



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*



LINEE GUIDA OPERATIVE

(In applicazione dell'art. 6 dell'Accordo tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani e l'Associazione Odontoiatri Cattolici Italiani)

In data 28 luglio 2008, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) e l'Associazione Odontoiatri Cattolici Italiani (OCI) hanno sottoscritto un Accordo avente come fine quello di favorire l'accesso a talune cure odontoiatriche a particolari categorie di cittadini in condizioni di vulnerabilità socio-economica.

In particolare, sono state definite, in apposito elenco, alcune prestazioni professionali da erogare ad un onorario di riferimento ridotto rispetto a quello mediamente praticato sul territorio nazionale.

Tra le iniziative di attuazione dell'Accordo, si prevede, all'articolo 6 dello stesso, la pubblicazione di "Linee guida operative riguardanti le prestazioni odontoiatriche" affinché le cure vengano rese nel rispetto di specifici ed elevati standard qualitativi.

Tali raccomandazioni cliniche sono da intendersi come strumento di consultazione e di indirizzo per ciascun operatore, fermo restando, la responsabilità dei singoli professionisti di applicare le linee guida in modo conforme alla propria esperienza e alle specifiche situazioni cliniche in cui si trovano ad intervenire.

► **VISITA ODONTOIATRICA**

A) **INDIVIDUI DI ETA' INFERIORE AI 14 ANNI**

1. COMPILARE LA SCHEDA ANAMNESTICA

In allegato si fornisce un possibile schema da utilizzare (allegato 1) per il colloquio iniziale, oppure utilizzare la scheda precompilata con domande chiuse ed aperte in uso presso lo studio.

Di seguito procedere alla diagnosi clinica.

Si fornisce un esempio indicativo di modello di scheda clinica dove è possibile raccogliere le seguenti valutazioni (allegato 2).

2. VALUTARE LE AREE EXTRAORALI

E' consigliabile osservare:

la testa;
il collo;
gli arti;
il naso;
le guance e il mento.

Tutto ciò per evidenziare ulcerazioni, escoriazioni, erosioni o fessurazioni.

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti della zona periorale e delle labbra, quindi ispezionare la regione labiale, in particolare del bordo vermiglio e della regione commessurale.

Palpare i linfonodi cervicali superiori, preauricolari e sottomentali.

3. VALUTARE L'APERTURA MANDIBOLARE

Porsi di fronte al paziente ed invitarlo ad aprire e chiudere spontaneamente la bocca.

Tenere come punto di riferimento fisso la linea mediana superiore e visualizzare il tragitto di apertura e chiusura della mandibola. Il fisiologico tragitto di apertura e chiusura della bocca è rettilineo.

4. ANALIZZARE I RUMORI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO MANDIBOLARE

Posizionare dito indice e medio di entrambe le mani sulle articolazioni temporo mandibolari (al davanti dei traghi), o alternativamente i mignoli all'interno dei meati acustici esterni.

Invitare il paziente ad aprire e chiudere la bocca spontaneamente e percepire l'eventuale presenza di rumori (click, scrosci o crepitii).

5. CONTROLLARE LO STATO DELLE MUCOSE ORALI

Avvalendosi di uno specchietto, controllare scrupolosamente lo stato della mucosa geniena, delle gengive e delle labbra.

E' possibile riscontrare alterazioni delle mucose, dovute ad abitudini viziate, quali ad esempio le morsicature volontarie delle labbra o delle guance, oppure lesioni da sfregamento dovute ad apparecchiature ortodontiche o altro.

6. CONTROLLARE LO STATO DEGLI ELEMENTI DENTALI

Avvalendosi di uno specchietto ed uno specillo controllare lo stato di ogni singolo elemento.

Contare gli elementi dentali di ogni quadrante e, quindi, valutare:

- lesioni cariose non trattate;
- lesioni cariose trattate, infiltrate o incongrue;
- fratture, in particolare se dello smalto o della dentina, con interessamento della polpa dentaria e/ o della radice;
- faccette d'usura;

- residui radicolari;
- restauri protesici.

7. VALUTARE I DIFETTI DELLO SMALTO

Osservare e ispezionare con lo specillo o la sonda gli elementi dentari al fine di riscontrare ipoplasie e/o fluorosi.

8. VALUTARE LO STATO DI SALUTE PARODONTALE

Analizzare sanguinamento, presenza di tartaro e/o placca e tasche parodontali in particolare su 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, e 47.

9. ANALIZZARE L'OCCLUSIONE STATICA

- Valutare l'affollamento dei settori anteriori
- Valutare la presenza di spazi o diastemi
- Valutare over jet;
- Valutare la classe molare;
- Valutare morsi incrociati o morsi aperti dento-alveolari;
- Valutare la posizione della linea mediana superiore e inferiore.

10. ANALIZZARE L'OCCLUSIONE DINAMICA

Porsi dietro al paziente, impugnare il mento con pollice e indice ed effettuare leggeri movimenti verso l'alto e il basso per decondizionare la mandibola. Accompagnare la mandibola nella sua posizione naturale di chiusura e percepire se il tragitto di chiusura prima della occlusione abituale non incontra alcun ostacolo dentale.

B. INDIVIDUI DI ETA' SUPERIORE AI 14 ANNI

1. COMPILARE LA SCHEDA ANAMNESTICA

In allegato si fornisce un possibile schema da utilizzare (allegato 3) per il colloquio iniziale, oppure utilizzare la scheda precompilata con domande chiuse ed aperte in uso presso lo studio.

Di seguito procedere alla diagnosi clinica.

Si fornisce un esempio indicativo di modello di scheda clinica dove è possibile raccogliere le seguenti valutazioni (allegato 4).

2. VALUTARE AREE EXTRAORALI

E' opportuno osservare:

la testa ;
il collo;
gli arti;
il naso;
le guance e il mento.

Il tutto serve per evidenziare ulcerazioni, escoriazioni, erosioni o fessurazioni. Particolare attenzione deve essere posta nei confronti della zona periorale e delle labbra, quindi, ispezionare la regione labiale, in particolare del bordo vermiglio e della regione commessurale.
Palpare i linfonodi cervicali superiori, preauricolari e sottomentali.

