

Salute orale e rischio aspirativo: il cavo orale nella prevenzione delle complicanze.

Di Pietro dott. Mario



OMCeO Udine

**"DALLA PRESBIFAGIA
ALLE COMPLICANZE:**

**PERCHE' IL
RICONOSCIMENTO
PRECOCE FA LA
DIFFERENZA"**



Sabato 16 maggio 2026

Dalle 9,00 alle 14,00

Sala Convegni OMCeO Udine
Viale A. Diaz 30

WHO 2003

“La salute orale è parte integrante ed essenziale della salute generale;

la salute orale è determinante per la qualità della vita;
un'adeguata igiene orale riduce la mortalità prematura”.

World Oral Health Report , 2003

WHO 2026

01

Tema: "Una bocca sana è... una vita felice", sottolineando che la salute orale permette di vivere appieno la propria vita.

02

Approccio olistico: la campagna evidenzia le esigenze di salute orale dall'infanzia alla terza età.

03

Azioni preventive: incoraggia semplici abitudini quotidiane come lavarsi i denti due volte al giorno e ridurre il consumo di zuccheri.

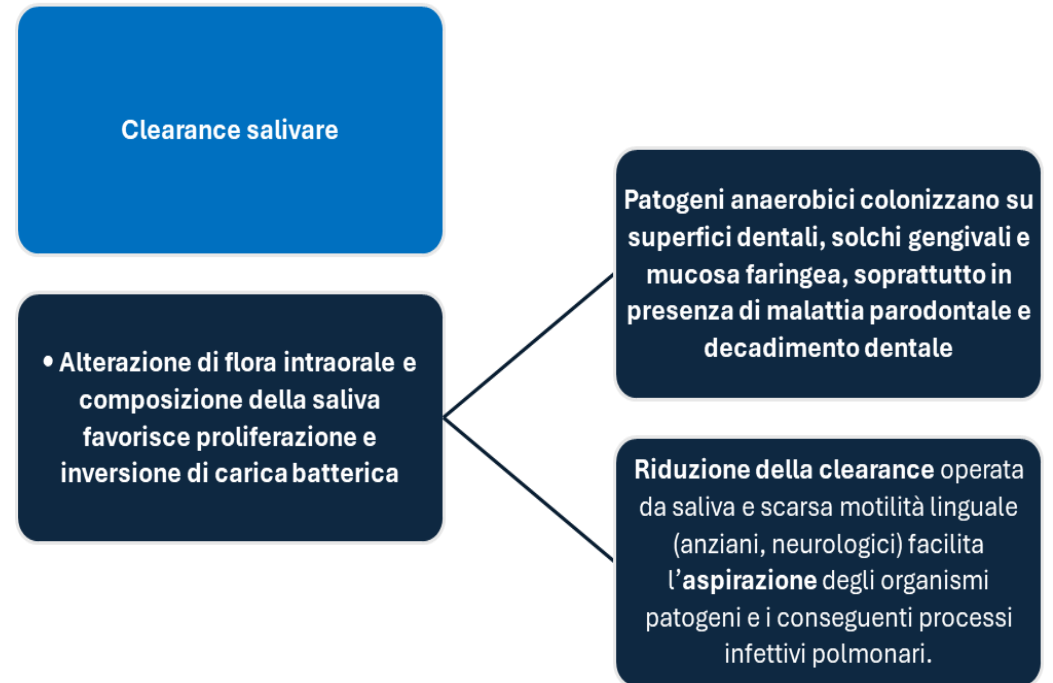
PRESBIFAGIA

•La **presbifagia** è il naturale invecchiamento delle strutture anatomiche e delle funzioni fisiologiche coinvolte nella deglutizione, che spesso porta a una forma lieve di disfagia (difficoltà a deglutire) nelle persone anziane. Sebbene spesso sottovalutata, è una condizione frequente dopo i 50-60 anni

DISFAGIA: difficoltà o l'impossibilità di deglutire cibi solidi, liquidi o la saliva

- La presenza di disfagia aumenta il rischio di infezione delle basse vie aeree (anziani, malattie neurologiche, alterazioni tratto oro faringo- esofageo)
- L'aspirazione di infettanti oro-faringei nei pazienti disfagici è la principale causa d'infezione delle basse vie aeree:
polmonite ab ingestis.

Scannapieco et al., 2003 – Quagliariello et al., 2005



Salute orale e rischio aspirativo: il cavo orale nella prevenzione delle complicanze.

La **buona salute orale** (bocca suoi tessuti e strutture) contribuisce positivamente al **benessere fisico, mentale, sociale**, consentendo all'individuo di **parlare, mangiare, socializzare** senza dolore fastidio imbarazzo.

