

CAPITOLO 1

Principi attivi e meccanismi d'azione nei prodotti per l'igiene orale	10
--	----

CAPITOLO 2

Guida clinica alla prescrizione di dentifrici e collutori	40
--	----

Patologie e condizioni orali	41
Lesioni e malattie odontostomatologiche	71
Patologie sistemiche	78
Disturbi orali	85
Trattamenti odontoiatrici	89
Evolutività	111
Utenze speciali	115
Stili di vita	120
Cosmesi dentale	123
Covid e droplet	127
Odontoiatria di genere	128

COLLUTORI E DENTIFRICI DALL'ANTICHITÀ A OGGI	136
---	-----

GLOSSARIO DEI PRODOTTI PER L'IGIENE ORALE	147
--	-----

PRONTUARIO DEI PRODOTTI PER L'IGIENE ORALE	174
---	-----

COME SI UTILIZZA UN COLLUTORIO

Il collutorio dev'essere utilizzato dopo la detersione meccanica, a meno che non si utilizzi un detergente; in tal caso lo sciacquo dev'essere preliminare allo spazzolamento. Lo sciacquo dev'essere eseguito con la dose indicata dal produttore ed espressa in ml (la maggior parte dei collutori ha un dosatore); la durata dello sciacquo dev'essere di un tempo determinato e stabilito in base alla concentrazione del principio attivo, per garantire la ritenzione del prodotto.

ALCOL E COLLUTORIO

L'alcol viene usato nei collutori come solvente di alcuni principi attivi e come conservante.

L'aumento del consumo di collutori alcolici ha destato un certo allarme nella comunità scientifica e spesso il suo utilizzo è stato messo in relazione con il cancro orale e faringeo, ma il dibattito è rimasto controverso per decenni. Irritazione e disidratazione delle mucose sono le principali correlazioni associate all'utilizzo di un collutorio alcolico e per questo molte aziende hanno eliminato l'alcol dalle proprie produzioni.

Una recente revisione sistematica e metanalisi (27) ha indagato se nei pazienti che usano collutori in modo regolare e continuo, l'assenza o la presenza di alcol influenza il rischio di sviluppare il cancro orale. La conclusione è stata che non è possibile stabilire una chiara relazione causale tra uso del collutorio con alcol e insorgenza del cancro orale.

In una revisione del 2022 (28) si evince che i fattori che possono influenzare il rischio di sviluppare un cancro orale dall'uso di collutorio alcolico includono una maggiore frequenza di risciacquo (più di tre volte al giorno), la durata totale dell'uso del collutorio (più di 35 anni di utilizzo), una scarsa igiene orale e la presenza di altri fattori di rischio (ad esempio, fumo e assunzione di alcol). Lo studio conclude che l'uso di collutori contenenti alcol, in assenza di altri fattori di rischio, non aumenta la probabilità di sviluppare un cancro orale né porta a un aumento dell'acetaldeide salivare. Tuttavia, laddove siano presenti altri fattori di rischio per il cancro orale, l'uso di un collutorio a base di alcol può aumentare ulteriormente tale rischio.

Di fatto nell'insieme non è possibile garantire che l'uso continuativo del collutorio rappresenti un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo del cancro testa e collo. Tuttavia, il rischio aumenta quando si verifica in associazione ad altri fattori di rischio cancerogeni. In ogni caso si raccomanda di prescrivere i collutori contenenti alcol solo al di sopra dei 12 anni.

LE DOSI DI DENTIFRICIO

6 MESI - 2 ANNI



Smear/rice grain (strisciata)

QI ~ 0,1 g

QF ~ 0,14 mg

2-6 ANNI



Pea-size

QI ~ 0,25 g

QF ~ 0,36 mg

ADULTO



Spazzolino pieno

QI ~ 0,8-1 g

QF ~ 0,1,45 mg

LEGENDA

QI - Quantità indicativa

QF - Quantità di fluoro rilasciato

- Sampaio C, Delbem ACB, Paiva MF, Zen I, Danelon M, Cunha RF, Pessan JP. Amount of Dentifrice and Fluoride Concentration Influence Salivary Fluoride Concentrations and Fluoride Intake by Toddlers. Caries Res. 2020;54(3):234-241.
- Hall KB, Delbem AC, Nagata ME, Hosida TY, de Moraes FR, Danelon M, Cunha RF, Pessan JP. Influence of the Amount of Dentifrice and Fluoride Concentrations on Salivary Fluoride Levels in Children. Pediatr Dent. 2016 Oct 15;38(5):379-384.

