso quando necessario (siringhe, lame da bisturi, ecc.)
- lava le mani prima delle procedure cliniche e
- usa i guanti ogni qualvolta viene a contatto con la bocca

- **per un miglior risultato della prestazione il tuo dentista**

- usa la diga di gomma in alcuni trattamenti : sigillature dei solchi e fossette, cure canalari, otturazioni.

- **per il rispetto della normativa vigente il tuo dentista**

- esegue personalmente tutte le attività relative alla protesi non delegandole ad altri non autorizzati (odontotecnico)
- ti consegna la dichiarazione di conformità della protesi redatta dal fabbricante (laboratorio odontotecnico)
- emette regolare fattura per ogni prestazione eseguita

DOCUMENTAZIONE CLINICA

E' molto importante, ai fini della qualità della prestazione e della sicurezza dei pazienti, la raccolta delle informazioni relative al paziente e al trattamento con particolare attenzione a:

1. corretta anamnesi
2. esame del paziente
3. elaborazione di una strategia terapeutica
4. informazione al paziente sulla terapia da attuare valutando diverse alternative
5. raccolta del consenso
6. applicazione del protocollo sulla sicurezza
7. attuazione del protocollo terapeutico

Ai fini della sicurezza dei pazienti odontoiatrici assume valore fondamentale la metodologia di raccolta e registrazione dei dati, il rispetto scrupoloso dei requisiti strutturali previsti dalle normative vigenti, la dotazione di attrezzature appropriate, l'attuazione di protocolli operativi corretti con particolare riferimento alle procedure di decontaminazione, disinfezione e sterilizzazione, la dotazione e la competenza nell'uso di attrezzature e di farmaci per affrontare le eventuali emergenze

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE A PROCESSI ASSISTENZIALI

Sul sito della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della provincia di Trento (www.apss.tn.it) nella sezione "Progetti", alla voce "Comitato aziendale per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate a processi assistenziali (CIPASS)", sono reperibili documenti relativi alle Linee guida per l'igiene delle mani in ambiente sanitario (*La prima sfida globale per la sicurezza del paziente – WHO*) e alle indicazioni per la sterilizzazione dei dispositivi medici; sul sito intranet aziendale sono altresì disponibili documenti d'interesse elaborati dai Comitati per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) degli ospedali della APSS.

Le linee guida adottate dalla APSS, in relazione alla normativa provinciale vigente in campo odontoiatrico, aderiscono alle raccomandazioni adottate dal National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Tali raccomandazioni sono contenute in:

Guidelines for infection control in dental health-care settings – 2003"

MMWR - Recommendations and Reports

December 19, 2003 / 52(RR—17);1-61

(www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm).

FLUOROPROFILASSI

La somministrazione di fluoro per via sistemica è raccomandata per tutti i soggetti dai 6 mesi ai 3 anni e costituisce l'unica forma di somministrazione.

| età | <0,3 ppm F | 0,3-0,6 ppm F | >0,6 ppm F |
|---------------------------|------------|---------------|------------|
| dal 3° mese di gravidanza | 1 mg | 1 mg | 0 |
| 0-6 mesi | 0,25 mg | 0 | 0 |
| 6 mesi - 3 anni | 0,25 mg | 0 | 0 |
| 3-6 anni | 0,50 mg | 0,25 mg | 0 |

tabella dosaggi per la somministrazione di fluoro

La somministrazione di fluoro per via topica attraverso l'uso di paste dentifrice a basso contenuto di fluoro (500 ppm) è raccomandata dai 3 ai 6 anni, due volte al giorno. Dopo i 6 anni, l'uso di un dentifricio contenente almeno 1000 ppm di fluoro due volte al giorno è di fondamentale importanza nella prevenzione della carie e può costituire l'unica forma di somministrazione.

LIBRETTO ODONTOIATRICO

La redazione del LSO è ad esclusiva cura dei genitori nei primi 3 anni di vita, a cura dei genitori e degli operatori sanitari (odontoiatra, ortodontista, igienista dentale) nelle età successive.

