ASSOCIAZIONE ITALIANA
SEDAZIONISTI ODONTOIATRI

RACCOMANDAZIONI PER IL CONTROLLO DELL'ANSIA E DEL DOLORE IN ODONTOIATRIA

Membro EFAAD (European Federation for the Advancement of Anaesthesia in Dentistry)
Membro ADEE (Association for Dental Education in Europe)

Sede Legale: Via Della Chiesa nr. 30, Zerman di Mogliano Veneto (TV)
C.F. P.I. 04614070268

INDICE DEGLI ARGOMENTI

1. Premessa

2. Membri del comitato scientifico AISOD

3. Introduzione - Il circuito mente-corpo

4. Definizioni

5. Norme Italiane e Europee sulla sedazione in Odontoiatria

6. Procedure per l'ansiolisi

7. Princìpi per l'ansiolisi

8. Vie di somministrazione dei farmaci

9. Tecniche di ansiolisi

10. L'anestesia loco-regionale nel paziente odontoiatrico adulto

11. Ansiolisi in odontoiatria pediatrica

12. Consenso informato nelle procedure di ansiolisi in ambito odontoiatrico

13. Il protocollo di trattamento peri-operatorio della Scuola odontoiatrica di Padova

1. PREMESSA

1. Il presente documento nasce dall'esperienza di AISOD (Associazione Italiana Sedazionisti Odontoiatri) con lo scopo di fare chiarezza circa la pratica dell'ansiolisi e dell'analgesia odontoiatrica in Italia.

2. L'ansiolisi è una procedura fondamentale per erogare cure odontoiatriche in linea con il principio istitutivo della figura dell'Odontoiatra voluta dalla Comunità Europea, secondo cui è un diritto del paziente ricevere tali cure senza ansia e senza dolore.

3. Questo documento descrive le tecniche legalmente disponibili per ottenere una perfetta ansiolisi e una completa abolizione del dolore nei pazienti che necessitano di cure odontoiatriche, indipendentemente dall'invasività delle stesse. L'attenzione è posta sul vissuto emotivo del paziente che è il vero protagonista delle cure, all'interno di un'alleanza terapeutica con il Medico-Odontoiatra.

4. Le raccomandazioni contenute in questo documento sono in sintonia con le linee guida britanniche aggiornate al 2015, e adattate alla particolare situazione normativa italiana.

5. In accordo con le linee guida britanniche, la popolazione dei pazienti che usufruiscono delle tecniche di ansiolisi è suddivisa in tre fasce d'età: infantile, inferiore ai 12 anni, giovanile, compresa tra i 12 e i 18 anni, e adulta.

6. La salute del cavo orale è intesa come uno degli aspetti fondamentali per il benessere della persona. I concetti di benessere (fisico-emotivo) e di persona (intesa come unità) sono al centro della visione di ansiolisi odontoiatrica che prevede, accanto al protocollo farmacologico, la relazione medica, cioè l'insieme delle procedure comportamentali attuate dall'operatore per influenzare positivamente l'emotività del paziente, anche indicate con il termine generale di "jatro-sedazione".

7. Il protocollo ansiolitico prevede una successione codificata di procedure che pongono la sicurezza del paziente al centro di ogni atto terapeutico, rappresentate essenzialmente da: raccolta dell'anamnesi ed esame psico-fisico del paziente, comprendente anche i test per la definizione quantitativa dell'ansia soggettiva, la scelta della tecnica ansiolitica più adatta e una dettagliata spiegazione al paziente che ne darà il consenso.

8. La formazione continua del Medico Odontoiatra, oltre a essere un obbligo di legge, rappresenta il punto fondamentale per la qualità e l'eticità della professione. Questo documento suggerisce i percorsi possibili da seguire affinché il Medico Odontoiatra possa apprendere le tecniche per il controllo dell'ansia e del dolore nella propria pratica clinica.

2. MEMBRI DEL COMITATO SCIENTIFICO

Caruso Michele	*Medico Chirurgo, Odontoiatra*
Morandi Ferruccio	*Medico Odontoiatra*
Muner Nicola	*Avvocato*
Parolin Pamela	*Medico Odontoiatra*
Scarpelli Marco	*Medico Legale*
Testori Tiziano	*Medico Chirurgo, Odontoiatra*
Vedove Francesco	*Medico Chirurgo, Odontoiatra*
Vignato Giuseppe	*Medico Odontoiatra*
Zanette Gastone	*Medico Chirurgo, Anestesista*

3. INTRODUZIONE
IL CIRCUITO MENTE - CORPO

L'ansia accompagna con percentuali e intensità variabili, l'esperienza che la persona-paziente vive nello studio odontoiatrico. L'ansia può essere definita come il vissuto intrapsichico della paura. La persona ansiosa, infatti, mostra i correlati tipici dell'aggressione, origine della paura, pur non subendo alcuna violazione ma elaborando emotivamente la situazione che è stata codificata (encoding) come pericolosa. L'ansia fa parte a pieno titolo dei fenomeni considerati 'stressogeni', cioè di quelle situazioni ambientali che sono in grado di modificare significativamente la stabilità mentale e psichica, nonché chimico-fisica dell'individuo.

Secondo Cannon esiste una sorta di 'omeostasi' dell'organismo in grado di rispondere ai costanti insulti dell'ambiente attraverso la produzione di corticosteroidi, adrenalina e noradrenalina. Gli effetti della risposta dell'organismo sono noti e riguardano la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la respirazione, la sudorazione, la vasocostrizione periferica, la salivazione, la dilatazione pupillare e la conversione del glicogeno in glucosio.

Fino a quando la risposta fisiologica agli stress non produce effetti dannosi all'organismo, cioè si mantiene entro i limiti di durata e intensità, allora possiamo affermare che l'omeostasi ha funzionato ma, qualora gli eventi esterni e interni (vissuto emotivo) concorrano negativamente, il compenso fallisce e l'individuo entra in una fase di sofferenza che rappresenta la maggiore percentuale di eventi avversi in uno studio odontoiatrico.

Il controllo dell'ansia odontoiatrica, quindi, rappresenta la chiave per una pratica clinica sicura e soddisfacente per il paziente e per l'operatore.

4. DEFINIZIONI

La definizione di sedazione cosciente, secondo il Segen's Medical Dictionary è la seguente: "Un livello di minima depressione della coscienza indotto dalla somministrazione di agenti farmacologici, nel quale il paziente conserva la capacità di mantenere in modo indipendente e continuo la pervietà delle vie aeree e un profilo respiratorio regolare e che risponde in modo appropriato e razionale alle stimolazioni fisiche e ai comandi verbali. La sedazione cosciente può essere indotta da farmaci somministrabili per via parenterale o orale o in modo combinato".

Fra le altre definizioni di sedazione cosciente in medicina si annoverano le seguenti:

a. "Una condizione medica, controllata, di depressione della coscienza nella quale la pervietà delle vie aeree, i riflessi protettivi e le capacità di rispondere ai comandi verbali rimangono inalterati";

b. "Stato durante il quale al soggetto viene assicurata l'impossibilità di perdere lo stato di coscienza e di ricevere una analgesia sufficiente da permettere che la procedura, per la quale è stata richiesta la sedazione, proceda senza complicanze";

c. "Uno stato durante il quale il paziente rimane presente a se stesso, informato dalle persone presenti di ciò che lo circonda e delle sue condizioni, senza accusare dolore e ansia".

L'aggettivo 'cosciente' rappresenta talora un freno inibitore per la pratica della tecnica ansiolitica da parte dell'Odontoiatra. Infatti, nell'immaginario del professionista, l'uso di farmaci sedativi potrebbe evocare il pericolo legato alla possibilità di perdita di coscienza del paziente. A tal proposito si rende necessario chiarire che una cosa è la sedazione cosciente praticata in ambito ospedaliero e condotta da uno specialista in anestesiologia, altra è l'ansiolisi che si pratica negli studi dentistici che risponde a livelli di sicurezza molto elevati in quanto i farmaci usati sono a prevalente azione **ansiolitica** e in dosi **soggettive**, cioè tarate sulle necessità del singolo paziente. In altri termini, l'impiego di farmaci ansiolitici produce una depressione del Sistema Nervoso Centrale (SNC) il cui livello è dipendente dal **tipo** e dalla **dose** di farmaco usato.

Nella figura 1 vediamo la cascata degli eventi che caratterizzano la perdita di coscienza

indotta da farmaci sedativi. Tale situazione clinica può essere rappresentata come un piano inclinato dove nella parte più alta troviamo lo stato normale di veglia e nella parte più bassa lo stato di anestesia generale, con completa perdita del controllo delle funzioni vitali.

Figura 1. Alterazioni della coscienza per somministrazione di farmaci sedativi.

Nella pratica della professione odontoiatrica è sufficiente il primo livello, cioè la sedazione minima che corrisponde all'ansiolisi, ovvero l'annullamento totale o parziale dell'ansia. La sedazione moderata e profonda, non necessarie in odontoiatria, è di pertinenza dello specialista in anestesiologia.

5. NORME ITALIANE ED EUROPEE SULLA SEDAZIONE IN ODONTOIATRIA

La sedazione cosciente in odontoiatria presenta obiettivi, metodi e farmaci diversi rispetto a quelli utilizzati in altre specialità mediche. Il continente europeo prende in considerazione la sedazione cosciente in odontoiatria a decorrere dal 1978, quando il Consiglio delle Comunità Europee emise la "Direttiva del 25 luglio 1978" iscritta nella Gazzetta ufficiale della Comunità Europea concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per le attività del dentista (Legge Europea 78/687/CEE). Tale direttiva obbligava l'Italia a creare una nuova figura professionale con attività e titoli diversi, definita "Odontoiatra". Contemporanea fu la Legge Europea 78/688/CEE con la quale il Consiglio d'Europa decide di dotarsi di un Comitato consultivo di esperti in Odontoiatria per "garantire nella Comunità una formazione dei dentisti di livello comparabilmente elevato". Al primo Comitato consultivo del 9-10 novembre 1983, fece seguito il secondo Comitato consultivo del 19-20 novembre 1986 che produsse un Rapporto che conteneva la descrizione del profilo tipo del dentista al termine degli studi negli Stati membri della Comunità Europea ed alcune raccomandazioni per ottenere una formazione odontoiatrica di base comparativamente elevata ed uniforme.

Dopo l'interruzione nel 2001 della pubblicazione dei Comitati consultivi, così come era stata prevista dalla legge 78/688/CEE, nel 2009 l'ADEE (Association for Dental Education in Europe) riunitasi ad Helsinky conferma e precisa ulteriormente il profilo e le competenze per il Dentista europeo, con un documento sostitutivo di tutti i Comitati consultivi precedenti e sottoscritto da 160 scuole di odontoiatria europee che aveva lo scopo di armonizzare i sistemi di educazione europei come previsto dal documento della Bologna Declaration del 1999.

Nel documento ADEE si informa fra che:

a. il dentista deve essere competente nel riconoscere gli stati di ansia e di paura e di trattare i medesimi con tecniche comportamentali;

b. il dentista deve essere competente a selezionare e prescrivere i farmaci per il trattamento preoperatorio, operatorio e postoperatorio dell'ansia e del dolore;

c. il dentista deve conoscere le tecniche di sedazione cosciente inalatoria, endovenosa e altre tecniche di sedazione cosciente atte a eseguire procedure odontoiatriche nell'adulto, bambino, disabile e nel paziente affetto da malattie sistemiche.

Le basi scientifiche, teorico pratiche e professionalizzanti contenute nei Comitati Consultivi furono comunque trasferite nel primo (classe 52S a cinque anni; 2001) e nel secondo (classe LM46 a sei anni; 2008) Ordinamento didattico del CLOPD italiano. Nel Comitato consultivo e negli Ordinamenti didattici italiani si stabilisce che il laureato in odontoiatria, fra le sue capacità professionali, deve saper trattare l'ansia e il dolore: "applicare la gamma completa di tecniche di controllo dell'ansia e del dolore connessi ai trattamenti odontoiatrici (nei limiti consentiti all'Odontoiatra)".

Il Comitato Consultivo e gli Ordinamenti didattici italiani non distinguono le tecniche di controllo dell'ansia che il dentista deve saper eseguire, ma informano che il dentista deve avere le conoscenze necessarie a praticare "punture intravenose", le capacità necessarie per "prescrivere le medicine" pre e post-operatorie atte ad attenuare il dolore e l'ansia, le conoscenze degli aspetti psicologici nella cura dei pazienti ansiosi, dei minorati fisici e mentali, dei bambini e delle persone anziane. Gli stessi documenti informano inoltre che i dentisti devono essere consci dei propri limiti e della necessità di un'ulteriore formazione post-universitaria. Negli anni corrispondenti alla pubblicazione degli Ordinamenti didattici italiani, vennero promulgati da parte del General Dental Council britannico, gli Ordinamenti didattici delle Dental Schools anglosassoni denominati "The First Five Years". Il primo fu pubblicato nel 2002, il secondo nel 2004 e il terzo nel 2008.

Da quanto sopra si può dedurre che nel continente europeo i documenti che riguardano la formazione dello studente e l'educazione continua del dentista, nel campo specifico della sedazione cosciente, convergono principalmente sul trattamento dell'ansia e del dolore. Le conseguenze teorico-pratiche che derivarono dalla pubblicazione dei documenti sulla formazione dello studente e del professionista odontoiatrico e dalle indicazioni della legge 78/687/CEE, dal documento ADEE, dagli Ordinamenti Didattici del CLOPD - Versione europea 52S e LM46, comportarono un forte impegno nella

ricerca di tecniche farmacologiche prevalentemente "**ansiolitiche**" piuttosto che "**sedative**", che rispettassero tutte le raccomandazioni contenute nella definizione di "sedazione **cosciente**".

