Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

LUCI OMBRE ABBAGLI

Prevenzione

Nutrizione

Allergologia

Dermatologia

Gastroenterologia

23-25 Aprile 2022

Evento Residenziale

Hotel Royal Continental, Napoli

La Prevenzione in Ortodonzia: il bilancio di salute orale orto-pedodontico

Alberto Laino, Nicoletta Petrazzuoli, Rinaldina Saggese, Giuliana Laino

SIPPS
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

SIP
Società Italiana di Pediatria

SIDO
Società Italiana di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana di Odontoiatria Infantile

Pediatra

Prima soglia diagnostica

Funzione di garante

Competenze Orto-pedodontiche

Consigliare la visita orto-pedodontica

Scegliere il professionista

SIDO 2002

Osservatorio della Comunicazione

spedito a 15000 pediatri italiani

Progetto S.I.D.O. per la salute orale del bambino sul Territorio Nazionale: Il bilancio di salute orale orto-pedodontico

SIP
Società Italiana
di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

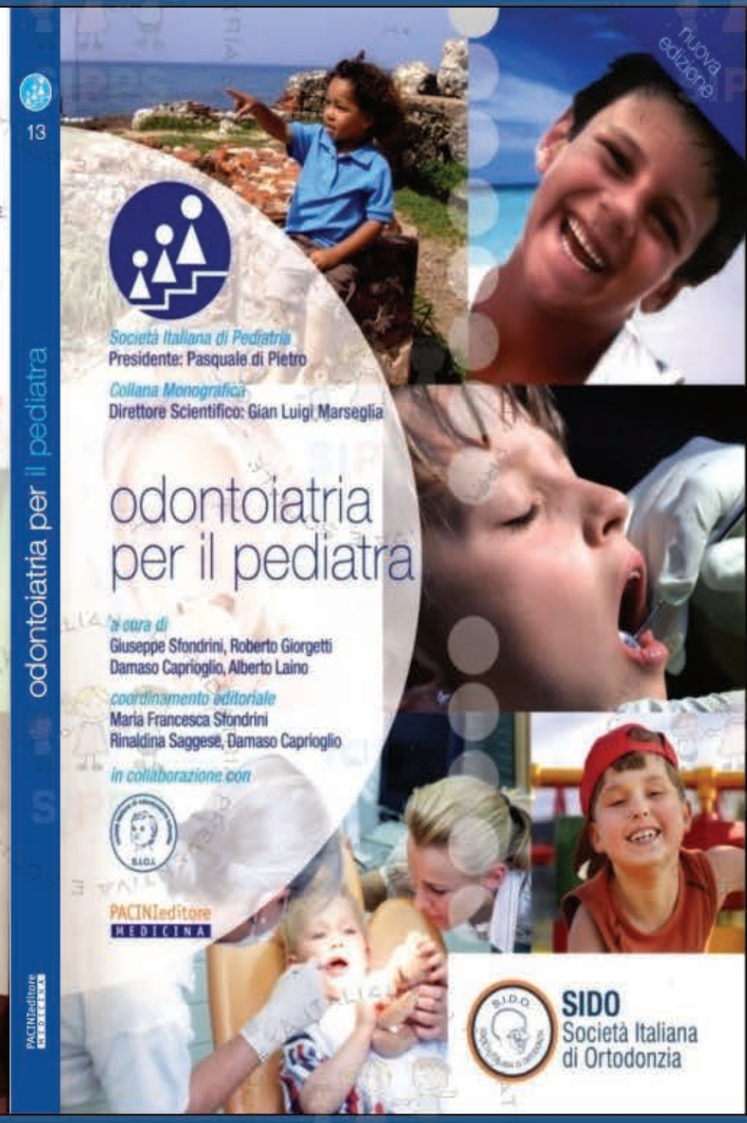
SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile

Il progetto S.I.D.O. Ha portato alla realizzazione di una monografia

"Odontoiatria per il Pediatra"

e di un *Poster* allegato con i quali si dà al Pediatra gli strumenti per lo

screening delle patologie Orto-Pedodontiche ad alta priorità



SIP
Società Italiana di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

SIDO
Società Italiana di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana di Odontoiatria Infantile

indice

PRESENTAZIONE
A. Rubino, A. Majorana, A. Laino 5

PREFAZIONE
G. Sfondrini, R. Giorgetti 7

PRESENTAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE
C. De Nuccio 8

PREFAZIONE
G.L. Marseglia 9

PREFAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE
G.L. Marseglia 9

PREFAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE
G. Sfondrini, R. Giorgetti, D. Caprioglio, A. Laino 10

CENNI DI CRESCITA CRANIO FACCIALE. DISMORFOSI SCHELETRICHE
P. Gandini, A. Villano 11

ERUZIONE DENTARIA DEI DENTI DECIDUI E DEI DENTI PERMANENTI. PATOLOGIA DELL'ERUZIONE DENTARIA E ANOMALIE DENTALI
M.F. Sfondrini, V. Cacciafesta, P. Gandini 25

OCCLUSIONE NORMALE E PATOLOGICA IN DENTIZIONE DECIDUA, MISTA E PERMANENTE
E. Barbato, R.M. Leonardi 39

FUNZIONI STOMATOGNATICHE PRINCIPALI: SUZIONE, DEGLUTIZIONE, MASTICAZIONE, FONESI, RESPIRAZIONE

La Suzione
L. Levrini 49

Respirazione, deglutizione, fonazione, masticazione
P. Cozza 56

PATOLOGIA CARIOSA E METODICHE DI PREVENZIONE. PATOLOGIE PARODONTALI E DEI TESSUTI MOLLI
A. Polimeni, A. Majorana 77

I TRAUMI DENTALI
D. Caprioglio, C. Caprioglio 97

ORTODONZIA E ORTOPEDIA DENTOFACCIALE IN DENTATURA DECIDUA: QUALI MALOCCLUSIONI DEVONO ESSERE INTERCETTATE IL PIÙ PRECOCEMENTE POSSIBILE?
I. Tollaro 115

ORTODONZIA E ORTOPEDIA-DENTOFACCIALE IN DENTIZIONE MISTA
P. Gandini, M.F. Sfondrini, V. Cacciafesta, G. Sfondrini 123

ORTODONZIA E ORTOPEDIA-DENTOFACCIALE IN DENTIZIONE PERMANENTE
V. Cacciafesta, P. di Michele, M.F. Sfondrini 141

I DISORDINI TEMPORO-MANIBOLARI NEL PAZIENTE IN CRESCITA
F. Deodato, R. Giorgetti 153

L'IGIENE ORALE IN ETÀ PEDIATRICA
D. Giorgetti 163

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE IN ETÀ PEDIATRICA: IL BILANCIO DI SALUTE ORALE ORTO-PEDODONTICO
A. Laino, C. Savastano, G. Di Mauro, G. Petrazzuoli, C. Lanteri 177

IL FLUORO E LA PREVENZIONE DELLA CARIE DENTALE. LINEE GUIDA IN ETÀ PEDIATRICA
sintesi a cura di L. Ottolenghi, G. Campus 197

LA CONSERVATIVA E L'ENDODONZIA IN ODONTOIATRIA PEDIATRICA
A. Polimeni, M. Bossù, G.L. Sfasciotti 205

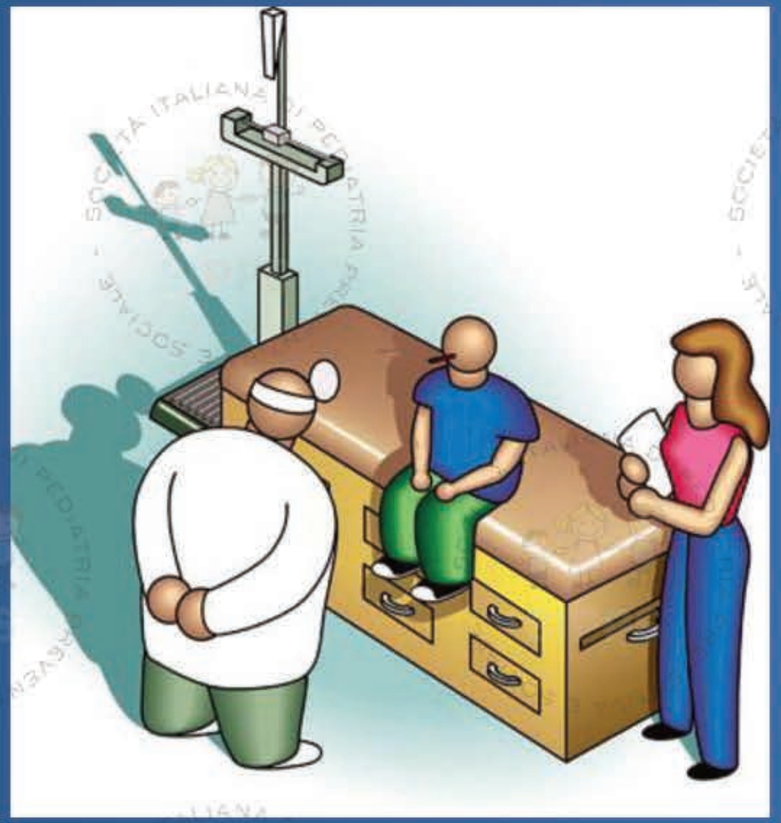
I LASER IN ODONTOIATRIA INFANTILE
C. Caprioglio, D. Caprioglio 217

LA PICCOLA CHIRURGIA ORALE IN EPOCA PEDIATRICA
C. De Nuccio, F. Peluso, G. Pellegrino 237

IL CHECK-UP ORTODONTICO
F.A. Miotti 249

INDICE ANALITICO
D. Caprioglio 267

ELENCO DEGLI AUTORI 277



POSTER

Progetto S.I.D.O. per la salute orale del bambino sul Territorio Nazionale: Il bilancio di salute orale orto-pedodontico

0-3 anni - dentatura decidua

3-6 anni - periodo transizionale

6-8 anni - dentatura mista

12-13 anni dentatura permanente

Occlusione fisiologica prima classe

- Decidua
- Mista
- Permanente

Seconda classe

Terza classe

Morso profondo

Morso aperto

Morso Crociato bilaterale

Morso Crociato monolaterale

Inversione incisiva

Regresse estrazioni

Monitorare le abitudini orali

Carie Precoce

Anomalie di eruzione

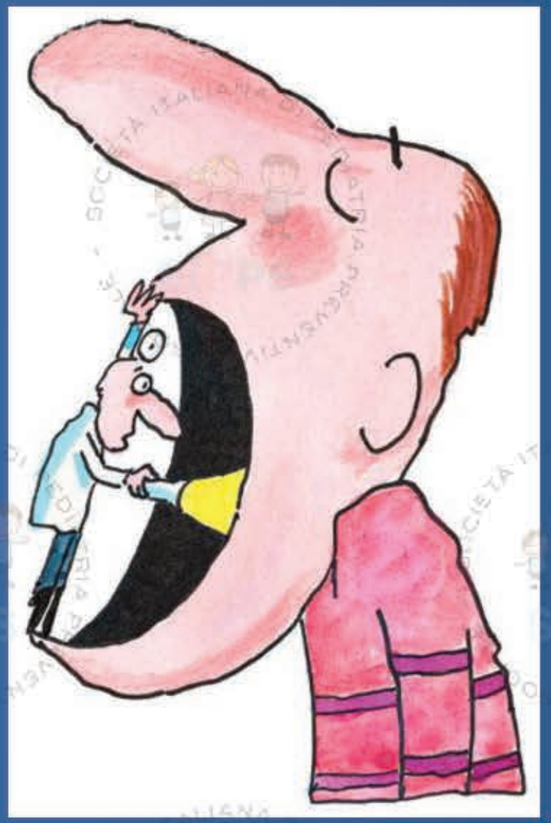
S.I.P. Società Italiana di Pediatria

F.I.M.P. Federazione Italiana Medici Pediatri

S.I.P.P.S. Società Italiana di Pedodonzia Preventiva e Sociale

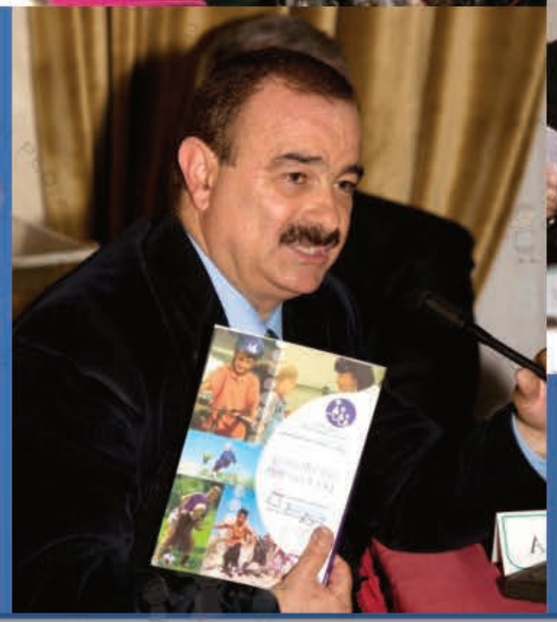
S.I.D.O. Società Italiana di Ortodonzia www.sido.it

S.I.O.I. Società Italiana di Odontoiatria Infantile



POSTER

2007



SIP
Società Italiana
di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

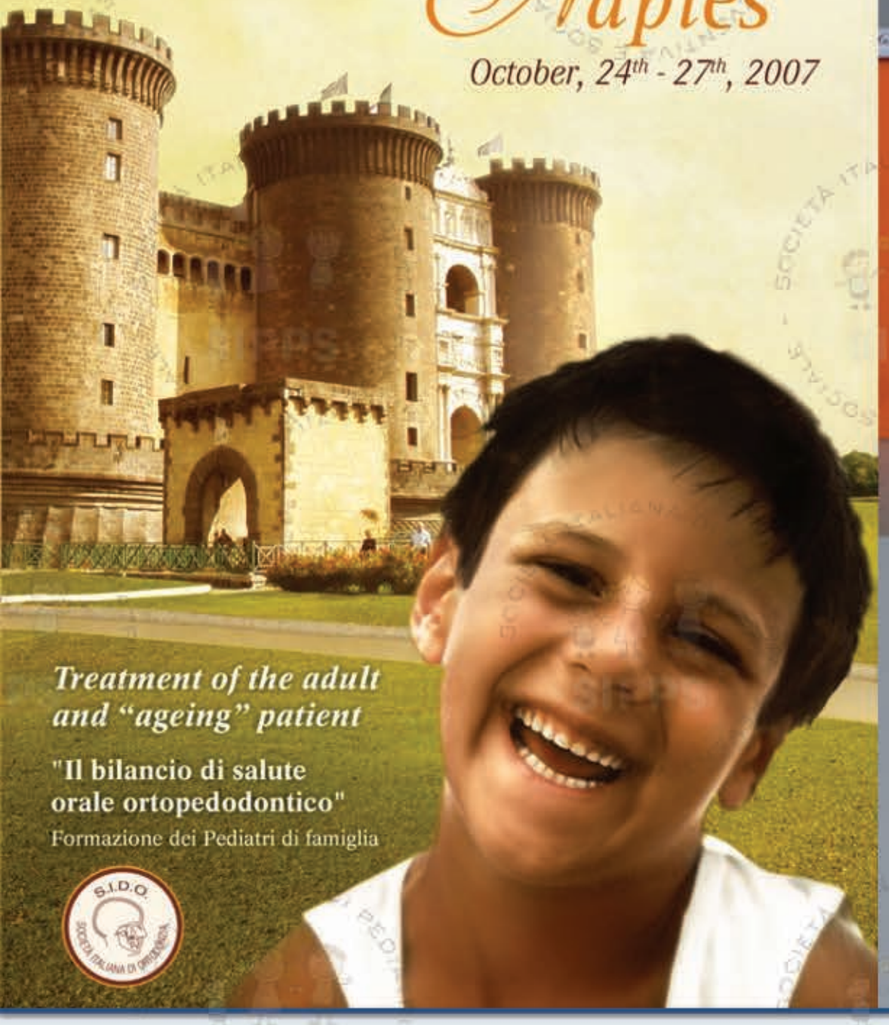
SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile

XX SIDO International Congress

Mostra d'Oltremare

Naples

October, 24th - 27th, 2007



Treatment of the adult and "ageing" patient

"Il bilancio di salute orale ortopedodontico"

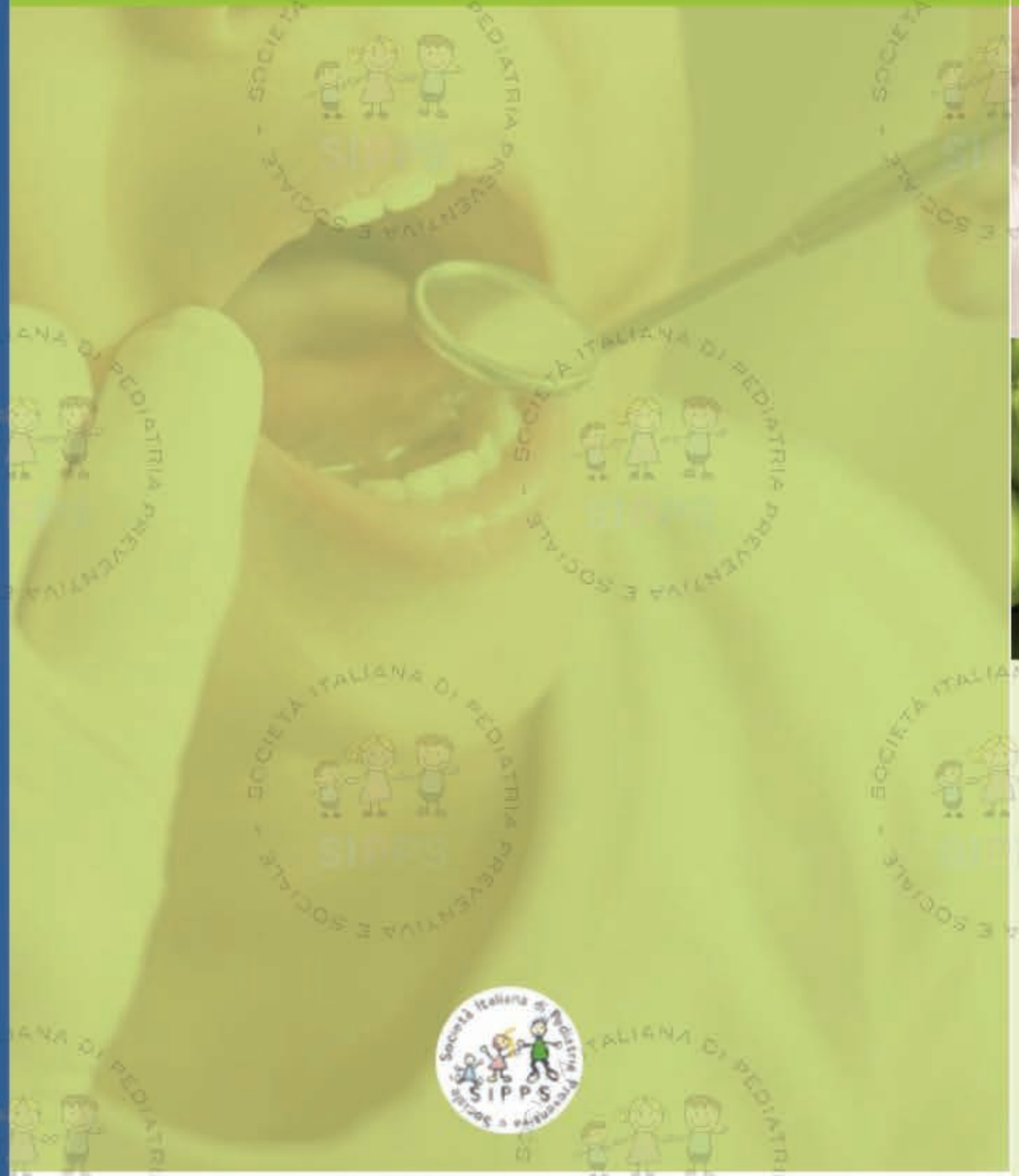
Formazione dei Pediatri di famiglia

SIP
Società Italiana
di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile



GUIDA PRATICA DI ODONTOIATRIA PEDIATRICA

RICONOSCERE PER PREVENIRE I PRINCIPALI QUADRI DI PATOLOGIA ORALE. PROMOZIONE DELLA CORRETTA SALUTE ORALE

GUIDA PRATICA DI ODONTOIATRIA PEDIATRICA

RICONOSCERE PER PREVENIRE I PRINCIPALI QUADRI DI PATOLOGIA ORALE.
PROMOZIONE DELLA CORRETTA SALUTE ORALE

INDICE

PRESENTAZIONE 10

Capitolo 1 - Brevi cenni di anatomia e di clinica 13
Gaetano Ciancio, Giuseppe Marzo, Vincenzo Quinzi, Rinaldina Saggese, Margherita Caroli, Andrea Vania, Maria Carmen Verga, Michele Fiore
- *Occlusione Fisiologica di I Classe in dentatura decidua, mista e permanente* 13
- *Tempi medi di eruzione e formulo dentaria OMS* 19
- *Osservare l'occlusione del piccolo paziente per intercettare molto precocemente i possibili problemi* 23
- *La masticazione* 30

Capitolo 2 - Esame obiettivo della cavità orale. Cosa deve sapere il Pediatra 34
Antonella Polimeni, Ersilia Barbato, Giovanna Tezza, Antonino Gulino, Valter Spanevello
- *Prevenzione e promozione della salute orale in età pediatrica* 34
- *Il bilancio di salute orale orto-pedodontico nella pratica ambulatoriale pediatrica* 47

Capitolo 3 - La radiologia diagnostica in odontoiatria pediatrica. Linee guida e protocolli clinici 55
Novella Guicciardi, Pietro Di Michele, Roberto Scavone, Maria Carmen Verga, Luigi Laino

Capitolo 4 - Difetti congeniti: principali quadri e malformazioni 62
Angela Galeotti, Paola Festa, Giulia Vallogini, Antonino Gulino

Capitolo 5 - La patologia cariosa e metodiche di prevenzione 80
Maurizio Bossù, Gianni Di Giorgio, Nicoletta Petrazzuoli, Alexandra Semjonova, Maria Carmen Verga
- *Introduzione* 80
- *La fluoroprofilassi* 84

Capitolo 6 - Le malocclusioni dento-scheletriche 91
Antonella Polimeni, Ersilia Barbato, Gian Luigi Marseglia, Paola Cozza, Angelo Milazzo
- *Le abitudini orali ed il loro monitoraggio* 91
- *Respirazione ed OSAS* 92
- *Le malocclusioni e il timing di intervento* 98
- *Novità in tema di terapia* 99
- *Bruxismo in età pediatrica* 100

Capitolo 7 - I traumi dentali. Come prevenirli e trattarli correttamente 102
Aniello Ingenito, Giuliana Verdicchio, Giuliana Laino, Claudio Buccelli, Pierpaolo Di Lorenzo, Michele Fiore, Alberto Laino
- *Implicazioni cliniche: prevenzione e trattamento di primo soccorso* 102
- *Implicazioni medico-legali nel primo soccorso* 111

Capitolo 8 - Corrette abitudini alimentari e prevenzione delle patologie del cavo orale 120
Luigi Paglia, Roberto Gatto, Silvia Friuli, Michela Paglia, Gianmaria Fabrizio Ferrazzano, Matteo Beretta, Sara Colombo, Stefania De Giorgio, Luigi Greco
- *Assunzione di zuccheri in eccesso: malattia cariosa nel bambino e implicazioni sistemiche future nell'adulto* 120
- *Il ruolo delle sigillature nella prevenzione della carie dentale* 126

Capitolo 9 - I bambini con bisogni speciali (special needs) 130
Gian Luca Sfasciotti, Valeria Luzzi, Gaetano Ierardo, Rinaldina Saggese, Francesca Nucci, Antonino Gulino
- *I bambini "special need"* 130
- *Sedazione cosciente in odontoiatria* 132

Capitolo 10 - Gravidanza e salute orale 135
Livia Ottolenghi, Denise Corridore, Barbara Ladniak, Giovanni Petrazzuoli

Capitolo 11 - Il laser in odontoiatria pediatrica: come, quando e perché 142
Claudia Caprioglio, Giulio Michele Barbero

Capitolo 12 - Il microbiota orale e intestinale 155
Domenico Tripodi, Gianfranco Tajana, Simonetta D'Ercole, Lucia Diaferio, Vito Leonardo Miniello
- *Microbiota orale* 155
- *Microbiota intestinale* 163

Capitolo 13 - L'epigenetica del cavo orale 168
Gianfranco Tajana

Capitolo 14 - Quadri clinici di frequente riscontro nell'ambulatorio del Pediatra 174
Antonino Gulino, Vincenzo Gueli, Angelo Milazzo, Daniela Adamo, Michele Mignogna
- *Le gengiviti nell'età evolutiva* 174
- *Stomatite aftosa ricorrente* 175
- *Macchie e discromie del cavo orale* 177
- *Le patologie della mucosa orale di origine virale* 179

Capitolo 15 - La comunicazione con le famiglie 191
Luigi Paglia, Leo Venturelli, Filomena Palma, Immacolata Scotese, Stefania De Giorgio, Lorenzo Mariniello, Michele Fiore

APPENDICE 201

EMERGENZA TRAUMI DENTALI

Ciao! Io sono Lino, e cerco di stare sempre attento al mio dentino.

