

TAVOLO TECNICO INTER ASSOCIATIVO PER L'ORTODONZIA E LA LOGOPEDIA



Premesse

La Società Italiana di Ortodonzia (SIDO) ha inteso, sotto la presidenza del dottor Claudio Lanteri (2014), di sviluppare sinergie interdisciplinari tra gli ortodontisti, i foniatristi, i pediatri ed i logopedisti. Questo, al fine di chiarire aspetti cruciali della gestione clinica di pazienti affetti da deglutizione disfunzionale, respirazione orale e disordini del linguaggio. A tal fine il Presidente dott. Claudio Lanteri ha delegato il prof. Luca Levrini a costituire un tavolo tecnico che potesse dare risposte concrete alle esigenze cliniche degli operatori sanitari coinvolti.

Tavolo tecnico

- Coordinatore prof. Luca Levrini
- Collegio dei Docenti di Odontoiatria, delegato prof. Antonella Polimeni
- Federazione Logopedisti Italiani, delegato dott. Irene Vernerio
- Società Italiana di Foniatria e Logopedia, delegati dott. Antonio Schindler - dott. Pasqualina Andretta
- Società Italiana di Ortodonzia, delegato prof. Paola Cozza
- Società Italiana di Pediatria, delegato dott. Luigi Greco
- Partecipa il dott. Claudio Lanteri

Metodologia

Il tavolo tecnico sarà chiamato a rispondere a due semplici domande, in particolare:

- Quali sono i segni e sintomi clinici che possono destare il sospetto di deglutizione disfunzionale?
- Quali sono le informazioni cliniche che devono fornire i vari specialisti coinvolti nella diagnosi?

Il coordinatore del gruppo di lavoro, ricevute da tutti i delegati le risposte, stilerà un primo documento tenendo conto delle considerazioni di tutti. Oltre alle domande sarà redatta anche una premessa. Il documento, con la premessa e le risposte alle domande, verrà inviato a tutti i delegati per una prima revisione ed ampliamento. In base alle revisioni verrà stilato un secondo documento in cui verranno evidenziate dal coordinatore le parti non soggette a consenso. Il coordinatore continuerà a modificare le risposte fino a quando non otterrà l'approvazione di tutti i delegati. Le risposte sono basate sui dati disponibili. In loro assenza, le conclusioni sono desunte dalla valutazione combinata di quanto derivato dall'evidenza pratica e dall'opinione degli esperti. I componenti del gruppo di lavoro hanno dichiarato l'assenza di conflitti di interessi. Una volta sottoscritto dalle parti il documento, questo sarà divulgato all'interno di tutte le società scientifiche coinvolte.

DOCUMENTO

Inquadramento generale

La deglutizione disfunzionale è una alterazione dei pattern di movimento durante l'atto deglutitorio e/o dei rapporti di forza muscolare di labbra, mandibola e lingua con possibili ripercussioni sulla occlusione dentale, le funzioni orali (respirazione, suzione, masticazione, articolazione verbale fonatoria) e l'estetica del volto, spesso inserita in condizioni di comorbidità con altri disturbi delle funzioni comunicativo-linguistiche di vario grado di complessità di intervento. I rapporti etiologici e patogenetici fra deglutizione disfunzionale, occlusione dentale e funzioni orali sono reciproci; è pertanto necessario avere una visione olistica di queste aree. La deglutizione disfunzionale è un disturbo complesso, la cui gestione coinvolge diverse professioni: pediatra (o medico di medicina generale nel soggetto adulto), ortodontista, logopedista, foniatra e in minor grado otorinolaringoiatra e neuropsichiatra infantile. La complessità del quadro e la numerosità degli operatori che a vario titolo entrano in gioco nella gestione del disturbo impone che tutti i professionisti siano consapevoli del ruolo che ognuno di essi assume durante la presa in carico; solo in questo modo è possibile una gestione coordinata logicamente e temporalmente, e che eviti informazioni imprecise o distorte al paziente e alla sua famiglia.

