

## **“TUTELA DELLA SALUTE ORALE IN ETÀ EVOLUTIVA”**

*Dr. Fulvio Campolongo*

*Referente clinico Dipartimento di Prevenzione - APSS*

*Direttore Unità Operativa di Ch. Maxillo Facciale e Odontostomatologia - Ospedale di Trento*

Nel giudicare condivisibile, sul piano generale, l'impostazione della proposta di **Piano per la salute del Trentino 2015-2025**, desidero formulare alcune sintetiche osservazioni preliminari:

1. le precedenti esperienze di programmazione sanitaria provinciale, a prescindere dalle diverse vesti formali assunte negli anni, hanno consentito di sviluppare e migliorare il servizio sanitario provinciale, sia in termini strutturali che funzionali e di capacità complessiva di risposta ai singoli e alla comunità di riferimento;
2. le difficoltà economiche degli anni più recenti impongono di accelerare la realizzazione di processi di riordino, già delineati e programmati da tempo sul piano formale, finalizzati e prioritari per assicurare la sostenibilità della erogazione dei LEA e dei LEA aggiuntivi;
3. la proposta di Piano per la salute 2015-2025 individua macro-obiettivi “alti” - e, pertanto, intrinsecamente generali (aumento della salute, del benessere della popolazione, dell'equità e dell'accessibilità universale a servizi socio-sanitari sostenibili e di alta qualità), forse più propriamente “**principi di riferimento**” - e li pone come base per lo sviluppo successivo di piani operativi di implementazione (tramite programmi, progetti, interventi specifici).

E' rispetto a tale impostazione che desidero segnalare come in generale in Italia le buone intenzioni di policy e le indicazioni di programmazione mancano frequentemente di meccanismi adeguati che ne assicurano l'implementazione, anche quando puntuali e stringenti – quasi di dettaglio operativo.

In merito a ciò, anche nel contesto locale, sono numerosi gli esempi che manifestano questa carenza. **Il passare dalla indicazione del “da farsi” al “fatto” rimane il vero problema sul quale investire** in termini di sviluppo della capacità organizzativa e operativa e di assegnazione precisa delle responsabilità attuative cui si devono necessariamente accompagnare incentivi o penalizzazioni (per l'unità organizzativa e/o per l'operatore/professionista interessato).

Troppo spesso, infatti, la **complessità istituzionale ed organizzativa** e, in particolare, la **pluralità dei livelli e momenti decisionali** sono alibi per giustificare inadempienze, scostamenti e ritardi nel conseguimento degli obiettivi assegnati.

In questo senso, desidero ribadire come, a mio parere, l'attenzione delle strutture provinciali competenti debba essere particolarmente concentrata sullo sviluppo dei **meccanismi di monitoraggio, controllo e verifica** puntuale di quanto è in concreto stato realizzato rispetto ai singoli obiettivi operativi assegnati e sulla **valutazione effettiva, oggettiva e trasparente**.

Dopo queste osservazioni preliminari, nel prendere visione del testo del *Piano per la salute del Trentino 2015-2025* noto che, in merito agli obiettivi proposti per l'età evolutiva, **non vi è alcun riferimento a programmi per la tutela della salute orale.**

Posto che tale ambito di tutela è significativamente in grado di migliorare la salute e il benessere di tutti e specificamente disciplinato dalla legge provinciale n.22 del 2007, rispondo all'invito alla consultazione fornendo, sul piano tecnico, un contributo di integrazione e approfondimento sul tema.

Il tema della **“tutela della salute orale in età evolutiva”** e della **“governance dell'area odontoiatrica”** sono, nel contesto trentino, il paradigma della necessità di superare la fase di enunciazione di “principi” traducendo il livello speculativo (*pensare/programmare*) in piani operativi di prevenzione e di erogazione di assistenza (*fare*).

L'attuazione sostanziale della **legge provinciale n. 22/2007** e dei **provvedimenti di Giunta** di anno in anno adottati – potrebbero consentire il passaggio dal *“da farsi”* al *“fatto”* e determinare il raggiungimento di quei macro-obiettivi “alti” proposti dal *Piano per la salute del Trentino 2015-2025* attraverso una tangibile e positiva modifica degli indicatori di salute orale in Trentino attualmente penalizzati da diversità in relazione alla cittadinanza, al genere e all'ambito territoriale di residenza.

La legge provinciale n. 22/2007 è da intendersi come **legge quadro** di integrazione e superamento di normative precedenti<sup>(1)</sup>.

Nell'abbandonare la modalità “assistenzialista” della normativa precedente - concessione di un contributo economico al singolo – la legge 22 adotta una chiara visione preventodontica <sup>(2)</sup> con un approccio tipicamente comunitario tale da prefigurare la possibilità di realmente incidere sullo stato di salute della popolazione pediatrica.