6. CONOSCENZA DEL PAZIENTE

1. Anamnesi

Il paziente sottoposto a interventi odontoiatrici per i quali sia prevedibile il ricorso a tecniche di sedazione, deve essere valutato prima dell'intervento mediante la raccolta dell'anamnesi e dell'esame obiettivo. La decisione di ricorrere alla sedazione cosciente richiede la conoscenza della storia clinica, la quantificazione dell'ansia e della paura del dolore. La storia clinica, pregressa e attuale, del paziente, consiste nella compilazione di una cartella clinica (scheda 1) e deve essere condotta da un Medico-Odontoiatra. Il questionario deve prevedere tra gli altri, i quadri clinici, gli interventi e le terapie farmacologiche in atto, al fine di stabilire l'inquadramento del paziente secondo la definizione internazionale ASA. Eventuali indagini strumentali e di laboratorio dovranno essere effettuate sulla base di necessità, specificità, sensibilità e costi. Il profilo emotivo del paziente si può evidenziare attraverso la compilazione del Test di Corah e dell'analogo visivo (VAS) (scheda 2). Le preferenze del paziente e il rapporto rischio/beneficio dovranno influenzare le modalità di trattamento. Il ricorso alla sedazione cosciente deve avvenire quando esistano adeguate condizioni di natura strumentale, tecnologica e organizzativa che ne permettano l'esecuzione. L'identificazione della tecnica più indicata è condizionata dall'età e dalle caratteristiche cliniche del paziente e del particolare intervento odontoiatrico programmato. Tutti i dati ottenuti dalla valutazione preoperatoria devono essere trascritti sulla cartella clinica e, in caso di visite successive, modificati sulla medesima cartella.

ANAMNESI MEDICA

1. Accusa dolore o qualche disagio psicologico in questo momento? ☐SI ☐NO
2. Si sente un po' teso, nervoso, ansioso quando deve andare o si trova dal dentista? ☐SI ☐NO
3. Ricorda di aver sperimentato qualche esperienza negativa in un ambulatorio odontoiatrico? ☐SI ☐NO
4. E' stato ricoverato in ospedale negli ultimi due anni? ☐SI ☐NO
5. E' stato sottoposto a qualche cura medica prolungata negli ultimi due anni? ☐SI ☐NO
6. Ha assunto episodicamente qualche farmaco o sostanza negli ultimi due anni? ☐SI ☐NO
7. E' allergico (ovvero ha accusato raches cutanei, prurito, gonfiore alle mani, piedi o occhi) o è sensibile alla penicillina, aspirina, codeina, antibiotici o a qualche altro farmaco? Se si quale? _____ ☐SI ☐NO
8. Ha accusato sanguinamento prolungato o eccessivo tale da richiedere uno specifico trattamento? ☐SI ☐NO
9. Sottolinei le condizioni o le malattie di cui è stato o è affetto o le terapie alle quali è stato o è attualmente sottoposto:

M. Cardiovascolari	M. Neurologiche	M. Infettive	Altre malattie
☐ Ipertensione	☐ Epilessia e convulsioni	☐ Epatite A	☐ Diabete
☐ Insufficienza cardiaca	☐ Ansia	☐ Epatite B	☐ Esofagite da reflusso
☐ Angina pectoris	☐ Depressione	☐ Epatite C	☐ Gastrite
☐ Infarto miocardico	☐ Disturbi psichiatrici	☐ Tubercolosi	☐ Ulcera gastrica
☐ Fibrillazione atriale	☐ Miastenia	☐ AIDS	☐ Patologia renale
☐ Altre aritmie	☐ Ictus cerebrale	☐ Sifilide	☐ Ipotiroidismo
☐ Portatore pacemaker	☐ M. Respiratorie	☐ Gonorrea	☐ Ipertiroidismo
☐ Soffi cardiaci	☐ Asma	☐ M. Ematologiche	☐ Tumori
☐ Valvulopatia cardiaca	☐ Tosse	☐ Emofilia	☐ Chemioterapia
☐ Interventi al cuore	☐ Enfisema	☐ M. di von Willebrand	☐ Radioterapia
☐ M. congenite cardiache	☐ M. Allergologiche	☐ Anemia microcitica	☐ Insufficienza epatica
☐ Febbre reumatica	☐ Febbre da fieno	☐ Anemia falciforme	☐ Cirrosi
☐ Febbre da scarlattina	☐ M. dei seni nasali	☐ Disturbi coagulazione	☐ Dolori alla faccia
☐ Anemia	☐ Orticaria	☐ Pregresse trasfusioni	☐ Trapianto d'organo
☐ T. anticoagulante orale	☐ Angioedema ereditario		_____

10. E' affetto da qualche malattia, condizione o problema che non risultano in questo questionario? Se si, quali?_____
_____
11. Quando cammina o sale le scale deve fermarsi di frequente perché accusa dolore al torace, aumento della frequenza respirato ria o facile affaticamento? ☐SI ☐NO
12. Accusa gonfiore alla caviglia durante il giorno? ☐SI ☐NO
13. Deve usare più di due cuscini per dormire? ☐SI ☐NO
14. Ha acquistato o perso più di 3 Kg nell'ultimo anno? ☐SI ☐NO
15. Si sveglia talvolta facendo fatica a respirare? ☐SI ☐NO
16. Si sottopone a qualche specifica dieta? ☐SI ☐NO
17 Per le donne: E' in stato di gravidanza? ☐SI ☐NO
18. Si sottopone a qualche procedura per il controllo delle nascite? ☐SI ☐NO

Per quanto mi risulta le domande poste sono pertinenti e corrette. Qualora dovessi accusare qualche modificazione del mio stato di salute o del trattamento farmacologico attuale informerò l'odontoiatra al prossimo appuntamento.

Firma _____ data _____

FARMACI ASSUNTI DAL PAZIENTE

NOME COMMERCIALE	PRINCIPIO ATTIVO	POSSIBILI INTERFERENZE
NOTE:		

Scheda 1 - Raccolta dell'anamnesi.

VALUTAZIONE DELL'ANSIA ODONTOIATRICA

PUO' DIRE QUANTO LA SEDUTA ODONTOIATRICA LA RENDE ANSIOSO? (Per favore lo indichi con una X nella casella appropriata)

1. Se dovesse andare dal suo dentista DOMANI PER UN TRATTAMENTO, come si sentirebbe?

   Non ansioso ☐ lievemente ansioso ☐ discretamente ansioso ☐ molto ansioso ☐ estremamente ansioso ☐

2. Se fosse seduto in SALA D'ATTESA (aspettando il trattamento da fare), come si sentirebbe?

   Non ansioso ☐ lievemente ansioso ☐ discretamente ansioso ☐ molto ansioso ☐ estremamente ansioso ☐

3. Se stessero per TRAPANARLE UN DENTE, come si sentirebbe?

   Non ansioso ☐ lievemente ansioso ☐ discretamente ansioso ☐ molto ansioso ☐ estremamente ansioso ☐

4. Se stessero per RASCHIARLE E LEVIGARLE I DENTI, come si sentirebbe?

   Non ansioso ☐ lievemente ansioso ☐ discretamente ansioso ☐ molto ansioso ☐ estremamente ansioso ☐

5. Se stessero per farle L'INIEZIONE DI ANESTETICO LOCALE sulla gengiva in corrispondenza di un dente superiore posteriore, come si sentirebbe?

   Non ansioso ☐ lievemente ansioso ☐ discretamente ansioso ☐ molto ansioso ☐ estremamente ansioso ☐

ANALOGO VISIVO

NESSUNA ANSIA ——— **MASSIMA ANSIA POSSIBILE**

Scheda 2 - Valutazione dell'ansia.

2. Monitoraggio

Il monitoraggio consiste nel controllo clinico e strumentale dei parametri vitali del paziente:

a. Il colore delle mucose, della pelle e del letto ungueale devono essere valutati clinicamente in modo continuativo. Le escursioni del torace devono essere osservate e, quando possibile, l'escursione diaframmatica potrà essere rilevata anche strumentalmente;

b. La saturazione periferica dell'ossigeno (SpO2) deve essere rilevata e valutata in modo continuativo mediante saturimetro;

c. Deve essere monitorata la pressione arteriosa (NIBP) e la frequenza cardiaca. Nei pazienti affetti da gravi patologie cardiache è consigliato anche il monitoraggio del tracciato ECG.

7. PRINCIPI PER L'ANSIOLISI

1. L'uso di farmaci ansiolitici (benzodiazepine) non deve escludere la necessità di mantenere un contatto verbale e non verbale con il paziente;

2. Ogni paziente necessita di un trattamento specifico dell'ansia pur rimanendo imprescindibile il principio di minor invasività;

3. La titolazione **soggettiva** del farmaco ansiolitico rappresenta la tecnica più sicura poiché impedisce il sovradosaggio del farmaco;

4. L'ansiolisi deve essere ottenuta impiegando una sola categoria di farmaci. L'uso combinato di più sostanze produce sinergie che richiedono una particolare esperienza clinica dell'Odontoiatra;

5. Il paziente, dopo l'ansiolisi farmacologica, deve essere accompagnato e accudito nelle ore successive al trattamento. Il paziente deve essere sottoposto ai test per la verifica del recupero completo delle funzioni psicomotorie il cui esito può prevedere la permanenza forzata presso lo studio.

8. VIE DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

1. La via enterale

Questa tecnica, previa somministrazione orale del farmaco sedativo, può garantire effetti ansiolitici e sedativi qualora si ottenga un sufficiente assorbimento attraverso la mucosa del tratto gastrointestinale.

2. La via parenterale

Con questa tecnica viene evitato il passaggio del farmaco attraverso il tratto gastrointestinale, perciò l'effetto di "primo passaggio epatico". Il farmaco può essere somministrato per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa, intranasale, transmucosa.

3. La via inalatoria

Quest'ultima tecnica prevede la somministrazione di un agente volatile o gassoso per via respiratoria con assorbimento attraverso il letto polmonare.

Le vie endovenose e inalatorie sono preferibili, rispetto ad altre vie, perché permettono la somministrazione di dosi titolate di farmaco sedativo che ottengono rapidamente il corrispondente picco di concentrazione ematica.

9. TECNICHE DI ANSIOLISI

1. La sedazione per via orale

a. Deve essere impiegata solo dopo valutazione dello stato psico-fisico e di eventuali fattori di rischio derivanti dall'impiego del farmaco benzodiazepinico prescelto.
b. Non richiede necessariamente il monitoraggio strumentale della funzione cardio-respiratoria, né il posizionamento di un catetere venoso.
c. Può essere effettuata dall'operatore Odontoiatra.
d. Durante l'intervento vanno messi in atto specifici provvedimenti allo scopo di controllare continuativamente lo stato di vigilanza e di responsività del paziente.
e. Può essere seguita dalla somministrazione di un secondo farmaco benzodiazepinico (attraverso altre vie di somministrazione nasale, endovenosa) o di protossido d'azoto (N_2O), qualora si voglia ottenere un'ansiolisi completa. In tal caso è necessario monitorare clinicamente e strumentalmente la funzione cardio-respiratoria.
f. La dimissione, dopo un intervento effettuato in sedazione endovenosa, deve comprendere l'esecuzione di test per la verifica del recupero completo delle funzioni psicomotorie e può prevedere la sosta forzata del paziente in una sala di risveglio. Il paziente dovrà essere scortato da una persona di sua fiducia e non potrà impegnarsi in attività che richiedano attenzione (attività lavorative, guida di veicoli, custodia di minori, etc.); rimarrà in luogo sicuro per le 12 ore successive alla sedazione.

2. La sedazione endovenosa

Assicura eccellenti risultati e offre le maggiori garanzie di sicurezza rispetto ad altre vie di somministrazione di farmaci sedativi.

a. Deve essere impiegata dopo la valutazione dello stato psico-fisico e dei fattori di rischio del paziente. Nei pazienti giovani e clinicamente stabili (ASA I e II) la valutazione preoperatoria può consistere nella semplice raccolta della storia clinica. Nei pazienti

clinicamente instabili, e in quelli affetti da importanti patologie (ASA III e IV), si deve consultare uno specialista e valutare il rischio potenziale della procedura.

b. Deve essere eseguita da un Odontoiatra che abbia seguito un adeguato percorso di formazione con la collaborazione di una persona esperta nel controllo delle funzioni vitali del paziente.

c. Qualora l'intervento odontoiatrico sia particolarmente complesso, o siano previste difficoltà nell'esecuzione delle diverse procedure che compongono il processo della sedazione endovenosa, l'Odontoiatra responsabile della procedura chirurgica stabilirà se farsi supportare da un altro collega: Odontoiatra sedazionista, o medico specialista, responsabile della gestione del paziente.

d. Deve essere effettuata mediante un sola categoria di farmaco sedativo.

e. Può essere preceduta da una premedicazione orale preoperatoria con un farmaco sedativo benzodiazepinico.

f. Nel paziente sottoposto a sedazione endovenosa si devono monitorare clinicamente e strumentalmente i parametri vitali e lo stato di coscienza.

g. Durante l'intervento devono essere presi specifici provvedimenti allo scopo di controllare continuativamente la persistenza dello stato di vigilanza e la correttezza delle risposte ai comandi.

h. È richiesto in ogni caso il posizionamento di un catetere venoso e il mantenimento della pervietà della via venosa durante il periodo operatorio.

La dimissione dopo un intervento effettuato in sedazione endovenosa deve comprendere l'esecuzione di test per la verifica del recupero completo delle funzioni psicomotorie e può prevedere la sosta forzata del paziente in una sala di risveglio. Il paziente dovrà essere accompagnato da una persona di sua fiducia e non potrà impegnarsi in attività che richiedano attenzione (attività lavorative, guida di veicoli, custodia di minori, etc.); rimarrà in luogo sicuro per le 12 ore successive alla sedazione.

3. La via inalatoria

Questa tecnica produce effetti ansiolitici e, caso molto particolare, anche analgesici; per questo motivo è definita "analgesia relativa".

a. Gli apparecchi per la somministrazione della sedazione inalatoria devono assicurare: flussi continui di gas; un flusso minimo di O2 pari al 30% con erogazione massima di N2O non superiore al 70%; la misurazione dei flussi di gas; sorgenti rapide di O2 al 100%; sistemi di allarme in caso di flussi inadeguati di O2; sistemi antipolluzione.
b. Non richiede il monitoraggio strumentale, ma la valutazione clinica continua della profondità dell'effetto sedativo ottenuto.
c. Può essere somministrata da un solo Odontoiatra.
d. Deve essere somministrata da Odontoiatri che abbiano acquisito i principi generali della somministrazione del N2O durante l'insegnamento universitario. Sono necessari corsi di perfezionamento universitari e corsi di aggiornamento continuo certificato per poter eseguire la sedazione inalatoria.
e. Il paziente non necessita di accompagnamento e può riprendere le sue quotidiane attività dopo l'intervento.

