

Oral care in geriatria: un fattore determinante della salute e della qualità di vita

Emilio Martini¹, Maria Lia Lunardelli¹

Editoriale

INTRODUZIONE

I progressi della medicina e i miglioramenti della condizioni di vita hanno portato a un allungamento della vita media con un'attesa di vita a 65 anni che attualmente in Italia può raggiungere i 19 anni per le donne e circa 16 per gli uomini. Questi anni di vita guadagnati sono ancora in gran parte caratterizzati da un'alta prevalenza di malattie cronico-degenerative, spesso coesistenti, con importanti ripercussioni sull'autonomia e sulla qualità della vita.

All'interno delle comorbidità che possono presentarsi nelle persone anziane, una delle condizioni che più influisce sulla qualità della vita è rappresentata dai disturbi del cavo orale.

La popolazione anziana, rispetto alla popolazione generale, ha una maggiore prevalenza di problemi orali e dentali. Questo è dovuto non tanto all'invecchiamento fisiologico in sé, come dimostra l'esistenza di molti casi di invecchiamento in buona salute in cui è mantenuta una condizione orale soddisfacente, quanto alla maggiore incidenza di alcune patologie che interessano direttamente il cavo orale. In età geriatrica sono frequenti la perdita di denti, le lesioni della mucosa di natura neoplastica o infettiva e i sanguinamenti. A queste condizioni si aggiungono gli effetti cumulativi delle malattie sistemiche tipiche dell'anziano (Tabella I) che, oltre ad avere una propria azione diretta sul cavo orale, predispongono anche agli effetti secondari della polifarmacoterapia (Tabella II), di cui il cavo orale è un bersaglio frequente (xerostomia, infezioni da *Candida*).

La letteratura più recente ha evidenziato le importanti ripercussioni che le alterazioni del cavo orale esercitano sullo stato di salute [1].

In primo luogo la bocca rappresenta una porta di entrata per infezioni che possono divenire sistemiche attraverso l'aspirazione polmonare (polmonite *ab ingestis* o da inalazione) o per diffusione ematica (sepsi), con gravi conseguenze e aumentato rischio di mortalità [2].

Tra le patologie del cavo orale l'infiammazione cronica del parodonto (parodontite) è associata a un'aumentata incidenza di malattie cardiovascolari (cardiopatía ischemica e ictus) attraverso meccanismi di natura flogistica o autoimmunitaria (diffusione di batteri dal cavo orale nel torrente sanguigno con danno all'endotelio vascolare diretto o mediato dalla formazione di autoanticorpi) [3].

La malattia parodontale rappresenta inoltre un fattore predisponente per il diabete e di aggravamento dei valori glicemici nei pazienti già diabetici. È stato infatti dimostrato che un corretto trattamento della malattia parodontale determini un miglior controllo metabolico nei soggetti diabetici [4].

IL CONCETTO DI QUALITÀ DI VITA CORRELATO ALLA SALUTE ORALE

Per salute si intende, secondo la classica definizione dell'OMS del 1946, «uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità», mentre la qualità della vita implica un

¹ UO Geriatria, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Corresponding author
Dott.ssa
Maria Lia Lunardelli
marialia.lunardelli@aosp.
bo.it

- Demenza di Alzheimer e altre forme di demenza
- Malattia di Parkinson e altre malattie degenerative del sistema nervoso centrale
- Esiti di ictus cerebrale con grave disabilità e disfagia
- Comorbilità grave con limitazione funzionale
- Patologie neoplastiche
- Fragilità (malnutrizione, disturbi dell'equilibrio, cadute, sarcopenia, osteopenia, disabilità, ecc.)

Tabella I
Condizioni dell'anziano che predispongono a problemi odontostomatologici

concetto multidimensionale della vita stessa correlato alla «percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita, nel contesto culturale e nel sistema in cui vivono e in relazione ai loro obiettivi, aspettative e interessi» (OMS 1993).

Nel 2001 con la nuova classificazione delle malattie (ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) è stato meglio definito il rapporto tra salute e qualità della vita attraverso la puntualizzazione degli effetti e delle conseguenze delle patologie sull'attività e sulla sfera sociale dell'individuo [5].

Recentemente è stato rivalutato il ruolo della salute orale sul benessere generale e sulla qualità della vita [6]. Questa interazione si realizza in particolare nell'anziano, in cui lo stato di salute e di funzionalità del cavo orale incide in maniera determinante sia sulle normali attività di vita quotidiana, sia sulle capacità relazionali e sociali. Una condizione molto frequente nell'anziano come la perdita dei denti (edentulia) è responsabile infatti non solo di riduzione della funzione masticatoria, con mutamento delle abitudini alimentari, disfagia e difficoltà digestive, ma anche di cambiamento nelle relazioni per disagio a parlare e sorridere fino all'isolamento e alla depressione. Il momento del pasto ha una grandissima importanza per l'anziano che viene gratificato dalla presenza dei familiari o degli altri commensali: la forzata

rinuncia a questa quotidiana occasione di comunicazione assume un forte impatto nei confronti della qualità di vita [7].

