



# Salute orale nei disabili e accompagnatori

**S. Buttiglieri, M. Olmi,  
F. Goia**

*S.C. Odontostomatologia  
Direttore: dott. Franco Goia  
ASO Ordine Mauriziano - Torino*

## Introduzione

Il benessere orale rappresenta per l'individuo disabile un obiettivo a cui tendere in quanto la bocca, oltre ad assolvere funzioni vitali, è il mezzo talvolta unico per comunicare con l'ambiente circostante. Infatti il disabile spesso è costretto a delegare la gestione della propria bocca ad altri, in quanto incapace fisicamente e/o mentalmente. Un'indagine effettuata dalla nostra unità operativa nel 1994 su disabili collaboranti e parzialmente collaboranti dimostrò gli ottimi risultati di un'azione di prevenzione e motivazione all'igiene nel breve periodo. Infatti l'indice di placca (PI) di questi pazienti, istruiti e motivati, si era ridotto progressivamente fino al 70% nei richiami a 60 giorni, per crollare però drasticamente nel lungo periodo. In un follow-up a 12 mesi, il loro PI era risalito ai livelli quasi origina-

ri, mentre negli anni a seguire erano stati rari i ritorni spontanei ai controlli (solo il 5,8%).

Gli Autori decidono quindi di puntare sulla motivazione e formazione degli accompagnatori delle persone disabili, siano essi familiari o operatori-educatori delle comunità di accoglienza.

Gli Autori hanno voluto approfondire specificatamente alcuni aspetti:

- la salute orale del disabile;
- il livello di igiene orale dell'accompagnatore;
- la sua cultura in materia;
- un'eventuale differenza tra l'igiene orale dei disabili che vivono in famiglia e quella dei pazienti ospitati in comunità;
- l'influenza della capacità di spazzolamento autonoma, parzialmente autonoma o non autonoma del disabile sulla sua salute orale.

## Materiali e metodi

Al fine di ottenere un campione casuale e statisticamente attendibile, gli Autori hanno utilizzato l'elenco pazienti e richiamato, in ordine alfabetico, disabili psicomotori curati e risanati negli ultimi 18 mesi.

Sono stati sottoposti alla visita sia il disabile sia l'accompagnatore che abitualmente ne cura l'igiene orale.

Nelle giornate dedicate allo *screening* si sono presentati 54 pazienti e 45 accompagnatori, in quanto

alcuni operatori-educatori accompagnavano più di un disabile.

Sono stati esclusi dalla statistica i disabili i cui accompagnatori o non si sono fatti visitare (7) o alla visita hanno presentato edentulismo totale (2), per cui i dati ottenuti si riferiscono a 45 disabili e 36 accompagnatori

A ogni paziente è stato rilevato: l'indice di placca secondo Sielness e Løe (valori compresi tra 0 e 3) e l'indice Cpitn su ogni sestante; il tipo di spazzolamento (autonomo o meno); la patologia principale; la residenza (in famiglia o in comunità); l'età.

Alla fine della visita, le igieniste dentali hanno tenuto una serie di incontri collettivi in cui sono state spiegate le tecniche e mostrati i presidi per mantenere l'igiene orale nelle varie tipologie di pazienti.

Le metodologie e le tecniche insegnate dalle nostre igieniste sono quelle più comunemente usate nell'igiene orale del disabile. Si parte dai presidi base per i pazienti collaboranti (spazzolino manuale con i suoi adattamenti, spazzolino elettrico, filo interdentale e pastiglie rivelatrici di placca) per concludere con le varie posizioni e metodiche che l'operatore deve conoscere per svolgere le manovre di igiene sul paziente non o parzialmente collaborante, quali il *finger-brush* (o *I-brush*) o l'uso di clorexidina come presidio quotidiano (*fig. 1*).

## IGIENE ORALE NEI DISABILI



Fig. 1 - Insegnamento delle tecniche di igiene orale

## Risultati

Gli Autori evidenziano la non pertinenza dell'indice parodontale Cpitn, in quanto troppo dipendente dall'età del soggetto esaminato. Le patologie dei pazienti sono state suddivise in 5 gruppi: ritardo mentale lieve, medio, grave, sindrome di Down e disabilità motoria. Si evidenzia come la difficoltà a mantenere una buona igiene orale dipenda non tanto da una difficoltà di tipo motorio e manuale, quanto dal grado di disabilità mentale. Infatti i pazienti con handicap motorio, anche se severo, hanno comunque un PI minore dei pazienti con handicap mentale lieve (fig. 2).

Il PI è stato quindi correlato con la residenza dei disabili. Si è notato un PI molto diverso tra i disabili residenti in famiglia (1,48) e quelli residenti in comunità (2,21) (fig. 3). La residenza mista è quella in cui i disabili vivono almeno 5 giorni alla settimana per metà della giornata in comunità e per metà in famiglia.

