

---

GIANNA MARIA NARDI

*Ricercatore Universitario Confermato Università di Roma "Sapienza"*

*Docente CLID Università di Roma "Sapienza" Polo A-B-C*

*Docente al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Tecniche Assistenziali  
(CLASPES)*

*Direttore didattico CLID Polo B Sapienza di Roma-Isernia*

*Direttore Master "Tecnologie avanzate nelle scienze di igiene orale"*

*e Docente CLID Università di Modena-Reggio Emilia*

*e CLID "Vita-Salute" San Raffaele-Milano*

*Presidente SISIO e Vicepresidente "Accademia di Prevenzione*

*Odontostomatologica" "Il Chirone"*

*nardi.giannamaria@gmail.com*

## CENNI SULLA DISABILITÀ

Secondo l'O.M.S. per disabilità s'intende "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo e nell'ampiezza considerati normali per un essere umano; meglio ancora, tutte le condizioni di svantaggio che colpiscono l'uomo determinano un handicap". In Italia si contano circa duemilioniottocentomila soggetti disabili, secondo i dati Istat del 2001. Fra questi, una delle categorie più numerose è rappresentata dai soggetti affetti da sindrome di Down.

L'handicap risulta caratterizzato da una dissonanza tra l'efficienza o la condizione dell'individuo e le aspettative di quel particolare gruppo sociale a cui appartiene. La valutazione e la quantificazione dell'handicap è subordinata ai valori culturali, al punto che una persona può essere considerata diversamente abile in un gruppo e non in un altro: tempo, luogo, condizione e ruolo sociali rappresentano altrettanti fattori che contribuiscono a questo tipo di valutazione. Se nel passato la media di vita di un paziente Down non superava i 20 anni, attualmente, grazie alla riduzione della mortalità infantile, al miglioramento della qualità di vita ed ai progressi in campo farmacologico e terapeutico, il disabile e, in particolare, i soggetti affetti da questa sindrome, vivono più a lungo e in molti casi sopravvivono ai loro genitori. È assolutamente necessario, quindi, per questi pazienti, istituire servizi e assistenza specifici di tipo sanitario, anche nel settore odontoiatrico.

## PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DI DOWN

Oltre al ben noto ritardo mentale, che già di per sé può rappresentare un limite alle terapie odontoiatriche per la difficoltà di ottenere una collaborazione sufficiente alla loro esecuzione, possono presentare una serie di altre patologie di accompagnamento alla Trisomia, spesso ostacolo alle terapie di prevenzione eseguite dall'igienista dentale. Frequentemente infatti, il paziente affetto da Sindrome di Down presenta anomalie del cavo orale che possono rendere difficoltoso il corretto mantenimento della salute orale. Questi soggetti presentano spesso una malformazione chiamata lingua scrotale, una lingua caratterizzata dalla presenza di numerose e profonde pliche, sul fondo delle quali residui di cibo e batteri possono depositarsi e moltiplicarsi senza che il paziente riesca ad allontanarli durante le manovre di igiene orale.

Questa peculiare caratteristica, che non rappresenta di per sé una patologia, può però rappresentare un fattore di rischio per la carie, in quanto crea nel cavo orale un ambiente ideale

al suo instaurarsi. Spesso la lingua scrotale è accompagnata a macroglossia: la lingua, oltre a presentarsi con delle pliche sul dorso, appare anche di dimensioni aumentate. La macroglossia, pur essendo una anomalia della lingua, rappresenta nei confronti della carie un fattore protettivo. Infatti, le sue aumentate dimensioni facilitano l'autodeteriorazione delle superfici dentarie, impedendo che residui di cibo, placca batterica e tartaro vi si depositino.

Nei soggetti affetti da sindrome di Down si sviluppano spesso delle malocclusioni: i reciproci rapporti fra i singoli denti e le due arcate dentarie nel loro insieme risultano non corretti, creando così zone di difficile detersione durante l'esecuzione delle manovre d'igiene domiciliare.

La respirazione a bocca aperta, dovuta a malocclusione o ad ostruzione delle vie respiratorie (ipertrofia delle adenoidi, deviazione del setto nasale) può causare secchezza della bocca con sensazione di bruciore alla lingua, screpolature agli angoli della bocca, disturbi gengivali, ulcere della mucosa buccale e alitosi. Per le ragioni fin qui esposte, questi soggetti sono anche più predisposti all'insorgenza di parodontiti ad esordio precoce, ovvero di infiammazioni a carico delle gengive, che se non curate possono portare negli anni alla perdita precoce degli elementi dentari. In rari casi sono anche colpiti da un tipo di parodontite molto distruttiva denominata gengivite ulcero-necrotica acuta, malattia dei tessuti di sostegno dei denti temibile, che richiede un tempestivo intervento dello specialista odontoiatra e controlli frequenti di igiene professionale dell'igienista dentale. È indicato associare alla TPNC applicazioni di fotodinamica (Helbo) per una maggiore decontaminazione dei tessuti attraverso la luce.

