



# *Ministero della Salute*

**SEGRETARIATO GENERALE**  
**Ufficio 2**

**Indicazioni per la presa in carico del paziente con bisogni speciali che necessita di cure odontostomatologiche**

Gennaio 2019

## **INDICE**

Premessa	pag. 3
Il paziente con bisogni speciali	pag. 4
Percorso di presa in carico del paziente con bisogni speciali	pag. 6
Standard minimi di struttura e personale per l'assistenza odontoiatrica	pag. 10
Appropriatezza per l'erogazione delle prestazioni	pag. 11
Conclusioni	pag. 11
Glossario	pag. 13
Riferimenti bibliografici	pag. 14
Allegati	pag. 15

## ►PREMESSA

In considerazione della ravvisata necessità di uniformare a livello nazionale la presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale del paziente con bisogni speciali che necessita di cure odontostomatologiche, il Gruppo Tecnico per l'Odontoiatria -GTO-, operante ai sensi del DM del 15 marzo 2018, presso il Ministero della salute, ha ritenuto opportuno incaricare la prof.ssa Laura Strohmenger, co-direttore del "Centro di collaborazione OMS per l'epidemiologia e l'odontoiatria di comunità", di redigere, con il supporto di esperti del settore, un apposito documento in materia.

In particolare, lo scopo del documento è fornire indicazioni per il miglioramento delle capacità assistenziali in ambito odontoiatrico da parte dei Servizi odontoiatrici presenti sul territorio nazionale. Tutto ciò in considerazione dell'attuale diversità di presa in carico del paziente con bisogni speciali riscontrate nelle varie Regioni italiane non solo in termini di tipologia di servizio o di caratteristiche dei beneficiari, ma anche in termini di organizzazione dei servizi stessi e specificità del personale deputato alla presa in carico.

Hanno partecipato ai lavori di stesura del presente documento:

Laura Strohmenger	Centro di collaborazione OMS per l'epidemiologia e l'odontoiatria di comunità, Università degli Studi di Milano ( <i>coordinatore</i> )
Anna Maria Baietti	U.O.C. di Maxillo Facciale e Odontoiatria, Ospedale Bellaria-Bologna
Elena Bassetto	Ambulatorio di odontoiatria, Ospedale Regina Apostolorum - Albano Laziale (Roma)
Angela Galeotti	U.O.S. Odontostomatologia, Ospedale Bambino Gesù - Roma
Filippo Ghelma	ASST "Santi Paolo e Carlo", DAMA - Milano
Simona Loizzo	U.O.C. Odontoiatria e Stomatologia A.O. Cosenza, DAMA- Cosenza
Eluisa Lo Presti	DAMA PASS - Ospedale di Empoli
Marco Magi	Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap (SIOH)
Michele Nardone	Ministero Salute
Nicola Panocchia	Comitato Scientifico Nazionale della Carta dei Diritti delle Persone con Disabilità in ospedale
Pierpaolo Parogni	DAMA ASST Mantova
Francesco Occipite	P.O. di Fondi - AUSL Latina
Di Prisco	
Giuseppina Rizzo	Ministero Salute
Gian Luca Sfasciotti	U.O.C. Odontoiatria Pediatrica, Università "Sapienza"- Roma
Giorgio Tiozzo	U.O.S. Odontostomatologia, P.O. Noale, AULSS3 Serenissima Venezia

## ► IL PAZIENTE CON BISOGNI SPECIALI

Il paziente con bisogni speciali è colui che nell'operatività preventiva, diagnostica e terapeutica richiede tempi e modi diversi da quelli di *routine*. Quando in condizione di “non collaborazione” necessita anche della presenza di un ambiente operativo opportunamente attrezzato e di personale medico ed assistenziale adeguatamente formato.

Lo stesso individuo, persona con disabilità, può presentare durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.

Al pari di ogni altro individuo, la persona con disabilità ha il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza alcuna discriminazione. In ambito sanitario, pertanto, per garantire alle persone con disabilità di fruire di questi diritti, è necessario applicare i principi dell'accomodamento ragionevole e della progettazione universale.

