Anamnesi: primo passo della medicina odontoiatrica

F. Alfonsi, A. Barone, P. Tonelli,
F. Antenucci, V. Palazzo, M. Nisi

Conoscere

Ricercare

Fare

Pianificare

Prescrivere

Intervenire

Introduzione

Molti autori hanno negli anni definito l'importanza assoluta dell'anamnesi come primo pilastro della medicina, lo strumento con il quale il pensiero critico e la capacità di analisi del clinico si fondono con la storia del paziente, la sue abitudini, la sua salute, le sue caratteristiche.

Troppo spesso l'odontoiatra non prevede per questa fase un tempo sufficiente, relegando a un questionario generale e poco dettagliato la raccolta di informazioni. La capacità di ascolto viene soppiantata dalla routine del profitto che lascia al tempo il solo valore di produttività, e non di umanità.

Questo è a nostro avviso un errore molto importante sia dal punto di vista puramente etico e medico, sia dal punto di vista manageriale e gestionale.

Eseguire una corretta prima visita, instaurare un buon rapporto di ascolto e di empatia con il paziente rappresentano la base di un percorso di sicuro successo e di un processo di fidelizzazione solido e duraturo.

Obiettivo di questo capitolo è quello di parlare del metodo anamnestico e delle sue fondamenta, e di suggerire all'odontoiatra un protocollo semplice e fruibile per affrontare il proprio quotidiano.

Prima visita

▸ *Conoscere*

Tutte le volte che il paziente odontoiatrico giunge alla nostra osservazione è indispensabile avere un corretto approccio e un efficace controllo della stato di salute generale e delle eventuali patologie in atto; tutto ciò rappresenta un potente aiuto diagnostico e comunicativo.
Il metodo CFP parte dal momento della prima visita (1.1).
È fondamentale dedicare del *tempo* alla visita di conoscenza del paziente e dare all'*ascolto empatico* una grande rilevanza. Il paziente deve percepire l'interesse, la dedizione, la presenza e la passione dell'odontoiatra. Deve sentirsi al centro della nostra attenzione e della nostra comunicazione. Deve percepire sicurezza, attenzione ai dettagli, concentrazione e umanità.
Il primo passo della visita medica di conoscenza si basa su un *approccio umano*, instaurando un dialogo generico prima di scendere nei dettagli del problema specifico. Si consiglia di condurre questa prima fase in completa solitudine con il paziente al fine di instaurare un rapporto calmo e produttivo in un ambiente sereno. Evitare inoltre di somministrare questionari anamnestici prestampati o impersonali, ma indagare personalmente attraverso uno schema anamnestico completo e orientato alla tipologia di paziente.
La registrazione dei dati generali e delle informazioni pratiche mediante modelli dedicati è un compito che può essere demandato al personale ausiliario. Tutto il resto va gestito, definito e specificato durante la *prima visita medica odontoiatrica* completa fatta dall'odontoiatra.
Questo approccio è fondamentale anche con pazienti già in cura che tornano alla nostra osservazione dopo uno o due anni dal termine delle cure odontoiatriche. In questo caso è fondamentale il ruolo di aggiornamento fatto dal personale ausiliario e dall'igienista dentale che ha seguito le fasi di mantenimento. La vita individuale, e soprattutto la salute generale del paziente possono, essere cambiate in questo lasso di tempo e pertanto devono essere indagate nel dettaglio.
Tutto ciò è sinonimo di attenzione alla salute, di precisione nel lavoro, di preparazione del medico.
Al termine di questa prima fase di raccolta dei dati, l'odontoiatra deve studiare, analizzare e approfondire tutte le informazioni mediche raccolte e consultarsi con il medico curante del paziente se necessario o con lo specialista di riferimento per formulare un corretto piano di lavoro odontoiatrico incentrato sul sistema CFP, che tenga conto dello stato di salute generale del paziente e dell'assunzione di farmaci.
La fase iniziale termina con un nuovo colloquio con il paziente ed eventualmente con i familiari (se minore o non in grado di collaborare), in cui si informa delle procedure terapeutiche svolte e del piano di trattamento generale da eseguire.

1.1 Conduzione della prima visita secondo il metodo CFP

Fasi di lavoro	Come agire
Fase di ascolto	Analisi ragionata storia clinica
Domande anamnestiche specifiche	Questionario mirato alla patologia di interesse, ricerca punti dubbi, sospetti diagnostici
Compilazione della cartella anamnestica	Anamnesi semistrutturata
Visita medica	Registrare parametri di base
Segnalazione dei contatti di specialisti e del curante	Contattare lo specialista e analizzare i punti critici
Raccolta documentazione preesistente relativa alla patologia in atto	Cartelle cliniche, referti medici, ricoveri, dimissioni, altre eventuali segnalazioni
Raccolta documentazione preesistente relativa alla terapia farmacologica in atto	Prescrizioni più importanti e attuali
Compilazione della cartella clinica iniziale	Formulazione di una cartella semplice, chiara, completa
Definizione del profilo di rischio	Bilancio tra il rischio procedurale e il rischio sistemico

Cos'è l'anamnesi?

