



Igiene orale in soggetti istituzionalizzati affetti da ritardo mentale

**F. Pregliasco, *P. Ottolina,
C. Pinnavaia, **S. Costa

*Università degli Studi di Milano
Istituto di Virologia*

*Direttore: prof. F. Pregliasco
Dipartimento MCO "San Paolo"*

**Clinica Odontoiatrica*

***Fondazione Istituto Sacra*

Famiglia, Cesano Boscone (MI)

Introduzione

È ormai accettato universalmente che la placca batterica costituisce il principale agente eziologico della malattia parodontale, anche se fattori intrinseci ed estrinseci, locali o sistemici, possono concorrere a modificare il quadro clinico.

Tale ipotesi deriva dalle ricerche di numerosi Autori tra cui Russel (1), Green e Vermillon (2, 3) e Loe et al. (4, 5) che hanno dimostrato la stretta relazione esistente tra una scarsa igiene orale, ovvero la presenza di depositi di placca nel cavo orale, e la flogosi gengivale.

Altri Autori (6-9) hanno messo in relazione la presenza di placca, insieme ad altri importanti cofattori (elevato consumo di carboidrati, resistenza individuale), con l'insorgenza di lesioni cariose.

Innumerevoli proposte sono state quindi avanzate al fine di realizzare interventi di prevenzione

primaria con lo scopo di allontanare la placca batterica dalla superficie dei denti e dal margine gengivale.

La rimozione meccanica è la tecnica più diffusamente adottata e riconosciuta, in grado di esercitare un controllo completo della placca sopragengivale. Questa tecnica però richiede a ogni singolo individuo che la applica un certo addestramento, una solida motivazione e un'adeguata quantità di tempo.

È stato molto bene documentato nel corso degli anni da Axelsson e Lindhe (9), Lindhe (10), Cercek et al. (11) che le procedure di controllo meccanico della placca, intese come programmi controllati di igiene orale professionale associati a misure di igiene orale domiciliare, sono in grado di ridurre in modo significativo la gengivite e il DMFT (22).

Se l'educazione all'igiene orale e la prevenzione sono necessarie per ogni individuo, per il soggetto portatore di handicap psicofisico diventano addirittura indispensabili (12).

L'esame obiettivo del cavo orale dei portatori di handicap psicofisico spesso mostra blocchi di tartaro che ricoprono interamente i denti, ascessi, ipertrofie gengivali e un numero elevatissimo di carie (13). La spiegazione di tutto questo va ricercata nel fatto che in questi disabili la patologia della bocca passa spesso in secondo piano rispetto all'handicap (in psichiatria si parla di "effetto

alone") e, di conseguenza, viene trascurata, quando non ignorata completamente, creando così situazioni patologiche particolarmente gravi e complesse.

Educazione all'igiene orale

Un'igiene appropriata e frequenti controlli del cavo orale potrebbero limitare notevolmente l'intervento dell'odontoiatra e sarebbero in grado, se eseguiti costantemente e meticolosamente, di assicurare la salute orale del disabile (14), ma la loro applicazione trova grandi difficoltà di realizzazione.

Sarebbe indispensabile che, laddove il disabile non sia in grado di provvedere direttamente, l'igiene orale fosse praticata da chi assiste il disabile nell'ambito familiare o nella struttura ove è inserito, perché l'odontoiatra si trova quasi sempre investito del problema quando ormai si sono già determinati gravi danni. Inoltre, l'approccio con l'odontoiatra presenta spesso difficoltà che in numerosi casi acquistano dimensioni tali da rendere impossibile l'effettuazione delle terapie previste. La necessità di un'impostazione psicologica particolare dell'odontoiatra e la necessità di tempi assai lunghi spesso rendono difficoltosa la realizzazione delle più banali terapie di conservazione degli elementi dentari, per cui, soprattutto fino a poco tempo fa, si faceva ampio ricorso alla chirurgia estrattiva (15).

IGIENE ORALE IN SOGGETTI CON HANDICAP

Anche un disabile può sviluppare, compatibilmente con le sue capacità, corrette abitudini di igiene orale quotidiana. Purtroppo, però, negli istituti specializzati il personale addetto alla cura dei disabili difficilmente provvede all'igiene orale e al controllo quotidiano della bocca dei pazienti e i genitori che accudiscono a casa un disabile parimenti hanno molti gravi compiti da espletare e, il più delle volte, non sono stati edotti sull'importanza della salute della bocca e sulla necessità di un'assidua igiene orale (16).

