

# Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 1 - 2019



Un intervento dei primari

## IL DENTISTA DELLA MUTUA



### Sicurezza in studio

L'importanza dei dispositivi di protezione individuali (D.P.I.)

Si tratta di ogni attrezzatura destinata a essere indossata dal lavoratore allo scopo di proteggerlo dalle infezioni

### Ricerche e studi

Attorno agli impianti necessaria una banda di gengiva aderente?

Alcuni autori affermano che l'applicazione di tessuto molle sano è essenziale sia per la salute che per la funzione e l'estetica

### Salute

Il cavo orale è insidiato da due killer: tabacco e alcol

La bocca è una delle dieci più frequenti sedi di tumori, un terzo dei quali risultano fatali. E le cause sono ben chiare

## Editoriale

### TANTE PAROLE, POCHI FATTI MA SI INTRAVERDE UN CAMBIAMENTO

di Federica Demarosi

MD, DDS, PhD

“Vado a curarmi i denti dal dentista della mutua”. Ma chi è oggi il dentista della mutua?

Per rispondere a questa domanda, prendiamo spunto dal documento scritto lo scorso 24 gennaio dal Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Odontoiatria, Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-facciale.

In tutta Italia esistono servizi di odontoiatria pubblica inseriti negli ospedali e/o nei poliambulatori delle Asl che erogano prestazioni di odontoiatria nel rispetto delle direttive ministeriali, anche se le normative regionali possono essere diverse tra loro, per esempio per la tipologia di utenza che può accedere alle cure o per la tipologia di prestazioni erogate. Di conseguenza, un cittadino residente in Emilia Romagna ha diritti di accesso e prestazioni diverse rispetto a un cittadino lombardo con le stesse caratteristiche.

Per disegnare adeguati percorsi di accesso e di cura, bisogna partire innanzitutto dalle esigenze del paziente. In odontoiatria, l'esigenza del paziente è avere un buono stato di salute orale: questo è ciò che avverte il paziente e viene definito “il bisogno”. In Italia tutti i cittadini italiani hanno diritto a ricevere una visita odontoiatra presso le strutture pubbliche e quindi a trasformare il loro bisogno in domanda. Ma, purtroppo, spesso il percorso del cittadino nella struttura pubblica si interrompe qui. Il bisogno del cittadino si trasforma in “domanda” quando viene diagnosticato dall'odontoiatra. Quindi, il professionista sanitario che accoglie il bisogno del paziente e fa la diagnosi di malattia esprime una domanda che andrà a confrontarsi con l'offerta. Il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso i servizi di odontoiatria pubblica, ha

# Odontoiatria Team at Work

N. 1 - 2019

17



19



22



- 4 ANCHE I PRIMARI D'ODONTOIATRIA NEL LORO PICCOLO S'INTERROGANO
- 6 L'IMPORTANZA DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER I LAVORATORI DELLO STUDIO
- 12 ATTORNO AGLI IMPIANTI È NECESSARIA UNA BANDA DI GENGIVA ADERENTE?
- 17 IL XXXI CONGRESSO DEL CENACOLO MILANESE
- 19 A BOLOGNA IL CONGRESSO DEL COI-AIOG
- 20 LA BOCCA HA DUE KILLER: TABACCO E ALCOL
- 22 LE “BALLE MORTALI” CHE UCCIDONO I MALATI
- 25 GRAZIANO CANTA...A RUOTA LIBERA
- 26 ANDARE PER RISTORANTI
- 27 LA SIGARETTA ELETTRONICA È DANNOSA? IL MIGLIOR STRUMENTO PER GLI SPAZI INTERDENTALI

## Il board editoriale



**GIULIO C. LEGHISSA**  
Odontoiatra



**BRUNO BRIATA**  
Odontoiatra



**FEDERICA DEMAROSI**  
MD, DDS, PhD



**FULVIA MAGENGA**  
ASO



**MANLIO DI GIOVANNI**  
Critico musicale

### Board Editoriale

Mirella Baldoni (odontoiatra)  
Federico Biglioli (professore universitario)  
Marialice Boldi (igienista dentale)  
Anna Botteri (economia/fisco)  
Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)  
Antonio Carrassi (professore universitario)  
Stefano Cavagna (odontoiatra)  
Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)  
Luigi Checchi (professore universitario)

Stefano Daniele (odontoiatra)  
Luca Francetti (professore universitario)  
Mauro Merli (odontoiatra)  
Lucio Montebugnoli (professore universita-  
rio)  
Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)  
Ernesto Rapisarda (professore universitario)  
Lia Rimondini (professore universitario)  
Eugenio Romeo (professore universitario)

Andrea Sardella (professore universitario)  
Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)  
Tiziano Testori (odontoiatra)  
Carlo Tinti (odontoiatra)  
Fabio Tosolin (psicologo)  
Serban Tovaruu (professore universitario)  
Leonardo Trombelli (professore universitario)  
Filippo Turchet Casanova (odontoiatra)  
Roberto Weinstein (professore universitario)

Odontoiatria - Team at Work  
Periodico d'informazione  
Registrato presso il Tribunale di Milano  
22/05/2014 - N.197  
Editore Otaw Srl  
via Raffaello, 31/A - Milano  
redazione@otaw.it

Direttore Responsabile  
Giulio Cesare Leghissa  
giulioleghissa@blogspot.com  
Direttore scientifico  
Federica Demarosi

Redazione: 2C Edizioni Srl  
via Albani, 21 - Milano  
segreteria@2cedizioni.it  
Progetto grafico: Studio Migual  
piazza Veladini, 4 - Brugherio  
studio@migual.it



**Geistlich**  
Biomaterials



FARMACEUTICI DOTT. CICCARELLI S.P.A.  
20138 Milano - Via Clemente Prudenziro, 13  
Tel. 02 58072.1 - Fax 02 58012594 - www.ciccarelli.it

SISTEMA DI GESTIONE QUALITA' UNI EN ISO 9001:2015  
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

# ANCHE I PRIMARI D'ODONTOIATRIA NEL LORO PICCOLO S'INTERROGANO

*In seguito al documento prodotto dal Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Odontoiatria, Odontostomatologia e chirurgia maxillo-facciale lo scorso 24 gennaio, vogliamo fare alcune riflessioni sull'offerta odontoiatrica del Servizio Sanitario Nazionale. L'argomento è così vasto e complesso che verrà ripreso nei prossimi numeri della rivista.*

Una definizione univoca di appropriatezza in ambito sanitario non è facilmente identificabile; la letteratura, infatti, ne propone diverse tra cui le seguenti:

- l'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi (1);

- l'appropriatezza è la misura della capacità di fornire, al livello di assistenza più idoneo, un intervento efficace per uno specifico soggetto, nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali. È utile distinguere tra appropriatezza clinica, intesa come la capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente, e appropriatezza organizzativa, intesa come capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure (2);

- l'appropriatezza comporta implicazioni dirette e indirette riguardanti la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto (3);

- l'appropriatezza è una componente della qualità dell'assistenza che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze e luogo, stato corrente delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie (4).

Il termine appropriatezza ricorre in diversi "testi normativi" e, in particolare, interessa qui segnalare il decreto legislativo n. 502 del 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 che stabilisce, tra l'altro, che "Il Servizio sanitario nazionale assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità



nell'impiego delle risorse».

Il decreto riprende "diritti costituzionali" sanciti nella Carta fondamentale della Repubblica Italiana e, in particolare, il riferimento è agli articoli 2, 3 e 325. Il diritto alla salute deve essere bilanciato con il principio della regolarità e sostenibilità dei conti pubblici, anch'esso costituzionalmente previsto nell'art. 81 e implicito nell'art. 976.

Anche a livello europeo è presente il concetto di appropriatezza in sanità:

- il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa (1997) nella Raccomandazione n.17 inserisce l'appropriatezza tra "le componenti potenziali della qualità dell'assistenza sanitaria";

- gli Stati firmatari della Convenzione di Oviedo si impegnano a garantire un "accesso equo a cure della salute di qualità appropriata" (7).

La valutazione dell'appropriatezza rappresenta un aspetto particolarmente significativo nella valutazione complessiva di un sistema sanitario e nel considerare eventuali aspetti correttivi e programmatori: "La responsabilità di tutelare il Servizio sanitario nazionale, pone, infatti, la necessità di focalizzare alcune priorità tra cui la valutazione dell'efficacia, la riorganizzazione delle modalità e dei setting di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema nonché la continua interazione con la collettività e la partecipazione attiva dei pazienti. Anche l'aumento dei costi sanitari, conte-

stualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali" (8).

La "Misura dell'appropriatezza" (9) costituisce – all'interno del Progetto "MATTONI SSN" (10) approvato in Conferenza Stato Regioni (con 15 linee progettuali) – la linea operativa 07 il cui lavoro è finalizzato, in particolare, a:

- arricchire e perfezionare gli strumenti già disponibili per la valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera;

- identificare e proporre strumenti per la misurazione e la valutazione dell'appropriatezza degli altri livelli essenziali di assistenza (assistenza farmaceutica e assistenza specialistica ambulatoriale);

- favorire l'integrazione, a livello concettuale e operativo, fra le dimensioni dell'appropriatezza, quella clinica e quella organizzativa;

- definire un sistema di misura dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in day hospital e in day surgery;

- individuare indicatori di appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche.

Nel considerare l'aspetto multidimensionale della qualità dell'assistenza sanitaria, l'appropriatezza (capacità del servizio di essere "centrato" rispetto al bisogno che intende soddisfare) si accompagna:

• all'efficacia (livello di realizzazione degli obiettivi, strumento di misurazione

dell'outcome; può essere definita come capacità di un atto di produrre un particolare effetto, di raggiungere gli obiettivi prefissati),

- all'efficienza (rapporto tra le attività erogate e le risorse utilizzate e serve per definire la qualità dell'output; è definibile come complesso delle procedure che favoriscono il raggiungimento dell'esito migliore),
- all'equità d'accesso (capacità di evitare discriminazioni, sia in riferimento ai costi di accesso, sia alle modalità di erogazione),
- all'accessibilità (disponibilità effettiva del servizio per tutti gli utenti, con l'abbattimento o almeno la riduzione delle distanze e delle barriere, da quelle fisiche e architettoniche a quelle di tipo psicologico-culturale),
- al coinvolgimento e alla soddisfazione degli utenti (in che misura il servizio risponde alle aspettative dell'utenza; si riferisce alla qualità percepita dal cittadino, la cui soddisfazione è esito di un contesto organizzativo improntato all'umanizzazione dei rapporti e alla personalizzazione dei servizi),
- alla sicurezza, che rappresenta oggi un aspetto cardine per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Utile ricordare che "per assicurare il massimo grado di appropriatezza ai loro interventi, gli operatori devono partecipare alla produzione di linee guida (e di utilizzare successivamente) capaci di ridurre al minimo la variabilità clinica legata alla mancanza di conoscenze o alla soggettività con cui vengono frequentemente individuati o applicati criteri di scelta delle politiche assistenziali" (11).

Pertanto un intervento sanitario è da ritenersi appropriato se viene erogato "al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata" (appropriatezza professionale), nonché "nel setting adeguato e dal professionista giusto" (appropriatezza organizzativa). Il miglioramento dell'appropriatezza professionale dovrebbe massimizzare la probabilità di effetti favorevoli (efficacia) e minimizzare quella di effetti avversi (sicurezza), oltre che ottimizzare le risorse, obiettivo primario dell'appropriatezza organizzativa.

L'offerta odontoiatrica del SSN si può considerare appropriata quando – avendo identificato i pazienti che ne possono beneficiare e il setting assistenziale più idoneo (comprese le caratteristiche dei professionisti coinvolti) – le prestazioni sono di dimostrata efficacia, tenendo conto, all'interno della storia naturale della patologia da trattare, del momento che presenta il profilo

beneficio-rischio-costo più favorevole. Pertanto, nel considerare l'appropriatezza quale criterio di qualità dell'offerta odontoiatrica del Servizio sanitario nazionale dobbiamo chiederci:

A) quanto l'offerta odontoiatrica sia adeguata rispetto alle esigenze del paziente (appropriatezza clinica o specifica);

B) quanto la stessa è adeguata rispetto al miglior utilizzo delle risorse disponibili (appropriatezza amministrativa o appropriatezza generica).

