

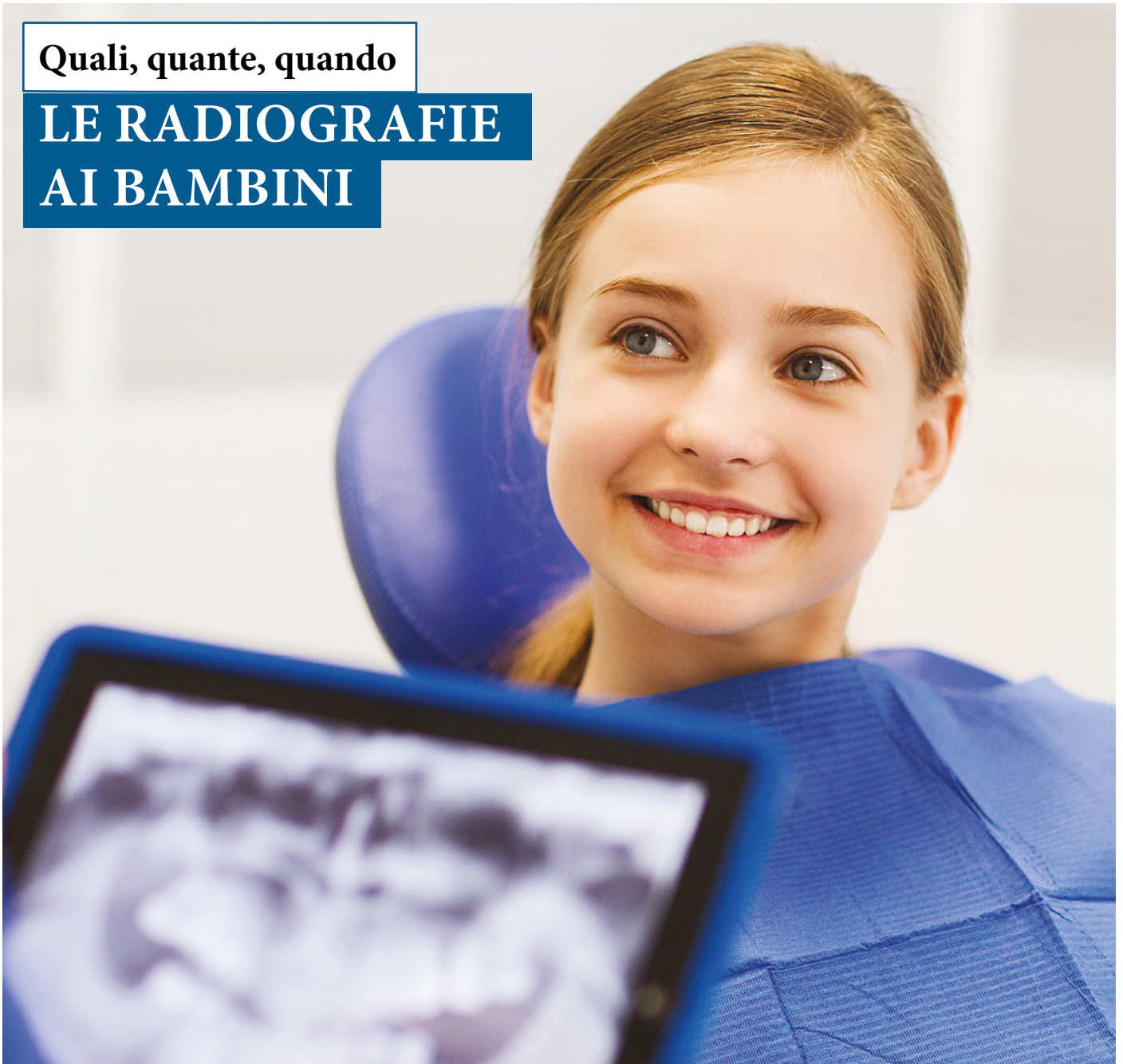
Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 4 - 2019

Quali, quante, quando

LE RADIOGRAFIE AI BAMBINI



Speciale Coi-Aiog
Implantoprotesi:
come e quando
utilizzare il provvisorio

L'edentulismo singolo in zona inferiore da sempre costituisce una sfida per il clinico: ecco le soluzioni possibili

Psicologia

La paura del dentista
e la cura della paura.
Il ruolo dello staff

Gli odontoiatri insieme con tutto il personale presente nello studio possono aiutare il paziente a superarla

Siod-Siaso

C'è un nuovo contratto
per i dipendenti
degli studi dentistici

Sono stati introdotti criteri innovativi anche in materia di assistenza sanitaria. Entrerà in vigore a ottobre

RADIOGRAFIE NEI BAMBINI: QUALI, QUANTE, QUANDO

di Federica Demarosi - MD, DDS, PhD

Oggi in ambito medico e odontoiatrico è sempre più frequente il ricorso alla diagnostica radiologica, sia negli adulti che nei bambini. La protezione sanitaria dei pazienti e di altri individui della popolazione dai rischi derivanti dall'uso di radiazioni ionizzanti a scopo medico è normata dal D. Lgs. 187/00 e successive integrazioni e modifiche. Questa normativa regola anche la diagnostica radiografica impiegata in odontoiatria. L'odontoiatra è l'unico specialista che può avere nel proprio studio apparecchi radiografici e che può eseguire radiografie senza la presenza di un radiologo; secondo la normativa vigente, l'odontoiatra ogni quattro anni ha l'obbligo di seguire un corso certificato in materia di radioprotezione.

Ma, quali sono gli strumenti di diagnosi radiologica presenti negli studi odontoiatrici e quando e come vengono impiegati? Quali sono le indicazioni al ricorso alla radiologia in ambito odontoiatrico e quali nei bambini? Perché ricordiamoci che le radiografie sono esami invasivi, soprattutto nei bambini, poiché possono interagire a livello cellulare. Una risposta a queste domande ci viene dalle più recenti linee guida del Ministero della Salute che hanno l'intento di fornire indicazioni chiare e univoche sui percorsi diagnostici radiologici per la presa in carico di problematiche odontoiatriche negli individui in età evolutiva. In particolare, il documento ha lo scopo di aiutare l'odontoiatra nella scelta delle metodiche diagnostiche disponibili, garantendo altresì il minimo rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti, nel rispetto del principio As Low As Reasonably Achievable (ALARA). Il costo biologico è giustificato solo quando il beneficio che si ottiene, ovvero la diagnosi, è superiore.

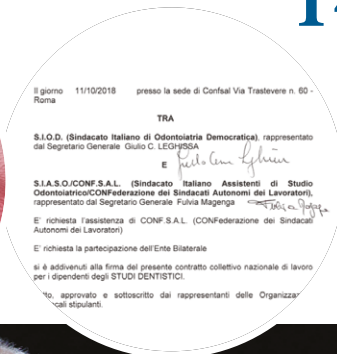
La diagnostica radiologica in odontoiatria è principalmente basata su: radiografia endorale, ortopantomografia, teleradiografia e, più recentemente, sulla cone-beam computed tomography (CBCT). Purtroppo, numerosi studi multicentrici pubblicati negli ultimi anni sottolineano spesso l'utilizzo di parametri radiologici non adeguati nell'esecuzione di radiografie nei bambini. Per esempio, uno studio anglosassone del 2013 ha evidenziato, per gli esami endorali, un superamento del livello diagnostico di riferimento nazionale nel 35% delle modalità operative utilizzate per pazienti adulti e di ben il 61% di quelle impiegate per pazienti pediatriche. Lo stesso lavoro evidenzia come, nonostante l'evoluzione tecnologica dei rivelatori digitali e dei sistemi di collimazione offra la possibilità di significative riduzioni di dose, in molti casi...

(CONTINUA A PAG. 23)

Odontoiatria Team at Work

N. 4 - 2019

4



14

26



- 4 ANALISI DI 1.036 IMPIANTI BONE SYSTEM DOPO VENTI E VENTINOVE ANNI
- 8 IL PROVVISORIO IN IMPLANTOPROTESI: COME UTILIZZARLO, QUANDO E PERCHÉ
- 11 COI-AIOG: IL POSTER VINCITORE
- 12 LA PAURA DEL DENTISTA E LA CURA DELLA PAURA
- 14 FIRMATO L'ACCORDO TRA SIOD E SIAO
- 15 IL TESTO DEL NUOVO CONTRATTO PER I DIPENDENTI DEGLI STUDI ODONTOIATRICI
- 16 IL COLLOQUIO ANTIFUMO
- 21 NEWS - TRONCULARE PIU' EFFICACE? SÌ CON LA PREMEDICAZIONE
NEWS - IMPIANTO IN PIÙ IMPIANTO IN MENO: CHE COSA NE PENSANO I PAZIENTI
- 25 LA DOLENTE UMANITÀ DI CAFARNAO
- 26 L'ULTIMO TOUR DI MARK KNOPFLER
- 27 ANDARE PER RISTORANTI

Il board editoriale



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



BRUNO BRIATA
Odontoiatra



FEDERICA DEMAROSI
MD, DDS, PhD



FULVIA MAGENGA
ASO



MANLIO DI GIOVANNI
Critico musicale

Board Editoriale

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

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

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

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

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

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



Geistlich
Biomaterials



Krugg



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

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

ANALISI DI 1036 IMPLANTI BONE SYSTEM A 20-29 ANNI

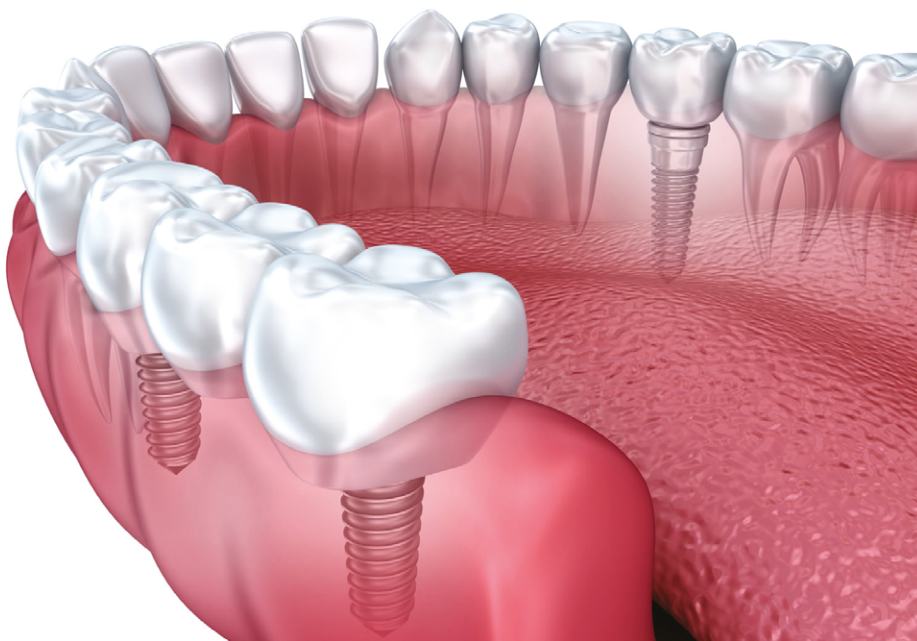
Molti lavori nella letteratura internazionale analizzano i risultati raggiunti, con diverse metodiche implantari, a distanza di 1, 5 e 10 anni, ma solo pochi di questi analizzano i risultati a 20-29 anni dall'intervento

di **Giulio Cesare Leghissa**

ODONTOIATRA

e **Filippo Turchet Casanova**

ODONTOIATRA



Gran parte dei fallimenti degli impianti è legata alle componenti protesiche, ma anche la perimplantite gioca un ruolo decisamente rilevante:

“L’osservazione evidenzia che a 5 anni solo il 61,3% dei pazienti implantari non presenta complicanze. Nell’8,6% dei casi si riscontrano perimplantiti e complicanze ai tessuti molli, nello 0,4% dei casi fratture implantari, nel 7,3% dei casi complicanze alla connessione e nel 14% dei casi complicanze alla sovrastruttura” [3].

La perimplantite è una complicanza molto comune e altamente distruttiva, che porta in tempi rapidi alla perdita dell’impianto. Sappiamo che i pazienti affetti da parodontite sono a maggior rischio di perimplantite: “In paragone con gli edentuli totali e i soggetti parodontalmente sani, i pazienti di questo studio mostrano una elevata prevalenza perimplantare di patogeni anaerobi 3 o 4 mesi dopo l’esposizione degli impianti all’ambiente orale dei pazienti con parodontite” [4].

Dunque si è compreso come sia importante il controllo della malattia parodontale prima dell’inserimento degli impianti e il mantenimento in buona salute dopo, per ridurre il rischio di perimplan-

tite e di perdita dell’impianto [4] [5]. Con il passare degli anni ci si è resi conto che: “Negli anni più recenti l’odontoiatria ha compreso come il mantenimento professionale degli impianti e la attenta cura domiciliare siano i due fattori critici per il successo a lungo termine degli impianti dentali” [6].

