



*Ministero della Salute*

**Segretariato generale**

**Ufficio III ex DCOM**

**Indicazioni per la promozione della salute orale nelle scuole secondarie**

**Dicembre 2014**

## Premessa

Il presente documento è stato elaborato da un gruppo di esperti a seguito di specifica indicazione del “Gruppo tecnico in materia di odontoiatria”, operante presso il Segretariato generale (costituito con D.D del capo del Dipartimento della sanità pubblica e dell’innovazione del Ministero della salute il 23 gennaio 2014), che ha dato mandato di coordinamento dell’attività specifica alla prof.ssa Antonella Polimeni, presidente del Collegio dei docenti di discipline odontostomatologiche.

Questo documento intende fornire una serie di indicazioni basate sulle migliori evidenze scientifiche, quale supporto per i docenti che intendano affrontare con gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado il tema della prevenzione delle patologie del cavo orale.

Hanno partecipato alla redazione di questo documento esperti del mondo istituzionale, accademico, libero-professionale e delle Società scientifiche.

Antonella POLIMENI	Collegio dei docenti di discipline odontostomatologiche - Coordinatore -
Maria Grazia CAGETTI	Centro di collaborazione OMS per l’epidemiologia e l’odontoiatria di comunità
Giuseppe CAPPELLO	Sindacato Unico di Medicina Ambulatoriale
Gianfranco CARNEVALE	Comitato di coordinamento delle Associazioni odontostomatologiche Italiane (CIC)
Giovanni CORSELLO	Società Italiana di Pediatria (SIP)
Pierluigi DE LOGU	Associazione Italiana Odontoiatri (AIO)
Raffaella DOCIMO	Società Italiana di Odontoiatria Infantile (SIOI)
Daniela GALEONE	Ministero della Salute
Alessandra MAJORANA	European Academy Pediatric Dentistry (EAPD)
M. Teresa MENZANO	Ministero della Salute
Livia OTTOLENGHI	Università di Roma “Sapienza”
Silvia PIZZI	Università di Parma
Gianfranco PRADA	Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI)
Giuseppe RENZO	Commissione Albo Odontoiatri (CAO) della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)
Alessandro VIENNA	Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca
Sabrina ZILIARDI	Ministero della Salute

I componenti del gruppo di lavoro hanno dichiarato l’assenza di conflitti di interessi con lo scopo di questo documento.

## Razionale

In base agli ultimi dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le malattie croniche non trasmissibili sono responsabili della maggior parte delle morti, delle sofferenze e dei costi sanitari nel mondo. Si tratta di patologie che hanno in comune fattori di rischio quali fumo, abuso di alcol, non corretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, inattività fisica.

Questi fattori di rischio, in gran parte legati a comportamenti individuali non salutari, sono fortemente condizionati dal contesto economico, sociale ed ambientale in cui si vive e si lavora. Attuare strategie efficaci per contrastare questi fattori potrà, quindi, prevenire gran parte delle malattie croniche più diffuse.

Promuovere la salute e prevenire malattie croniche, è un obiettivo possibile, condiviso a livello internazionale, sia perché i fattori di rischio sono noti sia perché esistono strategie preventive efficaci sia perché è fattibile un approccio intersettoriale. L'attenzione dell'OMS, negli ultimi dieci anni, si è fortemente concentrata sulla necessità di definire strategie efficaci per la prevenzione delle patologie croniche, con particolare attenzione ai "determinanti della salute", favorendo l'attuazione di adeguate politiche "intersectoriali" a livello nazionale, regionale e locale.

Seguendo le indicazioni dell'OMS, il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", promosso dal Ministero della Salute ed approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007, si propone di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sulla salute della popolazione, agendo sui principali fattori di rischio.

"Guadagnare salute" si configura come una strategia per promuovere la salute come bene collettivo, con integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli. Il "sistema salute" guida il processo attraverso azioni e politiche concrete per favorire la partecipazione attiva dei cittadini, partner della promozione della salute, per creare ambienti di vita e di lavoro favorevoli alla salute, per eliminare le disuguaglianze nelle condizioni di salute, per coinvolgere settori diversi dalla sanità e per migliorare lo stato di salute della popolazione.

L'obiettivo finale è facilitare le scelte salutari, attraverso un approccio rivoluzionario alla "salute", secondo il principio della "*Health in all policies*", promossa dall'OMS e dall'UE. Tale obiettivo richiede non solo interventi normativi e/o regolatori, modifiche ambientali e sociali, ma anche strumenti di *empowerment* quali l'educazione, l'informazione, la comunicazione.

