



QUANDO PIU' VOCI SONO MEGLIO DI UNA

Nell'affrontare i casi più complessi o particolari, l'odontoiatra ha bisogno di appoggiarsi alla competenza degli specialisti delle aree affini: solo così può ottenere risultati clinici eccellenti. Ecco perché l'approccio multidisciplinare sembra essere quello più adatto a rispondere ai bisogni di cura dei pazienti, sempre più esigenti

Pierluigi Altea

Secundo alcuni, lo studio monoprofessionale è destinato a scomparire. Un po' per ragioni economiche, un po' perché la domanda di cura dei pazienti, sempre più puntuale, richiede la presenza in studio di specialisti delle singole branche odontoiatriche. Questo induce i titolari di studio più sensibili al problema ad ampliare la propria offerta, coinvolgendo nella propria attività collaboratori esperti appunto nelle aree più specialistiche. Una situazione, per ora delimitata ai casi più particolari e complessi, che tuttavia sta generando un cambiamento di paradigma nell'approccio al paziente. "Multidisciplinare" sembra essere dunque la nuova parola d'ordine che non solo piace al paziente quando questa è riferita all'approccio, ma che offre anche agli odontoiatri nuove opportunità di crescita professionale, nonché il

superamento di quell'isolamento fisico e culturale che tanto pesa, soprattutto alle nuove generazioni, più aperte al dialogo e alla condivisione, anche grazie ai nuovi strumenti di comunicazione che poi, a guardar bene, tanto nuovi non sono.

LA SMILE HOUSE, UN MODELLO DA PRENDERE COME ESEMPIO

La labiopalatoschisi è forse la patologia che, per la sua complessità, meglio di altre mette in scena il valore autentico della multidisciplinarietà quale approccio ideale da prendere come esempio. "La carta vincente per il trattamento di questa patologia, una grave malformazione congenita", spiega **Luca Autelitano**, chirurgo maxillo-facciale, coordinatore clinico della Smile House di Milano,



struttura ad alta specializzazione nella cura di questa patologia, afferente all'Unità Operativa complessa di Chirurgia maxillo-facciale dell'Ospedale San Paolo di Milano, "sta nella possibilità per il paziente di essere approcciato da tutti i professionisti che idealmente devono interagire nell'ambito della stessa sessione ambulatoriale e prendere decisioni terapeutiche di concerto, cioè coordinate e che siano le migliori proponibili al bambino". Durante il percorso terapeutico, ci sono momenti dove è il chirurgo a scandire il tempo, lascia intendere Autelitano, altri dove è la logopedista, l'ortodontista o lo psicologo, ma sempre coadiuvati dal gruppo. "Fare invece valutazioni separate, per così dire a singola testa pensante", dice Autelitano, "è un tipo d'approccio che si allontana da quello ideale: in Italia e ancor di più in Europa questa

mentalità è ben consolidata nei centri dedicati al trattamento di questa patologia che nel nostro Paese sono presenti con le Smile House, a Milano, Roma e Vicenza". La forza di questo metodo sta nel dialogo, sottolinea Autelitano, nell'apertura verso gli altri professionisti. "Tanto più", spiega lo specialista, "che il percorso terapeutico del bambino non si esaurisce all'interno della Smile House, ma richiede il coinvolgimento anche di altre figure esterne, non ultimo l'odontoiatra di famiglia che è un elemento basilare per la buona riuscita della terapia, perché anche i bambini affetti da labiopalatoschisi possono avere bisogno di trattamenti odontoiatrici".

D'altro canto, è anche vero che a volte il dentista non se la sente di seguire il piccolo paziente colpito da questa malformazione, quando invece potrebbe collaborare al piano terapeutico con terapie svolte in coordinamento continuo con gli specialisti della Smile House, sempre disponibili al confronto e all'indirizzo specialistico, ma anche veicolare informazioni utili su questa patologia alle coppie con una diagnosi prenatale di labiopalatoschisi.