ANZIANI E PROBLEMI DEL CAVO ORALE: QUALI CRITICITÀ

Nonostante l'evidenza dell'importanza della salute orale nell'anziano, spesso i problemi del cavo orale sono sottovalutati sia dal personale sanitario sia dagli anziani e dai loro familiari. Ciò accade principalmente per due ordini di motivi:

- scarsa conoscenza del problema;
- difficoltà di accesso ai servizi.

Scarsa conoscenza del problema

Un lavoro svolto in ambito ospedaliero ha evidenziato che i medici ospedalieri non esaminano di routine la bocca dei propri pazienti e pochi ritengono di avere una formazione sufficiente per eseguire un buon esame del cavo orale [8].

Un studio analogo sul personale infermieristico e di assistenza in servizio presso reparti geriatrici acuti e di riabilitazione ha dimostrato che solo il 50% era in grado di fornire assistenza per l'igiene orale e che comunque spesso la loro conoscenza delle ragioni di questa pratica non era adeguata [9]. Questo gap tra conoscenze teoriche e applicazioni pratiche dovrebbe essere affrontato con la formazione specifica e con progetti finalizzati [10]. Un aspetto interessante emerso da questo studio e confermato in altre ricerche è la correlazione positiva tra l'attitudine verso la propria cura orodentale del personale sanitario e il grado di attenzione che questi mostrava per l'igiene orale dei pazienti anziani che aveva in carico [11].

Tabella II
Farmaci con eventi avversi a carico del cavo orale

Classe terapeutica	Molecole
Ansiolitici	Benzodiazepine
Anticonvulsivanti	Carbamazepina
Antidepressivi	Fluoxetina, fluvoxamina, imipramina
Antinfiammatori	Naprossene, ibuprofene, piroxicam
Antiparkinson	L-dopa
Antipertensivi	Captopril, cloridina, reserpina
Antipsicotici (tipici e atipici)	
Antispastici	
Antistaminici	Terfenadina, prometazina
Diuretici	Furosemide, idroclorotiazide, amiloride

Difficoltà di accesso ai servizi

È documentata una diffusa difficoltà di accesso alle cure dentarie da parte della popolazione disabile in generale e di quella anziana in particolare. Innanzi tutto esiste un problema culturale per cui gli anziani stessi e i loro familiari tendono a sottostimare i problemi relativi alla bocca e ai denti; spesso hanno un atteggiamento fatalistico riguardo al problema orale, come se fosse normale arrivare all'anzianità sdentati, con denti rotti o con protesi non adeguate. Esiste poi una obiettiva difficoltà nel reperire specialisti odontoiatri che si occupino della bocca degli anziani e spesso anche la distanza dai centri odontoiatrici e la difficoltà di spostamento di anziani con disabilità o difficoltà fisiche possono rappresentare un serio problema di accesso ai servizi. Non ultimo esiste il problema dei costi elevati delle prestazioni odontoiatriche, costi che spesso gli anziani non hanno la possibilità di sostenere.

Per ovviare a quest'ultimo problema, nel Regno Unito fin dal 1996 sono state pubblicate specifiche linee guida per garantire l'accesso alle cure dentali da parte delle persone disabili, ulteriormente aggiornate nel 2001 [12].

La stessa esigenza è stata avvertita anche in Italia. La normativa nazionale in materia è costituita principalmente dal D.lgs. 229/99 che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e disciplina il funzionamento dei fondi integrativi del SSN, e dal DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" [13]. Tali indicazioni nazionali limitano la competenza del SSN ai «programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica verso soggetti in condizione di particolare vulnerabilità», affidando ai fondi integrativi del SSN l'assistenza odontoiatrica per i servizi complementari. Su questa materia alcune Regioni (Valle d'Aosta, Veneto, Liguria, Umbria, Marche, Calabria e Puglia) individuano condizioni specifiche di erogazione. In generale, l'assistenza odontoiatrica è limitata ai minori, agli invalidi gravi, ai soggetti in condizioni economiche gravemente disagiate e (solo in Veneto e in Calabria) ai soggetti con specifiche patologie.

Le protesi dentarie sono escluse dai LEA e il loro costo è a totale carico del cittadino; l'erogazione gratuita a specifiche categorie di soggetti determina l'individuazione di un

livello assistenziale aggiuntivo da finanziarsi con risorse proprie da parte delle Regioni.