L'obiettivo della comunicazione, per la promozione degli stili di vita salutari, è trasformare i destinatari in soggetti che collaborano attivamente in un progetto educativo più grande. Lo scopo delle iniziative di promozione di abitudini di vita sane è trasformare il singolo

cittadino in un alleato convinto nella attuazione di una strategia di prevenzione dai fattori di rischio, responsabilizzandolo nei confronti della propria salute ma anche nei confronti della salute degli altri (soprattutto da chi dipende dagli altri, come i bambini).

Parola chiave della comunicazione riguardante gli stili di vita è, quindi, motivare il singolo al cambiamento, diffondere *empowerment*, per portare il cittadino ad assumere spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento tesi alla promozione di un ambiente sano e alla difesa del contesto in cui si vive. L' *empowerment* consente alle persone e alle comunità di acquisire competenze sulle proprie vite, al fine di cambiare l'ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita.

L'attività di comunicazione e informazione assume un ruolo fondamentale in quanto finalizzata a favorire una migliore conoscenza, una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino.

Occorre, pertanto:

- attivare processi di consapevolezza per scelte di vita salutari a livello individuale e collettivo, attraverso iniziative di comunicazione e formazione di tipo partecipativo rivolte sia a target specifici della popolazione, sia agli operatori sanitari e non sanitari;
- sviluppare collaborazioni e sinergie con una molteplicità di partner al fine di costruire una rete che secondo, l'approccio della *Health in All Policies*, coinvolga attori e istituzioni differenti anche nelle attività di formazione e comunicazione.

Detto quanto sopra, la promozione della salute orale rientra a pieno titolo tra gli obiettivi di "Guadagnare salute" e molte delle misure di prevenzione nel campo della "*oral health*", si possono considerare utili in termini di promozione della salute globale dell'individuo.

Le principali malattie del cavo orale, infatti, riconoscono gli stessi fattori di rischio (abuso di alcol, consumo di tabacco, alimentazione scorretta, scarsa igiene orale) delle malattie croniche non trasmissibili. L'OMS, attraverso il *Global Oral Health Programme* (ORH) ha dato grande importanza allo sviluppo di politiche globali di promozione della salute orale e di prevenzione delle malattie del cavo orale.

Secondo i dati dell'OMS, il 60-90% dei bambini in età scolare, in tutto il mondo, hanno carie dentale mentre la malattia parodontale si riscontra nel 5-20% degli adulti di mezza età, con tasso variabile tra le regioni geografiche.

In Italia, la malattia cariosa, a 4 anni di età, vede l'interessamento del 21,6% degli individui; a 12 anni sono affetti da carie il 43,1% degli individui, mentre nella fascia di età compresa tra i 19 e i 25 anni l'88,2% delle persone presentano lesioni cariose. Relativamente alla malattia parodontale, negli individui di età maggiore di 35 anni, tale patologia si manifesta nel 60% degli individui per

raggiungere l'80% nelle persone di età superiore ai 55 anni. Quadri clinici di edentulismo sono presenti nel 6.7% degli individui di età superiore ai 45 anni e nel 60% delle persone con età maggiore di 80 anni. Il carcinoma orale, invece, si manifesta con una frequenza di 8,44 casi/100.000 uomini e 2.22 casi/100.000 donne.

I tradizionali trattamenti odontoiatrici sono, spesso, un onere economico significativo anche in molti paesi ad alto reddito. Il fardello delle malattie orali e delle altre malattie croniche può essere ridotto affrontando in modo simultaneo i fattori di rischio comuni, come consumo di tabacco e alimentazione scorretta.

Una diminuita assunzione di zuccheri ed una alimentazione equilibrata aiutano a prevenire la carie e la prematura perdita dei denti. Smettere di fumare e ridurre il consumo di alcol diminuiscono il rischio di cancro orale, malattia parodontale, perdita dei denti. Il consumo di frutta e verdura ha un'azione protettiva contro il cancro orale. L'utilizzo di fluoro, specie per via topica, aiuta a prevenire la carie nei bambini e negli adulti. Utilizzando queste strategie di prevenzione, l'elevato costo delle cure dentali può essere evitato e il peso delle malattie orali ridotto.

La corretta prevenzione primaria e secondaria delle patologie di maggiore rilevanza sociale (malattia cariosa e malattia parodontale), consente di evitare l'insorgere dei quadri clinici più gravi – quali ad es. l'edentulismo - che comportano invalidanti menomazioni psico-fisiche e impegno di cospicue risorse finanziarie per la terapia e la riabilitazione.

L'ottica preventiva ha portato a focalizzare gli interventi soprattutto nell'età evolutiva, perché esistono evidenze che le azioni di promozione della salute orale nei primi anni di vita consentono l'instaurarsi di abitudini personali corrette e durature nel tempo.