Ehi! Sono sempre Lino, e finalmente il mio dente è permanente.

0-6 anni (DECIDUA)
DENTATURA DI LATTE

6-11 anni - DENTATURA MISTA

11-16 anni (PERMANENTE)
DENTATURA DELL'ADULTO

06 mesi incisivi centrali inferiori
10 mesi incisivi centrali superiori
12 mesi incisivi laterali superiori
13 mesi incisivi laterali inferiori
16 mesi primi molari
20 mesi canini sup. e inf.
27 mesi secondi molari inferiori
29 mesi secondi molari superiori

6 anni primi molari sup. e inf.
6 anni incisivi centrali inferiori
7 anni incisivi centrali superiori
7 anni incisivi laterali inferiori
8 anni incisivi laterali superiori
9-13 anni premolari inf. e sup.
9-12 anni canini inf. e sup.
12-13 anni secondi molari inf. e sup.

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

Formula dentaria mista
16 55 54 53 12 11 | 21 22 63 64 65 26
46 85 84 83 42 41 | 31 32 73 74 75 36

Formula dentaria permanente
17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37

DENTATURA DI LATTE (DECIDUA)

Ma quando gioco sono un po' impertinente... ...e succede l'inciDente!!!

FRATTURA
LUSSAZIONE
PERDITA

Raccogli e conserva il pezzettino di dente in acqua, latte o saliva.

Lava il dente e cerca di metterlo al suo posto ed entro 1 ora corri dal dentista.

CORRI SUBITO DAL DENTISTA

L'Org. Mondiale Sanità sconsiglia il rimpianto

DENTATURA DELL'ADULTO (PERMANENTE)

Son più grande, ma rimango un po' birbante. Quando gioco son disubbidiente... ...e succede l'inciDente!!!

FRATTURA
LUSSAZIONE
PERDITA

Raccogli e conserva il pezzettino di dente in acqua, latte o saliva.

Lava il dente e cerca di metterlo al suo posto ed entro 1 ora corri dal dentista.

IL DENTISTA DEVE...
...COLLOQUIARE
...VISITARE
...FOTOGRAFARE
...RADIOGRAFARE
...CERTIFICARE DETTAGLIATAMENTE

CORRI SUBITO DAL DENTISTA

PREVENZIONE

Ricordati che... ...in caso di situazioni a rischio...

...usa il casco ed il paradenti!!!

E se hai i denti sporgenti... ...e vuoi evitare gli inciDenti...

...vai dal Dentista!

MEDICI LEGALI
ODONTOIATRI

MEDICI di MEDICINA GENERALE
PEDIATRI

EMERGENCY DENTAL TRAUMA

Hi! I'm Ruth and I try to look after my tooth.

Hey! It's still me Ruth, and finally my tooth is permanent.

0-6 years
BABY TEETH

6-11 years - MIXED DENTITION

11-16 years
PERMANENT TEETH

06 months lower central incisors
10 months upper central incisors
12 months upper lateral incisors
13 months lower lateral incisors
16 months first molars
20 months upper and lower canines
27 months lower second molars
29 months second upper molars

6 years first upper and lower molars
6 years lower central incisors
7 years upper central incisors
7 years lower lateral incisors
8 years upper lateral incisors
9-13 years upper and lower premolars
9-12 years upper and lower canines
12-13 years upper and lower second molars

Baby teeth: dental formula
55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

Mixed teeth: dental formula
16 55 54 53 12 11 | 21 22 63 64 65 26
46 85 84 83 42 41 | 31 32 73 74 75 36

Permanent teeth: dental formula
17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27
47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37

BABY TEETH

When I play I'm sometimes a bit silly... ...and that's when accidents happen!!!

FRACTURE
DISLOCATION
LOSS

Find the lost tooth or piece of tooth and put it in water, milk or saliva.

Clean the tooth and try to put it back in place and get to the dentist as quick as you can.

GO STRAIGHT TO THE DENTIST

The World Health Organization does not recommend replantation.

PERMANENT TEETH

Now I'm bigger, but I still do silly things... ...and that's when accidents happen!!!

FRACTURE
DISLOCATION
LOSS

Find the lost tooth or piece of tooth and put it in water, milk or saliva.

Clean the tooth and try to put it back in place and get to the dentist as quick as you can.

THE DENTIST MUST...
...ASK QUESTIONS
...EXAMINE YOU
...TAKE PHOTOGRAPHS
...TAKE X-RAYS
...PREPARE A DETAILED REPORT

GO STRAIGHT TO THE DENTIST

PREVENTION

Remember... ...in risky situations...

...always wear a helmet and a mouthguard!!!

If you've got buck teeth... ...and you want to avoid accidents...

...go and see your dentist!

EMERGENZA TRAUMI DENTALI

9° Bilancio di salute tra 7 e 8 anni ~~9° Bilancio di salute tra 8 e 9 anni~~

Cognome e nome .....

Data di nascita ..... Data di compilazione .....

Valutazione auxologica e clinica

Peso Kg ..... Percentile.....
Altezza cm ..... Percentile.....
Pressione Arteriosa ..... Frequenza cardiaca .....
Soffi cardiaci SI □ NO □

Esame obiettivo: Nella Norma SI □ NO □

Elementi da rilevare .....

.....

Scoliosi SI □ NO □
Carie SI □ NO □
Malocclusione dentaria SI □ NO □
Enuresi notturna SI □ NO □
Alvo regolare SI □ NO □
Fluoro SI □ NO □

Sviluppo psicomotorio e relazionale

Adeguato all'età SI □ NO □
Se NO specificare .....
Difficoltà scolastiche SI □ NO □
Se SI specificare .....
Usufruisce di insegnante di sostegno: SI □ NO □
Consulenze specialistiche da effettuare:
Se sì, specificare:

Educazione alla salute

Stimolo alla attività sportiva SI □ NO □
Consigli su trasporto in auto SI □ NO □
Prevenzione ustioni e avvelenamenti SI □ NO □
Uso del casco per la bici SI □ NO □
Prevenzione incidenti elettrici SI □ NO □
Consigli su una sana alimentazione SI □ NO □
Indicazioni su programmi TV da evitare SI □ NO □
Consigli per evitare adescamenti SI □ NO □
Consigli su igiene dentale SI □ ON □

Ricoveri Ospedalieri dall'ultimo bilancio ad oggi SI □ NO □

Se Si, data e motivo .....

10° Bilancio di salute tra 8 e 10 anni ~~10° Bilancio di salute tra 10 e 11 anni~~

Cognome e nome .....

Data di nascita ..... Data di compilazione .....

Valutazione auxologica e clinica

Peso Kg ..... Percentile.....
Altezza cm ..... Percentile.....
Pressione Arteriosa ..... Frequenza cardiaca .....
Soffi cardiaci SI □ NO □
Telarca stadio 1□ 2□ 3□ 4□ 5□
Pubarca stadio 1□ 2□ 3□ 4□ 5□

Esame obiettivo: Nella Norma SI □ NO □

Elementi da rilevare .....

.....

Scoliosi SI □ NO □
Carie SI □ NO □
Malocclusione dentaria SI □ NO □
Enuresi notturna SI □ NO □
Alvo regolare SI □ NO □
Fluoro SI □ NO □

Sviluppo psicomotorio e relazionale

Adeguato all'età SI □ NO □
Se NO specificare .....
Difficoltà scolastiche SI □ NO □
Se SI specificare .....

Educazione alla salute

Stimolo alla attività sportiva SI □ NO □
Consigli su trasporto in auto SI □ NO □
Prevenzione ustioni e avvelenamenti SI □ NO □
Uso del casco per la bici SI □ NO □
Prevenzione incidenti elettrici SI □ NO □
Consigli su una sana alimentazione SI □ NO □
Indicazioni su programmi TV da evitare SI □ NO □
Consigli per evitare adescamenti SI □ NO □
Consigli su igiene dentale SI □ NO □

Ricoveri Ospedalieri dall'ultimo bilancio ad oggi SI □ NO □

Se Si, data e motivo .....

11° Bilancio di salute tra 12 e 14 anni

Cognome e nome .....
Data di nascita ..... Data di compilazione .....

Valutazione auxologica e clinica

Peso Kg ..... Percentile.....
Altezza cm ..... Percentile.....
Pressione Arteriosa ..... Frequenza cardiaca .....
Soffi cardiaci SI □ NO □
Telarca stadio 1 □ 2□ 3□ 4□ 5□
Pubarca stadio 1 □ 2□ 3□ 4□ 5□
Testicoli cc
Esame obiettivo: Nella Norma SI □ NO □
Elementi da rilevare .....

.....

Scoliosi SI □ NO □
Asimmetria arti inf. SI □ NO □
Carie SI □ NO □
Alvo regolare SI □ NO □

Vaccinazioni

Richiamo Td SI □ NO □
Antiepatite B per i non vaccinati SI □ NO □

Sviluppo psicomotorio e relazionale

Adeguato all'età SI □ NO □
Se NO specificare .....
Difficoltà scolastiche SI □ NO □
Se SI specificare .....

Educazione alla salute

Stimolo alla attività sportiva SI □ NO □
Consigli su trasporto in auto SI □ NO □
Ginocchiere, parapolsi e paragomiti (sport) SI □ NO □
Uso del casco per la bici e motociclo SI □ NO □
Prevenzione annegamento (pericolo tuffi) SI □ NO □
Prevenzione incidenti elettrici SI □ NO □
Consigli su una sana alimentazione SI □ NO □
Prevenzione fumo, droga e alcool SI □ NO □
Indicazioni su programmi TV da evitare SI □ NO □
Consigli sul tempo da dedicare ai videogiochi SI □ NO □
Consigli per evitare adescamenti SI □ NO □
Consigli su igiene dentale SI □ NO □
Consigli riguardanti la sessualità SI □ NO □

Ricoveri Ospedalieri dall'ultimo bilancio ad oggi SI □ NO □

Se Si, data e motivo .....

SIP
Società Italiana
di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile

Ma tanti, tanti anni fa...

IL PRIMO ANNO DI VITA

DI TORRE

Con i migliori auguri

COMPORTAMENTO DEL BIMBO DURANTE I PRIMI GIORNI DI VITA

Appetito _____ Sonno _____

Digestione _____ Grida _____

Osservazioni _____

LE MALATTIE DEL BIMBO

	Data dell'invio	Data guarigione	Nome del Dottore

INTERVENTI CHIRURGICI

	Data	Dottore

ESAMI DI LABORATORIO

	Data
Urine	
Sangue	

SVILUPPO

	a 3 mesi	a 6 mesi	a 9 mesi	a 12 mesi
Torace cm				
Addome cm				
Bicipiti cm				
Cosce cm				
Caviglie cm				

ALLATTAMENTO ED ALIMENTAZIONE

Latte materno _____

Allattamento misto _____

Svezzamento _____

A CHE ETÀ IL BIMBO HA: Tenuto la testa diritta? _____ Potuto star seduto? _____

Camminato carponi? _____ Potuto stare in piedi? _____ Fatto il primo passo? _____

VARIE

UN CONSIGLIO CHE LI VALE TUTTI

Il migliore amico del Vostro bimbo è il Medico: non aspettate una malattia per chiamarlo. Se avete dei dubbi sulla salute, sullo sviluppo o l'alimentazione, consultate immediatamente il Vostro Medico di fiducia.
I parenti, gli amici ed i vicini potranno dirvi ciò che era più adatto per il loro bimbo e non per il Vostro. Con l'invio di una semplice cartolina o biglietto di richiesta, a LA PREALPINA S. p. A. - Viale Bianca Maria, 4 - Milano, Vi sarà spedito, gratis e franco, il volumetto "Alle giovani mamme" che contiene utili consigli per crescere bambini sani e felici.

Nome del bimbo
Nato il
A (indirizzo)
Alle ore 17.
Nome dell'Ostetrica
Nome del Medico

Batterzato il
Luogo
Sacerdote
Padrino
Madrina
Persone presenti

RITRATTO DEL BIMBO

	Alla nascita	A 12 mesi
Occhi	azzurri	azzurri
Capelli	castano chiaro	riflessi rossi
Segni particolari		
Somiglianza	Guglielmo	

QUADRO DI FAMIGLIA

Padre

Nonno paterno — Nonna paterna

Madre

Nonno materno — Nonna materna

SEGNI D'INTELLIGENZA

A che età il bimbo ha:

Seguito con lo sguardo gli oggetti mossi davanti ai suoi occhi?
Prestato attenzione ai suoni?
Cercato di afferrare gli oggetti presentatigli?
Sorriso?
Riso?
Riconosciuta la mamma?
Riconosciuto il babbo?
Teso le braccia?
Detto mamma?
Detto babbo?
Salutato con la mano?
Mandato baci?
Cominciato a giocare?

Giocattoli preferiti
Primi giochi

CARATTERE

NESTLÉ

Fotografia a pochi giorni di vita

Latte in polvere Nestogen

Data

a 3 mesi

Data

a 6 mesi

Farina Lattea Nestlé

Data

a 9 mesi

Data

a 12 mesi

Data

Nome Ida Cognome Torre

Nato il 18/4/56 a Napoli

Notizie utili sul parto eutrofico

In casa (indirizzo) ____ o in Clinica (indirizzo) S. Anna - Napoli

Nato a termine sì' o immaturo di ____ mesi Peso alla nascita gr. 3.400

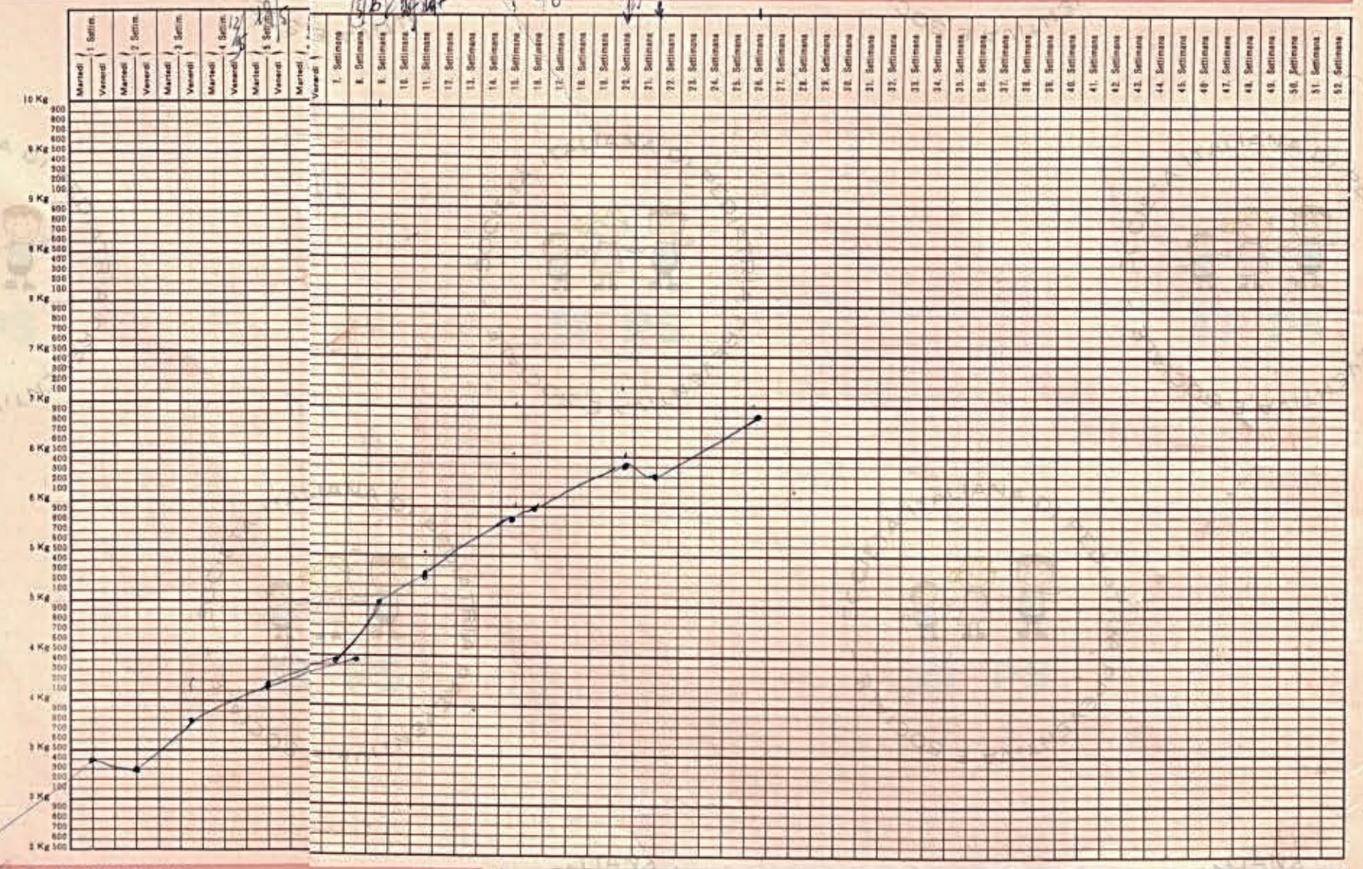
Statura cm ____ Torace cm ____ Addome cm ____ Bacino cm ____ Coscia cm ____

Allattato al seno sì' fino al 5° mese oppure ____

Vaccinazione antivaiolosa - Data ____ Dr ____ Vaccinazione antidifterica - Data ____ Dr ____

Data	Età	Peso	Statura	Data	Età	Peso	Statura
18/4/56	alla nascita	3.400		17/x	26° settimana	6.900	
	al 4° giorno				27° settimana		
25/4	1° settimana	3.300			28° settimana		
2/5	2° settimana				29° settimana		
9/5	3° settimana				30° settimana		
16/5	4° settimana	3.800			31° settimana		
23/5	5° settimana	4.150			32° settimana		
30/5	6° settimana				33° settimana		
6/6	7° settimana	4.450			34° settimana		
13/	8° settimana				35° settimana		
20/	9° settimana	5.020			36° settimana		
27/	10° settimana				37° settimana		
4/VII	11° settimana	5.330			38° settimana		
11/	12° settimana				39° settimana		
18	13° settimana				40° settimana		
25	14° settimana				41° settimana		
1°/VIII	15° settimana	5.850			42° settimana		
8	16° settimana	5.980			43° settimana		
15	17° settimana				44° settimana		
22	18° settimana				45° settimana		
29	19° settimana				46° settimana		
5/9	20° settimana				47° settimana		
12	21° settimana	6.400			48° settimana		
19	22° settimana	6.300			49° settimana		
26	23° settimana				50° settimana		
3/x	24° settimana				51° settimana		
10	25° settimana				52° settimana		

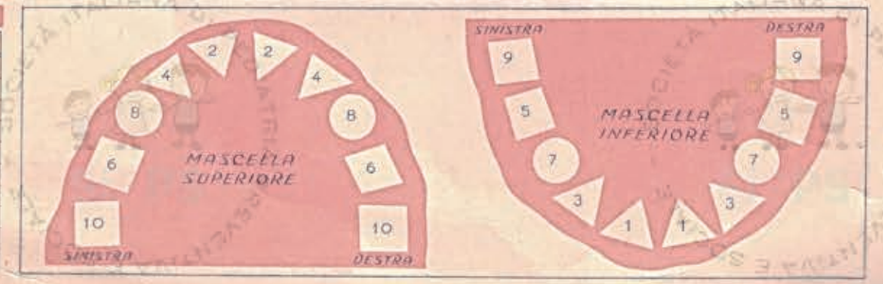
GRAFICO DEL PESO



OSSERVAZIONI PARTICOLARI

PRIMA DENTIZIONE

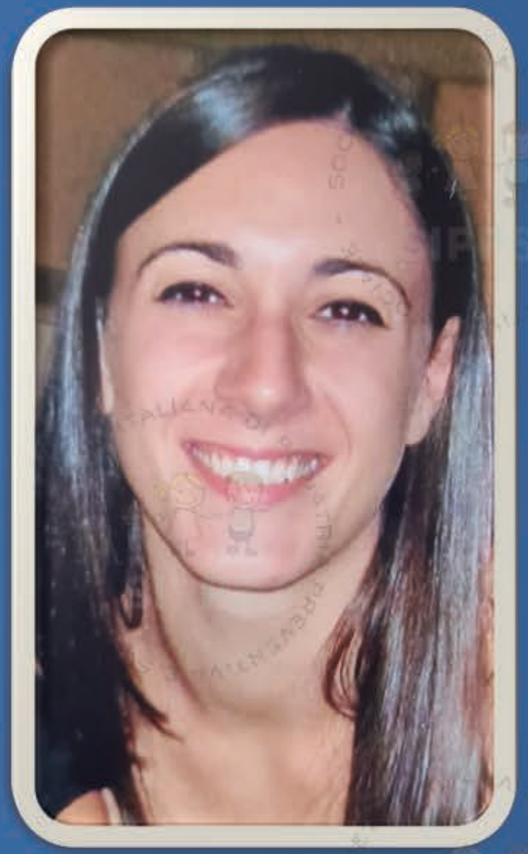
Numero del dente	Data	Numero del dente	Data
1 destro	1° febbraio '57		



