

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 7 - 2019



Il successo della rivista

**UN MILIONE
DI GRAZIE**



Il caso

**Mucocele della lingua:
la diagnosi clinica
e l'escissione chirurgica**

Eziologia e patogenesi delle cisti da travaso mucoso e della cisti da ritenzione mucosa:
due tipi di lesioni benigne

Uno studio

**Analisi retrospettiva:
139 impianti Straumann
controllati per 17-22 anni**

Tutti sono stati caricati con protesi in metallo-ceramica e seguiti nel tempo con una visita programmata ogni sei mesi

Confronto europeo

**Riaccendere la luce su
Hiv/Aids e dare nuove
speranze a chi soffre**

L'Italia ha un ottimo sistema legislativo, ma il Piano nazionale di interventi è stato approvato ma non ancora finanziato

Editoriale

Più di 1.000.000 di contatti,
migliaia di "mi piace"
per la nostra rivista

di **Giulio Cesare Leghissa** - ODONTOIATRA

Bruno Briata - ODONTOIATRA

Federica Demarosi - MD, DDS, PhD

Fulvia Magenga - ASO

Che sia un caso? E' possibile, ma è poco probabile. Più verosimilmente abbiamo centrato un sentire comune a molti operatori del settore: odontoiatri, igienisti, assistenti, odontotecnici. Abbiamo cioè battuto costantemente su alcuni elementi che caratterizzano la consapevolezza, o la intuizione, di tanti:

- 1) L'odontoiatria richiede lavoro di squadra affinché tutte le varie figure, ciascuna con le proprie competenze ma in una visione unitaria, contribuiscano a fornire un servizio di qualità.

- 2) L'obiettivo di questo servizio di qualità deve essere la soddisfazione del paziente consapevoli che la soddisfazione del cliente è elemento valutativo della qualità erogata.

- 3) L'obiettivo strategico è quello di creare l'alleanza terapeutica squadra operativa-paziente affinché siano essi stessi i primi a vigilare sulla propria salute orale, anche aderendo alle indicazioni ricevute.

- 4) La strada maestra per arrivare a questi goal si sviluppa attraverso la costante opera di prevenzione:

- a) Prevenzione con attente e sane abitudini di vita ed ecco, per esempio, la lotta al fumo,

- b) prevenzione con monitoraggio costante delle mucose dei pazienti,
- c) prevenzione con costante attività di igiene orale professionale e domiciliare.

Per fare questo è necessario:

- a) formare e motivare costantemente la squadra di lavoro,

- b) realizzare continue campagne di educazione e di partecipazione dei pazienti,

- c) creare ambienti appositamente dedicati alla educazione e alla prevenzione,

- d) avere personale qualificato e motivato che faccia della propria

(SEGUE A PAG. 23)

Odontoiatria Team at Work

N. 7 - 2019

11



14



18



4 UN CASO CLINICO: IL MUCOCELE DELLA LINGUA
DIAGNOSI ED ESCISSIONE CHIRURGICA

6 ANALISI RETROSPETTIVA DI 139 IMPIANTI
STRAUMANN CONTROLLATI PER 17-22 ANNI

11 COM, UN AUTUNNO DI (IN) FORMAZIONE

12 ASO, AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

14 RIACCENDERE LA LUCE SU HIV/AIDS

18 FUMARE, È TEMPO DI SMETTERE,
MA...PER GLI IRRIDUCIBILI...

23 NEWS

27 RISTORANTI: A FIRENZE NON PERDETE BUCA LAPI;
TRA I VIGNETI DELLE LANGHE

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

IL MUCOCELE DELLA LINGUA

di **Federica Demarosi**

MD, DDS, PhD



Mucocele è il termine clinico con cui si identificano la cisti da stravasamento mucoso e la cisti da ritenzione mucosa. Queste due neoformazioni sono lesioni benigne con patogenesi e istopatologia proprie e vengono pertanto considerate come entità separate.

Invece, il termine clinico di “ranula” viene impiegato per i mucoceli che si localizzano specificatamente al pavimento della bocca. La ranula origina dalle ghiandole sottolinguali o sottomandibolari. La ranula origina dalle ghiandole sottolinguali o sottomandibolari e si presenta di solito come una massa fluttuante, unilaterale e morbida. Il nome deriva dalle caratteristiche cliniche e in particolare dal colore bluastrò, paragonato al ventre di una rana. Ranule di grosse dimensioni possono deviare la lingua verso l’alto e medialmente.

CISTI DA STRAVASAMENTO MUCOSO

Eziologia e patogenesi. Le cisti da stravasamento mucoso si formano in seguito alla rottura traumatica di un dotto escretore di una ghiandola salivare, risultante nella fuoriuscita di muco, stravasamento, nel

tessuto connettivo circostante. La conseguenza è una risposta infiammatoria sostenuta inizialmente da neutrofili e, in seguito, da macrofagi. Il tessuto di granulazione forma una parete intorno alla raccolta di mucina e le ghiandole salivari adiacenti subiscono alterazioni infiammatorie. Infine, compaiono processi cicatriziali nel parenchima ghiandola e nei tessuti circostanti.

Caratteristiche cliniche. I mucoceli si riscontrano più frequentemente in adulti e adolescenti. La sede più comune delle cisti da stravasamento è il labbro inferiore (82%), anche se questi mucoceli possono localizzarsi alle mucose geniene (3-4%), alla superficie antero-ventrale della lingua (5%), al pavimento della bocca (6%) e alla regione retro-mandibolare (3-4%). Raramente, sono coinvolte altre sedi probabilmente a causa di una minor esposizione ai traumi. Infatti, il trauma rappresenta il fattore di rischio più importante nell’eziopatogenesi dei mucoceli. Nella maggior parte dei casi il mucocele si presenta come lesione solitaria.

La cisti da stravasamento si presenta come una massa relativamente indolente con su-

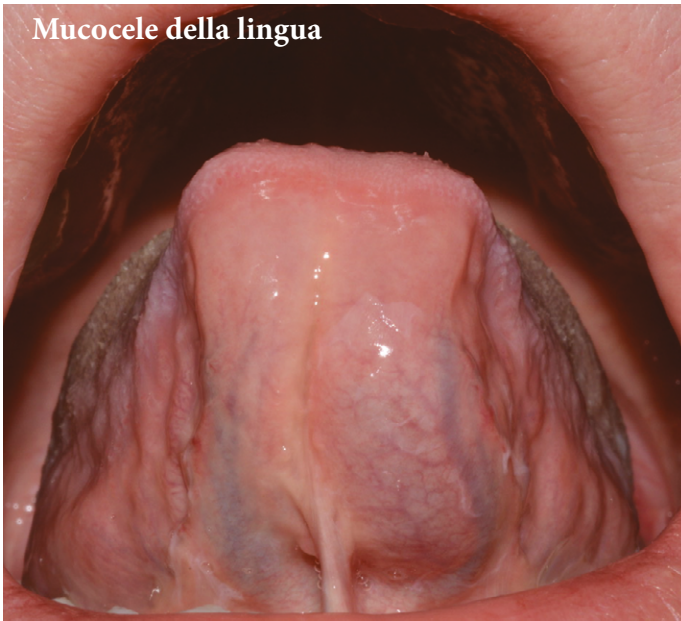
perficie liscia e di dimensioni che variano da pochi millimetri ad alcuni centimetri di diametro. Quando la raccolta di mucina si localizza in superficie, la lesione assume un colore bluastrò.

Trattamento e prognosi. Il trattamento d’elezione della cisti da stravasamento è l’escissione chirurgica. Oltre alla lesione è necessario asportare anche le ghiandole salivari adiacenti per prevenire una recidiva.

CISTI DA RITENZIONE MUCOSA

Eziologia e patogenesi. Le cisti da ritenzione mucosa si formano per la presenza di un ostacolo al deflusso della saliva. L’ostacolo può essere un calcolo del dotto salivare, una cicatrice periduttale o un tumore la cui massa esercita una compressione sul dotto. La mucina ritenuta è circondata dall’epitelio duttale dando alla lesione, osservata al microscopio, l’aspetto simile a una cisti.

Caratteristiche cliniche. La cisti da ritenzione mucosa è meno comune della cisti da stravasamento mucoso. Solitamente si presenta in persone anziane e si localizza più spesso al labbro su-



Mucocele della lingua

Mucocele della lingua
dopo l'operazione

periore, al palato, alle mucose geniali e al pavimento della bocca.

