

ODONTOIATRIA SPECIALE

L'odontoiatria speciale è la disciplina che si occupa della prevenzione cura e riabilitazione di soggetti che, anche solo temporaneamente, possono ritrovarsi in particolari condizioni: persone con disabilità intellettiva, sensoriale, persone affette da malattie che ne riducono la mobilità o la collaborazione e/o con patologie croniche invalidanti, esiti di traumi, malattie genetiche, malattie rare, persone con fragilità sanitaria, e persone con malattie che rendono il trattamento odontoiatrico critico. In ambito odontoiatrico, si definisce "Paziente Speciale" quel soggetto che nell'operatività terapeutica, richiede tempi e modi diversi da quelli di routine. Scopo dell'odontoiatria speciale è di consentire a tale tipologia di paziente di essere curato, compatibilmente con il quadro clinico e il grado di collaborazione, in maniera paragonabile per efficacia e qualità al resto della popolazione. La visita del paziente speciale richiede approccio e modalità appropriate al grado di collaborazione e autonomia del paziente. Troppo spesso viene definito non collaborante o a rischio un paziente che richiede uno spazio, una preparazione professionale, una equipe di lavoro capace di affrontare la condizione dello stesso. I trattamenti odontoiatrici e del cavo orale nella persona diversamente abile devono essere erogati con gli stessi principi che si usano per il resto della popolazione; va considerato che la complessità del trattamento può essere influenzata dalla severità della disabilità stessa. In queste raccomandazioni si prendono in considerazione: 1. Paziente speciale collaborante e autonomo; 2. Paziente speciale scarsamente collaborante e autonomo; 3. Paziente speciale non autonomo collaborante o scarsamente collaborante; 4. Pazienti speciali non collaboranti. Un paziente con una determinata fragilità e/o disabilità può, nel tempo, modificare il suo grado di collaborazione o autonomia, va' pertanto aggiornata la sua valutazione periodicamente nelle visite di controllo. I dati anamnestici, raccolti durante la prima visita, dovranno comprendere le informazioni essenziali per inquadrare lo stato di salute generale del paziente, ma anche una serie di informazioni che permettano di verificare il grado di collaborazione e autonomia dell'individuo.

314 In occasione della prima visita è necessario verificare il grado di collaborazione e autonomia dell'individuo. La documentazione clinica del paziente, che attesta lo stato di salute orale del soggetto ed un piano di trattamento, sono utili per facilitare la comunicazione tra l'odontoiatra, il paziente, la sua famiglia e, eventualmente, tutte le figure coinvolte nell'attuazione del piano di prevenzione e cura delle patologie del cavo orale del paziente. Il presupposto fondamentale di ogni trattamento sanitario è rappresentato dal consenso, liberamente espresso dal paziente e fondato sull'informazione relativa a tutti gli aspetti del trattamento per il quale si chiede il consenso. L'informazione deve accuratamente riguardare anche le eventuali problematiche che possono insorgere durante e dopo ogni trattamento come pure evidenziare eventuali alternative terapeutiche al trattamento previsto. L'operatore deve conoscere la normativa legata ai casi di restrizione della capacità di intendere e volere che si esplica con i provvedimenti dell'interdizione, dell'inabilitazione e con la figura dell'amministratore di sostegno. Tutto ciò al fine di individuare correttamente l'aveve diritto a dare il consenso alle cure. È essenziale, quindi, che l'operatore pretenda di stabilire un canale preferenziale di comunicazione direttamente con chi detiene la potestà nei confronti dell'individuo da sottoporre al trattamento, qualora questi non sia in grado autonomamente di disporre di sé, in modo da superare tutti gli aspetti formali e sostanziali, legati all'espletamento del trattamento odontoiatrico. Può capitare che l'operatore disponga del consenso al trattamento dei familiari e/o del tutore che richiedono il trattamento, ma si trovi di fronte al diniego del consenso, spesso per motivi di ansia e/o fobia, da parte del soggetto

