



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



Progetto CAO Nazionale - AISOD
**LA SICUREZZA DEL PAZIENTE E L'IMPORTANZA
DELLA GESTIONE DELLE URGENZE ED EMERGENZE
IN ODONTOIATRIA: IL RUOLO CRUCIALE
DELLA SEDAZIONE COSCIENTE**

SABATO 28 SETTEMBRE 2024

Sala Convegni Caterina Boscolo | OMCeO Venezia | Via Mestrina 86 | Mestre Venezia

**ORE 9.00 | DEFINIZIONE DI URGENZA ED EMERGENZA MEDICA ODONTOIATRICA
QUADRI CLINICI PIÙ FREQUENTI NELLE URGENZE ED EMERGENZE ODONTOIATRICHE
RUOLO DELL'ODONTOIATRA NELL'EMERGENZA SUL RIUNITO**

Gastone Zanette, *Medico Chirurgo Anestesista, Azienda Ospedale Università di Padova
Professore Associato Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Padova*

INCONSCIO COLLETTIVO E

“Il cavadenti” (T. Rombouts 1597-1637)



The Odyssey of Dental Anxiety: From Prehistory to the Present. A Narrative Review

Enrico Facco^{1,2*} and Gastone Zanette^{2,3}

¹Studium Patavinum, University of Padua, Padua, Italy, ²Franco Graccone Institute – Italian Center of Clinical & Experimental Hypnosis (CICCS), Turin, Italy, ³Chair of Dental Anesthesia, Department of Neurosciences, University of Padua, Padua, Italy

Dental anxiety (DA) can be considered as a universal phenomenon with a high prevalence worldwide; DA and pain are also the main causes for medical emergencies in the dental office, so their prevention is an essential part of patient safety and overall quality of care. Being DA and its consequences closely related to the fight-or-flight reaction, it seems reasonable to argue that the odyssey of DA began way back in the distant past, and has since probably evolved in parallel with the development of fight-or-flight reactions, implicit memory and knowledge, and ultimately consciousness. Basic emotions are related to survival functions in an inseparable psychosomatic unity that enable an immediate response to critical situations rather than generating knowledge, which is why many anxious patients are unaware of the cause of their anxiety. Archeological findings suggest that humans have been surprisingly skillful and knowledgeable since prehistory. Neanderthals used medicinal plants and relics of dental tools bear witness to a kind of Neolithic proto-dentistry. In the two millennia BC, Egyptian and Greek physicians used both plants (such as *papaver somniferum*) and incubation (a forerunner of modern hypnosis, e.g., in the sleep temples dedicated to Asclepius) in the attempt to provide some form of therapy and painless surgery, whereas modern scientific medicine strongly understated the role of subjectivity and mind-body approaches until recently. DA has a wide range of causes and its management is far from being a matter of identifying the ideal sedative drug. A patient's proper management must include assessing his/her dental anxiety, ensuring good communications, and providing information (atrosedation), effective local anesthesia, hypnosis, and/or a wise use of sedative drugs where necessary. Any weak link in this chain can cause avoidable suffering, mistrust, and emergencies, as well as having lifelong psychological consequences. Iatrosedation and hypnosis are no less relevant than drugs and should be considered as primary tools for the management of DA. Unlike pharmacological sedation, they allow to help patients cope with the dental procedure and also overcome their anxiety: achieving the latter may enable them to face future dental care autonomously, whereas pharmacological sedation can only afford a transient respite.

Keywords: anxiety, behavioral, conscious sedation, dental health, dentistry, depression, fear, hypnosis

OPEN ACCESS

Edited by:

Alexandrina L. Dumitrascu,
Dental Private Practice, Romania

Reviewed by:

Shilpa Gurjal,
Mahsa University, Malaysia
Simon Hayward,
University of Bristol, United Kingdom

*Correspondence:

Enrico Facco
enrico.facco@unipd.it

Specialty section:

This article was submitted to
Clinical and Health Psychology,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

Received: 29 March 2017

Accepted: 26 June 2017

Published: 11 July 2017

Citation:

Facco E and Zanette G (2017) The
Odyssey of Dental Anxiety: From
Prehistory to the Present. A Narrative
Review. *Front. Psychol.* 8:1155.
doi: 10.3389/fpsyg.2017.01155



**Ansia peri-operatoria:
riguarda il 15-30% dei pazienti
PERCHÉ?**

Esperienze negative riportate da altri pazienti

Esperienze personali troppo dolorose

Percezione di scarsa professionalità

Paura in generale degli aghi e degli strumenti medico-chirurgici

Antipatia nei confronti dell'operatore

Scarsa informazione sul trattamento

Significato simbolico di parti del corpo: cavo orale, regione anogenitale, organi di senso, etc.

Abuso fisico da parte dell'operatore (contenimento del paziente)



ANSIA e DOLORE

perioperatori possono
alterare l'omeostasi
dell'organismo fino a
minacciarne la
sopravvivenza