EROSIONE DENTALE

L'erosione dentale è una perdita progressiva e irreversibile dei tessuti duri causata da acidi non batterici. A differenza della carie, si tratta di un processo chimico diretto che altera l'equilibrio tra demineralizzazione e remineralizzazione, portando nel tempo a una perdita strutturale del dente.

Il processo inizia quando il pH scende al di sotto del valore critico dello smalto – circa 5,5 –, determinando una condizione di sottosaturazione rispetto ai minerali dentali. Se questa situazione si ripete nel tempo, la demineralizzazione diventa irreversibile e può estendersi dalla superficie dello smalto verso la dentina.

L'erosione è una condizione multifattoriale, risultante dall'interazione tra fattori biologici e ambientali (3). Tra i fattori intrinseci rientrano il reflusso gastro-esofageo e il vomito ricorrente, mentre tra quelli estrinseci il consumo frequente di alimenti e bevande acide. Non è però solo la quantità di acido a determinare il danno, ma anche le modalità di assunzione e il tempo di esposizione, in particolare nelle ore notturne, quando il flusso salivare è fisiologicamente ridotto.

Il ruolo della saliva nell'equilibrio orale

La saliva rappresenta il principale sistema di difesa contro l'erosione (4). Attraverso i suoi meccanismi di buffering, clearance e apporto minerale, contribuisce a ristabilire condizioni favorevoli alla stabilità dello smalto. La pellicola acquisita svolge inoltre un ruolo protettivo, agendo come barriera selettiva nei confronti degli acidi. Tuttavia, la sua efficacia è limitata in presenza di esposizioni frequenti o prolungate (5).

La qualità e la quantità della saliva influenzano in modo determinante il rischio erosivo. Una riduzione del flusso salivare, un pH più basso o una ridotta capacità tampone aumentano la suscettibilità alla demineralizzazione e rallentano il recupero dopo un insulto acido.

In questo contesto assumono particolare rilevanza le condizioni di iposalivazione, come la sindrome di Sjögren o l'assunzione cronica di farmaci xerostomizzanti. Queste non rappresentano una causa diretta di erosione, ma aumentano la vulnerabilità dei tessuti dentali riducendo l'efficacia dei meccanismi difensivi. In presenza di esposizioni acide anche moderate, il rischio di danno aumenta in modo significativo.

Dal punto di vista clinico, le fasi iniziali dell'erosione possono essere difficili da intercettare, ma rappresentano una fase ancora potenzialmente reversibile, a condizione che i meccanismi salivari siano efficienti. Questo rende fondamentale una valutazio-

ne precoce e una gestione mirata del rischio.

L'erosione dentale deve quindi essere interpretata come il risultato di uno squilibrio tra fattori aggressivi e capacità difensiva dell'ambiente orale, in cui la saliva rappresenta l'elemento chiave di regolazione. In questa prospettiva, la scelta dei presidi domiciliari non può essere standardizzata, ma deve derivare da una valutazione clinica attenta che consideri i fattori biologici, le abitudini alimentari e le condizioni orali del paziente. L'obiettivo non è semplicemente contrastare l'acido, ma ristabilire un equilibrio favorevole all'interno del cavo orale. In altre parole, non è l'acido da solo a determinare l'erosione, ma il contesto biologico in cui agisce.