4. La co-somministrazione enterale-inalatoria

Questa tecnica deve assicurare livelli di analgesia e di sedazione superiori rispetto a quelli ottenibili con le singole tecniche. Lo scopo ultimo della co-somministrazione è di ottenere un effetto sinergico che permetta di diminuire le concentrazioni del N2O e il risparmio posologico del farmaco benzodiazepinico somministrato per via gastrointestinale.

a. Deve essere effettuata con un solo farmaco benzodiazepinico e con un solo gas anestetico, il protossido d'azoto.
b. La funzione cardio-respiratoria e lo stato di coscienza devono essere valutati clinicamente e strumentalmente.

c. Durante l'intervento devono essere presi specifici provvedimenti allo scopo di controllare continuativamente la persistenza dello stato di vigilanza e la correttezza delle risposte ai comandi.

d. Non richiede il posizionamento di un catetere venoso.

e. L'esecuzione della co-somministrazione richiede livelli adeguati di formazione specifica sulla sedazione inalatoria e sulla sedazione gastrointestinale. L'Odontoiatra che ricorre alla co-somministrazione deve essere esperto nell'esecuzione di questa tecnica.

10. L'ANESTESIA LOCO-REGIONALE NEL PAZIENTE ODONTOIATRICO ADULTO

Garantire l'anestesia e l'analgesia nel periodo peri-operatorio costituisce il fondamento di una corretta relazione professionale ed etica tra l'Odontoiatra e il suo paziente.
Se le promesse, fatte dal dentista, per un trattamento indolore, non sono poi mantenute nella realtà della procedura, il rapporto tra dentista e paziente potrebbe essere compromesso poiché la collaborazione di quest'ultimo, specie se ansioso/fobico, vacillerà facilmente al primo stimolo doloroso. Un trattamento indolore rafforza, invece, il legame empatico e di fiducia che l'Odontoiatra ha costruito con il suo paziente.
Il fondamento dell'analgesia e dell'anestesia peri-operatoria odontoiatrica è rappresentato da un utilizzo oculato delle tecniche di anestesia loco regionale (ALR) che devono essere associate alle tecniche di ansiolisi comportamentale e/o farmacologica, in tutte quelle situazioni cliniche in cui sia previsto un trattamento odontoiatrico doloroso.
1. La valutazione clinica e fisica del paziente è obbligatoria prima di ogni trattamento odontoiatrico; in questa occasione verrà registrato anche il peso corporeo del paziente, su cui si baserà il calcolo della dose di anestetico locale e di vasocostrittore utilizzabili. La procedura dell'anestesia locale va spiegata, con termini appropriati al livello di comprensione. Deve essere ottenuto il consenso informato all'anestesia locale.
2. La procedura dell'anestesia locale può essere resa indolore, e perciò più tollerata, mediante opportuni accorgimenti tecnici:

a) Applicazione di anestetico topico. La dose di anestetico topico va computata nella dose totale somministrabile;

b) Corretta esecuzione della tecnica di infiltrazione, che prevede la lenta somministrazione dell'anestetico locale;

c) Impiego di siringhe a pressione, prive di ago, come la siringa denominata Syrijet;

d) Impiego di sistemi computerizzati per la somministrazione dell'anestetico locale; tali sistemi garantiscono la lentezza della somministrazione, quindi l'analgesia durante l'iniezione, congiuntamente a una aspirazione intermittente. Anche l'aspetto esteriore del dispositivo, alquanto dissimile dalla tradizionale

siringa, risulta vantaggioso;

e) Impiego di tecniche complementari di analgesia come l'Electronic Dental Anaesthesia (EDA), in corso di esecuzione dell'anestesia locale e anche del successivo intervento.

3. Selezione di siringhe e aghi adatti alla procedura: siringhe autoaspiranti per evitare iniezioni intravascolari; aghi di diametro (23–30 gauges) e lunghezza (16–38 mm) adatte all'anatomia del paziente e al tipo di blocco prescelto.

4. L'ago non deve essere né piegato, né inserito per tutta la sua lunghezza nei tessuti del paziente, onde evitare il rischio della sua rottura.

5. Gli anestetici locali utilizzabili (e le relative dosi massime in mg/kg) sono rappresentati da: lidocaina (4.4 mg/kg), mepivacaina (6,6 mg/kg), articaina (7 mg/kg), prilocaina (6 mg/kg), bupivacaina (1,3 mg/kg); EMLA: tubetto da 5 g di prilocaina al 2.5% (25 mg/g) + lidocaina al 2.5% (25 m/g) = 50 mg/g; dose massima: 1g/10 kg. Le dosi massime (qui riportate in mg/kg tra parentesi) devono essere note e rispettate. Il contenuto per ml, e quindi per tubo-fiala da 1.8 ml, di ciascun anestetico locale deve essere noto all'operatore.

La prilocaina può indurre, in particolari condizioni, la formazione di metaemoglobina, con rischio di sviluppare un quadro di metaemoglobinemia, caratterizzato da cianosi delle mucose, della cute, del letto ungueale, insufficienza cardiorespiratoria.

6. Gli anestetici locali utilizzati in odontoiatria possono essere addizionati di vasocostrittore, epinefrina, in concentrazioni diverse. Di queste concentrazioni si dovrà tenere conto nella somministrazione dell'anestesia locale, considerando che la dose massima di epinefrina somministrabile, in odontoiatria, a pazienti di classe ASA I e II è di circa 2.5 mcg/kg. Poiché le preparazioni contenenti epinefrina sono addizionate con metabisolfito (antiossidante per l'epinefrina), di questo si deve tenere conto in pazienti allergici ai solfiti.

7. Raccomandazioni per la scelta dell'anestetico locale:

a. caratteristiche del paziente;

b. durata della procedura odontoiatrica;

c. necessità di emostasi;

d. uso contemporaneo d'altri farmaci (protossido d'azoto, benzodiazepine, etc.);

e. conoscenza dell'anestetico locale da parte dell'operatore;

f. rispetto delle dosi massime di anestetico locale e di epinefrina.

8. Tutti i farmaci somministrati al paziente durante il trattamento, vanno registrati nella cartella anestesiologica, anche gli anestetici locali; la dose somministrata va registrata, preferibilmente, in mg/kg. Anche il tipo di anestesia locoregionale somministrata, la reazione del paziente a essa e gli eventuali problemi osservati vanno annotati in cartella.

9. La somministrazione di anestetico locale può essere causa di complicanze, anche gravi. Tali complicanze si presentano, nella maggior parte dei casi, durante la dispensata o nei 5–10 minuti successivi; durante questo periodo è necessario che un membro del personale sanitario dello studio stia a osservare il paziente per diagnosticare precocemente eventuali tossicità da anestetico locale, peraltro di rara osservazione.

Le reazioni allergiche agli anestetici locali di tipo amidico, sono possibili anche se di eccezionale osservazione; più frequenti sono le allergie ai solfiti e assolutamente più frequenti sono le reazioni emotive di tipo vaso-vagale spesso scambiate, erroneamente, per reazioni allergiche. Dopo l'anestesia locale odontoiatrica sono raramente osservabili complicanze di tipo neurologico con parestesie e persistenza di anestesia/disestesia; tali complicanze si risolvono, di regola, in circa 3–6 mesi. La persistenza dell'anestesia locale, dopo la fine dell'intervento, può esporre il paziente al rischio di autolesioni per morsicatura dei tessuti molli, ancora anestetizzati.

10. Raccomandazioni per prevenire le complicanze da anestetico locale:

a. l'operatore deve conoscere la farmacologia dell'anestetico locale che utilizza: dose massima in mg/kg, contenuto in mg/ml della tubofiala, eventuale contenuto in mcg/ml di epinefrina, durata d'azione, controindicazioni particolari;

b. esecuzione scrupolosa della tecnica di iniezione, con aspirazioni ripetute e iniezione lenta e frazionata;

c. osservazione del paziente nei 10 minuti successivi alla somministrazione;

d. informazioni dettagliate al paziente riguardo il rischio di auto-lesione dei tessuti molli.

11. Le tecniche di anestesia loco-regionale sono impiegate anche in corso di sedazione e/o di anestesia generale:

a. anche gli anestetici locali, come i sedativi, sono farmaci depressori del sistema nervoso centrale;

b. l'uso concomitante di oppiacei aumenta il rischio di tossicità neurologica da anestetici locali (ipercapnia e competizione per il legame proteico), per cui è prudente ridurre la dose di anestetico locale;

c. l'impiego di anestetici locali con epinefrina va comunicato all'anestesista in quanto, in corso di anestesia generale con gas alogenati (alotano), il miocardio è sensibilizzato dall'azione dell'epinefrina, con possibilità di aritmie.

L'impiego dell'anestesia loco-regionale, durante interventi odontoiatrici eseguiti in anestesia generale, permette un risparmio di agenti anestetici generali e un decorso post-operatorio migliore, con analgesia più intensa e recupero più rapido.

11. ANSIOLISI IN ODONTOIATRIA PEDIATRICA

Lo scopo primario dell'odontoiatria pediatrica deve essere quello di promuovere la prevenzione delle patologie odontoiatriche nel bambino e di garantire un trattamento dentale libero dall'ansia e dal dolore, in modo da ridurre al minimo la necessità di applicare le tecniche di ansiolisi e sedazione cosciente nel paziente odontoiatrico pediatrico.
Le seguenti raccomandazioni si applicano al paziente odontoiatrico pediatrico che, in Italia, è rappresentato dal paziente di età inferiore ai 18 anni. Per ragioni pragmatiche e per essere in sintonia con il mondo odontoiatrico anglosassone, conviene suddividere la popolazione odontoiatrica pediatrica come segue:
I° gruppo: fino ai 12 anni; II° gruppo: da 12 a 16 anni; III° gruppo: da 16 a 18 anni.
In realtà le peculiarità fisiopatologiche del paziente pediatrico sono più variegate divenendo, con il progredire dell'età, sempre meno differenziate da quelle del paziente adulto. Risulta infatti evidente che la situazione clinica può essere molto diversa a seconda che il dentista debba trattare un bambino di 4 anni affetto da "baby bottle syndrome" rispetto a un bambino di 9 anni con una singola carie dentale. Bisogna sottolineare, inoltre, che le considerazioni di seguito riportate riguardano il bambino fisicamente e psicologicamente normale, definito di classe ASA I e II.
Il paziente pediatrico di classe ASA maggiore e/o disabile necessita di considerazioni particolari che esulano dal presente documento. Il controllo dell'ansia e del dolore in pedodonzia si attua utilizzando opportune tecniche, tra loro complementari, quali le tecniche comportamentali, l'anestesia locale, l'ansiolisi, la sedazione cosciente, la sedazione profonda e l'anestesia generale.

Fattori che influenzano e predicono la risposta del bambino alle cure

1. Caratteristiche del bambino

Il dentista pediatrico dovrebbe essere in grado di valutare il livello di sviluppo del

bambino, la predisposizione alle cure dentali, il temperamento, essere inoltre capace di prevedere, entro certi limiti, la risposta del bambino alle terapie.
Diversi fattori quali un ritardo dello sviluppo, disabilità psichiche o fisiche, patologie acute o croniche possono essere motivo di non collaborazione. Altri fattori che influenzano la risposta del bambino alle cure odontoiatriche possono essere: la paura, l'ansia generalizzata o legata a una situazione particolare, una precedente e spiacevole esperienza dal medico o dal dentista, una inadeguata preparazione alla prima visita, atteggiamenti dei genitori. Se il livello di paura non è congruente alla circostanza, o il paziente non è in grado di controllare i suoi impulsi emotivi, è prevedibile un atteggiamento non collaborativo.

2. Influenza dei genitori e prima visita

Un atteggiamento positivo nei confronti della salute orale induce il rapido instaurarsi di un ambiente familiare anche nello studio dentistico. I genitori che abbiano avuto esperienze odontoiatriche negative possono trasmettere la loro ansia e le loro paure ai figli, influenzandone l'atteggiamento e la risposta alle cure.
È opportuno che i bambini siano ricevuti e curati in un luogo accogliente e familiare, capace di metterli a loro agio, catturarne l'attenzione e stimolare la loro collaborazione.
La prima visita rappresenta un momento importantissimo nel percorso di avvicinamento al mondo odontoiatrico e determina l'instaurarsi, o meno, di un sentimento di fiducia ed empatia necessari al successo della terapia.
È opportuno che la prima visita sia vissuta dal bambino come una esperienza positiva, costruttiva e divertente.
Il momento ideale è quando non siano già presenti problemi dentali da trattare o patologie dolorose in atto.
Il bambino inizierà a prendere confidenza con l'Odontoiatra, le attrezzature da lui usate, gli odori e i rumori tipici di tale ambiente. Una prima visita che abbia uno scopo solamente dimostrativo e conoscitivo, può risultare molto vantaggiosa ed è indispensabile in caso di impiego del protossido d'azoto.

3. Valutazione del paziente

Una valutazione delle capacità di collaborazione del bambino è fondamentale nella programmazione del trattamento.

Inizialmente le informazioni possono essere dedotte da un questionario, riguardante il livello cognitivo del bambino, il carattere, l'ansia e la paura, la reazione agli estranei, il comportamento durante le visite dentali e mediche precedenti e, secondo previsioni dei genitori incaricati alla compilazione, quella che sarà la risposta del figlio ai trattamenti.

Successivamente il dentista può valutare la collaborazione in base a l'osservazione e l'interazione con il paziente. Il modo in cui il bambino si lascia approcciare, manifestando una lieve o marcata timidezza e/o la tendenza a ritirarsi può influenzare la scelta dell'Odontoiatra nell'utilizzo delle varie tecniche di comunicazione.

Durante la prestazione delle cure, l'Odontoiatra deve porre costantemente attenzione agli indicatori fisici ed emotivi di stress e saper attuare modifiche nel piano di trattamento comportamentale in base ai cambiamenti mostrati dal bambino.