interessato. A tal proposito, e contrariamente a quanto possa sembrare, è da tenere in debita considerazione che “il consenso verso un trattamento sanitario concerne l’esercizio di un diritto personale, il soggetto interessato è l’unico capace di prestare il proprio consenso. Nell’eventuale conflitto con chi è investito di potestà nei suoi confronti non può che prevalere la volontà dell’interessato”. È evidente, quindi, in virtù di quanto sopra, che, in presenza di un individuo di età superiore ai 14 anni, non assoggettato ad un provvedimento di interdizione ed in condizioni di ritardo mentale lieve o moderato ma, comunque, non sufficiente per poter parlare di incapacità di intendere e di volere, non si potrebbe procedere con il trattamento anche se ritenuto necessario ed improrogabile. 315 In situazioni del genere, la normativa attuale non prevede la procedura del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) poiché questa è riservata ai soli trattamenti di tipo psichiatrico; l’unica strada percorribile è quella di convincere il paziente a sottoporsi alle cure odontoiatriche previo un proprio consenso autonomo. Il consenso informato quando non può essere dato dal paziente deve essere dato dal tutore legale dello stesso. In alcuni casi questo non è sufficiente: è necessario avere anche il consenso del paziente.

Paziente speciale collaborante autonomo In questo raggruppamento trovano posto tutte le condizioni di fragilità sanitaria. Questa tipologia di pazienti non differisce per trattamento da ogni altro paziente se non per le precauzioni da porre in atto in funzione delle patologie associate che costituiscono l’elemento di aumentato rischio alle cure. L’ampiezza e la complessità delle patologie presenti nella fragilità clinica non consente la descrizione specifica di ogni modalità di cura adeguata ad ogni singola patologia, tutto questo dovrà essere trattato da una più ampia e adeguata raccolta di protocolli operativi.

Paziente speciale scarsamente collaborante e autonomo In questo raggruppamento trovano spazio patologie che possono richiedere peculiari capacità di “gestione psicologica” del paziente. Per l’esecuzione delle terapie sono auspicabili competenze che richiedono una specifica formazione dell’equipe odontoiatrica. In alcuni casi è utile, far conoscere al paziente la struttura dove sarà preso in cura, ricordando, inoltre, che il processo di ambientamento alla “nuova situazione” può essere molto lungo e richiedere numerose visite.

Paziente speciale non autonomo collaborante o scarsamente collaborante In questo raggruppamento ci sono pazienti che per fragilità sanitaria o disabilità psichica e/o fisica hanno perso o non hanno mai avuto la capacità di poter provvedere alla salute del proprio cavo orale. In alcuni casi, potrebbe essere utile un primo approccio presso la residenza o, comunque, presso l’ambiente abituale del paziente anche per fornire all’odontoiatra informazioni in merito a possibili situazioni che possano ostacolare o rendere disagiata il percorso terapeutico. 316 In tali soggetti, molte volte, sono bassi gli standard di igiene orale e di controllo della placca a causa della scarsa autonomia e/o abilità e/o collaborazione. Un corretto spazzolamento dentale è essenziale per rimuovere la placca e i depositi di cibo e mantenere la salute delle gengive e del parodonto. La tecnica è meno importante rispetto all’efficacia raggiunta nella rimozione della placca ed il supporto dei genitori o dei caregiver nelle manovre di spazzolamento può essere necessario per tutta la durata della vita. L’odontoiatra e/o l’igienista dentale, su indicazione dell’odontoiatra, sono le figure dedicate a fornire le corrette istruzioni di igiene orale domiciliare, rendendo spesso “individuali” le manovre di igiene orale. Devono essere in grado di ascoltare e comprendere le difficoltà dei genitori o dei caregiver nell’effettuare le manovre di igiene orale proposte. Nella predisposizione di un piano di cure è necessario tener conto del grado di igiene orale e dello stato di salute parodontale. Una scadente condizione di igiene orale, influisce negativamente sul buon esito delle cure e sulla durata dei risultati che ci si propone di ottenere.

