

“Assistenza in odontoiatria per disabili”

Dott. Roberto Rozza

Immediate past- President SIOH (Società Italiana Odontoiatria per l'Handicap)

Responsabile Reparto Odontoiatria per disabili

Clinica odontoiatrica “Giorgio Vogel”

Ospedale Santi Paolo e Carlo

Milano

INTRODUZIONE

Nel panorama attuale della cultura pluralistica e antropologica, le scienze biomediche sembrano dibattersi in un difficile conflitto tra le crescenti possibilità scientifico-tecnologiche e i problemi di ordine etico-deontologico che possono arrivare dalla loro applicazione.

Da più parti, alla medicina si chiede di rimanere fedele a due fondamentali principi: essere la più scientifica e la più umana delle scienze e quindi di non ignorare altri aspetti determinanti quali l'umanizzazione della professione e la centralità dell'individuo.

A tal proposito, è rimasta immortale nel tempo l'invocazione rivolta da Ippocrate, nei *precetti*, ai medici e che in tempi moderni così possiamo esprimere: “ricordati che il malato non è una cosa o un mezzo, ma un fine, un valore, e quindi comportati di conseguenza”.

I profondi cambiamenti socio sanitari che si sono presentati negli ultimi trent'anni impongono un nuovo modello didattico-assistenziale che si occupi concretamente dei pazienti con necessità “speciali”. Infatti la medicina occidentale è cambiata più in questi ultimi anni di quanto non fosse cambiata nei venticinque secoli precedenti. Questa affermazione, seppur un po' superficiale, è comunque un segno della consapevolezza di un grande cambiamento, tuttora in atto e del quale stiamo vivendo il passaggio e le conseguenze.

Tra i mutamenti che si evidenziano emerge una concezione personalistica della salute che si pone ad un livello diverso, in un orizzonte più vasto, rispetto alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità contenuta nel preambolo del protocollo di Costituzione del 1946, che recita: salute è “lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo assenza di malattia o di infermità”. Nella concezione personalistica della salute, invece, essa è intesa come “equilibrio dinamico all'interno della persona tra soma, psiche e spirito, e all'esterno della persona tra soggetto e ambiente”.

La salute, quindi, non è acquisita una volta per sempre, ma è continuamente da conquistare, sviluppare e anche da ricostruire e questo è un concetto molto importante perché è possibile la ricerca della salute anche là dove non è più possibile il perfetto benessere come nella vita di una persona con handicap.

PERCEZIONE DELLA SALUTE ORALE NELLA POPOLAZIONE DIVERSAMENTE ABILE

L'attività sanitaria odontoiatrica dovrebbe rivolgersi con particolare accento a questa fascia di popolazione per la quale le terapie sono sempre state un problema data la modesta presenza di strutture odontoiatriche pubbliche nella nostra regione e nel resto del paese. Dai dati disponibili risulta infatti che più del 50% delle persone disabili gravi e non, autosufficienti e non, non è in carico ad alcuna struttura socio-assistenziale pubblica o privata e vive isolato in seno alla famiglia. In molti casi per i problemi orali non esiste neanche la percezione del bisogno terapeutico né tantomeno la percezione della rilevanza degli interventi preventivi sulle patologie dento-parodontali.

Gli sforzi clinici e didattici dovrebbero mirare al raggiungimento di alcuni obiettivi fondamentali come:

1. Evidenziare il bisogno di prevenzione e terapia odontoiatrica alla componente medica e assistenziale che circonda il disabile;
2. Evidenziare il bisogno di prevenzione delle patologie dento-parodontali a nucleo familiare;
3. Insegnare allo studente del corso i percorsi preventivi terapeutici e di comunicazione con il gruppo familiare del disabile e con il disabile stesso;
4. Individuare modalità di approccio e percorsi terapeutici essenziali e validi per questa tipologia di pazienti;
5. Approntare percorsi di accesso alla diagnosi e alla terapia delle patologie dento-parodontali diretti e semplificati in base ai bisogni della singola disabilità.