Il clinico è quindi chiamato a orientare la prescrizione verso strategie integrate che comprendano, quando necessario, la stimolazione salivare, il controllo della frequenza e delle modalità di assunzione degli acidi e l'utilizzo di prodotti in grado di proteggere le superfici dentali. In questo contesto, dentifrici e creme contenenti idrossiapatite o bioglass, in associazione al fluoro, possono contribuire a migliorare la resistenza dello smalto agli attacchi acidi e a favorire i processi di remineralizzazione. Nei casi in cui sia presente dentina esposta, questi presidi risultano inoltre utili nella riduzione dell'ipersensibilità, migliorando il comfort del paziente e favorendo l'aderenza alle indicazioni terapeutiche.

Caso clinico di erosione dentale da fattori estrinseci

Le immagini (figg. 2 e 3), acquisite a distanza di quattro anni, evidenziano l'evoluzione di lesioni erosive in un paziente di 60 anni.

Il paziente è stato sottoposto a sbiancamento terapeutico per il trattamento di una discromia post-eruttiva di origine farmacologica.

Il quadro clinico è il risultato della combinazione di fattori estrinseci, tra cui l'assunzione frequente di soft drink e bevande sportive, associati a una riduzione del flusso salivare, verosimilmente correlata all'abitudine al fumo.

L'intervento clinico si è focalizzato sull'identificazione e sulla condivisione dei fattori di rischio con il paziente, promuovendo una riduzione delle esposizioni acide e introducendo strategie protettive mirate. In particolare sono state effettuate applicazioni professionali periodiche di vernici al fluoro e prescritti presidi domiciliari continuativi, quali dentifrici, collutori e creme ad azione protettiva, con l'obiettivo di limitare la progressione del danno erosivo e migliorare la resistenza delle superfici dentali.



Fig. 2: erosione da fattori estrinseci con associata riduzione del flusso salivare in un paziente di 60 anni



Fig. 3: lo stesso paziente a distanza di 4 anni

Caso clinico di erosione dentale in paziente con sindrome di Sjögren

Il caso clinico mostrato nella figura 4 mostra erosioni dentali diffuse in una paziente di 50 anni con rilevanti comorbidità sistemiche. La paziente ha subito un intervento sul tratto intestinale nel 2023 e nel 2026 le è stata diagnosticata la sindrome di Sjögren.

Attualmente segue una dieta controllata e ha ridotto significativamente l'assunzione di alimenti acidi, precedentemente frequente.

Utilizza una mascherina rigida notturna ed è sottoposta a monitoraggio periodico dei parametri salivari (flusso e capacità tampone).

Il protocollo in atto è orientato alla stimolazione salivare mediante gomme masticeabili (tre volte al giorno), associata all'impiego domiciliare di dentifrici e creme ad azione protettiva.

In studio vengono effettuate applicazioni professionali ogni 3-4 mesi di vernici al fluoro (NaF 5%) e bioglass con rilascio controllato di calcio e fosfato, con l'obiettivo di ridurre l'ipersensibilità e migliorare la protezione delle superfici dentali nei confronti dei fattori erosivi, sia estrinseci che intrinseci.



Fig. 4: quadro di erosione dentale in paziente con sindrome di Sjögren

Prevenzione e trattamento delle afte

Non essendoci una cura per le afte, il trattamento viene impostato in relazione alla gravità clinica (33). Per episodi isolati di afte semplici che possono guarire in pochi giorni il trattamento topico può essere sufficiente, mentre in casi più gravi e persistenti, con episodi frequenti e molto dolorosi, può essere indicata la terapia farmacologica topica, dove unguenti corticosteroidi sono in prima linea; nei casi più gravi è invece indicata la terapia sistemica.

Nella terapia topica abbiamo a disposizione diverse formulazioni, come gel, collutori o patch. Le varie formulazioni sono volte a creare una barriera protettiva all'ulcera, alleviare il dolore e fornire dei principi attivi per accelerare la guarigione dei tessuti. Possiamo distinguere le diverse funzioni e i principi attivi.

Funzione protettiva: formulazioni in grado di creare dei film superficiali per offrire una barriera fisica protettiva agli sfregamenti durante la fonazione, sbalzi termici od osmotici come l'acido o il salato durante l'alimentazione.