Dott.ssa Nicoletta Petrazzuoli

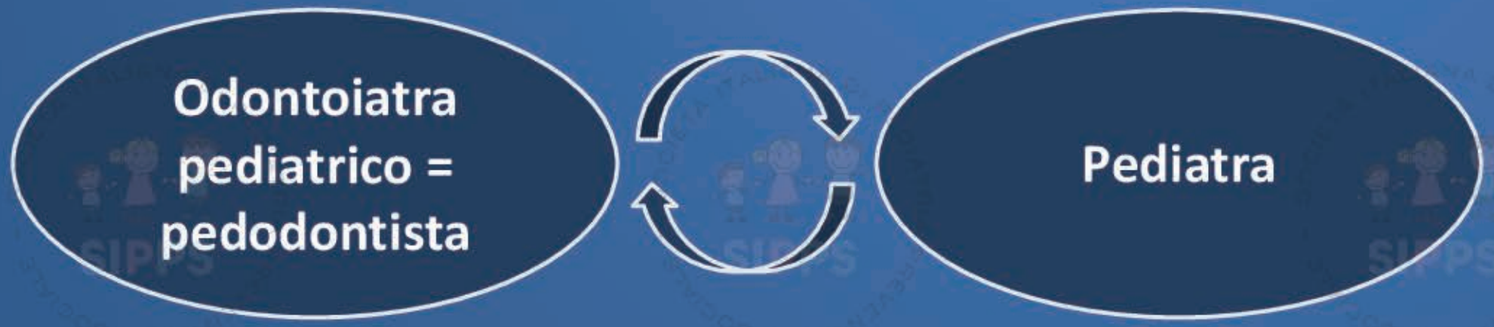
Odontoiatra

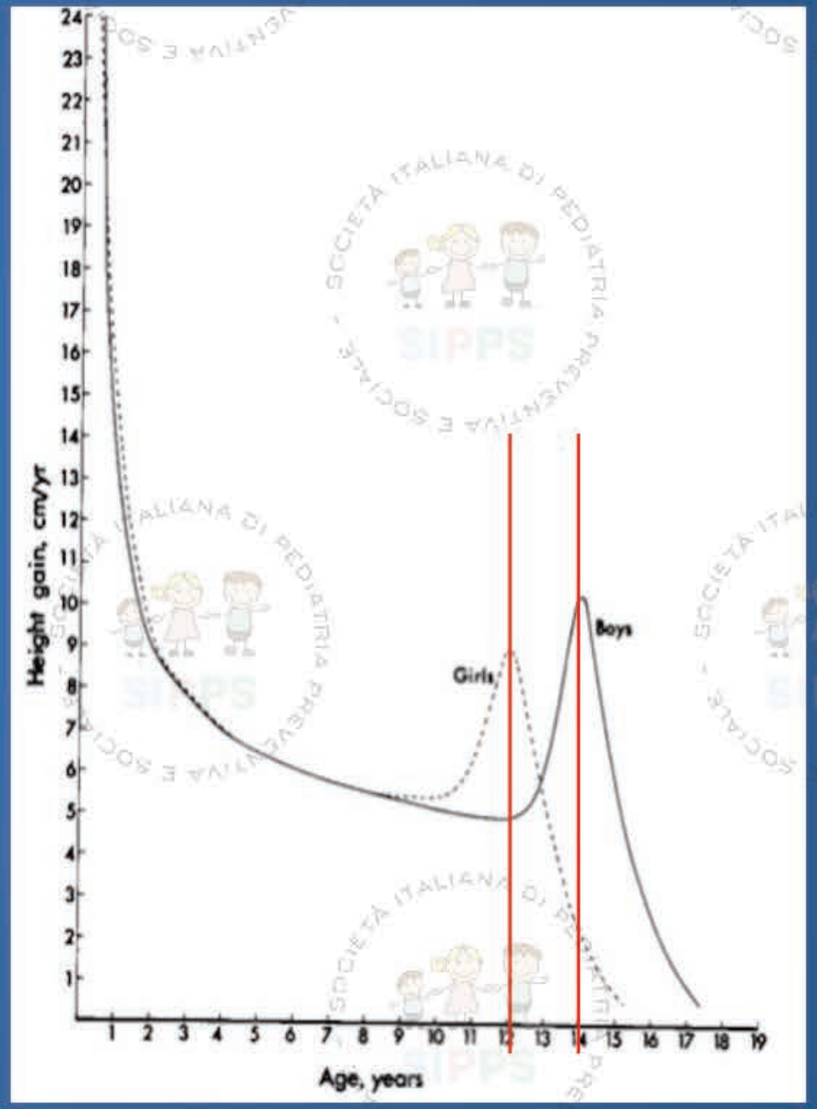
Spec. Odontoiatria Pediatrica



Bilancio di salute Pedodontico

- Da effettuare in due fasce di età **(4-5 e 10-11 anni)** con lo scopo di intercettare patologie cariose, valutare lo stato di salute orale, individuare altre anomalie.
- Sinergia con **l'odontoiatra pediatrico** = **pedodontista**.
- Diagnosi precoce di malattie che se diagnosticate in età avanzata sono più complesse da trattare (es anomalie scheletriche)





Perché fare un B.S.O.P.?

Disincentivare la abitudini orali come:

- Suzione del dito
- Utilizzo di ciuccio o biberon

DEGLUTIZIONE ATIPICA

- Iposviluppo del palato
- Respirazione orale
- Postura bassa della lingua

Due cartelle per il B.S.O.P.

I° Bilancio di Salute Orale Pedo-Ortodontico da 4 a 5 anni

Data di compilazione _____/_____/_____

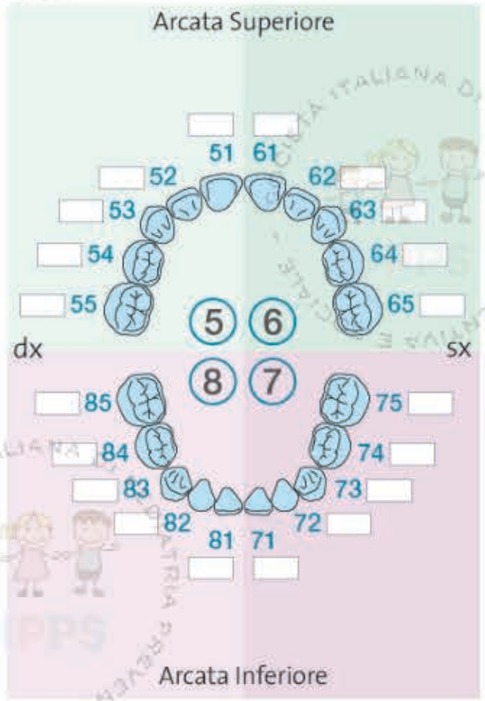
Cognome _____

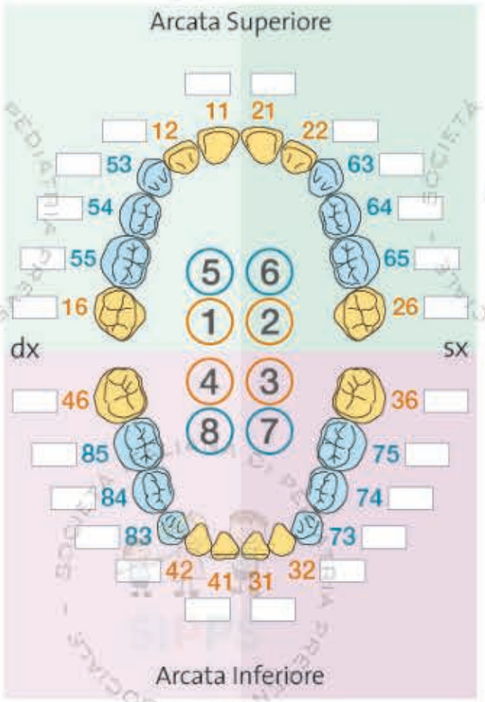
Nome _____

Data di nascita _____/_____/_____ Sesso [ ] M [ ] F

Formula Dentaria *(barrare con una X solo i denti mancanti)*:

□ Decidua □ Mista





I° Bilancio di Salute Orale Pedo-Ortodontico da 10 a 11 anni

Data di compilazione _____/_____/_____

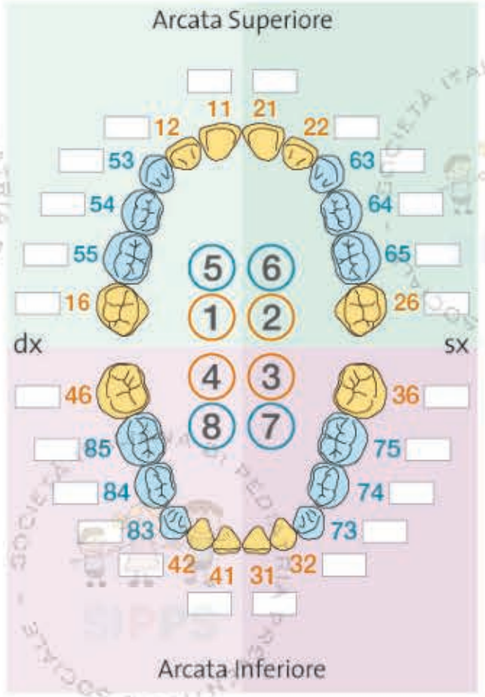
Cognome _____

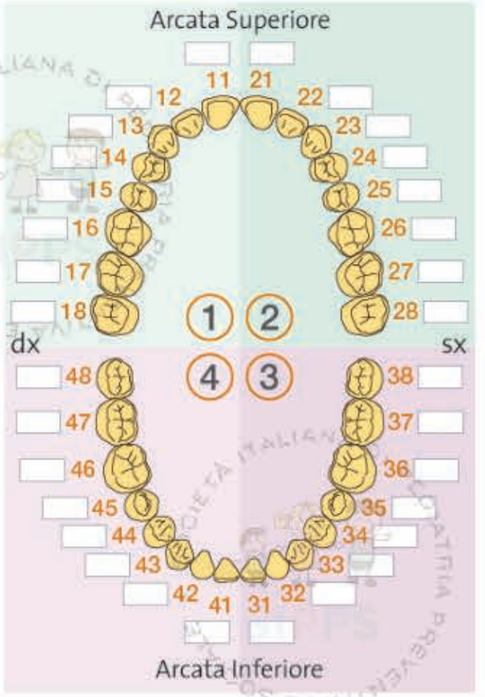
Nome _____

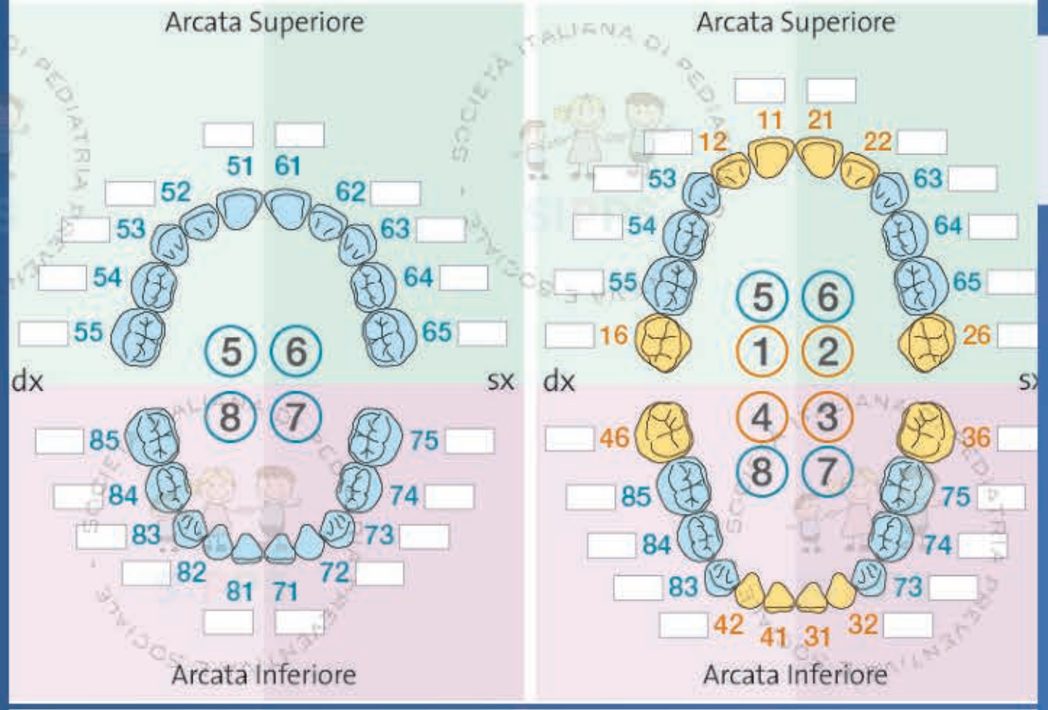
Data di nascita _____/_____/_____ Sesso [ ] M [ ] F

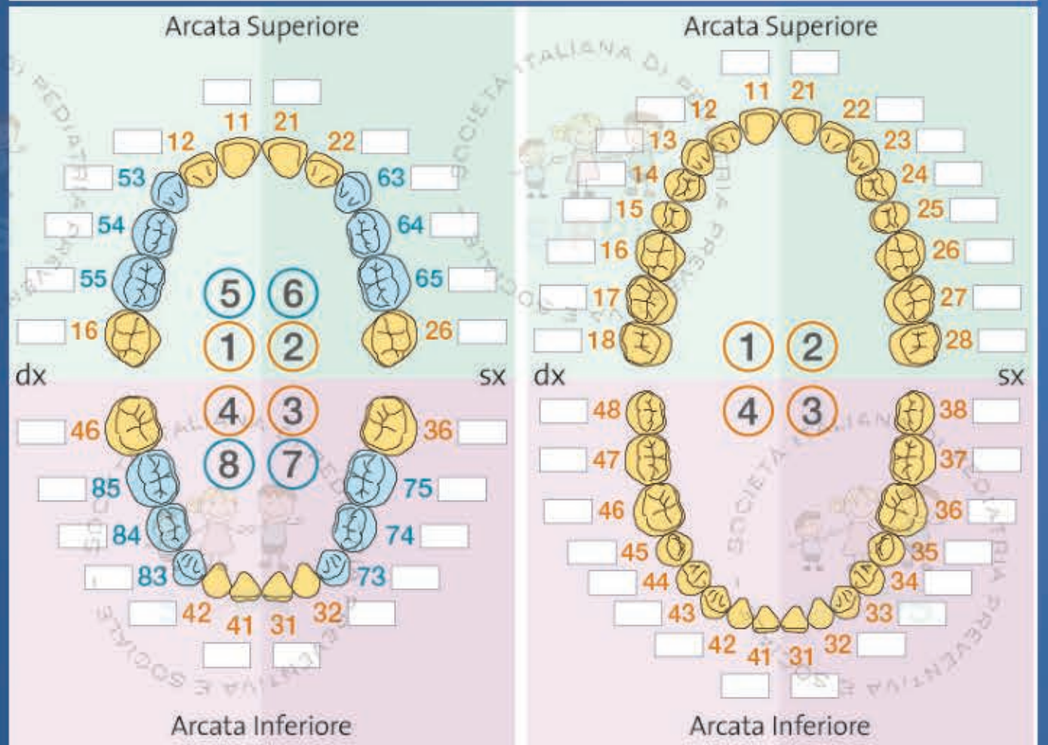
Formula Dentaria *(barrare con una X solo i denti mancanti)*:

□ Mista □ Permanente









Due dentizioni

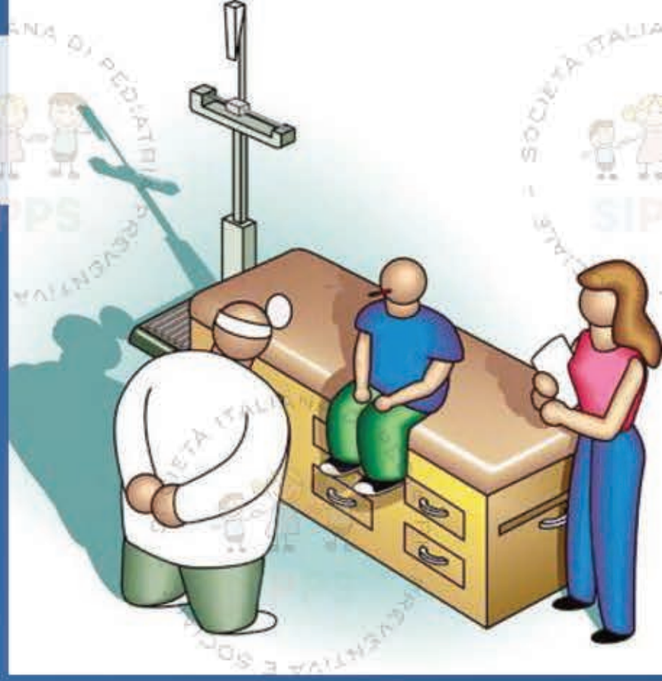
- *Dentizione decidua*: a partire dai 2 anni e mezzo, fino ai 6 ani di età.
- *Dentizione mista precoce* (6-9): dai 6 anni fino a quando sono presenti in arcata solamente gli incisivi e i primi molari.
- *Dentizione mista tardiva* (9-12): fino all'eruzione del secondo molare permanente.
- *Dentizione permanente*: dai 12 anni in poi.

Permuta dentale

- Il primo dente ad erompere della dentatura decidua è *l'incisivo centrale inferiore.*
- L'ultimo ad erompere, circa a due anni e mezzo, sono i secondi molari da latte.
- Fino a sei anni circa non vi sono modifiche fino a quando non erompono di nuovo *gli incisivi centrali inferiori* come primo dente permanente, seguiti da *laterali ,centrali superiori e laterali superiori*.
- Escluso il dente del giudizio l'ultimo dente ad erompere in bocca sarà a circa 12 anni il *secondo molare permanente*.

- I primi molari permanenti erompono a circa sei anni <u>ex novo</u>!
- Il primo dentino a cadere è l'incisivo centrale inferiore
- Dente in doppia fila

Come realizzare la visita?



- Il bambino può essere sistemato sul lettino, seduto in seno alla mamma se lo desidera.
- E' opportuno avere una forte fonte di luce, ambientale o meglio ausiliare per illuminare adeguatamente la cavità orale.
- E' indispensabile usare un abbassalingua o uno
- specchietto monouso.

Saperlo far sorridere: l'analisi dell'occlusione

- Si introduce lo specchietto nella cavità orale individuando gli elementi dentari già erotti e osservando lo stato delle gengive evidenziando tumefazioni fisiologiche legate all'eruzione degli elementi dentari.

- Contare i denti per accertare la presenza di tutti gli elementi dentari propri dell'età in esame. La mancanza di un elemento dentario potrebbe essere dovuta ad un ritardo eruttivo o ad una agenesia e per tanto va evidenziata.

- Esaminare i denti uno alla volta attuando uno screening di carie o altre anomalie dentarie.

Cosa valutare durante il bilancio

- Presenza di carie
- Traumi dentali
- Erosioni o abrasioni
- Stato di igiene orale
- Presenza si ascessi o fistole
- Afte o lesioni erpetiche
- Anomalie dentarie

La Carie

Malattia multifattoriale che si sviluppa attraverso una complessa interazione nel tempo tra diverse concause:

- **Microrganismi**
- **Alimentazione**
  - Scarsa igiene orale
  - Basso stato socio - economico
- **Fattori legati all'ospite**
  - Saliva
  - Fattori locali
  - Fattori generali
- **Insufficiente esposizione al Fluoro**

SIPPS
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

SIP
Società Italiana di Pediatria

SIDO
Società Italiana di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana di Odontoiatria Infantile

CENTRO DI COLLABORAZIONE OMS PER L'EPIDEMIOLOGIA E ODONTOIATRIA DI COMUNITÀ - MILANO

- Studio nazionale 2004-2005: *21,6 % dei bambini al di sotto dei 4 anni, 43,1 % dei bambini al di sotto dei 12 anni con carie.*

- Indagine nazionale del 2017: *80,2% esenti da carie nella fascia dei 4 anni, 76,2% caries-free nella fascia dei 12 anni.*

OBIETTIVI OMS 2020: 80% di individui esenti da arie nelle fasce d'età di 4 e 12 anni

BILANCIO DI SALUTE ORTO-PEDODONTICO

Carie denti decidui

Denti Permanenti

Early childhood caries o carie della prima infanzia

- Esposizione di lunghi periodi a bevande zuccherate, miele o latte materno
- Allattamento prolungato e durante le ore notturne
- Utilizzo del ciuccio imbevuto con il miele
- Utilizzo prolungato biberon
- Consumo ***«a libitum»***

«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»*
Forza della raccomandazione A
Grado dell'evidenza I

Progetto S.I.D.O. per la salute orale del bambino sul Territorio Nazionale: Il bilancio di salute orale orto-pedodontico

INDICATORI CLINICI	Basso rischio	Rischio moderato	Rischio elevato
Tempo trascorso dall'ultima carie	> 24 mesi	< = 24 mesi	< 12 mesi
Macchie di demineralizzazione dello smalto	NO	1	> 1
Gengivite (G) / Placca Anteriore (P)	NO	(G)	(P)
Uso di apparecchio ortodontico (fisso o mobile)	NO	NO	SI
Ipoplasia dello smalto o solchi profondi	NO	NO	SI

SIPPS
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

SIP
Società Italiana di Pediatria

SIDO
Società Italiana di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana di Odontoiatria Infantile

INDICATORI AMBIENTALI	Basso rischio	Rischio moderato	Rischio elevato
Assunzione ottimale di Fluoro sistemico (s) o topico (t)	Si / Si	No / Si	No / No
Cibi cariogeni o zuccheri semplici fuori pasto	NO	< = 2 volte al dì	> = 3 volte al dì
Condizioni socio economiche	Elevate	Medie	Basse
Controlli Odontoiatrici	Periodici	Occasionali	Assenti