Un altro fattore può entrare in gioco nel mantenimento a lungo termine della salute implantare: il rispetto dello spazio biologico. Lo spazio biologico perimplantare è rappresentato, mediamente, da 2-2.5 mm epitelio e solco epiteliale e 1-1.2 mm connettivo, per un totale di 3-3.7 mm. Lo spazio biologico rappresenta la dimensione corono-apicale dei tessuti molli necessaria per la salute perimplantare o parodontale. Sappiamo, infatti, che ogni insulto ai tessuti molli perimplantari si traduce in una migrazione del connettivo a un livello più apicale ai danni dell’osso crestale. È necessario, infatti, considerare le importanti differenze che vi sono tra parodonto e perimplanto:

- nel parodonto le fibre di Sharpey vanno dal cemento all’osso, ancorandosi a entrambi
- nel perimplanto, invece, le fibre col-

lagene circondano l’impianto con una caratteristica disposizione circolare e si dispongono parallelamente all’asse lungo dell’abutment

- la vascolarizzazione della gengiva e del connettivo sopracrestale deriva da due sorgenti diverse: dai vasi sopraperiostali laterali al processo alveolare e dai vasi del legamento parodontale

- i vasi della mucosa perimplantare sono vasi terminali di vasi più grandi provenienti dal periostio dell’osso perimplantare. Nel parodonto sano i due sistemi sono indipendenti e si comportano come circuiti separati. In caso di infiammazione si crea una anastomosi tra i due potenziando le difese. Nella mucosa perimplantare il connettivo sopracrestale è notevolmente meno vascolarizzato rispetto al connettivo laterale al cemento dentale

- in presenza di infiammazione la gengiva parodontale può usufruire di un circolo collaterale proveniente dal legamento. Nella mucosa perimplantare questo non è possibile e quindi viene a ridursi la capacità di mettere a disposizione cellule infiammatorie di difesa in grado di affrontare l’insulto batterico.

- esiste, dunque, una zona più vulnerabile: è l’area tra solco epiteliale e cresta alveolare. Proprio in questa zona molti vanno a posizionare un gap tra impianto e abutment.

È necessario considerare la possibilità che l’inevitabile accumulo batterico nello spazio impianto-abutment, nei sistemi implantari che prevedono un avvitamento nella profondità dello spazio biologico, possa essere fattore contribuyente alle perimplantiti.

“L’influenza del micro-gap tra impianto e abutment è sempre negativa nella misura in cui consente un accumulo batterico e una moltiplicazione dei patogeni. Maggiore è lo spazio disponibile per l’accumulo batterico, maggiore è il riassorbimento osseo che ne consegue. Si può concludere che differenti configurazioni dei micro gap influenzano la gravità e la forma dei difetti ossei perimplantari in impianti posizionati a livello crestale e subcrestale” [7]. Numerosi altri lavori, nel corso degli anni, hanno confermato tali affermazioni: “Indipendentemente

dal tipo di connessione dei due tipi di impianti analizzati, forzati in chiusura (Bicon) o avvitati (Ankylos), questa sperimentazione in vitro mostra penetrazione batterica nell'interfaccia impianto-abutment" [8] [9] [10].

Ecco perché questo articolo presenta la valutazione solo degli impianti Bone System: questa metodica prevede la cementazione del perno moncone all'interno dell'impianto, chiudendo così la possibilità di penetrazione batterica all'interno dello stesso [11].

tre gli impianti posizionati in osso nativo, il gruppo 2, sono stati 618 (colonna a destra).

Gruppo 1: Impianti post estrattivi immediati

Posizionamento

Sono stati posizionati 418 impianti. Di questi, 235 (56,22%) sono stati posizionati nell'arcata superiore, 183 (43,78%) nell'arcata inferiore.

In particolare:

- nell'arcata superiore anteriore (regione

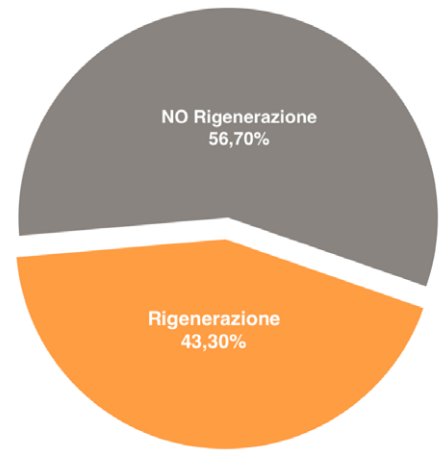


FIGURA 2 RIGENERAZIONE: IMPIANTI POST ESTRATTIVI IMMEDIATI

(GTR) con membrana nel 49,73% dei casi (91 su 183).

Nell'arcata inferiore anteriore è stata eseguita rigenerazione nel 27,27% dei casi (12 su 44).

Nell'arcata inferiore posteriore è stata eseguita rigenerazione nel 56,83% (79 casi su 139).

Complessivamente è stata eseguita la rigenerazione nel 43,30% dei casi (181 su 418).

Gruppo 2: Impianti posizionati in osso nativo

Posizionamento

Sono stati posizionati 618 impianti. Di questi, 309 sono stati posizionati nell'arcata superiore e 309 nell'arcata inferiore. In particolare, nell'arcata superiore anteriore (regione compresa tra gli elementi 1.3 e 2.3) sono stati posizionati 74 impianti (23,95%), mentre nell'arcata superiore posteriore 235 (76,05% degli impianti); nell'arcata inferiore anteriore (regione compresa tra gli elementi 3.3 e 4.3) sono stati posizionati 22 impianti (7,12%) e in quella inferiore posteriore 287 (92,08% degli impianti).

Procedure rigenerative

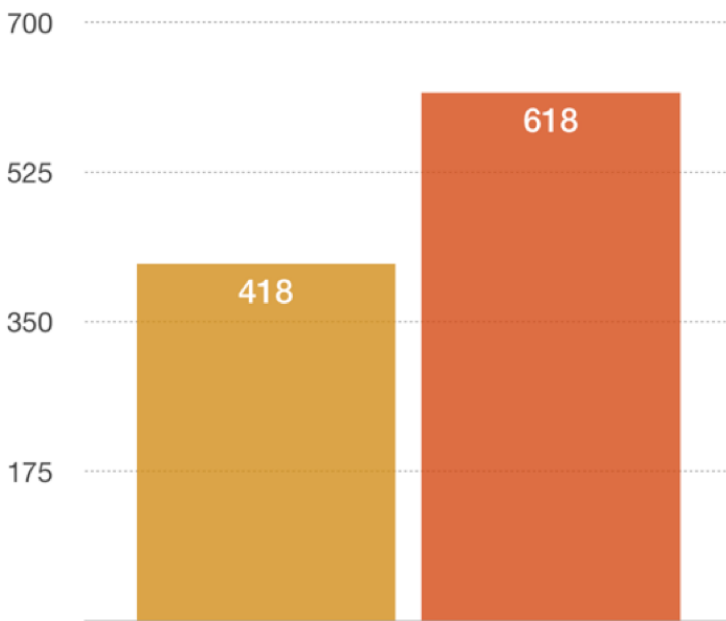
Nell'arcata superiore è stata eseguita una procedura rigenerativa nel 16,83% dei casi (52 su 309).

Nell'arcata superiore anteriore è stata fatta rigenerazione nel 24,32% dei casi (18 su 74).

Nell'arcata superiore posteriore è stata fatta rigenerazione nel 14,46% (34 casi su 235).

Nell'arcata inferiore è stata eseguita una procedura rigenerativa nell'11,65% dei casi (36 su 309).

Nell'arcata inferiore anteriore è stata fatta rigenerazione nel 4,54% dei casi



■ Impianti post estrattivi immediati ■ Impianti posizionati in osso nativo

FIGURA 1 GRUPPO 1 E GRUPPO 2 A CONFRONTO

MATERIALI E METODI

Impianti

In questo studio si sono presi in considerazione gli impianti Bone System posizionati tra il 1990 e il 1999 controllati fino al 2019, per un totale di 1036 impianti.

Tutti gli impianti sono stati controllati per un periodo compreso tra i 20 e i 29 anni (media 25 anni). I controlli sono stati effettuati ogni anno con una visita in studio e ogni due o tre anni con radiografia panoramica. Tutti i pazienti inclusi nello studio hanno fatto una seduta di igiene orale professionale ogni sei-otto mesi. Questi sono i motivi per i quali il numero degli impianti inseriti in questo lavoro si attesta a 1.036: molti non sono stati controllati, per svariate cause, fino al 2018/2019.

Gli impianti inseriti immediatamente dopo l'estrazione, il gruppo 1, sono stati 418 (nel grafico, colonna a sinistra), men-

compresa tra gli elementi 1.3 e 2.3) sono stati posizionati 119 impianti (50,54% degli impianti)

- nell'arcata superiore posteriore 116 (49,36% degli impianti)

- nell'arcata inferiore anteriore (regione compresa tra gli elementi 3.3 e 4.3) sono stati posizionati 44 impianti (24,04%)

- nell'arcata inferiore posteriore 139 (75,96% degli impianti).

Procedure rigenerative

Nell'arcata superiore è stata eseguita la rigenerazione guidata dei tessuti (GTR) con membrana nel 38,30% dei casi (90 su 235).

Nell'arcata superiore anteriore è stata fatta rigenerazione nel 20,17 % dei casi (24 su 119).

Nell'arcata superiore posteriore è stata fatta rigenerazione nel 57,39% (66 casi su 116).

Nell'arcata inferiore è stata eseguita la rigenerazione guidata dei tessuti

(1 caso su 22).

Nell'arcata inferiore posteriore è stata fatta rigenerazione nel 12,19% dei casi (35 su 287).

Complessivamente è stata eseguita la rigenerazione nel 14,24 % dei casi (88 su 618).

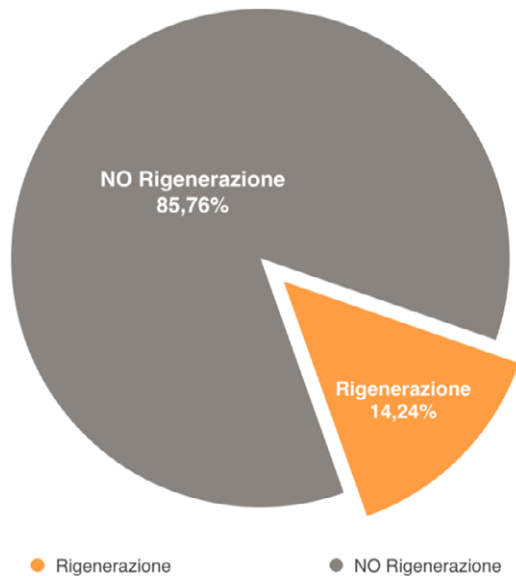


FIGURA 3 RIGENERAZIONE: IMPIANTI POSIZIONATI IN OSSO NATIVO

PROCEDURE CLINICHE

Tutti gli impianti sono stati inseriti previa incisione e scollamento del lembo a tutto spessore.

La sottopreparazione dell'osso è stata eseguita con 3 frese, di diametro crescente, dotate di stop. In caso l'impianto presentasse un diametro di 5 mm, è stata utilizzata una quarta fresa. Ad ogni modo, nessun impianto inserito ha avuto un diametro inferiore a 4,1 mm.

In caso fossero presenti lesioni ossee che richiedevano rigenerazione, è stato valutato se inserire o meno una membrana.

Sappiamo infatti dalla letteratura che se lo spazio tra la parete ossea e l'impianto è minore di 2 mm si può non utilizzare la membrana. Se questo spazio è maggiore di 2 mm o manca una parete ossea si usa la membrana per ottenere l'osteointegrazione dell'impianto [12] [13].

- In presenza di un difetto "Space Making", è stata applicata solamente una membrana.

- In presenza di un difetto non "Space Making", è stata applicata una membrana e un materiale di riempimento del commercio (per esempio osso bovino deproteinizzato) o chips ossee prelevate tramite il filtro dal paziente durante l'osteotomia.

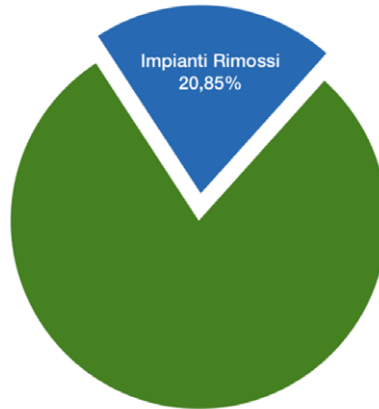


FIGURA 4 IMPIANTI POST ESTRATTIVI IMMEDIATI: RIMOSI ARC. SUPERIORE

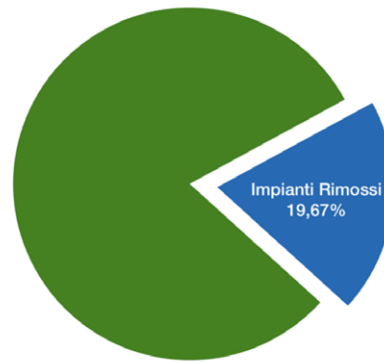


FIGURA 5 IMPIANTI POST ESTRATTIVI IMMEDIATI: RIMOSI ARC. INFERIORE

RISULTATI E DISCUSSIONE

Gruppo 1: Impianti post estrattivi – 418 impianti

Durante il periodo in esame, sono stati rimossi nell'arcata superiore 49 impianti su 235 (20,85% degli impianti). Nello specifico:

- 17 impianti su 119 (14,29% degli impianti) nell'arcata superiore anteriore (da 1.3 a 2.3)
- 32 impianti su 116 (27,59% degli impianti) nell'arcata superiore posteriore.

