

* **Simone Buttiglieri, Paolo Appendino,
Lorenzo Basano**
** **Graziella Einaudi**
*** **Franco Goia**

* Dirigente I° livello S.C. di Odontostomatologia.
** Odontoiatra Frequentatore.
*** Direttore S.C. di Odontostomatologia.

Istituto di appartenenza: S.C. di Odontostomatologia A.O. Ordine
Mauriziano di Torino - Direttore: Dott. Franco Goia - Tel 0115082830
- E-mail: fgoia@mauriziano.it

Test di valutazione della collaborazione odontoiatrica del paziente disabile

INTRODUZIONE

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 con tutte le implicazioni medico-legali correlate¹.

Indirizzo per la corrispondenza:
Simone Buttiglieri
S.C. Odontostomatologia A.O. Ordine Mauriziano
Torino
Largo Turati 62, 10129 Torino.
Tel. 0115082389 - Fax 0115082387
E-mail: simonebuttiglieri@yahoo.it



La necessità di diminuire i costi relativi di tali terapie, di ridurre i tempi d'attesa e di risolvere più rapidamente le emergenze odontoiatriche dei pazienti disabili, ha spinto gli Autori a ideare un metodo che consenta di testare volontà e capacità collaborative del

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

La necessità di diminuire i costi relativi di tali terapie, di ridurre i tempi d'attesa e di risolvere più rapidamente le emergenze odontoiatriche dei pazienti disabili, ha spinto gli Autori a ideare un metodo che consenta di testare volontà e capacità collaborative del soggetto in esame. L'elaborazione di un criterio logico a cui sottoporre tutti i pazienti che si presentano in prima visita consente di effettuare una scelta operativa più oggettiva orientando il soggetto testato, in relazione al risultato ottenuto, verso la strategia operativa più consona al caso. Gli Autori presentano un test basato su prove cliniche e cognitive che permetta di differenziare i pazienti in diverse categorie di collaborazione e di attribuire a ciascuna di esse il tipo di prestazione odontoiatrica eseguibile.

Parole chiave: Disabili, Collaborazione, Test.

soggetto in esame. L'elaborazione di un criterio logico a cui sottoporre tutti i pazienti che si presentano in prima visita consente di effettuare una scelta operativa più oggettiva orientando il soggetto testato, in relazione al risultato ottenuto, verso la strategia operativa più consona al caso.

Gli utenti che afferiscono ai servizi di odontoiatria per pazienti disabili sono affetti da diverse tipologie di handicap siano esse intellettive, motorie, psicomotorie, sensoriali o sindromiche²⁻⁴; entro ciascuna patologia, poi, rientrano vari gradi di penetranza. I pazienti che presentano gradi di handicap gravi non

permettono alcun approccio di tipo ambulatoriale per cui si è costretti a ricorrere all'intervento in narcosi, mentre si presenta più complicata la stima degli stadi intermedi di handicap^{5,6}.

Per testare la reale capacità collaborativa del soggetto disabile sono stati utilizzati strumenti di valutazione squisitamente odontoiatrici per permettere all'operatore di vagliare in modo critico i limiti terapeutici del soggetto.

Il test si propone di dare indicazioni cliniche precise in modo da prevedere quale tipo di terapia o riabilitazione odontoiatrica sia più consona a ogni singolo paziente.

MATERIALI E METODI

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).

Il test inizia con le prove di accesso in cui il paziente viene invitato a sedersi sulla poltrona odontoiatrica, ad aprire la bocca e ad accettare l'inserimento nel cavo orale di uno specchietto. Il pa-

Tabella I Schema del Test.

Nome e Cognome Paziente		Test collaborazione pazienti disabili				Data	
<i>(1) Prove di accesso</i>							
(2) Si siede?	Si, subito	2		(3) Esegue il comando "Apri la bocca"	Si	2	
	Si, entro 5 min	1			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 cliniche</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			

ziente può superare queste fasi subito o entro 5 minuti e a ciascuna tempistica corrisponde un punteggio rispettivamente di 2 o 1 punto, mentre se una di queste prove non viene superata (0 punti) il paziente viene definito non collaborante e programmato subito per le eventuali cure in narcosi.

