

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA

CORSO DI STUDIO IN IGIENE DENTALE

Presidente del corso Ch.ma Prof.ssa Alessandra Majorana



TESI DI LAUREA

INTERVENTO DI EDUCAZIONE SANITARIA IN UNA R.S.D. PER OSPITI
DISABILI: FORMAZIONE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

Relatore

D.ssa Ignazia Casula

Correlatore

D.ssa Elena Marchesini

Laureanda

Maria Alloisio

Matricola

90547

Anno Accademico 2015/2016

INTRODUZIONE

Per salute orale non si intende solamente assenza di malattia, ma molto di più: si tratta, infatti, di una condizione che influenza fortemente lo stato di salute e di benessere della persona; di conseguenza, trascurare il benessere della cavità orale significa peggiorare lo stato di salute generale di un individuo.

Tuttavia, nelle persone portatrici d'invalidità, spesso la cura della salute orale è secondaria rispetto ai più pressanti problemi medici e ciò porta a ripercussioni sia dal punto di vista della salute generale che della vita di relazione.

La promozione della salute, ivi compresa quella orale, rappresenta un fattore di crescita socio-culturale e deve essere basata su interventi multidisciplinari con il coinvolgimento di diversi attori, tra i quali la figura dell'Igienista Dentale.

Dato il successo riscontrato e consci dell'importanza e della necessità di una formazione continua e costante nel tempo, si è deciso di continuare il progetto per la formazione del personale socio-sanitario riferito all'igiene orale domiciliare e alla salute oro-dentale del paziente disabile presso la Cooperativa Sociale Nikolajewka intrapreso a partire dal 2008.

Questo terzo intervento formativo aveva lo scopo di:

- valutarne l'efficacia;
- valutare la permanenze delle conoscenze negli operatori che hanno già subito la formazione e l'obsolescenza delle procedure pratiche sul paziente;
- verificare l'evoluzione delle conoscenze teorico - pratiche degli operatori socio sanitari nel corso degli anni;
- formare i nuovi operatori.

LE TIPOLOGIE CLINICHE DEGLI OSPITI RSD

Gli ospiti della Cooperativa sono in genere soggetti che si caratterizzano per disabilità a carattere motorio, in alcuni casi accompagnate da deficit mentali o di ordine relazionale.

Più nello specifico, è possibile una classificazione delle tipologie cliniche degli ospiti afferenti all'Istituto Nikolajewka:

- Encefalopatia metabolica
- Encefalopatia post-traumatica con sindrome frontale
- Encefalopatia vascolare (esiti di emorragia subaracnoidea)
- Encefalite epilettogene
- Paralisi cerebrale infantile
- Tetraplegia e tetraparesi post-traumatica con sindrome frontale

- Malattie neurodegenerative (sclerosi multipla, atassia cerebrale familiare, atassia di Friedrich, morbo di Parkinson giovanile, malattia di Huntington).

PROBLEMATICHE ODONTOIATRICHE DEL PAZIENTE DISABILE

I pazienti affetti da disabilità presentano un'elevata incidenza di patologie orali, correlate sia alla patologia di base sia ad abitudini viziate sia a comportamenti e a problemi di adattamento che la disabilità può comportare.

In particolare, si sono studiate le alterazioni legate alla patologia di base con conseguenze per la respirazione orale e la deglutizione infantile; le problematiche connesse ad una non corretta igiene orale e all'errata alimentazione nonché quelle collegate ad eventi traumatici ed a difficoltà di alimentazione.

Infine si sono considerati le complicazioni derivanti dall'assunzione di farmaci per il trattamento della patologia di base.

SCOPO DEL LAVORO

L'obiettivo del presente lavoro è di valutare nel tempo l'efficacia di un intervento formativo per la cura della salute orale del paziente disabile rivolto agli operatori socio sanitari di una residenza sanitaria.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato articolato in cinque fasi:

1. E' stato preparato e somministrato al campione, composto da 23 operatori, un questionario per rilevare il livello conoscitivo relativo a patologie cariosa e parodontale.
2. E' stata condotta da un'Igienista Dentale una lezione teorico-pratica.
3. E' stato distribuito al termine della lezione il medesimo questionario.
4. Sono stati eseguiti controlli e valutazioni pratiche settimanalmente per 4 mesi da parte di una studentessa del Corso di Studi in Igiene Dentale tramite schede compilative al fine di valutare l'attività pratica dell'operatore socio-sanitario.
5. I risultati emersi dai due questionari e dalle schede di valutazione sono stati confrontati con quelli raccolti in due precedenti studi, condotti il primo nel 2008 e il secondo 2012 nel medesimo centro.

PRIMA FASE: L'INDAGINE CONOSCITIVA

E' stato condotto un apposito studio di natura conoscitiva attraverso la somministrazione, agli operatori socio-sanitari, di un opportuno questionario ideato per poter arrivare all'esatta percezione del loro grado di conoscenza teorica nonché delle abitudini di igiene orale.