La legge provinciale n. 22/2007, infatti, definisce gli indirizzi e le strategie di intervento per raggiungere *obiettivi di salute in grado di migliorare il benessere, ridurre le disuguaglianze e sviluppare sistemi sociosanitari sostenibili.*

Definisce, in sostanza, un ***Piano per la salute orale.***

---

1 - Legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20

*“Interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica protesica ed ortodontica”* (concessione di un contributo per l'applicazione di protesi dentarie mobili, a favore di soggetti di età superiore a 60 anni e di un contributo per l'effettuazione di cure ortodontiche a favore di soggetti di età compresa tra i 6 ed i 16 anni)

- DPCM 29/11/2001

*“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*

- Delibera della Giunta provinciale n. 1788/2004

*“Definizione dei livelli di assistenza – Area odontoiatrica,*

2 Art. 2 - Assistenza odontoiatrica a favore dei soggetti in età infantile ed evolutiva della Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 *“Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento”-*

In relazione al nuovo assetto di governo dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (legge provinciale n. 16/2010 e deliberazione della Giunta provinciale n. 350/2011), il Direttore Generale, ha definito l'assetto organizzativo aziendale per l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica del Servizio Sanitario Provinciale (Deliberazioni n. 543/2012 e n. 424/2013).

In particolare ha individuato nel Dipartimento di Prevenzione l'articolazione aziendale alla quale è demandata la definizione e realizzazione di un programma per lo sviluppo delle attività di prevenzione primaria e secondaria dell'età evolutiva.

In tale contesto il Dipartimento di Prevenzione ha presentato un **Programma di tutela della salute orale in età evolutiva** prevedendo la costituzione e attivazione di un modello organizzativo odontoiatrico per l'età evolutiva - afferente al Dipartimento di Prevenzione - e la definizione del piano individuale di prevenzione.

Questa è la risposta organizzativa più adeguata per garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni odontoiatriche, l'uniformità di accesso e di trattamento in tutto il territorio provinciale e l'omogeneizzazione delle pratiche tecniche e organizzative a favore dei soggetti in età evolutiva.

Il Programma di tutela della salute orale in età evolutiva è stato recepito dalla Giunta Provinciale con recenti disposizioni (delibera n. 682/2014 e n.1174/2014).

Sul piano normativo la legge provinciale n. 22 stabilisce che:

- ✓ la Provincia riconosce carattere prioritario alla prevenzione e alla cura precoce delle malattie dentarie a favore dei soggetti in età infantile ed evolutiva attraverso l'attività di prevenzione primaria e secondaria (art.2)
- ✓ annualmente la Giunta provinciale presenta alla competente commissione permanente del Consiglio una **relazione esplicativa sullo stato di attuazione della legge** (art. 8).

Nel contesto descritto e richiamandomi alle osservazioni iniziali considero la **relazione esplicativa sullo stato di attuazione della legge**, lo strumento che, fornendo elementi informativi retrospettivi e comparativi, permette di **monitorare, controllare e verificare** che gli obiettivi operativi assegnati sulla base di "principi di riferimento"(il *da farsi*) siano stati sviluppati attraverso l'implementazione di **piani operativi tangibili** (il *fatto*).

Se c'è la volontà di conseguire gli obiettivi assegnati dalle disposizioni programmatiche relativamente alla *tutela della salute orale in età evolutiva* è necessario il superamento della complessità istituzionale ed organizzativa e, in particolare, è richiesta una revisione della pluralità dei livelli e momenti decisionali.

Il Piano per la salute del Trentino 2015-2025 definisce gli indirizzi e le strategie di intervento per raggiungere obiettivi di salute in grado di migliorare il benessere, ridurre le disuguaglianze e sviluppare sistemi sociosanitari sostenibili che abbiano la persona al centro.

L'obiettivo posto dall'OMS entro il 2020, **“niente carie per il 90% dei bambini di 5-6 anni”**, è una meta che, secondo gli esperti, è raggiungibile puntando tutto sulla prevenzione.

In Trentino, un terzo dei bambini della seconda elementare presenta carie (34,2%). Questo valore migliora nei ragazzi della seconda media dove gli esenti carie sono il 73,3%.

Sono presenti tuttavia rilevanti disomogeneità territoriali, sia a livello di distretto che di comunità di Valle <sup>(3)</sup>.

Attualmente si va concretizzando il rischio che diminuisca la dotazione complessiva delle risorse che il bilancio provinciale può destinare al settore sanitario, sancendo la fine di una lunga fase in cui l'offerta di servizi ha talora innalzato il livello della domanda.

Va quindi sottolineata la necessità, in questo momento, di **programmare, progettare e realizzare i servizi sanitari e sociosanitari in modo ancora più attento alle questioni di equilibrio, di efficacia, di integrazione complessiva e di efficienza gestionale**, al fine di non intaccare la qualità dell'assistenza che le forti pressioni di contenimento della spesa, nel contesto delle manovre di bilancio, possono determinare.

Occorre, in altre parole, trovare la giusta strada per assicurare, attraverso l'esercizio della trasparenza, della condivisione e del senso di responsabilità, l'equilibrio tra scelta politica, consenso della comunità e tecniche organizzative appropriate e sostenibili.

Per **gestire il tasso di crescita della spesa sanitaria e sociosanitaria evitando arretramenti nella tutela della popolazione**, si è già realizzato, nel contesto trentino, un processo di riordino del Servizio sanitario provinciale, sul versante istituzionale, con la approvazione della legge provinciale n. 16/2010.