L'esecuzione di un corretto esame anamnestico, come già accennato in precedenza, presuppone un cambio di approccio nel rapporto odontoiatra-paziente e si fonda su tre principi essenziali:

- tempo;
- ascolto;
- empatia.

1.2 Schema dell'anamnesi

Tipologie di anamnesi		
Schema dell'anamnesi familiare	Informazioni sullo stato di salute di genitori e fratelli o sorelle	Ricerca di malattie ereditarie: diabete, neoplasie del colon-retto
Anamnesi fisiologica (o personale)	Informazioni collegate alla vita del paziente	Dalla nascita, alla pubertà, allo sviluppo psico-fisico
Anamnesi patologica remota	Indagine cronologica e ordinata di malattie, traumi importanti e interventi chirurgici pregressi	Malattie infettive, patologie neoplastiche, traumi ossei pregressi
Anamnesi patologica prossima	Riguarda il disturbo per cui il paziente consulta il medico	Dolore, terapia in atto, insorgenza dei disturbi (localizzazione, intensità, forma, carattere, irradiazione)

In molti casi della pratica clinica quotidiana, eseguire una buona e completa anamnesi permette da un lato di comprendere meglio il quadro clinico del paziente e dall'altro di offrire un'assistenza medica migliore. Nello specifico l'*odontoiatra deve indagare*:

- il momento d'inizio della patologia in esame;
- il suo decorso;
- i sintomi e le loro caratteristiche;
- i farmaci assunti durante la patologia o in precedenza.

Per un miglior approccio con il paziente si consiglia l'utilizzo di un'anamnesi semistrutturata che aiuti il medico a essere il più completo possibile nelle sue indagini e allo stesso tempo fornisca la possibilità di appuntare, aggiungere ed evidenziare fattori importanti al successivo percorso diagnostico. Nella letteratura medica l'anamnesi è suddivisa in anamnesi familiare, fisiologica, patologica (remota e prossima) come illustrato nella Tabella 1.2.

Nel nostro metodo di lavoro CFP, consigliamo di prendere in considerazione per una perfetta anamnesi del paziente anche le cosiddette "valutazioni anamnestiche secondarie" tra le quali diamo assoluta priorità all'anamnesi farmacologica.

1.3 Esempio di anamnesi farmacologica in paziente geriatrica, di sesso femminile, in terapia con NAO per fibrillazione atriale non valvolare e presenza di altre patologie sistemiche

Conoscere	Esempio
Data e ora dell'ultima dose assunta	Ultima dose di anticoagulante
Nome commerciale del farmaco o principio attivo	Rivaroxaban
Via di somministrazione del farmaco	Per os
Posologia	10-15 mg una volta al giorno
Tempo di inizio terapia	2 anni
Eventuali sospensioni o sostituzioni o variazioni di dosaggio	Bridging per chirurgia pregressa ortopedica di grave entità
Reazioni avverse non allergiche a farmaci	Indicare se presenti
Precedenti episodi legati all'anestesia generale e locale	Indicare se presenti
Precedente terapia antiaggregante/anticoagulante	Terapia precedente con warfarin
Assunzione di farmaci ALERT(nuovi farmaci antiriassorbitivi)	Denosumab, alendronato
Precedente terapia chemioterapica per neoplasia o mantenimento della stessa	Mantenimento con Letrozolo dopo patologia oncologica al seno

CFP e analisi farmacologica

Nella sezione dell'anamnesi farmacologica dovrebbero esser riportati al momento della prima visita tutti i farmaci assunti dal paziente (1.3).

Il metodo CFP prevede un approccio anamnestico diretto e molto semplice, che permetta all'odontoiatra di capire immediatamente i principali elementi patologici del paziente in esame e tutti i fattori di rischio generale prima di qualsiasi intervento odontoiatrico.

La procedura suggerita dagli autori prevede un questionario dialogato, definito in letteratura "fill-in", nel quale raccogliere le seguenti informazioni:

- generalità del paziente (nome, nazionalità, nome del medico curante, professione);

- elenco dei sintomi generali riferiti dal paziente con dettagli della descrizione;
- storia medica remota (pregressi interventi chirurgici, precedenti ricoveri ospedalieri);
- informazioni sulla salute generale (febbre recente, astenia, alterazioni del peso, alterazioni del sonno);
- informazioni di salute per sistema (occhi, sistema gastrointestinale, sistema neurologico).

Per esempio, in riferimento al sistema cardiovascolare vanno chiesti i dati relativi alla pressione arteriosa, alla presenza di dolore toracico, dispnea, cianosi, edema ecc., o in relazione al sistema endocrino possono essere indagati fenomeni di poliuria, polidipsia, polifagia.

Come effettuare una corretta visita medica in odontoiatria?

Per la valutazione clinica del paziente sono indispensabili:

- esame obiettivo;
- valutazione dei parametri vitali.

L'esame obiettivo medico di base che si richiede a un odontoiatra deve essere semplice ed essenziale. Esso consiste nell'ispezione visiva del paziente, nell'interpretazione di alcuni segni e sintomi, e nella registrazione accurata dei parametri vitali. Questo permette di definire la "baseline" del paziente prima di effettuare un percorso terapeutico e può indirizzare le scelte cliniche, le manovre precauzionali e un approccio corretto alle complicanze.

