

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 5 - 2014

Il tumore della bocca è più diffuso di quanto si crede: in Italia ogni anno muoiono circa 3000 persone. E questo perché il tumore viene diagnosticato in fase avanzata cioè quando non è più curabile. Eppure, la diagnosi di questo tumore è semplice e inizia con l'osservazione dell'interno della bocca. Ogni individuo può fare tanto per prevenire questo tumore e per intercettarlo in fase iniziale.

● Ricorda

- Il tumore della bocca spesso non è associato a dolore o fastidi
- Il tumore della bocca può colpire chiunque, uomini e donne a tutte le età
- Il tumore della bocca è curabile solo se diagnosticato precocemente

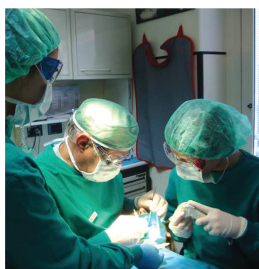
**GUARDARSI
IN BOCCA
UN GESTO
SEMPLICE
PER LA
SALUTE**



Tom Wesselmann Mouth, 7 1966 Attualmente in mostra al MoMa

Cosa puoi fare per:

- **Prevenire il tumore della bocca**
 - Non fumare e se fumi smetti il prima possibile
 - Modera o elimina il consumo di bevande alcoliche
 - Proteggi le labbra se ti esponi spesso al sole
 - Mantieni un buon livello di igiene orale
 - Mantieni un'alimentazione equilibrata con abbondante consumo di frutta e verdura fresca
- **Intercettare un tumore della bocca in fase iniziale**
 - Guardati ogni tanto in bocca
 - Se vedi macchie bianche, macchie rosse, rigonfiamenti, ulcere che non guariscono entro due settimane, rivolgiti a un medico
 - Non aver paura di farti visitare
 - Fai visite di controllo periodiche dal dentista



Studio odontoiatrico
La gestione del rischio dell'infezione

Occorre conoscere le conseguenze di ogni possibile contatto

Assistenti

Le regole da seguire per il paziente prima dell'intervento

Dall'accettazione consapevole alla terapia preparatoria

Cenacolo Milanese
Chirurgia orale mininvasiva o tradizionale

Le Giornate dell'Implantologia in occasione di Expo 2015

Editoriale

Expo 2015: una campagna contro il cancro orale

Federica Demarosi, odontoiatra a Milano

Che il cancro orale esista è noto da tempo, ed è noto da tempo che il cancro orale uccide. Nonostante le misure di prevenzione, basate sul miglioramento degli stili di vita e sulla riduzione dei fattori di rischio, oggi l'incidenza del cancro orale è ancora elevata. Insieme all'incidenza va considerata la mortalità, altrettanto elevata; ciò è dovuto all'alto indice di prognosi infausta (sopravvivenza a 5 anni inferiore al 50 per cento) e alla diagnosi tardiva. È quindi imperativo fare diagnosi precoce, quando l'intervento chirurgico è risolutivo e non comporta menomazioni di tipo funzionale e/o estetico. Però, le statistiche ci forniscono numeri elevati di tumori intercettati in fase avanzata e un dato preoccupante è che la percentuale di tumori diagnosticati tardivamente non si è ridotta negli ultimi 40 anni, nonostante i numerosi programmi di prevenzione ed educazione rivolti alla popolazione e ai sanitari.

In occasione di Expo 2015, il Cenacolo Odontostomatologico Italiano (Coi-Aiog) rappresentato nella sua sezione territoriale dal Cenacolo Odontostomatologico Milanese (Com) e l'Università degli Studi di Milano organizzano una "Campagna di Informazione sul cancro orale" (vedi pagina 26) che ha come destinatari tutti i cittadini milanesi. L'iniziativa è in collaborazione con il Comune di Milano, la Società Italiana di Patologia e Medicina Orale (Sipmo), l'Istituto Nazionale dei Tumori e l'Associazione Igienisti Dentali Italiani (Aidi); aderiscono al progetto anche Siaso (Sindacato Italiano Assistenti Studio Odontoiatrico) e Idea (Italian Dental Assistant). Obiettivo del progetto è promuovere la prevenzione del carcinoma orale nella popolazione milanese con le seguenti modalità:

- Informare sull'esistenza del cancro della bocca e sulla sua prognosi infausta;
- Dare istruzioni su come osservare la propria bocca per identificare eventuali lesioni sospette;
- Fornire informazioni sui fattori di rischio del cancro orale;
- Comunicare gli stili di vita corretti per la prevenzione del cancro orale;
- Elencare le strutture milanesi dove viene fatta diagnosi di cancro orale.

Odontoiatria Team at Work

N. 5 - 2014



- 4 ALL-ON-4® E TERAPIA DELL'EDENTULIA
- 6 UNA RICCHEZZA PER LO STUDIO ODONTOIATRICO
Intervista al prof. Tosolin sulle risorse umane
- 8 LA MALATTIA RENALE CRONICA IN ODONTOIATRIA
- 12 L'IGIENE ORALE DI PAZIENTI ITALIANI E STRANIERI
- 16 PERIMPLANTITE, UNA BOMBA DISINNESCATA
- 17 IL RISCHIO DELL'INFEZIONE NELLO STUDIO
- 21 IL BONUS "BUY TO RENT" DELLE LOCAZIONI
- 22 UNA PROFESSIONE SEMPRE PIÙ ETICA
- 24/35 CONVEGNI A MILANO, RIMINI E BOLOGNA
- 25 CAMPAGNA D'INFORMAZIONE SUL CANCRO ORALE
- 26 SICUREZZA INFORMATICA REDUX
- 27 IL LICENZIAMENTO DISCIPLINARE
- 28 ASSISTENZA AL PAZIENTE DA OPERARE
- 30/34 GIOCARE SICURI/ LA MUSICA DI STOCKHAUSEN/
GRAZIE CRAPANZANO
- 36 LE NEWS

Il board editoriale



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



BRUNO BRIATA
Odontoiatra



FEDERICA DEMAROSI
Odontoiatra



FULVIA MGENGA
Assistente



MANLIO DI GIOVANNI
Economista

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)

Alessandra Matassa (Igienista dentale)

Claudia Melillo (legale del lavoro)

Mauro Merli (odontoiatra)

Lucio Montebugnoli (odontoiatra)

Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)

Ernesto Rapisarda (odontoiatra)

Eugenio Romeo (odontoiatra)

Lia Rimondini (odontoiatra)

Andrea Sardella (odontoiatra)

Roberta Silva (odontoiatra)

Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)

Tiziano Testori (odontoiatra)

Carlo Tinti (odontoiatra)

Fabio Tosolin (psicologo)

Serban Tovar (odontoiatra)

Leonardo Trombelli (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

 **straumann**

BONE
SYSTEM

De Marco s.r.l.®

kuraray

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

gsk
GlaxoSmithKline

VOCO
I DENTALISTI

Geistlich
Biomaterials

La fiera della tronfia ignoranza

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?*

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 Dentì. 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.

All-on-4® e terapia dell'edentulia

In seguito al nostro editoriale sul numero scorso della rivista, abbiamo ricevuto questa lettera che pubblichiamo con la risposta di Giulio Cesare Leghissa, autore dell'editoriale (qui di fianco).

Egr. Dottor Leghissa,

In riferimento al Suo editoriale di Team Work nr. 4 2014 nel quale si allude a una inadeguata validazione del protocollo All-on-4® ai fini di una proponibilità fra le terapie elettive dell'edentulia, desidero chiarire quanto segue:

1. Esiste un'ampia e rigorosa documentazione scientifica con follow up a più di 10 anni che fanno della tecnica All-on-4® una fra quelle oggi meglio documentate: una review della letteratura recentemente pubblicata ha quantificato in circa 2.500 i pazienti oggetto di follow up in decine di protocolli clinici di vario genere. Ciò è stato reso possibile grazie al lavoro pionieristico del clinico Paulo Malò di Lisbona in collaborazione con Nobel Biocare.

2. Il livello di successo del trattamento della metodica All-on-4®, confermato da un gran numero di centri di ricerca in vari paesi del mondo, ha evidenziato tassi di successo cumulativi (CSR) documentati del 96.3-100 per cento a medio termine (3-4 anni) e del 94.8-98 per cento a lungo termine (5-10 anni) con il mantenimento di livelli ossi stabili e tessuti molli sani, sia attorno agli impianti diritti che a quelli inclinati.

3. Inoltre, in uno studio OHIP (oral health implant profile), il 95 per cento di 250 pazienti si è definito estremamente soddisfatto (74 per cento) o soddisfatto (21) dei propri nuovi denti, e il 98 per cento ha dichiarato che raccomanderebbe assolutamente (88 per cento) o pensa di raccomandare (10) lo stesso trattamento ad amici e colleghi.

4. Infine in una recente consensus conference di riconosciuti esperti e ricercatori, coordinati dal Prof. Van Steenberghe, pubblicato sull' European Journal of Oral Implantology (Supplement 2, Summer 2014) sul tema del numero ottimale di impianti nel trattamento di mascellari edentuli ha concluso: "dati scientifici convalidati, che dovrebbero sempre prevalere su soluzioni tradizionali, hanno comprovato che per l'edentulia totale, a meno di particolari condizioni estetiche e/o funzionali, 4 impianti possono fornire un ancoraggio predicibile per protesi fisse"

Riteniamo quindi che il tono e la sostanza dell'editoriale falsifichi questa realtà; chiediamo che a tutela dei numerosissimi clinici e pazienti che si sono affidati a questa tecnica venga chiarito e precisato con le medesime modalità con cui è stato diffuso l'editoriale.

Eugenio Paglia
Managing Director
Nobel Biocare Italiana



**RISPONDE GIULIO C. LEGHISSA,
ODONTOIATRA IN MILANO**

Leggo la lettera indignata dal dott. Eugenio Paglia in merito al mio editoriale sul n. 4 di "Odontoiatria: team at work" intitolato "La fiera della tronfia ignoranza" e volentieri rispondo con queste mie poche osservazioni:

- "in riferimento... nel quale si allude ad una inadeguata validazione..." A volte a voler essere più realisti del re si finisce per dire e fare cose poco intelligenti. Basta leggere quello che c'è scritto e cioè che: "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". Le mie due osservazioni sono state:

- "per curare la malattia parodontale" viene proposta una tecnica implantare che prevede l'estrazione di tutti i denti. E' evidente come questa soluzione sia l'esatto opposto della cura che, dovrebbero saperlo tutti, ha



come obiettivo il mantenimento nel tempo dei denti e prevede scaling, rotot-planing, a sedute molto ravvicinate (45-50 giorni) con addestramento all'igiene orale domiciliare e attenti richiami per rivalutare e ridiscutere con il paziente il programma di igiene. Possono essere necessarie estrazioni selezionate, eventuali interventi di chirurgia resettiva e/o rigenerativa. Il tutto eventualmente in trattamento antibiotico con, se necessario, assunzione anche di metronidazolo.

Altrimenti non si chiama "cura della malattia parodontale" si chiama avulsione di tutti i denti.

- E se si tolgono tutti i denti poi si possono trovare svariate soluzioni: dalla protesi totale alla overdenture, dall'All-on-4 alla protesi fissa su impianti... Ed è esattamente questo che c'è scritto sull'editoriale: "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? Dove c'è scritto che "... si allude a una inadeguata validazione del protocollo..." Basta leggere, tanto più che è scritto in italiano. Ed è tanto evidente che non c'è scritto da nessuna parte il fatto che questa tecnica sia superiore a tutte le altre che, su una pagina di bibliografia allegata alla sua lettera, il dott. Paglia non mette nemmeno un lavoro che dimostri come questa tecnica sia migliore delle altre, perché questo lavoro non esiste. Si limita ad allegare una serie di articoli che dicono che questa tecnica va bene, funziona e i pazienti sono felici.

- E infine, dott Paglia, visto che mi conosci da vent'anni, perché improvvisamente mi dai del "lei"?



straumann

simply doing more

Intervista al prof. Fabio Tosolin, che ha introdotto in Italia le tecniche di Behavior Analysis

A cura di Fulvia Magenga

Le risorse umane, ricchezza per lo studio odontoiatrico



«In odontoiatria il successo terapeutico è funzione di parametri di comportamento, oltre che strettamente clinici»

Nella foto:
Fabio Tosolin

Fabio Tosolin è lo psicologo che a partire dagli anni '80 ha introdotto e diffuso in Italia le tecniche di Behavior Analysis per la gestione dei comportamenti in ambito organizzativo, note come Organizational Behavior Management (OBM) e Performance Management (PM), specialmente applicate alla gestione manageriale del team e alla compliance del paziente odontoiatrico.

Dal 1985 guida a Milano il suo studio di consulenza direzionale, FT&A, che si occupa di Performance Management, Learning Technologies e Behavioral Safety. Della sua consulenza si giovano molte delle maggiori imprese italiane e multinazionali nel campo dei beni di consumo e strumentali, oltre che nello specifico campo del rapporto medico paziente, della compliance all'igiene orale e della gestione manageriale dello studio odontoiatrico.

Attualmente è professore a. c. di Tecniche di comunicazione efficace con il paziente presso la Scuola di Ortodonzia dell'Università di Ferrara e di Fattore umano nella gestione Hseq al secondo anno di laurea specialistica in Ingegneria della prevenzione e della sicurezza nell'industria di processo al Politecnico di Milano.

È presidente della Società scientifica Aarba - Association for the Advancement of Radical Behavior Analysis, per lo sviluppo e la diffusione del metodo scientifico in psicologia e nelle discipline a essa inerenti

Professore, Vuole dirci quali, a suo parere, sono gli elementi portanti di una valida cultura di squadra?

Il termine "cultura" è tanto di moda, quanto abusato nella letteratura non scientifica sul management dello studio dentistico. Secondo la definizione di Richard Malott, decano della Western Michigan University, si può parlare di cultura quando in una squadra, in uno studio o in una struttura sanitaria tutti i membri dello staff rinforzano o puniscono allo stesso modo gli stessi comportamenti. Ciò significa nel quotidiano che se in un gruppo di lavoro un'assistente, un ortodontista o un odontotecnico venissero visti trascurare per esempio un protocollo di sterilizzazione, queste persone verrebbero rimproverate allo stesso identico modo dal titolare dello studio, dalla collega, dall'igienista... Analogamente, una giovane assistente che fosse osservata mentre pulisce in modo migliore del solito l'alta velocità di aspirazione, verrebbe lodata da chiunque avesse occasione di assistere a quella manovra, collega o titolare dello studio. Cultura significa ottenere le stesse conseguenze da chiunque ci veda operare, con coerenza. Se invece per lo stesso comportamen-

to, e. g. "riordinare la sala operatoria" un'assistente fosse per esempio lodata dall'odontoiatra, derisa dai colleghi e ignorata dall'igienista, allora non si potrebbe parlare di "cultura", ma al contrario di "incoerenza" manageriale. Con gravi ricadute sull'efficienza lavorativa, sullo stress lavoro correlato e, in definitiva, sull'efficienza clinica ed economica.

È ampiamente dimostrato da centinaia di studi randomizzati e controllati che la produttività individuale è funzione della coerenza e del numero di conseguenze elargite dai colleghi per le azioni rilevanti esibite dal lavoratore: non fa alcuna differenza se sia costui primario di reparto o segretaria. Si parla poi di cultura "di squadra" quando vengono osservati e subito rinforzati i comportamenti contributivi. Si tratta di quella classe di comportamenti che definiamo di aiuto, collaborazione, supplenza o supporto al lavoro altrui. Un ambiente ricco di feedback per chi aiuta e non soltanto per chi riesce individualmente, genera sempre un grande numero di atti collaborativi, volontari e non indotti da specifici ordini o richieste. Un siffatto modus operandi assicura altissimi livelli di collaborazione interfunzionale tra igienisti, dentisti, assistenti e segretarie, senza eccezione.

Lavorando sul comportamento umano, è possibile migliorare il feeling tra squadra odontoiatrica e clienti?

Ci sono due modi per ottenere una cultura orientata al paziente. Il primo consiste semplicemente nel concordare nello studio uno



stile, una collezione di azioni rivolte al cliente note e richieste a ciascun membro della squadra. Azioni che quotidianamente siano poi oggetto di verifica e di riconoscimento immediato e frequente.

Non occorre che questi riconoscimenti siano di grande entità; è sufficiente che siano numerosi e immediati, come un cenno di approvazione col capo nel ricevere tempestivamente lo strumento giusto. Il comportamento di uno staff chirurgico si affina e si mantiene attraverso un monitoraggio continuo e un feedback puntuale.

Il secondo modo di ottenere una cultura orientata al paziente è più sofisticato. E nulla impedisce di sommarlo al primo. Si tratta infatti di gratificare chi esibisce comportamenti di aiuto, attenzione, cura del paziente ma anche chi parla in modo orientato al paziente, con empatia piuttosto che con fastidio, sarcasmo o astio.

Ciò non si ottiene ordinando che sia fatto, ma soltanto rinforzando, gratificando chi nelle riunioni di staff o semplicemente dialogando nelle pause, si esprima in questo modo... empatico. "Voler bene" e provare sincera comprensione (non sudditanza) per tutta la varia umanità che affolla il nostro studio è il miglior viatico per non farci pesare azioni di sostegno e supporto nei confronti dei pazienti. L'amore o almeno la tolleranza verso il prossimo è prerequisito per tutte le attività sanitarie, ma non sono innati: si imparano attraverso l'interazione verbale con i membri dello proprio staff.

Esprimere apprezzamento per chi si sia mantenuto calmo e affabile con un paziente astioso è un eccellente modo per far sì che quel collega ripeta spontaneamente e senza stress la sua performance. Ascoltare annuendo chi parla con passione o comprensione o anche con simpatica ironia di pazienti e situazioni difficili è il miglior modo di sviluppare sentimenti positivi nella professione medica e un'autentica cultura di assistenza e servizio. L'uomo è un animale sociale e lo staff è il micro mondo in cui modifichiamo non solo i comportamenti motori, ma anche il nostro modo di considerare i pazienti.

Quali sono i punti deboli che ha maggiormente riscontrato in Italia nella preparazione della squadra?

Sono parecchi gli errori manageriali che portano alla distruzione dello spirito di squadra. Per esempio,

gratificare soltanto chi porta al dentista il lavoro finito e non chi quel lavoro lo ha preparato in backoffice, senza essere visto e senza essere gratificato. La mancanza di contributo al successo altrui o dello studio nel suo complesso è l'esito ineluttabile di questa prassi facile ma pericolosa di lodare.

Altro esempio: osservare e lodare sistematicamente il membro dello staff che risulta migliore degli altri. È quel tipo di feedback che si basa sulla classifica, per cui non vince chi migliora rispetto a se stesso, ma soltanto chi si dimostra migliore dei colleghi. Ciò porta rapidamente alla riduzione del numero di feedback per gli altri membri del gruppo e dunque alla demotivazione. Celebrare il migliore porta anche a comportamenti di ostacolo all'attività del "migliore" da parte dei colleghi, perché aiutarsi l'un l'altro è ostacolato dal fatto che, "se tu riesci, allora io perdo".

Non è utile ricorrere a premi di risultato, invece di rinforzare i tentativi, cioè i comportamenti. Molti successi nello studio, come il risparmio di certi materiali costosi in un dato periodo, sono in funzione di decine o centinaia di piccoli comportamenti. Premiare "la riduzione del 20 per cento di solvente nel semestre" comporta una sola conseguenza premiante in sei mesi. Invece rinforzare il comportamento, "usare il dosimetro invece di andare a occhio quando si versa il liquido" è un atto che possiamo lodare con una parola o un cenno di approvazione decine o centinaia di volte in quei sei mesi. L'abuso di premi di risultato è la causa più frequente di demotivazione.