---

3 *Rapporto sullo Screening odontoiatrico scolastico - Anno 2013-2014*  
[www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it) > assistenza odontoiatrica

**Col medesimo intento di approccio di sistema, è stata approvata, con riferimento al settore della salute orale, la legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 recante “Disciplina dell’assistenza odontoiatrica in provincia di Trento” che enfatizza la necessità di un intervento prioritario della sanità pubblica in tema di salute orale per l’età evolutiva: “La Provincia riconosce carattere prioritario alla prevenzione e alla cura precoce delle malattie dentarie a favore dei soggetti in età infantile ed evolutiva attraverso l’attività di prevenzione primaria e secondaria”<sup>(4)</sup>.**

La citata disciplina ha individuato - attraverso le annuali Direttive di Giunta provinciale attuative - le diverse azioni sinergiche che consentono l’implementazione delle **attività odontoiatriche per l’età evolutiva**<sup>(5)</sup>:

- ✓ **promozione della salute orale e dei sani stili di vita:** informazione, formazione, comunicazione (network comunicativo);
- ✓ **sorveglianza epidemiologica e individuazione del rischio odontoiatrico:** screening odontoiatrico scolastico (informazioni sistematiche per supportare la programmazione sanitaria nell’orientamento delle risorse, ricercando efficacia e sostenibilità) e metodiche preventodontiche;
- ✓ **presa in carico assistenziale del paziente odontoiatrico pediatrico e gestione della malattia e delle sue complicanze** attraverso l’attivazione di sistemi epidemiologici integrati per realizzare programmi di sorveglianza epidemiologica attiva.

L’attivazione di sistemi epidemiologici integrati richiede un approccio sempre più unitario e coerente in grado di valorizzare il personale interessato attraverso una **rete esplicita di legami e di responsabilità tra le parti coinvolte nel processo di risposta alle esigenze preventive ed assistenziali** (modelli organizzativi gestionali specifici).

La creazione di tali modelli consente di sviluppare **modalità formative, operative, gestionali e comunicative** in grado di collegare tra di loro tutte le fasi del processo di promozione della salute odontoiatrica.

I modelli organizzativi gestionali rappresentano lo strumento tecnico per realizzare e sviluppare le scelte di politica sanitaria in modo coerente.

---

4 *legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 - art.2*  
[www.provincia.tn.it](http://www.provincia.tn.it)

5 *Schede di progetto per il Piano Provinciale della Prevenzione 2010-2012*  
*Rapporto sullo Screening odontoiatrico scolastico - Anno 2011-2012*  
[www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it) > assistenza odontoiatrica

L'integrazione della promozione della salute con i livelli essenziali di assistenza richiede una visione di sistema dei vari processi aziendali raggiungibile attraverso modalità organizzative peculiari che valorizzino le professionalità attraverso il coinvolgimento, uniformino gli strumenti e ne migliorino l'efficienza.

La **Rete odontoiatrica pediatrica**, configurata nelle Direttive per l'anno 2014-2015 <sup>(6)</sup>, coerentemente con l'assetto organizzativo aziendale per l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica del Servizio Sanitario Provinciale individuato dalle Deliberazioni del Direttore generale della APSS n. 543/2012 e n. 424/2013, ha definito la **modalità operativa** che risponde alle esigenze dell'intervento prioritario della sanità pubblica in tema di "salute orale per l'età evolutiva".

## **ATTIVITÀ ODONTOIATRICHE PER L'ETÀ EVOLUTIVA**

### **Promozione della salute, informazione ed educazione sanitaria, comunicazione istituzionale**

Le patologie del cavo orale influiscono negativamente sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva e giustificano, sulla base delle evidenze scientifiche, interventi di promozione della salute odontoiatrica attraverso percorsi informativi/comunicativi e formativi

I dati epidemiologici orientano per una particolare attenzione ed un maggior impegno da parte della Odontoiatria di comunità nei confronti dei nuovi gruppi etnici che risiedono in Trentino <sup>(7)</sup>.

La creazione di un **network comunicativo** in grado di connettere tutti i soggetti che hanno la possibilità di svolgere un'azione sinergica per il raggiungimento di obiettivi condivisi e utili per la promozione della salute odontoiatrica rappresenta un aspetto strategico per facilitare l'adozione di stili di vita favorevoli a conseguire e mantenere un buono stato di salute orale.

È necessario adottare strumenti di **marketing** e di **comunicazione sociale** individuando specifiche modalità operative e sviluppando attività formative per migliorare le competenze nell'ambito della prevenzione odontoiatrica.

---

6 deliberazioni di Giunta provinciale n. 682/2014 e n.1174/2014  
[www.provincia.tn.it](http://www.provincia.tn.it)

7 Schede di progetto per il Piano Provinciale della Prevenzione 2010-2012

le attività da sviluppare fanno riferimento a:

- **informazione – comunicazione**: incontri strutturati (insegnanti, genitori, scolari, donne in gravidanza) e sviluppo dell'iniziativa "Il Dipartimento incontra il Territorio" (genitori, operatori), produzione materiali tangibili, sviluppo progetto TreC, giornata della Promozione della salute orale
- **formazione** (FSC, FAD, formazione residenziale) per insegnanti, professionisti dell'area odontoiatrica, PLS, ostetriche, logopedisti).

## Prevenzione

Le patologie del cavo orale - associate in molti casi a scarsa igiene, alimentazione non corretta, stili di vita non salutari - influiscono negativamente sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva e giustificano l'investimento in interventi di promozione della salute odontoiatrica attraverso la modalità dello screening.

L'acquisizione, l'analisi e la restituzione dei dati epidemiologici assunti attraverso lo screening odontoiatrico scolastico rappresentano strumento di supporto alla programmazione sanitaria.