Nello specifico, si intende per “accomodamento ragionevole” le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che, se adottati, non impongano un onere sproporzionato o eccessivo, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali.

La “progettazione universale” consiste, invece, nella realizzazione di prodotti, strutture, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate.

Al fine di predisporre un corretto approccio preventivo, diagnostico e terapeutico, è utile riconoscere il paziente con bisogni speciali che necessita di cure odontostomatologiche sulla base del grado di collaborazione ed autonomia che, tuttavia, possono modificarsi nel corso del tempo

E', pertanto, possibile identificare:

- pazienti collaboranti e autonomi;
- pazienti scarsamente collaboranti e autonomi;
- pazienti non autonomi, ma collaboranti o scarsamente collaboranti;
- pazienti non collaboranti.

#### *Pazienti collaboranti autonomi*

Presentano condizioni di fragilità e/o vulnerabilità sanitaria.

La presa in carico deve tener conto delle particolari precauzioni che vanno poste in funzione delle patologie associate che costituiscono l'elemento di aumentato rischio alle cure.

#### *Pazienti scarsamente collaboranti e autonomi*

Presentano patologie che possono richiedere peculiari capacità di gestione e di relazione. Per l'esecuzione delle terapie sono necessarie competenze che richiedono una specifica formazione dell'*equipe* odontoiatrica.

#### *Pazienti non autonomi, ma collaboranti o scarsamente collaboranti*

Sono pazienti che per fragilità e/o vulnerabilità sanitaria o disabilità psichica, fisica e/o sensoriale hanno perso o non hanno mai avuto la capacità di poter provvedere alla salute del proprio cavo orale.

#### *Pazienti non collaboranti*

Sono pazienti che per fragilità e/o vulnerabilità sanitaria o disabilità psichica, fisica e/o sensoriale non sono in grado di collaborare alla prestazione sanitaria/odontoiatrica. Gli accertamenti diagnostici ed i percorsi di cura vanno eseguiti in sedazione o in anestesia generale.

La presa in carico di questi pazienti richiede un ambiente clinico opportunamente attrezzato e personale adeguatamente formato.

La **visita diagnostica** del paziente con bisogni speciali richiede un approccio e delle modalità appropriate anche al fine di verificare il grado di collaborazione e l'autonomia dell'individuo.

**Il percorso preventivo, diagnostico e terapeutico** devono essere intrapresi con gli stessi principi che si usano per il resto della popolazione; la presa in carico verrà realizzata e modulata in base alle caratteristiche della persona con disabilità.

## ► PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON BISOGNI SPECIALI

Al fine di garantire la corretta presa in carico di un paziente con bisogni speciali, si forniscono indicazioni sulla scorta della letteratura esistente in materia e dell'esperienza clinica degli esperti del settore.

Alcune indicazioni, inoltre, derivano dall'applicazione in ambito odontostomatologico del modello di presa in carico del paziente con disabilità “*Disabled Advanced Medical Assistance (DAMA)* (allegato I).

In ogni struttura sanitaria, con servizio odontoiatrico, deve essere:

- definita **la modalità di contatto con il servizio che prende in carico il paziente**. Ciò prevede un numero telefonico dedicato, al quale risponde personale sanitario formato, in grado di comprendere appieno le problematiche cliniche e sociosanitarie sì da tradurle in una risposta clinica adeguata alle caratteristiche di ciascun paziente;
- garantita **la raccolta di tutti i dati necessari alla presa in carico così come il recupero di tutti i dati già raccolti in precedenti accessi**. Trattasi dei dati necessari ad identificare la persona, riconoscerne le caratteristiche clinico-comportamentali, definire la storia anamnestica ai fini della realizzazione di un documento di sintesi di facile consultazione ed uso;
- **definito un percorso clinico sulla base anche dell'entità dell'urgenza**. Vanno indicate le priorità di intervento, i rischi conseguenti e le modalità organizzative, il *setting*, il regime di erogazione della prestazione ed il *timing* di trattamento più adeguati. Inoltre, dovrà essere definito l'eventuale esistenza di una tutela legale e valutata la possibilità di ricorrere alla sedazione / anestesia generale per il percorso diagnostico-terapeutico che verrà proposto. Infine, deve essere valutata la necessità di coinvolgere altri specialisti;
- **organizzato uno specifico percorso** di presa in carico “gestionale” al fine di adempiere ad ogni pratica amministrativa. In questi casi, di particolare importanza è l'individuazione di un sanitario con funzioni di *case manager*.