Bisogna inoltre ricordare che questi pazienti presentano spesso delle agenesie dentali, la mancanza cioè di uno o più denti, che più frequentemente sono gli incisivi laterali superiori, seguiti dai denti del giudizio e quindi dai canini superiori. La dieta povera di cibi solidi, l'incapacità a masticare corret-



## IL PROBLEMA DELL'IGIENISTA DENTALE

L'igienista dentale è una figura primaria del team odontoiatrico che si occupa di soggetti disabili: ha compiti sia di prevenzione primaria, al fine di mantenere il cavo orale in salute, sia in prevenzione secondaria e terziaria delle patologie dei tessuti di sostegno dei denti attraverso la terapia parodontale non chirurgica e il mantenimento delle cure svolte dall'odontoiatra. Per affrontare le sedute di igiene orale professionale di questi soggetti e condurle con efficacia sono indispensabili buona competenza scientifica, un costante aggiornamento ed una buona dose di pratica clinica alla poltrona.

tamente, la macroglossia, l'alterata funzione della muscolatura masticatoria, tutte caratteristiche proprie dei soggetti affetti da sindrome di Down, possono facilitare l'accumulo di placca batterica e rendere difficoltoso il mantenimento di un buon il livello di igiene orale.

### DIVERSE DISABILITÀ

Lesioni cerebrali, ritardi mentali con anomalie del comportamento e dell'andamento, menomazioni dell'udito, disordini della vista, disturbi ortopedici, cardiaci, convulsivi ecc, richiedono una corretta personalizzazione dell'approccio e del trattamento preventodontico.

#### PAZIENTE CON PSICOSI DEPRESSIVA

È preferibile consultare lo psichiatra di riferimento prima di intraprendere qualsiasi tipo di manovra. Le sedute devono essere brevi, al fine di controllare l'ansia del paziente: egli va continuamente rassicurato ed assecondato. Quando il paziente appare intrattabile in ambulatorio, va considerata l'opportunità di ricorrere all'anestesia generale, sottoponendolo poi a controlli periodici e sedute di Full Mouth Disinfection, alla presenza dei tutor.

#### PAZIENTE SCHIZOFRENICO

È essenziale ottenere dallo psichiatra informazioni generali relative al comportamento da assumere al cospetto di tali pazienti ed in certi casi è inevitabile il ricorso all'anestesia gene-

rale. È importante stabilire sin dall'inizio un buon rapporto, che può indurlo a tornare, ma attenzione: le sue reazioni sono quanto mai imprevedibili, perché può affezionarsi facilmente e altrettanto facilmente può arrivare ad odiare. Non si può mai fare affidamento sulle promesse di mantenere una corretta igiene orale, perciò i piani di trattamento protesico vanno attentamente valutati e si consigliano sedute di FMD.

#### PAZIENTE CON DISTURBO AUTISTICO

Indubbiamente si tratta del tipo di paziente che rende l'approccio iniziale quanto mai difficile, se non impossibile. In genere pur avendo una scarsa igiene orale, si riscontra una bassa incidenza di processi cariosi. Si curano in anestesia generale, però può essere utile la sedazione qualora si debba intervenire sul settore frontale o effettuare controlli periodici.

#### BAMBINO CON RITARDO PSICOMOTORIO

Presenta solitamente problemi parodontali; la prima manifestazione è rappresentata da una gengivite associata a scarsa igiene orale. Indicato è l'uso di spazzolino elettrico rotante oscillante per agevolare il controllo di igiene fatto dai genitori o tutor.

#### BAMBINO CEREBROLESO

Presenta un'alta incidenza di carie rispetto alla media, disturbi parodontali, alterazioni dell'occlusione, bruxismo, digrignamento e serramento. Si tratta in tutti e tre i casi di "parafunzioni", ovvero movimenti mandibolari non funzionali, volontari o involontari, che si verificano durante il giorno o la notte, producendo talvolta un caratteristico "stridore". In condizione di grave ritardo mentale possono essere frequenti le morsicature a livello del labbro e della parte interna delle guance. L'approccio risulta molto facile dal punto di vista umano, poiché il paziente appare indifeso, ma pone davanti a soluzioni difficili: Quante sedute potrà sopportare? Qual'è l'urgenza? Si riuscirà a lavorare nei setti posteriori? Lo schema terapeutico dipende molto dall'età del soggetto, dalla gravità della patologia di base e di quella orale, dal grado di collaborazione. Quindi bisogna optare o per terapie ambulatoriali o per interventi in narcosi. Per questi pazienti è fondamentale effettuare controlli periodici e sedute di profilassi ad intervalli di 3-4 mesi al massimo in FMD o meglio sedute brevi ogni mese di deplaquing con polveri di glicina.