La differenza, invece, tra l'indice di placca dei famigliari dei disabili (0,94) e quello degli operatori-educatori (0,73) è piuttosto ridotta, nonostante la marcata differenza di età tra le due categorie (fig. 4). Questo probabilmente indica la medesima cultura di base in tema di igiene orale e rende ancora più importante il rapporto tra l'indice di placca dei disabili residenti in casa e dei loro famigliari ( $\Delta=0,54$ ), rispetto a quello tra i disabili residenti in comunità e i loro operato-

ri-educatori ( $\Delta=1,47$ ) (fig. 5).

Per quanto riguarda lo spazzolamento, vi è un indice di placca crescente a partire dai pazienti che lo effettuano in modo autonomo (1,61) rispetto a quelli che lo effettuano in modo parzialmente autonomo (1,87) o non autonomo (2,14). Questo indica l'estrema difficoltà di un accompagnatore a lavare i denti a un'altra persona. Se incrociamo questi dati con quelli della residenza, notiamo che i pazienti con spazzolamento autonomo residenti in famiglia (1,35) si lavano i denti un po' meglio dell'analogo gruppo residente in comunità (1,81) ( $\Delta=0,46$ ), esattamente come i disabili con spazzolamento non autonomo, ma con una differenza più marcata ( $\Delta=0,94$ ) (fig. 6).

## Conclusioni

Dai risultati ottenuti notiamo che l'igiene orale è sicuramente più precaria nei disabili che vivono in comunità di accoglienza. Il dato peggiora man mano che aumenta la non autosufficienza del paziente, anche se gli operatori-educatori dei centri dovrebbero avere una maggiore cultura dell'igiene orale

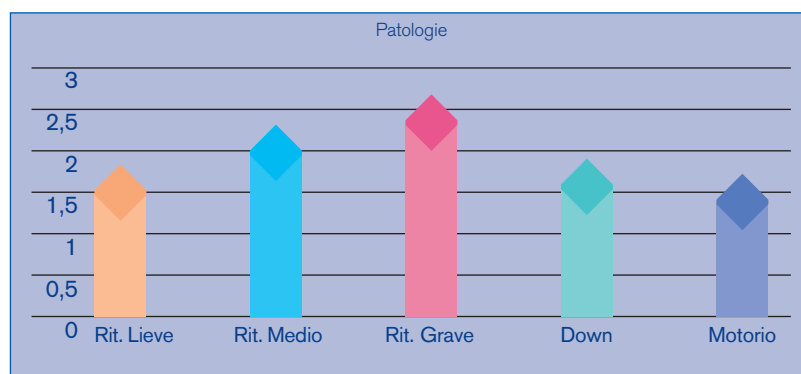


Fig. 2 - Indice di placca in base alla patologia principale

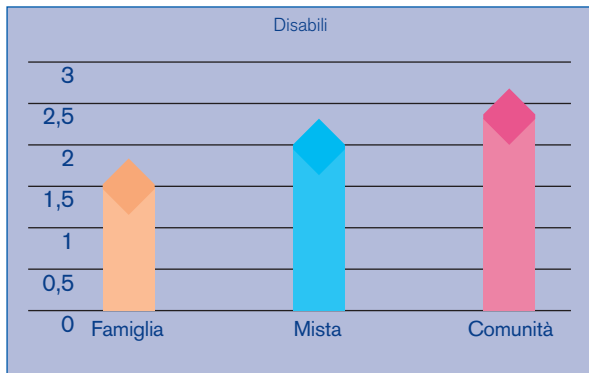


Fig. 3 - Indice di placca in base alla residenza

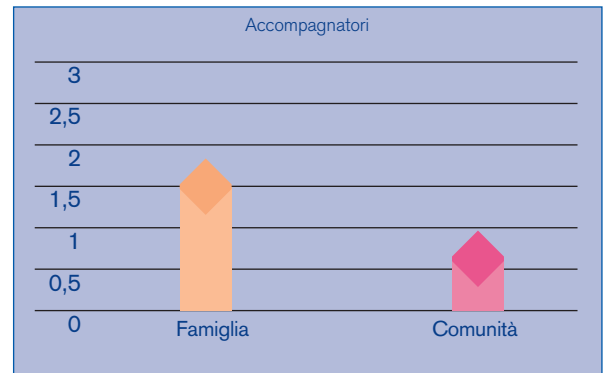


Fig. 4 - Indice di placca accompagnatori

rispetto ai famigliari dei disabili, in quanto quasi sempre più giovani di età e comunque formati in scuole apposite ad affrontare il loro lavoro. Le difficoltà più spesso riferite sono state la turnazione del personale, con conseguente mancanza di un riferimento costante per il paziente, e il suo numero inadeguato rispetto a quello degli assistiti. L'osservazione che i disabili residenti in comunità siano portatori di handicap più gravi rispetto a quelli che vivono in famiglia è risultata disattesa, in quanto quasi il 54% dei pazienti con spazzolamento non autonomo, da noi visitati, risiede in famiglia. Indispensabili sono quindi la motivazione e la formazione all'igiene

