

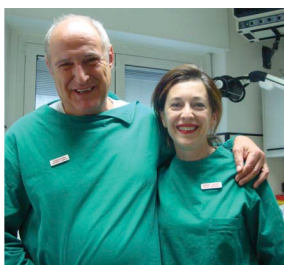
Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 4 - 2014

I RISULTATI DI UN TEST

Il "taping elastico" dopo l'intervento



Prima puntata

La decontaminazione dello studio odontoiatrico

- L'obbligatorietà della formazione
- Una professione stressante

Strategie per il futuro

Tema da affrontare: la convenzione con il Servizio nazionale

Il 60 % dei cittadini non può permettersi il costo delle terapie

Tecniche operatorie

Il doppio provvisorio rende il sorriso più gradevole

Un'alternativa all'impianto dei denti frontali che salva l'estetica

Editoriale

La fiera della tronfia ignoranza

Dott. Giulio C. Leghissa

Che i dentisti possano farsi pubblicità è stato deliberato con una legge della Repubblica ed è, dunque, un diritto. Che gli ordini, che hanno il compito istituzionale di verificare la veridicità e la serietà dei messaggi pubblicitari, a garanzia della dignità della professione e della sicurezza del cittadino, non intervengano di fronte a casi eclatanti di volgarità scientifica è invece questione sulla quale discutere.

Si legge (pag. XVII "la Repubblica" del 12 gennaio 2014) "in un solo giorno ho ritrovato il sorriso vincente di una volta" perché...

"Odontobi offre una gamma completa di trattamenti... riabilitazione totale fissa della bocca in giornata".

Ora, chiunque abbia fatto più di due impianti sa che:

1) Nei giorni successivi all'intervento il paziente può essere gonfio, avere ematomi, essere un po' dolorante.

2) La sistemazione della protesi richiede, per raggiungere risultati estetici soddisfacenti, il completo rimaneggiamento dei tessuti duri e molli, dai tre ai sei mesi.

Dunque affermare che "in un solo giorno ho ritrovato il sorriso vincente di una volta" è falso e deviante per le aspettative del cliente. Ma la gara non finisce certo qui: "per curare la malattia parodontale... il team di esperti che opera in Hospitadella si è specializzato nella tecnica dell'All-on-4, la soluzione più efficace per risolvere il problema dell'edentulia totale" (pag.36 "Corriere della Sera" del 1 giugno 2014).

Leggete bene la frase perché è bellissima:

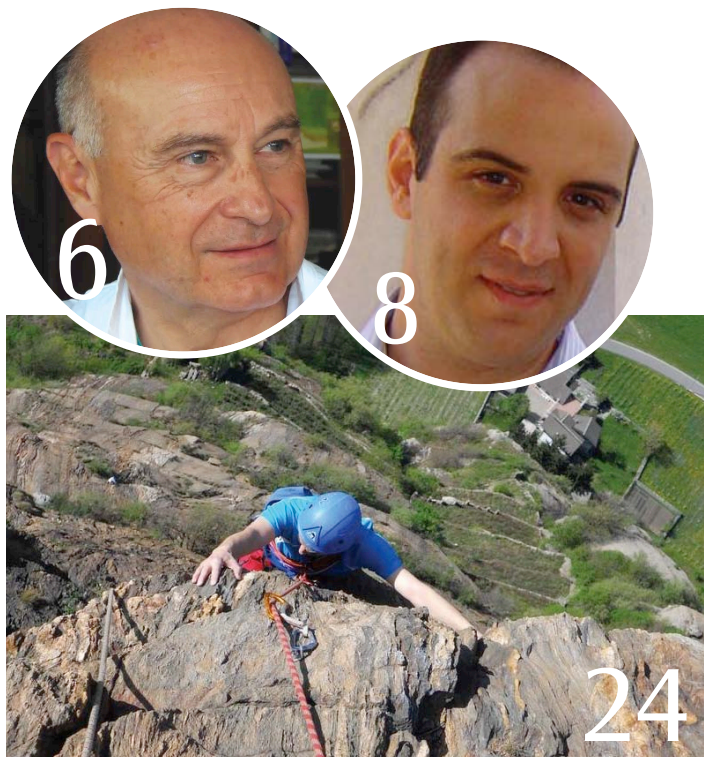
1) "per curare la malattia parodontale..." la soluzione è: togliere tutti i denti!

2) Ma non preoccupiamoci, non ci sono più denti ma c'è All-on-4 che è: "la soluzione più efficace per risolvere il problema dell'edentulia totale". E chi l'ha detto che questa sia la soluzione migliore? Quali sono i riferimenti scientifici che dimostrano che la tecnica All-on-4 sia meglio di altre? Possiamo andare avanti così, con uno che si sveglia al mattino e spara opinioni senza nessuna base scientifica?

continua a pagina 32

Odontoiatria Team at Work

N. 3 - 2014



- 4 EVOLUZIONE DELL'ODONTOIATRIA E LE STRATEGIE PER IL FUTURO
- 6 IL ROBOT ENTRA IN SALA OPERATORIA
- 8 IL "DOPPIO PROVISORIO" FA IL SORRISO GRADEVOLE
- 12 L'ISTERIA CONTRO I VACCINI
- 13 DECONTAMINAZIONE DELLO STUDIO ODONTOIATRICO
Prima parte - La formazione è un dovere
Seconda parte - Una professione stressante
- 19 IL SIMPOSIO SIPMO E LE GIORNATE DEL CENACOLO
- 20 L'APPLICAZIONE LINFATICA DEL "TAPING ELASTICO"
- 22 IL MOBBING? NON È PREVISTO
- 24 L'APOLOGIA DELLA PIACCA
Quando diventa un traguardo per il dentista...
- 25 A SOAVE UN CORSO PER LE ASO
- 26 SIASO: NASCITA, MOTIVAZIONI, INIZIATIVE
- 28 SAPESSI COM'È STRANO QUESTO ROCK A MILANO
La città è diventata la capitale d'Italia dei grandi concerti
- 30 IL CONGRESSO SICOI
- 31 NEWS

Il board editoriale



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



BRUNO BRIATA
Odontoiatra



FEDERICA DEMAROSI
Odontoiatra



FULVIA MAGENGA
Assistente



MANLIO DI GIOVANNI
Critico musicale

Board Editoriale

Emanuele Ambu (odontoiatra)

Mirella Baldoni (odontoiatra)

Cristian Barbieri (odontoiatra)

Marialice Boldi (Igienista dentale)

Anna Botteri (economia/fisco)

Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)

Giuseppina Campisi (odontoiatra)

Antonio Carrassi (odontoiatra)

Stefano Cavagna (odontoiatra)

Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)

Luigi Checchi (odontoiatra)

Stefano Daniele (odontoiatra)

Luca Francetti (odontoiatra)

Fabrizio Giuseppetti (esperto Food & Wine)

Serenella Laino (igienista dentale)

Paolo Maiocchi (odontotecnico)

Claudia Melillo (legale del lavoro)

Mauro Merli (odontoiatra)

Lucio Montebugnoli (odontoiatra)

Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)

Ernesto Rapisarda (odontoiatra)

Eugenio Romeo (odontoiatra)

Lia Rimondini (odontoiatra)

Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)

Tiziano Testori (odontoiatra)

Fabio Tosolin (psicologo)

Carlo Tinti (odontoiatra)

Leonardo Trombelli (odontoiatra)

Andrea Sardella (odontoiatra)

Roberta Silva (odontoiatra)

Serban Tovar (odontoiatra)

Roberto Weinstein (odontoiatra)

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



Nicola Del Buono
Rappresentante Prodotti Odontoiatrici



L'evoluzione dell'odontoiatria e le strategie per il futuro

Bisogna affrontare il tema della necessaria (e libera) convenzione con il servizio sanitario nazionale

Dott. Pietro Di Natale
Odontoiatra in Bologna

pietro.dinatale@libero.it

Fino agli anni '60 e '70 l'odontoiatria era praticata da medici che spesso non avevano fatto alcuno studio specifico, non erano specializzati, operavano con attrezzature antiquate (il trapano "Doriot" a cinghie ha lavorato fino alla fine degli anni '70), non facevano alcun corso di aggiornamento ed erano considerati un po' di serie B. L'introduzione delle turbine, dell'aspirazione ad alta velocità, della poltrona sdraiabile, l'attività illuminata di colleghi come quelli che fondarono gli amici di Brugg, come Vogel, Guastamacchia e altri, hanno dato un impulso innovatore grazie al quale è nata la moderna odontoiatria. Poi, in ottemperanza alle disposizioni europee, è stato istituito il corso di laurea in Odontoiatria, si è trasformato l'Ordine dei Medici in Ordine dei Medici e degli Odontoiatri con due distinti albi professionali, è stata abolita la specialità in Odontostomatologia e la laurea in Odontoiatria è stata equiparata alla specializzazione.

Da allora sono proliferati corsi e congressi, riviste e giornali, meeting e master: un'onda lunga di aggiornamento e innovazione. L'odontoiatria di oggi è preparato e determinato: sa cosa vuole ottenere dal suo futuro professionale e si specializza: in estetica, conservativa, chirurgia, ortodonzia, protesi ecc. Può collaborare con consulenti per le varie specialità stomatologiche, può collaborare con igienisti dentali, può impiegare, per l'assistenza alla poltrona e la sterilizzazione, personale formato e qualificato. Aggiorna la propria squadra e se stesso a proprie spese. Nasce così l'odontoiatria in squadra, l'odontoiatria diventa come la medicina generale: un grande mare con tante

specialità. Diventa impossibile stare al passo con i tempi facendo tutto da soli e la squadra diventa fondamentale per la gestione dello studio. Nello stesso tempo si sono moltiplicati gli adempimenti burocratici e legislativi che nemmeno erano ipotizzabili solo 20 anni fa. Le spese crescono.

Da questo emerge la convinzione popolare che il dentista è costoso, come diceva Totò, "a prescindere". Generalmente si considera molto più cara la cura di un dente, in uno studio che ha ormai costi paragonabili a quelli di una sala operatoria, che un trattamento cosmetico dall'estetista. Anche i pazienti sono cambiati profondamente in questi ultimi 20 anni: sono molto informati sulle questioni che riguardano la salute e, quando arrivano alla visita, hanno già controllato su Google e hanno in tasca altri preventivi fatti in altrettanti studi. Si è allungata la vita media e si invecchia diversamente: i sessantenni di oggi non hanno nulla a che vedere con quelli di 20 o 30 anni fa. La televisione propone anziani che si allenano correndo, che girano il mondo in cerca di avventure ed emozioni come giovanotti. C'è un bombardamento mediatico sulla bellezza della bocca, sull'importanza dei denti bianchi, su dentiere fantastiche con le quali si mordono senza problemi mele e bistecche. Si creano così illusioni e false aspettative nei pazienti che, quando si rendono conto che esistono difficoltà, terapie complesse, risultati che rappresentano dei compromessi, incolpano il dentista senza appello. I costi complessivi di gestione e mantenimento degli studi sono decollati incidendo in maniera pesante sull'economia dell'attività ed erodendo la grande maggioranza degli incassi.



IL DENTISTA ISOLATO NON PUÒ COMPETERE CON LE LOBBY ECONOMICHE. VITTIME PREDESTINATE SONO MIGLIAIA DI GIOVANI LAUREATI E IL 40-50% DEI CITTADINI NON CURA PIÙ I DENTI

Questo sistema potrebbe funzionare se vivessimo in un paese ricco dove tutti lavorano e dispongono di un reddito adeguato. Ma in Italia la crisi economica sta falciando il reddito delle famiglie e si riflette, inevitabilmente, sugli studi odontoiatrici, i cui titolari pensavano di essere professionisti intoccabili sicuri della propria clientela, dei propri guadagni e del proprio futuro. Molti hanno dovuto fare ricorso alle proprie risorse economiche e ai risparmi per arginare la negatività economica dello studio. Altri non ce l'hanno fatta e sono stati costretti a chiudere l'attività. La conseguenza è una grave crisi del settore e di tutto l'indotto: una significativa riduzione delle vendite da parte delle ditte fornitrici di materiale e di attrezzature, il licenziamento di personale di studio e la chiusura di vari laboratori odontotecnici.

Nel servizio sanitario nazionale vengono assunti nuovi odontoiatri anzi, è più facile che vengano ridotti i servizi già esistenti. I cittadini con il reddito più basso possono, pur tra mille difficoltà, accedere al servizio pubblico. I ricchi non avevano pro-



ri odontoiatrici del servizio pubblico. Quella che era un'area di monopolio per i liberi professionisti si va gradatamente svuotando per la severa crisi degli studi monoprofessionali: la categoria è sempre più debole. Svariate multinazionali, cliniche fantasmagoriche dei paesi dell'est Europa, cooperative, assicurazioni, siti internet di dubbia collocazione, si sono precipitati ad occupare quello spazio che gli odontoiatri hanno lasciato vacante. Quanto vale il mercato odontoiatrico? Molto, moltissimo, più di quanto si possa immaginare. Il dentista isolato non può competere con il potere delle lobby economiche, così come il piccolo negoziante non può competere con il Centro Commerciale. Le vittime predestinate di questa

Il servizio pubblico odontoiatrico esistente deve continuare a svolgere l'attività insostituibile di cura delle persone con disabilità o con grave disagio economico che non potrebbero trovare risposta in studi privati. Il resto della popolazione potrebbe benissimo rivolgersi agli studi privati liberamente aderenti alla convenzione per le prestazioni basilari dell'odontoiatria e pagare un ticket fino a un limite di dichiarazione Isee stabilito dalla Regione di appartenenza.

Il resto delle prestazioni non ricomprese nell'elenco di quelle essenziali saranno effettuate nel regime di libera professione. Soltanto così l'odontoiatria potrebbe trovare nuovo vigore e nuova ripresa. I giovani potranno aprire nuovi studi con la certezza di avere pazienti da curare.