Durante il periodo in esame, sono stati rimossi nell'arcata inferiore 36 impianti su 183 (19,67% degli impianti). Nello specifico:

- 5 impianti su 44 (11,36% degli impianti) nell'arcata inferiore anteriore (da 3.3 a 4.3)
- 31 impianti su 139 (22,46% degli impianti) nell'arcata inferiore posteriore.

Sopravvivenza

Durante il periodo in esame, la sopravvivenza nell'arcata superiore è di 186 su 235 (79,15% degli impianti). Nello specifico:

- 102 impianti su 119 (85,71% sopravvivenza) nell'arcata superiore anteriore (da 1.3 a 2.3)

- 84 impianti su 116 (72,41% sopravvivenza) nell'arcata superiore posteriore.

Durante il periodo in esame, la sopravvivenza nell'arcata inferiore è di 147 impianti su 183 (79,61% degli impianti). Nello specifico:

- 39 impianti su 44 (88,63% sopravvivenza) nell'arcata inferiore anteriore (da 3.3 a 4.3)

- 108 impianti su 139 (77,69 % sopravvivenza) nell'arcata inferiore posteriore.

La sopravvivenza totale degli impianti post estrattivi immediati è quindi di 333 impianti su 418 (79,67% di sopravvivenza).

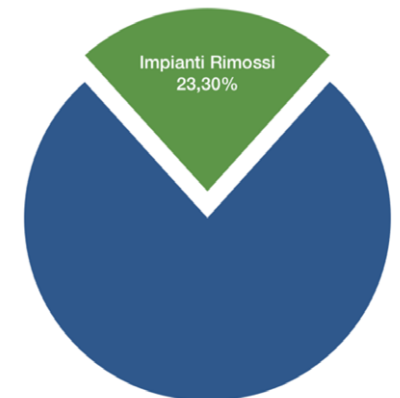


FIGURA 6 IMPIANTI POSIZIONATI IN OSSO NATIVO: RIMOSI ARCATA SUPERIORE

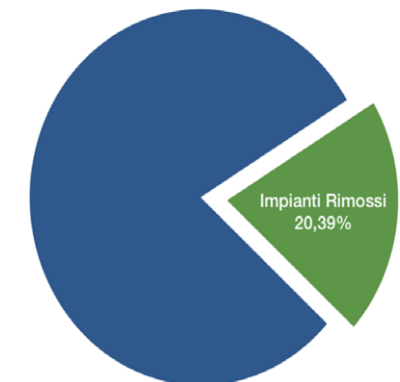


FIGURA 7 IMPIANTI NON POST-ESTRATTIVI: RIMOSI ARCATA INFERIORE

Durante il periodo in esame sono stati rimossi nell'arcata superiore 72 impianti su 309 (23,30% degli impianti). Nello specifico:

- 18 impianti su 74 (24,32% degli impianti) nell'arcata superiore anteriore (da 1.3 a 2.3)
- 54 impianti su 235 (22,96% degli impianti) nell'arcata superiore posteriore.

Durante il periodo in esame sono stati rimossi nell'arcata inferiore 63 impianti su 309 (20,39% degli impianti). Nello specifico:

- 3 impianti su 22 (13,64% degli impianti) nell'arcata inferiore anteriore (da 3.3 a 4.3)
- 60 impianti su 287 (20,91% degli impianti) nell'arcata inferiore posteriore.

Sopravvivenza

Durante il periodo in esame la sopravvivenza nell'arcata superiore è di 237 impianti su 309 (76,70% degli impianti). Nello specifico:

- 56 impianti su 74 (75,68% sopravvivenza) nell'arcata superiore anteriore (da 1.3 a 2.3)
- 181 impianti su 235 (77,02% sopravvivenza) nell'arcata superiore posteriore.

Durante il periodo in esame la sopravvivenza nell'arcata inferiore è di 246 impianti su 309 (79,61% degli impianti). Nello specifico:

- 19 impianti su 22 (86,36% sopravvivenza) nell'arcata inferiore anteriore (da 3.3 a 4.3)
- 227 impianti su 287 (79,09% sopravvivenza) nell'arcata inferiore posteriore

La sopravvivenza totale degli impianti posizionati in osso nativo è quindi di 483 impianti su 618 (78,16% di sopravvivenza).

DISCUSSIONE

Nelle revisioni della letteratura internazionale vengono considerati come orizzonti temporali per la sopravvivenza degli impianti i 5 anni [14] [15], i 10 anni [16] [17] [18], i 16 anni [19], arrivando fino a un massimo di 23 anni [20].

Ciò è attribuibile alla difficoltà di seguire in tempi lunghi un gran numero di pazienti, ma anche alla non sempre corretta tecnica chirurgica, dipendente fortemente dall'operatore, e alla non corretta applicazione di rigorosi programmi di igiene e mantenimento riconosciuti dalla letteratura internazionale [21] e per la gestione di complicanze come la perimplantite [22].

Altro elemento da non sottovalutare è che non molti odontoiatri hanno iniziato la pratica di implantologia

trent'anni fa.

In questo lavoro l'orizzonte temporale è mediamente di 25 anni, con un follow up minimo di 20 anni, e un massimo di 29 anni. Durante questo periodo, il protocollo di richiamo igienico è stato rigoroso e personalizzato per le esigenze del paziente [23], andando a intervenire, ove necessario, in modo non chirurgico o chirurgico [24] [25]. La nostra analisi considera un follow-up medio di 25 anni su un totale di 1036 impianti con superficie ruvida, dividendo i casi in cui l'impianto è stato inserito immediatamente (associato o meno a procedure rigenerative) o inserito in osso nativo (associato o meno a procedure rigenerative). Nell'analisi sono stati considerati esclusivamente impianti di pazienti che si sono sottoposti ai controlli periodici, ai richiami igienici e che avessero un documentato follow-up radiografico.

Complessivamente, il successo a 25 anni è stato del 78,16% per gli impianti inseriti in osso nativo, mentre è stato del 79,67% per gli impianti inseriti immediatamente nel sito post estrattivo.

La sopravvivenza complessiva è del 78,76%.

È stato rilevato un minor numero di impianti rimossi nell'area anteriore mandibolare e nel mascellare anteriore per quanto riguarda gli impianti post estrattivi immediati, mentre per quanto riguarda gli impianti posizionati in osso nativo si è registrato un minor numero di fallimenti nell'area mandibolare anteriore e mandibolare posteriore.

Mancando revisioni della letteratura sul lungo termine (follow-up maggiore di 25 anni), possiamo orientativamente capire quale sia il tasso di sopravvivenza esaminando altri studi retrospettivi.

Uno studio retrospettivo su 223 impianti con superficie ruvida di Horikawa e colleghi riferisce una sopravvivenza complessiva a 10, 15 e 25 anni rispettivamente di 97,4%, 95,4% e 89,8% [26].

Bisogna considerare che nel nostro studio l'orizzonte temporale è sensibilmente maggiore rispetto ad altri lavori in letteratura, con il pregio di attingere a un pool di discrete dimensioni, da un singolo centro (studio privato in Milano, Italia), da un singolo operatore e con un programma di richiamo igienico standardizzato.

Si evidenzia inoltre come nel gruppo degli impianti post estrattivi, ove all'inserimento impiantare è stata

associata nella grande maggioranza dei casi la rigenerazione dei tessuti, la sopravvivenza a lungo termine sia stata maggiore rispetto agli impianti inseriti in osso nativo, i cui siti hanno richiesto rigenerazione in un numero sensibilmente minore di casi. Questo dato concorda con quello riportato dall'analisi retrospettiva di Knöfler, il quale riporta una maggiore stabilità dei siti rigenerati rispetto a quelli non rigenerati [27].

CONCLUSIONI

Ad una maggiore complessità chirurgica si è paradossalmente associato un migliore risultato nel tempo. Tale risultato così positivo (circa l'80% di successo a 25 anni) è da attribuirsi a 3 fattori determinanti:

- 1) La grande qualità del prodotto utilizzato
- 2) Il gap impianto-abutment sigillato dalla cementazione così da impedire passaggio microbico all'interno dello spazio biologico;
- 3) L'attenta e continua azione di igiene professionale e motivazione all'igiene domiciliare.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Schwarz F, Becker J, Civalè S, Sahin D, Iglhaut T, Iglhaut G: "Influence of the width of keratinized tissue on the development and resolution of experimental peri-implant mucositis lesions in humans" *Clin Oral Implants Res* 2018; Jun 29: 576-582.
- [2] Pedersen PH, Lang NP, Muller F: "What are the longevities of teeth and oral implants?" *Clin. Oral Impl. Res.* 18 (suppl.3), 2007; 15-19.
- [3] B.E. Pjetursson, Ken Tan, N.P. Lang, U. Bragger, M. Egger, M. Zwahlen: "A Systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years" *Clin Oral Impl. Res.* 2004; 15: 625-642.
- [4] A. Mombelli, M. Marxer, T. Gaberthuel, U. Grunder, NP. Lang. "The microbiota of osseointegrated implants..." *J.Clin. Periodontol.* 1995; 22:124-130.
- [5] S.Sumida, K.Ishihara, M.Kishi, K.Okuda: "Transmission of periodontal disease associated bacteria from teeth to osseointegrated implant regions" *Int.JOMI* 2002; 17: 696-702.

[CLICCA E LEGGI LA BIBLIOGRAFIA COMPLETA](#)

IL PROVVISORIO IN IMPLANTOPROTESI: QUANDO UTILIZZARLO, COME E PERCHÈ



FILIPPO TURCHET CASANOVA

Odontoiatra in Milano

L'edentulismo singolo in zona anteriore, che da sempre costituisce una sfida per il clinico, può essere gestito con soluzioni di tipo mobile e di tipo fisso.

Una soluzione è la protesi parziale con ganci: mantiene lo spazio per la GBR, ma a causa dei volumi costituisce un significativo discomfort per i pazienti e, a causa dei ganci, è altamente antiestetica.

Una soluzione interessante a basso costo può essere quella del template termoplastato: una mascherina simile a quelle di ordine ortodontico che permette di mantenere la posizione dei denti evitando la migrazione dentale e un'estetica tutto sommato accettabile.

Se invece il paziente ha già un trattamento ortodontico di tipo fisso,

si può pensare di estendere il bandaggio avendo cura di sostituire il filo con uno a sezione quadrata per montare degli elementi di sostituzione che permettano di mantenere lo spazio e l'estetica camuffando perfettamente la lacuna.

Diverso il discorso per una soluzione di tipo fisso: in questo caso possiamo rivolgerci alla protesi adesiva.

Un Maryland Bridge provvisorio può essere incollato agli elementi adiacenti senza bisogno di effettuare preparazioni, quindi con il massimo rispetto dell'economia della sostanza dentaria: questo è stato visto in numerosi casi, citiamo per tutti Foitzik che ha scritto un articolo pionieristico su questa soluzione.

Si potrebbe pensare che due retainers in un Maryland siano migliori di uno solo: in realtà gli studi ci dicono che proprio la configurazione

a un solo retainer è quella che dà i risultati migliori (92,3% contro 73,9%).

La scelta dei materiali è decisamente ampia: si possono usare denti in composito o denti del commercio combinati con alette in metallo o alette in composito, due alette monolaterali o ancora due alette bilaterali.

Il metallo è senz'altro una buona soluzione, perché permette di riutilizzare il manufatto: quindi dopo l'estrazione del dente o l'inserimento dell'impianto per mantenere lo spazio e l'estetica. Questo grazie alla natura del metallo: una volta rimossa la protesi le alette non si spaccano, cosa che invece accade con le alette in composito o in ceramica.

Se l'aspettativa estetica è particolarmente alta si può utilizzare un Maryland in ceramica che richiede una progettazione attenta da parte



del clinico, una gestione delle fasi operatorie molto più lunga a causa del trattamento pre-cementazione adesiva, però il risultato estetico finale è davvero eccellente.

L'introduzione iatrogena di cemento sottogengiva è da evitare: se si decide di cementare un Maryland immediatamente dopo le fasi di chirurgia bisogna porre quindi una particolare attenzione.

Inoltre, il Maryland deve poter essere modificato in sottrazione prevedendo subito dopo l'intervento l'edema post-operatorio che potrebbe andare a comprimere i tessuti.

Anche per l'edentulismo parziale abbiamo diverse soluzioni, di tipo mobile o di tipo fisso: per esempio una protesi con i ganci, che sono sicuramente antiestetici; ganci che possono essere eliminati rivolgendosi a una protesi termoe-

lastica, che offre una buona estetica ma non sempre è realizzabile: è difficile da ribasare, ma può dare ottimi risultati in caso di varianti anatomiche individuali quali tori ed esostosi sui quali i ganci della termoplastica riescono a fare ritenzione.

Altra soluzione per eliminare i ganci può essere quella di fare una protesi in stellite con attacchi a scomparsa: un manufatto complesso che si può realizzare quando la domanda estetica è alta. Ha dalla sua la stabilità ma, va detto, ha un costo che è decisamente impegnativo da sostenere per il paziente: il risultato però è eccellente.