Le esigenze del paziente, che identificano l'appropriatezza clinica o specifica, possono essere valutate tenendo conto del significato del termine esigenza: "quanto è richiesto o giova al normale svolgimento di qualche cosa; bisogno, necessità" (12).

Rispetto alla definizione di salute – "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità" (13) – quali possono essere le esigenze del paziente?

"Avere un buono stato di salute orale è più importante che avere denti sani: si tratta infatti di una condizione che influenza fortemente lo stato di salute e di benessere della persona e che può avere effetti anche molto impattanti sulla vita quotidiana degli individui (14). Se l'esigenza principale del paziente è quella di avere un buono stato di salute orale possiamo affermare che l'offerta odontoiatrica del SSN è da considerarsi inappropriata con riferimento appunto all'esigenza espressa.

Questa affermazione, apparentemente categorica, si basa su dati ampiamente documentati:

- in Italia, rispetto a quanto registrato nei diversi ambiti di intervento sanitario, l'assistenza odontoiatrica è garantita prevalentemente dagli studi privati con una spesa out of pocket a carico del cittadino (15);

- essendo il 90-95% delle prestazioni odontoiatriche erogate da odontoiatri liberi professionisti è comprensibile come l'odontoiatria pubblica sia considerata da molti la "Cenerentola" del Servizio sanitario nazionale (16);

- l'Italia, con 0,6 visite per abitante/anno, si colloca tra le posizioni più basse in Europa, per quantità di prestazioni odontoiatriche erogate nel settore pubblico, superata di gran lunga da Belgio, Germania e Olanda, rispettivamente con 1,8, 1,4 e 2,1 visite annue pro-capite (17);

- in Italia sono 17 milioni le persone che non fanno visite di controllo, di cui 3,7 milioni sono millennials (generazione

nata tra i primi anni '80 e il 2000). Un milione, invece, non è mai stato dal dentista in vita sua.

Il fenomeno, purtroppo, interessa anche i bambini: il 70% dei ragazzini di età compresa tra 6 e 14 anni non si è sottoposto ad alcuna visita di controllo nell'ultimo anno (18);

- le prestazioni odontoiatriche sono garantite dal SSN solo per il 5% e il cittadino è quindi costretto a rivolgersi al settore privato, spesso senza rimborsi, in quanto frequentemente le assicurazioni e i fondi integrativi coprono solo parzialmente l'assistenza odontoiatrica. In un periodo caratterizzato da una profonda e durevole crisi economica, i cittadini che non si possono permettere di pagare di tasca propria le cure mediche sono in crescita. Secondo quanto rilevato dall'Istat, nel luglio 2015, nel documento "Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia", i cui dati si riferiscono all'anno 2013, "sul totale di chi rinuncia alle visite, i motivi economici incidono per l'85,2%" (19);

- la domanda crescente di prestazioni odontoiatriche erogate dal SSN combinata alla riduzione delle risorse economiche a disposizione, ha determinato l'aumento dell'offerta odontoiatrica low cost, talvolta a discapito della qualità delle prestazioni (20) (21).

Il miglior utilizzo delle risorse disponibili, che identifica l'appropriatezza amministrativa o organizzativa, come si rapporta alle esigenze del paziente e al diritto alla salute?

In proposito, il Piano sanitario nazionale 1998-2000, «individua nei livelli essenziali di assistenza l'ambito delle garanzie che il Ssn si impegna ad assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale alla totalità dei cittadini». Si tratta dei «livelli di assistenza che, in quanto necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) e appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle



Dr. Ciccarelli  
dal 1821

# S.O.S.<sup>®</sup> DENTI

## RIGENERA & PROTEGGE LO SMALTO

DENTIFRICIO E SIERO SENZA PARABENI, SLS E TRICLOSAN  
con INSTANT ACTIVE PHOSPHATE Rigenerante e Rinforzante



## Dalla ricerca Ciccarelli, la soluzione combinata per rigenerare lo smalto.

La matrice minerale dei denti viene normalmente rigenerata fisiologicamente da calcio e fosfato presenti nella nostra saliva. Giorno dopo giorno però lo smalto dei denti si consuma e può nascere il problema della ipersensibilità dentinale. La ricerca **Dr. Ciccarelli ha trovato la soluzione**, un utilizzo combinato di siero e dentifricio con Instant Active Phosphate che favorisce la rigenerazione dello smalto.

### COME FUNZIONA:

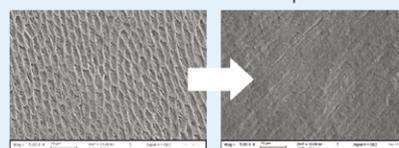
Instant Active Phosphate stimola i fenomeni di rigenerazione e riparazione dello smalto replicando la composizione dei cristalli di calcio presenti sui denti, rilasciando inoltre in modo prolungato ioni fluoro attivi come inibitori della demineralizzazione.



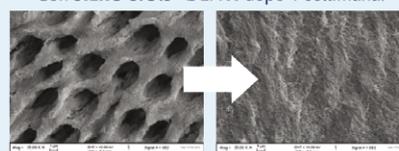
### I RISULTATI DEI TEST:

“L’azione di S.O.S.<sup>®</sup> DENTI DENTIFRICIO è efficace a lungo termine e soprattutto nell’indurre la formazione di nuovi cristalli su quelli di smalto naturalmente presenti nello smalto. L’apporto di ioni calcio, fosfato e fluoro aiuta a ripristinare la fase inorganica dello smalto erosa durante i processi di demineralizzazione acida. L’azione di S.O.S.<sup>®</sup> DENTI SIERO REMINERALIZZANTE comporta il deposito di un nuovo strato di materiale al di sopra della fase minerale nativa.”

Con S.O.S.<sup>®</sup> DENTI DENTIFRICIO dopo 2 settimane.



Con SIERO S.O.S.<sup>®</sup> DENTI dopo 1 settimana.



Test in vitro condotti presso autorevole Centro di Ricerca Nazionale su slabs di denti bovini demineralizzati

modalità di erogazione delle prestazioni), debbono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute» (22).

La definizione avanzata nel Piano sanitario nazionale trova conferma sul piano legislativo nel decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229: "Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché all'impiego delle risorse (art. 1 comma 2).

Anche in relazione alla previsione normativa (23), va considerato che il miglior utilizzo delle risorse disponibili è un concetto assai dinamico e mutevole in relazione al contesto specifico (politico, economico, sociale, organizzativo, geografico, etc) preso a riferimento.

Nonostante questo disposto normativo "con gli anni si è assistito a un consolidamento dell'assistenza privata (95% delle prestazioni erogate), con tariffe che hanno precluso l'accesso al servizio odontoiatrico alle fasce sociali più deboli e disagiate. Ascrivibile alla limitata offerta pubblica è la mancanza di un'ottica di prevenzione che dovrebbe, invece, caratterizzare, come avviene in altri Paesi, l'intero sistema sanitario pubblico. Una corretta prevenzione ridurrebbe l'impegno delle cospicue risorse finanziarie necessarie per la terapia e la riabilitazione e, dunque, costituirebbe un risparmio in termini economici per famiglie e comunità" (24).

Dall'analisi effettuata emergono evidenti le criticità nella tutela della salute del cavo orale e la necessità, per l'organizzazione sanitaria pubblica, di individuare modalità operative in grado di assicurare una offerta odontoiatrica di qualità e sostenibile sotto il profilo dell'utilizzo delle risorse (finanziarie, organizzative, professionali).

#### Conclusioni e Proposta

Nel quadro descritto, il Collegio Italiano dei Primari di Odontoiatria, Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale ha fornito il proprio contributo – con



FULVIO CAMPOLONGO,  
SEGRETARIO DEL COLLEGIO

riferimento alla appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza odontoiatrica pubblica – non solo con le Osservazioni al decreto appropriatezza (anno 2016) (25) (26), ma anche attraverso altri documenti, tutti di interesse per una possibile governance dell'odontoiatria pubblica e, in particolare, i seguenti:

- Ambiti di competenza in Chirurgia Orale (anno 2014);
- Tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva (anno 2015) (27);
- Integrazione Ospedale Territorio (anno 2016) (28);
- Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza: vulnerabilità sanitaria e sociale (anno 2018) (29) (30).

Nell'ultimo lavoro citato – Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza: vulnerabilità sanitaria e sociale – veniva affermato, tra l'altro, che:

"... fatti salvi gli interventi a favore dei soggetti con vulnerabilità sanitaria e sociale, sarebbe utile implementare un programma di odontoiatria pubblica svincolato dalle politiche regionali che hanno creato gravi disequivalenze anche in virtù della genericità di mission affidata e della assenza di reali meccanismi di verifica e controllo. Sarebbe utile l'adozione di una normativa nazionale e di una regolamentazione di maggior dettaglio al fine di:

- individuare le modalità organizzative minime essenziali obbligatorie – modello, strutture, operatori – in coerenza con Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva;
- rimuovere il requisito della specializzazione per l'assunzione di dirigenti odontoiatri per favorire l'incremento delle piante organiche delle strutture odontoiatriche;
- impegnare la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome a individuare le modalità tecniche per il continuo monitoraggio dell'applicazione del dispositivo normativo, nei contesti territoriali, e per la verifica degli effetti prodotti" (31).

Va anche segnalato che la proposta di rimozione del requisito della specializzazione per l'assunzione di dirigenti odontoiatri presso gli ospedali pubblici, finalizzata all'incremento e razionalizzazione delle piante organiche – formulata tenendo conto delle circostanze nelle quali l'intervento, di dimostrata efficacia, viene applicato nella pratica corrente (32) – è stata presentata, nell'autunno 2018, al Gruppo

tecnico sull'odontoiatria (GTO) operante presso il Segretariato Generale del Ministero della Salute (33) ottenendo il consenso della componente professionale (34) (35) (36).

La rimozione del requisito della specializzazione, riferibile alla appropriatezza clinica – il profilo beneficio/rischio per i pazienti si mantiene favorevole con un effettivo perseguimento della qualità dell'assistenza – risponde anche ai criteri di appropriatezza amministrativa o generica che concerne l'ambito nel quale sono erogati gli interventi. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento o, più verosimilmente, minimizzano i possibili rischi legati alla sua erogazione associato a un uso efficiente delle risorse che rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci.

Coerentemente con l'orientamento espresso anche dalla Consulta (37) – secondo la quale "(...) atta a legittimare la scelta del legislatore statale di far rientrare nel contenuto dei livelli essenziali di assistenza anche la possibilità di fissare standard quantitativi, qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e di risultato, e ciò in quanto tale possibilità contribuisce al raggiungimento del «fine di garantire che le modalità di erogazione [...] siano uniformi sul territorio – il Collegio Italiano dei Primari di Odontoiatria, Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale ritiene di ribadire la necessità, in particolare:

1. di individuare le modalità organizzative minime essenziali obbligatorie – modello, strutture, operatori – in coerenza con le Linee guida nazionali;
2. di impegnare la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province autonome a individuare le modalità tecniche per il continuo monitoraggio dell'applicazione del dispositivo normativo, nei contesti territoriali, e per la verifica degli effetti prodotti.

Analizzare l'appropriatezza, quale criterio di qualità nell'ambito dell'offerta odontoiatrica del Servizio sanitario nazionale, impone necessariamente il mantenere una costante attenzione all'aspetto multidimensionale della qualità e, in particolare nell'ottica della mission del Collegio dei Primari ANPO (38), significa mantenere uno spiccato interesse all'equità e all'accessibilità, aspetti che consentono al paziente di apprezzare la qualità dell'offerta odontoiatrica del Servizio sanitario nazionale nel suo insieme.

