

I quaderni della professione - n. 2

**FABRIZIO MONTAGNA
ROBERTO FERRO**

IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO IN GRAVIDANZA, NEI PRIMI ANNI DI VITA E NEL DISABILE

**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**



Edizioni Promoass

**FABRIZIO MONTAGNA
ROBERTO FERRO**

IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO IN GRAVIDANZA, NEI PRIMI ANNI DI VITA E NEL DISABILE



**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass

AUTORI

Fabrizio Montagna

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Diplome d'Université en Orthodontie - Université de Nantes
Professore a contratto nel corso di laurea in Odontoiatria
dell'Università degli Studi di Padova

Roberto Ferro

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Direttore del Centro Regionale Specializzato per lo studio,
la prevenzione e la terapia delle malattie oro-dentali
della Regione Veneto, Usl n. 15 Alta Padovana
Presidente Eletto della EADPH (European Association
Dental Public Health)

COLLABORATORI

Alvaro Caranza

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Radiologia
Membro del Comitato Direttivo della Società Italiana
di Radiologia Medica - ANDI, sezione di studio
di radiologia odontostomatologica e maxillo-facciale

Luigi Mario Daleffe

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia

Marco Mazzi

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Pediatria

Oscar Pagnacco

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Dirigente di primo livello presso il Servizio di odontoiatria
per disabili e non, ospedale di Sandrigo USL 6 (VI)

© Copyright Luglio 1999 - EDIZIONE SPECIALE PROMOASS

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compreso i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati.

Della stessa Casa Editrice:

- Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare, MONTAGNA F., 1998
- La responsabilità nella professione odontoiatrica, MONTAGNA F., DE LEO D., CARLI O., 1997
- Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: Epatiti e Aids, MONTAGNA F., 1996

Per informazioni, richieste e distribuzione delle pubblicazioni rivolgersi a:
EDIZIONI PROMOASS, via Savoia 78, 00198 Roma - Tel. 06 8411482

Stampa Cierre Grafica - via Ciro Ferrari 5, Caselle di Sommacampagna (VR) - Tel. 045 8580900

INDICE

PAGINA 5

1

Gravidanza

PAGINA 10

2

Allattamento al seno

PAGINA 11

3

Promozione della salute orale nei primi anni di vita

PAGINA 13

4

Handicap e insufficienza mentale

Brevity is the soul of wit

La sintesi è l'essenza dell'ingegno

(W. Shakespeare, Amleto II, 2, 90)

Adattamenti sistemici

Nel corso della gravidanza si verificano una serie di adattamenti sistemici che riducono le capacità di reazione allo stress psicofisico della gestante e limitano le possibilità di approccio terapeutico odontoiatrico.

Nel primo trimestre i cambiamenti endocrini sono responsabili di nausea e vomito, tendenza all'ipotensione.

Nel secondo trimestre la paziente gode di un relativo periodo di benessere che progressivamente si riduce con il proseguire della gestazione.

Nel terzo trimestre l'aumentata richiesta di ossigeno, in concomitanza con l'ingombro dell'utero ingrossato, riduce l'escursione diaframmatica e può causare tachipnea e dispnea.

Tale sintomatologia è accentuata dall'anemia, sia sideropenica che da emodiluizione, dovuta al progressivo aumento del volume sanguigno (40-50%) non bilanciato dall'incremento dell'ematocrito (20%); ne consegue un necessario adattamento del sistema cardiovascolare che consiste in un aumento della gittata cardiaca, lieve tachicardia e possibile comparsa di soffi cardiaci funzionali.

Nel terzo trimestre, nella gestante in posizione supina, l'utero ingrossato può comprimere la vena cava inferiore impedendo il ritorno venoso al cuore e provocando una transitoria ipotensione arteriosa con lipotimia.

Le complicanze patologiche della gravidanza sono costituite dall'aborto spontaneo (15% nei primi tre mesi), l'iperemesi gravidica (gestosi del primo trimestre), il diabete gravidico e la gestosi del terzo trimestre (edema, proteinuria, ipertensione arteriosa).

Per quanto riguarda lo sviluppo fetale va ricordato che l'organogenesi avviene nei primi tre mesi di gravidanza e per questo motivo il feto è più suscettibile a gravi malformazioni in questo periodo (teratogenesi); nella successiva fase di crescita e maturazione il rischio è invece legato ad anomalie di sviluppo e accrescimento (fetotossicità).

Modificazioni del cavo orale

Gli elevati livelli di estrogeni circolanti causano alcune modificazioni della mucosa orale (ispessimento, aumento della desquamazione e della vascolarizzazione).

La risposta gengivale ai fattori locali (placca batterica, tartaro, ricostruzioni e protesi debordanti) risulta alterata facilitando la comparsa di edema, aumento di volume e sanguinamento sino alla comparsa di forme specifiche di parodontopatia che tendono a regredire al termine della gravidanza (gengiviti ed epulidi gravidiche).

Non esiste, invece, prova evidente che la gravidanza possa contribuire allo sviluppo di carie dentali, la cui eziopatogenesi va ricondotta ai normali fattori eziopatogenetici.

Da notare comunque che alcune modificazioni richiedono un rafforzamento dell'igiene orale, il cui non corretto mantenimento può tradursi in una maggiore cariorecettività: la scialor-

rea con alterazioni quantitative e qualitative della saliva; la nausea e il vomito (iperemesi gravidica); il reflusso gastroesofageo; la necessità di pasti piccoli e frequenti a causa della compressione dello stomaco da parte dell'utero.

Rischio perioperatorio

Il trattamento odontoiatrico può aumentare il rischio di aborto nel primo trimestre o parto prematuro nel prosieguo della gravidanza attraverso diversi meccanismi:

- Lo stress conseguente all'ansia e al dolore causato dall'intervento odontoiatrico può aumentare i tassi di prostaglandine e ossitocina.
- I vasocostrittori associati alla anestesia possono aumentare le contrazioni uterine e ridurre la perfusione placentare con un effetto farmacologico dose dipendente.

Il rischio è ridotto nelle gravidanze non complicate, secondariamente ai normali interventi odontoiatrici di routine e usuali dosaggi farmacologici; è invece consistente nelle gravidanze a rischio con anamnesi positiva di minaccia d'aborto o rischio di parto prematuro.

La somministrazione di farmaci e l'esecuzione di esami radiografici possono causare malformazioni (fetopatie, embriopatie) a causa dell'effetto teratogeno, mutageno o tossico.

Nel terzo trimestre la gestante presenta una ridotta resistenza allo stress a causa dell'aumento delle richieste funzionali (anemia, ipotensione arteriosa, tachipnea e dispnea, tachicardia) con conseguente maggiore affaticabilità e rischio di lipotimia.