Le verifiche sul PIP - previste all'età di 4 anni, 7 anni (attraverso lo screening odontoiatrico provinciale), 9 anni, 12 anni e 16 anni - sono effettuate presso le strutture pubbliche o presso strutture private (odontoiatra di fiducia) che s'impegnano all'invio della scheda informativa redatta a cura dello specialista alle strutture del Distretto sanitario di riferimento.

SIGILLATURE DENTALI

Le sigillature sono indicate per tutti i bambini. La loro efficacia nel prevenire la carie è massima se vengono applicate nei 2 anni successivi all'eruzione e la loro integrità va controllata ogni 6-12 mesi.

L'efficacia delle sigillature nel prevenire la carie è massima se vengono applicate in tempi ristretti dopo l'eruzione (nel caso dei primi molari permanenti il momento ideale per la sigillatura è tra il sesto e il settimo anno), per la maggior suscettibilità alla malattia del dente appena erotto e che persiste per i primi due anni circa.

Le indicazioni fornite dalla letteratura, per quanto riguarda le applicazioni dei sigillanti, sono le seguenti:

- primi molari permanenti per bambini fino a 14 anni;
- secondi molari permanenti per bambini fino a 14 anni;
- premolari e molari decidui in bambini ad alto rischio ovvero soggetti il cui stile di vita o una carente terapia di fluoro li rende maggiormente soggetti al manifestarsi di carie;

| | Indicazione |
|----------------------|---------------------------|
| morfologia occlusale | solchi stretti e profondi |
| eruzione | completa |
| presenza carie | no |
| cario recettività | bassa/media/elevata |

L'efficacia dei sigillanti è direttamente correlata alla loro percentuale di ritenzione e questa a sua volta è determinata sia da una corretta tecnica di applicazione sia da un attento e scrupoloso mantenimento di un campo operatorio perfettamente asciutto.

Le sigillature devono essere sottoposte a controllo clinico ogni anno e pertanto devono intendersi ricompresi nella prestazione "sigillatura".

La durata minima prevedibile di una sigillatura è di due anni. Pertanto può essere ripetuta solo dopo due anni dalla precedente applicazione in presenza di resina usurata.

Il rifacimento di una sigillatura prima dei due anni è a carico dell'odontoiatra.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE PER L'ESECUZIONE DELLE SIGILLATURE DENTALI

- isolamento dell'area totale per tutta la durata della sigillatura mediante l'utilizzo della diga di gomma;
- detersione della placca con uno spazzolino rotante e acqua;
- esecuzione di un'ulteriore detersione con spray;
- asciugatura del campo;
- esecuzione della mordenzatura dei solchi: viene effettuata con acido ortofosforico al 37% per circa 30-60"; non strofinare e non passare con lo specillo dopo aver applicato l'acido;
- aspirazione dell'acido e poi lavaggio e asciugatura per 60" al fine di eliminare l'acido;
- controllo della superficie (aspetto gessoso, bianco-opaco);
- applicazione del sigillante procedendo alla sua distribuzione con un applicatore di sottofondo; ricordarsi che si deve sigillare la profondità del solco stesso; si procede dalla periferia verso il centro del solco e lo si lascia scorrere (deve esserci un velo di sigillante); rimuovere le eventuali bollicine d'aria con l'applicatore di sottofondo;
- indurimento del sigillante utilizzando la lampada fotopolimerizzante, rispettando i tempi di polimerizzazione riportati sulla confezione del sigillante (40-60" mediamente);
- controllo della sigillatura: controllare le zone marginali per rilevare l'eventuale presenza di materiale in eccesso;
- rimozione della diga;
- controllo dei contatti occlusali e delle interferenze con apposita carta per articolazione: se la sigillatura è troppo alta la si abbassa con un gommino o meglio con una fresa.

L'applicazione della diga di gomma, finalizzato all'isolamento dell'area da sigillare, è da intendersi come raccomandazione fortemente promossa. L'impossibilità di applicazione della diga, correlata a particolare morfologia dentaria, controindica l'effettuazione della sigillatura e renderà necessari richiami più ravvicinati e rigoroso controllo degli indici di placca. Una corretta igiene orale ed alimentare sono modalità adeguate di prevenzione primaria della carie nell'impossibilità di effettuare la sigillatura secondo criteri di qualità.