[CLICCA E LEGGI LA BIBLIOGRAFIA](#)

# DISPONIBILITÀ E QUALITÀ DEI D.P.I. PERCHÉ SONO MOLTO IMPORTANTI

*I Dispositivi di protezione individuali sono qualsiasi attrezzatura destinata a essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo*

di **Silvia Alessandra Terzo**

VICESEGRETARIO GENERALE SIASO-CONFISAL



**È** importante innanzitutto dare una definizione chiara di D.P.I., acronimo di Dispositivi di protezione individuale: sono, in buona sostanza, qualsiasi attrezzatura destinata a essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo. Dunque, capi d'abbigliamento e tutti gli accessori in grado di mettere in sicurezza l'operatore sanitario dai rischi che potenzialmente minacciano la sua salute in ambito lavorativo. L'uso e le caratteristiche di tali dispositivi sono chiaramente menzionati nelle

linee-guida ISPESL del D.Lgs 81/2008 (Attività di sterilizzazione quale protezione collettiva da agenti biologici per l'operatore nelle strutture sanitarie), nella Direttiva 89/656/CE art. 4 in merito agli obblighi del datore di lavoro, nella Direttiva 89/686/CE relativamente agli obblighi del fabbricante. In particolare, secondo l'articolo 75 D.Lgs 81/08 i lavoratori devono utilizzare i D.P.I. per fronteggiare il rischio residuo e proteggere le specifiche parti del corpo per le quali sono stati studiati. Il rischio re-



SILVIA ALESSANDRA TERZO, VICESEGRETARIO GENERALE SIASO-CONFISAL

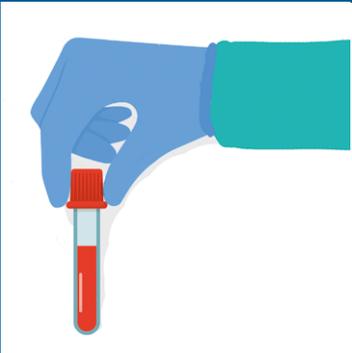
siduo è sostanzialmente il rischio che si prevede rimanga anche dopo che sono state adottate tutte le misure di miglioramento dei livelli di sicurezza, preventive e protettive. In questo senso è prezioso citare anche l'articolo 140 del CCNL studi professionali - Provvedimenti disciplinari che dice che se il lavoratore non utilizza i D.P.I. va incontro necessariamente al licenziamento disciplinare per giusta causa senza preavviso e con altre conse-

guenze di ragione e di legge: di fatto un licenziamento in tronco, da cui nessun Sindacato può salvare. Entrando nello specifico, rispetto ai doveri del datore di lavoro, questi deve fornire i D.P.I. e dispone che vengano utilizzati, fornisce le informazioni sul loro corretto utilizzo (sono previsti corsi ad hoc). Non solo, il datore di lavoro deve vigilare, cioè ha l'obbligo di richiedere l'osservanza ai singoli lavoratori delle norme vigenti. Capo-

## COSA PREVEDE L'OMS



1) lavaggio delle mani con acqua e detergente seguito da lavaggio antisettico delle mani ogniqualvolta si verifici accidentalmente il contatto con sangue e/o liquidi biologici e dopo la rimozione dei guanti;



2) i guanti devono essere sempre indossati quando vi è o vi può essere contatto con sangue e/o liquidi biologici;

3) uso dei camici e dei grembiuli di protezione: devono essere sempre indossati durante l'esecuzione di procedure che possono produrre l'emissione di goccioline o schizzi di sangue e/o liquidi biologici;

4) uso di mascherine, occhiali e coprifaccia protettivi: devono essere sempre indossati durante l'esecuzione di procedure che possono

provocare l'esposizione delle mucose (orale, nasale e congiuntivale) a goccioline o schizzi di sangue e/o liquidi biologici;



5) eliminazione di aghi, bisturi e taglienti: devono essere maneggiati con estrema cura per prevenire ferite accidentali;



6) i pungenti non devono essere reincappucciati (Titolo X-Bis del D.Legs 81/08), disinseriti, piegati o rotti; devono essere eliminati in contenitori resistenti, rigidi, impermeabili, con chiusura finale ermetica e smaltiti come rifiuti speciali.

In definitiva i D.P.I. sono un mezzo di protezione e prevenzione degli operatori sanitari: il loro corretto utilizzo assicura anche la sicurezza dei pazienti, scongiurando potenziali trasmissioni di malattie infettive.

I LAVORATORI DEVONO UTILIZZARE I D.P.I. PER FRONTEGGIARE IL RISCHIO RESIDUO E PROTEGGERE LE SPECIFICHE PARTI DEL CORPO PER LE QUALI SONO STATI STUDIATI. IL RISCHIO RESIDUO È IL RISCHIO CHE RIMANE ANCHE DOPO CHE SONO STATE ADOTTATE TUTTE LE MISURE PREVENTIVE E PROTETTIVE

vol-  
gen-  
do lo  
stesso concet-

to, l'obbligo per i lavoratori di usare i D.P.I. non esenta comunque il datore di lavoro dalle sue responsabilità. Passiamo a un problema fondamentale: spesso i lavoratori si imbattono in un problema di non poco conto: il datore di lavoro non fornisce i D.P.I. adeguati alle mansioni che si devono svolgere. È una pratica purtroppo abbastanza diffusa e le ragioni sono solitamente tre:

1) non è vista come una priorità aziendale - "Non è importante", "È una perdita di tempo"

2) spesso i D.P.I. idonei alla mansione che deve essere svolta sono costosi

3) l'adeguamento ai nuovi modelli, alle nuove tecnologie, deve essere costante.

Dall'altra parte, va detto, ci sono datori di lavoro corretti che si imbattono in un problema di non poco conto quando il lavoratore si rifiuta di utilizzare i D.P.I. forniti perché:

1) è convinto di lavorare meglio senza e che l'utilizzo non sia necessario;

2) mancanza di un risultato visibile;

3) è un D.P.I. fastidioso che non tiene conto delle esigenze ergonomiche e di salute del lavoratore e inadatto al suo fisico;

4) mancanza di esempi e/o modelli;

5) non si è informato e aggiornato secondo la legge;

6) l'anzianità di servizio, sintetizzabi-



le nella frase tipica "Faccio questo lavoro da una vita e l'ho sempre fatto così...", cioè sbagliando.

#### APRIAMO ORA IL CAPITOLO DI COME SI SCELGONO I D.P.I.

I D.P.I. devono possedere una serie di requisiti particolari tali da permettere all'utilizzatore finale, intendendo con questa espressione i datori di lavoro e, di conseguenza, anche gli assistenti, una corretta scelta per soddisfare la normativa vigente e ai fini della loro effettiva efficacia protettiva. Devono avere caratteristiche che li rendano idonei per l'impiego a cui saranno destinati. L'idoneità deve essere determinata attraverso un complesso e attento processo di valutazione dei dispositivi identificati durante la fase della valutazione dei rischi.

#### A QUESTO PUNTO BISOGNA RISPONDERE ALLA DOMANDA: COS'È E A CHE SERVE IL D.V.R.?

È una relazione obbligatoria che le imprese devono redigere e rendere disponibile alla consultazione da parte degli organi di controllo. Il D.V.R. individua tutti i rischi esistenti

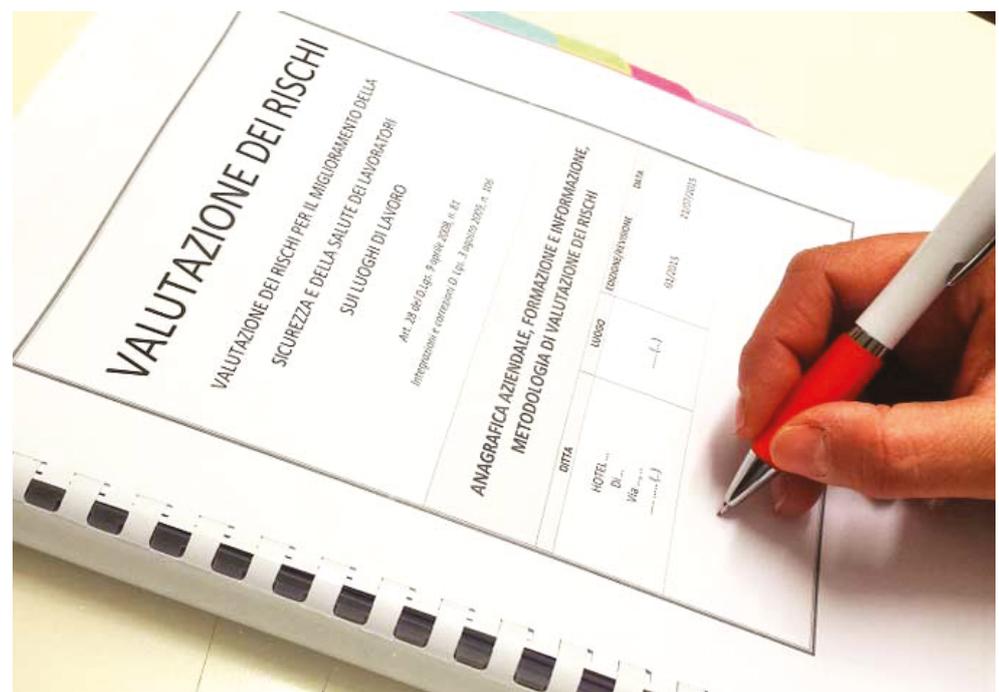
sul luogo di lavoro e nello svolgimento delle mansioni che possono cagionare un danno alla salute tramite infortuni o malattie professionali (come l'utilizzo di macchinari o l'impiego di sostanze tossiche). L'articolo 76 del D.Lgs. 81/2008 attribuisce al datore di lavoro, ai fini

della determinazione della idoneità, il compito di verificare altri aspetti, che sono i requisiti essenziali di salute e sicurezza. In particolare secondo il comma 2 i D.P.I. devono essere adeguati ai rischi da prevenire, senza comportare per sé un rischio maggiore; essere adeguati alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro; tenere conto delle esigenze ergonomiche e di salute del lavoratore; poter essere adattati all'utilizzatore secondo le sue necessità; compatibili tra loro in caso di rischi multipli.

Schematizzando, tutti i D.P.I. devono essere utilizzati contemporaneamente: protezione del capo, degli occhi, dell'udito, delle vie respiratorie, delle mani, dei piedi a cui va aggiunta l'imbracatura di sicurezza.

#### QUALI SONO, INVECE, I REQUISITI FUNZIONALI?

Le caratteristiche devono essere tali da neutralizzare il rischio specifico (cioè il D.P.I. deve essere concepito in modo da poter annullare o almeno ridurre il più possibile le probabilità di infortunio per la parte protetta); non limitare le funzioni operative (deve essere progettato in modo che, pur rimanendo inalterate le caratteristiche protettive, vengano limitate il meno possibile le capacità lavorative); essere ben tollerato e accettato dal lavoratore e costruito in modo che in nessun caso possa





essere fonte di disagio; essere resistente e duraturo, economico nei limiti del possibile.

#### QUALI I D.P.I. IDONEI NELLO STUDIO ODONTOIATRICO?

Secondo il D.Lgs. del 1992 sono quelli che appartengono alla terza categoria: i D.P.I. di progettazione complessa destinati a salvaguardare da rischi di morte o di lesioni gravi e di carattere permanente. Un caso per tutti: i guanti medicali monouso, sterili e non sterili: questi D.P.I. sono utilizzati per proteggere il lavoratore da possibili infezioni e contaminazioni da materiale biologico e da agenti chimici e i microorganismi.

La norma UNI EN 374/1.2.3 fornisce i

I D.P.I. DEVONO POSSEDERE UNA SERIE DI REQUISITI PARTICOLARITALI DA PERMETTERE ALL'UTILIZZATORE FINALE, (I DATORI DI LAVORO E GLI ASSISTENTI), UNA CORRETTA SCELTA SECONDO LE NORME PER LA LORO EFFETTIVA EFFICACIA PROTETTIVA

requisiti prestazionali dei guanti sottoposti all'azione degli agenti chimici e biologici, da considerare quando si procede alla scelta del guanto più adatto:

1) penetrazione: indica il passaggio di un prodotto chimico attraverso le imperfezioni del materiale o le porosità e i giunti del guanto;

2) permeazione: il tempo impiegato dal prodotto chimico per passare dalla superficie esterna alla superficie interna al guanto;

3) livello di degradazione: l'alterazione delle proprietà del guanto in contatto con un prodotto chimico.

