



Agenzia di
Sanità Pubblica

Regione Lazio



Disabilità e Salute Orale



La promozione della salute orale
nelle persone diversamente abili



**Agenzia di Sanità Pubblica della
Regione Lazio (ASP)**

Direttore Generale

Franco Splendori

Coordinamento e Direzione Scientifica ASP

Gabriella Guasticchi



Disabilità e Salute Orale

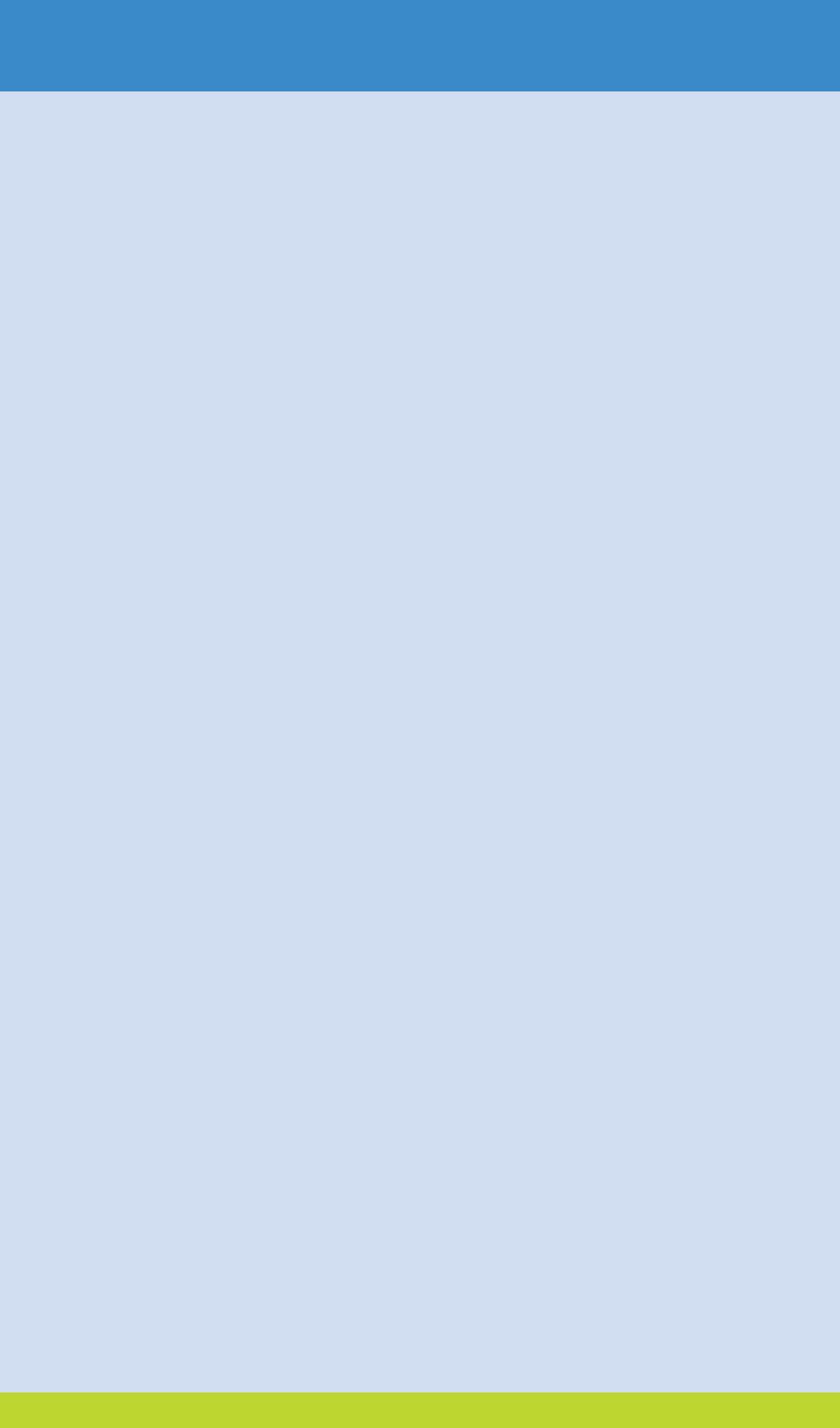
La promozione della salute orale
nelle persone diversamente abili

Il testo è stato curato da:

Lilia Biscaglia (Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio)

Rita De Giuli (Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio)

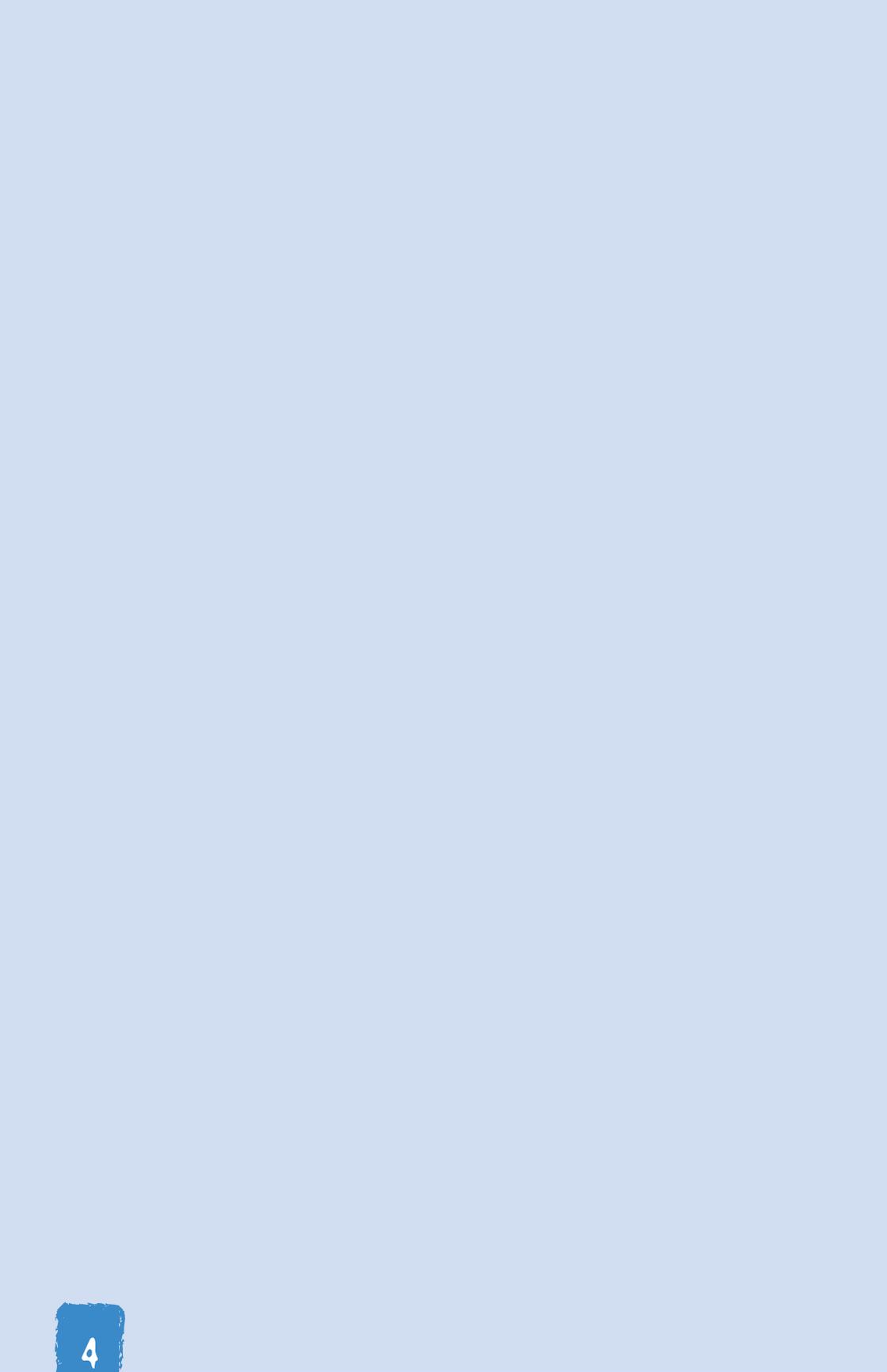
Velia Custureri (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù)





Indice

Introduzione	pagina 5
parte prima	
La Salute Orale: principi e tecniche per l'igiene orale e il mantenimento della salute di denti e bocca	pagina 7
1. Denti e gengive sane	pagina 9
2. La crescita dei denti	pagina 10
3. La bocca	pagina 12
4. La lingua	pagina 13
5. Le più frequenti patologie del cavo orale	pagina 13
6. I mezzi della prevenzione	pagina 17
parte seconda	
La persona con bisogni speciali: promozione della salute orale e prevenzione delle patologie di denti e bocca	pagina 25
1. Il disabile nell'igiene orale quotidiana	pagina 27
2. L'approccio alla persona disabile nell'igiene orale quotidiana	pagina 29
3. Problematiche di salute orale di particolare rilievo per la persona disabile	pagina 30
4. Il dolore di denti e bocca	pagina 32
Conclusioni	pagina 35
Le parole del dentista	pagina 37





Introduzione

Una buona salute del cavo orale vuol dire molto più che avere denti sani: è una condizione che influenza fortemente lo stato di salute generale della persona e la sua qualità di vita. Avere denti sani e forti è importante per masticare un'ampia varietà di cibo e nutrirsi in modo adeguato; la presenza di tutti i denti favorisce l'emissione dei suoni, consentendo di parlare in modo corretto e comprensibile; una dentatura sana e armoniosa contribuisce a migliorare l'immagine di sé e ad incrementare l'autostima; l'attenzione allo stato di salute della bocca consente di mettere in luce i sintomi di alcune malattie che si manifestano a livello del cavo orale. Il mantenimento della salute orale costituisce, quindi, una fondamentale misura di salvaguardia della qualità della vita, in ogni sua tappa e in ogni condizione psico-fisica.