Profilassi

1. Nelle pazienti in età fertile l'anamnesi deve indagare la possibilità di uno stato di gravidanza; nei casi dubbi è opportuno rimandare temporaneamente le terapie di elezione che possano rappresentare un potenziale rischio per l'embrione.
2. In gravidanza si deve individuare il periodo di gestazione e la presenza di eventuali complicanze sistemiche (minaccia d'aborto o di parto prematuro, gestosi).
3. La consulenza dello specialista in ginecologia e ostetricia è consigliata prima di iniziare piani di trattamento di elezione complessi, obbligatoria in presenza di complicanze sistemiche.
4. Nelle pazienti non sottoposte a controllo nell'ultimo mese è consigliabile misurare la pressione arteriosa per valutare la presenza di ipertensione o ipotensione arteriosa.
5. Devono essere ridotti al minimo i rischi per il prodotto di concepimento derivanti dall'esposizione a radiazioni e dalla somministrazione di farmaci in grado di superare la barriera placentare.
6. Il dosaggio dei vasocostrittori associati agli anestetici deve essere ridotto; la presenza di una minaccia d'aborto o di parto prematuro costituiscono controindicazioni alla loro utilizzazione.

7. Le gestanti devono essere motivate ad una corretta igiene orale ed a sottoporsi a 2-3 controlli odontoiatrici nell'arco della gravidanza, per prevenire la comparsa di patologia parodontale specifica (gingivite ed epulide gravidica) e cariosa.
8. Terapie estese o complesse (protesi, chirurgia) vanno rimandate al termine della gravidanza considerando l'alterata risposta parodontale e la diminuita resistenza allo stress.
9. Nel primo trimestre la terapia odontoiatrica va limitata a interventi semplici e necessari a controllare il dolore e prevenire le complicanze o l'aggravamento della patologia orale.
10. Le terapie semplici (di routine) possono essere programmate nel secondo trimestre adottando piani di trattamento in grado di assicurare alla paziente una situazione confortevole priva di stress (controllo del dolore, riduzione del tempo di attesa e della durata della seduta di terapia) e ridurre il rischio di complicanze.
11. Nel terzo trimestre è consigliabile erogare interventi terapeutici semplici; mantenere la paziente in una posizione confortevole (generalmente seduta) e permettere frequenti cambiamenti di posizione in relazione alle richieste individuali (prevenire potenziali lipotimie dovute a compressione della vena cava inferiore da parte dell'utero in posizione supina).

Farmaci in gravidanza

Idealmente non si dovrebbe somministrare nessun farmaco in gravidanza per evitare il rischio di danni al prodotto di concepimento (tabella 4).

Tabella 1
PIANO DI TRATTAMENTO IN GRAVIDANZA

Periodo	Trattamento
<p>NEL CORSO DI TUTTA LA GRAVIDANZA Diminuita resistenza allo stress Rischio di patologie sistemiche (diabete gravidico, ipertensione arteriosa) Parodontopatia gravidica</p>	<p>Eseguire l'anamnesi per individuare il periodo di gravidanza ed eventuali complicanze Motivare all'igiene orale domiciliare e professionale; programmare 2-3 controlli Prescrivere fluoroprofilassi topica Rimandare trattamenti di elezione estesi e/o complessi (protesi, chirurgia) Ridurre lo stress (appuntamenti brevi, controllo del dolore) Limitare l'uso di vasocostrittori (dose max 2-3 fl lidocaina con adrenalina 1:100.000) Controindicazioni all'uso di vasocostrittori in presenza di minaccia d'aborto o parto prematuro Evitare e/o ridurre il numero di radiografie Utilizzare farmaci sicuri</p>
<p>PRIMO TRIMESTRE Ostacolo ad interventi rappresentato da nausea e vomito Rischio di aborto potenzialmente aumentata da interventi odontoiatrici Rischio di teratogenesi indotta da farmaci e radiazioni</p>	<p>Evitare farmaci e radiografie (se possibile) Eseguire terapie d'urgenza e/o semplici, necessarie al controllo del dolore e ad evitare peggioramenti della patologia o complicazioni Rimandare i trattamenti di elezione anche semplici in relazione alla situazione individuale</p>
<p>SECONDO TRIMESTRE Periodo indicato per limitati interventi; il feto è sviluppato, l'ingombro uterino e le richieste funzionali sono ridotte</p>	<p>Eseguire i trattamenti semplici di routine per il controllo della carie (conservativa, endodonzia, estrazioni semplici)</p>
<p>TERZO TRIMESTRE L'ingombro fetale, l'aumentata richiesta funzionale e l'anemia causano problemi respiratori e cardiovascolari (tachipnea, dispnea, tachicardia, diminuito ritorno venoso) Rischio di sofferenza fetale e parto prematuro</p>	<p>Lavorare con la paziente in posizione seduta Eseguire terapie semplici, non impegnative</p>

La comparsa di effetti indesiderati risulta secondaria alla capacità del farmaco di superare la barriera placentare; possibilità legata a diversi fattori non sempre completamente prevedibili: peso molecolare (inferiore a 500 dalton), liposolubilità, grado di ionizzazione, legame con le proteine plasmatiche, spessore della placenta.

Come linea guida è utile proporre una classificazione dei farmaci in base al livello di rischio (tabella 2):

- Per i farmaci sicuri è stata dimostrata l'assenza di pericolosità intrinseca.
- Per i farmaci da usarsi con cautela non sono disponibili studi definitivi e vanno utilizzati quando necessari.
- Per i farmaci controindicati è stata dimostrata la fetotossicità o la teratogenicità.

In particolare il rischio di teratogenesi è maggiore nel primo trimestre (periodo embrionale); dopo la dodicesima settimana aumenta invece il rischio di fetotossicità (ritardo di crescita, riduzione dell'accrescimento, danni funzionali).

Antibiotici

Gli antibiotici ritenuti sicuri in gravidanza sono le penicilline (amoxicillina), sostituibili in presenza di allergia dai macrolidi (eritromicina).

Sono invece controindicate le tetracicline (malformazioni scheletriche e pigmentazioni dentali), il cloranfenicolo (depressione midollare), il metronidazolo (potere mutageno).

Antinfiammatori

Il farmaco di prima scelta è il paracetamolo che ha proprietà analgesiche-antipiretiche, non interferisce sul tempo di sanguinamento e non è teratogeno.

L'acido acetilsalicilico è controindicato in quanto ha un effetto antiaggregante piastrinico (rischio di emorragia) e riduce le contrazioni uterine (effetto prostaglandinico).