- *Esame fisico del paziente*. Va fatto analizzando l'aspetto e si basa sui seguenti parametri:
  - colore e tono della cute;
  - postura, motilità, agilità;
  - collaborazione;
  - pressione arteriosa (valori normali in adulto con meno di 50 anni):
    - pressione arteriosa minima (diastolica), deve essere minore di 90 mmHg;
    - pressione arteriosa massima (sistolica), deve essere minore di 140 mmHg;
    - valori superiori a questo range sono indicativi di uno stato di ipertensione.
- *Polso*. La frequenza cardiaca può essere misurata con un saturimetro. Le pulsazioni cardiache devono mantenersi tra 60 e 100 battiti al minuto (bpm). Sotto i 60 bpm si definisce di bradicardia, sopra i 100 bpm si parla di tachicardia.
- *Frequenza respiratoria*. La frequenza respiratoria in condizioni normali è di 12–20 atti respiratori al minuto.
- *Temperatura corporea*. Può essere misurata con un termometro. In condizioni normali deve mantenersi tra i 36,6 e i 37,4 °C.
- *Ossigenazione sanguigna*. Il pulsiossimetro permette di misurare la concentrazione di ossigeno nel sangue (SpO_2). Si definisce ipossia grave un valore di SpO_2 al di sotto del 90%.
- *Stato di coscienza*. Il soggetto può presentare i seguenti stati di coscienza:
  - cosciente (orientato, confuso, soporoso);
  - non cosciente.

Come si classifica lo stato fisico di un paziente con il metodo CFP?

L'anamnesi e l'esame obiettivo permettono di fare un bilancio corretto tra le condizioni del paziente, la tipologia di trattamento odontoiatrico, le valutazioni relative al tempo del trattamento e le indicazioni specifiche. In particolare l'odontoiatra deve indagare:

- i fattori clinici che possono limitare, modificare, vietare il trattamento odontoiatrico;
- i fattori odontoiatrici locali che possono limitare, modificare o vietare il trattamento;
- la funzionalità di organi e sistemi specifici;
- lo stato d'ansia del paziente e il livello di compliance;
- i fattori scatenanti condizioni di rischio o emergenza.

Nella pratica medica sono moltissime le classificazioni che vengono prese in riferimento per definire lo stato sistemico del paziente e gli indici di rischio medico.
La più utilizzata e più comune è la classificazione ASA, (si veda il Capitolo 3) che da molti anni rappresenta il punto

di riferimento. Negli ultimi anni i pazienti che richiedono terapie odontoiatriche sono sempre più appartenenti a una fascia di età avanzata, generalmente polimedicati e con numerose patologie anche croniche. La classificazione ASA rimane un importante riferimento, ma nel contempo si devono individuare soluzioni terapeutiche per ogni caso specifico considerando l'estrema variabilità e diversità di condizioni che si osservano.
Lo schema di riferimento è il seguente e divide per facilità il paziente in sei categorie:

1. sano, ovvero senza evidenti patologie di rilievo per le procedure odontoiatriche;
2. con patologia sistemica in trattamento;
3. con più di una patologia in trattamento;
4. in trattamento con farmaci "alert" (bisfosfonati, antiriassorbitivi, anticorpi monoclonali);
5. in età pediatrica;
6. con particolare fragilità (motoria o altro) o in gravi condizioni generali che permettono solamente di eliminare importanti malattie acute del cavo orale.

La letteratura scientifica riporta alcune classificazioni sulla definizione dello stato del paziente in riferimento alla stadiazione della patologia.

- *Rischio ridotto*: patologia compensata, stabile ed età inferiore a 60 anni; paziente asintomatico con buona riserva funzionale e senza limitazione dell'attività, sotto controllo medico e buona risposta alla terapia (*eseguire il normale trattamento senza limitazioni*).
- *Rischio medio*: patologia in stadio avanzato, in progressione, non studiata o dubbia, età inferiore a 80 anni (*eseguire terapie semplici, necessarie, attuando precauzioni specifiche*).
- *Rischio elevato*: patologie scompensate e potenziali emergenze con pericolo di vita; in questi pazienti è controindicato il trattamento ambulatoriale, limitando le prestazioni a terapie palliative o d'urgenza, inviando il paziente in centri ospedalieri.

È molto importante evidenziare che questa classificazione va ragionata valutando altri fattori chiave:

- indicazioni e controindicazioni relative al trattamento odontoiatrico scelto;
- rischio relativo della procedura.

La letteratura riporta una serie di classificazioni legate all'invasività delle terapie odontoiatriche.

- *Terapie semplici (trauma ridotto)*: brevi interventi d'urgenza, necessari, privi di difficoltà, in una sede anatomica di semplice accesso (estrazioni isolate, curettage, drenaggio di ascesso intraorale).
- *Terapie complesse (trauma moderato)*: interventi di elezione in un'unica sede anatomica, durata maggiore di 30 minuti, rapida guarigione e decorso postoperatorio prevedibile (estrazioni multiple, estrazioni singole di denti in inclusione ossea, interventi con lembo, chirurgia endodontica, impianti singoli).
- *Terapie estese (trauma elevato)*: interventi in più sedi, guarigione prolungata e decorso operatorio prevedibile con complicanze (estrazioni multiple di denti in inclusione ossea, bonifica di un'arcata, impianti multipli, interventi estesi e complessi).