Il manifestarsi di una difficoltà nell'interazione tra la persona ed i suoi fattori contestuali (personali e ambientali)¹ determina una condizione di "disabilità". Essa può essere sensoriale, mentale, motoria oppure queste possono presentarsi in associazione tra di loro. La disabilità non comporta lo sviluppo di patologie odontostomatologiche diverse da quelle del resto della popolazione, nè è diversa la tecnica odontoiatrica per il loro trattamento. Tuttavia, esse si presentano all'attenzione dello specialista per interventi di urgenza e negli stadi più avanzati in quanto la salute orale e la cura della bocca, spesso, assumono un'importanza secondaria rispetto ad altre problematiche psico-fisiche della persona disabile. Nella disabilità, la gravità del quadro clinico legata a possibili ritardi nella cura, unita ad eventuali difficoltà di collaborazione durante il trattamento odontoiatrico, determinano un maggiore ricorso ad interventi odontoiatrici in sedazione o in anestesia generale. Pertanto, la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie a carico della bocca devono rientrare nel più ampio percorso di promozione e mantenimento della salute generale delle persone disabili, tanto quanto per il resto della popolazione.

Questa pubblicazione vuole essere un contributo alla conoscenza dei principi di promozione della salute orale e prevenzione delle patologie a carico della bocca in persone diversamente abili, rivolta ai familiari ed agli operatori dell'area della riabilitazione che grande ruolo hanno sia nel sostenere la motivazione all'igiene orale che nel supportare o effettuare le specifiche manovre.

La pubblicazione è articolata in due parti. La prima è dedicata ai principi e alle tecniche per l'igiene orale e per il mantenimento della salute di bocca e denti, la seconda affronta alcuni aspetti relativi alla salute orale con una particolare attenzione ai bisogni delle persone disabili.

¹ I fattori personali sono fattori contestuali correlati all'individuo quali l'età, il sesso, le esperienze di vita. I fattori ambientali sono tutti gli aspetti del mondo esterno che costituiscono il contesto di vita di una persona.



parte prima

La Salute Orale:

principi e tecniche per l'igiene orale e il
mantenimento della salute di bocca e denti



1. Denti e gengive sane

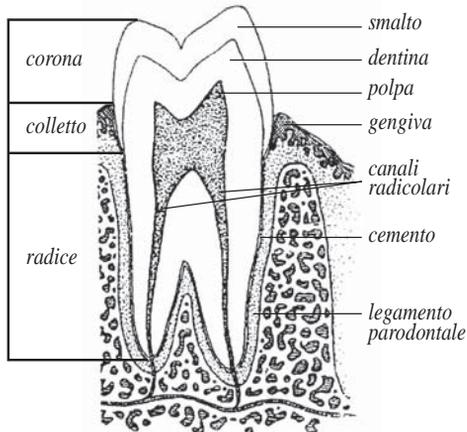
I *denti* non servono solo per masticare, sono importanti anche per parlare e per una chiusura armonica della bocca.

Le parti principali del dente sono la corona, il colletto e la radice.

La *corona* è la parte visibile che sporge nella cavità orale, la *radice* è la parte non visibile, racchiusa nell'osso ed il *colletto* è la parte intermedia tra la corona e la radice.

Le varie parti del dente sono formate da sostanze diverse. Lo *smalto* è uno strato molto duro, di colore biancastro, che riveste la corona e la porzione superiore del colletto; è composto per il 97% da sali inorganici ed è particolarmente resistente all'abrasione. Al di sotto dello smalto vi è la *dentina*, composta per il 67% da sali inorganici e perciò meno dura dello smalto. Nella dentina sono presenti piccole strutture tubulari che trasmettono gli stimoli dolorosi ai nervi della polpa. La *polpa* è il tessuto molle che contiene i vasi sanguigni e i nervi che giungono al dente attraverso i *canali radicolari*. Anche la radice del dente è formata da dentina rivestita da un sottile strato di tessuto calcificato detto *cemento*.

le parti del dente



Ciascun dente è alloggiato in una cavità ossea detta alveolo, cui aderisce per mezzo del *legamento parodontale*, un tessuto fibroso che costituisce una sorta di ammortizzatore tra cemento e osso alveolare.

La *gengiva* è la parte della mucosa delle bocca che circonda i denti e ricopre l'osso alveolare. Una gengiva sana è di colore rosa, il suo contorno segue il colletto dei denti e la superficie presenta una leggera granulosità, a buccia d'arancia.

Nella bocca i denti sono a contatto con saliva e flora batterica. La saliva, secreta dalle ghiandole salivari maggiori e da quelle accessorie disseminate nella cavità della bocca, è costituita essenzialmente di acqua; la sua produzione è di circa 1 litro al giorno. La saliva svolge un ruolo meccanico lubrificante che protegge i tessuti della bocca, consente la masticazione del cibo e la formazione del bolo alimentare. La flora batterica del cavo orale si sviluppa poche ore dopo la nascita e oltre ai batteri contiene altri microrganismi che convivono in armonia o simbiosi non arrecando danni all'organismo; tuttavia, in presenza di uno squilibrio o di un calo delle difese immunitarie si può avere un suo sviluppo eccessivo, con la comparsa di lesioni della mucosa della bocca.

2. La crescita dei denti

I denti *decidui* o da latte sono presenti solo nell'infanzia; successivamente vengono sostituiti dai denti *permanenti*, che costituiscono la cosiddetta dentatura definitiva. I denti decidui, di colore bianco latte, sono 20, così suddivisi per ogni arcata dentale:

- 2 incisivi centrali
- 2 incisivi laterali
- 2 canini
- 4 molari

Gli incisivi centrali inferiori sono di solito i primi denti decidui a spuntare tra il 3° e il 6° mese di vita del bambino, mentre gli incisivi superiori erompono leggermente più tardi, di solito tra il 5° e il 7° mese di vita. Generalmente, entro il primo anno di vita si completa l'eruzione degli incisivi centrali e laterali delle due arcate. L'eruzione dei denti decidui è completa a circa 2 anni e mezzo d'età.

Incisivi centrali e laterali	dal 3° al 12° mese
Primi molari decidui	dal 12° al 18° mese
Canini	dal 18° al 24° mese
Secondi molari decidui	dal 24° al 30° mese



L'eruzione dei denti permanenti inizia intorno ai 6 anni con lo spuntare in cavità orale del primo molare: il primo dente permanente, che non prende il posto di nessun dente da latte ma si posiziona in fondo all'arcata. Questo dente risulta di particolare importanza per tutta la dentizione permanente in quanto "gestisce" le operazioni di permuta, guidando al proprio posto gli altri denti permanenti che cominciano ad erompere in cavità orale. Dopo i 6 anni infatti, la radice dei denti da latte comincia a consumarsi e a riassorbirsi, spinta via dai denti permanenti sottostanti. Fra i 6 e i 7 anni vengono cambiati gli incisivi centrali, seguiti, dopo un breve intervallo, da quelli laterali. Questa dentatura mista, ossia con denti da latte e permanenti, rimane solitamente fino ai 12 anni: tra i 9 e gli 11 anni i canini decidui vengono sostituiti da quelli permanenti mentre tra i 10 e gli 11 anni i primi molari da latte vengono sostituiti dai premolari. Intorno agli 11-12 anni i secondi molari da latte vengono sostituiti dai secondi premolari permanenti. Infine, a 12-13 anni completano la dentizione definitiva i secondi molari permanenti che, come i primi, non rimpiazzano alcun dente deciduo. I denti del giudizio (terzi molari permanenti) non sono presenti in tutte le persone e la loro eruzione avviene in un'età variabile, solitamente dopo i 17 anni.