Anestetici locali

Non esistono controindicazioni all'uso di anestetici locali poiché i principi comunemente utilizzati sono sicuri in quanto non attraversano la placenta grazie al loro elevato peso molecolare.

La comparsa di eventuale tossicità può essere in relazione alla somministrazione di un sovradosaggio assoluto (eccessivo numero di tubofiale) o relativo (iniezione rapida endovenosa o in tessuto infiammato) in modo sovrapponibile agli altri pazienti. In considerazione dello stato di anemia in gravidanza è opportuno evitare l'uso di prilocaina che può causare, in soggetti predisposti, metaemoglobinemia, riduzione della capacità di trasporto di ossigeno del sangue e quindi ipossia fetale.

Vasocostrittori

L'uso di vasocostrittori associati all'anestetico non è controindicato ma deve essere ridotto per la presenza di alcuni effetti farmacologici indesiderati dose dipendenti potenziale causa di aborto o parto prematuro:

- L'effetto ossitocino-simile sulla muscolatura uterina può causare contrazioni uterine.

- La stimolazione dei recettori alfa e beta adrenergici può stimolare una intensa vasocostrizione a livello utero-placentare. La dose consigliata, in assenza di patologie della gravidanza, non supera le 2-3 fiale di lidocaina con adrenalina 1:100.000 o equivalenti.

Controindicazioni all'uso di vasocostrittori sono rappresentate dalla presenza di una minaccia d'aborto nel primo trimestre o di parto prematuro nel periodo successivo.

Protossido d'azoto

La sedoanalgesia con protossido d'azoto non è consigliata nel primo trimestre di gravidanza a causa di un possibile effetto teratogeno e fetotossico dimostrato peraltro solo negli animali a seguito di somministrazione prolungata.

Nella specie umana, indagini condotte per esposizioni prolungate e ripetute (superiore alle nove ore alla settimana) hanno evidenziato un aumento di aborti spontanei tra le mogli di dentisti e un aumento di anomalie congenite e aborti nelle assistenti alla poltrona; non esiste, comunque, dimostrazione che singole esposizioni inferiori a 35 minuti si associno a rischio significativo (tabella 3).

Profilassi della carie

La gravidanza e l'allattamento sono i periodi ideali per iniziare un programma di educazione e profilassi della carie dentale considerando la maggiore disponibilità della madre (cfr Promozione della salute orale nei primi anni di vita).

Radiografie in gravidanza

Le radiazioni costituiscono potenti agenti mutageni e teratogeni con effetto dose dipendente, in grado di provocare l'insorgenza di patologia oncologica dell'adulto e malformazioni del feto.

I danni delle radiazioni ionizzanti sull'uomo possono essere classificati in tre categorie principali: somatici deterministici, somatici stocastici e genetici stocastici.

Oggi in radioprotezione si misura l'energia che la radiazione deposita nella materia con cui interagisce e la grandezza fondamentale è data dalla dose assorbita che viene misurata in gray (Gy); poiché quest'unità di misura risulta troppo grande, per le dosi assorbite normalmente dall'uomo, si usa più comunemente il milligray (mGy).

Visto che le radiazioni si comportano in maniera diversa è stata introdotta la grandezza detta dose equivalente che esprime la diversa capacità di cedere energia misurata in sievert (Sv); l'unità di misura utilizzata è il millisievert (mSv).

Per la popolazione generale si considerano i 5 mSv/anno come dose massima di radiazione assorbita accettabile priva di rischio; mentre per un operatore esposto per motivi professionali si ammette un rischio trascurabile per dosi inferiori ai 50 mSv/anno. Nei corso della gravidanza si distinguono tre periodi che rappresentano un rischio diverso per quanto attiene i danni da radiazioni: prima dell'impianto dell'embrione (nono giorno dalla fecondazione) gli effetti di una irradiazione sono del tipo "tutto o nulla"; nel periodo di morfogenesi (nono giorno-fine secondo mese di gravidanza) l'irradiazione può indurre più facil-

Tabella 2
PRESCRIZIONE DI FARMACI IN GRAVIDANZA

Farmaco	Sicuro	Da usarsi con cautela	Controindicato
Anestetici locali	Lidocaina, articaina, etidocaina	Mepivacaina*, bupivacaina*	Prilocaina
Vasocostrittori	Adrenalina (dosaggio ridotto)		Altri vasocostrittori (octapressina, vasopressina)
Analgesici e antiflogistici	Paracetamolo	Ac. Acetilsalicilico** FANS	Corticosteroidi Pirazolonici (noramidopirina, fenilbutazone) Acido mefenamico
Oppioidi**		Codeina, Propossifene Pentazocina	Morfina Buprenorfina
Antibiotici	Penicilline (ampicillina, amoxicillina) Eritromicina	Cefalosporine Aminoglicosidi Lincosamidi Altri macrolidi	Tetraciline Clindamicina Metronidazolo Imidazolici (Ketoconazolo) Cotrimossazolo
Ansiolitici		Protossido d'azoto Amobarbital Temazepam*** Lorazepam*** Oxazepam***	Barbiturici Benzodiazepine ad azione prolungata (diazepam) Ansiolitici non benzodiazepinici (meprobamato)
Altri farmaci			Antifibrinolitici (acido amino caproico, ac tranexamico) Analoghi della vit A (etretinato)

* Sconsigliato secondo FDA, nessun effetto negativo riportato in odontoiatria
 ** Sconsigliato nei primi sei mesi, controindicato nel terzo trimestre
 *** Evitare la somministrazione; se necessaria utilizzare BDZ ad azione breve (ipnoinduttori)

Tabella 3

INDICAZIONI SULL'USO DEL PROTOSSIDO D'AZOTO

Utilizzazione su pazienti in gravidanza	Precauzioni per il personale sanitario
<p>Evitare la somministrazione nel primo trimestre Utilizzabile nel secondo e terzo trimestre con cautela utilizzando le seguenti precauzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ridurre il tempo di erogazione (< 30 minuti) - Mantenere una percentuale di ossigeno >50% - Somministrare O2 puro al termine della seduta (evitare l'ipossia da diffusione) - Evitare esposizioni ripetute e/o prolungate 	<p>Evitare esposizioni del personale >3 ore/settimana (possibili l'esposizione per periodi superiori se è presente un sistema di evacuazione dei gas espirati) Evitare di esporre personale in gravidanza</p>

