



LA SALUTE ORALE DEI BAMBINI

Dai primi denti alla dentizione permanente

Informazioni chiare per prevenire la carie, costruire buone abitudini e sapere quando chiedere una valutazione.

CENTRO ODONTOIATRICO ZEA

Costruiamo salute nel tempo, con rispetto e cura.





INDICE

PRIMA DI INIZIARE

Una guida per accompagnare la crescita **5**

IN QUESTA GUIDA

Un percorso in quindici temi **7**

DENTI DA LATTE

Piccoli denti, funzioni importanti **8**

PRIMA VISITA

Conoscere prima di dover curare **10**

PREPARARE IL BAMBINO

Parole semplici, promesse realistiche **12**

IGIENE QUOTIDIANA

Dal primo dente, due volte al giorno **15**

PREVENZIONE PROFESSIONALE

Vernici al fluoro e sigillature **19**

CARIE

Non nasce come un buco **20**

ALIMENTAZIONE

Il ruolo del cibo nella salute dei denti **22**

ABITUDINI DEI PRIMI ANNI

Biberon, allattamento, ciuccio e dito **25**

DENTIZIONE MISTA

Quando due dentizioni convivono nella stessa bocca **28**

VALUTAZIONE ORTODONTICA

Che cosa osserva il professionista **31**

TRAUMI DENTALI

Prima dei denti, controllare il bambino **33**

SEGNALI DI ATTENZIONE

Quando non aspettare il dolore **37**

PREVENZIONE E ROUTINE

La prevenzione non finisce con una visita **39**

INFORMAZIONI CORRETTE

Le domande più frequenti su prima visita e igiene, in un unico posto **41**

FALSI MITI

Dubbi frequenti e falsi miti **44**

DECISIONE CONSAPEVOLE

Le domande da portare alla visita **46**

METODO ZEA

Un percorso costruito intorno al bambino e alla famiglia **47**

UN'ULTIMA RIFLESSIONE

La prevenzione non richiede perfezione **49**

Informare significa aiutare
ogni persona a scegliere
con maggiore consapevolezza
www.studiozeasrl.it







PRIMA DI INIZIARE

UNA GUIDA PER ACCOMPAGNARE LA CRESCITA

Le domande cambiano insieme ai denti. Le informazioni corrette aiutano a scegliere senza fretta e senza allarmismi.

Quando iniziare a usare lo spazzolino? Perché curare un dente che dovrà cadere? Una macchia è sempre una carie? E dopo una caduta, che cosa bisogna fare per prima cosa?

Questo opuscolo raccoglie le informazioni realmente utili per la vita quotidiana: dalla comparsa del primo dente alla dentizione mista, fino alla valutazione del morso e alla gestione dei piccoli traumi. Non nasce per trasformare il genitore in un esperto, ma per aiutarlo a osservare, prevenire e riconoscere quando serve un controllo.

Ogni bambino ha tempi, abitudini e condizioni differenti. Per questo le indicazioni generali devono essere adattate alla sua storia clinica, all'età, alla capacità di collaborare e al rischio individuale di carie.

CHE COSA TROVERAI

Denti da latte, prima visita, igiene, fluoro, carie, alimentazione, ciuccio, permuta, apparecchio, traumi, segnali di attenzione e risposte alle domande più comuni.

Le informazioni non sostituiscono una visita odontoiatrica, una diagnosi o un piano di cura. In presenza di dolore intenso, gonfiore del viso, difficoltà a respirare o deglutire, trauma importante o peggioramento rapido, è necessario contattare tempestivamente i servizi sanitari.



UN PERCORSO IN QUINDICI TEMI

1. I denti da latte: perché contano davvero
2. La prima visita: conoscere prima di dover curare
3. Come preparare il bambino senza trasmettere paura
4. Igiene quotidiana: spazzolino, dentifricio e aiuto dell'adulto
5. Prevenzione professionale: fluoro, vernici e sigillature
6. Carie: come inizia e quali segnali osservare
7. Alimentazione: zuccheri, bevande e spuntini
8. Le abitudini dei primi anni: biberon, allattamento e suzione
9. Dentizione mista: la permuta e i primi denti permanenti
10. Valutazione ortodontica e apparecchio
11. Traumi: che cosa fare nei primi minuti
12. Segnali che richiedono attenzione
13. Prevenzione: routine familiare e controlli nel tempo
14. Dubbi frequenti e falsi miti
15. Le domande da portare in visita

COME LEGGERE L'OPUSCOLO

Puoi procedere dall'inizio oppure partire dal tema che risponde al dubbio del momento. Ogni sezione è autonoma, ma tutte seguono lo stesso principio: la prevenzione deve essere costruita sul bambino e sulla sua famiglia, non su regole standard.



PICCOLI DENTI, FUNZIONI IMPORTANTI

Contano quanto i denti *definitivi*, anche se dureranno meno anni.

Sono destinati a cadere, ma accompagnano anni decisivi della crescita.

La dentizione decidua comprende venti denti. I primi compaiono spesso intorno ai sei mesi, ma l'eruzione può iniziare prima o più tardi senza indicare necessariamente un problema. In genere la dentizione da latte si completa tra i due e i tre anni.

Questi denti permettono di mordere e masticare, partecipano alla

pronuncia di alcuni suoni e mantengono lo spazio nel quale dovranno erompere i permanenti. Alcuni molari da latte rimangono in bocca fino agli undici-dodici anni: non sono quindi denti trascurabili o "temporanei" nel senso comune del termine.

PERCHÉ NON CONVIENE ASPETTARE IL DOLORE

Una carie su un dente da latte può iniziare senza sintomi e progredire nel tempo. Quando raggiunge le parti più profonde può causare do-

lore, infezione, difficoltà a mangiare o perdita precoce del dente.

Curare non significa sempre eseguire un'otturazione. Una lesione iniziale può essere gestita con prevenzione e controlli; una cavità può richiedere un restauro; un dente molto compromesso può avere bisogno di una terapia più articolata o, in casi selezionati, dell'estrazione.

La decisione dipende dalle condizioni del dente, dall'età, dal tempo previsto prima della permuta, dalla presenza di dolore o infezione e dalla capacità del bambino di collaborare. Conservare un dente ha senso quando esiste una prospettiva realistica di salute e funzione, non a ogni costo.

Anche la perdita precoce non produce sempre le stesse conseguenze. Il professionista valuta quale elemento è stato perso, lo spazio disponibile e la posizione del permanente prima di decidere se sia sufficiente osservare o se sia utile mantenere lo spazio.

SEGNALI CHE MERITANO UN CONTROLLO:

- macchie bianche opache, marroni o nere;
- cavità o parti del dente che sembrano essersi rotte;
- dolore durante la masticazione o risvegli notturni;
- gonfiore, fistola o alito cattivo persistente associato ad altri segni;
- perdita di un dente molto prima rispetto al lato opposto.

DOMANDA FREQUENTE

Perché curare un dente da latte se prima o poi cadrà?

Perché può restare in bocca ancora molti anni e, se si ammalia, può provocare dolore, infezione e perdita anticipata. La terapia viene scelta in base alle sue condizioni e alla fase di crescita.



LO SAPEVI CHE?

I molari da latte non vengono sostituiti dai molari permanenti: al loro posto erompono i premolari. I primi molari permanenti compaiono invece dietro i denti da latte, senza farne cadere nessuno.