Per quanto riguarda, ad esempio, la malattia cariosa, l'incidenza è sensibilmente diminuita grazie alla precoce intercettazione dei siti anatomici maggiormente suscettibili e dei soggetti maggiormente predisposti, all'utilizzo della tecnica della sigillatura profilattica dei solchi e delle fessure dei denti definitivi ed alla maggiore diffusione di interventi di informazione e sensibilizzazione.

“Guadagnare salute” ha riconosciuto che la scuola, anche per promuovere la salute orale, può e deve rappresentare una comunità che si prende cura della salute di tutti i suoi membri e di tutti coloro che interagiscono con essa e nella quale, in collaborazione con le famiglie e con l'intera comunità locale, si possono sviluppare programmi a lungo termine e di ampia portata, fornendo, in particolare, ai bambini e ai ragazzi le competenze necessarie per una crescita libera, ma anche l'opportunità di sperimentare e mantenere comportamenti salutari.

Una stabile alleanza con il mondo della scuola, pertanto, è stata sancita attraverso un Protocollo d'intesa tra il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione finalizzata alla prevenzione delle malattie croniche anche attraverso la promozione della salute orale. Grazie agli

impegni assunti con il Protocollo, infatti, il Ministero della salute e il Ministero dell'Istruzione, tra le diverse iniziative attivate, hanno definito congiuntamente uno specifico materiale didattico finalizzato ad affrontare con un approccio intersettoriale e multidisciplinare le patologie del cavo orale. Il materiale, intitolato 'I-Denti-kit', per richiamare l'importanza dei denti anche come elemento distintivo di una persona, è stato messo a disposizione degli insegnanti (dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di primo grado) per parlare di salute orale anche nell'ambito delle diverse materie di insegnamento ([http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_5\\_1.jsp?lingua=italiano&id=88](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=88)).

E' importante, tuttavia, considerare che alcuni gruppi di popolazione, in particolare quelli in situazioni di svantaggio socio-economico e culturale, per i quali anche la non-salute orale segna un elemento di disuguaglianza, sono spesso scarsamente coinvolti in interventi di prevenzione.

In ambito scolastico, è fondamentale il coinvolgimento anche degli studenti delle scuole secondarie di II grado relativamente alla promozione della salute orale. Gli adolescenti infatti, sono un gruppo a rischio per il consolidamento di abitudini igieniche scorrette e meno sensibili al controllo familiare.

Appare pertanto necessario favorire la diffusione di messaggi informativi/educativi relativi a corretti comportamenti, anche in relazione ad abitudini, stili di vita non salutari e problematiche, (quali abuso di alcool, fumo, disturbi del comportamento alimentare, pratica del piercing, abuso di bevande dolcificate), che spesso si instaurano in età adolescenziale e solitamente non sono percepiti come rischiosi per salute in generale e, in particolare, per la salute orale.

Sono di seguito riportate alcune indicazioni che gli insegnanti, adulti significativi della comunità che vive accanto agli adolescenti, potranno utilmente considerare nell'affrontare la salute orale, quale elemento essenziale per il benessere e la qualità della vita di ciascuno individuo.

## Argomenti

- Salute orale e alimentazione: carie dentale e erosioni dello smalto
- Salute orale e disturbi del comportamento alimentare
- Placca batterica, gengivite, malattia parodontale e relazione con le malattie sistemiche
- Effetti sulla salute orale di
  - tabacco
  - alcol
  - sostanze stupefacenti
- Salute orale e piercing
- Tumori del cavo orale: segni precoci e sintomi
- Gestione dei traumi dentali