Funzione lenitiva: bisabololo, aloe vera e allantoina sono sostanze in grado di alleviare i sintomi dolorosi attraverso le loro proprietà antinfiammatorie.

Funzione anestetica: gel a base di lidocaina e benzocaina, un'azione temporanea ma utile in casi di dolore persistente.

Funzione rigenerativa: acido ialuronico che grazie alla sua azione idratante e costituente del collagene accelera il processo di guarigione.

Funzione antimicrobica: risciacqui o tocature con clorexidina per evitare le sovra infezioni batteriche che possono mantenere attivo il processo infiammatorio delle lesioni ulcerose.

I prodotti indicati per queste problematiche si trovano nelle voci "Protettivo e lenitivo" del Prontuario.

Caso clinico di aftosi maggiore ricorrente

Si tratta di una paziente affetta da aftosi maggiore ricorrente, con frequenza quasi settimanale (figg. 24, 25, 26 e 27). L'aspetto più peculiare di questo caso è che la paziente non aveva mai presentato episodi aftosi prima della rimozione di un'estesa e calcificata presenza di tartaro che ricopriva completamente le superfici dentarie di entrambe le arcate e parte delle gengive, configurando un quadro di incapsulamento dentale da tartaro massivo, quasi a simulare due "bite" calcificati.

La paziente si presentava sottopeso, stressata, con alitosi marcata e gravi difficoltà



Fig. 24: aftosi maggiore ricorrente, labbro inferiore



Fig. 25: aftosi maggiore ricorrente, lingua

Nei soggetti con elevato rischio di carie o presenza di lesioni iniziali (white spot), è consigliabile seguire protocolli remineralizzanti a base di fluoruri e calcio, in associazione a controlli professionali regolari.

ALLERGIE

Per individuare possibili pazienti allergici è necessario compilare un'anamnesi completa e dettagliata che riguardi la salute generale del paziente per avere tutti gli elementi necessari a valutare se si tratta di un individuo con allergie conclamate o che abbia già avuto in passato fenomeni di ipersensibilità a un determinato prodotto.

Soprattutto nei paesi industrializzati, negli ultimi anni si è assistito a un aumento delle reazioni avverse ai farmaci, ad alimenti o a componenti vegetali a causa di un crescente uso e abuso di farmaci. Queste allergie o ipersensibilità si manifestano spesso anche a carico del cavo orale (57) e sono dovute all'utilizzo o all'ingestione di prodotti allergenici quali i derivati delle proteine del latte, le uova, il glutine e sostanze schiumogene come il sodium lauryl solfato (SLS), comunemente impiegato nelle paste dentifricie. Queste sostanze si trovano nei prodotti orali come additivi, conservanti ed eccipienti. Nei soggetti allergici al latte e i suoi derivati si deve evitare l'applicazione di prodotti che li contengano. Alcune persone sono allergiche agli alogeni; in tal caso si devono evitare i prodotti contenenti fluoro. Prima di prescrivere o consigliare un certo prodotto, è quindi necessario assicurarsi che il paziente non sia intollerante allo stesso o ad un suo componente, onde evitare l'insorgenza di manifestazioni allergiche.

TRATTAMENTI ODONTOIATRICI

ORTODONZIA

Il paziente in trattamento ortodontico richiede un piano preventivo dedicato, finalizzato a ridurre sia il rischio di carie, sia quello di gengivite e malattia parodontale. Tali prodotti devono affiancarsi alle indicazioni igieniche specifiche per ciascun tipo di apparecchio ortodontico e ai consigli dietetici mirati alla prevenzione della carie. L'apparecchio ortodontico (fisso, mobile, allineatori trasparenti o contenzioni con



Fig. 28 e 29: le immagini evidenziano come bracket (attacco ortodontico) e attachment (ritenzioni attive per dirigere le forze) favoriscano la ritenzione di biofilm batterico

mascherine) favorisce l'accumulo di placca batterica in corrispondenza di bande, bracket, attacchi e legature (figg. 28 e 29); l'igiene orale diventa pertanto più complessa e richiede protocolli mirati di prevenzione e controllo domiciliare.