Le Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva (novembre 2013) sottolineano come *“dall'analisi dei dati reali (censimento delle strutture odontoiatriche, dati di prevalenza carie e dati di popolazione) sia auspicabile e incalzante la necessità di attuare, nella popolazione pediatrica italiana, idonee misure di prevenzione. È verosimile, infatti, ipotizzare che nel prossimo futuro, applicando sul territorio nazionale un programma di prevenzione strutturato, coordinato e basato su Linee Guida Nazionali, l'offerta terapeutica del Servizio Sanitario Nazionale si riveli adeguata, in virtù della riduzione della prevalenza di carie che ne risulterà. Tale programma di prevenzione orale, inoltre, consentirebbe al pediatra e all'odontoiatria di lavorare congiuntamente per lo stesso obiettivo comunitario nazionale, di indubbio grande impatto socio/sanitario”*<sup>(8)</sup>.

L'acquisizione di informazioni in modo sistematico sui diversi stili di vita dei bambini, in relazione ai loro comportamenti riguardo ai principali fattori di rischio della carie e dei disordini occlusali, e la loro rimozione, rappresentano la modalità appropriata per promuovere la salute orale potenziando i determinanti positivi e riducendo quelli negativi.

Le attività di prevenzione sanitaria contribuiscono in materia decisiva a tutelare la salute della popolazione e, conseguentemente, anche a **ridurre il bisogno prospettico di utilizzo dei servizi sanitari più complessi e costosi**, con azioni mirate a :

- ✓ impedire l'instaurarsi di condizioni morbose;
- ✓ individuare precocemente i segnali predisponenti o caratterizzanti specifiche patologie;
- ✓ procrastinare nel tempo gli effetti patologici più rilevanti in termini di incidenza sulla qualità di vita.

---

8 *Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva.* ( novembre 2013) - *Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia* (gennaio 2014)  
[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

La consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione, nel contrastare l'insorgere delle patologie o nel contenerne gli effetti negativi, ha portato in questi anni ad una crescita della sensibilità internazionale e nazionale sulla **necessità di attivare organici interventi in tema di prevenzione**, sia con azioni per il contenimento dei fattori di rischio, sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze.

I principali fattori di rischio legati a comportamenti individuali non salutari sono fortemente condizionati dal contesto economico, sociale ed ambientale in cui si vive e si lavora.

In questo contesto **si dovrà perseguire/mantenere** una funzione essenziale ed esclusiva di sanità pubblica, vale a dire il **monitoraggio dello stato di salute e dei fattori di rischio e la loro distribuzione nella popolazione**, inteso come la sistematica raccolta, archiviazione, analisi e interpretazione di dati, seguita da una diffusione delle informazioni a tutte le persone che le hanno fornite e a coloro che devono decidere di intraprendere eventuali interventi.

Il **Piano per la salute del Trentino 2015-2025**, riguardo alla **tutela della salute orale in età evolutiva**, dovrà prevedere azioni finalizzate a:

- ✓ **continuare le azioni di sensibilizzazione per l'adozione di stili e comportamenti di vita sani;**
- ✓ **consolidare lo screening odontoiatrico**, nel quadro delle disposizioni della legge provinciale n. 22/2007 di "*Tutela della salute odontoiatrica in provincia di Trento*" attivato al fine garantire equamente gli interventi di **sigillatura** a tutti i bambini a rischio di carie <sup>(9)</sup>,
- ✓ **sviluppare la competenza del Dipartimento di prevenzione, in merito alla gestione complessiva**, in termini organizzativi all'interno del servizio sanitario provinciale, del "**Programma di tutela della salute orale in età evolutiva**" così come stabilito dalla Giunta Provinciale nelle deliberazioni n. 682/2014 e n.1174/2014.

Le Direttive di attuazione della legge n. 22 per l'anno 2014-2015 <sup>(10)</sup> hanno disposto:

- ✓ le modalità di integrazione del libretto sanitario odontoiatrico (LSO) nel **libretto sanitario pediatrico** con nuove schede informative pediatriche a 12 mesi, 6 anni, 13 anni
- ✓ la specifica formalizzazione delle indicazioni di carattere generale sulle problematiche odontoiatriche dell'età evolutiva, compresa la definizione del **Piano Individuale di Prevenzione (PIP)**, in un documento redatto a cura del Dipartimento di prevenzione della APSS *in relazione alle attività afferenti alla "rete odontoiatrica pediatrica"*.

---

9 lo screening odontoiatrico potrà, nel tempo, essere sostituito da un più incisivo intervento preventivo e dalle rilevazioni provenienti dai piani individuali di prevenzione e dalle schede informative pediatriche a 12 mesi, 6 anni, 13 anni

10 deliberazione di Giunta provinciale n. 682 del 9 maggio 2014  
[www.provincia.tn.it](http://www.provincia.tn.it)

In tale contesto il Dipartimento di Prevenzione ha presentato un **Programma di tutela della salute orale in età evolutiva**, prevedendo la costituzione e attivazione di un **modello organizzativo odontoiatrico per l'età evolutiva** - afferente al Dipartimento di Prevenzione - e la definizione del **piano individuale di prevenzione** che rappresentano, sul piano organizzativo e operativo, la risposta più adeguata per garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni odontoiatriche, l'uniformità di accesso e di trattamento in tutto il territorio provinciale e l'omogeneizzazione delle pratiche tecniche e organizzative a favore dei soggetti in età evolutiva.