Le lesioni si presentano come un rigonfiamento asintomatico, solitamente non preceduto da un trauma. Le dimensioni variano da 3 a 10 mm e alla palpazione sono mobili e di consistenza aumentata. La mucosa sovrastante è intatta e di colore normale.

Trattamento e prognosi. Il trattamento richiede la rimozione della cisti da ritenzione mucosa e della ghiandola salivare minore associata per evitare la formazione di una cisti da travaso post-operatoria.

CASO CLINICO

Un ragazzo di 23 anni si presenta alla nostra osservazione riferendo la comparsa da circa due mesi di una neoformazione in corrispondenza della superficie ventrale della lingua. Non riferisce sintomi, solo una sensazione di ingombro muovendo la lingua. Riferisce inoltre che la lesione cambia di dimensioni, sia aumentando che diminuendo senza cause apparenti. All'esame obiettivo del cavo orale si osserva una neoformazione di circa 1,5 cm di diametro localizzata nel ventre linguale, di consistenza normale e mobile sui piani profondi.

Si pone diagnosi clinica di mucocele. Si procede all'escissione chirurgica della lesione e delle ghiandole salivari minori visibili in sede operatoria. L'esame istopatologico conferma la diagnosi clinica di cisti da stravasamento mucoso. Nel decorso post-operatorio non vengono segnalati eventi rilevanti. Il paziente verrà monitorato periodicamente per intercettare l'eventuale comparsa di recidive.



Mucocele del labbro superiore

Mucocele del labbro
inferiore

Ranula sul pavimento della bocca

ANALISI RETROSPETTIVA DI 139 IMPIANTI STRAUMANN CONTROLLATI PER 17-22 ANNI

di **Giulio C. Leghissa**
ODONTOIATRA

INTRODUZIONE

L'implantologia si è imposta, nel corso degli ultimi 30 anni, come una tecnica affidabile e predittibile nelle mani dell'odontoiatra, per risolvere numerosi problemi dei pazienti. Si è talmente diffusa che, a volte, alcuni tendono a utilizzare questa soluzione al posto di una attenta e prolungata terapia parodontale. Scelta, questa, assolutamente discutibile sia perché la terapia parodontale di mantenimento, eventualmente associata alla chirurgia parodontale ricostruttiva, consente di ottenere buoni risultati anche a fronte di profonde tasche ossee (1 - 2) sia perché nessuno, a oggi, ha dimostrato essere gli impianti più longevi dei denti naturali, pur parodontosici, quando trattati con attenta e continuativa terapia causale. Tra il 1981 e il 2000 due gruppi di autori hanno seguito per 10 anni la sopravvivenza di molari mascellari che presentavano un interessamento della forca e avevano subito amputazioni. Il primo gruppo (Basten, Carnevale, Svardstrom e Wennstrom) presentava una percentuale attorno al 92-93%. Mentre il secondo gruppo (Langer e

Buhler) che aveva seguito denti con lesioni più severe della forca di 3° grado, indicava una sopravvivenza tra il 62 e il 68%. Si può concludere che il mantenimento di molari che presentano lesioni parodontali con interessamento della forca si aggira attorno al 90% a 10 anni. Naturalmente se questi denti hanno subito anche un trattamento endodontico questa percentuale di sopravvivenza può essere più bassa (3).

Altre ricerche confermano che la presenza di interessamento della forca raddoppia circa il rischio di perdita dei denti per i molari mantenuti in terapia parodontale di supporto per un periodo tra i 10 e i 15 anni. Tuttavia la maggior parte dei molari, anche quelli con interessamento della forca di terzo grado, rispondono bene alla terapia parodontale, suggerendo che ogni sforzo deve essere fatto per mantenere questi denti quando possibile. (4)

E gli impianti quanto durano?

"Recentemente cinque revisioni sistematiche (Lang et al. 2004, Pjetursson et al. 2004, Tan et al. 2004, Jung et al. 2007) hanno presentato i dati della sopravvivenza di impianti suppor-

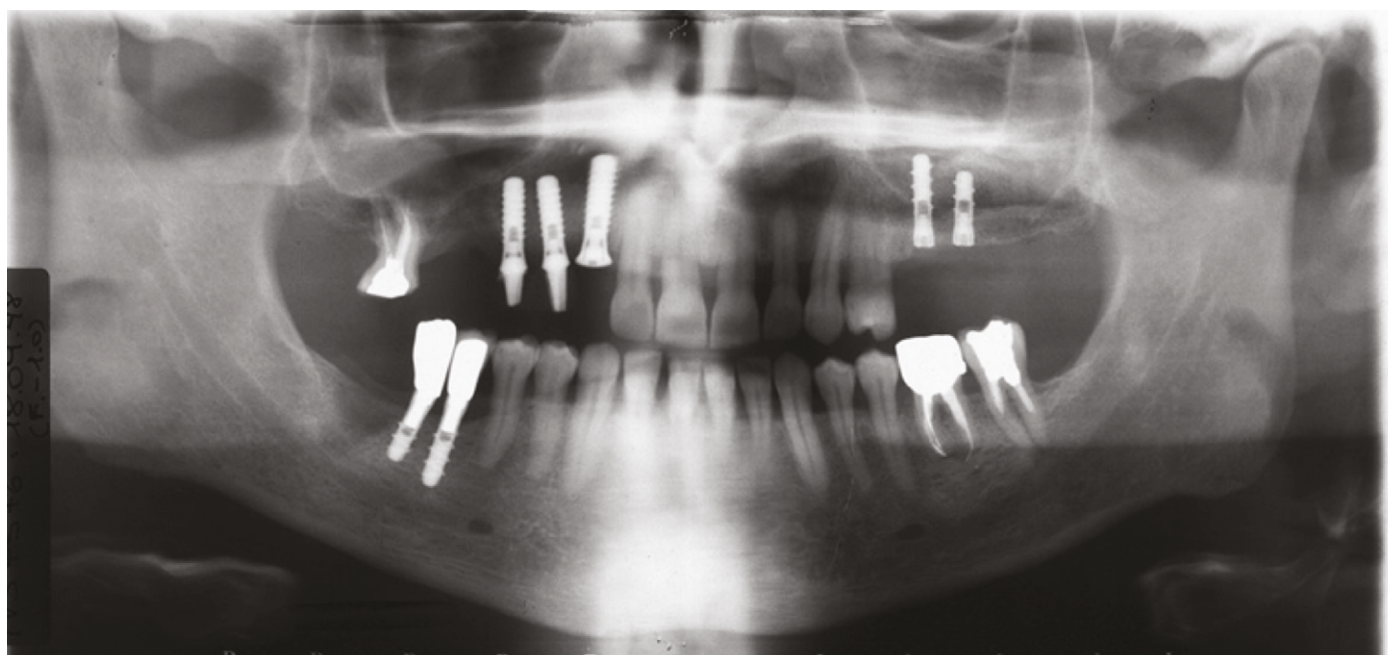
tanti una singola corona protesica, a 5 anni e 10 anni. A 5 anni la percentuale di sopravvivenza risulta essere tra il 95,4% e il 96,5%, ma a 10 anni questa percentuale scende tra l'82,1% e il 92,8%" (5). Dunque non è assolutamente vero che "un impianto è per sempre". Questo tipo di pubblicità può essere valida per i diamanti da regalare alla fidanzata ma rappresenta una informazione del tutto scorretta se si riferisce agli impianti, mentre il paziente ha il diritto di essere informato in modo preciso e corretto.

MATERIALI E METODI

La decisione di utilizzare gli impianti, estraendo dei denti naturali, deve sempre essere ponderata con attenzione. Negli anni tra il 1996 e il 2001 sono stati posizionati 139 impianti Straumann (il numero è decisamente superiore ma questo è il numero degli impianti che è stato possibile controllare periodicamente fino al 2018) su un totale di 46 pazienti (25 femmine e 21 maschi) di età compresa tra i 44 e i 68 anni.

22 di questi pazienti presentavano una anamnesi positiva per pregresse

APPENA INSERITI GLI IMPIANTI
IN 13,14 E 15 (1997)



patologie cardiache come fibrillazione atriale, extrasistole, infarto del miocardio e sono stati monitorati per tutto il tempo dell'intervento con registrazione ECG e pressoria alla presenza di un cardiologo. Tutti i pazienti sono stati anestetizzati con carbocaina+vasocostrittore così come suggerito dalla letteratura (6-7-8).