Nell'ortodonzia ortopedica-correttiva (dispositivi mobili, fig. 30), si applicano gli stessi principi igienici degli allineatori e delle contenzioni; in presenza di ancoraggi intraorali (ad esempio bande sui molari, fig. 31), è necessaria una detersione scrupolosa con spazzolino e scovolini di grosso diametro nelle aree di aggancio e anche l'uso dell'idropulsore può diventare un ottimo alleato per il mantenimento igienico orale grazie alla sua azione espulsiva dei residui di cibo dalle nicchie meccaniche.

Nell'ortodonzia fissa è essenziale la detersione dopo ogni pasto delle superfici aggiuntive (bande e bracket) e delle zone circostanti: lo spazzolino elettrico oscillante-rotante e lo scovolino interdentale rappresentano strumenti chiave per la rimozione meccanica efficace della placca. La presenza di archi e bracket rendono difficile la rimozione di placca ed è una trappola per i residui di cibo; il paziente nelle prime fasi ha bisogno di un sostegno da parte dell'igienista dentale per eseguire al meglio le cure domiciliari.

Come si evince da un recente studio (58), l'ortodonzia fissa predispone maggiormente il paziente ad avere gengivite rispetto agli allineatori trasparenti, anche quando i pazienti sono attenti all'igiene domiciliare.

Nei pazienti con ortodonzia fissa e gengivite ipertrofica (figg. 32, 33, 34, 35 e 36) si devono considerare anche i co-fattori biologici (alterazione del microbioma orale, fenotipo gengivale, fase ormonale, aumento dei marker infiammatori, età, sesso) e meccanici (forze ortodontiche, bracket metallici, forze elastomeriche e durata del trattamento), che oltre alla placca batterica possono favorire l'aumento di volume gengivale compromettendo l'esito ortodontico e il mantenimento igienico.

Nell'ortodonzia con allineatori invisibili o contenzioni rimovibili (fig. 37), la detersione quotidiana del dispositivo è fondamentale: può essere effettuata con spazzolino morbido e detergente delicato (vedi Prontuario alla sezione "Detergente"), oppure tramite compresse effervescenti dedicate (fig. 38), seguite da spazzolamento. Questo riduce la carica microbica batterica e fungina, previene l'ingiallimento e preserva la trasparenza del dispositivo, evitando di compromettere l'effetto estetico del trattamento.

BISAVOLO (BISABOLOLO) Sostanza contenuta in molti oli essenziali. Il bisabolo è estratto dai fiori di camomilla: erba medicamentosa e ricca di sostanze attive utilizzata nei casi in cui la cute è delicata, irritata da trattamenti chimici. Ha proprietà calmanti, protegge la cute, idrata l'epidermide e ha proprietà lenitive, addolcenti, distensive e rinfrescanti. Principio attivo per fitocosmesi.

BLU BRILLANTE Colorante alimentare sintetico solubile in acqua. Indicatore per il cerate oxidimetry. Derivato complesso del trifenilmetano.

CALCIO GLUCONATO Deriva da fonti naturali come latticini, mandorle, soia, gamberetti, salmone, melassa ecc. Previene l'osteoporosi ed è usato come antidoto nelle intossicazioni da magnesio. Aiuta la formazione di ossa e denti e ha funzione antiacida.

CALCIO OROTATO Il termine orotato sta ad indicare che il calcio ha subito un processo di chelazione che rende il minerale biodisponibile, cioè penetrante più velocemente e facilmente all'interno delle cellule. I livelli di assorbimento dei minerali orotati sono elevati e arrivano fino al 90%, mentre le altre forme (fosfati, carbonati e ossidi) vengono assorbiti dall'1% al 9% e i gluconati dal 30% al 35%. Gli orotati hanno particolare affinità con strutture di origine mesenchimatica: osso, cartilagine, fegato, cuore, ecc.