Tabella 4
EFFETTI INDESIDERATI DI FARMACI CONTROINDICATI IN GRAVIDANZA

Farmaco controindicato	Effetto indesiderato	Farmaco controindicato	Effetto indesiderato
Acido acetilsalicilico	Alterazione della funzionalità piastrinica (emorragia), inerzia uterina	Oppioidi	Sedazione, depressione respiratoria, ipossia. Dipendenza cronica e sindrome da astinenza (per uso prolungato)
Tetracicline	Discromia dentale, ipoplasia dello smalto, inibizione della crescita ossea e alterazioni scheletriche	Etretinato (vitA)	Teratogenesi
Eritromicina	Epatotossicità, colostasi, iperbilirubinemia	Cotrimossazolo	Deficienza di folato (anemia)
Benzodiazepine	Sedazione, depressione respiratoria, ipossia	Antifibrinolitici	Trombosi
Metronidazolo	Teratogenesi	Corticosteroidi	Teratogenesi, labiopalatoschisi

Tabella 5
PRECAUZIONI PER L'UTILIZZAZIONE DELLE RADIOGRAFIE ENDORALI IN GRAVIDANZA

Precauzioni per la paziente	Precauzioni per il personale sanitario
<p>Limitare gli esami Non eseguire radiografie durante il primo trimestre Ridurre al minimo le indagini radiografiche nel corso di tutta la gravidanza</p> <p>Limitare la zona irradiata Non dirigere il fascio primario verso l'addome Posizionare schermi di protezione su torace e addome (grembiule di piombo) Utilizzare apparecchi a cono lungo, centratori e collimatori</p> <p>Limitare la dose per esposizione Utilizzare apparecchi ad alto chilovoltaggio o raggi costanti Usare pellicole ad alta sensibilità</p>	<p>Posizionarsi in zona di sicurezza durante l'emissione di radiazioni Distanza >150cm dal tubo radiogeno Evitare di essere sulla direzione del fascio principale di raggi</p> <p>Sorveglianza Indossare una pellicola (film badge) per controllare periodicamente la dose assorbita Disporre di un programma di radioprotezione (esperto qualificato)</p>

mente la comparsa di malformazioni; nella fase fetale (dal terzo mese alla fine della gravidanza) diminuiscono la frequenza e la gravità delle malformazioni mentre è alto il rischio di difettoso sviluppo del SNC.

Secondo stime recenti il fondo naturale di radiazione ha un'intensità di dose efficace annua pari a 2,4 mSv e la soglia dei dan-

ni di tipo deterministico sull'organogenesi è stata calcolata intorno allo 0,1 Gy.

I valori medi di radiazioni assorbite dalle ovaie o dall'embrione nelle prime fasi di sviluppo variano a seconda i diversi esami radiologici eseguiti: 0,1 mGy per una radiografia del cranio; 0,0006 mGy per una ortopantomografia; 0,02 mGy per una

radiografia standard del torace; 0,2 mGy per una TAC del cranio; per una serie completa di radiografie endorali con le opportune precauzioni la dose assorbita risulta di 0,01 mSv.

Si può, quindi, concludere che le radiografie endorali correttamente utilizzate rappresentino un rischio minimo in gravidanza vanno comunque utilizzate selettivamente quanto indispen-

sabili per una diagnosi o un trattamento non differibile.

Se possibile vanno evitate nel primo trimestre, periodo nel quale si svolgono le tappe principali dell'organogenesi; successivamente possono essere eseguite secondo necessità, previo consenso della paziente comunque prudenzialmente in numero ridotto e utilizzando le apposite precauzioni (tabella 5).

ALLATTAMENTO AL SENO

2

Rischio

Nel prescrivere un farmaco ad una paziente che allatta al seno deve essere considerato il rischio che la secrezione nel latte materno esponga il figlio agli effetti indesiderati del principio farmacologico (tabella 6).

Il rischio non è comunque elevato considerando che: la quantità secreta nel latte non è generalmente superiore all'1-2% del livello ematico della madre e difficilmente raggiunge livelli significativi per il figlio.

I farmaci come derivati sicuri sono rappresentati dall'amoxicillina e dal paracetamolo.

È necessario avvertire la puerpera che l'assunzione di farmaci può provocare variazioni del sapore del latte e causare un rifiuto dell'allattamento da parte del bambino.

Profilassi

1. Come principio generale il dentista deve prescrivere i farmaci sicuri, evitando quelli potenzialmente dannosi per il bambino in quanto escreti nel latte materno.
2. Una ulteriore precauzione generale consiste nel consigliare alla madre di assumere il farmaco subito dopo l'allattamento ed evitare di allattare nelle quattro ore successive cioè

quando è più elevato il livello plasmatico del farmaco (a emivita breve) e quindi maggiore la secrezione nel latte.

3. Non sono riportati rischi connessi alla somministrazione di anestetico locale ai normali dosaggi; nel caso siano utilizzate quantità elevate è consigliabile far saltare la poppata successiva l'intervento, utilizzando un latte artificiale e consigliando alla madre di togliere il latte con il tiralatte, in modo da non avere una diminuzione della secrezione. L'uso di vaso-costrittori associati all'anestetico non presenta controindicazioni.
4. La candidosi pseudomembranosa è una patologia orale di frequente osservazione nel lattante per l'imaturità del sistema immunitario; va trattata con gel a base di miconazolo applicato in bocca; contemporaneamente deve essere trattato anche il capezzolo della madre, per evitare la reinfezione.
5. La gengivostomatite erpetica è una patologia che talvolta si presenta nel lattante; va trattata con terapia di supporto nei casi lievi (paracetamolo e idratazione) riservando l'aciclovir in sospensione orale alle forme più impegnative.
6. I vantaggi della fluoroprofilassi nel bambino sono indubbi e tale misura terapeutica deve essere consigliata. (cfr Promozione della salute orale nei primi anni di vita).

Tabella 6
PRESCRIZIONE DI FARMACI DURANTE L'ALLATTAMENTO AL SENO

Farmaco	Sicuro	Da usarsi con cautela	Controindicato
Antibiotici	Penicilline (1) Cefalosporine (1)		Tetracicline Eritromicina (2) Sulfamidici (3)
Analgesici e Antiflogistici (4)	Paracetamolo	Nimesulide Ac. Acetilsalicilico Ibuprofene Diclofenac Flubiprofene Ac. Mefenamico	
Cortisonici (5)	Prednisone		
Benzodiazepine (6)		Temazepam, lorazepam, oxazepam	
Antistaminici (7)		Desclorfeniramina Dimentidene	

(1) Possibile dismicrobismo per alterazione della flora batterica intestinale del lattante

(2) Raggiunge elevate concentrazioni nel latte; possibile accumulo epatico

(3) Emolisi in soggetti con deficit G6PD

(4) In somministrazioni occasionali; sono preferibili i FANS a emivita bre-

ve, scarso passaggio nel latte e trasformazione in metaboliti inerti

(5) A cicli brevi

(6) BDZ a breve durata d'azione; possibile sedazione del lattante in alte dosi

(7) Utilizzare farmaci a breve durata d'azione e per breve periodo; presentano il rischio di inibizione della lattazione

PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE NEI PRIMI ANNI DI VITA

La gravidanza e l'allattamento rappresentano dei momenti ideali per promuovere la salute orale. La madre è molto coinvolta psicologicamente nelle problematiche inerenti la salute del figlio ed ha tempo disponibile per esserne educata.