CONOSCERE PRIMA DI DOVER CURARE

La prima visita funziona *meglio* prima che serva davvero.

Il primo incontro non dovrebbe coincidere necessariamente con un dolore o con un'urgenza.

Le raccomandazioni pediatriche indicano una prima valutazione alla comparsa del primo dente e comunque entro il primo anno. È un riferimento preventivo: serve a parlare di igiene, dentifricio, alimentazione, biberon, ciuccio e rischio di carie prima che compaia un problema evidente.

Nei bambini molto piccoli la visita è

DOMANDA FREQUENTE

Se il bambino non ha dolore, la visita è comunque utile?

Sì. Il controllo preventivo permette di individuare abitudini o lesioni iniziali prima che diventino più difficili da gestire.



breve. Una parte importante dell'incontro è dedicata al colloquio con il genitore; il professionista osserva i denti presenti, le gengive, le mucose, l'eruzione e le abitudini quotidiane.

LO SAPEVI CHE?

La frequenza dei richiami non deve essere identica per tutti. Un bambino con carie recenti o fattori di rischio può avere bisogno di controlli più ravvicinati rispetto a un coetaneo con condizioni stabili.



CHE COSA SI OSSERVA DAVVERO

La visita non consiste soltanto nel cercare una carie. In base all'età, il professionista valuta:

- sviluppo ed eruzione dei denti;
- salute dello smalto, delle gengive e delle mucose;
- igiene e quantità di placca;
- alimentazione, fluoro e abitudini di suzione;
- modo in cui le arcate si incontrano;
- rischio individuale e necessità dei controlli successivi.

Le radiografie non sono un passaggio automatico. Vengono prescritte quando possono fornire informazioni utili che non emergono dalla sola osservazione clinica.





PAROLE SEMPLICI, PROMESSE REALISTICHE

Le parole *giuste* contano più delle rassicurazioni di circostanza.

Preparare significa ridurre l'imprevedibilità, non descrivere ogni possibile dettaglio.

È preferibile una frase breve e vera: "Andremo a controllare come stanno crescendo e come si puliscono i tuoi denti".

Espressioni come "non farà male", "non ti farà niente" o "devi essere bravo" possono aumentare l'ansia o creare sfiducia se il bambino percepisce una sensazione inattesa. An-

LO SAPEVI CHE?

Dire "non avere paura" introduce nella mente del bambino proprio l'idea che ci sia qualcosa da temere. Un linguaggio neutro e concreto è spesso più efficace.



che raccontare esperienze negative personali sposta l'attenzione sulla paura.

La collaborazione non è una prova morale. Pianto, rigidità o richiesta di una pausa possono esprimere stanchezza, dolore, timore o difficoltà sensoriali. La comunicazione viene adattata all'età e può includere mostrare gli strumenti, procedere per piccoli passaggi, usare rinforzi positivi e lasciare il tempo di familiarizzare.

DOMANDA FREQUENTE

Se il bambino piange, la visita è fallita?

No. Il pianto può essere una reazione normale a un ambiente nuovo. Il professionista valuta quanto è possibile fare in sicurezza e se sia utile procedere gradualmente.







DAL PRIMO DENTE, DUE VOLTE AL GIORNO

L'abitudine si costruisce *prima* che serva precisione.

All'inizio il gesto dura poco. La precisione cresce insieme al bambino.

Lo spazzolamento comincia quando compare il primo dente. La routine di base prevede due pulizie al giorno con dentifricio fluorato; una deve avvenire la sera, dopo l'ultima assunzione di cibi o bevande diverse dall'acqua.

Nei primi anni è l'adulto a pulire i denti. Lasciare impugnare lo spaz-

zolino aiuta a familiarizzare con il gesto, ma non garantisce che molarì, superfici interne e margine gengivale siano raggiunti.



UNA TECNICA SEMPLICE E RIPETIBILE

Per vedere meglio, il genitore può posizionarsi dietro al bambino davanti a uno specchio oppure farlo sdraiare per pochi minuti in un luogo stabile. È utile seguire sempre lo stesso ordine:

1. denti superiori: superfici esterne, interne e masticanti;
2. denti inferiori: superfici esterne, interne e masticanti;
3. molari posteriori e zone vicine alla gengiva;
4. eventuali spazi tra denti a contatto, quando indicato.

Le setole devono raggiungere il punto in cui il dente incontra la gengiva, senza sfregamenti aggressivi. Nei denti in eruzione può essere necessario orientare lo spazzolino da una direzione differente.



Dopo la pulizia serale è preferibile offrire soltanto acqua. Quando farmaci o alimentazioni notturne sono necessari per ragioni mediche, la routine deve essere adattata con pediatra e odontoiatra.

UN PASSAGGIO UTILE

“Prima provi tu, poi controllo io.” Questa formula riconosce l'autonomia del bambino, ma mantiene la responsabilità della pulizia nelle mani dell'adulto.

IL DENTIFRICIO: LA QUANTITÀ CONTA PIÙ DELLA SCHIUMA

Il dentifricio deve essere dosato dall'adulto. Nei bambini piccoli, che possono ingerirne una parte, si utilizza un velo sottile, paragonabile a un chicco di riso. Quando il bambino cresce e riesce a gestire meglio il prodotto, la quantità diventa simile a un piccolo pisello.

DOMANDA FREQUENTE

Fino a quando il genitore deve aiutare?

Finché la pulizia non è realmente efficace. La supervisione è generalmente necessaria almeno durante i primi anni della scuola primaria e può proseguire più a lungo.



Le linee guida europee indicano il dentifricio fluorato come misura preventiva di base dalla comparsa del primo dente. Il riferimento più utilizzato è una concentrazione di almeno 1.000 ppm di fluoro, da adattare all'età, al rischio di carie e alle indicazioni del professionista.

Quando il bambino sa sputare, è preferibile eliminare l'eccesso senza risciacquare abbondantemente: in questo modo una piccola quantità di fluoro rimane più a lungo sulle superfici dentali.

SPAZZOLINO, FILO E COLLABORAZIONE

Lo spazzolino dovrebbe avere una testina proporzionata alla bocca e setole morbide. Manuale ed elettrico possono entrambi essere adeguati: l'elettrico facilita alcune famiglie, mentre altri bambini non tollerano rumore o vibrazione.

Il filo interdentale può servire quando due denti sono a contatto e lo

spazzolino non raggiunge la zona. Nei più piccoli viene utilizzato dal genitore, dopo una dimostrazione. Il collutorio non sostituisce lo spazzolino e non è necessario per tutti.