Salute orale essenziale al benessere complessivo contribuisce alla **Qualità della Vita**.

La QoL dipende anche da accesso alle cure, libertà da malattia e disagio, da aspetto soddisfacente, autostima
La **qualità della vita** è mediata dallo stato di salute orale



Linee guida italiane 2009

- “Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta”

Prevenzione
delle patologie
dei tessuti duri
dentari

Prevenzione
della malattia
parodontale

Prevenzione
dell'edentulia

Prevenzione
dei tumori
maligni del
cavo orale

Bocca - Cavo orale

- Ecosistema complesso e stabile rivestito da mucosa
- Temperature elevate - umidità
- Protozoi funghi microrganismi aerobi e anaerobi in equilibrio ospite-parassita = prima difesa contro patogeni indesiderati
- Sedi preferenziali per ogni specie: guance, palato, lingua...



"Mouth is a cesspool of up to 1 to 10 trillion bacterial organisms"

K. Sheffler, MS, CCC-SLP, BCS-S ABSSD - USA

Placca



- Colonizzazione batterica sulla superficie del dente e nella gengiva interdentale è asportabile con manovre di igiene orale: **brush, floss, rinse**
- Igiene orale insufficiente:
 - aumenta lo spessore della placca
 - aumenta la concentrazione di anaerobi Gram-negativi in solchi e tasche difficili da raggiungere e poco ossigenati
 - si forma un **biofilm** (meno di 12 ore!) che aderisce saldamente a mucose, gengive, colletti se aspirato, causa infezioni delle basse vie respiratorie.

Carie – Malattia Parodontale

“Le due principali patologie orali su scala mondiale sono la carie e la malattia parodontale”



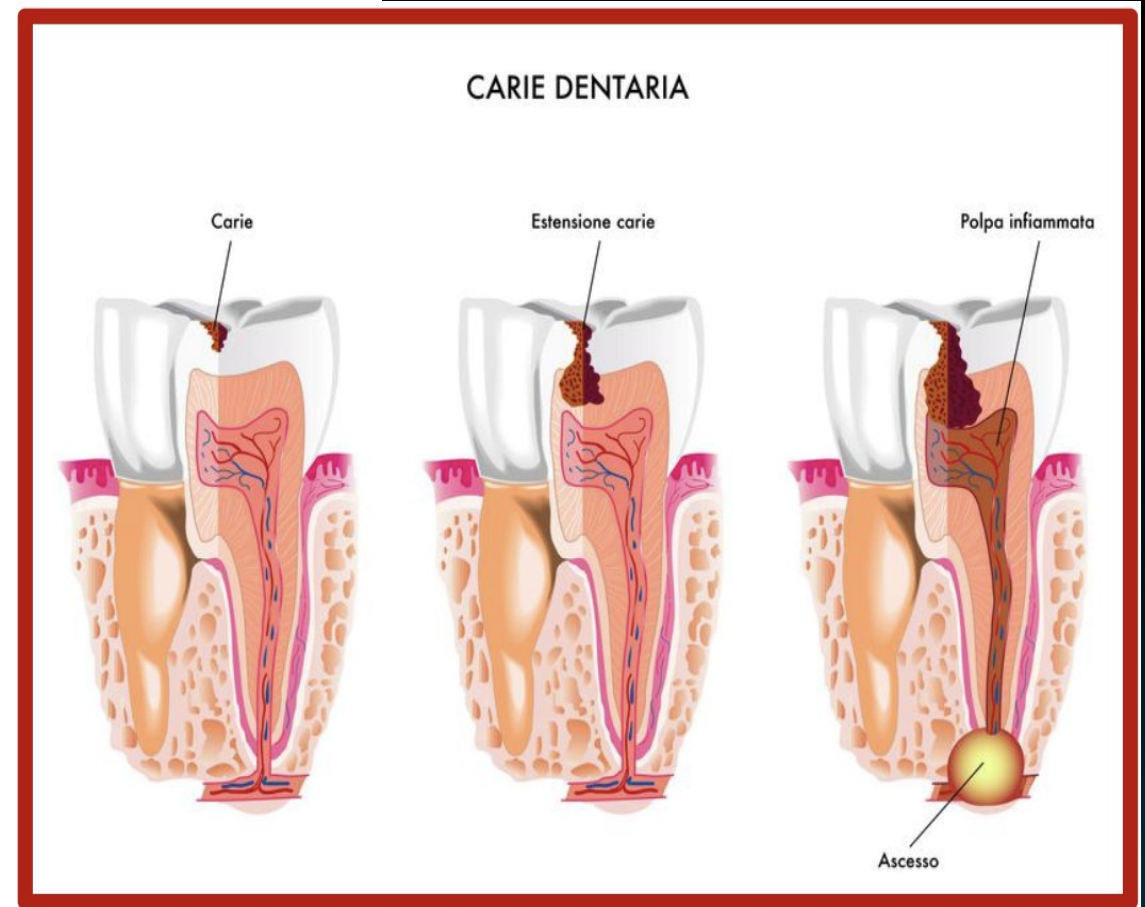
- provocate in larga misura dai batteri presenti nella placca