Ovviamente al paziente che si presenta su sedia a rotelle viene assegnato 1 punto alla prima prova d'accesso in quanto questa valutazione non deve favorire o penalizzare il soggetto per cui tale test non è indicativo di collaborazione.

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 immette alle prove successive. Occorre, tuttavia, non essere troppo rigidi nella valutazione; alcuni individui richiedono più tempo per relazionarsi e quindi 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; le cure ambulatoriali odontoiatriche richiedono numerose sedute e un'attesa superiore ai 5 minuti per ottenere solo che il paziente si sieda sulla poltrona, rende le cure in anestesia locale non convenienti dal punto di vista organizzativo e aggrava ancora più i costi.

I pazienti che invece 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.

La prima consiste nell'inserire un portaimpronta vuoto in bocca al paziente. Se la prova viene superata subito ven-



Fig. 1 Paziente collaborante di gruppo 2 che ripete una lezione di igiene su simulatore.

gono attribuiti 10 punti, se entro 5 minuti 5 punti, mentre se non si riesce a eseguirla 0 punti.

Nella seconda si inserisce nel cavo orale un ablatore a ultrasuoni in funzione senza utilizzarlo sui denti. Anche per questa prova viene attribuito un punteggio di 10, 5 o 0 punti a seconda che venga superata subito, entro 5 minuti o rifiutata categoricamente.

A questo punto si procede con una seduta di detartrasi e, a seconda che si riesca a lavorare per 20 minuti o 10 minuti, si attribuiranno 10 o 5 punti; se la seduta non si protrae oltre i 5 minuti il paziente ottiene 0 punti.

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 portaimpronta è utile per dare indicazioni sulla possibilità di poter effettuare una riabilitazione protesica rimovibile più semplice. Passando alla prova dell'ablatore si può valutare la disponibilità all'uso di strumenti più inva-

sivi quali quelli rotanti. La prova della detartrasi serve per testare la capacità del paziente di sopportare sedute di durata prolungata.

Il nostro test si conclude con la valutazione cognitiva che prevede di chiedere al paziente come si chiama, di valutare come viene seguita una lezione di igiene orale e infine di chiedere al soggetto di provare a ripetere tale lezione a voce o con l'ausilio di un simulatore (Fig. 1). Chi supera anche questa valutazione in almeno due delle tre prove che la compongono, viene considerato partecipante attivamente nella sua collaborazione.

La valutazione cognitiva è mirata a testare la capacità di comprensione, di attenzione, di riproduzione vocale e di ripetizione pratica di quanto spiegato. In tal senso vengono effettuate le tre prove e il loro risultato evidenzia importanti indicazioni sulla capacità del paziente di relazionarsi con l'operatore durante la terapia (esempio comfort test) e di collaborare in prima persona sul mantenimento di un restauro o

di una protesi o sulla gestione di un apparecchio ortodontico.

È stata inserita una sezione sull'anamnesi solo per valutare statisticamente correlazioni tra varie tipologie di handicap e specifici gradi di collaborazione. Nell'ambito del test, i pazienti sono classificati in quattro gruppi anamnestici, in relazione alla tipologia del loro handicap.

DISCUSSIONE

Si tratta di un test semplice e rapido, che può essere effettuato sia da un medico che da un'igienista dentale durante una seduta di prevenzione rivolta al paziente e al suo accompagnatore.

Altra peculiarità è di essere diviso in due stadi; qualora il paziente non superi la prima fase, non accede alla successiva. La divisione tra non collaboranti e potenzialmente collaboranti rende il test particolarmente indicato a una prima visita di accettazione in una struttura polispecialistica odontoiatrica ospedaliera. Le prove d'accesso sono volte a valutare l'esistenza di una minima disponibilità collaborativa da parte del paziente mentre le prove cliniche ne testano l'entità e la valutazione cognitiva determina se il paziente è attivo nella sua collaborazione o se invece subisce passivamente le varie fasi della terapia.

Si è voluto dare al lavoro un'importante connotazione clinica in quanto ogni gruppo di pazienti che risulterà selezionato dal test corrisponderà a comportamenti clinici differenti. Il test è stato studiato per poter in parte prevedere tali comportamenti.

A ogni prova corrisponde un punteggio; a seconda del risultato ottenuto, il paziente viene inserito in un gruppo che corrisponde a un particolare comportamento clinico (Tab. 2).