SALUTE GENERALE			
Madre con carie attiva al momento della valutazione	NO	NO	SI

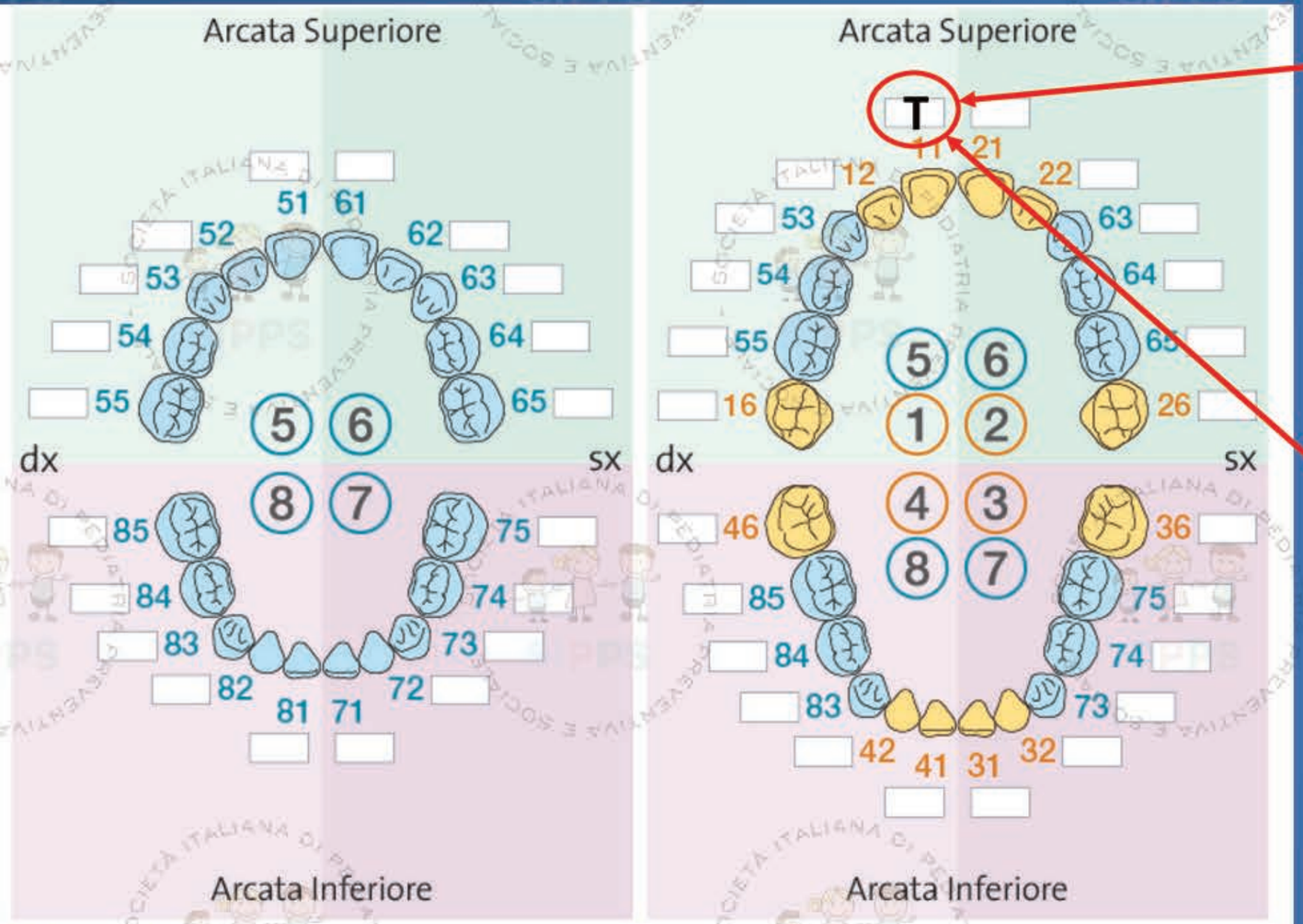
SIPPS
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

SIP
Società Italiana di Pediatria

SIDO
Società Italiana di Ortodonzia

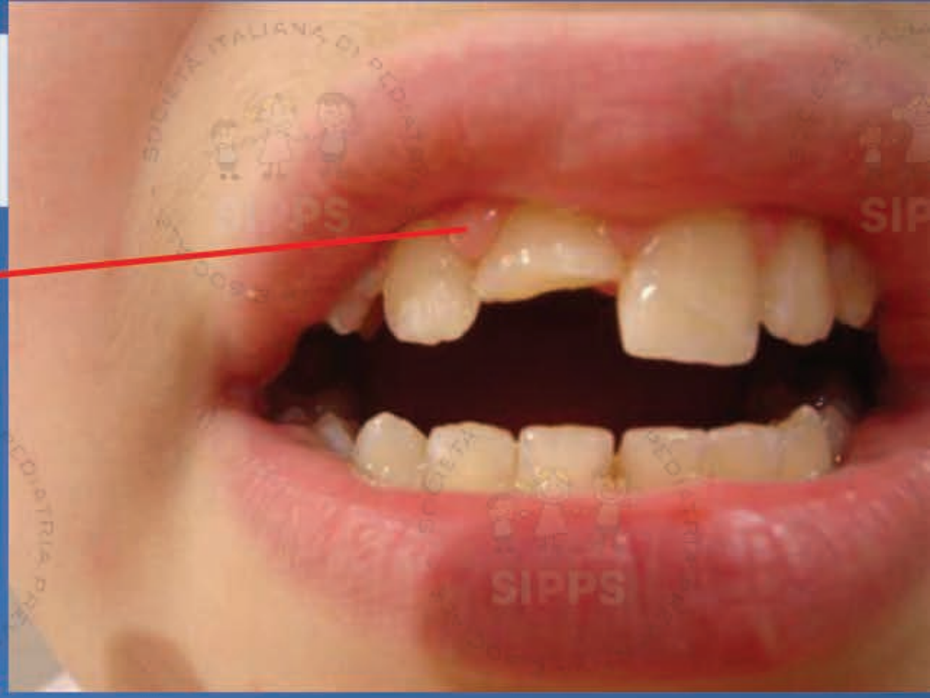
SIOI
Società Italiana di Odontoiatria Infantile

Traumi dentali



Carie: ☐ si ☐ no
(se presenti evidenziare con una CS (Carie Semplice) o CD (Carie Destruente) nel quadrato)

Trauma Dentale: ✖ si ☐ no
(se presenti evidenziare con una T nel quadrato e compilare la scheda traumi)

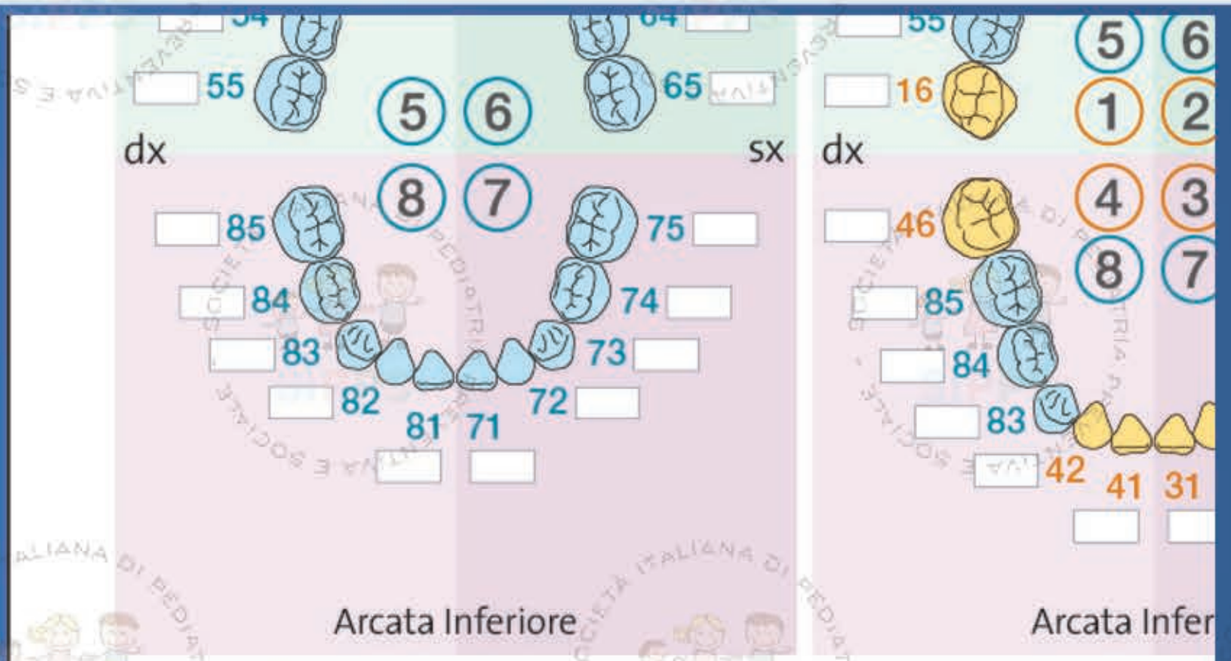


Abrasioni ed erosioni

BRUXISMO INFANTILE

In alcuni casi dovute a consumo elevato di bevande corrosive.

Stato igienico del cavo orale



Carie: ☐ si ☐ no
(se presenti evidenziare con una CS (Carie Semplice) o CD (Carie Destruente) nel quadra

Trauma Dentale: ☐ si ☐ no
(se presenti evidenziare con una T nel quadrato e compilare la scheda traumi)

Erosioni e/o Abrasioni Dentarie: ☐ si ☐ no

Infiammazione Gengivale Localizzata: ☐ si ☐ no

Infiammazione Gengivale Diffusa: ☐ si ☐ no

Placca e Tartaro: ☐ si ☐ no **Ascessi:** ☐ si ☐ no **Fistole:** ☐

Alitosi: ☐ si ☐ no **Afte Ricorrenti:** ☐ si ☐ no **Lesioni Erpe**

Anomalie Dentarie: ☐ di numero (eccesso e/o difetto) ☐ di forma

Presenza di placca e tartaro

- Indagare sulle abitudini di igiene orale, se il bambino lava i denti dopo mangiato, che tipo di dentifricio si utilizza….

DIAGNOSI DIFFERENZIALE:

BLACK STAIN

Presenza di ascessi e fistole

Porre attenzione ai molari da latte ed in prossimità di denti cariati o ricostruiti.
L'ascesso si presenterà come una sacca con contenuto purulento. La fistola come una piccola bollicina sulla gengiva in corrispondenza del dente interessato.

Trattamento farmacologico, antibioterapia e devitalizzazione elemento dentale.

Anomalie dentarie

- Anomalie di numero :
  - Sovrannumerari
  - Agenesie
- Anomalie di sviluppo:
  - Dens in dente
  - Fusione, Germinazione
- Anomalie di volume, sede, struttura e posizione:
  - Macrodonzia, microdonzia
  - Dente di Hutchinson
  - Trasposizione

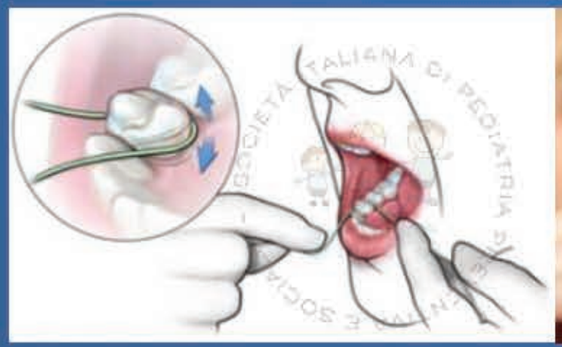
Prevenzione patologia cariosa

Pulire i denti allontana la placca che è la principale responsabile della carie.

Spazzolino

Il genitore deve passare il filo interdentale ogni giorno sui denti del bambino per rimuovere i batteri e la placca che lo spazzolino non riesce a raggiungere.

Filo interdentale



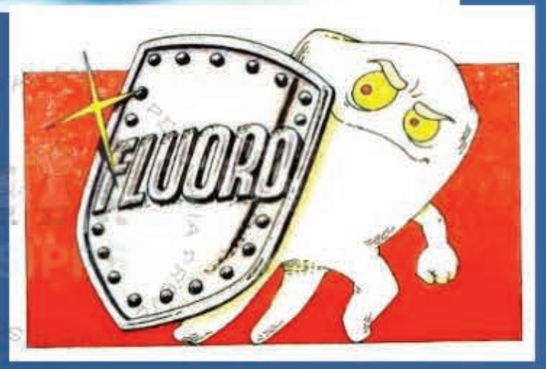
Fluoroprofilassi

«La prevenzione della carie attraverso l'utilizzo del fluoro è necessaria per tutti gli individui»

Forza della raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva



Integratori al fluoro:

Da 6 mesi ai 3 anni: somministrare 0,25 mg/die di fluoro con gocce;
Da 3 a 6 anni: somministrare 0,50 mg/die di fluoro con gocce o pastiglie.

Quando dare gli integratori?

- **Bambini con alto rischio di carie**
- **Difficoltà nell'utilizzo del dentifricio**

La Fluoroprofilassi dai 6 mesi ai 6 anni

Modalità 1 – (dentifricio in dose PEA – SIZE)

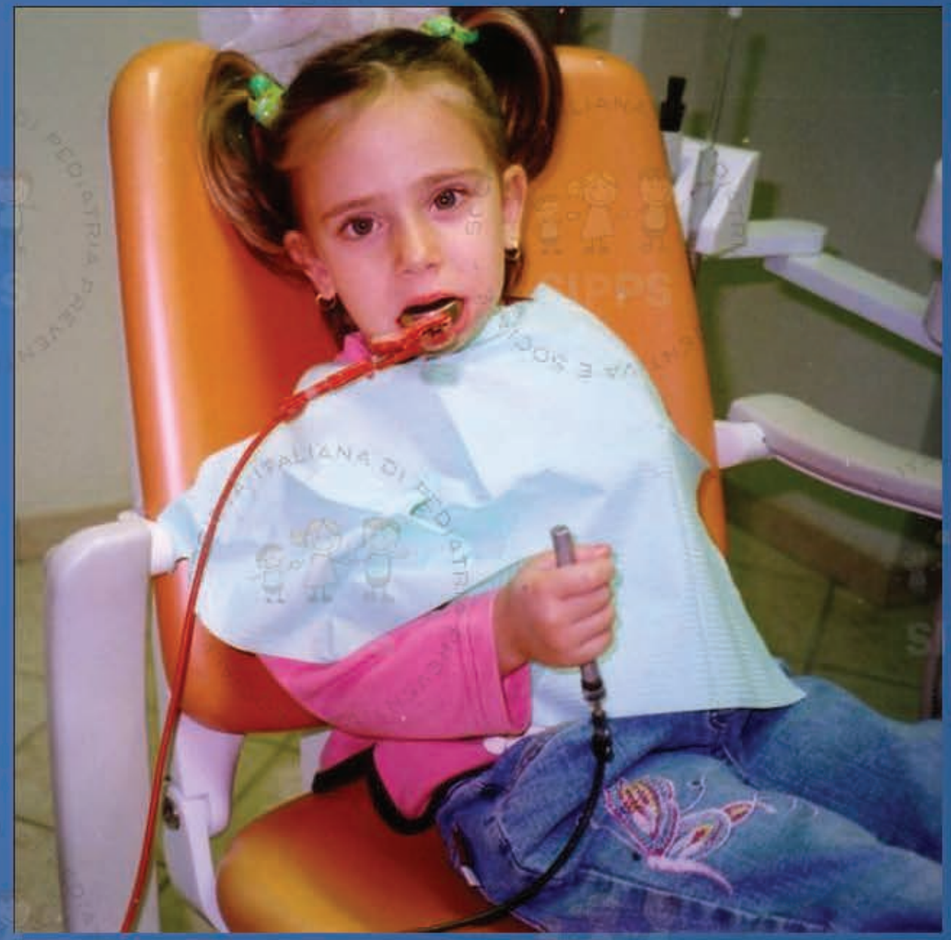
Forza della Raccomandazione A

Grado dell'evidenza I

<u>Può essere effettuata</u> attraverso l'uso di un dentifricio contenente massimo 1000 ppm di Fluoro, due volte al giorno in dose pea – size.

Dose pisello o lenticchia

Fluoroprofilassi Locale

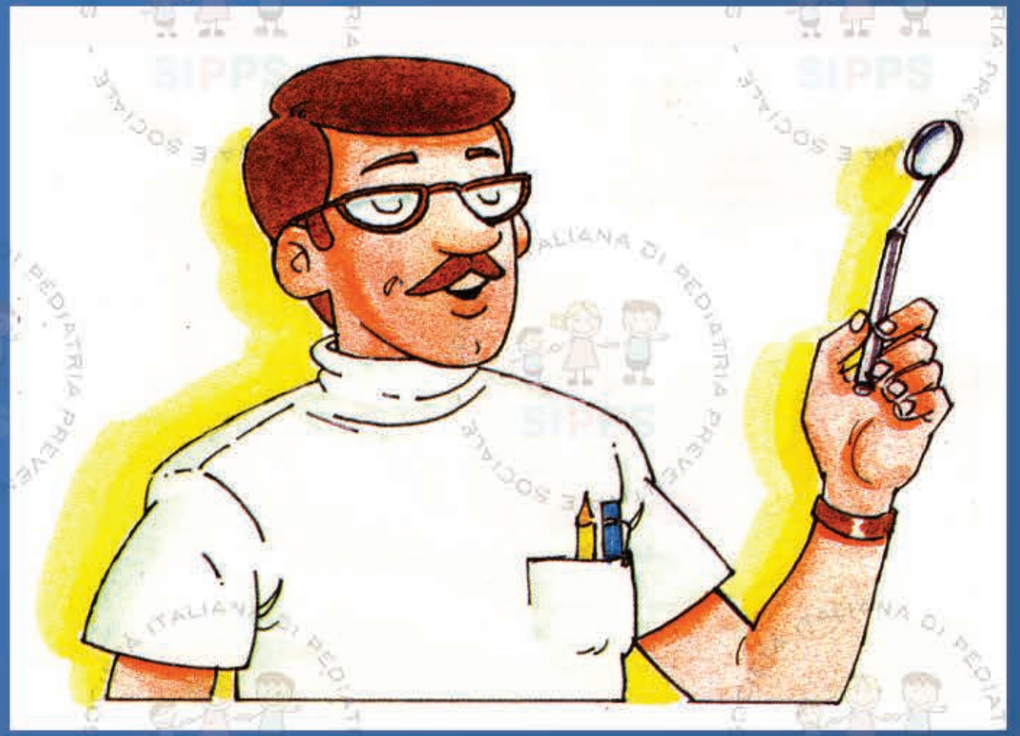


Tale metodica, ripetuta ogni 5 – 6 mesi, consente di prevenire la White Spot, lesione cariosa iniziale e reversibile

Vernici al Fluoro

Inviare il bambino ad un Odontoiatra Infantile

(*NO al dentista di famiglia*)



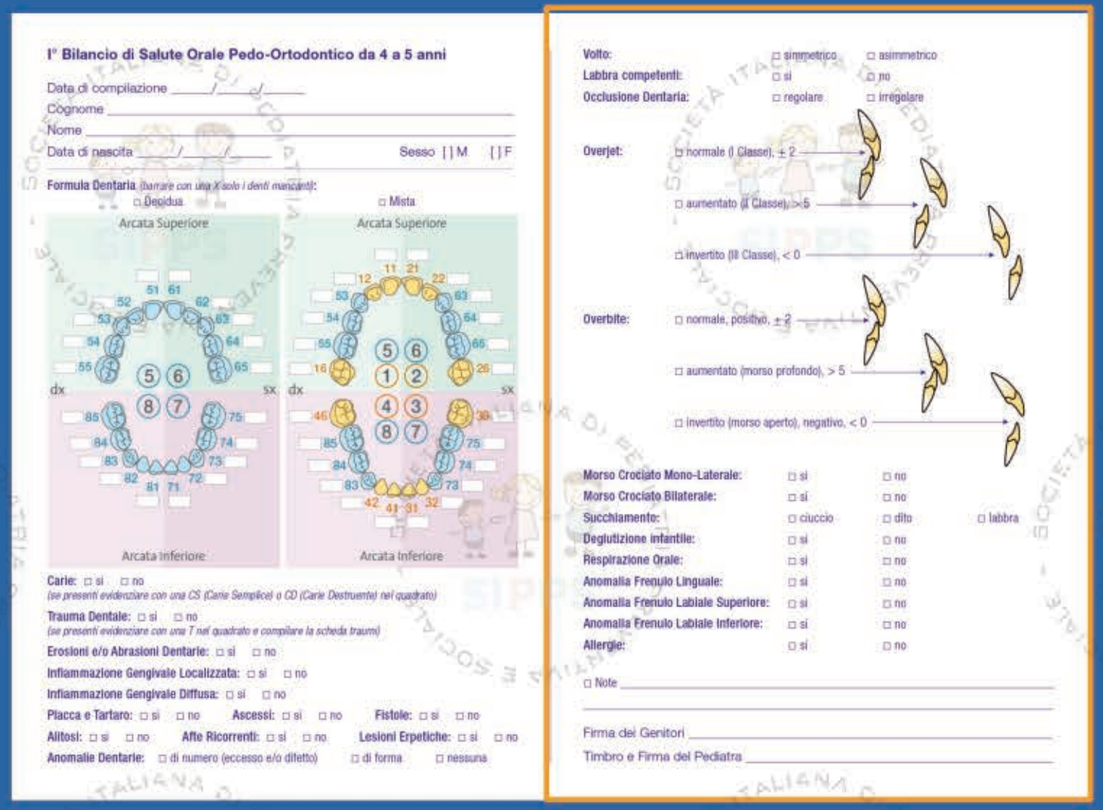
Dott.ssa Rinaldina Saggese

Odontoiatra

Spec. Ortognatodonzia

Bilanci Di Salute Ortodontici

4 – 5 anni



I° Bilancio di Salute Orale Pedo-Ortodontico da 4 a 5 anni

Data di compilazione ____/____/____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Sesso [ ] M [ ] F

Formula Dentaria *(barrare con una X solo i denti mancanti)*:

□ Decidua □ Mista

Arcata Superiore Arcata Superiore

dx sx dx sx

Arcata Inferiore Arcata Inferiore

Carie: □ si □ no
(se presenti evidenziare con una CS (Carie Semplice) o CD (Carie Destruente) nel quadrato)

Trauma Dentale: □ si □ no
(se presenti evidenziare con una T nel quadrato e compilare la scheda traumi)

Erosioni e/o Abrasioni Dentarie: □ si □ no

Infiammazione Gengivale Localizzata: □ si □ no

Infiammazione Gengivale Diffusa: □ si □ no

Placca e Tartaro: □ si □ no **Ascessi:** □ si □ no **Fistole:** □ si □ no

Alitosi: □ si □ no **Afte Ricorrenti:** □ si □ no **Lesioni Erpetiche:** □ si □ no