La Delibera di Giunta provinciale n.1174 del 14 luglio 2014 - **integrazione** alle Direttive di attuazione della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 per l'anno 2014-2015 <sup>(11)</sup> - ha approvato la modificazione della scheda relativa alla "*Tutela della salute odontoiatrica a favore dei soggetti in età evolutiva*" stabilendo che "**la sorveglianza sullo stato di salute orale dei soggetti in età evolutiva, in carico alla rete odontoiatrica pediatrica, si concretizza attraverso azioni coordinate e consequenziali rivolte a tutta la popolazione pediatrica che prendono l'avvio con la prima visita odontoiatrica all'età di tre/quattro anni**".

In base al rischio carie individuato si personalizza il piano individuale di prevenzione prevedendo le fasi successive di presa in carico attraverso schemi differenziati di protocolli clinici professionali. L'applicazione del piano individuale di prevenzione, oltre a sviluppare azioni di prevenzione primaria (educazione e counseling individuale sugli stili di vita), è finalizzata a identificare situazioni di rischio e a diagnosticare precocemente le patologie in fase iniziale per sviluppare un percorso preventivo/terapeutico adeguato con miglioramento della qualità della vita.

Il **Piano per la salute del Trentino 2015-2025**, è l'ambito naturale all'interno del quale sviluppare approfondimenti relativamente alla prevenzione odontoiatrica in età pediatrica.

Il **Piano per la salute** – facendo proprie le "**Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva**", favorendo l'attuazione della **Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22** e dei provvedimenti normativi per l'attuazione di anno in anno adottati - può determinare una tangibile e positiva modifica degli indicatori di salute orale in Trentino tale da consentire il superamento delle diversità in relazione alla cittadinanza, al genere e all'ambito territoriale di residenza.

---

11 deliberazione di Giunta provinciale n.1174 del 14 luglio 2014  
[www.provincia.tn.it](http://www.provincia.tn.it)

## Il piano individuale di prevenzione

Obiettivo del piano individuale di prevenzione (**PIP**) è la presa in carico del minore nell'ambito di un complessivo intervento di sorveglianza sullo stato di salute orale dei soggetti in età evolutiva favorendo la promozione della salute orale e intercettando e trattando precocemente le problematiche dentali eventualmente presenti (carie e mal occlusione).

La sorveglianza sullo stato di salute orale dei soggetti in età evolutiva, in carico alla rete odontoiatrica pediatrica, si concretizza attraverso azioni coordinate e consequenziali rivolte a tutta la popolazione pediatrica che prendono l'avvio con la prima visita odontoiatrica all'età di tre/quattro anni<sup>(12)</sup>

Nel corso della **prima visita**, l'**odontoiatra** deve valutare lo stato di salute della bocca, dei tessuti duri e molli, dell'articolazione temporo-mandibolare, controllare che la formula dentaria sia corretta e compatibile con l'età del paziente e che i denti presenti siano sani e in corretta occlusione. Va inoltre controllata la presenza di abitudini viziate (persistenza dell'uso del succhiotto e del succhiamento del dito) che possono alterare lo sviluppo armonico dei mascellari.

L'**igienista dentale** collabora con l'odontoiatra in occasione della prima visita (contestualmente o successivamente alla stessa) per spiegare ai genitori e al piccolo paziente i principi fondamentali della prevenzione primaria in particolare della patologia cariosa.

La carie è una malattia infettiva a carattere cronico-degenerativo, trasmissibile, ad eziologia multifattoriale che interessa i tessuti duri dentali determinandone la distruzione. I fattori eziologici che concorrono alla formazione di carie sono principalmente tre, che devono essere presenti contemporaneamente nel tempo per determinare la patologia:

- flora batterica (biofilm) cariogena,
- dieta ricca di carboidrati fermentabili,
- suscettibilità dell'ospite.

---

12 "L'elevata prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana ci porta a considerare l'intera popolazione come potenzialmente a rischio di carie e, pertanto, bisognosa di interventi preventivi di tipo estensivo" - "E' consigliabile che la prima visita odontoiatrica venga fatta a completamento della dentizione decidua (3-4 anni di età) indipendentemente dalla presenza o meno di problematiche dentali"  
Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia - gennaio 2014  
www.salute.gov.it

È quindi necessario fornire ai genitori informazioni e indicazioni rispetto a:

- **igiene orale domiciliare** per il controllo di placca quotidiano;
- **igiene alimentare** per la prevenzione delle patologie orali;
- **fluoroprofilassi** in base al rischio individuale di carie <sup>(13)</sup>
- **modalità di accesso** all'assistenza odontoiatrica
- **aspetti organizzativi** del servizio odontoiatrico pediatrico.

La rimozione dei depositi molli dalle superfici orali è importante per il mantenimento della salute di denti e gengive. Per le manovre di **igiene orale domiciliare**, si consiglia:

- per i bambini di età inferiore ai 6 anni, le manovre devono essere eseguite dal genitore o sotto la sua diretta supervisione dal bambino stesso, in base alla manualità del bambino;
- per i bambini dai 6 anni in su, le manovre possono essere eseguite direttamente dal bambino con la supervisione del genitore.

Le indicazioni per il mantenimento di una **dieta acariogena** devono comprendere:

- ruolo dei carboidrati nella formazione della carie
- suggerimenti per snack e fuori-pasto scarsamente cariogeni e per utilizzo dei "cibi funzionali" (contenenti Stevia rebaudiana, xilitolo, ...)
- frequenza dei pasti e dei fuori-pasto correlati al rischio carie

L'alimentazione ha un ruolo fondamentale nella salute orale, a ogni età. Il batterio della carie, lo *Streptococcus mutans*, si nutre e prolifera grazie al metabolismo dello zucchero e produce l'acido lattico.