## Salute orale e alimentazione

- ❑ Una sana alimentazione durante l'infanzia e l'adolescenza è importante per lo sviluppo e può prevenire, oltre la carie dentale, carenza di importanti nutrienti - come il ferro -, obesità e patologie croniche (malattie cardio-vascolari, cancro e diabete), frequenti cause di mortalità.
- ❑ Un eccesso di zuccheri attraverso cibi e bevande, sia in termini di quantità che di frequenza di assunzione, in assenza di una corretta igiene orale, contribuisce allo sviluppo di lesioni cariose. E' stata, recentemente, riscontrata una ripresa della malattia nei bambini, riconducibile a cambiamenti dietetici, in particolare ad un aumentato consumo di zuccheri in assenza di un'esposizione a una quantità sufficiente di fluoro.
- ❑ Un corretto apporto di frutta e verdura, cibi ricchi di vitamine, contribuisce anche alla salute orale. Una dieta povera di frutta e verdura può portare a carenze vitaminiche (fra cui quella di vitamina C) che, specie in assenza di una buona igiene orale, può facilitare l'insorgenza di patologia gengivale.
- ❑ Masticare cibi ricchi di fibre, inoltre, contribuisce a detergere i denti e a stimolare la produzione di saliva, che contiene molteplici sostanze salutari per il benessere dei tessuti dentari e aumenta il pH della placca.
- ❑ Un chewing-gum «senza zucchero», dolcificato con polioli (es. xilitolo) che non vengono utilizzati dai batteri cariogeni per produrre acidi, contribuisce al mantenimento della salute orale perché aiuta la rimozione dei residui di cibo e della placca dalle superfici dentali e stimola la produzione di saliva. Lo xilitolo, in particolare, presenta un'importante attività cario-preventiva attraverso la riduzione della concentrazione dei batteri cariogeni.
- ❑ Altri alimenti con un'azione benefica sulla salute orale, sono quelli che contengono alcuni ceppi di probiotici (ad es. fermenti lattici).
- ❑ L'erosione dentale è un problema emergente negli adolescenti: la sua prevalenza varia dal 13 al 53% nelle diverse popolazioni esaminate.
- ❑ Per erosione si intende la perdita irreversibile della struttura del dente causata da alimenti o sostanze acide. I denti erosi diventano sensibili e più esposti a rischio di carie.
- ❑ Le bevande a base di frutta e quelle analcoliche, come soft-drink e energy-drink, oltre a contenere elevate quantità di zuccheri, sono anche acide e se assunte con regolarità e soprattutto se bevute lentamente (sorseggiate) producono danno allo smalto, rendendolo meno duro e facilmente asportabile.
- ❑ Per ridurre il rischio di erosioni, è importante ridurre il tempo in cui l'acido è a contatto con i denti. Pertanto, oltre a limitare l'assunzione di cibi e bevande acide, è buona norma non "sorseggiare" troppo a lungo tali bevande, ma, piuttosto, utilizzare una cannuccia.



- ❑ Lo smalto viene «ammorbidito» per circa un'ora dopo l'esposizione alle bevande acide. E' buona regola non spazzolare i denti immediatamente dopo l'assunzione di cibi e bevande acide, per non contribuire a lesionare lo smalto demineralizzato dall'acido. E', invece, consigliato un semplice risciacquo per allontanare più velocemente zucchero e acido dalla bocca.

## **Salute orale e disturbi del comportamento alimentare**

- ❑ I tre più comuni disturbi alimentari sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata. Chi ne è affetto può mangiare in maniera compulsiva, restrittiva o può mangiare normalmente ed associare episodi di vomito autoindotto, uso di lassativi, digiuno, diuretici o pillole per dimagrire. Le cause dei disturbi alimentari sono sconosciute, ma fattori genetici, culturali e psichiatrici sembrano giocare un ruolo concomitante.
- ❑ Il disturbo può essere mascherato; una visita odontoiatrica potrebbe favorire la diagnosi attraverso il riconoscimento di segni indicativi della malattia (variazioni di colore, forma e lunghezza dei denti, aspetto traslucido)
- ❑ L'erosione dello smalto, dovuta al frequente passaggio di vomito alimentare acido nella bocca, è un riscontro frequente nei soggetti con disturbi alimentari e appare tipicamente localizzata alla superficie interna dei denti.
- ❑ Con il tempo, i denti colpiti diventano sensibili ai cambiamenti termici e, nei casi più gravi, la vitalità degli stessi può venir compromessa.
- ❑ Altre manifestazioni del distretto orale comprendono aumento del volume delle ghiandole salivari, secchezza delle fauci e labbra arrossate, secche e screpolate.

## **Placca batterica, carie, malattia parodontale e relazione con le malattie sistemiche**

- ❑ La placca batterica è un aggregato di batteri normalmente presenti nella bocca in modo da formare una struttura organizzata (biofilm) capace di rendere i batteri altamente resistenti alle difese immunitarie e ai farmaci (es. antibiotici). Dopo qualche giorno dalla sua formazione, la deposizione di sali di calcio e di fosfati la trasforma in tartaro.
- ❑ La placca batterica è la principale responsabile delle più frequenti malattie dei denti e dei tessuti di supporto degli stessi (gingive, legamento parodontale e osso): carie e malattie parodontali.
- ❑ La carie è una patologia che produce una distruzione dei tessuti duri dei denti (smalto e dentina) La malattia parodontale determina, prima, una infiammazione delle gengive (gingivite) e, poi, una erosione dei tessuti di supporto dei denti e dell'osso

(parodontite, comunemente chiamata “piorrea”). E’ la seconda causa di perdita dentale dopo la carie.