Le prove hanno importanza diversa nella valutazione della collaborazione e

Tabella 2 Classi di pazienti.

Non collaboranti	Potenzialmente collaboranti				
	Parzialmente collaboranti			Collaboranti	
Almeno un No nei primi 3 test da 0 a 2	Gruppo 1 Da 3 a 6	Gruppo 2 Da 7 a 16	Gruppo 3 Da 17 a 26	Gruppo 1 Da 27 a 36	Gruppo 2 Almeno 2 si val. Cognitiva

quindi si è attribuito un punteggio differente a seconda della tipologia della prova. I punteggi sono stati attribuiti in modo retrospettivo, come sarà evidenziato meglio nelle "Conclusioni".

Ovviamente l'anamnesi non partecipa al punteggio del test in quanto non ha alcun valore predittivo sulla collaborazione odontoiatrica del paziente. I vari gradi di penetranza di una patologia non permettono di fare previsioni sul comportamento basandosi su una diagnosi specifica.

Se il paziente fallisce in maniera incontrovertibile una delle tre prove d'accesso è destinato a essere sottoposto a ogni genere di terapia, d'urgenza e d'elezione, in regime di narcosi ed è definito non collaborante. Il test finisce e non è necessario eseguire le altre prove. La seduta di prevenzione sarà indirizzata quasi esclusivamente agli operatori-accompagnatori, in quanto il paziente non avrebbe la capacità di recepirne il senso.

Se il paziente conclude con un punteggio superiore a 3 è considerato potenzialmente collaborante e prosegue il test in una normale seduta di igiene e prevenzione.

Se ottiene un punteggio tra 3 e 26 è un paziente parzialmente collaborante e il comportamento clinico varia a seconda del sottogruppo in cui è collocato.

Il gruppo 1 presenta un punteggio tra 3 e 6 e comprende pazienti su cui si può eseguire solo terapia d'urgenza ambulatoriale, seppur con grande difficoltà, ma che per ogni altro genere di terapia d'elezione necessita di una narcosi. La terapia di più facile attuazione

è quella estrattiva (specie dei settori anteriori) e la seduta di prevenzione sarà indirizzata quasi esclusivamente agli operatori-accompagnatori⁷.

Il gruppo 2 presenta un punteggio tra 7 e 16 e comprende pazienti su cui si può eseguire una riabilitazione protesica rimovibile semplice (Figg. 2, 3). Sono indicate protesi totali e protesi parziali rimovibili.

Il gruppo 3 presenta un punteggio tra 17 e 26 e comprende pazienti su cui si può fare terapia conservativa semplice e riabilitazione protesica rimovibile con preparazioni semplici degli elementi dentari. È prevedibile che la collaborazione aumenti con il proseguire della seduta ed è quindi auspicabile fare diversi tentativi in caso di un rifiuto iniziale. Si sottolinea l'importanza del fatto che l'operatore sia sempre lo stesso. Il servizio di prevenzione è indirizzato all'accompagnatore e al disabile in prima persona, cercando di responsabilizzarlo e di renderlo autonomo il più possibile. I piani di cura che richiederebbero un alto numero di sedute o manovre eccessivamente complesse, con accumulo di stress per paziente e operatore, hanno come indicazione il regime di narcosi.

Se il paziente ottiene un punteggio superiore a 27 viene considerato collaborante e il comportamento clinico varia a seconda del sottogruppo in cui è collocato. Necessita sempre di un approccio psicologico particolare in quanto è pur sempre affetto da handicap psico-fisico.

Il gruppo 1 presenta un punteggio tra 27 e 36 e comprende pazienti su cui si può



Figg. 2,3 Paziente collaborante di gruppo 2 con riabilitazione protesica rimovibile.

eseguire terapia conservativa anche complessa, riabilitazione protesica rimovibile più complessa e riabilitazione fissa semplice, anche su impianti. Il servizio di prevenzione è indirizzato all'accompagnatore e al disabile in prima persona. Il gruppo 2 presenta un punteggio tra 27 e 36 e supera positivamente alme-

no 2 prove della valutazione cognitiva e comprende pazienti su cui è possibile prevedere una collaborazione attiva in qualsiasi tipo di terapia, riabilitazione e mantenimento. Si può eseguire terapia ortodontica. Il test può essere ripetuto più volte a distanza di tempo per seguire e moni-

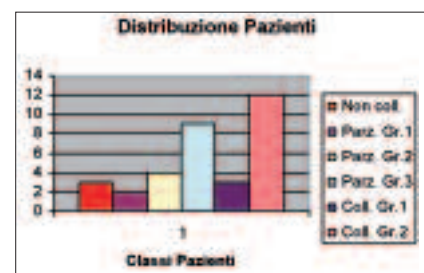
torare il modificarsi della collaborazione del paziente.