In definitiva il fine di questo modello didattico è di avvicinarsi il più possibile ai problemi odontoiatrici un tempo sottovalutati rispetto al soddisfacimento di altri bisogni essenziali. Infatti il cavo orale rappresenta spesso per il paziente disabile l'unica importante area per la coscienza e/o il piacere. Inoltre risulta di estrema importanza tra gli obiettivi la creazione di una data base che raccolga tutti i dati anamnestici e clinici dei singoli pazienti facilmente reperibili da qualunque medico curante. Questo è importante in quanto permette di accelerare i tempi di diagnosi e

terapia non solo per eventuali condizioni di emergenza ma anche per favorire quei pazienti che a causa della loro disabilità spesso non hanno la possibilità di riportare la loro storia clinica in modo completo (pazienti che vivono in comunità o che ad esempio vengono assistiti da più persone). In ultimo viene posto fra gli obiettivi anche lo studio delle patologie dentarie come segni secondari o caratteristici della patologia di base che ha determinato la menomazione.

CLASSIFICAZIONE SECONDO L'O.M.S.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definì le disabilità come rapporto tra persone disabili ed il loro ambiente (1980).

Classificazioni Internazionali delle Menomazioni, Disabilità e degli svantaggi esistenziali (O.M.S. 1980).

Essa distingueva tre livelli:

- **Menomazione**, intendendo qualsiasi perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica (esteriorizzazione).
- **Disabilità**, intendendo qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività di base (quale camminare, mangiare, lavorare) nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano (oggettivazione).
- **Handicap** s'intende la condizione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o ad una disabilità, che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento di un ruolo sociale considerato normale in relazione all'età, al sesso, al contesto socio culturale della persona (socializzazione).

Il termine "handicap", ancora presente nella nostra normativa, è stato di recente definitivamente accantonato dalla nuova classificazione O.M.S. (ICDH-2) nella quale non vi è più un riferimento negativo (svantaggio) rispetto a condizioni di *normalità*, ma il soggetto viene riclassificato in funzione delle proprie "attività personali" (ex-disabilità) e delle proprie "partecipazioni sociali" (ex-handicap o svantaggi esistenziali).

In questa nuova classificazione vengono ridefiniti due dei tre concetti portanti che caratterizzano un processo morboso:

- la sua esteriorizzazione: menomazione
- l'oggettivazione: non più disabilità ma **attività personali**
- le conseguenze sociali: non più handicap o svantaggio ma diversa **partecipazione sociale**

Più precisamente:

- con **attività personali** si considerano le limitazioni di natura, durata e qualità che una persona subisce nelle proprie attività, a qualsiasi livello di complessità, a causa di una

menomazione strutturale o funzionale. Sulla base di questa definizione ogni persona è diversamente abile.

- Con **partecipazione sociale** si considerano le restrizioni di natura, durata e qualità che una persona subisce in tutte le aree o gli aspetti della propria vita (sfere) a causa dell'interazione fra le menomazioni, le attività ed i fattori contestuali.

Riassumendo nelle ICDH-2 un'alterazione delle condizioni di salute della persona potrà indurre ad una limitazione delle attività con influenze riguardanti il singolo e/o il rapporto tra il singolo e la società.

L'invalidità è quindi distinta in:

- Un modello medico che si riferisce al problema personale derivante da una menomazione;
- Un modello sociale in cui ci si riferisce ad un'alterata partecipazione della persona nella vita sociale.

Per questo motivo l'approccio delle ICDH-2 è stato definito "biopsicosociale" perché nell'ambito di questa classificazione si tenta di offrire una sintesi delle problematiche presenti sia a livello biologico che psicologico e sociale.

In ambito sanitario, a seguito delle nuove impostazioni dell'approccio alla disabilità esposte nelle ICDH-2, la valutazione del paziente affetto da menomazione è oggi vista quindi non più unicamente come semplice rilevazione dei deficit presenti, bensì come quantificazioni delle abilità residue.