CALENDULA Pianta officinale erbacea annuale appartenente alla famiglia delle composite. Le parti utilizzate sono ricche di oli essenziali, resine e mucillagini. Le proprietà terapeutiche sono: antispasmodiche, emollienti, lenitive e decongestionanti.

CAMOMILLA (MATRICARIA CHAMOMILLA) Pianta che cresce spontaneamente in Europa, Asia e America settentrionale, nei campi di frumento, nelle zone submontane fino al mare. Agisce come antinfiammatorio ed è spasmolitica sulla mucosa gastrica e duodenale; è anche cicatrizzante, immunostimolante e antibatterico per uso topico. Interferisce nell'assorbimento del ferro e altri minerali. Utilizzata per alleviare la nevralgia del trigemino e altre odontalgie.

CARBOPOL 956 Ingrediente nei gel sbiancanti insieme a glicerina, acqua depurata, perossido di idrogeno, saccarina, idrossido di sodio, pirofosfato acido di sodio e stannato di sodio. Si può trovare nelle strisce sbiancanti AZ Whitestrips. Carbopol è un polimero usato sotto forma anidra o acquosa e, inserito in prodotti a base di perossido di carbammide e perossido di idrogeno, svolge un'azione stabilizzatrice verso il perossido di carbammide.

CARRAGENINA (E407) Stabilizzante delle emulsioni, filmante, addensante viscosizzante. Fa parte degli idrocolloidi. Il nome deriva probabilmente dalla cittadina irlandese di Carrageen, nota per l'Irish moss pudding, preparato culinario a base di latte e alghe. Utilizzato soprattutto come additivo nell'industria alimentare.

CENTELLA ASIATICA Pianta originaria dei paesi caldi, soprattutto India e Pakistan. Il suo nome vuol dire "pianta della longevità". Questa pianta ha un particolare trofismo per il tessuto connettivo stimolando principalmente la sintesi di glicosaminoglicani e, in misura minore, la sintesi delle componenti fibrillari (collagene ed elastina). Ha proprietà lenitive, astringenti, decongestionanti, vasoprotettive, trofico-cicatizzanti e favorisce la riparazione dei tessuti.

CETRARIA ISLANDICA Lichene costituito dall'unione di un fungo e un'alga, contiene polisaccaridi e acidi lichenici che, aumentando l'attività dei macrofagi, possono agire come agenti antimicrobici naturali. Il lichene artico cresce spontaneamente nelle lande del nord senza l'uso di fertilizzanti e la sua sopravvivenza è affidata unicamente alle capacità della natura. Per secoli è stato una risorsa importante per le popolazioni scandinave, aiutandole a mantenere la salute nel periodo più freddo, contro i rischi di raffreddore, bronchiti, pertosse e asma.

CETILPIRIDINIO CLORURO (CPC) Le molecole di CPC in soluzione acquosa, a differenza di placca e batteri, hanno carica ionica positiva. Per questo motivo il CPC si attacca elettrostaticamente alla superficie della placca e dei batteri, rimuovendoli.

CITRATO DI ZINCO Integratore che previene lo sviluppo della placca mineralizzata. Il citrato di zinco è utilizzato come antitartaro in molti dentifrici.

CLOREXIDINA Composto fortemente basico e idrosolubile, particolarmente attivo sui principali microrganismi presenti nel cavo orale causa primaria delle infezioni orali e della formazione della placca batterica. Studi clinici hanno dimostrato la sua capacità, alle diluizioni d'uso, di disgregare la matrice della placca batterica e di possedere una attività residuale di 12 ore. Ha pertanto effetto antisettico e antiplacca. Alla concentrazione dello 0,12% previene lo sviluppo della placca dentale e rimuove i depositi riducendo al minimo gli effetti collaterali quali pigmentazione, desquamazione, alterazioni del gusto. Ha attività battericida. Viene parzialmente inattivata dal sodio lauril solfato, pertanto è inutile nei presidi (dentifrici soprattutto) che contengono questo composto. I colluttori che la contengono devono essere usati 30 minuti dopo l'uso del dentifricio.