Nasce quindi la necessità di educare all'igiene orale il personale di assistenza e i familiari del soggetto con handicap. Occorre cioè fornire informazioni chiare, consigli e presidi utili, ma soprattutto motivazioni valide perché le necessarie pratiche di igiene orale vengano eseguite regolarmente e con convinzione su qualsiasi paziente disabile (17). È fondamentale che gli assistenti o i familiari del disabile siano consapevoli dell'importanza dell'igiene orale nei loro assistiti, in quanto il programma preventivo non ha come fine ultimo soltanto l'estetica o addirittura la cosmetica del paziente, ma innanzitutto il miglioramento delle condizioni di salute generale.

Igiene orale professionale

L'igiene orale professionale, nel caso di disabili psico-fisici, non consiste solo in sedute di ablazione meccanica del tartaro mediante strumenti a ultrasuoni, ma anche in istruzioni di igiene orale quotidiana, esercitazioni di spazzolamento (con eventuali modifiche dello spazzolino secondo le peculiari necessità del disabile) e rinforzo motivazionale, il tutto ripetuto a intervalli

regolari di tempo, almeno ogni 3-6 mesi, anche in quei pazienti con condizioni parodontali poco compromesse, dato che è noto come in questi pazienti, con problemi di malocclusione e di deglutizione atipica, l'autodeteriorazione sia spesso insufficiente e si venga a creare una quantità di placca superiore alla norma (18-21).

Dal momento che le prestazioni erogate con più frequenza nell'ambulatorio odontoiatrico dell'Istituto Sacra Famiglia sono le sedute d'igiene orale professionale, si è sentita la necessità di confrontare il grado di igiene orale di alcuni ospiti dell'Istituto mai recatisi presso l'ambulatorio e la cui igiene orale è affidata esclusivamente al personale del reparto con mansioni di igiene orale, e ospiti dell'Istituto che invece regolarmente effettuano sedute di igiene orale professionale.

Obiettivo del lavoro

Lo scopo di questa ricerca è stato confrontare lo stato di igiene orale degli ospiti dell'Istituto seguiti dall'ambulatorio odontoiatrico e quello di coloro che ancora non lo sono, per verificare da un lato la validità dei programmi di prevenzione messi in atto presso l'ambulatorio (mediante richiami periodici di ablazione del tartaro, controllo dello spazzolamento quotidiano dei denti, rinforzo della motivazione) e dall'altro valutare la disponibilità degli operatori preposti al ruolo dell'igiene orale nel mettere in atto metodiche efficaci.

Materiali e metodi

L'Istituto "Fondazione Sacra Famiglia" di Cesano Boscone,

comune dell'hinterland milanese, è una fondazione Onlus che provvede alla riabilitazione e all'assistenza di 872 ospiti affetti da ritardo mentale.

Nell'ambito di questa ricerca sono stati presi in considerazione 100 ospiti residenti nell'Istituto: essi sono affetti, oltre che da ritardo mentale medio-grave, anche da altri disordini associati, quali disabilità motorie, epilessia, gravi disturbi della personalità (psicosi, autismo, schizofrenia) spesso concomitanti a patologie mediche generali (diabete, ipertensione) o a disturbi sensoriali (cecità, sordità). Settanta di essi (gruppo A) non erano ancora stati presi in cura dal Servizio Odontoiatrico dell'Istituto, mentre 30 (gruppo B) sono ben noti all'équipe odontoiatrica, in quanto quotidianamente si presentano in ambulatorio a effettuare le manovre di igiene orale del mattino. Dopo un'accoglienza festosa e allegra da parte del personale dell'ambulatorio, i soggetti di questo gruppo sono invitati a prendere il proprio spazzolino da un casellario con simboli facilmente riconoscibili e a stendervi sopra uno strato corretto di dentifricio. A tal punto essi iniziano a lavarsi i denti in completa autonomia. Solo se necessario o su loro specifica richiesta, il personale dell'ambulatorio interviene (per esempio per spremere il dentifricio o per azionare il pedale dell'acqua del lavandino in caso di disabilità motorie), altrimenti si limita a controllare la corretta esecuzione dello spazzolamento elargendo relative lodi se ben eseguito (rinforzo positivo alla motivazione) (22).

Gli ospiti dell'Istituto che hanno partecipato a questa indagine sono stati visitati in parte

nell'ambulatorio odontoiatrico e in parte nello studio medico dei diversi reparti di degenza.

Per ogni visita ci si è avvalsi di specchio, specchietto e un'adeguata fonte luminosa. Tutte le visite sono state effettuate da un unico operatore (CP).