Altro esempio di comportamento scorretto: accorgersi solo degli sbagli senza notare e rinforzare le azioni corrette. Se durante il passa-ferri io venissi sempre e solo punito per gli errori, avrei rapidamente in odio quell'attività che giudicherei "stressante". Al contrario, se venissi rinforzato per i (pochi) successi, allora facilmente insisterei per fare quell'attività, che giudicherei "entusiasmante".

Quali sono invece i punti di forza che le sembra siano presenti nelle nostre strutture odontoiatriche?

Non esistono punti di forza uguali in tutti gli studi. Uno studio è vincente quando al suo interno i comporta-

menti rilevanti sono oggetto di misurazione frequente e di altrettanto frequente valutazione oggettiva: "hai impiegato 38 minuti a montare quel fisso ortodontico, 6 minuti meno del solito!". La felicità è funzione del numero di riuscite nell'attività. Pochi però sono gli ambiente motivanti. E una struttura in cui nessuno si accorge dei nostri miglioramenti produce frustrazione, estinzione dei nostri tentativi. E desiderio di trascorrervi meno tempo possibile.

Ci sono suggerimenti specifici per rafforzare la coesione della squadra e migliorare le sue performance nei confronti dei clienti?

I suggerimenti sono semplici, ma non facili. Occorre innanzitutto assicurarsi che a tutti siano impartiti ordini specifici, mai generici, che indichino a ciascuno con precisione cosa fare: "vedi di darti da fare con i richiami per l'igiene", va pertanto sostituito con il ben più efficace "ti chiedo di fare 6 richiami per l'igiene entro mezzogiorno". E poi abbandonare i metodi inefficaci di valutazione come la classifica, la comparazione tra persone, il giudizio soggettivo o generico ("tu sì che sei più brava della Cinzia..."). E sostituirli con la misurazione oggettiva: "hai spostato la lampada illuminando il campo operatorio ben 3 volte su 4 senza che io dovessi chiedertelo...". Accertarsi, inoltre, che tutti i membri dello staff ricevano feedback frequenti per i propri comportamenti corretti/scorretti. È utile anche mantenere il rapporto premi/punizioni uguale o superiore a 5:1. Il successo è la migliore motivazione.

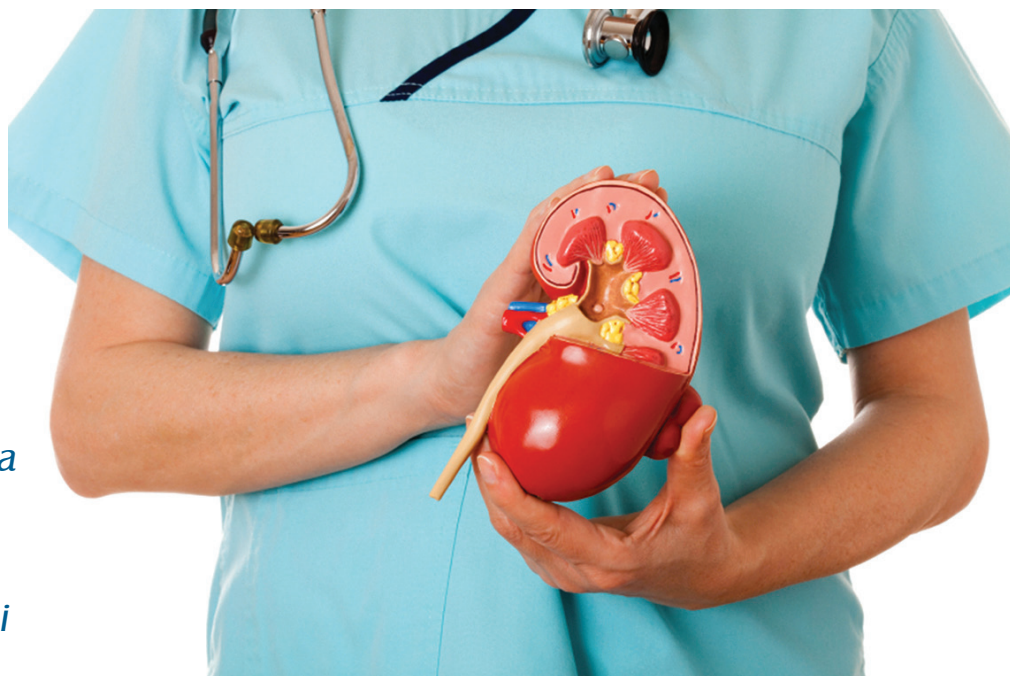
Altro suggerimento è quello di far sì che ogni membro dello staff sia rinforzato più per le sue azioni o parole di aiuto agli altri almeno quanto lo è per il proprio successo individuale.

Inoltre è importante dichiarare apertamente a tutto lo staff qual è la meta ultima e quali sono i singoli obiettivi e i valori dello studio. In assenza di obiettivi chiari, comuni e dichiarati i membri dello staff non potranno mai agire in sintonia, né in autonomia.

Infine, ricordiamoci di gratificare puntualmente chi agisce in accordo con i valori e gli ideali dello studio, più che in ubbidienza agli ordini. Il dentista non può essere sempre presente a impartire ordini. Però i valori sono sempre presenti a guidare le scelte di ciascuno.

In uno studio governato con queste regole si lavora a testa bassa, ma senza avvertire fatica, e si gode dei successi altrui, oltre che dei propri.

NON È UTILE RICORRERE A PREMI DI RISULTATO INVECE DI RINFORZARE I TENTATIVI, CIOÈ I COMPORTAMENTI DEL PERSONALE CHE DETERMINANO MOLTI SUCCESSI DELLO STUDIO



La Mrc, oltre ad essere associata a manifestazioni cliniche sistemiche e orali, ha anche significative implicazioni sui trattamenti dentali

di Georgiana Florentina Moldoveanu¹, Liliana Gârbeata², Serban Radu Petre Tovar³

(Traduzione a cura di Federica Demarosi)

¹ Dipartimento di Endodonzia, Facoltà di Odontoiatria, Università di Medicina e Farmacia "Carol Davila", Bucharest

² Dipartimento di Medicina Interna e Nefrologia, Facoltà di Medicina, Università di Medicina e Farmacia "Carol Davila", Bucharest

³ Dipartimento di Medicina e Patologia Orale, Facoltà di Odontoiatria, Università di Medicina e Farmacia "Carol Davila", Bucharest

La malattia renale cronica (Mrc) è una condizione patologica che interessa il rene e che provoca una progressiva e irreversibile distruzione dei singoli nefroni e una riduzione del filtrato glomerulare inferiore a 60 ml/min/1.73 m² per almeno 3 mesi. La funzione renale si valuta misurando il filtrato glomerulare calcolato dalla media della creatinina e dalla clearance dell'urea o calcolato con la formula Mdrd (Modification of Diet in Renal Disease). Il valore normale di filtrato glomerulare è compreso tra 90 e 150 ml/min/1.73 m² di area di superficie corporea. La Mrc si classifica in 5 stadi sulla base del filtrato glomerulare stimato come illustrato nella tabella 1 [3]. In un paziente con Mrc in stadio 5, nota come malattia renale all'ultimo stadio, gli obiettivi del trattamento sono controllare la progressione della malattia, prevenire e curare possibili complicanze e garantire una buona qualità di vita. Il trattamento consiste in modificazioni della dieta e nell'impiego di farmaci mirati a ridurre la ritenzione di azoto e controllare il bilancio elettrolitico. Se questo trattamento conservativo fallisce è necessario iniziare la dialisi (emodialisi o dialisi peritoneale) o ricorrere al trapianto di rene [4].

La diagnosi di Mrc può essere posta senza conoscerne l'eziologia e si basa sul riscontro di alterazioni degli esami del sangue e delle urine, impiegando la diagnostica per immagini e ricor-

La malattia renale cronica e le cure odontoiatriche

rendo alla biopsia renale [2]. Le cause più comuni di Mrc sono il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa e le nefropatie glomerulari.

COMPLICANZE DEI TRATTAMENTI ODONTOIATRICI

Il trattamento odontoiatrico dei pazienti affetti da Mrc può essere associato a complicanze che possono essere prevenute da una buona conoscenza della malattia e delle terapie impiegate nel trattamento della Mrc. È importante eseguire visite di controllo periodiche per intercettare precocemente manifestazioni orali di Mrc [9]. I pazienti che dono essere sottoposti a trapianto di rene dovrebbero eseguire prima dell'intervento un accurato esame alle mucose orali e ai tessuti dento-parodontali [25].

L'odontoiatra dovrebbe contattare il nefrologo prima di iniziare trattamenti odontoiatrico al fine di ottenere

informazioni sulle condizioni generali del paziente, decidere il momento migliore per iniziare il trattamento, modificare il dosaggio dei farmaci o valutare altri importanti aspetti per prevenire complicanze odontoiatriche [12].

Una delle maggiori problematiche con cui si deve confrontare l'odontoiatra nel trattare un paziente con Mrc è l'ipertensione. Nei pazienti con ipertensione moderata o borderline (pressione diastolica inferiore a 100 mmHg) l'impiego di anestetico con vasocostrittore è raccomandato per ottenere un'anestesia profonda necessaria per eliminare completamente il dolore e l'ansia responsabili di aumenti della pressione arteriosa. Prima di iniettare un anestetico con vasocostrittore è sempre necessario aspirare [1].

I pazienti con pressione arteriosa superiore a 180/100 mmHg non devono essere trattati ma inviati al proprio medico per riportare la pressione nel range di normalità. Nei pazienti con pressione arteriosa inferiore a 180/100 mmHg si possono eseguire tutte le cure odontoiatriche di routine [1, 26].

Un altro importante capitolo nel trattamento dei pazienti affetti da Mrc è conoscere quali farmaci possono essere prescritti. Molti farmaci, e soprattutto quelli impiegati in odon-

STADIO	DESCRIZIONE	FILTRATO GLOMERULARE (ML/MIN/1.73M ²)
1	Danno renale con filtrato glomerulare normale	> 90
2	Danno renale con filtrato glomerulare ridotto	60-89
3	Riduzione moderata del filtrato glomerulare	30-59
4	Riduzione severa del filtrato glomerulare	15-29
5	Insufficienza renale	< 15 (o dialisi)

Manifestazioni orali di malattia renale cronica

La Mrc oltre ad essere associata a manifestazioni cliniche sistemiche e orali ha anche significative implicazioni sui trattamenti odontoiatrici. Si stima che circa il 90 per cento dei pazienti affetti da Mrc presenta manifestazioni al cavo orale [4]. Le manifestazioni orali sono strettamente correlate alle alterazioni metaboliche che avvengono nel corso della Mrc, ai farmaci assunti e ai cambiamenti causati dalla dialisi o successivi al trapianto renale. Le manifestazioni cliniche più comuni sono:

- Alitosi e gusto metallico [6, 7]
- Xerostomia causata dalla ridotta assunzione di liquidi o dagli effetti collaterali dei farmaci [8]
- Pallore delle mucose orali causato dall'anemia [7]
- Alterazioni di sviluppo dei denti [6]
- Iposalivazione causata da alterazioni delle ghiandole salivari [8, 9, 10]
- Maggiore prevalenza di infezioni al cavo orale soprattutto nei pazienti in dialisi [9]
- Stomatite uremica, con ulcere dolorose localizzate soprattutto al lato ventrale della lingua [8, 11]
- Bassa incidenza di carie attribuita alla ridotta formazione di placca per gli elevati livelli di urea salivare [12, 13]
- Osteodistrofia renale causata da alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo; le caratteristiche radiografiche

sono: perdita della lamina dura intorno ai denti, perdita della trabecolazione, anormale guarigione dell'osso in seguito a estrazioni dentali, opacizzazione a vetro smerigliato e osteolisi [14, 15]

- Restringimento o calcificazione della camera pulpale correlati alle modificazioni del metabolismo del calcio e del fosforo [16]
- Erosioni dentali, in particolare sulle superfici linguali, nei pazienti con vomito frequente causato dall'uremia e dai farmaci [17, 18]
- Scarsa igiene orale con abbondante formazione di tartaro [19]
- Emorragie gengivali, ecchimosi e petecchie dovute alle alterazioni piastriniche [14]
- Iperplasia gengivale indotta dalla ciclosporina (assunta dai pazienti sottoposti a trapianto) e/o dai calcio-antagonisti (impiegati nei pazienti in dialisi o pre-dializzati) [9, 20, 21]
- Infezioni da Candida associate all'immunosoppressione, presenti sia nei pazienti in dialisi che in quelli trapiantati [8, 18]
- Le infezioni virali da Citomegalovirus (Cmv) e Herpes Simplex Virus (Hsv), spesso presenti nei pazienti immunocompromessi sottoposti a trapianto [22, 23]
- Aumento del rischio di tumori nei pazienti sottoposti a trapianto [9, 24]

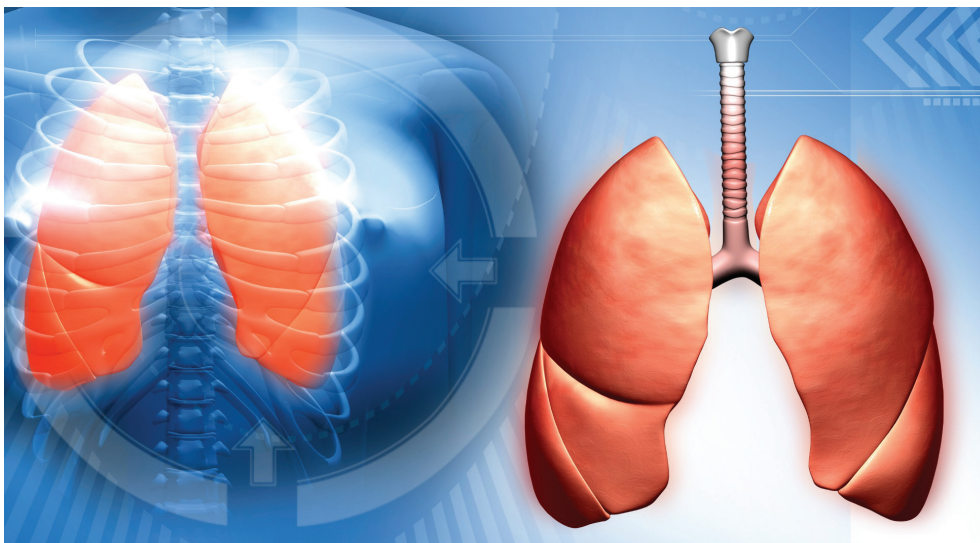
toiatra, sono eliminati per via renale e devono quindi essere somministrati a dosaggio ridotto, evitati o anche controindicati. L'odontoiatra dovrebbe consultare il nefrologo per identificare il farmaco da somministrare o modificarne la posologia. In generale, l'intera dose di un farmaco può essere prescritta se il filtrato glomerulare

è superiore al 50-60 per cento del normale [27, 28]. Gli antibiotici d'elezione per i pazienti patologie renali sono la penicillina e i suoi derivati, la clindamicina e le cefalosporine. La penicillina può essere somministrata per via orale alla dose standard per un breve ciclo di terapia (meno di 7 giorni). Tra le cefalosporine orali, solo

l'acetossitilcefuroxima non richiede alcuna modifica del dosaggio [29].

Per quanto riguarda gli analgesici, la maggior parte dei narcotici può essere utilizzata senza modificarne la posologia; tra gli analgesici non narcotici il paracetamolo è la migliore scelta. Vanno assolutamente evitati i Fans (anti-infiammatori non-steroidi) per il loro effetto sul filtrato glomerulare e per la loro elevata nefrotossicità [30]. Nei pazienti con patologie renali, l'odontoiatra deve prestare attenzione alla tendenza al sanguinamento causata dalle alterazioni dell'aggregazione piastrinica che è una complicanza sistemica della Mrc avanzata (alterazione di tutti i fattori coinvolti nell'emostasi); tale problema si riduce nel paziente dializzato. Invece, i pazienti emodializzati possono avere problemi di sanguinamento come conseguenza dell'assunzione di anticoagulanti (eparina) utilizzati per evitare la formazione di trombi durante la dialisi. Questa problematica può essere azzerata se il trattamento odontoiatrico viene programmato nei giorni in cui non è prevista la dialisi. Prima di tutte le procedure odontoiatriche associate al rischio di emorragia, l'odontoiatra dovrebbe richiedere gli esami del sangue (emocromo, tempo di protrombina, tempo di tromboplastina parziale, quando indicato, tempo di sanguinamento) oltre a consultare il nefrologo [9, 14].

Nei soggetti con Mrc e soprattutto in quelli con nefropatie glomerulari progressive, in dialisi o sottoposti a trapianto, prima di qualsiasi trattamento invasivo (trattamento endodontico, estrazione, implantologia, trattamento parodontale, intervento di piccola chirurgia, ortodonzia) è raccomandata una copertura antibiotica al fine di prevenire infezioni sistemiche [31, 32]. Le raccomandazioni sono simili a quelle della American Heart Association per la profilassi dell'endocardite: 2g di amoxicillina, per via orale, 1 ora prima del trattamento o 600 mg di clindamicina (se il paziente è allergico alla penicillina) [33]. Un altro argomento da considerare nei pazienti con Mrc è l'elevato rischio di infezione da virus dell'epatite B o C (Hbv o Hcv) e da Hiv. Perciò l'odontoiatra deve raccogliere un'anamnesi accurata [14].