3. VALUTARE L'APERTURA MANDIBOLARE

Porsi di fronte al paziente ed invitarlo ad aprire e chiudere spontaneamente la bocca. Tenere come punto di riferimento fisso la linea mediana superiore e visualizzare il tragitto di apertura e chiusura della mandibola. Il fisiologico tragitto di apertura e chiusura della bocca è rettilineo

4. ANALIZZARE I RUMORI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO MANDIBOLARE

Posizionare dito indice e medio di entrambe le mani sulle articolazioni temporo-mandibolari (al davanti dei traghi), o alternativamente i mignoli all'interno dei meati acustici esterni. Invitare il paziente ad aprire e chiudere la bocca spontaneamente e percepire l'eventuale presenza di rumori (click, scrosci o crepitii).

5. CONTROLLARE LO STATO DELLE MUCOSE ORALI, LINGUA, PAVIMENTO DELLA LINGUA, PILASTRI TONSILLARI E PALATO

Estroflettere con le dita le labbra ed annotare anomalie sulla mucosa labiale e solchi labiali. Avvalendosi di uno specchietto, controllare lo stato:

- della mucosa geniena;
- delle gengive;
- del palato molle e duro;
- dei pilastri tonsillari.

Con l'ausilio di una garza sollevare la lingua, esaminare la parte inferiore, il pavimento, i bordi ed il dorso.

Per ogni lesione chiedere al paziente da quanto tempo sono presenti tali lesioni nel caso in cui le abbia notate, e se si sono modificate nel tempo.

6. CONTROLLARE LO STATO DEGLI ELEMENTI DENTALI

Avvalendosi di uno specchietto ed uno specillo controllare lo stato di ogni singolo elemento e quindi, individuare:

- lesioni cariose non trattate
- lesioni cariose trattate, indicando se infiltrate o incongrue
- fratture, in particolare se dello smalto o della dentina, con interessamento della polpa dentaria e/o della radice
- faccette d'usura, in particolare indicando se interessano solo lo smalto o lo smalto e la dentina
- residui radicolari
- restauri protesici o impianti valutando se adeguati

7. VALUTARE I DIFETTI DELLO SMALTO

Osservare e ispezionare con lo specillo o la sonda gli elementi dentari al fine di riscontrare ipoplasie e/o fluorosi

8. VALUTARE LO STATO DI SALUTE PARODONTALE

Analizzare sanguinamento, presenza di tartaro e/o placca e tasche parodontali su 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, e 47.

9. VALUTARE IL GRADO DI MOBILITA' DENTALE

Effettuare leggeri movimenti in senso orizzontale e verticale per verificare l'eventuale mobilità degli elementi.

10. VALUTARE LO STATO DI EVENTUALI PROTESI MOBILI

Valutare le caratteristiche delle protesi, quindi esaminare la loro stabilità, la ritenzione dei ganci, se presenti, lo stato di usura degli elementi dentali e delle basi protesiche.

Un protesi rimovibile deve avere buona stabilità, deve garantire una funzione masticatoria accettabile e non deve provocare lesioni da sfregamento o da sovraccarico.

11. ANALIZZARE L'OCCLUSIONE STATICA

- Valutare l'affollamento dei settori anteriori di entrambe le arcate, evidenziando condizioni nelle quali i denti non sono correttamente allineati;
- Valutare la presenza di spazi o diastemi, non considerando condizioni nelle quali mancano elementi dentari;
- Valutare la classe molare, in particolare il rapporto che intercorre tra la cuspidè mesio-vestibolare del primo molare superiore e il solco mesio-vestibolare del primo molare inferiore;
- Evidenziare morsi incrociati o morsi aperti dento alveolari;
- Valutare la posizione della linea mediana superiore e inferiore.

12. ANALIZZARE L'OCCLUSIONE DINAMICA

Porsi dietro al paziente, impugnare il mento con pollice e indice ed effettuare leggeri movimenti verso l'alto e il basso per decondizionare la mandibola. Accompagnare la mandibola nella sua posizione naturale di chiusura e percepire se il tragitto di chiusura prima della occlusione abituale non incontra alcun ostacolo dentale. Se si percepiscono delle interferenze occlusali (precontatti) che deviano la chiusura guidata della mandibola, potremmo essere di fronte ad una discrepanza tra relazione centrica (posizione che i denti assumono quando i condili si trovano nella giusta relazione con il disco e la cavità glenoide) e occlusione centrica (chiusura abituale).

► **ABLAZIONE TARTARO ED INSEGNAMENTO DELL'IGIENE ORALE**

1. Effettuare la revisione dell'anamnesi e prendere in visione la eventuale documentazione clinica e radiografica pregressa; ascoltare attentamente le esigenze del paziente alla luce dei dati clinici ed anamnestici.
2. Assicurarsi che il paziente abbia effettuato la profilassi antibiotica, ove prescritto;
3. Far eseguire al paziente (se di età superiore ai 12 anni) uno sciacquo pre-operatorio a base di clorexidina 0.20% per 30 sec. , al fine di ridurre la carica batterica intraorale,
4. Eseguire l'ablazione del tartaro con strumenti meccanici (ablatore sonico o ultrasonico)
5. Rifinire, ove necessario, l'ablazione meccanica del tartaro con strumenti manuali (scaler e/o curettes).
6. Lucidare le superfici con coppette e spazzolini con pasta da profilassi fluorata a basso indice di abrasività
7. Curare la motivazione e l'istruzione all'igiene orale con relativi presidi.

La comunicazione deve utilizzare un linguaggio comprensibile, commisurato alle conoscenze del paziente.

Le istruzioni all'igiene orale domiciliare vanno impartite con l'ausilio dello specchio, controllando che il paziente esegua movimenti corretti. Le indicazioni della tecnica di spazzolamento e dei presidi di igiene orale devono essere "misurate" al paziente.

La tecnica di più facile apprendimento e nello stesso tempo più efficace nella rimozione della placca è la "tecnica a rullo". Inoltre, è importante insegnare lo spazzolamento della lingua e l'utilizzo dello scovolino, in pazienti portatori di pilastri protesici e spazi interdentali sviluppati.