Il questionario utilizzato prevedeva le medesime domande presenti nei questionari del 2008 e del 2012 in modo tale da poterne verificare l'evoluzione.

Le domande così formulate e poste, facevano riferimento a diversi argomenti:

- abitudini di igiene orale domiciliare;
- strumenti di igiene orale domiciliare;
- malattia cariosa;
- malattia parodontale.

SECONDA FASE: LA LEZIONE TEORICO-PRATICA

Alla fase conoscitiva preliminare, è poi seguita la vera e propria lezione teorico - pratica basata sulla trattazione di diversi argomenti attinenti la salute orale tra cui, a titolo esemplificativo, ricordiamo:

- anatomia della bocca;
- eziopatogenesi della malattia cariosa e parodontale;
- concetto di prevenzione;
- tecniche di spazzolamento;
- presidi e tecniche applicative per l'igiene orale domiciliare;
- dimostrazione pratica per un corretto utilizzo dei presidi direttamente sul paziente.

La lezione, della durata di 2 ore e preparata nel linguaggio e nei tempi in base al livello conoscitivo degli operatori, è stata impartita da un'Igienista Dentale esperta, coadiuvata da una studentessa frequentante il Corso di Studi in Igiene Dentale dell'Università degli studi di Brescia. Per migliorare il livello di comunicazione sono state realizzate delle immagini fotografiche da parte di quattro studentesse del Corso di Studi in Igiene Dentale, sotto la guida della D.ssa Casula. Le fotografie sono state scattate durante le ore di esercitazione presso la Clinica Odontoiatrica degli Spedali Civili di Brescia, in fase di tirocinio formativo. Queste immagini sono state poi utilizzate nella creazione di appositi posters con illustrate la corretta procedura da seguire a seconda della tipologia dell'ospite, la corretta tecnica di spazzolamento e di pulizia delle protesi rimovibili per facilitare il lavoro degli operatori.

TERZA FASE: INDAGINE CONOSCITIVA POST- LEZIONE

Al termine della lezione, è stata poi effettuata una nuova somministrazione del medesimo questionario per una verifica dell'apprendimento raggiunto relativamente alle nozioni ed indicazioni pratiche fornite nel corso della lezione.

QUARTA FASE: LA VERIFICA PRATICA

Tale fase del progetto, si è rivolta all'applicazione pratica da parte degli operatori delle nuove conoscenze e procedure apprese durante la lezione mediante controlli settimanali, al fine di valutare concretamente l'attività dell'operatore socio-sanitario.

Per un periodo di quattro mesi la studentessa del Corso di Laurea in Igiene Dentale si è recata presso il centro Nikolajewka durante le ore di lavoro degli operatori, in modo da poterli osservare nei momenti dedicati alle manovre di igiene orale degli ospiti del centro.

Per la verifica sono state utilizzate apposite schede di controllo del lavoro eseguito dagli operatori socio-sanitari, le medesime utilizzate nel 2008 e nel 2012, volte a valutare:

- la corretta posizione dell'operatore;
- la corretta applicazione del protocollo previsto per la tipologia del paziente;
- la corretta tecnica di spazzolamento;
- la durata dello spazzolamento;
- l'eventuale igiene e pulizia della protesi;
- lo stato dello spazzolino;
- la presenza di tutti i presidi necessari per l'igiene orale domiciliare.

La compilazione di tali schede è stata eseguita facendo riferimento a delle linee guida elaborate nel 2008.

Le linee guida sono state strutturate analizzando otto fasi della pratica di igiene orale , per ciascuna delle quali sono state definite le caratteristiche secondo cui ogni fase può essere classificata come “soddisfacente”, “migliorabile” o “insoddisfacente”.

QUINTA FASE: CONFRONTO DEI DATI

Durante l'ultima fase del progetto i dati raccolti sono stati inseriti in un foglio di lavoro di Excel e analizzati. Successivamente sono state realizzate delle tabelle relative ad ogni quesito del questionario e altre relative i singoli punti delle verifiche. In tali tabelle sono stati raccolti e riportati i dati del 2008 e del 2012 così da poterli confrontare.