10 Odontoiatria Team at Work

I pazienti con Mrc sottoposti a dialisi peritoneale non richiedono misure particolari per quanto riguarda i trattamenti odontoiatrici a parte le considerazioni già descritte; solitamente, non vi è alcuna necessità di profilassi antibiotica, anche se talvolta può comparire un'infezione da catetere peritoneale [20]. Prima del trapianto di rene è necessaria l'eliminazione di tutti i potenziali foci infettivi poiché, dopo il trapianto, il sistema immunitario rimane soppresso e l'organismo non è in grado di controllare le infezioni. Alcune linee guida odontoiatriche sono [34]:

- Consultare il nefrologo al fine di ottenere informazioni sul paziente e decidere il momento migliore per le cure odontoiatriche
- Rimuovere tutti i potenziali focolai di infezione, acuta e cronica, e anche i molari parzialmente erotti



- Estrarre tutti i denti non curabili
- Curare tutte le patologie dentali in fase acuta
- Rimuovere le bande ortodontiche e adeguare le protesi nei pazienti in attesa di ricevere il trapianto per prevenire un'iperplasia gengivale da ciclosporina
- Rimandare i trattamenti odontoiatrici non urgenti
- Eseguire una seduta di igiene e rafforzare le istruzioni di igiene orale domiciliare

FARMACI ANTIBIOTICI USATI PER LE INFEZIONI ORALI

Penicilline	Penicillina V - Amoxicillina - Amoxicillina con clavulanato - Ampicillina
Tetraciclina	Tetraciclina - Dossiciclina - Minociclina
Cefalosporine	Cefalexina - Cefaclor
Macrolidi	Eritromicina - Azitromicina - Claritromicina
Metronidazolo	

BIBLIOGRAFIA

- Scott S, DeRossi S, Gary Cohen. *Renal disease*. Martin S. Greenberg, Michael Glick: *Burket's Oral Medicine Diagnosis & Treatment, Tenth Edition, 2003*, BC Decker Inc, Hamilton, 407-28.
- NKF/DOQI. *Definition and classification of stages of chronic kidney disease*. *Am J Kidney Dis* 2002; 39 (Suppl February): S46-S75
- Levey, A. S., et al. *National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification*. *Ann Intern Med*, 2003. 139(2): p. 137-47.
- Luke, R., *Chronic Renal Failure*. *Cecil Textbook of Medicine*. 2000, Philadelphia: Saunders.
- Greenberg M, Glick M. *Ship J. Burket's oral medicine 11th ed*. BC Decker INC, Hamilton, USA; 2008.363-83.
- De Rossi SS, Glick M. *Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis*. *J Am Dent Assoc*. 1996 Feb; 127(2):211-9.
- Eigner TL, Justak TJ, Bennett WM. *Achieving oral health in patients with renal failure and renal transplants*. *JADA* 1986; 113:612-6.
- De la Rosa García E, Mondragón Padilla A, Aranda Romo S, Bustamante Ramírez MA. *Oral mucosa symptoms, signs and lesions, in end stage renal disease and non-end stage renal disease diabetic patients*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006 Nov 1; 11(6):E467-73.
- Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. *Oral and dental aspects of chronic renal failure*. *J Dent Res*. 2005 Mar; 84(3):199-208.
- Postorino M, Catalano C, Martorano C, Cutrupi S, Marino C, Cozzupoli P, et al. *Salivary and lacrimal secretion is reduced in patients with ESRD*. *Am J Kidney Dis* 2003; 42:722-8.
- Antoniades DZ, Markopoulos AK, Andreadis D, Balaskas I, Patrikalou E, Grekas D. *Ulcerative uremic stomatitis associated with untreated chronic renal failure: report of a case and review of the literature*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006; 101:608-13.
- Gudapati A, Ahmed P, Rada R. *Dental management of patients with renal failure*. *Gen Dent*. 2002 Nov-Dec; 50(6):508-10.
- Sobrado Marinho JS, Tomás Carmona I, Loureiro A, Limeres Posse J, García Caballero L, Diz Dios P. *Oral health status in patients with moderate-severe and terminal renal failure*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007 Aug 1; 12(4):E305-10.
- Kerr AR. *Update on renal disease for the dental practitioner*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001 Jul; 92(1):9-16.
- Johnson DW, Usherwood T. *Chronic kidney disease—management update*. *Aust Fam Physician*. 2005 Nov; 34(11):915-23.
- Galili D, Berger E, Kaufman E. *Pulp narrowing in renal end stage and transplanted patients*. *J Endod* 1991; 17(9):442-3.
- Imirzalioglu P, Onay EO, Agca E, Ogun E. *Dental erosion in chronic renal failure*. *Clin Oral Investig* 2007; 11:175-80.
- Klassen JT, Krasko BM (2002). *The dental health status of dialysis patients*. *J Can Dent Assoc* 68:34-38.
- Bots CP, Poorterman JH, Brand HS, Kalsbeek H, Van Amerongen BM, Veerman EC, et al. *The oral health status of dentate patients with chronic renal failure undergoing dialysis therapy*. *Oral Dis*. 2006 Mar; 12(2):176-80.
- Cervero A, Bagan Y, Roda R. *Dental management in renal failure: patients on dialysis*. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 2008; 13:419-26.
- Ciavarella D, Guiglia R, Campisi G, Di Cosola M, Di Liberto C, Sabatucci A, et al. *Update on gingival overgrowth by cyclosporine A in renal transplants*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007 Jan 1; 12(1):E19-25.
- Jenkins FJ, Rowe DT, Rinaldo ChR. *Herpes virus infections in organ transplant recipients*. *Clin Diagn Lab Immunol*, 2005; 10: 1-7.
- Olczak-Kowalczyk D, Pawlowska J, Cukrowska B, Kluge P, Witkowska-Vogt E,

Dzierzanowska-Fangrat K, Wrze newska D, Smirska E, Grenda R. *Local presence of cytomegalovirus and Candida species vs oral lesions in liver and kidney transplant recipients*. *Ann Transplant*. 2008; 13(4):28-33.

- Zeier M, Hartschuh W, Wiesel M, Lehnert T, Ritz E. *Malignancy after renal transplantation*. *Am J Kidney Dis* 2002; 39: E5
- Ferguson CA, Whyman RA (1998). *Dental management of people with renal disease and renal transplants*. *New Zealand Dent J* 94: 125-130.
- Massie BM. *Systemic hypertension*. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, eds. *Current medical diagnosis and treatment*. New York: McGraw Hill, 2000:444-66.
- Dental Management of the Organ Transplant Patient. 2009; NIH Publication No. 10-6270 /Department of Health and Human Services National Institutes of Health NIDaCR, NIH.
- Bennett WM, Aronoff GR, Morrison G, Golper TA, Pullium J, Wolfson M and Singer I. *Drug prescribing in renal failure: dosing guidelines for adults*. *Am J Kidney Dis* 3(3): 155-193, 1983.
- Poveda Roda R, Bagan JV, Sanchis Bielsa JM, Carbonell Pastor E. *Antibiotic use in dental practice. A review*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007; 12: 186-92.
- Álamo M.S., Esteve C.G., Sarrion Pérez M.G. *Dental considerations for patients with oral disease*. *J Clin Exp Dent* 2011; 3(2):e112-9.
- Naylor GD, Fredericks MR. *Pharmacologic considerations in the dental management of the patient with disorder of the renal system*. *Dent Clin North Am* 1996; 40:665-683.
- Werner CW, Saad TF. *Prophylactic antibiotic therapy prior to dental treatment for patients with end-stage renal disease*. *Spec Care Dentist* 1999; 19:106-111.
- Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. *Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group*. *Circulation* 2007; 116: 1736-54.
- Guggenheimer J, Eghtesad B, Stock DJ. *Dental management of the (solid) organ transplant patient*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95:383-9.
- Hurst P. *Dental issues before and after organ transplantation*. *Stuart FP, Abecassis MM, Kaufman DB, editors. Organ Transplantation*. Georgetown (TX): Landes Bioscience; 2000. p.517-22.
- Fabuel LC, Esteve CG, Pérez GS. *Dental Management in transplant patients*. *J Clin Exp Dent* 2011; 3:e43-52.
- Kennedy DS, Linden GJ (2000). *Resolution of gingival overgrowth following change from ciclosporin to tacrolimus therapy in a renal transplant patient*. *J Ir Dent Assoc* 46:3-4.
- Petti S, Polimeni A, Berloco PB, Scully C. *Orofacial diseases in solid organ and hematopoietic stem cell transplant recipients*. *Oral Diseases* (2013) 19, 18–36 doi: 10.1111/j.1601-0825.2012.01925
- Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. *Dental management of the medically compromised patient*. 6th ed. St Louis: Mosby, Inc; 2002. p. 501-25.
- Weng RR, Foster CE III, Hsieh LL, Patel PR (2011). *Oral ulcers associated with mycophenolate mofetil use in a renal transplant recipient*. *Am J Health Syst Pharm* 68: 585-588.
- Formica RN Jr, Lorber KM, Friedman AL et al (2003). *Sirolimus-based immunosuppression with reduce dose cyclosporine or tacrolimus after renal transplantation*. *Transplant Proc* 35(Suppl. 3): 95S-98S.
- Mahe E, Morelon E, Lechaton S et al (2005). *Cutaneous adverse events in renal transplant recipients receiving sirolimus-based therapy*. *Transplantation* 79: 476-482.

Il posizionamento di impianti va rinviato dopo il trapianto di rene ma se fosse necessario prima del trapianto, deve passare il periodo di tempo necessario per una completa osteointegrazione [35].

Fatta eccezione per i trattamenti di urgenza, tutte le cure odontoiatriche devono essere evitate nei primi 6 mesi dopo il trapianto renale. Nei pazienti in terapia con dosi elevate di farmaci immunosoppressori e a rischio di rigetto si possono sviluppare numerose complicanze. Pertanto in caso di necessità, le cure devono essere eseguite solo in ospedale e con l'approvazione del nefrologo [12].

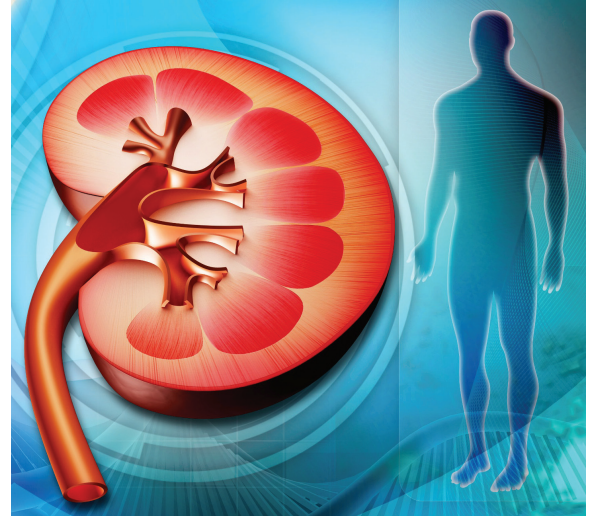
L'odontoiatra deve poi consigliare a tutti i pazienti trapiantati di sottoporsi a regolari sedute di igiene orale professionale e ottenere elevati livelli di igiene orale domiciliare per avere una buona salute orale, prima e dopo il trapianto [9, 36].

Dopo il trapianto di rene, tutti i pazienti vengono messi in terapia con farmaci steroidei, inibitori della calcineurina (ciclosporina, tacrolimus) e inibitori dei linfociti (azatioprina, micofenolato mofetile) [30]. Tutti questi

farmaci immunosoppressori possono causare complicanze al cavo orale:

- Ciclosporina: iperplasia gengivale (può essere evitata impiegando il tacrolimus invece della ciclosporina) [37], ritardata guarigione delle ferite
- Tacrolimus: ulcere alle mucose orali [38]
- Azatioprina: stomatite, infezioni opportunistiche
- Corticosteroidi: scarsa guarigione delle ferite, soppressione surrenale, infezioni al cavo orale [39]
- Micofenolato Mofetile: riduzione della conta dei leucociti, infezioni opportunistiche, ulcere orali [40]
- Sirolimus: riduzione della conta dei leucociti, ulcere orali [41, 42]

Nei pazienti che hanno assunto dosi elevate di corticosteroidi (10 mg di prednisolone al giorno nei 3 mesi precedenti), è necessario somministrare un'adeguata copertura con corticosteroidi al fine di ridurre il rischio di una crisi surrenalica in seguito a situazioni stressanti (visita odontoiatrica o interventi chirurgici). Si raccomanda una dose di 25 mg di idrocortisone endovena prima dell'intervento. Inoltre, le sedute odontoiatriche devono



essere brevi e programmate al mattino in un ambiente rilassato [9, 20].

Il trattamento odontoiatrico dei pazienti con Mrc può essere eseguito in modo sicuro, ma è importante è che l'odontoiatra sia a conoscenza della malattia del paziente,.

La salute generale e orale dei pazienti con Mrc può essere migliorata da una corretta cooperazione tra odontoiatri e nefrologi.

Carie e parodontite affliggono trasversalmente le diverse fasce sociali, anche se un po' meno nei Paesi più sviluppati

Attitudini e comportamenti di igiene orale in pazienti italiani ed extracomunitari



INTRODUZIONE

Carie e parodontopatia sono ancora considerate le malattie del cavo orale più diffuse al mondo. Benché vi sia una minore incidenza nei paesi più sviluppati, probabilmente dovuta a una maggiore cultura e pratica di igiene orale, il problema affligge trasversalmente le diverse fasce sociali e i differenti paesi del mondo. [1] Per tracciare un confronto tra la percezione dell'igiene orale e le attitudini ad essa correlate dei pazienti italiani ed extracomunitari è stata effettuata un'indagine finalizzata a comprendere quanto provenienza geografica e condizioni sociali influenzino la salute della bocca.

Il risultato conferma lo scenario delineato dall'Istat che è in contrasto con la percezione diffusa circa la qualità di salute degli italiani rispetto ai migranti. Al 1° gennaio 2013 la popolazione straniera residente rappresenta il 7,4 per cento del totale dei residenti (italiani e stranieri). Circa il 90 per cento proviene da Paesi a forte pressione migratoria, ovvero paesi appartenenti all'Europa centro-orientale, all'Africa, all'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) e

di Alessia Marzia Luca (*S), Letizia Casati (*), Andrea Luca (*), Chenping Hu (*) e Fabiana De Souza Carvalho (*)

* laurea in Igiene Dentale

§ laurea magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie, Tecniche e Assistenziali



all'America centro-meridionale. [2] Prima dell'arrivo nel nostro Paese, il profilo di salute dei migranti è determinato dall'esposizione a eventuali fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali...) e l'accesso a servizi sanitari preventivi e curativi nel paese di origine. Il loro profilo di salute è determinato dal percorso migratorio, capacità di accoglienza, condizioni di vita nel Paese di arrivo (solitamente precarie), e l'accesso ai servizi sanitari. [2] L'Istat dichiara, infatti, che la maggior parte degli stranieri in Italia è in buona salute, questo per il cosiddetto "effetto migrante sano", una forma di autoselezione all'origine: espatriare solo chi è in buona salute. [3].

Il quadro clinico degli extracomunitari qui emerso, pur nei limiti dello studio, coincide con quello dei cittadini italiani: entrano tuttavia in gioco fattori come l'accesso ai servizi sanitari, nonché difficoltà comunicative e finanziarie. La popolazione immigrata fa ricorso maggiormente al pronto soccorso rispetto alle cure di base, e predilige il servizio pubblico. Le donne straniere effettuano visite con una frequenza superiore rispetto agli uomini. [4]

METODO DI INDAGINE

Lo studio ha impiegato la tecnica delle interviste ai pazienti che fanno riferimento all'ambulatorio di Igiene Orale e Parodontologia della Clinica Odontoiatrica dell'ospedale San Paolo di Milano (Unità di Patologia Orale, Medicina Orale e Odontoiatria Geriatrica, direttore professor Antonio Carrassi), nel periodo compreso tra marzo e settembre 2013.




Sul modello del questionario modificato Dental Behaviour Inventory sviluppato dall'Università di Hiroshima [5] sono state rivolte ai pazienti in appuntamento per sedute di igiene orale programmate 22 domande che prevedevano sia risposta affermativa o negativa, sia la possibilità di offrire ulteriori dettagli da parte degli intervistati [grafico 1].

La ricerca ha messo in relazione informazioni personali e risposte al questionario, entrambe raccolte nel rispetto dell'anonimato e con il consenso dei soggetti. Il campione ammetteva soggetti con un'età compresa tra 20 e 70 anni di ambo i sessi, italiani ed extracomunitari [grafico 2, 3].

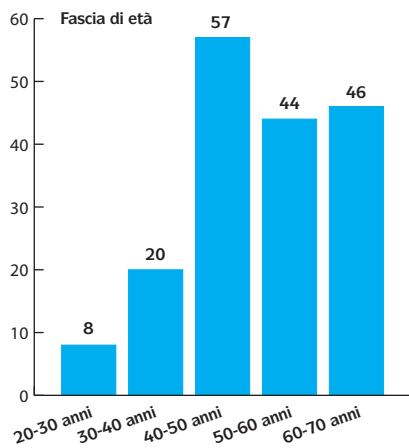
IL QUESTIONARIO

A seguito della raccolta dei dati relativi a nazionalità, età, sesso e grado di istruzione, sono seguite domande destinate a misurare abitudini e frequenza di igiene orale domiciliare, grado di conoscenza delle problematiche del cavo orale e, più in generale, attitudine alle norme di igiene.

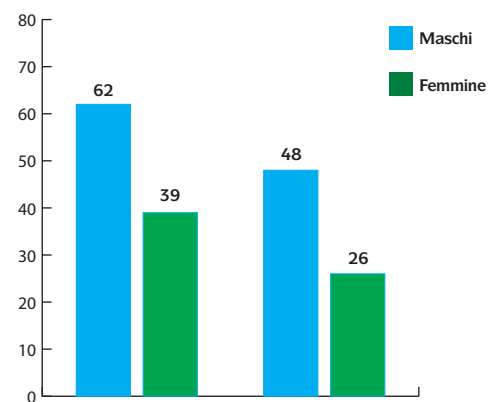
QUESTIONARIO

1. Lavo i denti almeno una volta al giorno SI NO N. volte:
 2. Lavo i denti per 2 minuti o di più SI NO N. minuti:
 3. Spazzolo la lingua dopo aver lavato i denti SI NO
 4. Utilizzo spazzolini con le setole dure SI NO
 5. Utilizzo regolarmente il collutorio SI NO
 6. Utilizzo quotidianamente il filo interdentale / scovolino / superfloss dopo aver lavato i denti SI NO Tipo:
- 


7. Spazzolo i denti in questo modo: 1) 2) 3) SI NO
 8. La gengiva mi sanguina quando lavo i denti. SI NO
 9. Ho notato dei depositi di sostanza biancastra e molle sui miei denti SI NO
 10. Penso di poter pulire bene i denti anche senza l'utilizzo del dentifricio SI NO
 11. Penso di poter pulire bene i denti solo spazzolandoli, senza bisogno di filo interdentale o scovolino SI NO
 12. Penso che i miei denti non siano puliti se non li spazzolo energicamente SI NO
 13. Sono preoccupato/a del colore e dell'aspetto dei miei denti SI NO
 14. Sono preoccupato/a di avere l'alito cattivo SI NO
 15. Vado dal dentista/igienista 2 volte all'anno per la pulizia (ablazione del tartaro) SI NO N. volte:
 16. Evito di andare dal dentista fin quando non ho mal di denti SI NO
 17. L'igienista/dentista non mi ha mai dato istruzioni di igiene orale SI NO
 18. Penso che lo stato dei miei denti peggiori nonostante li spazzoli tutti i giorni SI NO
 19. Penso che sia impossibile prevenire malattie parodontali con il solo spazzolamento dei denti SI NO
 20. Penso che la salute orale sia collegata alla salute generale del corpo SI NO
 21. Sono un fumatore/trice SI NO Ex fumatore:
 22. Fumo più di 10 sigarette al giorno SI NO N. sigarette:

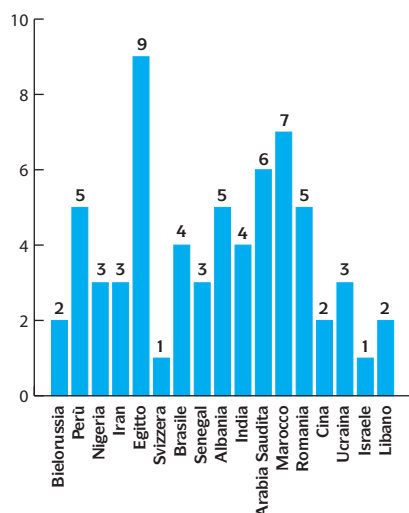
ETÀ DEI PAZIENTI



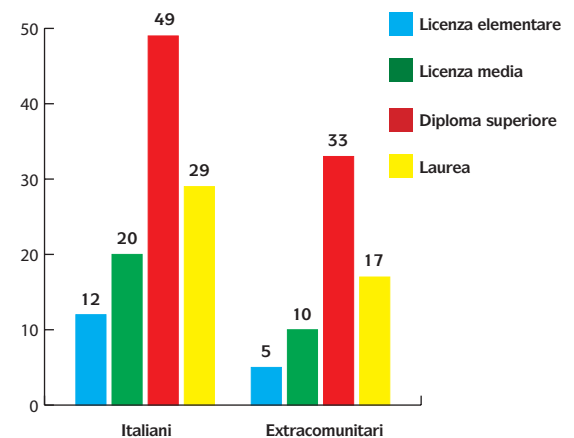
SESSO DEI PAZIENTI



NAZIONALITÀ DEI PAZIENTI EXTRACOMUNITARI



TITOLO DI STUDIO



14 Odontoiatria Team at Work

Su un totale di 175 intervistati, 110 erano i soggetti italiani e 65 quelli stranieri. La provenienza di questi ultimi era eterogenea, dall'Africa ai paesi dell'Ex Unione Sovietica, dal Medio Oriente, all'Asia e al Sud America [grafico 4]. L'età oscillava dai giovani adulti agli anziani, con una prevalenza di soggetti di mezza età.