La linea comune che guida tutte queste soluzioni è la non compressione nel sito dove è stata fatta la rigenerazione, quindi l'interfaccia in metallo non potrà mai venire direttamente a contatto con la cresta; dovrà chiudere in resina, così che la

si possa scaricare e interporre del materiale da ribasatura soffice.

Non tutti i casi però possono essere risolti con la protesi rimovibile: per esempio in caso di grave perdita di dimensione verticale, con severi problemi di natura estetica e di parafunzione, ci si può rivolgere al template, ovvero una mascherina in resina totalmente personalizzata, costruita a partire dai dati del paziente (registrazione con arco facciale e impronte di precisione). Il template ha il vantaggio di lavorare su entrambe le arcate e dunque può essere anche provata la nuova dimensione verticale di procedere con qualsiasi intervento.

Se la protesi viene accettata, può essere ribasata e cementata provvisoriamente su preparazioni provvisorie come una protesi tradizionale. Per quanto riguarda le aree edentule, sarebbe ideale inserire gli impianti esattamente nella zona progettata: il template può essere dunque convertito in una mascherina radiografica e dunque in una chirurgica, permettendoci di finalizzare il caso inserendo gli impianti dove li avevamo immaginati.

In caso di edentulismo completo non abbiamo più parametri. Quanti impianti? Dove inserirli? Oltretutto i dati pre-estrattivi non sono sempre affidabili dal punto di vista protesico e possono essere fuorvianti anche per l'inserimento degli impianti.

Dunque si può ripartire dalla protesi totale mobile, confezionando un manufatto che rispetti tutti i principi richiesti.

Progettare una protesi corretta permette il successivo esatto inserimento tridimensionale degli impianti in vista di una riabilitazione che il paziente ha accettato dal punto di vista funzionale, fonetico ed estetico; diventa oltretutto critico capire se il paziente necessiterà nella sua riabilitazione di una componente di gengiva.

Un altro modo per capire se il paziente sarà un candidato a una protesi con più o meno componenti di gengiva rosa si ricava da uno studio di Zitmann e Marinello del 1999 che prende in considerazione una serie di fattori extraorali e intraorali per capire se nella protesi finale non ci sarà la componente ortopedica o se ne sarà presente e in quale quantità. Lo stesso vale per i fattori intraorali.



GIULIO FRANCESCHETTI Odontoiatra in Ferrara

Esistono due tecniche per poter realizzare il provvisorio impianto-supportato, quella diretta e quella indiretta.

La tecnica diretta consiste nell'avvitare un provvisorio direttamente nel sito sopra l'impianto, e ribasarlo. Nelle fasi di inserimento vediamo come la resina polimerizzata a freddo sulla poltrona va a inserirsi in una zona biologicamente delicata all'interno del cono mucoso.

Questa tecnica permette di contenere i costi, è veloce, però presenta aspetti di minore biocompatibilità se comparata a un provvisorio ottenuto da tecnica indiretta.

Questa tecnica prevede di creare in laboratorio un provvisorio, a partire da un'impronta, con una polimerizzazione a caldo della resina. Non solo: se questa tecnica viene utilizzata con lo stesso materiale, il polimetilmetacrilato, ma viene prima associata ad una procedura CAD e CAM, da la possibilità di utilizzare

una resina ancora più biocompatibile garantendo una minore citotossicità e un migliore attacco di cellule. Questo è dovuto al fatto che non ci sono residui di monomero presenti sulla superficie e grazie alla pre-polimerizzazione del materiale.

In questo caso, la colorazione della resina risulta di maggior durata se volessimo, ad esempio, tenere un provvisorio in sede per più tempo.

Possiamo avere essenzialmente un provvisorio cementato e un provvisorio avvitato.

La prima è una procedura mutuata dalla protesi tradizionale, che prevede la realizzazione di una corona che viene poi cementata su un pilastro di vario genere di materiale (titanio, policarbonato).

La seconda tecnica per ritenzione avvitata direttamente sulla testa dell'impianto. Il vantaggio principale del provvisorio cementato è che si può evitare di sostituire i pilastri e dal punto di vista estetico non ci sono fori all'esterno della superficie vestibolare.

Lo svantaggio è che il sistema di

ritenzione è in parte dovuto alla presenza di cemento, seppur provvisorio: è molto delicata la rimozione dei residui nelle zone critiche all'interno del solco perimplantare. Questo può comportare per il clinico l'utilizzo di una tecnica di isolamento del solco perimplantare, per esempio scegliendo il teflon.

Se volessimo condizionare il tessuto perimplantare sarebbe complicato perché i profili di emergenza possono impedire l'ispezionabilità da parte del clinico per rimuovere residui di cemento stesso e se la resilienza del tessuto perimplantare supera la forza di adesione del cemento potremmo andare incontro a una dislocazione del provvisorio. Il vantaggio del provvisorio avvitato è di avere una connessione priva di cemento e di avere una ritenzione conosciuta soprattutto nelle zone in cui lo spazio è ridotto rispetto a un provvisorio cementato. Inoltre, è possibile modificare il profilo di emergenza del provvisorio nel corso delle fasi cliniche e modificare questa zona delicata senza impie-

gare cemento.

Lo svantaggio è soprattutto sul lato estetico. La possibilità di modificare facilmente la zona perimplantare del provvisorio consente di condizionare il tessuto ed è poi facile trasferire il volume tridimensionale del cono mucoso al laboratorio.

Durante le fasi di cementazione una corretta scelta del pilastro ci permette di poter rimuovere il cemento con grande facilità anche in zone particolarmente complesse. In

un caso che coinvolga per esempio l'incisivo centrale, aver trasferito l'esatto condizionamento del tessuto al modello di studio ci permette di misurare non solo la verticalità ma anche lo spessore del cono mucoso: è un aspetto molto importante in caso di utilizzo di una protesi definitiva sia cementata sia avvitata. Sappiamo per esempio che il titanio dà ottime risposte quando ci troviamo al di sotto dei due millimetri soprattutto per quanto concerne estetica

e colore.

È dunque sempre necessario utilizzare un provvisorio?

Dipende molto dal tipo di protesi definitiva che si sceglie, in considerazione del fatto che una protesi cementata può dare maggiori preoccupazioni. La gestione di un corretto profilo di emergenza è intimamente collegata a quello che può essere il controllo delle fasi di cementazione. Per ultima, ovviamente, consideriamo la richiesta estetica del paziente.

SESSIONE POSTER: IL VINCITORE

Dott. Filippo Turchet Casanova, Odontoiatra
ASO Cinzia Artoni
ASO Maria Crupi
ASO Manuela Lai
ASO Fulvia Magenga



XXIII Congresso Nazionale COI AIOG - 2019

Chi è, e come ci si relaziona con il "Paziente Mostro"?

Ogni paziente si può rivelare un paziente difficile.

La professionalità dell'equipe sta nel saper gestire anche tali pazienti, senza che essi costituiscano un problema per l'efficienza dello studio e la serenità del lavoro del team.

Come si individua il "paziente mostro"?

Ogni membro del team può contribuire a inquadrare un paziente difficile; grazie a quali elementi?

- 1. Presentazione:** non stringe la mano, non si separa dagli effetti personali, trascura la propria immagine sociale.
- 2. Mimica e motoria:** può presentare tic, tremori e un generico stato di irrequietezza. Non si stende sulla poltrona e muove le mani continuamente.
- 3. Linguaggio:** comunicazione verbale e paraverbale. Parla velocemente, senza sosta, si guarda in giro preoccupato, evita di incrociare lo sguardo ed assume un atteggiamento di chiusura.
- 4. Ansia e Irritabilità:** sono spesso la conseguenza di fatti negativi nel vissuto del paziente, che ne hanno influenzato il carattere e il rapporto con gli altri.



Cosa possiamo fare ?

Lavoriamo sulle nostre capacità comunicative al fine di stabilire una **alleanza terapeutica**. Dobbiamo infatti incoraggiare il paziente a partecipare al piano di cura, al processo decisionale, ed ottenere il suo consenso.

Una comunicazione efficace **richiede tempo**. Gli appuntamenti devono essere più lunghi, prevedendo un approccio più lento e paziente. La squadra dovrebbe dedicare tempo **all'ascolto** di queste persone.

La squadra si mostra unita e compatta. Bisogna sapere come interagire e per farlo occorre fare delle riunioni che stabiliscano con precisione i ruoli in tali, anomale, dinamiche.

Il Congresso COI-AIOG ha dedicato un'area della sede alla Sessione Poster in cui i lavori in gara sono rimasti esposti per tutta la sua durata.

La struttura richiesta per la partecipazione è quella comune agli articoli scientifici:

- Obiettivi della ricerca
- Materiali e Metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusione

Al vincitore è stato consegnato il Premio Alessandro Melli: con il poster "Chi è e come ci si relaziona con il 'Paziente Mostro'?", hanno vinto il dottor Filippo Turchet Casanova insieme con le ASO Cinzia Artoni, Maria Crupi, Manuela Lai, Fulvia Magenga.

LA PAURA DELLA CURA E LA CURA DELLA PAURA

di Carlo Ferrari

PSICOLOGO

FACEBOOK: CARLOFERRARIPSIKOLOGO

CARLOFERRARIPSIKOLOGO@GMAIL.COM



È una delle emozioni primarie e universali che tutti gli esseri umani, al di là della cultura di appartenenza, esprimono, provano e interpretano allo stesso modo

Qualche settimana fa sono stato invitato a scrivere su questa rivista e, dopo una breve riflessione, ho deciso di scrivere un articolo sulla paura del dentista.

La paura è considerata un'emozione negativa, causata da una minaccia di pericolo, dolore o danno. Tuttavia, la paura cosiddetta "funzionale" è necessaria per la sopravvivenza dell'essere umano, poiché ne garantisce la conservazione. Oltre alla paura "protettiva", esiste la paura "disadattiva", che è un'esagerata reazione a una situazione non potenzialmente pericolosa, dolorosa o dannosa. L'individuo, a causa di questa reazione esagerata, arriva a evitare coscientemente lo "stimolo" spaventante. Questo atteggiamento può diventare così invasivo da rendere impossibile all'individuo lo svolgimento di alcune sue attività o da limitarle fortemente (per esempio, la paura degli aghi, la paura di volare). In questi casi si parla di vere e proprie fobie. Spesso la

fobia è di carattere anticipatorio, cioè non legata a precedenti esperienze dolorose, ma ha una forte componente psicologica, legata alla storia di vita del paziente.

La paura si acquisisce memorizzando l'evento spiacevole in modo da poterlo evitare in futuro. Ciò è possibile in tre modi: sperimentando di persona una situazione traumatica; per imitazione, ascoltando od osservando esperienze altrui, o imparandola da istruzioni e/o informazioni. La gravità della paura dipende dalla pericolosità, dalla durata e dalla frequenza di esposizione allo stimolo e, ovviamente, dalla gravità delle conseguenze negative subite. Nelle fobie entrano in gioco anche altri fattori, come caratteristiche di personalità, traumi irrisolti, difficoltà di gestione delle emozioni...

Una delle paure che può provare una persona è quella del dentista. Questo tipo di paura può essere indotto dalla possibilità di soffrire

durante i trattamenti, ma questo non è tutto. Infatti, nonostante i recenti progressi tecnologici in odontoiatria, volti a ridurre notevolmente la sofferenza dei pazienti, la prevalenza della paura del dentista sembra essere sorprendentemente stabile negli ultimi 30-50 anni (Smith & Heaton, 2003), anche se, in una ricerca condotta in Svezia, si segnala un calo dell'ansia per il dentista tra i ragazzi di 15 anni (Stenebrand, 2015). Questo perché la paura del dentista è dovuta a più paure, come quella di perdere il controllo, dell'ignoto (mancanza di informazioni e/o di comunicazione con il medico), delle procedure invasive, del rumore prodotto da diversi strumenti e del sanguinamento. Inoltre, il paziente si trova in una situazione di parziale immobilità, a volte per lungo tempo, impossibilitato nella comunicazione verbale, può provare difficoltà nella respirazione e nella deglutizione. La bocca, inoltre, è psicologicamente considerata una parte del

corpo da proteggere e quindi tale situazione può portare anche a una sensazione di "invasione" del proprio corpo e quindi di disagio.

Oltre alla paura, esiste anche la fobia per il dentista, che è un'eccessiva paura e terrore verso tutto quello che viene associato indistintamente a qualsiasi cura dentale, anche al semplice controllo di routine, diventando così un'ossessione da indurre il soggetto a procrastinare o addirittura evitare totalmente le cure, fino ad arrivare, a volte, a condizioni di salute irreversibili.

L'altra faccia della medaglia è il fatto che il trattamento dentale a pazienti impauriti diventa impegnativo anche per i dentisti. Spesso l'intervento su pazienti "problematici" diventa fonte di preoccupazione e causa di stress per i loro dentisti. Questi ultimi raccontano che questo tipo di pazienti tende a saltare o cancellare tardivamente gli appuntamenti più dei pazienti non paurosi. Tutto ciò, spesso, fa annoverare i pazienti paurosi tra quelli più difficili da gestire, diventando anche dispendiosi in termini di tempo e redditività (Hill, Hainsworth, Burke & Fairbrother, 2008).