Primi molari permanenti	intorno ai 6 anni
Incisivi centrali e laterali	tra i 6 e i 7 anni
Canini	dai 9 agli 11 anni
Premolari permanenti	intorno ai 10-11 anni
Secondi molari permanenti	intorno ai 12-13 anni
Denti del giudizio	dopo i 17 anni

Alla fine la dentatura definitiva sarà costituita da 32 denti così distribuiti per ciascuna arcata:

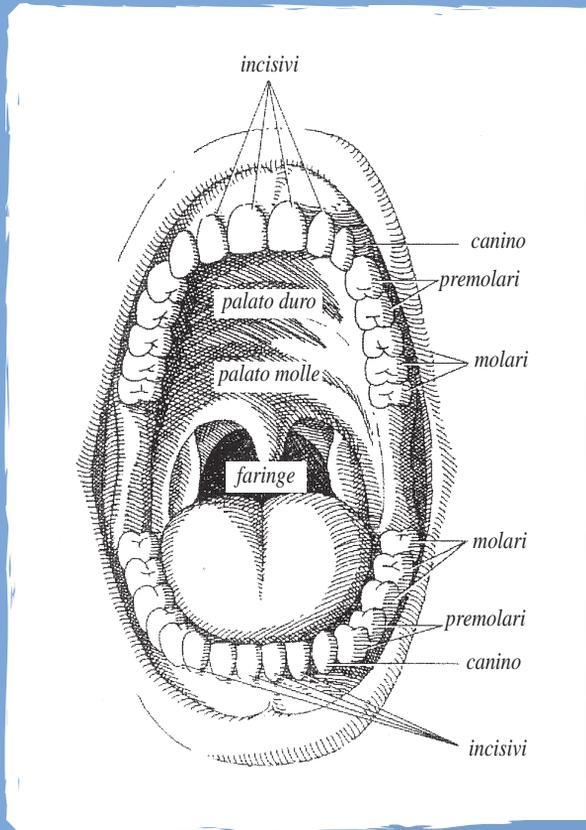
- 2 incisivi centrali
- 2 incisivi laterali
- 2 canini
- 4 premolari
- 6 molari

I tempi di eruzione dei denti possono variare notevolmente da una persona all'altra. Le persone disabili possono incorrere con maggiore frequenza in ritardi nell'eruzione sia dei denti da latte che di quelli permanenti. In taluni casi si può avere la mancanza di alcuni elementi dentali e imperfezioni a livello di smalto e dentina.

3. La bocca

La *bocca* è costituita da una cavità (cavità orale) suddivisa in due parti dalle arcate dentarie: una esterna, il vestibolo della bocca, ed una interna, la cavità orale propriamente detta. Il *palato* separa la bocca dalla cavità nasale. La parte anteriore del palato è detta palato duro ed è la zona in cui poggia la lingua quando la bocca è chiusa. Il palato molle si trova dietro al palato duro e si prolunga posteriormente nella *faringe*, cioè la cavità in cui si incontrano l'apparato digerente e quello respiratorio. Quando mangiamo il palato molle chiude automaticamente l'accesso alla cavità nasale, in modo che il cibo non vada ad ostruire le vie aeree. I denti presentano una forma diversa a seconda della loro funzione: gli incisivi, a forma di scalpello, con il margine tagliente, sono i denti anteriori che si usano per tagliare gli alimenti. I canini, di forma conica, servono per strappare. I premolari presentano due cuspidi e servono per strappare e tritare il cibo. Infine, i molari, situati in fondo alla bocca, servono per tritare il cibo durante la masticazione.

la bocca e la dentatura definitiva





4. La lingua

Senza la *lingua* non si può né parlare, né deglutire, né sentire i sapori. La lingua infatti partecipa:

- a. alla fonazione. Per pronunciare le consonanti "d" e "t" la lingua deve essere avvicinata o appoggiata ai denti anteriori superiori; anche per pronunciare il suono "l" è necessaria l'interazione tra lingua e denti;
- b. alla manipolazione e posizionamento del cibo e alla deglutizione. L'odore e il sapore degli alimenti provoca la secrezione immediata della saliva, che aiuta a sciogliere, diluire e lubrificare il bolo alimentare. Durante la masticazione, le guance si contraggono e la lingua sposta il cibo fra i denti e contro il palato duro; la deglutizione avviene quando la lingua spinge il bolo contro il palato e poi posteriormente nell'orofaringe;
- c. alla percezione del gusto. La saliva dissolve le sostanze chimiche presenti negli alimenti, che entrano in contatto con le papille gustative della lingua provocando così la sensazione del gusto.

Inoltre, l'aspetto della lingua può fornire utili indicazioni rispetto allo stato di salute generale dell'organismo. Ad esempio, in presenza di disidratazione la lingua si presenta secca e patinosa.

5. Le più frequenti patologie del cavo orale

Le principali malattie dei denti e dei loro tessuti di sostegno (parodonto) sono determinate da fattori ben individuati e controllabili tramite una corretta igiene orale. La *carie* e le *parodontopatie* (gingiviti e parodontiti) sono collegate, infatti, alla presenza della placca batterica e del tartaro, che si formano nei casi di igiene orale scarsa o non efficace.

La *placca batterica* è un deposito molle, di colore bianco-giallastro, composto da batteri e residui di cibo, che si deposita sulla superficie dei denti, soprattutto vicino al bordo gengivale. Se non costantemente rimossa, essa va incontro ad un processo di mineralizzazione e si trasforma in tartaro.

Il *tartaro* è un deposito duro, che non può essere eliminato dallo spazzolino da denti e che determina l'infiammazione della gengiva e del parodonto profondo (legamento alveolare, cemento, osso alveolare).

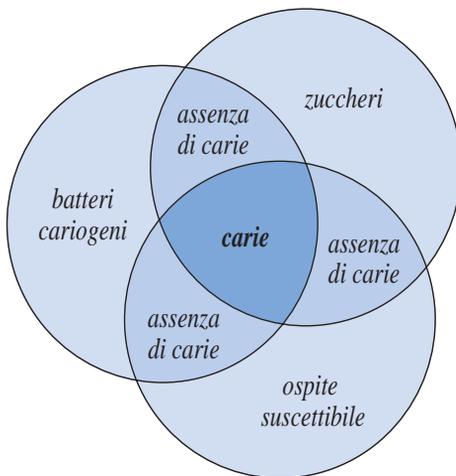
alterazioni della masticazione e della deglutizione e

La masticazione comporta una serie di movimenti coordinati dei muscoli che chiudono la bocca e alzano e abbassano la mandibola, in modo che i denti possano schiacciare e tritare il cibo. L'ipotono della muscolatura orofacciale determina una riduzione della capacità masticatoria e richiede solitamente una dieta costituita da alimenti morbidi o semiliquidi che impediscono la naturale autodeterzione dei denti durante la masticazione, la cui conseguenza è l'accumulo di placca batterica. Nei casi di ridotta capacità di deglutizione si verifica un accumulo della saliva in cavità orale, che, combinata all'accumulo di placca, favorisce la mineralizzazione di quest'ultima e quindi la formazione di tartaro.

5.1. La carie

La *carie* è un processo patologico che provoca la progressiva distruzione dei tessuti duri del dente. Per potersi sviluppare necessita della presenza contemporanea di tre fattori: ospite suscettibile, dieta ricca di zuccheri, batteri ad attività cariogena.

i fattori coinvolti nell'insorgenza della carie





Ospite suscettibile

Le caratteristiche strutturali dei denti incidono notevolmente sulla possibilità di formazione della carie; ad esempio, se il dente presenta solchi molto accentuati si avrà un maggiore ristagno di residui alimentari e di placca batterica, che sono i fattori determinanti del processo carioso. Un'altra condizione in cui si verifica un accumulo di placca difficilmente rimovibile è l'affollamento dentario; in questo caso gli spazi tra un dente e l'altro diventano poco raggiungibili dalle setole dello spazzolino. Anche alterazioni del PH salivare possono determinare una maggiore suscettibilità alla carie.

Dieta ricca di zuccheri

Gli zuccheri svolgono un ruolo fondamentale nell'insorgenza della carie: essi sono trasformati in acidi da alcuni tipi di batteri normalmente presenti nel cavo orale, tali acidi provocano la demineralizzazione del dente, dando avvio al processo carioso.