Per quanto concerne l'istruzione è emersa una sostanziale uguaglianza, a prescindere dalla nazionalità, con percentuali sovrapponibili di titoli di studio con una preponderanza di diploma di scuola superiore [grafico 5].

ANALISI DEI DATI

Se la maggior parte di italiani e extracomunitari concorda su una frequenza di spazzolamento pari a due volte al giorno, il 10 per cento dei nostri connazionali dichiara di farlo meno di due volte al dì, contro il 6,2 degli stranieri [grafico 6]. Riguardo alla durata dello spazzolamento, gli italiani sono nel complesso meno frettolosi, nonostante i residenti extracomunitari mostri-



no più dedizione quando sono particolarmente scrupolosi (il 52,3 per cento degli extracomunitari lava per più di due minuti a differenza del 47,3 degli italiani) [grafico 7].

Un paio di punti percentuali separano le statistiche riconducibili all'uso di strumenti d'igiene orale domiciliare e cognizione del loro utilizzo (con un leggero scarto sugli extracomunitari) [grafico 8].

Nel campione che usualmente fa riferimento alla Clinica odontoiatrica, solo una minoranza di italiani si reca dal dentista più di due volte l'anno (11,8 per cento) e in proporzione doppia rispetto agli extracomunitari lo fa due volte l'anno

(rispettivamente 52,7 e 29,2). Un solo consulto all'anno è cercato dal 60 per cento dei residenti extracomunitari e dal 24,5 dei residenti italiani [grafico 9].

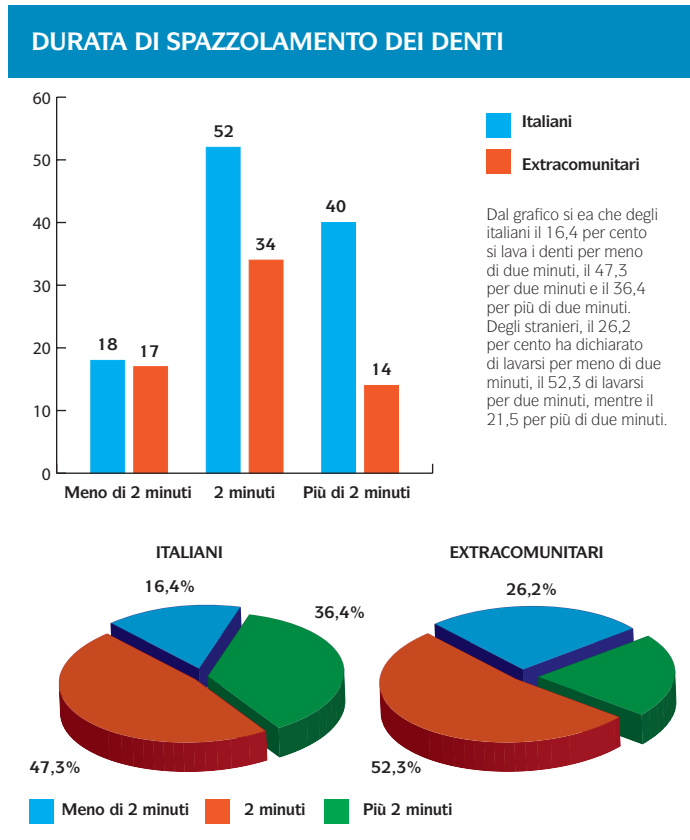
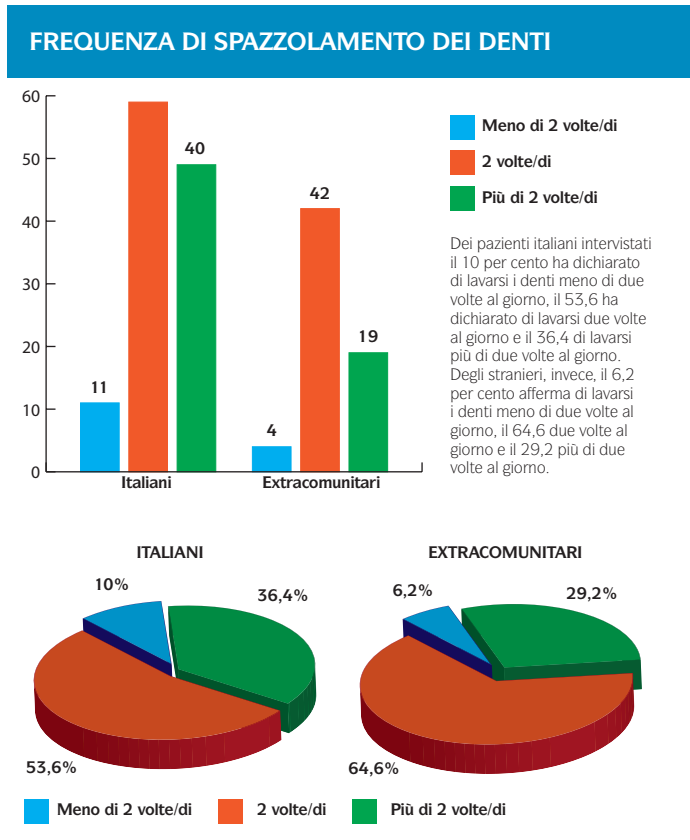
Purtroppo entrambi i gruppi riportano di non aver ricevuto adeguate istruzioni dall'igienista dentale o dal dentista (meno della metà si dice soddisfatto) [grafico 10].

La maggioranza ritiene che non sia possibile prevenire l'insorgenza di malattia parodontale col solo spazzolamento (59,1 per cento degli italiani e 69,2 degli immigrati) [grafico 11].

L'abitudine al fumo di sigaretta pare essere contenuto per via di pochi fumatori ed ex fumatori (gli italiani

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici



dimostrano peggiori abitudini in tal senso) [grafico 12]. Entrambi i gruppi selezionati non sono avvezzi all'uso di strumenti per la detersione di spazi interdentali e credono di poter pulire bene i denti anche senza utilizzarli (42,7 per cento degli italiani, il 41,5 dei residenti extracomunitari) [grafico 13]; inoltre, non sono abituati a spazzolare la lingua (rispettivamente 70 e 72,3 per cento) [grafico 14]. I residenti extracomunitari sembrano però preoccuparsi maggiormente dell'aspetto e del colore dei propri denti rispetto agli italiani (il 56,9, contro il 43,6 per cento) [grafico 15]. Sul metodo di spazzolamento dei denti, tra i residenti extracomunitari si registra la percentuale più alta di persone che spazzolano nel modo errato, ossia in senso orizzontale (36,9 per cento, rispetto al 24,5 degli italiani). Gli italiani che prediligono gli spazzolini elettrici sono più numerosi (17,3 per cento contro il 9,2) [grafico 16].

CONCLUSIONI

Dall'elaborazione dei dati ottenuti non emergono differenze significative circa le abitudini di igiene orale domiciliare tra pazienti italiani e i residenti extracomunitari. In generale, appare che sia pazienti italiani sia gli extracomunitari mostrano conoscenze insufficienti riguardo alle regole e alle pratiche quotidiane di igiene orale, nonostante siano noti gli strumenti e i presidi necessari alla cura e al mantenimento della propria salute orale. Ancora una volta, dunque, l'igienista dentale riveste un ruolo fondamentale per educare alle manovre di igiene orale. Deve essere altresì in grado di comunicare in modo efficace rischi e problemi causati da una scarsa cura della salute orale, ma anche benefici e vantaggi derivanti da un corretto approccio. Infine, motivare il paziente è importante quanto educare. Sempre avvalendosi di un linguaggio semplice e un atteggiamento comprensivo e cordiale, portando rispetto a usi e costumi culturali di ciascuno.

Le difficoltà linguistiche per i pazienti stranieri compromettono la comprensione del flusso di informazioni tra paziente e operatore e viceversa, creando una barriera comunicativa. Questo dato emerge dalle statistiche Istat, dalle quali si ricava quanto vulnerabile sia la popolazione straniera, non sempre in grado di comprendere le spiegazioni del medico e non capace di rendere espliciti sintomi e disturbi. [4] Circa un terzo degli stranieri di età superiore ai 25 anni e in particolare quelli con età maggiore dei 45, hanno un titolo di studio elementare: questo comporta difficoltà burocratiche, o incapacità di compilare documenti e svolgere pratiche amministrative per accedere ai servizi sanitari. [6] Questo svantaggio può portare al trascurare lo stato di salute, con possibile insorgenza di malattie. [6] L'igienista dentale, in qualità di operatore sanitario, ha quindi il compito di mantenere e migliorare le condizioni sanitarie anche e soprattutto per chi ha maggiori esigenze.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization website, "World Water Day 2001: Oral health", p. 2. Page accessed August 14, 2006.
2. Istat, La popolazione straniera residente in Italia - Bilancio demografico Anno 2012, 26 luglio 2013.
3. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

4. Istituto nazionale di statistica, Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia, 11 dicembre 2008
5. Takashi Komabayashi, Stella Yat Lai Kwan, De-Yu Hu, Kyoko Kajiwara, Hisako Sasahara and Makoto Kawamura. A comparative study of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) between dental students in Britain and China. Journal of Oral Science, Vol. 47, No. 1, 1-7, 2005.
6. Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.



Si è svolto a Milano un importante Focus Internazionale sulla patologia



PERIMPLANTITE, UNA BOMBA CHE È STATA DISINNESCATA

L'incontro di Milano sulla perimplantite è stato voluto dalla Bone System per fare il punto su un argomento intorno a cui ultimamente si è sviluppato un ampio dibattito in ambito scientifico, ma che è stato trascurato dai principali produttori di impianti. Tutto ciò nell'intento di disinnescare questa "bomba" potenziale che rischia di vanificare i grandi successi ottenuti nella riabilitazione implantare negli ultimi 20-30 anni. I relatori di rilievo internazionale che si sono avvicendati hanno affrontato il tema sulla base delle loro specifiche competenze ed esperienze. Anche se è stata accertata una stretta correlazione tra parodontite e lo sviluppo di malattie sistemiche, non è stata ancora dimostrata l'esistenza con la perimplantite, perché non si sono eseguite ricerche e quindi vi è carenza di letteratura internazionale. I relatori hanno sottolineato le molte analogie con la malattia parodontale, indiziata e conclamata possibile origine di molte patologie. Dunque dobbiamo chiederci: se i batteri della paro-

dontite sono gli stessi, che causano la perimplantite, perché dovrebbe essere diversa la correlazione con le malattie sistemiche? Il Focus ha evidenziato come un sistema "chiuso" di connessione implantare sia l'unico in grado di eliminare la formazione di un serbatoio batterico all'interno delle fixture implantari, prevenendo quindi l'insorgere di una perimplantite dovuta a questa presenza, rispetto ad un sistema aperto o semichiuso. La signora Perez Palma è l'amministratore unico di Bone System, l'azienda italiana che ha offerto un supporto non condizionante all'importante Focus Internazionale sulla Perimplantite che si è svolto il 4 Ottobre scorso a Milano. **Signora Perez Palma, perché avete voluto questo titolo provocatorio?** Ultimamente si è sviluppato un ampio dibattito sulla perimplantite e sulla sua incidenza statistica; tutto ciò ci è sembrato allarman-

BONE SYSTEM, CHE HA OFFERTO UN SUPPORTO NON CONDIZIONANTE AL FOCUS, HA AVUTO CONFERMA DELLA VALIDITÀ DEL SUO IMPEGNO A FIANCO DEI DENTISTI

te alla luce dei milioni di impianti presenti nella popolazione italiana e quindi abbiamo coinvolto prestigiosi esperti in materia nell'intento di disinnescare questa "bomba" potenziale, che rischia di vanificare i grandi successi ottenuti nella riabilitazione implantare negli ultimi 20-30 anni.

Cos'è emerso da questo incontro?

I relatori che si sono avvicendati hanno affrontato il tema sulla base delle loro specifiche competenze ed esperienze, partendo dalla malattia parodontale, indiziata e conclamata possibile origine di molte patologie sistemiche, sottolineando le numerose analogie con la perimplantite.

Quindi perimplantite come bomba non solo per gli impianti ma anche come origine di malattie sistemiche?

Se la correlazione fra patologie sistemiche e malattia parodontale è ormai accertata, con la perimplantite non è ancora stata provata, anche per carenza di letteratura, ma nel dubbio penso che debba sempre prevalere il principio di cautela.

Cosa ha significato questo evento per l'Azienda che lei rappresenta?

Bone System, ne ha tratto la conferma di quanto fatto in 25 anni di costante impegno a fianco dei dentisti per offrire loro una connessione inattaccabile dai batteri, aiutandoli così in questo importante lavoro di prevenzione.

Continua la pubblicazione del lungo e complesso intervento al Cenacolo Pavese di Giulio Cesare Leghissa odontoiatra a Milano e di Fulvia Magenga, Aso certificata dalla regione Lombardia.

Il tema è "Decontaminazione e disinfezione nello studio odontoiatrico: normative e protocolli operativi". In questa seconda puntata si va ad esaminare più a fondo il rischio biologico e la normativa che deve essere rispettata per salvaguardare la salute e per non incorrere in gravi sanzioni.

IL RISCHIO DELL'INFEZIONE

Nella gestione di uno studio dentistico è fondamentale avere ben presenti le conseguenze del possibile contatto con infettanti. Ma con quale percentuale sono presenti nella popolazione?



L'incidenza dell'epatite acuta sintomatica è diversa in base alle diverse forme della malattia.

Secondo i rapporti Istisan (Istituto Superiore di Sanità) del 2012, per la "B" è di 0.9/100.000, il che significa che si sviluppano 540 nuovi casi all'anno

Per la "C" l'incidenza è di 0.2/100.000, vale a dire 180 nuovi casi all'anno

La forma "D" si manifesta con la frequenza 0.2/1.000.000 che significa 18 nuovi casi all'anno.

Per l'epatite B e C i principali fattori di rischio sono:

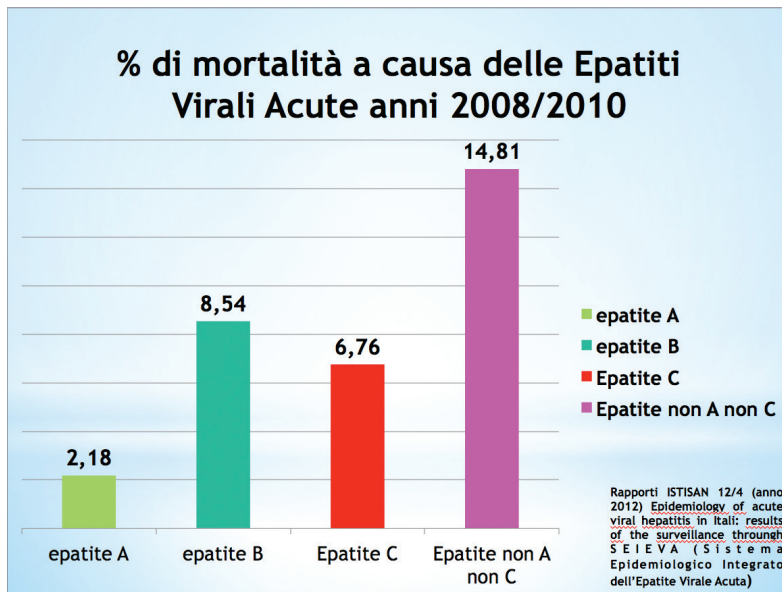
I trattamenti estetici, la terapia odontoiatrica e l'attività sessuale promiscua

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. A partire dalla fine degli anni '80, l'incidenza dell'infezione acuta da virus B è andata diminuendo, con un trend che è stato più marcato nelle fasce di età fra i 15 e i 24 anni e per i residenti nel sud d'Italia. Negli ultimi due anni l'incidenza si è stabilizzata

su 1-2 casi per 100mila per anno: la vaccinazione anti-epatite B nei neonati e negli adolescenti, resa obbligatoria per legge nel 1991, non ha modificato sostanzialmente questo andamento, ma ha contribuito a consolidarlo. Ad oggi, in Italia, si stimano 1.5 milioni di persone Hbv positive.

EPATITE "NONANONB"

L'epatite nonAnonB costituisce attualmente il 10.3 per cento dei casi di epatite acuta notificati al Seieva (Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta). L'incidenza di questo tipo di epatite ha mostrato un trend in diminuzione, in parte attri-



buibile alla campagna di prevenzione iniziata in era post-Aids, che ha influito sulla diffusione dei virus a trasmissione parenterale. La diminuzione è stata più marcata nelle fasce di età tra i 15 e i 24 anni e per i residenti al Sud d'Italia. Ad oggi, in Italia, si stimano 2 milioni di persone positive.

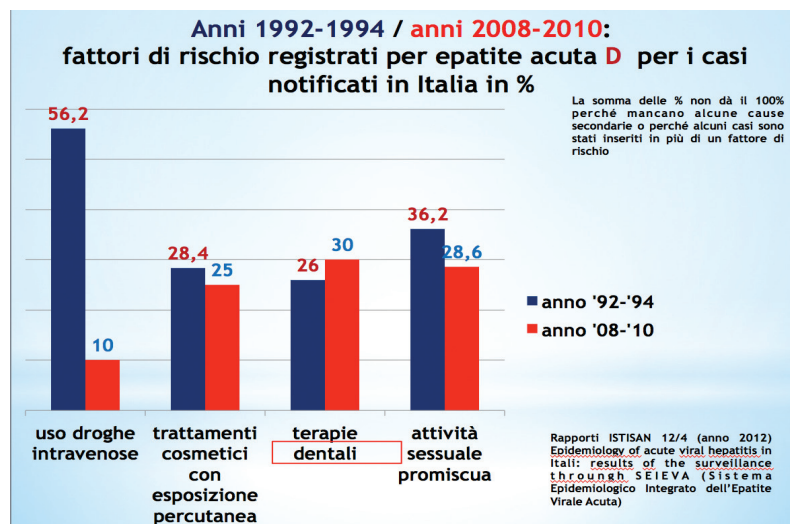
HCV

Il periodo d'incubazione va dai 15 ai 150 giorni (in media 50) tra i soggetti con infezione acuta il 70-80 per cento è asintomatico, mentre nell'85 per cento dei casi l'infezione diventa cronica. Nel 60-70 per cento dei soggetti con infezione cronica si sviluppano malattie del fegato (nel 15 per cento dei casi cirrosi ed epatocarcinomi). La modalità di trasmissione è parenterale, con scarsa probabilità di trasmissione per via sessuale.