4. Comportamento del dentista e dei suoi collaboratori

Il comportamento del dentista e del suo staff è fondamentale nella guida del comportamento del paziente pediatrico. L'atteggiamento, il linguaggio del corpo, e le capacità comunicative sono fondamentali per portare a termine una visita dentale positiva e conquistare la fiducia del bambino e dei genitori.

Gli atteggiamenti del dentista e dello staff che aiutano a ridurre l'ansia e incoraggiare la collaborazione del paziente sono: dare chiare e precise istruzioni, adottare uno stile comunicativo empatico e un adeguato livello di contatto fisico, accompagnato da rassicurazioni verbali.

La comunicazione, anche in ambito odontoiatrico, è caratterizzata in primo luogo dal dialogo, dal tono di voce, dall'espressione facciale e dal linguaggio del corpo.

La comunicazione con il bambino rappresenta una sfida per il dentista e il suo team. Lo sviluppo cognitivo del bambino determina il livello e la quantità delle informazioni che

si possono scambiare. Con una conoscenza di base del livello di sviluppo cognitivo del bambino, il dentista può utilizzare un vocabolario e un linguaggio del corpo appropriati per inviare messaggi coerenti al livello intellettuale del piccolo paziente.

5. Valutazione del dolore e gestione durante il trattamento

La prevenzione e la riduzione del dolore durante il trattamento migliorano il rapporto tra dentista e paziente, permettendo di sviluppare un rapporto di fiducia, dissipando paura e ansia e promuovendo un atteggiamento positivo verso le cure dentali negli appuntamenti successivi. L'osservazione dei cambiamenti nel comportamento del paziente (espressioni facciali, pianto, lamenti, movimenti del corpo durante il trattamento) è importante nella valutazione del dolore.

Tecniche di guida del comportamento

Sono tecniche non-farmacologiche utilizzate per diminuire l'ansia, sviluppare un atteggiamento positivo nei confronti del mondo odontoiatrico e portare a termine trattamenti dentali in modo sicuro ed efficace. Le diverse tecniche devono essere adattate ai bisogni specifici di ogni paziente e alle capacità dell'Odontoiatra.
Al dentista pedodontico sono richieste qualità particolari quali: conoscenza delle tecniche comportamentali, capacità comunicative, empatia, sensibilità, un atteggiamento comprensivo e flessibile, disponibilità a una interazione continua con collaboratori, paziente e genitori.
Poiché i bambini presentano grande variabilità di sviluppo fisico, intellettuale, emotivo e sociale e diversità di atteggiamenti e carattere, è importante che i dentisti possiedano una vasta scelta di tecniche di guida del comportamento per soddisfare le esigenze del singolo bambino ed essere tolleranti e flessibili nella loro pratica.
La guida comportamentale non è solo l'applicazione di singole tecniche create per trattare i bambini, piuttosto un metodo che ha lo scopo di sviluppare e coltivare il rapporto tra il paziente e il medico, instaurando nel primo un sentimento di fiducia e calma la paura e l'ansia.

Comunicazione

L'odontoiatria pediatrica, indipendentemente dal livello di collaborazione del bambino, impiega universalmente tecniche di gestione della comunicazione e basa le sue tecniche su comandi specifici.
L'osservazione del linguaggio del corpo del bambino è necessaria per assicurare al medico che il messaggio sia ricevuto correttamente e per consentirgli di valutare il livello di confort del paziente.
Si possono ricordare alcune tecniche specifiche quali:

1. Immagini pre-visita positive

Vengono mostrate immagini o fotografie positive riguardanti la sfera odontoiatrica o le cure dentali nella sala d'attesa prima dell'appuntamento.
Lo scopo è fornire informazioni visive e anticipazioni su ciò che avverrà durante la visita in un contesto in cui poter fare domande pertinenti prima dell'inizio delle procedure dentali.

2. Osservazione diretta

I pazienti vedono dei video o sono autorizzati a osservare direttamente un giovane paziente collaborativo che si sottopone a un trattamento dentale.
In questo modo i bambini e i genitori familiarizzano con l'ambiente e i singoli passaggi delle procedure dentali e possono porre specifiche domande.

3. Tell-show-do

Questa tecnica prevede: la spiegazione verbale della procedura con parole adeguate al livello di sviluppo del paziente (tell); la dimostrazione della procedura sotto l'aspetto visivo, uditivo, olfattivo o tattile in un ambiente non minaccioso (show); l'attuazione della procedura, senza discostarsi dalla spiegazione e dalla dimostrazione fatta (do).

Questa tecnica viene utilizzata in associazione alle tecniche di comunicazione verbale e non verbale e al rinforzo positivo.
Lo scopo è istruire il paziente riguardo i singoli aspetti della visita dentale, facendolo familiarizzare con l'ambiente, forgiando la sua risposta attraverso tecniche di desensibilizzazione e creando aspettative ben descritte.

4. Ask-tell-ask

Questa tecnica consiste: nell'interrogare il paziente riguardo la visita o i sentimenti che prova nei confronti dei trattamenti dentali che sono stati programmati (ask); la spiegazione delle procedure con esempi dimostrativi e con un linguaggio adatto al livello cognitivo del paziente e dai toni non minacciosi (tell); una seconda richiesta al paziente sulla comprensione delle procedure e sulla predisposizione verso i trattamenti stabiliti (ask). Se in lui persistono dei dubbi, il dentista può affrontarli, valutare la situazione e, se necessario, modificare le procedure o le tecniche di guida comportamentali.
Lo scopo di questa tecnica è valutare lo stato d'ansia che potrebbe indurre comportamenti non collaborativi durante il trattamento, istruire il paziente sulle procedure che si stanno per fare e accertarsi del suo stato di benessere.

5. Controllo della voce

È la volontaria modulazione del volume della voce, del tono e del ritmo per influenzare e dirigere il comportamento del paziente.
Lo scopo è ottenere la sua attenzione e la sua collaborazione, evitando comportamenti negativi e stabilendo ruoli adeguati adulto-bambino.

6. Rinforzo positivo e lode descrittiva

Nel processo dell'induzione del comportamento desiderato, è fondamentale dare dei feedback adeguati. Il rinforzo positivo gratifica i comportamenti desiderati e aumenta la probabilità che si ripetano. I rinforzi includono la modulazione positiva della voce,

espressioni facciali, lodi verbali, e dimostrazioni fisiche di affetto da parte di tutto il team. Le lodi descrittive enfatizzano specifici comportamenti collaborativi: "Ti ringrazio di stare seduto e fermo", oppure: "Stai facendo un buon lavoro quando tieni le mani sulla pancia", più che lodi generiche ("Ottimo lavoro").
Lo scopo è rinforzare il comportamento collaborativo.

7. Distrazione

La distrazione è una tecnica che consiste nel distogliere l'attenzione del paziente da ciò che può essere percepito come una procedura sgradevole. Anche fare un momento di pausa nel corso di una procedura stressante può essere un uso efficace della distrazione prima di attuare una tecnica comportamentale più avanzata.
Lo scopo è ridurre la percezione di sgradevolezza ed evitare comportamenti negativi.

8. Ristrutturazione della memoria

La ristrutturazione della memoria è un approccio comportamentale in cui i ricordi associati a un evento negativo (p.es. la prima visita, l'anestesia locale, un trattamento conservativo, un'estrazione) vengono ricostruiti in ricordi positivi utilizzando delle informazioni che vengono richiamate alla mente successivamente all'evento.
Questo approccio è stato testato con bambini che sono stati sottoposti ad anestesia locale prima di una ricostruzione conservativa e ha dimostrato di poter cambiare il sentimento di paura legato all'anestesia, migliorando il comportamento nelle sedute successive.

9. Presenza-assenza dei genitori

La presenza o assenza dei genitori può essere utilizzata per ottenere la collaborazione dei bambini. Il coinvolgimento dei genitori, soprattutto per quanto riguarda le cure dentali, è drammaticamente cambiato negli ultimi anni. Il crescente senso di protezione dei genitori nei confronti dei figli induce una sensazione di disagio dovuta alla mancata presenza durante i trattamenti. Il dentista dovrebbe prendere in considerazione i desideri

e le esigenze emotive dei genitori e sfruttare la loro presenza o assenza per ridurre al minimo l'ansia, realizzare un'esperienza dentale positiva, evitare comportamenti negativi, migliorare la comunicazione tra dentista-bambino-genitore, stabilire adeguati ruoli. La presenza dei genitori non è indicata nei casi in cui non siano disposti o in grado di fornire un efficace supporto.

Vie di somministrazione per l'Ansiolisi in odontoiatria pediatrica

1. Valutazione preoperatoria

Il paziente odontoiatrico pediatrico, sottoposto a interventi odontoiatrici, per i quali sia prevedibile il ricorso a tecniche di sedazione, deve essere valutato preoperatoriamente. La decisione di ricorrere alla sedazione cosciente richiede una storia clinica, la quantificazione dell'ansia e della paura del dolore nel bambino e nel genitore. Eventuali indagini strumentali e di laboratorio dovranno essere effettuate sulla base di necessità, specificità, sensibilità e costo. Le preferenze del paziente e del genitore e il rapporto rischio/beneficio dovranno influenzare le modalità di trattamento. Il ricorso alla sedazione cosciente, deve avvenire solamente ove esistano adeguate condizioni di natura strumentale, tecnologica e organizzativa che ne permettano l'esecuzione. Tutti i dati ottenuti dalla valutazione preoperatoria e durante l'atto terapeutico, devono essere trascritti sulla cartella clinica e, in caso di visite successive, modificati sulla medesima cartella.

2. La via inalatoria

Questa tecnica, che prevede la somministrazione di una miscela gassosa di protossido d'azoto e ossigeno (N_2O/O_2), assicura ansiolisi, sedazione cosciente e analgesia. È universalmente considerata la tecnica di prima scelta nel paziente odontoiatrico pediatrico sia in ambiente ambulatoriale che ospedaliero.

a. La sedazione inalatoria deve essere impiegata solamente dopo la valutazione dello

stato fisico e dei fattori di rischio del paziente. Nei bambini di classe ASA I e II la valutazione preoperatoria può consistere nella semplice identificazione della storia clinica e degli eventuali farmaci assunti abitualmente. Nel caso di bambini affetti da patologie importanti (classe ASA III e IV) si deve, inoltre, consultare uno specialista e valutare il particolare rischio della procedura.

b. Un adeguato periodo di digiuno preoperatorio è necessario solamente nel caso in cui si preveda l'eventualità di dover passare, ove necessario, da uno stato di sedazione cosciente a uno di sedazione profonda e/o anestesia generale. Tale scenario non è pertanto quello dell'ambulatorio odontoiatrico, bensì quello di una sala operatoria con presenza dell'anestesista.

c. Gli apparecchi per la somministrazione della sedazione inalatoria devono assicurare: flussi continui di gas; un flusso minimo di O2 pari al 30%; la misurazione dei flussi; sorgenti rapide di O2 al 100%; erogazioni massime di N2O non superiori al 70%; sistemi di allarme in caso di flussi inadeguati di O2; sistemi antipolluzione.

d. Non richiede il monitoraggio strumentale, ma la valutazione clinica continua della profondità dell'effetto sedativo ottenuto da parte dell'operatore.

e. La sedazione inalatoria deve essere somministrata da Odontoiatri che abbiano acquisito i principi generali della somministrazione del N2O durante l'insegnamento universitario. Sono necessari corsi di perfezionamento e di aggiornamento continuo certificato per poter eseguire la sedazione inalatoria.

f. La sedazione inalatoria può essere somministrata da un solo Odontoiatra.

3. La via orale

Consigliabile quando si vogliano ottenere effetti ansiolitico-sedativi parziali in tempi non necessariamente brevi. Nel bambino si deve fare in modo che la preparazione farmaceutica del sedativo sia di gusto gradevole, onde facilitarne l'assunzione. Il genitore deve essere informato che nel paziente pediatrico, dopo la somministrazione di farmaci sedativi, si può incorrere in uno stato d'agitazione paradossa.

a. Deve essere somministrata dopo la valutazione dello stato fisico e dei fattori di rischio del paziente, anche derivanti dall'impiego del farmaco sedativo.

b. La sedazione per via gastrica non richiede necessariamente un periodo di digiuno preoperatorio né il posizionamento di un catetere venoso; è raccomandato il monitoraggio strumentale della SpO2 mediante saturimetro.

c. Può essere eseguita da un Odontoiatra adeguatamente formato nelle tecniche farmacologiche di ansiolisi e di Pediatric Basic Life Support and Defibrillation (PBLS-D); non è necessaria la presenza di un II° Odontoiatra o di un medico specialista.

d. La sedazione per via gastrica deve essere effettuata con un solo farmaco sedativo accuratamente dosato in mg/kg, somministrato all'interno dello studio odontoiatrico.

e. È necessario controllare lo stato di coscienza del paziente e la sua capacità di comunicare attraverso messaggi verbali o non verbali in ogni momento dell'intervento odontoiatrico.

f. La dimissione dopo un intervento effettuato in ansiolisi/sedazione cosciente per via orale deve comprendere la verifica del recupero completo delle funzioni psicomotorie e può prevedere la sosta forzata del paziente in una sala di risveglio.

4. La co-somministrazione enterale-inalatoria

In pazienti pediatrici che non rispondono alla sedazione inalatoria né a quella per via orale, può essere necessaria una sedazione cosciente combinata orale-inalatoria. Tale tecnica prevede l'impiego combinato di farmaci, somministrati per via orale (benzodiazepina) e inalatoria (protossido d'azoto). Essa può produrre ansiolisi, sedazione cosciente o, anche se raramente, profonda. In tal caso, è necessario monitorare clinicamente e strumentalmente le funzioni vitali del paziente, limitando tale metodica ai centri ospedalieri o extra ospedalieri ove sia operante personale altamente qualificato e specificatamente preparato.