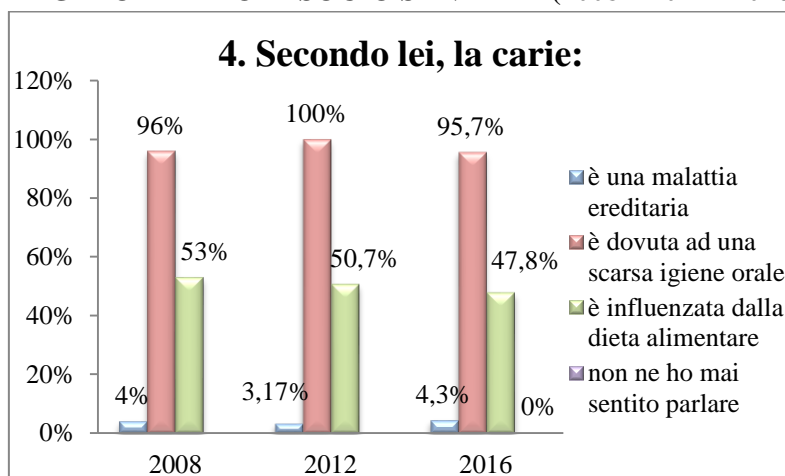
Una volta compilate le tabelle, sono stati elaborati i grafici. I grafici sono stati pensati e strutturati in modo da poter visualizzare i risultati del 2016 in modo immediato e in un secondo momento messi a confronto con quelli del 2008 e del 2012.

STUDIO OSSERVAZIONALE- Descrizione del campione

Il campione osservato era composto da 23 operatori sanitari, di cui 20 femmine e 3 maschi. La maggioranza del campione ha un'età compresa tra i 31 e i 40 anni. Poco più della metà degli operatori risiedono in città e la maggior parte possiede un titolo di scuola media superiore.

Il 56,5% del campione aveva già partecipato agli interventi formativi organizzati negli anni precedenti (2008 e 2012), alcuni ad entrambi gli interventi, mentre altri a uno dei due.

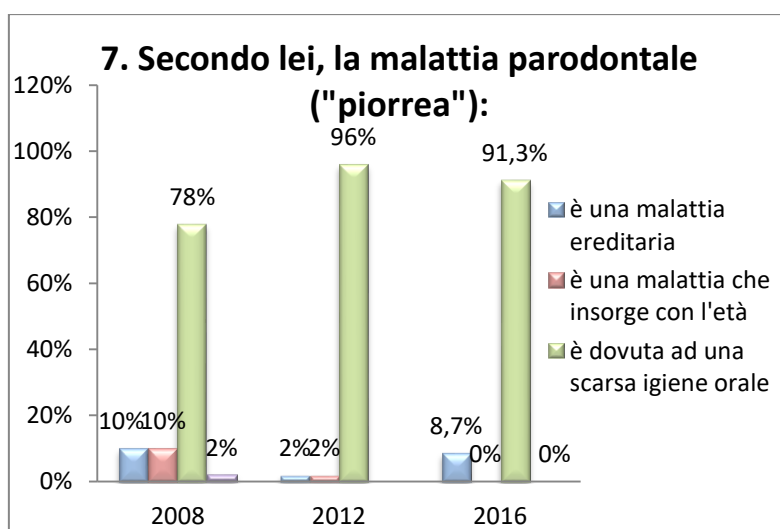
RISULTATI E DISCUSSIONE DEI QUESTIONARI RELATIVI ALLE CONOSCENZE DEGLI OPERATORI-SOCIO SANITARI (2008 – 2012 - 2016)



È evidente come agli operatori sia chiaro che la carie è dovuta a una scarsa igiene orale (96% nel 2008, 100% nel 2012, 95,7% nel 2016).

Il 47,8% del campione afferma che la carie è influenzata dalla dieta alimentare, percentuale decrescente rispetto al 50,7% del 2012 e al 53% del 2008. In aumento la percentuale di operatori che ritiene che la carie sia una malattia ereditaria (4% nel 2007, 3,17% nel 2012 e 4,3% nel 2016).

In base ai dati ottenuti sarà opportuno calibrare gli interventi futuri in modo tale da poter meglio chiarire il concetto di fattori predisponente ed ereditarietà della patologia cariosa.

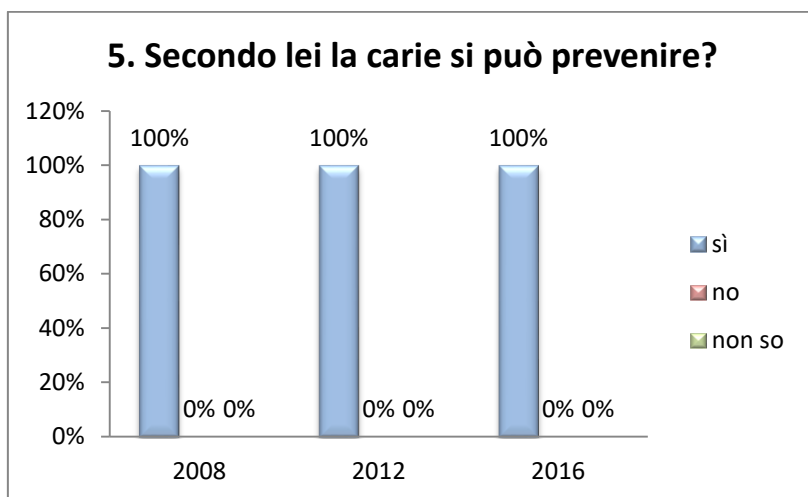


Dal confronto delle risposte emerge che la percentuale di coloro che ritengono che la parodontite sia una malattia ereditaria è diminuita rispetto al 2008 (dal 10% all'8,7%), anche se in aumento rispetto al 2012 (2%).