ORTODONZIA

Tutte le fasi del trattamento ortodontico prevedono un alto grado di competenza e pertanto tale pratica clinica è di competenza esclusiva dell'abilitato all'esercizio dell'odontoiatria (odontoiatra/medico-chirurgo).

L'ortodontista dovrà attenersi alle norme in vigore in applicazione al D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE.

Le raccomandazioni di comportamento clinico sono applicate nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico che prevede:

1. supporti alla diagnostica ortodontica
2. diagnosi
3. terapia
4. fine cura

Supporti alla diagnostica ortodontica

i piani di trattamento dovranno essere corredati della seguente documentazione:

- radiografie delle arcate dentarie (OPT)
- teleradiografie in proiezione laterolaterale
- teleradiografie in proiezione posteroanteriore se presente asimmetria facciale
- cefalometria
- modelli di studio in gesso squadri (iniziali) e cera di masticazione
- fotografie (iniziali): viso (frontale, laterale destra e sinistra), arcate (frontale, laterale destra e sinistra), occlusali (superiore ed inferiore).

La mancata esecuzione degli accertamenti radiologici deve essere motivata con specifica relazione.

Diagnosi

- indicazione della diagnosi clinica
- individuazione del grado di necessità di trattamento secondo l'indice IOTN
- redazione del LSO (libretto sanitario odontoiatrico) per la parte di competenza

Terapia

- indicazione della durata prevista, della tipologia delle apparecchiature previste
- motivazione di eventuale prolungamento della terapia
- sottoscrizione del consenso al trattamento.

Fine cura

- motivazione di eventuale sospensione della terapia
- modelli di studio in gesso squadri (finali) e cera di masticazione
- fotografie (finali): viso (fronte, laterale destra e sinistra), arcate (fronte, laterale destra e sinistra), occlusali (superiore ed inferiore)
- radiografie delle arcate dentarie (OPT)

La mancata esecuzione degli accertamenti radiologici deve essere motivata con specifica relazione.

L'accesso alle cure ortodontiche è sottoposto ad una valutazione di tipo clinico che discrimina rispetto alla necessità delle cure medesime. A tale scopo è adottato il modello di valutazione delle malocclusioni, definito "Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico" (IOTN) come definito nell'Allegato n. 4 della Delibera di Giunta Provinciale dell' 11 Settembre 2008 n. 2302 : "Direttive della Giunta provinciale per l'attuazione della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22, Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento. anno 2008".

Il modello di valutazione delle malocclusioni, definito "Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico" (IOTN) è riportato a pag. 48.

Le raccomandazioni di comportamento clinico, come sopra descritte, costituiscono parte fondamentale dello schema di accordo negoziale fra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli ambulatori e studi convenzionati utilizzabili per produrre " indicatori di processo " e risultato finale, e contribuire all'autovalutazione delle prestazioni individuali e di team, rispetto alla qualità medico-tecnica dell'assistenza fornita.

Il modello di prescrizione ortodontica per la comunicazione con il laboratorio deve richiamare eventuali precauzioni da adottare nella fabbricazione del manufatto ortodontico in particolare per quanto riguarda la possibilità di allergia del paziente ai materiali utilizzati.

Il modello di prescrizione ortodontica per la comunicazione con il laboratorio dovrà essere conforme alle disposizioni del D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE analogamente all'allegato modello di prescrizione ortodontica come proposto (vedi pag.47).

CONSERVATIVA

ISOLAMENTO DEL CAMPO OPERATORIO

Tutti i materiali da restauro, i sottofondi e gli adesivi dentinali sono sensibili all'umidità. Un buon isolamento con la diga di gomma del campo operatorio riduce l'umidità e l'inquinamento batterico consentendo il massimo delle performance dei materiali usati. L'uso della diga di gomma è altresì indicato per la sicurezza del paziente (prevenzione ingestione e/o inalazione corpi) e degli operatori (riduzione contaminazione salivare).

RACCOMANDAZIONI

La preparazione cavitaria deve essere la più conservativa possibile, compatibilmente con le tecniche ed i materiali scelti per il restauro.

La rifinitura corretta dei margini è raccomandata in quanto migliora l'adattamento marginale ed influenza la durata nel tempo dei restauri.

Un corretto isolamento del campo operatorio con la diga di gomma è essenziale per il successo terapeutico.