Questa tecnica deve assicurare livelli di analgesia e di sedazione superiori rispetto a quelli ottenibili con la singola tecnica. Lo scopo ultimo della co-somministrazione è ottenere un effetto sinergico che permetta di diminuire le concentrazioni del protossido d'azoto e il

risparmio posologico del farmaco benzodiazepinico somministrato per via orale.

a. Un adeguato periodo di digiuno preoperatorio (2 ore per i liquidi chiari e 6 ore per i cibi solidi) è necessario in quanto sussiste il rischio di sedazione profonda.

b. La co-somministrazione enterale-inalatoria deve essere effettuata con un solo farmaco sedativo e con un solo gas anestetico: il protossido d'azoto.

c. Durante l'intervento è necessario monitorare clinicamente e strumentalmente le funzioni vitali del paziente e devono essere approntati specifici provvedimenti allo scopo di controllare continuativamente la persistenza dello stato di vigilanza del paziente e la correttezza delle risposte ai comandi.

d. Non richiede necessariamente il posizionamento di un catetere venoso.

e. Il sedazionista che ricorre alla co-somministrazione deve essere esperto nell'esecuzione di questa tecnica. Può essere eseguita da un Odontoiatra adeguatamente formato sulle tecniche farmacologiche di ansiolisi e di Pediatric Basic Life Support and Defibrillation (PBLS-D).

f. Qualora l'intervento odontoiatrico sia particolarmente complesso, o siano previste difficoltà nell'esecuzione delle diverse procedure che compongono il processo della sedazione, dovranno essere presenti due operatori odontoiatri: uno responsabile della procedura chirurgica e un secondo Odontoiatra sedazionista o un medico specialista, responsabile della gestione del paziente.

g. La dimissione dopo un intervento effettuato in co-somministrazione può comprendere l'esecuzione di tests per la verifica del recupero completo delle funzioni psicomotorie e può prevedere la sosta forzata del paziente in una sala di risveglio.

5. La via parenterale

Rispetto ad altre vie di somministrazione, permette la somministrazione di dosi titolate di farmaco sedativo, che raggiungono rapidamente il corrispondente picco di concentrazione ematica.

Le vie più comunemente impiegate sono l'endovenosa e l'intranasale. Queste tecniche possono essere utilizzate nel bambino solamente in centri odontoiatrici ospedalieri.

12. CONSENSO INFORMATO NELLE PROCEDURE DI ANSIOLISI IN AMBITO ODONTOIATRICO

1. Inquadramento Sistematico

Come noto, il consenso informato in medicina (e l'odontoiatria non fa, ovviamente, eccezione) è l'accettazione che il paziente esprime a un trattamento sanitario (quale che esso sia), in maniera libera, dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali e i rischi ragionevolmente prevedibili del trattamento stesso, nonché dell'esistenza di valide alternative terapeutiche.

Lo scopo del consenso informato è quindi quello di assicurare il diritto all'autodeterminazione del paziente, che, a seguito delle informazioni fornite, sarà libero di accettare o rifiutare la prestazione medica.

Configurandosi quale vero e proprio diritto inviolabile della persona, i fondamenti normativi di tale tipo di informativa sono forniti dall'art. 2, nonché dagli artt. 13 e 32 della Costituzione, "i quali stabiliscono che la libertà personale è inviolabile e che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" (Cass. Civ. n. 20984/2012).

L'ansiolisi odontoiatrica non potrà, in quest'ottica, che assurgere a ruolo di vero e proprio trattamento sanitario indipendente, pur se strumentale al trattamento odontoiatrico principale sottostante.

E dunque, proprio in quanto trattamento sanitario indipendente, la procedura di ansiolisi necessiterà la raccolta di un apposito consenso del paziente a sottoporsi a quello specifico trattamento sanitario.

2. Il Rapporto Medico-Paziente

Il cosiddetto "consenso informato" rappresenta quindi, in certo modo, l'inizio e la fine del rapporto tra medico e paziente, nel momento in cui si sancisce l'alleanza, ossia il patto di reciproca fiducia, finalizzato alla presa in carico della persona da parte del medico, con tutte le specifiche peculiarità del singolo paziente.

L'informazione che il medico deve dare al paziente, dunque, non può essere esclusivamente tecnica, ma deve tener conto della persona con la quale il primo si relaziona.

Lo chiarisce esaustivamente una pronuncia del Tribunale di Trento, sentenza 2 luglio 2012, n. 640, la quale, anzitutto, ha precisato che la domanda di risarcimento del danno non patrimoniale conseguente alla violazione del consenso informato," in linea con la più recente giurisprudenza di legittimità (...) si presenta in maniera del tutto autonoma rispetto a quella per la lesione del diritto alla salute, in quanto involge il diverso diritto all'autodeterminazione", per poi "ricordare che la normativa e l'approfondimento giurisprudenziale si sono mosse nel tentativo di colmare quell'asimmetria informativa tra medico professionista e paziente, per cui il consenso informato è stato pensato come strumento per realizzare un'alleanza terapeutica per trasferire sul paziente quei rischi inevitabili connessi al trattamento nella misura in cui non siano imputabili a colpa del sanitario. L'idea è quindi quella della scelta consapevole del paziente per favorire lo scambio comunicativo e coinvolgere il paziente nel processo progressivo di definizione del processo terapeutico".

La Suprema Corte oramai da alcuni anni ha sancito i principi alla base del diritto all'informativa del paziente, ponendo quali basi imprescindibili: il principio dell'autodeterminazione del paziente, del consenso informato e dell'alleanza terapeutica (vedasi, ex plurimis, Corte di Cassazione, sez. III, sentenza 9 febbraio 2010, n. 2847).

Il diritto del paziente all'autodeterminazione, secondo i giudici di legittimità, è diverso dal diritto alla salute e rappresenta sia una forma di rispetto per la libertà dell'individuo, sia un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi, che si sostanzia non solo nella facoltà di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma altresì di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla.

Pur con alcune innegabili eccezioni, la Cassazione ha così tracciato un percorso interpretativo che statuisce nella mancanza di consenso una lesione dei diritti del paziente, rilevante a fini risarcitori, anche ove non sussista lesione della salute o se la lesione della salute non sia causalmente collegabile alla lesione di quel diritto, ogni qual volta siano configurabili conseguenze pregiudizievoli (di apprezzabile gravità, se

integranti un danno non patrimoniale) che siano derivate dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in se stesso considerato.

L'informazione cui il medico è tenuto in vista dell'espressione del consenso del paziente vale anche, ove il consenso sia prestato, a determinare nel paziente l'accettazione di quel che di non gradito può avvenire, in una sorta di condivisione, della stessa speranza del medico che tutto vada bene e che non si verifichi quanto di male potrebbe capitare, perché inevitabile.

Il paziente che sia stato messo in questa condizione - la quale integra un momento saliente della necessaria "alleanza terapeutica" col medico - accetta preventivamente l'esito sgradevole e, se questo si verifica, avrà anche una minore propensione ad incolpare il medico.

3. La mancanza del consenso quale inadempimento contrattuale cui consegue la risarcibilità del danno

La Giurisprudenza di Merito e di Legittimità ha compiuto, negli ultimi quindici anni, un percorso interpretativo che ha condotto a due approdi ben specifici nella materia qui di interesse:

a. la violazione dell'obbligo di ottenere un consenso informato dal paziente genera in capo al medico una responsabilità contrattuale (perché contrattuale è il rapporto che si instaura tra medico e paziente);

b. Il danno all'autodeterminazione del paziente, che scaturisce dalla mancanza dell'informativa e del conseguente consenso, è danno non patrimoniale e, come tale, autonomamente risarcibile.

Da questi principi di base, la Giurisprudenza, pur con alcuni cambiamenti di rotta, è giunta ad affermare come la violazione del consenso informato va valutata come autonoma forma di colpa professionale in cui l'interesse leso è quello alla libera autodeterminazione del paziente in ordine alla propria persona.

Autonomo, dunque, rispetto all'eventuale ristoro assicurato per il pregiudizio alla salute, sarà il risarcimento del danno non patrimoniale dovuto in caso di violazione dell'obbligo

di informazione.

Il principio è ben chiarito dalla già citata Cassazione Civile, sez. III, sentenza 9 febbraio 2010, n. 2847. Con questa pronuncia la Suprema Corte ha evidenziato la profonda diversità intrinseca tra diritto all'autodeterminazione e diritto alla salute del paziente, ed ha precisato che l'assenza di un valido consenso informato assume autonomo rilievo ai fini risarcitori, anche laddove non sussista lesione della salute ovvero essa non sia ricollegabile, per nesso di causa, alla lesione di quel diritto, tutte le volte in cui la violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in sé comporti dimostrate conseguenze pregiudizievoli di ordine non patrimoniale di apprezzabile gravità, derivanti dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in sé considerato.

Ciò sempre che tale danno superi la soglia minima di tollerabilità, da determinarsi a opera del giudice mediante il bilanciamento tra principio di solidarietà e tolleranza, secondo il parametro costituito dalla coscienza sociale in un determinato momento storico.

Sarà pertanto risarcibile il danno non patrimoniale corrispondente sia alla privazione della possibilità di scelta spettante al paziente, sia al turbamento e alla sofferenza provocati dal verificarsi di conseguenze del tutto inaspettate.

Invece, in presenza di un atto terapeutico necessario e correttamente eseguito in base alle regole dell'arte, dal quale siano tuttavia derivate conseguenze dannose per la salute, ove tale intervento non sia stato preceduto da un'adeguata informazione del paziente circa i possibili effetti pregiudizievoli non imprevedibili, il medico può essere chiamato a risarcire il danno alla salute solo se il paziente dimostri, anche tramite presunzioni, che, ove compiutamente informato, egli avrebbe verosimilmente rifiutato l'intervento, non potendo altrimenti ricondursi all'inadempimento dell'obbligo di informazione alcuna rilevanza causale sul danno alla salute (Cass. civ., Sez. III, 30 marzo 2011, n. 7237). Ciò si spiega chiarendo che il diritto invocato dal paziente non è il diritto alla salute in quanto tale, bensì il diritto al consenso.

Bene è chiarire come detti principi valgano per l'ambito strettamente civile (e dunque per la risarcibilità del danno non patrimoniale).

Per quanto attinente alla responsabilità penale, in linea generale, l'assenza del consenso

informato non può essere regola utile a fondare la colpa del sanitario, giacché la valutazione del comportamento del medico, sotto il profilo penale, quando si sia in ipotesi sostanziato in una condotta (vuoi omissiva, vuoi commissiva) dannosa per il paziente, non ammette un diverso apprezzamento a seconda che l'attività sia stata prestata con o in assenza di consenso informato da parte del paziente (ancora recentemente Cassazione Penale con la sentenza n. 21537 del 2015).

Secondo la Cassazione Sezione Penale l'obbligo di acquisire il consenso informato non integra, infatti, una regola cautelare la cui inosservanza influisce sulla colpevolezza, giacché l'acquisizione del consenso non è preordinata (in linea generale) a evitare fatti dannosi prevedibili (ed evitabili), ma a tutelare il diritto alla salute e, soprattutto, il diritto alla scelta consapevole in relazione agli eventuali danni che possano derivare dalla scelta terapeutica in attuazione di una norma costituzionale (articolo 32, comma 2).

In questa prospettiva, in un unico caso la mancata acquisizione del consenso potrebbe avere rilevanza come elemento della colpa: allorquando, la mancata sollecitazione di un consenso informato abbia finito con il determinare, mediatamente, l'impossibilità per il medico di conoscere le reali condizioni del paziente e di acquisire un'anamnesi completa. In questa evenienza, il mancato consenso rileverebbe non direttamente, ma come riflesso del superficiale approccio del medico all'acquisizione delle informazioni necessarie per il corretto approccio terapeutico.

4. Consenso Informato e gli effetti della "Legge Balduzzi"

Come noto, l'art. 3 della legge 8 novembre 2012 n. 189 (la cosiddetta legge "Balduzzi", in tema di responsabilità del medico) ha introdotto il principio secondo cui «l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve».

Detta norma, che ha destato ben più di qualche perplessità nella sua scarna formulazione, si innesta nel più ampio tema della natura giuridica della responsabilità del medico che è stata caratterizzata negli anni dalla formazione di una interpretazione Giurisprudenziale

che ha dapprima attribuito alla responsabilità del professionista sanitario natura aquiliana, per poi passare ad affermare e consolidare la natura contrattuale anche della responsabilità del sanitario, derivante dalla posizione di garanzia che questi assume nei confronti del paziente a seguito dell'affidamento in lui riposto, secondo la teoria del cd. "contatto sociale". Conseguentemente il paziente ha a disposizione il termine decennale per esercitare il diritto e dovrà provare solamente l'esistenza del contatto sociale, l'insorgenza o l'aggravamento della patologia e allegare l'inadempimento del sanitario astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del medico dimostrare che tale inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur esistendo, non è stato eziologicamente rilevante.

Tale sistema, secondo le prime pronunce di legittimità, non risulta mutato dall'ambigua formulazione dell'art. 3, comma 2, della cd. legge Balduzzi che, introducendo l'ipotesi di responsabilità extracontrattuale del sanitario ex art. 2043 c.c., per i casi di danno provocato con colpa lieve, sembrerebbe muoversi nel senso di un ritorno della fattispecie nell'alveo dell'illecito aquiliano.

Diversa, ancorché connessa, è la tematica attinente alla responsabilità professionale del medico per la violazione del cd. consenso informato. Come s'è anzi veduto, la mancata acquisizione di tale consenso viola un diritto fondamentale diverso dal diritto alla salute, con la conseguenza che può certamente esserci violazione del consenso informato senza lesione dell'integrità psico-fisica e che, in caso di violazione del primo ma non della seconda, il risarcimento si fonda su diverso titolo.

Perciò, considerati gli attuali approdi giurisprudenziali e dottrinari, non v'è motivo di ritenere che la Legge Balduzzi abbia in alcun modo inciso sul tema del c.d. "consenso informato".

Il mancato ottenimento dello stesso sarà dunque sempre in grado di generare una responsabilità contrattuale in capo al medico, con la conseguenza che, essendovene i presupposti (vedasi infra), il medico potrà sempre esser chiamato a risarcire il consequenziale danno non patrimoniale.