50 impianti erano post estrattivi immediati e la procedura chirurgica è stata completata con Guided Bone Regeneration: osso bovino (Bio-oss, Geistlich Biomaterials, Svizzera) come riempitore di spazio e membrane riassorbibili (XT4, Gore-Tex, USA). Tutti gli impianti Straumann (lunghezza 10-12-14 millimetri, larghezza 4.1 - 4.8 millimetri) utilizzati erano "Tissue Level".

La scelta di utilizzare solo impianti che abbiano la connessione impianto-abutment fuori dalla profondità del tessuto molle, evitando così di posizionare la connessione nello spazio biologico e, con la connessione, la presenza di gap che si riempiono di batteri, risale fin dall'inizio della mia attività implantare (9). È sembrato fin da subito scelta sbagliata quella di creare una sorta di culla per patogeni proprio nel punto più delicato del sistema e laddove le difese dell'organismo sono minori. L'influenza del microgap 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 microgap influenzano la gravità e la forma dei difetti ossei perimplantari in impianti non sommersi posizionati a livello crestale e a livello subcrestale" (10-11). Tutti i 139 impianti sono stati caricati con protesi in metallo-ceramica e seguiti nel tempo con una visita di controllo ogni 6 mesi, in occasione della periodica seduta di igiene orale professionale. Una ortopantomografia di controllo è stata eseguita ogni 2-3 anni fino al 2018.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Con un follow up di 17-22 anni è stato possibile verificare la stabilità, la assenza o presenza di complicanze, il mantenimento della sovrastruttura

IMPIANTI IN SITU CON ABUTMENT INSERITI PER IL CARICO IMMEDIATO



PROTESI DEFINITIVA (16 IN ESTENSIONE)



SONO PASSATI 17 ANNI, È STATO RIMOSSO IL 17 ELEMENTO NATURALE



LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

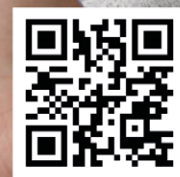
I biomateriali più documentati in un negozio online rinnovato!



SPESE DI SPEDIZIONE OMAGGIO*



EXACTLY
like no other.



www.shop.geistlich.it

*per ordini online non urgenti

protesica, sempre cementata all'abutment.

4 impianti hanno avuto una complicanza importante (perimplantite) e sono stati curati incidendo un lembo, realizzando una accurata detersione dei tessuti e della superficie impiantare e sono stati recuperati.

12 impianti sono stati rimossi nel corso di questi 22 anni, dando così una percentuale di sopravvivenza del 91,37%. Risultato, questo, che si posiziona più in alto delle medie normalmente riportate in letteratura dell'82-92% a dieci anni (5). Questo positivo risultato può dipendere da tre fattori:

- 1) La grande qualità del prodotto
- 2) Il posizionamento del gap impianto-abutment al di sopra dello spazio biologico
- 3) La attenta e continua azione di igiene professionale e motivazione all'igiene domiciliare.

BIBLIOGRAFIA:

1) Leghissa G.C: "ESTRAZIONE E IMPIANTO O CHIRURGIA RIGENERATIVA?" *Odontoiatria: Team at work* 2018; n.5 giugno: 4-7

2) Leghissa G.C, Daniele S: "TERAPIA CHIRURGICA RIGENERATIVA" *Odontoiatria: Team at work* 2018; n. 6 luglio 2018

3) 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

4) Nibali L, Zavattini A, Nagata K, Di Iorio A, Lin G-H, Needleman I, Donos N. "Tooth loss in molars with and without furcation involvement – a systematic review and meta-analysis". *J Clin Periodontol* 2016; 43:156-166

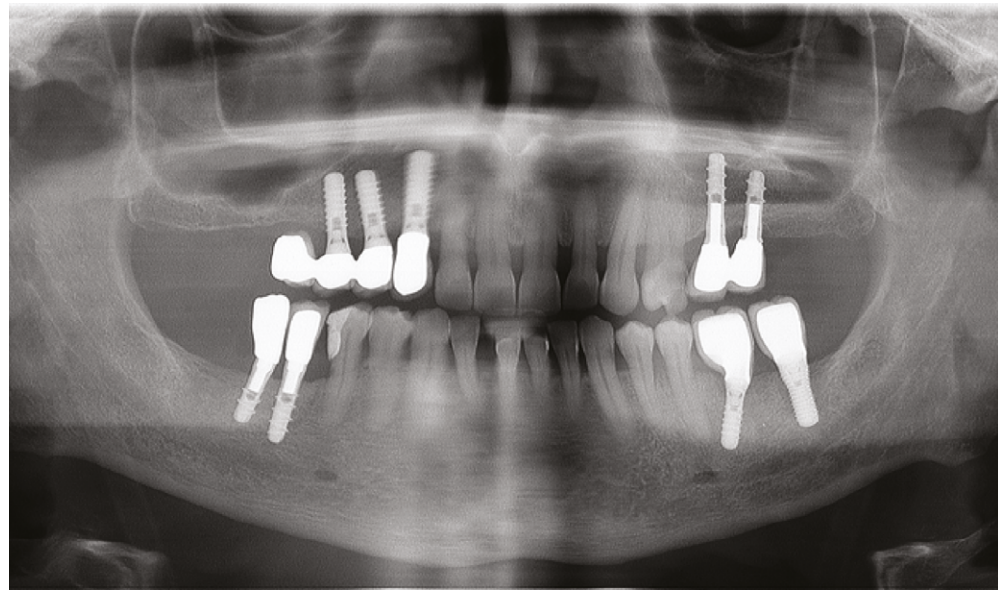
5) Campbell RL, Langston WG, Ross GA: "A comparison of cardiac pressure-rate product and pressure-rate quotient with holter monitoring in patients with hypertension and cardiovascular disease: a follow-up report" *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 125-128

6) Brand HS, Van der wal JH, Palmer-Bouva CC, de Vries DR: "Cardiovascular changes during subgingival debridement" *Int Dental J* 1997; 47(2): 110-4

7) Leghissa G.C, Azzini M: "Vasocostrittore nei cardiopatici" *Implantologia orale* 2000; 5:23-34

8) Piattelli A, Scarano A, Paolantonio M, Assenza B, Leghissa GC, Di Bonaventura G, Catamo G, Piccolomini R: "Fluids and microbial penetration in the internal part of cement-

IMPIANTI IN SITU CON ABUTMEN INSERITI PER IL CARICO IMMEDIATO



retained versus screw-retained implant-abutment connections" *J.Periodontology* 2001; 72:1146-1150

9) Dietmar Weng, DDS, Dr Med Dent1/Maria Josè Hitomi Nagata, DDS, MSc, PhD2/Mattias Bell, DDS, Dr Med Dent3/Luiz Gustavo Nascimento de Melo, DDS, MSc, PhD4/Alvaro Francisco Bosco, DDS, MSc, PhD2 - *Int J Oral Maxillofac Implants.*

2010 May-Jun; 25(3):540-7 - *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2010 May-Jun;25(3):540-7

11) Lopez de Chaves e Mello Dias EC, Sperandio M, Napimoga MH. "Association Between Implant-Abutment Microgap and Implant Circularity to Bacterial Leakage: An in Vitro Study Using Tapered Connection Implants" *JOMI* 2018; 33,3: 505-511.

Dr. Cicarelli
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 Cicarelli, 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. Cicarelli ha trovato la soluzione**, un utilizzo combinato di siero e dentifricio con Instant Active Phosphate che favorisce la rigenerazione dello smalto.

COME FUNZIONA:

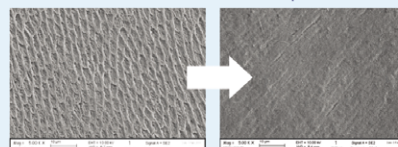
Instant Active Phosphate stimola i fenomeni di rigenerazione e riparazione dello smalto replicando la composizione dei cristalli di calcio presenti sui denti, rilasciando inoltre in modo prolungato ioni fluoro attivi come inibitori della demineralizzazione.



