



# Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE**

***POPOLAZIONE TOSSICODIPENDENTE: INDICAZIONI PER LA PROMOZIONE  
DELLA SALUTE ORALE ED INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE.***

**Dicembre 2012**

# **INDICE**

<b>PREMESSA</b>	<b>pag. 3</b>
<b>OBIETTIVO</b>	<b>pag. 5</b>
<b>AMBITO DI APPLICAZIONE</b>	<b>pag. 5</b>
<b>INDICAZIONI</b>	<b>pag. 6</b>
<b>AGGIORNAMENTO</b>	<b>pag. 11</b>
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</b>	<b>pag. 11</b>

## **PREMESSA**

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi rappresentano, in Italia, un problema di salute pubblica, sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (dipendenza patologica, overdose, comorbilità psichiatrica e patologie infettive droga-correlate), sia per la popolazione generale non direttamente esposta.

Le analisi del consumo di sostanze stupefacenti in Italia sono state eseguite utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative. Il numero totale dei consumatori (occasionalmente più quelli con dipendenza da sostanze-uso quotidiano) è stimato in circa 2.924.500. I soggetti tossicodipendenti con bisogno di trattamento sono circa 394.000 e rappresentano il 9,95/1.000 residenti di età compresa tra i 16 ed i 64 anni.

Relativamente alle sostanze d'abuso, nel corso del 2010, sono state rilevate le attività di 486 Servizi pubblici per le dipendenze, su 525 attivi (92,6 %). Risultano essere stati presi in carico 177.227 pazienti con problemi di sostanze d'abuso.

La sostanza d'abuso per cui la richiesta di trattamento è più diffusa è l'eroina (70,1% dei pazienti), seguita dalla cocaina (15,2%) e dai cannabinoidi (9,2%). L'8,7% del totale dei pazienti presi in carico dai Servizi pubblici è stato trattato presso le strutture riabilitative; presso i Servizi pubblici, il 62,9% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici integrati.

Relativamente all'età, negli adolescenti l'età del primo abuso di stupefacenti si è drammaticamente ridotta.

Particolarmente frequente, nei soggetti tossicodipendenti è il riscontro di patologie infettive droga-correlate quali HIV ed epatiti.

Secondo i dati rilevati nel 2009, la percentuale dei pazienti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze sieropositivi per l'HIV, rispetto al totale dei testati, è pari all'11,5% (in diminuzione dal 2000); per l'epatite B e per l'epatite C tale dato assume il valore, rispettivamente, del 36,2% e del 58,5% (entrambi in diminuzione). E' da sottolineare, però, che i test vengono effettuati in numero minore al 50% nei nuovi ingressi. Le percentuali di positività, per tutte le patologie infettive, sono più elevate nel sottogruppo di pazienti già in carico dagli anni precedenti o rientranti, di sesso femminile, e sono variabili da Regione a Regione.

La prevalenza maggiore di patologie infettive (70%-90%) riguarda soggetti che fanno uso di droghe per via intravenosa.

La co-infezione HIV/HCV è presente nel 95,2% dei soggetti affetti da HIV e la prevalenza degli anticorpi HIV-Abs nei pazienti infetti da HCV arriva all'8,99%. L'infezione da HCV nei pazienti cocaina-dipendenti è del 9,5%.

In merito allo stato di salute orale, nei soggetti tossicodipendenti, è alta l'incidenza di carie e malattia parodontale.

La patologia cariosa è, solitamente, distruente ("meth mouth"): colpisce zone molto estese dello smalto specialmente a livello cervico-vestibolare e determina l'insorgenza di sintomatologia dolorosa solo in stadi molto avanzati quando è più difficile l'intervento di tipo conservativo. Tale situazione è particolarmente evidente nei soggetti dediti all'abuso di metamfetamine (MA).

Nei pazienti tossicodipendenti, inoltre, è alta anche l'incidenza di malattia parodontale ulceronecrotica.