È pertanto utile sfruttare questo periodo per educare e stimolare le madri sul tema della prevenzione della carie dentale stimolandole a mettere in pratica comportamenti corretti fin dalla nascita dei loro bambini.

La fluoroprofilassi

La fluoroprofilassi rimane il caposaldo della prevenzione dalla carie dentale.

Esistono due tipi di fluoroprofilassi: la sistemica e la topica (tabella 7).

Se per decenni la forma sistematica è stata considerata la forma ideale di prevenzione, al giorno d'oggi la ricerca scientifica ha confermato che l'assunzione di fluoro topico riveste un ruolo di gran lunga più importante.

Nel mondo occidentale, a partire dagli anni '70 si è assistito ad una netta riduzione della prevalenza della carie dentale che è tutt'ora in corso. Gli studi di questi 2 ultimi decenni hanno dimostrato che c'è un denominatore comune in grado di spiegare questo risultato: il diffuso consumo giornaliero di dentifrici contenenti fluoro.

Meccanismo d'azione del fluoro

Il fluoro esplica la propria azione a due livelli:

- 1) a livello della placca batterica (attività minima)
- 2) a livello dello smalto (azione principale)

1) A livello della placca batterica interviene principalmente in due modi: da una parte blocca il ciclo di Krebs inibendo pertanto la produzione di acidi da parte dei batteri acidogeni (quali lo *Streptococcus mutans*), dall'altra blocca la sintesi dei componenti della parete cellulare e del DNA ed

RNA dei batteri esercitando un'azione batteriostatica.

- 2) La saliva gioca per lo smalto dentale lo stesso ruolo che il sangue ha per le cellule dell'organismo. Come le cellule dipendono dal circolo sanguigno per ricevere i nutrienti, per eliminare i cataboliti e per essere protette così lo smalto dipende dalla saliva per funzioni simili. Nei pazienti infatti affetti da xerostomia si assiste ad una impressionante comparsa di carie in seguito alla mancanza delle funzioni della saliva.

In condizioni normali la saliva è soprassatura di fosfato e calcio, cioè i principali minerali che formano lo smalto umano, e tra queste due componenti vi è un continuo interscambio di ioni fosfato e calcio fra loro in equilibrio.

Nei denti appena erotti lo smalto è impuro, cioè molti cristalli di idrossiapatite contengono delle impurità rappresentate da ioni carbonato e magnesio. La presenza di queste impurità rende lo smalto più solubile all'attacco acido alzandone il PK (il pH al quale avviene la dissociazione delle molecole costituenti lo smalto).

Durante l'attacco acido, causato dall'attività della placca, gli acidi filtrano tra i prismi provocando la dissociazione dei cristalli di idrossiapatite impura (*demineralizzazione*) che migrano nella saliva.

La presenza di ioni e fosfato nella saliva facilita la ricompattazione di nuove molecole nello smalto di idrossiapatite pura (*remineralizzazione*) le quali sono più resistenti all'attacco degli acidi (si abbassa pertanto il PK dello smalto).

In presenza di ioni *fluoro* nella saliva questi stessi vengono incorporati nello strato esterno dei cristalli dando luogo alla formazione di *fluoroapatite* una forma di apatite ancora *meno solubile* e quindi con un PK di dissociazione ancora più basso. Questo naturale processo in cui i cristalli parzialmente dissolvono per poi ricompattarsi in strati esterni più resistenti all'attacco acido viene chiamato *maturazione posteruttiva*.

Tale fenomeno probabilmente rende conto del perché più un

Tabella 7
FLUOROPROFILASSI

Sistemica	Topica
Fluorizzazione delle acque potabili (includere le acque minerali)	Dentifrici fluorati
Fluorizzazione del sale	Gel al fluoro
Fluorizzazione del latte	Collutori al fluoro
Compresse fluorate	Vernici fluorate
	Slow-release fluoride device

Tabella 8
PROTOCOLLO CONSIGLIATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FLUORO

Periodo	Forma sistemica (compresse)	Forma topica (dentifricio fluorato)
Gravidanza	No	Si (per la madre)
Bimbo nei primi tre anni di vita	Si (se non applicabile la forma topica; 1 cpr da 0,25 mg/die) No (se applicabile la forma topica)	No (concomitante alla somministrazione sistemica) Si (metodo ideale da applicare 2-3 volte al giorno)
Bimbo dopo i tre anni e per tutta la vita		Si (2, 3 volte al giorno)

dente rimane in bocca, meno è suscettibile alla carie.

Il meccanismo d'azione appena descritto sottolinea come per un effetto preventivo della carie sia necessaria la presenza di fluoro direttamente nell'ambiente orale individuando nella fluoroprofilassi topica il mezzo più efficiente di prevenzione della patologia cariosa.

Fluoroprofilassi in gravidanza

Durante la gravidanza al giorno d'oggi i ricercatori sono concordi nel ritenere inutile la somministrazione di fluoro sistemico alla futura madre (tabella 8).

Fluoroprofilassi dopo il parto

L'azione topica del fluoro si esplica in presenza del dente, pertanto la fluoroprofilassi deve iniziare quando spunta il primo dente da latte.

Il modo ideale è portare del dentifricio fluorato direttamente a contatto del dente e per questo è utile utilizzare una garza imbottita di dentifricio e strofinarla sul dente e/o sui dentini minimo due volte al giorno.

Continuare con questo metodo finché non si abitua il bimbo a lavarsi i denti almeno due volte al giorno con spazzolino e dentifricio fluorato.

Va da sé che finché un bambino non acquisisce una completa maturità del sistema neuromuscolare lo spazzolamento dei denti va interpretato come modo per portare del fluoro a contatto con lo smalto dentale, piuttosto che come modalità di rimozione della placca batterica.

Nel caso non fosse possibile attuare questo comportamento utile somministrare una compressa fluorata (da 0.25 mg) per i primi 3 anni di vita.