Si è provato a definire il livello di rischio collegato alle procedure odontoiatriche chirurgiche di cui sopra. Questi livelli sono collegati a una serie di parametri:

- tempo di lavoro (semplice se inferiore a 30 min);
- compliance (semplice se paziente non ansioso, con buona apertura, collaborante);
- esperienza dell'operatore (numero di casi eseguiti, capacità individuale);
- sede anatomica e rischio anatomico locale (complessa se prossima a nervo mandibolare, arteria palatina o altre sedi a rischio);
- numero di sedi chirurgiche (esteso se comporta l'interessamento di più di due siti chirurgici);
- richiesta di fasi protesiche associate (estesa se si richiede fase protesica di protesizzazione immediata di due arcate).

Ciò permette di poter classificare le procedure chirurgiche come indicato nella Tabella 1.4 a pagina 10.
Il Caso Clinico è un esempio di procedura chirurgica semplice, ovvero un impianto in area estetica.
Il rischio procedurale era però complicato dallo stato di salute del paziente, giovane, ma affetto da disturbi di ansia legati alle procedure odontoiatriche e mediche in genere.

continua a pag. 10

CASO CLINICO Impianto in area estetica

Paziente di anni 42, uomo. Si presenta alla nostra osservazione richiedendo una terapia implantoprotesica in area estetica. È sempre molto importante, anche se si tratta di una terapia elettiva in un paziente giovane, l'approccio CFP per approfondire lo stato di salute del paziente.

Anamnesi

Dall'anamnesi del paziente non si evidenzia nulla di rilevante dal punto di vista sistemico che possa sottoporre a un rischio procedurale odontoiatrico, se non un leggero stato di ansia e preoccupazione legato alle procedure odontoiatriche.

Esame medico

Parametri vitali nella norma. Pressione arteriosa 70-118 mmHg, frequenza cardiaca 72 battiti/min.

1 Situazione inziale: **(a)** visione frontale; **(b)** visione occlusale.

2 Situazione inziale. Rx del sito implantare.

ANALISI DEI PROBLEMI

- Livello di ansia riferita alla procedura odontoiatrica.
- Necessità di ricorrere a eventuale terapia antibiotica, antinfiammatoria e analgesica per trattamento odontoiatrico chirurgico.

Domande da porsi:

Che tipo di intervento odontoiatrico deve essere eseguito?

Impianto in area estetica.

Esiste un'alternativa terapeutica odontoiatrica?

Esistono diverse soluzioni protesiche al caso clinico, ma il paziente, dopo le giuste valutazioni, ha optato per una soluzione implantosupportata.

Qual è la problematica maggiore?

Il controllo dell'ansia da procedura odontoiatrica e la gestione corretta dei farmaci di routine.

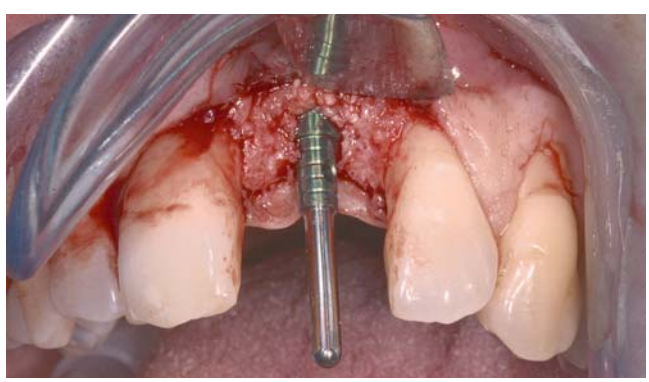
Cosa richiedere al medico curante?

Le analisi del sangue recenti entro i sei mesi, le notizie generali sullo stato psicofisico del paziente, eventuali consigli per la gestione del dolore intra- e postoperatorio.

- Eseguire una corretta anamnesi, cercando di comprendere lo stato di salute del paziente attraverso un questionario semistrutturato e domande dedicate. Approfondire in particolare gli aspetti relativi allo stato psicologico del paziente in relazione alle procedure odontoiatriche.
- Eseguire una corretta visita medica e odontoiatrica completa.
- Contattare il medico curante per ulteriori informazioni.
- Richiedere esami di laboratorio di base ed eventuali altri esami strumentali degli ultimi sei mesi (per es., ECG).
- Dopo la prima visita conoscitiva, identificare il livello di rischio del paziente sia in base al suo stato sistemico sia in base alla procedura specifica.