SCELTA DEL MATERIALE

Nei settori frontali, per i restauri diretti, le resine composite congiuntamente ad un adeguato sistema adesivo sono il materiale di prima scelta.

Nei settori posteriori, l'amalgama d'argento continua a rappresentare un materiale affidabile e sicuro. Il Ministero Italiano della Sanità ha tuttavia recentemente raccomandato di evitarne l'uso nelle donne in gravidanza e nei bambini sotto i sei anni.

Anche le resine composite, combinate con l'uso degli adesivi dentinali hanno dato prova di buoni risultati su premolari e molari. Il loro posizionamento corretto richiede tuttavia maggior attenzione ed una tecnica operativa più complessa, rispetto all'uso dell'amalgama dell'argento e un isolamento del campo operatorio con diga di gomma.

Altri tipi di materiale quali i cementi vetro-ionomerici, i compomeri non sono indicati per cavità di I, II classe e ricostruzioni.

Gli adesivi smalto dentinali rappresentano una eccellente modalità di ancoraggio dei materiali ai tessuti dentari. L'azione dei vari prodotti chimici che modificano la dentina e lo smalto per favorirne l'adesione con la resina composita è fortemente disturbata da inquinamenti esterni (sangue, saliva ecc). Un corretto isolamento del campo operatorio è fondamentale.

RIFINITURA E LUCIDATURA

Tutti i restauri vanno rifiniti e lucidati.

La rifinitura e la lucidatura si eseguono con strumenti e frese ad azione di taglio decrescente. Una superficie liscia e levigata è meno ritentiva per la placca batterica e contribuisce all'ottenimento di un buon adattamento marginale.

ENDODONZIA

NORME DI TRATTAMENTO DELLO STRUMENTARIO

Tutto lo strumentario utilizzato deve essere stato sottoposto a procedure di sterilizzazione.

PROCEDURA

La pulizia, sagomatura, disinfezione e otturazione di tutti i canali avvengono ricorrendo a tecniche asettiche con isolamento tramite diga di gomma.

CHIRURGIA

DENTI SOVRANNUMERARI

Iter diagnostico-terapeutico

I denti sovranumerari inclusi asintomatici possono essere osservati su radiogrammi eseguiti per altro motivo.

Le situazioni cliniche che fanno sospettare la presenza di elementi soprannumerari sono:

- assenza di elementi permanenti in arcata,
- agenesia,
- malposizione di denti permanenti erotti,
- malocclusione,
- diastema interincisivo,
- anamnesi familiare con denti sovranumerari,
- riassorbimento a carico delle radici dei denti adiacenti con perdita della loro vitalità e relativa sintomatologia,
- tumefazione sul versante vestibolare o palatino/linguale.

Più raramente i denti sovranumerari possono manifestarsi con:

- eruzione ectopica nella cavità nasale,
- eccezionalmente, rinite e dolore facciale,
- eccezionalmente, deviazione del setto nasale.

Nei casi di sospetto clinico è indicata un'indagine radiografica. I due esami maggiormente richiesti sono l'OPT e le rx endorali.

Le radiografie endorali, in proiezione oclusale e periapicale, consentono di confermare il sospetto clinico.

La posizione vestibolare o linguale del sovranumerario rispetto agli elementi dentari contigui può essere identificata mediante radiografie endorali, applicando la tecnica di Clark.

Pertanto l'indagine radiografica per la ricerca di sovranumerari è indicata solo quando c'è un sospetto clinico e specialmente quando vi sia il sospetto di qualche altra patologia, come ad esempio una cisti dentigera.

PROTESI

Le raccomandazioni di comportamento clinico sono applicate nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico che prevede:

1. diagnosi
2. supporti alla diagnostica protesica
3. pianificazione

Le raccomandazioni di comportamento clinico, come sopra descritte, costituiscono parte fondamentale dello schema di accordo negoziale fra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari e gli ambulatori e studi convenzionati utilizzabili per produrre “ indicatori di processo “ e risultato finale, e contribuire all'autovalutazione delle prestazioni individuali e di team, rispetto alla qualità medico-tecnica dell'assistenza fornita.