- ❑ L’arrossamento e il sanguinamento delle gengive, l’alito di cattivo odore (alitosi) e la sensazione di una maggiore mobilità dei denti sono i sintomi più frequenti di malattia parodontale.
- ❑ Nelle malattie parodontali la placca rappresenta la condizione necessaria, tuttavia spesso non sufficiente a produrre patologia. Affinché questa si determini, è necessaria la presenza contemporanea di altri co-fattori, quali una suscettibilità alla malattia geneticamente determinata (frequente la familiarità nelle forme più gravi), la presenza di alcune malattie sistemiche quali il diabete e, molto frequente, il fumo di tabacco.
- ❑ La placca è sempre presente nella bocca; la sua formazione è continua nelle 24 ore e avviene anche se una persona digiuna. Un milligrammo di placca può contenere dai 200 ai 500 milioni di batteri.
- ❑ Dopo pochi minuti dalla sua rimozione, la placca inizia a riformarsi e aderisce non solo ai denti, ma anche alle strutture molli della bocca (gengive, lingua, tonsille, ecc.).
- ❑ L’unico rimedio efficace contro la placca è la disgregazione del biofilm ovvero la sua rimozione meccanica attraverso lo spazzolino da denti (manuale o elettrico) e, tra un dente e l’altro, usando il filo o lo spazzolino interdentale.
- ❑ La disgregazione del biofilm deve essere fatta con cura almeno due volte nelle 24 ore, perché dopo questo tempo la placca aderisce troppo tenacemente per consentire una agevole rimozione domiciliare.
- ❑ I dentifrici fluorati rappresentano un utile ausilio contro la carie e, più limitatamente, contro la malattia parodontale; tuttavia non sono in grado di essere efficaci in assenza di una adeguata rimozione di placca su tutte le superfici dentali, attraverso lo spazzolino e il filo interdentale.
- ❑ La parodontite influenza sia il controllo che la progressione del diabete di tipo 2 (insulino-indipendente o dell’adulto) e può concorrere anche al suo sviluppo.
- ❑ La parodontite cronica grave è collegata all’innalzamento dei livelli glicemici (la concentrazione di zucchero presente nel sangue) nelle persone affette da diabete ed è in grado di peggiorare il controllo della glicemia anche in persone non diabetiche. Persone con parodontite moderata o grave hanno, pertanto, un rischio aumentato non solo di avere le complicanze tipiche del diabete ma anche un maggiore rischio di morte per patologie cardiache o renali rispetto a pazienti parodontalmente sani o affetti da forme lievi di parodontite. Una efficace terapia della parodontite è in grado di contribuire al controllo glicemico del paziente diabetico e, pertanto, ridurre il rischio di complicanze indotte dal diabete stesso.
- ❑ La parodontite può aumentare il rischio di sviluppare il primo evento cardiovascolare (come un’ischemia miocardica o ictus), indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio cardiovascolari. La prevenzione e il trattamento precoce della parodontite, pertanto, ha un ruolo importante nella prevenzione delle malattie cardiovascolari.

- ❑ Studi recenti mostrano una correlazione tra artrite reumatoide e salute orale, in particolare con la malattia parodontale.

## **Effetti del tabacco sulla salute orale**

- ❑ L'uso di tabacco, a causa dello sviluppo localizzato di alte temperature ed all'azione diretta della nicotina, determina ispessimento dello strato più superficiale della mucosa, alterazioni cellulari e della vascolarizzazione, riduzione delle difese immunitarie, con conseguente maggior rischio di lesioni potenzialmente maligne (precancerose).
- ❑ I tumori della cavità orale hanno 6 volte più probabilità di insorgere nei fumatori.
- ❑ Il fumo di tabacco è, dopo l'accumulo di placca batterica, il fattore più importante nell'eziopatogenesi della malattia parodontale.  
Il fumo riduce la probabilità di guarire dalla parodontite (anche se trattata correttamente) ed è un fattore di rischio importante nella perdita degli impianti endo-ossai (viti di titanio inserite nell'osso ed usate per sostituire i denti mancanti).
- ❑ Una buona rimozione di placca domiciliare e il controllo degli stili di vita ed in particolare la cessazione del fumo sono in grado di ridurre drasticamente il rischio di malattia parodontale nella grande maggioranza delle persone. Una persona con una buona igiene orale e non fumatrice molto difficilmente si ammala di malattia parodontale.

## **Effetti dell'alcool sulla salute orale**

- ❑ A livello del cavo orale, l'assunzione di alcool, determina un'atrofia delle papille gustative della lingua, provocando alterazioni del gusto.
- ❑ L'alcool viene degradato dagli enzimi naturalmente presenti nella bocca e si trasforma in una sostanza chiamata acetaldeide che danneggia i tessuti parodontali.
- ❑ I prodotti alcolici, anche per il loro elevato contenuto di zuccheri, provocano un'acidosi orale e predispongono allo sviluppo di erosioni e carie dentali.
- ❑ L'associazione di alcool e fumo determina un aumento esponenziale del rischio di cancro orale.