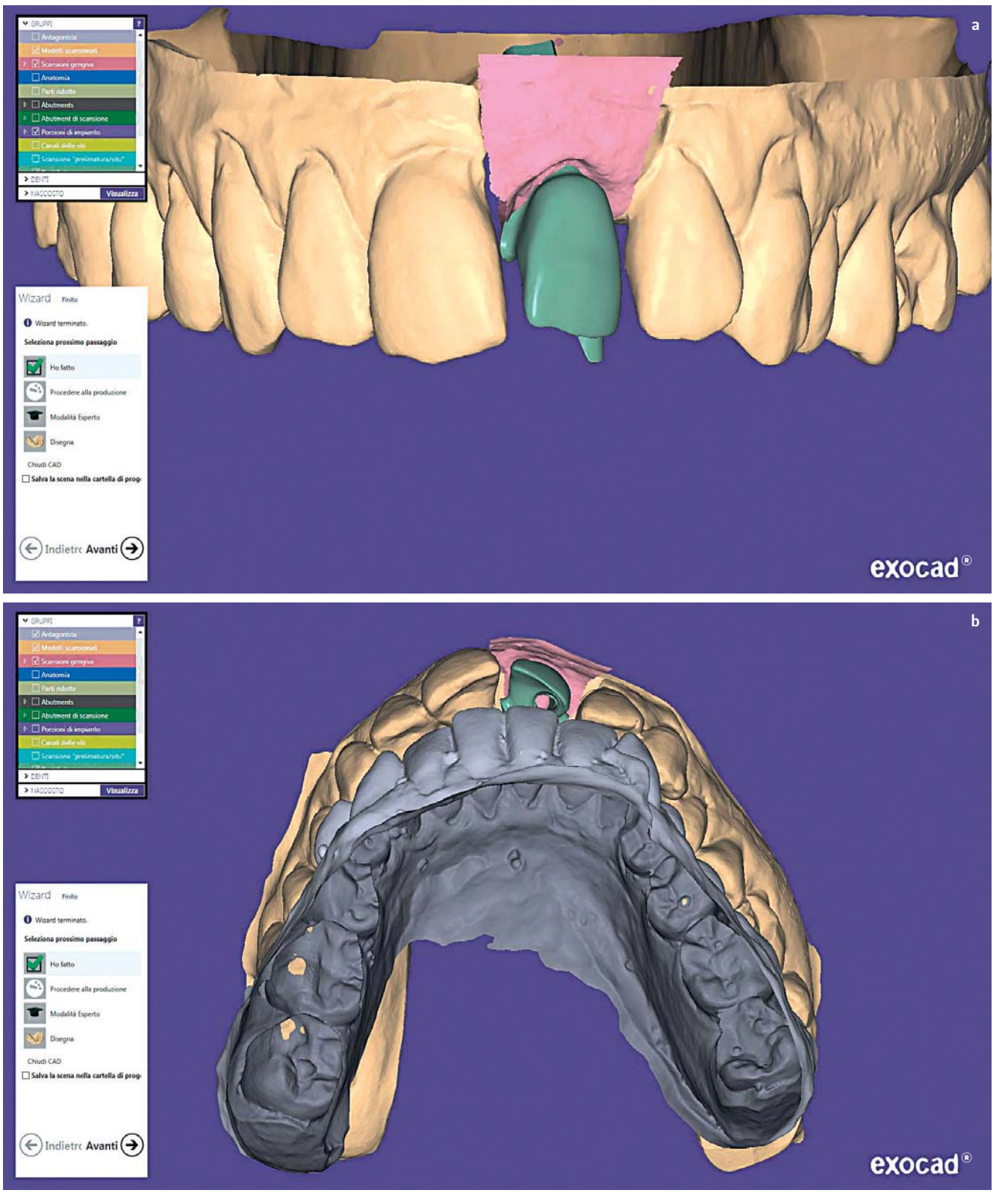
In questo caso specifico si tratta di una procedura a rischio lieve in paziente con ottima condizione di salute generale, giovane età, nessuna patologia degna di nota. Si attuano pertanto le misure preventive routinarie a un intervento in massima sicurezza procedurale:

- preparazione del paziente con un approccio delicato, abbassando il livello di stress e affrontando l'ansia legata alle procedure odontoiatriche con tecniche di ansiosi controllata, sia comportamentale sia farmacologica;
- preparazione del paziente con tutte le informazioni necessarie;
- si consiglia una profilassi preoperatoria antibiotica;



3 Posizionamento dell'impianto.

4 Dente provvisorio inserito.



5 (a–b) Fasi di laboratorio, realizzazione del restauro protesico definitivo.

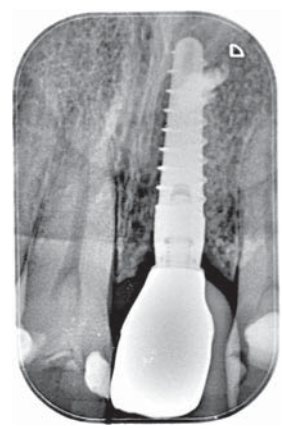
- si consiglia inoltre il trattamento di preparazione con alprazolam (20 gocce) la sera precedente e 1 ora prima della procedura chirurgica per un migliore controllo dell'ansia nel paziente, al fine d'indurlo a uno stato di rilassamento;
- si esegue l'intervento al mattino;
- si esegue un accesso venoso di sicurezza.