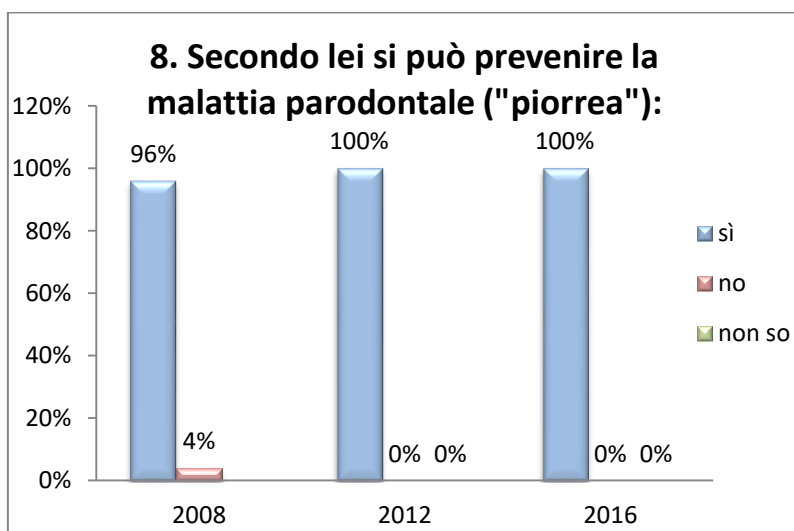
È diminuita significativamente la percentuale di operatori che credono sia una malattia che insorge con l'età (dal 10% allo 0%).

In aumento rispetto al 2007 la percentuale di risposte “è dovuta ad una scarsa igiene orale” (dal 78% al 91,3%), tuttavia diminuita rispetto al 2012 (96%).

Dal confronto dei dati, è possibile evidenziare una regressione rispetto al 2012; tale regressione può essere associata ad una latente insicurezza nella conoscenza della malattia parodontale da parte del campione ed una mancata efficacia della parte relativa alla malattia parodontale affrontata durante la lezione teorica.



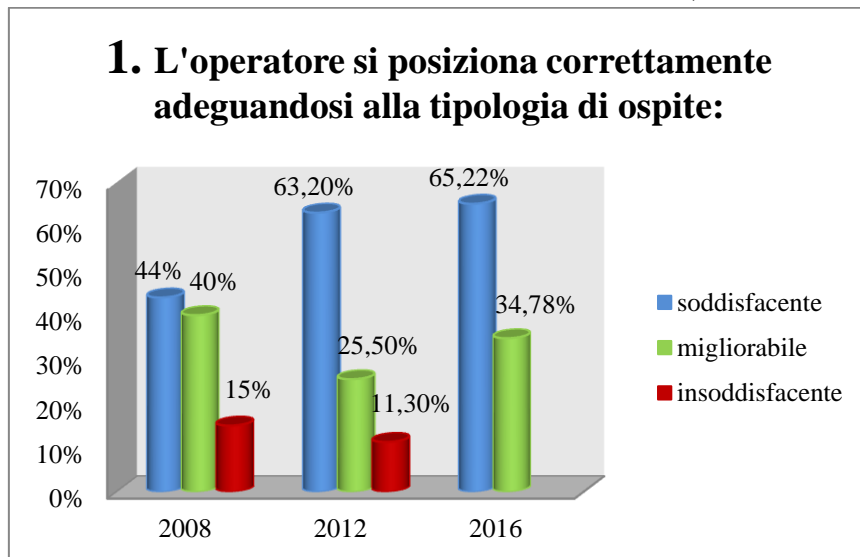
Confrontando i dati registrati nel corso degli anni, è possibile intuire come agli operatori sanitari sia chiaro che la carie si può prevenire. Infatti sia nel 2008, sia nel 2012 e oggi il 100% del campione afferma che la carie si può prevenire.



Rispetto al 2008 è aumentata la percentuale di soggetti che ritiene che la malattia parodontale sia prevenibile (dal 96% al 100%). Come per la carie, anche per la malattia parodontale possiamo

affermare come il concetto di prevenzione di tali patologie sia consolidato nelle conoscenze degli operatori.