E', importante, determinare un intervallo di richiamo tra le singole sedute di igiene, in base alle "caratteristiche" del paziente.

NB: Nei pazienti geriatrici, è consigliabile, provvedere all'igienizzazione della protesi mobile ove presente e insegnare il mantenimento dell'igiene domiciliare della stessa.

► **SIGILLATURE DI SOLCHI E FESSURE**

Le sigillature sono, in genere, indicate per tutti i bambini. La loro efficacia nel prevenire la carie è massima se applicate nei 2 anni successivi all'eruzione dell'elemento dentale. Lo stato del sigillante va controllato ogni 6-12 mesi.

Sono, inoltre, fortemente consigliate:

- sui secondi molari appena erotti (12 anni);
- negli adulti con dentizione predisposta alla carie;
- su tutti coloro che presentano solchi e fessure profonde sui denti.

Protocollo operativo

- accurata pulizia della superficie dentale (se necessario, apertura dei solchi e delle fessure sospettati di patologia cariosa in fase iniziale, con fresa " a fiamma" diamantata);
- isolamento del campo operativo;
- mordenzatura dello smalto per un periodo da 30 a 60 secondi;
- allontanamento del mordenzante con abbondante getto di acqua;
- asciugatura con abbondante getto di aria;
- applicazione del sigillante in sottile strato e solo all'interno dei solchi e delle fessure;
- fotopolimerizzazione;
- controllo dell'occlusione.

► **ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO COMPROMESSO**

1. Effettuare la revisione dell'anamnesi e prendere in visione l'eventuale documentazione clinica e radiografica pregressa

2. Quando si ravvisa la necessità, per anamnesi positiva, è doveroso richiedere alcuni esami di laboratorio.

In particolare, al fine di conoscere il rischio di emorragie post-operatorie è necessario:

- un emocromo completo (essenziale è la conta delle piastrine);
- la misura dell'attività protrombinica;
- la misura del tempo di tromboplastina parziale attivata;
- la misura del tempo di emorragia.

Inoltre, è consigliabile, la determinazione di:

- velocità di eritrosedimentazione;
- glicemia;
- azotemia;
- esame completa delle urine.

3. Valutazione dell'elemento dentario compromesso

Le **indicazione all'estrazione** di un elemento dentario sono:

- fratture radicolari, da traumi e iatrogene;
- lesioni endodontiche;
- lesioni parodontali;
- lesioni cariose.

Le **fratture orizzontali** a carico del terzo medio della radice o verticali non possono essere recuperate con trattamento endodontico.

Le **problematiche endodontiche** che possono portare ad un intervento di estrazione sono diverse .

La prima riguarda la perforazione, patologica o di natura iatrogena, del pavimento della camera pulpare di elementi pluriradicolarati, impossibili da riparare endodonticamente; la comunicazione, infatti, tra la camera pulpare e la zona della forcazione può determinare un passaggio di batteri all'interno della compagine ossea con produzione di un focolaio infettivo e una zona di osteolisi che può compromettere il mantenimento dell'elemento interessato.

Altre condizioni nelle quali trova indicazione l'estrazione sono rappresentate da lesioni endodontiche non trattabili né per via ortograde né per via retrograda:

- riassorbimenti radicolari esterni od interni che rendono impossibile il trattamento canalare;
- presenza di calcificazioni che occludono il lume canalare in radici nelle quali anche il trattamento retrogrado, per ragioni anatomiche, non può avere successo;
- presenza di perforazioni, false strade o "stripping radicolare" non recuperabili;
- presenza di strumenti rotti o cementi duri all'interno del canale non sorpassabili per via ortograde, in radici nelle quali il trattamento retrogrado non ha avuto successo.

La presenza di **lesioni parodontali** passanti, a carico della zona della forcazione, in elementi pluriradicolarati, non risolvibili con rizectomia, impone l'estrazione dell'elemento compromesso.

Le indicazioni all'intervento di estrazione per **lesioni cariose** riguardano i casi nei quali la carie, se trascurata, si approfondisce prevalentemente a carico di una radice rendendola irrecuperabile. Normalmente a queste lesioni cariose così estese si associa l'interessamento della polpa fino alla necrosi con coinvolgimento dei tessuti periradicolarari.

4. Preparazione del paziente

Si ricorda che nei casi di patologia sistemica importante è consigliabile concordare la terapia medica di supporto con il medico curante oppure, nei casi ritenuti più gravi, ospedalizzare il paziente.

Somministrazione di farmaci pre-intervento

Antisettici

E' consigliabile far praticare 2 sciacqui (per 1 minuto) con soluzione di clorexidina allo 0,2% .

Il primo sciacquo è solo a carico del cavo orale.

Il secondo sciacquo è bene interessi anche gli archi faringei, per diminuire la batteriemia a carico delle cripte tonsillari.

Antibiotici

La profilassi antibiotica è indicata solo quando il rischio di infezione post-operatoria è significativo.

Il rischio di infezione è associato a diversi fattori:

- tipo di intervento (pulito, pulito – contaminato, contaminato, sporco);
- durata dell'intervento;
- stato di igiene orale;
- stato di salute generale del paziente;
- terapie antibiotiche recenti (gli antibiotici assunti nei giorni precedenti l'intervento possono alterare la composizione della flora orale, selezionando microbi resistenti);
- ospedalizzazione recente (in ambiente ospedaliero è possibile la contaminazione con germi resistenti a molti antibiotici);
- traumi sui tessuti (se l'intervento implica manovre traumatizzanti, le sofferenze tissutali, e in particolare la necrosi, favoriscono le infezioni postoperatorie);
- concomitante somministrazione di antinfiammatori steroidei.

Altre indicazioni alla profilassi antibiotica:

- rischi associati alla batteriemia intraoperatoria (pazienti a rischio di endocardite, diabetici scompensati, immunodepressi, etc.)

Criteri per la scelta dei farmaci antibiotici da utilizzare a scopo profilattico:

- azione battericida;
- spettro d'azione adeguato;
- concentrazione efficace nei tessuti orali, superiori alle MIC del maggior numero possibile di batteri patogeni previsti per il tipo di chirurgia;
- tossicità scarsa o nulla;
- buona tollerabilità;
- comoda posologia.