Ruolo dei foniatra e dei logopedisti

La foniatria è una branca medica che appartiene alla medicina dei servizi e si occupa delle funzioni comunicative (con particolare attenzione a voce, articolazione e linguaggio) e deglutologia. Il medico specialista in foniatria o in audiologia e foniatria è responsabile della diagnosi e della prescrizione terapeutica. Nel soggetto con sospetta deglutizione disfunzionale il foniatra svolge un importante ruolo di diagnosi e diagnosi differenziale avendo competenze nella valutazione endoscopica delle alte vie aeree, nella valutazione dell'articolazione verbale fonatoria, del linguaggio e della deglutizione. A seguito della visita foniatrica è pertanto possibile giungere alla diagnosi di deglutizione disfunzionale e verificare la compresenza di una ostruzione nasale (rinite allergica o vasomotoria), rinofaringea (ipertrofia adenoidea), tonsillare (ipertrofia tonsillare), di un disturbo articolatorio correlato o non correlato alla deglutizione disfunzionale (disturbo primario dell'articolazione, processi fonetico-fonologici secondari a problematiche audiogene, disartria, disturbi articolatori prassici di origine diversa dalla malocclusione quali disprassia), di un disturbo di linguaggio primario (anche detto disturbo specifico di linguaggio) o secondario a disturbo intellettivo, uditivo, relazionale o socio-culturale. In caso di compresenza di quadri complessi in cui alla deglutizione disfunzionale si associa respirazione orale, disturbo articolatorio e/o disturbo linguistico, il foniatra è responsabile delle priorità di trattamento, rimandando all'otorinolaringoiatra la necessità di intervento di adenoidectomia/adeno-tonsillectomia, o coinvolgendo il neuropsichiatra Infantile in caso di disturbi di linguaggio da deficit intellettivo o

relazionale. Come co-responsabile del progetto riabilitativo, condivide il progetto riabilitativo con il logopedista e insieme ne verificano il risultato. Il logopedista è invece il professionista sanitario che svolge la propria attività nella prevenzione, nella valutazione, nel trattamento riabilitativo, nello studio del linguaggio e della comunicazione umana e dei disturbi cognitivi ad essi associati oltre che delle funzioni orali in età evolutiva, adulta e geriatrica. In riferimento alla diagnosi medica, nell'ambito delle proprie competenze e responsabilità, il logopedista: a) elabora, anche in équipe multidisciplinare, il bilancio logopedico volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute dell'utente b) pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità comunicative e cognitive, utilizzando terapie logopediche di abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio, verbali e non verbali, e della deglutizione; c) verifica le risposnde della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale. Nel soggetto con deglutizione disfunzionale il logopedista ha un ruolo primario nel riequilibrare le funzioni oro-facciali attraverso un adeguato programma di interventi che preveda varie strategie di intervento e attività, che interesseranno tutte le funzioni orali compromesse ed il counselling logopedico, che permetterà di guidare e motivare l'utente e la famiglia e che interesserà anche l'area alimentare.

Ruolo dei pediatri

Il pediatra è chiamato ad individuare precocemente la deglutizione disfunzionale e gli eventuali vizi orali attraverso i "Bilanci di salute", così come previsti dal progetto Salute Infanzia e dagli Accordi Nazionali e decentrati. In una prima fase, inoltre, è chiamato ad eliminare i vizi orali e individuare, e dove possibile trattare in modo interdisciplinare, eventuali patologie concomitanti che possono riverberare sulla respirazione orale (riniti allergiche, ipertrofia adenoidea e tonsillare, malformazioni cranio-facciali, ecc.).

Informazioni cliniche fondamentali e rilevazione

Il professionista, in base alle proprie competenze professionali, dovrà fornire informazioni cliniche circa le seguenti aree:

- generale: osservazione dello stato generale di salute ed anamnesi specifica rispetto alla storia clinica, al trattamento ortodontico, allo stile educativo ed il livello socio-economico-culturale;
- vizi orali/parafunzioni: abitudini e comportamenti che possano essere collegati con un disturbo mio funzionale oro facciale ed al permanere di un deglutizione disfunzionale come ad esempio il succhiamento del pollice;
- modalità di respirazione: osservazione del tipo di respirazione (orale, nasale, mista), valutazione della possibilità di respirazione nasale mediante semplici test empirici di Gudín e Rosenthal (respirazione orale da patologia ostruttiva delle vie aeree superiori o da causa funzionale);
- osservazione morfologica delle seguenti strutture: beanza buccale, competenza o incompetenza labiale, labbra, viso, mentoniero, mascellare

superiore, mandibola, palato duro, palato molle, faringe, laringe, denti, lingua a riposo ed eventuale presenza di scialorrea;