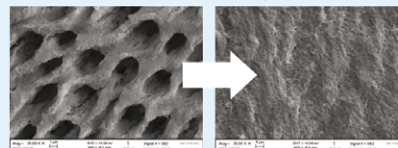
I RISULTATI DEI TEST:

“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

COM, UN AUTUNNO DI (IN)FORMAZIONE

28 SETTEMBRE

ADEMPIMENTI PRIVACY

Roberta Pegoraro

Il Nuovo regolamento Europeo è uno degli adempimenti più complessi da evadere. Pubblicato in Gazzetta Europea il 4 maggio del 2016 è diventato di diretta applicazione in tutti gli Stati Europei il 25 maggio 2018 ed è stato recepito in Italia con il Decreto Legislativo 10 agosto 2018 nr. 101. Basato sul principio dell'Accountability (responsabilità e affidabilità) implica che il titolare dei dati sia in grado di garantire la tutela dei dati della persona fisica, e di rispondere della corretta applicazione del Regolamento ad eventuali Organi di Vigilanza: nella fase di trattamento, nella fase di eventuale trasferimento, nella fase di archiviazione, in tutto il ciclo di vita della documentazione, a prescindere che questa sia analogica o digitale. Il 7 marzo 2019 il Garante della Privacy ha fornito dei chiarimenti sull'applicazione del GDPR in ambito sanitario ed ora il quadro dell'applicazione e delle responsabilità è definitivamente chiarito.

[PER INFO E ISCRIZIONI CLICCA QUI](#)

11 OTTOBRE

IL RIALZO DEL SENO MASCELLARE PER VIA LATERALE E CRESTALE: DALLA A ALLA Z (LIVE SURGERY)

Vincent Rossi

Il rialzo del seno mascellare, sia con approccio laterale che crestale, rappresenta oggi una valida e predicibile tecnica chirurgica rigenerativa che permette l'inserimento di impianti anche in zone di grave atrofia ossea del mascellare superiore. Queste tecniche tuttavia non sono scevre da possibili complicanze intra- e post-operatorie, se non programmate e gestite correttamente in tutte le loro fasi. Durante la giornata di corso si approfondiranno entrambe le tecniche, dalla pianificazione dell'intervento alla gestione delle complicanze postoperatorie. Sia da un punto di vista teorico che pratico. I corsisti avranno la possibilità seguire via monitor un intervento con approccio laterale ed uno con approccio crestale da parte del relatore.

[PER INFO E ISCRIZIONI CLICCA QUI](#)

19 OTTOBRE

COMUNICAZIONE EFFICACE: STILE & SOSTANZA

Paola Velati

È un workshop sulla comunicazione e sulle abilità comunicative, ricco di spunti pratici, tecniche semplici immediata-

mente applicabili ed esercizi.

Per descrivere il workshop, partiamo dall'analisi del sottotitolo: cosa s'intende per "Stile" e cosa s'intende per "Sostanza". Il termine "Sostanza" si riferisce al contenuto della comunicazione, ad esempio le competenze tecniche, qualunque esse siano: il cosa.

Il termine "Stile" si riferisce allo stile comunicativo attraverso il quale il contenuto, ad esempio le competenze tecniche, viene veicolato o trasferito: il come. Come testimonial dell'importanza dello stile comunicativo abbiamo scelto Barack Obama. Questo perché, a detta di tutti i media americani, il grande vantaggio competitivo dell'allora Senatore Obama è stato proprio il suo stile comunicativo.

Il corso è:

- una panoramica sull'arte e la scienza della comunicazione;
- un insieme di indicazioni precise e suggerimenti pratici, immediatamente applicabili, su cosa fare e come farlo per migliorare i propri risultati, per quanto già buoni possano essere, in contesti sia personali che professionali;
- un "viaggio" che segue l'evoluzione di Barack Obama nel tempo, attraverso la visione di filmati, ormai introvabili, d'interviste e speech di Obama dal 1988 a oggi.

Questo consentirà di identificare i modelli e le strategie vincenti per:

- gestire la propria immagine personale;
- migliorare la propria comunicazione non verbale, cioè il linguaggio del corpo;
- utilizzare la voce in modo coinvolgente;
- utilizzare il linguaggio in modo mirato

ed efficace;

- aumentare il proprio carisma personale

[PER INFO E ISCRIZIONI CLICCA QUI](#)

8/9 NOVEMBER

IMPLANTOLOGIA: PROBLEMI, TECNICHE, SOLUZIONI

Giulio C. Leghissa

Lo scopo del corso è di rivisitare, sul piano delle conoscenze teoriche, considerando le più aggiornate pubblicazioni scientifiche internazionali, e sul piano della pratica clinica chirurgica, partecipando in sala operatoria alla diretta esecuzione degli interventi, le attuali conoscenze per l'utilizzo della implantologia come strumento di soluzione delle più comuni problematiche del paziente odontoiatrico. I discenti saranno portati attraverso un percorso di informazione e discussione e di soluzione pratico chirurgica a meglio comprendere come affrontare e risolvere le differenti problematiche che via via si pongono al clinico nella pratica quotidiana.

I corsisti entreranno in Sala Operatoria per assistere direttamente gli interventi (per questo motivo è richiesto agli stessi di portare camici sterili, sovrascarpe, mascherina, cappellino e guanti sterili). Gli ASO seguiranno le fasi di preparazione, esecuzione e riordino.

Agli ASO che avranno seguito il corso (tesserati al SIASO Confasal e che avranno firmato l'ingresso e l'uscita e che avranno risposto in modo corretto al questionario finale) verranno accreditate 10 ore di aggiornamento ai fini dell'accordo stato regioni del 23 novembre 2017.

[PER INFO E ISCRIZIONI CLICCA QUI](#)



ASO, UN AUTUNNO DI FORMAZIONE



27/28 settembre, 18/19 ottobre, 29/30 novembre: nelle sedi di Odontes in via Don Luigi Sturzo, 6 a Pero (Milano) e di Fondazione The Bridge in via Raffaele Lambruschini, 36 a Milano, entrambe selezionate dalla U.O. Odontoiatria del P.O. Sacco con il patrocinio dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, Siaso organizza corsi di aggiornamento professionale per ASO della durata di 10 ore ciascuno

INFEZIONI TRASMISSIBILI E PROFILASSI POST ESPOSITIVA

Dott. Giuliano Rizzardini

Le malattie infettive rappresentano un problema di Sanità Pubblica sia per la loro frequenza che per l'alta percentuale di casi clinicamente non manifesti, che per lo stigma che ogni malattia di natura infettiva porta con sé. Negli ultimi anni, inoltre, è emerso il problema della resistenza agli antibiotici.

In questo incontro vi sarà una panoramica sulle malattie infettive più comuni, sulla possibilità per il personale dello studio odontoiatrico di vaccinarsi e sulla profilassi post-espositiva.

INFEZIONE CROCIATA IN ODONTOIATRIA

Dott.ssa Livia Barenghi

1° INCONTRO: La sicurezza delle cure dentali, soprattutto chirurgiche, non è

scontata e si basa sull'efficacia della nostra "battaglia" quotidiana nei confronti del rischio infettivo e sulla capacità di comunicare "sicurezza". In questa prima parte, verranno esaminate:

- le cause e i pericoli sia occupazionali sia per la salute e la sicurezza di tutti i pazienti, consapevoli o inconsapevoli del loro stato di salute fragile (anziani; categorie protette) o vulnerabile (maternità, adolescenza).

- le precauzioni e le raccomandazioni standard indicate dalle linee guida del C.D.C. (USA, 2003-2016), considerate "gold standard", e dalle linee guida italiane

2° INCONTRO: Verranno affrontati gli aspetti pratici (con materiale didattico opportunamente selezionato) e il controllo di qualità del ricondizionamento dei DM e strumenti odontoia-

trici; in particolare, i problemi ed errori durante la/il:

- decontaminazione-lavaggio
- disinfezione
- confezionamento
- sterilizzazione fisica e chimica e nei controlli fisici, chimici e biologici
- conservazione

Verranno discussi errori e violazioni con risvolti che interessano la Legge sulla responsabilità professionale (n° 24/2017) e delle ASO (Atto CSR 209/2017), le coperture assicurative, la reputazione professionale del team odontoiatrico.

COMUNICARE MEGLIO PER LAVORARE E VIVERE MEGLIO

Dott. Alberto Gnemmi

1° INCONTRO: Il termine comunicare racchiude e descrive il significato che

esprime: "mettere in comune".

Mettere in comune che cosa? E come avviene questa messa in comune? Attraverso il linguaggio, che può essere verbale oppure non verbale, senza dimenticare gli aspetti paraverbali.