Pertanto la diagnosi, i supporti alla diagnostica protesica e la pianificazione facenti parte del percorso diagnostico terapeutico del paziente che necessita di riabilitazione protesica devono trovare riscontro nella scheda/cartella del paziente ed essere conservate.

Tutte le fasi del trattamento protesico prevedono un alto grado di competenza e pertanto tale pratica clinica è di competenza esclusiva dell'abilitato all'esercizio dell'odontoiatria (odontoiatra/medico-chirurgo).

I rapporti che vengono intrattenuti con l'odontotecnico fanno riferimento esclusivamente alla produzione della protesi dentale e al servizio di ritiro e consegna presso lo studio odontoiatrico del manufatto protesico.

Vista l'assenza d'aspettative estetiche e l'uso di denti artificiali secondo scala colore standard la presenza dell'odontotecnico presso lo studio per la prova colore è esclusa

E' escluso altresì qualsiasi altro servizio, nonché utilizzo di strumenti o tecnologie.

Il protesista dovrà attenersi alle norme in vigore in applicazione al D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE.

PROTESI TOTALE

L'**odontoiatra** dovrà attenersi ai seguenti passaggi:

- porta impronte individuale in resina
- placca resina con tampone d'occlusione in cera
- articolatore a valori medi
- prova estetica/fonetica
- aspettative estetiche secondo scala colore standard.

Caratteristiche della protesi in relazione al **laboratorio odontotecnico**:

- modelli in gesso IV classe
- montaggio denti a 4 strati,
- zeppatura con resina a caldo
- dichiarazione di conformità previsto dal D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE.

PROTESI PARZIALE

L'**odontoiatra** dovrà attenersi ai seguenti passaggi:

- placca resina con tampone d'occlusione in cera
- articolatore a valori medi
- prova estetica/fonetica
- aspettative estetiche secondo scala colore standard.

Caratteristiche della protesi in relazione al **laboratorio odontotecnico**:

- modelli in gesso IV classe
- ganci fusi o a filo trafilato di adeguata sezione ed elasticità
- montaggio denti a 4 strati
- zeppatura con resina a caldo
- costruzione della protesi secondo lo schema oclusale fornito dall' odontoiatra ed eseguito in base agli strumenti di misura utilizzati
- dichiarazione di conformità previsto dal D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE

RAPPORTI CON IL LABORATORIO ODONTOTECNICO

Si concorda sull'importanza della comunicazione con il Laboratorio Odontotecnico durante tutte le fasi del trattamento.

La comunicazione deve fornire il progetto protesico clinico e tutti gli elementi utili per lo svolgimento tecnico del lavoro protesico nel rispetto della normativa prevista dal D.Lgs 46/97, recepimento della Direttiva Europea 43/92/CEE dalla legge 93/42.

Analoga considerazione è applicata alla modulistica adottata (modello di etichetta, scheda prove sul paziente, modello di prescrizione).

Il titolare dello studio odontoiatrico deve essere in grado di esibire, se richiesta, la seguente documentazione relativa al laboratorio odontotecnico :

- protocollo operativo e organigramma aziendale.
- schede prodotti e schede di sicurezza dei seguenti materiali, comprese quelle relative ai semilavorati:
 - ceramica dentale
 - lega aurea
 - resina
 - lega vile per scheletrati
 - resina composita fotopolimerizzabile
 - policarbonati o materiali per denti da protesi mobile.

I rapporti economici intercorrenti tra studio odontoiatrico e laboratorio odontotecnico sono regolati dalle norme nazionali vigenti in materia e dal dispositivo della LP 12 dicembre 2007 n. 22 art. 6 comma 2/b.

I rapporti economici intercorrenti tra studio odontoiatrico e laboratorio odontotecnico sono altresì aderenti alle indicazioni formulate nella DGP 1886 del 25 luglio 2008 relativamente alle tariffe per le prestazioni odontotecniche.

Linee guida per la individuazione delle modalità tecnico-sanitarie d'erogazione della assistenza odontoiatrica in Provincia di Trento in attuazione della delibera di giunta provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008 "Direttive per l'attuazione della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento approvate nella riunione del Comitato del Dipartimento di Odontostomatologia nella seduta dell' 11 novembre 2008 adottate per l'anno 2008 e soggette a revisione annuale.