PROGETTO DAMA

Il Progetto si rivolge ai disabili gravi psicomotori e motori, per i quali, quando emerge la necessità di un intervento diagnostico o terapeutico in ambito ospedaliero, si determinano oggettive difficoltà di assistenza, accoglienza e gestione. Questo vale in particolare per il paziente disabile con gravi difficoltà di comunicazione o con una situazione psico-motoria gravemente compromessa. Per il paziente disabile psico-motorio le necessità diagnostiche rivestono sempre carattere di urgenza in quanto non vi è capacità descrittiva ed analitica da parte del soggetto; si deve distinguere la nuova patologia dal quadro clinico di base, legato alla minorazione e generalmente non c'è storia clinica o comunque aggiornata del paziente.

- Un quadro sintomatologico nuovo che si presenta creando allarme nel paziente e nella famiglia

- Un quadro sintomatologico già noto o per il quale è già stato previsto un percorso diagnostico, che in questi pazienti si presenta di difficile esecuzione per la frequente necessità di dover eseguire una serie di indagini diagnostiche in rapida successione, eventualmente in sedazione farmacologica, con la contemporanea presenza di più specialisti, tenendo presente la necessità della presenza di un familiare\ accompagnatore durante tutto il periodo necessario per l'esecuzione degli esami o dei provvedimenti terapeutici, sia che essi avvengano in regime ambulatoriale, sia di Day Hospital o di ricovero ordinario.

PRIMA VISITA

Al primo appuntamento, i pazienti che fanno ingresso in studio, vengono accolti in un riunito adibito alle prime visite dall'odontoiatra e dalle sue assistenti. L'approccio con il paziente varia a seconda dei singoli casi: non esiste un protocollo prestabilito, ogni paziente è diverso dall'altro, ogni patologia, anche se simile, è diversa dall'altra. Sono due

i punti importanti da considerare per arrivare alla scelta della metodologia da applicare nei pazienti disabili :

1. Conoscere accuratamente la diagnosi del paziente.
2. Conoscere le varie metodologie per impostare una terapia più appropriata possibile al singolo paziente, considerando la sua capacità di apprendimento e di reazione.

Per raggiungere questi fini è fondamentale chiedere informazioni ai genitori/tutori del paziente circa lo stato di salute dello stesso, il suo grado di collaborazione e verificare con essi i dati precedentemente riportati nel foglio di anamnesi.

Allegato al foglio di anamnesi vi dovrebbe essere una cartella clinica specifica che viene compilata alla prima visita in cui viene specificato oltre che la prestazione eseguita, anche la menomazione del paziente, il grado di collaborazione e il piano di trattamento.

Infine le prestazioni eseguite vengono riportate allo stesso modo su una seconda cartella clinica che rappresenta il normale documento di referto medico.

TEST DI VALUTAZIONE

DELLA COLLABORAZIONE ODONTOIATRICA DEL PAZIENTE DISABILE S.I.O.H. (Società Italiana Odontoiatria per l'Handicap)

Numerosi sono i fattori che influiscono sulla collaborazione odontoiatrica di un paziente disabile, non ultima la capacità di interagire da parte dell'operatore.

L'esigenza di un criterio standard che permetta di oggettivare la reale collaborazione odontoiatrica del paziente disabile giustifica una più coscienziosa e rigorosa richiesta di terapia in regime di narcosi

Il test di valutazione si suddivide in 3 parti: la prima riguarda 3 prove di accesso, la seconda 3 esami clinici e la terza 3 domande per la valutazione cognitiva. Al superamento di ciascuna prova corrisponde un punteggio che permette di inquadrare i pazienti nelle differenti categorie di collaborazione (Tab. I).

Tabella I Schema del Test.

Nome e Cognome Paziente		Test collaborazione pazienti disabili				Data	
<i>(1) Prove di accesso</i>							
	Si, subito	2			Si	2	
(2) Si siede?	Si, entro 5 min	1		(3) Esegue il comando "Apri la bocca"	Si, entro 5 min	1	
	No	0	stop test narcosi		No	0	stop test narcosi
(4) Accetta lo specchietto in bocca? (visita)	Si, subito	2					
	Si, con difficoltà	1					
	No	0	stop test narcosi				
<i>(5) Prove diniche</i>							
(6) Accetta un portaimpronte Vuoto in bocca? (protesi)	Si, subito	10		(7) Accetta l'ablattore in bocca? (conservativa)	Si, subito	10	
	Si, con difficoltà	5			Si, con difficoltà	5	
	No	0			No	0	
(8) Ablazione tartaro	20 min.	10					
	10 min.	5					
	5 min.	0					
<i>(9) Valutazione cognitiva</i>							
(10) Risponde alla domanda "Come ti chiami?"	Si			(11) Ascolta una lezione di igiene con tranquillità?	Si		
	No				No		
(12) Dimostra di aver compreso Una lezione di igiene Sul simulatore?	Si						
	No						
<i>(13) Anamnesi</i>							
S. Down				H. solo motorio			
H. solo intellettivo				H. psico-motorio			