L'acido lattico è responsabile della diminuzione del pH della bocca che è responsabile dell'indebolimento dello smalto dei denti rendendoli più fragili di fronte all'attacco dei batteri.

*Pertanto "l'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici è sconsigliata fuori dai pasti principali; in particolare, l'uso del succhiotto edulcorato e l'uso non nutrizionale del biberon contenente bevande zuccherine devono essere fortemente sconsigliati".*

---

13 modalità individuate nelle *Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva (novembre 2013)*  
[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

La **fluoroprofilassi**, intesa come metodica di prevenzione della carie attraverso l'utilizzo di fluoro, è necessaria in tutti gli individui. Può essere effettuata per via sistemica o per via topica: per la metodica di somministrazione e alla posologia è buona norma fare riferimento al documento “Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva” (novembre 2013).

Il mezzo di somministrazione più idoneo sarà indicato dallo specialista in base al rischio carie individuale.

Età	Modalità
6 mesi – 6 anni	possibile utilizzo di dentifricio contenente >1000 ppm di fluoro in dose pea-size per 2 volte/giorno
dopo i 6 anni	utilizzo di dentifricio contenente >1000 ppm di fluoro in dose pea-size per 2 volte/giorno

*estratto da “Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva (novembre 2013) - Raccomandazione 2 – 2.1 – 2.2”*

Nei casi in cui, nei bambini al di sotto dei 6 anni, vi fosse un’oggettiva difficoltà alla somministrazione topica di fluoro attraverso il dentifricio o come metodica di fluoroprofilassi aggiuntiva nei soggetti con rischio carie alto, il pediatra potrà prescrivere l'utilizzo di integratori di fluoro (dopo la valutazione di assunzione di fluoro da altre fonti) con i seguenti dosaggi:

- dai 6 mesi ai 3 anni: 0,25 mg/die di fluoro in gocce
- dai 3 ai 6 anni: 0,50 mg/die di fluoro con gocce o pastiglie.

L’igienista dentale in occasione della prima visita procede al **calcolo del rischio carie** del bambino. Il rischio individuale di sviluppare lesioni cariose<sup>(14)</sup> si può calcolare valutando i numerosi fattori che intervengono nello sviluppo della patologia cariosa.

---

14 *Il rischio individuale di sviluppare lesioni cariose deve essere valutato attraverso l’esperienza di carie, le abitudini alimentari e di igiene orale, la fluoroprofilassi e lo stato di salute generale di ciascun individuo, oltre che attraverso lo stato socioeconomico della famiglia*

Raccomandazione 1 - Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva (novembre 2013).

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

Esistono diverse metodiche per la valutazione del rischio carie di un individuo. Le due considerate più valide sono:

- **Cariogram** <sup>(15)</sup>
- **Caries-risk Assessment Tool – CAT.**

In base al rischio carie individuato e a quanto rilevato dall'odontoiatra in occasione della visita, **si personalizza il piano individuale di prevenzione** prevedendo le fasi successive di presa in carico attraverso schemi differenziati di protocolli clinici professionali. È opportuno ri-calcolare periodicamente (in occasione dei controlli periodici) il rischio carie del bambino in modo da modulare gli interventi di prevenzione e/o terapeutici in base al rischio calcolato. Tutti i soggetti a medio e alto rischio carie richiedono misure preventive aggiuntive.

Il **rischio carie** viene valutato con gradi diversi di intensità: **basso, medio e alto.**

In base al grado di intensità e all'età del bambino vengono formulati **interventi preventivi** differenziati che comprendono l'igiene orale (controllo domiciliare della placca), l'igiene alimentare, la fluoro profilassi, le sigillature dei solchi e fossette ed eventuali **interventi terapeutici.**

---

15 <http://www.mah.se/fakulteter-och-omraden/Odontologiska-fakulteten/Avdelning-och-kansli/Cariologi/Cariogram/Download-other-languages-in-32-bit-version>

## RISCHIO CARIE BASSO

Età	Interventi preventivi				Interventi terapeutici
	Controllo domiciliare della placca	Igiene alimentare	Fluoroprofilassi	Sigillature	
≤ 6 anni	Spazzolamento 2 v/die eseguito dai genitori o sotto la loro supervisione	<p>Consigli alimentari</p> <p>È sconsigliata L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici fuori dai pasti principali</p>	Dentifricio con 1000 ppm di fluoro 2v/die in dose pea-size	-	<p>Visite periodiche di controllo programmate ogni 12 mesi</p> <p>Calcolo rischio carie</p>
≥ 6 anni	Spazzolamento 2 v/die eseguito sotto la supervisione dei genitori	<p>Consigli alimentari</p> <p>È sconsigliata L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici fuori dai pasti principali</p>	Dentifricio con 1000-1450 ppm di fluoro 2v/die in dose pea-size	Consigliate, (l'odontoiatra fornirà l'indicazione valutando il singolo elemento dentario)	<p>Visite periodiche di controllo programmate ogni 12 mesi</p> <p>Calcolo rischio carie</p>