I fattori eziopatogenetici più importanti sono da imputare alla scarsa igiene e, quindi, al particolare accumulo di placca batterica, a carenze nutrizionali, a traumi occlusali secondari, ad alterazioni salivari (soprattutto xerostomia) ed agli stati immudodepressivi.

Alla base delle patologie sopra esposte sussistono anche cause di natura sociale.

Infatti, il contesto socio-ambientale, in alcuni casi di particolare degrado ed emarginazione e gli aspetti tipici dei tossicodipendenti, comportano una mancanza di interesse per la cura personale e per l'igiene, con scarsa consapevolezza dei rischi medici ed infettivi. Inoltre, a favorire l'insorgenza di patologie particolarmente distruenti, gioca un ruolo fondamentale il ridotto accesso alle cure per svariati motivi (carenze economiche, difficoltà di accesso alle strutture pubbliche, difficoltà di accesso all'offerta libero-professionale anche per scarsa disponibilità degli operatori).

Nei pazienti tossicodipendenti HIV positivi, a causa della peculiarità dello stato di malattia, è necessario ridurre al minimo e magari eliminare del tutto le infezioni ivi comprese quelle che possono manifestarsi nel cavo orale (carie destruenti, parodontopatia, ascessi, granulomi apicali, ecc). Queste possono costituire il punto di partenza di infezioni sistemiche più gravi tali da minare il già precario stato di salute generale dell'individuo HIV positivo.

Inoltre, in alcune fasi della malattia, è possibile l'insorgenza di infezioni opportunistiche a maggior sviluppo nel cavo orale (CMV, Herpes Simplex, EBV) come pure, nelle forme più avanzate, è possibile lo sviluppo di forme neoplastiche quali il sarcoma di Kaposi.

Nei pazienti tossicodipendenti HCV positivi, infine, numerose patologie del cavo orale sono legate a disfunzioni del sistema epatico.

Le problematiche patologiche del cavo orale contribuiscono, anche, ad impedire il recupero sociale dei tossicodipendenti in virtù del fatto che questi individui presentano situazioni estetiche (edentulia parziale e/o totale, presenza di residui radicolari, carie destruenti) non compatibili con il loro reinserimento in una società quale la nostra, particolarmente attenta all'immagine.

Le difficoltà relative al trattamento di pazienti contemporaneamente portatori dei virus HIV e HCV positivi non sono, quindi, solo legate al quadro patologico complesso e multiforme ma anche alla difficoltà di organizzare un'adeguata offerta di servizi.

La gestione di queste condizioni di comorbidità alla tossicodipendenza rappresenta frequentemente una sfida per l'odontoiatra, sia per le complicanze annesse all'abuso di droghe, sia perché i pazienti tossicodipendenti sono frequentemente resistenti a seguire le indicazioni relative alla prevenzione delle patologie orali e a rispettare gli appuntamenti terapeutici fissati.

E' importante, pertanto, specie in ambienti di comunità, inserire i pazienti tossicodipendenti in programmi specifici basati su precise linee di intervento nei diversi settori dell'odontoiatria, con particolare attenzione alle esigenze del singolo paziente, tenendo conto anche di quanto stabilito nel Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 2010, che mira a rafforzare gli interventi di prevenzione basati su prove di efficacia. In particolare, il Piano sottolinea la necessità di implementare, nei Servizi per le tossicodipendenze, tra le altre cose, azioni di prevenzione delle patologie correlate all'uso/abuso di droghe.

## **OBIETTIVO**

Obiettivo del presente documento è fornire indicazioni per promuovere la salute orale e prevenire le patologie orali nei soggetti tossicodipendenti, e, nel contempo, evitare l'evenienza di infezioni occupazionali.

## **AMBITI DI APPLICAZIONE**

**Dove:** Le indicazioni trovano applicazione in tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, deputate alla presa in carico dei tossicodipendenti.