Secondo la UNI EN 374/1.2.3 un guanto sottoposto a prove di tenuta

dell'aria e dell'acqua non deve presentare perdite e deve essere testato e controllato in conformità con l'AQL (livello di qualità accettabile) del prodotto e descrive il massimo numero di difetti che può essere considerato accettabile durante un'ispezione a campione. Il livello 3 è di 0,65, dunque i D.P.I. di terzo livello, nel caso in esame i guanti, devono avere un AQL di 0,65.

#### LE PRINCIPALI MATERIE PER LA PRODUZIONE DI GUANTI MEDICALI MONOUSO

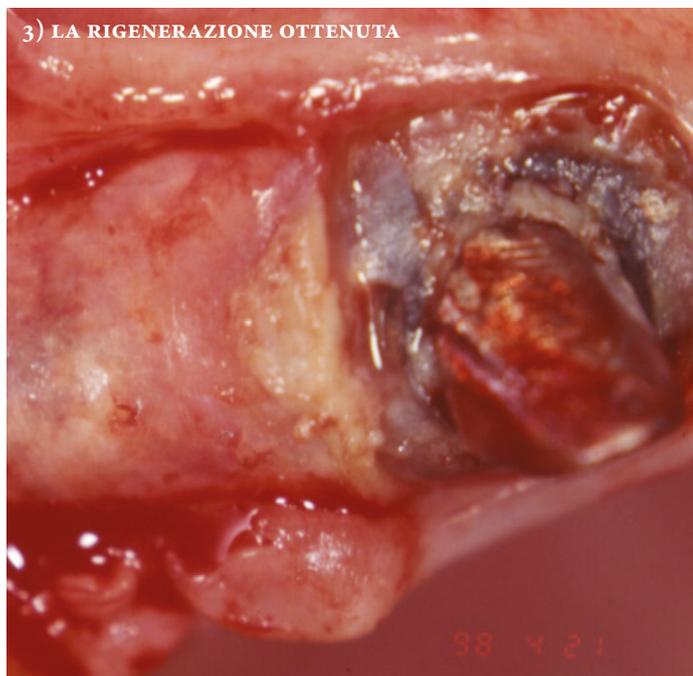
**Lattice:** le qualità positive possono essere spesso vanificate dalla possibilità di scatenare allergie dovute alle proteine del lattice (dermatite da contatto) amplificate utilizzando guanti con polvere lubrificante. Va assolutamente evitato il contatto con oli, grassi e idrocarburi (es. benzina).

**Nitrile:** presenta un'ottima resistenza all'abrasione, alla perforazione e ha elevata elasticità. Va assolutamente evitato il contatto con solventi come acetone e acidi ossidanti (es. acido solforico e acido

# ATTORNO AGLI IMPIANTI È NECESSARIA UNA BANDA DI GENGIVA ADERENTE?

*Alcuni autori affermano che la presenza di tessuto molle sano è essenziale sia per la salute che per la funzione e l'estetica. Quanto deve essere spessa la banda per trarne beneficio*

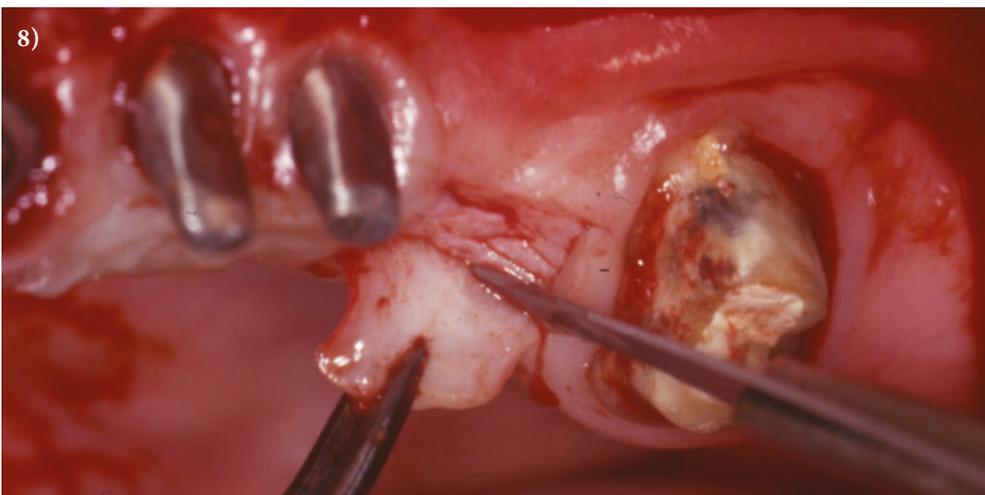
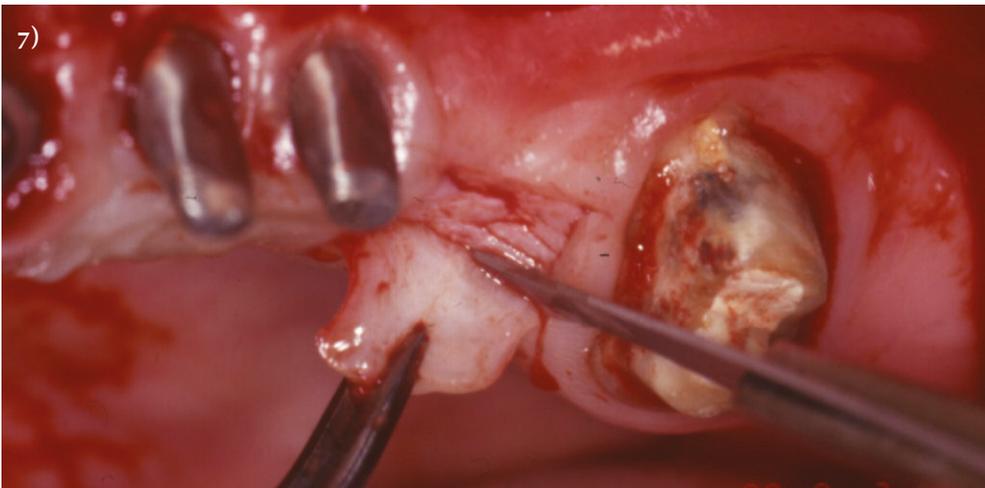
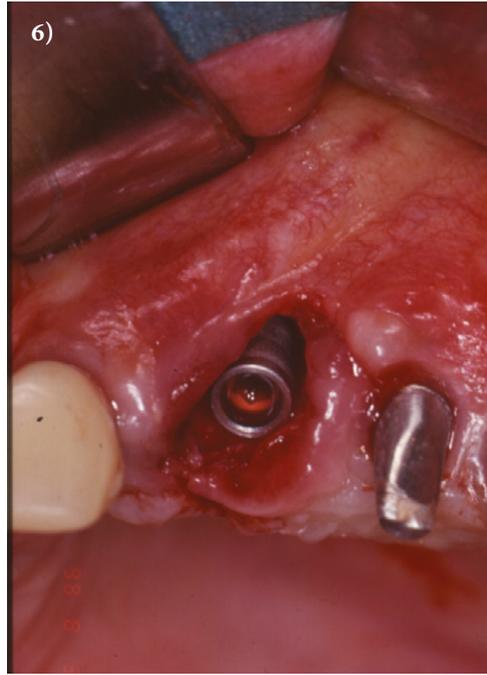
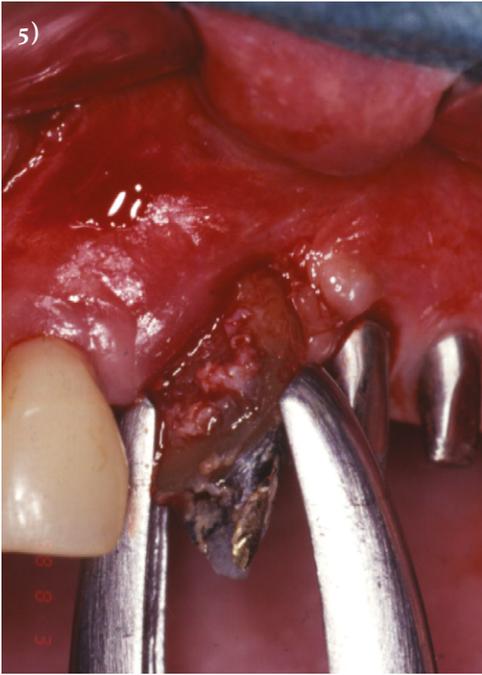
di **Giulio C. Leghissa**  
ODONTOIATRA



**È** una questione sulla quale si dibatte da tempo: quanto deve essere alta la banda di gengiva aderente attorno all'impianto per avere e mantenere in condizioni di salute il tessuto perimplantare? La presenza di una adeguata quantità di gengiva aderen-

te cheratinizzata consente di attuare le manovre di igiene orale domiciliare senza creare piccoli danni traumatici che sono fonte di fastidio e bruciore che inducono a ridurre le manovre di igiene. L'aumento di gengiva aderente, durante l'intervento implantare, do-

vrebbe essere preso in considerazione se il tessuto sano presente è meno di due millimetri. (1) La  
Alcuni autori affermano che tessuto molle sano intorno agli impianti è essenziale sia per la salute che per la funzione e l'estetica. Il successo degli



stessa. Gli autori hanno concluso che la presenza di una banda di gengiva cheratinizzata di almeno 2 millimetri ha positivo effetto nello sviluppo e nella risoluzione di una mucosite perimplantare sperimentale.

Ricordiamo che nel parodonto le fibre di Sharpey vanno dal cemento all'osso ancorandosi ad entrambi. Nel perimplanto, invece, le fibre collagene circondano l'impianto con una caratteristica disposizione circolare e si dispongono parallelamente all'asse lungo dell'abutment. I vasi della mucosa perimplantare sono vasi terminali di vasi più grandi provenienti dal periostio dell'osso perimplantare. Nel parodonto sano i due sistemi sono indipendenti e si comportano come circuiti separati. In caso di infezione si crea una anastomosi tra i due potenziando le difese. Nella mucosa perimplantare il connettivo sopracrestale è notevolmente meno vascolarizzato. In presenza di infiammazione la gengiva parodontale può usufruire di un circolo collaterale proveniente dal legamento.

Nella mucosa perimplantare questo non è possibile e quindi viene a ridursi la capacità di mettere a disposizione cellule infiammatorie di difesa in grado di affrontare l'insulto batterico. Sulla base di tutti questi argomenti abbiamo affrontato numerosi casi di posizionamento implantare con contemporaneo aumento della quantità di gengiva aderente. A titolo del tutto esemplificativo presentiamo un caso trattato a marzo del 1997.