RISULTATI E DISCUSSIONE DELLA SCHEDA DI CONTROLLO DELL'ATTIVITA' PRATICA DEGLI OPERATORI SOCIO-SANITARI(2008 – 2012 - 2016)

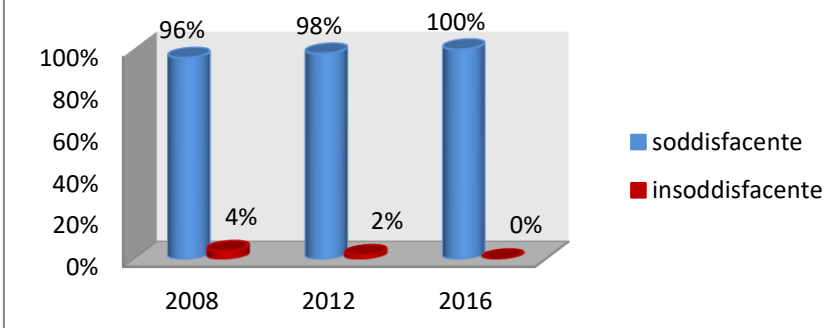


Dall'analisi dei dati risulta in crescita la percentuale di operatori che si posizionano in modo soddisfacente, infatti nel 2008 erano il 44%, nel 2012 il 63,20% mentre ad oggi il 65,22%.

La percentuale di operatori che viene giudicata migliorabile nel 2016 (34,78%) è minore di quella del 2008 (40%) e in crescita rispetto al 2012 (25,50%). Tale crescita è conseguenza dell'importante riduzione di operatori che si posizionano in modo insoddisfacente: infatti nel 2016 nessun operatore (0%) si posiziona in modo insoddisfacente contro il 15% del 2007 e l'11,30% del 2012.

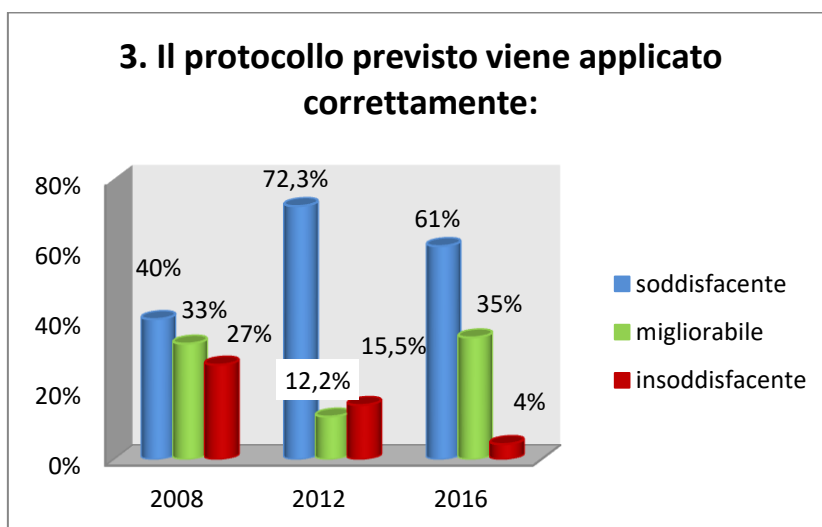
Tale dato significativo può rappresentare uno spunto di lavoro per gli anni futuri per far sì che anche la percentuale ritenuta migliorabile possa raggiungere il livello soddisfacente.

2. L'operatore applica il protocollo di igiene orale previsto per la tipologia di ospite:



Dai dati emerge che si è verificata una crescita degli operatori che applicano in modo soddisfacente il protocollo di igiene orale previsto per la tipologia di ospite: 96% nel 2008, 98% nel 2012 e 100% nel 2016. Conseguentemente vi è stata una diminuzione della percentuale di coloro che applicano il protocollo in modo insoddisfacente: 4% nel 2008, 2% nel 2012 e 0% nel 2016.

3. Il protocollo previsto viene applicato correttamente:

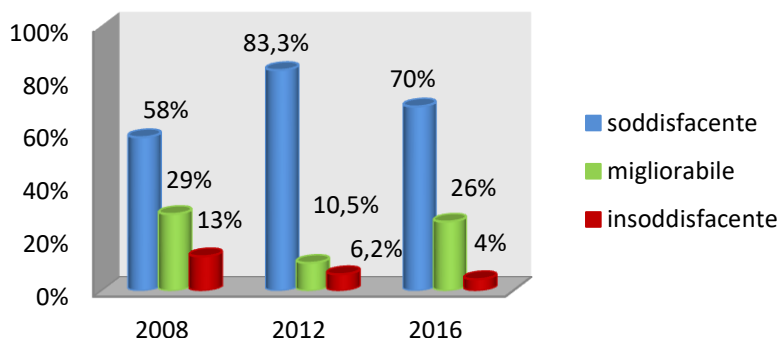


Dall'analisi dei dati si osserva che rispetto al 2008 vi è un aumento della percentuale di operatori che applicano in modo soddisfacente il protocollo previsto, dal 40% al 61%.

Anche la percentuale degli operatori che devono migliorare l'applicazione del protocollo è aumentata dal 33% al 35%. Risultano diminuiti coloro ritenuti insufficienti: dal 27% al 15,5%.