I° causa di perdita di
coscienza e di emergenza
in ambiente medico-
chirurgico

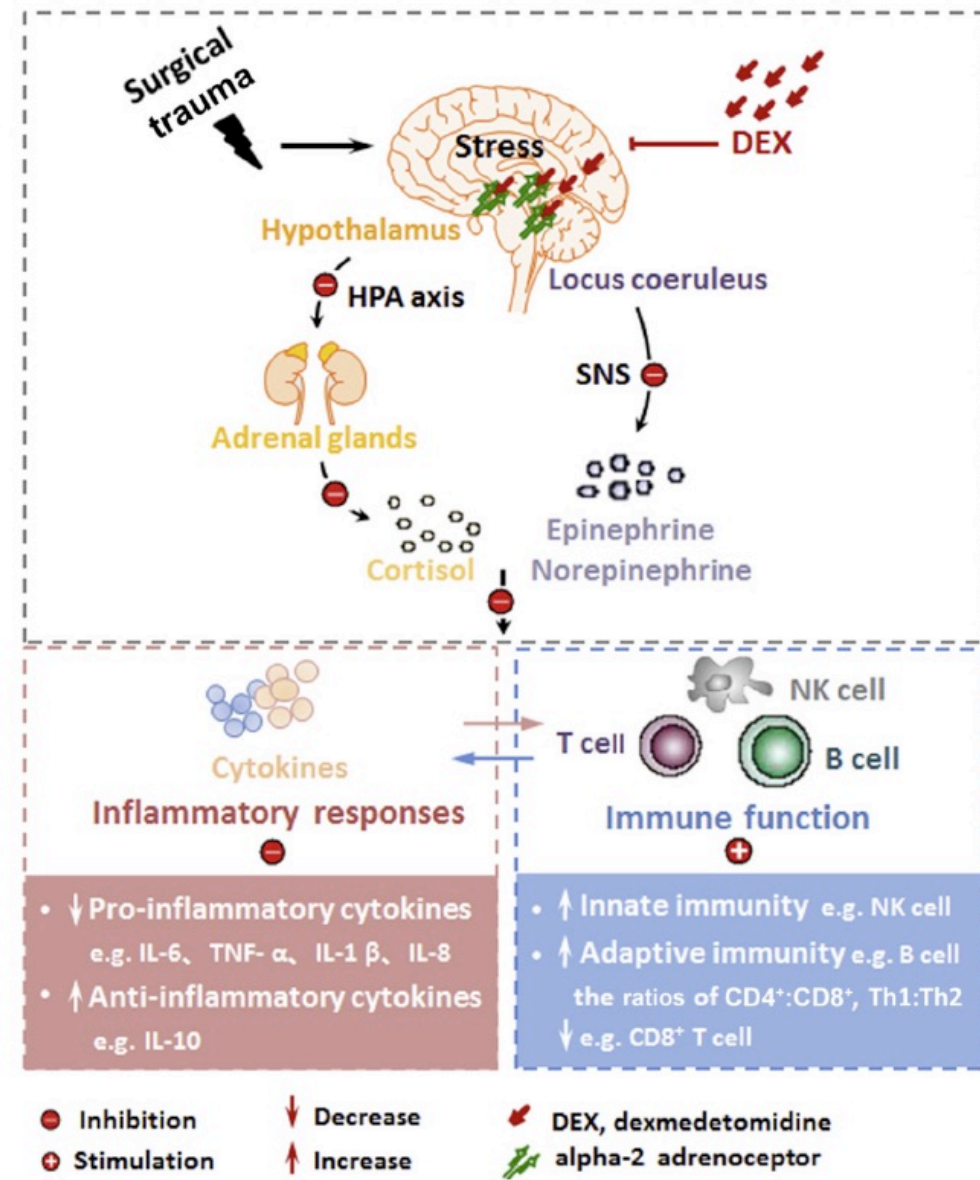
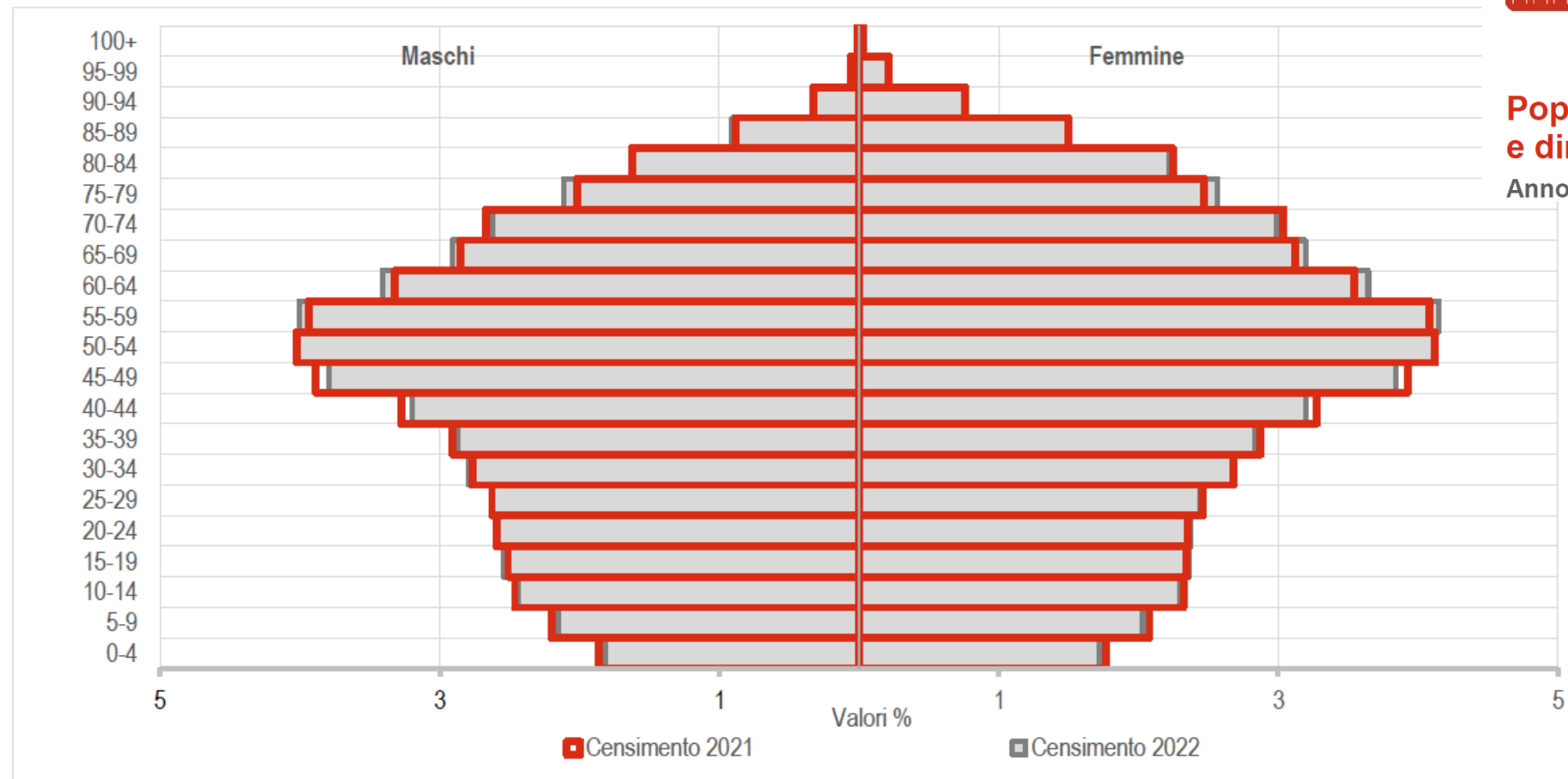


Fig 5. Schematic illustration that surgical trauma triggers perioperative stress, systemic inflammation, and immune suppression, all of which are negated by dexmedetomidine (DEX). HPA, hypothalamic-pituitary-adrenal; SNS, sympathetic nervous system.

FIGURA 1. PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEGLI ANNI 2022 E 2021



Il progressivo invecchiamento della popolazione, ben visibile nella piramide delle età (Figura 1), è ben evidenziato anche dal diretto confronto tra la numerosità degli anziani e quella dei giovani.

Continua, infatti, a crescere l'indice di vecchiaia (che misura il numero persone di 65 anni e più ogni 100 giovani di 0-14 anni) che passa dal 187,6% del 2021 al 193,1% del 2022 (era pari al 148,7% nel 2011). Valori



Rapporto Nazionale *L'Uso dei Farmaci in Italia*

I NUMERI DEL RAPPORTO 2022

- La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) nel 2022 è stata pari a **34,1 miliardi di euro**, in aumento del 6,0% rispetto al 2021.
- La spesa pubblica, con un valore di **23,5 miliardi**, ha rappresentato il 68,9% della spesa farmaceutica complessiva e il 17,9% della spesa sanitaria pubblica, ed è in aumento rispetto al 2021 (+5,5%).
- La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata di circa **15,0 miliardi di euro** (253,6 euro pro capite), in crescita (+8,6%) rispetto all'anno precedente, parallelamente anche i consumi risultano in aumento (+5,7%).
- Nel 2022 più di **6 cittadini su 10 hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci**. È stata osservata una crescita della spesa pro capite e dei consumi con l'aumentare dell'età. In particolare la popolazione con più di 64 anni ha assorbito oltre il **60% della spesa e delle dosi**. Le Regioni del Nord hanno registrato una prevalenza inferiore (**63,1%**) rispetto al Centro (**68,4%**) e al Sud Italia (**69,5%**).
- Il **45,0%** della popolazione pediatrica ha ricevuto nel 2022 almeno una prescrizione di farmaci (il **61,4%** dei bambini nella fascia di età prescolare). Rispetto all'anno 2021, si registra un incremento delle confezioni pro capite, concentrato maggiormente nei bambini tra i **6 e gli 11 anni di età**, sebbene un aumento dei consumi abbia interessato tutte le fasce di età. I farmaci più prescritti restano gli **antimicrobici per uso sistemico** e quelli per l'**apparato respiratorio**; per entrambe le categorie si registra un forte incremento nei consumi.

Il paziente odontoiatrico ha il **diritto** di ricevere, e l'odontoiatra il **dovere** di garantire, un trattamento efficace **privo di ansia e dolore**

Fondamento etico e razionale di base

Valutazione pre-operatoria

Ansiolisi, Sedazione Cosciente

Anestesia Loco-Regionale (ALR)

Monitoraggio parametric vitali

Analgesia peri-operatoria

indispensabili a soddisfare tale fondamento, permettono di **prevenire il 90% delle emergenze sul riunito** e rappresentano l'essenza della

ANESTESIOLOGIA ODONTOIATRICA

Disciplina di pertinenza dell'Odontoiatria

DEFINIZIONE DI URGENZA ED EMERGENZA MEDICA

Urgenza

Evento che mette a rischio la salute e/o la sopravvivenza della persona e che richiede un intervento terapeutico entro

24 ore

(frattura di femore)

Emergenza

Evento che mette a rischio la salute e/o la sopravvivenza della persona e che richiede un intervento terapeutico

immediato

(infarto miocardico)

CRISI IPERTENSIVA

Dr. Ernesto Comitale

PAO = 180 / 120 o >

In ripetute misurazioni sul riunito



Come comportarsi?