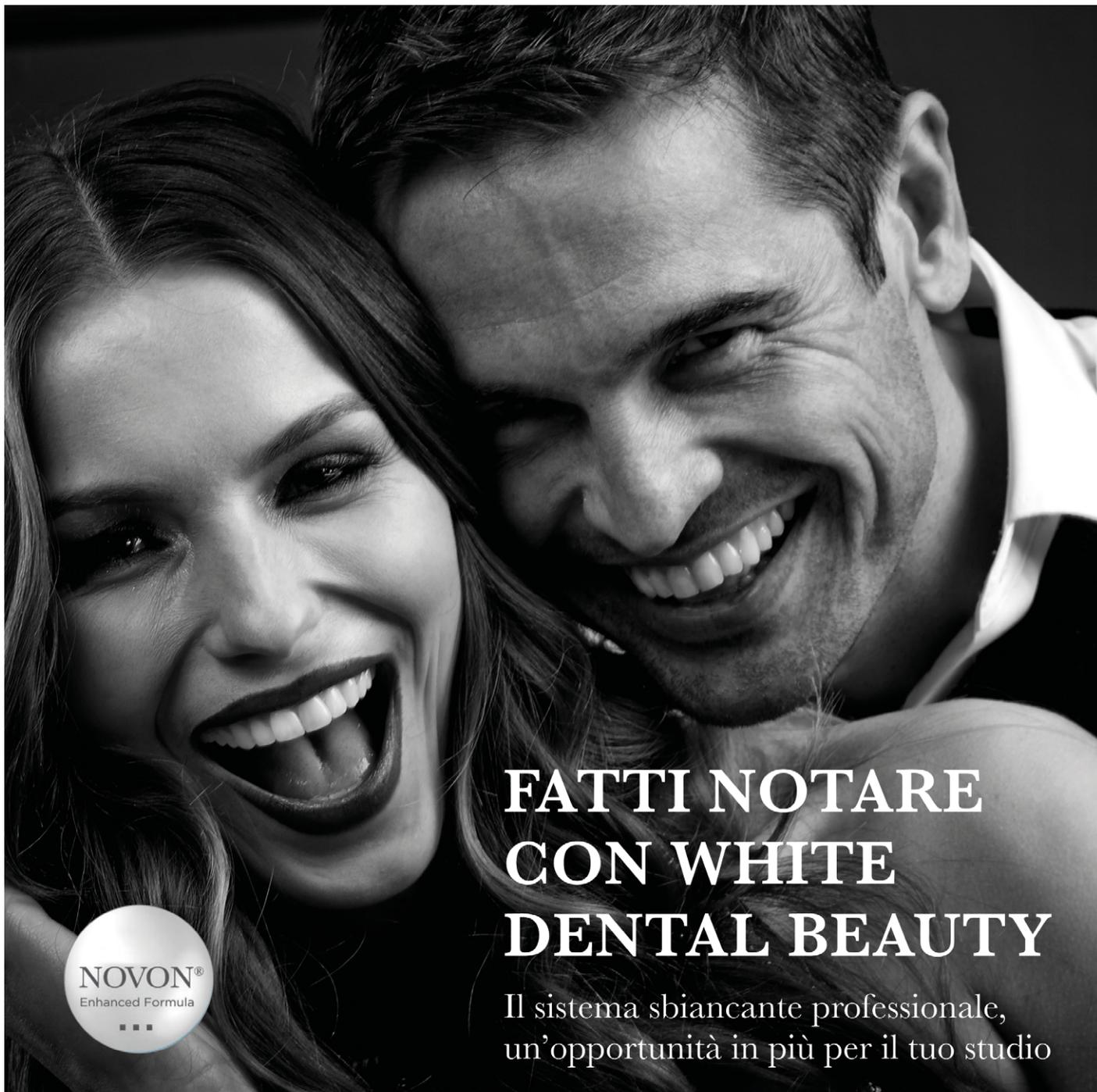
#### Materiale e metodi

La paziente, a seguito di incidente automobilistico, si presenta alla nostra osservazione portando una protesi rimovibile da 12 a 26. Essendo una signora giovane e molto gradevole mal sopporta la condizione della protesi rimovibile, ma le conseguenze del trauma e della successiva compressione della protesi rimovibile hanno prodotto importanti riassorbimenti dell'osso alveolare. Si decide per il posizionamento, in due interventi successivi, di 6 impianti endossei in posizione 13, 12, 21, 22, 23, 24 associando tecniche di GBR per la rigenerazione dei tessuti. Provvisoriamente sono state lasciate le radici del 12 e del 23 per ridurre il disconfort della paziente. Come materiale di riempimento si è utilizzato BioOss (Geistlich, Svizzera) e membrane di Gore-Tex (Gore-Tex, USA) (dia n. 1, 2 e 3).

Una volta che gli impianti in 13, 12 e 22 hanno raggiunto osteointegrazione

impianti dentali, affermano, dipende dalla presenza di una barriera di tessuto molle che possa proteggere il sottostante tessuto osseo e l'osteointegrazione dell'impianto stesso. (2) Molto recentemente Schwarz e coll. (3) hanno pubblicato un lavoro randomiz-

zato e controllato, condotto su 28 pazienti che avevano ricevuto 28 impianti circondati da mucosa cheratinizzata alta 2 o più millimetri. Gli impianti sono stati esposti alla placca dentale per 21 giorni e dunque alla successiva rimozione della placca



# FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

Il sistema sbiancante professionale,  
un'opportunità in più per il tuo studio

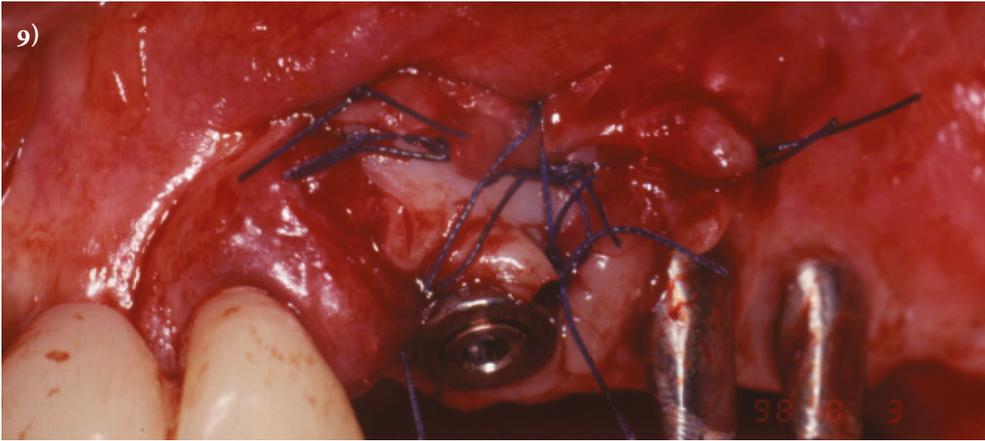


*Il segreto*



di uno splendido sorriso





e sono caricati con provvisorio fisso in resina, si interviene sulla zona 23-25. Il 23 viene estratto poiché non recuperabile. Residua una importante perdita di tessuto parodontale in vestibolo 23, come visibile nelle dia n. 4, 5 e 6. Si procede dunque al prelievo di tessuto connettivo dal palato per innestarlo in zona vestibolo 23 (dia n. 7,8 e 9). Vestibolarmente si procede con l'incisione di un lembo a spessore parziale lasciando in situ il periostio e suturando il lembo in posizione più apicale. L'innesto libero viene suturato coronalmente a copertura del periostio lasciato scoperto.

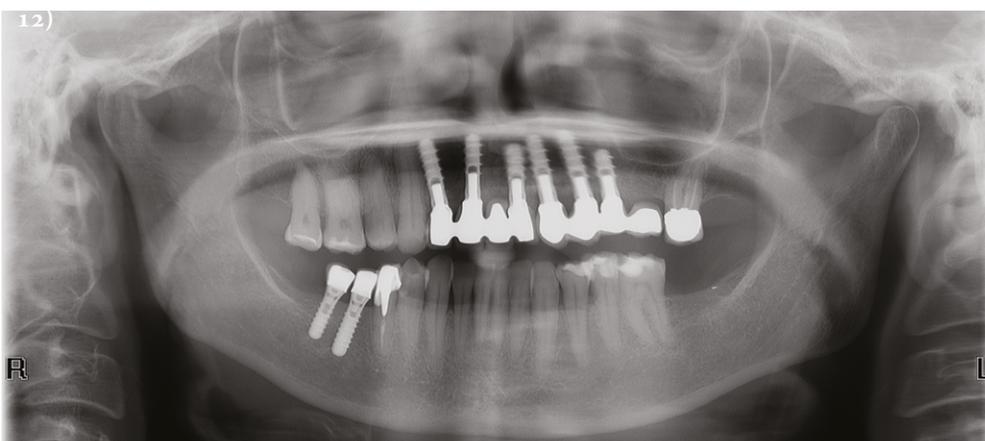
#### Discussione e conclusioni

La realizzazione, tramite innesto epitelio-connettivale, di una buona banda di gengiva cheratinizzata ha contribuito al mantenimento in stato ottimale di salute l'impianto posizionato in zona 23 (dia n.10). Sono passati 21 anni (dia n.11) dal momento dell'intervento e, come confermano le radiografie di controllo (dia n.12), gli impianti conservano il loro patrimonio osseo senza segni di riassorbimento crestale.

È possibile che la presenza di questa buona banda di tessuto aderente, assommata alla regolare pratica di igiene orale domiciliare quotidiana e alle regolari sedute semestrali di igiene orale professionale, abbiano contribuito al successo.

#### Bibliografia

- 1) Reddy VK, Parthasarathy H, Lochana P: "Evaluating the clinical and esthetic outcome of apically positioned flap technique in augmentation of keratinized gingiva around dental implants" *Contemp Clin Dent* 2013; Jul 4: 319-24
- 2) Geurs NC, Vassilopoulos PJ, Reddy MS: "Soft tissue considerations in implant site development" *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010; Aug 22: 387-405
- 3) Schwarz F, Becker J, Civalo S, Sahin D, Iglhaut T, Iglhaut G: "Influence of the width of keratinized tissue on the development and resolution of experimental peri-implant mucositis lesions in humans" *Clin Oral Implants Res* 2018; Jun 29: 576-582
- 4) J Perussolo, AB Souza, F Matarazzo, RP Oliveira, MG Araujo "Influence of the keratinized mucosa on the stability of peri-implant tissues and brushing discomfort. A 4-year follow-up study" *Clin Oral Impl Res.* 2018;29:1177-1185



Biomaterials@Straumann®

Biomaterials@Straumann®.  
Quando un'opzione  
non è sufficiente.

Decenni d'esperienza in odontoiatria e rigenerazione orale ci hanno portato a comprendere e soddisfare le diverse esigenze, indicazioni e preferenze. La soluzione giusta in implantologia e parodontologia è studiata per adattarsi al singolo caso. Straumann offre un'eccezionale gamma di biomateriali per soddisfare le aspettative vostre e dei vostri pazienti.



Richiedete le diverse  
opzioni disponibili.  
Contattate Straumann.

# 23 FEBBRAIO: XXXI CONGRESSO DEL COM

di **Vincent Rossi**  
PRESIDENTE CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO MILANESE

**C**aro Collega,  
Sono lieto di invitarti al XXXI Congresso del Cenacolo Milanese che si terrà a Milano il prossimo 23 febbraio 2019. Si parlerà di diagnosi e piano di trattamento e del ruolo di ciascun componente del team odontoiatrico in questi due momenti chiave nella cura del paziente. Durante la giornata, relatori di eccel-

lenza ci illustreranno come ciascuna specialità odontoiatrica possa intervenire nell'iter terapeutico multidisciplinare, in un'epoca di odontoiatria sempre più "patient oriented" e "patient personalized". Il piacere per me sarà doppio, perché sarà il primo congresso sotto la mia Presidenza e, come da tradizione, una giornata di grande arricchimento culturale

rivolta non solamente ai dentisti ma un momento di condivisione per tutti i componenti del team odontoiatrico, figure professionali da sempre a cuore della nostra Società. Non ti resta che accedere al nostro sito [www.cenacolomilanese.it](http://www.cenacolomilanese.it) per iscriverti e scoprire tutti gli eventi del programma culturale 2019! Ci vediamo il 23 febbraio!

## I RELATORI



Giulio C. Leghissa



Silvia A. Terzo



Fulvia Magenga



Antonia Abbinante



Luca Mergati



Giovanni Lodi



Massimo Fuzzi



Diego Capri



Luca Tacchini



Roberto Fornara



Egon Euwe

XXXI CONGRESSO  
CENACOLO  
ODONTOSTOMATOLOGICO  
MILANESE

EVENTO COM ACCREDITATO  
+2 ore certificate  
ASO Tess. SIAAO

Il percorso del  
**Team** odontoiatrico:  
dalla **Diagnosi**  
al **Trattamento**

23 Febbraio 2019 - ore 9,00

Auditorium San Paolo Via Giotto 36 - Milano  
M1 Rossa - fermata Buonarroti

LEADING REGENERATION

**Geistlich**  
Biomaterials

I biomateriali più documentati in un negozio online rinnovato!