Il confronto più interessante risulta quello con il 2012: si è verificata una diminuzione della percentuale di coloro che applicano il protocollo previsto in modo soddisfacente, dal 72,3% al 61%, tuttavia è aumentata la percentuale degli operatori risultati migliorabili, dal 12,2 % al 35% e nettamente diminuita la percentuale di coloro ritenuti insoddisfacenti: dal 15,5% al 4%.

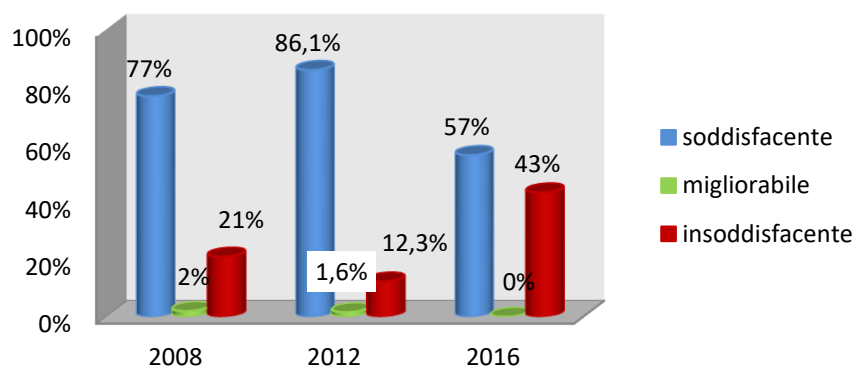
4. La tecnica di spazzolamento è quella corretta:



Rispetto al 2008 emerge un'aumentata percentuale di coloro che applicano la corretta tecnica di spazzolamento, dal 58% al 70%. E' ridotta invece la percentuale di operatori che adottano una tecnica migliorabile, dal 29% al 26%, così come la percentuale che risulta insoddisfacente, dal 13% al 4%.

In riferimento al 2012 si osserva tuttavia una parziale regressione, infatti diminuisce la percentuale degli operatori che adottano una corretta tecnica di spazzolamento, dall'83,3% al 70% e aumenta dal 10,5% al 26% la percentuale di operatori che sono giudicati migliorabili. Coloro che adottano una tecnica insoddisfacente risultano diminuiti dal 6,2% al 4%.

5. La durata dello spazzolamento è quella indicata durante in corso (2-3 min):



Rispetto alle indagini precedenti si osserva una regressione generale, infatti mentre nel 2008 il 77% del campione impiegava il tempo corretto, così come nel 2012 l'86,1%, ad oggi soltanto il 57% del campione viene considerato soddisfacente.

Dal 2008 ad oggi si è verificata dapprima una diminuzione delle percentuale di coloro ritenuti insoddisfacenti, dal 21% del 2008 al 12,3% del 2012 e successivamente tale percentuale è aumentata dal 12,3% al 43%.



Dallo studio dei dati emerge una crescita per quanto riguarda la percentuale che indica dissatisfacente la presenza dei presidi necessari a svolgere le manovre di igiene orale: 84% nel 2008, 96% nel 2012 e 100% nel 2016. Di conseguenza si osserva una diminuzione dei casi migliorabili, 7% nel 2008, 2% nel 2012 e dei casi insoddisfacenti: 9% nel 2008 e 2% nel 2016 contro lo 0% nel 2016.

CONCLUSIONI

Nel corso del 2008, tra il Corso di Studio in Igiene Dentale dell'Università di Brescia e la Cooperativa Sociale Nikolajewka di Brescia, sorgeva una stretta collaborazione destinata al monitoraggio, al controllo ed alla soluzione dei problemi oro-dentale propri degli ospiti della struttura. Una prima concretizzazione del rapporto di interazione tra i due enti, si è avuta con un corso di formazione inerente l'igiene orale domiciliare, pensato per gli operatori socio-sanitari assunti nella struttura stessa. A seguito del successo di questa prima esperienza, nel 2012 era stato riproposto un secondo intervento svoltosi con le medesime modalità ed esteso in parte anche ai tutori/familiari. Successivamente ed alla luce di questo positivo percorso, permanendo comunque parte delle medesime problematiche riscontrate nel tempo, il Corso di Studi in Igiene Dentale ha deciso di continuare il programma di educazione sanitaria, di cui il presente studio è la realizzazione pratica.

I dati emersi dalla studio epidemiologico condotto, a loro volta comparati con quelli dell'indagine del 2008 e del 2012, mostrano significative variazioni in ordine agli operatori socio-sanitari.

Dallo studio osservazionale emerge con chiarezza come nel corso degli ultimi anni l'età media sia aumentata, contrariamente all'andamento registrato nel 2012. Anche per quanto riguarda residenza e titolo di studio, i risultati ottenuti sono chiaramente diversi da quelli emersi negli anni precedenti: infatti la maggioranza degli operatori risulta essere residente in provincia e non più in città. Così come il numero di laureati è diminuito a favore di coloro che possiedono un titolo di scuola media superiore.