Le molecole maggiormente rispondenti a tali caratteristiche, e quindi da considerarsi **di prima scelta**, sono le Amino penicilline, appartenenti al gruppo delle penicilline semisintetiche ad ampio spettro, (Amoxicillina - Ampicillina - Bacampicillina) ed alcune Cefalosporine.

Posologia

La scelta della posologia è indicativa:

ULTRA SHORT TERM - UNICA SOMMINISTRAZIONE

	Bacampicillina 2,4 g	1 ora prima
PER OS	Amoxicillina 2-3 g	1 ora prima

	Amoxicillina + Ac Clavulanico 2-3 g 1 ora prima

	Ampicillina 2 g 30 minuti prima
I.M.	Ampicillina + Sulbactam 1,5-3 g 30 minuti prima
	Ceftriaxone 2g 30 minuti prima

	Ampicillina 2g 15 minuti prima
E.V.	Ampicillina+ Sulbactam 1,5-3 g 15 minuti prima
	Amoxicillina + Ac Clavulanico 2,4g 15 minuti prima
	Ceftriaxone 2g 15 minuti prima

SHORT TERM

	Bacampicillina da 1,2 a 2,4 g 1 ora prima, + 1,2 g 2 volte al giorno per 1-2 giorni
PER OS	Amoxicillina da 1 a 2 g 1 ora prima + 1 g 2 volte al giorno per 1-2 giorni
	Amoxicillina + Ac Clavulanico da 1 a 2 g 1 ora prima, + 1 g 2 volte al giorno per 1-2 giorni

	Ampicillina 2 g 30 minuti prima + 1 g 2 volte al giorno per 1-2 giorni
I.M.	Ampicillina+

	Sulbactam 1,5-3 g	30 minuti prima	+ da 1,5 g 2 volte al giorno per 1-2 giorni
	Ceftriaxone 2g	30 minuti prima	+ 1 g 2 volte al giorno per 1-2 giorni
E.V.	Vedi short-term. La prosecuzione e.v. è da riservarsi al paziente in struttura adeguata.		

In caso di allergia alle Penicilline e/o alle Cefalosporine, un utile alternativa è rappresentata dai Macrolidi (Eritromicina, Claritromicina).

Criteria di somministrazione

Gli interventi chirurgici a carico del cavo orale sono generalmente classificabili come “puliti - contaminati”. L’approccio farmacologico è influenzato inoltre dalla tipologia dell’intervento, dal tipo di microorganismo più frequentemente coinvolto, da una particolare complicità o dalla condotta del chirurgo.

Poiché il maggior rischio di genesi delle infezioni post-operatorie si ha entro circa 3 ore dalla contaminazione del tessuto, è in questo periodo che l’antibiotico deve rendersi efficace.

Negli interventi “puliti-contaminati” è consigliabile una durata dell’antibiotico profilassi di tipo ultra-short term (monosomministrazione perioperatoria) o short term (1 somministrazione preoperatoria proseguita per 24 – 48 ore).

In alcuni casi, sia la complessità che la tipologia dell’intervento possono rendere la chirurgia “contaminata”, per cui il rischio d’infezione si può protrarre nel tempo; da ciò deriva la necessità di estendere l’antibiotico profilassi per tempi adeguati, a seconda dell’evoluzione del processo di guarigione.

Antiinfiammatori - analgesici

L’indicazione alla somministrazione preoperatoria è giustificata poiché tali farmaci hanno la capacità di antagonizzare la produzione delle prostaglandine e, quindi, di controllare la flogosi acuta.

Vengono impiegati: *FANS*, *corticosteroidi*.

Fans

La loro efficacia antiflogistica, ed in particolare antiedemigena, è inferiore rispetto ai cortisonici, ma sono largamente usati in odontoiatria per il loro più favorevole indice terapeutico e per la loro attività analgesica.

Corticosteroidi

La somministrazione parenterale in dose singola preoperatoria è efficace nel ridurre il disagio postoperatorio, in particolare l’edema e il dolore dopo chirurgia estrattiva ed interventi di chirurgia orale particolarmente traumatici. Le controindicazioni a questo tipo di impiego sono limitate a rare patologie.

Sedativi

Qualora sopravvenga la necessità di utilizzare farmaci sedativi per ottenere nei pazienti ansiosi e/o fobici la collaborazione necessaria all'espletamento dell'intervento chirurgico, sono indicati farmaci sedativi che presentano caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche tali da rendere la sedazione facilmente inducibile, modulabile e, comunque, di breve durata e senza effetti collaterali pericolosi.

Benzodiazepine (BDZ) per via orale

Sono i farmaci ansiolitici oggi più diffusi, poiché consentono di controllare gli stati di tensione, di paura soggettiva, i comportamenti fobici e ossessivi, diminuendo la sintomatologia organica associata.

Non causano, in genere, alcun effetto collaterale sistemico.

Protossido d'azoto

La sedazione inalatoria con protossido d'azoto ed ossigeno (N₂O + O₂), effettuata mediante mascherina nasale, è una tecnica sedativa efficace che è di rapida comparsa e scomparsa. Ha una "buona modulabilità" (possibilità di titolazione); una durata variabile, a scelta; scarsi o nulli effetti collaterali; nessun metabolismo epatico e renale; scarsi effetti sul sistema cardiovascolare e respiratorio; inoltre, si ha una blanda analgesia dei tessuti molli e una diminuzione del riflesso del vomito.

Benzodiazepine per via parenterale

Qualora la sedazione con benzodiazepine orali fosse insufficiente è possibile utilizzare BDZ per via parenterale (Diazepam, Midazolam).

Il Diazepam, per somministrazione parenterale presenta alcuni svantaggi: la sua liposolubilità necessita di un solvente irritante per i tessuti che può essere causa di flebite e presenta un'emivita molto lunga dovuta alla presenza di metaboliti attivi.

Il Midazolam è una molecola idrosolubile scarsamente irritante e presenta un'emivita più breve.

Per entrambe queste BDZ, in caso di sovradosaggio, è disponibile un antagonista specifico .