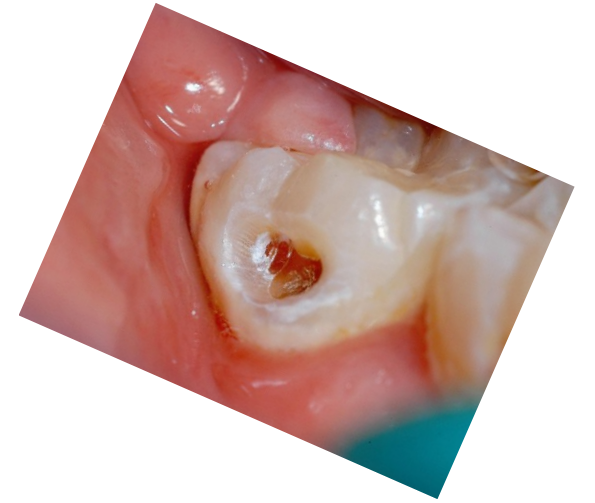
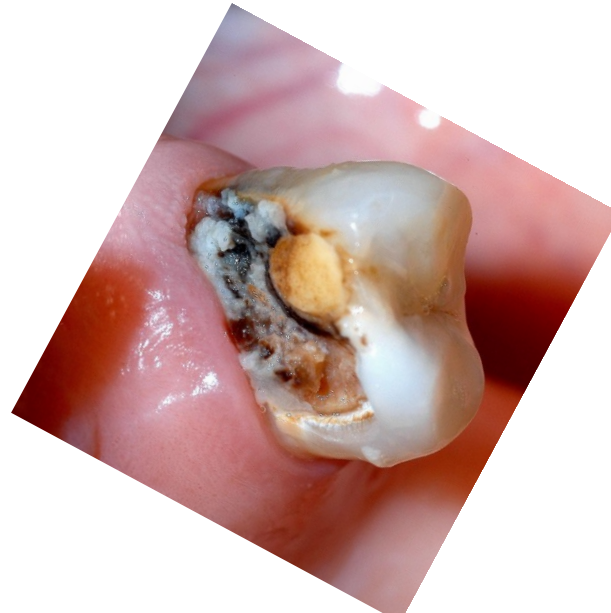


World Oral Health Report , 2003

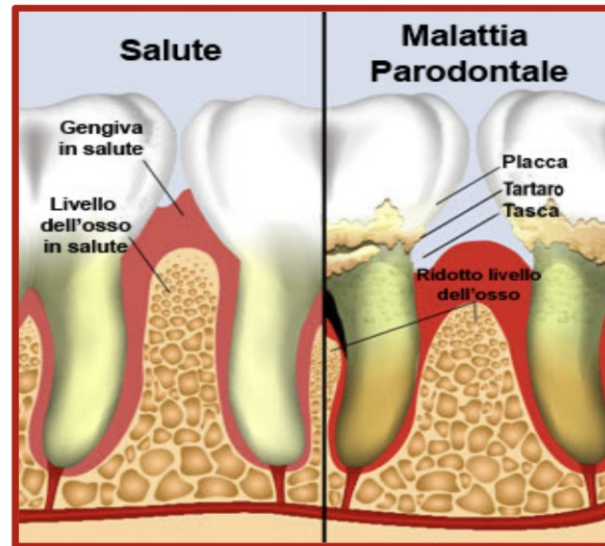
Carie:

- **Malattia degenerativa dei tessuti duri del dente SMALTO, DENTINA**
- **Base BATTERICA**
- **Procede dalla superficie in profondità POLPA DENTALE**





MALATTIA PARODONTALE:



Gengiva aderente e strutture di sostegno del dente

La **RIMOZIONE PLACCA** è essenziale per prevenirla e controllarla



MUCOSITE



- La mucosite è l'infiammazione della mucosa del cavo orale, che rappresenta una complicanza grave e di frequente osservazione nel corso di trattamenti per patologie neoplastiche.



- Può espandersi su tutta la mucosa del tratto gastrointestinale



- L'assenza di nuove cellule causa un assottigliamento della mucosa, che diventa atrofica e predisposta all'ulcerazione associata: ad intenso eritema, dolore, sanguinamento e aumento del rischio di infezioni.