## RISCHIO CARIE MODERATO

Età	Interventi preventivi				Interventi terapeutici
	Controllo domiciliare della placca	Igiene alimentare	Fluoroprofilassi	Sigillature	
≤ 6 anni	Spazzolamento 2 v/die eseguito dai genitori o sotto la loro supervisione	Consigli alimentari È sconsigliata L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici fuori dai pasti principali	Dentifricio con 1000 ppm di fluoro 2v/die in dose pea-size senza risciacquo  Applicazione topica professionale di fluoro ogni 6 mesi	-	Visite periodiche di controllo programmate ogni 6 mesi  Calcolo rischio carie  Terapia delle eventuali lesioni cavitare
≥ 6 anni	Spazzolamento 3 v/die eseguito sotto la supervisione dei genitori	Consigli alimentari È sconsigliata L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici fuori dai pasti principali	Dentifricio con 1000-1450 ppm di fluoro 2v/die in dose pea-size senza risciacquo  Applicazione topica professionale di fluoro ogni 6 mesi	Sono indicate le sigillature dei primi molari e dei secondi molari permanenti subito dopo l'eruzione del dente	Visite periodiche di controllo programmate ogni 6 mesi  Calcolo rischio carie RX , dopo valutazione odontoiatrica  Terapia delle eventuali lesioni cavitare

## RISCHIO CARIE ALTO

Età	Interventi preventivi				Interventi terapeutici
	Controllo domiciliare della placca	Igiene alimentare	Fluoroprofilassi	Sigillature	
≤ 6 anni	Spazzolamento 2 v/die eseguito dai genitori o sotto la loro supervisione	Consigli alimentari È sconsigliata L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici fuori dai pasti principali	Dentifricio con 1000 ppm di fluoro 2v/die in dose pea-size senza risciacquo  Applicazione topica professionale di fluoro ogni 3 mesi	L'odontoiatra può dare l'indicazione alla sigillatura dei decidui, valutando il singolo elemento dentario	Visite periodiche di controllo programmate ogni 4-6 mesi  Calcolo rischio carie  Terapia delle eventuali lesioni cavitare
≥ 6 anni	Spazzolamento 3 v/die eseguito sotto la supervisione dei genitori	Consigli alimentari È sconsigliata L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici fuori dai pasti principali	Dentifricio con 1000-1450 ppm di fluoro 2v/die in dose pea-size senza risciacquo  Applicazione topica professionale di fluoro ogni 3 mesi	Sigillature primi molari e secondi molari permanenti subito dopo l'eruzione del dente	Visite periodiche di controllo programmate ogni 4-6 mesi  Calcolo rischio carie RX ogni 12-24 mesi  Terapia delle eventuali lesioni cavitare

L'applicazione del piano individuale di prevenzione, oltre a sviluppare azioni di prevenzione primaria (educazione e counseling individuale sugli stili di vita), è finalizzata a identificare situazioni di rischio e a diagnosticare precocemente le patologie in fase iniziale per sviluppare un percorso preventivo/terapeutico adeguato con miglioramento della qualità della vita.

In tale contesto i costi sanitari risultano ridotti per il minor carico assistenziale necessario e rappresentano una adeguata modalità di **sviluppo della prevenzione in tutte le declinazioni: primaria, secondaria e terziaria.**

Infatti si va ad agire anche sui pazienti con esperienza di carie attivando, oltre al piano terapeutico, una modalità di prevenzione atta a ridurre il rischio di insorgenza di nuove lesioni modificando il rischio carie da alto a moderato.

La sorveglianza sullo stato di salute orale dei soggetti in età evolutiva è rivolta anche alla prevenzione della **malocclusione** e, pertanto, la prima visita odontoiatrica all'età di tre/quattro anni è finalizzata non solo alla valutazione del rischio carie ma anche alla valutazione del rischio di malocclusione.

Sul piano organizzativo la **valutazione del rischio di malocclusione** e la successiva pianificazione di interventi nell'ambito del piano individuale di prevenzione deve rispondere ai seguenti quesiti:

- ✓ quali sono i fattori eziologici delle malocclusioni che possono essere utili per programmi di prevenzione in età evolutiva?
- ✓ quali possono essere gli interventi terapeutici intercettivi la malocclusione in età evolutiva?

La prevenzione delle malocclusioni non si è mai sviluppata in ragione della scarsa cultura della prevenzione ortodontica nei contesti di sanità pubblica e della scarsa redditività nei contesti libero professionali.

Per quanto riguarda l'assistenza garantita dal Servizio sanitario il dato è particolarmente contraddittorio considerando che lo sviluppo di un percorso preventivo è potenzialmente in grado di meglio soddisfare esigenze di salute pubblica.

Dal punto di vista organizzativo è possibile ipotizzare un modello di sviluppo sostenibile della attività ortodontica nei contesti di sanità pubblica considerando che la comunità scientifica ritiene che l'acquisizione di competenze per attività di ortodonzia preventiva ed intercettiva non richieda percorsi formativi specialistici. Per la non particolare complessità di tale attività le scelte organizzative si possono orientare alla costituzione di gruppi di miglioramento di odontoiatri ad indirizzo pedo/ortodontico.

## **IL RUOLO DEL PEDIATRA NELLO SVILUPPO DEL PIANO INDIVIDUALE DI PREVENZIONE**

In considerazione del fatto che, tramite il pediatra di libera scelta, il Sistema Sanitario garantisce agli individui in età evolutiva l'assistenza sanitaria primaria, è possibile attivare in modo capillare, già dall'età pediatrica, strategie di prevenzione delle più importanti patologie sì da favorire un miglior livello di salute.