Urgenza ipertensiva

- **Aumento incontrollato della PAO (180/120 o >)**
(ipertensione severa non controllata)
 - **Assenza di danno d'organo acuto** (infarto, ictus)
 - **Il paziente non riferisce alcun sintomo particolare:**
«dottor, mi me sento ben ...»
-
- Abbassamento della PAO **entro 24 ore**, non repentino, ma graduale, riferimento al **MMG**
 - Uso di farmaci per via orale
 - Si può anticipare somministrazione di **farmaci che già assume.**

Emergenza ipertensiva

Dr. Michele Caruso

- Aumento incontrollato della PAO (**180/120 o >**)
 - **Presenza di danno d'organo acuto**
 - **Il paziente riferisce sintomi: «dottor, non me sento ben ...» dolore precordiale / toracico, dispnea, cefalea, stato confusionale, perdita di coscienza, etc.**
-
- **Chiamare il SUEM** – 118 (italiano) 112 (europeo) e nell'attesa **monitorare** il pz
 - **Comunicazione ipnotica positiva**
 - **BLS-D nelle componenti indicate**
 - Abbassamento della PAO **immediato e graduale** senza raggiungere livelli di “normalità”
 - **TITOLAZIONE** di farmaci per via **parenterale** con monitoraggio **invasivo** della PAO in TI

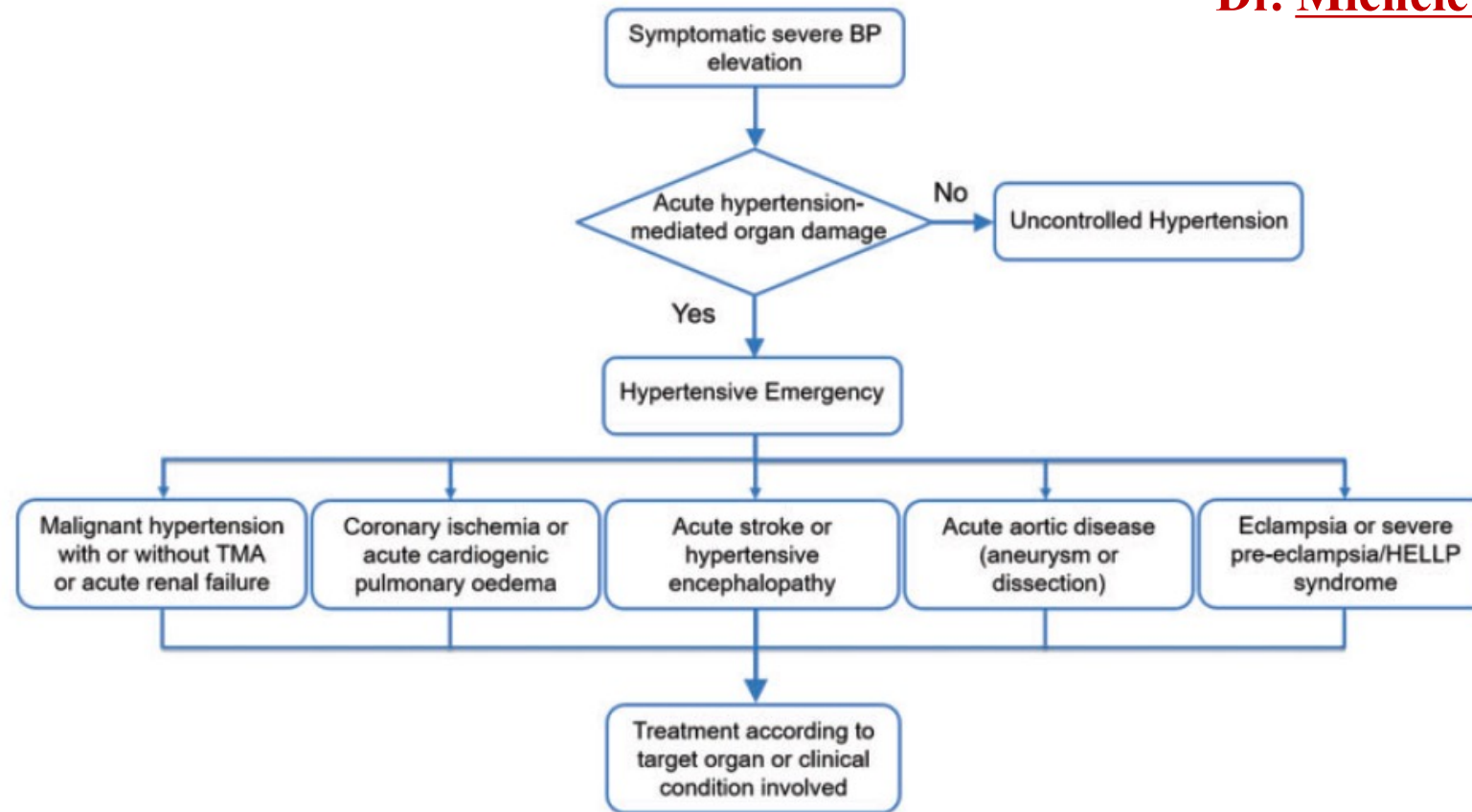


Figure 1 A diagram showing the stratification of hypertensive emergencies according to the condition or target organ involved. HELLP, haemolysis elevated liver enzymes low platelets; TMA, thrombotic microangiopathy.

Table 3 Hypertensive emergencies requiring immediate BP lowering

Clinical presentation	Time line and target BP	1st line treatment	Alternative
Malignant hypertension with or without TMA or acute renal failure	Several hours, MAP -20% to -25%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside Urapidil
Hypertensive encephalopathy	Immediate, MAP -20% to -25%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Acute ischaemic stroke and BP >220 mmHg systolic or >120 mmHg diastolic	1 h, MAP -15%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Acute ischaemic stroke with indication for thrombolytic therapy and BP >185 mmHg systolic or >110 mmHg diastolic	1 h, MAP -15%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Acute haemorrhagic stroke and systolic BP >180 mmHg	Immediate, systolic 130<BP <180 mmHg	Labetalol Nicardipine	Urapidil
Acute coronary event	Immediate, systolic BP <140 mmHg	Nitroglycerine Labetalol	Urapidil
Acute cardiogenic pulmonary oedema	Immediate, systolic BP <140 mmHg	Nitroprusside or Nitroglycerine (with loop diuretic)	Urapidil (with loop diuretic)
Acute aortic disease	Immediate, systolic BP <120 mmHg and heart rate <60 b.p.m.	Esmolol and Nitroprusside or Nitroglycerine or Nicardipine	Labetalol or Metoprolol
Eclampsia and severe pre-eclampsia/HELLP	Immediate, systolic BP < 160 mmHg and diastolic BP <105 mmHg	Labetalol or Nicardipine and Magnesium sulphate	

BP, blood pressure; HELLP, haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets; TMA, thrombotic microangiopathy.