Le modalità sono varie? In realtà lo possono sembrare, tuttavia sono sempre e inevitabilmente in gioco quegli elementi fondamentali che non possono essere ignorati.

Visto che, quindi, dalla comunicazione nessuno può esentarsi, vale la pena di imparare a comunicare al meglio e consapevolmente.

2° INCONTRO: Tutto quanto illustrato nelle linee generali verrà declinato nell'ambiente odontoiatrico. Aspetti apparentemente secondari e non di rado inconsci assumono, in questo contesto, un peso rilevante. I ruoli di ciascuno devono essere chiari, sia all'interno che all'esterno, gli equilibri reciproci possono essere delicati e la buona convivenza lavorativa può essere messa a dura prova anche da piccoli dettagli, leggere incomprensioni, errori involontari e di modesta entità. Granelli di sabbia facilmente eliminabili, semplicemente acquisendo la consapevolezza della loro esistenza: in questo modo l'ingranaggio prende a funzionare in modo ottimale e l'obiettivo di trattare al meglio e serenamente i pazienti risulta magicamente a portata di mano.

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DELL'ASO, LEGGE GELLI E LEGGE SULLA PRIVACY

Dott.ssa Giorgia Verlato

L'intervento si propone di approfondire la tematica della responsabilità, sotto diversi aspetti, svolgendo dapprima una breve introduzione sull'impatto della Legge Gelli in ambito odontoiatrico, connotata senza dubbio dalla bipartizione dei sistemi di responsabilità, a seconda delle modalità con cui viene esercitata l'attività, per poi passare peculiarmente ad analizzare la figura dell'Assistente di Studio Odontoiatrico. Verranno approfonditi, infatti, i profili di responsabilità attribuibili specificamente all'Assistente di Studio Odontoiatrico durante lo svolgimento delle sue mansioni, indagando gli aspetti civilistici e penali legati a tale figura e fornendo una breve casistica. Infine, stante il Regolamento UE 679/2016 in materia di trattamento dei dati personali, si analizzeranno gli aspetti pratici della nuova disciplina all'interno di una struttura odontoi-

trica, con particolare riferimento agli obblighi e i doveri spettanti all' A.S.O., quale autorizzato al trattamento dei dati personali, e le conseguenze derivanti dal non rispetto delle istruzioni impartite dal proprio datore di lavoro.

IGIENE DELLE MANI E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Signora Fulvia Magenga

Le mani sono un ricettacolo di germi; una piccola percentuale è rappresentata da microrganismi non patogeni, che risiedono normalmente sulla cute senza creare danni. A questi, però, possono aggiungersi virus e batteri che circolano nell'aria o con cui veniamo in contatto toccando le più diverse superfici.

L'igiene delle mani è un elemento fondamentale per prevenire le infezioni. Secondo il Center for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta rappresenta il "most important means of preventing the spread of infection", la misura più importante per prevenire

la diffusione delle infezioni. Esistono sull'argomento linee guida dell'OMS. Con il termine DPI – dispositivi di protezione individuale – si intendono i prodotti che hanno la funzione di salvaguardare la persona da rischi per la salute e la sicurezza. Ogni giorno gli operatori vengono a contatto con liquidi biologici, farmaci, disinfettanti, detergenti, tutti fattori che possono incidere pesantemente sulla loro salute.

CHI HA PAURA DELLA PAURA?

Dott. Armando Toscano

Miosi, ph epidermico a 3, battito cardiaco accelerato. Avere paura è comune e naturale: la paura è sempre il punto di partenza di ogni cambiamento. Molte persone hanno paura del dentista, molte persone fanno paura al dentista: come affrontarla? Qual è il ruolo dell'ASO di fronte a tali paure? Attraverso un'accettazione e un'elaborazione serena della paura si vedrà come è possibile gestirla.



Iscrizione al Percorso di Formazione ASO

sede presso Fondazione The Bridge

1° INCONTRO **Venerdì 27/09/2019** dalle ore 14.00 alle ore 19.00

2° INCONTRO **Sabato 28/09/2019** dalle ore 08.30 alle ore 13.30

via Raffaele Lambruschini, 36

20156 Milano

Vicino al passante ferroviario Milano Bovisio e Milano Villapizzone

Parcheggio privato a disposizione degli ospiti

QUOTA DI ADESIONE

Quota di adesione per i due incontri è di **€110,00 IVA inclusa**



Iscrizione al Percorso di Formazione ASO

sede presso ODONTES S.r.l.

1° INCONTRO **Venerdì 29/11/2019** dalle ore 14.00 alle ore 19.00

2° INCONTRO **Sabato 30/11/2019** dalle ore 08.30 alle ore 13.30

via Don Luigi Sturzo, 6

20016 Pero, Milano

Vicino allo svincolo tangenziali e M1 Pero

Vicino agli svincoli autostradali da tutte le direzioni

Parcheggio privato a disposizione degli ospiti

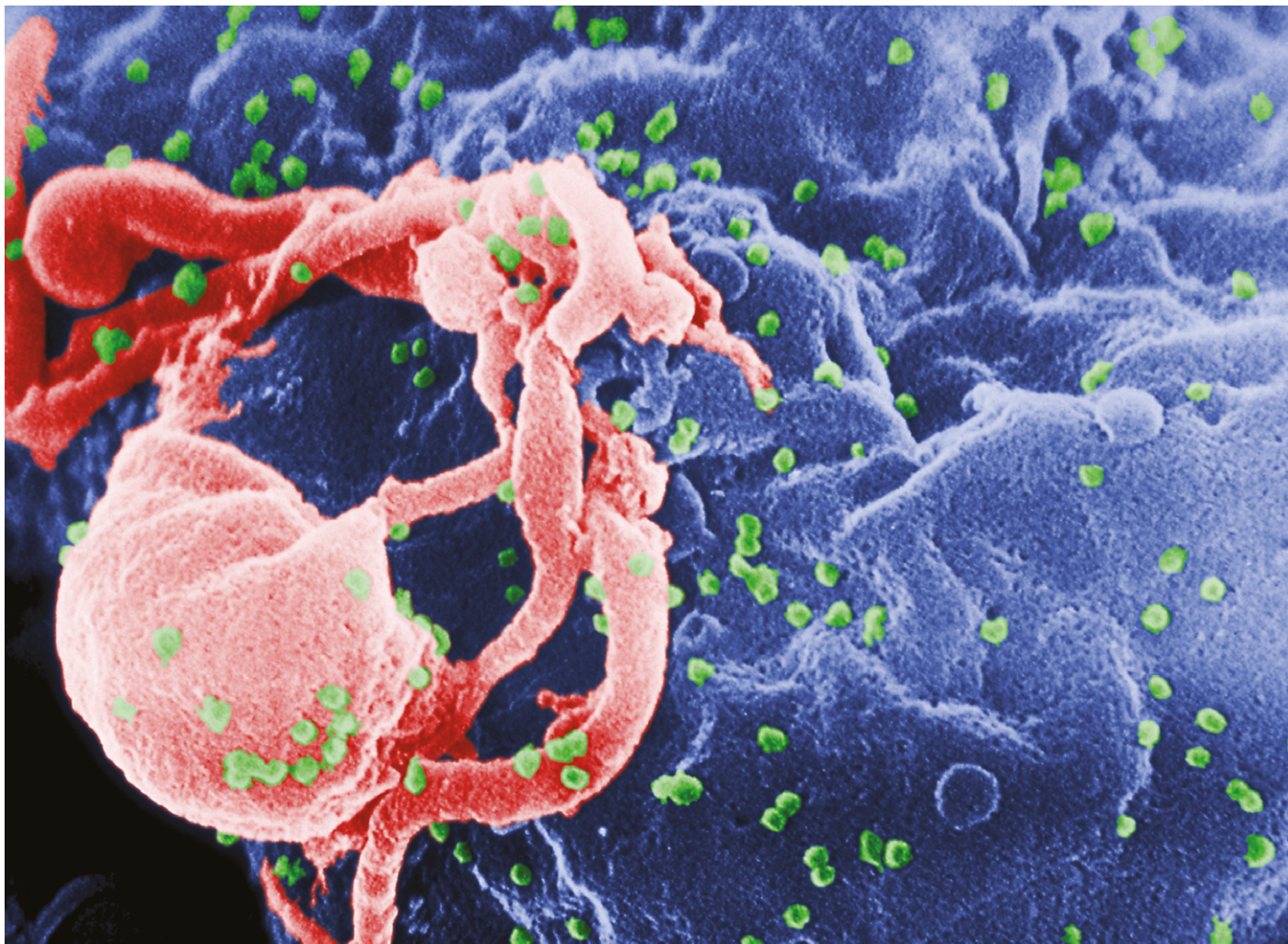
QUOTA DI ADESIONE

Quota di adesione per i due incontri è di **€110,00 IVA inclusa**

NOME*
COGNOME*
RAGIONE SOCIALE*
INDIRIZZO FISCALE*
CITTÀ*
CAP
PROVINCIA*
TELEFONO
CELLULARE
EMAIL*
CODICE SDI
CODICE FISCALE*
P.IVA