**SPESE DI SPEDIZIONE OMAGGIO\***



**EXACTLY**  
like no other.



[www.shop.geistlich.it](http://www.shop.geistlich.it)

\*per ordini online non urgenti

# 29/30 MARZO: XXIII CONGRESSO COI-AIOG

di **Maria Grazia Cannarozzo**  
PRESIDENTE NAZIONALE CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO

Il Congresso Nazionale costituisce un momento importante nell'attività di ogni Società Scientifica. Importante perché nei temi scelti esprime la progettualità e gli obiettivi formativi perseguiti nell'attività di aggiornamento effettuata con impegno costante e produttivo. Anche per il Cenacolo Odontostomatologico Italiano, il XXIII Congresso Nazionale del 29 e 30 marzo prossimi a Bologna, rappresenta tutto questo. Il nostro obiettivo primario continua a essere l'aggiornamento del professionista odontoiatra e di tutte le figure che lo affiancano nell'atto del suo intervento sul paziente. Una vision dell'Odontoiatria e della professione mai limitata, ma proiettata a 360°, con il paziente al centro, e parte attiva nel mantenimento della propria salute orale.

Ecco l'altro aspetto della nostra attività associativa: le campagne di prevenzione della salute orale, che negli anni COI AIOG ha sviluppato grazie alla capillarità della propria organizzazione sul territorio nazionale. E in questa prospettiva l'Odontoiatria non è branca fine a se stessa e delimitata, ma è Medicina Odontoiatrica, come indichiamo nel titolo di questo Congresso. Perché vi è l'importanza, la necessità, anzi l'obbligo di valutare il paziente che viene alla nostra attenzione nella sua complessità; l'unica progettualità possibile, dato che la sua salute orale è parte integrante della sua salute sistematica generale, entrambe interdipendenti e strettamente collegate.

Questo il tema del XXIII Congresso COI AIOG. Quali le conclusioni? Basterà iscriversi, e vivere un'occasione di aggiornamento preziosa e unica grazie agli illustri Relatori, che, in maniera del tutto gratuita, come nello spirito della nostra Associazione, porteranno il loro contributo. E sono tutte Eccellenze dell'Odontoiatria, Nazionale e Internazionale. Aprirà il Congresso Antonella Polimeni, Magnifico Rettore dell'Università La Sapienza e Presidente SIOCMF, Società scientifica con la quale il Cenacolo svilupperà,

in condivisione, nel 2019, un'intensa attività formativa. La Polimeni, con Bossù, tratterà proprio di cavo orale e patologie sistemiche. A seguire una Eccellenza dell'Odontoiatria Internazionale, Adriana Piattelli, che con Cipollina affronterà il tema dell'Odontoiatria 4.0. E poi Rimondini, Zanetti, Rossi, Scarano, Fornaini, Rampello e Massirotti, Franceschetti e Turchet Casanova, Avanzini. Fitto e di alto livello scientifico anche il programma di sabato mattina. Apre Merli, seguito dalla Grusovin e poi Cannarozzo, Breschi e Ferri. In paral-

lelo il sabato mattina la formazione dedicata alle ASO, con una sessione organizzata in collaborazione con SIASO, e quella odontotecnica, organizzata in collaborazione con il GTO. Da ricordare la Sessione Poster con il Premio Alessandro Melli.

Un ringraziamento particolare va alle Aziende per il loro sostegno, ai publishing sponsor, e agli enti patrocinanti.

Vi aspettiamo numerosi in una Bologna sempre straordinaria e ospitale.

## CLICCA E SCARICA IL PROGRAMMA

**Cenacolo Odontostomatologico Italiano**  
**Associazione Italiana di Odontoiatria Generale**

**XXIII Congresso Nazionale COI AIOG**

**ODONTOIATRIA E MEDICINA: RICERCA E PRATICA CLINICA**

CON I PATROCINI DI:

PR. **FNOMCeO**  
Federazione Nazionale degli Odontoiatri Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna**

**SIOCMF**  
Società Scientifica Italiana di Odontoiatria e Ortodonzia

**UNIDI 50**

**29 e 30 marzo 2019**  
**Hotel Savoia Regency**  
**Via del Pilastro, 2 - Bologna**

# CANCRO ORALE: I PRINCIPALI KILLER SONO IL TABACCO E L'ALCOL

*La bocca è una delle dieci più frequenti sedi di tumori, un terzo dei quali risultano fatali*

di Federico Biglioli,  
Marco Cucurullo, Dimitri Rabbiosi



FIGURA 1 - TIPICO ASPETTO DI UN CARCINOMA DEL MARGINE LINGUALE

SOTTO, NEL TONDO:  
IL PROFESSOR  
FEDERICO BIGLIOLI, ORDINARIO  
E DIRETTORE DELLA SCUOLA  
DI SPECIALIZZAZIONE IN  
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE  
DELL' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI MILANO  
DIRETTORE DELL' UO  
COMPLESSA DI CHIRURGIA  
MAXILLO-FACCIALE DELL'  
ASST OSPEDALI SANTI PAOLO  
E CARLO DI MILANO

**I**l cancro orale è il più comune tumore maligno del distretto cervicofacciale. Con un'incidenza globale di circa 260.000 nuovi casi ogni anno, il cavo orale è una delle 10 più frequenti sedi di cancro, con un tasso di sopravvivenza media a 5

anni di circa il 66%, secondo recenti dati di letteratura. Il 90% dei tumori maligni della bocca è rappresentato dal carcinoma squamocellulare (squamous cell carcinoma, SCC): esso può colpire la lingua, il pavimento orale, la

cresta alveolare, la mucosa vestibolare e geniena e l'orofaringe.

L'eziologia è multifattoriale e strettamente correlata ad abitudini voluttuarie come il fumo di tabacco e l'abuso di alcol, sebbene il ruolo di alcune

infezioni virali come quella da HPV sia stata associata ad alcune forme di SCC dell'orofaringe. I fattori più rilevanti nel determinare la prognosi della malattia sono la sede della neoplasia e lo stadio di avanzamento.

L'esposizione a tabacco e / o alcol è il

più importante fattore di rischio per il cancro orale, con un pericolo di sviluppare la malattia da 8 a 20 volte più alto nei fumatori rispetto ai non fumatori, in relazione per lo più al numero di sigarette fumate giornalmente e al numero di anni di fumo. Inoltre, sebbene fumo e abuso di alcol siano fattori di rischio indipendenti, la loro combinazione incrementa il rischio fino a 50 volte, verosimilmente a causa dell'effetto sinergico che essi esercitano principalmente alterando i sistemi antiossidanti del cavo orale e inducendo fenomeni di carcinogenesi.

Il trattamento del cancro orale può essere unimodale (chirurgia VS radioterapia) per le lesioni più piccole (stadio I-II) o multimodale (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) per i tumori più estesi (stadio III-IV). Completata la stadiazione del tumore, la terapia più appropriata è individuata con approc-



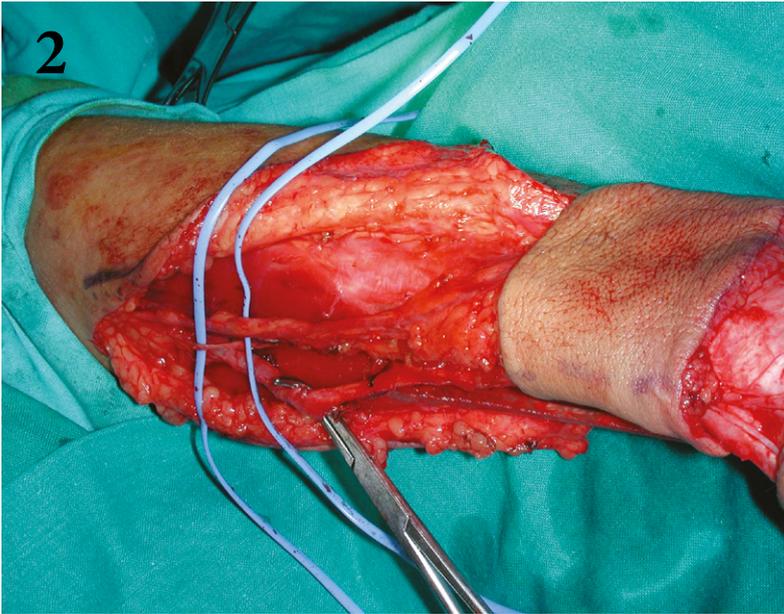
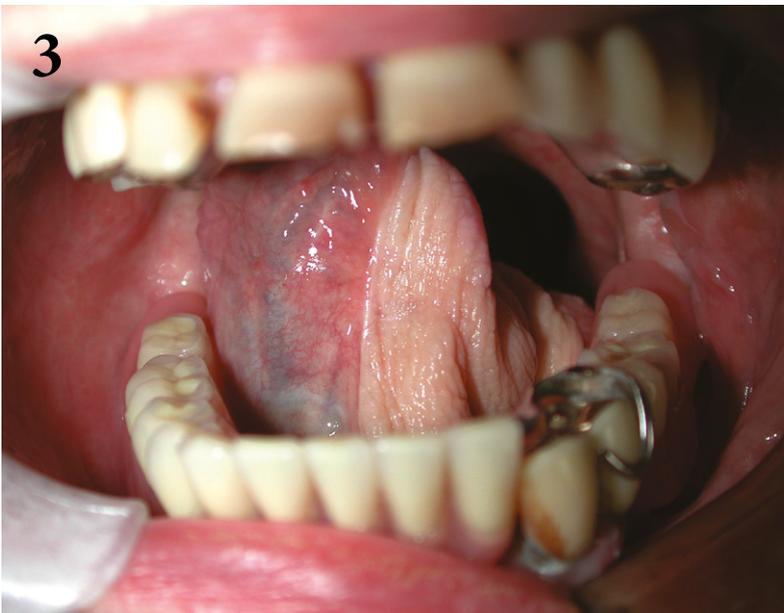


FIGURA 2 - ALLESTIMENTO DI LEMBO LIBERO RADIALE DI AVAMBRACCIO

FIGURA 3 - BUON RISULTATO FUNZIONALE 4 MESI DOPO IL TRATTAMENTO



cio multidisciplinare da un gruppo oncologico che comprenda il chirurgo cervico-facciale, l'oncologo, il radioterapista. Piccole e localizzate lesioni (< 2 cm) possono essere trattate con la sola radioterapia, sebbene gli importanti effetti avversi da essa derivata facciano di questa metodica un'alternativa da riservare a casi selezionati in cui la strada chirurgica non sia percorribile. Tumori localmente avanzati o con coinvolgimento linfonodale sono trattati con la chirurgia seguita da radioterapia ed eventuale chemioterapia. Il ruolo principale della chemioterapia è quello di potenziare l'efficacia della radioterapia, essendo la chemioterapia esclusiva utile solo a scopo palliativo e pertanto indicata nei casi di malattia metastatica.

Da ciò si evince come la chirurgia giochi un ruolo cruciale nel trattamento del cancro orale. L'elevata aggressivi-

tà di questo tumore, la complessità del distretto cervico-facciale e il suo rilevante ruolo estetico e funzionale richiedono un trattamento generalmente composto da due fasi principali: la resezione del tumore primitivo e delle eventuali metastasi linfonodali al fine di ottenere la completa eradicazione della malattia e la successiva ricostruzione dell'area colpita sul piano morfologico e funzionale, secondo il principio di restituito ad integrum. Entrambe le fasi chirurgiche sono di fondamentale importanza.

La fase demolitiva dipende strettamente dallo stadio patologico definito secondo il sistema TNM. L'esame clinico-radiologico consente di definire l'estensione del tumore (dimensione massima, profondità di invasione e strutture interessate), il coinvolgimento linfonodale (numero e lateralità delle metastasi linfonodali, estensione

extracapsulare) e la presenza di metastasi a distanza. L'esame istologico del campione operatorio è poi necessario per determinare il tipo e il grado del tumore, così come la presenza di fattori avversi quali l'invasione perineurale o perivascolare. Secondo i principi di radicalità oncologica, il tumore dovrebbe essere resecato con una circostante cuffia di 1-2 cm di tessuto macroscopicamente sano e lo svuotamento del collo dovrebbe essere attentamente considerato per tutti i tumori con dimensione massima maggiore di 2 cm o profondità di invasione maggiore di 4 mm oppure ogniqualvolta vi sia il sospetto clinico o radiologico di metastasi linfonodale.