Table 4 Intravenous drugs for the treatment of hypertensive emergencies

Drug	Onset of action	Duration of action	Dose	Contraindications	Adverse effects
Esmolol	1–2 min	10–30 min	0.5–1 mg/kg i.v. bolus; 50–300 µg/kg/min as continuous i.v. infusion	History of 2nd or 3rd degree AV block (and in the absence of rhythm support), systolic heart failure, asthma, and bradycardia	Bradycardia
Metoprolol	1–2 min	5–8 h	2.5–5 mg i.v. bolus over 2 minutes; may repeat every 5 minutes to a maximum dose of 15 mg	History of 2nd or 3rd degree AV block, systolic heart failure, asthma, and bradycardia	Bradycardia
Labetalol	5–10 min	3–6 h	0.25–0.5 mg/kg i.v. bolus; 2–4 mg/min continuous infusion until goal BP is reached, thereafter 5–20 mg/h	History of 2nd or 3rd degree AV block, systolic heart failure, asthma, and bradycardia	Bronchoconstriction and foetal bradycardia
Fenoldopam	5–15 min	30–60 min	0.1 µg/kg/min i.v. infusion, increase every 15 min until goal BP is reached with 0.05 to 0.1 µg/kg/min increments		
Clevidipine	2–3 min	5–15 min	2 mg/h i.v. infusion, increase every 2 min with 2 mg/h until goal BP		Headache and reflex-tachycardia
Nicardipine	5–15 min	30–40 min	5–15 mg/h as continuous i.v. infusion, starting dose 5 mg/h, increase every 15–30 min with 2.5 mg until goal BP, thereafter decrease to 3 mg/h	Liver failure	Headache and reflex-tachycardia
Nitroglycerine	1–5 min	3–5 min	5–200 µg/min, 5 µg/min increase every 5 min		Headache and reflex tachycardia
Nitroprusside	Immediate	1–2 min	0.3–10 µg/kg/min, increase by 0.5 µg/kg/min every 5 min until goal BP	Liver/kidney failure (relative)	Cyanide intoxication
Enalaprilat	5–15 min	4–6 h	0.625–1.25 mg i.v.	History of angioedema	
Urapidil	3–5 min	4–6 h	12.5–25 mg i.v. bolus, 5–40 mg/h as continuous infusion		
Clonidine	30 min	4–6 h	150–300 µg i.v. bolus in 5–10 min		Sedation and rebound hypertension
Phentolamine	1–2 min	10–30 min	0.5–1 mg/kg i.v. bolus OR 50–300 µg/kg/min as continuous i.v. infusion		Tachyarrhythmias and chest pain

Il trattamento farmacologico **inappropriato** più frequente nelle emergenze ipertensive

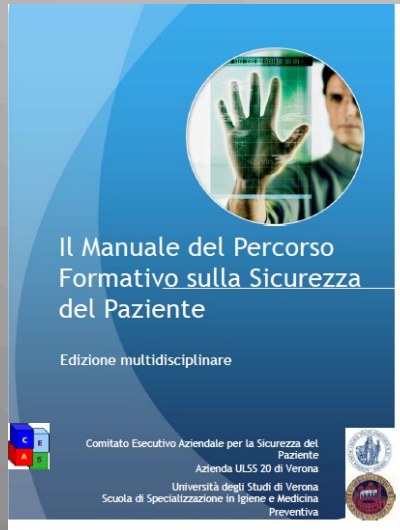
- Nifedipina sublinguale
(ischemia tissutale, dP/dT)
- Clonidina i.m.
(rebound, sedazione)
- Diuretici e.v.
(globo vescicale, ipovolemia, tachicardia)

Emergenze in odontoiatria

Quale correlazione ci può essere tra l'emergenza in odontoiatria ed il formaggio Emmenthal?



Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2011 con il titolo *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition* © Organizzazione Mondiale della Sanità 2011



fdi
FDI Federazione Internazionale degli Odontoiatri

Oggitrorno, vi è una crescente consapevolezza e riconoscimento della Sicurezza del Paziente come fattore fondamentale di un'assistenza sanitaria. Vi è anche un bisogno percepito di analizzare attentamente le procedure adottate con successo in altri ambienti professionali, in particolare il mondo finanziario, per comprendere come meglio adattare nella Sanità. Questo porta ad una pressante necessità per gli studenti di tutti gli ambiti sanitari di apprendere e comprendere come gestire e far fronte ad eventi avversi, garantendo al contempo un elevato livello di Sicurezza del Paziente.

Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente, Edizione multi-disciplinare dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresenta in tal senso una risorsa importante: non solo aumenterà la consapevolezza globale della necessità di formazione sulla Sicurezza del Paziente, ma sarà anche di supporto per i docenti nell'ispirare il contenuto di sicurezza nei programmi formativi esistenti.

Questo contribuirà alla costruzione di una base di conoscenze e competenze per preparare al meglio gli studenti per la pratica clinica e per sviluppare una futura norme di professionisti sanitari formati nell'ambito della Sicurezza del Paziente, in grado di soddisfare le esigenze dei più complessi ambienti assistenziali.

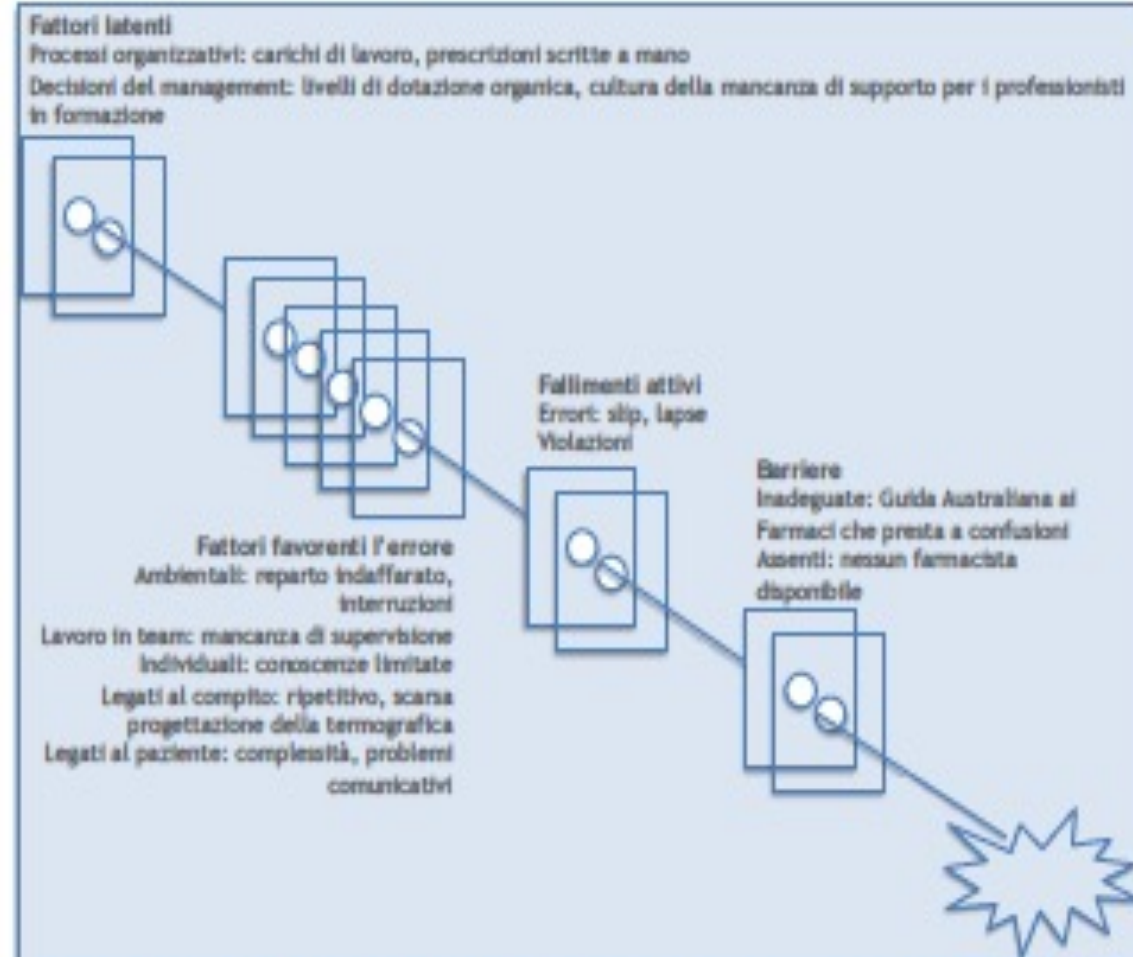
Nello scorso anno, la FDI ha cercato di rivedere le proprie strategie universali per la salute orale nel ridisegnare gli aspetti chiave e le priorità regionali. Una delle questioni sollevate è stata la garanzia ed il raggiungimento della qualità rispetto la Sicurezza del Paziente e la comunicazione/informazione con il paziente. Per tale motivo, è incoraggiante vedere che gli aspetti sollevati sono stati così presto tradotti in materiale didattico utilizzabile, basato su concetti derivati dal settore industriale.