L'intervento chirurgico viene eseguito mediante l'impiego di anestesia locale, con articaina cloridrato al 4% con aggiunta di adrenalina (1.100.000).

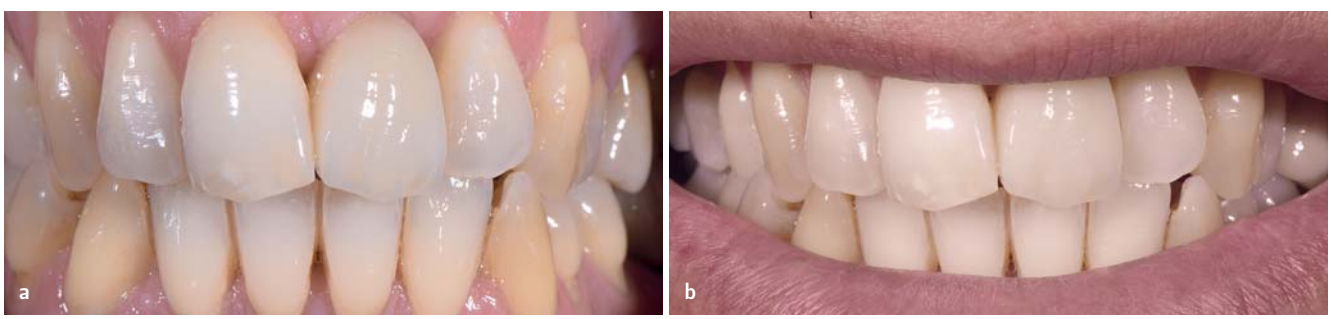
In questo caso di chirurgia elettiva implantare la prescrizione segue tre punti importanti:
- il controllo dell'ansia periprocedurale;
- il controllo del dolore postoperatorio;
- la terapia antibiotica.

Come sottolineato in precedenza, si tratta di un paziente in ottime condizioni di salute generale, non allergico a farmaci e con nessuna controindicazione relativa o assoluta a un intervento di implantologia.
Il controllo dell'ansia è comunque molto importante per facilitare una buona compliance e lo svolgimento delle procedure in massimo comfort.
Pertanto è stato somministrato al paziente uno schema di preparazione con tecniche di training autogeno da eseguire nei giorni precedenti all'intervento e uno schema terapeutico di preparazione con un farmaco ansiolitico blando per bocca.

- Preoperatorio:
  - alprazolam gocce (20 gocce la sera prima dell'intervento);
  - alprazolam gocce (20 gocce 1 ora prima dell'intervento);
  - antibiotico terapia (amoxicillina 2 g 1 ora prima dell'intervento).
- Intraoperatorio:
  - somministrazione intraoperatoria mediante l'accesso venoso di sicurezza di un analgesico di controllo (paracetamolo, ketorolac);
  - somministrazione intraoperatoria mediante l'accesso venoso di sicurezza di cortisone a scopo antinfiammatorio e antiedemigeno (desametasone 8 mg fiale).
- Postoperatorio:
  - si consiglia terapia antinfiammatoria e analgesica (ibuprofene 600 mg 3 volte al giorno per i primi 2 giorni in base al bisogno del paziente e nei giorni successivi paracetamolo 1.000 mg al bisogno);
  - si consiglia terapia con protettore gastrico generico (al mattino per almeno la durata dei farmaci di supporto per il dolore);
  - si consigliano le procedure domiciliari di igiene orale;
  - si consiglia riposo assoluto per almeno 12-24 ore successive alla procedura chirurgica.



6 Rx finale che mostra l'integrazione del restauro definitivo.



7 **(a–b)** Risultato estetico finale (Si ringrazia per la parte chirugica il dott. Stefano Romeggio, Domodossola).

1.4 Classificazione del rischio procedurale

Tipo di procedura	Classe
Estrazione dente singolo	Semplice
Estrazioni multiple	Complessa
Estrazione ottavo incluso	Complessa
Impianto singolo	Semplice
Impianti multipli	Complessa
Impianti full arch	Complessa
Due impianti full arch	Estesa
GBR	Estesa
Rialzo del seno	Complessa
Impianti zigomatici e pterigoidei	Estesa
Chirurgia dei tessuti molli	Complessa
Chirurgia ossea ricostruttiva	Estesa

In questo paziente è stato fondamentale seguire correttamente il protocollo di lavoro per poter ben progettare tutte le fasi, minimizzare il rischio medico e facilitare la finalizzazione delle fasi protesiche.