L'AIDS

Negli ultimi anni, con l'introduzione delle nuove terapie antiretrovirali altamente attive si sono verificati cambiamenti che hanno profondamente modificato il quadro epidemico. Si osserva, infatti, una maggiore sopravvivenza delle persone Hiv positive, con una riduzione del numero di pazienti che evolvono in fase conclamata e una diminuzione della mortalità correlata all'Aids.

Nel periodo 1982-2003 sono stati notificati al Coa (Centro operativo Aids dell'Istituto Superiore di Sanità) 52.836 casi cumulativi di Aids. Di questi, 41.056 (77,7 per cento) sono di sesso maschile, 733 (1,4



GLI OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO

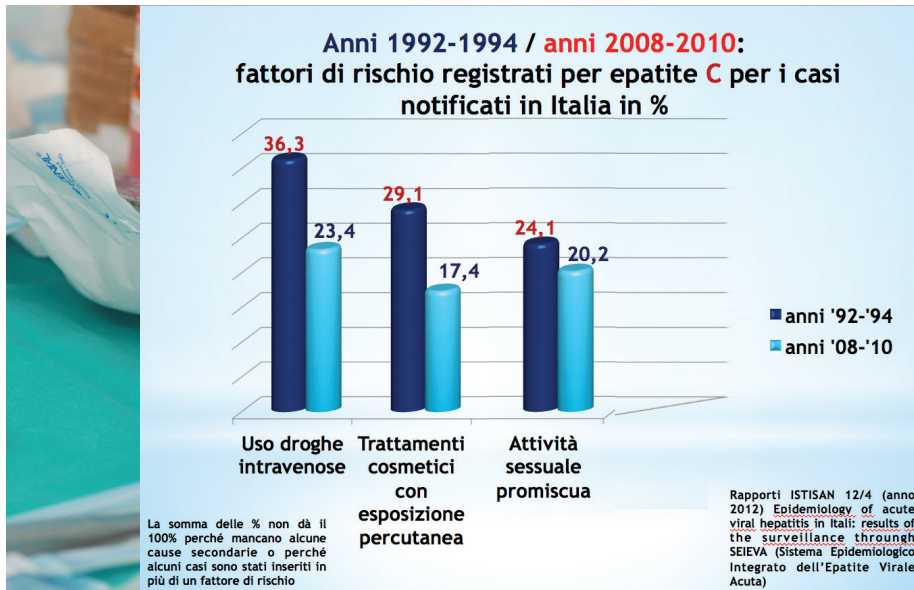
C'è poi il Decreto Legislativo 19 febbraio 2014, numero 19 per l'attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario. Il datore di lavoro ha l'obbligo di garantire la salute e sicurezza dei lavoratori provvedendo in particolare:

a) ad assicurare che il personale sanitario sia adeguatamente formato e dotato di risorse idonee

per operare in condizioni di sicurezza tali da evitare il rischio di ferite ed infezioni provocate da dispositivi medici taglienti;

b) ad adottare misure idonee ad eliminare o contenere al massimo il rischio di ferite e infezioni sul lavoro.

c) a creare le condizioni tali da favorire la partecipazione attiva dei lavoratori e dei loro rappresentanti all'elaborazione delle politiche globali di prevenzione;



per cento) in età pediatrica (meno di 13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio e 3.179 (6,0 per cento) sono stranieri. I pazienti deceduti, al 31 dicembre 2003, sono 33.774 (64,3 per cento).

Qual è il rischio di venire infettati in caso di incidente?

Si stima che il tasso di conversione dopo puntura con ago di siringa utilizzato su paziente Hiv positivo sia pari allo 0.2 per cento, 15-30 per cento per l'Hbv positivo e 4-10 per l'Hcv positivo. A questo punto è necessario ricordare le regole che permettono di smaltire in sicurezza materiali potenzialmente pericolosi.

Dell'eliminazione degli aghi e di altri oggetti taglienti si occupa il D. M. del 28/09/90 all'articolo 2 che recita: "L'eliminazione degli aghi e degli altri oggetti taglienti, utilizzati nei confronti di qualsiasi paziente, deve avvenire con cautele idonee ad evitare punture o tagli accidentali. In particolare gli aghi, le lame di bisturi e di altri strumenti acuminati o taglienti monouso non debbono essere rimossi dalle siringhe o da altri supporti né in alcun modo manipolati o reincappucciati, ma riposti, per l'eliminazione, in appositi contenitori resistenti alla puntura. I presidi riutilizzabili debbono, dopo l'uso, essere immediatamente immersi in

d) a non sopporre mai inesistente un rischio e creare un ambiente di lavoro sicuro, instaurando un'appropriata collaborazione con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;

e) ad assicurare adeguate misure di sensibilizzazione attraverso un'azione comune di coinvolgimento dei lavoratori e loro rappresentanti;

f) a pianificare ed attuare iniziative di prevenzione, sensibilizzazione, informazione

e formazione e monitoraggio per valutare il grado di incidenza delle ferite da taglio o da punta nei luoghi di lavoro interessati;

g) a promuovere la segnalazione degli infortuni, al fine di evidenziare le cause sistemiche.

**Sanzioni:
Il datore di lavoro è punito con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 2.740 a 7.014,40 euro...**

un disinfettante chimico di riconosciuta efficacia sull'Hiv prima delle operazioni di smontaggio o pulizia". Torniamo ai rischi che si corrono lavorando nello studio dentistico.

È solo la "puntura con ago contaminato" o comunque "un incidente" l'unico mezzo di diffusione di questi virus?

Purtroppo no. Campioni ambientali prelevati dopo attività odontoiatrica su pazienti Hcv positivi risultano Hcv positivi nel 6 per cento dei casi e questo virus può sopravvivere in ambiente anche per giorni. L'Hbv, se inglobato in una matrice proteolipidica, è attivo fino a 6 mesi.

Il virus dell'epatite "B" può sopravvivere a lungo a temperatura ambiente, presenta un'elevata concentrazione ematica (106-109/ml) e salivare (102-107/ml), è trasmissibile con quantità infinitesime di sangue (0.0001 ml): per circa la metà dei casi il contagio avviene per via parenterale inapparente, cioè in assenza di rilievi anamnestici di esposizione attraverso ferite.

Eliminate la sputacchiera...

La sputacchiera va eliminata perché non serve, è brutta da vedere ed è brutto dire a un paziente di sputare davanti a noi. La sputacchiera rappresenta solo un ricettacolo di germi che non è possibile eliminare. Tra i compiti dell'assistente c'è quello di mantenere il campo asciutto, aspirare tutto ciò che può dare fastidio al paziente, sciacquare la bocca del paziente con la siringa aria acqua per eliminare il gusto amaro dell'anestesia o del sangue. Non è compito dell'assistente cercare di pulire, disinfettare e tantomeno sterilizzare una sputacchiera. Esiste il monouso, per cui usiamolo. Se il paziente lo richiede, si fa sciacquare la bocca mettendo un po' di acqua in un bicchiere di plastica, da eliminare nello stesso bicchiere.

Ricordiamo anche che nella pratica odontoiatrica quotidiana l'uso di turbine e micromotori determina una vasta produzione di goccioline che hanno queste caratteristiche: il 95 per cento dell'aerosol in odontoiatria è minore o uguale a 5 micron, quindi può raggiungere bronchioli e alveoli; può permanere nell'aria per 24 ore; esce dalla sala operatoria e si diffonde negli am-

bienti. Non dimentichiamo poi che la legionella può essere trasmessa inalando aerosol contaminato dal microorganismo. Tutto questo significa che esiste un rischio biologico nello studio odontoiatrico.

Le regole vanno rispettate e sono previsti dei controlli da parte delle autorità. Ma che cosa cercano, nello studio, in caso di visita ispettiva?

Lo ricorda Giovanni Jacobazzi, già comandante dei Nas Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dei Carabinieri: «Il primo documento necessariamente esaminato è quello della valutazione dei rischi, infatti: Come potremmo documentare i contenuti della nostra valutazione dei rischi (che è un documento redatto dal legale rappresentante dell'azienda) se non abbiamo un documento scritto? Teniamo sempre presente che non conta quello che diciamo di avere fatto ma quello che dimostriamo di aver fatto». E poi sono previsti controlli su tutta la documentazione

inerente gli apparecchi radiogeni e la verifica degli apparecchi una volta l'anno. Viene controllata dagli ispettori la formazione degli odontoiatri che devono fare un aggiornamento ogni 5 anni come prevede il D.Lgs 187/2000. Deve essere poi effettuata la formazione sulla radioprotezione per il personale dipendente a contatto con gli apparecchi radiogeni.

Altro punto centrale è riservare grande attenzione ai farmaci che sono conservati in studio: è fondamentale il controllo delle scadenze. Essere inadempienti su questo punto comporta conseguenze serie: potrebbe configurarsi un'ipotesi di reato. Serve quindi un protocollo preciso per il controllo della scadenza dei farmaci e dei presidi e la loro sostituzione.

Se poi ci sono farmaci che devono essere conservati in frigorifero, come per esempio l'adrenalina, è necessario controllarne costantemente la temperatura, riportarla su un calendario e archiviare i controlli come

prescrive la legge (il decreto 6 luglio 1999 "Approvazione delle linee direttrici in materia di buona pratica di distribuzione dei medicinali per uso umano". Quando lo studio è grande e le sale operatorie sono molte, i controlli dei farmaci sono affidati ai responsabili di reparto che si interfacciano con il responsabile nominato dal titolare dello studio.

Infine (in base al Decreto 388/2003 ripreso dall'art. 45 del Decreto Legislativo 81/08) ci deve essere un corredo di primo soccorso e deve essere individuato un responsabile di primo soccorso.

Come coinvolgere e formare il team su questi temi?

Lo strumento indispensabile è quello di trovare momenti di incontro e scambio frequenti in orario di lavoro. Una riunione di 10 minuti al mattino; una di mezz'ora ogni settimana; una del tempo necessario quando serve (ad esempio una volta al mese...).



Distribuzione Apparecchiature e Prodotti Ausiliari per l'Arte Dentale



CR. 01_13

COMPANY WITH
QUALITY SYSTEM
CERTIFIED BY DNV
= ISO 9001 =

De Marco srl • 20133 Milano • Via Tajani, 9
Tel.: +3902719065 • +390270100417 • Fax: +3902733109
demarco@demarco.biz • www.demarco.biz

Introdotta uno sconto fiscale del 20 per cento sull'acquisto o la costruzione di immobili se saranno affittati a canone concordato

Il bonus "buy to rent": novità per le locazioni

Il decreto "Sblocca Italia" (D.L. n.133 del 12 settembre 2014) introduce importanti novità e agevolazioni per le abitazioni oggetto di ristrutturazione o di nuova costruzione da concedere in locazione.

Il bonus "buy to rent" consiste in una nuova misura diretta a incentivare gli investimenti immobiliari introducendo uno sconto fiscale del 20 per cento sull'acquisto o la costruzione di immobili, che dovranno essere locati per almeno otto anni a canone concordato.

Il vantaggio fiscale riguarda il tetto massimo di spesa di 300mila euro e pertanto si sostanzia in una deduzione di 60mila euro, godibile in otto anni (7mila 500 euro all'anno) a patto che vengano rispettate alcune condizioni:

- l'acquisto deve essere effettuato dal primo gennaio 2014 al 31 dicembre 2017;
- l'immobile deve essere a destina-

zione residenziale (di nuova costruzione o oggetto di ristrutturazione);

- la categoria catastale deve essere necessariamente A (abitazioni) esclusi gli A8, A9 e A1 (ville e case storiche o signorili);

- la classe energetica degli immobili deve essere del tipo A o B;

- il cedente deve essere impresa di costruzione o di ristrutturazione immobiliare o cooperativa edilizia o, ancora, soggetti che vi hanno fatto tali interventi;

- l'acquirente deve essere una persona fisica che non esercita attività commerciale;

- la destinazione locativa va operata entro sei mesi dalla fine lavori di costruzione o dall'acquisto;

- locatore e locatario non devono avere rapporti di parentela entro il primo grado.

Qualora manchino questi requisiti, scatta l'immediata decadenza dalle agevolazioni e la restituzione del

di Anna Botteri
Studio Associati
Cella Casalone
Commercialisti
Revisori dei conti



bonus, anche se non è ben chiaro cosa debba accadere quando questo si verifica indipendentemente dalla volontà del locatore, soprattutto quando la locazione riprende dopo un periodo. Si attende l'emanazione di un Decreto Ministeriale attuativo che dirima ogni dubbio in merito.





di Federica Demarosi

ODONTOIATRA IN MILANO
FEDERICA.DEMAROSI@LEPABRI.IT

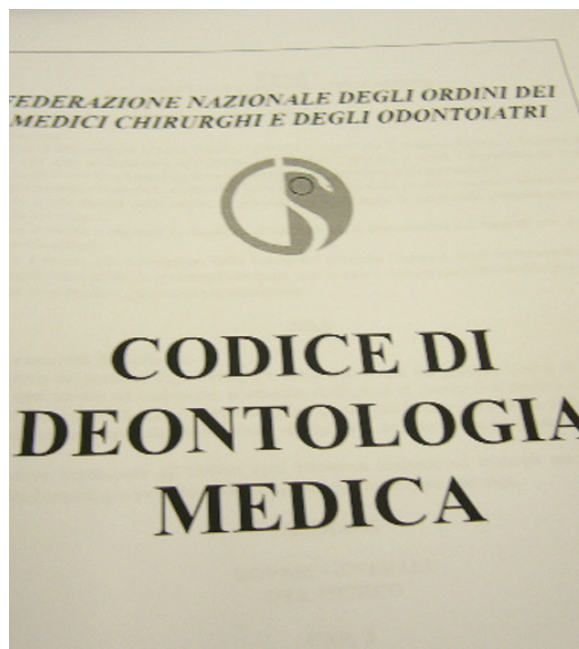
UNA PROFESSIONE SEMPRE PIÙ ETICA

Il Consiglio della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, presieduta da Amedeo Bianco ha approvato il nuovo Codice di Deontologia Medica. Il testo è costituito da 79 articoli, oltre alle disposizioni finali, con le quali gli Ordini recepiscono il nuovo codice, ne garantiscono il rispetto e si impegnano a renderlo noto ai medici e agli odontoiatri e a svolgere attività di formazione e aggiornamento in tema di etica e deontologia medica. Al codice sono poi allegati quattro documenti relativi al Giuramento di Ippocrate, al conflitto di interessi, alla sperimentazione e alle tecnologie di informazione e comunicazione. Il testo completo del codice è scaricabile nel sito www.fnomceo.it o nel blog giulioleghissa.blogspot.it

La necessità di una modifica e aggiornamento del codice deontologico medico nasce dai continui cambiamenti della pratica medica che derivano dalle scoperte della ricerca scientifica, dai cambiamenti normativi e sociali e anche dalle nuove esigenze dei cittadini. Ad esempio, i cittadini hanno bisogno di medici formati e aggiornati per cui una decina di anni fa gli ordini si sono impegnati a controllare l'aggiornamento dei medici e degli odontoiatri mediante l'ECM.

Le principali novità, rispetto alla precedente stesura, che risale al 2006, riguardano la medicina "potenziativa", l'informatica applicata alla sanità e la medicina militare, articolo quest'ultimo condiviso con il ministero della Difesa. Per quanto riguarda la "medicina potenziativa" (art. 76), l'attenzione viene rivolta a tutte quelle pratiche

La Federazione dei Medici chirurghi e degli odontoiatri (FNMCEO) ha approvato il nuovo codice deontologico



LA MODIFICA È INTERVENUTA IN SEGUITO AI PROFONDI E CONTINUI CAMBIAMENTI DELLA PRATICA MEDICA DOVUTI AGLI SVILUPPI DELLA RICERCA E DELLE NORME, E ALLE MUTATE SITUAZIONI SOCIALI

volte a non curare, ma a migliorare lo stato di benessere, fino a superare gli stessi limiti della natura.

In tema di medicina militare (art. 77), la figura del medico che è anche militare, viene modificata precisando che prima di tutto deve esserci la componente medica e i principi della professione devono rispondere a quelli della "beneficialità". Si vuole quindi la figura del medico militare e non del militare medico.

Infine, ampio spazio è dedicato all'applicazione delle tecnologie informatiche in sanità (art. 78). Se viene riconosciuta l'importanza e la possibilità della cura e assistenza a

distanza, è però precisato che nessuna tecnologia virtuale può sostituirsi alla visita medica tradizionale con il contatto diretto sul paziente. Infine, il nuovo codice chiede la partecipazione del medico a interagire con le organizzazioni sanitarie, per una collaborazione a favore degli assistiti (art. 79).

Da segnalare che nel settembre scorso, l'Antitrust ha sanzionato la Federazione per "aver posto in essere un'intesa restrittiva della concorrenza, già presente nel codice di deontologia medica 2006 e delle Linee Guida", definendo la sanzione amministrativa in "ottocentotrentunmilaottocentesedici euro", richiedendole di assumere "misure atte a porre termine all'illecito riscontrato", e di darne comunicazione entro il 31 gennaio 2015.

I NUOVI ARTICOLI

ART.76. Il medico, quando gli siano richiesti interventi medici finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo, opera, sia nella fase di ricerca che nella pratica professionale, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta. Il medico, nell'esercizio di attività diagnostico-terapeutiche con finalità estetiche, garantisce il possesso di idonee competenze e, nell'informazione preliminare al consenso scritto, non suscita né alimenta aspettative illusorie, individua le possibili soluzioni alternative di pari efficacia e opera al fine di garantire la massima sicurezza delle prestazioni erogate. Gli interventi diagnostico-terapeutici con finalità estetiche rivolti a minori o a incapaci si attengono all'ordinamento".



ART. 77. Il medico militare, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, ha una responsabilità che non muta in tutti gli interventi di forza armata sia in tempo di pace che di guerra. Il medico militare, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di 'massima efficacia' per il maggior numero di individui. E' dovere del medico mili-

tare segnalare alle superiori Autorità la necessità di fornire assistenza a tutti coloro che non partecipano direttamente alle ostilità (militari che abbiano deposto le armi, civili feriti o malati) e denunciare alle stesse i casi di torture, violenze, oltraggi e trattamenti crudeli e disumani tali da essere degradanti per la dignità della persona. In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare, in accordo con i principi contenuti nel presente Codice,

SONO
COMPRESI
QUATTRO ALLEGATI
RELATIVI AL GIURAMENTO,
ALLA SPERIMENTAZIONE,
ALLE TECNOLOGIE
DI INFORMAZIONE
E COMUNICAZIONE
E AL CONFLITTO
D'INTERESSI

fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalle normative nazionali e internazionali nonché da eventuali regole di ingaggio che disciplinano l'operazione militare.

ART. 78. Il medico, nell'uso degli strumenti informatici, garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche. Il medico, nell'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici, persegue l'appropriatezza clinica e adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la consapevole partecipazione della persona assistita. Il medico, nell'utilizzo delle tecnologie di informazione e comunicazione a fini di prevenzione, diagnosi, cura o sorveglianza clinica, o tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, si attiene ai criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona e degli indirizzi applicativi allegati.

ART. 79. Il medico partecipa e collabora con l'organizzazione sanitaria al fine del continuo miglioramento della qualità dei servizi offerti agli individui e alla collettività, opponendosi a ogni condizionamento che lo distolga dai fini primari della medicina. Il medico garantisce indipendenza di giudizio e persegue l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria.