**A chi:** Le indicazioni sono rivolte a tutti gli odontoiatri ed igienisti dentali.

## INDICAZIONI

*1. Nei tossicodipendenti, è importante la promozione della cura personale e dell'igiene, ivi compresa quella orale. E' importante, altresì, ogni azione di prevenzione della carie e la rimozione di focolai infettivi cronici presenti nel cavo orale.*

Il contesto socio-ambientale di provenienza di molti individui tossicodipendenti è quasi sempre di degrado ed emarginazione e gli aspetti caratteriali tipici, in special modo di coloro che sono dediti all'uso di eroina, comportano una mancanza d'interesse per la cura personale e per l'igiene, con una scarsa consapevolezza dei rischi medici ed infettivi.

L'abuso di droghe analgesiche porta, inoltre, ad un aumento della soglia del dolore, con la conseguente mancanza di percezione algica ed ulteriore indifferenza verso eventuali cure mediche. Tutto ciò fa sì che i pazienti si sottopongono alle cure odontoiatriche in fasi avanzate della patologia odontoiatrica, riducendo notevolmente le possibilità terapeutiche di tipo conservativo.

In presenza di carie, i siti di distruzione dei tessuti duri dei denti, poiché non facilmente detergibili, determinano la replicazione di specie batteriche acidogene che incrementano e amplificano il progredire della patologia nel tempo, fino alla possibile insorgenza di quadri clinici di edentulia. Di conseguenza, la difficoltà di masticazione indirizza verso una dieta scarsa di fibre costituita da cibi morbidi, frequentemente ricchi di zuccheri, con elevata adesività. Tale situazione diminuisce l'auto detersione dei tessuti orali sostenuta da una corretta funzione (*clearance* orale individuale).

Frequentemente, a peggiorare il quadro clinico sono il concomitante utilizzo di alcool che provoca un'acidosi orale e l'uso di tabacco che, a causa dello sviluppo localizzato di temperature alte ed all'azione diretta della nicotina, causa ipercheratosi, alterazioni della vascolarizzazione, fenomeni di inibizione della migrazione leucocitaria, parodontopatia con conseguente ulteriore maggior cario- recettività.

Inoltre, per la sicurezza del paziente, sono da evitare le infezioni croniche dentarie fonti di patologia metafocale.

Nell'ipotesi di impossibilità di trattamento conservativo-endodontico, è consigliata la rimozione chirurgica degli elementi dentari interessati.

*2. Nella prevenzione delle patologie del cavo orale, è importante l'applicazione di un modello educativo comportamentale relativo ad un corretto stile di vita.*

I pazienti tossicodipendenti devono essere educati ad un nuovo modello comportamentale comprendente un'alimentazione ricca di fibre, frutta, verdura, povera di grassi associata ad attività fisica con astensione da alcool, fumo, caffeina.

E' importante il controllo dell'assunzione di zuccheri. Infatti, soprattutto nel periodo astinenziale, gli individui tossicodipendenti tendono verso un compulsivo desiderio di cibi ad alto contenuto di zuccheri e, specie nei consumatori di eroina e cocaina, le transitorie iperglicemie seguite da periodi di ipoglicemia, portano ad una non controllata assunzione di sostanze zuccherate.

Inoltre, si impone un attento controllo anche durante le terapie di disintossicazione visto che il metadone è spesso somministrato in soluzioni ad alto contenuto di zucchero.

***3. Nei pazienti tossicodipendenti, data la maggiore incidenza di patologie parodontali, vanno applicati protocolli di igiene orale professionale seguiti da rigoroso follow-up.***

Nel paziente tossicodipendente, specie se HIV, HBC, HCV positivo, si consigliano manovre di igiene orale professionale almeno ogni tre mesi o ad intervalli anche inferiori, se necessario. In tutti i casi, una seduta di igiene orale professionale è altamente raccomandata prima di qualsiasi altra terapia odontoiatrica.