Come si può curare la paura del dentista? Esistono alcune tecniche a disposizione per aiutare il paziente pauroso, che si possono distinguere in farmacologiche e psicologiche e possono essere usate singolarmente o associate a seconda del tipo e della gravità del disagio che il paziente porta.

La farmacologia dispone di varie molecole che possono abbassare i livelli d'ansia, portando il paziente a una migliore accettazione e collaborazione verso l'intervento. Nei casi più problematici si può intervenire tramite la sedazione cosciente.

Tra gli interventi psicologici più comuni cito quello cognitivo-comportamentale, che cerca di ridurre e/o estinguere la paura. Questo tipo di intervento si è rivelato più efficace rispetto all'anestesia generale da uno studio condotto in Svezia (Berggren & Linda, 1984), successivamente confermato da un follow-up a 10 anni (Hakeberg, Berggren & Carlsson, 1990).

Oltre agli interventi prettamente psicologici,

i dentisti, insieme a tutta la loro équipe presente in studio, possono aiutare il paziente pauroso ad alleviare la paura. La competenza dello staff può dare sicurezza al paziente e la sicurezza può diminuire la paura. Un altro aspetto importante riguarda la presa in carico del paziente, attraverso la personalizzazione del trattamento, ascoltando i suoi bisogni, accogliendo i suoi timori e le sue perplessità. Durante la presa visione del consenso informato, il paziente potrebbe richiedere ulteriori spiegazioni, che dovrebbero essere date da personale addestrato all'interazione con il paziente, con una buona capacità empatica, competenza tecnica e in grado di saper usare l'ascolto attivo. Inoltre sarebbe importante evitare tecnicismi e termini allarmanti.

Un aspetto critico è la gestione del dolore, ma se il paziente sa che il dentista farà di tutto per evitare o alleviare il dolore, si affiderà con più tranquillità e sarà più collaborante. Ai pazienti meno avvezzi alla poltrona è possibile spiegare come, negli ultimi anni, i nuovi materiali e le tecniche odontoiatriche abbiano reso il trattamento meno doloroso rispetto a 20 o 30 anni fa (Rosu, Ionas & Ghergic, 2014). Un altro fattore che può abbassare i livelli d'ansia è basato sul design ambientale in senso lato: la cura del dettaglio, l'ordine, la gestione dei rumori, l'insonorizzazione, la musica di sottofondo, i colori usati sulle pareti...

Ora vi racconterò la mia esperienza. Fra poco compirò 57 anni e sono diventato un paziente dei dentisti già in tenera età, più di 50 anni fa. Sono quindi un testimone vivente dei cambiamenti avvenuti negli studi dentistici negli ultimi decenni.

Il mio primo dentista non era nemmeno un dentista, bensì un odontotecnico, ma ricordo che mia mamma si rivolgeva a lui con il titolo di dottore. Nel suo studio usava i trapani a cinghia, aveva poca propensione a praticare l'anestesia, il suo motto era: "Resisti più che puoi, così non ti faccio l'anestesia" e io, con fare stoico, resistevo fino alla fine contro dolori lancinanti. Poi cambiammo e andammo da un vero dentista, ma la tendenza a praticare l'astinenza dall'anestesia era ancora presente.

Quindi uscivo sudato e teso come una corda di violino dallo studio, ogni volta che dovevo fare una piccola otturazione. Ero arrivato a sperare che mi facessero sempre le devitalizzazioni, visto che per quel tipo di intervento l'anestesia era prevista. Qualche anno dopo, quando vidi il film "Il maratonea", capii molto bene la sofferenza del personaggio, interpretato dal fantastico Dustin Hoffman, nella famosa scena della tortura.

Passando gli anni e cambiando altri dentisti, le cose iniziarono ad andare sempre meglio. Ho notato soprattutto un miglioramento nell'approccio verso il paziente e finalmente anche l'uso preventivo dell'anestesia. Nell'ultimo studio dentistico, dove sono finalmente approdato, ho trovato, da parte di tutto lo staff, grande professionalità, capacità di accogliere e di ascoltare con attenzione le istanze del paziente, sia prima che durante l'intervento: per esempio la prima volta mi hanno fatto visitare la struttura e con questo piccolo gesto mi sono sentito accolto. Tutto ciò ha contribuito ad abbassare il mio livello di ansia e a farmi sentire al sicuro. Ora non esco più dallo studio teso come una corda di violino.

BIBLIOGRAFIA

- Berggren, U., & Linda, A. (1984). *Dental fear and avoidance: a comparison of two modes of treatment*. *J Dent Res*(63), 1223-1227.
- Hakeberg, M., Berggren, U., & Carlsson, S. (1990). *A 10-year followup of patients treated for dental fear*. *Scand J Dent Res*(98), 53-59.
- Hill, K., Hainsworth, J., Burke, F., & Fairbrother, K. (2008). *Evaluation of dentists' perceived needs regarding treatment of the anxious patient*. *British Dental Journal*, E13, 442-443.
- Rosu, A., IONAȘ, M., & GHERGIC, D. L. (2014, Oct-Dec). *MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DENTIST-PHOBIA. A CASE REPORT*. *International Journal of Medical Dentistry*, 18(4), p. 333-336.
- Smith, T., & Heaton, L. (2003). *Fear of dental care: are we making any progress?* *American Dentist Association*, 134, 1101-1108.
- Stenebrand, A. (2015). *Dental anxiety among 15-year-olds. Psychosocial factors and health*.



SIOD E SIASO FIRMANO IL CONTRATTO

di **Giulio Cesare Leghissa** - SEGRETARIO GENERALE SIOD (SEGRETERIA@SIOD.IT)
e **Fulvia Magenga** - SEGRETARIO GENERALE SIASO (SEGRETERIA@SIASO.IT)

Firmato Il CCNL per i lavoratori dipendenti degli studi dentistici, tra SIOD (Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica) e SIASO (Sindacato Italiano Assistenti di Studio Odontoiatrico) che scadrà il 10/10/2021. Questo CCNL inserisce nuovi criteri (anche attraverso il successivo accordo, facente parte del CCNL, siglato il 10 maggio scorso).

Sono previsti anche alcuni istituti innovativi quali l'inserimento dell'Ente Bilaterale EBILP. Ecco cos'è e come funziona:

a - L'E.BI.L.P, Ente Bilaterale Nazionale delle Libere Professioni e del Settore Privato, offre ai dipendenti delle aziende iscritte una serie di prestazioni sanitarie fruibili in forma diretta e indiretta. E.BI.L.P ha promosso la "cassa di assistenza sanitaria integrativa" al SSN che, attraverso una rete di strutture sanitarie, eroga servizi sanitari integrativi agli iscritti. (www.ebilp.it)

b - indennità di professionalizzazione ad personam, intesa come riconoscimento delle competenze professionali acquisite nella pratica e nei percorsi formativi certificati dai centri di formazione accreditati;

c - il preavviso attivo, attraverso il quale, in caso di licenziamento non disciplinare, verrà data comunicazione del licenziamento a tutti i soggetti che

hanno la possibilità di favorire nuove opportunità di lavoro, quali l'Ente Bilaterale (EBILP), l'Associazione Datoriale (SIOD), la Federazione Sindacale (SIASO), la Confsal, in modo tale da permettere la ri-occupazione del lavoratore.

d - il welfare, con particolare attenzione alla famiglia. Viene cioè valorizzata la possibilità di contribuire al welfare del dipendente come forma di valorizzazione contrattuale. Tale forma di contributo è completamente scaricabile dall'azienda. La stessa contrattazione collettiva decentrata potrà prevedere nel dettaglio l'articolazione più ampia possibile del cosiddetto welfare di produttività, con il quale deve intendersi ogni forma di premio di risultato che, per scelta espressa del lavoratore, possa essere convertito, per l'equivalente valore monetario, in una prestazione di welfare a beneficio dello stesso lavoratore o dei familiari. A titolo esemplificativo e con elencazione non esaustiva, possono annoverarsi tra queste forme di welfare: la contribuzione aggiuntiva versata alle casse sanitarie, ovvero alle forme pensionistiche complementari, i buoni pasto, i servizi di trasporto collettivo e i rimborsi degli abbonamenti al trasporto pubblico.

e - il premio di risultati collettivo o

individuabile, variabile in base a una serie di indicatori oggettivi. Cosa significa "indicatori oggettivi"? Significa che l'azienda può preparare tabelle attraverso le quali si possa misurare l'impegno.

Questo nuovo CCNL, secondo quello che sostiene anche la Confederazione dei Sindacati Autonomi del Lavoro (Confsal), si rapporta tra le Parti Sociali e ne interpreta le esigenze mettendo a punto una contrattazione equa e basata sulla valorizzazione delle reciproche esigenze:

1 - in questo contratto gli stipendi lordi e gli scatti di anzianità risultano mediamente un po' più alti degli altri CCNL del settore

2 - si premia la formazione, la presenza al lavoro (chi fa poche assenze viene premiato al momento del pagamento della quattordicesima mensilità)

3 - si applica una riduzione della diaria dei primi tre giorni di malattia (detti di carenza in quanto ricadono completamente sul datore di lavoro): il lavoratore percepirà il 95% il primo giorno di malattia, il 75% il secondo giorno e il 95% nel terzo giorno.

Dunque un contratto innovativo che guarda al futuro del rapporto azienda-dipendente e che punta al raggiungimento di una solida e continuativa collaborazione.



ECCO L'ACCORDO PER I LAVORATORI DIPENDENTI DAGLI STUDI DENTISTICI

PARTE I - TITOLO I

Premessa, Quadro Generale,
Finalità del CCNL

Le Organizzazioni Sindacali dei Datori di Lavoro e dei Lavoratori firmatarie ritengono di aver dato, con il contratto, una prima importante risposta alle esigenze, da più parti rappresentate, per un cambiamento della contrattualistica nazionale in un'ottica di rilancio reale dell'occupazione e della recente configurazione del profilo di ASO, fattori indispensabili per una espansione strutturale dell'economia, della produttività del Paese e della sicurezza e salute per il cittadino/paziente e ribadiscono che il CCNL deve essere considerato un complesso unitario e inscindibile. Il Contratto si muove nelle logiche dettate dall'Unione Europea finalizzate al miglioramento dei rapporti individuali e collettivi di lavoro, alla crescita dei livelli occupazionali, alla protezione e sicurezza sociale, per concorrere e formulare e rafforzare le regole di garanzia e di tutela dei processi lavorativi.

Per questi obiettivi le Organizzazioni Sindacali dei Datori di Lavoro e dei Lavoratori svolgono una specifica funzione negoziale nell'ambito del dialogo sociale.

Le Parti concordano, altresì, sulla necessità di affermare la paritaria funzione delle Organizzazioni Sindacali dei Datori di Lavoro e dei Lavoratori sul piano del diritto al lavoro e all'esercizio dell'impresa privata in un contesto di riconosciute libertà associative.

Sulla base di tali principi le Organizzazioni Sindacali dei Datori di Lavoro e dei Lavoratori firmatarie affermano il loro ruolo di stimolo e di controllo sulle politiche sociali e del lavoro, nonché la loro essenziale funzione negoziale nell'ambito del confronto con gli organismi istituzionali, governativi e legislativi del nostro Paese e della Comunità Economica Europea.

È ormai acclarato il ruolo e il valo-

S.I.O.D.
Sindacato Italiano
di Odontoiatria Democratica
Via A. Sant'Elia, 22
20148 MILANO
C.F. 9778550163

S.I.A.S.O.
Sindacato Italiano Assistenti Studio Odontoiatrico
C.so Buenos Aires, 28 - 20124 Milano
• segreteria@siaso.it
p.i.: 05705500964

Il giorno 11/10/2018 presso la sede di Confsal Via Trastevere n. 60 - Roma

TRA

S.I.O.D. (Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica), rappresentato dal Segretario Generale Giulio C. LEGHISSA

E

S.I.A.S.O./CONF.S.A.L. (Sindacato Italiano Assistenti di Studio Odontoiatrico/CONFederazione dei Sindacati Autonomi dei Lavoratori), rappresentato dal Segretario Generale Fulvia Magenga

E' richiesta l'assistenza di CONF.S.A.L. (CONFederazione dei Sindacati Autonomi dei Lavoratori)

E' richiesta la partecipazione dell'Ente Bilaterale

si è addivenuti alla firma del presente contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti degli STUDI DENTISTICI.

Letto, approvato e sottoscritto dai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali stipulanti.

re socio/economico nazionale rappresentato dal Settore attraverso il complesso delle attività professionali esercitate e riferibili sia a quelle ordinistiche sia a quelle non ordinistiche.

In quest'ottica, le Organizzazioni Sindacali dei Datori di Lavoro e dei Lavoratori firmatarie hanno preso atto che le diverse forme di esercizio della libera professione sono allo stato coinvolte da un processo di riforma legislativa, la cui possibile conclusione impegnerà, sia sul versante nazionale che comunitario i diversi soggetti interessati quali, in particolare, le parti sociali, gli Ordini e le Associazioni.