5. Preparazione degli operatori

I requisiti minimi per la preparazione dell'operatore e degli assistenti consistono in:

- lavaggio accurato delle mani con una soluzione detergente e disinfettante;
- uso di mascherine, occhiali o schermi, guanti e camici.

6. Anestesia

Si esegue anestesia plessica o loco-regionale.

Nei pazienti che assumono antidepressivi triciclici, nei cardiopatici, negli ipertesi e in quelli con glaucoma è bene evitare l'utilizzo di adrenalina o noradrenalina che usualmente, in quantità variabile, vengono associati all'anestesia locale.

7. Estrazione

8. Assistenza post-intervento

Somministrazione di farmaci

Antisettici

Sono utili quando non è possibile usare i consueti mezzi meccanici per l'igiene domiciliare nelle zone operate.

E' consigliato praticare 2 sciacqui, al giorno, con soluzione di Clorexidina allo 0,2% fino ad un mese dopo l'intervento.

Antibiotici

La somministrazione postoperatoria di antibiotici a scopo preventivo è indicata quando il decorso dell'intervento si è rivelato diverso dal previsto, con conseguente maggior rischio di infezione.

In questi casi la somministrazione di antibiotici segue gli stessi schemi di quella preoperatoria.

La somministrazione di antibiotici nel periodo postoperatorio è, anche, indicata quando compaiono segni clinici di infezione.

Analgesici - Antiflogistici

La loro somministrazione postoperatoria è di regola indicata per controllare il dolore e l'edema. I farmaci utilizzati sono:

Fans.

Corticosteroidi: possono essere vantaggiosi laddove il trauma chirurgico è stato importante; in dose singola, anche se elevata, in assenza di controindicazioni specifiche, sono privi di effetti nocivi.

Analgesici centrali: sono sostanze in grado di controllare solo il dolore, senza agire sulla flogosi che è la causa principale del dolore post-operatorio. Sono indicati quando:

- esiste una controindicazione assoluta all'uso di antinfiammatori;
- in interventi poco traumatici;
- in combinazione con i FANS, al fine di ottenere un maggiore effetto analgesico senza rischio di un aumento degli effetti collaterali degli antiflogistici.

► **PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE CON GANCI**

L'utilizzo di questo tipo di protesi ha i seguenti vantaggi:

- semplicità di realizzazione;
- costi contenuti;
- possibilità di facile modificazione che ne evitano il rifacimento;
- igiene facilitata dall'osservazione diretta del manufatto protesico;
- ripristino estetico e fonetico;
- mantenimento della dentatura residua (ridistribuzione dei carichi e mantenimento degli spazi);
- ripristino di un fisiologico rapporto guance, labbra/lingua;
(aspetto particolarmente importante nei pazienti anziani, obesi, ipertesi, per garantire una buona respirazione ed evitare problematiche di sleep-apnea);
- ripristino della funzione masticatoria.

La **procedura clinica** di realizzazione della protesi prevede, orientativamente,:

1° seduta : - analisi delle principali motivazioni e richieste del paziente;

- anamnesi generale e specifica odontoiatrica;
- esame obiettivo e dell'OPT;
- valutazione delle eventuali protesi precedenti;
- preparazione cavo orale (estrazioni, detratrasi e levigatura, preparazione siti di appoggio);
- istruzioni all'igiene.
- impronte in alginato con portaimpronta standard.

2° seduta : - impronta con portaimpronta individuale

3° seduta: - Registrazione della occlusione centrica e dimensione verticale;

- definizione degli elementi ritentivi;

4° seduta : - prova montaggio denti

5° seduta : - consegna protesi ed insegnamento al paziente delle modalità di utilizzo ed igiene..

Importante, infine, è la programmazione del *follow-up*: indispensabile controllare il paziente, secondo le necessità, dopo la consegna della protesi;

► PROTESI TOTALE

La **procedura clinica** di realizzazione della protesi totale prevede, orientativamente,:

- 1° seduta: - analisi medica, odontoiatrica e esame obiettivo intra ed extra orale;
 - eventuale valutazione di esami radiografici (es. radiografia panoramica);
 - impronte in alginato;
- 2° seduta: - impronte definitive realizzate con l'ausilio di un portaimpronta individuale;
- 3° seduta: - valutazione dei rapporti sul piano verticale attraverso la determinazione di tre parametri: distanza interocclusale con la mandibola in posizione di riposo; distanza fonetica minima durante la pronuncia della "s" associata alla "i" o alla "e"; valutazione estetica del profilo in occlusione centrica;
 - valutazione dei rapporti intermascellari sul piano orizzontale determinati manualmente o con l'ausilio dell'arco facciale. Per ciò che concerne l'occlusione, è preferibile adottare una morfologia occlusale che permetta una libertà in centrica piuttosto che una morfologia anatomica;
 - determinazione del colore e della forma dei denti coinvolgendo anche il paziente;
- 4° seduta – prova del manufatto ed eventuali modifiche necessarie;
- 5° seduta -consegna ed insegnamento al paziente delle modalità di utilizzo ed igiene.

Programmazione del *follow-up*: è indispensabile controllare il paziente, a seconda delle necessità, dopo la consegna della protesi.

Nella programmazione di una riabilitazione con protesi totale è consigliabile tener conto delle seguenti condizioni:

FAVOREVOLI	SFAVOREVOLI	MOLTO SFAVOREVOLI
<input checked="" type="checkbox"/> Presenza di denti residui <input checked="" type="checkbox"/> Precoce sostituzione dei denti estratti <input checked="" type="checkbox"/> Saliva viscosa ed abbondante <input checked="" type="checkbox"/> Mucose trofiche e larga banda di gengiva aderente <input checked="" type="checkbox"/> Frenuli ad inserzione alta, sottili e poco mobili <input checked="" type="checkbox"/> Creste ben rappresentate ed a "U" rovesciata <input checked="" type="checkbox"/> Creste antagoniste congruenti	<input checked="" type="checkbox"/> Rapida perdita dei denti <input checked="" type="checkbox"/> Mancata sostituzione dei denti <input checked="" type="checkbox"/> Paziente non riabilitato per molto tempo <input checked="" type="checkbox"/> Saliva scarsa e fluida <input checked="" type="checkbox"/> Mucose ipertrofiche <input checked="" type="checkbox"/> Frenuli ad inserzione bassa, a ventaglio e spessi <input checked="" type="checkbox"/> Creste riassorbite a "V" rovesciata <input checked="" type="checkbox"/> Tuber scarsamente sviluppati <input checked="" type="checkbox"/> Torus palatino	<input checked="" type="checkbox"/> Atteggiamento psicologico negativo <input checked="" type="checkbox"/> Assenza di precedenti protesi parziali <input checked="" type="checkbox"/> Macroglossia con posizione retrusa della lingua <input checked="" type="checkbox"/> Mucose atrofiche <input checked="" type="checkbox"/> Creste fluttuanti a lama di coltello <input checked="" type="checkbox"/> Creste antagoniste incongruenti <input checked="" type="checkbox"/> Tuber atrofici <input checked="" type="checkbox"/> Palato molle a tendina

<input checked="" type="checkbox"/> Tuber ipertrofici monolaterali <input checked="" type="checkbox"/> Eminenza piriforme fissa <input checked="" type="checkbox"/> Palato molle rettilineo <input checked="" type="checkbox"/> Mandibola manipolabile	<input checked="" type="checkbox"/> Eminenza piriforme mobile <input checked="" type="checkbox"/> Palato molle intermedio <input checked="" type="checkbox"/> Presenza di pieghe mucose	<input checked="" type="checkbox"/> Cresta miloioidea seghettata o dolente <input checked="" type="checkbox"/> Apofisi geni prominenti <input checked="" type="checkbox"/> Strutture neurovascolari superficializzate <input checked="" type="checkbox"/> Mandibola non manipolabile
---	---	---

ALLEGATI

Allegato 1

ANAMNESI per individui di età inferiore ai 14 anni

Cognome e Nome

Data di nascita

Indirizzo

Telefono

Eventuali dati dell'accompagnatore

Composizione della famiglia

Nome e cognome del pediatra

Motivo della visita

A che età è comparso il primo dente deciduo ?

A che età è comparso il primo dente permanente ?

Esistono o si sono avuti vizi orali come:

- utilizzo del succhiotto oltre i 3 anni
- suzione di un dito oltre i 5 anni
- respirazione orale
- deglutizione atipica

Al momento sono in corso terapie mediche o farmacologiche ?

Se sì, per quale motivo

Si sono mai avuto problemi a seguito di assunzione di farmaci ?

Se sì, quali e con quali farmaci

Sono stati eseguiti, negli ultimi mesi, indagini radiografiche o trattamenti radioterapici ?

Se sì, per quale motivo

Esiste allergia a determinati metalli, alimenti o altro ?

Se sì, a quali ?

Si è incorsi in grave caduta, incidenti o operazioni riguardanti il viso o i denti ?

Si sono verificati episodi emorragici dopo un taglio o dopo un estrazione ?

Si prova dolore o difficoltà ad aprire la bocca, oppure compaiono rumori articolari?

La dieta è regolare?

Si manifestano frequentemente bollicine, afte o ulcere orali?

Ci sono stati ricoveri in ospedale?

Se sì per quale motivo

Attualmente o in passato è stato affetto dalle seguenti malattie ?

Rinite allergiche

Otiti

Adenoidi

Tonsilliti

Insufficienza respiratoria

Malattie renali

Malattie cardiocircolatorie

Malattie del fegato

Diabete

Tubercolosi o altre patologie polmonari

Emofilia

Talassemia

AIDS

ALTRO

Allegato 2

SCHEDA CLINICA per individui di età inferiore ai 14 anni

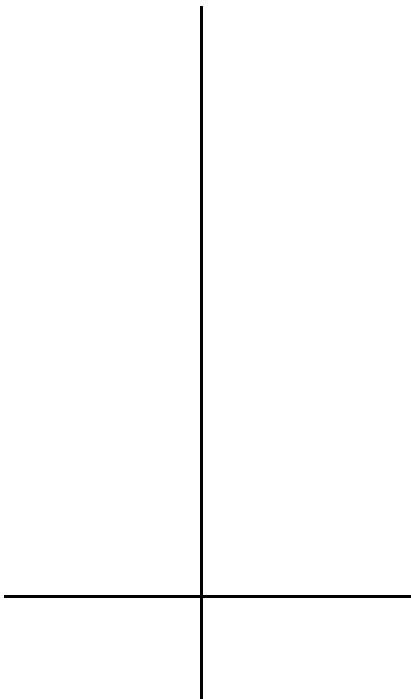
1. Anamnesi

Fare compilare il questionario di anamnesi.

2. Aree extraorali

- Ulcerazioni, erosioni, escoriazioni o fissurazioni a arti o/e collo o/e testa
- Ulcerazioni, erosioni, escoriazioni o fissurazioni a naso o/e guance o/e mento
- Ulcerazioni, erosioni, escoriazioni o fissurazioni a commessure labiali
- Ulcerazioni, erosioni, escoriazioni o fissurazioni al vermiglio
- linfonodi ingrossati

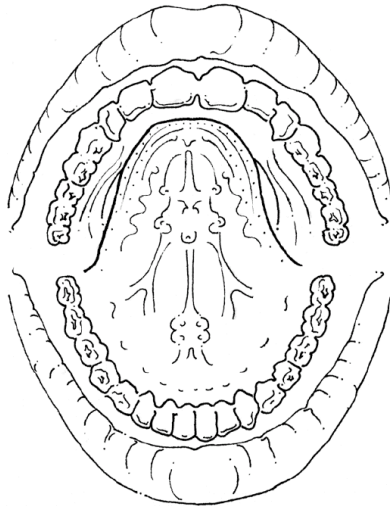
3. Tragitto di apertura spontanea



4. Segni ATM

Click si no
 Crepitii si no
 Ridotta mobilità si no

5. Stato delle mucose



Cerchiare la zona o le zone interessate da lesioni dovute a traumi meccanici o da sfregamento, quindi annotare le caratteristiche

Caratteristiche della lesione

- Da quanto tempo è presente ?
- Quali sono le dimensioni ?
- Quale la sua consistenza ?
- Sono presenti spine irritative ?
- È sanguinante ?
- È dolente alla palpazione ?