▶ *Fare*

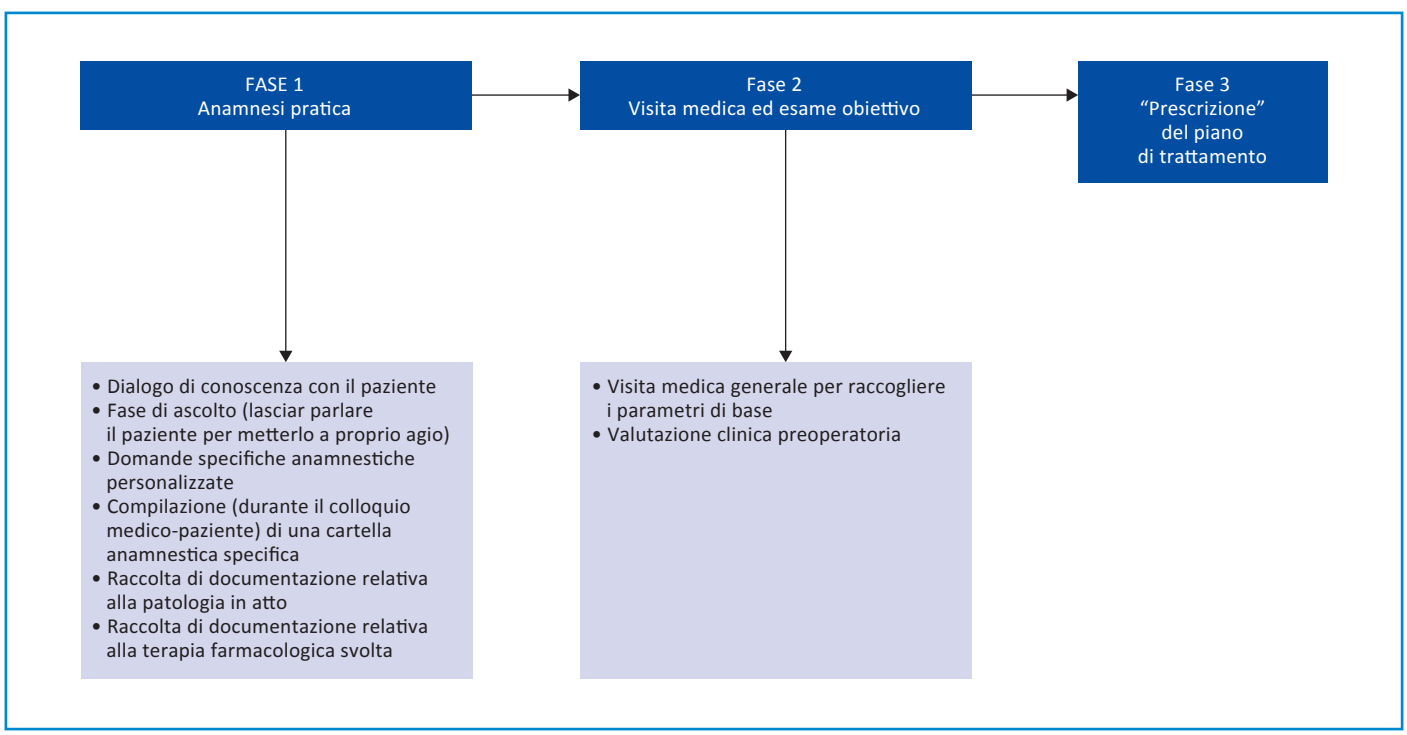
Nella flowchart riprodotta in Figura 1.1 si riporta la sequenza delle procedure che l'odontoiatra *deve osservare* al momento della prima visita.

Al paziente odontoiatrico che giunge alla nostra osservazione, suggeriamo sempre di adottare il metodo CFP per poter eseguire una progettazione completa del piano di trattamento orientato sia dal punto di vista medico sia odontoiatrico.

La valutazione dei parametri odontoiatrici va fatta solo dopo una perfetta valutazione medica, e in molti casi ne è la perfetta integrazione, in particolare nei casi in cui il profilo di rischio dipenda anche dalla scelta chirurgica, dalla durata dell'intervento, dall'invasività della procedura, dal tempo di esecuzione.

Il protocollo CFP prevede le seguenti fasi operative:

- raccolta dei dati generali del paziente;
- colloquio iniziale di conoscenza e di accoglienza da parte del personale ausiliario;
- primo colloquio con l'odontoiatra;
- anamnesi medica;
- anamnesi odontoiatrica.



1.1 Sequenza delle procedure da eseguire al momento della prima visita.

Procedure

Una volta individuata la tipologia di paziente si procede a registrare:

- nome e contatti del medico curante;
- nome e contatti dello specialista di riferimento per la patologia rilevata;
- anamnesi farmacologica (elenco dei farmaci di rilievo che il paziente assume, dosaggi, frequenza, storia farmacologica, eventuali altre informazioni) .

Il passo successivo prevede una breve visita medica con la valutazione dei parametri vitali generali e la rilevazione di alcuni elementi semeiotici di rilievo.
A questo punto si richiedono eventuali esami di laboratorio e strumentali, in accordo con il curante, per poter ottimizzare il quadro clinico generale.
L'anamnesi odontoiatrica e la visita odontoiatrica seguono questo passaggio preliminare.
La prima visita si conclude con la compilazione di una cartella medica e odontoiatrica generale del paziente e la consegna della prescrizione degli esami strumentali e di laboratorio.
La seconda visita segue il colloquio definitivo con il curante, e prevede una rivalutazione del caso anche in base agli esami di laboratorio e allo studio del piano terapeutico odontoiatrico.
Dopo la prima fare anamnestica si divide per facilità il paziente in sei categorie.
Dal punto di vista procedurale si definisce il tipo di intervento in semplice, complesso ed esteso.
A questo punto, registrate tutte le osservazioni preliminari, si passa alla fase conclusiva del "prescrivere".