Le Organizzazioni sindacali dei Datori di Lavoro e dei Lavoratori firmatarie si impegnano a porre in

essere iniziative politiche affinché le disposizioni legislative consentano la più ampia valorizzazione del lavoro.

L'analisi della forza lavoro nel Settore si caratterizza per una sua composizione a maggioranza giovanile, femminile e con scolarità medio-alta.

Con spirito improntato alla massima solidarietà tra lavoro e capitale, la stipula di questo contratto, tra le ulteriori e originali soluzioni introdotte, ha pertanto e opportunamente esplicitato innovazioni anche sulla metodologia contrattuale, prevenendo in modo consapevole un duplice livello di contrattazione.

[CLICCA E LEGGI IN DETTAGLIO GLI ARTICOLI DEL CCNL](#)



IL COLLOQUIO ANTIFUMO

Quando si incontra un fumatore, da che parte iniziare? In questo articolo descrivo come ho imparato a procedere a partire dalla mia esperienza decennale presso il Centro Antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori

di **Elena Munarini**

PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA

elena.munarini@istitutotumori.mi.it

Chiaramente una esposizione completa dell'argomento non è affrontabile in un articolo singolo: esistono sul tema trattazioni sistematiche a cui riferirsi (in seguito ne troverete una). Qui mi limiterò a discutere gli aspetti più salienti dal punto di vista psicologico.

Un buon inizio è costituito sicuramente dal mettersi in una disposizione di ascolto che faciliti il nostro ingresso nel mondo della persona che abbiamo davanti. Chiaramente la storia che chiediamo di raccontarci è quella del suo fumare e del suo cercare di smettere, ma è anche possibile che seguendo questa strada ci si trovi a parlare dei diversi altri aspetti della vita: di frequente del rapporto con i genitori, magari con il loro fumare e il loro essersi poi ammalati; ma anche di relazioni di coppia, di figli, di lavoro. Il fumo che aiuta a convivere con un dolore profondo, che colma un vuoto, che cura l'ansia, che resta vicino. Ma anche

il fumo che magicamente trasforma da timidi e impacciati in brillanti conquistatori, che esalta un momento di intimità con sé stessi o con un altro, che apre le porte della creatività. Tante storie e tanti significati del fumare quanti sono i fumatori. E per chi ha il compito di strappare il velo che copre il fatto che cura e magia sono nostre prerogative e non del fumo, altrettanti appassionanti viaggi.

LA STORIA

La prima cosa, quindi, è il racconto della propria storia di fumatori, che può iniziare con il quando si è iniziato a fumare. È un dato rilevante per il clinico, perché ci parla di quanto la personalità dell'individuo sia potuta maturare prima che le sigarette entrassero a far parte delle sue dinamiche. Questo potrà influire sulla maggiore o minore difficoltà a riadattarsi a vivere senza le sigarette. Coloro che iniziano a fumare precocemente, tra i 10

e i 16 anni, hanno solitamente un grado di dipendenza, sia fisica che psicologica, più alto. In questo caso il fumo si è intrinsecamente legato al loro sviluppo: la rivoluzione sinaptica che avviene a livello cerebrale in adolescenza è stata in parte modellata dalla nicotina, le esperienze emotive e relazionali mediate dal fumo. Quando l'iniziazione al fumo avviene in seguito, a partire dai 17-18 anni, parte del processo adolescenziale si è concluso e il fumo inizia a far parte della vita del ragazzo come un supporto ad affrontare le prime sfide da giovane adulto, l'indipendenza, la scelta della strada per diventare adulto. C'è poi chi inizia anche più tardi, ma sono situazioni meno frequenti e di solito legate a qualche situazione specifica: il servizio militare dopo gli studi universitari, e quindi a 25-26 anni; un grande amore fumatore con cui fumare diventa un modo per sentirsi più vicini, oppure invece una separazio-

ne che fa diventare insicuri e spaventati guardando al futuro.

Conoscere il momento di inizio permette di stabilire da quanti anni si fuma: diverso (ma non necessariamente più facile) è provare a smettere di fumare dopo 20-25 anni, rispetto al farlo dopo 40 o 50 anni. Allo stesso modo è utile conoscere il numero di sigarette fumate al giorno e se questo numero è variato negli anni. C'è chi per esempio per molti anni ha fumato 15-20 sigarette e poi per qualche vicenda ha aumentato; chi, per i più svariati motivi, arriva da noi che già da anni ha ridotto magari a 10-12 sigarette; chi non ha mai cambiato le proprie abitudini.

L'altro grande capitolo è costituito dai passati tentativi di smettere. L'indagine su questo tema è per il clinico di grande utilità per affrontare il momento presente. Ci dice da quanto la persona che si rivolge a noi sta "lavorando" sullo smettere, con quanta determinazione, applicazione di strategia, consapevolezza della difficoltà ci ha provato, quanto è arrivato vicino all'obiettivo. Tutto ciò, che per lo più costituisce per chi li ha vissuti dei fallimenti, è, per noi, materiale prezioso: da valorizzare quando ha dato dei risultati, per quanto parziali (per esempio l'aver creato la situazione che si riteneva migliore, come lo smettere in vacanza o in un viaggio di lavoro, l'esser riusciti per svariati giorni o settimane), e da considerare per mettere in evidenza i punti deboli che magari, alla fine, hanno fatto cadere, cedere (ad esempio il diventare intrattabili dal punto di vista relazionale, o la paura di ingrassare legata alla continua necessità di mangiucchiare, l'insorgere di una brutta insonnia, o altro).

Questo è anche il momento in cui di solito emergono le credenze su che cos'è la dipendenza dal fumo. Ancora estremamente diffusa è infatti l'idea che fumare sia un "vizio" e che smettere sia solo una questione di volontà: il fumo non è ancora equiparato, nel pensiero comune, alle altre dipendenze, per cui il fumatore è colpevolizzato per il fatto di non smettere e spesso è il primo a condividere tale pensiero e a non cercare aiuto. In questo momento del colloquio si possono quindi anche trasmettere le informazioni corrette rispetto al tabagismo dando ragione delle difficoltà sperimentate in passato anche in termini di dipendenza fisica e delle sue implicazioni.

OGGI

La seconda parte del colloquio è dedicata a inquadrare la situazione attuale: se è

vero che quello che siamo oggi dipende dalla strada fatta per arrivarci, è anche vero che quello attuale è un momento unico, diverso da tutti gli altri e costituirà il punto di partenza del percorso, nuovo, che si sta per intraprendere. In questa fase il clinico ha un ruolo più attivo ed è molto utile che si possa avvalere di strumenti oggettivi di misurazione della dipendenza che aiutano sia il paziente a essere più consapevole, sia il clinico a formulare la proposta di supporto ritagliata il più possibile su misura.

Lo strumento diagnostico per eccellenza nell'ambito del tabagismo è il test di Fagerström, un questionario standardizzato, breve e semplice (può essere autocompilato a seguito di una rapida spiegazione) che permette un inquadramento del grado di dipendenza fisica. Delle 6 domande 3 riguardano il bisogno di fumare al mattino (tanto è più precoce la prima sigaretta e tanto maggiore il numero di sigarette fumate nelle prime ore dopo il risveglio, tanto più alto sarà il grado di dipendenza fisica), due indagano invece la capacità di resistere in situazioni in cui non si dovrebbe fumare e l'ultima il numero di sigarette. Si ottengono punteggi da 0 a 10 suddivisi in 4 fasce (dipendenza bassa, media, forte e molto forte).

A questo strumento, quando possibile, è utile abbinare la misura del monossido di carbonio nel fiato esalato. Si tratta di un esame estremamente semplice che consiste nel trattenere il fiato per 15 secondi per poi soffiare l'aria trattenuta in un boccaglio. Si ottiene un valore di

monossido di carbonio espresso in parti per milione (ppm) e la relativa percentuale di carbossemoglobina. Il monossido di carbonio e la sua misurazione nell'ambito della smoking cessation è tema ampio: un articolo completo e in italiano si trova sulla rivista Tabaccologia (Zagà V., Misurazione del monossido di carbonio: lo stetoscopio della smoking cessation. Tabaccologia 4-2015, pp. 30-34). In sintesi qui mi limito a dire che il valore ottenuto esprime la dipendenza fisica in termini di quanto la sigaretta viene effettivamente aspirata. Il test di Fagerström ci dice quello che il fumatore sa del suo fumare, il monossido di carbonio permette di vedere che cosa il fumatore effettivamente fa con la sigaretta in mano. Non è raro rilevare una discrepanza tra il valore del test di Fagerström e la misura del monossido di carbonio: si può avere un valore del questionario da alta dipendenza fisica, ma un monossido di carbonio medio o basso, segnale di una dipendenza più gestuale che fisica (accende molte sigarette, ma le aspira poco), così come, viceversa, valori medi o bassi da questionario e molto più alti dell'atteso da monossido di carbonio. L'uso abbinato di questi due strumenti permette di definire meglio il tipo di fumatore che abbiamo davanti, mettere meglio a fuoco le difficoltà e declinare l'eventuale supporto farmacologico in modo al massimo personalizzato.

L'ultimo aspetto da valutare è la motivazione, ovvero quanto la persona che abbiamo di fronte è "pronta" ad agire rispetto al fumo: è decisa a provare a



Biomaterials@Straumann®

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

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



Richiedete le diverse
opzioni disponibili.
Contattate Straumann.



smettere o non riesce nemmeno a pensare di farlo in questo momento e vede come unica possibilità attuale solo la riduzione? Dal punto di vista degli strumenti di "misurazione" del grado di motivazione le possibilità sono diverse: ci sono diversi questionari oppure interviste più o meno strutturate. Come per il monossido di carbonio, per avere un quadro più ampio sul tema della motivazione, si può consultare l'ampia letteratura disponibile. C'è da sapere però che a differenza del test di Fagerstöm, non ci sono al momento strumenti standardizzati che misurino la motivazione, per cui nell'ambito dei diversi indirizzi possibili c'è l'opportunità di declinare questa valutazione a seconda del tipo di operatore, delle risorse di tempo, dell'inclinazione personale, ecc. Quello che mi limito a dire in questa sede è che sulla motivazione si può lavorare, sia al primo colloquio, dove dissipate alcune paure e acquisite nuove nozioni e consapevolezza il grado motivazionale può già cambiare, sia durante un percorso in cui il fumatore "impara" a smettere di fumare, per cui la fiducia di riuscire e le capacità di farlo aumentano gradualmente.

COME ARRIVARE ALL'OBIETTIVO

La figura che si occupa di smoking cessation non può prescindere dalla conoscenza dei meccanismi anche fisici della dipendenza da sigarette e dei farmaci di

supporto alla cessazione. È infatti ormai ampiamente riconosciuto in letteratura il ruolo fondamentale della compensazione dell'astinenza fisica nelle prime settimane e mesi di stop-fumo nell'aumentare le possibilità di successo di un tentativo di smettere di fumare. Nonostante ciò, non di rado ci troviamo ancora di fronte all'affermazione da parte dei fumatori e, peggio ancora, da parte del personale sanitario che li incontra, che smettere di fumare è solo una questione "di volontà" o "psicologica". Quello che ora è il momento di capire è che noi siamo fatti di un corpo le cui dinamiche danno origine a pensieri, emozioni, desideri, decisioni, convinzioni, ecc. Essere in una condizione di astinenza fisica da nicotina ha un'influenza diretta e forte sulle emozioni che proviamo, sulle nostre possibilità di mantenere la determinazione necessaria a non accendere una sigaretta, sul come percepiamo, risorse o fastidio, le persone che ci stanno intorno e così via. Dare a un fumatore la terapia farmacologica più adatta a lui significa metterlo nella condizione migliore di esercitare la sua volontà di smettere di fumare. Certo, si può riuscire a smettere anche senza, così come si può affrontare una salita di montagna con gli infradito, ma perchè farlo?

Inoltre la gamma di farmaci disponibili è andata nel tempo ad ampliarsi fino ad arrivare agli attuali quattro principi attivi (la terapia sostitutiva nicotinicina nei

suoi numerosi formati e poi bupropione, vareniclina e citisina), ognuno con delle caratteristiche che se ben descritte possono costituire per il fumatore una base di sicurezza per superare paure e incertezze e per iniziare il percorso. La paura di ingrassare, la mancanza della gestualità, l'idea di non poter rinunciare al piacere del fumo, la paura di diventare depressi: queste sono solo alcune delle paure che i farmaci, per i loro meccanismi di funzionamento, possono far superare. L'utilizzo dei farmaci non può chiaramente prescindere dalla collaborazione con un medico che possa verificare le loro indicazioni e controindicazioni e fare la prescrizione.