Ne trarrebbe vantaggio tutta la filiera del settore: i laboratori odontotecnici e produttori e rivenditori di prodotti dentali e attrezzature. Si creerebbero nuovi posti di lavoro per le Aso. Il convenzionamento con il Ssn porterebbe con sé grandi vantaggi:

- 1 – eliminazione dell'abusivismo
- 2 – incremento dell'attività
- 3 – possibilità di incremento della libera professione
- 4 – Indipendenza da Enti o terzi scomodi come coop, assicurazioni, gruppi internazionali
- 5 – Acquisizione di un fondo pensionistico supplementare a quello della libera professione
- 6 – Riconoscimento di una quota capitaria per il paziente in carico come Mmg che garantirebbe un utile certo aggiuntivo all'attività prestazionale svolta in convenzione.

Questi punti fanno parte del disegno di legge 1207 presentato il 17 dicembre 2013 che potrebbe rappresentare la svolta necessaria per regolarizzare il sistema odontoiatrico nazionale. Una svolta epocale. La libera scelta di adesione al convenzionamento da parte dei dentisti, la libera scelta dell'odontoiatra curante, la possibilità di recedere dal convenzionamento, garantirebbero la totale indipendenza di odontoiatri e pazienti. Non si possono risolvere tutti i problemi dell'odontoiatria solo con il convenzionamento, ma si potrebbe dare vigore a un settore oggi depresso e fiducia nel futuro. Ci sarebbe lavoro per tutti, anche se apparentemente poco retribuito, se confrontato con gli incassi dell'epoca d'oro, ma un lavoro sicuro e indipendente. Servirebbe ai dentisti in crisi e ai giovani che vorranno aprire uno studio domani.



blemi prima e non ne hanno neanche oggi. Coloro che soffrono di più sono i cittadini della fascia intermedia: il ceto medio, quelli che hanno perso il posto di lavoro, tutti quelli che hanno visto erodere il potere d'acquisto del proprio stipendio e che non riescono a far fronte all'aumento progressivo del costo della vita. Si parla del 40-50 per cento della popolazione non va più dal dentista o ci va solamente per l'emergenza e non riesce a curare adeguatamente i figli. A questa percentuale, già drammatica, va aggiunto un altro 20 per cento che dal dentista non c'è mai andato. La prevenzione è rimasta una chimera relegata nello spazio delle indicazioni ministeriali disattese e non ottemperate dalle Asl. Non è difficile immaginare cosa succederà a queste decine di milioni di cittadini non seguiti adesso e negli anni a venire. Se a questi aggiungiamo il fatto che l'esplosione dell'immigrazione ha importato masse di pazienti con situazioni orali simili a quelle degli italiani nel dopoguerra, possiamo immaginare come diventeranno le liste d'attesa degli ambulatori

situazione sono migliaia di giovani odontoiatri che non hanno ricchi parenti con studi dentistici consolidati da tempo: saranno sfruttati a prezzi da fame per effettuare prestazioni in serie in poliambulatori di assicurazioni o cooperative di vario tipo. Come combattere la crisi? Come permettere ai giovani laureati di inserirsi nel mondo del lavoro odontoiatrico e garantire loro un futuro? L'odontoiatria deve poter far parte del Ssn con un numero di odontoiatri sufficienti a coprire la necessità di cura di tutta la popolazione.

Ci sarebbe lavoro per tutti e si darebbe un servizio al Paese.

Il robot entra in chirurgia

Intervista di Silvia Cavallini

Norberto Confalonieri, primario degli Istituti clinici di perfezionamento di Milano (presidio ortopedico Cto di via Bignami), nonché presidente dell'Associazione internazionale di chirurgia computer e robot assistita spiega un'importante novità.

Professore, cosa vuol dire chirurgia robotica in ortopedia?

L'utilizzo di sistemi informatici e hardware meccanici (minirobot attivi o passivi), per gli interventi di sostituzione protesica dell'articolazione del ginocchio e dell'anca. In poche parole, la chirurgia tradizionale assistita da un computer (navigazione) che crea un campo virtuale, all'interno del quale, l'arto da operare, il chirurgo e i suoi strumenti vengono registrati da un lettore di raggi infrarossi.

I dati vengono elaborati dal computer e sul display viene prodotto il modello da seguire per impiantare al meglio le componenti protesiche.

Siamo stati i primi, in Italia, nel lontano 1999, con la "navigazione" per le protesi di ginocchio. In seguito, sulla scorta dell'esperienza positiva, abbiamo allargato l'utilizzo alla protesi d'anca, alle osteotomie e alla ricostruzione del Lca. Oggi, per questo tipo di interventi, utilizziamo i sistemi più sofisticati e molti software sono stati messi a punto con l'aiuto di bioingegneri, che hanno usufruito della nostra esperienza. Collegandosi al sito www.norbertoconfalonieri.it, è possibile seguire alcuni interventi, per rendere più chiaro l'argomento.



C'è una tecnica chirurgica in ortopedia, assistita da robot e computer, che promette di cambiare il lavoro in sala operatoria.

Nella foto: Norberto Confalonieri

Come funziona il sistema robotizzato?

La tecnica robotica consiste nell'applicazione della protesi mono o femoro-rotulea, con l'ausilio del robot Rio. Il sistema robotico funge da supporto alle scelte e al lavoro del chirurgo. Si crea un modello elettronico del ginocchio a tre dimensioni, ottenuto tramite una Tac, prima di entrare in sala. In sala operatoria, si posizionano dei sensori sull'articolazione per elaborare le istruzioni chirurgiche corrette, vale a dire dove posizionare la protesi, bilanciandola in modo perfetto. Il braccio robotico consente al chirurgo di scolpire, con precisione massima, la nicchia ossea in cui andrà posizionata la protesi.

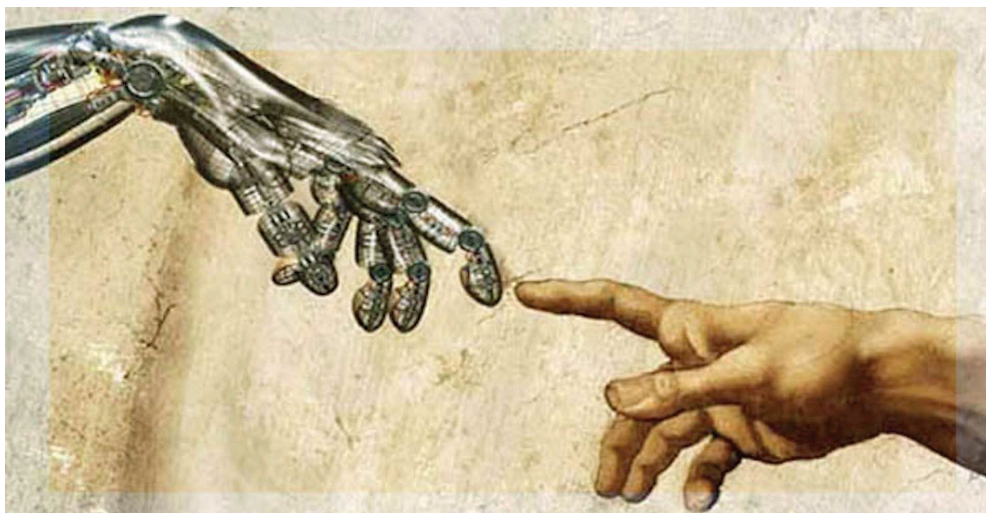
In futuro il navigatore potrà sostituire completamente lo strumentario convenzionale?

Risposta difficile. Attualmente, i problemi della chirurgia computer assistita risiedono nell'hardware e non nel software. Viti, supporti, fili, palli-

ne catarifrangenti, possono inficiare i dati per il computer o, addirittura, far abortire il sistema. Nell'anca, poco importa, perché gli strumenti per l'impianto sono gli stessi della tecnica tradizionale, collegati, tramite sensori, al computer. Se dovesse fallire il sistema, si potrebbe procedere tradizionalmente. Nel ginocchio è diverso: con il computer non si utilizzano strumentari intramidollari, se dovesse fallire, occorrerebbe tornare a quelli. Pertanto, il mio consiglio è quello di tenere sempre a portata di mano le vecchie guide. Per quanto? lo penso per sempre. Anche tra 20 anni il sistema potrebbe abortire, per le cause più disparate. Il ricorso alla vecchia tecnica, consentirebbe di portare a termine l'intervento, in tempi brevi, senza aspettare la risoluzione del problema informatico.

In cosa il navigatore può fare la differenza rispetto allo strumentario convenzionale

Standardizza i gesti chirurgici. Li uniforma, come uniforma le prestazioni e i risultati. Cambia il modo di dialogare in sala operatoria. Non più per sensazioni visive, basate sull'esperienza, ma ragionando, tutti, con i numeri, su indicazioni oggettive. Dal chirurgo, all'assistente, al product specialist, all'infermiere, guardando il display del computer, tutti possono interagire "dando i numeri". Il chirurgo è sempre meno artista solitario, padre e padrone della tecnica e sempre più scolastico, insegnante di un'esperienza tradotta in immagini e numeri. Questa è la vera evoluzione in sala operatoria. Il risultato è che si posizionano meglio le componenti protesiche, si evitano le dismetrie degli arti, le lussazioni, gli sbilanci



legamentosi, diminuiscono le perdite ematiche, le tromboflebiti... L'impianto di una protesi totale può così essere evitato o rimandato ad una fase più avanzata in oltre il 50 per cento dei casi di artrosi di ginocchio, poiché è possibile sostituire solo la parte usurata dell'articolazione.

Il navigatore prolunga i tempi operatori?

Vero. E' il grande ostacolo sulla nostra via. Ma, se l'obiettivo è una maggior accuratezza della procedura, una tecnica operatoria riproducibile all'infinito (con qualsiasi chirurgo), con una verosimile diminuzione degli insuccessi, complicanze e, quindi, revisioni, i 15 minuti in più, non sono persi, ma guadagnati. Inoltre, come abbiamo ammortizzato i tempi e i costi per la profilassi antibatterica e antitrombotica, allo stesso modo potremmo ammortizzare la prevenzione alle complicanze degli impianti protesici. Come? Per esempio, aumentando il Drg, come è successo, recentissimamente, negli Usa.

Il navigatore è più utile per la chi-

**DAL CHIRURGO,
ALL'ASSISTENTE,
AL PRODUCT SPECIALIST,
ALL'INFERMIERE:
GUARDANDO IL DISPLAY
DEL COMPUTER,
TUTTI POSSONO
INTERAGIRE
DURANTE
L'INTERVENTO**

chirurgia dell'anca o del ginocchio?

Io preferisco chiamarlo computer. Il Navigatore è uno strumento che in auto, oppure in barca, viene utilizzato per raggiungere mete sconosciute, non per il quotidiano. Indica il traguardo, ma non il modo per raggiungerlo. Il computer, invece, è una specie di "grillo parlante" che ti accompagna nell'intervento, ti impone atti in sequenza, ti informa su cosa stai facendo, dove stai andando e ti consiglia. Oggi, a mio modesto avviso, è utile sia per il ginocchio sia per l'anca. Ma la strada è tracciata. Sarà sempre più presente in sala operatoria, per la traumatologia, per il Lca, per le osteotomie... Il futuro parla con il linguaggio informatico, perché noi dovremmo sottrarci?

Grazie alla Makoplastica, i limiti della chirurgia protesica parziale di ginocchio si sono allargati, sia nelle indicazioni che nella fascia di età; nei casi in cui una volta veniva sconsigliata, ad esempio nell'insufficienza del legamento crociato anteriore, ora può essere applicata una protesi mono-

compartimentale. Nei casi di assenza completa del legamento è possibile ricostruirlo contemporaneamente all'impianto della protesi proprio grazie alla grande precisione del sistema. L'impianto di una protesi totale può così essere evitato o rimandato a una fase più avanzata in oltre il 50 per cento dei casi di artrosi di ginocchio, poiché è possibile sostituire solo la parte usurata dell'articolazione. Se coesiste un'usura dell'articolazione femororotulea è possibile, con la stessa tecnica e nel medesimo intervento, sostituire anche questo compartimento (in questo caso si parla di bicompartimentale).

Chiudo con il paragone che sono solito enfatizzare nelle discussioni: "se devo acquistare una motocicletta che va a 300 all'ora, pericolosa e supertecnologica, giro l'angolo, entro nella prima concessionaria e tratto l'oggetto. Se devo inserire un pezzo metallico nel mio corpo, o in quello di un mio parente, non mi fido neppure del miglior ospedale della mia città. Mi attacco al telefono, per conoscere il chirurgo con la maggior esperienza nel campo, quello che ne fa di più, quello che ha maggiori successi..." Assurdo, no?



straumann

simply doing more



di Stefano
Daniele
Odontoiatra

***Il ritrattamento
endodontico
ortograde
come alternativa
all'impianto
dei denti frontali
compromessi***

**Il doppio
provvisorio
fa il sorriso
gradevole**

La compromissione di un dente frontale genera, in caso di estrazione, importanti deficit dal punto di vista estetico e richiede un immediato intervento per risolvere l'inestetismo oltre che ripristinare la funzione fonetica.

L'implantologia moderna, grazie all'introduzione degli impianti a carico immediato, permette di collegare un provvisorio a quest'ultimo immediatamente dopo il suo inserimento e dare al paziente un sorriso gradevole da subito.⁽¹⁾

Le cause che possono condurre all'estrazione di un dente frontale comprendono:

- Fratture verticali di radice
- Carie destruenti capaci di propagarsi sotto la giunzione smalto cemento
- Importante perdita di supporto parodontale
- Presenza di lesione croniche periapicali / radicolari di origine endodontica

Ritroviamo, tuttavia, situazioni di compromissione dei denti frontali che permettono un intervento "conservativo" finalizzato al mantenimento dell'elemento dentale in questione ed evitare la soluzione implantare che, comunque, rimane una valida soluzione con ottime percentuali di successo clinico.