CLORURO DI CALCIO (E509) Sale di calcio dell'acido cloridrico, a temperatura ambiente si presenta come una polvere cristallina bianca molto solubile in acqua e abbastanza solubile in etanolo. Additivo ad azione desensibilizzante.

CLORURO DI POTASSIO (E508) Sale di potassio dell'acido cloridrico, a temperatura ambiente si presenta come una polvere cristallina bianca. In natura si trova nel minerale silvinita, combinato al cloruro di sodio viene anche estratto dall'acqua marina e purificato per cristallizzazione, flottazione o separazione elettrostatica. Materia prima per produrre idrossido di potassio, è un additivo alimentare e in ambito medico è utilizzato per trattare l'ipocalcemia, l'avvelenamento da digitale e per reintegrare elettroliti. Ha un'azione desensibilizzante per inibizione dello stimolo doloroso.

PRONTUARIO DEI PRODOTTI PER L'IGIENE ORALE

Questo prontuario raccoglie una selezione di prodotti per l'igiene orale organizzati secondo una logica clinica, con l'obiettivo di supportare il professionista nella scelta consapevole dei presidi più appropriati.

Per ciascun prodotto sono riportati:

- il nome commerciale;
- la formulazione;
- una descrizione sintetica;
- l'azione nel cavo orale.

All'interno della descrizione vengono evidenziati i principali principi attivi e alcune caratteristiche rilevanti ai fini clinici, quali la presenza o assenza di alcol, fluoro e SLS, il grado di abrasività nei dentifrici – quando dichiarato – e le modalità di utilizzo.

Le sigle riportate a lato di ciascun prodotto identificano le diverse azioni. Uno stesso prodotto può presentare più indicazioni, in relazione alla composizione e alla sinergia dei principi attivi.

I prodotti inclusi non rappresentano la totalità delle soluzioni disponibili sul mercato, ma sono stati selezionati secondo criteri clinici e terapeutici, privilegiando:

- dispositivi medici;
- linee professionali;
- formulazioni con principi attivi supportati da evidenze scientifiche aggiornate.

Questo prontuario non nasce con finalità prescrittive, ma come strumento di orientamento: la scelta del prodotto deve sempre derivare da una valutazione clinica individuale, basata sul rischio, sui bisogni del paziente e sul contesto.

La lettura e l'utilizzo del prontuario si inseriscono in un approccio di prevenzione guidata e personalizzata, in cui il prodotto rappresenta uno strumento e non il punto di partenza.

LEGENDA FORMULAZIONI

C	COMPRESSE
CL	COLLUTORIO
CE	CERA
D	DENTIFRICIO
G	GEL
M	MOUSSE
P	PROBIOTICO
PA	PASTA
S	SPRAY

LEGENDA AZIONI

SIGLA	AZIONE	DESCRIZIONE
AM	Antimicrobico	Sostanze ad azione battericida o batteriostatica a seconda della concentrazione
AP	Antiplacca	Sostanze in grado di rallentare o impedire lo sviluppo dei batteri orali
AA	Anti alitosi	Contenenti sostanze specifiche anti-alitosi. Si tenga presente che ogni sostanza antimicrobica ha un'azione anti alitosi.
AI	Antinfiammatorio	Sostanze con effetto analgesico e che riducono i processi dell'infiammazione
AB	Abrasivo	Sostanze che attraverso l'abrasività e l'azione meccanica rimuovono i pigmenti di natura esogena
AC	Anticarie	Prodotti che contengono principi attivi dall'attività anticarie riconosciuta e/o effetto remineralizzante
AS	Astringente	Proprietà astringenti, aiuta a ridurre l'infiammazione delle gengive e a restringere i tessuti, contribuendo a prevenire il sanguinamento gengivale
DSM	Desensibilizzante delle mucose	Prodotti con proprietà lenitive, calmanti del dolore e talvolta protettivi se in grado di formare una pellicola sulla mucosa
DS	Desensibilizzante dentinale	Prodotti contenenti sostanze che occludono i tubuli dentinali e/o agiscono sulle fibre nervose riducendo lo stimolo che provoca il dolore
DT	Detergente	Sostanze che servono a rimuovere le impurità attraverso l'azione di tensioattivi ed enzimi
PL	Protettivo e lenitivo	Proprietà calmante dei processi dolorosi e protettiva attraverso la formazione di un film protettivo sulle mucose
PB	Azione probiotica	Prodotti contenenti probiotici, in grado di ristabilire l'eubiosi orale, mantenendo un microbiota orale sano
SS	Sostituti salivari	Formulazioni che aiutano a contrastare la xerostomia idratando e lubrificando la cavità orale imitando la saliva naturale
SB	Sbiancante	Sostanze che per abrasività o per azione chimica sono in grado di rimuovere i pigmenti dalla superficie dei denti e, nel caso dei perossidi, anche dal loro interno