Il concetto di Sicurezza del Paziente, come comportamento centrale da introdurre presto nella formazione odontoiatrica, è quello che la FDI ha da tempo sostenuto. Il rilievo che questo programma dà alla formazione dei futuri odontoiatri nelle strutture di pratica: la sicurezza dei pazienti in tutti gli aspetti del proprio lavoro, è di buon auspicio per la loro futura carriera e per il futuro dell'odontoiatria nel mondo.

La FDI è orgogliosa di essere stata coinvolta in questo progetto di collaborazione con l'ODC, una parte molto importante del processo si è avvertito e promosso la causa della salute orale e proteggere gli obiettivi della formazione continua. Inoltre, questo programma integra in modo proficuo l'odontoiatria con le altre professioni sanitarie, evidenziando i principi comuni che regolano il loro approccio alla Sicurezza del Paziente.

Dr. Roberto Verone
Presidente
Federazione Internazionale degli Odontoiatri (FDI)

Figura B. 1.1. Il modello dell'Emmenthal svizzero: tappe e fattori associati con gli eventi avversi (Slide 7)



Fonte: Coombes ID et al. Why do Interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008 (Adapted from Reason's model of accident causation) [41].

Risposta: i BUCHI

39. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768-770.
40. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
41. Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188:89-94.

I buchi dell'emmenthal ...

- Rappresentati da fattori **diversi e concomitanti**, riconducibili a tre condizioni fondamentali configuranti la **colpa grave**:
- **Imperizia / Imprudenza / Negligenza**

LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24 (GELLI – BIANCO)

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

Art. 6. Responsabilità PENALE dell'esercente la professione sanitaria

«Art. 590-sexies (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario).

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ...».



Linee Guida

**LA SEDAZIONE COSCIENTE
IN ODONTOIATRIA**



SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



**Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida
Roma, 28 maggio 2021**

Come evitare l'allineamento dei buchi nell'emmental

I° Prevenzione

II° Riconoscimento

III° Trattamento

Conoscenza teorica

Esperienza clinica

Aggiornamento continuo

Dipendono dall'odontoiatra

Odontoiatra Sedazionista:

professionalità caratterizzata da **diligenza** / **prudenza** / **perizia**

SEDATIONIST: “One who administers sedatives to a patient”

Sedation: the action of administering a sedative drug to produce a state of calm or sleep

Sedazione: [dal lat. tardo *sedatio -onis*, der. di *sedare* «sedare»]. – L'azione, il fatto di sedare, di calmare. Poco usato con il sign. di repressione e sim. (*s. di un tumulto*), è più spesso riferito (anche sull'esempio del fr. *sédation* e ingl. **sedation**) all'**azione calmante, tranquillante** che può conseguire, per es., all'ingestione di sedativi.

Odontoiatra con **formazione specifica in Anestesia Odontoiatrica** e particolarmente nelle tecniche di **valutazione pre-operatoria /ALR / analgesia peri-operatoria, ansiolisi / sedazione cosciente, monitoraggio clinico e strumentale dei parametri vitali.**

Odontoiatra Sedazionista:

professionalità caratterizzata da **diligenza** / **prudenza** / **perizia**

Valutazione pre-operatoria del
paziente odontoiatrico **Consenso**
informato

Ansiolisi, ALR – analgesia,
monitoraggio dei parametri vitali intra-
operatori

Informazioni / Istruzioni

Prima di tutto:

PREVENZIONE !!!

Che fare per la sicurezza del paziente? Il SEDAZIONISTA

Dr. Michele Caruso



40 milioni di tubofiale/anno in Italia



NORMATIVA E GIURISPRUDENZA

- G.U.Comunità Europea. Direttiva **78/687/CEE** del 25 luglio 1978.
- Comitato consultivo per la **formazione dei dentisti**, Bruxelles 19/11/1986.
- Association for Dental Education in Europe (**ADEE**), 2010 “Profile Of A Dentist In The Oral Health Care Team In Developed Economy Countries”
“Major Competence: Pain And Anxiety Management.
- **CLOPD, LM 46**: “il laureato sarà in grado di....“applicare la gamma completa di tecniche di controllo dell’ansia e del dolore connessi ai trattamenti odontoiatrici, **nei limiti** consentiti all’odontoiatra..”
- **Linee guida AISOD.**
- **Corte di Cassazione n.15078 del 22/11/2000**: "non è sotto alcun profilo, revocabile in dubbio che la professione odontoiatrica sia una professione medica e che essa si concreti, nei limiti del suo specifico oggetto, **nell'esercizio delle stesse attività di prevenzione, diagnosi e cura che connotano l'esercizio di ogni professione medica ... l'odontoiatra è senz'altro medico (dei denti, secondo il significato etimologico del termine) e, entro tali limiti, esercita la professione medica".**



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

*Il Presidente
della Commissione per gli iscritti
all'Albo degli Odontoiatri*

ODONTOIATRI
talmente

III°

Rientra altresì tra le competenze dell'odontoiatra la sedazione cosciente, una procedura da ritenersi in termini di rischio per il paziente uguale se non inferiore all'anestesia locale.

Si tratta di una pratica prevista come specifico insegnamento per la formazione europea del medico odontoiatra, già inserita nella Direttiva 78/687/CEE del Consiglio, del 25 luglio 1978, concernente "il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per le attività di dentista".

I°

DR.SSA PATRIZIA BIANCUCCI

OMCEO TORINO

segreteria.to@pec.omceo.it

Parere della CAO sulla sedazione odontoiatrica

Oggetto: riscontro a richiesta parere su procedure anestesologiche e di sedazione per pratica clinica odontoiatrica – OMCEO Torino.

III°

Inoltre, consistendo la sedazione cosciente nell'utilizzo di tecniche farmacologiche prevalentemente "ansiolitiche" piuttosto che "sedative" e, considerando quindi tale pratica uguale se non inferiore in termini di rischio all'anestesia locale, si ritiene che la sedazione cosciente e le altre tipologie di anestesia ammesse in odontoiatria, possano farsi rientrare nell'accezione di "medicamenti" necessari all'esercizio della professione odontoiatrica di cui all'art. 2, comma 1, legge 24 luglio 1985, n. 409.

Cordiali saluti

MF/CDL

Documento informatico firmato digitalmente ai



Raffaele Iandolo

Raffaele
Iandolo

07.03.2023
12:06:49

GMT+01:00
1 - 00196 Roma

445/2000 e del D. Lgs. 82/2005

FORMAZIONE PRE - LAUREA

Anestesiologia ed Emergenze

CI=160 ore

IV° anno Clodp:

Anestesia Odontoistrica 60h +

Malattie cardio-vascolari 40h +

Neurologia 60 h

ANESTESIA ODONTOIATRICA ed EMERGENZE

a cura di

III Edizione

G. MANANI

E. FACCO - G. ZANETTE

M.A. ARVALLI
A. BARBIERI
D. BETTI
M. BOSCO
E. CASIGLIA
M. DAURI
O. DI BELLA
F. DONES
E. FACCO
R. FAVARO
G. FONTANA
M. GIACOMELLO
N. LATRONICO
U. LUCANGELO
A. LUZZANI
G. MANANI
M. MAZZUCHIN
M. MULAS
E. SANTANGELO
C.A. VOLTA
F.S. VENUTI
G. ZANETTE
L. ZANETTE



GG
IDELSON - GNOCCHI

FORMAZIONE POST - LAUREA



MASTER SEDAZIONE ED EMERGENZA IN ODONTOIATRIA: IL TRATTAMENTO OLISTICO DEL PAZIENTE ODONTOIATRICO

*Università degli Studi di Padova - Clinica
Odontoiatrica dell'Università e Azienda
Ospedaliera di Padova*

PADOVA

Direttore: Prof. Gastone Zanette

Per maggiori informazioni: Sarah Mazzonetto
odontoiatria.neuroscienze@unipd.it

T. 049 8218098

Maggiori
informazioni

Scarica la
brochure

- 2003 – 2007, Corso di perfezionamento:

- 35 odontoiatri hanno terminato il corso

- 2008 – 2024, **Master II° livello:**
- **185** odontoiatri hanno terminato il master


185 sedazionisti in 20 anni

In Italia esercitano circa **60.000** odontoiatri

ISCRIVETEVI AL MASTER !!!