Questa prima fase serve a esaminare la volontà del paziente di farsi visitare e curare. Un rifiuto categorico depone a favore della narcosi e il test ha termine; la disponibilità del paziente lo porta alle prove successive.

servono più tentativi perché l'operatore non sia visto esclusivamente come uno sconosciuto, ma come una persona di cui fidarsi. In relazione a tale osservazione, si è scelto di attendere fino a 5 minuti affinché il paziente superi le prove d'accesso;

I pazienti che superano queste prove di accesso vengono inseriti nel gruppo di quelli potenzialmente collaboranti che, avendo ottenuto un punteggio superiore a 3, proseguiranno il test con le prove cliniche e la valutazione cognitiva.

In questo modo si testa l'entità della capacità collaborativa del disabile. La disponibilità iniziale non è indice della sicura collaborazione del paziente a ogni procedura terapeutica. La prova del portaimpronte è utile per dare indicazioni sulla possibilità di poter effettuare una riabilitazione protesica rimovibile più semplice. Passando alla prova dell'ablattore si può valutare la disponibilità all'uso di strumenti più invasivi quali quelli rotanti. La prova della detartrasi serve per testare la capacità del paziente di sopportare sedute di durata prolungata.

APPROCCIO PSICOLOGICO

La descrizione di tecniche di approccio psicologico al paziente "diversamente abile"; termine coniato nel nuovo documento dell'O.M.S., I.C.F. (International Classification Of Functioning, Disability and Health) nel quale la parola "disabilità" è ora affiancata al normo-funzionamento ed alla salute dell'individuo.

Dunque, in ambito sanitario, la valutazione del paziente affetto da menomazione oggi non è più vista unicamente come semplice rilevazione dei deficit presenti (vecchio documento dell'OMS), bensì come quantificazione delle abilità residue.

La psicologia, applicata all'odontoiatria sul disabile, è alla base dell'attività operativa.

È importante che il disabile trovi un buon affiatamento con l'odontoiatra ed un ambiente idoneo per accoglierlo.

Ecco perché la professione odontoiatrica e gruppi di genitori, hanno dimostrato un interesse crescente riguardo al problema di fornire cure alla salute orale del disagio fisico e/o mentale affinché egli abbia diritto all'opportunità di un'appropriata riabilitazione e a realizzare il livello massimo di funzionalità.

Le varie tecniche di approccio psicologico al paziente disabile, saranno, quindi, molto utili per ottenere un piano di trattamento ottimale che comprenda, sia un buon livello di sensibilizzazione dei genitori, che un buon livello di collaborazione dei pazienti.

La cura di questi soggetti richiede più tempo, un maggior investimento emotivo e una maggiore capacità di controllo nelle reazioni avverse o negativistiche rispetto a quanto avviene nei pazienti normali.

Ecco perché è indispensabile che l'odontoiatra, prima di operare qualsiasi intervento sul diversamente abile, valuti attentamente sè stesso, così da accettare la responsabilità di trattare pazienti con deficit psichici, fisici e psico-fisici nel modo più idoneo, poiché anche un soggetto con un'insufficienza

mentale possiede un'istintiva capacità di percepire se è amato e rispettato. Dunque, quando vi è incongruenza tra la comunicazione verbale e il comportamento, l'odontoiatra può apparire non sincero anche agli occhi di questi "particolari" pazienti.