Nei pazienti HIV positivi, le procedure di *scaling*, *courettage* e *root planing* possono essere eseguite senza rischio alcuno e deve essere incentivato l'utilizzo di vernici al fluoro per prevenire carie secondarie a xerostomia da farmaci (es. inibitori della trascrittasi inversa).

***4. Dato il maggior rischio di lesioni patologiche del cavo orale nei pazienti tossicodipendenti, è importante un accurato esame obiettivo dei tessuti duri e molli orali/periorali e, nel caso di lesioni in atto, di stretto follow-up.***

L'esame obiettivo del cavo orale, preceduto da apposita indagine radiografica volta all'attenta verifica dello stato dei tessuti duri, deve sempre comprendere, oltre all'esame degli stessi, un'attenta valutazione anche dello stato di salute delle mucose orali, da eseguirsi con procedura clinica standardizzata che consente di esaminare in maniera metodica le diverse regioni dei tessuti molli orali.

L'esame obiettivo dei tessuti molli endorali deve sempre concludersi con la palpazione dei linfonodi regionali delle stazioni cervicali superiori, pre-auricolari e sottomentali.

In presenza di lesioni patologiche dei tessuti molli, l'attenzione va focalizzata sulla valutazione di eventuali segni di malignità, quali: ulcerazione, lesione di colore rosso o leuco-eritroplastica, lesione presente da più di 14 giorni, rapida velocità di crescita, sanguinamento allo scraping o al trauma lieve, indurimento della lesione e dei tessuti vicini, fissazione ai tessuti profondi.

***5. Prima di eseguire procedure odontoiatriche, nei pazienti tossicodipendenti, HIV, HCB, HCV positivi, è necessaria un'attenta valutazione dello stato di immunodepressione, delle condizioni sistemiche, della eventuale presenza di discrasie ematologiche e delle terapie farmacologiche assunte.***

Il trattamento odontoiatrico di pazienti HIV positivi, asintomatici od in fase iniziale di malattia, richiede le stesse accortezze che vengono usualmente adoperate per la popolazione in generale: pertanto, ogni tipo di prestazione odontostomatologica può essere effettuata secondo la necessità e la richiesta.

In caso di pazienti HIV positivi, in fase conclamata o avanzata di malattia, è opportuna la esecuzione di esami di laboratorio al fine di verificare l'eventuale presenza di discrasie ematiche (trombocitopenia, neutropenia).

In presenza di linfocitopenia (livelli ematici di linfociti T helper CD4+ inferiori a 200/mm<sup>3</sup>), pur essendo presente il rischio di infezioni virali e micotiche, possono essere erogate prestazioni routinarie odontoiatriche anche senza profilassi antibiotica.

In presenza di granulocitopenia (neutrofili < 500/mm<sup>3</sup>), è alto il rischio di infezioni batteriche e, pertanto, procedure odontoiatriche, anche di igiene orale professionale, necessitano di adeguata profilassi antibiotica, secondo i protocolli in uso per la prevenzione dell'endocardite batterica.

In caso di trombocitopenia (piastrine < 50.000/mm<sup>3</sup>), tempo di protrombina > 2 volte il valore normale, tempo di tromboplastina parziale > 10 sec. oltre il valore normale, essendo alto il rischio di emorragia, è opportuno la sola esecuzione di prestazioni di odontoiatria conservativa ed endodontica, mentre interventi di chirurgia odontostomatologica necessitano di adeguata profilassi antiemorragica.

In caso di anemia (Hb < 7 gr/dl), è opportuno il ricorso solo a trattamenti di odontoiatria conservativa.

In presenza di pazienti tossicodipendenti, HBV/HCV positivi, il rischio di complicazioni conseguenti all'erogazione di prestazioni odontoiatriche è legato al grado di funzionalità epatica.