La definizione del percorso di presa in carico contempla la personalizzazione dello stesso, con particolare attenzione ad alcuni parametri quali, ad esempio, l'attesa, gli orari e le modalità di arrivo, la capacità di collaborare ad un prelievo, le strategie di pre-sedazione e sedazione se necessarie, i luoghi di accoglienza del paziente e della famiglia.

È opportuno considerare, soprattutto per i pazienti che necessitano di esami o trattamenti in sedazione, di eseguire opportune valutazioni clinico strumentali multispecialistiche e/o trattamenti combinati di più problematiche in un'unica seduta in anestesia generale. Un

utilizzo appropriato della sedazione farmacologica da parte di personale formato, permette di ridurre o evitare l'uso immotivato della contenzione;

- impostato un attento **monitoraggio dopo il trattamento odontoiatrico**. Ciò implica la definizione di spazi fisici dedicati al risveglio tali da garantire un adeguato recupero, la presenza del *caregiver*, e, se necessario, tali da consentire il prolungamento dell'osservazione post-cura;
- data particolare importanza alla formulazione di **indicazioni chiare sulle prescrizioni, il programma di follow up** e le modalità di contatto con il servizio in caso si verificassero problemi o difficoltà.

Resta di particolare importanza il contatto iniziale del paziente con il servizio odontoiatrico dedicato, poiché in questa prima fase è possibile, almeno in linee generali, definire il grado di collaborazione ed autonomia sì da consentire la programmazione delle cure necessarie in regime ambulatoriale o di ricovero.

Sulla base del grado di collaborazione e di autonomia del paziente con bisogni speciali, è possibile fornire talune indicazioni per l'esecuzione di prestazioni odontostomatologiche, così come di seguito:

	<i>Regime di presa in carico</i>	<i>Prestazioni di igiene-prevenzione orale e odontostomatologiche</i>	<i>Operatore</i>
<i>Paziente collaborante e autonomo</i>	Ambulatoriale	Tutte	-Personale medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria che effettua la prima visita  -Igienista dentale
<i>Paziente autonomo e scarsamente collaborante</i>	Ambulatoriale	Tutte ad eccezione di quelle che richiedono, per complessità tecnica, l'esecuzione in sedazione o in anestesia generale.	-Personale medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria adeguatamente formato  -Igienista dentale
<i>Paziente non autonomo e scarsamente o poco collaborante</i>	Ambulatoriale o in regime di day surgery	Tutte con completamento della terapia nella stessa seduta	-Personale medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria adeguatamente formato  -Igienista dentale
<i>Paziente non collaborante</i>	Day surgery	Tutte con completamento della terapia nella stessa seduta	-Personale medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria adeguatamente formato  -Igienista dentale

Prima di poter impostare in maniera corretta un piano di cure odontoiatriche, è necessario tener conto del grado di igiene orale e dello stato di salute parodontale.

Un'igiene appropriata e frequenti controlli del cavo orale possono limitare notevolmente l'intervento dell'odontoiatra e sono in grado, se eseguiti costantemente e meticolosamente, di assicurare la salute orale del disabile. Infatti, in questi pazienti, i problemi a carico del cavo orale sono essenzialmente dovuti alla scarsa igiene orale che spesso si traduce in un aumento di lesioni cariose e gengivite.

In caso di necessità di **trattamento parodontale** è preferibile l'approccio non chirurgico (detartrasi e levigatura radicolare "a cielo coperto"). Gli interventi parodontali di natura gengivale e/o muco gengivale devono essere valutati caso per caso e, in particolare, è necessario valutare l'utilità del trattamento con la capacità di un corretto mantenimento dell'igiene orale domiciliare.