La resezione di un cancro orale spesso comporta importanti deformità residue, nonché difficoltà o impossibilità alla respirazione, all'alimentazione e alla fonazione, rendendo necessaria una adeguata ricostruzione, possibile grazie a moderne e affidabili tecniche chirurgiche selezionate sulla base delle preferenze e dell'esperienza del chirurgo operatore. La chirurgia ricostruttiva cervico-cefalica è generalmente eseguita utilizzando lembi peduncolari o microvascolari. In mani esperte, queste tecniche ricostruttive possono offrire ottimi risultati funzionali ed estetici, in grado di migliorare notevolmente la qualità di vita dei pazienti. Dopo il trattamento chirurgico, fondamentale importanza possono assumere i trattamenti riabilitativi e il supporto psicologico e sociale.

Il gruppo oncologico dell'Ospedale San Paolo è multidisciplinare e include medico oncologo, chirurgo maxillo-facciale, otorinolaringoiatra, radioterapista, anatomopatologo, psicologo, logopedista e altre figure utili nella cura globale delle esigenze dei pazienti. In particolare è presente un'equipe di chirurghi maxillo-facciali esperti in microchirurgia ricostruttiva in grado di ottenere risultati eccezionali, rendendo il gruppo oncologico uno dei più apprezzati nella scena internazionale.

Per approfondimenti:  
www.Octopusmed.org

#### BIBLIOGRAFIA

- *Biglioli F. Surgical therapy of oral cancer. Minerva Stomatol; 2009.*
- *Shah J. Head and neck surgery and oncology. London: Mosby-Wolfe; 2003.*
- *National Cancer Institute. Cancer Stat Facts: Oral Cavity and Pharynx Cancer. NCI, SEER Program. Available at <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>.*

# DI FAKE NEWS SI PUÒ MORIRE



A SINISTRA: LIBORIO BONIFACIO. SOPRA, DALL'ALTO: LUIGI DI BELLA E DAVIDE VANNONI

*L'ultimo libro di Roberto Burioni denuncia con grande efficacia i danni della disinformazione in medicina. Dal Siero Bonifacio, al Metodo Di Bella e al Caso Stamina: solo "Balle mortali"*

di **Bruno Briata**  
ODONTOIATRA

**I**nutile dirlo: a noi non più giovanissimi, il titolo del nuovo libro di Roberto Burioni evoca il divertente film di Mell Brooks del 1987, ma stavolta non di commedia si tratta bensì di tragedia. Dunque "Balle Mortali" ci appare, già nel titolo, assolutamente perfetto. Burioni, con un linguaggio semplice e comprensibile, ripercorre alcuni casi in cui la deroga o la rinuncia deliberata a una metodologia scientifica rigorosa porta a madornali errori diagnostici e terapeutici.

Il libro incomincia raccontando la storia di Duesberg, un premio Nobel californiano che, con irriducibile dedizione ad ardite teorie, per lo più sue, arrivò a sostenere che non c'era correlazione tra l'HIV e la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita. Secondo lui l'AIDS era essenzialmente dovuta a un problema di stile di vita e i farmaci utilizzati per contrastarla erano solo utili al miglioramento dei bilanci delle case farmaceutiche. I fatti di-

cevano altro e soprattutto i trattamenti con farmaci antiretrovirali dimostrarono abbastanza rapidamente che non solo i suddetti farmaci riducevano drasticamente la mortalità dei malati, ma anche il loro livello di contagiosità. Nonostante questo, Duesberg rifiutò di accettare la realtà diventando il mentore dei "negazionisti". Divenne il consulente di Thabo Mbeki, Presidente del Sudafrica, con le inevitabili conseguenze in termini di decessi e di propagazione dell'epidemia in un Paese dove l'AIDS era endemica.

Burioni passa poi a ripercorrere la storia delle più fantasiose terapie contro il cancro, comparse in Italia negli ultimi cinquant'anni. Con cronologia meticolosa ci racconta negli anni Sessanta, degli "intrugli" a base di sterco di capra del veterinario Liborio Bonifacio e, negli anni novanta, del Metodo Di Bella. Rispetto alla passione "coprofila" di Bonifacio, quest'ultimo apparve all'inizio più

strutturato. Sponsorizzato da politici di rilievo (Gianfranco Fini e An ne ebbero un incomprensibile innamoramento), e ben supportato dal volto rassicurante, da buon medico di famiglia, il metodo Di Bella ottenne in fase iniziale un discreto successo "di pubblico". Mentre il mondo scientifico, soprattutto internazionale, si chiedeva seriamente se avevamo tempo e denaro da buttare, in Italia fummo costretti a convocare ben due commissioni di esperti per arrivare a concludere che non solo il Metodo Di Bella era inefficace, ma anche dannoso, perché aveva portato diversi malati ad abbandonare trattamenti, magari più tradizionali, ma dai risultati più certi.

Puntuale e imperdibile, nel libro, è la descrizione della vicenda di "Stamina". L'esuberante dottor Vannoni, laureato in scienze della comunicazione, riuscì a far finanziare da Regione Lombardia un programma di cicli di terapia per malat-

tie, a suo dire curabili, con un metodo a base di cellule staminali mesenchimali. Il direttore della Sanità lombarda, Luca Merlino, insieme con la direzione degli "Spedali Civili di Brescia" imposero ai medici, nell'ottobre 2011, il trattamento con cellule staminali. I medici si ritrovarono presto accerchiati, da un lato, dalla formidabile macchina di propaganda di Vannoni, che mieteva consensi tra i malati e i loro congiunti, e dall'altro dai magistrati.

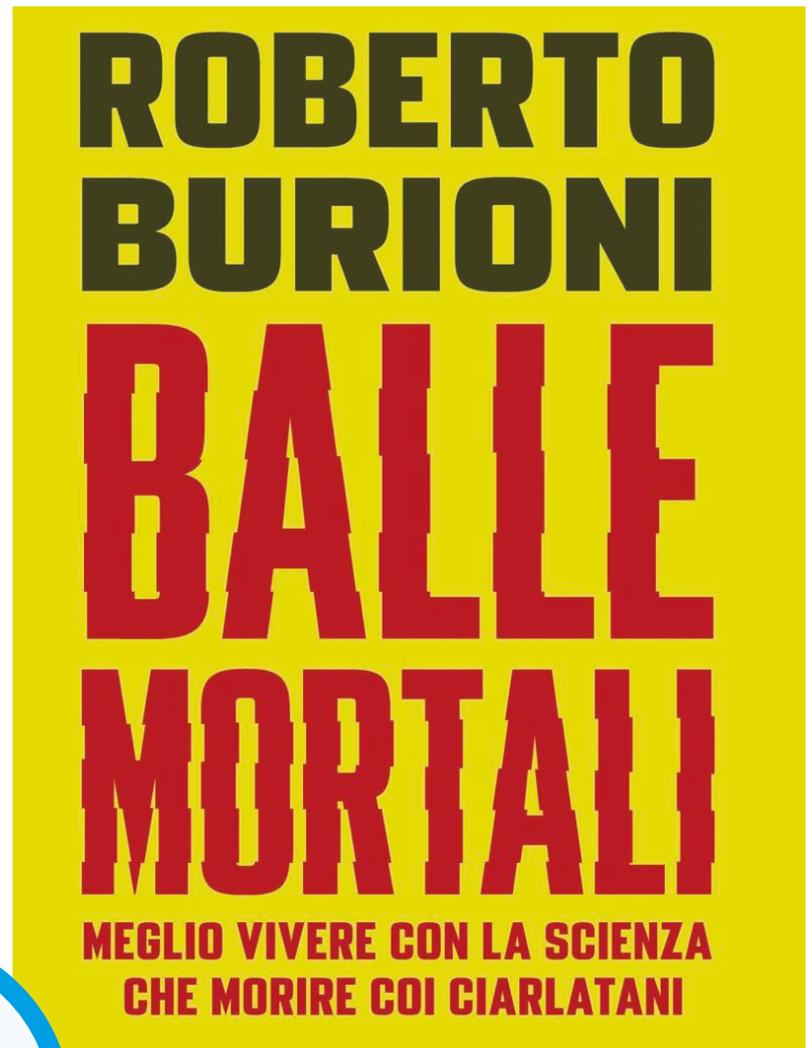
Giudici non particolarmente documentati, a colpi di sentenze, incominciarono a inviare a Brescia e non solo pazienti da tutto il territorio nazionale. Il riferimento normativo era un utilizzo abbastanza disinvolto del decreto Balduzzi, che ammetteva l'uso di "cure compassionevoli", ovvero non particolarmente testate, nel trattamento di patologie incurabili. In questa campagna pro Stamina, si distinse la trasmissione "Le Iene", che mandò in onda tragici casi umani, insieme con presunte miracolose guarigioni, naturalmente negate dalla medicina ufficiale, dando un esempio di giornalismo d'assalto/inchiesta non proprio esemplare/entusiasmante.

La storia, per fortuna, si concluse come doveva finire: la commissione scientifica convocata per valutare terapie con staminali, rilevò una sorta di miscela pericolosa a base di cellule di dubbia derivazione, assolutamente inefficace al trattamento di una qualsiasi delle patologie per le quali era stata indicata. L'abilità comunicativa di Davide Vannoni non lo salva, nel 2015, da una condanna a un anno e dieci mesi per truffa, ma lui rimane un inossidabile gaglioffo: ha appena finito di patteggiare una riduzione di pena al tribunale di Torino e già si organizza per vendere la sua "macedonia di cellule mesenchimali" a Tbilisi, Georgia, dove nel frattempo ha organizzato un ambulatorio. Tornerà in carcere due anni dopo, a marzo 2017, per reiterazione del reato.

Sui vaccini la posizione di Burioni è nota e noi la condividiamo in pieno: sono sicuri, non sono troppi né contaminati, non contengono sostanze tossiche e gli effetti collaterali gravi sono estremamente rari. Non causano autismo e non sono contagiosi.

In tutto il libro, appare predominante il tema dell'attendibilità delle informazioni, soprattutto quelle medico-scientifiche. Internet è un formidabile mezzo di conoscenza e di comunicazione, ma tende a mettere sullo stesso livello ve-

SOTTO: ROBERTO BURIONI.  
A DESTRA: LA COPERTINA DEL SUO ULTIMO LIBRO



rità scientifiche, esito di anni di studio e di ricerca, con le fake news di improvvisati opinion-leader. In tal modo la cultura da bar può diventare idea fallace ma condivisa, in ambiti che non gli competono, con la pretesa di definire le scelte di politica sanitaria di un'intera nazione.

In questo senso "la scienza non è democratica": se una terapia o un vaccino funzionano non lo si può stabilire con un referendum, ma occorrono competenza, anni di ricerca e di lavoro. Dunque accusare Burioni, come fanno i No Vax, di essere un borioso professore insofferente a ogni critica, non è ingiusto, è senza senso. Quando Popper affermava che una legge è scientifica perché "falsificabile", ci diceva con chiarezza che ogni nuova scoperta deve essere verificabile con dati ripetibili e che può essere messa costantemente in discussione (falsificata) da altri esperti, che hanno dati diversi. Costoro però non possono che essere, a loro volta, scienziati e non degli invasati supporter di strampalate

teorie reclutati per un talk show.

Pur consapevole dei limiti del medico di famiglia di una volta, che disponeva di molti meno strumenti, ma anche per questo mai rinunciava al rapporto medico-paziente, Burioni sollecita i medici di oggi a non occuparsi solo "delle malattie" ma anche "dei malati". Oggi la medicina non è più un'arte bensì una scienza, ma questo non significa che sia onnipotente e qualsiasi medico sa che arriverà a un punto in cui non potrà più sconfiggere la malattia, ma molto potrà ancora fare per il malato, alleviando le sue sofferenze, migliorando la qualità della vita per il tempo che gli rimane, non negandogli mai un minimo di speranza.

La conclusione del libro è quasi perentoria: la battaglia contro le bugie, le fake news, le "balle mortali" non si vince soltanto riproponendo in ogni contesto il valore della scienza, ma riaffermando sempre quell'alleanza terapeutica tra medico e malato che è condizione indispensabile per il successo nel trattamento del paziente, anche nelle condizioni più disperate.