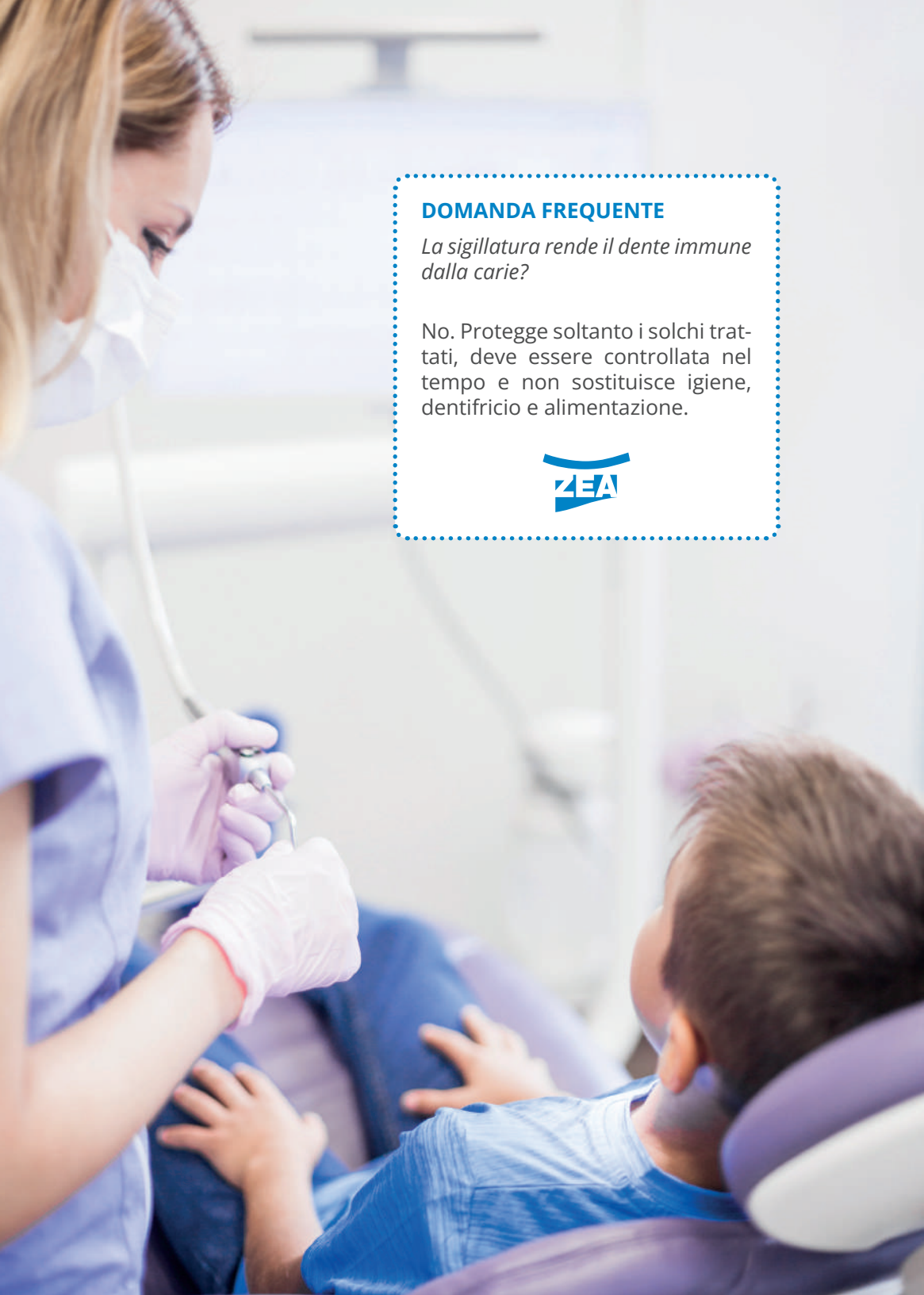
LO SAPEVI CHE?

Saper scrivere o allacciarsi le scarpe non significa automaticamente saper pulire le superfici interne dei molari. L'autonomia va valutata osservando la tecnica, non soltanto l'età.



Se il bambino rifiuta la pulizia, occorre capire che cosa crea disagio: sapore, schiuma, posizione, durata, vibrazione o perdita di controllo. Può aiutare lasciare scegliere tra due spazzolini, usare una sequenza prevedibile e dividere il gesto in passaggi brevi.





DOMANDA FREQUENTE

La sigillatura rende il dente immune dalla carie?

No. Protegge soltanto i solchi trattati, deve essere controllata nel tempo e non sostituisce igiene, dentifricio e alimentazione.





VERNICI AL FLUORO E SIGILLATURE

Due strumenti in più, non un *sostituto* della routine quotidiana.

Per molti bambini la base della prevenzione resta una buona routine domestica. Quando il rischio di carie è più elevato, il professionista può proporre interventi aggiuntivi.

La vernice fluorata è un prodotto ad alta concentrazione applicato in studio in quantità controllata. Può sostenere la prevenzione e la gestione di alcune lesioni iniziali, ma non ricostruisce una cavità estesa.

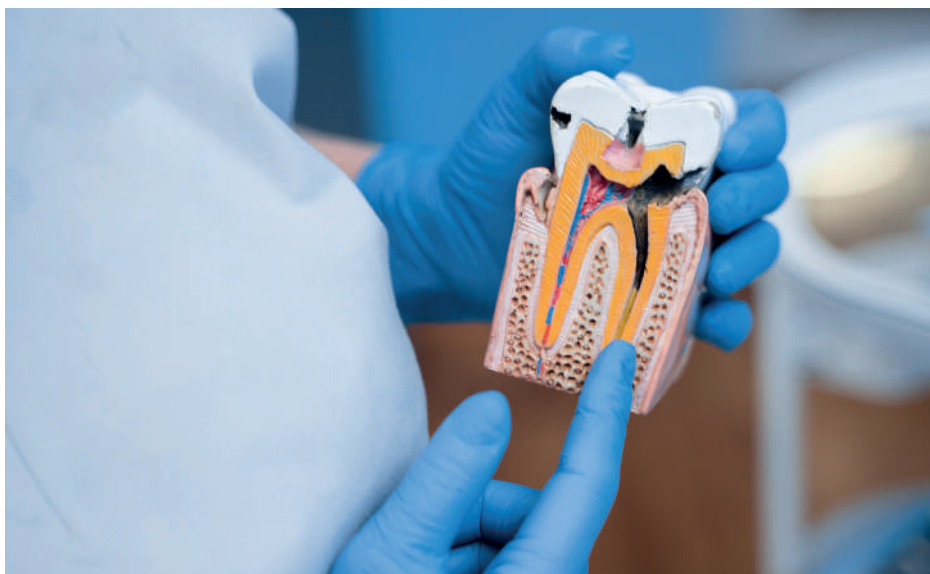
Le sigillature proteggono i solchi e le fossette di molari selezionati. Il materiale crea una barriera nelle zone difficili da raggiungere con lo spazzolino. Non tutti i molari devono es-

sere sigillati: contano forma dei solchi, fase di eruzione, rischio di carie e possibilità di mantenere il dente asciutto durante la procedura.

LO SAPEVI CHE?

Il primo molare permanente può essere un buon candidato alla sigillatura proprio perché erompe molto indietro e, all'inizio, è difficile da pulire.





NON NASCE COME UN BUCO

La carie comincia in *silenzio*, molto prima di essere visibile.

La lesione può iniziare quando il dente sembra ancora integro e il bambino non prova dolore.

Sulla superficie dei denti si forma un biofilm, comunemente chiamato placca.

Quando i microrganismi utilizzano gli zuccheri presenti nella bocca, producono acidi che favoriscono la perdita di minerali dallo smalto.

Saliva e fluoro aiutano il recupero. La carie si sviluppa quando gli episodi di acidi diventano troppo frequenti e, nel tempo, prevalgono sui processi di remineralizzazione.