Il paziente con disabilità e gli eventuali *caregiver* vanno inseriti in un programma educativo e formativo che affronti i temi dell'igiene orale, alimentare ed identifichi i fattori di rischio personali che condizionano lo stato di salute orale. Tale attività è preliminare al piano di trattamento così come richiede una successiva attività di monitoraggio.

Una scadente condizione di igiene orale influisce negativamente sulla prognosi e sulla durata dei risultati che bisogna ottenere.

Quando devono essere erogate **cure odontoiatriche conservative** sono da privilegiare le tecniche operative che prevedono il completamento della terapia in un'unica seduta. Stessa situazione in caso di necessità di **cure odontoiatriche endodontiche** con l'accortezza di garantire la contestuale ricostruzione del/i dente/i.

In caso di **cure odontoiatriche di natura chirurgica** queste vanno eseguite al termine della seduta terapeutica, onde evitare che il sanguinamento ostacoli il proseguimento di successive manovre di cura. È raccomandato, per le suture, l'utilizzo di filo riassorbibile.

Un eventuale **trattamento protesico** presuppone l'attenta valutazione dell'effettiva collaborazione del paziente e della capacità di gestione dei dispositivi protesici, specie mobili. In termini generali, è preferibile l'utilizzo di dispositivi protesici fissi.

Nella predisposizione del piano di riabilitazione protesico vanno tenuti, altresì, in considerazione le reali capacità di mantenimento di adeguate condizioni di igiene orale ed il fatto che le sedute terapeutiche debbano essere le meno numerose possibili.

Sarebbe auspicabile, dove la prognosi sia ritenuta positiva, in alternativa all'utilizzo di dispositivi mobili, utilizzare la protesi impianto-supportata.

Tuttavia, nei pazienti non collaboranti, al di là delle difficoltà dell'intervento stesso, risulta problematica anche l'esecuzione di esami radiografici (es. Rx ortopantomica, Tomografia Assiale



Computerizzata, TAC *cone beam* 3d, stratigrafie) così come il rilievo di impronte vista l'oggettiva difficoltà che si può incontrare nella loro esecuzione.

La possibilità di poter effettuare **un trattamento ortodontico** deve essere valutata in base alla capacità di mantenimento di una buona igiene orale. Pertanto, è il livello di igiene orale mantenuto, in maniera autonoma o mediante assistenza, il fattore decisionale per l'accesso del paziente alla terapia ortodontica. Inoltre, il trattamento ortodontico nei pazienti con disabilità intellettiva è correlato alla situazione anatomo-funzionale del distretto oro-facciale e al grado di collaborazione del soggetto.

Una volta **completato il percorso terapeutico programmato**, al fine di mantenere uno stato di salute orale ottimale, i pazienti vanno inseriti in un percorso di richiami periodici, per ablazioni e/o levigature, con una frequenza variabile ed individuale a seconda dei casi; in alcuni si può arrivare anche a programmare un'ablazione del tartaro ogni 2/3 mesi sia per l'impossibilità di mantenimento di una corretta igiene orale domiciliare sia per la scarsa collaborazione del paziente durante la singola seduta di igiene. In tali casi, la ripetizione a breve scadenza delle sedute di igiene permette di effettuare trattamenti efficaci in poco tempo grazie al mantenimento di un buono stato di salute del cavo orale.

## ► STANDARD MINIMI DI STRUTTURA E PERSONALE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Al fine di rispondere in maniera adeguata alla richiesta di prestazioni odontoiatriche da parte dei pazienti con bisogni speciali si forniscono indicazioni in merito agli standard minimi di attrezzature e personale che possano supportare con efficienza ed efficacia la domanda di cure odontostomatologiche, in base al tipo di organizzazione del S.S.N./numero di abitanti.