***Bone System.  
La bellezza  
ha forti radici.***

*Non è solo una metafora, gli impianti sono radici e per durare nel tempo la bellezza ha bisogno di radici sane e forti. Bone System è l'**UNICA** connessione al **Mondo** completamente impermeabile ai batteri, responsabili di patologie sistemiche, di insuccessi biologici, meccanici ed alitosi nei pazienti.*

***BONE***<sup>®</sup>  
***SYSTEM***  
[www.bonesystem.it](http://www.bonesystem.it)

# GRAZIANO CANTA...A RUOTA LIBERA

*L'ultimo progetto discografico del cantautore rock di Reggio Emilia, attivo nel panorama musicale italiano e internazionale da oltre trent'anni*

di **Manlio Di Giovanni**  
CRITICO MUSICALE



**G**raziano Romani è un cantautore rock di Reggio Emilia, attivo nel panorama musicale italiano e internazionale da oltre 30 anni. Molti lo ricordano soprattutto come fondatore e leader dei Rocking Chairs, la sua prima band con cui ha pubblicato quattro dischi in inglese fra la fine degli anni ottanta e i primi novanta, ma in realtà il suo percorso artistico è passato attraverso diversi dischi in italiano, tributi a Springsteen, collaborazioni prestigiose, dischi di cover, una serie di CD dedicata a personaggi dei fumetti (altra sua grande passione) e soprattutto centinaia di concerti su e giù per la nostra penisola.

Il suo ultimo progetto discografico è un album di duetti intitolato "A ruota libera - Freewheeling" composto da 10 brani, cinque in italiano e cinque in inglese. Quelli in italiano hanno una vena più cantautorale e infatti i colleghi coinvolti sono nomi come Gang, Ritmo Tribale o il violinista Michele

Gazich.

Invece per i brani in inglese, Graziano ne recupera due fra i più belli del suo repertorio con i Chairs: Making a change, cantata insieme a Edward Abbiati e la stupenda Napoleon in rag con la bellissima voce di Arianna Antinori. C'è anche un traditional irlandese, Molly Malone.

Come sempre, la pubblicazione di un nuovo disco è accompagnata da un giro di concerti e noi abbiamo assistito alla prima data del tour a Milano lo scorso 2 febbraio. Sul palco dello Spazio Teatro 89, oltre a Graziano c'è il fedelissimo collaboratore Max Marmioli, sassofonista ma ormai polistrumentista. Il resto della formazione è in puro stile rock and roll: guitars, bass and drums. Il sound è perfetto anche grazie all'ottima acustica di questa sala da concerti e la voce potente di Graziano ruggisce come di consueto. Una bella festa per tutti gli appassionati che da sempre seguono la

vicenda artistica di questo bravo singer-songwriter come lo definirebbero all'estero. E in effetti le influenze musicali presenti nel canzoniere di Graziano sono prevalentemente angloamericane: Van Morrison, Dylan, Stones, Petty etc.

Il tour di Freewheeling continua con date sparse un po' in tutta Italia. Consigliamo caldamente di assistere a un suo concerto: energia e sano divertimento rock sono garantiti.



## Andando per ristoranti

di Serena Ferrando

# C'È IL MANGIABUONO TRA I CARUGGI

Una trattoria nel bel mezzo dei caruggi di Genova, tradizionale, il Mangiabuono di Maurizio Tavella non ha insegne, è come una di quelle vecchie osterie che si trovavano un tempo nei vicoli. Aperitivo con raviolini fritti. I piatti sono i tipici genovesi: ravioli di borragine "cu tuccu" (il tipico sugo di carne genovese), il fegato all'aggiadda, le trippe accomodate, la cima, il brasato con il puré, a volte il cappon magro, se si è fortunati. I dolci: purea di mele con gelato di crema e Calvados e la torta di gelato caldo con la crema. La cucina è casalinga, genuina e ben fatta. Cantina dei vini strepitosa, inimmaginabile.

**Il Mangiabuono**

Vico Vegetti, 3R

16123 Genova

Tel. 010.25305010

<https://www.facebook.com/pages/Il-Mangiabuono/151788291586128>



# LA ROMAGNA ALLA CASA DELLE AIE

di Raffaella Casanova

Quando si va a Cervia e Milano Marittima non si può dire di aver gustato la vera cucina tipica della Romagna se non si è andati almeno una volta alla Casa delle Aie. È un ristorante storico in un casale di campagna del '700 che offre un menù di pietanze romagnole, genuine, fatte secondo la tradizione. La pasta (che da queste parti si chiama "la minestra") è rigorosamente fatta a mano e la sfoglia è tirata col mattarello. Tipici e indimenticabili i cappelletti (quelli veri, con ripieno di formaggio) sia al ragù che in brodo, le tagliatelle al ragù e le lasagne verdi. Non può mancare la piadina, che viene servita sempre calda con ogni portata e che trionfa accompagnata allo squacquerone, al pinzimonio e ai salumi della casa -ottimi il prosciutto e la salsiccia stagionata. A seguire, una vasta scelta di secondi di carne alla griglia o arrosto, accompagnati da patate al forno e verdure gratinate. Proprio perché in linea con la tradizione culinaria locale, il menù è costituito da prodotti della terra. Unica eccezione



è il baccalà, che si può mangiare solo in inverno il giovedì sera. Ovviamente squisito, come quello che cucinavano le nostre mamme e nonne. Il tutto viene inaffiato con Sangiovese servito sfuso, oltre all'Albana dolce da accompagnare a fine pasto alla ciambella.

Casa delle Aie  
Via Aldo Ascione, 4  
48015 Cervia  
(Ravenna)  
Tel: 0544 927631  
[info@casadelleaie.it](mailto:info@casadelleaie.it)  
[www.casadelleaie.it](http://www.casadelleaie.it)

# Sigaretta elettronica dannosa? Quando ti esplose in faccia

a cura di **Giulio C. Leghissa**  
ODONTOIATRA

Il più sottostimato, e ben più concreto rischio che può provenire dalle sigarette elettroniche, è l'esplosione della batteria e della resistenza elettrica che scalda il liquido in esse contenute. Questo secondo uno studio pubblicato a settembre del 2018 dal "Tobacco Control", i cui ricercatori hanno condotto una revisione narrativa a partire dai dati della commissione nazionale statunitense del NEISS (National Electronic Injury Surveillance System), per un periodo di 2 anni (2015-2017). È stato stimato, a partire dai dati presenti in letteratura, che circa 2000 persone, specialmente giovani maschi, si sono recate al pronto soccorso riportando ferite e ustioni dovute alle sigarette elettroniche. Non si considera altresì il numero di persone che, vuoi per vergogna, vuoi per noncuranza, non si sono rivolte alle strutture ospedaliere per incidenti analoghi. I ricercatori sottolineano l'importanza di una maggiore attenzione alla qualità costruttiva dei dispositivi messi in commercio e una sorveglianza sanitaria sulle "ferite da sigarette elettroniche".

Per approfondire:

<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2018/09/15/tobaccocontrol-2018-054518>



# Quale è il migliore strumento per l'igiene degli spazi interdentali?

a cura di **Giulio C. Leghissa**  
ODONTOIATRA

Per rispondere a questa domanda il giornale EBD (Evidence Based Dentistry) pubblica un lavoro di analisi e comparazione effettuato su 22 studi coinvolgenti 2.030 pazienti. Ciascuno di questi lavori prendeva in considerazione un minimo di 10 pazienti fino a un massimo di 110.

In questi studi sono stati utilizzati i diversi strumenti per l'igiene degli spazi interdentali: filo interdentale, superfloss, gli apparecchi per il getto d'acqua, lo scovolino interdentale, le punte di gomma per il massaggio gengivale, lo spazzolino da denti e lo spazzolino elettrico. I lavori hanno dimostrato che il migliore

strumento, il più efficace per la detersione degli spazi interdentali, è lo scovolino interdentale. Se si considera anche questo ulteriore lavoro a dimostrazione dell'efficacia dello scovolino, viene da domandarsi perché ancora tanti dentisti e tante igieniste si accaniscono sull'uso del filo interdentale.

*Poklepovic T, Worthington HV, Johnson TM et al. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013; 12: Art. No.: CD009857. DOI: 10.1002/14651858.CD009857.pub2.*



il compito di creare un'offerta adeguata. E ciò, spesso, non avviene. Per esempio, il cittadino con parodontite cronica (patologia che in Italia colpisce milioni di persone) deve essere inserito in un programma di igiene orale domiciliare e professionale promosso e seguito dall'igienista dentale. E come è possibile, se nella maggioranza delle strutture pubbliche non ci sono igieniste? Quindi, oggi l'offerta pubblica non soddisfa la domanda. E poi, attenzione, il "bisogno è soggettivo" e spesso, in odontoiatria, si manifesta con un mal di denti o un sanguinamento gengivale. Di conseguenza, solo una piccola parte della popolazione avverte il "bisogno" di andare dal dentista. Quindi, il bisogno viene avvertito da una piccola parte della popolazione e la domanda è sottostimata. E' dunque compito della sanità pubblica aprire le porte a tutti i cittadini e incoraggiarli a entrare, a farsi visitare anche in assenza di un bisogno, facendo così il primo passo per l'educazione alla educazione e prevenzione di massa. Anche per evitare che il paziente, illuso da mirabolanti pubblicità, venga indirizzato in centri dove non sempre trova la soluzione ai suoi problemi e dove esista una cultura della prevenzione.

Finora abbiamo parlato di cure. E la prevenzione? Nel "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018", il Ministero elenca con precisione le priorità di intervento e i conseguenti macro-obiettivi tra cui ne citiamo alcuni che devono essere applicati al settore odontoiatrico: ridurre il carico di malattia, investire sul benessere dei giovani, rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive, rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili, considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente. La comunità scientifica ha da anni dimostrato l'importanza della salute della bocca nella prevenzione e riduzione delle complicanze di molte malattie sistemiche. Nei PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) per la cronicità è prevista la figura dell'odontoiatra, ma nei fatti? Il dentista della mutua è colui che dovrebbe farsi carico della prevenzione, deve entrare nella gestione multidisciplinare del paziente, deve interfacciarsi con risorse

importanti come il comparto infermieristico per migliorare la qualità, l'efficienza e l'appropriatezza del servizio di odontoiatria. Le cose in alcune realtà stanno cambiando. Per esempio il Friuli e la Romagna hanno dimostrato la possibilità di un reale sviluppo della prevenzione odontoiatrica a partire dall'età evolutiva, sempre nell'ambito di quanto il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe offrire, tenendo conto della sostenibilità economica, a fronte di un reale miglioramento dello stato di salute dei cittadini.

A Piacenza, lo scorso anno, la Direzione Generale ha fatto eseguire un'analisi del servizio di odontoiatria esistente nei tre distretti della provincia e nell'Ospedale al fine di evidenziare eventuali criticità e proporre un nuovo modello organizzativo in grado di offrire la migliore cura disponibile, nel minor tempo possibile (efficienza), soddisfacendo nello stesso tempo richieste e necessità del cittadino (efficacia). Il nuovo "modello clinico organizzativo integrato dell'attività odontoiatrica aziendale" che sta prendendo forma in questi mesi prevede un cambiamento/miglioramento (non potenziamento) del servizio esistente, mediante una riorganizzazione su più fronti, il coinvolgimento del maggior numero di istituzioni (ordini, comuni, regione, scuole, università) per impostare programmi di prevenzione su larga scala e diffondere le corrette informazioni, creare un'interazione virtuosa tra le strutture pubbliche e private. Smettiamo, dunque, di ripetere frasi come "l'odontoiatria pubblica ha un costo troppo elevato", "l'odontoiatra privato cura meglio i denti del dentista della mutua". Gli ospedali, in quanto strutture accreditate, rispettano una serie di requisiti che nel privato non sono sempre rispettati, a partire dalla disinfezione e sterilizzazione, all'impiego di spazi e attrezzature di ultima generazione, personale qualificato e aggiornato, ecc. Ciò che invece manca è forse una migliore capacità organizzativa, gestionale, di selezione di risorse e competenze e, soprattutto, mancano rigorosi controlli sulla qualità e quantità della produzione effettivamente realizzata.

Che sia l'inizio di un cambiamento?