- E' una condizione dolorosa e debilitante, che ostacola la masticazione, la deglutizione e la capacità di parlare.



Placca → Batteri → Polmoni →
Polmonite



I batteri presenti di una bocca sporca sono fattore di rischio di polmonite da aspirazione - AP

Salute orale e rischio aspirativo: il cavo orale nella prevenzione delle complicanze

Il ruolo del dentista nella gestione della presbifagia:



IDENTIFICAZIONE PRECOCE: IL DENTISTA PUÒ INDIVIDUARE ALLA POLTRONA I PRIMI SEGNALI DI DIFFICOLTÀ DEGLUTITORIA (SEGNALI LOGOPEDICI).



MASTICAZIONE ED EFFICIENZA: UNA BUONA DEGLUTIZIONE INIZIA CON UNA CORRETTA MASTICAZIONE E FORMAZIONE DEL BOLO. LA RIABILITAZIONE PROTESICA (PROTESI STABILI) È FONDAMENTALE PER GARANTIRE UNA FORZA MASTICATORIA ADEGUATA E RIDURRE L'IMPEGNO FARINGEO.



SALUTE ORALE: LA GESTIONE DELLA SECCHENZA DELLE FAUCI (XEROSTOMIA) E DELLE INFEZIONI GENGIVALI AIUTA A MIGLIORARE IL COMFORT ORALE E L'EFFICACIA DEL RIFLESSO DI DEGLUTIZIONE.



APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE: IL DENTISTA LAVORA SPESSO IN COLLABORAZIONE CON LOGOPEDISTI E FONIATRI PER LA RIABILITAZIONE FUNZIONALE DELLA MUSCOLATURA ORALE

Segnali d'allarme e interventi:

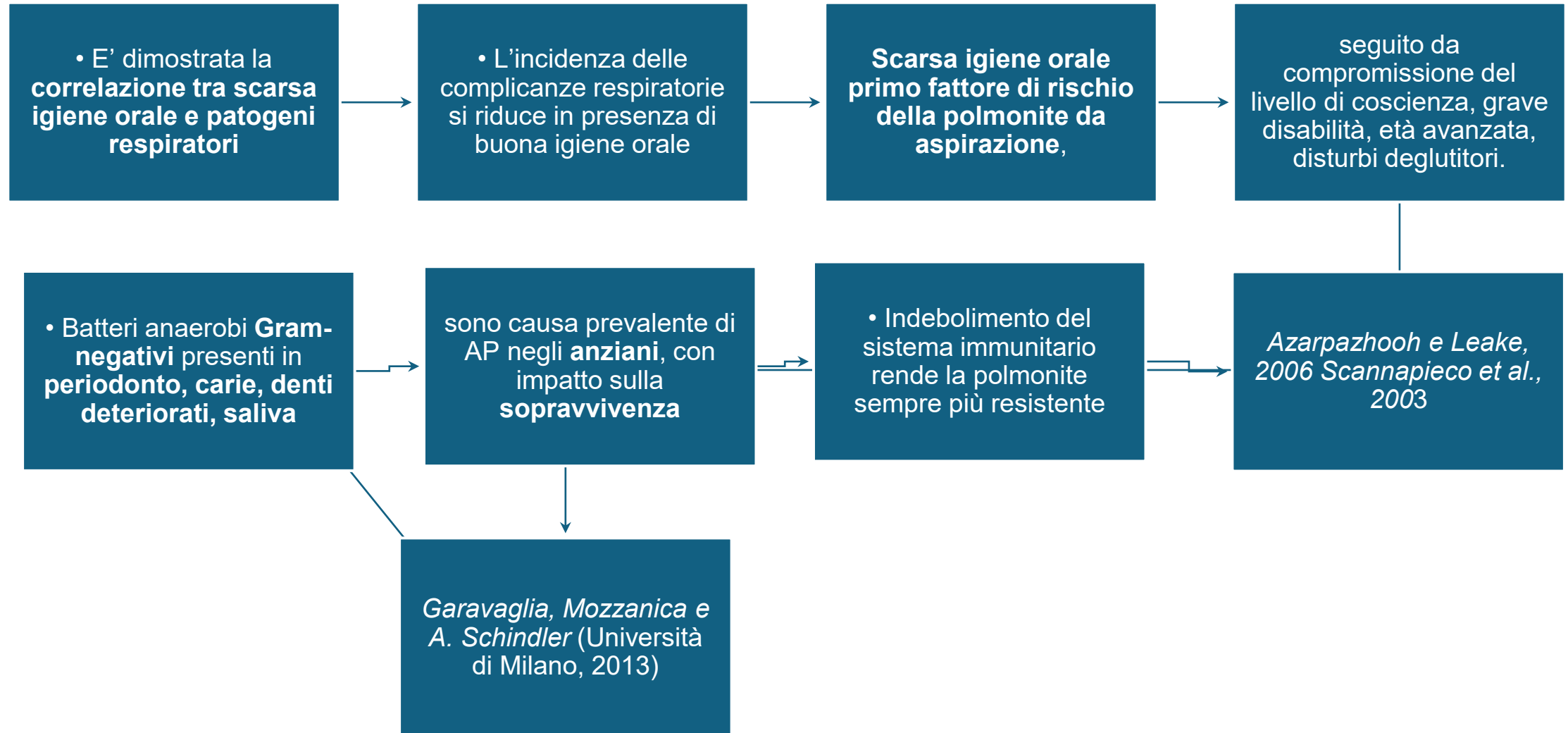
Sintomi: Tosse frequente durante i pasti, voce "gorgogliante" dopo aver bevuto o mangiato, necessità di deglutire più volte per un solo boccone, perdita di peso non giustificata.