La patologia gengivale non placca correlata

È uscito il "Testo-Atlante di Patologia gengivale non placca correlata" di Mario Carbone, Paolo Arduino e Roberto Broccoletti dell'Università di Torino, Edizioni Martina. La patologia gengivale non placca correlata è una parte significativa della Medicina Orale e presenta una eziologia estremamente varia e non sempre di facile interpretazione per coloro che sono privi di esperienza. E' un settore della Medicina che, frequentemente, presenta risvolti che si sovrappongono alle manifestazioni gengivali di malattie sistemiche e, a volte, rappresentano il primo o l'unico segno clinico di patologie non altrimenti rilevabili. Intercettare precocemente una precancerosa o una fase iniziale di cancro può salvare la vita o la qualità della vita, così come interpretare correttamente una malattia a patogenesi immune può tradursi nella identificazione del corretto iter terapeutico.

Un testo-atlante come questo, correlato da una iconografia di eccellente qualità, mancava e sarà unio strumento prezioso per il clinico e per lo studente.



APPROCCIO MININVASIVO VERSUS TRADIZIONALE IN CHIRURGIA ORALE E IMPLANTOLOGIA

Milano 27-28 febbraio 2015

Quest'anno, in occasione di Expo 2015, il Cenacolo Odontostomatologico Milanese ha organizzato le Giornate Milanesi di Implantologia, coinvolgendo tutte le Università Milanesi e cointeressando la Società Italiana Specializzati in Chirurgia Odontostomatologica e Orale (Siscoo). Questa XXVII edizione si propone di offrire ai partecipanti un quadro completo e aggiornato delle possibilità di intervento in ambito chirurgico, implantologico e protesico mettendo a confronto gli approcci tradizionali a quelli più recenti. Infatti, negli ultimi decenni la ricerca in ambito odontoiatrico è stata così rapida e produttiva da aver messo a disposizione del clinico numerosi nuovi materiali e tecniche innovative che hanno modificato e, in alcuni casi, sostituito le metodiche tradizionali.

L'evento sarà strutturato in sezioni in ognuna delle quali due relatori affronteranno temi diversi, dal grande rialzo del seno mascellare, alla parodontologia, alla protesi, facendo sempre il confronto e segnalando le applicazioni cliniche ma anche le controindicazioni delle tecniche tradizionali rispetto a quelle mininvasive.

Come sempre, interverranno un'igienista, quest'anno con una relazione sull'impiego del laser nel mantenimento mininvasivo dei tessuti perimplantari e un'assistente sul risk management in odontoiatria. Il congresso prevede poi una sessione con la proiezione di interventi chirurgici commentati e discussi in diretta.

Non mancherà il tradizionale focus on dedicato quest'anno all'oncologia orale con la professorezza Giuseppina Campisi, vicepresidente della Società Italiana di Patologia e Medicina Orale che terrà una relazione dal titolo "Strategie diagnostiche mininvasive vs tradizionali in oncologia orale".

Il congresso è rivolto a odontoiatri, igieniste, assistenti, odontotecnici per sottolineare, ancora una volta, la scelta del Cenacolo che da sempre è informare e aggiornare la squadra odontoiatrica.



COSA FARE a Milano nei giorni del convegno

**Van Gogh
L'uomo, la terra,
il lavoro"**

Mostra dedicata a Van Gogh
"L'uomo, la terra, il lavoro"
che si svolge a Palazzo
Reale in piazza Duomo 12
dal 18 Ottobre 2014
all'8 marzo 2015
Orari: venerdì 9:30-19:30;
sabato: 9:30-22:30;
domenica: 9:30-19:30.

La mostra è costituita
da opere provenienti
dal Kröller-Müller Museum
di Otterlo, altri Musei
e da collezioni private:

un'occasione unica per
approfondire, attraverso
gli occhi dell'artista, il
complesso rapporto tra
l'essere umano e la natura
che lo circonda
Infoline e prevendita
Visitatori individuali
02.54913
(dal lunedì al venerdì
dalle 10.00 alle 17.00)
www.ticket.it/vangogh

**Yves Klein
e Lucio Fontana**

Un'altra interessante
mostra: "Yves Klein e Lucio
Fontana. Milano-Parigi,
1957-1962" al Museo
del Novecento in piazza
del Duomo dal 18 Ottobre
2014 all'8 marzo 2015.
Gli orari: lunedì dalle
14.30-19.30; giovedì
e sabato dalle 9.30
alle 22.30; martedì,
venerdì e domenica
dalle 9.30 alle 19.30
Telefono 02.88444061,
museo900@comune.milano.it
www.museodelnovecento.org

Fontana, appartenente a
una generazione precedente
a quella di Klein, diventa
collezionista del giovane
teorico del monocromo e
dividendosi tra Milano e
Parigi trova materia per
approfondire la propria
ricerca spaziale. Si possono
ammirare 70 opere,
documenti e filmati per
raccontare due vicende
artistiche fondamentali.

DOVE MANGIARE?

A cena per il pesce fresco a un prezzo ragionevole:
Ristorante "Da Leo" via Trivulzio 26 Tel. 02.40071445
"Il Capriccio" via Washington 106 Tel. 02.48950655

Il tumore della bocca è più diffuso di quanto si crede: in Italia ogni anno muoiono circa 3000 persone. E questo perché il tumore viene diagnosticato in fase avanzata cioè quando non è più curabile. Eppure, la diagnosi di questo tumore è semplice e inizia con l'osservazione dell'interno della bocca. Ogni individuo può fare tanto per prevenire questo tumore e per intercettarlo in fase iniziale.

GUARDARSI IN BOCCA UN GESTO SEMPLICE PER LA SALUTE

Cosa puoi fare per:

- **Prevenire il tumore della bocca**
- Non fumare e se fumi smetti il prima possibile
- Modera o elimina il consumo di bevande alcoliche
- Proteggi le labbra se ti esponi spesso al sole
- Mantieni un buon livello di igiene orale
- Mantieni un'alimentazione equilibrata con abbondante consumo di frutta e verdura fresca
- **Intercettare un tumore della bocca in fase iniziale**
- Guardati ogni tanto in bocca
- Se vedi macchie bianche, macchie rosse, rigonfiamenti, ulcere che non guariscono entro due settimane, rivolgiti a un medico
- Non aver paura di farti visitare
- Fai visite di controllo periodiche dal dentista

Ricorda

- Il tumore della bocca spesso non è associato a dolore o fastidi
- Il tumore della bocca può colpire chiunque, uomini e donne a tutte le età
- Il tumore della bocca è curabile solo se diagnosticato precocemente

AL MINIMO DUBBIO RIVOLTI A:

Adriano Oggeri - Ospedale Sae Paolo, via Residotto 1
 - Unità Complessa di Odontostomatologia e Prevenzione Orale
 - Unità di Medicina Orale, Patologia Orale e Odontoiatria Geriatrica
 - Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione Cà Granda, Via Comandante 12
 - Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione Cà Granda, Via Comandante 12
 - U.O.C. Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia
 - Istituto Oncologico Galeazzi, Via Galeazzi 4
 - Servizio di Odontoiatria
 - Istituto Nazionale dei Tumori, via Venezian 1
 - S.S. Chirurgia Maxillo-Facciale
 - S.C. Otorinolaringoiatria

OPPURE CONSULTA I SITI:

www.comune.milano.it
www.unimi.it
www.cencolomilaneese.it

dove trovi l'elenco dei medici volontari che ti visiteranno GRATUITAMENTE

Tum. Mandorani Marchi, 1986. Attualizzato e rivisto da Milano

Campagna di informazione del cancro orale alla popolazione della città di Milano

ri: il ritardo con cui il paziente si rivolge a un sanitario; il ritardo con cui lo specialista pone una diagnosi corretta; il ritardo con cui ven-

Il cancro orale (vedi anche a pagina 12) in tutte le sue forme (carcinoma del labbro, della lingua, della faringe e della cavità orale), rappresenta nel mondo circa il 6-10 per cento delle patologie maligne (10 per cento negli uomini e 4 per cento nelle donne). In oltre 80 casi su cento si tratta di tumori dell'epitelio di rivestimento della mucosa orale (carcinoma squamoso o spinocellulare). I carcinomi orali rappresentano circa il 3-5 per cento di tutti i tumori maligni, con un tasso di mortalità, a cinque anni dalla diagnosi, del 56 per cento circa; il resto sono adenocarcinomi delle ghiandole salivari minori; più rari sono i melanomi maligni intraorali e altri tumori connettivali, i linfomi e i sarcomi.

In Italia, l'incidenza media è di 8,44 nuovi casi l'anno ogni 100mila individui maschi e di 2,22 tra le donne. Nelle aree industrializzate, nelle valli alpine e, soprattutto, nelle regioni del Nord-Est è molto più diffuso rispetto alle rimanenti aree geografiche. Le notevoli variazioni di incidenza regionale sono dovute a differenti abitudini di vita come il consumo di tabacco e di bevande alcoliche.

La diagnosi precoce è associata a una sopravvivenza a lungo termine maggiore. In particolare, nel caso di lesione localizzata e confinata, la sopravvivenza a 5 anni aumenta fino a circa l'80 per cento, mentre i tumori con metastasi la riducono è al 20 per cento circa. Allo stato attuale la sopravvivenza a cinque anni è inferiore al 50 per cento e le terapie utilizzate sono tali da compromettere lo stato psicofisico dei pazienti in maniera permanente.

Il ritardo di diagnosi è correlato, fondamentalmente, a tre principali fatto-

gono erogate le cure. Strettamente correlato al ritardo diagnostico è la mortalità, in assoluto tra le più alte, al contrario dell'incremento delle percentuali di guarigione osservate per molti altri tumori maligni.

La campagna di informazione rivolta ai cittadini milanesi è organizzata dal Cenacolo Odontostomatologico Italiano (Coi Aiog) rappresentato nella sua sezione territoriale dal Cenacolo Odontostomatologico Milanese (Com), insieme all'Università degli Studi di Milano Il progetto si avvale della collaborazione del Comune di Milano, della Società Italiana di Patologia e Medicina Orale (Sipmo), dell'Associazione Igienisti Dentali Italiani (Aidi) e dell'Istituto Nazionale dei Tumori; aderiscono Siaso (Sindacato italiano assistenti studio odontoiatrico) e Idea (Italian dental assistant).

L'obiettivo è promuovere la prevenzione del carcinoma orale nella popolazione milanese. Per fare lo si dovrà informare sull'esistenza del cancro della bocca e sulla sua prognosi infesta; dare istruzioni su come osservare la propria bocca per identificare lesioni sospette; fornire informazioni sui fattori di rischio del cancro orale; comunicare gli stili di vita corretti per la prevenzione; elencare le strutture milanesi dove viene fatta diagnosi di cancro orale Il progetto durerà tutto il 2015: sulla base dei dati raccolti potrà continuare negli anni seguenti.

È prevista, tra l'altro, la stampa e affissione, da parte del Comune, di manifesti per illustrare la campagna (vedi foto), nei quali sono indicate le sedi dove recarsi per una visita gratuita e la propaganda della campagna sul sito del Comune.

Si svolgerà anche una giornata di

A cura di
Federica Demarosi

informazione e di aggiornamento scientifico rivolta a medici di base, medici specialisti, odontoiatri, igienisti dentali che vogliono partecipare al progetto come volontari. Scopo della giornata è quello di fornire ai volontari nozioni di base affinché, all'atto della visita di un cittadino con lesioni sospette, si metta subito in pratica la procedura di invio a centro specialistico per l'accertamento e la diagnosi definitiva. È previsto un attestato. Dopo i primi tre mesi di attività si prevede un'analisi dei risultati preliminari Il professionista che visita il cittadino compilerà la scheda anagrafica/anamnestica e porrà una diagnosi. Nel sospetto di neoplasia maligna, invierà il paziente a un centro di riferimento per la diagnosi definitiva.

CONFERENZA STAMPA

VENERDÌ 23 GENNAIO 2015
CASA DEI DIRITTI
VIA DE AMICIS 10, MILANO - 17.00-18.30

Interverranno: Pierfrancesco Majorino,
 Comune di Milano; **Federica Demarosi,**
 Cenacolo Odontostomatologico Milanese;
Antonio Carrassi, Università degli Studi
 di Milano; **Prof. Lorenzo Lo Muzio,** Sipmo

CORSO DI INFORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

LUNEDÌ 9 FEBBRAIO 2015, 9.00-13.00
SALA ALESSI, PALAZZO MARINO
PIAZZA DELLA SCALA 2, MILANO

Giornata di informazione e aggiornamento sul cancro orale rivolta a medici di base, medici specialisti, odontoiatri, igienisti dentali che vogliono partecipare come volontari. Programma in fase di completamento.

PRESENTAZIONE DEI RISULTATI E DIBATTITO

OTTOBRE 2015 - PADIGLIONE ITALIA EXPO

Fino all'autunno del 1982, nessuno sapeva cosa fosse un virus del computer



Sicurezza informatica redux

di **Mariano Sugamosto**
Consulente Ict
in ambito odontoiatrico e medicale

Rich Skrenta, attualmente imprenditore nella Silicon Valley, nel 1982 aveva quindici anni e riuscì a far parlare di sé realizzando il primo virus informatico della storia, cioè un piccolo programma capace di realizzare alcune operazioni, spesso dannose, in grado di propagarsi da un sistema all'altro senza farsi notare. Si trasferiva da un computer all'altro attraverso lo scambio di floppy disk infetti. La curiosità della notizia sta nel fatto che il sistema su cui si propagava era il famoso Apple 2 (Windows sarebbe apparso tre anni dopo).

Da quei tempi l'informatica è molto cambiata e i livelli di complessità dei sistemi sono cresciuti esponenzialmente e di pari passo i software malevoli, che oggi si diffondono prevalentemente attraverso Internet. Già da alcuni anni le attività professionali hanno un indirizzo email e in ambito odontoiatrico anche i più piccoli studi sono dotati almeno di un pc collegato al web. Dire che la professione sia fortemente dipendente dalla tecnologia è forse un po' troppo, ma che cosa succederebbe se i dati dei nostri pazienti, memorizzati nel sistema

informatico dello studio, andassero definitivamente persi? Sottostimare il rischio della perdita dei dati è l'atteggiamento di rifiuto con cui allontaniamo l'idea che questo evento, tanto devastante, possa capitare proprio a noi; eppure, dati alla mano, questo accade, spesso senza preavviso. Tuttavia, osservando il grafico in figura, è molto più probabile perdere i dati per problemi hardware che in seguito all'attacco di un virus.

Pertanto, la prima azione da attuare è l'implementazione di un'affidabile e periodica procedura di backup sia dei dati sia del sistema che li ospita. Infatti il solo backup dei dati può garantire la conservazione dei contenuti ma un guasto hardware implica tempi tecnici per il ripristino del sistema, che possono variare da alcuni giorni ad alcune settimane. Tutto ciò si traduce per lo studio, in una perdita di produttività inaccettabile. Considerando la costante tendenza in discesa dei costi dell'hardware negli ultimi cinque anni, oggi, è possibile dotarsi di un sistema gemello su cui, in caso di guasto del primario, copiare solo i dati di backup ed essere

pienamente operativi nell'arco di qualche ora (spesso minuti). Un breve accenno all'errore umano è d'obbligo in quanto (vedi i dati nella tabella), copre il 26 per cento delle problematiche. A differenza delle altre cause, l'errore umano è pervicace. Tralasciando l'intenzionalità che richiederebbe una trattazione specifica, chi opera su di un sistema informatico dovrebbe essere informato e formato sulla responsabilità che ciò comporta e in particolare sulla necessità di riportare gli errori fatti anziché tentare di nascondere. Tuttavia bisogna evitare che per ogni errore individuato si avvii un'indagine alla ricerca del colpevole: è preferibile che la scoperta di un errore (e la relativa correzione), venga condivisa dal team che in tal modo potrà abbandonare il concetto di colpa, a beneficio di un comportamento più cooperativo. Concludo queste sintetiche considerazioni, infrangendo la leggenda metropolitana, ancora molto diffusa, che ritiene i sistemi Mac immuni da virus e malware. Sono almeno cinquanta i virus per Mac più diffusi, più che sufficienti a consigliare l'adozione di un antivirus anche per questi sistemi.

LA PRIMA AZIONE DA FARE È IMPLEMENTARE UN'AFFIDABILE E PERIODICA PROCEDURA DI BACKUP, L'UNICA CHE PUÒ GARANTIRE LA CONSERVAZIONE DEI CONTENUTI DEL PC



Il procedimento da seguire per avviare un licenziamento disciplinare

Dove va inviata la lettera di contestazione

di Claudia
Melillo
avvocato in Milano
studio@studiolega
lemelillo.eu

La Corte di Cassazione, sez. Lavoro, sentenza n. 12195/14, depositata il 30 maggio 2014 è intervenuta sul procedimento disciplinare ponendo la propria attenzione sulla lettera di contestazione e precisamente sul luogo di destinazione. Ha stabilito che è rituale la comunicazione della contestazione d'addebito che venga effettuata al dipendente mediante lettera raccomandata spedita al suo domicilio, presupponendo l'operatività della presunzione di cui all'art. 1335 c.c. che la dichiarazione sia «diretta ad una determinata persona» e che essa «giunga all'indirizzo del destinatario», qualunque sia il mezzo impiegato. L'atto unilaterale recettizio, i cui effetti si producono, ai sensi dell'art. 1334 c.c., nel momento in cui il destinatario ne ha conoscenza, si reputa conosciuto quando possa ritenersi che il destinatario medesimo ne abbia avuto conoscenza o ne abbia potuto avere cognizione usando la normale diligenza, ricadendo su di lui l'onere di dimostrare di essersi trovato, senza colpa, nell'impossibilità di averne notizia.

IL CASO

Un dipendente di banca veniva licenziato in conseguenza di due fatti disciplinarmente rilevanti, contestati con due diverse lettere. La prima di queste veniva inviata al domicilio eletto dal lavoratore e consegnata a mani della figlia del dipendente, mentre questi era in regime di detenzione. Il lavoratore impugnava il recesso ma il tribunale del lavoro rigettava l'impugnazione. Proponeva appello e la Corte territoriale, accogliendo il gravame, dichiarava illegittimo il licenziamento, affermando la mancata prova della effettiva presa di conoscenza della contestazione d'addebito e dunque l'illegittimità del licenziamento. Ricorreva in Cassazione la banca per la riforma della sentenza di secondo grado.