In tal caso si sfrutta sempre l'effetto topico del fluoro ingerito per via sistemica in quanto esso arriva nella saliva attraverso le ghiandole salivari in concentrazione sufficiente da esplicare il proprio effetto preventivo.

Da evitare assolutamente l'uso del dentifricio fluorato e l'assunzione contemporanea di compresse fluorate per impedire la comparsa di fluorosi (tabella 8).

Alimentazione e carie nel bambino nei primi anni di vita

Alle future madri devono essere forniti consigli a riguardo dell'alimentazione in quanto la prevenzione della carie in dentatura decidua non si riduce alla sola fluoroprofilassi topica. È utile a seconda del periodo di accrescimento del bambino instaurare un regime alimentare che eviti l'assunzione di

Tabella 9
CONSIGLI PER LA MADRE E IL FIGLIO

Comportamenti da adottare in tema di prevenzione della carie dentale

Durante la gravidanza la madre deve essere aggiornata su:

- 1) Uso corretto della fluoroprofilassi topica a partire dall'uscita del primo dente deciduo.
- 2) Evitare di abituare il bambino a comportamenti sbagliati quali l'uso di tettarelle impastate di zucchero e/o miele per evitare la sindrome da biberon.
- 3) Per un bambino già svezzato, adottare un dieta equilibrata evitando il consumo di carboidrati raffinati tra i pasti principali.
- 4) La prima visita dal dentista dovrebbe già essere effettuata al primo anno di vita perché già a questa età è possibile intravedere, se presenti, i primi segni della sindrome da biberon.

zuccheri raffinati (contenuti nelle caramelle, nella cioccolata, nel miele, nelle torte, nelle bibite gassate, etc) *tra i pasti principali* (per la mancanza di un flusso salivare tale da “lavare” dallo smalto le sostanze zuccherate, effetto che è comune invece durante i pasti principali).

Le future madri devono essere allertate anche dal “rischio nonni” o comunque di altre persone che si prendono cura dei loro figli. È abbastanza diffuso, soprattutto in certe regioni, che i bambini piccoli vengano affidati alle cure dei nonni mentre i genitori lavorano.

Spesso per ingraziarsi i nipotini i nonni, anche per mancanza di una cultura specifica, abbondano in caramelle e dolci e così facendo inficiano l'azione dei genitori. È pertanto utile istruire anche i nonni sul rischio che questi atteggiamenti possono generare (tabella 9).

Sindrome da biberon

Le carie nei denti decidui frontali superiori configurano una sindrome chiamata in vario modo da “sindrome da biberon” a sindrome da “negligenza di pulizia dei denti”.

Esse si formano in questo settore perché frequentemente i bambini vengono addormentati con un biberon o un ciuccio tra i denti inzuppato di zucchero o miele. Durante la notte, c'è una diminuzione dell'effetto “lavaggio” della saliva e quindi in presenza di substrato energetico i microrganismi si moltiplicano provocando la disgregazione dello smalto di detti denti. Questo habitus negativo è di norma associato alla mancanza di pulizia dentaria e tutto ciò rappresenta un cocktail esplosivo per l'insorgere di tale sindrome.

Un capitolo a parte, ma non per questo meno privo d'importanza, è la prevenzione delle abitudini viziate (dalla respirazione orale, al succhiamento del dito, etc) per le quali una spia deve essere accesa nella mente delle madri per evitare anomalie indotte della crescita del distretto orale.

HANDICAP E INSUFFICIENZA MENTALE

4

Definizione

Per disabilità si intende qualsiasi limitazione, conseguente a menomazione, della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali in relazione all'età, sesso e fattori socioculturali del soggetto.

Ne consegue una condizione di handicap, cioè di svantaggio che limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale del soggetto; che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

L'handicap può presentarsi in diverse forme; tra esse particolare importanza in odontoiatria rivestono le sindromi fisiche e psichiche che limitano la collaborazione del paziente e le possibilità di erogare la normale terapia odontoiatrica ambulatoriale.

- L'handicap mentale è prevalentemente rappresentato da patologie psichiatriche e da insufficienze mentali di varia origine; ha una prevalenza nella popolazione generale del 3% ed è classificabile in lieve (quoziente intellettivo 85-70%), medio (QI 50-70%) e severo (QI <50%); l'incapacità di razionalizzare può influire sulla possibilità di collaborazione.
- L'handicap fisico più comune è rappresentato da patologie neurologiche e neuromuscolari; in molti pazienti il QI è normale ma l'ipertono muscolare, le alterazioni della postura e i movimenti incontrollati possono ostacolare la terapia.
- L'handicap medico è rappresentato da diverse patologie sistemiche (cardiopatie, nefropatie, diabete, coagulopatie, ecc.) che espongono il paziente al rischio di differenti com-

plicanze perioperatorie in relazione alla patologia di base.

- L'handicap sensoriale isolato (cecità, sordità) non costituisce un ostacolo alle terapie odontoiatriche.

Eziologia e sintomatologia

Le cause più frequenti di handicap psichico e fisico sono rappresentate da sindromi malformative disgenetiche (sindrome di Down), paralisi cerebrale infantile (anossia, trauma da parto), embriopatie e fetopatie di origine infettiva (toxoplasmosi, rosolia, citomegalovirosi), malattie muscolari (distrofia, miastenia, miotonia), altre affezioni del sistema nervoso centrale e periferico (vascolari, traumatiche, degenerative, tumorali e infettive).

Le manifestazioni cliniche sistemiche sono estremamente varie in rapporto al tipo, sede ed estensione della lesione (paralisi, atetosi, atassia, spasticità; debolezza muscolare progressiva; insufficienza mentale).

I casi più gravi presentano disabilità multiple motorie, sensoriali e cognitive con la contemporanea presenza di patologie psichiatriche (caratteropatie, autismo, schizofrenia, psicosi) e neurologiche (epilessia, distrofia muscolare, ecc.).

La sintomatologia orale comune alla maggior parte dei pazienti con handicap psichico o fisico è caratterizzata dalla aumentata incidenza della patologia cariosa e parodontale per la limitata capacità di mantenere un'adeguata igiene orale.