6. Stato della dentatura

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Legenda

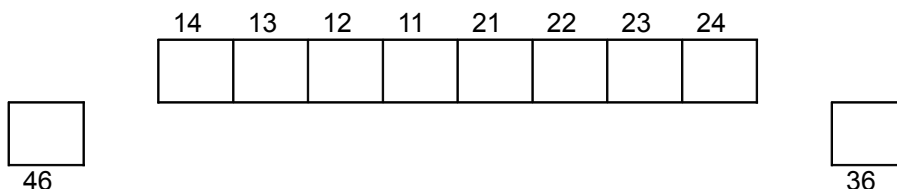
Nel caso siano presenti più caratteristiche segnarle comunque nella singola casella corrispondente del dente.

Cerchiare l'elemento deciduo o permanente presente.

- S dente sano
- M dente mancante
- R residuo radicolare
- C lesioni cariose non trattate

- OF lesioni cariose trattate ma infiltrate o incongrue
- FS fratture dello smalto
- FSD fratture di smalto e dentina,
- FC fratture di smalto e dentina con interessamento della polpa dentaria e/o della radice
- US faccette d'usura dello smalto
- USD faccette d'usura di smalto e dentina
- P elemento protesico
- PN elemento protesico

7. Stato dello smalto



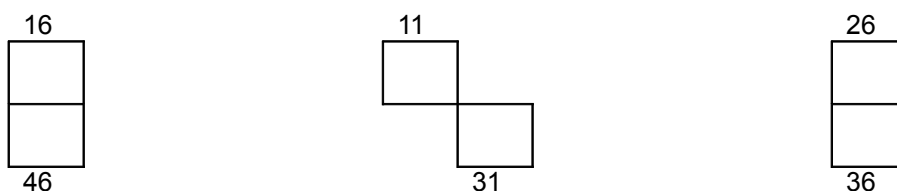
Legenda

Nel caso siano presenti più caratteristiche segnare comunque nella singola casella corrispondente del dente.

- DE opacità demarcata
- DO opacità diffusa
- IP ipoplasia

- F1 fluorosi dubbia
- F2 fluorosi molto lieve
- F3 fluorosi lieve
- F4 fluorosi moderata
- F5 fluorosi grave

8. Stato di salute parodontale



Legenda

- 0 dente sano
- S sanguinamento senza placca e tartaro
- P presenza di placca
- PT presenza di placca e tartaro
- T presenza di tartaro
- 4 tasca 4-5 mm
- 6 tasca superiore a 6 mm

9. Occlusione statica

Assenza di affollamento

Assenza di spazi

Assenza di diastema

over jet in mm _____

over jet negativo in mm _____

morso aperto in mm _____

Classe molare destra

I classe testa-testa II classe 1° divisione II classe 2° divisione III classe

Classe molare sinistra

I classe testa-testa II classe 1° divisione II classe 2° divisione III classe

Morso incrociato

No Si Se si, sede _____

Morso aperto dento-alveolare

No Si Se si, sede _____

Linee mediane coincidenti

Si No Se no, specificare _____

10. Occlusione dinamica

discrepanza tra relazione centrica e occlusione

No Si Se si, spec

Allegato 3

ANAMNESI per individui di età superiore ai 14 anni

Cognome e Nome

Data di nascita

Indirizzo

Telefono

Professione attuale

Professione svolta in passato

Eventuali dati dell'accompagnatore

Composizione della famiglia

Nome e cognome del medico curante

Motivo della visita

Al momento é sottoposto a terapie mediche o farmacologiche ?

Se sì, per quale motivo

Ha mai avuto problemi a seguito di assunzione di farmaci ?

Se sì, quali e con quali farmaci

E' stato sottoposto negli ultimi mesi ad indagini radiografiche o radioterapia ?

Se sì, per quale motivo

E' allergico a determinati metalli, alimenti o altro ?

Se sì, quali ?

Ha mai avuto qualche grave caduta, incidenti o operazioni riguardanti il viso o i denti ?

Ha avuto episodi emorragici dopo un taglio o dopo un estrazione dentale ?

Prova dolore o difficoltà ad aprire la bocca, oppure percepisce dei rumori?

Ha la sensazione di avere la bocca asciutta?

Ha la sensazione di avere la bocca che brucia?

Ha notato nella sua bocca delle lesioni o delle variazioni di colore?

Se sì, quali e da quanto tempo

Ha una dieta regolare?

Quanti caffè assume?

Quanti alcolici beve?

E' un fumatore di sigarette o lo è stato?

Se sì, specifichi il consumo giornaliero di sigarette

Presenta frequenti bollicine, afte o ulcere orali?

E' stato ricoverato in ospedale?

Se si per quale motivo

Attualmente o in passato ha avuto qualcuna delle seguenti malattie ?

Rinite allergica

Depressione

Ansia

Tonsilliti

Insufficienza respiratoria

Malattie renali

Glaucoma

Malattie cardiocircolatorie

Endocarditi

Sostituzione valvolari

Soffio

Ipertensione arteriosa

Ipotensione arteriosa

Presenza di pace maker

Angina pectoris

Infarto

Malattie del fegato

Cirrosi

Epatite A

Epatite B

Epatite C

Diabete

Osteoporosi

Presenza di protesi articolari artificiali

Tubercolosi o altre patologie polmonari

Emofilia

Talassemia

AIDS

ALTRO

Allegato 4

SCHEDA CLINICA per individui di età superiore ai 14 anni.

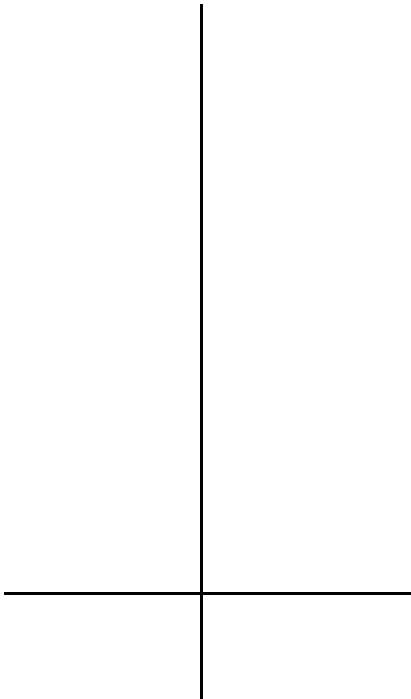
1. Anamnesi

Fare compilare il questionario di anamnesi.