### **Distretto sanitario/ogni 100.000 abitanti:**

- strutture odontoiatriche che possano dedicare due sale operative in possesso dei requisiti minimi strutturali e tecnologici per l'erogazione di prestazioni odontostomatologiche di base (*allegato 2*);
- personale formato:

Personale medico titolato all'esercizio dell'odontoiatria	2
Igienista Dentale	1
Assistente di studio odontoiatrico (ASO)	1
Personale infermieristico	1
Personale amministrativo	1

### **Azienda ospedaliera/ASL/ogni 500.000 abitanti:**

- strutture odontoiatriche che possano dedicare 4 sale operative, con possibilità di accesso in regime di *day surgery*;
- possibilità/disponibilità di posti letto in regime di *day surgery* e ricovero ordinario (per ASA IV);
- sala operatoria attrezzata
- personale formato:

Personale medico titolato all'esercizio dell'odontoiatria	3
Igienista Dentale	1
Assistente di studio odontoiatrico (ASO)	2
Personale infermieristico	3
Personale amministrativo	1

La realizzazione di una corretta procedura di presa in carico del paziente con bisogni speciali richiede la messa a regime di un modello organizzativo uniforme su tutto il territorio nazionale ed organizzato "in rete".

## ► APPROPRIATEZZA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

In considerazione del fatto che le cure odontostomatologiche su persone con bisogni speciali possono richiedere, frequentemente, la sedazione o l'anestesia generale, fermo restando le indicazioni declamate in base al grado di collaborazione e di autonomia, è da prevedere, ai fini di un risolutivo trattamento terapeutico, la presa in carico in regime di *day surgery*.

L'utilizzo del *day surgery* consente di erogare prestazioni odontostomatologiche in condizioni di efficacia e sicurezza, associando al gradimento da parte dei pazienti e delle loro famiglie un significativo contenimento dei costi.

Comunque sia, resta valida l'indicazione che sono da considerare idonei i pazienti appartenenti alle classi di rischio I e II dell'*American Society of Anesthesiologists* (ASA); i pazienti ASA III possono essere inclusi soltanto dopo accurata valutazione e accordo tra medico-odontoiatra e anestesista.

L'utilizzo dell'anestesia generale nel paziente non collaborante necessita di approfondita valutazione quando devono essere affrontate quelle problematiche cliniche non così gravi (es. abbondante accumulo di tartaro) da giustificare i rischi connessi ma, se non risolte, comportano un andamento progressivo con implicazioni negative ed invalidanti per la persona stessa.

Infine, anche alla luce di quanto sopra, la crescente complessità delle prestazioni erogate attraverso il sistema DRG deve suggerire una rivalutazione del sistema di remunerazione.

## ► CONCLUSIONI

Ai pazienti con bisogni speciali devono essere garantiti una corretta presa in carico e tempi ragionevoli di accesso specie nelle strutture dove è possibile effettuare con sicurezza la sedazione, l'anestesia generale e l'osservazione post-intervento.

La realizzazione di quanto sopra richiede oltre che modelli organizzativi adeguati al caso concreto anche specifici percorsi formativi da realizzarsi per tutto il personale.

Inoltre, per un corretto approccio preventivo, diagnostico e terapeutico è necessario, sin dall'inizio, il coinvolgimento diretto di quanti più prossimi al paziente con bisogni speciali. Infatti, i congiunti dei pazienti con disabilità assumendo una notevole responsabilità nell'assistenza degli stessi e rappresentando i migliori interpreti dei sintomi, delle abitudini, delle preferenze e delle avversioni del paziente, devono essere coinvolti nei processi decisionali di cura e monitoraggio nel tempo.

In considerazione dell'alta incidenza di problematiche legate alla scarsa igiene orale riscontrabile nei pazienti disabili, va incentivato nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale l'utilizzo della figura dell'igienista dentale. La promozione dell'educazione alla cura della salute orale, basate su

un rapporto personale igienista-paziente o igienista-familiare/*caregiver*, risultano efficaci. Nei soggetti con disabilità intellettiva lieve o media, questo può ritenersi appropriato e l'utilizzo della figura dell'igienista dentale può risultare utile nell'attuazione di questa strategia preventiva.

Allo stesso modo si rende necessario un miglioramento culturale/educativo per tutte le persone coinvolte nella cura del paziente con bisogni speciali anche al fine di evitare pratiche non rispettose della dignità personale.