Esistono, di conseguenza, situazioni "di confine" dove il clinico e il paziente sono chiamati a prendere una decisione sul trattamento da seguire, vale a dire trattare e mantenere un dente frontale compromesso piuttosto che la soluzione immediatamente risolutiva come quella dell'impianto.

Si possono identificare una serie di criteri decisionali a riguardo e anche una serie di discriminanti che possono far decidere per un recupero dell'elemento dentario oppure l'impianto:

- **Valutazione del grado di compromissione e prognosi a distan-**



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3

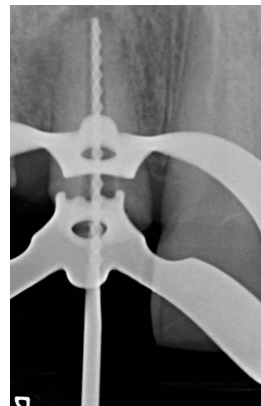


FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7

za dell'elemento dentale: un dente frontale molto compromesso può essere candidato al recupero e mantenimento all'interno del cavo orale ma bisogna valutare attentamente se gli interventi che si mettono in opera sono in grado di assicurare una valida sopravvivenza oppure esiste un deciso rischio di fallimento a breve / medio termine.

• **Aspettative e volontà del paziente:** il clinico può trovarsi nella situazione in cui, nonostante i margini ristretti di possibilità di recupero, un paziente chieda espressamente all'odontoiatra di fare tutto il possibile per mantenere il proprio dente, indipendentemente dalla prognosi a distanza.

In una situazione del genere diventa importante una comunicazione chiara sui rapporti costi / benefici del trattamento che si va a intraprendere e la compilazione del consenso informato alle cure.

• **Possibilità di ricorrere alla terapia implantare in caso di fallimento del ritrattamento endodontico:**

La possibilità, da parte del clinico in accordo con il paziente, di poter intervenire, in un secondo momento, attraverso l'inserimento di un impianto può rappresentare una maggior sicurezza nel tentare il recupero del dente compromesso.

• **Costi biologici:** nella situazione in cui il recupero dell'elemento dentale ha una buona prognosi, paragonabile a quella di un impianto, bisognerebbe considerare, nei criteri decisionali, i costi biologici dei due interventi.

Difatti, l'inserimento di un impianto ha un costo biologico superiore rispetto al recupero in considerazione del fatto che prevede, necessariamente, l'estrazione dell'elemento dentale in questione.

• **Esborso economico:** il discorso sull'esborso economico da parte del paziente è sicuramente da considerare sia nel caso si decida per l'intervento più costoso, come l'impianto, sia per la valutazione dei rischi legati all'eventuale prognosi incerta nel caso si decida per il recupero.

Bisogna considerare che un tentativo estremo di recupero di un dente compromesso può fallire ed esporre il paziente a dover affrontare una nuova spesa per la risoluzione del quadro mediante inserimento dell'impianto. Altresì, il paziente che desidera fortemente cercare il recupero del proprio dente, nonostante una prognosi incerta, deve essere consapevole della possibilità di fallimento a breve/medio termine del trattamento e quindi dell'ulteriore esborso economico a cui sarà sottoposto.

Una delle situazioni cliniche che più frequentemente mettono di fronte, clinico e paziente, alla scelta se conservare l'elemento dentale oppure sostituirlo con un impianto è la presenza di lesioni croniche peri-apicali di origine endodontica.

Tali lesioni sono costituite da tessuto infiammatorio e cellule che hanno il compito di circoscrivere un processo infettivo derivante dalla fuoriuscita, verso i tessuti peri-apicali, di batteri e

tossine presenti all'interno del canale radicolare.

Frequentemente questi processi si manifestano come conseguenza del fallimento del trattamento endodontico primario dovuto a non adeguati procedimenti di detersione, sagomatura e otturazione del sistema endodontico oppure come conseguenza della perdita di sigillo coronale da parte della ricostruzione post-endodontica.

La perdita del sigillo coronale permette di conseguenza una nuova contaminazione dell'endodonto da parte dei batteri salivari.

I tessuti infiammatori costituenti la lesione cronica peri-apicale generano un danno a carico del tessuto osseo circostante e spesso un quadro di sintomatologia dolorosa per il paziente durante le fasi di acutizzazione del processo.

Il ritrattamento endodontico è una procedura finalizzata ad accedere nuovamente al sistema dei canali radicolari, rimuovere il precedente materiale da otturazione canalare e cercare di operare una riduzione della carica batterica ivi presente mediante l'impiego di irriganti dedicati (soluzioni a base di ipoclorito di sodio con concentrazione superiore al 5% e chelanti a base di EDTA).

Terminata questa fase, una nuova otturazione del sistema canalare con guttaperca termoplastica darà luogo a un nuovo sigillo apicale che insieme alla detersione endodontica prima eseguita ridurrà, se non eliminerà, la fuoriuscita di batteri e tossine dall'area peri-apicale provocando la guarigione della lesione infiammatoria cronica.

Elemam & Pretty⁽²⁾ riportano, in una review narrativa della letteratura che confronta le percentuali di successo del recupero endodontico dei denti compromessi rispetto alla soluzione impianto, una percentuale di successo del ritrattamento endodontico per via ortograde del 78.2% contro 90.9% della terapia implantare.



Il ritrattamento endodontico per via ortograde ha quindi una buona percentuale di successo, non paragonabile all'inserimento di un impianto ma bisogna precisare che il sacrificio biologico di quest'ultimo intervento è spiccatamente superiore.

Inoltre la percentuale di successo riportata del 90,9% si riferisce al successo dell'impianto inteso come osteo-integrazione del dispositivo e non tiene conto delle possibili complicanze a lungo termine come ad esempio le peri-implantiti, inconveniente post operatorio oggi giorno sempre più frequente.

Il ritrattamento endodontico per via ortograde può divenire complicato da portare a termine quando il processo infiammatorio cronico peri-apicale ha prodotto un riassorbimento dell'area apicale della radice e di conseguenza, in considerazione della conicità del sistema canalare principale, un aumento del diametro del forame apicale.⁽⁵⁾ Quando il diametro del forame apicale supera i sessanta centesimi di millimetro (strumento 60 ISO) i procedimenti di otturazione canalare mediante guttaperca calda risultano poco efficaci in quanto non in grado di produrre un valido sigillo apicale.

Questa condizione si manifesta come conseguenza della difficoltà ad asciugare forami apicali con ampio diametro e quindi la guttaperca scaldata non riesce a prendere intimo contatto con le pareti periferiche dell'orifizio canalare.

Un cattivo sigillo apicale predispone al fallimento del trattamento endodontico per due motivi.

Il primo è legato al fatto che eventuali batteri rimasti all'interno del sistema canalare (nonostante la sagomatura e detersione) possono, in assenza di sigillo, fuoriuscire dall'area apicale e produrre processi patologici nel tessuto osseo circostante.

Il secondo motivo è in realtà collegato al primo, nel senso che un apice non sigillato permette il passaggio di liquidi e sostanze trofiche dal legamento parodontale verso l'interno del canale fornendo materiale nutritivo per i batteri eventualmente rimasti dopo la detersione.

In una situazione del genere occorre trovare un materiale alternativo alla guttaperca per sigillare l'apice durante le procedure di otturazione canalare.

A questo proposito viene in aiuto un prodotto minerale chiamato mineral

BIBLIOGRAFIA

1) Kim YK., Lee JH., Lee JY., Yi JY.

A randomized controlled clinical trial of two types of tapered implants on immediate loading in the posterior maxilla and mandible.

Int. J. Oral Maxillofac. Implants 2013; 28: 1602-1611

2) Elemam RF., Pretty I.

Comparison of the success rate of endodontic treatment and implant treatment.

ISRN dent. 2011; 2011:640509. doi: 10.5402/2011/640509. Epub 2011 Jun 15.

3) Sundqvist G., Figdor D., Persson S., Sjögren U.

Microbiological analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative re-treatment

Oral Surg.Oral Med.Oral pathol.Oral radiol.endod. 1998; 85:86-93

4) Parirokh M., Torabinejad M.

Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review- part I: chemical, physical, and antibacterial properties

J. Endod. 2010; 16-27

5) Torabinejad M., Parirokh M.

Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review- part II: leakage and biocompatibility investigations

J. Endod. 2010; 36: 190-202

6) Parirokh M., Torabinejad M.

Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review- part III: clinical application, drawbacks, and mechanism of action

J. Endod. 2010; 36: 400-413

trioxide aggregate o "MTA" che presenta ottime proprietà di biocompatibilità verso i tessuti biologici, come quelli parodontali propriamente detti e il tessuto osseo, avendo inoltre la capacità di formare un ottimo sigillo in ambiente umido.^{(4) (5)}

Appare evidente che questa proprietà di indurire e sigillare il forame apicale in condizioni di umidità è proprio quello che serve qualora il diametro apicale fosse aumentato come conseguenza dei processi di riassorbimento radicolare pregressi.

MTA è fornito sotto forma di una polvere da miscelare con un liquido acquoso formando un impasto simile alla sabbia che è apportato nell'area apicale per via ortograde.

La procedura clinica non è particolarmente semplice ma grazie all'introduzione sul mercato di siringhe e aghi molto sottili (dedicati a portare MTA nell'area apicale) e una breve curva di apprendimento, la tecnica può diventare semplice e predicibile nell'esecuzione.⁽⁶⁾

La compattazione di MTA nell'area apicale avviene mediante compres-

sori (plugger) sottili e tarati per arrivare fino a una distanza di circa 1 millimetro dal termine del canale radicolare precedentemente misurato.

L'otturazione canalare con MTA non riguarda per intero il canale radicolare principale, ma solo i primi 2,5-3.0 millimetri apicali in modo tale da creare un "tappo" di MTA chiamato appunto plug apicale.

MTA richiede, per il suo indurimento, almeno 24-48 ore in ambiente umido e quindi la cura canalare deve essere, per forza, portata a termine in due momenti diversi.

L'umidità necessaria all'indurimento di MTA è, in parte, sottratta ai tessuti del legamento parodontale dell'area apicale e in parte prelevata dal cotone idrofilo bagnato posizionato sopra MTA all'interno del canale.

Passate le 24-48 ore, si può accedere nuovamente all'endodonto e completare l'otturazione canalare del terzo medio e coronale.

La porzione del canale sopra MTA può essere riempita con guttaperca calda oppure, se necessario, con un dispositivo di ricostruzione post-en-

dodontica come un perno in composito rinforzato in fibre "FRC".

Di seguito è riportato uno schema delle procedure cliniche da mettere in opera per realizzare un'otturazione apicale con MTA negli orifici canalari a diametro aumentato rispetto a sessanta centesimi di millimetro.

- Miscelazione della polvere di MTA con soluzione sterile
- Taratura dei compressori (pluggers)
- Apposizione di MTA mediante siringhe dedicate
- Almeno 2.5 mm. di otturazione apicale MTA
- Cotone idrofilo bagnato sopra MTA e attesa per 24-48 ore
- Riapertura e back-filing con guttaperca calda o FRC

In conclusione si può dire che, nel caso di elemento dentale frontale compromesso che evidenzia un riassorbimento radicolare e diametro apicale aumentato, il ritrattamento endodontico con otturazione canalare apicale con MTA può rappresentare una valida soluzione alternativa all'impianto.



L'isteria anti-vaccino

Crolla il tasso di adesione ai vaccini con picchi, in alcune aree, fino al 25 per cento, in particolare per rosolia e morbillo

di **Angelica Artasensi**

studente in CTF
(Chimica e Tecnologie Farmaceutiche)

Le coperture vaccinali variano lungo la penisola, la situazione migliore è al nord. In regioni come Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, si raggiunge il 90-92 per cento di copertura mentre le percentuali sono basse nelle regioni meridionali, in particolare in Campania, dove raggiungono l'80 per cento, cifra lontana di ben dieci punti percentuali da quel 90 per cento che permetterebbe l'eradicazione delle malattie e delle infezioni.

I dati allarmanti sono emersi durante la conferenza stampa dedicata a "L'importanza di VaccinarSi", portale istituito dalla Società italiana di Igiene e medicina preventiva (SItI), che punta a un'informazione corretta sul vasto tema dei vaccini che non è ben conosciuto dalla popolazione. Poiché, nonostante i vaccini siano stati

e restino una delle migliori invenzioni del genio umano, che hanno permesso di contenere o anche sconfiggere malattie terribili, si sta diffondendo una paura irrazionale. Paura basata su informazioni allarmistiche e infondate, incentivata e strumentalizzata da politici, programmi televisivi e magistrati con vere e proprie campagne di disinformazione che hanno messo in discussione perfino l'obbligatorietà delle vaccinazioni. Un esempio? L'ultima inchiesta sulla presunta associazione (inesistente) tra l'autismo e un vaccino.

Diffondere sfiducia riguardo le vaccinazioni usando argomenti paranoici dimostra solo una grave mancanza di responsabilità e un preoccupante deficit nell'uso della ragione. Ovviamente essendo un farmaco, il vaccino può avere effetti collaterali (meno di un caso per milione), ma i suoi rischi sono nettamente inferiori ai suoi benefici e nella maggioranza dei casi le reazioni avverse sono di minima gravità, per questo i vaccini

si definiscono sicuri. Un parallelismo può essere fatto con le cinture di sicurezza: l'uso della cintura salva la vita a milioni di persone, ma provoca anche "reazioni avverse", come lesioni da schiacciamento, traumi vari etc. Quindi le cinture di sicurezza hanno la responsabilità di aver paralizzato qualche utilizzatore o il merito di aver salvato milioni di vite umane? I vaccini, come le cinture in auto, possono essere considerati di gran lunga la scelta più sicura perché proteggono in modo molto efficace da un pericolo reale e grave. Di questi tempi il "relativismo medico" è la piaga della società: non bisogna vivere nell'illusione che la vaccinazione sia una questione di scelta personale. Non lo è. È una questione di salute pubblica, una responsabilità collettiva.