Anomalie Dentarie: □ di numero (eccesso e/o difetto) □ di forma □ nessuna

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico

Labbra competenti: □ si □ no

Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale: □ si □ no

Morso Crociato Bilaterale: □ si □ no

Succhiamento: □ ciuccio □ dito □ labbra

Deglutizione infantile: □ si □ no

Respirazione Orale: □ si □ no

Anomalia Frenulo Linguale: □ si □ no

Anomalia Frenulo Labiale Superiore: □ si □ no

Anomalia Frenulo Labiale Inferiore: □ si □ no

Allergie: □ si □ no

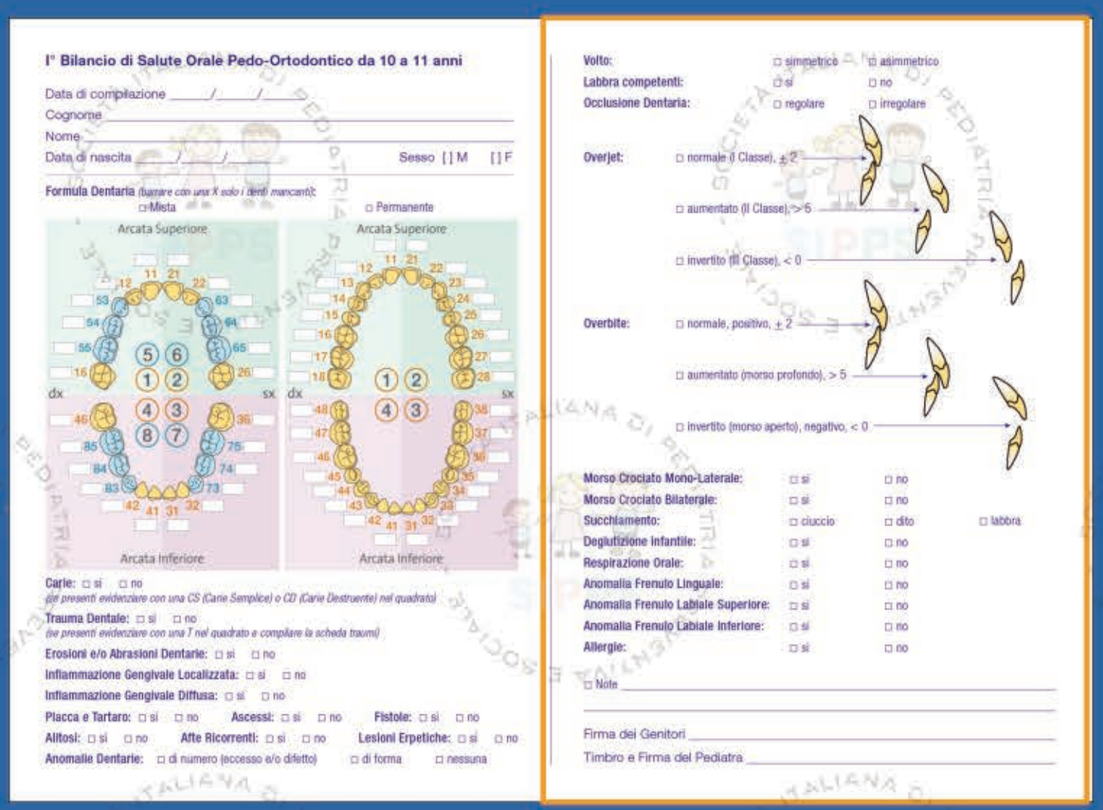
□ Note _____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Discrepanze scheletriche
Abitudini viziate

10 – 11 anni



I° Bilancio di Salute Orale Pedo-Ortodontico da 10 a 11 anni

Data di compilazione ____/____/____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Sesso [ ] M [ ] F

Formula Dentaria *(barrare con una X solo i denti mancanti)*:

□ Mista □ Permanente

Arcata Superiore Arcata Superiore

dx sx dx sx

Arcata Inferiore Arcata Inferiore

Carie: □ si □ no
(se presenti evidenziare con una CS (Carie Semplice) o CD (Carie Destruente) nel quadrato)

Trauma Dentale: □ si □ no
(se presenti evidenziare con una T nel quadrato e compilare la scheda traumi)

Erosioni e/o Abrasioni Dentarie: □ si □ no

Infiammazione Gengivale Localizzata: □ si □ no

Infiammazione Gengivale Diffusa: □ si □ no

Placca e Tartaro: □ si □ no **Ascessi:** □ si □ no **Fistole:** □ si □ no

Alitosi: □ si □ no **Afte Ricorrenti:** □ si □ no **Lesioni Erpetiche:** □ si □ no

Anomalie Dentarie: □ di numero (eccesso e/o difetto) □ di forma □ nessuna

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico

Labbra competenti: □ si □ no

Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale: □ si □ no

Morso Crociato Bilaterale: □ si □ no

Succhiamento: □ ciuccio □ dito □ labbra

Deglutizione infantile: □ si □ no

Respirazione Orale: □ si □ no

Anomalia Frenulo Linguale: □ si □ no

Anomalia Frenulo Labiale Superiore: □ si □ no

Anomalia Frenulo Labiale Inferiore: □ si □ no

Allergie: □ si □ no

□ Note _____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Malocclusioni
Affollamento

Bilancio Di Salute Ortodontico : 1 - VOLTO

Volto: ☐ simmetrico ☐ asimmetrico

Labbra competenti: ☐ si ☐ no

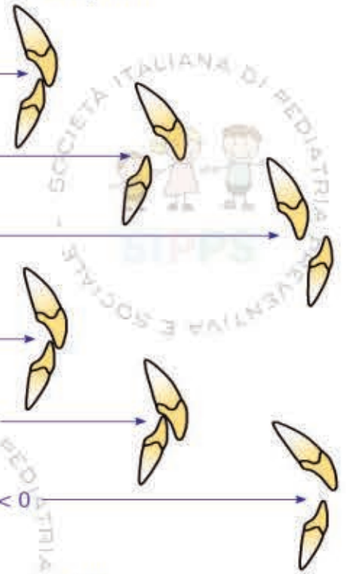
Occlusione Dentaria: ☐ regolare ☐ irregolare

Overjet:

☐ normale (I Classe), ± 2

☐ aumentato (II Classe), > 5

☐ invertito (III Classe), < 0



Overbite:

☐ normale, positivo, ± 2

☐ aumentato (morso profondo), > 5

☐ invertito (morso aperto), negativo, < 0

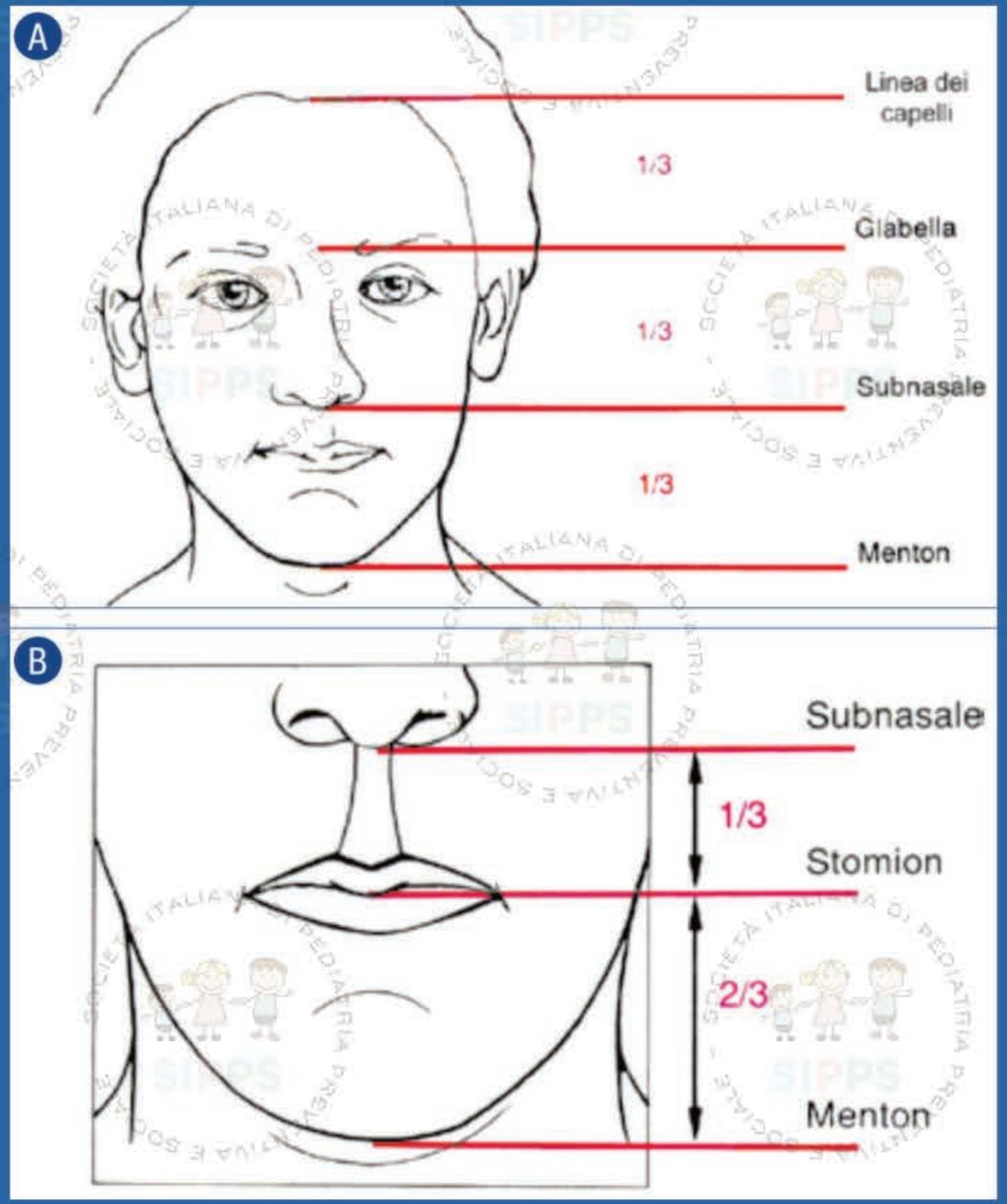
Morso Crociato Mono-Laterale:	☐ si	☐ no	
Morso Crociato Bilaterale:	☐ si	☐ no	
Succhiamento:	☐ ciuccio	☐ dito	☐ labbra
Deglutizione infantile:	☐ si	☐ no	
Respirazione Orale:	☐ si	☐ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	☐ si	☐ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	☐ si	☐ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	☐ si	☐ no	
Allergie:	☐ si	☐ no	

☐ Note _____

_____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____



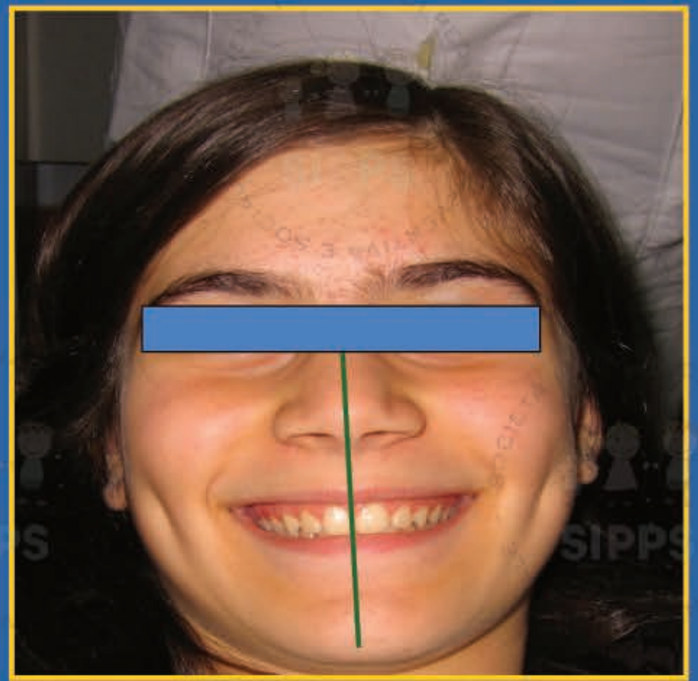
Bilancio Di Salute Ortodontico : 1- VOLTO

Simmetria

linea mediana denti

Simmetria

linea mediana denti-volto



Bilancio Di Salute Ortodontico : 2 - COMPETENTENZA LABIALE

Volto:	□ simmetrico	□ asimmetrico
Labbra competenti:	□ si	□ no
Occlusione Dentaria:	□ regolare	□ irregolare

Overjet:
- □ normale (I Classe), ± 2
- □ aumentato (II Classe), > 5
- □ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
- □ normale, positivo, ± 2
- □ aumentato (morso profondo), > 5
- □ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

Firma dei Genitori _____

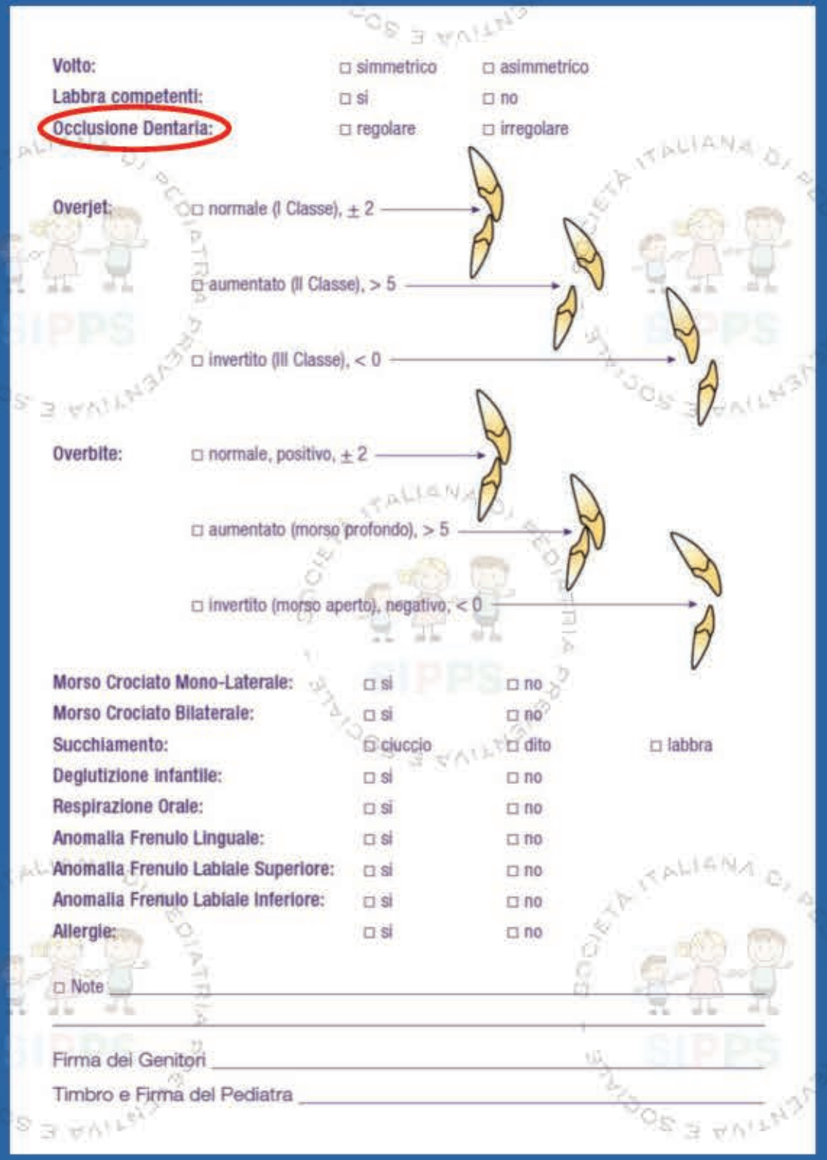
Timbro e Firma del Pediatra _____

Labbra competenti

Labbra incompetenti:

Volto allungato
Respirazione orale
Morso aperto anteriore
Postura bassa lingua
Palato stretto

Bilancio Di Salute Ortodontico : 3-OCCLUSIONE DENTARIA



Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale: □ si □ no
Morso Crociato Bilaterale: □ si □ no
Succhiamento: □ ciuccio □ dito □ labbra
Deglutizione infantile: □ si □ no
Respirazione Orale: □ si □ no
Anomalia Frenulo Linguale: □ si □ no
Anomalia Frenulo Labiale Superiore: □ si □ no
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore: □ si □ no
Allergie: □ si □ no

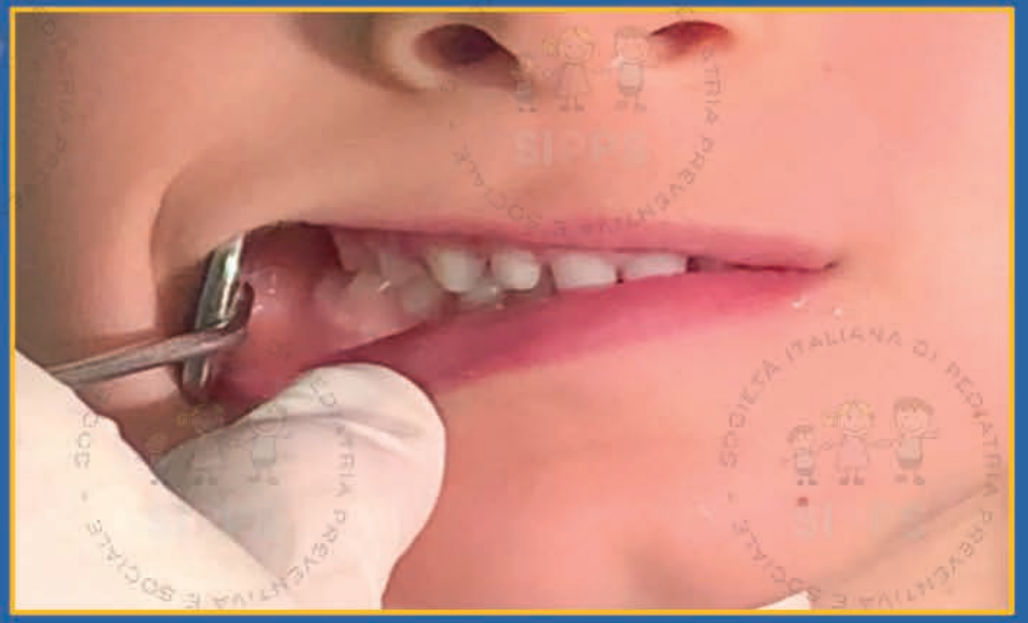
□ Note _____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

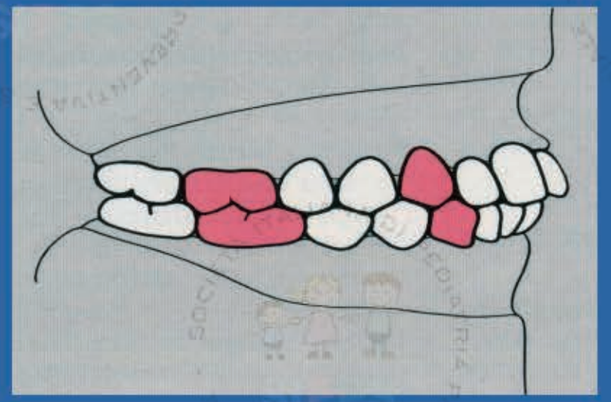
OCCLUSIONE DENTARIA REGOLARE=
PRIMA CLASSE

OCCLUSIONE DENTARIA IRREGOLARE =
SECONDA CLASSE
TERZA CLASSE

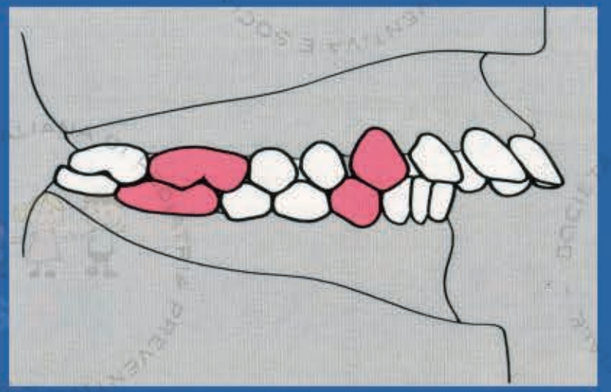


Bilancio Di Salute Ortodontico : 3-OCCLUSIONE DENTARIA

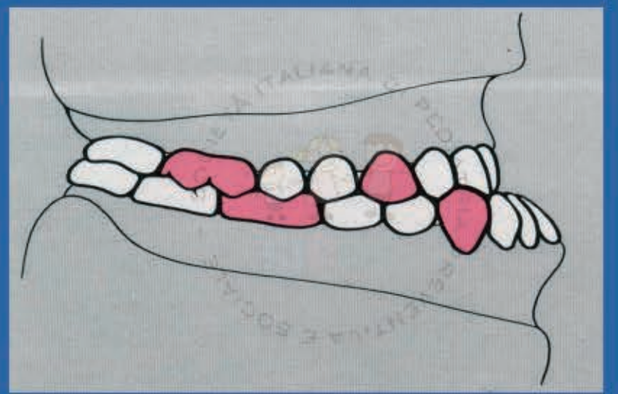
REGOLARE: PRIMA CLASSE



IRREGOLARE: SECONDA CLASSE



IRREGOLARE: TERZA CLASSE



Bilancio Di Salute Ortodontico : 5 - OVER JET

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
- □ normale (I Classe), ± 2
- □ aumentato (II Classe), > 5
- □ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
- □ normale, positivo, ± 2
- □ aumentato (morso profondo), > 5
- □ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

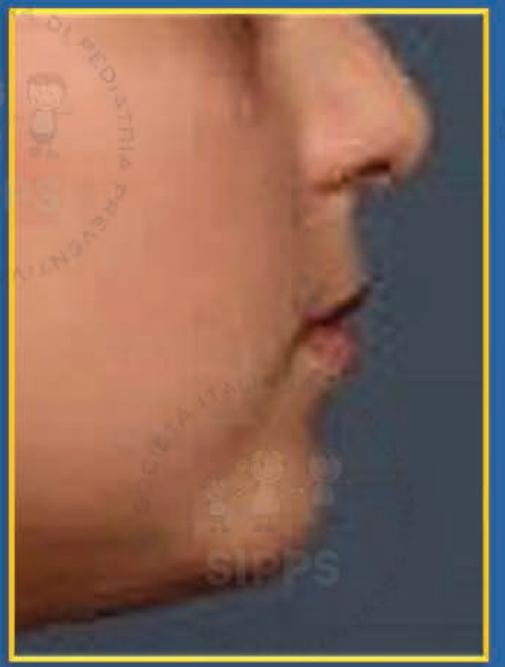
Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Distanza orizzontale