## Effetti delle sostanze stupefacenti sulla salute orale

- ❑ L'uso e l'abuso di stupefacenti e farmaci determinano alterazioni del senso di fame (in eccesso o in difetto) con modifiche del comportamento alimentare che si ripercuotono anche sulla salute orale.
- ❑ L'abuso di droghe analgesiche determina un aumento della soglia del dolore con la conseguente mancanza di percezione algica ed indifferenza verso eventuali cure mediche.
- ❑ Il conseguente tardivo ricorso a cure odontoiatriche riduce notevolmente le possibilità terapeutiche di tipo conservativo.
- ❑ La presenza di sostanze acide nelle droghe e nei farmaci può determinare erosioni dentali.
- ❑ Frequentemente, a peggiorare il quadro clinico sono il concomitante utilizzo di tabacco e di alcol.

## Salute orale e piercing

Il *piercing* è una pratica che rientra tra le forme di «body art», come disegni, dipinti, tatuaggi e orecchini. Il fenomeno è ormai così largamente diffuso che un *piercer* (chi effettua il *piercing*) effettua mediamente 50 prestazioni settimanali solo nel distretto del cavo orale.

Rischi legati alla procedura:

- sanguinamento prolungato;
- gonfiore dei tessuti;
- trasmissione dei virus delle epatiti A, B e C e HIV;
- endocardite (infezione a carico della parete che riveste il cuore- endocardio) causata da batteri presenti nel cavo orale e migrati altrove;
- perdita totale o parziale della sensibilità gustativa della lingua.

Rischi legati al *jewel*:

- reazioni allergiche ai materiali usati (nichel, talvolta acciaio);
- infezioni gengivali causate dall'alterazione della flora batterica orale;
- recessioni gengivali che possono essere causate anche dal continuo trauma subito dalla gengiva a causa del *piercing*;
- fratture dentali che possono essere causate dai continui traumi del *piercing* sui denti.

In caso di *piercing*:

- ❑ effettuare un'igiene orale quotidiana scrupolosa, almeno due volte al giorno, dopo i pasti principali con spazzolino e dentifricio al fluoro.

- ❑ dopo l'igiene orale spazzolare la barra del *piercing* in modo da eliminare placca e residui alimentari che possono causare infezione.
- ❑ dopo aver effettuato la pulizia della barra del *piercing*, effettuare sciacqui con collutorio o con acqua e sale, senza risciacquare successivamente con acqua.
- ❑ effettuare controlli periodici dall'odontoiatra.

## **Tumori del cavo orale**

I tumori del cavo orale comprendono lesioni neoplastiche che possono interessare la mucosa orale, la lingua, le labbra, le ghiandole salivari, le ossa mascellari.

Fattori di rischio:

- uso di tabacco (in tutte le sue forme);
  - abuso di bevande alcoliche;
  - associazione di alcol e fumo (potenziamento degli effetti lesivi);
  - alimentazione povera di frutta e verdura (carenza di vitamine);
  - esposizione ai raggi ultravioletti solari e artificiali (es. lampade e lettini abbronzanti);
  - infezioni virali causate da alcuni tipi di Papilloma virus (HPV) e infezione da miceti (Candida).
- ❑ Una lesione neoplastica si può presentare come una zona ulcerata, un'area mucosa di colore diverso (bianca o rossa), un nodulo o una massa più o meno dura nel contesto dei tessuti molli, oppure come un'escrescenza.
  - ❑ Se la lesione non guarisce entro 15 giorni deve essere attentamente valutata.
  - ❑ I sintomi, solitamente, sono sfumati e sfuggenti: modesto dolore, bruciore, senso di corpo estraneo, episodi di ripetuto sanguinamento.
  - ❑ La mortalità a causa di un tumore del cavo orale è elevata perché solitamente le diagnosi è tardiva.
  - ❑ La prevenzione rappresenta l'arma più efficace nella lotta ai tumori: abitudini e stili di vita (prevenzione primaria), visite per la diagnosi precoce (prevenzione secondaria).