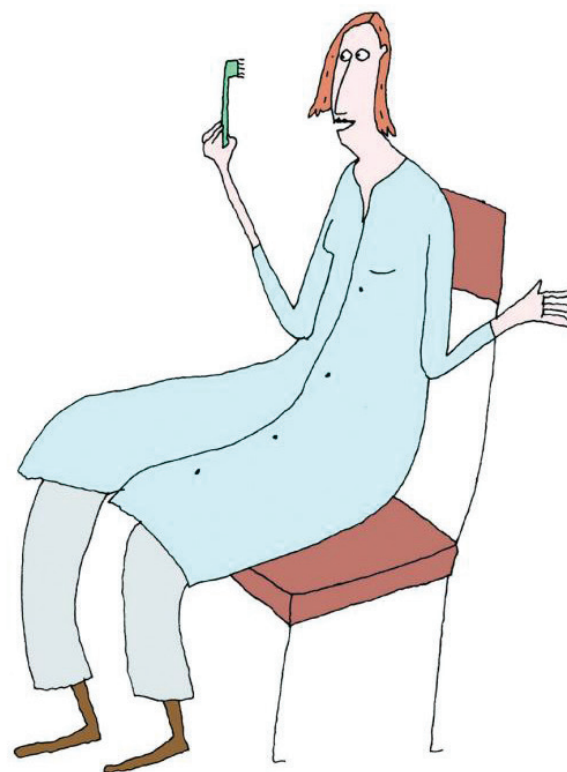
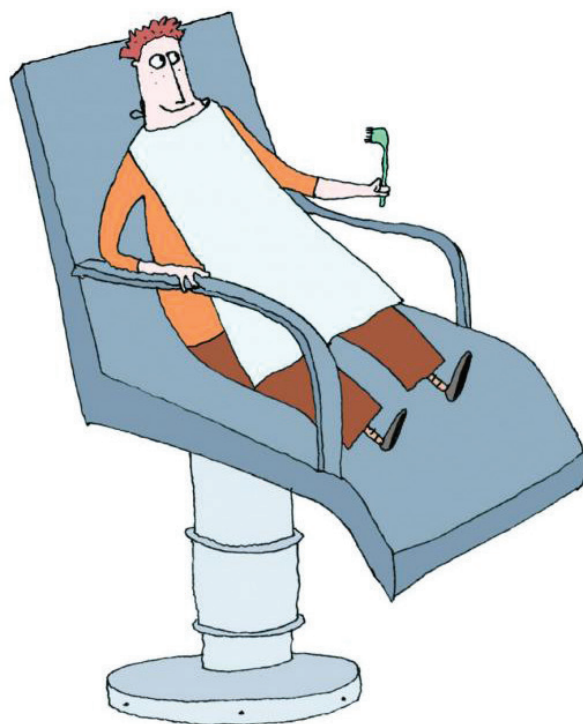
Secondo la Corte d'Appello sarebbe mancata la prova certa della ricezione e presa di conoscenza della lettera di contestazione. Sulla busta, contenente la contestazione, era indicato, anziché il nominativo del lavoratore, la denominazione dell'esercizio commerciale presso cui aveva eletto domicilio. Inoltre il plico era stato consegnato a mani della figlia del dipendente, che ne avrebbe curato la consegna; pertanto, riteneva la Corte d'Appello che non risultava raggiunta la prova della conoscenza della contestazione d'addebito.

Secondo la Suprema Corte di Cassazione,

accogliendo il motivo proposto dal datore di lavoro. La contestazione d'addebito rientra nella categoria degli atti unilaterali recettizi, i cui effetti, in base al disposto di cui all'art. 1334 del codice civile, si producono nel momento in cui l'atto giunge a conoscenza del destinatario. In base al dettato del successivo art. 1335, tali atti si presumono conosciuti nel momento in cui giungono all'indirizzo del destinatario, salvo che il lavoratore non fornisca la prova contraria della mancata conoscenza.

In base a tali principi di diritto i giudici di legittimità affermano la piena validità ed efficacia di una contestazione d'addebito pervenuta al domicilio fornito dallo stesso lavoratore. Pertanto, in tema di licenziamento individuale è rituale la comunicazione del provvedimento di recesso, inviata a mezzo raccomandata spedita al domicilio del lavoratore, operando la presunzione di cui all'articolo 1335 c.c..

Con la conseguenza che sarà il lavoratore, destinatario della missiva, fornire la prova della impossibilità di conoscenza dell'atto, senza colpa, pur avendo adottato la normale diligenza richiesta (Cass. n. 13087/2009).



Si incomincia con quattro regole di base, dall'accettazione consapevole del programma di cure fino all'accertamento della terapia preparatoria

di Fulvia Magenga
Aso Lombardia

Nel momento in cui il paziente si presenta alla nostra attenzione è indispensabile controllare l'anamnesi e annotare eventuali problemi di salute che, prontamente, devono essere evidenziati all'odontoiatra. Dopo che il chirurgo avrà esposto il programma terapeutico sarà compito dell'ASO osservare i seguenti passaggi.

L'ASO e il paziente che deve subire un intervento chirurgico: assistenza e consigli fino al decorso post operatorio

1 Controllare che il paziente abbia accettato il preventivo, che è stato stampato in duplice copia, (una delle quali firmata dal paziente e archiviata), e quindi il programma di cure.

2 Fissare l'appuntamento che verrà stampato in duplice copia (una copia resta allo studio dentistico, firmata dal paziente per presa visione e verrà archiviata).

3 Controllare che l'odontoiatra abbia prescritto i farmaci per l'intervento e che il paziente abbia capito come assumerli.

4 Consegnare i consensi informati inerenti la terapia da erogare. L'assistente dovrà poi accompagnarlo in reception e affidarlo alla segreteria.

Il giorno prima dell'intervento è compito dell'assistente richiamare il paziente per:

- Ricordargli la terapia farmacologica prescritta dall'odontoiatra
- Ricordargli l'orario dell'appuntamento e la durata della terapia
- Raccomandargli di riportare in studio i consensi informati firmati.

È importante, nella preparazione della documentazione preparare una copia ulteriore dei consensi informati specifici, come quelli consegnati al paziente, in quanto è possibile che il paziente li abbia dimenticati. In tal caso sarà sufficiente far firmare la nuova copia prima dell'intervento.

Dopo l'intervento si archiveranno i dati che riguardano la terapia prestatata e, prima di dimettere il paziente, si ricorderanno le indicazioni post chirurgiche.

- Tenere il ghiaccio 10 minuti ogni 30 sulla zona dove è stato effettuato l'intervento fino alla sera
- Non risciacquare la bocca continuamente perché il risciacquo continuo non agevola il coagulo
- Se dovesse fuoriuscire qualche gocciolina di sangue dal sito dell'intervento è consigliabile inserire un tampone che deve essere tenuto in posizione per almeno 7/10 minuti, perché è il tempo che impiega il coagulo a formarsi e stabilizzarsi
- Ricordare al paziente di non mangiare cibi piccanti nei primi giorni dopo l'intervento
- Sconsigliare l'assunzione di alcool e di fumo, almeno per i primi giorni successivi all'intervento
- Ricordare al paziente di continuare l'assunzione dei farmaci prescritti sempre fino a fine terapia, come indicato dall'odontoiatra

- Raccomandargli di eseguire gli sciacqui con il collutorio a base di Clorexidina allo 0.2% due volte al giorno, per 60 secondi, fino alla rimozione della sutura, in quanto il sito trattato non potrà essere spazzolato e pulito meccanicamente, vada detto al paziente che la clorexidina può pigmentare mucose e denti, quindi anche al lingua
- Visto che la ferita sarà stata suturata, non sarà necessario che il nostro paziente assuma esclusivamente cibi freddi. Se l'intervento ha interessato la mandibola nella zona dei quarti/quinti inferiori, è bene ricordare al paziente che potrà non avere una completa percezione della parte alla cessazione dell'effetto dell'anestetico. Questa sensazione può essere stata provocata dalle manovre chirurgiche, al fine di evidenziare il nervo alveolare alla sua emersione al forame mentoniero, in modo da non lederlo. Se l'intervento ha interessato il mascellare superiore nella zona dei seni, è bene ricordare al paziente che potrà avere piccole perdite ematiche dalle cavità nasali, per due o tre giorni.



L'APPUNTAMENTO VERRÀ STAMPATO IN DUPLICE COPIA (UNA COPIA RESTA ALLO STUDIO DENTISTICO, FIRMATA DAL PAZIENTE PER PRESA VISIONE E VERRÀ ARCHIVIATA)

Tenere sempre presente che: tutto ciò che si dice prima è una spiegazione, tutto quello che si dimentica di dire nella spiegazione e quindi si aggiunge dopo...è una scusa...

Il giorno seguente l'intervento, l'ASSO richiamerà il paziente per avere notizie del decorso post operatorio e prontamente riferirà all'odontoiatra.

Geistlich al tuo fianco

Geistlich
Biomaterials

Scopri i servizi Geistlich a supporto della pratica odontoiatrica:

- > Una comunicazione efficace con il paziente
(passaporto rigenerativo, depliant pazienti, immagini e video animazioni)
- > Aggiornamenti scientifici e culturali per ogni esigenza
(portale www.regenerationfocus.it, corsi)
- > Acquisti on-line su shop.geistlich.it

Chiedici maggiori informazioni:

Geistlich Biomaterials Italia S.r.l.
Via Castelletto, 28
36016 Thiene VI
Tel. 0445 370890
Fax 0445 370433

info@geistlich.it
www.geistlich.it | shop.geistlich.it



LEADING REGENERATION

GIOCARRE SICURI

L'importanza del giocattolo per il bambino e alcuni consigli ai genitori per fare acquisti senza problemi



di Giovanni Battista Orsi

Fin dalla sua comparsa sulla Terra il "cucciolo" dell'uomo gioca: all'inizio con giocattoli fabbricati in osso o in legno per arrivare agli attuali giocattoli tecnologici ed elettronici. Tra ieri e oggi le materie prime impiegate si sempre più diversificate: dall'avorio - nelle classi benestanti - ai tessuti, dai metalli alla carta fino alle materie plastiche; ciononostante il contenuto ludico del giocattolo è rimasto immutato perché immutate sono rimaste le sue funzioni principali.

Quali sono queste funzioni?

Innanzitutto, le funzioni pedagogiche: queste non si sono mai modificate, ma si sono sempre aggiornate allo stile di vita del momento: il giocattolo rappresenta, anche se inconsciamente, la miniaturizzazione dell'ambiente sociale nel quale il bambino cresce, con il quale si confronta, aiutato anche dal comportamento dei genitori e degli adulti in generale.

In ogni epoca e in ogni ambito sociale, il gioco rappresenta la principale attività del bambino, a partire dai primi anni di vita fino alla pubertà. Quindi giocare per il bambino vuol dire soddisfare le sue prin-

cipali esigenze esistenziali: sfrenare la fantasia e la creatività; divertirsi, e dietro questo stato d'animo gioioso, scoprire sempre nuove realtà che lo circondano; imparare a conoscere e a valutare i suoi limiti e le sue capacità nell'affrontare i piccoli - ma per lui enormi - problemi che gli si presentano; imparare a instaurare rapporti sociali con i coetanei; imparare a perdere riconoscendo le capacità del suo "avversario" e a vincere, senza umiliarlo.

Infine giocare significa imparare dai genitori: imitandoli nel trovare le soluzioni più giuste e corrette; nei movimenti, negli atteggiamenti, ascoltando e metabolizzando i loro consigli sul come comportarsi nei differenti frangenti che si presentano nel corso del gioco.

Queste rappresentano le principali funzioni del gioco e dell'attività ludica. Giocare per i bambini è scuola di vita e i genitori devono essere i primi maestri.

Lo studio della crescita del bambino in relazione alla sua attività ludica ha sempre attratto in tutte le epoche il pensiero di filosofi,

pedagoghi e letterati. Dopo aver sinteticamente illustrato quali sono le caratteristiche intrinseche che deve presentare un giocattolo per assolvere al difficilissimo compito di aiutare il bambino a crescere, è necessario introdurre un ulteriore concetto che si è sviluppato soprattutto a partire dagli anni '80 del secolo scorso: quello relativo ai requisiti di sicurezza che, oltre a quelli pedagogici, il giocattolo deve presentare.

In altre parole la funzione sociale della Sicurezza.

Proprio per il particolare pubblico al quale è rivolto, il problema della sicurezza dei giocattoli ha rappresentato uno dei primi provvedimenti legislativi europei in materia di salvaguardia della salute e dell'incolumità fisica dei consumatori dell'Unione.

Nel maggio 1988 è stata emanata la Direttiva "Sicurezza

Giocattoli", tramutata successivamente in norma nazionale dai singoli Stati Membri.

Tale Direttiva, corredata da una serie di norme tecniche destinate ai progettisti, ai produttori e agli operatori in genere, compresi i det-

LA COMMISSIONE EUROPEA HA PREDISPOSTO 14 NORME TECNICHE DETTAGLIATE E PUNTALI PER LA FASE DI PROGETTAZIONE CON GLI ASPETTI CRITICI CHE SI POSSONO PRESENTARE

taglianti, prevede che i giocattoli debbano rispettare rigide indicazioni relative al soddisfacimento dei requisiti di sicurezza.

Quali sono questi requisiti?

Proprietà meccanico-fisiche: i giocattoli non devono presentare il rischio di provocare lesioni fisiche durante il loro utilizzo.

Requisiti relativi all'infiammabilità: i materiali usati nella produzione del giocattolo venuti, accidentalmente, a contatto con fonti di calore non debbono comportare rischi di accensione immediata e, in ogni caso, bruciare molto lentamente al fine di permettere l'intervento dell'adulto per lo spegnimento.

Proprietà chimiche: i giocattoli devono essere progettati e costruiti in modo che non ci siano rischi di effetti nocivi sulla salute del bambino dovuti all'esposizione alle sostanze o alle miscele chimiche di cui i giocattoli sono costituiti.

Proprietà elettriche: I giocattoli elettrici devono garantire adeguata protezione contro i pericoli di shock elettrico e di incendio.

Requisiti igienici: i giocattoli devono essere progettati e fabbricati in modo da permetterne la pulizia.

Requisiti di Radioattività: i giocattoli devono rispettare la norma della Comunità europea sull'energia atomica.

Affinché queste enunciazioni della legge si tramutino in fatti concreti, la Commissione europea ha fatto predisporre 14 norme tecniche molto dettagliate e puntali in tutti gli aspetti critici che si possono presentare in fase di progettazione.

Con riferimento a questo corposo assetto legislativo, uguale per tutti i ventisette Paesi membri dell'Unione Europea, è possibile ricavare alcuni semplici suggerimenti per riconoscere, a prima vista, un giocattolo sicuro.

Comperare un giocattolo non rappresenta un'azione difficile, ma devono essere ben ponderati due aspetti: l'età del bambino al quale il giocattolo è destinato e le sue capacità di utilizzo: un giocattolo destinato ad una fascia di età inferiore può annoiare, mentre un giocattolo destinato a bambini più grandi potrebbe creare frustrazioni.

Altro aspetto essenziale è quello della sicurezza.

Innanzitutto, sul giocattolo e/o sull'imballaggio deve essere riportata la marcatura "CE" che indica

CE

che il giocattolo è stato costruito nel rispetto dei requisiti di sicurezza previsti dalla legge. Nessun giocattolo può essere messo sul mercato, e quindi a disposizione del consumatore, anche a titolo gratuito, senza il simbolo di Conformità Europea.

Un altro elemento deve essere preso in considerazione al momento dell'acquisto e riguarda la tracciabilità delle responsabilità:

sull'imballaggio o sul prodotto devono essere riportati i nomi del produttore, dell'importatore o del distributore dati necessari poter facilmente rintracciare il responsabile dell'eventuale non conformità del prodotto.

Ci sono poi altri due aspetti di tipo formale che è bene segnalare. Il primo riguarda le "avvertenze" che devono essere, per legge, in lingua italiana sono solitamente apposte sull'imballaggio e rappre-

sentano un supplemento di informazioni per meglio indirizzare il consumatore sulle caratteristiche intrinseche del giocattolo quali ulteriore garanzia per la sicurezza del bambino; il secondo si riferisce all'indicazione della fascia di età per la quale il giocattolo è stato concepito, aiutando l'acquirente nella scelta. Si tenga presente che questa indicazione non è obbligatoria a meno che non si tratti di un giocattolo "non adatto a bambini di età inferiore ai 36 mesi" per i quali è obbligatoria.

Tale avvertenza, sempre seguita dalle motivazioni del "rischio"

viene solitamente rappresentata con il seguente simbolo grafico. Passiamo ora ad alcune indicazioni di carattere più tecnico che possono essere scoperte "ad occhio nudo" senza bisogno di ricorrere ad un esame di laboratorio.

Le parti che compongono un giocattolo non devono presentare angoli particolarmente sporgenti, bordi taglienti come, ad esempio, sbavature di plastica; punte o spigoli appuntiti; inoltre, se si tratta di un giocattolo meccanico, gli ingranaggi non devono essere accessibili, ad esempio la catena di una bicicletta deve essere protetta per

evitare che il bambino non si impigli con gli abiti o si ferisca.

Nei giocattoli funzionanti a pila e destinati a bambini di età inferiore ai 36 mesi, la batteria deve alloggiare in un vano inaccessibile, generalmente chiuso per mezzo di una vite, che solo un adulto è in grado di aprire. Attenzione: quando si cambiano, le batterie vanno rimesse con la polarizzazione corretta onde evitare il surriscaldamento che può arrivare a temperature di 100°C, con rischio di gravissime ustioni per il bambino.

Accertatevi che le tende da indiano e le cassette all'interno delle quali i bambini possono giocare siano arieggiate e prive di chiusure che possano impedire al bambino di uscire facilmente in caso di pericolo.

Molto importante è verificare che nei giocattoli muniti di stringhe, nastri, corde o lacci in genere questi non abbiano

una lunghezza o uno spessore tale da risultare pericolose: per giocattoli destinati a bambini di età inferiore ai 18 mesi la lunghezza non deve superare i 220 mm e i 300 mm per gli altri giochi.

Attenzione, i palloncini in lattice gonfiabili: se rotti o sgonfi, sono pericolosi perché possono essere ingeriti. Controllate che sulla confezione ci sia la seguente avvertenza "Attenzione, non adatto a bambini di età inferiore agli 8 anni". Anche in casa, durante le feste dei bambini, i palloncini rotti o sgonfi vanno eliminati.

Così come devono essere gettati gli imballaggi: i sacchetti di plastica, se infilati in testa, possono creare rischio di soffocamento, mentre gli altri elementi possono essere ingeriti. Questo elenco dei consigli utili per l'acquisto di un giocattolo sicuro non è esaustivo, ma può essere un buon inizio per prestare più attenzione nella scelta di uno strumento fondamentale per lo sviluppo del bambino.

È importante, infine, porre l'accento su di un aspetto che supera in importanza tutto quello che fino ad ora è stato illustrato: il bambino ha sempre bisogno della presenza dei genitori, quindi giocate con lui.