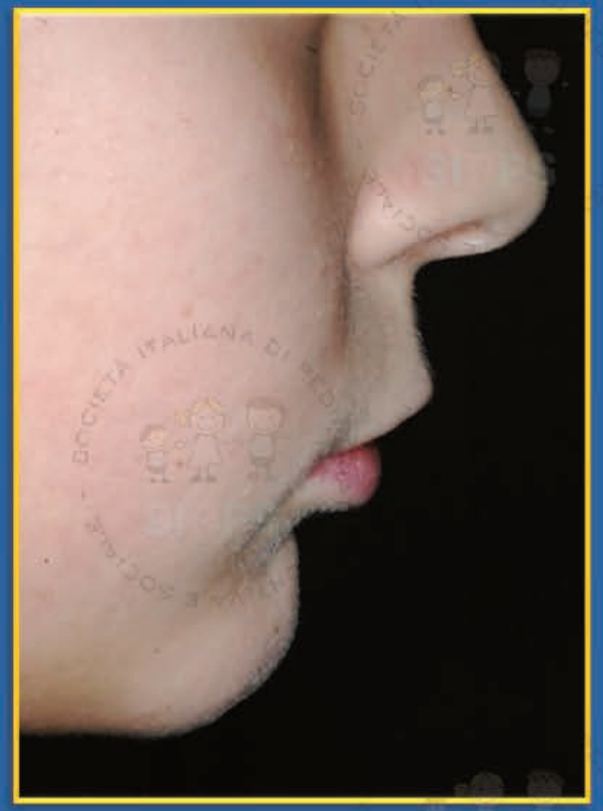
tra i margini incisali degli incisivi superiori e gli incisivi inferiori

Normale = 1- 2 mm

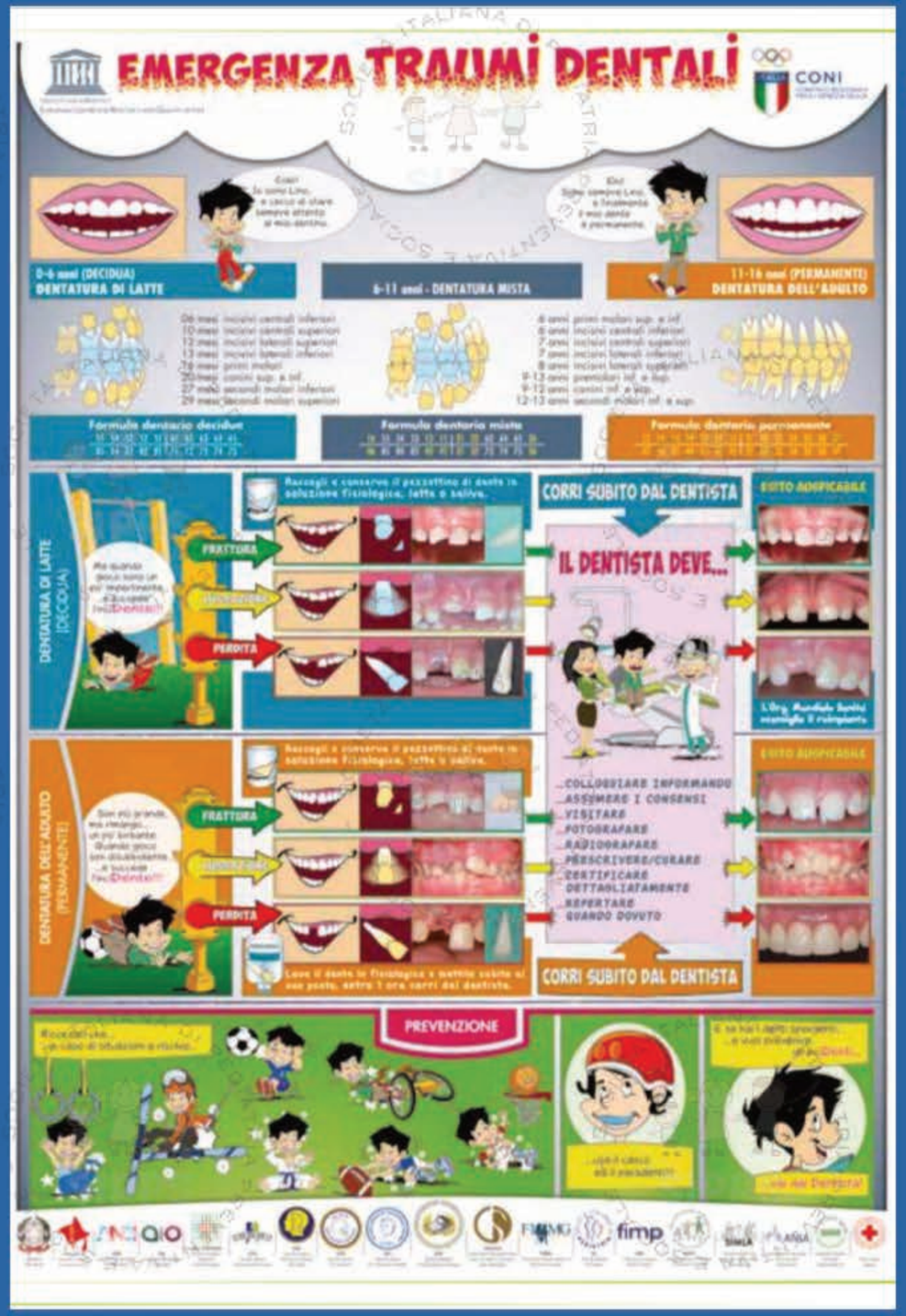


Bilancio Di Salute Ortodontico : 5 OVER JET AUMENTATO

O –J AUMENTATO (**SECONDA CLASSE**) = MAGGIORE DI 5mm



*Necessità di un intercettamento precoce per ridurre il rischio **TRAUMI**!!*



GUIDA PRATICA DI ODONTOIATRIA PER IL PEDIATRA

Norme comportamentali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi

Bilancio Di Salute Ortodontico : 5 - OVER JET INVERTITO

O – J INVERTITO (**TERZA CLASSE**) = MINORE DI 0 mm

Terza classe scheletrica nei casi gravi,
palato stretto, morso crociato posteriore e anteriore

Bilanci Di Salute Ortodontici : 5 - OVER BITE

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

_____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Distanza verticale

fra i margini incisali degli incisivi superiori e i margini incisali degli incisivi inferiori

Normale = 2mm

Bilancio Di Salute Ortodontico :

5 – MORSO PROFONDO

OVER- BITE AUMENTATO =
MAGGIORE DI 5 mm

5 – MORSO APERTO

OVER- BITE DIMINUITO =
MINORE DI 0 mm

Bilancio Di Salute Ortodontico : 6 – MORSO CROCIATO

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

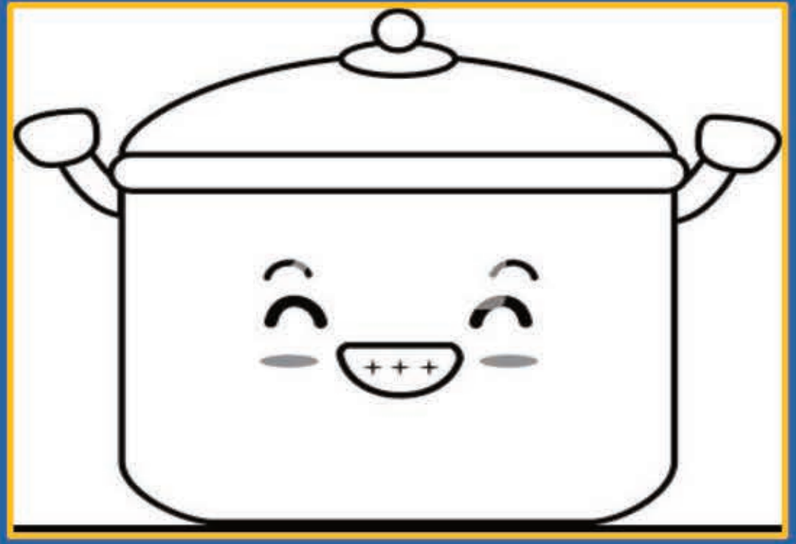
□ Note _____

_____

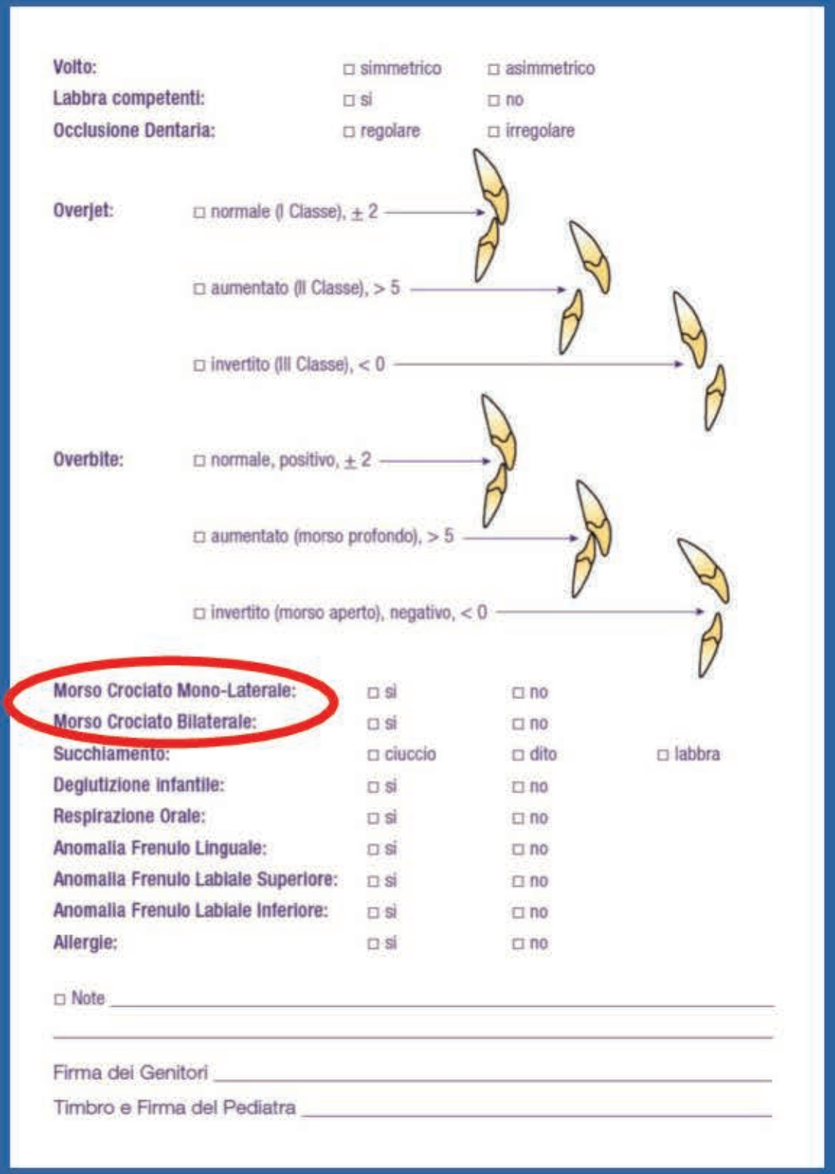
Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Dimensioni trasversali corrette delle arcate:
Efetto pentola- coperchio



Bilancio Di Salute Ortodontico : 6 – MORSO CROCIATO



Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

_____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

MORSO CROCIATO POSTERIORE:

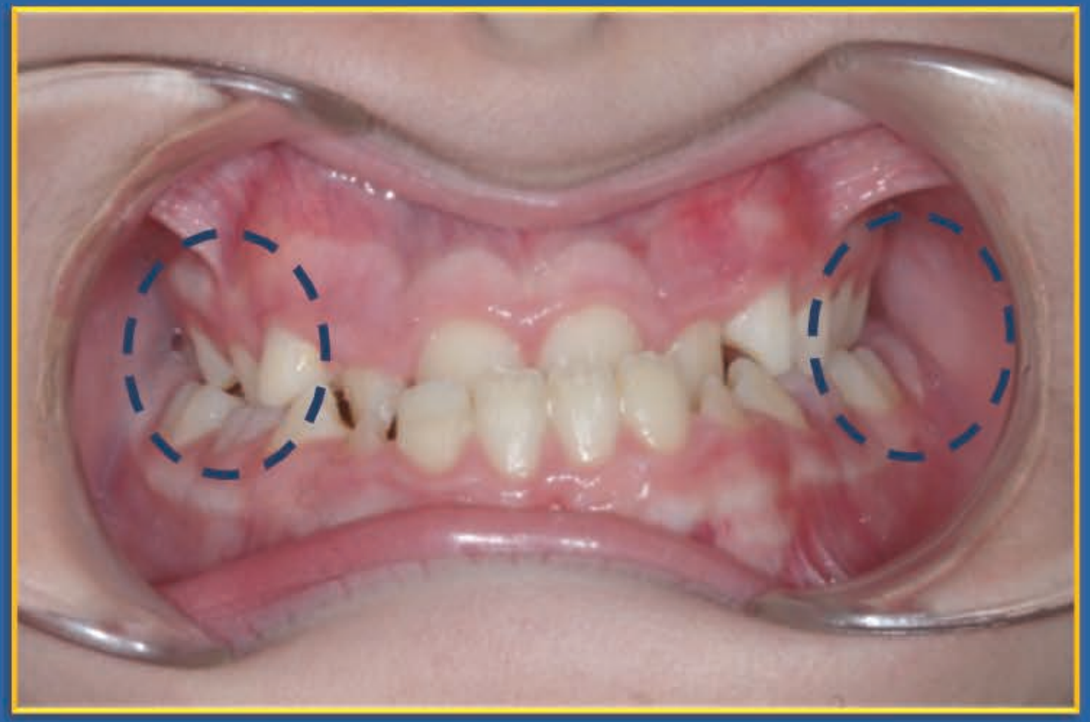
Malocclusione causata da una

disarmonia trasversale

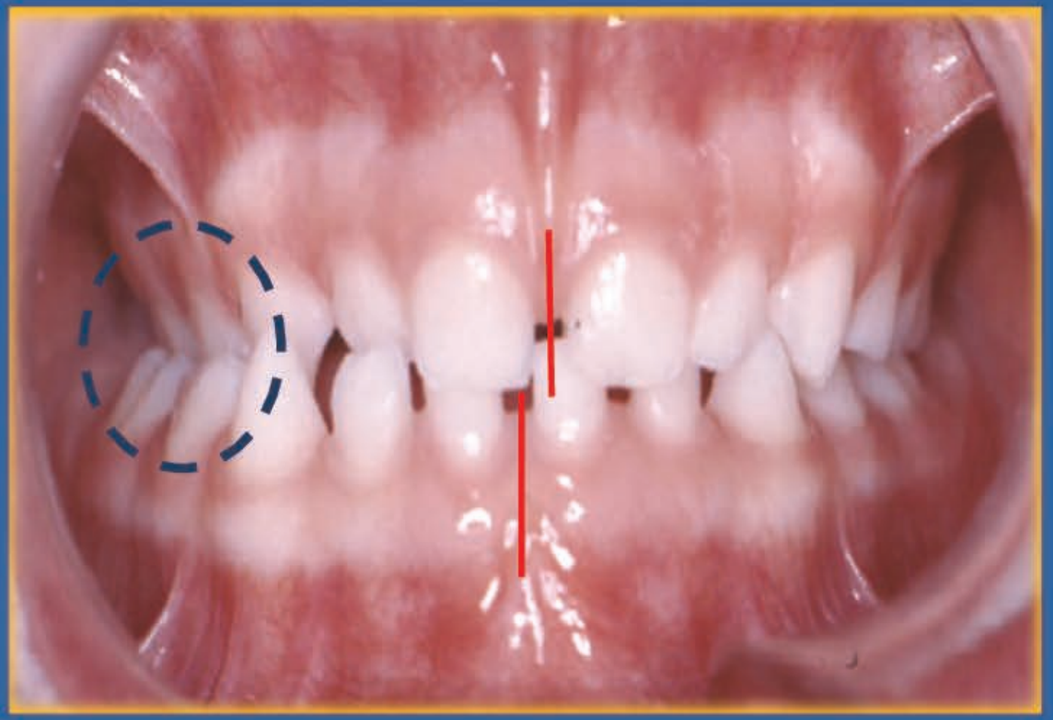
dove le cuspidi dei molari superiori vanno ad occludere con i molari inferiori internamente e non esternamente come avviene invece in condizioni normali

Bilancio Di Salute Ortodontico :

6 – MORSO CROCIATO BI - LATERALE



6 – MORSO CROCIATO MONO - LATERALE



E' molto importante l'identificazione dei morsi crociati in quanto possono stimolare una ***crescita asimmetrica*** *facciale del bambino*

TRATTAMENTO DEL MORSO CROCIATO

PALATO OGIVALE

ESPANSORE RAPIDO DEL PALATO

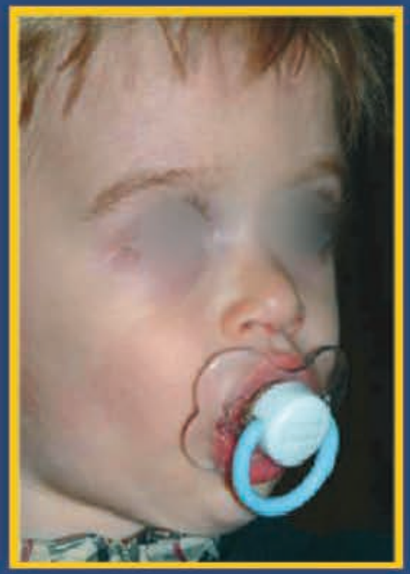
Apparecchio ortopedico che allarga la sutura palatina

Ripristino
CORRETTA DIMENSIONIE di arcata
e CORRETTI RAPPORTI OCCLUSALI

Bilancio Di Salute Orto - Pedodontico

Monitorare le abitudini orali

Prestare particolare attenzione alle abitudini orali del bambino (succhiamento protratto del ciuccio, del dito, delle labbra, deglutizione infantile, respirazione orale) che possono anch'esse provocare notevoli alterazioni dello sviluppo



Bilancio Di Salute Ortodontico : 8 - SUCCHIAMENTO

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

_____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Morso aperto anteriore, protrusione incisivi superiori, morso crociato posteriore, palato ogivale e deglutizione atipica

Bilancio Di Salute Ortodontico : 9 - DEGLUTIZIONE INFATILE

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

_____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Alterazione della postura linguale durante la deglutizione e a riposo che causa morso aperto anteriore

Collaborazione con Logopedista per rieducazione alla corretta postura linguale

Bilancio Di Salute Ortodontico : 10 - RESPIRAZIONE ORALE

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

_____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

FACIES ADENOIDEA:

Viso allungato, respirazione a bocca aperta, segno di occhiaie (russamento notturno), naso piccolo con narici strette.

Disidratazione mucose, labbra screpolate ed incompetenti, iperemia ed ipertrofia gengivale, mascellare superiore contratto, palato ogivale, occlusione alterata da morso aperto anteriore e morso crociato posteriore

Bilancio Di Salute Ortodontico :
11 - ANOMALIA FRENULO LINGUALE

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

_____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Lingua a forma di cuore

Difficoltà durante l'allattamento
Difficoltà nel linguaggio
Linguoversione incisivi e diastema
Morso aperto anteriore
Deglutizione atipica

Bilancio Di Salute Ortodontico :

12/13 - ANOMALIA FRENULO LABIALE SUPERIORE E INFERIORE

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico
Labbra competenti: □ si □ no
Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
□ normale (I Classe), ± 2
□ aumentato (II Classe), > 5
□ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
□ normale, positivo, ± 2
□ aumentato (morso profondo), > 5
□ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

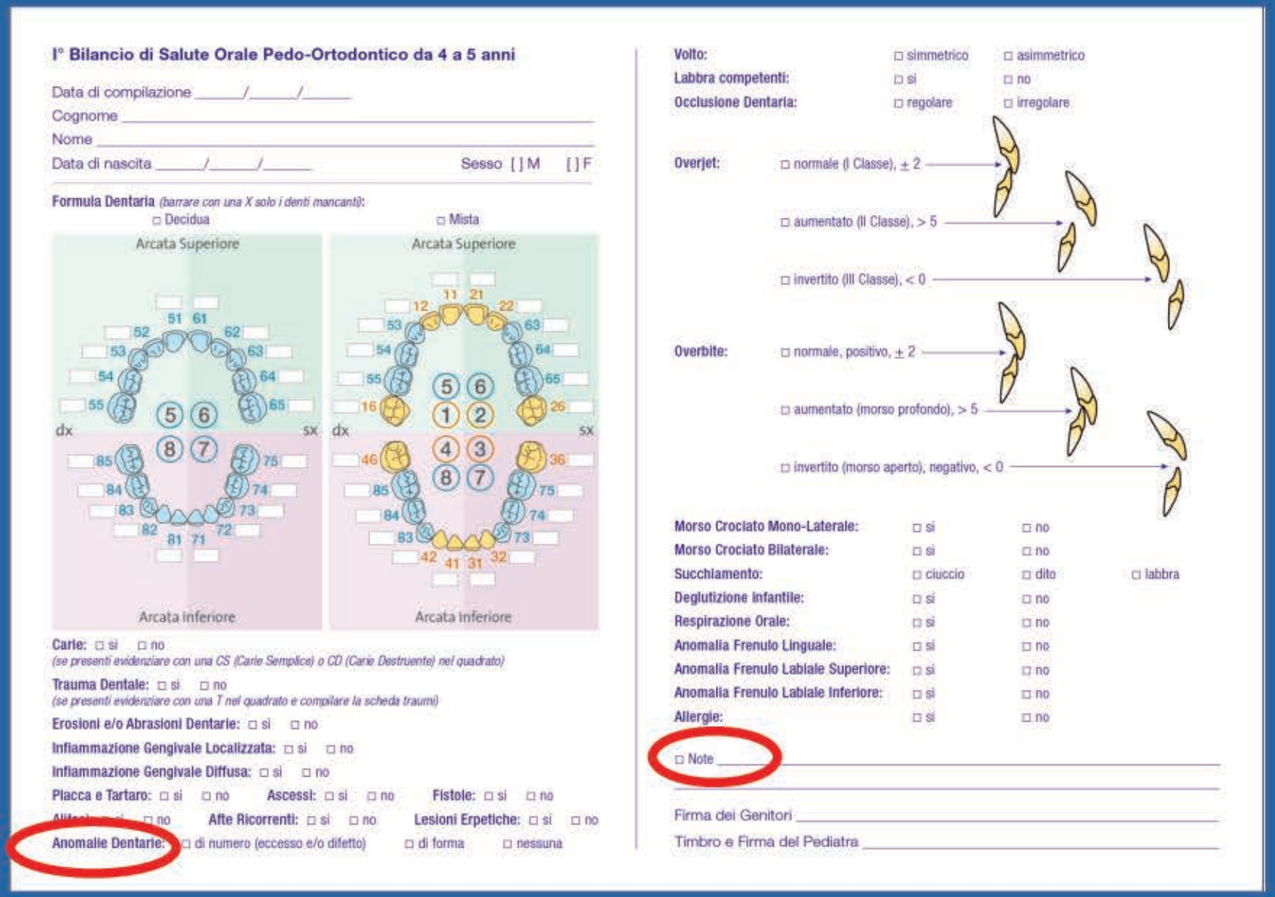
□ Note _____

_____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

AFFOLLAMENTO



I° Bilancio di Salute Orale Pedo-Ortodontico da 4 a 5 anni

Data di compilazione _____/_____/_____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____/_____/_____ Sesso [ ] M [ ] F

Formula Dentaria *(barrare con una X solo i denti mancanti)*: □ Decidua □ Mista

Arcata Superiore — Arcata Inferiore

Carie: □ si □ no
(se presenti evidenziare con una CS (Carie Semplice) o CD (Carie Destruente) nel quadrato)

Trauma Dentale: □ si □ no
(se presenti evidenziare con una T nel quadrato e compilare la scheda traumi)

Erosioni e/o Abrasioni Dentarie: □ si □ no

Infiammazione Gengivale Localizzata: □ si □ no

Infiammazione Gengivale Diffusa: □ si □ no

Placca e Tartaro: □ si □ no **Ascessi:** □ si □ no **Fistole:** □ si □ no

Ulcere: □ si □ no **Afte Ricorrenti:** □ si □ no **Lesioni Erpetiche:** □ si □ no

Anomalie Dentarie: □ di numero (eccesso e/o difetto) □ di forma □ nessuna

Volto: □ simmetrico □ asimmetrico

Labbra competenti: □ si □ no

Occlusione Dentaria: □ regolare □ irregolare

Overjet:
- □ normale (I Classe), ± 2
- □ aumentato (II Classe), > 5
- □ invertito (III Classe), < 0

Overbite:
- □ normale, positivo, ± 2
- □ aumentato (morso profondo), > 5
- □ invertito (morso aperto), negativo, < 0

Morso Crociato Mono-Laterale:	□ si	□ no	
Morso Crociato Bilaterale:	□ si	□ no	
Succhiamento:	□ ciuccio	□ dito	□ labbra
Deglutizione infantile:	□ si	□ no	
Respirazione Orale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Linguale:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Superiore:	□ si	□ no	
Anomalia Frenulo Labiale Inferiore:	□ si	□ no	
Allergie:	□ si	□ no	

□ Note _____

Firma dei Genitori _____

Timbro e Firma del Pediatra _____

Cause:

- *dimensione dell'arcata piccola rispetto alla somma del diametro dei denti;*
- *perdita precoce di elementi dentari decidui (es. carie destruenti, traumi);*
- *anomalie di eruzione , posizione o numero*

***LEE WAY SPACE**: spazio che si viene a creare nel corso della fase tardiva della permuta dentaria a seguito dell'esfoliazione del secondo molare deciduo, sostituito dal secondo premolare permanente, dotato di un diametro più piccolo.*

Trattamento Ortodontico Precoce:

VANTAGGI

- È più efficace nel modificare la crescita delle basi ossee mascellari e mandibolari;
- Ottiene risultati più stabili;
- Riduce il rischio traumi;
- Riduce la durata del trattamento ortodontico convenzionale in dentatura permanente;
- Riduce i costi;
- Riduce necessità estrazioni dentarie di elementi permanenti;
- Aumenta la soddisfazione dei genitori e l'autostima del piccolo paziente.