Da non sottovalutare l'aumento dell'età media, infatti il fattore età può influire sul livello di entusiasmo degli operatori.

Dalle risposte dei questionari risulta chiaro come gli operatori siano a conoscenza di avere un'igiene orale sufficiente, essendo consapevoli di cosa significhi avere abitudini di igiene orale "buone". Per quanto riguarda la malattia cariosa, oggi si può affermare che gli operatori sanitari sono correttamente informati tanto sull'eziologia che sulla possibilità di prevenire la patologia stessa, tuttavia persiste ancora una minoranza (4%) che sbaglia nell'individuazione della causa determinante.

A conferma del fatto che la popolazione italiana è più informata riguardo la malattia cariosa piuttosto che la malattia parodontale, una percentuale non indifferente (8,7%) ritiene che la parodontite sia una patologia ereditaria, non individuandone ancora oggi la corretta eziologia. Tuttavia la totalità degli operatori è consapevole della possibilità di prevenirla.

Venendo ora alla valutazione dell'efficacia della formazione degli operatori, l'indagine attuale, sempre rapportata alle precedenti esperienze formative (2008 e 2012), conduce a interessanti spunti di riflessione: si sono osservati sicuramente importanti miglioramenti nella pratica degli operatori,

tuttavia non sono mancate delle regressioni. Nondimeno dobbiamo menzionare il fatto che più del 40% del campione non era stato formato e ciò sicuramente ha influito sui risultati.

La struttura della Cooperativa Nikolajewka ha sostenuto attivamente il progetto, sia in termini di collaborazione del personale che di fornitura dei presidi richiesti ed illustrati durante la lezione. Dall'analisi delle schede di valutazione pratica viene confermata la totale presenza di presidi da utilizzare durante l'igiene orale domiciliare ed il buono stato d'uso degli strumenti relativi.

In rapporto alle indagini del 2008 e del 2012, migliore è l'approccio degli operatori al protocollo previsto per la tipologia di utente da trattare in base alla funzionalità del medesimo, dal momento che il 100% del campione ha la capacità di riconoscere e applicare il protocollo previsto e di posizionarsi correttamente. Tuttavia alcune fasi del protocollo vengono tralasciate, in particolare l'utilizzo della garzina ad ultimare la procedura di igiene orale. Da non trascurare il fatto che l'utilizzo della garzina è un concetto più tecnico rispetto all'uso dello spazzolino.

Per quanto riguarda la tecnica di spazzolamento, il 70% del campione utilizza la tecnica corretta; sebbene ci sia stata una leggera regressione rispetto al 2012, possiamo affermare che l'intervento è stato positivo poiché si è verificata anche una diminuzione della percentuale relativa a coloro che applicano una tecnica scorretta, aumentando di conseguenza gli operatori ritenuti migliorabili.

Da migliorare la durata dello spazzolamento: nel 2012 più dell'80% del campione impiegava il tempo indicato durante la lezione (2-3 minuti). Oggi solamente il 57%. Gli operatori hanno riferito che il tempo a loro disposizione non è sufficiente per svolgere tali procedure.

Nel corso delle verifiche è stato possibile osservare come la durata dello spazzolamento sia un elemento molto variabile. Ciò dipende dall'ospite e dalla sua predisposizione a collaborare, fattore che può variare quotidianamente.

Il quadro che si è venuto delineando in relazione agli operatori socio-sanitari operanti presso il centro Nikolajewka, mostra nel complesso dei punti di forza ma anche punti di debolezza.

Punti di forza: gli operatori socio-sanitari formati sono in grado di riconoscere la tipologia di ospite e di applicare il protocollo previsto, per cui si posizionano correttamente e riconoscono quando utilizzare il collutorio in sostituzione al dentifricio. Utilizzano spazzolini in buono stato. Hanno appreso la corretta tecnica di spazzolamento e sono in grado di applicarla in modo adeguato.

Punti di debolezza: gli operatori devono imparare a sostenere meglio la testa dell'ospite e quindi a svolgere le manovre di igiene orale in bagno, in modo tale da non avere impedimenti. Devono ricordarsi tutti i passaggi, specialmente l'utilizzo della garzina

imbevuta di collutorio a terminare l'igiene del cavo orale. Infine dovrebbero cercare di impiegare almeno 2-3 minuti per lo spazzolamento dei denti.

In conclusione possiamo affermare la centralità della figura dell'Igienista Dentale in ambito sanitario per un continuo aggiornamento, anche motivazionale, tramite la divulgazione dei concetti fondamentali dell'igiene orale e come supporto professionale, rappresentando un punto di riferimento certo per tutti coloro che intervengono nell'assistenza e nella cura del disabile.