Dopo aver ottenuto il consenso informato alle cure odontoiatriche per i 70 pazienti che ne erano sprovvisti (dai familiari, dai tutori o dall'organo dell'Istituto preposto a questo per gli ospiti abbandonici), sono stati registrati i dati anagrafici, il livello di ritardo mentale, il grado di collaborazione del paziente e il livello di autonomia nell'igiene orale quotidiana.

Il grado di collaborazione di soggetti è stato giudicato buono quando i soggetti si sono fatti visitare senza alcun ausilio, sufficiente nei casi in cui la visita è stata resa possibile dall'ausilio degli operatori del reparto di degenza, insufficiente quando, nonostante la presenza di tali operatori, il riscontro obiettivo è risultato parziale.

I soggetti sono stati valutati parzialmente autosufficienti nell'igiene orale nei casi in cui durante le manovre quotidiane devono essere supervisionati da un operatore, mentre nei casi in cui è l'operatore stesso a provvedere direttamente a tale esigenza essi sono stati giudicati non autosufficienti. Gli ospiti in cura presso il Servizio Odontoiatrico dell'Istituto erano già provvisti di una cartella clinica con questi dati e del consenso informato.

L'esame clinico comprendeva:

1) la compilazione dell'indice DMFT, che rappresenta l'indice di esperienza di carie, ovvero la somma dei denti cariati (D), mancanti (M) e otturati (F);

2) l'indice di igiene orale sempli-

ficato OHI (*oral hygiene index*), che quantifica l'estensione coronale dei depositi molli DI (*debris index*) e duri CI (*calculus index*) sulle superfici linguali/vestibolari di sei denti, uno per ogni sestante, con un punteggio relativo a ciascun dente da 0 a 3 con gravità crescente in base all'estensione coronale dei depositi. L'indice OHI è il risultato del rapporto tra la somma dei punteggi assegnati a ciascun dente per ognuna delle due tipologie di deposito e il numero dei denti esaminati, così da ottenere una scala di valori con gravità crescente da 0 a 6 (23).

La scelta di questi indici è stata dettata dalla loro semplicità, dalla loro velocità di esecuzione e dalla caratteristica di non essere invasivi, in modo da ridurre il rischio di avere una collaborazione inadeguata al momento dell'esecuzione delle terapie.

Risultati

Dei 70 soggetti appartenenti al gruppo A, 11 (15,7%) sono stati esclusi per totale edentulismo e 9 (12,9%) per assoluta assenza di collaborazione.

Sono stati quindi esaminati 50 soggetti del gruppo A, che rappresentano il 71,4% del campione iniziale: 41 sono maschi (82%) e 9 sono femmine (18%). L'età dei soggetti di questo gruppo è compresa tra i 31 e i 62 anni con un'età media di 46,5 anni.

Il livello di collaborazione è stato valutato come buono per 24 ospiti (48%), sufficiente per 16 ospiti (32%) e insufficiente per 10 ospiti (20%). Quanto alla capacità di espletare le manovre di igiene orale, 36 del gruppo A (72%) non sono autosufficienti, mentre 14 (28%) sono parzialmente autosufficienti.

Inoltre, sono stati esclusi 3 sog-

Tabella I - Dati sociodemografici dei due gruppi

	Gruppo A	Gruppo B
N.	50	21
Età media	46,5	47
Uomini	41 (82%)	21 (100%)
Donne	9 (18%)	0 (0%)
Grado di collaborazione		
Buono	24 (48%)	16 (76%)
Sufficiente	16 (32%)	5 (24%)
Insufficiente	10 (20%)	0 (0%)
Grado di disabilità		
Non autosufficienti	36 (72%)	0 (0%)
Parzialmente autosufficienti	14 (28%)	21 (100%)

Tabella II - Indice DMFT nel gruppo A

Età	N.	DT	MT	FT	DMFT
30-40	11	1,2	5,8	0,4	7,4
41-50	17	1,4	8,2	0,2	8,4
51-64	22	0,8	10,9	0,0	11,8

**IGIENE ORALE
IN SOGGETTI
CON HANDICAP**

getti del gruppo B, poiché presentano un numero eccessivamente ridotto di elementi dentari, mentre altri 6 al momento

dello studio non erano presenti nell'Istituto (ricovero ospedaliero, rientro periodico presso la famiglia). L'età dei 21 soggetti del

gruppo B (70%) esaminati varia tra 30 e 64 anni, con una media di 47 anni. Sono tutti maschi. Sedici (76%) presentano un grado di collaborazione buono, mentre per 5 (24%) è risultato sufficiente. Il 100% del campione risulta essere parzialmente autosufficiente nelle manovre di igiene orale (tabella I).