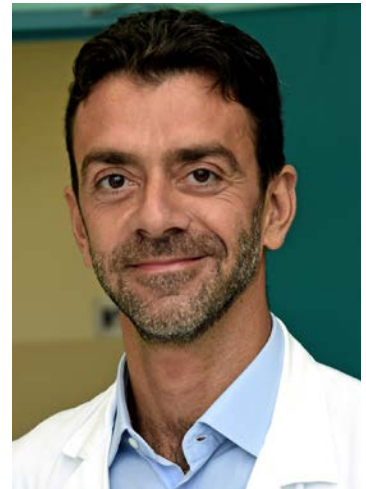
"Cosa dire in questi casi? Innanzitutto, che questa malformazione congenita può essere curata", sottolinea Autelitano. "I futuri genitori", spiega, "devono essere supportati e indirizzati immediatamente ai centri specializzati come il nostro, dove è attivo un servizio di segreteria che risponde in modo tempestivo perché venga fissato un colloquio prenatale entro 24 ore, dove i genitori vengono prima di tutto rassicurati, perché, seppur con un percorso terapeutico articolato e complesso, questa patologia può essere curata e anche bene".

Per fortuna, fa notare Autelitano, gli specialisti che lavorano all'interno delle Smile House non sono l'unico esempio di un approccio multidisciplinare per affrontare con successo una patologia: "Oggi la medicina in generale sta abbracciando questa filosofia che certamente porta vantaggi al paziente, ma anche ai professionisti sanitari che attraverso la condivisione dei propri saperi hanno la possibilità di crescere, di apprendere e di lavorare in modo più sereno e costruttivo".

L'ODONTOIATRA PEDIATRICO: FIGURA CHIAVE DI UN'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

"In un ambulatorio odontoiatrico dove sono presenti diverse figure professionali, il rapporto e la collaborazione con l'odontoiatra pediatrico nascono spontaneamente".

A dirlo è **Roberto Gatto**, presidente del Corso di laurea



Luca Autelitano

chirurgo maxillo-facciale,
coordinatore clinico della
Smile House, afferente all'Unità
Operativa complessa
di Chirurgia maxillo-facciale,
Ospedale San Paolo, Milano

ANESTESISTA E MEDICO CURANTE, LE ALTRE DUE FIGURE CHIAVE

A colloquio con **Gianmaria Paolillo**, medico-chirurgo, specialista in Anestesiologia e rianimazione, per 5 anni responsabile del Servizio di Anestesiologia dell'Istituto Stomatologico Italiano di Milano.

Dottor Paolillo, il rapporto con l'anestesista è importante per un odontoiatra?

Certamente, non solo in occasione di un intervento su un paziente fobico oppure con importanti comorbidità, ma anche nel rapporto con il medico curante del paziente, il professionista sanitario che meglio di tutti conosce il paziente stesso e può dare indicazioni indispensabili per la sua preparazione, l'ottimizzazione della sua terapia, ecc. Infatti, la sola presenza in studio di un anestesista può essere importante e da consigliare in alcune circostanze, ma soprattutto per prevenire, e non solo curare, eventuali situazioni critiche.

Quali sono le patologie a causa delle quali un paziente non andrebbe mai trattato in un studio odontoiatrico?

Le patologie che rendono pericoloso l'intervento in uno studio dentistico sono essenzialmente quelle cardiovascolari e respiratorie. Possiamo poi aggiungere gli eventi allergici maggiori già occorsi in precedenza. Dal punto di vista cardiovascolare non è da affrontare in uno studio il paziente instabile. Se un paziente anginoso ha una cardiopatia ischemica ben controllata, cosa che solo il cardiologo può dire, che non lo espone a crisi anginose da sforzo o da stress, è affrontabile in studio, diversamente, no. Lo stesso vale per il paziente asmatico.

Qual è il paziente che più spaventa?

Fortunatamente la cosa che di solito più spaventa l'equipe di uno

studio, per la brutalità e repentinità dell'evento, è la lipotimia in un soggetto solitamente giovane, in buone condizioni di salute, ma con una labilità del controllo vascolare e una particolare emotività, che lo portano a una perdita improvvisa della coscienza, con sudorazione profusa, a una bradicardia a volte particolarmente marcata, e ipotensione. In realtà è un evento assolutamente benigno, che si risolve spontaneamente, e per il quale poche semplici manovre accelerano sicuramente la risoluzione.

Oltre agli anestetici locali per il controllo del dolore, quali altri farmaci può usare l'odontoiatra in uno studio?

Il diazepam, che è una benzodiazepina di vecchissima generazione, poco efficace e che può creare qualche problema. I farmaci più recenti invece, come il midazolam



Gianmaria Paolillo
medico-chirurgo, specialista in Anestesiologia e rianimazione

per esempio, non possono essere utilizzati in uno studio odontoiatrico, neppure dall'anestesista perché sono farmaci per uso ospedaliero. Molto valida è la sedazione cosciente con protossido d'azoto e ossigeno, tuttavia è una pratica che andrebbe usata di frequente: ne sconsiglierei l'uso occasionale.