5. Il consenso all'ansiolisi odontoiatrica

In termini generali si può affermare che il consenso espresso dal paziente all'ansiolisi odontoiatrica (come per qualsivoglia consenso informato), affinché possa ritenersi valido, deve essere:

a. attuale: deve intervenire nell'imminenza o comunque in prossimità della procedura;

b. Maturo e Personale: il paziente deve cioè essere in grado di disporre del proprio diritto alla salute. Se il soggetto è giuridicamente capace, nessuno potrà fornire il consenso al trattamento se non quest'ultimo: il consenso è infatti un atto personale. Nel caso di minori il consenso al trattamento medico-sanitario deve essere invece espresso dai genitori, mentre nel caso di soggetto incapace o sottoposto ad amministrazione di sostegno, il consenso deve essere espresso dal rappresentante legale o dall'amministratore di sostegno del paziente.

c. responsabile e Ponderato: il soggetto che esprime la propria accettazione al trattamento deve essere cosciente della propria condizione psicofisica, del quadro clinico, delle possibilità diagnostico-terapeutiche, nonché di tutti i rischi ad essi collegati. Inoltre al paziente, laddove possibile, deve essere lasciato del tempo per riflettere, in modo che la scelta possa essere assunta con maggiore consapevolezza.

d. libero e indipendente: il paziente non deve essere quindi influenzato o forzato nell'assunzione della decisione; ciò a tutela della libertà di autodeterminazione dell'individuo.

Anche l'informativa fornita al paziente deve presentare precisi caratteri ai fini della sua validità.

In particolare quest'ultima deve essere:

a. chiara, deve quindi usare un linguaggio semplice;

b. adeguata al livello culturale del paziente;

c. esauriente, in modo da non lasciare dubbi/perplessità nel paziente;

d. corretta, deve ciò basarsi su dati scientifici;

e. veritiera.

6. Forma del consenso

Nel nostro Paese non vi è alcuna norma che imponga una particolare forma all'espressione del consenso del paziente: dunque per la validità dell'informativa e del conseguente consenso non vi è alcun onere specifico di rispettare determinati requisiti di forma.
Tuttavia, le principali linee guida e "best practices" internazionali prediligono la forma scritta, fornendo essa una prova tangibile nel caso dell'insorgenza di un contenzioso con il paziente. La forma scritta svolge dunque una funzione di tutela preventiva per il medico. In quest'ottica bene è sottolineare che i form precompilati tendono ad avere un diminuito valore probatorio rispetto a dei moduli compilati manualmente dal medico per il paziente specifico. Sempre in un'ottica di tutela, consigliabile, infine, far partecipare un soggetto terzo (ad es. assistente di poltrona) all'esplicazione dell'informativa e alla raccolta del consenso.
La registrazione video dell'informativa e del successivo e consequenziale consenso del paziente può rappresentare una valida alternativa alla forma scritta, necessitando però di adeguati presidi tecnologici per la verificazione digitale da parte del paziente e per la conservazione dei dati informatici (che debbono essere conservati per almeno 10 anni in ragione della natura contrattuale della responsabilità medica).

7. L'informativa

La presenza del consenso informato è dunque conditio sine qua non per la legittimità di qualsivoglia trattamento sanitario (ansiolisi odontoiatrica inclusa), in assenza del quale "l'intervento del medico è – al di fuori dei casi di trattamento sanitario per legge obbligatorio o in cui ricorra uno stato di necessità – sicuramente illecito, anche – quando è nell'interesse del paziente" (Cass. Civ. sez. III, sent. 13-02-2015, n.2854).
L'assenza di consenso informato sarà quindi di per sé sufficiente a legittimare un'autonoma voce di responsabilità, nonché un'autonoma pretesa risarcitoria a prescindere dall'esito (positivo o negativo) del trattamento.
In altre parole, anche laddove il trattamento (ansiolitico) sia stato perfettamente eseguito

non potrà escludersi una responsabilità dell'operatore in quanto il trattamento risulterà "posto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto a decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo" (Cass. Pen. N.2347/2014).

Ciò premesso in termini generali, per quanto strettamente concernente l'informativa all'ansiolisi odontoiatrica (da cui conseguirà il consenso – informato – del paziente) si può affermare che la stessa debba esser fornita per iscritto ai pazienti adulti o ai legali responsabili di minori e/o incapaci.

L'informativa scritta andrà sempre accompagnata da una dettagliata spiegazione orale dell'Odontoiatra sedazionista (l'operatore che materialmente effettuerà la procedura ansiolitica), il quale avrà il compito di illustrare, con termini chiari e comprensibili (il riferimento è ovviamente al paziente di specie e non al paziente "generico"), quanto contenuto nell'informativa scritta.

Utile sottolineare come l'informativa rivesta un ruolo determinante nella formazione del successivo consenso del paziente.

Per detta – invero ovvia – ragione, il ruolo informativo non potrà esser svolto che dall'operatore che materialmente andrà ad eseguire (o co-eseguire) il trattamento ansiolitico, con dunque la corollaria esclusione in nuce di qualsivoglia delega a terzi (assistenti di poltrona, segretarie *et similia*).

L'informativa dovrà dunque illustrare lo spettro delle possibili tecniche di controllo dell'ansia e del dolore nel paziente odontoiatrico, nonché la modalità ansiolitica consigliata per il caso specifico, avuto riguardo delle condizioni psico-cliniche del paziente.

I pazienti adulti (sopra i 18 anni) dovranno dunque ricevere informazioni scritte (accompagnate, non si dimentichi, dall'esplicazione orale) durante la visita pre-operatoria.

L'informativa in parola dovrà esplicitare le modalità empiriche di esecuzione della procedura consigliata, nonché le avvertenze e le istruzioni da seguire sia nella fase pre-operatoria che in quella post-operatoria.

Le istruzioni dovranno prevedere specifiche avvertenze per gli accompagnatori.

È altamente consigliato che il paziente riceva un foglio separato con gli obblighi cui dovranno attenersi gli accompagnatori.

Da notare come la versione scritta dell'informativa dovrà esser consegnata al paziente (e da questi all'accompagnatore) in tempo utile affinché lo stesso abbia modo di assimilarne e comprenderne l'interezza del contenuto.

Come anzidetto, l'informativa dovrà necessariamente contenere una dettagliata (ma comprensibile) descrizione della procedura di ansiolisi consigliata e selezionata per il paziente di specie, ivi espressamente includendovi i benefici, i rischi e le alternative terapeutiche ipotizzabili.

Da non scordare come l'informativa scritta dovrà indicare, in modo chiaro e visibile ictu oculi, tutti i contatti del medico curante o dei presidi medici cui rivolgersi in caso di bisogna anche fuori dagli ordinari orari d'ufficio.

Per quanto concernente i minori, l'informativa (scritta ed orale) andrà prestata ai detentori della potestà genitoriale (congiuntamente o disgiuntamente).

Essa (l'informativa) dovrà necessariamente contenere tutte le istruzioni affinché il minore giunga all'appuntamento operatorio adeguatamente preparato.

In ogni caso, l'informativa (in particolar modo quella orale), oltreché ai tutori, dovrà esser svolta anche direttamente nei confronti dei pazienti minori, in forme e modi tali da risultare agevolmente intelligibile avuto riguardo delle specifiche capacità cognitive del minore.

L'informativa scritta, pur essendo parte essenziale del processo conoscitivo del paziente, non è se non una porzione del percorso psicologico di preparazione (sia dell'adulto che del minore) alla procedura ansiolitica e, dunque, all'intervento odontoiatrico sottostante.

Per detto -pur se invero ovvio- motivo, l'operatore dovrà adoperarsi onde sviluppare la propria capacità di accompagnare psicologicamente il paziente all'intervento, anche tramite specifiche tecniche psico-comportamentali che potranno includere: strategie di distrazione, terapie comportamentali, percorsi visivi, ipnosi, music-therapy o altro.

Tutte le metodologie tese a ridurre l'ansia e la paura odontoiatrica, in combinato disposto con la procedura ansiolitica, dovranno esser studiate e messe in atto con specifico riguardo alla singolarità e specificità del paziente di specie.

Nel dettaglio, l'informativa all'ansiolisi odontoiatrica dovrà dunque sempre includere:

a. la spiegazione della necessità di acquisire un'anamnesi quanto più completa possibile della storia clinica, psicologica e sociale del paziente;

b. l'illustrazione dei benefici clinici a un trattamento teso a ridurre l'ansia e la paura odontoiatrica per il tramite della procedura di ansiolisi;

c. l'illustrazione delle altre scelte terapeutiche possibili all'ansiolisi e gli eventuali vantaggi che queste comportano;

d. la spiegazione dettagliata che la consapevolezza di sé sarà sempre mantenuta dal paziente e le differenze tra ansiolisi, sedazione cosciente e anestesia generale;

e. l'illustrazione del percorso che porta al consenso informato del paziente;

f. le informazioni e le prescrizioni necessarie per il recupero post-procedura;

g. le necessarie informazioni per gli accompagnatori e per il trasporto successivo alla procedura;

h. la spiegazione, nel dettaglio, delle peculiarità della procedura ansiolitica suggerita e selezionata dal paziente (per inalazione, per endovena, orale, transmucosale etc).

8. La responsabilità specifica dell'Odontoiatra sedazionista

Oltre agli – invero pregnanti – obblighi di protezione e tutela che gravano sull'Odontoiatra in qualità di operatore dell'intervento clinico sottostante, sul sedazionista (sia che questi sia il medesimo operatore dell'intervento, sia che si tratti di ansiolisi con "doppio operatore") graveranno specifici obblighi correlati alla specialità e specificità del trattamento ansiolitico, altri e differenti rispetto a quelli inerenti il trattamento sottostante.

L'Odontoiatra sedazionista, sia che lavori in equipe, sia che operi quale mono-operatore, avrà quindi delle peculiari responsabilità inerenti, per quanto attinente la fase pre-operatoria, all'accurata valutazione del generale quadro clinico del paziente, attraverso indagini diagnostiche e, se del caso, specialistiche, ad informare il paziente della procedura ansiolitica, a conseguire il relativo consenso all'ansiolisi, e, infine, alla somministrazione dei farmaci.

Pur in assenza di precedenti giurisprudenziali specifici (data la sostanziale novità della materia), appare agevole desumersi come il consenso al trattamento ansiolitico non

possa esser considerato implicito al consenso prestato per l'intervento sottostante, necessitandosi di una specifica informazione sulle modalità della procedura ansiolitica e sulla scelta tra diverse metodologie ansiolitiche, nonché sui relativi rischi specifici.

Discorrendo infatti degli obblighi informativi in capo all'anestesista (figura che, mutatis mutandis, per quanto qui di interesse, può esser associata per analogia all'Odontoiatra sedazionista), la Corte di Cassazione, sez. III, sentenza n. 364 del 15 gennaio 1997, (in un caso in cui non era stato raccolto il consenso all'anestesia epidurale) aveva specificato che tale consenso non poteva ritenersi presunto, ma occorreva «accertare se i vari metodi anestesiologici comportassero, con i vantaggi, rischi di diversa intensità, e se, in particolare, all'anestesia epidurale fossero connessi rischi maggiori; ove l'indagine avesse approdato a risultati positivi, accertare se vi era stata, in relazione ad essi, una adeguata informazione ed uno specifico consenso».

E che le responsabilità del sedazionista non siano immediatamente sovrapponibili a quelle dell'operatore dell'intervento sottostante è dato che non appare altrimenti smentibile (si vedano: Corte di Cass. Pen., sez. IV, n. 36580 del 21 settembre 2009, nella quale si specifica che: «l'anestesista non potrà certo rispondere dell'errore del chirurgo, come questi non risponderà di una inidonea somministrazione di anestetico da parte del primo»; Corte di Cass. Pen., sez. IV, n. 10868 del 15 dicembre 1983, laddove veniva accertata la responsabilità esclusiva dell'anestesista in un caso in cui era stato somministrato al paziente protossido di azoto anziché ossigeno; Corte di Cass. Pen., sez. IV, 16 novembre 1990, dove veniva accertata la responsabilità dell'anestesista, nelle cui mansioni rientra anche le trasfusioni, per non aver controllato l'attività di un suo subalterno che, incaricato dal medesimo di procedere ad una trasfusione di sangue, aveva erroneamente scambiato il flacone contenente sangue incompatibile con quello del paziente).

13. IL PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO DELL'ANSIA DELLA SCUOLA ODONTOIATRICA DI PADOVA

Il protocollo della Scuola di Padova si deve alla lungimiranza del professor Giovanni Manani e alla sua infaticabile opera di studioso, che ha permesso la nascita, nel corso di oltre 30 anni (1980-2015) dell'Anestesia Odontoiatrica Italiana presso la scuola di Odontoiatria dell'Università di Padova. Questa scuola ha proposto e attuato l'insegnamento dell'ansiolisi odontoiatrica più di 25 anni fa, anche attraverso l'istituzione di un corso di perfezionamento e, successivamente, di un master di secondo livello, attivo dal 2007. Gli insegnamenti erogati nel master denominato attualmente "Sedazione Ed Emergenza In Odontoiatria. Human Centered Project (Hcp): Il Trattamento Olistico Del Paziente Odontoiatrico" si ispirano e rispettano le linee guida e le norme internazionali ed europee riguardanti le competenze anestesiologiche dell'Odontoiatra.

Il protocollo ansiolitico della scuola di Padova rappresenta la sintesi di numerosi anni di ricerca, per fornire all'Odontoiatra uno strumento sicuro e legale per affrontare le legittime attese dei pazienti. Il concetto sul quale si fonda il protocollo è che l'ansiolisi rappresenta un complesso processo, in cui il ruolo chiave è svolto dall'Odontoiatra con il suo comportamento: da qui l'introduzione e la progressiva enfasi data nell'insegnamento alle tecniche di comunicazione, alla iatrosedazione e all'ipnosi, tecniche di ineludibile importanza che, se ben utilizzate, consentono da sole livelli di ansiolisi eccellenti; esse possono essere ovviamente implementate, quando necessario, dalla sedazione farmacologica. Il processo ansiolitico, quindi, inizia con la relazione-alleanza che si stabilisce tra la persona-medico e la persona-paziente.