PRONTUARIO DEI PRODOTTI PER L'IGIENE ORALE

NOME COMMERCIALE	FORMA	DESCRIZIONE	AZIONE
AftaMed Gel Forte	G	Gel studiato per ridurre il dolore in caso di afte molto estese e dolorose. Grazie all'elevata muco adesività, il gel forma uno "scudo" protettivo e lenitivo che isola le lesioni dagli stress meccanici e chimici (sfregamento, saliva, cibo, ecc.). Contiene acido ialuronico ad alta concentrazione e peso molecolare.	AI PL AS
Alovox Gel	G S CL	Gel a base di acido ialuronico, aloe vera e polivinilpirrolidone (PVP) . Forma una barriera che protegge le lesioni (afte, stomatiti, traumatiche) riducendo il dolore e favorendo la cicatrizzazione. Disponibile anche in formulazione spray e collutorio.	DSM PL
Alovox Afte e Mucositi	CL	Collutorio a base di acido ialuronico, aloe vera e pantenolo , indicato nel trattamento di afte diffuse e prolungate, mucositi da radio/chemioterapia.	DSM PL
Aminogam Gel	G	Gel a base di acido ialuronico stimola la guarigione dei tessuti orali, ideale in caso di ferite, dopo interventi di chirurgia orale, stati infiammatori o lesioni date da apparecchi o protesi. La sua formula aiuta a rigenerare e proteggere le mucose orali.	DSM PL
Aminogam Collutorio	CL	Collutorio a base di acido ialuronico stimola la guarigione dei tessuti orali, ideale in caso di ferite, dopo interventi di chirurgia orale, stati infiammatori o lesioni date da apparecchi o protesi. La sua formula aiuta a rigenerare e proteggere le mucose orali.	DSM PL
AZ Pro Expert Prevenzione Superiore	D	Contiene fluoruro stannoso stabilizzato , una combinazione di agenti attivi che contrastano problemi del cavo orale, quali: carie, placca, disturbi gengivali, sensibilità, prevenzione discromie, alito cattivo, tartaro ed erosione dello smalto.	AM AP
AZ Pro-Expert Sbianca e Protegge	D	Contiene fluoruro stannoso stabilizzato e silice idrata , combinazione di agenti attivi che contrastano problemi del cavo orale, quali: carie, placca, disturbi gengivali, sensibilità, discromie, alito cattivo, tartaro ed erosione dello smalto. Azione sbiancante: rimuove le macchie superficiali.	AM SB
Betadine	CL	Collutorio antisettico a base di povidone-iodio . Evitare l'uso prolungato in pazienti con disturbi tiroidei o in terapia con litio. Effetti indesiderati: mucositi idiosincrasiche e reazioni da ipersensibilità; possibili interferenze con i test di funzionalità tiroidea e con i test di ricerca del sangue occulto.	AP AM AS
Biotène	D	Dentifricio contenente lisozima, lattoferrina, lattoperossidasi . Contiene fluoro , non è abrasivo e irritante, contribuisce a potenziare i meccanismi fisiologici di difesa migliorando la salute orale, prevenendo la formazione di placca batterica. Specifico per pazienti che soffrono di xerostomia di lieve entità.	AC AP SS