NOME*
COGNOME*
RAGIONE SOCIALE
INDIRIZZO FISCALE*
CITTÀ*
CAP
PROVINCIA*
TELEFONO
CELLULARE
EMAIL*
CODICE SDI
CODICE FISCALE*
P.IVA

* i campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori



RIACCENDERE LA LUCE SU HIV/AIDS PER NUOVE SPERANZE A CHI SOFFRE

Dal punto di vista legislativo il nostro Paese avrebbe un ottimo impianto, con la Legge 135 del 1990, e un Piano Nazionale di interventi contro HIV e AIDS del 2017. Però non è finanziato

di **Emilia De Biasi**

* LEGGI LA BIOGRAFIA NEL BOX

Era il 1931 quando il Virus RNA muta e HIV si insedia nel primo ospite umano.

Nel 1981 la diffusione arriva a definirsi come epidemia e l'AIDS diviene la prima epidemia della storia sotto i riflettori fin dall'inizio.

Del resto le epidemie esistono solo se vengono rilevate, altrimenti non esistono in quanto tali, e a maggior ragione nell'era del mondo piccolo e interconnesso: non ci sono fatti senza la loro comunicazione. E' per questo che, se ci pensiamo, l'approfondimento di un evento scientifico si è svolto in contemporanea al processo di formazione di un'opinione pubblica in merito.

Anche per questo qualcuno ha definito l'infezione da HIV un involucro circondato da cattive notizie; i modi in cui una società reagisce e la minaccia alla sopravvivenza diventano elementi rivelatori dei valori condivisi.

L'epidemia insomma ha portato con sé anche molti cambiamenti nel modo di fare medicina, pensiamo ad esempio al coinvolgimento attivo delle persone con HIV/AIDS, alla individuazione di farmaci efficaci (e sia chiaro, non esiste ancora alcun vaccino), all'importanza dell'accesso alle terapie, alla condivisione della ricerca nella comunità scientifica. E nel contempo l'epidemia ha fatto emergere tematiche

sociali, pensiamo allo stigma del malato come soggetto da discriminare, all'incertezza nelle relazioni sessuali, all'omofobia, all'emarginazione della malattia da confinare fuori dagli spazi sociali per la paura del contagio...

Il vero successo sull'infezione da HIV arriva con la sua cronicizzazione: di HIV o di AIDS non si muore né si guarisce.

Nel 2006 viene introdotta la terapia antiretrovirale attraverso la somministrazione di una sola compressa e nel 2010 nasce il concetto di TASP, Treatment as prevention, Si afferma cioè il concetto di Terapia come prevenzione, che porta con sé



l'obiettivo dell'accesso universale alle cure.

Oggi, grazie alla ART, terapia antiretrovirale, possiamo parlare di una inversione di tendenza nel numero di morti per HIV/AIDS, e le persone affette hanno un'aspettativa di vita vicina alla normalità e non sono più portatrici di contagio.

Il Programma delle Nazioni Unite UNAIDS 90-90-90 del 2014, volto ad accelerare, intensificare e coordinare l'azione globale contro l'AIDS, ha come obiettivo che, entro il 2020, il 90% della popolazione con HIV sappia della sua condizione, il 90% delle persone con diagnosi di HIV riceva la terapia antiretrovirale, il 90% della popolazione con HIV sia in soppressione virale.

Questi obiettivi si basano sull'assunto secondo cui non è possibile porre fine all'epidemia di HIV senza trattare tutti coloro che, con HIV, necessitano di trattamenti.

I risultati in Europa sono incoraggianti, l'epidemia è in calo, ma sta cambiando, e dobbiamo attrezzarci per combattere questo cambiamento.

È questo il punto di partenza del Rapporto "Porre fine all'epidemia. Una valutazione sulla strategia sull'HIV e raccomandazioni per migliorare la vita delle persone che vivono con, e a rischio di HIV", coordinato da KPMG UK e condotto da un Comitato direttivo composto da esperti della cosiddetta Europa a 5 (Inghilterra, Francia, Germania, Italia, Spagna), di cui chi scrive ha fatto parte per l'Italia assieme alla

Dott.ssa Barbara Sulgoi dell'Istituto Superiore di Sanità. Al rapporto hanno collaborato inoltre associazioni di pazienti e clinici.

Nel mondo le nuove infezioni di HIV sono in calo. Nel 2000 erano 2.8 milioni, nel 2017 1.8 e le morti sono passate da 1.5 milioni nel 2000 a 0.9 milioni nel 2017.

Oggi ci sono 36.9 milioni di persone che vivono con HIV, di cui circa il 60% è in terapia antiretrovirale (ART).

L'EUROPA A 5

Nell'Europa a 5, grazie a investimenti in cura e a politiche pubbliche, oltre che a contributi della società civile e dei privati abbiamo risultati positivi.

La popolazione che vive con HIV è cresciuta del 14% dal 2010, e oggi è stimata 0.67 milioni.

Ed è cresciuta anche la popolazione di chi con HIV viene trattata con ART.

Le morti sono diminuite del 55% dal 2008 al 2015.

Dunque siamo in presenza di una vasta popolazione con HIV che per la prima volta invecchia: è un dato confortante che però porta con sé tutti i problemi della cronicità e delle necessità di presa in carico a lungo termine, come i rischi di comorbidità e le problematiche relative alla salute mentale (ansia, solitudine, senso di abbandono, paura...)

Inoltre mentre il numero di nuove infezioni si stabilizza emergono nuovi soggetti a rischio di infezione HIV: giovani, eterosessuali, migranti di re-

cente arrivo, e tutti coloro che adottano comportamenti a rischio.

Le politiche e le azioni di contrasto devono evolvere con l'evoluzione della malattia, se vogliamo sconfiggerla definitivamente.

Le sfide che nascono dalla cronicizzazione in qualche modo ci parlano di una normalizzazione della malattia, perché di fatto la percezione del rischio nell'opinione pubblica è scomparso e l'impegno pubblico, anche economico, nella prevenzione si è progressivamente ridotto.

In sintesi per l'Europa 5 il rapporto indica 4 ambiti come raccomandazioni: 1. Sviluppare strategie combinate di prevenzione con piani specifici (non tutti i Paesi hanno un piano istituzionale) che riflettano la realtà attuale dell'infezione HIV, basati sulle nuove evidenze scientifiche.

2. Definire strategie di supporto della presa in carico a lungo termine per le persone che vivono con HIV, integrando HIV nella salute a lungo termine e lavorando per cure che abbiano al centro la persona.

3. Combattere con l'uso diffuso del test e dell'autotest il problema delle diagnosi tardive, aumentare l'accesso al test in particolare per le popolazioni a rischio, e rendere il test periodico.

4. Avvalersi degli esempi dati dalle buone pratiche effettuate nei diversi territori.

Combattere la scarsa visibilità dell'HIV, fermare le nuove infezioni attraverso diagnosi tempestive, prevedere programmi di informazione e di prevenzione specifici per le popolazioni a rischio, innovare l'organizzazione delle cure con team multidisciplinari non esclusivamente ospedalieri, ma anche di servizi sul territorio sono solo alcune delle sfide che abbiamo di fronte.

Un discorso particolare va riservato alla continuità di cura, fondamentale per il monitoraggio e la presa in carico del paziente cronico.

In conclusione va rimarcato che 4 paesi hanno un piano su HIV/AIDS (Inghilterra no)

Le azioni sulla consapevolezza della malattia, sull'informazione e sulle campagne pubbliche sono generalmente buone e ottime in Germania.

La prevenzione è considerata discreta nei 5 paesi, così come l'accesso ai test e agli screening.

L'Inghilterra è maglia nera anche per le cure a lungo termine.

Ma Europa 5 ha la sua eccellenza nella pratica clinica specifica per HIV/AIDS.