I pazienti con patologie neuromuscolari possono presentare: difficoltà di deglutizione, movimenti orofacciali automatici, facies amimica (volto inespressivo e ptosi palpebrale), voce

Tabella 10
IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA MENTALE

Grado di disabilità	Indicazioni terapeutiche
<p>COLLABORAZIONE SUFFICIENTE Disabilità sensoriali Disabilità motorie lievi Insufficienza mentale lieve o media (QI 85-50%) con possibilità di relazione e motivazione del paziente</p>	<p>Eseguire il trattamento ambulatoriale convenzionale Premettere un approccio psicologico in diverse sedute per motivare il paziente Erogare la terapia senza limitazioni in base alle necessità e richieste del paziente</p>
<p>COLLABORAZIONE PARZIALE Elevato ed incontrollabile livello d'ansia Disabilità motoria con ipertono muscolare, alterazioni della postura che interferiscano con la terapia in misura limitata (discinesie, distonie, spasticità lievi) Insufficienza mentale lieve o media (QI 85-50%) con difficoltà di relazione e motivazione</p>	<p>Programmare di preferenza il trattamento ambulatoriale convenzionale Preferire l'approccio psicologico eventualmente integrato con l'analgia relativa (protossido d'azoto) e/o la sedazione leggera (benzodiazepine per os) Adottare un piano di terapia concreto commisurato alle esigenze del caso (protesi semplici) Considerare il trattamento ospedaliero in sedazione profonda o narcosi per ridurre lo stress ed accelerare le terapie nei casi con patologia estesa che necessitano di piani di terapia complessi</p>
<p>COLLABORAZIONE ASSENTE Insufficienza mentale elevata (QI<50%) con impossibilità di relazione Presenza di alterazioni posturali o movimenti incontrollabili tali da ostacolare la terapia (atetosi, corea; spasticità, distonie, discinesie di grado elevato)</p>	<p>Utilizzare il trattamento ospedaliero in sedazione profonda ev o narcosi Programmare un piano di cura ridotto a conservativa ed esodonzia Considerare l'estrazione dei denti a prognosi incerta per la difficoltà di accesso a terapie sistematiche e periodiche</p>

nasale e male articolata, malocclusioni dentarie di origine funzionale.

Rischio perioperatorio

Lo stress rappresentato dall'intervento odontoiatrico può causare la comparsa di emergenze neurologiche (crisi epilettiche) o psichiatriche (attacco di panico, stato di agitazione psicomotoria).

La presenza di movimenti incontrollati per reazioni psichiche o patologie neurologiche può essere motivo di diverse difficoltà durante l'intervento odontoiatrico: impedire l'erogazione delle terapie ambulatoriali; esporre al rischio di ferite accidentali; causare la deglutizione o l'inalazione di strumenti.

La terapia con farmaci psichiatrici presenta il rischio di effetti indesiderati conseguenti a interazioni farmacologiche con i farmaci odontoiatrici: l'ipertensione arteriosa per interazione degli antidepressivi e IMAO con i vasocostrittori; l'ipertensione arteriosa per interazione dei vasocostrittori con i neurolettici.

I pazienti in terapia con neurolettici possono presentare pancitopenia e risultare esposti al rischio di infezione ed emorragia a seguito di interventi chirurgici.

Nei pazienti con miastenia in particolare va evitato l'uso di atropina che può causare insufficienza respiratoria.

Alcuni pazienti possono presentare una aumentata sensibilità ai farmaci utilizzati per la sedazione (reazioni paradosse) e per la narcosi (difficoltà di risveglio).

Profilassi

1. L'anamnesi mira ad accertare la presenza di eventuali patologie sistemiche associate (epilessia, patologie cardiache) e la somministrazione di farmaci psichiatrici.
2. Nei pazienti in terapia con farmaci psichiatrici (IMAO, antidepressivi tricyclici, neurolettici) va evitata la somministrazione di vasocostrittori associati all'anestetico per la potenziale comparsa di effetti indesiderati da interazioni farmacologiche (ipotensione e ipertensione arteriosa).
3. La consulenza medica è necessaria prima di programmare piani di trattamento complessi in pazienti con patologie sistemiche e/o psichiatriche associate (cardiopatía, epilessia, etc.).
4. Nella sindrome di Down il rischio medico è rappresentato dalla frequente associazione con malformazioni cardiache che richiedono l'utilizzazione della profilassi antibiotica per l'endocardite batterica.
5. Durante la seduta operatoria è necessario prevedere movimenti o reazioni impreviste utilizzando sistemi di protezione secondo possibilità (diga di gomma, catenelle o filo

interdentale per fissare gli strumenti, divaricatori posizionati in modo da proteggere i tessuti) in modo da minimizzare il rischio di traumi accidentali o di ingestione/inalazione di strumenti.

Approccio al trattamento del paziente con insufficienza mentale lieve-media

1. Il dialogo con il paziente ed i familiari permette al dentista di valutare l'opportunità e la validità del trattamento in funzione della capacità di collaborazione e della prognosi della malattia sistemica.
2. Nei casi nei quali il paziente non sia in grado di intendere e volere il consenso alle cure deve essere ottenuto dal tutore legale ed a tale fine è consigliabile utilizzare un modulo per documentare l'avvenuto consenso informato.
3. Il piano di trattamento deve essere realistico, dinamico e flessibile per adeguarsi alle condizioni del paziente che può essere aggressivo o non cooperante, spesso incapace o disinteressato a mantenere un adeguato stato di salute orale. La priorità va data alle cure indispensabili a mantenere la dentatura presente e a prevenire il peggioramento delle patologie orodentali.
4. La collaborazione deve essere valutata in concreto in relazione al tipo e grado di disabilità del paziente, complessità del piano di terapia, risposta clinica alle prime sedute. La sindrome di Down è la più comune delle sindromi malformative (1 caso su 600 nascite) e rappresenta circa 1/3 dell'handicap psichico infantile; la maggior parte dei soggetti è fiduciosa e cooperante.
5. Si giudica la collaborazione sufficiente al trattamento ambulatoriale convenzionale quando permette di eseguire il piano di terapia programmato in modo corretto senza dannose interruzioni utilizzando l'approccio psicologico o una sedazione leggera (protossido d'azoto o benzodiazepine per os); anche se questo approccio necessita di un ampio margine di tempo.
6. Nei pazienti nei quali esiste possibilità di relazione interpersonale e collaborazione si deve sempre tentare l'esecuzione di una formula terapeutica convenzionale di trattamento ambulatoriale attraverso un approccio psicologico; infatti la collaborazione ottenibile prescinde il valore del QI ed è in relazione al rapporto di fiducia che si instaura con l'operatore.

7. Momento fondamentale è l'insegnamento al paziente e a chi lo assiste delle manovre d'igiene orale più idonee al mantenimento della miglior igiene per ridurre la frequenza degli interventi e migliorare la mantenibilità nel tempo della salute orale.
8. Per la scelta del tipo di trattamento (ambulatoriale od in narcosi), oltre alla mantenibilità dell'igiene è importante considerare la quantità delle prestazioni che si intendono eseguire in rapporto alla patologia di base del paziente ed alla sua collaborazione.