## Gestione dei traumi dentali

- ❑ Negli ultimi anni è aumentata, negli individui in età evolutiva, la prevalenza di eventi traumatici che coinvolgono la faccia, la bocca e i denti.
- ❑ I traumi dentali più frequenti nei ragazzi sono conseguenti ad incidenti stradali, attività sportive e ricreative, comportamenti reattivi, giochi con oggetti potenzialmente contundenti.
- ❑ I traumi dentali possono anche essere conseguenza di un uso scorretto della dentatura (ad es. mordere la penna, trattenere in bocca oggetti di cancelleria, aprire le bottiglie o tagliare qualcosa).
- ❑ I piercing sul labbro o sulla lingua aumentano la probabilità di avere un trauma dentale.
- ❑ Quando si verifica un trauma dentale è importante sapere cosa fare “sulla scena del trauma”, tenendo conto che il fattore tempo è determinante.
- ❑ Nel caso di perdita di un dente permanente il reimpianto è, generalmente, indicato.
- ❑ Minore è il tempo intercorso tra l’evento traumatico e il reimpianto, migliore sarà la prognosi. Il tempo massimo che dovrebbe intercorrere è di 2-3 ore.
- ❑ Come primo intervento, chiunque può eseguire questa manovra, purché non ci siano impedimenti al corretto riposizionamento del dente nell’alveolo (es. fratture del bordo dell’osso alveolare).
- ❑ Qualora il reimpianto non avvenga immediatamente, il dente deve essere conservato in maniera adeguata (soluzione fisiologica, latte o saliva). La superficie radicolare deve essere lavata con soluzione fisiologica salina e il dente reimpiantato con la pressione delle dita.
- ❑ In caso di perdita di un dente:
  - cercare il dente;
  - prenderlo per la corona e non la radice;
  - sciacquarlo sotto acqua corrente fredda (ricordando di chiudere lo scarico del lavandino!);
  - inserirlo immediatamente, con delicatezza, nella posizione originale, comprimendolo con una garza; se ciò non fosse possibile, conservare il dente in un contenitore con latte o soluzione fisiologica (se non fossero disponibili, il dente può essere conservato nella bocca del paziente a livello del fornice gengivale, prestando attenzione a che non venga ingerito), in attesa del trattamento dallo specialista.
- ❑ Se il dente è spezzato:
  - cercare il frammento della corona, perché può essere utilizzato per la ricostruzione del dente, e conservarlo in soluzione fisiologica.

In ogni caso, è necessario far riferimento quanto prima ad un presidio di primo soccorso ove sia presente un servizio di odontoiatria o ad un odontoiatra.

## Lettere consigliate

### Salute orale e alimentazione: carie dentale e erosioni dello smalto

### Salute orale e disturbi del comportamento alimentare

- Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. *Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study.* J Am Diet Assoc. 2011;111(7):1004-11.
- Centres for Disease Control and Prevention. *Adolescent and school health.* <http://www.cdc.gov/healthyyouth/nutrition/facts.htm>
- Forshee RA, Anderson PA, Storey ML. *Changes in calcium intake and association with beverage consumption and demographics: comparing data from CSFII 1994–1996, 1998 and NHANES 1999–2002.* Journal of the American College of Nutrition 2006;25:108–116.
- Hill, J.O., Wyatt, H.R., Reed, G.W., Peters, J.C., 2003. *Obesity and the environment: where do we go from here?* Science 299, 853–857.
- *L'alimentazione degli adolescenti nella Regione del Veneto.* Indagine Health Behaviour in School-aged Children HBSC 2006 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui giovani di 11, 13 e 15 anni.  
[http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/Sian/IgieneNutrizione/Documenti/Lalimentazione\\_degli\\_adolescenti\\_HBSC06.pdf](http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/Sian/IgieneNutrizione/Documenti/Lalimentazione_degli_adolescenti_HBSC06.pdf)
- Coombes JS. *Sports drinks and dental erosion.* Am J Dent. 2005 Apr;18(2):101-4.
- *Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva. Aggiornamento 2013*  
[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2073\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2073_allegato.pdf)

### Placca batterica, gengivite, malattia parodontale e relazione con le malattie sistemiche

- Marsh PD. *Dental plaque: biological significance of a biofilm and community life-style.* J Clin Periodontol 2005; 32 (Suppl. 6): 7–15.
- Mombelli A, Decaillet F. *The characteristics of biofilms in peri-implant disease.* J Clin Periodontol 2011; 38 (Suppl. 11): 203–213.
- Sicilia A, Arregui I, Gallego M, Cabezas B, Cuesta S. *A systematic review of powered vs. manual toothbrushes in periodontal cause-related therapy.* J Clin Periodontol 2002; 29(Suppl. 3): 39–54.
- Palmer RM, Wilson RF, Hasan AS, Scott DA. *Mechanisms of action of environmental factors – tobacco smoking.* J Clin Periodontol 2005; 32 (Suppl. 6): 180–195.
- Tonetti MS, Van Dyke TE and on behalf of working group 1 of the joint EFP/ AAP workshop. *Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases.* J Clin Periodontol 2013; 40 (Suppl. 14): S24–S29.
- Chapple ILC, Genco R, and on behalf of working group 2 of the joint EFP/AAP workshop. *Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/ AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases.* J Clin Periodontol 2013; 40 (Suppl. 14): S106–S112.