ITALIA

Il quadro epidemiologico italiano dimostra l'impegno del Servizio Sanitario Nazionale nel contrasto all'infezione da HIV, e il progresso nel raggiungimento dell'obiettivo 90-90-90.

Il 90% ha consapevolezza del proprio status di persona con HIV.

Di questo 90% il 92% è in trattamento ART.

Di questo 92% l'88% è in soppressione virale.

Sono dati particolarmente rilevanti data l'alta proporzione di persone che vivono con HIV diagnosticate in ritardo: delle 130.000 persone stimate con HIV circa il 13% non sa di aver contratto l'infezione. Nel 2017 le nuove diagnosi sono state 3.443: ogni diagnosi tardiva può significare maggiore morbilità e mortalità.

Il dato preoccupante è l'aumento delle infezioni fra i giovani di 25-29 anni, il

che la dice lunga sulla necessità di politiche di prevenzione e di informazione come prime prevenzione.

Dal punto di vista legislativo il nostro Paese ha un impianto legislativo solido, con la Legge 135 del 1990 e il Piano Nazionale di interventi contro HIV e AIDS, del 2017, ma non ancora finanziato.

Inoltre le Linee guida di contrasto a HIV/AIDS sono ritenute di livello internazionale.

Come è noto il nostro Servizio Sanitario è universalistico, curiamo tutti e in modo gratuito, unico e ultimo caso in Europa. E tuttavia anche l'Italia è di fronte al grande problema dell'invecchiamento della popolazione, della crescita della cronicità e della crescente difficoltà di finanziamento della sanità pubblica.

Sono temi che si intrecciano con la possibilità di adeguare le politiche su HIV/AIDS alle sfide dell'oggi, e queste sono

le parole chiave:

Consapevolezza: riguarda innanzitutto le popolazioni a rischio (uomini che fanno sesso con uomini, prostituzione, uso di sostanze iniettive, migranti che non hanno informazioni e vivono situazioni di rischio, giovani), ma la consapevolezza dovrebbe riguardare tutta la popolazione.

Per questo l'informazione è decisiva, perché solo chi è informato può difendersi e prevenire, può sradicare lo stigma dettato dall'ignoranza. Purtroppo la grande debolezza è nell'assenza di momenti di educazione alla sessualità nelle scuole e dove i giovani vivono, cioè il mondo dei social. L'episodicità delle campagne di informazione non giova a quello che dovrebbe essere un impegno costante e di lungo periodo. Per esempio si potrebbero coinvolgere le farmacie, che ricordo sono ormai farmacie di servizi, e spesso sono una sorta di presidio sanitario o comunque un luogo ritenuto affidabile dalle persone. La consapevolezza è prevenzione.

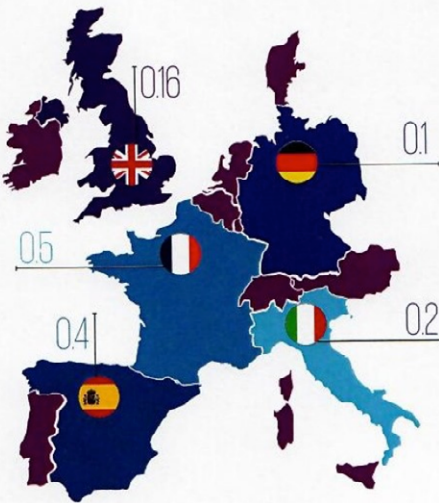
PREVENZIONE

È la Cenerentola della salute. Si investe poco, troppo poco in prevenzione. Innanzitutto il profilattico andrebbe distribuito in modo gratuito alle fasce di popolazione più a rischio, penso ai giovani e a quanto sia difficile per le regioni una scelta così facile e poco costosa. Ma forse non è solo un problema economico, visto che per esempio la Regione Lombardia ha approvato un ordine del giorno in tal senso, ma la Giunta non ha mai dato corso alle decisioni del Consiglio.

In secondo luogo l'accesso alle profilassi pre e post. Mentre per la post profilassi si tratta di organizzare meglio i servizi, per la pre-profilassi, PREP, il discorso si fa più complesso.

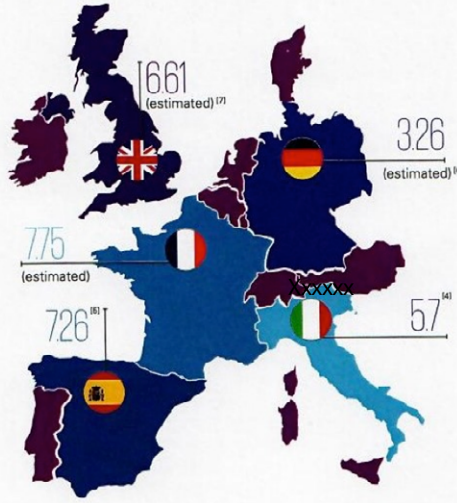
La PREP è nelle linee guida e nel Piano

Figure 1a. HIV prevalence rate (%) by country (adults)



Note: Data for France, Germany, Italy and Spain from UNAIDS HIV prevalence data 2017⁽¹⁾, Data for UK from HIV in the UK, 2016 Report⁽²⁾ see country reports for details

Figure 1b: HIV incidence rate (per 100,000 residents) by country (adults)



Note: Data for France is from UNAIDS HIV incidence data 2017

Figure 2. Europe5 aggregate 90-90-90 (estimated)

86%



Aware of their HIV status

92%



On HIV treatment

92%



Virally suppressed

of which

of which

Notes: Aggregate 90-90-90 for Europe5 estimated using most recent figures available for each country – see country reports for 90-90-90 data by country



nazionale, ma attualmente è su richiesta del singolo, e a pagamento.

Non è un problema solo economico, c'è un dibattito culturale e morale, che riassumo brevemente. Poiché la PREP può essere assunta occasionalmente e preserva dal rischio di infezioni, è come dire che si può avere un comportamento sessuale a rischio senza preoccuparsi del rischio di HIV, ma non delle altre infezioni sessualmente trasmissibili, che peraltro sono in aumento. Vedremo cosa ci riserva il futuro.

TEST E SCREENING

Attualmente il test libero e anonimo viene effettuato in ospedale o nelle cure primarie e richiede il consenso informato e l'autorizzazione dei genitori per i minori di 16 anni.

Lo screening è di fatto quello prenatale.

Il test è inoltre effettuato nei reparti di infettivologia, nei servizi, pubblici e del volontariato, che si occupano di dipendenze, e in alcuni centri per migranti e popolazioni vulnerabili, come ad esempio l'Istituto nazionale per la salute, la migrazione e la povertà.

Il self test continua ad essere un problema perché, sebbene autorizzato dal 2016, e possibile nelle farmacie, non è assolutamente conosciuto, e dunque

non praticato.

La conseguenza è l'aumento delle diagnosi tardive.

Una buona pratica, purtroppo di poche città italiane, fra cui Milano, è rappresentata dal network Fast track cities. Si tratta di un servizio del Comune in convenzione con specialisti e associazioni, un punto di riferimento per informazione e per interventi specifici come il test e il self test.

PRESA IN CARICO DI LUNGO TERMINE

Vuol dire mettere al centro del sistema il paziente, che anche nel caso HIV è una persona che richiede una molteplicità di cure personalizzate, dirette da team clinici multidisciplinari e da professionisti sanitari come infermieri, psicologi, psichiatri etc

Ma l'ospedale non può essere l'unico luogo: c'è un disperato bisogno di servizi sociosanitari sul territorio.

I centralismi sanitari di ciascuna Regione italiana non consentono di fare una valutazione di tipo nazionale, anche se sappiamo che servizi come i SERD, per le dipendenze, o i consultori sono sottofinanziati e in carenza di personale.

Insomma la domanda finale è sempre la stessa: una persona in stato di bisogno per la sua salute dove trova le in-

formazioni?

Se il decisore pubblico, locale o nazionale, non risponderà il risultato sarà un maggiore livello di rischio individuale e sociale, e una maggiore solitudine delle persone in difficoltà.