#### PAZIENTE CON CRISI EPILETTICHE

Proprio per il tipo di terapia attuata, presentano problemi

### DIVERSI ASPETTI CLINICI NEI DIVERSI CASI DI DISABILITÀ



1



2



3

### ATTUARE UN PIANO DI TRATTAMENTO PER UNA BUONA IGIENE ORALE

1) Lingua fissurata associata a macroglossia 2) Parodontite 3) Agenesia dentale

di aumento di spessore delle gengive che risultano così fortemente irritate, doloranti, gonfie.

#### PAZIENTI CON ALTERAZIONI EMATICHE

Bisogna tenere conto delle difficoltà di coagulazione e ridurre al minimo il rischio di sanguinamento durante lo spazzolamento; talvolta questi pazienti non possono utilizzare lo spazzolino, è indicato guanto in microfibra (oral set care MAM) per evitare contaminazioni batteriche preoccupanti.

#### PAZIENTI AFFETTI DA CARDIOPATIA

Il controllo di una adeguata igiene orale è necessario per evitare il rischio di infezioni del cavo orale che compromettano ulteriormente le strutture dell'apparato cardiovascolare.

#### PAZIENTE CON MENOMAZIONI FISICHE

Se non sono in grado di eseguire una corretta igiene orale, sarà compito del tutore il controllo meccanico e chimico di placca e il controllo di una adeguata alimentazione acario-gena. Se riescono ad eseguire le procedure di igiene orale da soli, è bene che il tutor controlli che la placca sia stata completamente rimossa con l'ausilio di rilevatore di placca liquido usato su un bastoncino ovattato e specchietto per la visione indiretta della zona linguale. Consigliato lo spazzolino elettrico rotante oscillante o un impugnatura supplementare allo spazzolino manuale che aiuta il paziente con ridotta abilità lavabile in lavastoviglie. (extra grip user TEPE)

#### PAZIENTE NON UDENTE

È opportuno far toccare gli oggetti che saranno usati nella seduta di igiene domiciliare o professionale e con il tatto si metterà il paziente a conoscenza delle condizioni delle strutture del proprio cavo orale, descrivendo ciò che sta toccando. Molti pazienti leggono i movimenti delle labbra e l'espressione del volto per trarre indizi di approvazione e disapprovazione riguardo al loro comportamento. Il linguaggio deve essere semplice.

#### PAZIENTE NON VEDENTE

Ogni procedura va spiegata in un linguaggio facile e con descrizioni adatte all'età. Il tono di voce deve essere sereno e rassicurante. Durante il trattamento, sono assolutamente da evitare movimenti bruschi ed è necessario mantenere costante il contatto tattile che infonde una sensazione di sicurezza: è opportuno far toccare gli oggetti che saranno usati nella seduta di igiene domiciliare o professionale e con il tatto si metterà il paziente a conoscenza delle condizioni delle strutture del proprio cavo orale, descrivendo ciò che sta toccando e in cosa consisterà la procedura clinica.

#### L'IGIENISTA COME FIGURA FAMILIARE PER IL PAZIENTE

Il trattamento che si riesce ad eseguire su questi soggetti è spesso molto limitato, ma il risultato deve sempre essere comunque la sintesi consapevole ed abile di un protocollo globale che ben si conosce: niente deve essere lasciato al caso ed all'improvvisazione. L'igienista deve possedere requisiti personali importanti: assoluta calma e pazienza, gentilezza, disponibilità totale, sensibilità, serenità, allegria, controllo emotivo, rispetto della dignità del disabile, coerenza, consapevolezza e conoscenza del grado di handicap, fantasia, inventiva, ingegnosità, umiltà. In conclusione, la prestazione dell'igie-

## COSA DEVE FARE L'IGIENISTA DENTALE

L'igienista dentale può dare un contributo importante al benessere, alla mobilità indipendente ed al senso di autostima di un paziente disabile e deve avere come suoi obiettivi:

- entrare nella psiche del paziente come educatore per motivare il paziente e anche colui che se ne occupa;
- introdurre delle pratiche mirate per la cura personale della cavità orale che conducano al mantenimento di tessuti orali sani, privi di infezioni;
- contribuire quindi alla salute generale del paziente, poiché la salute orale ne è parte integrante;
- aiutare nel migliorare l'estetica, contribuendo così all'accettazione sociale;
- attraverso sedute di igiene orale professionale, fluoro profilassi e sigillature, prevenire la necessità di un trattamento dentale e parodontale.

nista deve essere una forma di "tender loving care", espressione anglosassone con la quale si intende il saper curare con amorevole tenerezza, ma con fermezza e chiarezza di obiettivi. Un eccessivo coinvolgimento emotivo da parte dell'operatore è sicuramente limitante e annullante, al punto da vanificare l'approccio. Stati d'animo quali:

- stupore,
- paura,
- rifiuto,
- commozione,
- tenerezza,
- impotenza,
- impazienza,
- emozioni intensissime,

sono inevitabili al primo impatto, ma sono superabili nel tempo.