L'indice DMFT per il gruppo A (tabella II, fig. 1) ha evidenziato come il numero di denti mancanti (MT) sia il dato più rilevante e aumenti con l'età, come il numero dei denti cariati (DT) sia maggiore nelle fasce più giovani e come i denti otturati (FT) siano ben pochi (non sono presenti denti otturati nella fascia di ospiti con età più avanzata). La principale differenza con il gruppo B (tabella III, fig. 2) è rappresentata dal fatto che tra questi ospiti dell'Istituto invece non vi sono denti cariati (DT), sono presenti un maggior numero di denti otturati (FT) e un minor numero di denti mancanti (MT). L'indice d'igiene orale semplificato (OHI) ha evidenziato nel gruppo A l'estensione coronale dei depositi molli (DI) pari a 12,3 e l'estensione coronale dei depositi duri (CI) pari a 16,1; nel gruppo B, i valori scendono rispettivamente a 5,8 e 2,5, cosicché l'OHI (dato dalla somma di DI e CI) pari a 0,7 contrasta nettamente con quello del gruppo A pari a 5,2 (tabella IV, fig. 3).

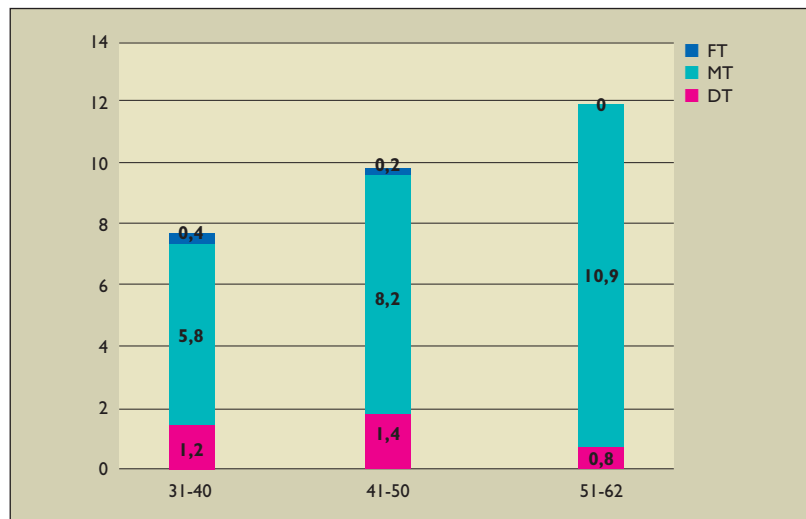


Fig. 1 - Rappresentazione grafica del DMFT nel gruppo A

Età	N.	DT	MT	FT	DMFT
30-40	4	0,0	2,1	1,5	3,6
41-50	8	0,0	2,5	1,8	4,3
51-64	9	0,0	3,0	0,8	3,8

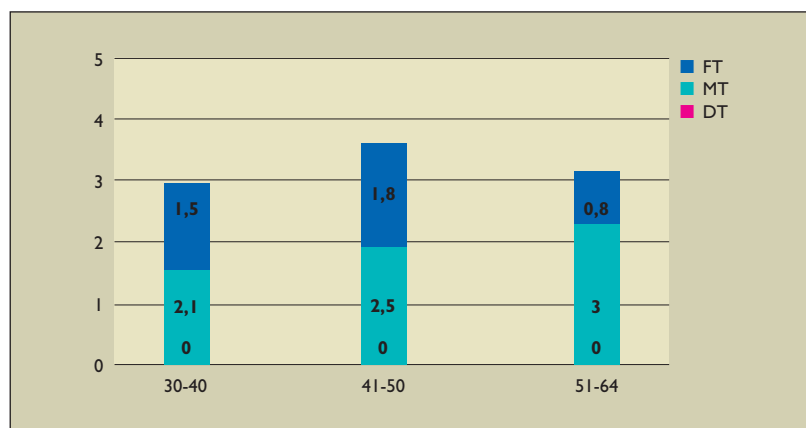


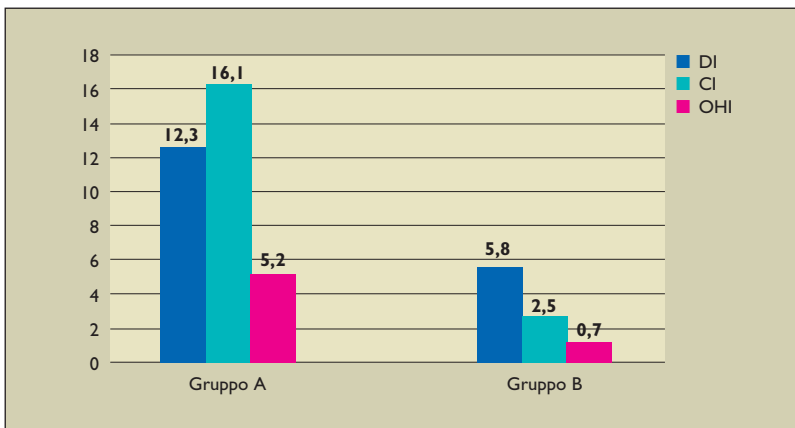
Fig. 2 - Rappresentazione grafica del DMFT nel gruppo B