In abbinamento alla terapia farmacologica può essere utile un'attività di supporto psicologico che nella maggior parte dei casi si può limitare a un counseling specifico, in particolare nelle prime settimane di stop-fumo finalizzato a incoraggiare, evidenziare le risorse e dare consigli concreti su come superare i momenti di craving per i primi 3-6 mesi con colloqui o telefonate che vanno gradualmente a diradarsi. Proprio per queste caratteristiche un operatore sanitario, non necessariamente psicologo ma opportunamente formato, può gestire questo tipo di supporto. Esistono poi soggetti che pur volendolo e pur con un'adeguata terapia farmacologica non riescono a smettere e spesso nemmeno a provare a farlo. In questi casi possono invece essere utili dei colloqui con uno psicologo che aiuti il fumatore a mettere a fuoco e a superare il problema. Questi sono spesso casi in cui grazie all'esplorazione del perché non si riesca a smettere di fumare emerge un altro problema, magari non direttamente legato al fumo, ma che impedisce di mettere in campo le risorse necessarie da dedicare al tentativo di smettere. Può essere il caso di una situazione di depressione non riconosciuta, un sentimento pervasivo di impotenza rispetto a diversi ambiti della propria vita o ancora un senso di profonda solitudine, e così via. Casi come questi sono quelli in cui è necessario "sistemare" prima altri aspetti emotivi per essere nelle condizioni di combattere e vincere la propria guerra contro il fumo.

Per una trattazione più dettagliata del tema della smoking cessation in tutti i suoi aspetti consiglio la consultazione delle Linee guida ENSP (European Network for Smoking and Tobacco Protection) recentemente tradotte in italiano a cura della SITAB, Società Italiana di Tabaccologia (www.tabaccologia.it).



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



Il segreto



di uno splendido sorriso



Troncolare più efficace? Sì, con la premedicazione

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Non è sempre facile ottenere una buona anestesia quando si tratta un dente in pulpite irreversibile e spesso la sola infiltrazione locale risulta insufficiente.

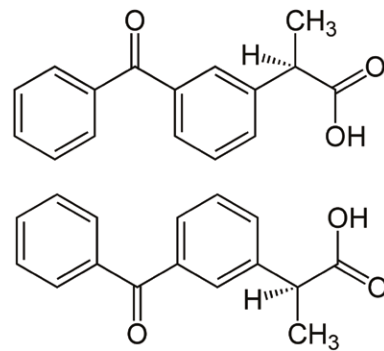
Una revisione sistematica pubblicata sul JOE illustra come sia possibile ottenere un ottimo controllo del dolore facendo assumere 60-30 minuti prima dell'intervento antinfiammatori non steroidei, in particolare Ibuprofene 400 mg, Diclofenac 50 mg o Ketorolac 10 mg e successivamente eseguendo l'anestesia troncolare.

La revisione ha complessivamente considerato studi nei quali è stato considerato l'impiego di un placebo come controllo; nel complesso la qualità dell'evidenza scientifica del lavoro è pertanto molto alta.

Dall'analisi dei risultati inoltre emerge come sia improbabile ottenere nei casi di pulpite una buona anestesia solo con l'infiltrazione anestetica loco-regionale, rendendo altamente raccomandabile la

pratica della premedicazione.

Fonte: Nagendrababu V. et al, Effect of nonsteroidal anti inflammatory drug as an oral premedication on the anesthetic success of inferior alveolar nerve block in treatment of irreversible pulpitis: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis, J Endod 2018; 44: 914-922



Impianto in più, impianto in meno... Che cosa ne pensano i pazienti?

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Un terzo impianto, in corrispondenza della linea mediana mandibolare, può significativamente incrementare la stabilità di una overdenture implantosupportata rispetto alla soluzione standard tradizionale, supportata da due soli impianti.

Ma i pazienti comprendono e sono effettivamente disposti a pagare per una tale aggiunta?

Uno studio pilota pubblicato su Clinical Oral Implant Research ha raccolto l'opinione di 17 pazienti, già portatori di una overdenture supportata da due impianti, ai quali è stato proposto di inserire un terzo impianto per stabilizzare ulteriormente la protesi, premettendo che in questo studio i clinici hanno rilevato in modo statisticamente significativo una diminuzione del movimento anteroposteriore su tre impianti.

I pazienti hanno allo stesso modo percepito una maggior stabilità della protesi, come pure una maggior sicurezza e facilità nel parlare. In generale è stata quindi una soluzione gradita ai pazienti, che ha incontrato le loro aspettative e che consiglierebbero ad altre persone.

Nonostante ciò, meno della metà dei soggetti si è detto disposto a pagare la differenza di costo per l'inserimento e la connessione del terzo impianto, rispetto alla soluzione con due soli impianti. Sarebbe interessante vedere in futuro altri simili studi sulla percezione dei pazienti, in relazione a più grandi numeri.

Fonte: Emami E, Alesawy A, de Grandmont P, Cerutti-Kopplin D, Kodama N, Menassa M, Rompré P, Durand R.

A within-subject clinical trial on the conversion of mandibular two-implant to three-implant overdenture: Patient-centered outcomes and willingness to pay. Clin Oral Implants Res. 2019 Mar;30(3):218-228. doi: 10.1111/clr.13408. Epub 2019 Feb 18. PubMed PMID: 30681193.



Dr. Ciccarelli
dal 1821

S.O.S.[®] DENTI

RIGENERA & PROTEGGE LO SMALTO

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



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

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

COME FUNZIONA:

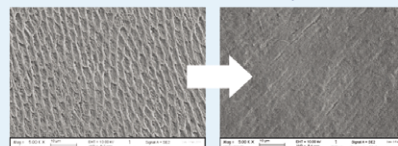
Instant Active Phosphate stimola i fenomeni di rigenerazione e riparazione dello smalto replicando la composizione dei cristalli di calcio presenti sui denti, rilasciando inoltre in modo prolungato ioni fluoro attivi come inibitori della demineralizzazione.



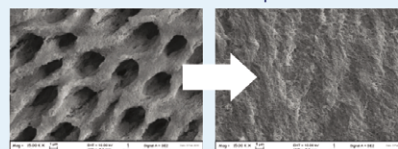
I RISULTATI DEI TEST:

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

Con S.O.S.[®] DENTI DENTIFRICIO dopo 2 settimane.



Con SIERO S.O.S.[®] DENTI dopo 1 settimana.



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

Editoriale (SEGUE DA PAG. 2)

... i parametri tecnici determinino valori di esposizione al paziente superiori a quelli richiesti per ottenere la corretta informazione diagnostica.

Vi è pertanto l'esigenza di definire protocolli di acquisizione con parametri adattati alle ridotte dimensioni e alle esigenze diagnostiche specifiche del paziente pediatrico. Ma che caratteristiche devono avere i protocolli e i parametri di acquisizione relativi agli esami radiodiagnostici in odontoiatria in età evolutiva? La campagna di sensibilizzazione e di educazione alla corretta gestione del rischio radiologico per i pazienti pediatrici, "Image Gently", promossa da associazioni scientifiche di area pediatrica e radiologica statunitensi, sintetizza nei seguenti sei passi i punti chiave per minimizzare la dose nelle pratiche radiologiche dentali in età evolutiva:

- selezione delle immagini radiologiche conformi alle specifiche esigenze del paziente;
- impiego di rivelatori con la massima sensibilità (alta speed nel caso di pellicole o equivalenti sistemi digitali);
- collimazione del fascio radiologico sull'area di interesse;
- utilizzo del collare tiroideo per tutti gli esami endorali e per gli esami extraorali quando non interferisce con la regione d'esame;
- adeguata riduzione dei parametri di esposizione (tempi, intensità di correnti anodiche, ecc.) rispetto ai parametri impiegati per pazienti adulti
- utilizzo della CBCT solo quando necessario.

Quali sono le indicazioni all'impiego di esami radiografici nei bambini?

1. Diagnosi di carie

In tutti i soggetti, quando esiste il sospetto di carie su elementi dentali permanenti, l'esame radiografico di elezione è la radiografia "bite-wing".

Essa ha sufficiente estensione per valutare la corona dei denti permanenti. Una seconda radiografia intraorale periapicale deve essere effettuata se esiste il sospetto di un coinvolgimento pulpare o periapicale da parte del processo settico. Lo stesso principio è da applicare in tutti i soggetti nei quali esista un sospetto di carie in elementi dentali decidui. In entrambi i casi, non sono giustificati altri esami radiografici. La presenza di una tumefazione a carico dei tessuti periapicali di elementi dentali decidui o permanenti giustifica l'esecuzione di un radiogramma di tipo endorale, preferibilmente con centratore. L'esecuzione di esami come la CBCT non è indicato in questa fase diagnostica. In presenza di fistola, la diagnosi richiede una radiografia endorale con l'inserimento di un cono di guttaperca nel tragitto fistoloso. L'esecuzione di un radiogramma a carico di un elemento dentale permanente affetto da un processo settico, a estrinsecazione paramarginale, appare indicata

soprattutto nei pazienti in cui si sia accertato un rischio elevato per patologia parodontale. L'esecuzione di radiogrammi endorali con appositi centratori è indicata per eseguire correttamente una terapia endodontica parziale o totale, un intervento di rigenerazione pulpare o una sagomatura che precede l'otturazione canalare. E' indicato eseguire radiogrammi endorali per valutazioni nel tempo dello stato di salute pulpare o periapicale di denti permanenti che sono andati incontro a terapia conservativa della polpa dentale. I radiogrammi vanno eseguiti a tre mesi dall'evento patologico, a sei mesi, a un anno e, a seguire, annualmente, per i successivi tre anni. E' indicato eseguire radiogrammi endorali per valutare nel tempo lo stato di salute periapicale di denti permanenti - siano essi con apice formato o non formato - sottoposti a terapia endodontica temporanea (apacificazione), rigenerazione pulpare o terapia endodontica definitiva. E' consigliata l'esecuzione di radiogrammi a tre mesi, sei mesi e, a seguire, annualmente, per i successivi tre anni, a seconda della situazione clinica.

2. Ortodonzia e gnatologia

Ai fini di un corretto inquadramento diagnostico ortodontico sono necessarie una radiografia panoramica e una teleradiografia. Limitare la prescrizione della CBCT e, preferibilmente, utilizzare FOV small e FOV medium. L'uso della CBCT per la diagnosi cefalometrica, nei pazienti ortodontici con malocclusione di grado moderato-lieve, è fortemente sconsigliato. La teleradiografia in postero-anteriore, con relativo tracciato cefalometrico, richiede una alta esperienza del clinico. In caso di patologie dei tessuti capsulo-legamentosi dell'ATM (disco e capsula articolare) si raccomanda la prescrizione di un'indagine RM. In caso di patologie della componente ossea dell'ATM, si raccomanda la prescrizione di una CBCT o CT. L'OPT non è di ausilio diagnostico in queste patologie.

3. Patologie della permuta

In caso di sospetta inclusione dentaria, trasposizione dentale, anomalie di numero degli elementi dentali, l'indagine radiologica di I livello deve essere eseguita non prima dei 6 anni. In questi casi, l'ortopantomografia rappresenta il primo esame diagnostico.

4. Traumi

L'ortopantomografia non è indicata in presenza di evento traumatico dentale circoscritto, invece la radiografia endorale periapicale rappresenta il primo step radiologico, spesso conclusivo, in presenza di trauma alveolo-dentale nel paziente in età pediatrica. Sulla base di quanto detto ci si chiede come mai spesso i pazienti arrivino alla prima osservazione con la panoramica già fatta o come mai la radiografia panoramica viene eseguita ruotinarmente in prima visita.

Linee guida nazionali per la diagnostica radiologica odontoiatrica in età evolutiva (www.gov.org).



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

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

BONE[®]
SYSTEM
www.bonesystem.it

LA DOLENTE UMANITA' DI CAFARNAO

di **Giorgio Piccinino**

SOCIOLOGO, PSICOLOGO E PSICOTERAPEUTA



Sicuramente quando leggerete questa recensione il film sarà già uscito dalla programmazione delle sale, ma dovrete poterlo trovare in DVD oppure nei tanti modi che la rete consente. In ogni caso, non perdetelo.

Si tratta di "Cafarnao", un film veramente magnifico che, per tanti motivi, consiglio caldamente e d'altra parte non è un caso che abbia vinto a Cannes il premio della Giuria e sia candidato all'Oscar come miglior film straniero. E speriamo che vinca, così lo riprogrammano nelle sale.

Prima di tutto va detto che Cafarnao non c'entra con i luoghi santi della Galilea dove Gesù fece alcuni miracoli, non fatevi ingannare, non è un film religioso, anche se pervaso da una sguardo umanissimo e compassionevole verso l'ignoranza, i pregiudizi, perfino verso una cattiveria che è, tutto sommato, l'arte di arrangiarsi senza guardare più in faccia nessuno.

Ma forse sono proprio questi ultimi i "peccati" di oggi, non solo in una baraccopoli di Beirut, dove si svolge il racconto.

La regista (giovane e bella libanese già autrice del pure delizioso Caramel), ha saputo girare magnificamente una storia difficile e bellissima di bambini, di genitori

disgraziati (letteralmente), di umanità ferita e indomita, di sfruttamento e bontà, di cattiveria e degradazione, di ignoranza e di assurde decisioni, di immigrazione e di abbruttimento, di fughe e ritrovamenti, di paura e di speranza, di disperazione e gioia irrefrenabile.

La storia è complessa e con notevoli rivoli narrativi, ma tutto gira attorno a un ragazzino di dodici anni, indomito e coraggioso, che si ribella alla sua famiglia e che si ritrova perfino a doversi occupare da solo di un bimbo piccolissimo. Inutile raccontare la trama, sappiate solo che tutto sommato se ci si commuove un po' è perché ancora (quasi) tutti abbiamo un cuore che trepida per le sorti di un'infanzia che può perfino maledire di essere nata.