Dott.ssa Giuliana Laino

Odontoiatra

Spec. Ortognatodonzia

Spec. Odontoiatria Pediatrica

Progetto S.I.D.O. per la salute orale del bambino sul Territorio Nazionale:
Il bilancio di salute orale orto-pedodontico

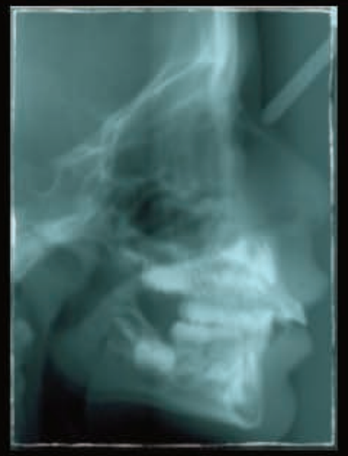
Seconda classe

SIP
Società Italiana
di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile



Ott. 2011 Anni 4.5 - II Classe - Overjet **14** mm

Set. 2012 Anni 5.5 - I Classe - Overjet **5** mm

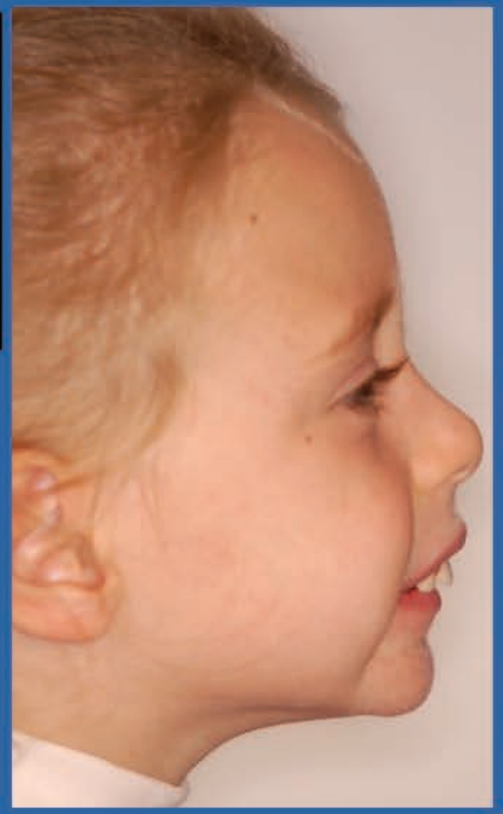
Mar. 2014 Anni 7 - I Classe - Overjet **4** mm

...prevenzione in Traumatologia !!!

...buon senso in Ortodonzia !

Ottobre 2011

II classe
OVJ 14mm



Marzo 2012

Sett. 2012

I classe
OVJ 5mm

Febb.
2013

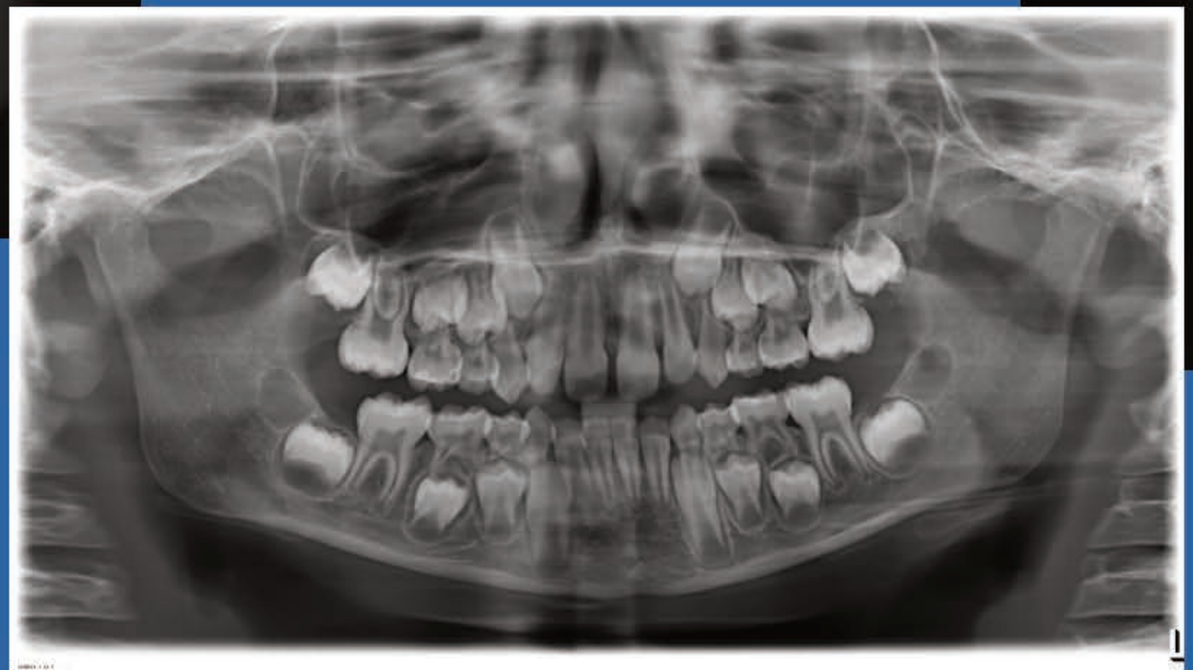
Nov.
2013

Marzo 2014

Marzo 2015

Genn
2016

Genn. 2016



Progetto S.I.D.O. per la salute orale del bambino sul Territorio Nazionale:
Il bilancio di salute orale orto-pedodontico

Terza classe

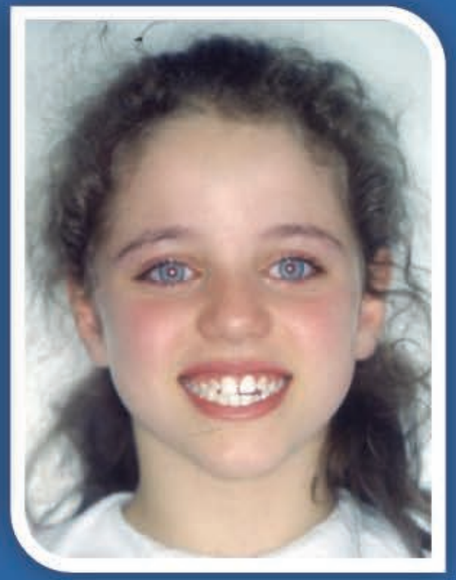
SIP
Società Italiana
di Pediatria

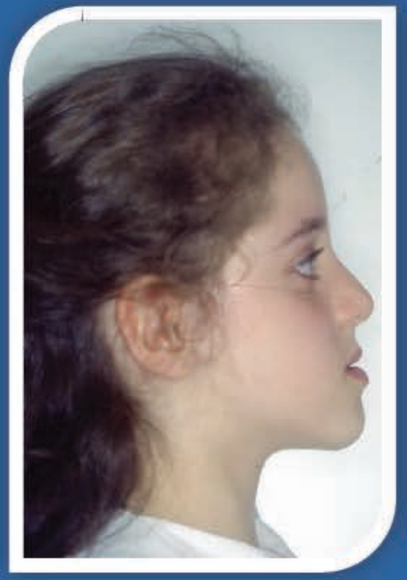
SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

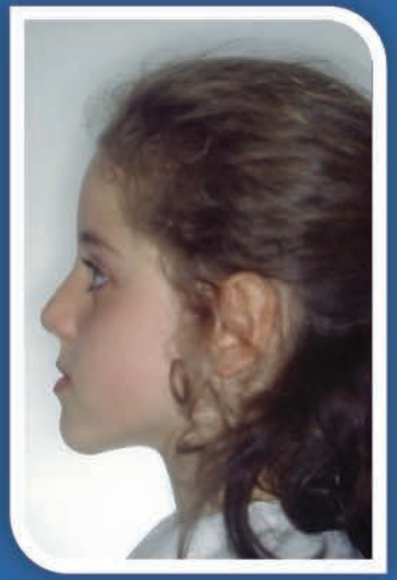
SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile

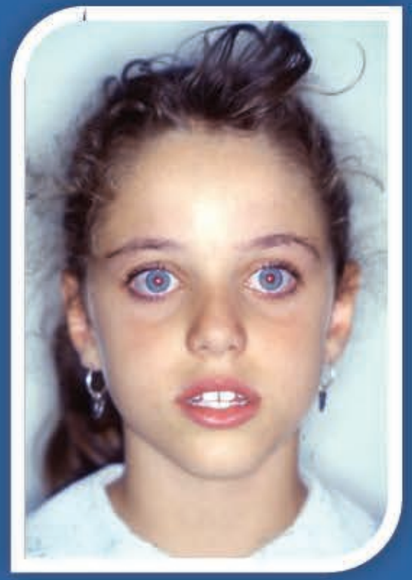
Delia C. anni 8

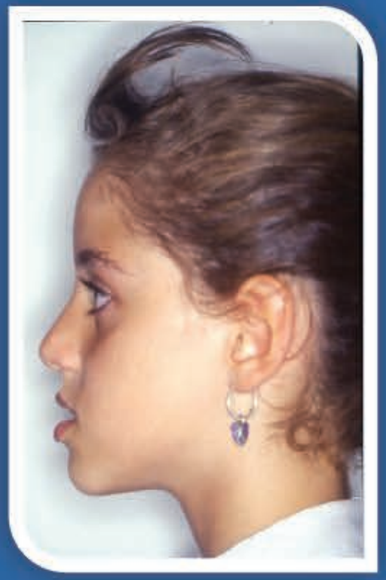




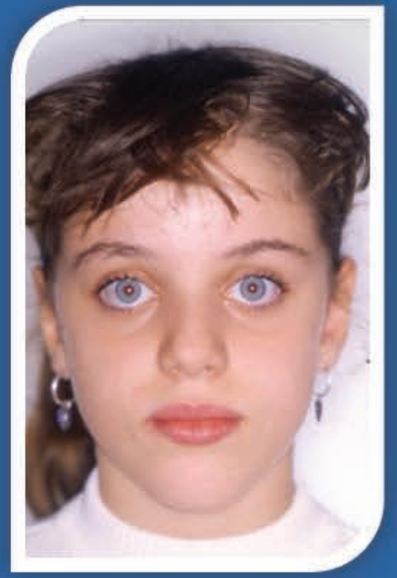
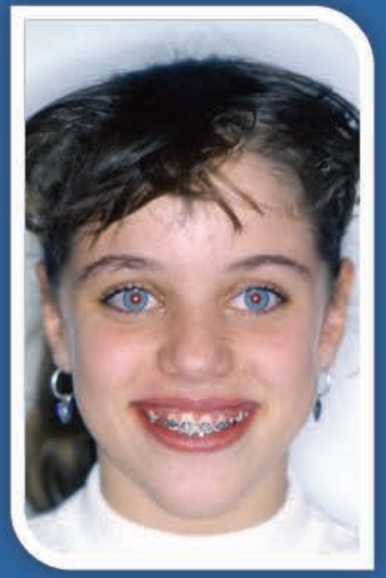


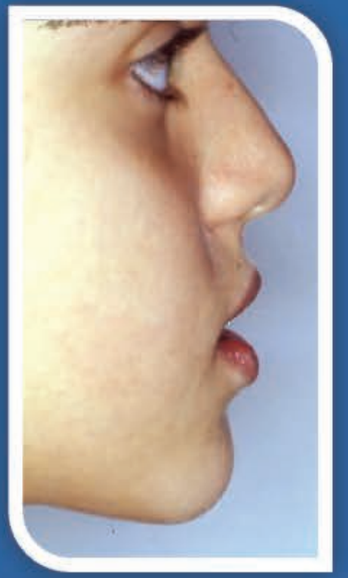
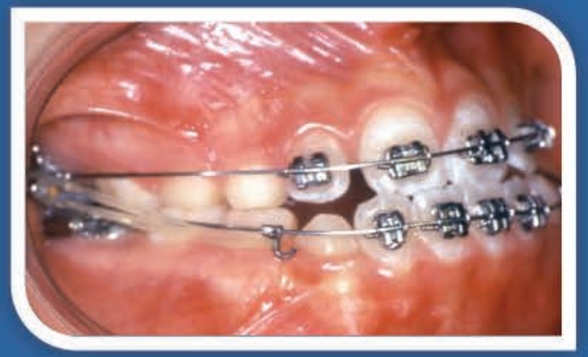
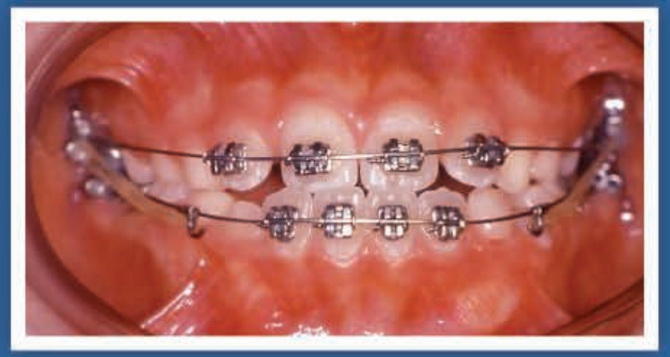
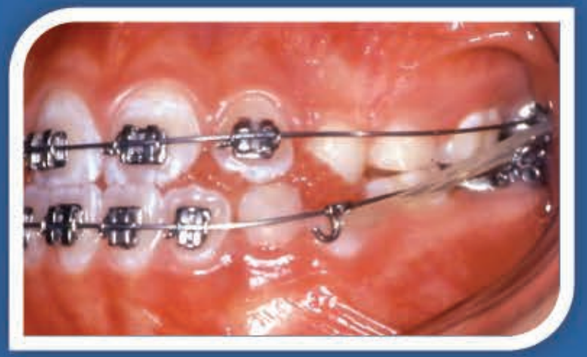
Delia C. anni 9

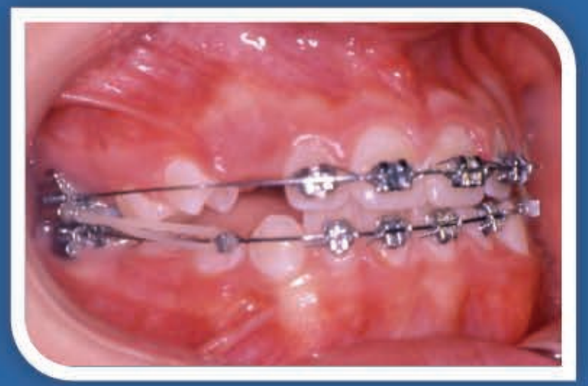




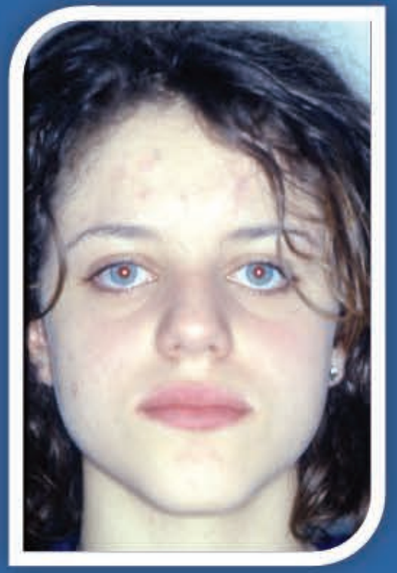
Delia C. anni 10

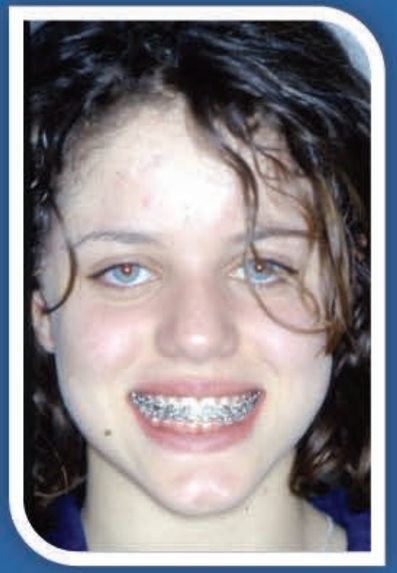



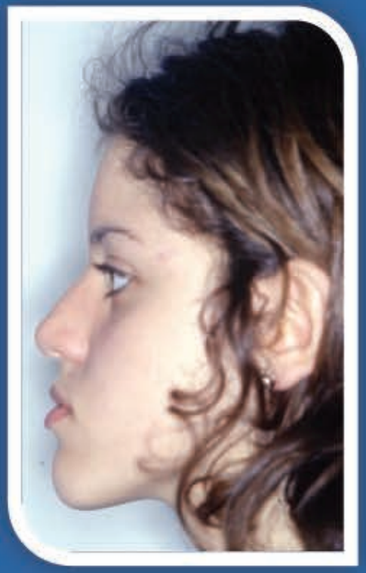





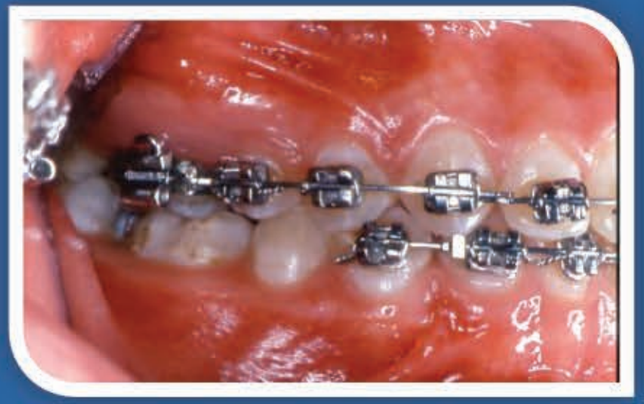


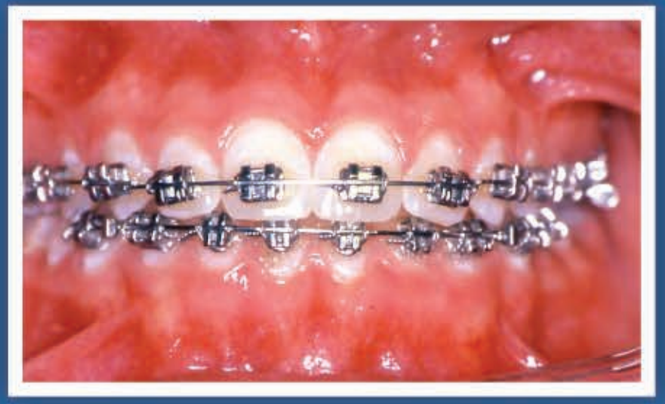
Delia C. anni 12

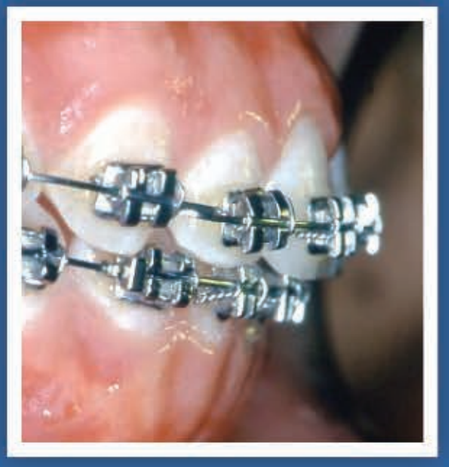








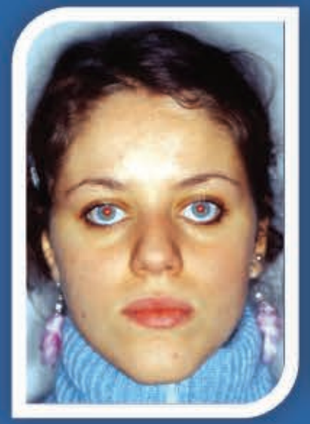
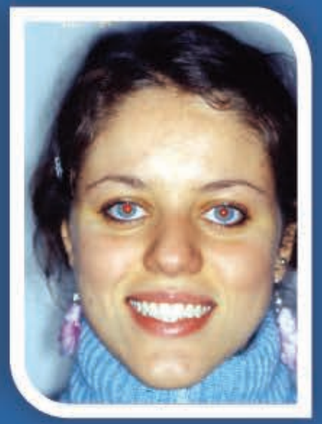
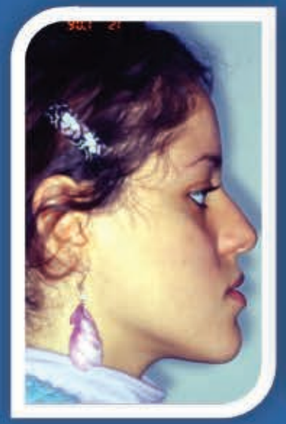