Roberto Gatto
presidente del Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università degli Studi dell'Aquila

in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università degli Studi dell'Aquila, dove è anche direttore della Scuola di specializzazione di Odontoiatria pediatrica. "Purtroppo, in Italia c'è ancora qualche resistenza verso la figura dell'odontoiatra pediatrico, complice il fatto che la Scuola di specializzazione in questa disciplina è nata solo tre anni fa", ricorda Gatto, aggiungendo che "ci sono colleghi che a tutt'oggi lavorano seguendo i vecchi schemi: preferiscono non "perdere tempo" con il bambino per concentrarsi su altre terapie spesso più redditizie". Evidentemente perché non conoscono le potenzialità di questa branca dell'odontoiatria, fa notare Gatto, che si occupa dello sviluppo dell'apparato stomatognatico con un approccio completo nei confronti del piccolo paziente. "Per questa ragione", spiega Gatto,

"l'odontoiatra pediatrico andrebbe maggiormente coinvolto sia nelle scuole e negli ambulatori pubblici, sia negli studi odontoiatrici privati: le sue competenze possono essere di grande aiuto nel controllo delle abitudini alimentari, non solo per la prevenzione della carie, ma, soprattutto, per scongiurare l'insorgenza di quelle malattie che iniziano a svilupparsi proprio in età infantile; tra queste, si annoverano, per esempio, l'obesità e il diabete, che possono essere curate sul nascere durante l'età evolutiva, proprio a partire dall'alimentazione". L'odontoiatra pediatrico è quindi una figura di prim'ordine se si pensa a una prevenzione efficace e tempestiva, fa notare Gatto, fondamentale per creare, soprattutto negli individui appartenenti a classi socio-economiche svantaggiate, e quindi più esposte alla malattia, le condizioni generali affinché l'individuo possa mantenere degli stili di vita corretti per la sua salute. "L'odontoiatra pediatrico scandisce il ritmo della crescita del bambino a partire dai 18-24 mesi", ricorda Gatto, "cioè da quando solitamente il piccolo inizia a frequentare un ambulatorio odontoiatrico, che è sempre meglio "scoprire"

La visita, un momento decisivo per la multidisciplinarietà

“Solo dopo la valutazione obiettiva dello stato del cavo orale e della problematica per cui si è reso necessario l'intervento dell'odontoiatra, in funzione del tipo e dell'invasività della procedura che si intende proporre al paziente”, suggerisce **Michele M. Ciulla**, medico-chirurgo, dottore di ricerca in Fisiopatologia cardiovascolare e professore a.c. di Patologia generale presso l'Università degli Studi di Milano, “si potrà valutare se è necessario consultare il medico specialista per un parere in merito a opportunità/modalità”. Non sembri ridonante ricordare che il paziente, sottolinea Ciulla, “dovrebbe” portare con sé la documentazione clinica anche dal “dentista”,

incluso, ove applicabile, il piano terapeutico e, se ha avuto un ricovero recente, la lettera di dimissioni. “In ambito internistico le criticità che richiedono attenzione sono da sempre”, spiega Ciulla, “quelle **infettive**, per il potenziale contagio, quelle **cardiovascolari**, come la cardiopatia ischemica, le aritmie in trattamento anticoagulante e/o la presenza di un pacemaker (PM) e/o di un defibrillatore impiantabile, l'ipertensione arteriosa e le valvulopatie, per la possibilità di generare eventi acuti quali un episodio di angina pectoris o un infarto del miocardio, un'aritmia grave, un malfunzionamento del PM come anche una scarica inappropriata, un'endocardite infettiva o una crisi ipertensiva e, infine, quelle

metaboliche, come il diabete, per il rischio di una crisi glicemica”. Naturalmente, fa notare Ciulla, l'impatto di queste criticità è sempre funzione della stabilità clinica del paziente e dello stato della malattia di base che, a sua volta, dipende molto dalla efficacia della terapia. “In questi casi e, specialmente, quando coesistono più criticità”, spiega Ciulla, “diventa necessario avere accesso alla documentazione clinica del paziente e, se ritenuto necessario, consultare l'internista di riferimento per valutare, appunto, la stabilità clinica del paziente. Si dovrà anche mettere in conto la possibilità di **modificare, temporaneamente, il piano terapeutico** del paziente, come ad esempio nel caso di trattamento