## ► GLOSSARIO

Anestesia generale (narcosi)	tecnica di anestesia che comporta la perdita della coscienza, l'analgesia, la iporeflessività o protezione neuroendocrina e il rilasciamento muscolare. Viene effettuata mediante farmaci -somministrati in vena o molto più raramente attraverso una maschera applicata sul viso- che agiscono sul cervello determinando uno stato di sonno artificiale.
ASA	sistema di valutazione del rischio anestesiológico in base alle condizioni del paziente; tale sistema prevede cinque classi di rischio.
<i>Case manager</i>	è chi si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso.
<i>Day surgery</i>	articolazione del livello di assistenza ospedaliera che garantisce le prestazioni assistenziali per l'esecuzione programmata di interventi chirurgici invasivi che, per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori, sono eseguibili in sicurezza nell'arco della giornata, senza necessità di osservazione post-operatoria prolungata e, comunque, senza osservazione notturna. Oltre all'intervento chirurgico o alla procedura invasiva sono garantite le prestazioni propedeutiche e successive, l'assistenza medico-infermieristica e la sorveglianza infermieristica fino alla dimissione.
Distretto sanitario	articolazione dell'Azienda sanitaria preposto ad assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni della comunità. L'articolazione dei distretti viene determinata tenendo conto di un bacino di utenza compreso tra 50.000 e 100.000 residenti, fermo restando che condizioni geomorfologiche o la bassa densità della popolazione possono consentire eventuali deroghe.
DRG ( <i>diagnosis-related group</i> )	sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o <i>day hospital</i> ) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse).
Fragilità	maggiore vulnerabilità dell'individuo che comporta una limitazione delle attività quotidiane dovuta alla presenza di pluripatologie e un deterioramento della salute e dello stato funzionale, che predispone a esiti negativi.
Sedazione	stato di alterazione parziale della coscienza in cui il paziente non perde completamente la nozione di sé, anche se in parte ne è deficitario; può essere indotta con farmaci ipnotici od ansiolitici.
Vulnerabilità sanitaria	trattasi di condizioni di tipo sanitario che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche. Per l'individuazione di questo tipo di vulnerabilità si adottano due differenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> <li>• criterio "ascendente": prende in considerazione le malattie e le condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (ad esempio: labiopalatoschisi e altre malformazioni congenite, alcune malattie rare, tossicodipendenza, ecc.);</li> <li>• criterio "discendente": prende in considerazione le malattie e le condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.</li> </ul>

## ► RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Berliri LV, Panocchia N. *Persone con disabilità e ospedale. Principi, esperienze, buone prassi* Trento, Erickson 2014.

Charles JM. *Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intellectual disabilities, and autism*. J Dent Child (Chic). 2010;77(2):84-91.

Corona M, Ghelma F, Maioli M, Perazzoli S, Mantovani A. *Il Progetto DAMA all'Ospedale San Paolo: una proposta di accoglienza medica rivolta ai disabili con ritardo mentale*. American Journal of Mental Retardation AJMR (It. Ed.) 1 (2): 100-106, 2003.

Intesa sul documento in materia di “*Requisiti minimi di qualità e sicurezza richiesti per l'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio delle strutture sanitarie deputate all'erogazione di prestazioni odontostomatologiche*”, approvata in Conferenza Stato-Regioni il 9 giugno 2016 (Rep. Atti n. 104/CSR).

McGuire BE, Daly P, Smyth F. *Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and undertreated?* Journal of Intellectual Disabilities Research 54 (3): 240-245, 2010.

Merrick J, Kandel I, Raskas M, Caplan L, Morad M. *National survey 2004 on medical services for persons with intellectual disability in residential care in Israel*. International journal of adolescent medicine and health 22 (2): 331-338, 2010.

Nickel RE, Desch LW. *The Physician's Guide to Caring for Children With Disabilities and Chronic Conditions*. 2000, Baltimore, Paul H Brookes Publishing.

Oeseburg B, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA, Jansen D. *Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review*. Intellect Developmental Disabilities 49 (2): 59-85, 2011.