Dove informarsi

Alcuni siti sui vaccini, utili per rispondere ai dubbi più comuni:

Perché Vaccino - <http://www.perchevaccino.it>

Le vaccinazioni in sanità pubblica - <http://www.epicentro.iss.it>

Le vaccinazioni - <http://www.levaccinazioni.it>

VaccinarSi - <http://www.vaccinarsi.org>

HYPERLINK "<http://www.vaccinfo.it/>" **Vaccinfo** - <http://www.vaccinfo.it>

Da questo numero pubblichiamo l'intervento di Giulio Cesare Leghissa, odontoiatra a Milano, e di Fulvia Magenga, Aso certificata dalla Regione Lombardia, al Cenacolo Pavese sul tema «La decontaminazione, la disinfezione e la sterilizzazione nello studio odontoiatrico: normative e protocolli operativi». In questa prima puntata si affrontano i temi dei corsi di formazione e dei rischi, soprattutto psicologici e biologici, della professione odontoiatrica.

PRIMA PARTE

LA FORMAZIONE È UN DOVERE



giulio.leghissa@lepabri.it
fulvia.magenga@msn.com

L'accordo Stato-Regioni prevede corsi obbligatori di perfezionamento dei lavoratori sui temi della sicurezza e dei rischi specifici del settore

L'accordo Stato-Regioni licenziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri (Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri il 21 dicembre 2011) disciplina la formazione dei lavoratori ai sensi del D.Lgs 81/08 (il Testo unico sulla sicurezza negli ambienti di lavoro-ex 626). In questo accordo si indica l'obbligo di un corso di formazione per tutti i lavoratori, sui temi della sicurezza, della durata minima di 4 ore e di un ulteriore corso, della durata minima di 4 ore, 8 ore, 12 ore, a seconda della categoria di rischio nella quale quella tipologia di lavoro è inserita.

Gli accordi del 21 dicembre 2011 sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale dell'11 gennaio 2012 e sono entrati in vigore il 26 gennaio dello stesso anno. In quella data tutti i lavoratori d'Italia avrebbero dovuto aver fatto il loro corso di formazione, per un totale di 8, 12, 16 ore, a seconda del loro livello

LA LEGGE
PREVEDE
UN AGGIORNAMENTO,
DIVERSO DAL PRIMO
CORSO DI BASE,
OGNI CINQUE ANNI
DELLA DURATA
DI SEI ORE, UGUALI
PER TUTTI I LIVELLI
DI RISCHIO

di rischio. Perché non è stato dato tempo attuativo a questa nuova norma? Perché non si trattava di una nuova norma.

L'obbligo dei datori di lavoro di formazione del personale dipendente in relazione alla normativa 81/08 (Testo Unico di Sicurezza per il miglioramento della salute e della sicurezza sul posto di lavoro) esisteva già dal 2008. L'accordo Stato-Regioni ha stabilito solo la formazione minima per ogni tipologia di rischio.

Per i nuovi assunti, il datore di lavoro ha tempo 60 giorni dalla data di assunzione per provvedere alla loro formazione.

A questo punto si pongono alcune domande.

Fatto questo primo corso si è a posto per sempre?

La risposta è no: è previsto un aggiornamento ogni cinque anni della durata di sei ore, uguali per tutti i livelli di rischio.

La normativa spiega che nei corsi di aggiornamento per i lavoratori non dovranno essere riprodotti meramente argomenti e contenuti già proposti nei corsi base ma si dovranno trattare significative evoluzioni e innovazioni, applicazioni pratiche o approfondimenti che potranno riguardare: diversi ambiti. Si fa riferimento ad alcuni argomenti specifici: approfondimenti giuridico-normativi; aggiornamenti tecnici sui rischi a i quali sono esposti i lavoratori; aggiornamenti su organizzazione e gestione della sicurezza in azienda; fonti di rischio e relative misure di prevenzione.

Chi tiene il corso?

I corsi di formazione per i lavoratori vanno realizzati previa richiesta di collaborazione agli enti bilaterali e agli organismi paritetici. Se la richiesta non riceve riscontro dall'ente bilaterale o dall'organismo paritetico entro quindici giorni dal suo invio, il datore di lavoro procede autonomamente alla pianificazione e realizzazione delle attività di formazione.

La norma spiega poi che i corsi vanno tenuti internamente o esternamente all'azienda, anche in modalità di "e-learning", da docenti interni o esterni all'azienda che possano dimostrare di possedere esperienza almeno triennale di insegnamento o professionale in materia di salute e sicurezza sul lavoro. L'esperienza professionale può consistere anche nello svolgimento per un triennio dei compiti di "Responsabile del servizio di prevenzione e protezione", anche con riferimento al datore di lavoro.

Come deve essere strutturato il corso?

Lo svolgimento può essere interamente in aula oppure una parte viene svolta in aula e una parte con la modalità di apprendimento e-Learning. Altra modalità è via Fad

(Formazione a distanza): se si aderisce, significa che il legale rappresentante dell'azienda, previo accordo con il Rls, può formare il proprio personale completamente via Fad prevedendo un esame finale e la stampa di un certificato che attesti che il corso obbligatorio è stato espletato.

Chi ha il compito di certificare l'avvenuta preparazione?

La norma spiega che "i corsi di formazione per i lavoratori vanno realizzati previa richiesta di collaborazione agli enti bilaterali e agli organismi paritetici." Gli organismi paritetici sono enti costituiti a livello territoriale su iniziativa di asso-

I contenuti del corso

I temi da affrontare durante il corso di formazione sono: rischio infortuni, meccanici generali, elettrici generali, macchine, attrezzature, cadute dall'alto, rischi da esplosione, rischi chimici, nebbie, oli, fumi, vapori, polveri, etichettatura, rischi cancerogeni, rischi biologici, rischi fisici, rumore, vibrazione,

radiazioni, microclima e illuminazione, videoterminali, DPI organizzazione del lavoro, ambienti di lavoro.

E ancora, stress lavoro-correlato, movimentazione manuale carichi,

movimentazione merci, apparecchi di sollevamento, mezzi trasporto, segnaletica, emergenza, le procedure di sicurezza con riferimento al profilo di rischio specifico, procedure esodo e incendi, procedure organizzative per il primo soccorso, incidenti e infortuni mancati, altri rischi.



ciazioni di parte imprenditoriale e sindacale, appartenenti allo stesso comparto o settore lavorativo. Sono perciò finanziati attraverso contributi sia dei datori di lavoro che dei lavoratori.

Quali sono i tre livelli di rischio?

A "Rischio basso" sono le attività di commercio all'ingrosso e al dettaglio; le attività artigianali, gli alberghi e ristoranti, le assicurazioni, le immobiliari, l'informatica, le associazioni ricreative, culturali e sportive, i servizi domestici, le organizzazioni extraterritoriali

Sono invece a "Rischio medio" l'Agricoltura, la pesca, i trasporti, i magazzinaggi, le comunicazioni, l'assistenza sociale non residenziale, la pubblica amministrazione, l'istruzione.

Sono a "Rischio alto", infine, l'estrazione di minerali e in generale le industrie estrattive, le costruzioni, le industrie alimentari, quelle che si occupano di tessili e abbigliamento, le concerie, le industrie del legno, della carta, l'editoria, la stampa, la lavorazione di minerali non metallici, la produzione e lavorazione metalli, la fabbricazione di macchine apparecchi elettrici, elettronici, la fabbricazione di autoveicoli, mobili, la produzione e distribuzione



di energia elettrica, gas, acqua, lo smaltimento rifiuti, le raffinerie, il trattamento di combustibili nucleari, l'industria chimica, la produzione di fibre, gomma e plastica.

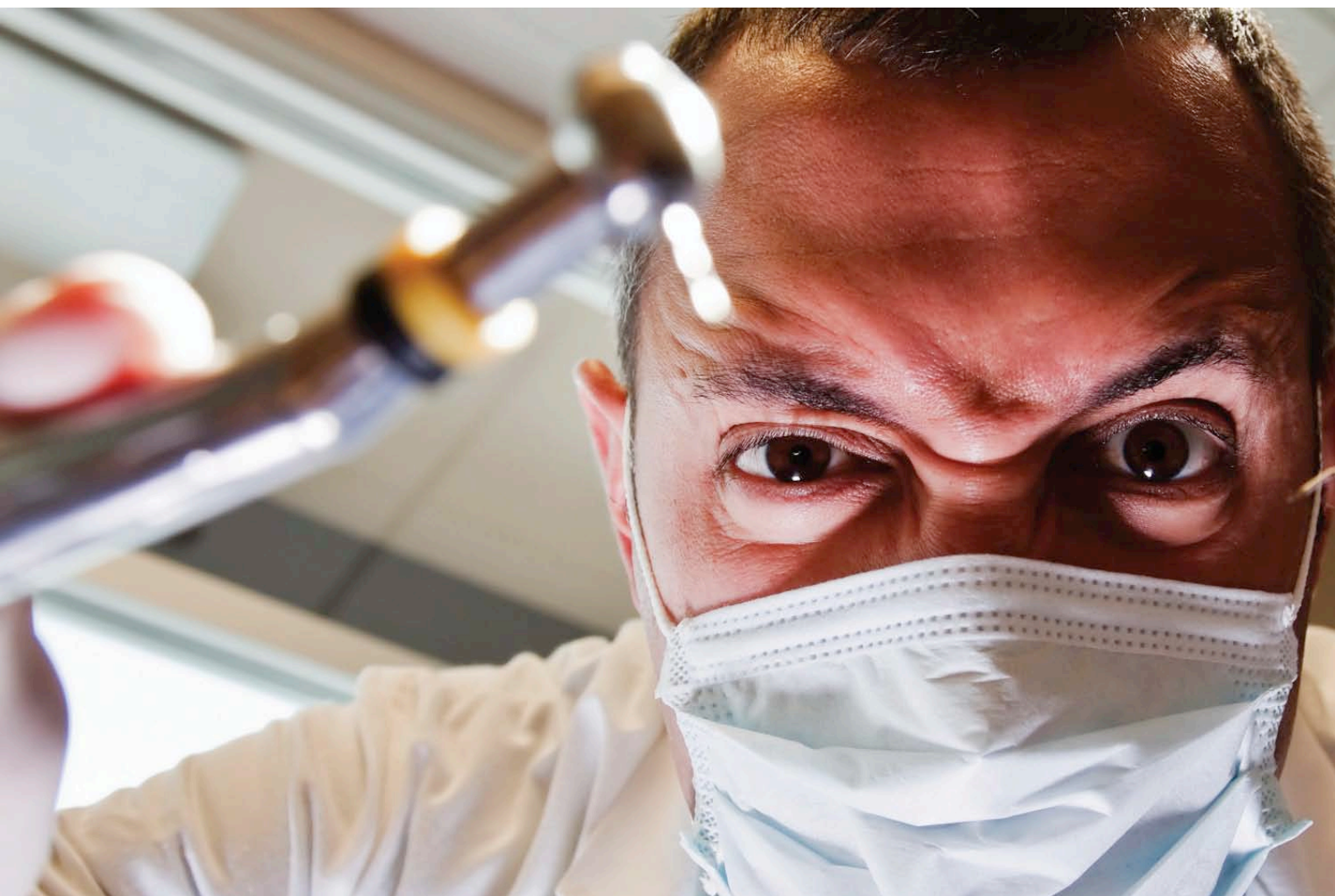
Nel settore ad alto rischio è compresa anche la Sanità e dunque anche gli studi dentistici e l'assistenza sociale residenziale.

Quali sono le sanzioni per chi non provvede alla formazione per i dipendenti?

Sono previste sanzioni penali e civili per la mancata formazione del lavoratore. Inoltre la formazione del personale deve essere obbligatoriamente svolta in orario di lavoro, incluso la formazione nella modalità e-learning.

Le sanzioni per il datore di lavoro e il dirigente che disattendono a questa norma (articolo 37, co. 1, 7, 9 e 10) prevedono l'arresto da due a quattro mesi o ammenda da 1.200 a 5.200 euro.





SECONDA PARTE

UNA PROFESSIONE STRESSANTE

Il dentista percepisce l'odontoiatria come un lavoro molto più impegnativo e pesante degli altri

Uno studio (Rada RE, Johnson-Leong C: "Stress, burnout, anxiety and depression among dentists" JADA 2004; 135:788-794) condotto su più di 3.500 dentisti ha evidenziato come in più del 38 per cento dei casi siano sempre, o spesso, preoccupati e ansiosi.

Più del 34 per cento di loro ha dichiarato di sentirsi frequentemente o sempre stanchi, esausti.

Il 26 per cento infine ha spiegato di soffrire frequentemente di mal di testa e di schiena. Questi sintomi sono spesso associati con la depressione.



Perché si verifica questa situazione?

Ci sono tre ordini di motivi fondamentali. Innanzitutto le sale operatorie sono piccole, la zona nella quale si lavora (la cavità orale) è

ancora più piccola. Il dentista deve stare seduto per la maggior parte del tempo, facendo lenti e precisi movimenti con le mani, con lo sguardo fisso sul bersaglio.

In secondo luogo iniziando la pro-



geneticamente modificato, coltura cellulare od endoparassita umano che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni". Lo stesso articolo 74 continua: definendo cos'è un microrganismo: "qualsiasi entità microbiologica, cellulare o meno, in grado di riprodursi o trasferire materiale genetico.

L'articolo 75 indica invece la classificazione degli agenti biologici precisa che sono ripartiti in quattro gruppi, a seconda del rischio di infezione:

Gruppo 1: agente che presenta poche possibilità di causare malattie in soggetti umani.

Gruppo 2: agente che può causare

malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaghi nella comunità.

Gruppo 3: agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità

Gruppo 4: agente che può provocare malattie gravi in soggetti umani e può presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità.