anticoagulante, di **aggiungere, a scopo profilattico, un antibiotico**, ed **evitare di utilizzare apparecchiature** che possono interferire con i PM”. Argomenti di cui Michele Ciulla ha avuto modo di parlare in modo esaustivo sul *Dentista Moderno*. “Aggiungerei la possibilità di optare per un anestetico “senza vasocostrittore” per tutti i cardiopatici”, precisa Ciulla che in conclusione aggiunge anche un altro dettaglio non da poco: “Vorrei ricordare infine che, essendo l'odontoiatria una disciplina chirurgica, intesa come “ramo fondamentale della medicina che affronta il problema terapeutico con atti manuali o con operazioni strumentali”, lo studio



Michele M Ciulla

medico-chirurgo, dottore di ricerca in Fisiopatologia cardiovascolare

odontoiatrico dove si esercita deve essere considerato una “piccola sala operatoria” e, come tale, adeguatamente “attrezzato e protetto”, specialmente oggi in tempo di SARS-Covid-2. Nell'attrezzatura si devono includere i farmaci utili per tamponare una eventuale emergenza cardiovascolare, irrinunciabili, un nitrato e un vasodilatatore”.



Rolando Crippa

responsabile del Reparto di Patologia orale presso l'Istituto Stomatologico Italiano (ISI) di Milano

nel momento in cui si è in salute: in questo modo, l'esperienza non sarà associata alla malattia o al dolore, ma al benessere”. Pertanto, l'odontoiatra pediatrico è una figura cardine non solo per l'equipe, ma anche per il sistema sanitario nel suo complesso. Questa figura professionale, peraltro, può contare sulla Società Italiana di Odontoiatria Infantile (SIOI), molto attiva nel promuovere, tra i vari eventi, iniziative culturali e di formazione mirate proprio alla prevenzione. “Sono convinto che, grazie al lavoro svolto dalla SIOI, dal mondo universitario e da chi ha speso la propria vita professionale per questa disciplina”, conclude Gatto, “presto cadranno anche le ultime resistenze e ci si accorgerà del vero valore dell'odontoiatra pediatrico, il cui approccio è multidisciplinare per due

ragioni: innanzitutto perché non si interessa solo ed esclusivamente del cavo orale del bambino e poi perché sa dialogare costruttivamente con gli altri specialisti di molte branche sia mediche che odontoiatriche”.

LA PATOLOGIA ORALE, UN'ALTRA MATERIA FONDATA SULLA MULTIDISCIPLINARIETÀ

Anche la patologia orale è una disciplina odontoiatrica che impone al professionista di coltivare rapporti con gli altri specialisti afferenti alle altre branche della medicina e dell'odontoiatria stessa.

“Se poi vogliamo parlare dei tumori del cavo orale”, spiega **Rolando Crippa**, responsabile del Reparto di Patologia orale presso l'Istituto Stomatologico Italiano (ISI) di Milano, professore a contratto presso l'Università di Genova e direttore scientifico di Fondazione ISI, “allora è evidente quanto sia importante per il patologo orale il rapporto con il chirurgo maxillo-facciale, con l'otorino, con

l'oncologo, con il medico di medicina generale, insomma con tutte le figure che formano per così dire il "board" di chi eroga le cure al paziente affetto da un cancro orale". Purtroppo, in Italia non esiste ancora una specializzazione in patologia orale, pertanto ci sono anche pochi centri dove questa disciplina è praticata in modo strutturato. "Ecco perché, secondo me", dice Crippa, "l'odontoiatra generalista dovrebbe avere un patologo orale di riferimento, se non un centro vero e proprio".

Tanto più che la nuova generazione degli odontoiatri, con l'avvento del corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, pur avendo un'ottima preparazione in questa disciplina, ha minori nozioni generali di tipo medico, proprio quelle che servirebbero in queste circostanze, di qui il bisogno di aprirsi alle altre discipline.