Bisogna accostarsi ad essi con tenerezza, ma senza partecipare troppo delle loro sofferenze. Questa è la formula vincente per farsi accettare ed essere efficaci.

Non bisogna dimenticare che il confine tra emozione, tenerezza, coinvolgimento e pietismo è molto sottile: non si deve rischiare di ferire, con un sentimento deleterio come il pietismo, la dignità di chi si ha di fronte che, se ha sufficiente capacità di captare questo sentimento negativo (non percepibile da parte di chi lo prova), ne ha altrettanta per rimanerne ferito. La pietà è sempre un sentimento negativo, da evitare, poiché da una parte paralizza e vanifica gli intenti dell'operatore, dall'altro mortifica la persona che ne è oggetto.

Non sottovalutiamo mai il potenziale comprensivo e la sensibilità, spesso nascosti dall'incapacità di comunicazione verbale o gestuale del paziente disabile.

"Controllo emotivo" significa anche essere preparati a reazioni inaspettate e saperle affrontare: le emergenze possono capitare in qualsiasi momento, senza preavviso e predicibi-



lità, e con qualsiasi paziente; se non c'è controllo emotivo, non c'è un buon operatore, non c'è un buon trattamento. L'igienista non deve fuggire di fronte alle reazioni aggressive, se pure difensive, che spesso manifestano i pazienti con ritardo mentale grave: se strappano i bottoni del camice, o tirano i capelli, o sputano o con un calcio fanno volare la tavoletta del riunito, si deve solo imparare ad essere più svelti ed evitare che succeda. Quando si conosce un problema, si trova il sistema per evitarlo! Non possiamo arrabbiarci o "provare a farli ragionare" o peggio arrenderci: è normale, è il loro modo di comunicare o rifiutare una situazione. Siamo noi che dobbiamo adeguarci a loro, non pretendere o sperare che loro si adeguino a noi.

#### COLLABORAZIONE DEL PAZIENTE DISABILE DURANTE IL TRATTAMENTO DI IGIENE ORALE PROFESSIONALE

Il paziente diversamente abile dal punto di vista odontoiatrico può essere classificato in base al grado di collaborazione che fornisce prima, durante e dopo il trattamento di igiene professionale.

L'entità della gravità del disabile e della conseguente menomazione è in genere rapportata al tipo di collaborazione prestata dal paziente nel corso del trattamento.

Questi pazienti fluttuano da una collaborazione "totale", comunque sempre relativa all'entità dell'handicap e supportata da uno specifico approccio e adeguamento del trattamento, alla più totale forma di non collaborazione.

Necessitano comunque di:

- presenza di un assistente che li aiuti a mantenere fermo il capo;
- presenza di un secondo assistente che tenga loro le braccia;
- utilizzo di costrizioni fisiche.

Difficile è decidere mediante schemi predeterminati la potenziale collaborazione dei pazienti, mettendola in relazione alla patologia di cui sono affetti. In ambito medico ed odontoiatrico la collaborazione è sì in relazione al Q.I. del paziente, ma fortemente influenzata dal vissuto personale, familiare e dal contesto sociale in cui vive il paziente. Necessario un coinvolgimento interdisciplinare tra professionisti medici e tecnici sanitari e famiglia.

Secondo queste considerazioni di carattere generale possiamo distinguere:

#### PAZIENTI CON COLLABORAZIONE ATTIVA E COSCIENTE

Caratterizza colui che volontariamente e coscientemente si lascia curare e magari collabora attivamente rispondendo alle richieste dell'operatore: gira la testa, sciacqua, sputa, alza il mento, resta fermo quando necessario e permette pazientemente di terminare la prestazione. A questo gruppo appartengono i pazienti portatori di lieve insufficienza mentale, i non vedenti, i non udenti.

Possono essere così definiti i pazienti affetti da:

- lieve insufficienza mentale; la loro collaborazione può essere superiore al 50% o totale;
- non vedenti;
- non udenti.

#### PAZIENTI CON COLLABORAZIONE PASSIVA

È propria di colui che, nonostante l'incapacità di collaborare attivamente, accetta l'intervento di un assistente che lo guidi e lo aiuti.