In caso di forme sintomatiche con insufficienza epatica, è opportuna l'esecuzione solo di terapie odontoiatriche semplici. Allo stesso modo, è buona norma prevenire l'evenienza di tossicità farmacologica (es. max 3.5 ml di anestetico locale o evitare farmaci a metabolismo epatico),

valutare l'opportunità di una profilassi antiemorragica e di un'adeguata terapia antibiotica quando sono necessari interventi di chirurgia parodontale o estrattiva.

**6. Prima di qualunque trattamento odontoiatrico è consigliato uno sciacquo con clorexidina allo 0,2% per 1 minuto.**

L'utilizzo di clorexidina consente la riduzione della carica batterica orale e minimizza il rischio di diffusione batterica conseguente ad ogni manovra odontoiatrica nei pazienti con deficit immunitario. Non vi è, invece, evidenza scientifica che l'uso di questi sciacqui prevenga le infezioni tra pazienti e personale odontoiatrico sanitario.

Nei pazienti trattati chirurgicamente, è consigliato l'utilizzo di sciacqui domiciliari con clorexidina allo 0,2%, usata ad intervalli che variano dalle 3 volte al giorno ad uno sciacquo/die, a giorni alterni, a seconda del tipo di trattamento terapeutico eseguito.

**7. Nella presa in carico di un paziente tossicodipendente è importante, in primis, la risoluzione della condizione clinica di urgenza odontoiatrica.**

***Ove necessario, possono essere erogate, in sequenza temporale, prestazioni di chirurgia estrattiva, quindi, di terapia conservativa ed endodontica, infine, di terapia protesica tradizionale e/o implanto-supportata.***

L'esecuzione di riabilitazioni protesiche e/o implanto supportate di complessa realizzazione possono essere eseguite secondo le aspettative del paziente ma sempre sotto stretto controllo delle condizioni sistemiche e con verifica attenta del mantenimento di un soddisfacente livello di igiene orale.

Nei pazienti in fase conclamata ed avanzata di AIDS, è consigliata l'esecuzione solo di cure strettamente necessarie.

**8. Nella cura di pazienti tossicodipendenti affetti da HIV, HCV, HBV, al fine di evitare la possibilità di infezione occupazionale, è importante l'utilizzo di specifici dispositivi di protezione durante ogni procedura diagnostico-terapeutica.**

Prima dell'inizio di ogni intervento diagnostico-terapeutico, è consigliata:

- la protezione degli strumenti operativi non autoclavabili (es. fruste della faretra del riunito, tubi dell'aspiratore chirurgico e dell'aspirasaliva) e delle superfici di contatto clinico (es. maniglie della

lampada, maniglie dei cassetti del servitore, terminale della lampada per la polimerizzazione dei compositi) con pellicola adesiva monouso;

- la predisposizione preventiva di tutto il materiale necessario alla cura;
- l'utilizzo di specifici dispositivi di protezione individuale (DPI), quali:

- camice monouso in TNT. Questo deve essere utilizzato e dall'operatore e dal paziente positivo; va rimosso immediatamente dopo il completamento della prestazione terapeutica e prima di abbandonare l'area di cura;
- mascherine in TNT ad aumentato potere filtrante, da cambiare ogni 30' e dopo ogni paziente;
- doppi guanti. Sebbene l'efficacia di indossare doppi guanti per prevenire la trasmissione delle malattie non sia dimostrata, la maggior parte degli studi condotti tra personale sanitario odontoiatrico ha dimostrato una più bassa frequenza di perforazione del guanto interno e di presenza visibile di sangue sulle mani degli operatori, quando vengono indossati i doppi guanti. L'uso dei doppi guanti non sembra ridurre la destrezza manuale o la sensibilità tattile. Durante tutte le procedure di chirurgia odontostomatologica è buona norma l'utilizzo di guanti sterili da chirurgo;
- visiere protettive, schermo a casco e cuffietta sottostante per evitare il contatto di aerosol di acqua e liquidi biologici del paziente con le mucose di occhi, naso e bocca dell'operatore.