- disordini di articolazione verbale fonatoria: eccessivo contatto tra lingua e denti durante l'eloquio, interdentalizzazione, difetto di articolazione ;
- masticazione: inefficace, modalità adulta rotatoria, unilaterale, senza coinvolgimento di lateralizzazione della mandibola;
- competenza della lingua in deglutizione di saliva, liquidi e solidi: secondo la definizione di Hanson e Mason (2003).

RACCOMANDAZIONI CLINICHE

1. Quali sono i segni e sintomi clinici che possono destare il sospetto di deglutizione disfunzionale?

1.1. Segni e sintomi.

Diversi sono i segni e i sintomi che possono destare il sospetto di deglutizione disfunzionale. I due segni di più semplice riconoscimento e di maggiore associazione con la deglutizione disfunzionale sono: la *respirazione orale* e la *postura anti-fisiologia della lingua*. La respirazione orale è definibile come la abitudine a respirare a bocca aperta in condizioni di riposo vigile. La postura anti-fisiologica è invece definibile come una alterata posizione della lingua a riposo e durante l'atto dinamico della deglutizione, masticazione e articolazione verbale fonatoria. La postura anti-fisiologica a riposo comprende la protrusione della lingua oltre le arcate dentali, il mantenimento della lingua all'interno dell'arcata dentale inferiore; la postura anti-fisiologica durante l'atto deglutitorio è precisata come la protrusione della lingua anteriormente o lateralmente alle arcate dentarie.

1.2. Altre informazioni da assumere dal paziente o dai suoi familiari.

Oltre alla verifica dei due segni principali (respirazione orale e postura anti-fisiologica della lingua) è opportuno che chiunque abbia in gestione un soggetto in cui si sospetti la presenza di una deglutizione disfunzionale, indaghi l'eventuale presenza di vizi orali, domandando aspetti come suzione del succhietto e del pollice, suzione delle labbra, onicofagia, lapisfagia e utilizzo prolungato del biberon, evoluzione dell'alimentazione (dall'allattamento allo svezzamento e sviluppo *masticazione*).

2. Quali sono le informazioni cliniche che devono fornire i vari specialisti coinvolti nella diagnosi?

L'ambito clinico interdisciplinare necessita di una serie di informazioni provenienti da specialisti di branche mediche diverse. Tale processo, da una parte impone una definita serie di informazioni che devono essere rilevate da ogni singolo specialista, dall'altra impone la scelta di una figura che possa riassumere ed uniformare tali informazioni per essere di riferimento per il paziente o i genitori.

Il foniatra dovrebbe fornire agli altri operatori:

1. la diagnosi e la gravità di disturbo di deglutizione disfunzionale;
2. la diagnosi e la gravità di eventuali disturbi articolatori verbali fonatori, linguistici e respiratori compresenti;
3. la relazione sul progetto riabilitativo eseguito ed il risultato raggiunto.

Il logopedista dovrebbe fornire agli altri operatori:

1. gli esiti della propria valutazione e bilancio delle competenze coinvolte;
2. il programma riabilitativo;
3. la verifica del programma riabilitativo con valutazione e bilancio finale.

L'ortodontista dovrebbe fornire agli altri operatori:

1. la diagnosi sul tipo di malocclusione;
2. il programma di trattamento ortodontico, con modalità e tempi.

Il pediatra dovrebbe fornire agli altri operatori:

1. informazioni sulle condizioni generali di salute del paziente, con particolare attenzione alle eventuali allergie respiratorie, ai disturbi dell'alimentazione;
2. informazione sul grado di aderenza del paziente e della famiglia alle proposte.

Firmato

(prof. Luca Levrini)

(prof. Antonella Polimeni)

(dott. Antonio Schindler)

(dott. Irene Venero)

(dott. Pasqualina Andretta)

(prof. Paola Cozza)

(dott. Luigi Greco)

(dott. Claudio Lanteri)

(prof. Gianpietro Farronato)

Data

Milano, 31 ottobre 2015