#### COLLABORAZIONE PASSIVA E SEMICOSCIENTE

Caratterizza colui che, pur portatore di grave insufficienza mentale, spasticità, aggressività, incapacità di impugnare qualsiasi oggetto, incapacità di sputare a sciacquare, se sedato opportunamente dal medico responsabile dell'Istituto, se assistito da un operatore che gli regga il capo e da un operatore che ne tenga fermo il corpo, può essere comunque curato. A questo gruppo appartengono i pazienti portatori di medio o grave ritardo mentale, con impassibilità di mantenere una postura adeguata (tetraplegici, spastici, atetosici) e minorati plurisensoriali (sordo-cieco-muti con grave insufficienza mentale).

Naturalmente in questi casi aumenta il grado di difficoltà per l'igienista, che trarrebbe enorme vantaggio dalla presenza e dall'aiuto di una seconda assistente che contribuisca alle procedure di aspirazione, risciacquo del paziente, al passaggio e migliori la qualità della luce.

#### PAZIENTI NON COLLABORANTI

Sono pazienti che, nonostante tutti i tentativi per attuare le cure ambulatoriali siano stati tentati, non riescono a gestire l'ansia in ambiente odontoiatrico ed a fidarsi degli operatori. Per questi pazienti può essere praticata una contenzione dinamica per cure brevi, considerando anche l'indicazione all'ansiolisi, alla sedazione ed il ricorso alla cura in narcosi, quando i trattamenti necessari siano particolarmente lunghi e prolungati.

Possono essere così definiti i pazienti affetti da:

- insufficienza mentale di grado medio: collaborazione inferiore al 50%;
- insufficienza mentale di grado elevato: collaborazione impossibile;
- impossibilità di mantenere una postura adeguata (tetraplegici, spastici, atetosici);
- minorati plurisensoriali (sordo-cieco-muti con grave insufficienza mentale).

Tra i due estremi - collaborazione e non collaborazione - esi-

stono gradi intermedi di collaborazione parziale, costante o intermittente; un esempio di collaborazione fluttuante può essere rappresentato dai pazienti affetti da ritardo mentale lieve, disturbi psichici, autismo e schizofrenia, e dai pazienti Down.

L'esperienza comunque insegna che è buona regola non dare mai niente per scontato: un paziente che oggi collabora, domani potrebbe rifiutarsi di sedere sulla poltrona. Nello stesso soggetto possono infatti verificarsi, per motivi apparentemente inspiegabili, reazioni comportamentali fortemente discordanti tra una seduta e l'altra o nell'ambito della medesima seduta.

Non per questo bisogna arrendersi o abbattersi; al contrario, proprio per questo motivo si deve essere pronti a sfruttare al massimo la collaborazione, quando si presenta favorevole. L'abilità dell'operatore consiste non solo nel riuscire a trattare i pazienti collaboranti, ma ovviamente anche quelli dichiarati non collaboranti, nonostante la scarsa collaborazione influisca negativamente sulla qualità del risultato. Il grado di collaborazione è legato al tipo di handicap di cui soffre il paziente, ma molto spesso dipende anche dall'incapacità o inesperienza dell'igienista dentale. Obiettivo: creare un ambiente familiare e tranquillo al fine di una migliore accettazione dei futuri trattamenti e coinvolgere i familiari/tutor con una motivazione all'uso di tecniche e strumenti personalizzati di igiene orale.

#### PRIMA VISITA

La visita iniziale è importantissima, perchè è in questa occasione che si stabiliscono i programmi di trattamento e di controlli periodici. I ritardati mentali sono molto suscettibili al pre-condizionamento: è consigliabile perciò porsi al loro livello in base all'età mentale piuttosto che a quella cronologica. Il primo rapporto con il disabile si ha nella raccolta di dati anamnestici, quindi è bene avere questo primo incontro al di fuori dell'ambulatorio odontoiatrico, in un'atmosfera più rilassante. L'incontro con un diversamente abile e con la famiglia deve essere il più diretto e aperto possibile e quindi scevro da pregiudizi: il team odontoiatrico che si dedica a questo particolare tipo di pazienti non deve avere solo una idonea preparazione tecnico-operativa, ma anche psicologica. L'operatore deve venire a conoscenza di tutti quei dati utili ai fini del trattamento e della protezione del paziente. Si raccolgono poi informazioni circa l'anamnesi odontoiatrica remota. È saggio, infine, registrare oltre a tutte queste informazioni, anche le manifestazioni emotive e comportamentali del paziente e dei genitori. Si passa quindi alla visita nell'ambiente ambulatoriale finalizzata alla desensibilizzazione del paziente ed all'ottenimento della sua fiducia; si deve dare al paziente l'impressione di un ambiente amico, soprattutto per la disponibilità delle persone che si cureranno di lui: il paziente deve poter familiarizzare con il curante, con il team e prendere coscienza della realtà operativa; successivamente si passerà al contatto diretto con lo strumentario minimamente invasivo.