Oeseburg B, Jansen D, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA. *Prevalence of chronic diseases in adolescents with intellectual disability*. Research in Developmental Disabilities 31 (3): 698-704, 2010.

Oeseburg B, Groothoff JW, Dijkstra GJ, Reijneveld SA, Jansen D. *Pervasive developmental disorder behavior in adolescents with intellectual disability and cooccurring somatic chronic diseases*. Research in Developmental Disabilities 31 (2): 496-501, 2010.

Panocchia N, Bossola M, Vivanti G. *Transplantation and mental retardation: what is the meaning of a discrimination?*. American journal of transplantation 10 (4): 727-730, 2010.

Prabhu NT, Nunn JH, Evans DJ, Girdler NM. *Access to dental care-parents' and caregivers' views on dental treatment services for the people with disabilities*. Spec Care Dentist 2010 Mar-Apr; 30(2): 35-45.

*Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia*, ed. 2017; Ministero della salute.

Scully C, Kumar N. *Dentistry for those requiring special care*. Prim Dent Care 2003 Jan;10(1):17-22.

## ► ALLEGATI

### -Allegato 1

#### **Modello di servizio ospedaliero “*Disabled Advanced Medical Assistance*” - DAMA**

Trattasi di un servizio ospedaliero dedicato alle persone con grave disabilità intellettiva e neuromotoria nato nel 2000 come progetto sperimentale triennale all’Ospedale “San Paolo di Milano.

Obiettivo del progetto è stato quello di dare una risposta alle difficoltà della normale organizzazione ospedaliera ad affrontare i bisogni di questa fascia di pazienti e delle loro famiglie.

Dal 2004 è stato istituzionalizzato nell’ambito della citata Struttura ospedaliera e dotato di proprie risorse economiche e di personale.

Ha preso in carico, dall’inizio della sua attività, più di 6.000 pazienti con grave disabilità provenienti dal tutto il territorio nazionale diventando, con circa 60.000 percorsi ospedalieri complessi realizzati, un punto di riferimento anche per altre realtà socio-assistenziali diffuse sul territorio.

Prevede un modello di accoglienza ed assistenza che coinvolge una *equipe* multidisciplinare, capace di gestire direttamente le problematiche mediche e chirurgiche, predisponendo percorsi diagnostico-terapeutici centrati sulla persona con disabilità, coordinando tutta l’attività degli specialisti e dei servizi coinvolti.

Questo modello organizzativo consente di adattare ad ogni singolo paziente il percorso preventivo, diagnostico e terapeutico, con una gestione molto flessibile ed elastica delle risorse della struttura ospedaliera, con conseguente ottimizzazione dei tempi e della qualità dell’intervento

DAMA all’ospedale San Paolo di Milano rappresenta il primo nodo di una “rete DAMA” che si sta costituendo a livello nazionale, adattando il suo modello organizzativo a diverse strutture ospedaliere.