I PRIMI SEGNALI POSSONO ESSERE DISCRETI

Una lesione iniziale può apparire come una zona bianca, opaca e meno lucida, spesso vicina alla gengiva. Se la superficie è ancora inte-

gra, in casi selezionati il processo può essere arrestato con controllo della placca, dentifricio fluorato, cambiamenti alimentari e interventi professionali.

Quando lo smalto perde integrità si forma una cavità che trattiene residui e diventa difficile da pulire. La parte di dente perduta non ricresce spontaneamente.

DOMANDA FREQUENTE

Una macchia nera è sempre una carie?

No. Può essere una pigmentazione di un solco; alcune carie iniziali, invece, sono bianche o nascoste tra i denti. La diagnosi richiede un esame diretto.



Non tutte le macchie sono carie: difetti dello smalto, pigmentazioni e conseguenze di un trauma possono avere un aspetto simile. Allo stesso tempo, alcune carie tra due denti possono non essere visibili a casa.



Il dolore non è un indicatore affidabile. Lo smalto non contiene fibre nervose e una lesione può avanzare senza sintomi. Quando il bambino evita un lato, rifiuta alcuni cibi o si sveglia di notte, è utile considerare anche una possibile origine dentale.

CURARE IL DENTE E MODIFICARE IL RISCHIO

La gestione dipende dallo stadio della lesione, dall'età, dal rischio di nuove carie e dalla collaborazione. Può comprendere misure preventive, tecniche minimamente invasive, restauri, trattamenti della polpa o estrazioni nei denti non recuperabili.

Riparare una cavità senza modificare ciò che l'ha favorita non impedisce la comparsa di nuove lesioni. Il piano deve quindi includere igiene, fluoro, frequenza degli zuccheri e controlli personalizzati.

LO SAPEVI CHE?

Una carie può essere "attiva" oppure arrestata. Colore e dimensione non bastano per distinguerle: il professionista valuta superficie, consistenza, posizione e cambiamenti nel tempo. Richiedono maggiore rapidità: dolore spontaneo o notturno, gonfiore, fistola, febbre associata a segni orali, difficoltà a mangiare o ad aprire la bocca.





IL RUOLO DEL CIBO NELLA SALUTE DEI DENTI

Non conta solo che cosa si mangia, ma anche quanto *spesso*.

L'alimentazione influisce sulla salute orale soprattutto attraverso gli zuccheri: ogni volta che entrano in contatto con i denti, i batteri della placca li trasformano in acidi capaci di indebolire lo smalto.

Non dipende da un singolo alimento, ma dalla frequenza con cui la bocca viene esposta a questi episodi nel corso della giornata.

Le pagine seguenti non propongono un elenco di cibi vietati, ma alcu-

ni criteri per orientarsi nelle scelte quotidiane: la frequenza più che la singola occasione, i momenti migliori per pasti e spuntini, e le abitudini serali che fanno la differenza nel tempo.

ZUCCHERI: NON È UNA QUESTIONE DI DIVIETI

Per la salute orale conta ciò che si ripete, non la singola festa o il dolce occasionale. Gli zuccheri liberi comprendono quelli aggiunti a cibi e bevande e quelli presenti in miele, sci-

roppi, succhi e concentrati di frutta. Non rientrano nella stessa definizione gli zuccheri naturalmente contenuti nella struttura della frutta intera e nel latte non zuccherato.



La quantità complessiva è importante, ma conta anche la frequenza. Ogni assunzione zuccherata può avviare un nuovo episodio acido vicino ai denti. Piccole quantità distribuite per molte ore possono quindi essere più problematiche di un consumo inserito in un pasto.

OSSERVARE LA FREQUENZA, NON SOLTANTO IL DOLCE

Per capire il rischio è utile ricostruire una giornata reale. Non basta chiedere quante caramelle mangia il bambino: occorre considerare succhi, tè confezionati, biscotti, cereali dolcificati, snack, latte aromatizzato, bevande sportive e farmaci in scioppo.

È generalmente preferibile collocare pasti e merende in momenti riconoscibili, evitando che il bambino mangi o sorseggi continuamente durante gioco, compiti e spostamenti.

L'acqua dovrebbe essere la bevanda abituale. Il succo al 100% frutta contiene comunque zuccheri liberi e non equivale al frutto intero. Bevande "senza zucchero" possono essere acide e non dovrebbero diventare una presenza continua nella borraccia.

Dopo lo spazzolamento serale, salvo necessità mediche o nutrizionali, è preferibile offrire soltanto acqua.

UN CAMBIAMENTO REALISTICO

Sostituire con acqua la bevanda sorseggiata per tutto il pomeriggio può avere più valore preventivo che vietare ogni dolce per pochi giorni.



PASTI E MERENDE SOSTENIBILI

Gli spuntini non devono essere eliminati. Possono essere organizzati in un momento definito, in base all'età e alle indicazioni nutrizionali. Frutta fresca, pane e altri alimenti semplici possono ridurre la dipendenza da prodotti dolci consumati continuamente.

DOMANDA FREQUENTE

Il succo può sostituire l'acqua?

No. Anche quello senza zuccheri aggiunti contiene zuccheri liberi e, se sorseggiato a lungo, aumenta il numero delle esposizioni dei denti agli acidi.



Compleanni e feste fanno parte della vita sociale. È più utile consumare il dolce durante l'occasione, bere acqua e riprendere la normale routine che trasformare il cibo in una fonte di colpa.



LO SAPEVI CHE?

Un biscotto al mattino, un succo in auto, una merendina e una bevanda dolce nel pomeriggio possono sembrare episodi piccoli, ma insieme occupano molte ore della giornata.

Quando il bambino segue una dieta medica, assume integratori calorici o presenta difficoltà alimentari, le indicazioni odontoiatriche devono essere coordinate con pediatra e professionista della nutrizione.





BIBERON, ALLATTAMENTO, CIUCCIO E DITO

Comportamenti da *accompagnare*.

Biberon, allattamento al seno, ciuccio e succhiamento del dito accompagnano quasi tutti i bambini nei primi anni di vita. Non sono di per sé dannosi per i denti: il rischio dipende da come, quanto a lungo e con quale frequenza vengono utilizzati, soprattutto quando l'abitudine si protrae oltre la prima infanzia.

BIBERON: CONTA CHE COSA CONTIENE E PER QUANTO TEMPO

Il biberon non è dannoso per definizione. Il rischio cambia in base al contenuto, alla frequenza e al tempo di contatto con i denti.

Non è opportuno aggiungere autonomamente zucchero, miele, biscotti, cacao dolcificato, succhi o tisane zuccherate. Lasciare il bambino addormentato con latte, formula o bevande dolci può prolungare l'esposizione in una fase in cui il flusso salivare è ridotto.

Il passaggio al bicchiere è graduale. Il bicchiere con beccuccio può essere utile per un periodo, ma se contiene una bevanda zuccherata disponibile per molte ore riproduce lo stesso schema di piccoli sorsi ripetuti.

ALLATTAMENTO: PROTEGGERE I DENTI SENZA COLPEVOLIZZARE

L'allattamento offre benefici riconosciuti e non deve essere interrotto automaticamente alla comparsa del primo dente. Dopo l'eruzione, però, la salute orale dipende anche dalla frequenza delle poppate, dalle assunzioni notturne, dagli altri carboidrati della dieta, dalla placca e dall'uso del dentifricio fluorato.