LA NORMA CHE INDICA LA CLASSIFICAZIONE DEGLI AGENTI BIOLOGICI PRECISA CHE SONO RIPARTITI IN QUATTRO GRUPPI, A SECONDA DEL RISCHIO DI INFEZIONE

fessione il dentista si trova a dover fronteggiare un numero crescente (e di crescente difficoltà) di problemi: finanziari, manageriali, gestionali, rapporti sociali per i quali non è stato preparato nel corso degli anni di formazione.

Infine, in generale, con il crescere dell'esperienza clinica, i dentisti dichiarano di soffrire di minore percezione di stress durante le fasi cliniche. Al contrario lo stress derivante dalla gestione manageriale dello studio rimane alto, indipendentemente dall'esperienza acquisita. Questo problema è in parte legato al rapporto con il personale di assistenza che è fortemente stressato per sotto-stima del proprio lavoro, ambiguità di ruoli, insufficiente competenza.

Un importante momento di riflessione deve essere riservato alla necessità della formazione obbligatoria sulla prevenzione del rischio biologico

Esiste un rischio biologico nello studio odontoiatrico ?

L'articolo 74 legge 626-94 definisce quello che è un agente biologico: "qualsiasi microrganismo anche se

FOCUS INTERNAZIONALE SULLA PERIMPLANTITE

PERI-IMPLANTITIS AND SYSTEMIC DISEASES. A TICKING BOMB?

NH MILANOFIORI CENTRO CONGRESSI
ASSAGO (MI)

4 OTTOBRE 2014

CON IL SUPPORTO NON CONDIZIONANTE DI:

BONE[®]
SYSTEM

INFORMAZIONI ISCRIZIONI SEGRETERIA

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA MV CONGRESSI S.P.A. VIA MARCHESI, 26D - 43126 PARMA - ITALY

TEL. +39 0521 290191 • FAX +39 0521 291314

GIOVANNA@MVCONGRESSI.IT WWW.MVCONGRESSI.COM

ISCRIZIONI ON-LINE:

[HTTP://MVCONGRESSI.ONLINECONGRESSI.IT/COD1559](http://mvcongressi.onlinecongressi.it/cod1559)

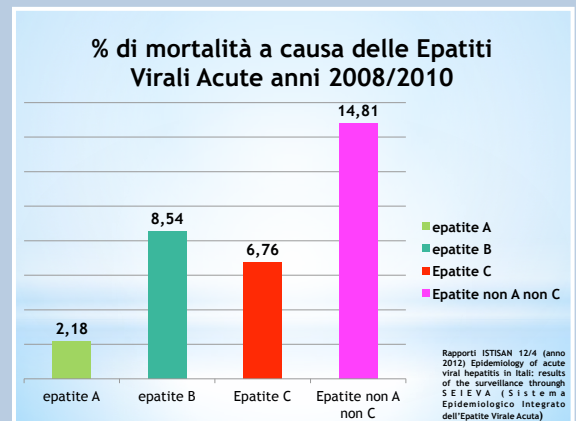
ALCUNI AGENTI BIOLOGICI

Qui sotto, elenchiamo i microrganismi classificati nei gruppi 2 e 3. La classificazione degli agenti biologici in base all'articolo 74 legge 626-94 e la legge 81/08 titolo 10 allegato 46 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 30/04/2008.

AGENTE BIOLOGICO	CLASSIFICAZIONE	RILIEVI
Actinobacillus actinomycetemcomitans	2	
Bacteroides fragilis	2	
Mycobacterium tuberculosis	3	V
Porphiromonas spp	2	
Prevotella spp	2	
Virus dell'epatite C	3*	D
Virus dell'epatite B	3* V,D	
Virus dell'AIDS	3*	D

* = non sono veicolati dall'aria
 V = vaccini efficace disponibile
 D = l'elenco dei lavoratori che hanno operato con detti agenti deve essere conservato per almeno 10 anni dalla cessazione dell'ultima attività con rischio di esposizione

Percentuale di agenti "infettanti" presenti nella popolazione: Attualmente l'incidenza di epatite acuta sintomatica è di:
 *B = 0.9/100.000/anno che significa 540 nuovi casi/anno
 *C = 0.2/100.000 anno che significa 180 nuovi casi/anno



Fonte: Rapporti Istisan (Istituto Superiore di Sanità) 12/4 (anno 2012) Epidemiology of acute viral hepatitis in Italy: results of the surveillance through Seieva (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta). Questi dati raccolti dal SEIEVA al 31/12/2010 riguardano 76.2 per cento delle Asl italiane per una sorveglianza totale di 41.332.167 cittadini, pari al 72.6 per cento della popolazione italiana.

*D = 0.2/1.000.000 che significa 18 nuovi casi/anno

Per l'epatite B e C i principali fattori di rischio sono:
 I trattamenti estetici
 La terapia odontoiatrica
 L'attività sessuale promiscua

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici



IL SIMPOSIO DI SIPMO

La Società Italiana di Patologia e Medicina Orale presieduta dal professor Lorenzo Lo Muzio organizza a Torino il prossimo 17 e 18 ottobre il suo III Simposio.

Il programma prevede nella prima giornata, nell'Aula Magna del Rettorato dell'Università, alle ore 14 la Cerimonia di apertura con il saluto delle Autorità.

Seguirà la sessione "Ricerca di base: nuove idee per i clinici - prima parte".

Moderatori saranno Sergio Gandolfo, Lorenzo Lo Muzio e Francesco Spadari.

I temi trattati: "Epitelio-mesenchima crosstalk: scenari morfologici, meccanismi molecolari, possibili applicazioni terapeutiche", relatore Gianfranco Tajana dell'Università di Salerno.

Seconda parte - "Angiogenesi", relatore Federico Bussolino dell'Università di Torino.

Moderatori: Giuseppina Campisi, Michele Giuliani, Giuseppe Colella

Alla fine dell'incontro sarà conferito il Premio Margiotta e si svolgerà l'Assemblea dei soci Sipmo.

Il secondo giorno, sabato 18 ottobre, il Simposio si svolgerà al Centro Didattico della Scuola di Medicina Polo San Luigi Gonzaga.

Si parlerà di "Relazioni su invito Scuole Italiane di Patologia e Medicina Orale", prima parte, con otto interventi.

Moderatori: Matteo Biasotto, Lucio Montebugni, Umberto Romeo.

Dopo il coffee-break, si svolgerà la seconda parte della sessione con quattro relazioni.

Moderatori: Monica Pentenero, Andrea Sardella, Maddalena Manfredi

Nel pomeriggio si svolgerà la sessione "Ricerca traslazionale e Protocolli clinici".

Moderatori: Rosario Serpico, Silvio Abati, Alessandra Majorana.

Le relazioni: "Ruolo dell'instabilità cromosomica nel processo di oncogenesi di Walter Giaretti dell'Istituto Scientifico Tumori Genova; "BMS: il punto di vista dello psichiatra" di Giuseppe Maina dell'Università di Torino; "Formulazioni farmaceutiche in medicina orale" di Giuseppina Campisi dell'Università di Palermo.

Al termine la premiazione per la migliore presentazione orale e per il miglior poster.

Per informazioni e iscrizioni:
www.simposiosipmo.it - www.sipmo.it



Appuntamento il 27 e 28 febbraio

VERSO LE GIORNATE DEL CENACOLO

Il Cenacolo Odontostomatologico Milanese organizza la XXVII edizione delle Giornate di implantologia e chirurgia orale. L'appuntamento è per il 27 e 28 febbraio 2015 con il tema: "Approccio mininvasivo versus Approccio tradizionale in chirurgia orale e implantologia". Il convegno è organizzato in collaborazione con Sisco, nell'auditorium di San Paolo in via Giotto 36 a Milano. Per avere le informazioni e i dettagli sul convegno, contattare la segreteria Com su mail: [segreteria@](mailto:segreteria@cenacolomilanese.it)

cenacolomilanese.it oppure contattare la segreteria al numero 02-29412295. Il Cenacolo Odontostomatologico Milanese viene fondato nel 1987 e dopo un anno di attività organizza il suo primo Simposio Ambrosiano dedicato alla salute e alla efficienza del team. Il COM dà così il primo segnale della sua politica: affrontare la qualità in odontoiatria pensando a tutto il team, perché solo in questo modo, sviluppando le competenze di tutti, si pensa al cittadino-paziente. Nel corso degli anni ha sempre offerto la massima qualità dei relatori a costi molto contenuti, per offrire occasioni di aggiornamento e di apprendimento abbordabili e sul territorio.

*Tecnica e risultati alla luce del primo studio
su 200 pazienti sottoposti a chirurgia odontoiatrica*

L'APPLICAZIONE LINFATICA DEL "TAPING ELASTICO" IN ODONTOIATRIA

Silvia Cavallini *
Giulio Cesare Leghissa **

silvia.silviacavallini@gmail.com
giulio.leghissa@lepabri.it

Riconosciuto nel 1670 dal botanico e anatomista olandese Frederik Ruysch, durante i suoi studi effettuati sui cadaveri, il sistema linfatico decorre a fianco del sistema cardiocircolatorio, opponendosi all'eccessivo accumulo di fluidi nei tessuti, drenando minuziosamente tutto l'organismo per riversarsi poi nelle vene toraciche. Sul suo decorso si trovano vere e proprie stazioni di filtraggio dette linfonodi deputati a produrre particolari globuli bianchi, i linfociti, il cui scopo è quello di eliminare i microorganismi patogeni. In caso di infezione questo processo si accelera e i linfonodi aumentano di volume diventando visibili e dolenti al tatto. Anche il sistema linfatico è formato da minuscoli vasi capillari che si immettono in vasi sempre più grandi fino a raggiungere il dotto toracico; i capillari linfatici, però, sono a fondo cieco e hanno una parete molto sottile costituita da cellule con ampie aperture, in modo che tutta la linfa

trasportata possa riversarsi, insieme a quella proveniente dal tronco, a livello della congiunzione vene succlavie-vena giugulare.

Sul percorso dei vasi linfatici, come nel sistema venoso, si trovano restringimenti, dilatazioni e valvole che impediscono il reflusso della linfa costringendola a scorrere in un solo senso, per questa caratteristica il sistema è detto aperto e monodirezionale. La linfa scorre dallo spazio interstiziale dei tessuti verso la circolazione sistemica anche contro gravità. Di composizione molto simile al sangue, eccezion fatta per il rapporto globuli bianchi - globuli rossi, circola negli spazi interstiziali con il compito di riassorbire il plasma che, per osmosi passa dai capillari sanguigni ai tessuti, insieme ad altri prodotti di scarto provenienti dalla periferia, e convogliare il tutto verso gli organi di depurazione che sono fegato, reni, polmoni e linfonodi. La linfa viene depurata, durante il suo percorso, da timo, milza e midollo osseo. E' di colore giallo paglierino e contiene zuccheri, proteine, sali, amminoacidi, ormoni, vitamine, globuli bianchi e particolari lipoproteine dette chilomicroni. Quando un tessuto subisce un trauma,

negli spazi interstiziali si riversa una tale quantità di liquidi che il sistema linfatico non riesce a smaltire a causa del gradiente osmotico sfavorevole: si forma quindi un edema. Questa condizione è tipica di alcune malattie come l'insufficienza cardiaca e la malnutrizione calorico-proteica. Vi sono poi molte altre cause, oltre alla grande famiglia dei linfedemi ampiamente trattati con applicazioni di taping elastico. Molto spesso l'edema è associato a travaso ematico cioè ad ecchimosi.

Perché, in seguito a un trauma insorge anche il dolore?

Nel 1931 per la prima volta, è stato isolato il primo neuro peptide a catena corta, appartenente alla famiglia delle tachichinine, nominato sostanza P e stimato fondamentale nella modulazione del dolore e del vomito.

La sostanza P infatti, viene rilasciata da parte delle sinapsi dei nervi periferici, al loro ingresso nelle fibre C non mieliniche stimolati dalla produzione di sostanze algogeniche e infiammatorie indotte da un trauma.⁽¹⁾

Questo processo avviene anche nel nervo trigemino in seguito ad un

* Chinesiologo
Clinico
** Libero
professionista
in Milano



trauma di natura chirurgica. La sostanza P invia il segnale nocicettivo del dolore provocando una risposta pro infiammatoria locale che si traduce in vasodilatazione, travaso di plasma e sviluppo di edema in sede di intervento. Gli impulsi arrivano direttamente dalla periferia al sistema centrale nella regione del ponte e vengono trasmessi ai neuroni raggiungendo prima il talamo, poi la corteccia somatosensoriale e il protoencefalo limbico dove l'input nocicettivo è percepito e interpretato come dolore.⁽²⁾

Come e quando prescrivere la terapia antidolorifica?

Il dolore severo postchirurgico si può controllare :

- bloccando gli impulsi nocicettivi
- riducendo l'input nocicettivo
- attenuando la percezione del dolore con anestetici a lunga durata, antiinfiammatori potenti che limitino la risposta infiammatoria riducendo la formazione di alcuni mediatori quali il COX-2 e la FOSFOLIPASI.^(3,4,5)

Da studi recenti è stato dimostrato che la somministrazione degli antidolorifici, per contrastare l'insorgenza del dolore postchirurgico, debba essere effettuata in fase preoperatoria.⁽⁴⁾

DI CHE COSA SI TRATTA

L'applicazione del taping elastico eseguita al termine dell'intervento chirurgico, previene o limita l'insorgenza e l'entità di edema ed ecchimosi postchirurgici.

La tecnica utilizzata è quella linfatica che consiste nell'incrocio di due pezzi di tape tagliati in sottili strisce unite alla base e "agganciate" verso il dotto linfatico più vicino alla sede di intervento. Si utilizzano

AL CONGRESSO COM

Se volete approfondire, il 27 febbraio al congresso COM ci sarà un corso precongressuale dal titolo "Taping elastico e ginnastica per il team odontoiatrico e per gli edemi postchirurgici". Relatore: Silvia Cavallini.

i dotti sotto il mento e davanti alle orecchie.