Il protocollo farmacologico

Il protocollo messo a punto nella Clinica Universitaria di Padova in oltre 20 anni di attività nel campo dell'anestesiologia odontoiatrica, prevede un percorso diagnostico-terapeutico caratterizzato da razionalità (evidence based), sicurezza, liceità, efficacia, eticità, confort. Può essere riassunto e semplificato nel seguente schema:

1. valutazione pre-operatoria dello stato fisico e psicologico;
2. impiego dell'analgesia preventiva;
3. impiego della terapia anti-edemigena perioperatoria;
4. profilassi antibiotica secondo le linee guida del 2007;
5. ansiolisi mediante la titolazione endovenosa di diazepam;
6. anestesia locale efficace e duratura;
7. monitoraggio perioperatorio clinico e strumentale;
8. analgesia post-operatoria adeguata.

Il Protocollo della Scuola di Padova supporta una proposta formativa per il Medico Odontoiatra che intende implementare la propria pratica con nuovi strumenti per il contenimento dell'ansia da dentista. Tale proposta si concretizza con il Master di secondo livello presso la Clinica Universitaria di Padova con il quale si consegue il titolo di Sedazionista, o frequentando i corsi teorico pratici che AISOD propone attraverso il proprio sito www.aisod.info.

Bibliografia di riferimento per "Definizioni e norme"

1. Segen's Medical Dictionary, Farlex 2012. Detreived, August 2015.

2. McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. 2012.

3. Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing, Farlex 2012.

4. Medical Dictionary for the Dental Professions, Farlex 2012.

5. Mobsy's Dental Dictionary 2nd Edition, 2008, Elsevier.

6. Direttiva del Consiglio del 25 luglio 1978 concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per le attività di dentista. (78/687/CEE).

7. Ordinamento didattico del Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi dentaria (Classe 52/S). Modello adeguato all'Unione Europea, 2001 e del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria (classe LM46). Modello adeguato all'Unione Europea, 2008.

8. General Dental Council. The First Five Years (TFFY) Third Edition (Interim) 2008. http://www.gdc-uk.org/Our+work/Education+and+quality+assurance/ accesso del 23/04/16.

9. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009. Eur J Dent Educ 2010. 14:193–202.

10. Bologna Declaration. Space for higher education. Bologna. June 18-19, 1999. http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=5 accesso del 23/04/16.

11. Manani G et al. Comparison by means of Bispectral Index Score between anxiolysis induced by diazepam and sedation induced by midazolam. Minerva Stomatol 2011; 60:365-381.

12. Zanette G, Robb N, Facco E, Zanette L, Manani G. Sedation in dentistry: current sedation practice in Italy. Eur J Anaesthesiol 2007; 24:198-200.

13. Standards for conscious sedation in the provision of dental care. Report of the Intercollegiate Advisory Committee for Sedation in Dentistry. 2015. http://www.saad.org.uk/index.php/80-news-show/101-new-standards-for-conscious-sedation-2015 accesso del 23/04/16.

Bibliografia di riferimento per le "Vie di somministrazione dei farmaci"

1. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for

the graduating European dentist – update 2009. Eur J Dent Educ 2010; 14: 193–202.

2. Dental Sedation Teachers Group. *Conscious Sedation in Dentistry: Standards for Postgraduate Education*. Dublin: DSTG; 2008.

3. Facco E, Zanette G, Favero L, Bacci C, Sivolella S, Cavallin F, Manani G. Toward the validation of visual analogue scale for anxiety. Anesth Prog. 2011 Spring; 58(1): 8-13.

4. Facco E, Zanette G, Manani G. L'insegnamento di Anestesiologia Generale e Speciale Odontostomatologica. Anestesia Forum 2011; 1: 21-28.

5. Facco E, Casiglia E, Masiero S, Tikhonoff V, Giacomello M, Zanette G. Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. Int. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2011; 59: 1-15.

6. Manani G et al. Comparison by means of Bispectral Index Score, between anxiolysis induced by diazepam and sedation induced by midazolam Minerva Stomatol. 2011; 60:365-81.

7. Manani G, Bacci C, Zanette G, Facco E. Stato attuale della sedazione cosciente in Odontoiatria. Dental Cadmos 2012; 80:357-369.

8. Independent Expert Group on Training Standards for Sedation in Dentistry. *A Guide to Maintaining Professional Standards in Conscious Sedation for Dentistry*. London: IEGTSSD; 2011.

9. G. Manani et al. "Analysis of an anxiolytic technique applied to 1179 patients undergoing oral surgery". Minerva Stomatol 2005; 54: 551-68.

10. Pawlicki RE. Psychological/behavioral techniques in managing pain and anxiety in the dental patient. Anesth Prog 1991; 38: 120.

11. Resuscitation Council (UK). *Quality Standards for Cardiopulmonary Resuscitation Practice and Training: Primary Dental Care*. London: Resuscitation Council (UK); 2013.

12. Standards for Conscious Sedation in the Provision of Dental Care. Report of the Intercollegiate

13. Advisory Committee for Sedation in Dentistry. 2015. Reperibile su: https://www.rcseng.ac.uk/fds/Documents/dental-sedation-report-2015-web-v2.pdf

14. Zanette G, Robb N, Facco E, Zanette L, Manani G. Sedation in dentistry: current sedation practice in Italy. Eur J Anaesthesiol 2007; 24:198-200.

Bibliografia di riferimento per "Anestesia loco-regionale"

1. Malamed S. What's new in local anaesthesia? SAAD Dig. 2009 Jan; 25:4-14.

2. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009. Eur J Dent Educ 2010; 14: 193–202.

3. Facco E, Zanette G, Favero L, Bacci C, Sivolella S, Cavallin F, Manani G. Toward the validation of visual analogue scale for anxiety. Anesth Prog. 2011 Spring; 58(1): 8-13.

4. Facco E, Zanette G, Manani G. L'insegnamento di Anestesiologia Generale e Speciale Odontostomatologica. Anestesia Forum 2011; 1: 21-28.

5. Facco E, Casiglia E, Masiero S, Tikhonoff V, Giacomello M, Zanette G. Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. Int. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2011; 59: 1-15.

6. Manani G, Facco E, Favero L, Favero G, Berengo M, Stellini E, Bressan E, Bacci C, Sivollela S, Mazzuchin M, Zanette G. Comparison by means of Bispectral Index Score, between anxiolysis induced by diazepam and sedation induced by midazolam Minerva Stomatol. 2011; 60:365-81.

7. Pawlicki RE. Psychological/behavioral techniques in managing pain and Anxiety in the dental patient. Anesth Prog 1991; 38: 120.

8. Tanaka E, Yoshida K, Kawaai H, Yamazaki S. Lidocaine Concentration in Oral Tissue by the Addition of Epinephrine. Anesth Prog. 2016 Spring; 63(1):17-24. doi: 10.2344/15-00003R2.1.

9. Alamanos C, Raab P, Gamulescu A, Behr M. Ophthalmologic complications after administration of local anesthesia in dentistry: a systematic review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016 Mar; 121(3):e39-50. doi: 10.1016/j.oooo.2015.10.023. Epub 2015 Nov 10.

10. Resuscitation Council (UK). Quality Standards for Cardiopulmonary Resuscitation Practice and Training: Primary Dental Care. London: Resuscit. Counc. (UK); 2013.

11. Maruthingal S, Mohan D, Maroli RK, Alahmari A, Alqahtani A, Alsadoon M. A comparative evaluation of 4% articaine and 2% lidocaine in mandibular buccal infiltration anesthesia: A clinical study. J Int Soc Prev Community Dent. 2015 Nov-Dec; 5(6): 463-9. doi: 10.4103/2231-0762.167717.

12. Kumar M, Chawla R, Goyal M. Topical anesthesia. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2015 Oct-Dec; 31(4): 450-6. doi: 10.4103/0970-9185.169049.

13. Cubayachi C, Couto RO, de Gaitani CM, Pedrazzi V, Freitas Od, Lopez RF. Needle-free buccal anesthesia using iontophoresis and amino amide salts combined in a mucoadhesive formulation. Colloids Surf B Biointerfaces. 2015 Dec 1; 136:1193-201. doi: 10.1016/j.colsurfb.2015.11.005. Epub 2015 Nov 10

14. Bali RK, Nautiyal VP, Sharma P, Sharma R. Infra-orbital nerve block anesthesia-extended coverage using intra-oral 'molar approach'. J Oral Biol Craniofac Res. 2011 Oct-Dec; 1(1):53-4. doi: 10.1016/S2212-4268(11) 60014-6.

15. Thoppe-Dhamodhara YK, Asokan S, John BJ, Pollachi-Ramakrishnan G, Ramachandran P, Vilvanathan P. Cartridge syringe vs computer controlled local anesthetic delivery system: Pain related behaviour over two sequential visits - a randomized controlled trial. J Clin Exp Dent. 2015 Oct 1;7(4):e513-8. doi: 10.4317/jced.52542. eCollection 2015 Oct.

16. Lathwal G, Pandit IK, Gugnani N, Gupta M. Efficacy of Different Precooling Agents and Topical Anesthetics on the Pain Perception during Intraoral Injection: A Comparative Clinical Study. Int J Clin Pediatr Dent. 2015 May-Aug; 8(2): 119-22. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1296. Epub 2015 Aug

17. Kung J, McDonagh M, Sedgley CM. Does Articaine Provide an Advantage over Lidocaine in Patients with Symptomatic Irreversible Pulpitis? A Systematic Review and Meta-analysis. J Endod. 2015 Nov; 41(11): 1784-94. doi: 10.1016/j.joen.2015.07.001. Epub 2015 Aug 17. Review.

18. Haji IU, Siddiq M, Rao S, Rai G, Hiregoudar JS, Pitale U. Study on blood glucose concentration in patients with diabetes undergoing dental extraction under local anesthesia with and without adrenaline. J Basic Clin Physiol Pharmacol. 2012; 23(4): 169-71. doi: 10.1515/jbcpp-2012-0023.

19. Moorthy A, Stassen LF.The occurrence of paraesthesia of the maxillary division of the trigeminal nerve after dental local anaesthetic use: a case report. J Ir Dent Assoc. 2015 Feb-Mar; 61(1):34-5.

20. Ko IC, Park KS, Shin JM, Baik JS. Visual Loss After Intraoral Local Anesthesia for the Removal of Circumzygomatic and Circum-Mandibular Wires: A Case Report. J Oral Maxillofac Surg. 2015 Oct; 73(10):1918.e1-6. doi: 10.1016/j.joms.2015.06.178. Epub 2015 Jul 8.

21. Kuzin AV, Neledva VV. Indications, feasibility and clinical experience with Vazirani-Akinozi mandibular block in limiting mouth opening and difficult anatomical conditions. Stomatologiia (Mosk). 2015; 94(2): 27-9.

22. Bailey E, Rao J, Saksena A. Case Report: Fractured Needle in the Pterygomandibular Space Following Administration of an Inferior Dental Nerve Block. Dent Update. 2015 Apr; 42(3): 270-2.

23. Malik A. Technique tips--distraction anaesthesia: applying the gate control theory in delivering painless anaesthesia. Dent Update. 2015 Jan-Feb; 42(1): 97.

24. Gazal G. Comparison of speed of action and injection discomfort of 4% articaine and 2% mepivacaine for pulpal anesthesia in mandibular teeth: A randomized, double-blind cross-over trial. Eur J Dent. 2015 Apr-Jun; 9(2): 201-6. doi: 10.4103/1305-7456.156811.

25. Said Yekta-Michael S, Stein JM, Marioth-Wirtz E.Evaluation of the anesthetic effect of epinephrine-free articaine and mepivacaine through quantitative sensory testing.Head Face Med. 2015 Feb 7; 11:2. doi: 10.1186/s13005-015-0061-1.

26. Managutti A, Prakasam M, Puthanakar N, Menat S, Shah D, Patel H.Comparative analysis of local anesthesia with 2 different concentrations of adrenaline: a randomized and single blind study. J Int Oral Health. 2015 Mar; 7(3): 24-7.

27. Bitner DP, Uzbelger Feldman D, Axx K1, Albandar JM.Description and evaluation of an intraoral cervical plexus anesthetic technique. Clin Anat. 2015 Jul; 28(5): 608-13. doi: 10.1002/ca.22543. Epub 2015 Apr 10.

28. Abu-Mostafa N, Aldawssary A, Assari A, Alnujaidy S, Almutlaq A. A prospective randomized clinical trial compared the effect of various types of local anesthetics cartridges on hypertensive patients during dental extraction. J Clin Exp Dent. 2015 Feb 1; 7(1):e84-8. doi: 10.4317/jced.51534. eCollection 2015 Feb.

29. Nasehi A, Bhardwaj S, Kamath AT, Gadicherla S, Pentapati KC. Clinical pain evaluation with intraoral vibration device during local anesthetic injections. J Clin Exp Dent. 2015 Feb 1; 7(1):e23-7. doi: 10.4317/jced.51643. eCollection 2015 Feb.

30. Nussbaum BL Dental care for patients who are unable to open their mouths. Dent Clin North Am. 2009 Apr; 53(2): 323-8, x. doi: 10.1016/j.cden.2008.12.006.

31. Scott J, Drum M, Reader A, Nusstein J, Beck M. The efficacy of a repeated infiltration in prolonging duration of pulpal anesthesia in maxillary lateral incisors. J Am Dent Assoc. 2009 Mar; 140(3): 318-24.

32. **www.AISOD.it**

Bibliografia di riferimento per le "Tecniche di guida del comportamento"

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on medically necessary care. Pediatr Dent 2015; 37(special issue): 18-22.

2. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Chil- dren's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. Pediatr Dent 2004; 26(4): 316-21.

3. Brill WA. The effect of restorative treatment on children's behavior at the first recall visit in a private pediatric dental practice. J Clin Pediatr Dent 2002; 26(4): 389-94.

4. Long N. The changing nature of parenting in America. Pediatr Dent 2004; 26(2): 121-4.

5. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. Pediatr Dent 2004; 26(2): 111-3.

6. Klingberg G, Broberg AG. Temperament and child dental fear. Pediatr Dent 1998; 20(4): 237-43 Arnup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry: The role of child personality characteristics. Pediatr Dent 2002; 24(2): 119-28.

7. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental pa- tient: A fresh look at old pedagogy. J Dent Educ 2001; 65(12): 1369-77.

8. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the dental home. Pediatr Dent 2015; 37(special issue):24-5.