Paziente non collaborante La diagnosi nel paziente diversamente abile non collaborante presenta particolari difficoltà data l'impossibilità di raccogliere dati anamnestici in modo diretto. A volte l'esame obiettivo deve essere completato in sedazione profonda o in narcosi, stesse condizioni richieste per l'erogazione delle cure. Appare chiaro, quindi, come, nella stragrande maggioranza dei casi, la presa in carico di questi pazienti richiede un ambiente clinico dotato di una sala operatoria opportunamente attrezzata e di personale specializzato. I soggetti diversamente abili non collaboranti con algie sono spesso incapaci di esprimere a parole il proprio problema, mentre possono manifestare un cambiamento nei modi di comportarsi tramite diversi atteggiamenti: perdita di appetito, scarsa voglia di partecipare ad attività di routine, sonno disturbato, irritabilità, forme di autolesionismo, etc ... È importante, pertanto, che le persone più vicine all'individuo con disabilità siano in grado di individuare questi cambiamenti e allertare precocemente quanti deputati alla prevenzione e cura delle patologie del distretto orale. 317 La collaborazione e la comunicazione tra paziente, famiglia e/o tutore ed operatori sanitari diventano elementi cruciali nella predisposizione di un piano di trattamento efficace e individualizzato. In considerazione di quanto detto sopra, specie in merito alle difficoltà che insorgono nell'intraprendere un percorso terapeutico in questi pazienti, grande attenzione deve essere attribuita alla prevenzione delle malattie odontostomatologiche. Negli individui diversamente abili e bisognosi di cure odontostomatologiche, la frequenza dell'intervento professionale dipende fondamentalmente dalle necessità dell'individuo stesso. Da tenere in considerazione, inoltre, il fatto che la necessità di dover far ricorso alla sedazione profonda o all'anestesia generale può influire sulla frequenza degli interventi. Quando le cure su persone diversamente abili, richiedono la sedazione profonda o la narcosi, è opportuno che nella stessa seduta di cura, vengano eseguite anche le prestazioni a carattere preventivo come ad esempio l'igiene orale e le sigillature dei solchi e delle fessure degli elementi dentari. In alcuni casi, la frequenza ravvicinata delle cure e, quindi, la familiarizzazione del paziente con la struttura di cura, può consentire di evitare il ricorso all'anestesia generale. In ogni caso appare sempre necessaria la realizzazione di un percorso comune e condiviso con la famiglia o con la struttura di riferimento del paziente in cura, così come andrebbe sempre perseguito un approccio multi e interdisciplinare. È buona norma che i pazienti, a termine del piano di trattamento, vengano avviati in un percorso assistenziale caratterizzato da sedute di prevenzione tentando anche l'igiene professionale in ambulatorio, da eseguirsi con strumentazione manuale e/o mediante ultrasuoni, con un igienista o un odontoiatra, da ripetersi a seconda della situazione odontoiatrica generale e del grado di igiene domiciliare raggiunto. In base alla valutazione dell'odontoiatra nel paziente fragile può essere opportuno programmare più visite di controllo durante l'anno. Inoltre, è consigliabile che, nel percorso di prevenzione e cura, vengano adottati specifici programmi di igiene alimentare. La promozione e l'educazione alla cura della salute orale, basate su un rapporto personale odontoiatra – igienista dentale-paziente, risultano essere efficaci. Nei soggetti con disabilità intellettiva lieve o media, questo può ritenersi appropriato e l'utilizzo della figura dell'igienista dentale risulta utile nell'attuazione di questa strategia preventiva. I caregivers che si occupano della salute orale dei soggetti disabili devono ricevere formazione e supporto nei riguardi di queste tematiche. 318 Corrette politiche sanitarie dovrebbero garantire, a fini preventivi, ragionevoli tempi di accesso alle strutture, in cui è possibile effettuare con sicurezza sedazione profonda, anestesia generale e ricovero post-intervento. Allo stesso modo, è necessario garantire dei percorsi sanitari facilitati di presa in carico degli individui diversamente abili in considerazione del fatto che questi non sono in grado di