Interventi comportamentali: Il dentista può consigliare di modificare la consistenza dei cibi, mantenere una postura corretta durante i pasti e adottare piccoli accorgimenti per prevenire la polmonite ab ingestis.

Ruolo dell' Odontoiatra

- In sintesi, il dentista non si occupa solo della salute dei denti, ma gioca un ruolo cruciale nella prevenzione e gestione delle difficoltà alimentari legate all'invecchiamento, aiutando l'anziano a mantenere una buona qualità di vita e a nutrirsi in sicurezza

Igiene Orale e polmonite (AP)



Le cure odontoiatriche nel paziente disfagico (con difficoltà di deglutizione)

Ecco i punti chiave per la gestione:

Prevenzione e Igiene Orale (Fondamentale)

Pulizia accurata: Spazzolare denti, gengive, lingua e palato dopo ogni pasto, utilizzando spazzolini morbidi, spesso montati su aspiratori.

Prodotti specifici: Utilizzare dentifrici a basso schiumogeno (per evitare il riflesso del vomito) e collutori alla clorexidina per ridurre la carica batterica.

Gestione della dentiera: Rimuovere e pulire la protesi quotidianamente.

Idratazione: Mantenere le labbra e la mucosa orale umide (es. con burro di cacao o miele rosato) per contrastare la secchezza (xerostomia) frequente in questi pazienti.

Come valutare le condizioni di salute del cavo orale dei nostri pazienti?

Oral Health Assessment Tool

uno strumento che permette di valutare la salute orale del paziente

STRUMENTO DI VALUTAZIONE SALUTE ORALE (OHAT) PER LO SCREENING DENTALE Modificato da Kayser-Jones et al. (1995) by Chalmers (2004)				
Paziente: _____		Compilato da: _____		Data ___/___/___
Punteggi: il punteggio finale è la somma dei punteggi delle otto categorie e può variare da 0 (molto sano) a 16 (molto malato). Mentre il punteggio cumulativo è importante nella valutazione della salute orale, il punteggio di ogni item dovrebbe essere considerato individualmente. I sintomi che sono sottolineati richiedono attenzione immediata. *Se qualunque categoria ha un punteggio di 1 o 2, si prega di organizzare una visita dal dentista.				
Categoria	0 = sano	1 = alterato	2 = malato	Punteggio categoria
Labbra	Lisce, rosa, umide	Secche, screpolate, o <u>arrossate negli angoli</u>	Gonfiore o nodulo, macchia <u>bianca/rossa/ulcerata; sanguinanti/ulcerate agli angoli</u>	
Lingua	Normale, umida, rugosa, rosa	Maculata, fissurata, rossa, patinata	Macchia <u>rossa e/o bianca, ulcerata, gonfia</u>	
Gengive e tessuti	Rosa, umide, lisce, non sanguinanti	Secche, lucide, rugose, rosse, gonfie, una <u>ulcera/piaga sotto la dentiera</u>	<u>Gengive gonfie, sanguinanti, ulcere, macchie bianche/rosse, rossore generalizzato o ulcere sotto la dentiera</u>	
Saliva	Tessuti umidi, saliva acquosa, fluisce liberamente	Tessuti secchi, appiccicosi, poca saliva presente	<u>Tessuti riarsi e rossi</u> , presenza di saliva scarsa/assente, saliva molto densa	
Denti naturali Sì/No	Assenza di denti/radici cariati o rotti	<u>Da 1 a 3 denti/radici cariati o rotti</u> o denti molto consumati	<u>4 o più denti/radici cariati o rotti</u> , o meno di 4 denti o denti molto consumati	
Dentiera Sì/No	Assenza di aree di dentiera o denti rotti, dentiera regolarmente indossata	Una parte della dentiera rotta o un dente rotto, dentiera indossata soltanto 1-2 ore al giorno o dentiera allentata	<u>Più di una area/denti rotti, assenza di dentiera o dentiera non indossata</u> , necessita di un adesivo per dentiera	
Igiene Orale	Pulita, assenza di particelle di cibo o tartaro in bocca o sulla dentiera	Particelle di cibo/tartaro/placca in 1-2 zone della bocca o su una piccola parte della dentiera o alito cattivo	Particelle di cibo/tartaro/placca nella maggior parte delle zone della bocca o della dentiera o severa alitosi (alito cattivo)	
Dolore dentale	Nessun segno comportamentale, verbale o fisico di dolore dentale	Segni verbali e/o comportamentali di dolore come <u>trazionare la faccia, mordersi le labbra</u> , non mangiare, aggressività	Segni fisici quali <u>gonfiore del viso, fistola sulle gengive, denti rotti, grandi ulcere e segni verbali/o comportamentali di dolore come trazionare la faccia, mordersi le labbra, non mangiare, aggressività</u>	
<input type="checkbox"/> Organizzare una visita dal dentista per il paziente <input type="checkbox"/> Il paziente o la famiglia/tutore rifiutano il trattamento dentale <input type="checkbox"/> Rivedere la salute orale del paziente in (data): ___/___/___				Punteggio Totale: <u> </u> 16
<i>Versione italiana dello strumento OHAT, tratta da Finotto et al. (2020)</i>				