9. Versloot J, Craig KD. The communication of pain in paediatric dentistry. Eur Arch Paediatr Dent 2009; 10(2); 61-6.

10. Long N. Stress and economic hardship: The impact on children and parents. Pediatr Dent 2014; 36(2): 109-14.

11. Wright GZ, Stigers JI. Nonpharmacologic management of children's behaviors. In: Dean JA, Avery DR, Mc- Donald RE, eds. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. 9th ed. Maryland Heights, Mo: Mosby-Elsevier; 2011:27-40.

12. Rud B, Kisling E. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. Scand J Dent Res 1973; 81(5): 343-52.

13. RadisFG,WilsonS,GriffenAL,CouryDL.Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. Pediatr Dent 1994; 16(2): 121-7

14. Jensen B, Stjernqvist K. Temperament and acceptance of dental treatment under sedation in preschool children. Acta Odontol Scand 2002; 60(4): 231-6.

15. Arnup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Treatment outcome in subgroups of uncooperative child dental patients: An exploratory study. Int J Paediatr Dent 2003; 13(5): 304-19.

16. Holst A, Hallonsten AL, Schroder U, Ek L, Edlund K. Prediction of behavior-management problems in 3-year- old children. Scand J Dent Res 1993; 101(2): 110-4.

17. da Fonseca MA. Eat or heat? The effects of poverty on children's behavior. Pediatr Dent 2014; 36(2): 132-7.

18. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics 2012; 129: e232-46.

19. Zhou Y, Cameron E, Forbes, G, Humphris G. Systematic review of the effect of dental staff behavior on child dental patient anxiety and behavior. Patient Educ Couns 2011; 85(1): 4-13. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.002

20. Chambers DW. Communicating with the young dental patient. J Am Dent Assoc 1976;93(4):793-9.

21. Nutter DP. Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: Iatrogenic considerations. J Calif Dent Assoc 2009; 37(10): 713-8.

22. Goleman J. Cultural factors affecting behavior guidance and family compliance. Pediatr Dent 2014; 36(2): 121-7.

23. Burgess J, Meyers A. Pain management in dentistry. Available at: "http://emedicine.medscape.com/article 2066114-overview". Accessed February 17, 2015.

24. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on pediatric pain management. Pediatr Dent 2015; 37(special issue): 82-3.

25. American Dental Association Division of Legal Affairs. Dental Records. Chicago, Ill.: American Dental Association; 2007:16.

26. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Use of local anesthesia for pediatric dental patients. Pediatr Dent 2015; 37(special issue): 199-205.

27. Nutter DP. Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: Neurobiologic considerations. J Calif Dent Assoc 2009; 37(10): 705-10.

28. Versloot J, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Children's self-reported pain at the dentist. Pain 2008;

137(2): 389-94.

29. Stinson JN, Kavanagh T, Yamada J, Gill N, Stevens B. Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-reporting pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. Pain 2006; 125(1): 143-57.

30. Veerlot J, Veerkamp JS, Hogstraten J. Assesment of pain by the child, dentist, and independent observers. Pediatr Dent 2004; 26(5): 445-9.

31. Murtomaa H, Milgrom P, Weinstein P, Vuopio T. Dentists' perceptions and management of pain experienced by children during treatment: A survey of groups of dentists in the USA and Finland. Int J Paediatr Dent 1966; 6 (1): 25-30.

32. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior symposium Workshop A report – Current guidelines/revisions. Pediatr Dent 2014; 36(2): 152-3.

33. Klingberg G. Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry: A review of background factors and diagnostics. Eur Arch Paediatr Dent 2007; 8(4): 11-5.

34. Nash DA. Engaging children's cooperation in the dental environment through effective communication. Pediatr Dent 2006; 28(5): 455-9.

35. Nutter DP. Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: Target considerations. J Calif Dent Assoc 2009; 37(10): 719-22.

36. Fox C, Newton JT. A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. Community Dent Oral Epidemiol 2006; 34(6): 455-9.

37. Melamed BG, Hawes RR, Heiby E, Glick J. Use of filmed modeling to reduce uncooperative behavior of children during dental treatment. J Dent Res 1975; 54 (4): 797-801.

38. Williams JA, Hurst MK, Stokes TF. Peer observation in decreasing uncooperative behavior in young dental patients. Behav Modif 1983; 7(2): 225-42.

39. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: A fresh look at old pedagogy. J Dent Educ 2001; 65(12): 1369-77.

40. Townsend JA. Behavior guidance in the pediatric patient. In: Casamassimo PS, Fields HW Jr, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. Pediatric Dentistry - Infancy through Adolescence. 5th ed. St Louis, Mo. Elsevier-Saunders Co; 2013: 352-70.

41. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW Jr, Beck M. Attitudes of contemporary parents toward behavior

management techniques used in pediatric dentistry. Pediatr Dent 2005; 27(2): 107-13.

42. Pinkham JR. The roles of requests and promises in child patient management. J Dent Child 1993; 60(3):169-74.

43. Kamath PS. A novel distraction technique for pain management during local anesthesia administration in pediatric patients. J Clin Pediatr Dent 2013; 38(1): 45-7.

44. Pickrell JE, Heima M, Weinstein P, et al. Using memory restructuring strategy to enhance dental behaviour. Int J Paediatr Dent 2007; 17(6): 439-48.

45. La Rosa-Nash PA, Murphy JM. A clinical case study: Parent-present induction of anesthesia in children. Pediatr Nursing 1996; 22(2): 109-11.

46. Nutter DP. Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: Iatrogenic considerations. J Calif Dent Assoc 2009; 37(10): 713-8.

47. Fisher-Owens S. Broadening perspectives on pediatric oral health care provision: Social determinants of health and behavioral management. Pediatr Dent 2014; 36(2): 115-20.

Bibliografia di riferimento per "l'Ansiolisi in odontoiatria pediatrica"

1. Adair SM. Hand-over-mouth: no science and no social validity. Pediatr Dent. 2005; 27: 94.

2. American Academy of Pediatric Dentistry Ad Hoc Committee on Sedation and Anesthesia; American Academy of Pediatric Dentistry Committee on Sedation and Anesthesia. Policy on the use of deep sedation and general anesthesia in the pediatric dental office. Pediatr Dent 2005-2006; 27 (7 Reference Manual): 51-2.

3. American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee--Behavior Management Subcomittee; American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs Committee on Behavior Guidance. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent 2005-2006; 27 (7 Reference Manual): 92-100.

4. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on appropriate use of local anesthesia for pediatric dental patients. Pediatr Dent 2005-2006; 27 (7 Reference Manual): 101-6.

5. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs--Sedation and General Anesthesia

Subcommittee; American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs--Sedation and Anesthesia Subcommittee. Guideline on use of anesthesia care providers in the administration of in-office deep sedation/general anesthesia to the pediatric dental patient. Pediatr Dent 2005-2006; 27 (7 Reference Manual): 119-21.

6. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs-Sedation and General Anesthesia Subcommittee; American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs-Sedation and Anesthesia Subcommittee. Guideline on appropriate use of nitrous oxide for pediatric dental patients. Pediatr Dent 2005-2006; 27 (7 Reference Manual): 107-109.

7. American Academy of Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatric Dentistry Committee on Sedation and Anesthesia. Guideline on the elective use of minimal, moderate, and deep sedation and general anesthesia for pediatric dental patients. Pediatr Dent 2005-2006; 27 (7 Reference Manual): 110-8.

8. Ashley PF, Williams CE, Moles DR, Parry J. Sedation versus general anaesthesia for provision of dental treatment in under 18 year olds. Cochrane Library Syst Rev 2012; 11: CD006334.

9. Baghdadi ZD. Evaluation of electronic dental anesthesia in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 88: 418-423.

10. Brosius KK, Bannister CF. Oral midazolam premedication in preadolescents and adolescents. Anesth Analg 2002; 94: 31-6.

11. Coté CJ, Karl HW, Notterman DA, Weinberg JA, McCloskey C. **Adverse Sedation Events in Pediatrics: Analysis of Medications Used for Sedation.** Pediatrics 2000; 106: 633 - 644.

12. Coté CJ. **Pediatric, dental communities concerned about safe sedation for kids.** AAP News 2002; 21: 204 - 204.

13. Coté CJ. **Sedation disasters in pediatrics and concerns for office based practice.** Can J Anesth 2002; 49: R10 – 10

14. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009. Eur J Dent Educ 2010; 14: 193–202.

15. Davis MG, Vogel LD. Local anesthetic safety in pediatric patients. Dent Update 2003; 30: 350-358.

16. Dental Sedation Teachers Group. Conscious Sedation in Dentistry: Standards for Postgraduate Education. Dublin: DSTG; 2008.

17. Facco E, Zanette G, Favero L, Bacci C, Sivolella S, Cavallin F, Manani G. Toward the validation of visual analogue scale for anxiety. Anesth Prog. 2011 Spring; 58(1): 8-13.

18. Facco E, Zanette G, Manani G. L'insegnamento di Anestesiologia Generale e Speciale Odontostomatologica. Anestesia Forum 2011; 1: 21-28.

19. Facco E, Casiglia E, Masiero S, Tikhonoff V, Giacomello M, Zanette G. Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. Int. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2011; 59: 1-15.

20. Manani G, Facco E, Favero L, Favero G, Berengo M, Stellini E, Bressan E, Bacci C, Sivollela S, Mazzuchin M, Zanette G. Comparison by means of Bispectral Index Score, between anxiolysis induced by diazepam and sedation induced by midazolam Minerva Stomatol. 2011; 60:365-81.

21. Fukuta O; Braham RL; Yanase H; Kurosu K: Intranasal administration of midazolam: pharmacokinetic and pharmacodinamic properties and sedative potential. ASDC J Dent Child 1997; 2: 89-98.

22. Haas DA, Nenniger SA, Yacobi R, Magathan JG, Grad HA, Copp PE, Charendoff MD. A pilot study of the efficacy of oral midazolam for sedation in pediatric dental patients. Anesth Prog 1996; 43: 1-8.

23. Hartgraves PM, Primosch RE. An evaluation of oral and nasal midazolam for pediatric dental sedation. ASDC J Dent Child 1994; 61: 175-81.

24. Hosey MT. UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Managing anxious children: the use of conscious sedation in paediatric dentistry. Int J Paediatr Dent 2002; 12: 359-72.

25. Hulland SA, Freilich MM, Sandor GK. Nitrous oxide-oxygen or oral midazolam for pediatric outpatient sedation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 93: 643-6.

26. Independent Expert Group on Training Standards for Sedation in Dentistry. A Guide to Maintaining Professional Standards in Conscious Sedation for Dentistry. London: IEGTSSD; 2011.

27. Lee-Kim SJ, Fadavi S, Punwani I, Koerber A. Nasal versus oral midazolam sedation for pediatric dental patients. J Dent Child 2004; 71: 126-30.

28. Leelataweedwud P, Vann WF Jr. Adverse events and outcomes of conscious sedation for pediatric patients: study of an oral sedation regimen. J Am Dent Assoc. 2001; 132: 1531-9.

29. Litman RS, Berkowitz RJ, Ward DS. Levels of consciousness and ventilatory parameters in young children during sedation with oral midazolam and nitrous oxide. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996; 150: 671-5.

30. Lourenço-Matharu L, Ashley PF, Furness S. Sedation of children undergoing dental treatment. Cochrane Library Syst Rev 2012; 3: CD003877.

31. G. Manani et al. "Analysis of an anxiolytic technique applied to 1179 patients undergoing oral surgery". Minerva Stomatol 2005; 54: 551-68.

32. McComb M, Koenigsberg SR, Broder HL, Houpt M. The effects of oral conscious sedation on future behavior and anxiety in pediatric dental patients. Pediatr Dent. 2002; 24: 207-11.

33. Meneghini L, Zadra N, Zanette G, Baiocchi M, Giusti F. The usefulness of routine preoperative laboratory tests for one day-surgery in healthy children. Paediatr Anaesth 1998, 8: 11-15.

34. National Institute for Health and Care Excellence. Sedation in Children and Young People. London: NICE; 2010.

35. Paterson SA, Tahmassebi JF. Paediatric dentistry in the new millenium: use of inhalation sedation in paediatric dentistry. Dent Update 2003; 30: 350-6.

36. Pawlicki RE. Psychological/behavioral techniques in managing pain and anxiety in the dental patient. Anesth Prog 1991; 38: 120.

37. Primosch RE, Guelmann M. Comparison of drops versus spray administration of intranasal midazolam in two- and three-year-old children for dental sedation. Pediatr Dent 2005; 27: 401-8.

38. Ram D, Peretz B. Administering local anaesthesia to paediatric dental patients. Current status and prospects for the future. Int J Paediatr Dent 2002, 12: 80-89.

39. Rantavuori K, Zerman N, Ferro R, Lahti S. Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. Acta Odontol Scand 2002; 60: 297-300.

40. Resuscitation Council (UK). Quality Standards for Cardiopulmonary Resuscitation Practice and Training: Primary Dental Care. London: Resuscitation Council (UK); 2013.

41. Robb ND. Which is the most effective drug or method of sedation used for anxious children? What are the most effective techniques for the use of conscious sedation behaviour management in paediatric dentistry? Evid Based Dent 2005; 6: 71.

42. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Sedation in children. SAAD Digest 2004; 21(2): 20-26.

43. Seale NS. Behavior management conference panel III report-Legal issues associated with managing children's behavior in the dental office. Pediatr Dent. 2004; 26: 175-9.

44. Selbst S.M. **Adverse Sedation Events in Pediatrics: A Critical Incident Analysis of Contributing Factors.** Pediatrics 2000; 105: 864 - 865.

45. Standards for Conscious Sedation in the Provision of Dental Care. Report of the Intercollegiate Advisory Committee for Sedation in Dentistry. 2015. Reperibile su: https://www.rcseng.ac.uk/fds/Documents/dental-sedation-report-2015-web-v2.pdf

46. Wilson S, Cody WE. An analysis of behavior management papers published in the pediatric dental literature. Pediatr Dent 2005; 27: 331-8.

47. Zanette G, Robb N, Facco E, Zanette L, Manani G. Sedation in dentistry: current sedation practice in Italy. Eur J Anaesthesiol 2007; 24:198-200.