A tale proposito, per esempio, il Servizio Sanitario Regionale della Toscana garantisce gratuitamente protesi dentarie a soggetti residenti, appartenenti a nuclei familiari a bassissimo reddito e in condizioni di disagio sociale.

La Regione Emilia Romagna ha posto in essere un complesso di azioni (Delibera n. 2678 del 20/12/2004: "Programma assistenza odontoiatrica nella regione Emilia Romagna: programma regionale attuazione Lea e definizione livelli aggiuntivi") nell'ambito delle quali va annoverata anche la copertura delle spese per i manufatti di tipo odontoiatrico necessari a coloro che presentano disturbi alla masticazione e alla popolazione anziana.

La Provincia autonoma di Trento garantisce ai soggetti di età superiore ai 60 anni e in precarie condizioni di reddito del nucleo familiare la concessione di un contributo per l'applicazione di protesi mobili secondo quanto stabilito dalla legge provinciale n. 20 del 31 agosto 1991.

LA NOSTRA ESPERIENZA

Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dal 2004 è stato attuato un progetto definito "Prevenzione e cura del cavo orale del paziente ricoverato in reparto geriatrico per acuti". Il progetto è nato con la finalità di migliorare la qualità assistenziale del paziente anziano ospedalizzato attraverso la riduzione dei rischi da ricovero (infezioni locali e sistemiche, miglioramento dello stato nutrizionale) e l'individuazione di quel bisogno di cure odontostomatologiche, generalmente ignorato e trascurato.

Il progetto ha coinvolto tutto il personale del reparto di geriatria (operatori socio-sanitari, infermieri, medici) ed è stato preceduto da un periodo di formazione teorico e pratico specifico sui problemi orali dell'anziano; successivamente sono stati coinvolti il paziente e il suo *caregiver* con un intervento di sensibilizzazione sui problemi orali. Il progetto, grazie alla collaborazione tra le Unità Operative di Geriatria e Odontostomatologia, prevedeva periodiche e strutturate consulenze odontoiatriche nel reparto di geriatria finalizzate ad affrontare i problemi orali rilevati durante la visita quotidiana [14].

Acronimo	Scala
OAG	Oral Assessment Guide
ROAG	Revised Oral Assessment Guide
BOHSE	Brief Oral Health Status Examination
OHAT	Oral Health Assessment Tool
THROAT	The Holistic and Reliable Oral Assessment Tool
MPS	Mucosal Plaque Index
GOHAI	Geriatric Oral Assessment Index
DIDL	Dental Impact on Daily Living

Tabella III
Principali scale di
valutazione
del cavo orale

All'interno di questo progetto è stato successivamente eseguito uno studio allo scopo di chiarire le possibili relazioni tra le principali sindromi geriatriche (comorbidità, polifarmacoterapia, deficit cognitivo, depressione, malnutrizione, perdita dell'autonomia) e la patologia del cavo orale. 103 pazienti selezionati in modo randomizzato con età media di circa 83 anni sono stati valutati in cieco da un geriatra che ha applicato una serie di scale validate per la rilevazione delle sindromi geriatriche sopra citate e da un odontoiatra che ha applicato una scala tradotta e adattata alla lingua italiana (OHAT; *Oral Health Assessment Tool*) per la rilevazione dei problemi orali. I risultati finali (dati in pubblicazione) hanno indicato che demenza, malnutrizione ed elevata comorbidità sono altamente correlate allo sviluppo di problemi orali, ma che la variabile maggiormente significativa è risultata essere la perdita dell'autonomia soprattutto nelle manovre di igiene orale quotidiana. Da questi dati, così come da molte osservazioni della letteratura, emerge un'indicazione molto importante sulla necessità che le persone non autonome vengano aiutate a svolgere una corretta igiene orale da parte del personale di assistenza e dai *caregiver*. La maggiore attenzione ad aspetti relativamente semplici della cura della persona quali l'igiene orale può tradursi in risultati significativi come la prevenzione delle patologie orali e il miglioramento della qualità della vita anche nei pazienti più compromessi. Ne consegue che la formazione del personale di assistenza su questi aspetti diventa un investimento di grande valore per un'assistenza qualificata ed efficace.

PROSPETTIVE FUTURE

L'interesse della geriatria verso uno degli aspetti della cura spesso sommerso è dimostrato dalle iniziative e dei percorsi assistenziali di odontoiatria geriatrica che negli ul-

timi anni sono stati promossi dai geriatri in collaborazione con gli odontostomatologi in alcune Regioni d'Italia.