2. Aree extraorali

- Ulcerazioni, erosioni, escoriazioni o fissurazioni a arti o/e collo o/e testa
- Ulcerazioni, erosioni, escoriazioni o fissurazioni a naso o/e guance o/e mento
- Ulcerazioni, erosioni, escoriazioni o fissurazioni a commessure labiali
- Ulcerazioni, erosioni, escoriazioni o fissurazioni al vermiglio
- linfonodi ingrossati

3. Tragitto di apertura spontanea



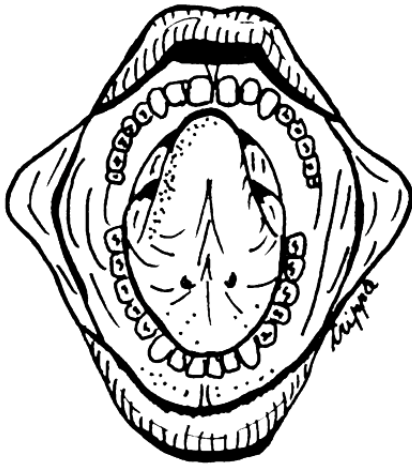
4. Segni ATM

Click
Crepitii

si no
si no

Ridotta mobilità si no

5. Stato delle mucose



Legenda

Cerchiare la zona o le zone interessate con la sigla corrispondente, quindi annotare le caratteristiche.

- X presenza di lesione non specificata o non diagnosticata
- B chiazze bianche
- R chiazze rosse
- VS vegetazione sessile
- VP vegetazione pedunculata
- U ulcerazioni e lesioni facilmente sanguinanti
- LB lesioni bollose

Caratteristiche della lesione

- Da quanto tempo è presente ?
- Si modifica nel tempo ?
- Quali sono le dimensioni ?
- Quale la sua consistenza ?
- Sono presenti spine irritative ?
- È sanguinante ?
- È dolente alla palpazione ?
- I margini sono netti ?
- È bilaterale ?

6. Stato della dentatura

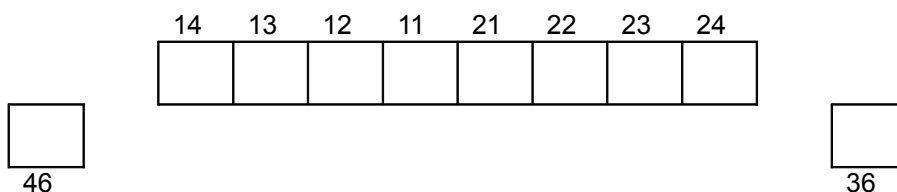
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda

Nel caso siano presenti più caratteristiche segnarle comunque nella singola casella corrispondente del dente.

- S dente sano
- M dente mancante
- R residuo radicolare
- C lesioni cariose non trattate
- OF lesioni cariose trattate ma infiltrate o incongrue
- FS fratture dello smalto
- FSD fratture di smalto e dentina,
- FC fratture di smalto e dentina con interessamento della polpa dentaria e/o della radice
- US faccette d'usura dello smalto
- USD faccette d'usura di smalto e dentina
- P elemento protesico, pilastro o impianto
- PN elemento protesico, pilastro o impianto non adeguato

7. Stato dello smalto



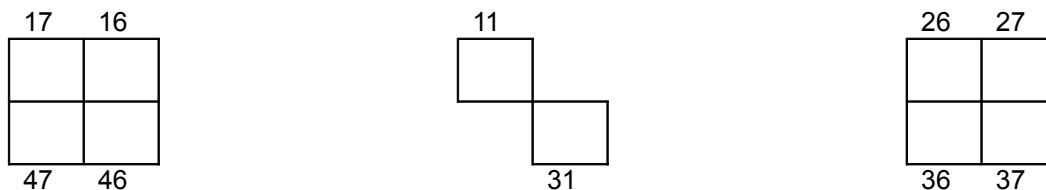
Legenda

Nel caso siano presenti più caratteristiche segnarle comunque nella singola casella corrispondente del dente.

- DE opacità demarcata
- DO opacità diffusa
- IP ipoplasia

- F1 fluorosi dubbia
- F2 fluorosi molto lieve
- F3 fluorosi lieve
- F4 fluorosi moderata
- F5 fluorosi grave

8. Stato di salute parodontale



Legenda

- 0 dente sano
- S sanguinamento senza placca e tartaro
- P presenza di placca
- PT presenza di placca e tartaro

- T presenza di tartaro
- 4 tasca 4-5 mm
- 6 tasca superiore a 6 mm

9. Mobilità dentale

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

Legenda

Segnare solo gradi patologici

- 0 dente sano
- 1 dente mobile in direzione orizzontale per 0,2-1 mm
- 2 dente mobile in direzione orizzontale per più di 1 mm
- 3 dente mobile in direzione orizzontale e anche verticale

10. Stato protesico

- Assenza di protesi
- protesi singola
- protesi estese
- protesi parziale
- protesi singola ed estesa contemporaneamente
- Protesi totale superiore
- Protesi totale inferiore

Protesi _____ annotazioni su stabilità, usura e sfregamenti _____

11. Occlusione statica

- Assenza di affollamento
- Assenza di spazi
- Assenza di diastemi
- over jet in mm _____
- over jet negativo in mm _____
- morso aperto in mm _____

Classe molare destra

- I classe testa-testa II classe 1° divisione II classe 2° divisione III classe

Classe molare sinistra

- I classe testa-testa II classe 1° divisione II classe 2° divisione III classe

Morso incrociato

- No Si Se si, sede _____

Morso aperto dento-alveolare

No Si Se si, sede _____

Linee mediane coincidenti

Si No Se no, specificare _____

12. Occlusione dinamica

discrepanza tra relazione centrica e occlusione

No Si Se s