Quando un bambino allattato presenta carie precoci, non è corretto attribuire tutto a una sola causa. Odontoiatra e pediatra possono valutare insieme alimentazione complessiva, igiene, modalità delle poppate e necessità individuali.

LO SAPEVI CHE?

Non è necessario lavare i denti dopo ogni poppata. La base resta una pulizia accurata due volte al giorno, soprattutto la sera, con dentifricio fluorato correttamente dosato.



CIUCCIO: UN BISOGNO NORMALE CHE CAMBIA CON LA CRESCITA

Nei primi anni la suzione non nutritiva può offrire conforto. Durata e intensità diventano rilevanti nel tempo.

Il ciuccio e la suzione del dito non devono essere considerati pro-

DOMANDA FREQUENTE

Devo interrompere l'allattamento se compare una carie?

Non automaticamente. Serve una valutazione complessiva e un piano che rispetti salute orale, nutrizione e scelte familiari.



blemi fin dalla nascita. Possono aiutare il bambino a calmarsi e ad addormentarsi. Le pressioni brevi e occasionali, però, non hanno lo stesso effetto di un'abitudine mantenuta per molte ore ogni giorno e per diversi anni.

Un uso prolungato può essere associato a morso aperto, morso incrociato e variazioni della posizione degli incisivi. Non tutti i bambini sviluppano le stesse modifiche: conta età, durata, intensità e caratteristiche della crescita.



DOMANDA FREQUENTE

Quando dovrebbe essere tolto?

È utile iniziare a ridurre l'uso tra il primo e il secondo anno e orientarsi verso la sospensione entro i tre anni, adattando il percorso al bambino.



RIDURRE PRIMA DI ELIMINARE

Quando il ciuccio viene usato durante gran parte del giorno, il primo obiettivo può essere limitarlo al sonno o ai momenti di particolare stanchezza. Ridurre le ore complessive aiuta il bambino a sperimentare altre modalità di consolazione.

- evitare che rimanga sempre appeso agli abiti;
- conservarlo in un luogo preciso;
- non offrirlo automaticamente durante il gioco;
- introdurre rituali alternativi per rilassarsi;
- valorizzare i progressi senza minacce o umiliazioni.

SUZIONE DEL DITO: UNA MODALITÀ PIÙ DIFFICILE DA INTERROMPERE

Il dito è sempre disponibile e la suzione può avvenire in modo automatico durante il sonno o nei momenti di tensione. Rimproverare continuamente il bambino può aumentare il bisogno di consolarsi.

Prima di intervenire è utile capire quando compare: stanchezza, noia, cambiamenti familiari, addormentamento. Nei bambini abbastanza grandi si possono concordare piccoli obiettivi, usare promemoria discreti e registrare i progressi senza punizioni.

Cerotti o guantini non dovrebbero essere presentati come castighi. Dispositivi ortodontici vengono valutati soltanto in casi selezionati, quando l'abitudine persiste, il bambino desidera interromperla e sono presenti conseguenze sull'occlusione.

QUANDO CHIEDERE UN CONTROLLO

Se dopo i tre anni il ciuccio o il dito sono ancora utilizzati per molte ore, oppure i denti anteriori non si toccano, è utile valutare il morso senza aspettare necessariamente tutti i permanenti.

LO SAPEVI CHE?

La dicitura "ortodontico" non garantisce l'assenza di modifiche del morso. Il tempo di utilizzo resta più importante del nome commerciale del prodotto.





QUANDO DUE DENTIZIONI CONVIVONO NELLA STESSA BOCCA

Un periodo di anni, non un singolo *evento*.

Tra i cinque e i dodici anni circa, denti da latte e denti permanenti sono presenti insieme nella stessa arcata: è la cosiddetta dentizione mista. In questa fase i denti da latte cadono gradualmente lasciando spazio ai permanenti, mentre altri denti permanenti, come i primi molari, compaiono senza sostituire nulla.

Denti da latte e permanenti insieme
La dentizione mista non procede

sempre in modo simmetrico o ordinato. Tra i cinque e i sette anni iniziano spesso a cadere gli incisivi da latte e compaiono i primi molari permanenti. La sostituzione prosegue per diversi anni, generalmente fino agli undici-dodici anni.

Le età sono intervalli orientativi. È più utile osservare la sequenza complessiva, il confronto tra i due lati, lo spazio disponibile e l'evoluzione nel tempo.

PERMUTA: DOPPIA FILA, DENTI GRANDI E DIFFERENZE DI COLORE

Può accadere che un incisivo permanente spunti dietro il dente da latte ancora presente. Se il deciduo è mobile, può cadere spontaneamente e la lingua può contribuire a spostare il permanente in avanti. Serve un controllo quando il dente da latte rimane fermo o lo spazio appare molto ridotto.

Gli incisivi permanenti sembrano spesso più grandi e più gialli dei denti da latte. Il contrasto è generalmente fisiologico. Una macchia isolata, una superficie porosa o un dente molto più scuro degli altri richiedono invece una valutazione.

Una lieve differenza di tempo tra i due lati è comune. Diventa più significativa quando persiste, il dente corrispondente è completamente eretto o la zona ha subito un trauma.

NON FORZARE LA PERMUTA

Un dente mobile può essere mosso delicatamente con la lingua. Fili, pinze e tentativi dolorosi non sono necessari e possono danneggiare la gengiva.

È OPPORTUNO PROGRAMMARE UN CONTROLLO QUANDO:

- un permanente tarda molto rispetto al dente corrispondente dell'altro lato;
- il deciduo rimane fermo mentre il permanente erompe altrove;



- manca spazio o il dente compare in una posizione molto anomala;
- è presente una tumefazione persistente;
- un dente permanente diventa mobile.

LO SAPEVI CHE?

Un dente da latte che resta più basso degli altri può essere anchilosato, cioè unito all'osso e incapace di seguire normalmente la crescita dell'arcata.



PRIMI PERMANENTI: IL MOLARE CHE COMPARE SENZA FAR CADERE NULLA

Il primo molare permanente erompe dietro l'ultimo molare da latte, generalmente intorno ai sei anni. Poiché non sostituisce alcun dente, può essere scambiato per un elemento deciduo e ricevere meno attenzione.



All'inizio è difficile da pulire: si trova molto indietro, può essere parzialmente coperto dalla gengiva e la superficie masticatoria rimane più bassa rispetto ai denti vicini. Il genitore deve orientare direttamente le setole verso il nuovo molare.

La forma dei solchi e il rischio individuale aiutano a decidere se proporre una sigillatura. Il dente deve essere controllato già durante l'eruzione, non soltanto quando è completamente visibile.

SVILUPPO DEL MORSO: CONTROLLARE NON SIGNIFICA METTERE SUBITO L'APPARECCHIO

La valutazione ortodontica osserva crescita, funzione e rapporti tra le arcate, non soltanto denti storti.

Come riferimento di screening, una

DOMANDA FREQUENTE

Il permanente è spuntato dietro il dente da latte: bisogna estrarre subito?