La salute orale nei setting residenziali e riabilitativi: uno studio osservazionale.

Tatiana De Pascalis 1,2 Dario Ruzzon 1; Fabrizio Giunco 1, Castaldo Anna 1,2

Paziente disfagico autosufficiente (sintomo disfagico presente ma non particolarmente debilitante)

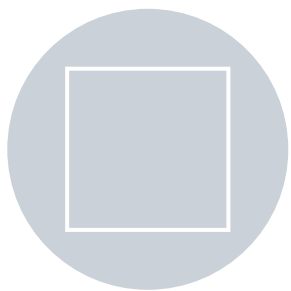
Paziente
autosufficiente

Dare istruzioni
graduali.

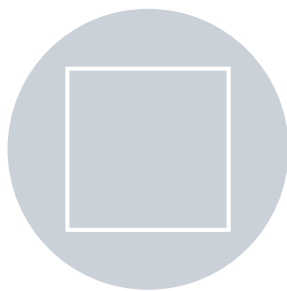
Introdurre un
presidio alla volta.

Preferire strumenti
semplici e familiari.

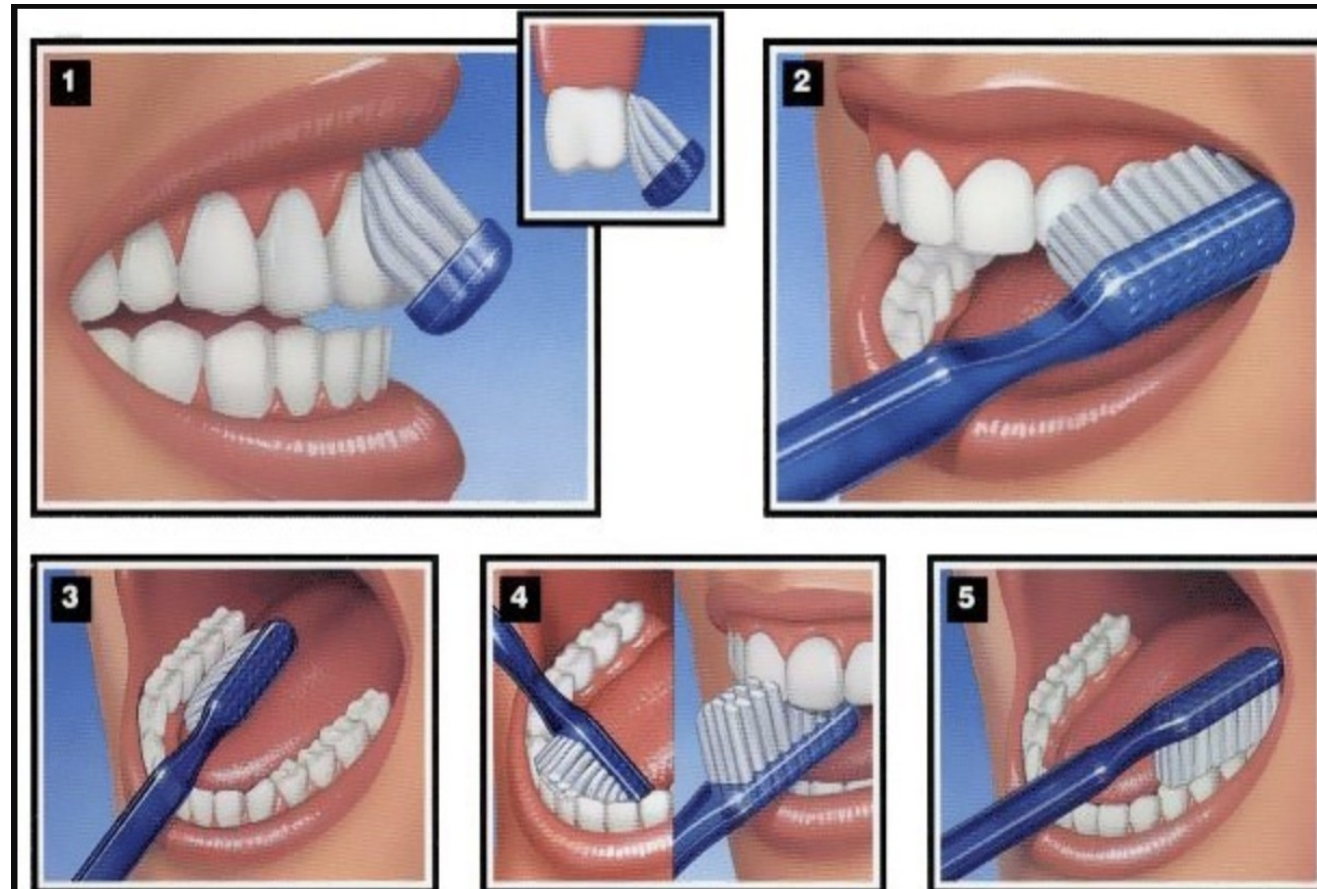
Il paziente disfagico collaborante non autosufficiente



COLLUTORIO, SPAZZOLINO
MORBIDO/ELETTRICO, GARZE
IMBEVUTE.



DETERSIONE DI MUCOSA,
LINGUA E GENGIVE CON
SOLUZIONE FISIOLGICA O
CON COLLUTORIO CON
CLOREXIDINA O CON
COLLUTORIO CON OLI
ESSENZIALI O....



Il paziente disfagico poco collaborante

- ✓ tecnica di igiene a quattro mani
- ✓ porre la persona seduta o semi-seduta
- ✓ con paziente allettato: valutare la possibilità dell'inclinazione del capo
- ✓ inumidire lo spazzolino e procedere con lo spazzolamento
- ✓ spazzolare gengive e l'interno delle guance
- ✓ spazzolare la lingua
- ✓ applicare sostanze emollienti sulle labbra