Discussione

L'analisi dei dati riguardanti gli indici DMFT e OHI relativi al gruppo B ha dimostrato la validità dei programmi di prevenzione messi in atto dall'équipe del Servizio Odontoiatrico. I valori di DMFT relativi a denti cariati

Tabella IV - Confronto dell'OHI (indice d'igiene orale semplificato) tra i due gruppi

	DI	CI	OHI
Gruppo A	12,3	16,1	5,2
Gruppo B	5,8	2,5	0,7

**Fig. 3** - Rappresentazione grafica dell'indice OHI nei due gruppi

(DT) e otturati (FT) sono significativi per una ridotta incidenza della carie e dimostrano come eventuali denti cariati vengano individuati e curati precocemente grazie ai controlli periodici; le terapie conservative stanno progressivamente aumentando rispetto alla soluzione chirurgica. L'elevato valore di denti mancanti (MT) si spiega con il fatto che questi ospiti sono stati inseriti nel programma di prevenzione solo da poco più di tre anni, in età adulta avanzata e quando le condizioni di alcuni elementi dentari apparivano irrimediabilmente compromesse.

Anche gli indici di placca (DI=5,8) e tartaro (CI=2,5) sono risultati molto bassi, soprattutto se confrontati con i valori del gruppo A: questi dati si manifestano clinicamente sia con un miglioramento dello stato gengi-

vale (figg. 4-7) sia con una apprezzabile diminuzione dell'alitosi, problemi entrambi assai comuni fra gli ospiti dell'Istituto.

I dati rilevati nel gruppo A purtroppo non sono stati altrettanto confortanti, ma piuttosto rispecchiano i risultati di numerose altre ricerche di questo tipo sull'igiene orale di soggetti istituzionalizzati affetti da ritardo mentale o da disturbi psichiatrici (24-29).

Infatti l'indice OHI ha evidenziato come la quantità di placca (DI) e tartaro (CI) visibile, che ricopre le superfici dei denti, sia veramente notevole (figg. 8, 9): per molti soggetti l'indice OHI, che rappresenta la somma di DI e CI, è pari a 6 cioè il valore massimo, a testimoniare che i denti sono letteralmente "ricoperti" da placca o inglobati in masse di

tartaro (figg. 10, 11). Ovviamente anche lo stato gengivale è pessimo, gengivite e malattia parodontale sono un dato clinico costante (29) e l'odore proveniente dal cavo orale è talvolta intollerabile per sgradevolezza. Tale problema, che potrebbe apparire secondario, in realtà si traduce talvolta in un ulteriore isolamento del soggetto da parte delle altre persone. Ne consegue anche che, per quanto attiene l'indice DMFT, il numero di denti cariati (DT) (dato tra l'altro rilevato spesso con estrema difficoltà per l'abbondanza di placca e tartaro e pertanto suscettibile di possibili errori "in difetto") sia molto significativo e quantitativamente molto diverso rispetto a quello riscontrato nell'altro gruppo di ospiti.

Si è anche osservato come questi dati non subiscano alcuna variazione fra coloro che sono parzialmente autosufficienti per le manovre di igiene orale e coloro che invece dipendono completamente dal personale infermieristico del reparto. Questo si ritiene possa essere legato sia alla scarsa destrezza dei soggetti più indipendenti nell'eseguire le manovre d'igiene orale (mancanza di spazzolini adeguatamente modificati, movimenti di spazzolamento non corretti ecc.) sia alla loro mancanza di conoscenza dei benefici di un'igiene orale quotidiana. Non bisogna dimenticare la scarsa preparazione del personale assistenziale del reparto riguardo a tecniche specifiche per praticare l'igiene orale in maniera efficace (16) (utilizzo di prodotti contenenti clorexidina; posizioni individualizzate per le manovre di igiene orale; precauzioni per evitare morsi ecc.). I dati ottenuti hanno confermato quello che già altre ricerche

**IGIENE ORALE
IN SOGGETTI
CON HANDICAP**



Fig. 4 - GC, paziente maschio con quadro di igiene orale controllata



Fig. 5 - DT, paziente maschio, esempio di igiene orale adeguata in relazione alla collaborazione (gruppo B)



Fig. 6 - SG, paziente maschio con buona igiene orale in relazione alla collaborazione (gruppo B)



Fig. 7 - GA, paziente maschio che evidenzia adeguata igiene orale (gruppo B)

avevano evidenziato, cioè il netto miglioramento della salute orale in soggetti portatori di handicap psico-fisico in seguito a programmi di igiene orale individualizzati ovvero adattati alle particolari esigenze di questi pazienti (30-32).