Batteri ad attività cariogena

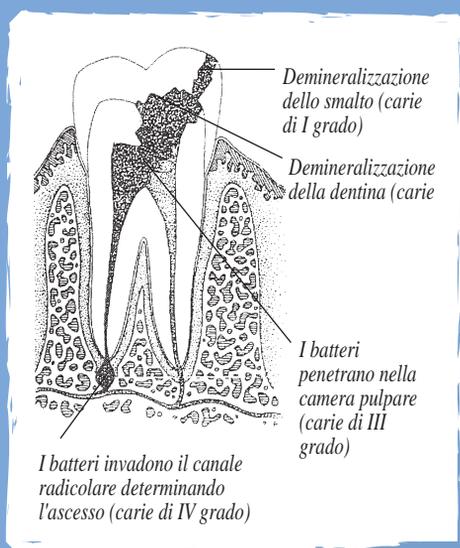
Nel cavo orale sono presenti circa 300 specie microbiche di cui almeno 20 cariogene. I principali batteri responsabili della lesione cariosa sono lo *Streptococco mutans* e i Lattobacilli; il primo in particolare, è in grado di legarsi alla superficie dello smalto e di costruire una rete di polisaccaridi alla quale aderiscono numerosi altri microrganismi. I Lattobacilli contribuiscono soprattutto alla formazione degli acidi responsabili della demineralizzazione di smalto e dentina e quindi dell'insorgenza della carie.

Gli stadi della carie

Sono 4 gli stadi di progressiva gravità della carie, ad ognuno dei quali corrisponde una possibile terapia. L'intervento precoce consente di preservare, quanto più possibile, la vitalità e l'integrità del dente.

- Carie di I grado: è limitata alla superficie del dente, interessando solo lo smalto;
- Carie di II grado: progredisce oltre lo smalto, interessando anche la dentina;
- Carie di III grado: raggiunge la polpa del dente provocandone l'infiammazione (pulpite), con dolore pulsante ed intenso e localizzato;
- Carie di IV grado: l'infezione della polpa può portare all'ascesso dentario con necrosi della polpa stessa; l'ascesso è un processo infettivo di origine batterica caratterizzato da gonfiore, rossore, senso di calore e spesso anche da dolore pulsante e febbre.

gli stadi progressivi della carie



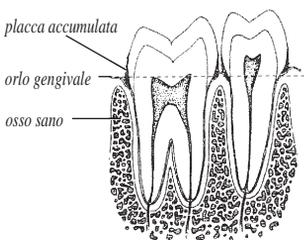
5.2. Le parodontopatie

Le *parodontopatie* sono infiammazioni del parodonto, ovvero dei tessuti di sostegno del dente. Esse possono interessare il parodonto marginale (gingiviti) e profondo (parodontiti). Solitamente le parodontopatie sono determinate da fattori locali (placca batterica) ma possono concorrervi anche fattori iatrogeni (otturazioni e protesi mal eseguite), e fattori generali (vedi riquadro). L'accumulo di placca batterica e tartaro, legati a scarsa igiene orale, sono le cause più frequenti di gingiviti e parodontiti.

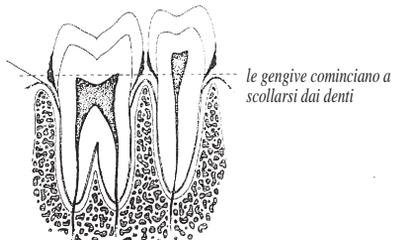
Le *gingiviti* si manifestano inizialmente con arrossamento e tumefazione della gengiva e sanguinamento gengivale durante lo spazzolamento dei denti.

Le *parodontiti* si verificano a seguito dello scollamento del bordo gengivale dal dente e della formazione delle "tasche parodontali". Con l'interessamento dei tessuti profondi di sostegno del dente si ha un progressivo aumento della mobilità dentale, accompagnato da retrazione della gengiva e, talvolta, da dolore e formazione di pus per ascesso parodontale. Se non contrastato, questo processo patologico porta alla perdita del dente.

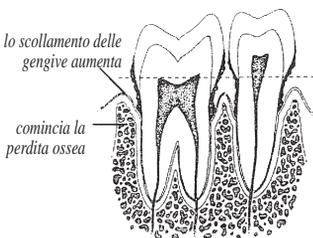
la progressione dei disturbi gengivali



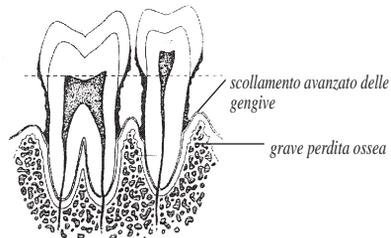
Accumulo della placca: la causa diretta della gengivite è l'accumulo della placca sull'orlo gengivale.



Stadio 1: la gengivite è caratterizzata da un'infiammazione delle gengive che incominciano a scollarsi dai denti.



Stadio 2: se non viene trattata, la gengivite degenera in parodontite. In questa fase le gengive continuano a ritirarsi e il tessuto osseo sottostante comincia a deteriorarsi.



Stadio 3: la parodontite avanzata è caratterizzata da grave perdita dell'osso alveolare e ulteriore scollamento delle gengive.



fattori "generali" predisponenti all'insorgenza delle parodontopatie

I fattori "generali" che possono favorire gengiviti e parodontiti sono:

- fattori endocrini: alterazioni ormonali, sia in relazione a pubertà, gravidanza e menopausa che a specifiche patologie
- fattori ematologici: malattie del sangue (anemie e leucemie)
- fattori nutrizionali: carenza di alcune vitamine (A e/o C)
- fattori farmacologici: assunzione prolungata di farmaci (es. alcuni antiepilettici e antipertensivi). I farmaci possono anche determinare un PH acido della saliva che favorisce la formazione di tartaro oppure possono causare una diminuzione del flusso salivare, ostacolando l'autodetersione della bocca e favorendo l'insorgenza di carie e processi infiammatori a carico della gengiva

Anche le malocclusioni (rapporto anomalo di chiusura dei denti superiori e inferiori), il digrignamento dei denti e il fumo sono correlati all'insorgenza di gengiviti e parodontiti.

6. I mezzi della prevenzione

La *prevenzione* della carie si basa su:

- controllo della flora batterica attraverso una corretta igiene orale;
- fluoroprofilassi;
- controllo delle abitudini alimentari.

6.1. L'igiene orale

L'*igiene orale* è il presupposto fondamentale per mantenere la salute della bocca ma essa, per essere efficace, necessita di un uso corretto dello spazzolino e degli altri strumenti a disposizione

disabilità e igiene orale

La condizione di disabilità, spesso, comporta l'impossibilità o la ridotta capacità di esecuzione, per motivi diversi, di autonome ed efficaci manovre di igiene orale quotidiana che quindi devono essere supportate o eseguite direttamente dal caregiver.

Lo spazzolino da denti e la tecnica di spazzolamento

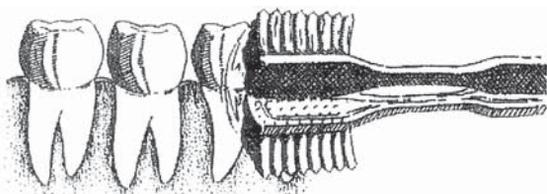
Lo spazzolino da denti consente di rimuovere la placca batterica. Lo spazzolamento deve interessare le superfici di tutti i denti e va ripetuto dopo ogni pasto, solitamente almeno tre volte al giorno. La pulizia con lo spazzolino deve durare un tempo non inferiore ai tre minuti.

Esistono svariati tipi di spazzolini, in relazione alle necessità individuali. È preferibile che la testina dello spazzolino non abbia una lunghezza superiore ai 2,5 cm e una larghezza superiore ad 1 centimetro: in questo modo sarà più facile raggiungere anche le superfici dei denti più difficilmente accessibili allo spazzolamento come le facce interne dei denti posteriori. Le setole di nylon devono avere le punte arrotondate e lo spazzolino deve essere sostituito non appena esse si aprono a ciuffi e si mantengono piegate, in quanto possono danneggiare la gengiva e, soprattutto, non consentono più di rimuovere efficacemente la placca. La sostituzione va effettuata generalmente ogni tre mesi o anche meno, a seconda del grado di usura.

La *tecnica di Bass modificata* è la più efficace tecnica di spazzolamento; essa consiste nel far ruotare ripetutamente lo spazzolino dalla gengiva verso il dente. Lo spazzolino va posto prima parallelamente ai denti, quindi le setole saranno dirette in maniera tale da formare un angolo di 45° rispetto all'asse lungo del dente. A questo punto una leggera pressione deve essere esercitata in direzione del dente e, contemporaneamente, occorre far compiere allo spazzolino un movimento rotatorio in direzione della superficie masticante, mantenendo una pressione costante. Raggiunta la superficie masticante, lo spazzolino viene staccato dai denti e posto nuovamente nella posizione iniziale. Il movimento va ripetuto quattro-cinque volte per ciascuna faccia del dente.