- ✓ detersione delle mucose con garza inumidita con soluzione fisiologica o con collutorio con clorexidina o con collutorio con oli essenziali o...



Il paziente disfagico poco collaborante



Prendi un spazzolino a setole morbide e metti poco dentifricio



Inclina di 45° la testina dello spazzolino rispetto ai denti



Fai un movimento verticale dalla gengiva verso il dente



Fai lo stesso movimento per le superfici interne dei denti



Appoggia le setole sulla superficie masticante dei denti posteriori e vai avanti e indietro



Non dimenticarti di spazzolare la lingua!



Risciacqua, passa il filo interdentale e fai uno sciacquo con il collutorio (senza poi risciacquare)



Et voilà i tuoi denti ringrazieranno!

Il paziente disfagico non collaborante

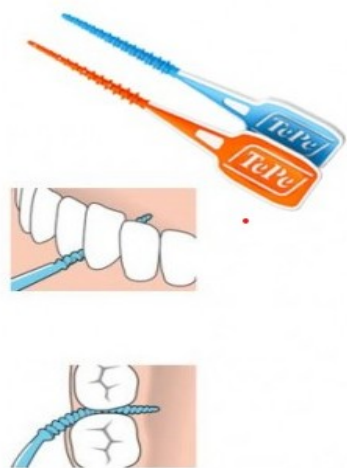
- posizionarlo in sicurezza su un fianco,
- indossare i guanti e utilizzare materiali monouso come garze imbevute di collutorio o spazzolini speciali, preferendo scovolini in gommapiuma con acqua e bicarbonato se le lesioni sono presenti.
- si deterge la bocca dall' interno verso l'esterno, pulendo lingua e palato
- si presta attenzione a rimuovere eventuali protesi.
- paziente semi-seduto o disteso col capo girato da un lato per prevenire soffocamento e aspirazione