Non sempre. Se il deciduo è mobile e la situazione evolve, può cadere spontaneamente. Il professionista decide in base a mobilità, spazio e posizione.



prima valutazione può essere utile entro i sette anni, quando sono presenti incisivi e primi molari permanenti ma diversi denti da latte sono ancora in bocca.

Molte visite precoci si concludono senza trattamento: il professionista può semplicemente seguire la crescita e scegliere il momento più appropriato per un eventuale intervento.

LO SAPEVI CHE?

Molti genitori aspettano che il "molare da latte" cada.

Quel dente, invece, è già permanente e dovrà restare nella bocca per tutta la vita.





CHE COSA OSSERVA IL PROFESSIONISTA

Lo sguardo dell'ortodontista va oltre *l'allineamento* dei denti.

Durante la visita, il professionista valuta diversi fattori, come:

- forma e simmetria del viso;
- rapporto tra mascella e mandibola;
- modo in cui i denti superiori e inferiori si incontrano;
- larghezza delle arcate e spazio disponibile;
- perdita dei denti da latte ed eruzione dei permanenti;
- abitudini di suzione, posizione della lingua e respirazione;

- igiene, salute dello smalto e capacità di collaborare.

Fotografie, scansioni e radiografie vengono scelte in funzione del problema. Non tutti gli esami sono necessari a ogni visita e una scansione non mostra radici e denti ancora presenti nell'osso.

Respirazione orale e russamento non si risolvono automaticamente con un apparecchio. Quando persistono, possono richiedere il coin-

volgimento del pediatra o dell'otorinolaringoiatra.

TRATTAMENTO ORTODONTICO: QUANDO INTERVENIRE PRESTO PUÒ ESSERE UTILE

Un trattamento intercettivo può essere proposto per correggere un morso incrociato con deviazione della mandibola, conservare o recuperare spazio, guidare l'eruzione, gestire un'abitudine persistente o affrontare determinati rapporti tra le arcate durante la crescita.

Può utilizzare dispositivi mobili, espansori, apparecchi funzionali, apparecchi fissi o allineatori. Nessuno è "il migliore" in assoluto: deve corrispondere alla diagnosi e alla capacità del bambino di utilizzarlo.

Una prima fase non garantisce che non sarà necessaria una terapia successiva. Prima di iniziare, il genitore dovrebbe comprendere quale problema viene affrontato, perché il momento è favorevole, quali alternative esistono e quale collaborazione è richiesta.

UN PRINCIPIO UTILE

Il momento corretto non è "il prima possibile", ma quello in cui il beneficio atteso supera l'impegno e i limiti del trattamento.

IGIENE E COLLABORAZIONE FANNO PARTE DELLA TERAPIA

Attacchi, fili ed espansori creano zone nelle quali placca e residui

DOMANDA FREQUENTE

Ogni dente storto richiede subito l'apparecchio?

No. La posizione può cambiare durante l'eruzione. La decisione dipende da spazio, morso, crescita, funzione e denti ancora non comparsi.



possono accumularsi. Prima dell'inizio è necessario che il bambino e la famiglia comprendano come pulire i denti e quali strumenti usare.

Placca persistente può favorire gengivite, macchie bianche e carie. In alcuni casi è necessario stabilizzare la salute orale prima di iniziare o modificare la terapia.

LO SAPEVI CHE?

Un apparecchio rimovibile è efficace solo se indossato con costanza. Se non è possibile rispettare i tempi richiesti, il piano terapeutico va rivalutato. Al termine del trattamento può essere necessaria una contenzione per mantenere i risultati.





PRIMA DEI DENTI, CONTROLLARE IL BAMBINO

Dopo un colpo, la priorità è sempre il *bambino*, non il dente.

Cadute, urti e incidenti sportivi possono coinvolgere denti, gengive, labbra e ossa del volto.

Dopo un colpo è necessario verificare prima le condizioni generali: coscienza, respirazione, comportamento, vomito, equilibrio e possibili segni di trauma alla testa.

Perdita di coscienza, convulsioni, confusione, vomito ripetuto, difficoltà respiratoria o sonnolenza anomala richiedono assistenza me-



dica urgente. La valutazione odontoiatrica viene dopo o insieme alla gestione generale.

LE PRIME AZIONI DOPO UN COLPO

1. Comprimere il sanguinamento con una garza pulita, senza muovere ripetutamente il dente.
2. Osservare se il dente è rotto, spostato, mobile, più corto o più lungo.
3. Cercare eventuali frammenti o il dente completamente espulso.
4. Sciacquare delicatamente la bocca con acqua o soluzione fisiologica.
5. Contattare rapidamente un professionista e riferire l'orario del trauma.

DOMANDA FREQUENTE

Dopo una caduta serve una visita anche se il dente non è rotto?

Sì, quando il colpo ha coinvolto direttamente il dente, ha provocato sanguinamento, mobilità o un cambiamento del morso.



Un dente può aver subito danni anche se non è visibilmente rotto. Mobilità, cambiamento del morso, sanguinamento gengivale o dolore alla masticazione richiedono una valutazione.

Se viene ritrovato un frammento, non strofinarlo. Conservarlo in soluzione fisiologica o latte e portarlo alla visita: in alcuni casi può essere riattaccato.



QUANDO IL DENTE ESCE COMPLETAMENTE

DENTE DA LATTE

Non deve essere reimpiantato. Il tentativo potrebbe danneggiare il permanente in sviluppo. È comunque necessario controllare la ferita e verificare che il dente non sia stato spinto nell'osso.

DENTE PERMANENTE

È un'urgenza. Prenderlo dalla corona, non toccare la radice, sciacquarlo delicatamente se sporco e, quando è possibile e sicuro, riposizionarlo. Altrimenti conservarlo nel latte o nella soluzione fisiologica e raggiungere subito un servizio odontoiatrico.

Non avvolgere il dente in un fazzoletto asciutto, non usare disinfettanti e non raschiare la radice.



Nei bambini piccoli non è prudente conservarlo direttamente in bocca per il rischio di ingestione o aspirazione.

DOPO UN TRAUMA: I CONTROLLI FANNO PARTE DEL TRATTAMENTO

Un dente può sembrare guarito e sviluppare complicanze dopo settimane o mesi. Il follow-up serve a controllare polpa, radice, osso, colore ed eruzione del permanente sottostante.

Il dente può diventare più scuro. Il colore, da solo, non stabilisce se sia necessario un trattamento; dolore, fistola, gonfiore o mobilità crescente aumentano la priorità.

LO SAPEVI CHE?

Il tempo trascorso fuori dalla bocca e il modo in cui un dente permanente viene conservato influenzano la prognosi. Per questo non bisogna lasciarlo asciugare.

Gli antibiotici non sono necessari in ogni trauma e non devono essere iniziati autonomamente. Nei traumi contaminati può essere utile verificare lo stato vaccinale antitetanico con il medico.







QUANDO NON ASPETTARE IL DOLORE

Nei bambini piccoli, il dolore si racconta con i *comportamenti*.

Nei bambini piccoli il disagio può presentarsi attraverso cambiamenti del comportamento.

Il bambino può masticare soltanto da un lato, rifiutare cibi duri, svegliarsi di notte, portare spesso la mano al viso o non voler lavare una determinata zona. Questi segnali non permettono una diagnosi, ma meritano attenzione quando persistono.