#### IGIENE ORALE

L'igiene orale rientra tra le pratiche di cura personale ripetute con maggiore frequenza durante la giornata e la bocca è una parte del corpo estremamente sensibile che, fin dalle prime fasi della vita, consente non solo di nutrirsi, ma di comunicare e di entrare in relazione con l'esterno. È per questi motivi che l'igiene orale assistita, rappresenta un momento di forte contatto tra la persona disabile e chi lo assiste: un approccio adeguato deve consentire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra i due attori del processo, favorendo la massima collaborazione possibile. A tal fine è consigliabile effettuare l'igiene orale in un luogo tranquillo, privo di distrazioni; preferibilmente deve essere sempre lo stesso ambiente, predisposto in modo da rispondere alle esigenze di spazio di cui si necessita (esempio, l'altezza del lavabo); Se il paziente è collaborante, è sufficiente che disorganizzi la placca del cavo orale e della lingua attraverso uno spazzolamento efficace dopo 20 minuti dal pasto. È consigliato l'uso di spazzolini con setole morbide o di media durezza modificando, se necessario, l'impugnatura in modo da rendere più agevole il suo corretto utilizzo da parte di questi particolari soggetti con l'utilizzo del extra grip user (TEPE). Infatti le mani dei pazienti affetti da Sindrome di Down sono spesso piccole e corte e in questi casi può risultare efficace inserire il manico dello spazzoli o all'interno di una pallina da tennis che risulta più facile da tenere nella mano. In altri casi si può consigliare l'uso di una larga fascia elastica che blocca lo spazzolino nella mano o l'allungamento del manico per coloro che non riescono ad alzare il braccio o la mano ed infine, l'utilizzo degli apribocca per coloro che non riescono a tenere la bocca aperta, sempre che l'uso di tale strumento non stimoli conati di vomito.

Nel caso di pazienti poco collaboranti, possono essere impiegati spazzolini di tipo meccanico che non richiedendo doti di particolare manualità, vengono utilizzati con maggior facilità da quei pazienti con difficoltà a compiere movimenti precisi, richiesti per un corretto uso dello spazzolino manuale. Nel caso invece in cui il paziente sia totalmente non collaborante, è necessario l'intervento di un genitore o di un tutor che si occupi di lui durante l'esecuzione delle manovre di igiene orale professionale.

Se il paziente ha difficoltà di movimento, lo si siederà su una sedia accanto al lavabo e ci si porrà dietro o al suo fianco, in modo da poter raggiungere agevolmente ogni parte della bocca. Questa posizione è la più indicata anche per la sedia a rotelle, se lo spazio lo permette. In presenza di spasmi incoordinati, una seconda persona potrà aiutare a controllare i movimenti del capo.

Se non è possibile contare sull'aiuto di un'altra persona, si metterà il paziente a sedere sul pavimento, ed il genitore/tutor si metterà seduto su una sedia, dietro di lui, con le gambe sopra le sue spalle. In questa maniera si controllano i movimenti del capo, e nello stesso momento, le mani saranno libere per fermare il capo e procedere alle manovre di igiene del cavo orale. Oppure, se il rilassamento da parte del paziente è dif-

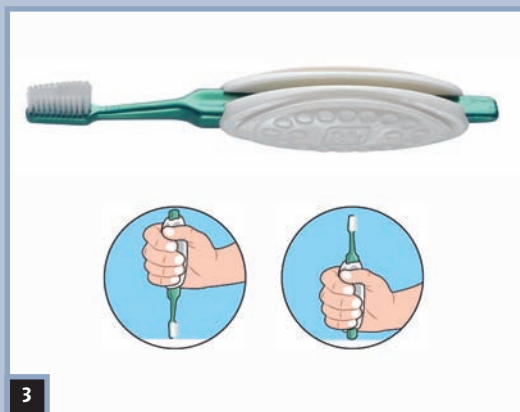
## STRUMENTI PER L'IGIENE



1



2



3

- 1) Guantino in microfibra e spazzolino "Mam Oral Care Set"
- 2) Spazzolino elettrico rotante oscillante P&G
- 3) Extra grip user TEPE

ficile, si potrà effettuare l'igiene orale stendendolo sul letto e ponendolo su di un fianco, pulendo la bocca prima da una parte e poi dall'altra, partendo dai quadranti inferiori. Un catino con un collutorio disinfettante sostituiranno il lavabo.

Lo spazzolamento del cavo orale deve essere eseguito almeno due volte al giorno, anche se in molti soggetti risulta essere insufficiente. Per quanto concerne l'impiego di paste dentifricie, esse dovrebbero essere impiegate in piccole quantità, in modo da non creare eccessiva schiuma che potrebbe rendere più fastidiose le manovre d'igiene orale al paziente o di più difficile esecuzione nel caso sia un genitore/ tutore ad eseguire tali manovre. L'utilizzo di gel, collutori e dentifrici va attentamente valutato in relazione al loro corretto uso ed al rischio di ingestione da parte del paziente; nel caso vi sia tale problema, è consigliabile usare una piccola quantità di prodotto, rimuovere eventuali eccessi con garzine ed utilizzare collutori con erogatore spray.