## **- Allegato 2**

### **Requisiti minimi strutturali e tecnologici per l'erogazione di prestazioni odontostomatologiche di base**

- Area di attesa dotata di un numero di posti a sedere in base al numero di pazienti che usufruiscono del servizio (minimo 2 per ogni “postazione lavorativa”), con adeguata illuminazione e ventilazione naturale o artificiale conforme alla normativa vigente;
- Locale/spazio per accettazione/attività amministrative separato dalla/e “zona/e operativa/e” con adeguata illuminazione e ventilazione naturale o artificiale conforme alla normativa vigente;
- Servizio igienico con adeguata illuminazione e ventilazione naturale o artificiale. E' richiesta la presenza di due servizi igienici, uno per il personale della struttura ed uno per l'utenza. Se, per motivi strutturali, non fosse possibile un secondo servizio, è consentita la soluzione con un unico servizio ma senza passaggio attraverso i locali “operativi”. La superficie minima è mq. 2, se non presente l'antibagno;
- Locale riservato all'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche appositamente dimensionato. L'ampiezza del locale operativo deve essere di almeno 9 mq e deve avere adeguata illuminazione e ventilazione naturale (nel caso in cui vengano impiegati gas per la sedazione cosciente devono essere garantiti almeno 15 ricambi di aria/ora in maniera forzata o tramite ventilazione naturale - decreto legislativo 81/2008). Le caratteristiche del locale devono essere tali da garantire il rispetto della privacy/sicurezza dell'utente. Le superfici dei pavimenti e delle pareti devono essere lisce, non devono presentare soluzioni di continuo sì da consentire il lavaggio e la disinfezione accurati. Il locale deve essere provvisto di lavello con comandi non manuali, con dispenser per sapone ed asciugamani monouso;
- Locale/spazio separato per la decontaminazione, pulizia, disinfezione e la sterilizzazione degli strumenti e delle attrezzature (quando praticati in loco), separato dalla “zona operativa”. Il locale/spazio deve essere adeguatamente dimensionato (minimo 2 mq) in base al numero di “zone operative” che deve servire e alle caratteristiche dei macchinari necessari per la sterilizzazione. Deve garantire la presenza almeno di:
  - piano di lavoro lavabile per ”lo sporco”;
  - vasca per decontaminazione;
  - vasca per sterilizzazione a freddo;
  - lavello;
  - vasca ad ultrasuoni oppure lavaferri;
  - piano di lavoro lavabile per “il pulito”;



- termosigillatrice, ove non vengano usate buste auto-sigillanti;
- autoclave ciclo di “tipo B” con pompa per il vuoto frazionato conforme alla normativa UNI EN preferibilmente dotata di stampante per la certificazione dei cicli di sterilizzazione.

Le superfici dei pavimenti e delle pareti devono essere lisce, non devono presentare soluzioni di continuo consentendo il lavaggio e la disinfezione accurati.

Il locale/spazio deve avere adeguata illuminazione e ventilazione naturale (in assenza di ventilazione naturale devono essere garantiti almeno 15 ricambi di aria/ora in maniera forzata).

- Locale/spazio destinato al deposito di rifiuti speciali e raccolta, separato dal locale dove vengono erogate le prestazioni odontoiatriche.
- Locale/spazio destinato per lo stoccaggio di amalgama, per prestazioni di odontoiatria conservativa;
- Spazio/locale spogliatoio per il personale;
- Riunito odontoiatrico conforme alle normative CE;
- Manipoli per turbina e micromotore in quantità adeguata al carico di lavoro giornaliero in quantità da garantire un uso sterile ad ogni paziente e come minimo due set ad operatore;
- Impianto di aspirazione chirurgica ad alta velocità, con scarichi dell’aria reflua all’esterno del locale operativo, in regola con le norme di protezione acustiche;
- Impianto per produzione di aria compressa diviso dall’impianto di aspirazione ed in regola con le norme di protezione acustiche;
- Apparecchio radiologico in regola con la normativa vigente in materia di radioprotezione;
- Strumenti per le visite in quantità adeguata al carico di lavoro giornaliero stoccati in confezioni sterili (specchietti, spatole, sonde parodontali, specilli, pinzette, ecc.) in modo da garantire un uso sterile ad ogni paziente;
- Strumentario per l’erogazione di prestazioni di igiene orale professionale in quantità da garantire un uso sterile ad ogni paziente;
- Strumentario sterilizzabile adeguato al carico di lavoro ed alle tipologie di prestazioni da effettuare e stoccato in confezioni sterili;
- Strumentario chirurgico in quantità da garantire un uso sterile ad ogni paziente adeguato al carico di lavoro giornaliero e stoccato in confezioni sterili. Nelle strutture a prevalente attività chirurgica è altamente raccomandata la disponibilità di un gruppo di continuità per mantenere l’alimentazione elettrica in caso di *blackout* elettrico;

- Dispositivi di protezione individuale: guanti monouso, visiere per la protezione degli occhi, naso e bocca oppure occhiali a lenti larghe e mascherina;
- Mobili in numero sufficiente per un adeguato stoccaggio del materiale e delle attrezzature;
- Frigorifero commerciale comune dedicato alla conservazione di materiali deperibili termicamente (es. materiali da impronta);
- Attrezzatura e farmaci per la rianimazione cardiopolmonare di base.