In seguito a quanto detto e tenuto conto delle difficoltà di comunicazione verbale che presenta il paziente affetto da deficit psichici e/o psico-fisici, si sono identificate diverse modalità di comunicazione non verbale che possono promuovere una miglior interazione tra paziente e odontoiatra. La comunicazione non verbale, comprende tutte quelle modalità di linguaggio non parlato, che in genere accompagnano e a volte sostituiscono la comunicazione verbale intesa come uso della parola nella forma tanto parlata, quanto scritta.

Si distinguono quattro grandi tipi di comunicazione non verbale:

- **l'aspetto prosodico del linguaggio**, ossia quel tipo di comunicazione non verbale che sempre accompagna il linguaggio fatto di parole. Si tratta del controllo del tono e del ritmo della voce in modo tale da comunicare sistematicamente al disabile di aver a che fare con una persona calma, tranquilla, che non impone fretta, che non si lascia innervosire né perde la calma di fronte alle condotte inadeguate e a volte anche violentemente reattive del paziente. Così, un tono modulato e non monocorde, partecipante e coinvolgente, calmo e regolare, sono tutti elementi che comunicano sicurezza, fiducia e accettazione e dispongono il diversamente abile alla docilità e alla collaborazione.

- **la comunicazione gestuale e posturale**, può tanto accompagnare e rinforzare, quanto sostituire e modificare, in maniera più o meno totale, il linguaggio verbale.

Essa risulta costituita sia dai movimenti (soprattutto delle dita, delle mani e delle braccia), che dalla posizione e dall'atteggiamento generale del corpo dell'odontoiatra.

I *gesti* devono essere pacati, controllati e soprattutto prevedibili. Sono da evitare quelli bruschi, violenti e poco coordinati. Nella misura ottimale tutte le azioni che realizza l'odontoiatra o l'assistente e, soprattutto, quelle che sono particolarmente intrusive, moleste o dolorose, vanno preannunciate tanto con parole quanto con mimica appropriata.

Il tempo impiegato per attuare questi accorgimenti non deve mai essere considerato come perso poiché nel lungo periodo può diventare produttivo per la funzionalità terapeutica.

- **l'aspetto prossemico**, ossia quel tipo di linguaggio che esprime e trasmette, molte volte in maniera prevalentemente implicita e involontaria, una serie notevole di contenuti particolarmente significativi, come la fiducia e la preoccupazione. Questo tipo di comunicazione si fonda sulla distanza che intercorre tra l'odontoiatra e il disabile. Essa non deve essere né troppo ravvicinata, per non invadere lo spazio intimo del paziente, né troppo distaccata da dimostrare un atteggiamento freddo.

- **la comunicazione ambientale**, da questo punto di vista, è necessario curare tutti quegli accorgimenti che trasformano lo studio in un luogo accogliente, personalizzato e non eccessivamente asettico.

tico. Relativamente all'abbigliamento, che deve pur sempre essere prettamente professionale e pienamente funzionale, sembra utile evitare tutto quello che sottolinei eccessivamente una situazione relazionale fredda, rigida, impersonale e ansiogena. Si dimostrano più graditi i camici e le tovaglie colorate, purché di colori rilassanti. Ad esempio, l'uso di un'illuminazione discreta e soffusa senza fasci di luce che colpiscono direttamente in faccia il paziente, una musica rilassante di sottofondo, qualche pianta o fiore e dei quadri che rallegrino la stanza. Il fatto che i ferri, le siringhe e gli altri strumenti ansiogeni non siano immediatamente visibili, né risultino esposti brutalmente, sono altrettanti mezzi di non secondaria importanza per comunicare al disabile che egli entra in un ambiente amico.

Tutti questi elementi della comunicazione non verbale risultano utili nel promuovere un'interazione odontoiatrica che, oltre ad essere terapeuticamente funzionale, sia anche umanamente valida e gratificante.

Oltre a questo tipo di approccio, con l'aiuto della psicologia e della neuropsichiatria, si è trovato un metodo più scientifico per approcciare il paziente disabile, attraverso quattro strumenti d'indagine che sono:

- **l'osservazione** della postura nella sua normalità, della gestualità delle mani e le modificazioni dello sguardo, permettono all'odontoiatra di riconoscere principalmente tre tipi di pazienti: *il collaborante*, *il non collaborante* e *l'apparentemente collaborante*.