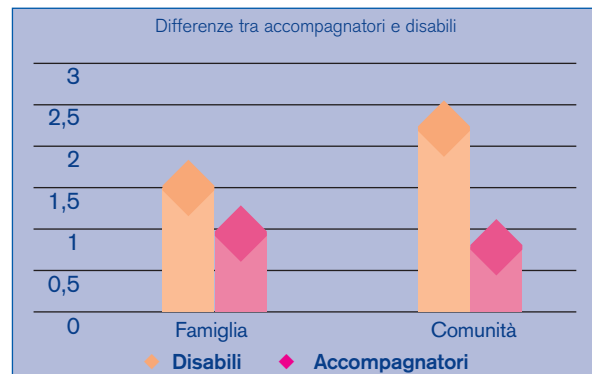


Fig. 5 - Indice di placca: differenza tra accompagnatori e disabili

orale di tutti gli accompagnatori e in particolar modo degli operatori-educatori delle comunità di accoglienza, dove questa necessità sanitaria deve essere affrontata con

sempre maggiore sensibilità e professionalità.

Solo un miglioramento della cultura della salute orale in chi abitualmente e quotidianamente cura l'igiene dei pazienti disabili può avere come risultato una costante rimotivazione del paziente e, conseguentemente, una riduzione sia del numero di interventi che della lista d'attesa dei centri preposti. In pazienti in cui fare terapia risulta molto spesso complicato è importante impiegare tutte le risorse possibili sulla prevenzione, maggiormente se questa può essere una spinta verso l'autonomia dell'individuo.

È in programma una rivalutazione a distanza di tempo per verificare l'efficacia della formazione svolta

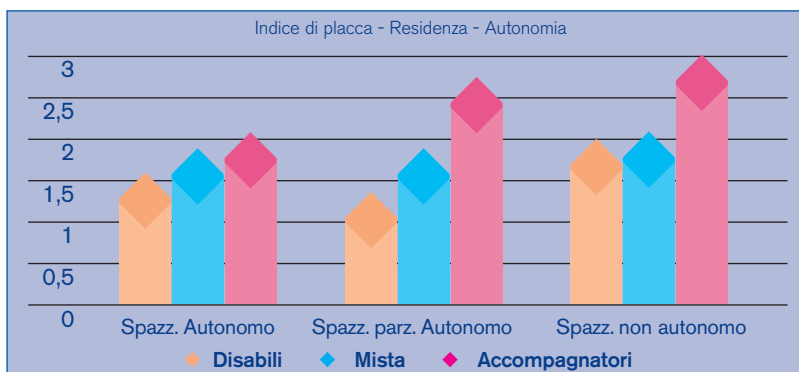
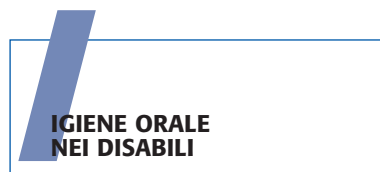


Fig. 6 - Indice di placca in base alla residenza e al livello di autonomia



dalle nostre igieniste e, in accordo coi soggetti interessati, creare un servizio di prevenzione e formazione direttamente nelle comunità, dove disabili e operatori possono essere più facilmente sensibilizzati.

#### Riassunto:

*Il lavoro si propone di confrontare la salute orale tra i disabili residenti in famiglia e quelli residenti in comunità di accoglienza e tra i disabili e i loro accompagnatori. Sono stati visitati 54 pazienti e 45 accompagnatori valutando su ognuno l'indice di placca, l'indice parodontale, l'autonomia, la patologia principale e l'età.*

#### Parole chiave:

Disabili  
Salute orale  
Residenza

#### Abstract

**Oral health: difference between handicapped person and their attending**

*This study describes the difference between oral health of handicapped person and their attending and between handicapped residents in community and in family. The Authors have visited 54 patients and 45 attending and estimated on everyone index of plaque, parodontal index, autonomy, main pathology and age.*

#### Key words:

Handicapped  
Oral health  
Residence

#### Lettere consigliate

1. .... 1994
2. Maurer SM, Boggs AM, Mourino AP, Farrington FH. Recall intervals: effect on treatment needs of the handicapped patient: a retrospective study. *J Clin Pediatr Dent* 1996; 20(2): 123-6.
3. Parlato M. Psychological and logi-

stic approach to the handicapped in the dental area. *Arch Stomatol* 1989; 30(3): 595-600. Italian.

4. Tesini DA, Fenton SJ. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. *Dent Clin North Am* 1994(Jul); 38(3): 483-98. Review.
5. Pieper K, Dirks B, Kessler P. Caries, oral hygiene and periodontal disease in handicapped adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986 Feb; 14(1): 28-30.
6. Pizzi S, Vescovi P, Macaluso GM, Bonanini M, Gennari PU. Handicapped situations in dentistry. *Prev Assist Dent* 1990; 16(5): 13-8. Italian.
7. Glassman P, Miller C. Dental disease prevention and people with special needs. *J Calif Dent Assoc* 2003(Feb); 31(2): 149-60.
8. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. Correlation between oral Hygiene and periodontal condition. *Acta Odont Scand* 1964; 22: 121.
9. Ainamo J, Barmes D, Beargrie G et al. Development of the world health organization (WHO). Community periodontal index of treatment needs (Cpitrn). *Int Dental J* 1982; 52: 281-91.