Disabili collaboranti e non collaboranti

Per disabili collaboranti e affetti da ritardo mentale di grado lieve o medio, questi programmi, come è stato già spiegato, prevedono un intervento professionale costituito da istruzioni d'igiene orale quotidiana, esercitazioni

di spazzolamento, rinforzo motivazionale e sedute di ablazione meccanica del tartaro mediante strumenti a ultrasuoni, il tutto ripetuto a intervalli regolari di tempo.

È imprescindibile invece che, per i disabili non collaboranti o affetti da ritardo mentale grave o gravissimo, in cui le capacità di comprensione e la manualità necessaria sono insufficienti, l'igiene orale quotidiana sia affidata ai familiari o al personale assistenziale delle strutture in cui risiedono.

Si può affermare che i risultati ottenuti in questo campo presso l'ambulatorio odontoiatrico del-

l'Istituto devono molto alla metodologia d'approccio definita *tender-loving-care* o *soft-heart-care* (33) che coinvolge fortemente l'intera équipe del Servizio Odontoiatrico. Essa si esplica attraverso una serie di attività atte a creare un ambiente amichevole che possa garantire, per quanto possibile, la collaborazione del paziente (34). Il disabile viene accolto in un ambiente appositamente predisposto per ridurre lo stato d'ansia e di stress generati dalle cure odontoiatriche: nell'ambulatorio infatti sono presenti oggetti particolari che possono essere utilizzati come



Fig. 8 - IS, paziente femmina con abbondanti depositi molli sulle superfici dentarie (gruppo A)



Fig. 9 - MM, paziente maschio con abbondanti depositi molli e duri sulle superfici dentarie (gruppo A)



Fig. 10 - GR, paziente maschio, esempio di igiene orale non controllata (gruppo A)



Fig. 11 - LV, paziente maschio con abbondanti depositi di tartaro sulle superfici dentarie (gruppo A)

gioco, le pareti sono dipinte con colori tenui e affrescate con disegni di vario genere, una musica rilassante è sempre presente. Il paziente viene sempre accompagnato in ambulatorio da una figura di riferimento che lo rasserena e che lo aiuta nel conoscere l'équipe odontoiatrica e lo studio odontoiatrico. I primi appuntamenti sono utilizzati esclusivamente a scopo conoscitivo (in psicologia si parla di tecnica dell'assuefazione, mentre in Istituto Sacra Famiglia si parla di "sedute di avvicinamento"). Una volta conosciuto il paziente, si passa alla fase delle cure che

viene attuata programmando gli obiettivi da raggiungere, ricercando sempre la collaborazione del paziente. Le sedute odontoiatriche in anestesia generale sono considerate come *extrema ratio*.

La validità di questo approccio per soggetti così sensibili e fragili quali i disabili psico-fisici, che con difficoltà sono in grado di gestire situazioni di paura e stress, è dimostrata dal fatto che, grazie a questo paziente lavoro di avvicinamento attuato quotidianamente da tutto lo staff, molti sono gli ospiti che, inizialmente intrattabili, col tempo

sono diventati sufficientemente collaboranti da consentire l'esecuzione di manovre anche invasive (35).

Preparazione del personale

Molti studi hanno sottolineato che per disabili ospitati in strutture assistenziali nessun programma di prevenzione primaria può essere pienamente efficace se non supportato dall'aiuto del personale addetto agli ospiti, perché essendo parte integrante della vita di questi soggetti, è in grado di creare quella necessaria continuità che la presenza saltuaria dell'odontoiatra non può

IGIENE ORALE IN SOGGETTI CON HANDICAP

dare. L'odontoiatra deve, invece, istruire, controllare e indirizzare le risorse disponibili nel modo migliore (30).

Si ritiene quindi che, nell'ambito dell'Istituto Sacra Famiglia, il personale assistenziale, adeguatamente istruito e motivato al problema dell'igiene orale dall'équipe del Servizio Odontoiatrico, dovrebbe eseguire l'igiene orale dei soggetti non autosufficienti, mentre gli educatori dovrebbero occuparsi dei soggetti con ritardo mentale lieve o medio che hanno la possibilità di apprendere ed effettuare lo spazzolamento, insegnando loro come lavarsi i denti e controllandoli durante l'esecuzione delle procedure, esattamente come avviene per coloro che quotidianamente si recano a spazzolare i denti presso l'ambulatorio, al fine di estendere i benefici riscontrati presso questo gruppo limitato a tutti coloro che risiedono nell'Istituto.