Igiene del cavo orale nel paziente nutrito artificialmente

Se il paziente è soporoso e non consuma pasti, ma si nutre solo con alimentazione artificiale, l'igiene della bocca è comunque necessaria: spesso questi pazienti dormono a bocca aperta, e se si omette l'igiene si rischia che si secchino le mucose, si creino lesioni o ancora i batteri presenti in bocca possono dare cattivi odori e provocare infezioni. In questi casi l'igiene del cavo orale va fatta almeno una volta al giorno e se il paziente non ha denti ma dentiera, come nel caso di molti pazienti anziani, va rimossa la dentiera e fatta sulle gengive.





Trattamento Odontoiatrico

Approccio conservativo: Trattare le carie precocemente per evitare dolore e infezioni, preferendo materiali che rilasciano fluoro.

Sedute brevi: Organizzare appuntamenti brevi per non affaticare il paziente.

Sicurezza in studio: Durante le cure, posizionare il paziente con il busto sollevato (30-45 gradi o seduto) per ridurre il rischio di inalazione di materiali di consumo o liquidi.

Uso dell'aspiratore: L'aspirazione costante è obbligatoria per gestire la saliva e i liquidi di irrigazione.

La collaborazione tra odontoiatra, igienista dentale, logopedista e caregiver è fondamentale per garantire la salute orale e prevenire complicanze respiratorie gravi



La cura conservativa

La cura delle carie, il ripristino delle corone dentali in caso di fratture o di carie estese e l'eliminazione di margini dentali taglienti nel paziente disfagico mirano a garantire un'alimentazione sicura e adeguata, prevenendo complicanze gravi quali la polmonite *ab ingestis*, la disidratazione e la malnutrizione.



La verifica della congruità della protesi dentale

Ecco i punti chiave per la verifica:

Aspetti Clinici e Funzionali della Protesi:

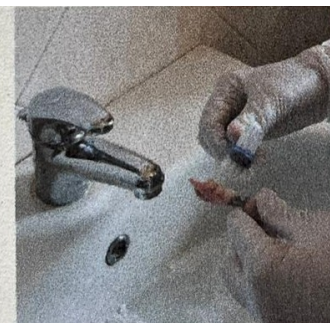
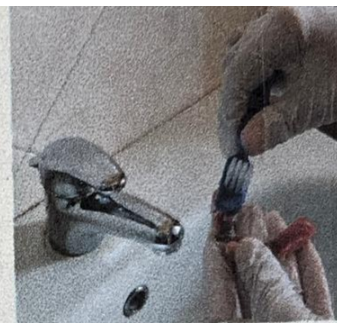
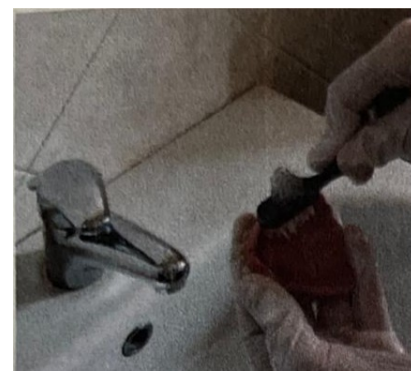
a. Stabilità e ritenzione: La protesi (mobile o fissa) non deve muoversi durante la masticazione o la deglutizione. Una protesi instabile impedisce la corretta formazione del bolo e può causare lesioni mucosali.

b. Dimensione Verticale (DV): È cruciale verificare che la dimensione verticale sia corretta. Una DV ridotta (protesi troppo "bassa") compromette la forza masticatoria; una DV aumentata (protesi troppo "alta") rende difficoltosa la chiusura labiale, fondamentale per la fase orale della deglutizione.

c. Occlusione: I contatti occlusali devono essere bilanciati per garantire una frantumazione efficace del cibo.

d. Gestione della saliva: La protesi non deve ostacolare il flusso salivare né la sua gestione, specialmente in pazienti con ridotta sensibilità orale

Sequenza per la corretta pulizia della protesi mobile



Conclusioni:

Prevenire le
patologie del cavo
orale

Prevenire problemi
di malnutrizione

Prevenire infezioni
del cavo orale

Mantenere
l'integrità e
l'idratazione della
mucosa orale

Prevenire le
infezioni delle
prime vie aeree

Prevenire la
Polmonite da
Aspirazione

Favorire il confort
del paziente

Mantenere le
relazioni sociali

Riduzione delle
complicanze della
PRESBIFAGIA

**Grazie per
l'attenzione!!!**