Per eseguire in modo corretto questa tecnica, è consigliabile dividere la bocca in settori: partendo dall'arcata superiore, si procede da sinistra verso destra concentrandosi prima sulla faccia esterna, poi su quella interna e poi su quella masticatoria di ogni dente. Con lo stesso metodo, si provvede alla pulizia dell'arcata inferiore, cercando infine di ripassare un'ultima volta nei punti più difficili da raggiungere per lo spazzolino (generalmente i molari posteriori).

la tecnica di spazzolamento



Appoggiare lo spazzolino sull'orlo gengivale e spingerlo verso la corona del dente ruotando sull'asse dell'impugnatura

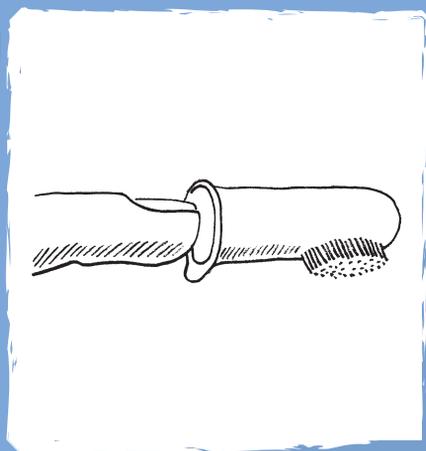
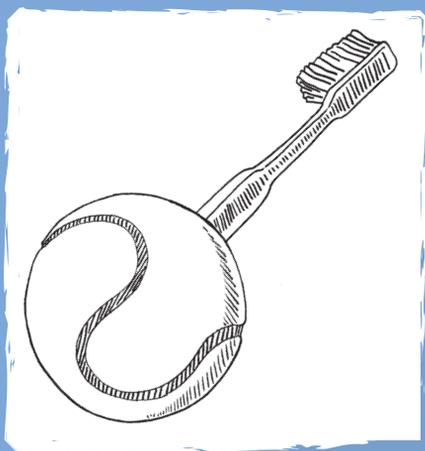


perché è sbagliato spazzolare i denti in direzione orizzontale

Lo spazzolamento dei denti in direzione orizzontale, sinistra-destra, destra-sinistra, è assolutamente sbagliato in quanto il movimento orizzontale non è efficace nell'eliminazione della placca, al contrario contribuisce a depositarla negli interstizi dentali favorendo l'insorgenza del tartaro e della carie. Inoltre, le setole dello spazzolino mosse parallelamente alla gengiva, possono irritarla meccanicamente, favorendone il distacco dalla superficie del dente e la successiva retrazione.

strumenti di igiene orale per persone con bisogni speciali

Se la persona non è in grado di impugnare lo spazzolino, si può ricorrere ad alcune modifiche dell'impugnatura utilizzando una larga fascia elastica che blocchi nella mano lo spazzolino oppure aumentando le dimensioni dell'impugnatura facendola passare in una pallina da tennis appositamente forata. Le persone in grado di impugnare, ma con difficoltà nelle manovre di spazzolamento, possono utilizzare lo spazzolino elettrico, facendo però attenzione che siano efficacemente pulite le superfici di tutti i denti e soprattutto che il suo uso inappropriato non traumatizzi la gengiva. In caso di impossibilità ad usare lo spazzolino, esistono in commercio strumenti in grado di sostituirlo quali il "dito gommato" con setole che, indossato dal caregiver e passato sulle facce dei denti è in grado di asportare la placca batterica.



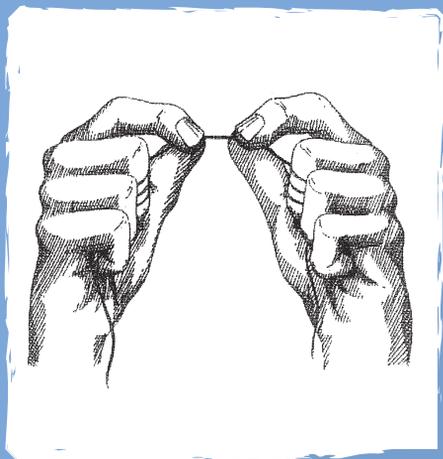
Il Filo interdentale

L'uso regolare del filo interdentale consente di eliminare la placca e i residui di cibo negli spazi tra dente e dente, laddove lo spazzolino non arriva. Per ottenere i risultati migliori, il filo va usato almeno una volta al giorno, preferibilmente la sera prima della pulizia dei denti.

Esistono vari tipi di filo interdentale. Quello non cerato è particolarmente efficace, ma tende a sfilacciarsi facilmente. In alcuni casi, per accedere ai punti più stretti, può essere preferibile il filo cerato.

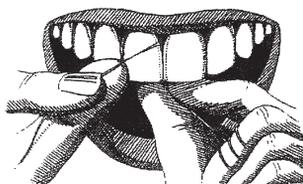
Per un corretto uso del filo interdentale, occorre tagliare un pezzo di filo lungo circa 40 cm e avvolgerlo intorno al dito medio di ogni mano, tendendo una parte del filo tra le due dita.

come si tiene

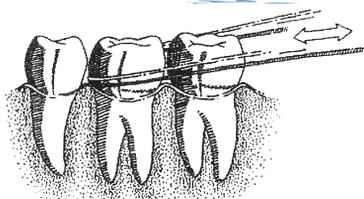


Effettuando piccoli movimenti avanti e indietro e con l'aiuto del pollice, il filo viene fatto passare tra i denti fino a quando supererà il punto di contatto tra un dente e l'altro. A questo punto il filo deve essere fatto scivolare sulla superficie laterale del dente fino a raggiungere il solco gengivale con un movimento dall'alto verso il basso. La stessa operazione va eseguita sul dente collaterale.

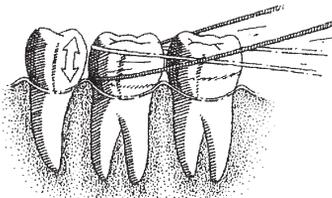
uso corretto



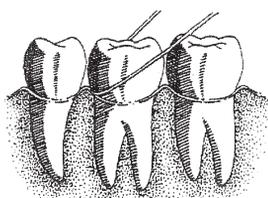
a. Infilare delicatamente il filo tra i denti



b. Muoverlo avanti e indietro



c. Verso l'alto e verso il basso

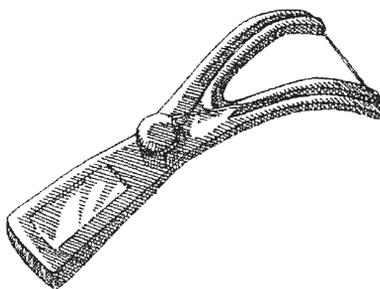


d. Sotto le gengive



L'uso del filo interdentale richiede una discreta manualità e la sua traiettoria deve evitare la papilla gengivale interdentale che altrimenti può essere traumatizzata. Un valido ausilio nella pulizia interdentale, specie dei denti posteriori, può essere la forcilla, strumento che sostiene e tende il filo sostituendo le dita. La forcilla può essere particolarmente utile anche nei casi di igiene orale assistita.

la forcilla



Ulteriori strumenti e presidi per l'igiene orale

- **Scovolino** - setole artificiali disposte a spirale montate su un manico di plastica. È indicato per la detersione degli spazi interdentali particolarmente ampi: per l'igiene delle protesi fisse, per rimuovere la placca batterica che si deposita al di sotto degli elementi del ponte o in presenza di retrazione delle gengive, quando si formano larghi spazi vuoti alla base dei denti. È preferibile usarlo prima del normale spazzolino da denti, in modo da rimuovere i residui di cibo e la placca batterica dagli spazi interdentali.
- **Stecchino di legno di balsa** - utile per rimuovere residui alimentari dagli ampi spazi interdentali presenti in caso di mancanza di elementi dentali.
- **Periaid** - stecchino montato su di un manico di plastica che, bagnato dalla saliva, si sfiocca dando origine ad un piccolo spazzolino, utile per la pulizia tra un dente e l'altro.
- **Idropulsore** - apparecchio che emette getti di acqua a pressione controllata, eliminando i residui di cibo. È particolarmente utile per i portatori di protesi fisse e apparecchi ortodontici ma comunque non può sostituire da solo lo spazzolino e il filo interdentale.
- **Rilevatori di placca** - talvolta la pulizia dei denti non è efficace in quanto la placca non viene asportata allo stesso modo su tutte le superfici, in questi casi può essere utile l'uso dei rilevatori di placca, ovvero di sostanze che a contatto con la placca la colorano intensamente, rendendone più facile l'individuazione e quindi l'asportazione.
- **Colluttori** - la maggior parte dei colluttori ha un'azione rinfrescante e antibatterica; il loro impiego prolungato ne diminuisce l'efficacia e comporta effetti secondari indesiderabili, come la comparsa di macchie transitorie sui denti. In ogni caso, anche i colluttori costituiscono solo un aiuto alla rimozione della placca con lo spazzolino.
- **Dentifricio** - è un coadiuvante della pulizia dei denti e il suo uso è utile, ma non fondamentale poiché è solo l'azione meccanica dello spazzolamento che elimina la placca. In alcuni casi esso rende più gradevole la pulizia dei denti mentre in altri può essere mal tollerato, specie da persone con difficoltà nelle operazioni di risciacquo della bocca.