accedere in maniera autonoma alle strutture di prevenzione e cura. Nei pazienti che devono essere sottoposti ad interventi di chirurgia odontostomatologica, le tecniche da utilizzare saranno le stesse che si utilizzano nella popolazione in generale. Nei trattamenti in anestesia generale, è consigliata l'esecuzione di quante più cure possibili. È buona norma che gli interventi chirurgici vengano eseguiti al termine della seduta stessa, onde evitare che il sanguinamento ostacoli il proseguimento di successive manovre terapeutiche. È raccomandato, per le suture, l'utilizzo di filo riassorbibile. Nell'ambito di una stessa seduta terapeutica per trattamenti odontoiatrici di varia natura ed eseguita in narcosi o sedazione profonda, le cure chirurgiche vanno eseguite al termine della seduta stessa. Qualora possibile, è auspicabile utilizzare la stessa seduta operatoria per interventi anche di altre specialità. In caso di cure odontoiatriche conservative, sono da privilegiare le tecniche operative che prevedono il completamento della terapia in un'unica seduta. In caso di trattamento endodontico il paziente disabile richiede protocolli che consentano il completamento della terapia in una sola seduta comprensive della ricostruzione del dente. I trattamenti di natura conservativa ed endodontica in narcosi vanno completati nella stessa seduta terapeutica. L'utilizzo di metodiche di tipo chirurgico va attentamente valutato, caso per caso. Infatti, un non adeguato controllo di placca, può facilmente inficiare la terapia praticata. Al fine di mantenere uno stato di salute orale ottimale, tali 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 minor accumulo di tartaro. 319 L'opportunità di un intervento parodontale dovrà essere valutata caso per caso tenendo in dovuta considerazione il fatto che, al termine della terapia, il paziente potrebbe non riuscire ad avere un corretto ed adeguato livello di igiene orale domiciliare. Il trattamento ortodontico nei pazienti con disabilità intellettiva è correlato alla situazione anatomofunzionale del distretto oro-facciale, associato al grado di collaborazione del soggetto. Alla luce di quanto sopra si evince la possibilità di eseguire un trattamento ortodontico con apparecchiature fisse dove è possibile mantenere una adeguata igiene orale autonomamente o mediante assistenza. L'utilizzo di apparecchiature mobili si rivela difficile. Fra i pochi dispositivi mobili utilizzati risaltano quelli finalizzati a migliorare la deglutizione, la fonazione e la muscolatura mimico facciale: funzioni di fondamentale importanza. I controlli sono variabili a seconda del tipo di dispositivo ortodontico, della complessità del caso, della collaborazione del paziente: in linea con le normali raccomandazioni cliniche ortognatodontiche. La motivazione dei genitori/tutori/caregiver riveste un ruolo fondamentale al fine del trattamento ortodontico. Il trattamento ortodontico nei pazienti con disabilità intellettiva è correlato alla situazione anatomo-funzionale del distretto oro-facciale, associato al grado di collaborazione del soggetto. La possibilità di poter effettuare un trattamento ortodontico deve essere valutata anche in base alla capacità di mantenimento di una buona igiene orale. Il trattamento protesico presuppone un'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 particolarmente tenuti 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. Alternativa all'utilizzo di

dispositivi mobili è quello della protesi impianto-supportata. Tuttavia, nei pazienti non collaboranti al di là delle difficoltà dell'intervento stesso, risulta problematica anche la fase diagnostica che richiede esami tipo OPT, TAC, cone beam 3d, stratigrafie la cui esecuzione incontra ovvie difficoltà. 320 Anche il rilievo delle impronte, indubbiamente più complesso per le normali metodiche implantari, rappresenta un ostacolo per il raggiungimento di un buon risultato terapeutico. Ove possibile, nei pazienti non collaboranti, è preferibile la riabilitazione protesica con dispositivi fissi. Il trattamento nella seduta operatoria dei pazienti non collaboranti prevede un'attenta valutazione da parte dell'operatore del tempo necessario per la cura, fattore sovente non stimabile in precedenza, soprattutto quando non è stato possibile effettuare una buona prima visita. Appare chiara, quindi, la componente discrezionale del singolo operatore nella pianificazione del trattamento; ciò può anche comportare una differente valutazione delle scelte operate con possibili risvolti medico legali. Per tale motivo per evitare possibili contenziosi, diventa importante il diario clinico nel quale l'operatore possa puntualmente esplicitare i motivi per i quali ha deciso di tenere una condotta piuttosto che un'altra, senza dare mai nulla per scontato. Il trattamento in narcosi diventa critico nel paziente non collaborante quando mira a risolvere situazioni cliniche di per sé certamente non gravi al punto da giustificare i rischi connessi, ma che, se non risolte, comportano un andamento progressivo con implicazioni negative ed invalidanti per il soggetto affetto. Tale fattispecie, a titolo esemplificativo, è rappresentata da un soggetto totalmente non collaborante che presenta solo un abbondante accumulo di tartaro. È evidente che il soggetto non può essere trattato se non in narcosi; e, comunque, altrettanto evidente che il ricorso alla camera operatoria, con i rischi ed i costi che comporta appare totalmente sproporzionato rispetto al problema presentato. Tuttavia tale problematica, se non affrontata con questo approccio, non può assolutamente essere risolta. D'altro canto il non risolvere il problema comporta un'evoluitività tale da implicare, nel medio periodo, una perdita di elementi dentari sì da aumentare l'invalidità del soggetto. Queste situazioni devono essere attentamente valutate mediante un preciso ed attento consulto anestesilogico al fine di poter scegliere la tecnica di narcosi più adatta.