Inoltre sono stati avviati una serie di incontri sull'igiene orale quotidiana nel paziente portatore di handicap psico-fisico rivolti agli addetti socio-assistenziali dei vari reparti. Lo staff medico e infermieristico dell'ambulatorio, a rotazione, si renderà disponibile a recarsi presso i vari reparti, dove dapprima mostrerà come eseguire su ciascun ospite le manovre più adeguate di igiene orale, quindi verificherà la successiva corretta esecuzione degli operatori oppure mostrerà come far eseguire queste procedure in modo corretto agli ospiti parzialmente autosufficienti nella cura della propria persona.

Ringraziamenti

Si ringraziano la signora R. Molino e la signora M.G. Serafin per la professionalità e per gli sforzi compiuti contro l'indifferenza.

Riassunto

In questo studio si vuole confrontare lo stato di igiene orale di 30 soggetti istituzionalizzati affetti da ritardo mentale, già in cura presso il Servizio Odontoiatrico, e 70 che ancora non lo sono, per valutare sia l'efficacia dei programmi di prevenzione attuati sia la disponibilità degli operatori preposti al ruolo dell'igiene orale nell'intraprendere un valido percorso di formazione per tale compito.

Sono stati registrati i dati anagrafici, il livello di ritardo mentale, il grado di collaborazione del paziente e il livello di autonomia nell'igiene orale quotidiana oltre a un indice di esperienza di carie (DMFT) e a uno di igiene orale semplificato (OHI).

I risultati mettono in evidenza un DMFT inferiore nei soggetti del gruppo in cui sono già state attuate misure di prevenzione rispetto agli altri. Anche l'indice di igiene orale semplificato presenta valori molto differenti tra i due gruppi a sfavore dei soggetti non ancora inseriti in un programma specifico odontoiatrico.

I dati relativi al gruppo di soggetti già in cura fanno risaltare l'efficacia delle misure educative e motivazionali intraprese dall'équipe del Servizio Odontoiatrico, basate sulla quotidianità e su un approccio amichevole e individualizzato. Allo stesso tempo, i dati relativi all'altro gruppo fanno emergere la necessità di programmi di educazione a coloro cui è destinato il ruolo dell'igiene orale quotidiana.

Parole chiave

Ritardo mentale
Igiene orale
Prevenzione
Istituzionalizzazione

Abstract

Oral hygiene in institutionalized subjects with mental retardation

The aim of this study is to compare the condition of oral hygiene of thirty

institutionalized subjects afflicted with mental retardation already in care near the Dental Service, and seventy ones not yet in, in order to value both the efficaciousness of carried out prevention programs and willingness of the operators responsible for oral hygiene in undertaking a valid formation pattern for the task.

Private data, mental retardation level, patient collaboration grade and autonomy in daily oral hygiene level, in addition to caries experience (DMFT) and simplified oral hygiene index (OHI), are all parameters that have been recorded.

The results underline a lower DMFT in those subjects of the group who have already been submitted to prevention measures. Also OHI presents very different values between the groups unfavourably to those subjects not yet included in dental specific program.

Data about the group of subjects already in cure put in evidence the efficaciousness of educational and motivational measures, founded upon dailyness and friendly individualized approach, adopted by the équipe of Dental Service. In the same time, data about the other group let the necessity of educational programs for those subjects who the role of daily oral hygiene is destined to emerge.

Key words

Mental retardation
Oral hygiene
Prevention
Institutionalization

Bibliografia

1. Russel AL. A system of classification of scoring for prevalence surveys of periodontal disease. *J Dent Res* 1965; 35: 350-9.
2. Green JC, Vermillon JR. The Oral Hygiene Index: a method for classifying oral hygiene status. *J Am Dent Ass* 1960; 61: 172-9.