In genere il *collaborante*, se fatto sedere sulla poltrona odontoiatrica, assume un atteggiamento posturale di sufficiente serenità con sguardo attento ma fiducioso. Egli è bravo sia che ci siano i genitori o gli accompagnatori, sia che non ci siano e anche sulla poltrona riesce a mantenere, nel limite delle sue abilità, le capacità relazionali.

Il paziente *non collaborante* assume atteggiamenti posturali e gestualità tipiche di un soggetto spaventato; non si vuole sedere sulla poltrona, non guarda l'operatore in viso, le gambe e le braccia si irrigidiscono notevolmente. Egli vede lo studio come un ambiente ostile. In questi casi è indispensabile la presenza di un genitore istruito precedentemente. Si possono addirittura manifestare atteggiamenti isterici.

Il soggetto *apparentemente collaborante* non manifesta nessun tipo di emozione, ha un "super ego" molto marcato, ma è pervaso da un profondo stato di ansia. La postura è rigida e lo sguardo può essere in continuo movimento proprio perché è preoccupato. Quindi, l'approccio deve essere più simile a quello che si tiene per un non collaborante. Inoltre, è necessaria la presenza di un genitore ma non manifesta.

- **Il colloquio.** La comunicazione, sia essa verbale o attraverso canali paralinguistici è fondamentale. Viene spesso usata la tecnica del "Tell-show-do" e del Rinforzo Positivo (tecniche di desensibilizzazione spesso usate in odontoiatria infantile). La prima è una tecnica di approccio di tipo graduale e

informativo che si esplica in due tempi diversi; all'inizio fingendo di praticare delle manipolazioni su un oggetto o su una persona cara al paziente e solo successivamente sul disabile. Questo tipo di approccio consente di utilizzare nel migliore dei modi le risorse intellettive più elementari e primarie del soggetto. La tecnica del rinforzo positivo, invece, si basa sul riconoscimento delle abilità a vincere la paura attraverso elogi e sorrisi da parte dell'odontoiatra verso il disabile.

- **L'anamnesi sia medica che psicologica.** È fondamentale ripercorrere l'anamnesi con i genitori indagando sulla gravità della disabilità, sul livello di comunicabilità e sulla capacità di cooperazione del soggetto diversamente abile.

- **Disegno.** viene usato come strumento d'indagine per comprendere la situazione emotiva del bambino diversamente abile. La sua interpretazione permette di eseguire un'analisi psicodinamica dei meccanismi di difesa usati dal bambino disabile per controllare la paura del dentista e nel rilevare i principali "fantasmi" inconsci che il rapporto con il medico può scatenare, facendo riemergere paure e conflitti latenti verso i genitori spostati sulla figura del medico. Inoltre, il disegno, può essere un utile strumento di prognosi per l'identificare quei pazienti cosiddetti "difficili", che rifiutano di collaborare con il medico.

Tutti gli strumenti d'indagine devono servire per ottenere o migliorare la collaborazione.

Talvolta crescendo, i bambini disabili diventano sempre più forti e robusti e possono causare difficoltà di controllo. È proprio per questo che è fondamentale che il dentista venga considerato come un "amico" di cui si possono fidare. Se non è possibile controllare il disabile adeguatamente può essere necessario fare uso di premedicazione. In alcuni casi, il comportamento è tale da dover ricorrere per forza all'anestesia generale. In questo modo, se da una parte si nega al paziente la possibilità di imparare a sopportare il trattamento odontoiatrico, dall'altra vengono garantite cure di ottimo livello.

Concludendo, affinché si riesca a persuadere il paziente diversamente abile all'utilità del trattamento, l'odontoiatra deve conoscere accuratamente i problemi dentali e psicologici dello stesso.

Naturalmente, questo non deve per nulla esimersi da una valutazione diagnostica generale e attenta, relativa alla gravità e alla qualità dei deficit psico-fisici del paziente, dato che da tale valutazione, discendono delle modifiche estese sia nelle reazioni che ci possiamo ragionevolmente attendere, sia nelle tecniche di approccio e di controllo.