6.2. La fluoroprofilassi

Il *fluoro* si è rilevato un elemento particolarmente efficace nella protezione dei denti dalla carie. La fluoroprofilassi può essere attuata per via topica o sistemica.

Fluoroprofilassi topica o locale

Il fluoro favorisce la remineralizzazione dello smalto già lesionato dagli acidi dei batteri cariogeni e riduce l'attività batterica della placca dentale. Le metodiche di fluoroprofilassi topiche sono molteplici e prevedono l'utilizzo di mezzi di somministrazione, sia per uso domiciliare che professionale. Fra i primi vanno annoverati i dentifrici e i collutori mentre fra i secondi rientra l'applicazione periodica di gel contenenti fluoruri effettuata dall'odontoiatra.

Fluoroprofilassi sistemica

Il fluoro somministrato per via sistemica ha come bersaglio gli elementi dentari in via di formazione ed è una metodica preventiva da attuarsi fino ai 12 anni. La supplementazione di fluoro va prescritta dal medico tenendo conto della concentrazione di fluoro presente nell'acqua potabile (nel Lazio, ad esempio, nella zona dei Castelli Romani le acque ne sono particolarmente ricche). Infatti, un eccesso di fluoro può causare la fluorosi, un difetto di mineralizzazione dei denti che si presentano con piccole screziature biancastre, opache o gessate che possono interessare parte o tutta la corona; nelle forme gravi di fluorosi i denti sono particolarmente fragili e presentano un colorito rosso-brunastro.

6.3. L'alimentazione e la salute orale

Una *corretta alimentazione* prevede l'assunzione in modo equilibrato di proteine, lipidi, carboidrati, vitamine e sali minerali. Il termine carboidrati comprende sia molecole semplici quali glucosio, saccarosio, fruttosio, ecc. (zuccheri) che molecole più complesse come l'amido presente nel pane, nella pasta e nelle patate; quest'ultimo è scisso nello stomaco, in carboidrati semplici per essere assorbiti dall'organismo.

I carboidrati semplici rivestono un ruolo fondamentale nella formazione della carie poiché favoriscono la produzione degli acidi batterici che possono attaccare la superficie dei denti. Molto importante è anche la consistenza degli zuccheri ingeriti. Infatti, risultano maggiormente dannosi gli alimenti viscosi (marmellata, miele, caramelle, cioccolato) poiché, aderendo ai denti, aumentano la loro permanenza nel cavo orale.

Infatti, a favorire la carie non è tanto la quantità totale di zuccheri che la persona assume in un giorno, quanto la frequenza con cui vengono assunti gli alimenti ricchi di zucchero, e soprattutto la durata del contatto che essi hanno con il dente: perché abbia inizio il processo carioso è necessaria una permanenza del cibo abbastanza lunga da determinare l'attacco alla superficie dentaria. Perciò lo strumento più efficace per ridurre il pericolo della carie è rappresentato da una opportuna e sollecita igiene orale a seguito dell'ingestione di alimenti, soprattutto di quelli ricchi di zucchero.



Alcuni prodotti della nostra alimentazione possono favorire l'autodetersione della bocca: cibi a consistenza sostenuta, fibrosi aderiscono scarsamente ai denti e sono molto utili per irrobustire e sviluppare l'intero apparato masticatorio, favorendo lo strofinamento spontaneo e automatico di denti e gengive.

l'alimentazione delle persone disabili

È facile riscontrare, in persone che vivono una condizione di disabilità, una dieta ricca di zuccheri, forniti soprattutto al di fuori dei pasti e a cui non fa seguito una sollecita igiene orale. Inoltre, spesso la dieta delle persone disabili può essere liquida o semiliquida, e quindi tale da non consentire l'esercizio fisiologico della masticazione.



parte seconda

La Persona con Bisogni Speciali:

promozione della salute orale e prevenzione
delle patologie di denti e bocca



1. Il disabile nell'igiene orale quotidiana

In una persona che vive una condizione di disabilità, le manovre di igiene orale possono presentarsi più o meno complesse, sia se praticate in modo autonomo che assistito: limitata apertura della bocca, difficoltà a mantenere la posizione eretta del capo, spasmi muscolari diffusi, così come un atteggiamento di scarsa o assente collaborazione. Tali difficoltà conducono la persona stessa o il caregiver a trascurare l'igiene orale o a limitarsi ad una pulizia dei denti superficiale e quindi poco efficace.

La persona, a seconda del suo grado di disabilità, rispetto all'igiene orale può essere *completamente autonoma*, *parzialmente autonoma*, *totalmente dipendente*.

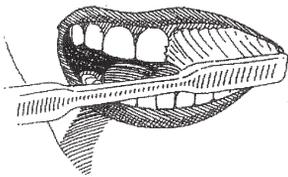
Completamente autonoma

La persona, da sola, può compiere efficacemente i movimenti necessari per la pulizia dei denti e può essere efficacemente motivata a lavarli dopo ogni pasto.

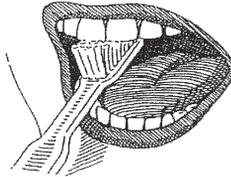
In questo caso è importante:

- favorirne il coinvolgimento e la responsabilizzazione rispetto all'importanza dell'igiene orale quotidiana;
- rafforzare le conoscenze circa la corretta tecnica di spazzolamento;
- consigliare la detersione delle superfici degli elementi dentari secondo schemi sequenziali da ripetersi sistematicamente e per ogni arcata, iniziando, per esempio dalle superfici esterne dei denti superiori ed inferiori per poi pulire le superfici interne ed infine, quelle masticatorie.

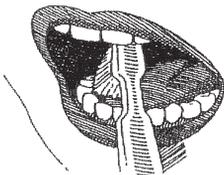
Inizialmente, alcune manovre di igiene orale possono richiedere una guida fisica totale da parte del caregiver; successivamente tale guida si potrà ridurre esercitando, ad esempio, pressioni sempre minori e lasciando l'impugnatura dello spazzolino per spostare il punto d'appoggio dalla mano, al polso, all'avambraccio, fino all'autonomia totale.



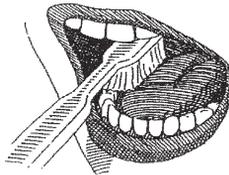
a. Spazzolare le superfici esterne dei denti superiori e poi di quelli inferiori



b. Spazzolare le superfici interne dei denti superiori



c. Spazzolare le superfici interne dei denti inferiori



d. Per ultime spazzolare le superfici di masticazione dei denti superiori e di quelli inferiori

lo
spazzolamento
dei denti

Parzialmente autonoma

La persona ha bisogno di assistenza durante l'igiene orale in quanto non riesce a compiere agevolmente alcuni movimenti e/o deve essere fortemente motivata e seguita.

In questo caso il caregiver deve:

- incoraggiare l'uso dello spazzolino sostenendo la persona nelle manovre più complesse; a tal fine il caregiver può collocarsi alle spalle della persona e, cingendo la testa con il braccio, può guidarne la mano per eseguire il movimento corretto di spazzolamento dei denti;
- verificare l'efficacia dell'igiene orale controllando che siano state pulite le superfici di tutti i denti.

la posizione del caregiver durante l'igiene orale



illustrazione tratta dal testo: "Salute dentale e handicap" - Regione Emilia Romagna, Assessorato ai Servizi Sociali



Totalmente dipendente

La persona ha bisogno di un'assistenza completa per la pulizia dei denti che viene effettuata direttamente dal caregiver, anche con l'ausilio dell'apribocca.

In questo caso occorre:

- ricercare la posizione più comoda, in funzione delle esigenze della persona;
- se la bocca si apre con difficoltà è possibile utilizzare un apribocca, che consente di tenere aperta la bocca e di completare la pulizia da un lato per poi spostare l'apribocca dal lato opposto.

In alcuni casi può essere utile l'intervento di due persone per assistere il disabile durante le manovre di igiene orale.

2. L'approccio alla persona disabile nell'igiene orale quotidiana

L'igiene orale rientra tra le pratiche di igiene personale ripetute con maggiore frequenza durante la giornata e la bocca è una parte del corpo estremamente sensibile che, fin dalle prime fasi della vita, consente non solo di nutrirsi ma di comunicare e di entrare in relazione con l'esterno. E' per questi motivi che l'igiene orale assistita, rappresenta un momento di forte contatto tra la persona disabile ed il caregiver e un approccio adeguato deve consentire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra i due attori del processo, favorendo la massima collaborazione possibile.