Il tape deve essere applicato senza tensione sulla pelle pulita, asciutta e priva di peli e in massima estensione; sarà la pelle, una volta ritornata alla sua lunghezza ottimale, a creare l'effetto "richiamo" per sollevare il derma dal muscolo sottostante. Il cerotto rimane in posizione per 48 ore e poi sostituito, se necessario, per altre 48 ore. Nel caso si tratti di un paziente maschio, il tape va rimosso dopo 24 ore e, dopo la rasatura, rimesso per un altro giorno. E' in corso uno studio su 200 pazienti di entrambi i sessi sottoposti a interventi di chirurgia odontoiatrica e implantologia.

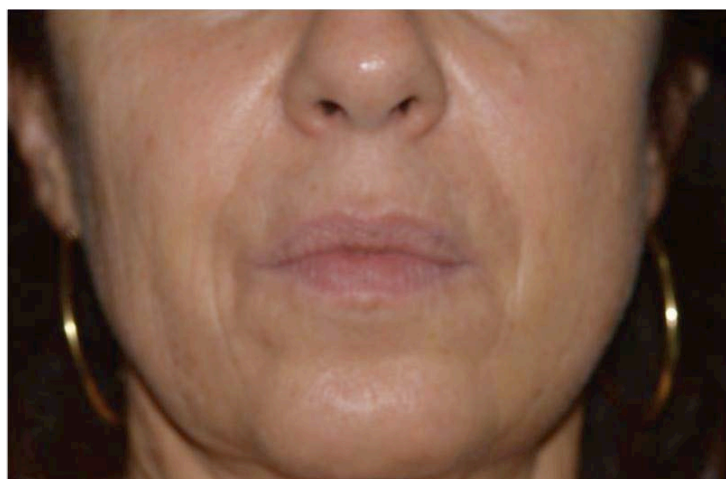
A tutti è stato distribuito un questionario sul quale indicare, in base a una scala di valori da "molto intenso" a "quasi inesistente" il dolore provato nelle 48 ore successive all'intervento e, con la stessa modalità, la quantità di edema ed ecchimosi che si sono prodotti e la tollerabilità all'applicazione.

I pazienti trattati con taping elastico hanno sviluppato edemi ed ecchimosi molto modesti e non hanno riferito dolore significativo. I tempi di guarigione si sono notevolmente ridotti rispetto ai pazienti non trattati.



BIBLIOGRAFIA

- 1) Ong CK, Seymour RA. Pathogenesis of postoperative oral surgical pain. *Anesth Prog* 2003;50(1): 5-17
- 2) Daniel M. Laskin, DDS,MS *JADA* March 2013;144(3): 284
- 3) Gordon SM, Mischenko AV, Dionne RA. Long-acting local anesthetics and perioperative pain management. *Dent Clin North Am* 2010;54(4):611-620.
- 4) Jackson DL, Moore PA, Hargreaves KM. Preoperative non-steroidal anti-inflammatory medication for the prevention of postoperative dental pain. *JADA* 1989;119(5):248-260
- 5) Gilron I, Moore RA, Wiffen PJ, McQuay HJ. Pharmacotherapy for the prevention of chronic pain after surgery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD008307. DOI: 10.1002/14651858.CD008307





IL MOBING? NON PREVISTO

*Nel nostro Paese
non è stato ancora inquadrato
in una disciplina ad hoc,
anche se vengono applicate
altre fattispecie di reato*

avv. Claudia Melillo
del Foro di Milano
studio@studiolegalemelillo.eu

Il “mobbing” non è stato previsto in uno specifico articolo che lo configuri come reato e non è stata redatta alcuna norma in merito, nonostante siano stati molteplici i disegni di legge proposti.

Fortunatamente è possibile, allo stato, ricondurre gli atti che costituiscono il “mobbing” ad altre fattispecie di reato, grazie all’intervento decisivo della giurisprudenza della Corte di Cassazione, permettendo che i comportamenti vessatori vengano puniti ugualmente.

Il “mobbing” viene infatti definito dall’Organo Supremo, quale condotta del datore di lavoro o del superiore gerarchico, protratta nel tempo con comportamenti ostili

reiterati e sistematici facenti parte di un disegno teso alla persecuzione e alla vessazione del lavoratore, che comporti un effetto lesivo della sua salute psicofisica.

Le condotte devono essere molteplici e devono essere tutte dirette all’espulsione del lavoratore dal contesto lavorativo.

Non necessariamente i singoli comportamenti devono essere illeciti, possono anche essere leciti se presi singolarmente, poiché ciò che viene valutato ai fini della configurazione del “mobbing” è il disegno vessatorio che i molteplici comportamenti concorrono a soddisfare nel loro complesso.

Deve sussistere la lesione psicofisi-

ca della salute del soggetto colpito e un nesso eziologico tra la condotta del datore di lavoro (o del superiore) e la lesione del dipendente. In ultimo rileva l'intento persecutorio con il quale il reo pone in essere la propria condotta lesiva.

La prova della condotta lesiva spetta al lavoratore, il quale, ai sensi dell'art. 2697 c.c., dovrà fornire all'Autorità Giudicante gli elementi necessari a verificare la sussistenza della molteplicità dei comportamenti a carattere persecutorio posti in essere con intento vessatorio in maniera sistematica e prolungata, della lesione della salute o della personalità del lavoratore, del nesso di causalità tra condotta del reo e pregiudizio e, in ultimo, dell'intento persecutorio che ha mosso il reo. La valutazione degli elementi di fatto è riservata al solo giudice di merito, non potendo il giudice di legittimità operare un'ulteriore ricostruzione laddove quella del giudice di merito sia sufficientemente motivata.

Il datore di lavoro non risponde solamente in caso di condotta di "mobbing" posta in essere da lui direttamente, ma anche qualora sia un altro dipendente posto in posizione di supremazia gerarchica rispetto al lavoratore colpito ad aver esercitato le azioni punibili. Il datore è infatti responsabile ex art. 2049 c.c., laddove sia rimasto inerte e non si sia adoperato per rimuovere il fatto lesivo.

Spesso le condotte configuranti il "mobbing" vengono poste in essere con lo scopo di indurre il lavoratore a dimettersi dalla propria posizione lavorativa, al fine di non dover procedere con un licenziamento, che risulterebbe oltremodo oneroso, quando addirittura illegittimo, se non supportato da giusta causa o giustificato motivo.

Casi pratici di azioni che possono costituire nel loro complesso il cosiddetto "mobbing" sono da riscontrare nella dequalificazione del soggetto colpito al quale vengono affidati compiti non previsti e

SI TRATTA DELLA CONDOTTA DEL DATORE DI LAVORO O DEL SUPERIORE, PROTRATTA NEL TEMPO, CON COMPORTAMENTI OSTILI REITERATI E SISTEMATICI A SCOPO VESSATORIO

"degradanti", in reiterati rimproveri ingiustificati tesi anche a provocare vergogna nel lavoratore di fronte ai colleghi, nella dotazione di attrezzature non idonee che impediscano la naturale e normale prestazione lavorativa, nella sistematica esclusione dello stesso dagli abituali processi comunicativi, cosicché il lavoratore si senta via via estromesso. I comportamenti che possono costituire nel loro complesso il "mobbing" si caratterizzano pertanto per il contenuto e per le finalità persecutorie e si traducono in maltrattamenti verbali e in atteggiamenti che danneggiano la personalità del lavoratore (licenziamento, dimissioni forzate, pregiudizio alle prospettive

di carriere, ingiustificata rimozione da incarichi già affidati, ingiustificate discriminazioni e penalizzazioni del trattamento retributivo, l'esclusione dalla comunicazione di informazioni rilevanti per lo svolgimento dell'attività lavorativa, la svalutazione dei risultati ottenuti).

Fino a quando il nostro legislatore non provvederà a redigere e approvare una legge che punisca il reato in questione fornendogli un nomen giuridico, i soggetti colpiti dovranno appellarsi alla ricostruzione operata dalla nostra giurisprudenza e dalla nostra dottrina al fine di far emergere la responsabilità dei datori di lavoro o dei superiori e veder riconosciuti i propri diritti.





APOLOGIA DELLA PLACCA

di **Bruno Briata**
Odontoiatra a Milano
bruno.briata@libero.it

La "placca" mi piace. Mi piace contemplarla, studiarla, cercare punti di appoggio per combatterla e superarla.

Guardi i tuoi rinvii, i friends, i nats, ma sai già che non ti serviranno a nulla: soltanto le scarpette, la loro aderenza, il casco, se dovessi cadere, soltanto loro ti saranno utili, fino a quell'unico chiodo, a metà della via, venti metri dalla cima ma diciotto dalla sosta: lì dove la Fede continua a darti corda per evitare di tirarti giù mentre tenti il passaggio. Lo sai già, te l'hanno detto tutti: che ci vuole a salire sulla "Gossemberg", è facile, dove la trovi una via di 4° Grado in Val di Mello, per quello hanno messo un unico chiodo, "non vorrai mica rovinare l'estetica della placca vero?".

La cascata è bellissima, quindici metri alla tua destra; ne percepisci il rumore, ma neanche la vedi. Sei tutto concentrato su quegli ultimi cinque metri, dove potrai finalmente infilare il moschettoni in quel maledetto chiodo. Non senti nemmeno il male alle dita: ti hanno convinto a prendere il 41 anche se hai il 42, "aumenta la tenuta sulla roccia", ti hanno detto..

L'hai maledetta per mesi quella "ca-

**«L'HAI MALETTA
PER MESI QUELLA
"CAROGNA"
CHE TI HA VENDUTO
LE SCARPE,
MA ORA SENTI
PER LUI PERSINO**

rogna" che ti ha venduto le scarpette ma ora senti per lui della gratitudine. Ma terranno per altri cinque metri, e soprattutto, reggerai tu agli "attacchi di panico"?

Cassin si sarebbe ammazzato dal ridere a vederti incartato in quel punto e Giovanni da sopra ti urla: "Allora ti schiodi? L'ultima volta te lo sei mangiato in cinque minuti quel tratto!".

Bene, ci sei. Ti metti in sicura e riparti. Ancora venti metri. Arrivi a metà, niente appigli sopra, ma soprattutto la cascata sotto. Attacco di panico, respiri... "Ok Gio, butta giù la corda, che stavolta volo!...".

Guardi la corda, ma prevale l'orgoglio e non la tocchi... Al massimo se scivoli giù, puoi cercare di prenderla al volo, a volte ci si riesce... Sali. Ok è finita. Ti metti in sicura e

recuperi Federica. Appena arriva ti chiede perché ci hai messo così tanto... Canaglia! Lasciamo stare... Ti sganci e raggiungi gli altri per fare il bagno nella cascata: è gelata ma meravigliosa!

Alpinismo a parte, la Val di Mello, è bellissima, ma soprattutto adatta a qualsiasi esigenza.

Partendo dal parcheggio, dopo una sosta al rifugio "Gatto Rosso" gestito dal simpatico Mattia, superi un laghetto, esito di una recente frana, dove i più indolenti si fermano a fare il bagno e a prendere il sole. Si prosegue lungo un facile sentiero che attraversa tutta la valle: a sinistra di un magnifico torrente, sui due lati, placche verticali, paradiso di arrampicatori di tutta Europa. La salita è lieve, in un'ora si arriva al rifugio "Rasica" dove ci si può fermare per pranzo o a dormire.

A quel punto, se qualcuno vuole cimentarsi, si può salire fino al rifugio "Allievi": tre ore e mezza di salita e 1.300 metri di dislivello, dove si raggiunge il tratto terminale del sentiero Roma che partendo dalla Val Codera raggiunge il rifugio Omio, Gianetti, passa sotto il pizzo Badile e il Cengalo, fino al rifugio Ponti. Ma questa è un'altra storia...

AGGIORNAMENTO PER A.S.O.

*Ergonomia del lavoro odontoiatrico,
la squadra al lavoro.*

*La squadra odontoiatrica
nell'intercettazione della
patologie delle mucose orali*

Sala delle Feste del Palazzo del
Capitano, sede municipale

Comune di Soave
Via Giulio Camuzzoni, 8

sabato 29 novembre 2014

S.I.A.S.O.

Sindacato Italiano Assistenti
Studio Odontoiatrico

SINDACATO ADERENTE A


S.I.A.S.O.

Via P. Calvi, 2 - 20129 Milano

Telefono: 338.7801837

Fax: 178.2721021

www.siaso.it

info@siaso.it



a cura di Paola De Fanti
Aso certificata Regione Veneto

paoladefanti2014@gmail.com

Il 29 novembre si svolgerà il corso di aggiornamento per Assistenti di studio odontoiatrico, organizzato a Soave (Verona), nel palazzo del Municipio, dal sindacato di categoria Siaso.

Il tema è quanto mai attuale: "Ergonomia del lavoro odontoiatrico, la squadra al lavoro".

Il corso affronta alcuni aspetti fondamentali per l'attività in studio: lavorare in équipe significa infatti collaborare e interagire con altre persone della squadra per erogare la migliore prestazione possibile, nel minor tempo possibile, con il minor dispendio energetico possibile. Questo è il significato di "ergonomia": per rendere concreto questo termine è necessario confrontarsi con i componenti del team che, pur svolgendo differenti lavori, sommano le loro capacità e il loro impegno trasformandosi in una unica realtà, quella che è la "squadra".

Il corso permetterà di analizzare proprio la squadra dello studio nel suo complesso e di comprendere i ruoli dei suoi diversi componenti: il personale di segreteria, gli assistenti di studio odontoiatrico, gli igienisti, gli odontotecnici, gli odontoiatri.