FORMAZIONE POST - LAUREA



ASSOCIAZIONE ITALIANA
SEDAZIONISTI ODONTOIATRI

CORSO ANNUALE AISOD

CORSO DI SEDAZIONE COSCIENTE E DI GESTIONE DELLE EMERGENZE IN ODONTOIATRIA AISOD 2024

DIVENTA ODONTOIATRA SEDAZIONISTA

- 11-12 APRILE
- 16-17 MAGGIO
- 13-14 GIUGNO
- 11-13 LUGLIO
- 12-13 SETTEMBRE
- 3-4 OTTOBRE
- 7-8 NOVEMBRE
- 5-7 DICEMBRE

PROGRAMMA DIDATTICO

CONGRESSO NAZIONALE AISOD



ASSOCIAZIONE ITALIANA SEDAZIONISTI ODONTOIATRI
AISOD
CONGRESSO NAZIONALE AISOD

EMERGENZE IN ODONTOIATRIA SICUREZZA DEL PAZIENTE, PREVENZIONE E GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO

BOLOGNA

11-12 ottobre 2024

EVENTO ACCREDITATO ECM



...e tanto altro ancora!!

Prevalence of medical emergency events in primary dental care within the UK

Melissa Sin,¹ David Edwards,^{*1} Charlotte Currie¹ and Ian Corbett¹

Key points

Medical emergencies in primary dental care are encountered by practitioners every 1–2 years.

It is increasingly important to maintain and develop training in medical emergencies due to current lack in confidence in managing some medical emergencies.

There is a need for more hands-on training in medical emergencies.

BRITISH DENTAL JOURNAL | VOLUME 235 NO. 9 | NOVEMBER 10 2023

Results Respondents (n = 400) were dentists (55.8%), dental hygienists/therapists (38.8%) and specialists (5.5%). Most participants received basic life support training (62%) in 2019, before COVID-19. The most common medical emergencies were syncope, non-specific collapse and hypoglycaemia, being encountered every 1.59, 1.64 and 8.26 years, respectively. The preferred method for medical emergency training was practical based, with more training in administering emergency drugs and equipment identified as a training need.

Conclusion Dental professionals will encounter medical emergencies in primary dental care every 1–2 years and are therefore not uncommon.

Table 3 Prevalence of medical emergencies in 2019

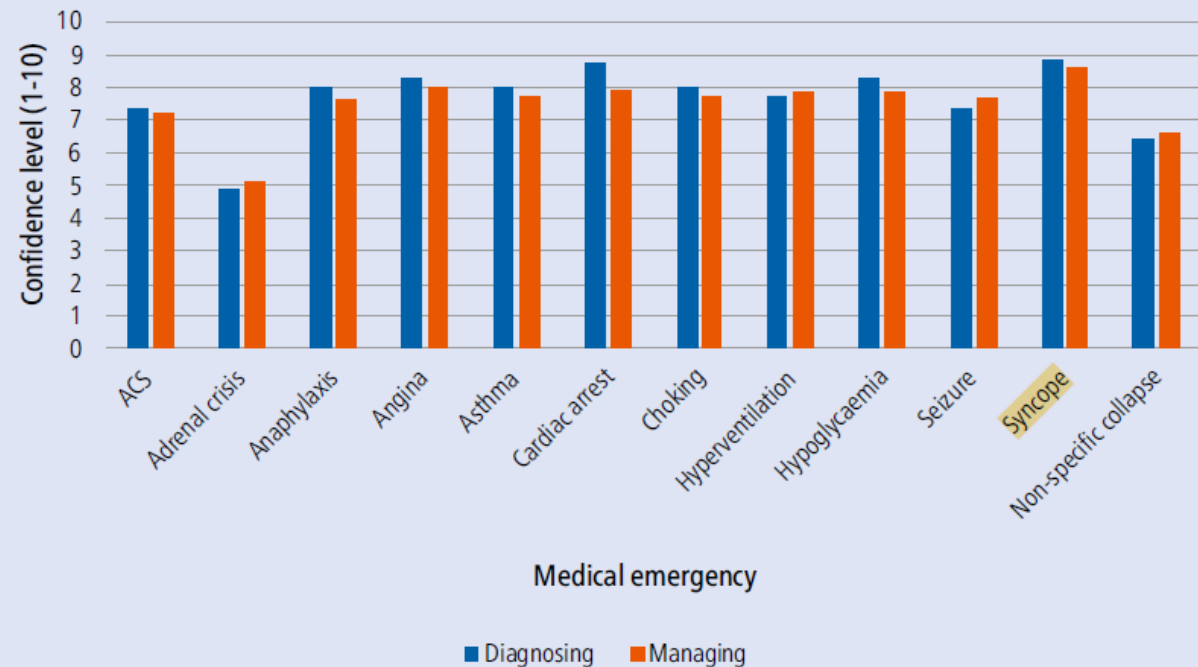
	N		Mean per year	Frequency of occurrence, practice years
	Valid	Missing		
Syncope	347	53	0.6272	1.59
Non-specific collapse	347	53	0.6092	1.64
Hypoglycaemia	347	53	0.1210	8.26
Seizure	347	53	0.0951	10.56
Hyperventilation	347	53	0.0576	17.35
Asthma	347	53	0.0490	20.41
Acute coronary syndrome	347	53	0.0317	31.56
Angina	347	53	0.0288	34.70
Anaphylaxis	347	53	0.0086	115.67
Choking	347	53	0.0058	173.50
Adrenal crisis	347	53	0.0029	347.00
Cardiac arrest	347	53	0.0029	347.00

Prevalence of medical emergencies

Participants were asked about the prevalence of certain medical emergencies within a specified 12-month period (Table 3). The most common medical emergencies were syncope, non-specific collapse and hypoglycaemia, which dental care professionals would encounter every 1.59, 1.64 and 8.26 years, respectively.

Quali emergenze sul riunito ?