La clorexidina non può essere considerata sostitutiva delle normali manovre di igiene orale domiciliare meccanica, ma un completamento di tali manovre, finalizzato ad un miglior controllo della flora batterica orale potenzialmente lesiva di denti e gengive. È quindi consigliabile, dopo un trattamento iniziale mirato con clorexidina ad alta concentrazione per 2 settimane, nei casi che lo richiedano, personalizzare la scelta di un collutorio spray di mantenimento.

## STRUMENTI PER L'IGIENE

Nei piccoli pazienti disabili è facile insegnare l'uso dello spazzolino iniziando a coinvolgere i genitori a dare il buon esempio, sfruttando in questo modo il modello imitativo.

In un secondo tempo si insegneranno le tecniche di spazzolamento più corretto indicate per quel paziente. L'utilizzo del guantino in microfibra (oral set care-MAM) risulta essere ideale per l'opportunità di pulire tutti i tessuti del cavo orale con delicatezza.

## Spazzolino

La scelta dello spazzolino deve essere personalizzata a seconda dell'età del piccolo paziente. Esistono tecniche ideali che hanno

modifiche di manico e lunghezza delle setole che agevolano paziente e tutor eventuale. Talvolta bisogna adattare il manico, in modo da aiutare la manualità, per esempio, di pazienti spastici collaboranti. Nei soggetti non auto-sufficienti le tecniche vengono impartite direttamente ai genitori o al personale di assistenza: bisogna insegnare le posizioni più adatte per attuare una corretta igiene orale, talvolta può essere necessario l'intervento di una seconda persona che trattenga il disabile durante questa pratica; tutto questo deve essere effettuato con delicatezza, senza forza, senza imposizioni e con la massima dolcezza per riuscire ad avvicinare il piccolo paziente a questo importante appuntamento quotidiano. Il guantino in microfibra è indicato per agevolare la complicata gestione del controllo di placca. Il manico dello spazzolino dei piccoli deve essere idoneo per essere usato dai genitori e le setole delicate sui tessuti gengivali (oral set care MAM)

## Filo Interdentale

Per alcuni pazienti non sempre è possibile l'utilizzo del filo interdentale. In questi casi si possono consigliare altri sussidi interdentali come lo scovolino, che potrà essere utilizzato sul paziente dal genitore o dal tutor o dal paziente stesso, adoperando gli stessi accorgimenti utilizzati per aumentare la presa dello spazzolino adattati per la presa del manico dello scovolino o del filo interdentale..

## Fluoro

In alcuni pazienti può essere utile somministrare fluoro sotto forma di compresse o gel. Le compresse vengono fatte sciogliere lentamente in bocca, dopo aver lavato i denti, la sera prima di andare a dormire, oppure in una sostanza liquida; il dosaggio corretto viene fornito dal dentista in relazione all'età e allo sviluppo del bambino; l'igienista può ritenere opportuno intensificare la remineralizzazione dei denti utilizzando del fluoro specifico in gel o schiuma che va apposto sui denti con particolari formine porta gel: questo risulta molto utile in quei soggetti in cui le pratiche di igiene orale domiciliari siano poco efficaci. I collutori al fluoro o di tipo medicamentoso possono essere prescritti solo a pazienti in grado di controllare la deglutizione. È indicato utilizzare i

remineralizzanti di ultima generazione come la pasta al fluoruro di sodio e idrossiapatite e xilitolo (remin pro VOOCO) da applicare sulle superfici dentali dopo igiene professionale, o mousse alla caseina (gc italia). Su eventuali zone radicolari demineralizzate fare applicazioni di vernici al fluoruro di sodio e calcio (bifluorid 10 VOOCO).

### Sigillature dei Denti Permanenti

Le sigillature sulla superficie masticante dei denti, in particolare dei molari, sono una efficace protezione per la prevenzione del processo carioso. Uno strato di vernice sigillante protettiva va apposta dopo aver fatto una leggera mordenzatura delle superfici da sigillare. L'uso di una diga di gomma è particolarmente utile nei pazienti con abbondante salivazione, iperattività della lingua e altre difficoltà operative. Esistono dei sigillanti di ultima generazione che possono essere apposti anche in ambiente umido e che contengono fluoro. Ovviamente questa pratica clinica è da considerarsi un valido ausilio per la salute del dente, che però necessita sempre della routinaria igiene.