- dolore spontaneo o notturno;
- gonfiore della gengiva, fistola o secrezione;

- dente permanente mobile;
- dente che cambia colore dopo un trauma;
- lesione della bocca che non guarisce.

PRIORITÀ: TRE LIVELLI PER ORIENTARSI

VALUTAZIONE PROGRAMMABILE

Macchie senza dolore, sanguinamento gengivale ricorrente, eruzione asimmetrica, dente da latte che non cade, alito cattivo persistente o respirazione orale abituale.

VALUTAZIONE ODONTOIATRICA RAPIDA

Dolore spontaneo o notturno, gonfiore localizzato, fistola, dente rotto o spostato, trauma, febbre associata a segni orali, difficoltà ad aprire la bocca.

POSSIBILE EMERGENZA MEDICA

Difficoltà a respirare o deglutire, gonfiore rapido verso occhio o collo, bambino difficile da svegliare, sanguinamento non controllabile, trauma con perdita di coscienza, convulsioni o vomito ripetuto.

La classificazione è orientativa. In caso di dubbio è preferibile descrivere tutti i sintomi a un professionista, indicando età, inizio, velocità di peggioramento, febbre, trauma, farmaci e condizioni mediche.

DOMANDA FREQUENTE

Quando un gonfiore richiede il Pronto Soccorso?

Quando cresce rapidamente, coinvolge occhio o collo, rende difficile respirare, deglutire o aprire la bocca, oppure il bambino appare molto abbattuto.



NON BUCARE, NON SCHIACCIARE, NON IMPROVVISARE

Una "bollicina" gengivale può essere una fistola attraverso la quale



drena un'infezione. La riduzione del dolore non significa che la causa sia scomparsa. Non deve essere bucata o schiacciata.

Gli antibiotici possono essere indicati quando l'infezione si diffonde o provoca sintomi generali, ma non eliminano una carie e non sostituiscono il trattamento del dente.

Fotografie e video possono aiutare il triage, ma non mostrano profondità della carie, radici, osso o diffusione dell'infezione. Non devono ritardare l'assistenza quando il bambino peggiora rapidamente.

LO SAPEVI CHE?

La scomparsa improvvisa di un dolore intenso non indica sempre guarigione. La polpa può perdere vitalità mentre l'infezione continua nei tessuti circostanti.





LA PREVENZIONE NON FINISCE CON UNA VISITA

Ogni controllo *aggiorna* un piano, non lo ripete identico.

La frequenza dei richiami viene definita in base al rischio di carie, alle condizioni delle gengive, alla qualità dell'igiene, alla dieta, alla fase di eruzione, alla presenza di apparecchi e alla storia clinica.

Un bambino con lesioni recenti o difficoltà di pulizia può avere bisogno di controlli più ravvicinati. Quando la situazione è stabile, l'intervallo può essere differente. Il calendario viene costruito sulla persona, non su una scadenza uguale per tutti.

LO SAPEVI CHE?

Una visita utile può concludersi con una conferma: nessuna terapia, ma indicazioni precise e un momento adeguato per il controllo successivo.



POCHE ABITUDINI, MA MANTENUTE

Una routine possibile comprende:

- spazzolamento mattina e sera con dentifricio fluorato;
- aiuto concreto dell'adulto fino a quando la tecnica è efficace;
- acqua come bevanda abituale;
- pasti e merende in momenti riconoscibili;
- controllo settimanale della bocca con una buona luce;
- valutazione tempestiva di dolore, gonfiore o trauma.

Non è necessario raggiungere la perfezione. Una sera saltata, una festa o un periodo di opposizione non annullano tutto. Conta riprendere la routine senza trasformare l'igiene in una minaccia o in un motivo di colpa.

DOMANDA FREQUENTE

Ogni quanto bisogna fare i controlli?

Non esiste un intervallo identico per tutti. La frequenza viene personalizzata in base al rischio e può cambiare durante la crescita.



LE DOMANDE PIÙ FREQUENTI SU PRIMA VISITA E IGIENE, IN UN UNICO POSTO.

QUANDO FARE LA PRIMA VISITA?

Alla comparsa del primo dente e comunque entro il primo anno come riferimento preventivo. Se questa fase è già trascorsa, si può iniziare senza sensi di colpa dal momento presente.

PERCHÉ CURARE UN DENTE DA LATTE?

Perché può restare in bocca molti anni e una carie può causare dolore, infezione o perdita precoce. Il trattamento dipende dalla situazione clinica.

SE IL BAMBINO PIANGE, LA VISITA È FALLITA?

No. Il pianto può esprimere paura, stanchezza o disagio. Il professionista adatta obiettivi, tempi e comunicazione.

FINO A QUANDO DEVE AIUTARE IL GENITORE?

Finché il bambino non pulisce realmente tutte le superfici. La supervisione è di solito necessaria almeno nei primi anni della scuola primaria.

QUALE QUANTITÀ DI DENTIFRICIO USARE?

Un velo sottile nei più piccoli; successivamente una quantità simile a un piccolo pisello. Il prodotto deve essere dosato dall'adulto.



IL FLUORO È PERICOLOSO?

Utilizzato nella quantità corretta sulla superficie dei denti è uno strumento preventivo. Il problema è l'ingestione eccessiva e ripetuta, per questo dosaggio e supervisione sono essenziali.



LA SIGILLATURA IMPEDISCE DEFINITIVAMENTE LA CARIE?

No. Protegge i solchi trattati finché il materiale rimane integro e deve essere controllata. Non agisce sulle altre superfici.

UNA MACCHIA NERA È SEMPRE UNA CARIE?

No. Può essere una pigmentazione; alcune carie iniziali sono bianche o nascoste. Serve un esame diretto.

IL SUCCO PUÒ SOSTITUIRE L'ACQUA?

No. Anche il succo al 100% frutta contiene zuccheri liberi e non dovrebbe essere sorseggiato per molte ore.

DEVO INTERROMPERE L'ALLATTAMENTO SE COMPARÈ UNA CARIE?

Non automaticamente. Occorre valutare igiene, frequenza delle poppate, altri alimenti, rischio individuale e necessità nutrizionali.

QUANDO TOGLIERE IL CIUCCIO?

È utile ridurne progressivamente l'uso e orientarsi verso la sospensione entro i tre anni, senza minacce o umiliazioni.

IL PERMANENTE È SPUNTATO DIETRO IL DECIDUO: VA TOLTO SUBITO?

Non sempre. Se il dente da latte è mobile può cadere spontaneamente. Va controllato quando resta fermo o manca spazio.

QUANDO CONTROLLARE LA CHIUSURA DEI DENTI?

Una prima valutazione può essere utile entro i sette anni e prima quando sono presenti morso incrociato, deviazione della mandibola, eruzione anomala o abitudini persistenti.

OGNI DENTE STORTO RICHIEDE L'APPARECCHIO?

No. Alcune posizioni cambiano durante l'eruzione. La decisione dipende dal quadro complessivo.



DOPO UNA CADUTA SERVE UNA VISITA SE IL DENTE NON È ROTTO?

Sì, quando il colpo ha provocato mobilità, sanguinamento, dolore, spostamento o cambiamento del morso.

QUANDO UN GONFIORE È UN'EMERGENZA?

Quando cresce rapidamente, coinvolge occhio o collo, rende difficile respirare, deglutire o aprire la bocca, oppure il bambino appare molto sofferente.