Costruire il piano di trattamento

▸ *Prescrivere*

È questo il momento più importante per definire:

- numero di procedure da eseguire: la definizione del numero di procedure può dipendere sia dalla tecnica specifica odontoiatrica sia dalla tipologia di paziente. Per esempio, in un paziente geriatrico è preferibile fare sedute brevi e organizzare il piano di cura in più sedute, in modo da minimizzare il rischio e ridurre lo stress operatorio;
- organizzazione del tempo di lavoro;
- eventuali variazioni relative alla terapia farmacologica in atto;
- necessità di profilassi, per esempio, nei casi di *preemptive analgesia* (analgesia preventiva) con l'impiego di farmaci analgesici o di tecniche anestesiologiche in fase preoperatoria;
- necessità di *bridging* terapeutico: in alcuni casi specifici è richiesta la sospensione di un farmaco anticoagulante e il mantenimento durante le fasi operative mediante un farmaco "ponte" (per esempio, eparina);
- necessità di monitoraggio intraoperatorio: il monitoraggio intraoperatorio è sempre una procedura consigliata per l'odontoiatra in molte condizioni, soprattutto per quei pazienti con particolari patologie o in previsione di complicanze tecniche o lunghi tempi di intervento. L'odontoiatra deve valutare con cura la necessità di programmare alcune procedure impiegando le opportune tecniche di sedo-analgesia o di sedazione cosciente con il supporto di un anestesista nel rispetto delle vigenti norme di legge;
- terapia postintervento: è sempre corretto preparare e spiegare la terapia postoperatoria al paziente prima dell'intervento per diverse ragioni:
  - comprensione della modalità di assunzione dei farmaci e aumento della compliance;
  - possibilità di procurarsi preventivamente i farmaci;
  - possibilità di accordarla in fase iniziale con il medico curante o lo specialista di riferimento.

La terapia postoperatoria può essere variata in base a eventuali complicanze o valutazioni intraoperatorie dell'odontoiatra.

Da ricordare

- Eseguire una corretta anamnesi significa iniziare con il passo giusto. L'approccio con il paziente va *umanizzato*, e impostato sul tempo, sull'ascolto empatico e sull'attenzione. L'anamnesi non è solo una raccolta "contabile" dei dati medici e della storia del paziente, bensì un metodo di indagine che, se ben condotto, può indirizzare chiaramente la diagnosi verso le vie più corrette. L'anamnesi va condotta con sapere medico, analizzando elementi anche banali, ma che possono risultare essenziali. L'odontoiatra deve eseguire personalmente l'anamnesi, con l'ausilio di modelli prestampati e di guide alle domande. Il paziente va ascoltato e non condizionato, ma aiutato a ricordare con domande specifiche.
- La capacità di fare una corretta anamnesi è un vero e proprio *metodo di indagine*, che prevede grande plasticità, capacità di collegamento, riflessione e intuito da parte del clinico e apre strade eccellenti alla diagnosi definitiva. L'odontoiatra deve conoscere i parametri vitali e le principali basi della semeiotica per costruire un corretto progetto diagnostico. Questo permette di intercettare patologie, di dialogare con il curante, di motivare e informare il paziente, di perfezionare la futura scelta. La raccolta di tutti gli elementi, il confronto con gli altri specialisti, permette di definire il rischio perioperatorio, di scegliere le terapie farmacologiche, di indirizzare il paziente con attenzione e cura.

LETTURE CONSIGLIATE

ASA. American Society of Anesthesiologists: ASA Physical status system; 2008.

Barone A, Bianchi A. *Manuale di chirurgia orale*. Milano: Elsevier; 2011.

Becker DE. Preoperative medical evaluation part 1: general principles and cardiovascular considerations. *Anesth Prog*. 2009;56:92-102.

Callahan AM, Marangell LB, Ketter TA. Evaluating the clinical significance of drug interactions: a systemic approach. *Harv Rev Psychiatry*. 1996;4(3)153:8.

Finucane BT. Allergies to local anesthetics-the real truth. *Can J Anaesth*. 2003;50(9):869-74.

Hirsh J, Levine M. Confusion over the therapeutic range for monitoring oral anticoagulant therapy in North America. *Thromb Haemost*. 1988;59:129-32.

Kasper L, Fauci AS, Longo DL. *Harrison. Principi di medicina interna*. 18ª ed. Milano: CEA; 1992.

Malamed SF. *Medical emergencies in the dental office*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2012.

Oates TW, Dowell S, Robinson M. Glycemic control and implant stabilization in type 2 diabetes mellitus. *J Dent Res*. 2009;88(4):367-71.

Scully C, Diz Dios P, Lumar N. *Special care in dentistry: hanbook of oral health care*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2007.

Taylor GW, Burt BA, Becker MP et al. Non insulin dependent diabetes mellitus and alveolar bone loss progression over 2 years. *J Periodontal*. 1998;69(1):76-83.

Vernillo A. Dental consideration for the treatment of patients with diabete mellitus. *J Am Dent Assx. 2003;134:24-34.*