"La mia speranza", dice Crippa, "è che venga presto istituita una scuola di specializzazione in patologia orale, così come accaduto negli ultimi anni per altre branche specialistiche odontoiatriche (ultima nata, la scuola di specializzazione in Odontoiatria pediatrica). Negli Stati Uniti, per esempio, esiste la specializzazione in patologia e medicina orale della durata di 5 anni, necessari per la complessità di questa materia". Secondo Crippa, far crescere la cultura medica in questo ambito, oltre a quel che già viene insegnato durante il corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, aiuterebbe i pazienti a ricevere diagnosi sempre più precoci, le sole in grado di scongiurare prognosi infauste. "Il ritardo diagnostico in Italia è ancora molto rilevante", denuncia Crippa, "e se da una parte la causa di questo è da imputare al paziente che si rivolge tardivamente all'odontoiatra, dall'altra è attribuibile al professionista stesso che procrastina la diagnosi oltre i famosi 14 giorni raccomandati dall'OMS". Poi c'è il tema sempre attuale della prevenzione. "Si sono fatti passi avanti in questa direzione", ammette Crippa, "e molteplici sono state negli anni le iniziative in questo campo, come il Progetto Predica (dal 1999) o l'Oral Cancer Day (dal 2007), e altre iniziative nate anche in seno all'Istituto Stomatologico Italiano di Milano e alla Fondazione ISI. Insomma, tutti noi che ci occupiamo di questi problemi siamo sul pezzo da tempo, ma la sensazione è che il nostro operato non sia mai abbastanza e siano necessari sforzi maggiori per far passare il messaggio che "La prevenzione è sempre la miglior forma di cura!".

LE NEURALGIE FACCIALI: UN BANCO DI PROVA

Sovente il dentista deve confrontarsi con un problema che richiede un approccio più ampio rispetto a quello che l'odontoiatra solitamente ha nel trattare il paziente in studio. "Quello delle neuralgie facciali", spiega **Domenico Viscuso**, medico-odontoiatra e psicoterapeuta, libero professionista in Milano e responsabile del Centro

del dolore oro-facciale presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Cagliari dove è professore a contratto, "è un capitolo importante per chi, come l'odontoiatra, ha a che fare con il distretto oro-facciale. Quando il paziente lamenta un dolore oro-facciale non immediatamente riconducibile a una patologia odontoiatrica, il professionista può rimanere disorientato". Non è raro infatti il caso di pazienti a cui l'odontoiatra devitalizza un dente o addirittura lo estrae nell'intento di risolvere l'algia che invece ha un'altra origine.

"La nevralgia facciale atipica deve essere affrontata tempestivamente da uno specialista", dice Viscuso, "perché altrimenti il dolore, che finalmente la legge 38/2000 ha riconosciuto come malattia vera e propria, può cronicizzarsi e poi diventa davvero difficile eliminarlo. Questo perché i recettori che conducono lo stimolo doloroso sono gli stessi che trasmettono lo stimolo della memoria. I recettori più importanti, chiamati NMDA (N-Metil-Di-Aspartato), si attivano quando lo stimolo viene ripetuto. Sono fondamentali nel meccanismo dell'apprendimento: se ripetiamo uno stimolo più volte, quest'ultimo viene rinforzato. Purtroppo, la stessa cosa succede con il dolore che quindi da acuto o percettivo può diventare cronico". Dove "cronico" non è solo un termine che indica uno spazio temporale, fa notare Viscuso, ma anche una caratteristica della conduzione del dolore. "Quando il dolore dura da tanto tempo, i recettori si adattano", spiega Viscuso, "lo stimolo diventa facilitato e quindi il dolore si fa più intenso, si estende e alcune volte non è più possibile tornare indietro".

Per non parlare dell'ansia e della depressione che il dolore prolungato nel tempo possono generare nel paziente, con ricadute nella sua vita relazione a volte anche importanti. "Per tutte queste ragioni, l'odontoiatra", suggerisce Viscuso, "dovrebbe saper riconoscere il problema e indirizzare il paziente presso i centri specializzati nel dolore oro-facciale, come avviene negli USA dove recentemente è stata riconosciuta la specializzazione odontoiatrica in *orofacial pain*. Di questi centri in Italia ce ne sono ancora pochi, tuttavia la speranza è che possano crescere sul territorio, ma anche che si sviluppi una maggior sensibilità nei confronti del dolore che per legge, ricordiamolo, dovrebbe sempre essere misurato, meglio se con la scala VAS, un metodo di rilevazione che consente di avere una stima abbastanza precisa e "oggettiva" del dolore percepito dal paziente".



Domenico Viscuso

medico-odontoiatra e psicoterapeuta, responsabile del Centro del dolore oro-facciale presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Cagliari