Il punto di partenza delle esperienze più significative svolte in vari *setting* assistenziali, dal reparto per acuti al domicilio, alle cure semiresidenziali e residenziali, è stato il riconoscimento di una difficoltà nell'accesso alle cure dentali in particolare per gli anziani più compromessi sul piano dell'autonomia fisica o cognitiva e quindi la necessità di colmare un gap tra bisogno e risposta.

La collaborazione con gli specialisti odontostomatologi è stata determinante sia nella fase di formazione degli operatori sia in quella della realizzazione di azioni specifiche a favore della valutazione del cavo orale e degli interventi di cura. Si è quindi sviluppata in tempi relativamente rapidi una cultura di **odontoiatria geriatrica** che, in parallelo con una maggiore sensibilità del servizio sanitario verso la fasce più deboli, ha permesso di sperimentare soluzioni innovative per portare più vicino all'anziano le cure odontoiatriche. Come è accaduto in altri campi della cura geriatrica, diverse professionalità – gli infermieri, gli igienisti orali, gli operatori sociosanitari e gli stessi pazienti o *caregiver* – sono stati a vario titolo coinvolti e addestrati.

Queste esperienze hanno posto all'attenzione dei geriatri il cavo orale come parte integrante della valutazione multidimensionale, alla stessa stregua di altri aspetti della salute somatica, e hanno stimolato gli odontoiatri ad adattare le tecniche, i materiali e gli interventi alla complessità polipatologica e funzionale della persona anziana, con disabilità o con problematiche cognitive. Per quanto riguarda la necessità della valutazione degli aspetti relativi alla salute orale e alla capacità di svolgere autonomamente l'igiene orale è stato necessario sviluppare strumenti di valutazione specifici nati dalla collaborazione tra geriatri e odontoiatri. In Tabella III sono elencati alcuni dei principali, tra cui l'OHAT che è stato ampiamente utilizzato nel progetto di Parma.

Infine, per dare piena attuazione a un programma di odontoiatria geriatrica, la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, nel corso del Convegno Nazionale 2009, ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da geriatri da tempo impegnati sul fronte della cura del cavo orale dell'anziano, dalla componente nursing, da rappresentanti della Società Italiana di Odontoiatria Geriatrica (SIOG) e della Società Italiana

di Odontoiatria e Handicap (SIOH), finalizzato alla promozione culturale e professionale attraverso la revisione delle migliori pratiche clinico-assistenziali, alla promozione di progetti di cura e alla redazione di raccomandazioni assistenziali.

BIBLIOGRAFIA

1. Smith B, Baysan A, Fenlon M. Association between Oral Health Impact Profile and General Health scores for patients seeking dental implants. *J Dent* 2009; 37: 357-9
2. Didilescu AC, Skaug N, Marica C, Didilescu C. Respiratory pathogens in dental plaque of hospitalized patients with chronic lung diseases. *Clin Oral Investig* 2005; 9: 141-7
3. Bahekar AA, Singh S, Saha S, Molnar J, Arora R. The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: a meta-analysis. *Am Heart J* 2007; 154: 830-7
4. Mealry BL, Rose LF. Diabetes mellitus and inflammatory periodontal diseases. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2008; 15: 135-41
5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2001
6. Chen M, Andersen RM, Barmes DE, Leclercq MH, Lyttle CS. Comparing oral health systems. A Second International Collaborative Study. Geneva: WHO, 1997
7. Strohmenger L, Ferro R. Odontoiatria di comunità. Milano: Masson, 2003
8. Morgan R, Tsang J, Harington N, Fook L. Survey of hospital doctors' attitudes and knowledge of oral conditions in older patients. *Postgrad Med J* 2001; 77: 392-4
9. Preston AJ, Punekar S, Gosney MA. Oral care of elderly patients: nurses' knowledge and views. *Postgrad Med J* 2000; 76: 89-91
10. Rak OS, Warren K. An assessment of the level of dental and mouthcare knowledge amongst nurses working with elderly patients. *Community Dental Health* 1990; 7: 295-301
11. Wardh I, Andersson L, Sorensen S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology* 1997; 14: 28-32
12. BSDH. Guidelines for standards of dental care for people with disabilities. British Society of Dentistry for the Handicapped, 1996
13. DPCM 29/11/2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, supplemento ordinario n. 26
14. Azienda Ospedaliera di Parma. Attuazione livelli essenziali di assistenza nel campo della prevenzione e cura del cavo orale del paziente ricoverato in reparto geriatrico per acuti. Forum PA, 2004. 5° edizione del premio per le eccellenze nei servizi sanitari. Disponibile su: <http://www.forumpa.it/forumpa2004/sanita/cdrom/home/progetto/105.html> (ultimo accesso: aprile 2010)