«Nessuno ci regala questa capacità di lavorare assieme e di fondere le diverse competenze. Ci vuole tempo, disponibilità, entusiasmo» spiegano gli organizzatori del corso. «L'auto-

LA SQUADRA AL LAVORO

Corso di aggiornamento per Aso

strada sulla quale queste qualità marciano si chiama: comunicazione. E comunicare questo significa proprio "fare squadra". Così si permette all'odontoiatria di assolvere il suo principale, vero compito: fare prevenzione».

Il programma prevede l'apertura della segreteria alle ore 8,30 per la registrazione dei partecipanti. I lavori inizieranno alle ore 9 con i saluti e la presentazione di Fulvia Magenga (segretario generale Siaso) della giornata di aggiornamento e dei relatori. Seguirà la relazione di Giulio Cesare Leghissa "Ergonomia del lavoro odontoiatrico, la squadra al lavoro". Leghissa, laureato in medicina e chirurgia, si specializza in odontostomatologia nel 1979. Si occupa particolarmente di chirurgia e implantologia. Diventa socio attivo delle più rappresentative società di chirurgia e di implantologia italiane come la Società Italiana di Osteointegrazione e la Società Italiana di Chirurgia e Implantologia, oltre che della Accademy of Osteointegration. E' stato direttore scientifico della rivista Italian Oral Surgery e dal 2006 al 2014 e direttore della rivista Dental Clinics. Dal 2013 è il direttore della rivista "Odontoiatria Team at Work: Clinica Ricerca Cultura e Svago".

E' il fondatore del Cenacolo Odontostomatologico, nel 2005 ne assume la presidenza nazionale fino al 2008. E' autore di più di 200 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali come "The British journal of oral & maxillofacial surgery, journal of Periodontology, Clinical oral implants research. E' stato relatore a numerosi congressi nazionali e internazionali.

Subito dopo il programma prevede l'intervento della dottoressa Federica Demarosi sul tema "La squadra odontoiatrica nell'intercettazione delle patologie delle mucose orali".



Si parlerà della diagnosi delle patologie delle mucose orali, compreso il cancro della bocca, che si basa sull'osservazione di tutto il cavo orale. L'assistente può essere di aiuto nell'evidenziare alterazioni delle mucose in sedi nascoste e aiutare l'odontoiatra nel permanente impegno di prevenzione che è la base dell'odontoiatria. Federica Demarosi si è laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria e in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Milano. È professore a contratto del corso integrativo "Complicazioni orali delle immunodeficienze acquisite" del corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università degli Studi di Milano. È consulente odontostomatologico del Centro Trapianti di Midollo Osseo dell'Ospedale Policlinico di Milano. È inoltre Medico Frequente presso l'Unità di Patologia e Medicina Orale, dell'Ospedale San Paolo di Milano. Si occupa del trattamento odontoiatrico dei pazienti a rischio e della diagnosi e terapia delle malattie delle mucose orali. È autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali, relatore a Congressi nazionali e internazionali e ha contribuito alla stesura di alcuni testi di odontoiatria. È socia Sipmo, Eaom e Cenacolo Odontostomatologico Italiano.

COME PARTECIPARE

Per scaricare il modulo descrizione:
giulioleghissa.blogspot.it e andare alla sezione
"Convegni e Congressi".

Nel 2007 è nato S.i.a.s.o. sindacato autonomo, libero, democratico, apartitico e senza scopo di lucro che vuole organizzare tutti i lavoratori operanti come A.S.O. sul territorio Nazionale

SIASO: La nascita, le motivazioni, le iniziative

di Fulvia Magenga

Segretario generale Siaso
segretario.generale@siaso.it

Fino al 2007 non esisteva in Italia un'associazione sindacale di categoria che avesse i mezzi legali e giuridici per poter difendere, tutelare e armonizzare gli interessi degli assistenti di studio odontoiatrico (A.s.o.). Tutti i lavoratori operanti come A.s.o. sul Territorio Nazionale ne possono far parte.

S.i.a.s.o. rappresenta i lavoratori del settore e tutela i loro interessi economici, morali, assistenziali e previdenziali, assistendoli anche nelle controversie di lavoro sia in sede giudiziale che stragiudiziale e li rappresenta nelle contrattazioni collettive di lavoro e nei rapporti con i poteri dello Stato.

Nel 2009 S.i.a.s.o. ha firmato il primo Contratto collettivo nazionale di lavoro con Confimea. Un passo importante perché, per la prima volta, un Contratto nazionale viene firmato da un sindacato nato "dagli, con e per" gli A.s.o.

Fino a quel momento si andava a incontri bilaterali tra rappresentanti di datori di lavoro e sindacati confederali che, dei problemi dell'odontoiatria e degli A.s.o. in particolare, non sapevano nulla. Nel 2012 S.i.a.s.o. firma un secondo Ccnl con Italia Impresa ed entra, a tutti gli effetti, a far parte dell'ente bilaterale E.Bil.Gen.

Fin dalla sua costituzione, S.i.a.s.o. si è battuto per giungere a un progetto di legge parlamentare che affrontasse il problema della qualifica professionale, del percorso di studi adeguato e della riqualificazione del personale occupato. Questo pro-

getto di legge, presentato nel luglio 2010 dall'onorevole. Erminio Angelo Quartiani, metteva in evidenza l'importanza della figura professionale A.s.o., proponeva un percorso di studi adeguato agli anni di anzianità del lavoratore e alle competenze acquisite nel corso della propria vita professionale. Nel febbraio del 2011 anche il Ministero della Salute si interessò alla figura professionale A.s.o. e invitò S.i.a.s.o. a un tavolo di lavoro per definire concretamente il percorso di studi. Nel settembre dello stesso anno, dopo aver licenziato il documento che parlava dell'istituzione del profilo professionale e del percorso di studi, il Ministero della Salute lo inviò al coordinamento interregionale di sanità. Da allora si è in attesa.

S.i.a.s.o. nel frattempo, si è battuto per ottenere dalla Regione Lombardia una mozione che stimolasse

la Conferenza Stato - Regioni a calendarizzare la discussione del documento A.s.o., in modo tale da giungere all'approvazione definitiva di un profilo nazionale e di un percorso di studi con caratteristiche unitarie su tutto il Territorio Nazionale: l'A.s.o., infatti, deve essere formato in

modo uniforme con un percorso di studi che identifichi standard di preparazione e certificazione delle competenze acquisite.

Questa battaglia è a fianco dei pazienti perché formazione significa sicurezza e professionalità delle prestazioni che vengono erogate negli studi odontoiatrici privati e nelle strutture pubbliche.

Ad alcune Associazioni di categoria sindacali di dentisti che, in contrapposizione con quel che sostiene il sindacato S.i.a.s.o., sostengono che gli A.s.o. debbano essere formati



SIASO TUTELA GLI INTERESSI ECONOMICI, MORALI, ASSISTENZIALI E PREVIDENZIALI DEGLI OPERATORI DEL SETTORE E HA FIRMATO IL SECONDO CONTRATTO COLLETTIVO DI LAVORO

La prestazione non è omogenea

Venerdì 17 ottobre nella sala Pirelli del Grattacielo Pirelli, via Fabio Filzi 22 a Milano, dalle 10 alle 13 si terrà un dibattito sulle qualità delle prestazioni negli studi odontoiatrici. Siaso denuncia: «La qualità non è omogenea perché in molti studi manca la formazione delle Aso».



FULVIA MAGENGA,
ASO CERTIFICATA DALLA
REGIONE LOMBARDIA, È
UNA DELLE FONDATRICI
DI SIASO E NE È IL
SEGRETARIO GENERALE

dal proprio datore di lavoro, rispondiamo che un A.s.o. non può e non deve ricevere formazione dal datore di lavoro, affidando alla sua buona volontà, alla sua pazienza, alla sua affidabilità e al tempo disponibile del Dentista, il livello di questa formazione.

Si.a.s.o. dal momento della sua costituzione ha stimolato e ribadito l'importanza dello sviluppo di una consapevolezza culturale. È compito del sindacato e della Società civile, impedire che continuino a verificarsi comportamenti che non fanno parte del mansionario istituito con un protocollo d'intesa il 9 gennaio 2001 da Andi e organizzazioni sindacali.

Oggi molti A.s.o. hanno sviluppato la coscienza della dignità della loro professione che, di fatto, è una figura essenziale nell'odontoiatria pubblica e privata.

L'A.s.o. assolve mansioni rilevanti come la sterilizzazione, che richiede competenze di fisica, chimica, microbiologia, oltre alla comprensione dell'ergonomia del lavoro che le consentirà la preparazione di tutti gli ambienti e dei materiali che saranno necessari all'erogazione delle tera-

pie in modo meno faticoso e con un tempo di lavoro sul paziente ridotto. Come pure la padronanza dell'anatomia che consentirà all'A.s.o. di affiancare il dentista per poterlo aiutare anche nell'erogazione delle terapie chirurgiche senza commettere errori o movimenti pericolosi che potrebbero danneggiare in qualche modo il paziente o inficiare la terapia che viene prestata. Si deve occupare anche della comunicazione con il paziente: compito che solo un team preparato può assolvere avendo acquisito conoscenze profonde del servizio

che la struttura può erogare, come l'empatia e la comprensione nei suoi confronti, atteggiamento non sempre spontaneo ma che rappresenta un impegno che deve essere costantemente garantito da tutti i componenti del team odontoiatrico.

L'A.s.o. è un lavoratore indispensabile al dentista. Merita formazione, informazione, aggiornamento, diritti e doveri. Merita di potersi sentire libero di iscriversi al proprio sindacato di categoria senza aver paura di "essere scoperto" dal datore di lavoro. Merita di avere un contratto di lavoro, una lettera di assunzione, la cassa di assistenza sanitaria integrativa prevista e merita che il proprio rapporto di lavoro venga regolato da un Ccnl valido, non scaduto.

Il contratto di lavoro nazionale firmato da Andi Aio Confprofessioni, da una parte e i sindacati confederali dall'altra, è scaduto e non vi è alcun segnale di un inizio di trattative per il suo rinnovo. Questo dà il senso di quanto e come vengano considerati gli A.s.o. nella complessa globalità dei lavoratori dipendenti degli studi professionali e quanto stia a cuore la loro formazione.



Distribuzione Apparecchiature e Prodotti Ausiliari per l'Arte Dentale





Milano, capitale del rock

LA CITTÀ IN ITALIA È LA PIÙ FREQUENTATA DAI GRANDI CONCERTI E A SAN SIRO QUESTA ESTATE SI È GIOCATO IL "DERBY" VASCO-LIGABUE

di Manlio Di Giovanni
critico musicale

L'estate 2014 verrà ricordata, oltre che per il clima autunnale, per il gran numero di concerti rock organizzati in Italia.

In particolare la città di Milano è stata teatro di tantissimi eventi musicali, molti dei quali allo stadio di San Siro: il mitico "Meazza". Ben 12 concerti con circa 700mila presenze complessive: record per Vasco Rossi con quasi 230mila spettatori in quattro serate; poi Ligabue ("solo" due date), One Direction, Biagio Antonacci, Pearl Jam e Modà.

All'ippodromo del galoppo, sempre a San Siro, 120mila presenze per le 17 date dell'Alfa Romeo City Sound (fra i tanti protagonisti Elio e le Storie Tese e John Fogerty, solo per citare un paio di nomi).

E anche per l'autunno-inverno il programma milanese è già ricchissimo: basti dire che a breve si ripartirà con Anastacia (27 ottobre), Kasabian (1 novembre), Lady Gaga (4 novembre), Lenny Kravitz (10 novembre), Ed Sheeran (20 novembre e 27 gennaio), Elton John (4 dicembre) e Black Keys (17 febbraio).

Ma torniamo ai concerti di San Siro. In particolare abbiamo assistito a quelli dei due più affermati big italiani nonché grandi antagonisti: Luciano Ligabue e Vasco Rossi.

Il giro di concerti del "Liga" si chiama Mondovisione. Tour che prende

il nome dal suo ultimo album. Si può dire tutto su Ligabue ma una cosa è certa: sa come deve essere un concerto rock. Il palco è da una parte super-tecnologico, con immagini e frasi "sparate" a 360° verso lo spettatore che completano il senso della canzone suonata in quel momento; d'altra parte però i musicisti si muovono in uno spazio davvero spoglio e minimalista, "arredato" solo da strumenti e amplificatori tutti rigorosamente vintage. Ed è questa la formula vincente del classico show "alla Springsteen" per intenderci: una ricetta a base di sano e vecchio rock and roll, in cui le canzoni hanno la precedenza rispetto alla scenografia o agli effetti speciali.

La struttura circolare del palco fa sì che la band sia come "spinta" verso il pubblico evitando quella sensazione di distacco tipica dei concerti nei grandi spazi. Anche la qualità audio è incredibilmente alta, da qualsiasi settore dello stadio. Un risultato impensabile solo alcuni anni addietro. E sentire bene a un concerto non è irrilevante, "un atto di rispetto verso chi ha acquistato il biglietto" come ha affermato lo stesso Luciano in un interessante special televisivo intitolato "Questo è il mio mondo - Siamo chi siamo". Vengono eseguite molte canzoni del nuovo album e una buona par-

te del pubblico le (ri)conosce già, a riprova della bontà del progetto; naturalmente queste vengono sapientemente alternate con i classici dell'ormai vasto repertorio dell'autore (sembra ieri ma il primo album omonimo "Ligabue" è del 1990) Come si evince dal titolo, Mondovisione è una raccolta di canzoni che descrivono il punto di vista dell'autore sull'Italia attuale; inevitabile quindi che ci sia molta indignazione, tuttavia fra le righe si coglie sempre un pensiero positivo. E' questa da sempre la forza dei testi di Ligabue: grande capacità di osservazione e critica della realtà ma anche una fortissima volontà di riscatto.

Dopo una pausa, il tour è ricominciato con altre quattro date in Italia: Trieste (6 settembre), Torino (9 settembre), Bologna (13 settembre) e Bari (20 settembre).