***9. Al termine del trattamento odontoiatrico di pazienti affetti da HIV, HCV e HBV, vanno utilizzate soluzioni a base di Sali dell'ammonio quaternario per la decontaminazione e disinfezione dello strumentario non autoclavabile e del riunito odontoiatrico.***

Le soluzioni alcoliche + soluzioni di ammonio quaternario presentano un'azione specifica nei confronti di HIV, HBV e HCV nella decontaminazione dello strumentario e nella disinfezione del riunito.

Nell'immediato postoperatorio, in particolare, si consiglia di adottare il seguente protocollo:

- rimozione immediata dalle superfici dello strumentario tagliente, ove utilizzato;
- rimozione di tutto il restante materiale monouso;
- rimozione delle pellicole adesive monouso di protezione da tutte le superfici del riunito;
- rimozione e decontaminazione dello strumentario utilizzato in soluzione a base di Sali dell'ammonio quaternario + bagno in ultrasuoni con la stessa soluzione, prima dell'invio verso l'area di sterilizzazione dedicata al trattamento degli strumenti;

- disinfezione di tutte le superfici del riunito, ivi comprese quelle precedentemente protette con pellicola adesiva, con soluzione spray a base di alcool 70% + Sali dell'ammonio quaternario;
- nel caso di rilevazione di impronte dentali, queste vanno disinfettate con una soluzione a base di Sali dell'ammonio quaternario prima dell'invio al laboratorio odontotecnico;
- aspirazione di 1 litro di soluzione a base di Sali dell'ammonio quaternario per la disinfezione del sistema di aspirazione.

## **AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI**

Le presenti indicazioni saranno oggetto di revisione periodica in base alle evidenze scientifiche ed alla pratica applicazione operativa.

## **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

Burke FJ, Baggett FJ, Lomax AM. Assessment of the risk of glove puncture during oral surgery procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82:18-21.

Cabrini C.M. Metanfetamina: quali effetti sul cavo orale. *G.d.O.* 2006; 14: 6.

CDC. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR* 2003;52( No. RR.10)

Cleveland JL, Gooch BF, Shearer BG, Lyerla RL. Risk and prevention of hepatitis C virus infection. Implication for dentistry. *J Am Dent Assoc* 1999; 130: 641-647.

Curcio F, Villano G, Masucci S, Plenzik M, Veneruso C, De Rosa G. Epidemiological survey of hepatitis C virus infection in a cohort of patients from a ser.T in Naples, Italy. *J Addict Med.* Mar 2011; 5(1):43-9.

Darling MA. Effects of cannabis smoking on oral soft tissues. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 2: 78-81.

Dodson, TB. HIV status and the risk of post-extraction complications. *J Dent Res* 1997;76(10): 1644-1652.

Du M., Bedi R., Guo L., Champion J. Oral health status of eroiner users in a rehabilitation centre in Hubei province, China. *Community Dent Health* 2001 Jun; 18(2), pp.94-98.

Duxbury A. Ecstasy-dental implications. *Br Dent J* 1993; 1: 38

Fiorentini A, Volonteri LS, Dragogna F, Rovera C, Maffini M, Mauri MC, Altamura CA. Substance-induced psychoses: a critical review of the literature. *Curr Drug Abuse Rev.* Dec 2011; 4 (4): 228-40.

Flint SR, Croser D, Reznik D, Glick M, Naidoo S, Coogan M. HIV transmission in the dental setting and the HIV-infected oral health care professional: workshop 1C. *Adv Dent Res.* 2011 Apr;23(1):106-11.

Fung EY, Giannini PJ. Implications of drug dependence on dental patient management. *Gen Dent.* 2010 May-Jun;58(3):236-41; quiz 242-3. Review.

Genco RJ, Grossi SG, Ho A, Nishimura F, Murayama Y. A proposed model linking inflammation to obesity, diabetes, and periodontal infections. *J. Periodontol.* 2005;76:2075-2084.