Nei primi anni vita del bambino, il pediatra è la figura di riferimento dei genitori e, pertanto, svolge un ruolo fondamentale anche nella promozione della salute orale.

La **Campagna di informazione**, promozione e sensibilizzazione sulla salute orale in età evolutiva e la costituzione della **rete odontoiatrica pediatrica** dovrebbero ulteriormente favorire una informazione corretta sugli stili di vita fin dai primi mesi di vita.

### **Ruolo del pediatra prima della visita odontoiatrica dei tre/quattro anni**

Prima della visita odontoiatrica dei tre/quattro anni il pediatra è la figura principalmente coinvolta nella promozione della salute orale del bambino.

Per quanto riguarda la **prevenzione della carie**, l'aggiornamento delle *Linee guida nazionali del novembre 2013* raccomandano di promuovere:

- ✓ **la visita odontoiatrica dei tre/quattro anni**
- ✓ **l'igiene orale** (*la rimozione dei depositi molli dalle superfici orali è importante per il mantenimento della salute dento-parodontale. L'igiene orale dei bambini deve essere demandata ai genitori o da questi supervisionata, fino all'acquisizione di una manualità adeguata*),
- ✓ **l'igiene alimentare** (*l'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici è sconsigliata fuori dai pasti principali; in particolare, l'uso del succhiotto edulcorato e l'uso non nutrizionale del biberon contenente bevande zuccherine devono essere fortemente sconsigliati*).
- ✓ **la fluoroprofilassi** (*un'insufficiente esposizione ai composti fluorati rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di lesioni cariose. La prevenzione della carie attraverso l'utilizzo del fluoro è necessaria per tutti gli individui*)

Per la **prevenzione delle malocclusioni** le Linee guida nazionali del novembre 2009 raccomandano, dalla nascita ai 3 anni, quanto riportato nella tabella sottostante.

<b>Argomento</b>	<b>Descrizione</b>
allattamento al seno	incentivare l'allattamento naturale
abitudini viziate	sospendere entro i 3 anni
respirazione orale	incentivare interventi atti a facilitare la respirazione nasale
deglutizione atipica e postura linguale bassa	incentivare interventi atti a facilitare la deglutizione fisiologica

### **Ruolo del pediatra dopo la visita odontoiatrica dei tre/quattro anni**

Per il ruolo fondamentale svolto dal pediatra quale figura professionale sanitaria di riferimento della famiglia è utile che il pediatra:

- ✓ promuova la visita odontoiatrica di controllo come previsto dal PIP
- ✓ mantenga stretti contatti con la rete odontoiatrica pediatrica al fine di rinforzare i messaggi preventivi che vengono dai professionisti della rete in particolare per quanto riguarda:
  - l'efficacia della fluoroprofilassi,
  - il beneficio ottenuto con l'espansione ortopedica del mascellare per i bambini con respirazione prevalentemente orale e mascellare superiore contratto,
  - l'utilità delle sigillature dei solchi dei molari permanenti quale metodica di prevenzione della carie delle superfici occlusali.
- ✓ compili in maniera completa le schede dei bilanci di salute (24 mesi, 3-6-9-13 anni) inserite nel nuovo libretto pediatrico (aggiornamento 2014) che comprendono anche la valutazione della dentizione relativamente a:
  - attuazione della fluoroprofilassi
  - abitudine allo spazzolamento 2 volte/die
  - sigillature dei solchi e delle fossette
  - presenza di carie su decidui e/o permanenti
  - sospetta malocclusione e suo trattamento
  - controlli odontoiatrici periodici

Le schede informative sullo stato di salute a 6 e 13 anni compilate dal pediatra e inviate ai Distretti permetteranno di monitorare l'adesione al progetto e avere indicatori di processo e di esito a breve e a lungo termine.

## Strumenti a supporto del piano individuale di prevenzione

- ✓ materiali prodotti dalla “Campagna di informazione, promozione e sensibilizzazione sulla salute orale in età evolutiva la donna in gravidanza”,
- ✓ guida al piano individuale di prevenzione per genitori e bambini/ragazzi (indicazioni di carattere generale sulle problematiche odontoiatriche dell'età evolutiva non più ricomprese nel libretto sanitario odontoiatrico),
- ✓ supporti informatici<sup>(16)</sup> per:
  - l'archiviazione dei dati assunti dalla rete odontoiatrica pediatrica,
  - l'implementazione dei dati assunti dalle schede di bilancio di salute dei 12 mesi - 6 anni - 13 anni.
- ✓ indagini epidemiologiche,
- ✓ indagini di soddisfazione.

~

## Indicatori di processo e di esito del piano individuale di prevenzione

indicatori	breve termine 1 anno	medio termine 5 anni	lungo termine 10 anni
di processo	50 % di visite di controllo previste dal PIP (adesione al progetto)	80 % di visite di controllo sul dato di adesione al 1° anno (adesione al progetto)	mantenimento
	riduzione indice di placca (adesione al progetto)	miglioramento	
di esito	50 % di shift (da rischio alto a moderato)	mantenimento caries free del 75 % dei bambini risultati caries free alla prima visita	mantenimento caries free del 85 % dei bambini risultati caries free alla prima visita
		miglioramento della % di shift (da rischio alto a moderato)	mantenimento

16 - Cariogram  
- SOP (Screening Odontoiatrico Provinciale)