Pertanto, la responsabile della formazione degli operatori, ha chiesto di poter intervenire non a cadenza quadrimestrale ma biennale per poter assicurare continuità nella formazione, nell'aggiornamento e nella motivazione del personale a prendersi cura dell'igiene orale.

ABSTRACT

The Aim of this work

The goal of this study is to evaluate the effectiveness of an oral hygiene training program for people with disabilities in a nursing home.

Materials and methods

In 2008 and in 2012 the Degree Course in Dental Hygiene at University of Brescia has formed a strong collaboration with the Social Cooperative Nikolajewka Onlus to monitor, control and solve dental problems of disable people in the medical facility.

In the light of this positive experience, some of the same issues still persisted, Degree Course in Dental Hygiene at University of Brescia began a new health education program, again under the direction of Dr. Ignazia Casula, the coordinator of this course. The reason behind this choice is based on the fact, that a correct and complete hygiene for these individuals can only be achieved through constant training and motivation; to simplify the healthcare assistant's work, posters showing the correct oral hygiene procedures have been created. The results obtained from this new educational project, were then compared with the data obtained from the previous studies in 2008 and 2012 in order to verify the evolution of theoretical and practical knowledge of healthcare workers.

The project involved a theoretical and practical lesson, based on the knowledge level of the individuals involved. The lesson lasted for about two hours, it was conducted in two meetings and was addressed to 23 random healthcare workers.

The theoretical and practical lesson had the following aims:

- The correct choice of most suitable oral hygiene techniques and instruments for specific type of patient's disability;
- To prevent the need for urgent dental and periodontal treatments;
- To contribute to the overall patient's health with oral health being an integral part of it;
- To help improving the aesthetics appearance for a better social acceptance.

The research has included three stages:

First stage: administration of a survey with specific questionnaire on knowledge about oral hygiene and attitudes towards oral hygiene.

Second stage: theoretical and practical lesson based on different discussion topics, all related to the oral hygiene matters.

Third stage: practical verification of the concepts taught through the theoretical and practical lessons and compilation of an evaluation questionnaire by the dental hygienist.

Particularly, in regards to the practical part, these aspects have been assessed:

The correct position of the healthcare workers;

The correct application of the provided protocol for the patient's specific physical or mental condition;

- ✓ The accuracy of the brushing technique;
- ✓ The duration of the brushing;
- ✓ The hygiene of the prosthesis;
- ✓ The condition of the toothbrush;
- ✓ The availability of all the materials needed for daily oral hygiene.

Results

After comparing the results obtained from this study with those obtained from the previous projects, it is possible to notice important changes. Today we can say that healthcare workers are well informed about the etiology and the prevention of dental and periodontal diseases.

In regards to the practical part, the healthcare workers were able to follow the correct principles, to apply the correct brushing technique and to choose the correct position. However the brushing time for patient's teeth was not sufficient.

Conclusion

We can confirm the essential role of dental hygienist in the health department thanks to a constant updating, also motivational, through the spreading of the fundamental concepts of oral hygiene.

In addition, the dental hygienist must always give professional support, while representing a reference point for all those involved in the care and treatment of disabled people.

BIBLIOGRAFIA

1. Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta - Aggiornamento anno 2015.
2. Ministero della Salute. Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta. Dicembre 2009
3. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Linee Guida Nazionali per La Promozione della Salute Orale e la Prevenzione delle Patologie Orali in Età Evolutiva. Ottobre 2008
4. Quaderni del Ministero della Salute, n.7, gennaio-febbraio 2011: Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale.
5. Convenzione di tirocinio attività formative: convenzione tra l'azienda ospedaliera "Spedali Civili" di Brescia e la Cooperativa sociale Nikolajewka ONLUS di Brescia per lo svolgimento di attività formative relative al corso di Studi in Igiene Dentale.
6. Jan Lindhe, Niklaus P.Lang, Thorkild Karring. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 2010, Edi-Ermes editore.
7. Robecchi Franco. La Cooperativa "Nikolajewka" di Brescia. Un quarto di secolo al servizio dei disabili. 2003, Massetti Rodella editori.
8. www.Nikolajewka.it
9. Glassman P, Miller C. Dental disease prevention and people with special needs. J Calif Dent Assoc 2003(Feb); 31(2): 149-60.
10. Fejerskov O, Kidd EAM, eds. (2003). Dental caries: the disease and its clinical management. Copenhagen, Denmark. Blackwell Monksgaard, 2003.
11. Fejerskov O. (2004). Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. Caries Res 2004; 38:182-91.
12. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. "Periodontal diseases." Lancet 2005 Nov 19; 366(9499): 1809-20.
13. Boyle CA, Frölander C, Manley G. Providing dental care for patients with Huntington's disease. Dent Update. 2008 Jun;35(5):333-6.