Glick M, Abel SN, Muzyka BC, DeLorenzo M. Dental complications after treating patients with AIDS. *J Am Dent Assoc* 1994; 125:296-301.

Glick M, Muzyk B, Lurie D. Oral manifestations associated with HIV related disease as markers for immunosopression and AIDS. *Oral Surg, Oral Med, oral Path* 1994; 77: 344-349.

Goregen M., Akgul M., Aras MH. Comments on “Cytomorphometric analysis of crack cocaine effects on the oral mucosa”. *Oral Surg Oral Med Oral Phatol Oral Radiol Endod.* 2009 Apr; 107 (4): 451.

Graham CH, Meechan JG. Dental management of patients taking methadone. *Dent Update.* 2005 Oct;32(8):477-8, 481-2, 485.

Fricke U, Geurtsen W, Staufenbiel I, Rahman A. Periodontal status of HIV-infected patients undergoing antiretroviral therapy compared to HIV-therapy naive patients: a case control study. *Eur J Med Res.* 2012 Jan 30;17:2. doi: 10.1186/2047-783X-17-2.

Holmstrup P, Glick M. Treatment of periodontal disease in the immunodeficient patient. *Periodontol* 2000. 2002; 28:190-205.

Hofer D, Hämmerle CH, Grassi M, Lang NP. Long-term results of supportive periodontal therapy (SPT) in HIV-seropositive and HIV seronegative patients. *J Clin Periodontol.* 2002; 29:630-637.

Hubner NO, Handrup S, Meyer G, Kramer A. Impact of the “Guidelines for infection prevention in dentistry” (2006) by the Commission of Hospital Hygiene and Infection Prevention at the Robert Koch-Institute (KRINKO) on hygiene management in dental practices – analysis of a survey from 2009. *GMS KRANKENHYG INTER DISZIP* 2012; 7(1): DOC 14.

- Kapila YL, Kashani H. Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. *J Periodontol* 1997; 68: 485-488.
- Kolhatkar S, Khalid S, Rolecki A, Bhola M, Winkler JR. Immediate dental implant placement in HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy: a report of two cases and a review of the literature of implants placed in HIV-positive individuals. *J Periodontol*. 2011 Mar;82(3):505-11. Epub 2010 Nov 2. Review.
- Lemos SS, Oliveira FA, Vencio EF. Periodontal disease and oral hygiene benefits in HIV seropositive and AIDS patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Mar 1;15(2):417-21.
- Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 161-169.
- McGrath C, Chan C. Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *British Dental Journal* 2005; 198: 159–162.
- Ministero della salute. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010.
- Montagna F. Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e AIDS. Edizioni Promoass. 1997.
- Molendijk B, Ter Horst G, Kasbergen M, Truin GJ, Mulder J. Dental health in Dutch drug addicts. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996 Apr; 24(2):117-9.
- Naidoo S, Smit D. Methamphetamine abuse: a review of the literature and case report in a young male. *SADJ* Apr 2011; 66(3):124-7.
- Nedwick-Castro KA, Vieira AR .Failure to Control Caries in an AIDS-Affected Individual: A Case Report. *Case Rep Dent*. 2012; 2012:643436.
- Novelli F, Calvanese I. The dental needs of patients affected by infectious pathologies and/or seropositivity. *Minerva Stomatol*. 2005, Jan-Feb;54(1-2):53-62
- Oliveira MA, Gallottini M, Pallos D, Maluf PS, Jablonka F, Ortega KL. The success of endosseous implants in human immunodeficiency virus-positive patients receiving antiretroviral therapy: a pilot study. *J Am Dent Assoc*. 2011 Sep;142(9):1010-6.
- Parry J, Porter S., Scully C., Flint S., Parry M.G. Mucosal lesions due to oral cocaine use, *Br Dent J* 1996; 180, pp.462-464.
- Patton LL, Shugars, DA, Bonito AJ. A systematic review of complication risks for HIV-positive patients undergoing invasive dental procedures. *J Am Dent Assoc* 2002;113(2):195-203.
- Plinova A., Krutina M., Salandova M., Pilin A. Oral health status of drug addicts in the Czech Republic. *J Forensic Odontostomatol* 2003 Dec.; 21(2), pp.36-39.
- Piluso S, Ficarra G, Orsi A. Lesioni parodontali ed infezioni da HIV. *Dental Cadmos* 1991; 17: 40-46.
- Pirnay P, Pirnay S. Taking care of drug addict in odontology..*Therapie*. 2010 Mar-Apr;65(2):107-13.