CONCLUSIONI

Per calibrare i punteggi delle diverse prove e ottenere una formula più snella e possibilmente semplice, il test è stato somministrato a 33 pazienti già conosciuti nel nostro reparto facendo un lavoro retrospettivo per comprovare le prove e i punteggi idonei alla valutazione della collaborazione odontoiatrica. La mancanza di Letteratura precedente e di punti di riferimento scientifici in questo campo ha reso indispensabile questo tipo di approccio. Di questi 33 pazienti 3 rientravano nel gruppo dei non collaboranti, 2 risultavano parzialmente collaboranti di gruppo 1, 4 risultavano parzialmente collaboranti di gruppo 2, 9 parzialmente collaboranti di gruppo 3, 3 collaboranti di gruppo 1 e 12 pazienti collaboranti di gruppo 2 (Tab. 3).

Il test è risultato predittivo nel 100% dei casi, in quanto i punteggi sono stati attribuiti alle varie prove in modo da dare un risultato che rispecchiasse la reale collaborazione dei pazienti.

Il nostro obiettivo è di rivalutare i risultati quando avremo somministrato il test a 100 pazienti di primo accesso. I limiti relativi ai tempi e ai costi della terapia odontoiatrica rivolta ai pazienti affetti da handicap sono in parte da ricercarsi nella mancanza di un criterio che permetta di oggettivare la reale



Tab. 3 Distribuzione dei pazienti testati.

necessità di condurre la terapia in regime di narcosi. Il test ideato dagli Autori costituisce un valido strumento per superarli.

BIBLIOGRAFIA

1. Pirwitz B, Schlender M, Enders A, Knauer O. [Risks and complications anesthesia with intubation during dental treatment]. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1998 Feb;98(6):387-9. French.
2. Durham TM, King T, Salinas T, Franco T, Ross J. Dental implants in edentulous adults with cognitive disabilities: report of a pilot project. Spec Care Dentist. 2006 Jan-Feb;26(1):40-6.
3. López-Jiménez J, Romero-Domínguez A, Giménez-Prats MJ. Implants in handicapped patients. Med Oral. 2003 Aug-Oct;8(4):288-93. English.
4. Lustig JP, Yanko R, Zilberman U. Use of dental implants in patients with Down syndrome: a case report. Spec Care Dentist. 2002 Sep-Oct;22(5):201-4.
5. Nordenram G, Ryd-Kjellen E, Ericsson K, Winblad B. Dental management of Alzheimer patients. A predictive test of dental cooperation in individualized treatment planning. Acta Odontol Scand. 1997 Jun;55(3):148-54.
6. Pregliasco F, Ottolina P, Mensi C, Carmagnola D, Giussani F, Abati S, Strohmenger L. Oral health profile in an institutionalized population of Italian adults with mental retardation. Spec Care Dentist. 2001 Nov-Dec;21(6):227-31.
7. Buttiglieri S, Olmi M, Goia F. Salute orale nei disabili e accompagnatori. Prevenzione e assistenza dentale. 2006;04:9-12.

Test to establish dental collaboration of disabled patients

The authors justify a more accurate under general anaesthesia therapy, with the necessity of a standard criterion which allows them to establish an actual collaboration of disabled patients.

From the necessity to lower the charges of these therapies, to reduce the waiting times and to solve the dental emergencies of disabled patients more rapidly, the authors were compelled to find a method which allows to establish both will and collaboration abilities of the subject himself.

The elaboration of a logical criterion to which all patients coming for a first visit must be submitted, allows to carry out an operating plan which may be more objective in order to direct the tested individual, according to the obtained result, towards a more suitable with the case operative strategy.

The authors present a test based on clinical and cognitive experiments which allows to divide patients into several collaboration categories and to apply to each of them the typology of dental service which must be executed.

Key words: Disabled person, Collaboration, Test.