## Effetti sulla salute orale di tabacco, alcool, sostanze stupefacenti

- *Popolazione tossicodipendente: indicazioni per la promozione della salute orale ed interventi di prevenzione e protezione.* Ministero della Salute, Dicembre 2012. [www.salute.gov.it/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1889\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/c_17_pubblicazioni_1889_allegato.pdf)
- *Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva.* Aggiornamento 2013 [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2073\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2073_allegato.pdf)
- *Abitudini e stili di vita degli adolescenti italiani.* 2001-2012. [www.sip.it](http://www.sip.it)
- O'Sullivan EM. *Dental health of Irish alcohol/drug abuse treatment center residents.* Community dental Health. 2012 Dec; 29(4):263-7.
- Agbor MA, Azodo CC, Tefouet TS. *Smokeless tobacco use, tooth loss and oral health issues among adults in Cameroon.* Afr Health Sci. 2013 Sep;13(3):785-90.
- Naval S, Koerber A, Salzmann L, Punwani I, Johnson BR, Wu CD. *The effects of beverages on plaque acidogenicity after a sugary challenge.* J Am Dent Assoc. 2013 Jul;144(7):815-22.
- <http://smokingstatistics.org>
- <http://www.sidp.it/progetti/www.periomedicine.it/>
- <http://www.sidp.it/progetti/www.progettostilidivita.it/>

## Salute orale e piercing

- Peticolas T., Tillis T., Cross-Poline N. *Oral and Perioral Piercing: A Unique Form of Self Expression.* The Journal of Contemporary Dental Practice 2000; 1: 1-10.
- Meskin L. *A Few Piercing Thoughts.* JADA 1998; 19: 1519-1520.
- Price S., Lewis M. *Body Piercing Involving Oral Sites.* JADA 1997; Vol 128: 1017-1020.
- Ventä I., Lakoma A., Haahtela S., Peltola J., Ylipaavalniemi P., Turtola L. *Oral Piercings Among First-Year University Students.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99:546-9.

## Tumori del cavo orale

- Khode SR, Dwivedi RC, Rhys-Evans P, Kazi R.J. *Exploring the link between human papilloma virus and oral and oropharyngeal cancers.* Cancer Res Ther. 2014 Jul-Sep;10(3):492-8.
- Abidullah M, Kiran G, Gaddikeri K, Raghoeji S, Ravishankar T S.J. *Leukoplakia - review of a potentially malignant disorder.* Clin Diagn Res. 2014 Aug;8(8).
- Fakhry C, Gillison ML, D'Souza G. *Tobacco use and oral HPV-16 infection.* JAMA. 2014 Oct 8;312(14):1465-7.
- Boute P, Page C, Biet A, Cuvelier P, Strunski V, Chevalier D. *Epidemiology, prognosis and treatment of simultaneous squamous cell carcinomas of the oral cavity and hypopharynx.* Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2014 Oct 3.
- Gupta B, Johnson NW. *Systematic Review and Meta-Analysis of Association of Smokeless Tobacco and of Betel Quid without Tobacco with Incidence of Oral Cancer in South Asia and the Pacific.* PLoS One. 2014 Nov 20;9(11).
- Jayasekara H, MacInnis RJ, Hodge AM, Hopper JL, Giles GG, Room R, English DR. *Lifetime alcohol consumption and upper aero-digestive tract cancer risk in the Melbourne Collaborative Cohort Study.* Cancer Causes Control. 2014 Nov 18.



## Gestione dei traumi dentali

- Di Angelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ., Trope M, Sigurdsson A, Andersson L, Bourguignon C, Flores MT, Hicks ML, Lenzi AR, Malmgren B, Moule AJ., Pohl Y, Tsukiboshi M. *International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth*. Dental Traumatology 2012; 28: 2–12.
- Glendor U. *Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries – a review of the literature*. Dental Traumatology 2009; 25: 19–31.
- Levin L, Zadik Y. *Education on and prevention of dental trauma: it's time to act!* Dental Traumatology 2012; 28: 49–54.
- Emerich K, Gazda E. *Review of recommendations for the management of dental trauma presented in first-aid textbooks and manuals*. Dent Traumatol. 2010 Jun; 26(3):212-6.
- Andreasen JO, Lauridsen E, Gerds TA, Ahrensburg SS. *Dental Trauma Guide: a source of evidence based treatment guidelines for dental trauma*. Dental Traumatology 2012; 28: 345–350.
- Glendor U. *Has the education of professional caregivers and lay people in dental trauma care failed?* Dental Traumatology 2009; 25: 12–18.
- *Linee Guida Nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in eta' evolutiva 2012*.  
[www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1872\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1872_allegato.pdf)