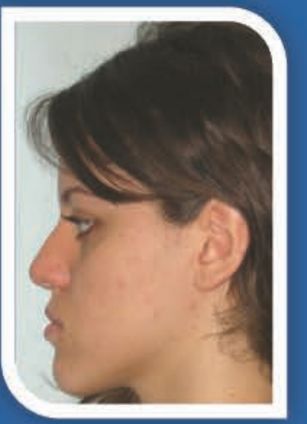
1993 aa 8

1998 aa 13

2001 aa 15

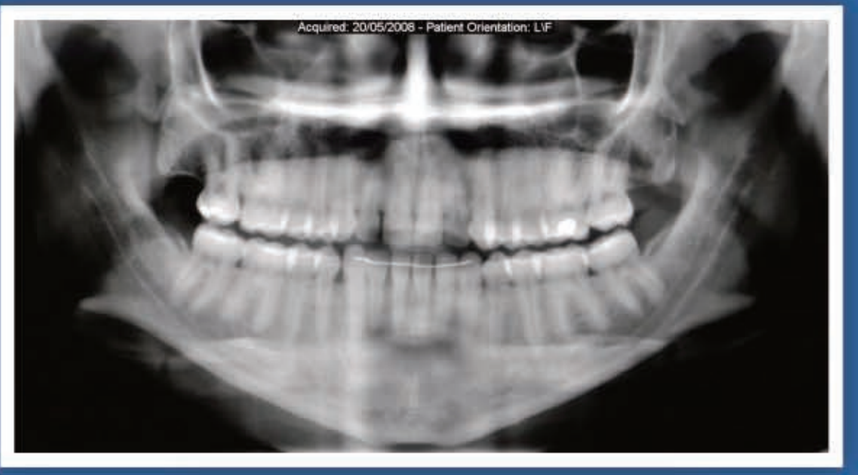
2008 aa 22

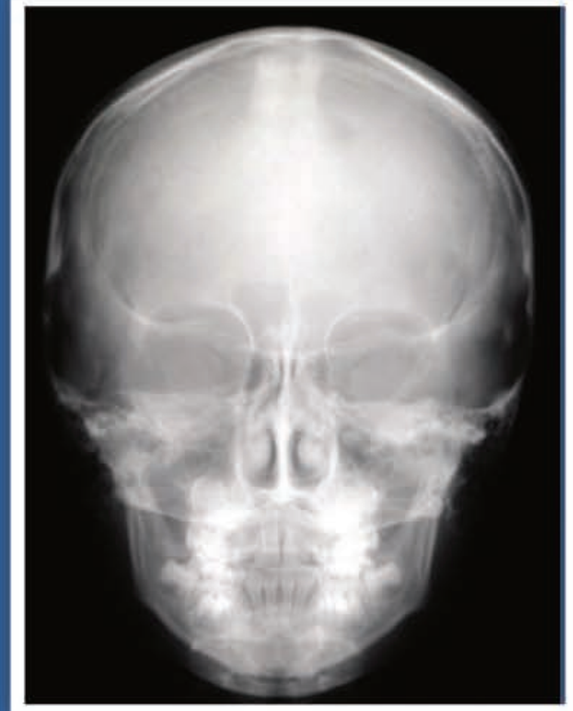


T0 - 1993 aa 8

T1 - 2001 aa 15

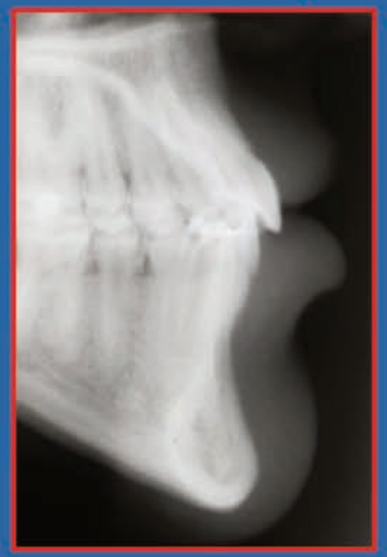
T2 - 2008 aa 22



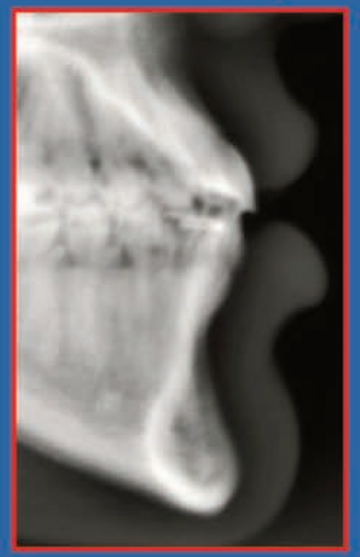


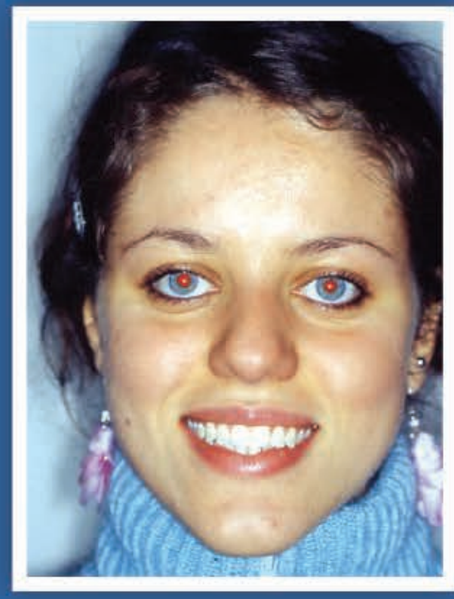
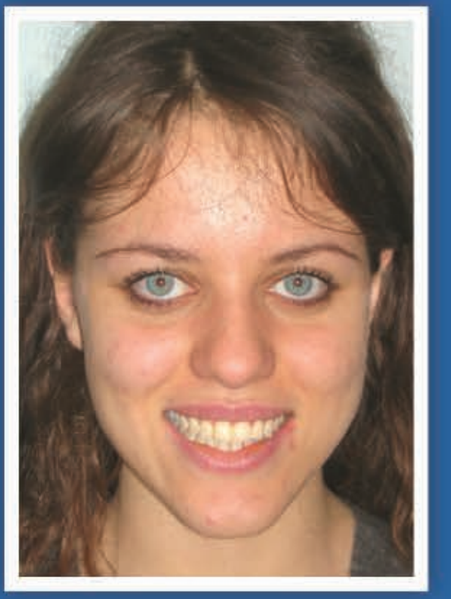
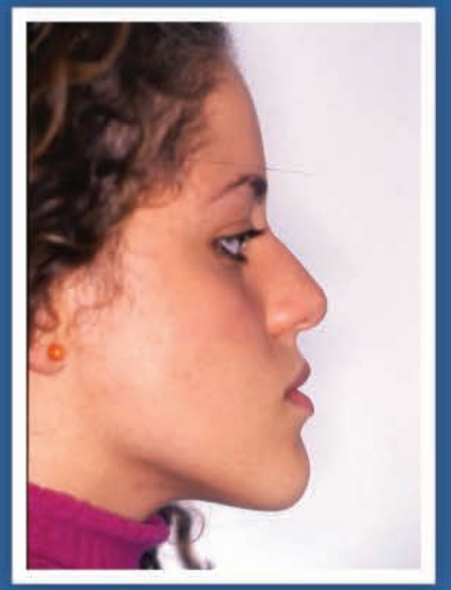
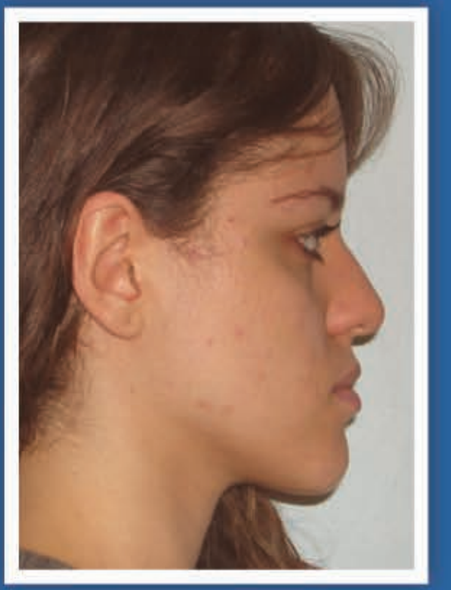
T0 - 1993 aa 8

T1 - 2001 aa 15



T2 - 2008 aa 22



1993 aa 8	1998 aa 13	2001 aa 15	2008 aa 22
			
			

Progetto S.I.D.O. per la salute orale del bambino sul Territorio Nazionale:
Il bilancio di salute orale orto-pedodontico

Morso Crociato monolaterale

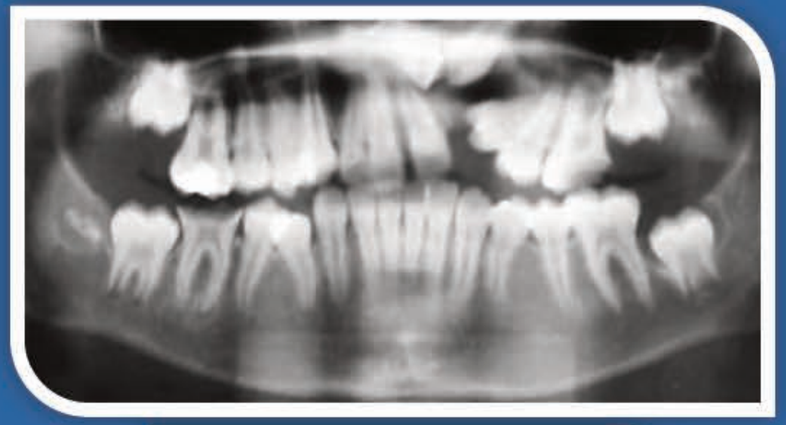
SIP
Società Italiana
di Pediatria

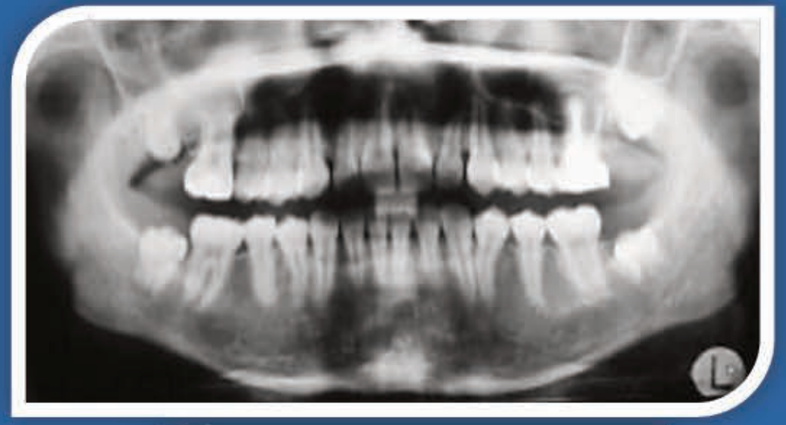
SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

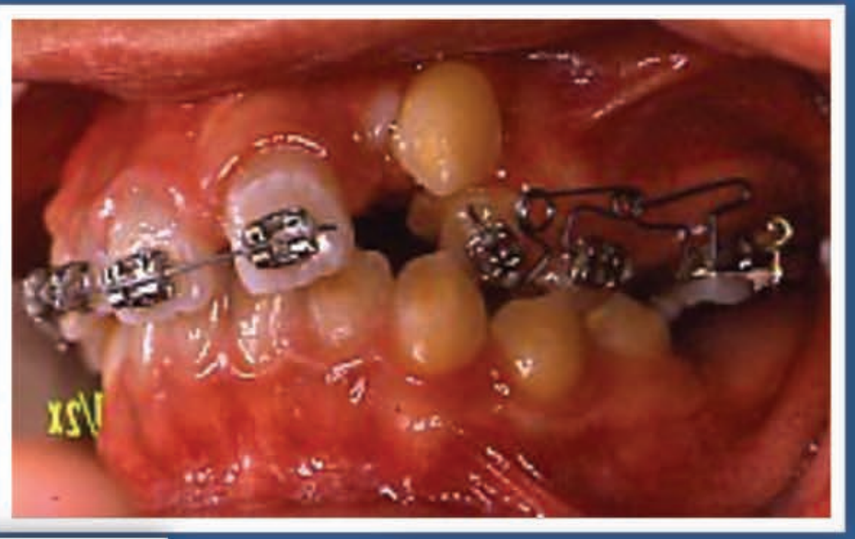
SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

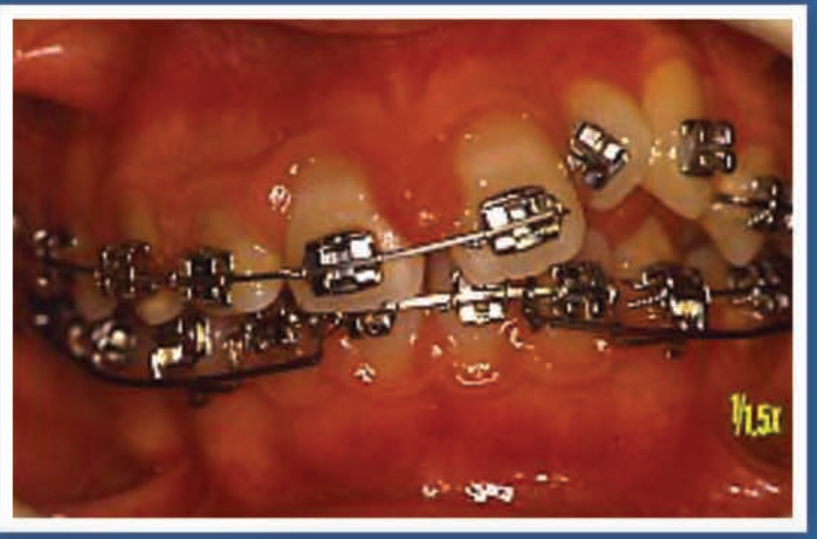
SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile

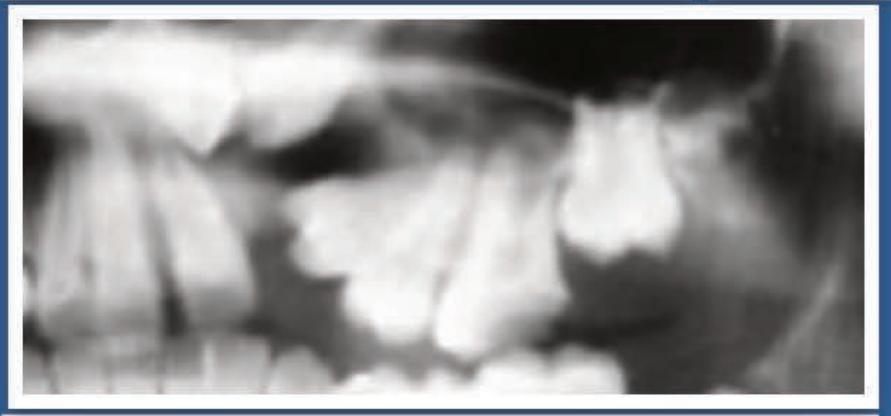
Rimodellamento Alvolare Ortodonticamente Indotto

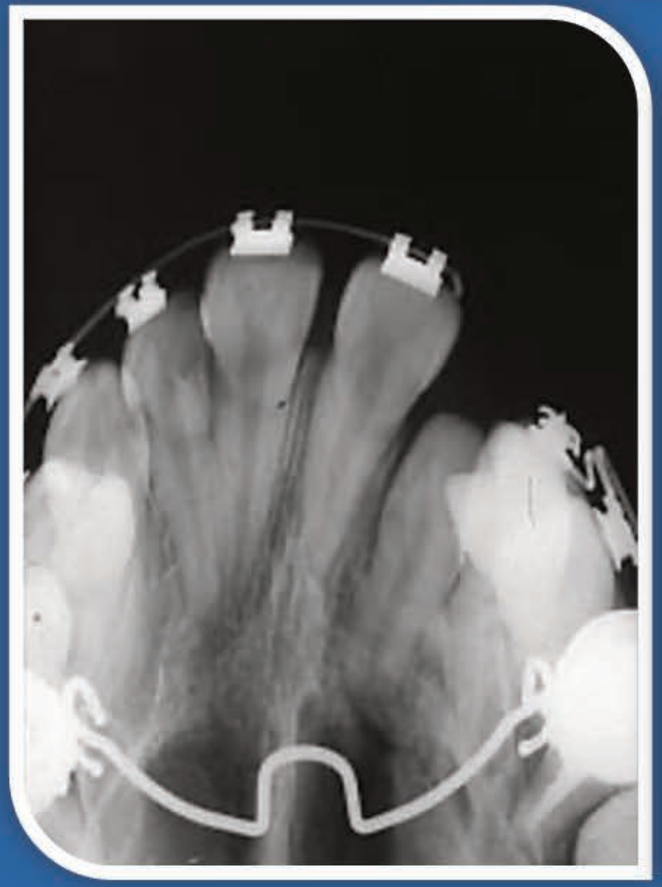












Progetto S.I.D.O. per la salute orale del bambino sul Territorio Nazionale:
Il bilancio di salute orale orto-pedodontico

Inversione incisivo

SIP
Società Italiana
di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

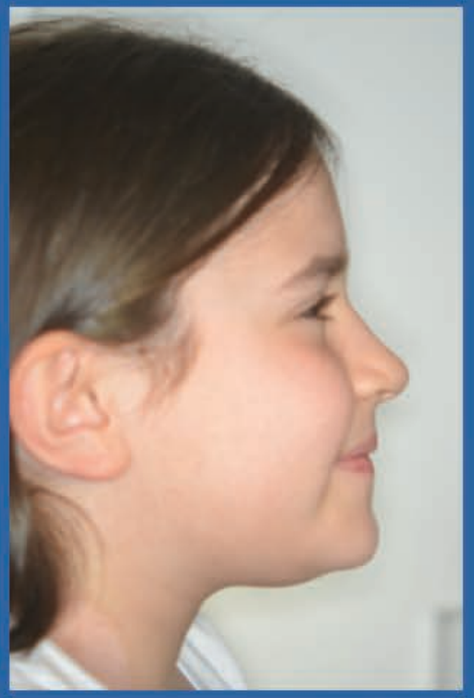
SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

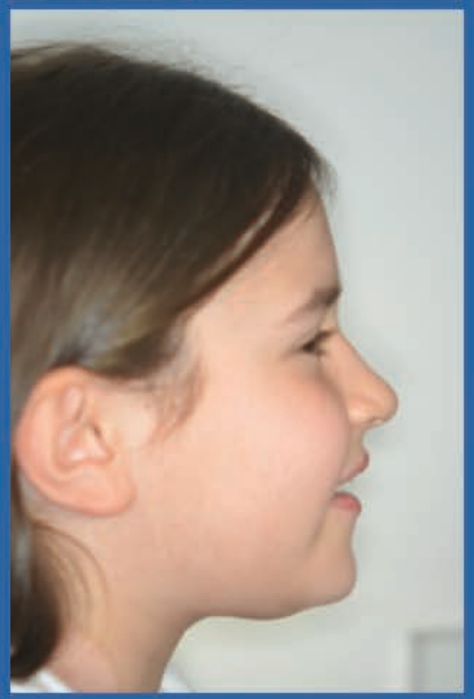
SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile

Anna - Febbraio 2012

Anna - Luglio 2012

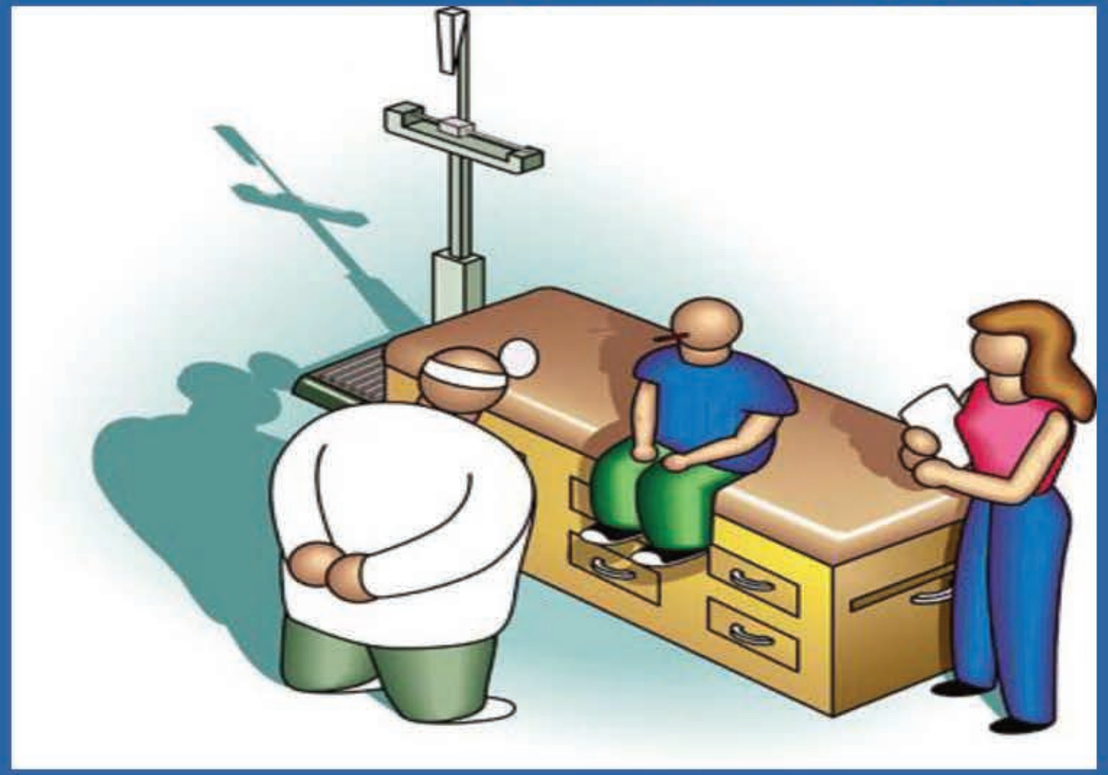
Anna - Maggio 2013





CONCLUSIONI

IMPORTANZA della STRETTA COLLABORAZIONE



Pediatra

Odontoiatra
Odontoiatra Pediatrico
Ortodontista

SIP
Società Italiana
di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile

Progetto S.I.D.O. per la salute orale del bambino sul Territorio Nazionale:
Il bilancio di salute orale orto-pedodontico

"Un giorno senza sorriso
è un giorno perso!" *Charlie Chaplin*

Grazie per l'attenzione

SIP
Società Italiana
di Pediatria

SIPPS
Società Italiana di Pediatria
Preventiva e Sociale

SIDO
Società Italiana
di Ortodonzia

SIOI
Società Italiana
di Odontoiatria Infantile