Fig. 2 Confidence levels in diagnosing and managing specific medical emergency events (ACS = acute coronary syndrome)



Le dimensioni del problema

Emergenza	Incidenza (%)
<u>Sincope</u>	<u>50</u>
Durante / dopo A.L.	<u>55</u>
Durante il trattamento	<u>22</u>
Estrazione	<u>39</u>
Pulpectomia	<u>27</u>



Iatrosedazione + AL topico + clinostatismo = prevenzione

RUOLO DELL'ODONTOIATRA NELL'EMERGENZA SUL RIUNITO

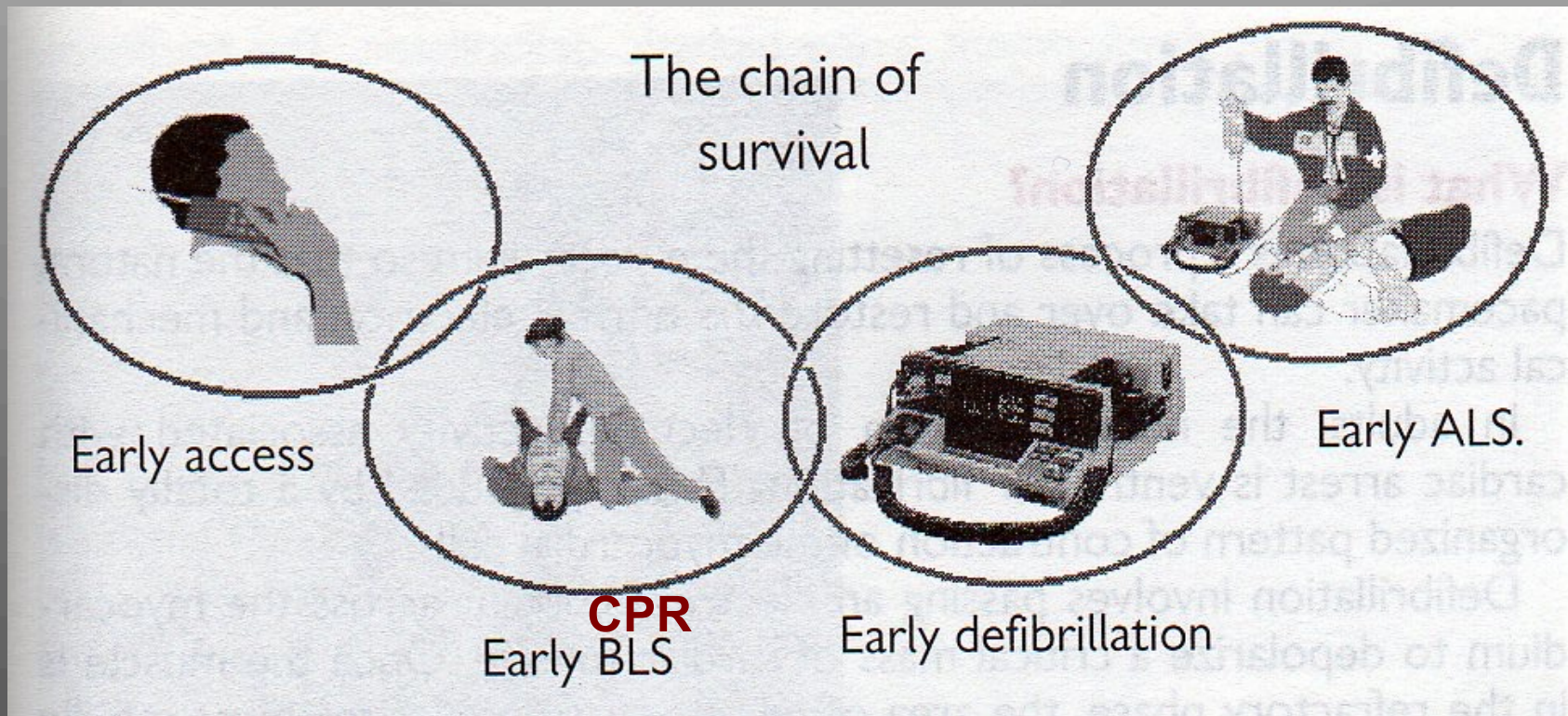
- **Compiti del futuro laureato in Odontoiatra e protesi dentaria (Classe 52/s) (2001)**
- *Valutare la salute generale del paziente*
- **Conoscere i farmaci correlati con la pratica odontoiatrica**
- *Applicare la gamma completa di tecniche di controllo dell'ansia e del dolore connessi ai trattamenti odontoiatrici*
- **Ottenere il consenso informato alla terapia**
- *Saper effettuare manovre di BLS - D*
- Riconoscere i propri limiti nell'assistere il paziente

Che fare ?

- Conoscenza del BLS-D da parte di tutto il personale dello studio (intervento di equipe)
- Aggiornamento annuale in BLS-D
- Organizzazione di un protocollo di intervento (chi deve fare cosa)
- Controllo e manutenzione dello strumentario per BLS-D

Catena della sopravvivenza

Insieme di eventi critici la cui **corretta sequenza temporale** può determinare la sopravvivenza, o meno, della persona colpita da arresto cardio-respiratorio



BLS-D

Immaginiamo il **BLS-D** come una **scatola** contenente tutto ciò che serve all'odontoiatra per affrontare l'emergenza

- Primi 3 anelli della catena di sopravvivenza
- **Valutazione Coscienza**
- **A** – airway
- **B** – breathing
- **C** – circulation
- **P** - positioning
- **RCP**
- **DAE**

Trattamento del paziente colpito da sincope vaso-depressiva

Riconoscimento emergenza (segni e sintomi)



Interruzione trattamento, **rimozione** corpi estranei



BLS-D: **Coscienza:** alterazione, incoscienza
A: via aerea aperta
B: respirazione spontanea presente
C: polso carotideo presente ma difficile da rilevare



Posizionamento (supino/sollevarle arti inferiori)



controllo strumentale

parametri vitali (O₂)

(Dimissione o 118)

Comunicazione ipnotica nelle emergenze

- “*Trance ipnotica*” spontanea negli stati di stress: ansia, dolore, reazioni psicosomatiche da vasocostrittore, etc.
- L’operatore deve saper utilizzare le parole giuste:
- “non preoccuparti” recepito solo “preoccuparti”
- ... “sii tranquillo, ho capito il problema e so come aiutarti, concentrati sul respiro e fai come me, respira lento e tranquillo” ...

Quali abilità del medico odontoiatra nell'emergenza?

Training in medical emergencies

The majority of participants (347/400; 86.8%) worked within primary dental care in 2019. Medical emergency training received by participants in 2019 included face-to-face basic life support (248/347; 62%), face-to-face theoretical medical emergency training (202/347; 50.5%) and face-to-face medical emergency roleplay (192/347; 48%). Only 32% (130/347) received training involving a simulation manikin (Fig. 1).

Most participants reported undertaking medical emergency training every year (356/399; 89.2%). A small number reported training every six months (27/399; 6.8%), every three months (7/399; 1.8%) and every two years (9/399; 2.3%) (missing data: n = 1). About half of participants (219/400; 49.8%) stated that they did not run or weren't sure if they ran medical emergency scenarios in their practice, with 181/400 not running medical emergency scenarios in their practice.