A tal fine è importante considerare i seguenti aspetti:

- L'ambiente in cui viene effettuata l'igiene orale

È consigliabile effettuare l'igiene orale in un luogo tranquillo, privo di distrazioni. Preferibilmente deve essere sempre lo stesso ambiente, predisposto in modo da rispondere alle esigenze di spazio di cui si necessita (esempio, l'altezza del lavabo).

- La comunicazione non verbale

È importante fare attenzione al tono della voce, che deve favorire il mantenimento di un clima sereno anche di fronte a difficoltà o a scarsa collaborazione.

- La familiarizzazione con le fasi e le manovre dell'igiene orale

Per poter effettuare una pulizia dei denti efficace, che consenta di rimuovere la placca anche nelle parti meno accessibili dei denti (denti posteriori e superfici interne dei denti), è necessario favorire, nel tempo, la familiarizzazione della persona con le varie fasi e le singole manovre di igiene orale.

3. Problematiche di Salute orale di particolare rilievo per la persona disabile

Numerose patologie odontostomatologiche sono riconducibili ad una scarsa igiene orale. Tuttavia, nelle persone disabili, tali patologie si presentano spesso all'attenzione dello specialista negli stadi più avanzati, per interventi di urgenza e, talvolta, con quadri complicati da alterazioni legate alla patologia di base.

il caregiver

Per la riduzione dei fattori di rischio, è richiesta al caregiver una particolare attenzione nel monitorare lo stato complessivo di salute orale della persona disabile, considerando non solo i denti ma la bocca nel suo insieme.

Bruxismo, digrignamento, serramento

Il *bruxismo*, il *digrignamento* ed il *serramento* sono parafunzioni, ovvero movimenti mandibolari non funzionali, volontari o involontari, che si verificano durante il giorno o la notte producendo talvolta un caratteristico "stridore". Le parafunzioni possono portare allo sviluppo di alcune problematiche di interesse odontoiatrico: usura dentale con denti abrasati, problemi all'articolazione temporo-mandibolare, problemi parodontali.

In questi casi è utile l'intervento dell'odontoiatra che, valuterà, di volta in volta, l'opportunità e il tipo di trattamento.

Le parafunzioni come il bruxismo e il serramento dei denti possono essere frequenti nelle persone con paralisi cerebrale.

Malocclusioni

Per *malocclusione* si intende una non corretta chiusura delle arcate dentali superiore e inferiore. Le malocclusioni sono determinate da diversi fattori, alcuni di questi acquisiti come il succhiamento del pollice o la postura anomala della lingua (di frequente riscontrato nella sindrome di Down). Anche in caso di malocclusione, l'intervento dell'odontoiatra è necessario per valutare il trattamento migliore e maggiormente rispondente alle esigenze del paziente.



Afte

Le *afte* sono ulcerazioni aspecifiche della mucosa buccale. La causa è ancora incerta ma vengono riconosciuti diversi fattori predisponenti: psichici, endocrini, batterici, virali ma anche stress, carenza vitaminica e stati di immunodepressione, in alcuni casi collegati all'assunzione di farmaci. Le afte, singole o multiple, non rivestono carattere di gravità ma possono portare fastidio più o meno accentuato; solo raramente possono essere la manifestazione di malattie più gravi (sindrome di Behçet). Normalmente dopo alcuni giorni, la manifestazione si esaurisce, salvo ripresentarsi appena si ripropongono le stesse condizioni. Le caratteristiche salienti sono: ulcerazioni dolorose dalla forma rotonda, bordi netti e fondo giallastro. Non esistono terapie causali specifiche ma soltanto presidi terapeutici locali che alleviano la sintomatologia dolorosa e infiammatoria. L'assunzione di cibo e bevande acidi, aspri, salati e bollenti accentua la dolorabilità di tale lesione. Quando queste manifestazioni sono ripetute e importanti va indagato il sistema immunitario.

Secchezza della bocca

La *xerostomia*, cioè l'eccessiva secchezza della bocca può verificarsi all'improvviso (quando si è in preda all'ansia) o può essere dovuta ad alcune patologie. Questo disturbo accompagna per esempio il diabete, la leucemia, la sindrome di Sjögren (che colpisce le ghiandole salivari), così come può essere causato dall'uso di determinati farmaci (tranquillanti, antidepressivi, antistaminici, etc...). Anche la respirazione a bocca aperta, dovuta a malocclusione o ad ostruzione delle vie respiratorie (ipertrofia delle adenoidi, deviazione del setto nasale) può causare secchezza della bocca con sensazione di bruciore alla lingua, screpolature agli angoli della bocca, disturbi gengivali e ulcere della mucosa buccale.

Comportamenti autolesivi

In condizione di grave ritardo mentale possono essere frequenti le *morsicature* a livello del labbro e della parte interna delle guance. Pertanto, va monitorata l'integrità della mucosa buccale, rivolgendosi all'odontoiatra per adottare la strategia migliore onde evitare il permanere della lesione.

Scarsa o assente collaborazione durante le cure odontoiatriche

Nei casi di scarsa o assente collaborazione durante le cure odontoiatriche si ricorre ad un *trattamento sedativo farmacologico* che può essere somministrato per via orale, endovenosa o inalatoria. Il protossido d'Azoto (gas esilarante), frequentemente utilizzato nei casi di paura ed ansia, si somministra insieme all'ossigeno attraverso una mascherina posta sulle narici, in concomitanza con l'anestesia locale: il protossido d'Azoto, infatti, non elimina la sensazione di dolore ma provoca rilassamento e rallentamento delle reazioni. Questi effetti sono temporanei e scompaiono non appena viene sospesa l'erogazione del gas.

Nei casi più gravi, e qualora sia necessario curare numerosi elementi dentali, si ricorre all'*anestesia generale* in ambiente ospedaliero; tale procedura richiede attrezzature sofisticate, personale specialistico e ambienti adeguatamente attrezzati.

4. Il dolore di denti e bocca

Il dolore dentale costituisce il primo "campanello di allarme" per le principali problematiche odontoiatriche: carie, parodontopatie, traumi dentali. Esso può essere spontaneo o provocato, avere durata e intensità differenti e, in taluni casi, essere di difficile localizzazione.

Il dolore legato ad un processo carioso avrà caratteristiche ed intensità differenti a seconda dello stato di avanzamento della carie e dei tessuti coinvolti in quanto lo smalto non è sede di alcuna sensazione dolorosa, la dentina è sensibile agli irritanti chimici, al caldo e al freddo mentre la polpa dentale, ricca di vasi sanguigni e nervi, è l'organo sensibile del dente.

Il dolore a partenza dalla dentina non è spontaneo, ma provocato dal caldo, dal freddo e dal contatto di alcune sostanze acide o zuccherine; scompare al cessare dello stimolo e inizialmente può essere indicato come una sensazione di "fastidio" che induce ad esempio al rifiuto del cibo o a masticare esclusivamente da un lato. In realtà è il segno di una carie di secondo grado che ha interessato la dentina e che occorre curare rapidamente.

il caregiver

Il caregiver non deve trascurare i segnali di fastidio e di leggero dolore che possono manifestarsi in presenza di una lesione cariosa.

Quando il processo carioso è in prossimità della polpa ne determina l'infiammazione (pulpite) e il dolore diventa molto acuto e non scompare al cessare dello stimolo. La polpa infiammata, infatti, si espande all'interno del suo alloggiamento a pareti rigide determinando la compressione delle fibre nervose di cui è ricca. Il dolore inizialmente è irradiato, non è localizzato, e può essere evocato da stimolazioni termiche (caldo e freddo); in seguito diventa spontaneo ed è esacerbato dalla posizione distesa.

Occorre ricorrere urgentemente all'odontoiatra.

Se non viene praticata nessuna cura il dente smette di essere sensibile al caldo e al freddo ma diventa estremamente sensibile agli stimoli meccanici, quali la pressione esercitata durante la masticazione. A questo stadio si è verificata una necrosi della polpa, ovvero il dente ha perso vitalità ed il dolore è dato dai tessuti di sostegno del dente. Infatti, a seguito della necrosi del dente, il contenuto infetto del canale radicolare va a contaminare la zona circostante l'apice della radice dentale (periapice) determinando un ascesso dentale acuto o, altrimenti, una condizione d'infiammazione cronica (granuloma apicale). Il dolore perde il carattere lancinante e intermittente tipico della pulpite e diventa sordo e continuo; inoltre è localizzato sul dente interessato e la persona riferisce la caratteristica sensazione di "allungamento del dente".

La necrosi della polpa (e la sintomatologia dolorosa che ne consegue) può verificarsi anche a seguito di traumi dentali.