Porter SR, Scully C, Luker J. Complications of dental surgery in persons with HIV disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75:165-167.

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2010.

Reece AS. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Aust Dent. J.* 2007 Jun; 52 (2): 144-9.

Robinson PG, Sheiham A, Challacombe SJ, Zakrzewska JM. Periodontal health and HIV infection. *Oral Dis.* 1997 May; 3 Suppl 1:S149-52. Review.

Saini R. Oral lesions: A true clinical indicator in human immunodeficiency virus. *J Nat Sci Biol Med.* 2011 Jul; 2(2):145-50.

Saini T. et al. Etiology of xerostomia and dental caries among methamphetamine abusers. *Oral Health Prev Dent* 2005; 3(3), pp.189-195.

Sheedy JJ. Methadone and caries. Case reports. *Aus Dent J* 1996; 41: 367-369.

Sirois Da, Miller As, Harwick Rd et al. Oral manifestations of cutaneous T-cell lymphoma. A report of eight cases. *Oral Surg Oral Med Oral Path* 1993; 75: 700-705.

Sainsbury D Drug addiction and dental care. *N Z Dent J.* 1999 Jun; 95(420):58-61. Review.

Sheridan J., Aggleton M., Carson T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non drug-users attending community pharmacies. *Br Dent J* 2001 Oct; 191(8), pp. 453-457.

Ter Horst G, Molendijk B, Brouwer E, Verhey HG. Differences in dental treatment plan and planning for drug-addicted and non-drug-addicted patients. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:120-123.

Tobias CR, Fox JE, Walter AW, Lemay CA, Abel SN. Retention of people living with HIV/AIDS in oral health care. *Public Health Rep.* 2012 May;127 Suppl 2:45-54.

Tomar SL, Pereyra M, Metsch LR. Oral health-related quality of life among low-income adults living with HIV. *J Public Health Dent.* 2011 Summer;71(3):241-7.

Van Meter F, Gallo Jw, Garcia-Rojas G. et al. A study of oral candidiasis in Hiv-positive patients. *J. dent HYG* 1994; 68: 30-34.

Willet WC. Balancing life style and genomics research for disease prevention. *Science* 2002-296; 695-698.

World Drug Report 2012, ONU. [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_web\\_small.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf)

Questo documento è stato elaborato dal “**Gruppo tecnico sull’odontoiatria**”, istituito presso il Dipartimento della sanità pubblica e dell’innovazione del Ministero della salute con D.D. del 24 maggio 2012 a firma del Capo del Dipartimento (componenti: Fabrizio Oleari, Claudio Arcuri, Giuseppe Cappello, Antonio Federici, Enrico Gherlone, Pierluigi De Logu, Michele Nardone, Antonella Polimeni, Gianfranco Prada, Giuseppe Renzo, Francesco Scarparo, Laura Strohmenger) e sottoposto ad un processo di consultazione con esperti delle Società scientifiche, Ordine ed Associazioni professionali quali CIC (Comitato Intersocietario di Coordinamento delle Associazioni odontostomatologiche italiane), CAO nazionale (Commissione Albo degli odontoiatri della FNOMCeO), AIO (Associazione Italiana Odontoiatri), ANDI (Associazione Nazionali Dentisti Italiani) e SUMAI (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana) che si ringraziano per la fattiva collaborazione.