(nella foto: Giovanni Battista Orsi)





La Musica Intuitiva di KARLHEINZ STOCKHAUSEN

NEL MAGGIO DEL 1968, DOPO ESSERE RIMASTO ISOLATO, A DIGIUNO E IN MEDITAZIONE PER SETTE GIORNI, LA DESCRISSE IN UN CICLO DI QUINDICI ISTRUZIONI ESPRESSE CON UN SUGGESTIVO LINGUAGGIO EVOCATIVO

di Mario Mariotti
info@mariomariotti.eu

Il compositore tedesco Karlheinz Stockhausen (Mödrath, Colonia, 1928 - Kürten, 2007) si impose, fin dall'inizio degli anni '50, come uno dei protagonisti della musica contemporanea attraverso una ricerca che segnò gli esiti più radicali del nuovo pensiero compositivo. All'interno dell'opera caleidoscopica di questa grande figura del XX secolo, animatore tra i più vivaci degli "Internationale Ferienkurse für Neue Musik" di Darmstadt e autore con un percorso molto articolato, si trovano composizioni che partendo da tecniche di scrittura riconducibili ad una fase "puntillistica", con effetto disgregante, dissociativo della serialità integrale in cui le singole note sono trattate come "punti" isolati, in assoluta libertà ed indipendenza, ad esempio in Kreuzspiel (1951), si giunge alla composizione per gruppi "Gruppen-Technik", dove per "gruppo" si intendeva una costellazione sonora percepibile nelle caratteristiche complessive e non analizzabile all'ascolto nelle singole componen-

ti, in cui è centrale l'opera per tre orchestre Gruppen (1955-57) e poi dalla musica elettronica, celeberrimo il Gesang der Jünglinge (1955-56), passando attraverso partiture che contengono un certo grado di indeterminazione (la cosiddetta alea controllata), si arriva a lavori, quale la composizione per sei voci Stimmung (1968), in cui si può trovare una compresenza di serialità e misticismo, due poli proprio nei quali sembra risolversi l'opera stockhauseniana, tra minuziosa progettazione e apertura all'indeterminazione. Al culmine di tale processo di ricerca nel maggio del 1968, dopo essere rimasto isolato, a digiuno e in meditazione per sette giorni, Stockhausen scrisse un ciclo di quindici gruppi di brevi istruzioni espresse con un suggestivo linguaggio evocativo. Nacque così quella che lui stesso definì Musica Intuitiva, in altre parole una forma di improvvisazione musicale basata sulla creazione istantanea guidata dai testi di Aus den Sieben

«HO SCRITTO
DEI TESTI
PER DIRIGERE
L'IMPROVVISAZIONE,
PERCHÉ QUALCHE VOLTA
CON POCHE PAROLE
SI STIMOLANO
I MUSICISTI A FARE
QUALCOSA
DI PURO»

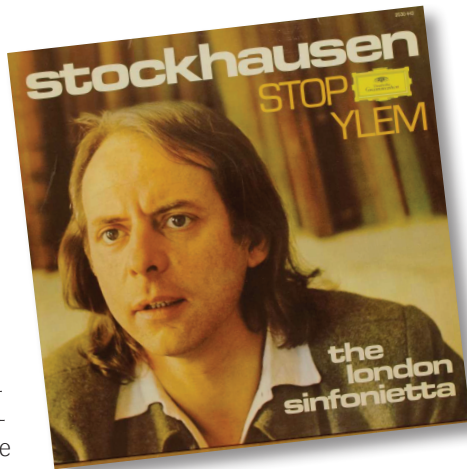
Tagen (1968) e Für Kommende Zeiten (1968-71).

Stockhausen stesso, in un'intervista tenuta da Luciana Galliano nel giugno 1982, rispondendo ad una domanda circa Aus den Sieben Tagen meglio ci fa comprendere il suo "approdo" a questo tipo di tecnica compositiva: «Aus den Sieben Tagen è incentrato sul fenomeno dell'improvvisazione di gruppo. Io ho provato dopo tanti anni di lavoro con un gruppo di interpreti, che hanno suonato con me Mikrophonie, Kontakte, musica elettronica, letteratura per pianoforte, Refrain, Zyklus, a suonare insieme Aus den Siben Tagen.

Non fu facile convincerli a fare questo esperimento. Io dissi: "c'è qualcosa che è possibile creare insieme e che io non posso scrivere"; qualche volta avevamo improvvisato prima e dopo le prove, iniziato a suonare qualcosa così, che avevamo in testa». Prosegue: «ho scritto dei testi per dirigere l'improvvisazione, perché ho trovato che qualche volta con poche parole si stimolano i musicisti a fare qualcosa di molto puro, che contiene pochissimi cliché; suonando Aus den Sieben Tagen abbiamo trovato che esiste un feedback tra i musicisti, è come una spirale: quando uno suona un altro risponde,

un terzo propone una sua risposta o riprende il primo suono, è come una scultura collettiva: due, tre, quattro, qualche volta cinque musicisti ma non di più, finirebbe in un caos». A questo punto la Musica Intuitiva potrebbe sembrare sinonimo di libera improvvisazione, ma l'aspetto di intuizione collettiva legata alla comprensione del testo scritto, l'emancipazione da generi musicali conosciuti e la dimensione meditativa sono particolarmente sottolineati da Stockhausen. Proprio circa l'emergere o meno durante l'esecuzione dei testi di Musica Intuitiva del retroterra codificato dei linguaggi è ancora il compositore stesso: «Veramente compaiono nella musica pochissimi, anche nessun cliché e questo grazie al fatto che abbiamo detto subito che suonare un intervallo è pericoloso, una frase impossibile, solamente suoni isolati: una definizione negativa, quella di non fare qualcosa di conosciuto, è la definizione di suonare intuitivamente».

Prosegue: «Questo periodo mi è servito enormemente per scoprire dei nuovi mondi sonori, soprattutto i lunghi processi che si creano: sono il prodotto di questa fase del suonare intuitivamente in gruppo, come anche la sovrapposizione degli strati sonori. Si creano degli spettri temporali nella musica che non erano ipotizzabili componendo sulla carta». Il 31 luglio del 1969 nel testo di introduzione al programma degli "Internationale Ferienkurse für Neue Musik" di Darmstadt Stockhausen stesso scrive e spiega: «Ho chiamato questa musica "Musica Intuitiva", come risultato della sintonia spirituale dei musicisti derivata dai testi. Il termine improvvisazione non mi sembra appropriato per descrivere ciò che stiamo suonando, dacché l'improvvisazione è sempre associata con l'idea di schemi sottostanti, formule, elementi stilistici. Essa così in qualche modo si muove all'interno di un linguaggio musicale, ancorché un esecutore temporaneamente, durante la cosiddetta "improvvisazione libera", si muova oltre i limiti di tale linguaggio. Io vorrei rendere le persone consapevoli che la Musica Intuitiva emerge più pura possibile dall'intuizione che, in un gruppo di musicisti che suonano in modo intuitivo, è qualitativamente supe-



KARLHEINZ STOCKHAUSEN
NACQUE A MÖDRATH,
NEI PRESSI DI COLONIA,
NEL 1928 E MORÌ
A KURTEN NEL 2007

riore alla somma delle singole "ispirazioni", grazie ad un mutuo feedback. [...] Seppur ogni esecuzione di un testo sia sostanzialmente differente sotto vari aspetti da un'altra possibile esecuzione del medesimo testo, è tuttavia evidente che parecchie interpretazioni dello stesso

testo abbiano certe caratteristiche (musicali/genetiche), in comune. Pertanto il punto è di scoprire, per mezzo di diversi testi, differenti archetipi processi musicali, ciascuno dei quali porti ad un particolare caratteristico evento musicale».

Nello specifico nei due cicli possiamo distinguere i testi Textkompositionen für Intuitive Musik in due serie: la prima comprende i testi che forniscono indicazioni musicali precise ancorché utilizzando un linguaggio extramusicale; la seconda comprende testi che "parlano" all'esecutore mediante delle suggestioni. In entrambi i casi l'interprete deve raggiungere un risultato sonoro privo di cliché e richiami idiomati o stilistici a musiche preesistenti, ricercando la fluidità del dialogo all'interno dell'ensemble e sforzandosi di raggiungere una "rappresentazione" sonora collettiva in cui tutti gli strumenti/partecipanti siano posti sullo stesso piano: ad esempio non si deve creare una linea solistica accompagnata.

kuraray
Noritake

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

TEETHMATE™ DESENSITIZER
La soluzione ideale per risolvere i problemi di sensibilità dentinale



Grazie, Crapanzano

Parliamo di un nostro amico e dei suoi "gialli" milanesi

Dario Crapanzano nasce a Milano nel 1939 e, dopo una vita passata a fare il dirigente di importanti agenzie di pubblicità, decide di scrivere un "giallo". Ed è subito un "caso letterario" perché il suo libro, "Il giallo di via Tadino" si porta rapidamente in testa alle classifiche delle vendite a Milano e le case edi-

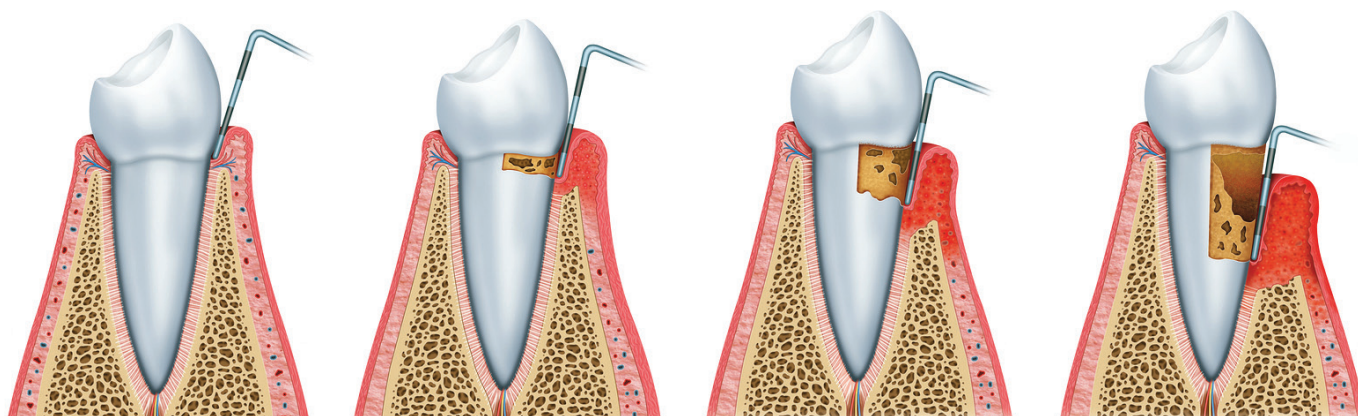
trici importanti cominciano a interessarsi. Poi Crapanzano scrive "La bella del Chiaravalle", e poi "Il delitto di via Brera" e "Arrigoni e il caso di piazzale Loreto" e, adesso, "Arrigoni e l'omicidio di via Vitruvio" e la Mondadori compra i diritti per la pubblicazione. Ma a cosa si deve questo importante successo? Probabilmente al fatto

L'IMPORTANTE DIRIGENTE DI UN'AGENZIA DI PUBBLICITÀ VA IN PENSIONE E DECIDE DI SCRIVERE GIALLI NELLA MILANO DEL DOPOGUERRA. È SUBITO UN SUCCESSO

che sono storie pulite, dove si dedica spazio al protagonista, il commissario capo Arrigon e la soluzione viene ricercata attraverso la riflessione e l'attenzione ai particolari, senza spaccate e mitragliatrici. Ma forse anche all'attenta descrizione di una Milano che non c'è più, una città appena uscita dalle devastazioni della guerra, dove l'uomo del ghiaccio girava a rifornire le massaie, dove le case erano "ca' de ringhera" con un unico bagno sul ballatoio, dove la carne era un lusso da giorni festivi... Una città dove la gente si conosceva, si dava una mano, dove umanità e solidarietà non erano vestiti della festa da portare andando alla Messa. O forse ci sono tante altre spiegazioni per questo successo che ci sfuggono, quello che conta è che questo scrittore ci regala qualche ora di serenità e di piacevole lettura, fuori dal frastuono delle urla dei dibattiti televisivi, dalla volgarità di una politica razzista e becera: grazie Crapanzano.



GlaxoSmithKline



Parodontite: la cura di un'epidemia

Rimini 5-7- marzo 2015

La parodontite è la sesta patologia che colpisce l'umanità e l'Italia continua a essere un Paese ad alta prevalenza di questa malattia di grande rilevanza sociale.

«Ogni giorno nei nostri studi siamo protagonisti dei grandi progressi della Parodontologia moderna, ma la consapevolezza e l'esperienza di ciò che si può raggiungere con una diagnosi precoce, una terapia adeguata e una buona prevenzione secondaria della parodontite rimane limitata a una minoranza della popolazione» spiega Maurizio Tonetti Presidente Sidp. «Abbiamo a disposizione metodi efficaci, efficienti e appropriati per affrontare la parodontite, gestirla, preservare la dentatura e la qualità di vita della stragrande maggioranza dei nostri pazienti ma esistono barriere formidabili che limitano gravemente l'accesso alle cure. Queste barriere non sono solo economiche: preservare la dentatura

COSA FARE a Rimini durante il convegno

La Residenza-fortezza di Sigismondo Pandolfo Malatesta, signore di Rimini dal 1432 al 1468, in piazza Malatesta. È detta "Rocca del Sasso", le tracce più antiche sono visibili nei sotterranei.
Per info: segreteria@fondcarim.it
"La Pescheria vecchia", opera dell'architetto

riminese Giovan Francesco Buonamici. Venne eretta nel 1747. Si presenta come una loggia a due ordini aperta da tre archi a tutto sesto; agli angoli quattro statuette di delfini con zampillo d'acqua (le fontane per pulire il pesce). All'interno lunghi banchi in pietra d'Istria, dove le donne vendevano le poveracce (le vongole).

spesso costa meno che rimpiazzare un singolo dente. È il momento di riscoprire insieme questa malattia e le più moderne strategie cliniche mediante un aggiornamento delle conoscenze fondamentali e una revisione critica di ciò che è realmente utile clinicamente». Il convegno "Parodontite: consapevolezza, innovazione e metodo per la cura di un'epidemia, in sessione congiunta per Odontoiatri e Igienisti Dentali" si svolgerà al Palacongressi.

XIX Congresso Nazionale Coi Aiog

Bologna 13-14 marzo 2015

Hotel Savoia Regency, Bologna

**IL TUO PAZIENTE NEL TEMPO:
MANTENIMENTO,
RIVALUTAZIONE E REINTERVENTO**

La Sessione Odontoiatri si aprirà con la Lectio Magistralis di Laura Strohmenger "I fattori della salute orale, a che punto sono?"

Nel corso della giornata interventi di Federica Demarosi, Clelia Mazza, Leonardo Trombelli, Stefano Parma Benfenati, Massimo Frosecchi, Enrico Cassai, Saverio Mascellani, Fabrizio Bonucci. Nel secondo giorno parleranno Vinio Malagnino, Andrea Guida, Adriano Piatelli, Danilo Di Stefano.

COSA FARE a Bologna nelle serate del convegno

Al Teatro Dehon in via Libia 59 (tel. 051.342934) il 13 marzo 2015, dalle ore 21 va in scena "Segni (e) particolari", un percorso compiuto da Alberto

Patrucco tra le parole e la musica di Georges Brassens. Il progetto si compone di tredici brani, per lo più mai tradotti in italiano prima d'ora.

DOVE ANDARE A CENA a Bologna

"Da Rodrigo" via della Zecca 2. telefono 051.235536
"Da Cesari" via da Carbonesi 8. Telefono 051.237710

Per la Sessione Assistenti parleranno Federica Demarosi, Eleonora Messaggio, Sonia Simonelli, Fulvia Magenga, Alessandra Terzo. Per la Sessione Igienisti, in collaborazione con Aidi, intervengono Marialice Boldi, Viviana Ardizzone, Roberto Salerno, Giuseppe Rocca.

Vitamina D e carie nei bambini



Il lavoro pubblicato ha messo in relazione la carenza di vitamina D durante il 2° o il 3° trimestre di gravidanza e la presenza di carie registrata nei bambini all'età di un anno. Livelli inadeguati di questa vitamina nella gestante possono influenzare la calcificazione degli elementi dentali decidui, predisponendoli a ipoplasia dello smalto e all'insorgenza di lesioni cariose (Early Childhood Caries, ECC).

Lo studio eseguito su un campione di 207 gestanti, provenienti da situazioni economiche svantaggiate, ha previsto un prelievo per la determinazione dei livelli di 25-idrossivitamina D e una visita odontoiatrica all'età di un anno dei nascituri.

Il 33% delle future mamme presentava livelli carenti di tale vitamina. Ipoplasia dello smalto è stata rison-

trata nel 22% dei lattanti, mentre il 23% presentava lesioni cariose; se si prendevano in considerazione anche gli stadi iniziali di patologia (white spot) tale percentuale aumentava al 36%

In conclusione lo studio conferma che bassi livelli materni di vitamina D durante la gravidanza possono avere un'influenza negativa sulla dentizione decidua, che le patologie del cavo orale vadano considerate ed affrontate sempre più in un'ottica generale di salute facendo presente alle future mamme che l'igiene orale deve essere ben curata, i batteri del cavo orale come il temuto streptococco mutans hanno una trasmissione diretta dalla mamma al bimbo con tutte le conseguenze note.

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

PEDIATRICS, 2014-APR 21. PRENATAL VITAMIN D AND DENTAL CARIES IN INFANTS
SCHROTH RJ, LAVELLE C, TATE R, BRUCE S, BILLINGS RJ, MOFFATT ME

NEWS

a cura di Giulio C. Leghissa

Vogliamo ridurre i rischi cardiovascolari? Puliamo i denti

Caula et al. ritornano sull'argomento sull'ultimo numero di Clin Period. Con uno studio che prende in esame 64 pazienti con severa cronica periodontite e giunge, dopo i mesi dal trattamento parodontale, a considerare i valori della proteina C reattiva, del colesterolo, dei trigliceridi. La conclusione è che: «Il trattamento non chirurgico della malattia parodontale produce una riduzione dei livelli dei marker sistemici di infiammazione e migliora il profilo lipidico nei soggetti affetti da severa cronica periodontite».



CAULA AL, LIRA-JUNIOR R, TINOCO EM B, FISCHER RG, «THE EFFECT OF PERIODONTAL THERAPY ON CARDIOVASCULAR RISK MARKERS: A 6 MONTH RANDOMIZED CLINICAL TRIAL». J CLIN PERIODONTOL 2014; 41: 875-882.

a cura di Stefano Cavagna

Materiali dentali con proprietà anti-biofilm

In questo lavoro gli Autori analizzano le capacità degli elementi bioattivi, inseriti nei materiali da restauro conservativi, nei cementi protesici, in endodonzia e la loro capacità di modificare il biofilm superficiale degli elementi dentari trattati. I risultati dimostrano un miglioramento dei materiali di recente introduzione in commercio, la riduzione delle problematiche dovute all'alterazione del normale biofilm con la possibilità di migliorare la sopravvivenza dei restauri mediante l'inserimento di materiali con capacità antibatteriche.

REVIEW DENTAL MATERIALS 30 (2014) E1-E16
DENTAL MATERIALS WITH ANTIBIOFILM PROPERTIES
ZHEJUN WANCA, B, YA SHENA, MARKUS HAAPASALO

Ascesso cerebrale da infezione odontogena: un caso raro

Seppure non frequente, 1 su 100 mila in Usa, l'ascesso cerebrale risulta estremamente importante dal punto di vista della mobilità e della mortalità (range 0-24 per cento). Gli Autori sottolineano l'importanza nella ricerca di affezioni odontoiatriche quiescenti ma potenzialmente responsabili di infezioni a distanza, non solo tramite la via ematica ma anche per contiguità, come nel caso in esame: solo il 13 per cento delle cause di ascesso cerebrale si determinano per via ematica. In letteratura sono riportati 20 casi di derivazione odontogena. Nel caso in esame la coltura batteriologica dimostrò la presenza dello streptococco viridans. L'anamnesi rivelò una storia di dolore cronico con ricorrenti episodi di drenaggio intraorale (fistole) e multiple cure canalari al mascellare superiore destro, sede di riabilita-

zioni protesiche. La visita intraorale evidenziò dolore nella zona molare/premolare del mascellare destro e lieve mobilità. L'allestimento del lembo chirurgico dimostrò la presenza di un cronico tragitto fistoloso e tessuto di granulazione. La coltura batteriologica ne dimostrò in nesso causale. L'estrazione e la terapia antibiotica (metronidazolo e ceftriaxone) assieme al drenaggio cerebrale, portò a guarigione.

a cura di Stefano Cavagna

BRAIN ABSCESS POTENTIALLY SECONDARY TO ODONTOGENIC INFECTION: CASE REPORT
J YANG, S Y LIU, M HOSSAINI-ZADEH, M A POGREL
ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL ORAL RADIOL