Naturalmente ho letto che alcuni critici (indovinate di che versante) hanno detto che il film fa leva sui buoni sentimenti e che sfrutta i bambini per suscitare compassione, ecc. ecc. La solita accusa di buonismo, una parola che andrebbe eliminata dal vocabolario, se pure c'è mai entrata.

Come se si potesse descrivere un dramma senza suscitare emozioni coerenti con quanto accade.

Non è comunque un film militante, né

triste, né noioso, non temete, anzi ha un ritmo serrato, situazioni tenere e divertenti, è un film bellissimo, girato con grande professionalità registica, con musiche adeguate e una sceneggiatura perfetta. Non c'è una parola superflua o fuori posto, nessun personaggio inutile, né, nonostante il tema, quel manicheismo superficiale che mette tutti i buoni da una parte e i cattivi dall'altra. E di questi tempi è pure un film utilissimo per come ci fa vedere di cosa parliamo quando parliamo (o sparliamo) di emigrazione, di degrado e di figli messi al mondo dissennatamente.

Personalmente sono uscito dalla sala cambiato ed emozionato, credo che tutti noi da qui, dai nostri ambienti privilegiati e lussuosi, dalle nostre condizioni di vita garantite e felici, se proprio non possiamo fare molto per quella gente, almeno dovremmo essere consapevoli di quanto siamo fortunati e non dimenticare mai cosa conta veramente nella vita, a Milano, a Roma, a Palermo come a Beirut o a Lampedusa o nelle baraccopoli del sud d'Italia dove vivono i nostri nuovi schiavi.

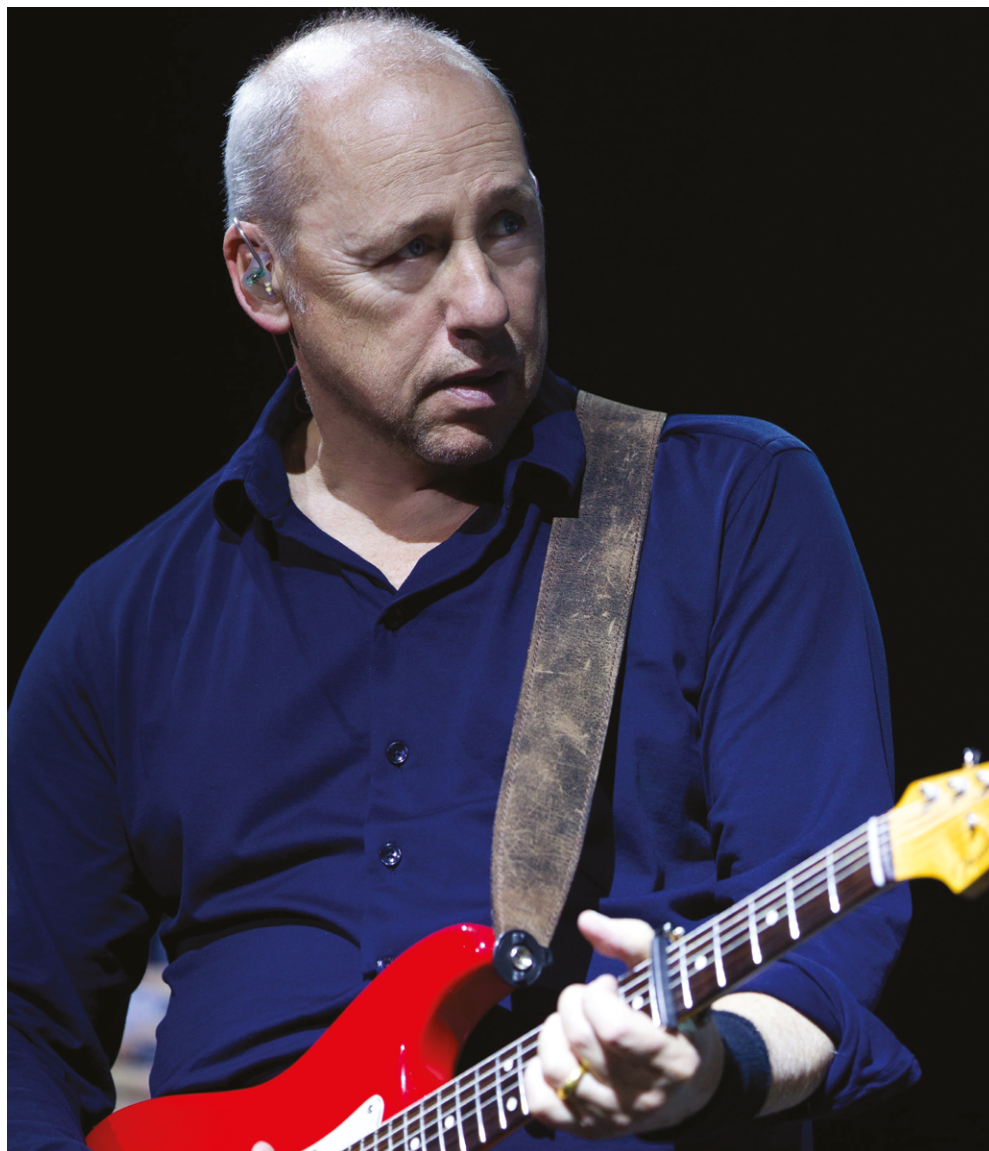
Qualche lacrima val bene una storia così. Fin che ci sono autori e film così si può essere ottimisti.

L'ULTIMO TOUR DI MARK

Knopfler, vicino ai 70 anni, ha deciso che d'ora in avanti non farà più concerti. È stato al Forum di Assago dopo Barcellona, tornerà in Italia a luglio

di **Manlio Di Giovanni**

CRITICO MUSICALE



Lil 25 aprile scorso, Mark Knopfler ha iniziato da Barcellona il suo ultimo tour mondiale. Il musicista inglese va per i 70 e ha deciso che questi concerti, a supporto del suo recente disco *Down The Road Wherever*, saranno gli ultimi dopo oltre 40 anni di attività live. Dopodiché si dedicherà alla sua attività preferita nella fase attuale, ossia quella di singer-songwriter, scrivendo nuove canzoni e pubblicando album ma senza imbarcarsi più in giri del mondo così impegnativi.

Venerdì 10 maggio era in programma al Forum di Assago (Mi) l'unica data italiana di questo primo leg, in luglio tornerà per diversi altri concerti all'aperto: Lucca, Roma, poi Verona prima di volare in America.

Per questo tour di addio (o come ha detto lui stesso in italiano durante lo show, di arrivederci...), Mark ha fatto le cose davvero in grande a partire dai musicisti che lo accompagnano sul palco: oltre al fido collaboratore Guy Fletcher (promosso a musical director) e agli storici 96ers americani, ci sono percussioni e fiati: una vera big band composta di ben 10 elementi.

Il risultato è un sound pazzesco, acustica perfetta per essere in un palazzetto; questa volta c'è anche un impianto luci di livello assoluto: mai visto nulla del genere nei precedenti tour solisti di Mark.

La scelta dei brani in scaletta, spesso criticata in passato per la sua staticità, sembra un

omaggio ai fan che seguono con fedeltà e affetto questo mostro sacro del rock così unico nel panorama attuale.

Come opener c'è la potente *Why Aye Man* che rientra in scaletta dopo parecchi anni; la prima sorpresa è il ripescaggio di *Once Upon A Time In The West*, brano tratto da *Communicué* (secondo disco dei Dire Straits del 1979) e che non veniva eseguito dai tempi di *Alchemy*.

Dell'ultimo disco vengono eseguiti solo un paio di brani, ma questo è diventato normale dato che le due ore di concerto devono celebrare una carriera e un repertorio di centinaia di canzoni. Una di queste però, *Matchstick Man*, è molto significativa perché del tutto autobiografica: è Mark stesso a introdurla raccontando di quando da ragazzo girava in autostop tutta l'Europa armato solo di zaino e chitarra per poi ritrovarsi in totale solitudine nei posti più improbabili come ad esempio il profondo sud dell'Inghilterra (dove è ambientata la canzone) una mattina di Natale.

Ma fare il musicista era fin da allora il sogno più grande della sua vita e questo obiettivo, grazie a una totale dedizione ma anche all'indiscusso talento, è stato raggiunto alla grande.

Altra chicca inserita in scaletta quest'anno è un brano "minore" intitolato *Heart Full Of Holes*, mai eseguita live in precedenza, ma che invece ha una classe infinita e beneficia del nuovo arrangiamento full band.

Un altro picco del concerto è l'immancabile *Speedway At Nazareth*, sempre in scaletta da quando fu pubblicata quasi 20 anni fa e che chiude il set regolare.

Dopo una breve pausa, i bis stasera prevedono il ripescaggio di *Money for Nothing* proprio per celebrare i fasti targati Dire Straits. Poi è il turno della commovente *Brothers in Arms*, con la *Les Paul del '58* che produce note struggenti. Mark alla fine di questo brano appare fisicamente provato ma visibilmente soddisfatto. Il pubblico è ormai in delirio e si è spinto in piedi fin sotto il palco. C'è ancora tempo per l'ultimo brano: anche qui, come da tradizione, è il meraviglioso strumentale *Going Home*, tratto dalla colonna sonora del film (e oggi musical) *Local Hero*.

Alla fine si accendono le luci e la band ringrazia tutti, molti fra il pubblico piangono e salutano la colonna sonora vivente della propria vita. Per chi vuole, Mark e band torneranno in Italia a luglio per una manciata di ulteriori concerti. L'addio è rimandato almeno di tre mesi...

Andando per ristoranti

a cura di Francesco Romano

OSTERIA MERCEDE AL TEATRO MASSIMO

Gia prima dell'unità d'Italia si parlava della necessità per Palermo di un nuovo, spazioso e moderno teatro d'opera, tanto che nel 1859 era stata individuata la zona di piazza Marina come sede del nuovo edificio, da intitolare a Ferdinando II di Borbone. Dopo l'annessione al Regno d'Italia il consiglio comunale identificò invece l'area nella zona di Porta Maqueda, procedendo all'esproprio dei terreni dove sorgevano tre chiese e altrettanti monasteri.

L'inaugurazione avvenne il 16 maggio 1897 con Falstaff di Giuseppe Verdi, opera che ancora non era stata mai eseguita a Palermo. Il teatro Massimo, all'epoca della sua inaugurazione, era con i suoi 7730 metri quadrati di area il terzo teatro più grande d'Europa, secondo solo alle Opere di Parigi e Vienna.

Sito in centro a Palermo, proprio dietro il Teatro

Massimo, troviamo L'Osteria della Mercede, un piccolo ma interessante locale. Piatti di ogni tipo con pesce sempre fresco – è la specialità dell'Osteria - e di ottima qualità. Molto buoni i cocktail di gamberi, il misto di crostacei e le paste fresche, tutte cotte a punto, con vari tipi di pescato. La cosa migliore è lasciarsi guidare dai suggerimenti del personale, sempre attento e disponibile. Una lavagna, quotidianamente aggiornata, riporta in bella vista l'elenco dei piatti serviti, dagli antipasti ai dessert. Ottimo rapporto qualità prezzo. Indispensabile la prenotazione telefonica almeno un paio di giorni prima.

Osteria Mercede, Via Pignatelli Aragona, 52, 90141, Palermo Tel. 091 332243
www.facebook.com/osteriamercede/



LA TRADIZIONE A DUE PASSI DAL CENTRO DI MILANO

a cura di Giulio C. Leghissa

A avete voglia di allontanarvi di pochi chilometri dal centro di Milano ed entrare in una trattoria tradizionale in mezzo al verde e al profumo dei campi? A non più di 15 minuti da Milano, a Gaggiano, c'è La Trattoria del Gallo. Dal 1870 è la trattoria dei milanesi, meta di gite fuori porta, gestita per tre generazioni dalla famiglia Gerli; conserva ancora oggi ricette e calore di un tempo. È a Vigano Certosino nel parco agricolo sud-ovest di Milano: qui, questa antica trattoria è testimone della cultura gastronomica territoriale.

Negli antipasti non fatevi mancare i salumi, i cotechini, l'insalata russa. Prendete tutti i primi che volete, non sbagliate mai. Ma non perdetevi il polletto arrosto con le patate fritte. E lasciate un posticino per i formaggi perché è uno spettacolo vederli e una gioia assaggiarli. Poi fate una piccola pausa e ordinate i cannoncini con la crema. Vale la pena di venire da... Reggio Calabria per assaggiarli.

Sul vino potete farvi consigliare da loro perché sono seri e competenti, ma io andrei su un lambrusco nero come la pece, saporito e fresco.

Trattoria del Gallo Via Privata Gerli, 3
20083 Gaggiano (Mi)
Tel. 02 9085276-
www.trattoriadelgallo.com



LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

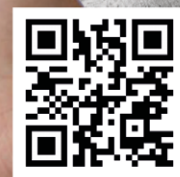
I biomateriali più documentati in un negozio online rinnovato!



SPESE DI SPEDIZIONE OMAGGIO*



EXACTLY
like no other.



www.shop.geistlich.it

*per ordini online non urgenti