### CONTROLLI PERIODICI

I pazienti devono essere controllati frequentemente con scadenze ben programmate. Ciò al fine di rinforzare la motivazione del paziente e, nel caso dei piccoli pazienti anche quella dei genitori/tutor, per controllare l'eventuale insorgenza di carie, la condizione delle mucose e delle gengive ed eventualmente intervenire in una fase precoce al primo manifestarsi di qualsiasi alterazione del cavo orale: tutto ciò in un clima di serenità e di familiarità.

Al fine di attuare un serio programma preventivo è necessario anche coinvolgimento di tutte le persone che lo accudiscono, specie se non è capace di autogestire la propria salute orale: educatori, assistenti sociali e familiari o comunque tutti coloro che, vivendo a contatto con lui, ne godono la fiducia. Preparando e responsabilizzando questi soggetti, si otterrà, oltre ad una buona esecuzione dell'igiene orale, un assiduo controllo delle condizioni oro-dentali nei periodi di intervallo tra le visite specialistiche che dovrebbero essere effettuate con sedute brevi di deplaquing con apparecchio di profilassi ad aria con polvere di glicina.

La collaborazione dell'educatore, genitore o assistente sociale deve essere attenta e costante anche se l'aspetto odontoiatrico ed alimentare viene spesso trascurato nella situazione di emergenza che deve essere affrontata. Occorrono una serie di conoscenze, riflessioni e conclusioni per acquisire la convinzione che difendendo la salute della bocca nei bambini disabili si può offrire loro una dentatura sana e ben tenuta, ma anche un sorriso per la vita più sereno e più gradevole. Tra tutti i fattori che concorrono ad aumentare i problemi esistenziali di questi pazienti ricordiamo:

- compromissione ulteriore dell'immagine;
- aggravamento dell'handicap;
- crollo dell'autostima;
- depressione.

Al contrario, un programma di prevenzione accurato, messo

in atto dall'igienista dentale e dalle persone che si occupano quotidianamente dell'igiene orale del paziente, è in grado di prevenire la perdita degli elementi dentari. L'igienista deve segnalare tempestivamente all'odontoiatra tutto ciò che di anomalo rileva nel cavo orale, per favorire una diagnosi e un intervento precoci.

Quindi la prevenzione in questi pazienti:

- aumenta l'abilità nella masticazione, con conseguente prevenzione della malnutrizione;
- favorisce una corretta emissione dei suoni;
- favorisce una pronuncia chiara e comprensibile;
- evita le mutilazioni;
- tutela l'immagine e l'autostima: apparire migliori è sentirsi migliori;
- aumenta la resistenza alle infezioni;
- mantiene la salute del parodonto;
- riduce l'entità delle terapie parodontali e protesiche (difficilmente eseguibili in pazienti instabili, impossibilitati a collaborare o a tollerare protesi che, per questo motivo, in questi soggetti diventano pericolose);
- riduce il foetor ex ore, migliorando i rapporti interpersonali.

La prevenzione rappresenta il cardine della terapia odontoiatrica è indispensabile pertanto l'accurata igiene orale che deve essere svolta quotidianamente e che periodicamente deve essere controllata dal medico curante.

### RICAPITOLANDO IN POCHI PUNTI

**Il crescente impegno medico e sociale verso i diversamente abili stimola l'igienista dentale, in collaborazione con altre figure di medici e sanitari, es. odontoiatri, psicologi ed assistenti sociali, a programmare protocolli operativi di prevenzione odontostomatologica specifici e di trattamento odontoiatrico efficaci ed adeguati per questi particolari pazienti. L'educazione sanitaria e la prevenzione sono necessarie per ogni individuo, ma per il soggetto disabile sono indispensabili. Un'adeguata alimentazione, una igiene orale efficace ed opportuni controlli frequenti, potrebbero limitare notevolmente l'intervento di cure odontoiatriche invalidanti. Una attenta ed efficace manutenzione della salute orale consentirà al disabile di conservare il sorriso sano che, oltre a permettergli di fruire di uno dei pochi piaceri a lui concessi, quello di alimentarsi, contribuisce a migliorare il suo aspetto estetico, permettendogli una migliore vita di relazione.**

### BIBLIOGRAFIA

- Società italiana di odontostomatologia per handicappati* <http://www.siohcalabria.it/>  
*La Pratica Clinica dell'Igienista Dentale* E.M.Wilkins 2 edizione italiana cura G.M.Nardi edizioni Piccin  
*Dentista paziente e psicopatologia argomenti di psichiatria in odontoiatria e protesi dentaria* Paolo Curci e Giovanni B. Camerini Edizione Guaraldi  
 Pubblicazione su *L'igiene orale nelle persone disabili* a cura della Dott.essa Velia Custureri [www.prevident.com](http://www.prevident.com) - Igienisti Dentali  
*Cura dei pazienti con disabilità* a cura di Kathryn Ragalis, RDH, MS, DMD