3. Green E, Vermillon JR. The Oral Hygiene: development and uses. *J Periodontol* 1967; 38: 625-37.
4. Løe H, Theilande E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965; 36: 177-87.
5. Løe H, Anerud A, Smith N. The natural history of periodontal disease in man. *J Periodontol* 1978; 49: 607-20.
6. De Fazio P, D'arcangelo C, Petrecca S et al. Carie dentaria eziopatogenesi e profilassi. *Dental Cadmos* 1994; 9: 11-44.
7. Marci F, Giannoni M, Marci MC et al. Prevenzione della carie. *Il Dentista Moderno* 1996(suppl).
8. Strohmeier L, Toselli A. La prevenzione della carie. *Il Dentista Moderno* 1990; 5: 6-37.
9. Axelsson P, Lindhe I. The effect of a preventive programme on dental plaque, gingivitis in man and caries in school children. Result after one and two years. *J Clin Periodontol* 1974; 1: 26-138.
10. Lindhe I. *Parodontologia*. Milano: Ed. Ermes, 1984.
11. Cercek JF, Kiger RD, Garret S et al. Relative effects of plaque control and instrumentation on the clinical parameters of human periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1983; 1: 46-56.
12. Davies R, Bedi R, Scully C. Oral health care for patients with special needs. *Br Med J* 2000; 321: 495-8.
13. Bozzi M, Protopapa F, Zavaglia V et al. Patologia orale e portatore di handicap. *Atti III Congresso Nazionale SIOH*, 1988.
14. Giancotti M. La prevenzione odontostomatologica primaria negli handicappati. *Atti I Congresso Nazionale SIOH*, 1986.
15. Marcucci M. Il portatore di handicap: una sfida da raccogliere per un problema da risolvere. *Atti IV Congresso Nazionale SIOH*, 1990.
16. Ottolina P, Mensi C, Pregliasco F. Progetto di educazione all'igiene orale quotidiana per soggetti non collaboranti istituzionalizzati. *Atti XI Congresso Nazionale SIOH*, 2001.
17. Bettili V, Lui D, Zamperetti A. Prevenzione odontoiatrica del disabile. *Prevenzione & assistenza dentale* 1997; 2: 6-11.
18. Franchini O. Il ruolo dell'ambulatorio odontoiatrico nella terapia routinaria dei pazienti portatori di handicap. *Atti Convegno Assistenza Odontoiatrica all'handicappato*, 1993.
19. Gabrè P, Gahnberg L. Dental health status of mentally retarded adults. *Spec Care Dent* 1994; 14: 203-7.
20. Perlman S, Miller C. Preventive oral health care for patients with disabilities. *Compen Oral Hygiene* 1997; vol. 4.
21. Piana G, Baietti AM, Montanari MC et al. La salute odontostomatologica nei soggetti portatori di handicap: proposte di intervento. *Riv It Odontoiatria Infantile* 1993; 2: 57-60.
22. Guastamacchia C, Arduzone V. *Igiene orale professionale*. Milano: Masson ed, 2001.
23. Green E, Vermillon JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Ass* 1964; 68: 7-13.
24. Angelillo IF, Nobile CGA, Pavia M et al. Dental health and treatment needs in institutionalised psychiatric patients in Italy. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 360-4.
25. Jurek GH, Reid WH. Oral health of institutionalised individuals with mental retardation. *Am J Ment Retard* 1994; 98: 656-60.
26. Lucchese C, Checchi R. La condizione orale in pazienti mentalmente ritardati istituzionalizzati. *Min Stomatol* 1998; 47: 499-502.
27. Velasco E, Machuca G, Martinez-Sahuquillo A et al. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. *Spec Care Dent* 1997; 17: 203-6.
28. Whyman RA, Treasure ET, Brown RH et al. The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. *New Zeland Dent J* 1995; 91: 49-56.
29. Pregliasco F, Ottolina P, Mensi C et al. Oral health profile in an institutionalized population of Italian adults with mental retardation. *Spec Care Dent* 2001; 21(6): 227-31.
30. Academy of Dentistry for Person with Disabilities. A position paper from the Academy of Dentistry for Person with Disabilities: preservation of quality oral health care services for people with developmental disabilities. *Spec Care Dent* 1998; 18: 80-2.
31. Kendall NP. Oral health for a group of non-institutionalised mentally-handicapped adults in the UK. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1992; 19: 357-9.
32. Santoro F, Maiorana C, Galletta A et al. Valutazione di un programma di prevenzione e profilassi in soggetti portatori di handicap. *Prevenzione & assistenza dentale* 1991; 2: 8-15.
33. Parlato M, Martino S. Tecniche psicologiche e logistiche di approccio ai portatori di handicap in ambito odontoiatrico. *Arch Stomatol* 1989; 30: 629-35.
34. Aartman IH, De Jong A, Makkes PC et al. Treatment modalities in a dental fear clinic and the relation with general psychopathology and oral health variables. *Br Dent J* 1999; 186: 467-71.
35. Yilmaz S, Ozlu Y, Ekuklu G. The effect of dental training on the reactions of mentally handicapped children's behaviour in the dental office. *J Dent Child* 1999; 66: 188-91.