Terminata la tranche italiana, Ligabue volerà negli Usa per il suo primo tour americano che lo vedrà impegnato in cinque tappe tra il Canada, New York e Miami, attraversando in pratica gli States da Est a Ovest.

Il "Liga nazionale" ha già suonato all'estero in passato ma suonare in Usa rappresenterà una sorta di chiusura del cerchio per un artista che ha nel proprio background (musicale, cinematografico etc.) proprio i grandi autori americani.

ANCHE PER LA STAGIONE AUTUNNO-INVERNO IL PROGRAMMA MILANESE È GIÀ RICCHISSIMO: DA LADY GAGA A ELTON JOHN PER FINIRE CON I BLACK KEYS

Veniamo invece all'altro grande evento musicale dell'estate milanese, ben quattro concerti (un record) per Vasco Rossi. In questo caso non c'è un nuovo album da promuovere, questi concerti del LiveKom014 sono i primi dopo i problemi di salute che ha avuto recentemente il rocker di Zocca.

C'è molta curiosità di rivedere il Blasco in azione, si parla anche di una "svolta metal" nel sound della sua band perché il chitarrista e il batterista sono nuovi e provengono proprio da quel genere musicale.

Il personaggio trasgressivo che Vasco Rossi si è costruito nel tempo può piacere oppure no. Se però un cantante richiama sempre una tale quantità di pubblico, un motivo ci sarà. E questo avviene costantemente da oltre 20 anni. Anche il repertorio di Vasco non si discute, specie quello dei "classici". Dispiace solo per la resa sonora che secondo la nostra interpretazione non è a livelli di eccellenza. Sarà che i cori del pubblico sovrastano in gran parte la voce del suo autore creando il classico "effetto karaoke".

Il concerto scorre via veloce, la pro-



LIGABUE E IL MANIFESTO DEI SUOI CONCERTI. IL LOGO È UGUALE ALLA COVER DEL SUO ULTIMO ALBUM. NELL'ALTRA PAGINA: SAN SIRO PER VASCO ROSSI

duzione è importante e lo spettacolo è garantito anche dagli effetti speciali che sul palco non mancano. Vasco parla poco fra una canzone e l'altra, forse non ce n'è bisogno. Anche i suoi fedelissimi sembra siano lì più per partecipare a un rito collet-

tivo che per assistere a un concerto rock. L'apoteosi viene raggiunta durante i bis con la classica chiusura affidata a Vita Spericolata e Albachiara, canzoni ascoltate e cantate mille volte ma l'emozione è sempre la stessa.

Geistlich

Biomaterials

Sicoi mette a confronto l'Estetica e l'Eccellenza



Venerdì 24 e sabato 25 ottobre si svolgerà il XXIV Congresso internazionale Sicoi "Aesthetics meets Excellence: can we mimic mother nature?" ("L'Estetica incontra l'Eccellenza: possiamo imitare madre natura?"). La Società Italiana di Chirurgia Orale (Sico) è stata fondata nel 1990 a Firenze, con l'intento di condividere conoscenze e risultati delle ricerche nel campo della chirurgia orale. Nel 2007 avviene un piccolo cambio di denominazione e si aggiunge la "I" di Implantologia per cui la nuova denominazione sarà Società Italiana di Chirurgia Orale e Implantologia (Sicoi).

Sicoi si propone di fornire ai propri iscritti gli strumenti per aggiornarsi adeguatamente e per affrontare il trattamento di pazienti affetti da patologie sistemiche e in trattamento farmacologico.

Ecco il programma del Congresso.

Venerdì 24 ottobre. Sono previsti gli interventi di Eugenio Romeo con la Lectio Magistralis: "Aesthetics in dentistry in the last fifty years: relevance and evolution"; Mauro Fradeani con "Designing restorations to improve aesthetic outcomes"; Giovanni Zucchelli propone "How to manage peri-implant aesthetic defect with soft tissues";

Istvan Urban: "Perspectives in ridge augmentation"; Sonia Leziy parla di "An architectural plan for creating ideal implant esthetics: a vision for success and change"; Antonio Barone presenta il progetto: "Sicoi è medicina odontoiatrica"; Luca Francetti, Maurizio Turiel e Riccardo Zoia propongono "Antibiotic therapy in dentistry".

Al termine si svolgerà l'Assemblea elettiva dei Soci attivi. Sabato 25 ottobre. In Sala Porta si affronta "La semplificazione del piano di trattamento nell'attuale contesto socio-economico". Intervengono: Dario Castellani, Andrea Mascolo, Vittorio Farina, Roberto Cocchetto.

In Sala Foscolo il tema trattato è "Perimplantiti: realtà inevitabile oppure complicità evitabile?". Le relazioni sono di Diego Capri, Claudio Stacchi, Marco Mozzati, Mauro Billi.

In Sala Parini si parla di "Applicazioni digitali nella pianificazione chirurgica implantare" relatori: Alfonso Baruffaldi, Danilo Di Stefano e Adriano Piattelli, Michele Jacotti, Alessandro Agnini e Luca Dondi

In Sala Manzoni si discute di "La chirurgia orale e la chirurgia maxillofaciale ambulatoriale: novità e prospettive Sicoi-Sicmf". Seguirà la cena sociale.

INFORMAZIONI
SEGRETERIA SCIENTIFICA
SICOI: SERENA PARDINI
VIA AURELIA, 355
LIDO DI CAMAIORE (LU)
TEL. 0584 6058641
338 8949774
WWW.SICOI.IT -
SEGRETERIA.SICOI@GMAIL.COM



GlaxoSmithKline

Odontoiatria, Nutrigenetica e...

NEWS

Dieta mediterranea e salute: quali sono gli effetti del cibo sulla flora batterica intestinale e il controllo delle malattie? Epicuro di Samo (341 a. C.) affermava che l'uomo è ciò che mangia e ancora le medicine tradizionali sostengono che non esiste un'alimentazione sana in assoluto, ma l'alimento deve essere considerato adatto per ciascun organismo vivente. La genomica nutrizionale ha ricondotto a valorizzare antiche intuizioni, ogni individuo ha una propria individualità biochimica, i geni della doppia elica si esprimono differenziando la loro attività genetica per poter regolare il metabolismo dei vari organi.

L'intuizione che il modo di alimentarsi svolga un ruolo essenziale sullo stato di salute è proprio della Nutrigenetica: scienza che studia come le caratteristiche genetiche dell'individuo modulano la risposta ad un determinato fattore dietetico, mentre la Nutrigenomica studia come i diversi composti presenti nell'alimento influenzano l'espressione genica di ogni singolo individuo. Molte patologie sono correlate positivamente e negativamente all'alimentazione: obesità, diabete, malattie cardiovascolari e neurovegetative, alcuni tipi di tumore; l'interazione quindi tra nutriente e organismo definisce nell'arco della vita l'equilibrio tra salute e malattia. Le nuove scienze utilizzano le metodologie e le strumentazioni più moderne per identificare le molecole della dieta che possono ridurre il rischio di patologie e per caratterizzare i meccanismi d'azione. Benefici sulla salute sono ascritti all'azione di componenti nutraceutici presenti nei prodotti di origine vegetale i quali presentano potenziali utilità cliniche, preventive e terapeutiche. Alcuni esempi sono l'uva rossa con l'antiossidante resveratrolo, i broccoli in grado di prevenire alcune forme tumorali, la soia che contiene isoflavoni per migliorare la salute delle arterie, il vino rosso, la frutta, i beta caroteni, more mirtilli, le vitamine, gli acidi grassi polinsaturi (omega3, omega6).

Effetti preventivi e terapeutici nel cavo orale si attuano grazie a tre azioni.

- 1: attività antimicrobica e antivirale verso i patogeni orali;
- 2: attività anti-infiammatoria mediante la riduzione della produzione dei mediatori pro-infiammatori coinvolti

in alcune malattie orali di origine infiammatoria (sistema ciclossigenasi, lipossigenasi);

3: attivanti tumorale "multi-target" mediante azione a livello del ciclo cellulare, dell'apoptosi, dei recettori steroidei, dell'angiogenesi e delle metastasi.

Tra le attività biologiche, gli agenti nutraceutici hanno elevata capacità di ridurre lo stress ossidativo, ossia la produzione endogena di specie reattive dell'ossigeno in condizioni fisiologiche e/o patologiche. E' ruolo anche dell'odontoiatra diffondere stili di vita alimentari corretti. Una dieta sana, facendo riferimento anche alla dieta mediterranea, racchiude l'effetto sinergico di differenti agenti nutraceutici, le raccomandazioni salutistiche hanno come punto cardine una dieta bilanciata basata sul consumo giornaliero di cinque o più porzioni di frutta e verdura, legumi e cereali, sul consumo di pesce, ridotto introito di zuccheri semplici, sale e grassi saturi di origine animale.

a cura di Mirella Baldoni
mirella.baldoni@tin.it

ODONTOIATRIA E NUTRACEUTICA
(DENTAL CADMOS 04/2014)
MEDITERRANEAN DIET AND HEALTH: FOOD EFFECT ON GUT MICROBIOTA AND DISEASE CONTROL (INT. J. MOL SCI 2014 – JULIE)
NUTRACEUTICALS FOR THE TREATMENT OF HYPERCHOLESTEROLEMIA (EUR J. INTERM MED. 2014 JULY)

Metronidazolo e amoxicillina?

Nel trattamento non chirurgico della periodontite cronica può essere utile somministrare metronidazolo in associazione con amoxicillina? E' una questione dibattuta da tempo. Oggi un nuovo lavoro porta un ulteriore contributo alla risoluzione di questo quesito.

Un anno di controlli randomizzati con un clinical trial a doppio cieco è stato condotto su 118 pazienti che hanno ricevuto scaling e root planing con o senza metronidazolo o con metronidazolo più amoxicillina. Le conclusioni sono che "il trattamento di generalizzata cronica periodontite è significativamente migliorato dall'aggiuntivo uso di metronidazolo più amoxicillina".

a cura di Giulio C. Leghissa

M FERES, GMS SOARES, JAV MENDES, MP SILVA, M FAVERI R TELES, SS SOCRANSKY, LC FIGUEIREDO "METRONIDAZOLE ALONE OR WITH AMOXICILLIN AS ADJUNCTS TO NON-SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS: A 1-YEAR DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED, RANDOMIZED CLINICAL TRIAL" J. OF CLIN. PERIODONT. DECEMB. 2012 39;12:1149-1158

a cura di Giulio C. Leghissa

Conseguenze dell'uso dell'acido acetilsalicilico

L'acido acetilsalicilico assunto come la prevenzione delle tromboembolie deve essere sospeso prima di un'estrazione dentale? Questione sulla quale frequentemente si sentono pareri discordanti è quella se sia necessario interrompere il trattamento con

anti aggreganti (acido acetilsalicilico) per i pazienti che devono prevenire eventi trombotici, prima di estrazioni dentarie.

La domanda, infatti che molti odontoiatri si pongono è se i pazienti con malattie delle arterie coronarie in terapia con aspirina (100 mg/die) che richiedono estrazioni dentarie, debbano interrompere l'assunzione di Asa per evitare sanguinamento pericoloso. La conclusione di questo lavoro è: "non c'è alcuna differenza nella quantità di sanguinamento durante l'estrazione dentaria tra pazienti che continuano la terapia Asa e pazienti che hanno sospeso questa terapia. Il test di reattività piastrinica dimostra una riduzione nella capacità aggregante dei gruppi in terapia con Asa, ma questo fatto non ha alcuna conseguenza clinica".

FB MEDEIROS, AC DE ANDRADE, GA ANGELIS, ET AL "SHOULD ACETYLSALICYLIC ACID (ASA) THERAPY FOR PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC EVENTS BE STOPPED PRIOR TO SURGICAL EXTRACTIONS?" EBD 12 13;3:89-90



segue da pagina 2

3) "Hospitadella esperti in eccellenza" e chi lo dice? Si possono pubblicare, oltre alle chiacchiere, anche i titoli universitari o professionali, le pubblicazioni scientifiche internazionali, le partecipazioni come relatori a congressi di prestigio, l'appartenenza ai gruppi dirigenti delle società scientifiche, di costoro che fanno "l'eccellenza"?

E vogliamo parlare della pubblicità alla radio di quelli che in poco tempo trattano la periodontite con tecniche rivoluzionarie come il microscopio e il laser? E cosa

fanno? Con il microscopio vedono i batteri e li fucilano con il laser? Questa non è solo pubblicità ingannevole, è cattiva propaganda

perché sottende l'idea che per curare malattie croniche come la periodontite ci sia la bacchetta magica, impugnata dal mago



kuraray

Noritake

The advertisement features a woman's face with a glowing aura around her head. She is holding a white, spherical object labeled 'HAP+'. Below her, the product packaging for 'Teethmate Desensitizer' is shown, including a box and several applicator pens. The text on the packaging includes 'kuraray' and 'Noritake'.

**IL FUTURO È ARRIVATO...
CREARE L'IDROSSIAPATITE
CON TEETHMATE™ DESENSITIZER**

TEETHMATE™ DESENSITIZER

La soluzione ideale per risolvere i problemi di sensibilità dentinale

Denti. Non è così. La malattia parodontale si cura con igiene orale professionale e domiciliare ripetuta, e ripetuta, e ripetuta. Si cura inserendo il paziente in un programma di alleanza terapeutica che lo coinvolge e lo responsabilizza. Ci vuole tempo e organizzazione del lavoro di squadra, tempo e pazienza, tempo e comunicazione. Il resto sono frottole.

Dott. Giulio C. Leghissa

The advertisement features a testimonial from Marco Bianchi, Manager Aziendale. He is shown in a light blue shirt and tie, smiling with his arms crossed. The text reads: "Sul Lago Maggiore, in un solo giorno ho ritrovato il sorriso vincente di una volta!". The background shows a scenic view of Lago Maggiore. The advertisement also includes the logo for 'ODONTOBI dental clinic' and 'Allon4'.