In caso di ascesso si registra solitamente un rialzo della temperatura corporea con febbre intorno ai 38-39° C, legata alla formazione di pus; all'esterno si nota un arrossamento della zona congesta, ed un gonfiore della gengiva che circonda il dente infetto. L'ascesso quindi si espande verso l'esterno, dando luogo ad una fistolizzazione, che può essere mucosa o cutanea. In questo caso si verifica una diminuzione o una scomparsa del dolore, per riduzione della pressione della camera ascessuale. L'odontoiatra deve comunque aprire il dente e asportare la polpa necrotica per favorire il drenaggio del pus. In questi casi è indispensabile la copertura antibiotica.

Il granuloma apicale e' una forma cronica che può essere asintomatica ma non meno pericolosa: i germi responsabili del granuloma possono, infatti, provocare malattie in organi a distanza (cuore, reni, articolazioni).

Il dolore che interessa la cavità orale può essere causato, oltre che dai denti, da sinusiti, dai calcoli delle ghiandole salivari (scialoliti), dall'herpes zoster, da sindromi dolorose nevralgiche primitive e secondarie del nervo trigemino e facciale e da quelle interessanti l'articolazione temporo-mandibolare, ossia l'articolazione che unisce mascella e mandibola. In quest'ultimo caso, la sintomatologia dolorosa è caratterizzata da:

- Mal di testa:
a seconda della gravità del disturbo, la cefalea può essere leggera e intermittente oppure intensa e costante. Generalmente il dolore interessa la zona delle tempie, unilateralmente o bilateralmente. Talvolta si irradia a fascia intorno alla testa e al collo.
- Disturbi di udito:
sono comuni gli acufeni (la percezione di rumori tipo ronzii e sibili) e/o la sensazione di avere le orecchie tappate.
- Rumori articolari:
quando si apre o si chiude la bocca si sentono click o schiocchi di varia intensità da una o da tutte e due le parti. Questo segno caratteristico di problemi all'articolazione va riferito all'odontoiatra per favorire l'intervento precoce sul disturbo.
- Trisma:
l'apertura e la chiusura della bocca possono essere impedita dal dolore o dalla sensazione che la mandibola sia bloccata in una certa posizione.
- Vertigini:
data la vicinanza tra articolazione temporo-mandibolare, orecchio e centri dell'equilibrio, sono frequenti i giramenti di testa con perdita dell'equilibrio.



Conclusioni

Nel sistema sanitario della regione Lazio, la persona portatrice di disabilità complessa può accedere ad un percorso riabilitativo di tipo estensivo e di mantenimento che prevede la presa in carico globale che si concretizza attraverso la predisposizione di progetti riabilitativi individuali, realizzati in modo multidisciplinare integrato. L'obiettivo primario di tale processo è quello di consentire il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile, caratterizzata in particolar modo dall'integrazione sociale, dal mantenimento delle relazioni interpersonali e dall'acquisizione e/o incremento delle abilità. In tale percorso si inserisce, a pieno titolo, dunque anche per le persone con "necessità speciali", la promozione della salute dei denti e della bocca e la prevenzione delle patologie del cavo orale.

Tali interventi hanno ripercussioni notevoli sia sulla persona interessata, comportando il miglioramento della sua qualità di vita, sia sulla collettività, producendo la diminuzione dei costi sociali (diretti e indiretti) sostenuti per la cura delle patologie odontoiatriche e per le patologie generali a partenza dal cavo orale. Tuttavia le pratiche di igiene e profilassi producono risultati solo se attuate e l'informazione, fattore storicamente considerato cruciale per ottenere comportamenti adeguati, da sola non è sufficiente; ad essa va aggiunta la motivazione che deve coinvolgere il contesto familiare, gli operatori sanitari della riabilitazione, gli specialisti del territorio e, non ultima, laddove è possibile, la persona stessa.



Le parole del dentista

Piccolo glossario ragionato di termini odontoiatrici

Amalgama

Lega metallica, che comprende argento, nichel, rame e mercurio, usata per le otturazioni dentali. Vedi *Materiali da otturazione*.

Anestesia locale

La soluzione anestetica locale viene iniettata nei tessuti della bocca per dar luogo alla condizione di insensibilità al dolore. Rientra in questa categoria anche l'anestesia di superficie: l'anestetico locale viene applicato in forma di gel sulla mucosa della bocca evitando il dolore provocato dalla penetrazione dell'ago al momento dell'anestesia.

Apice

Estremità della radice del dente.

Apicectomia

Rimozione chirurgica dell'apice del dente, seguita dalla chiusura della radice stessa con un materiale da otturazione.

Bite

Mascherina di plastica trasparente che protegge i denti dal movimento di usura.

Capsula

Restauro protesico che avvolge interamente l'elemento dentale. E' costituito da materiale inerte metallico (lega preziosa o non preziosa) ricoperto di ceramica. La capsula è utilizzata per ricoprire denti distrutti o nei quali è sottoposti a terapia canalare. Vedi *Protesi fissa*.

Diastema

Si verifica quando aumenta lo spazio esistente tra i denti, in genere tra gli incisivi superiori. Può essere legato a diversi fattori, tra questi la perdita dei denti contigui o la malposizione della lingua.

Endodonzia

La branca dell'odontoiatria che si occupa del trattamento delle malattie della polpa dentale e dei tessuti all'*apice* del dente.

Estrusione del dente

Lo spostamento di un dente al di fuori del piano di occlusione.

Igienista dentale

Figura professionale che svolge attività di educazione sanitaria e dentale e provvede all'istruzione del paziente sulle varie metodiche di igiene orale; provvede inoltre all'ablazione del tartaro nonché all'applicazione topica di vari mezzi profilattici. Di solito collabora professionalmente con l'odontoiatra.

Impianto dentale

Sostituzione di un dente mediante inserimento di un perno nella parte di osso detta cresta alveolare.

Inclusione dentaria

Si definisce incluso un dente che, superato il periodo massimo di eruzione, non è ancora apparso in cavità orale.

Materiali compositi

Per le loro proprietà estetiche sono indicati per le otturazioni dei denti anteriori. I materiali compositi attualmente in commercio sono resistenti all'abrasione e vengono utilizzati anche per le otturazioni dei denti posteriori, in sostituzione dell'*amalgama*.

Materiali da otturazione

I materiali per effettuare le otturazioni dentali si dividono, a grandi linee, in *amalgama* e materiali metallici da una parte e *materiali compositi* dall'altra. I materiali vengono scelti a seconda della funzione che il dente specifico deve svolgere o per esigenze estetiche.

Ortodonzia

Branca dell'odontoiatria che si occupa della diagnosi e del trattamento delle malocclusioni ossia della non corretta chiusura delle arcate dentali superiore e inferiore e del cattivo allineamento dei denti.

Ponte

Manufatto protesico costituito da un insieme di capsule unite tra loro che riabilitano le arcate dentarie per intero o in parte, sostituendo elementi dentali perduti. Vedi *Protesi fissa*.

Protesi

Branca dell'odontoiatria che si occupa della riparazione e della sostituzione di denti rovinati o mancanti. Indica anche gli apparecchi che sostituiscono i denti mancanti con denti artificiali. Vedi *Protesi fissa* e *Protesi mobile*.

Protesi fissa

Protesi che non può essere rimossa dal paziente dopo essere stata fissata in bocca dall'odontoiatra. Vedi *Capsula* e *Ponte*.

**Protesi mobile**

Protesi che può essere rimossa dal paziente. Sostituisce gli elementi dentali perduti mediante un meccanismo a ventosa sulle gengive edentule. Può avere appoggio dentale e mucoso o solo mucoso.

Sigillatura dei solchi

Sistema di prevenzione della carie. Consiste nel "sigillare" i solchi dei molari, che nei bambini sono frequentemente soggetti a carie.

Terapia canalare

Asportazione della polpa dentale vitale o necrotica. La polpa viene eliminata fino all'apice con appositi strumenti; il canale radicolare vuoto viene dapprima disinfettato quindi riempito di materiale inerte. Un dente devitalizzato è più fragile e in alcuni casi è consigliabile protesizzarlo (per esempio ricoprendolo con una *capsula*).

Visita odontoiatrica

Le visite di controllo effettuate ogni 4-6 mesi rappresentano un criterio di prevenzione che, pur non impedendo la formazione della carie, consentono una terapia precoce, evitando così lesioni dentali di maggiore gravità.



Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

via di Santa Costanza, 53 - 00191 Roma

telefono: 06 83060391 - fax: 06 83060463 - www.asplazio.it

**Impaginazione grafica
e immagine di copertina:**

Barbara De Masi

Stampa:

Tecnostampa S.r.l.
via delle Cassie, 5 - 01015 Sutri (VT)

finito di stampare
nel mese di novembre 2005

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito
del progetto di Ricerca Finalizzata 2004
"Programma Sperimentale di Odontoiatria Sociale"
del Ministero della Salute