Approccio psicologico

Circa il 90% dei pazienti può essere trattato con tecniche di approccio psicologico o sedazione leggera, mentre solo il 10% necessita di trattamento ospedaliero in narcosi o sedazione profonda.

La procedura di approccio psicologico (desensibilizzazione) viene eseguita attraverso più sedute svolte alla presenza dell'educatore e/o dei familiari nel ruolo di intermediari.

Gli incontri tendono a costruire una relazione di conoscenza e di fiducia del soggetto con le attrezzature ed il personale odontoiatrico per evitare che la terapia invasiva sia interpretata come una aggressione scatenando reazioni psichiche negative.

- Il primo approccio può limitarsi alla conoscenza dell'ambiente odontoiatrico (luogo, attrezzature, dentista, personale).
- Successivamente si illustrano al paziente la patologia dentale, le necessità dell'intervento e il tipo di cure.
- Si incomincia quindi con l'erogazione di terapie semplici (igiene orale e prevenzione) adattando le successive modalità di intervento in base alle reazioni del paziente.

Nel corso del trattamento, per facilitare la comunicazione e la cooperazione del paziente, è necessario assumere il seguente comportamento.

- Chiedere al paziente di fare solo una cosa per volta usando espressioni concrete e frasi corte; preferire le chiavi visuali e spiegare tutte le procedure.
- Essere il più costanti e metodici possibile (avvicinarsi lentamente, ripresentare sempre se stessi e i collaboratori).
- Ridurre lo stress costituito dalle sedute odontoiatriche dividendo le terapie in più sedute ed effettuando un buon controllo del dolore in modo da evitare di scatenare reazioni di rifiuto.

BIBLIOGRAFIA

1. BARTLETT J.G., *Pocket book of infectious disease therapy*, Ed. Williams e Wilkins, Baltimore 1995.
2. BRAMBILLA E., GAGLIANI M., STROHMENGER L., *Prevenzione mirata della carie*, Ed. Intramed Communications 1994.
3. EVERSOLE L.R., *Oral medicine*, Ed. W.B.Saunders Company, Philadelphia 1996.
4. DALL'OPPIO L., WEINSTEIN R., *L'assistenza odontoiatrica agli handicappati parte 1*, Dental Cadmos 2,87
5. DALL'OPPIO L., WEINSTEIN R., *L'assistenza odontoiatrica agli handicappati parte 2*, Dental Cadmos 3,87
6. HUPP J., WILLIAMS T., VALLERAND W., *5 minute clinical consult Odontoiatria*, vol. 1-2, Ed. Centro Scientifico Internazionale, Torino 1997.
7. LITTLE J., FALACE D., MILLER C., RHODUS N., *Dental management of the medically compromised patient*, Ed. Mosby, St. Louis 1997.
8. MONTAGNA F., DE LEO D., CARLI P.O., *La responsabilità nella professione odontoiatrica*, Ed. Promoass, Roma 1998.
9. MONTAGNA F., *Il trattamento odontoiatrico del paziente con patologia cardiovascolare*, Ed. Promoass, Roma 1998.
10. PASINI W., HAYNAL A., *Psicologia odontoiatrica*, Ed. Masson, Milano 1992.
11. ROCCA G., RICCI E., TOLDONATO M., GIURA V., MARCHISIO B., BRESSO F., *Prescrivere Il nuovo prontuario terapeutico*, Ed. Minerva Medica, Torino 1997.
12. WAGNER H., VAN HUSEN N., *Medicina interna per odontoiatri*, Ed. Micarelli, Roma 1998.

La ricerca e l'esperienza clinica ampliano costantemente le nostre conoscenze in odontoiatria soprattutto in relazione alle modalità terapeutiche e ne consegue la necessità di un continuo aggiornamento dei parametri diagnostici e terapeutici. Qualora il testo faccia riferimento a modalità terapeutiche e farmaci, gli Autori hanno cercato di garantire che tali riferimenti siano conformi allo stato delle conoscenze al momento della pubblicazione del libro. Tuttavia, si consiglia al lettore di verificare attentamente se le indicazioni riportate nel testo abbiano mantenuto la loro validità al momento di una futura consultazione.

Il progetto della collana "I quaderni della professione", giunta con questo quaderno al suo secondo numero, riconosce una prevalente finalità: diminuire il rischio di discriminazione terapeutica nei confronti dei pazienti con patologie sistemiche o handicap; cercare di garantire loro, come a tutta la popolazione, un'assistenza ambulatoriale continuativa, quindi ripetibile con un limitato impegno economico per la società e il singolo.

Il rifiutare le cure, esclusivamente sulla base di preconcetti, deve essere giudicato un atteggiamento eticamente scorretto poiché tradisce il principio di base di ogni professione sanitaria: il dovere di trattare tutti i pazienti entro le proprie possibilità.

Con un rifiuto immotivato il libero professionista, a cui si riconosce la discrezionalità della prestazione, esercita una discriminazione punibile come illecito deontologico dall'Ordine Professionale; l'incaricato di pubblico servizio il reato di omissione di atti d'ufficio (art. 328 C.P.).

La decisione di non trattare è, invece, giustificabile quando sia presa nell'interesse del paziente sulla base di criteri di prudenza: qualora l'odontoiatra in coscienza ritenga di non essere in grado di trattare correttamente il paziente per assenza di attrezzature, conoscenza, esperienza o per la presenza di condizioni sistemiche che presentino un rischio perioperatorio non accettabile.

In questi casi, previa una onesta discussione ed accordo, il paziente può essere inviato ad un collega disponibile al trattamento o a strutture pubbliche dove sia possibile erogare una terapia più sicura e gravata da minori costi.

Ogni odontoiatra, del resto, non dovrebbe dimenticare l'importanza di organizzare il proprio lavoro secondo una mentalità di servizio sociale.

Un atteggiamento che riconosce molteplici e importanti finalità: costituisce un aiuto a superare l'isolamento a cui rischia di condurre l'esercizio della professione; migliora l'immagine professionale nel comune sentire riconfermandone la valenza e la fiducia sociale; concretizza, pur in una pratica limitata, un'ideale di assistenza e cooperazione.

Conscience makes cowards of us all

La coscienza ci rende tutti codardi

(W. Shakespeare, Amleto, III, 1, 83; Riccardo terzo, III, 1, 4, 133)



Sommacampagna, 30 giugno 1999

Cod. 24000906

Questa opera della collana editoriale ANDI
è stata realizzata con il contributo della



dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani
quale servizio ai propri soci