OGNI QUANTO FARE I CONTROLLI?

La frequenza dipende dal rischio e può cambiare nel tempo. Non esiste una scadenza identica per tutti.



DUBBI FREQUENTI E FALSI MITI

“TANTO SONO DENTI DA LATTE.”

Possono rimanere in bocca per anni. Dolore, infezione e perdita precoce hanno conseguenze reali.

“SE NON FA MALE, NON È CARIE.”

Le lesioni iniziali possono essere completamente asintomatiche.



“IL DENTIFRICIO SENZA FLUORO È SEMPRE PIÙ SICURO.”

Il dentifricio fluorato correttamente dosato è una misura preventiva di base. La quantità deve essere controllata dall'adulto.

“IL SUCCO NATURALE È COME LA FRUTTA.”

Nel succo gli zuccheri sono liberi dalla struttura del frutto e vengono assunti rapidamente.

“IL CIUCCIO ORTODONTICO NON MODIFICA IL MORSO.”

La forma non elimina gli effetti di un uso prolungato. La durata resta determinante.

“PRIMA SI METTE L'APPARECCHIO, MIGLIORE SARÀ IL RISULTATO.”

Il trattamento precoce è utile soltanto quando esiste un obiettivo clinico preciso.

“LA PANORAMICA VA FATTA A TUTTI ALLA STESSA ETÀ.”

Le radiografie vengono prescritte in base al quesito clinico, alla dentizione e al rischio.

“UNA SIGILLATURA RENDE IL DENTE IMMUNE.”

Protegge soltanto i solchi trattati e deve essere controllata.

“SE IL DENTE NON SI È ROTTO, IL TRAUMA NON È IMPORTANTE.”

Polpa, radice e tessuti di sostegno possono essere lesionati anche con una corona integra.

“UN DENTE DA LATTE ESPULSO VA RIMESSO AL SUO POSTO.”

No. Il reimpianto potrebbe danneggiare il permanente in sviluppo.

“GLI ANTIBIOTICI CURANO LA CARIE.”

Non rimuovono la causa dentale e vengono prescritti solo quando esistono indicazioni specifiche.

“SE IL BAMBINO PIANGE, NON È PRONTO.”

La paura va gestita; non deve diventare il motivo per lasciare progredire dolore o infezione.



LE DOMANDE DA PORTARE ALLA VISITA

Le domande giuste aiutano a *capire* il piano, non solo ad accettarlo.

1. Che cosa avete osservato e quale problema deve essere affrontato?
2. È necessario intervenire ora oppure è possibile controllare nel tempo?
3. Quali alternative esistono e quali sono vantaggi e limiti?
4. Che cosa possiamo fare a casa per ridurre il rischio?
5. Servono radiografie o altri esami? Che cosa devono chiarire?
6. Come verrà gestita la paura o la difficoltà di collaborazione?
7. Quali segnali richiedono di contattare lo studio?
8. Con quale frequenza saranno programmati i controlli?
9. Se è proposto un apparecchio, qual è l'obiettivo di questa fase?
10. Dopo un trauma, per quanto tempo dovrà essere seguito il dente?

UN BUON PIANO

Dovrebbe essere comprensibile, proporzionato alle condizioni del bambino e accompagnato da informazioni su benefici, limiti, alternative e necessità di controllo.





UN PERCORSO COSTRUITO INTORNO AL BAMBINO E ALLA FAMIGLIA

Per il Centro Odontoiatrico ZEA la prevenzione è un lavoro *condiviso* con la famiglia.

Per il Centro Odontoiatrico ZEA la prevenzione pediatrica non consiste nel cercare soltanto problemi da curare. Significa osservare la crescita, spiegare ai genitori che cosa conta davvero e proporre interventi soltanto quando possono offrire un beneficio concreto.

Questo approccio si traduce concretamente in:

- ascoltare dubbi, abitudini e precedenti esperienze;
- considerare salute generale, sviluppo e capacità di comunicare;
- proteggere i denti da latte quando possono restare sani e funzionali;
- intervenire precocemente soltanto quando esiste un'indicazione;
- coinvolgere il genitore nella prevenzione quotidiana;
- considerare i controlli parte integrante del percorso.





LA PREVENZIONE NON RICHIEDE PERFEZIONE

Non serve essere perfetti: serve essere *costanti*.

Prendersi cura dei denti di un bambino significa creare alcune abitudini stabili, osservare i cambiamenti durante la crescita e sapere quando chiedere una valutazione.

Può capitare che una sera salti lo spazzolamento, che durante una festa vengano mangiati più dolci o che il bambino attraversi una fase di opposizione. Un singolo episodio non determina da solo una malattia. Conta ciò che avviene con regolarità.

Anche quando viene diagnosticata una carie, non è utile cercare un colpevole. La salute orale dipende da igiene, alimentazione, fluoro, caratteristiche dello smalto, saliva, con-

dizioni mediche, farmaci, abitudini e possibilità di accedere ai controlli.

Il genitore non deve riconoscere da solo la profondità di una carie, classificare una malocclusione o decidere quale trattamento sia necessario. Può però svolgere un ruolo decisivo: osservare, riferire i sintomi, mantenere la routine e chiedere spiegazioni comprensibili.

Una crescita senza dubbi o imprevisti non esiste. Esiste la possibilità di affrontarli con informazioni corrette, scelte proporzionate e un rapporto sereno con la prevenzione.





Grazie per aver dedicato tempo a questa guida. Ci auguriamo che ti abbia aiutato a fare domande più precise e ad affrontare ogni scelta con maggiore consapevolezza.

Dott. Zoran Zaccheroni | Dott.ssa Antonella Fagella



CENTRODONTOTIATRICO

ZEA Centro Odontoiatrico

Viale Guglielmo Marconi, 16, 40026 Imola (BO)

+39 0542 628404 - info@studiozeasrl.it

Sito web: www.studiozeasrl.it

Finalità e riferimenti

Questo opuscolo ha finalità esclusivamente informative. Non consente di formulare diagnosi, non sostituisce una visita odontoiatrica e non descrive in modo completo rischi, benefici e alternative di ogni procedura. Le indicazioni cliniche, farmacologiche e relative alle urgenze devono essere personalizzate dal professionista sulla base della situazione individuale.

Riferimenti essenziali

- Ministero della Salute. Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva. Aggiornamento 2013.
 - Ministero della Salute. Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia. 2017.
 - Ministero della Salute. Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva. 2018.
 - American Academy of Pediatric Dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry, edizione 2026-2027: periodicità, carie, fluoro, comportamento, radiografie, dentizione in sviluppo e antibiotici.
 - European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the Use of Fluoride for Caries Prevention in Children. 2019.
 - World Health Organization. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. 2015.
 - International Association of Dental Traumatology. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries. 2020.
 - American Dental Association e American Academy of Pediatric Dentistry. Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Use of Pit-and-Fissure Sealants. 2016.
- Testo revisionato per uso divulgativo.



CENTRODONTOIATRICO



[studiozea.imola](https://www.facebook.com/studiozea.imola)



[studiozea](https://www.instagram.com/studiozea)

Costruiamo salute nel tempo, con rispetto e cura.
Informare significa aiutare ogni famiglia
a scegliere con maggiore consapevolezza.