Fig. 1 Medical emergency training received by participants in 2019

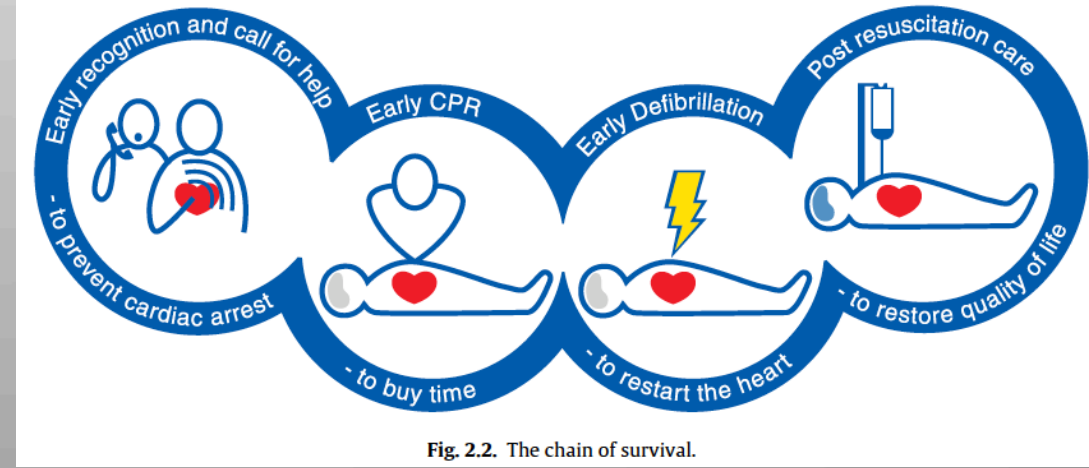
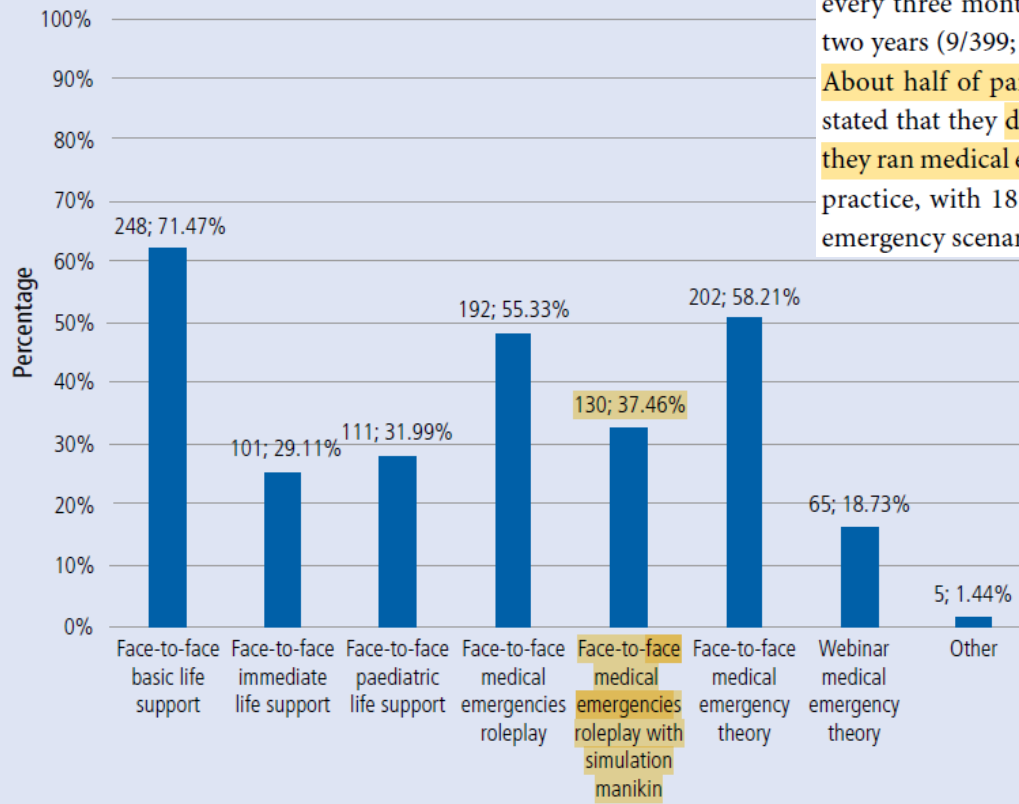
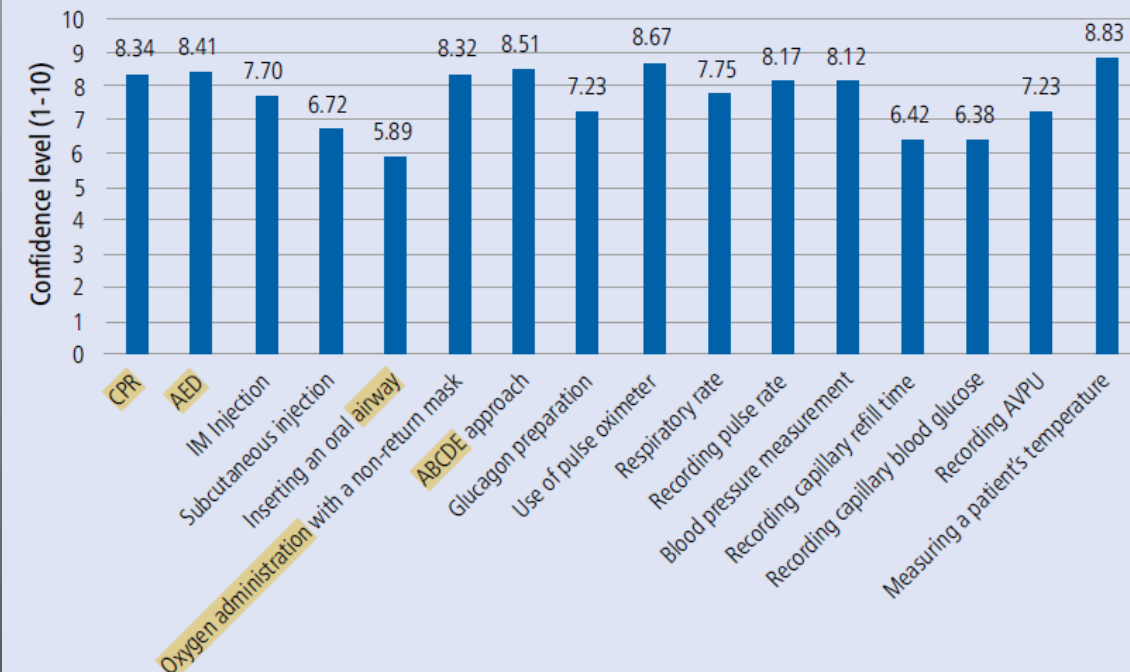


Fig. 2.2. The chain of survival.

Fig. 3 Confidence levels in carrying out emergency skills (CPR = cardiopulmonary resuscitation; AED = automated external defibrillator; ABCDE = airway, breathing, circulation, disability, exposure; AVPU = alert, verbal, pain, unresponsive)





The Effect of the Use of a Stabilizer and Different Height Settings on the Stability of the Dental Chair when Performing High-Quality Chest Compressions

Shinichi Ito*, Noriko Karube, Jun Hirokawa, Saori Sako and Takeshi Yokoyama

Resuscitation 81 (2010) 502



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



Letter to the Editor

Using a stool for stabilization of a dental chair when CPR is required

We placed a stool under the tilted or horizontal backboard. We then lowered the dental chair so that the backboard came into contact with the stool (Fig. 1). 2000; 15(1): 1-7

SCIENTIFIC ARTICLE

Australian Dental Journal 2003;48:(4):244-247

Efficacy of cardiopulmonary resuscitation performed in a dental chair

AJ Lepere,* J Finn,† I Jacobs‡



Figure 2: Placement of the round stool as a stabilizer. The edge of the seating surface of the round stool was set to (vertically) touch the backrest under the area for chest compressions.



**DAE sul riunito?
Pericolo elettrocuzione?
Pericolo guasto
componenti elettrici?**

FARMACI NELL' EMERGENZA ! ?

- 1) **Ossigeno (obbligatorio) N_2O/O_2**
- 2) **Epinefrina f. 1:10.000 (in frigo)**
- 3) Clorfenamina fiale da 10 mg (Trimeton, A.L.)
- 4) Diazepam 0.2 mg/gtt. e fiale da 10 mg/2ml
- 5) Soluzioni glucosio per os e glucosio 33% e.v.
- 6) Nifedipina cp. 10 mg s.l. **non più !**
- 7) Nitroglicerina cp. o spray s.l.
- 8) Salbutamolo spray
- 9) (Aspirina 375 o 500 mg, IMA)
- 10) (Solumedrol 500 mg, insuff surrenalica acuta)
- 11) Linea 118 sempre libera

BLS-D



Siringa da insulina con ago 23G x 25 – 38 mm



Fig. 4 IM injection – insert needle at 90 degrees

L' emergenza in Odontoiatria: conclusioni

- Metodo studiato per l' odontoiatra
- Applicato a tutti i pazienti, previene il 90% delle emergenze: *l' emergenza non accade*
- Il rimanente 10% delle emergenze va trattato dall' odontoiatra secondo il metodo illustrato:
(Valutazione Coscienza+A+B+C+RCP+DAE)
= BLS-D
- Il trattamento sarà proseguito fino a risoluzione od intervento del SUEM (118)

Grazie per l'attenzione



www.emergency.it