Per questo penso che riaccendere la luce su HIV/AIDS sia importante per l'intero sistema della salute, per rivalutare i finanziamenti al Servizio sanitario nazionale e al suo interno per i Livelli Essenziali di Assistenza, per combattere stigma e discriminazioni, per creare una cultura della prevenzione e consapevolezza della propria sessualità, ma soprattutto per dare nuova speranza

* Emilia De Biasi

È stata componente della Presidenza della Camera dei Deputati e in seguito Presidente della Commissione Igiene e sanità del Senato nella 17° legislatura. Dal 2018 è consulente di vari progetti sulla Salute ed è la portavoce di All. Can Italia, la sezione italiana di una piattaforma multistakeholder internazionale composta da aziende, associazioni di pazienti, mondo clinico e della ricerca sul tema del paziente oncologico.



FUMARE? È TEMPO DI SMETTERE, MA... PER GLI IRRIDUCIBILI...

di **Luigi Godi**

SENIOR SCIENTIFIC & MEDICAL ADVISOR
PHILIP MORRIS ITALIA SRL

IL FUMO E I SUOI DANNI

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si calcola che nel mondo esistano più di 1 miliardo di fumatori e che le morti imputabili al fumo di sigaretta siano più di 7 milioni l'anno: sono numeri impressionanti e che non sembrano diminuire.

Il fumo colpisce diversi organi e apparati ed è causa di molte malattie cardiache e vascolari, tumori polmonari e malattie respiratorie croniche.

Uno dei principali bersagli del fumo è proprio l'apparato buccale nella sua totalità, porta d'ingresso del fumo stesso, i cui danni possono riguardare i denti, le gengive, il palato duro e molle, la lingua, le ghiandole salivari.

I DANNI ALLA BOCCA

I danni possono essere numerosi e si va da quelli spiacevoli e fastidiosi ad altri decisamente più gravi:

- Alito cattivo
- Modifica del colore dei denti
- Deposito di placca batterica e tartaro
- Carie dentali
- Infiammazione cronica dei fori delle ghiandole salivari sulla volta della bocca
- Alterazioni della componente ossea delle fauci
- Formazione di placche biancastre nella bocca (leucoplachia), dovute a un deposito anomalo di cheratina (proteina presente nello strato esterno della pelle); tale lesione può precedere e maggiormente predisporre a tumori del cavo orale
- Aumentato rischio di sviluppare malattie delle gengive (malattia parodontale) che possono portare alla perdita dei denti
- Ritardo nei processi di guarigione a seguito di estrazioni dentali, di trattamenti della gengiva o di chirurgia della bocca in generale

- Minor percentuale di successo nelle procedure di impianto dentale e maggiore incidenza di lesioni gengivali nelle aree circostanti l'impianto
- Aumento del rischio di sviluppare tumori della bocca: circa il 90% delle persone con tumori della bocca sono fumatori e il rischio di sviluppare tumori aumenta in proporzione alla quantità di sigarette utilizzate e alla persistenza a tale abitudine; inoltre, la probabilità di sviluppare un secondo tumore del cavo orale aumenta del 37% nei fumatori che persistono nell'abitudine tabagica.

LE CAUSE DEI DANNI

I danni provocati dal fumo di sigaretta sono imputabili a diversi agenti e cause:

- Sostanze irritanti, tossiche e cancerogene
- Secchezza della bocca dovuta alle alte temperature del fumo inalato
- Modifiche del pH della bocca

- Modifiche della risposta immunitaria sistemica
- Modifiche nella capacità di fronteggiare infezioni virali e batteriche

È ampiamente riconosciuto che gli effetti dannosi sulla salute provocati dal fumo non siano provocati dalla nicotina, che di per sé non è una sostanza inerte, ma principalmente dalle sostanze tossiche generate a seguito della combustione del tabacco.

OBIETTIVO: SMETTERE DI FUMARE

L'obiettivo primario dei fumatori deve essere quello di smettere di fumare. Solo la prevenzione del fumo e la promozione della cessazione da tale abitudine risultano essere le strategie vincenti ed efficaci per la riduzione dei danni da fumo e delle patologie fumo correlate. Per tale motivo l'OMS ha emanato una convenzione sul controllo del tabacco, in vigore dal 2005, ratificata sinora da 181 Paesi, formalizzando l'impegno globale a ridurre la prevalenza e l'esposizione al fumo con una serie di interventi (compresi l'aumento dei prezzi del tabacco, divieti pubblicitari, vendita vietata ai minori e divieto di fumare nei luoghi pubblici). Purtroppo, nonostante tutti questi sforzi, il numero dei fumatori tende ad aumentare costantemente a causa dell'incremento della popolazione.

LA DISASSUEFAZIONE DAL FUMO

Con l'inalazione del fumo, la nicotina viene assorbita a livello dei polmoni ed entra nel circolo sanguigno, raggiungendo il cervello in circa 10 secondi. Qui si lega a recettori specifici, mimando l'azione di sostanze normalmente presenti nel cervello. In questo modo si attivano delle aree che producono sensazioni di piacere e appagamento, generando dipendenza verso tale sostanza. Altri effetti della nicotina sono l'aumento dell'attenzione e l'induzione di uno stato di rilassamento vigile.

Anche se a oggi non è stato ancora stabilito il metodo migliore per smettere di fumare, l'acquisizione della consapevolezza dei danni da fumo e la forte motivazione a smettere che dovrebbe seguire sono fondamentali per raggiungere l'obiettivo e in questo bisogna considerare il proprio medico come il maggior alleato. Quest'ultimo, potrà anche indirizzare la persona a un adeguato counselling, che è fondamentale per incrementare la motivazione e mantenerla alta nel tempo, in modo da evitare ricadute.

Il desiderio impellente di fumare, la difficoltà a concentrarsi, frustrazione e rabbia, l'insonnia, la sensazione di privazione, l'aumento di peso e la costipazione sono i sintomi più frequenti nei primissimi giorni di astinenza dalla nicotina: ma si attenuano nel tempo!

L'esercizio fisico libera dalle sostanze endogene che aiutano a superare questa fase e a raggiungere lo stadio in cui il benessere generale dovuto all'astinenza dal fumo diventa evidente.

Esistono però anche una serie di terapie farmacologiche che aiutano a smettere di fumare e possono essere associate al counselling. Quest'ultime devono essere eventualmente scelte, se necessarie, insieme al medico curante in base alle diverse esigenze individuali.

La terapia farmacologica serve a ridurre lo stimolo del fumare, fornendo una sostituzione parziale della nicotina assorbita con il fumo di sigaretta e bloccandone gli effetti di appagamento, nel caso di ricadute.

I farmaci di prima scelta sono:

- Sostitutivi della nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT): esistono in varie forme farmaceutiche (cerotti, spray nasali, gomme e compresse masticabili,

compresse sublinguali, inalatori).

- Agonisti parziali della nicotina (vareniclina e citisina).
- Antidepressivi (bupropione).

Le terapie farmacologiche (NRT e vareniclina/citisina o bupropione) possono anche essere associate tra loro, consentendo di avere una marcia in più.

Tuttavia, nonostante l'utilizzo di un approccio di tipo farmacologico, a distanza di 1 anno, solo circa il 6% dei fumatori continua ad astenersi dal fumo.

LA RIDUZIONE DEL DANNO DA FUMO

Nel tentativo di promuovere e velocizzare la diminuzione della percentuale di fumatori e del danno provocato dal fumo nella popolazione generale, esiste un approccio valido e promettente definito "riduzione del danno da fumo" (Tobacco Harm Reduction, THR).

Nel 1991 lo psichiatra londinese, prof. Michael Russel, scrisse che: "La gente fuma per la nicotina, ma muore per il catrame", quindi per tutti i prodotti tossici e dannosi prodotti dalla combustione del tabacco.

Quando una sigaretta viene accesa,



comincia a bruciare (reazione di combustione) raggiungendo temperature comprese tra i 600 e gli 800°C, generando fumo e cenere.

Il fumo di sigaretta contiene più di 6000 sostanze chimiche, molte delle quali sono state classificate dalle autorità sanitarie fra quelle imputabili alle malattie correlate al fumo, come tumori polmonari, enfisema, malattie del cuore e dei vasi, malattie della bocca.

Fumare genera dipendenza, non solo dalla nicotina, ma anche da tutta quella serie di rituali cari al fumatore.

Il passaggio a prodotti innovativi di nuova generazione, che permettono di rilasciare un quantitativo inferiore di sostanze tossiche e cancerogene rispetto alle sigarette, secondo l'approccio THR, può determinare un beneficio in termini di salute pubblica.

Alla base del THR c'è il passaggio di quei fumatori che non sono riusciti a smettere di fumare o non vogliono smettere di fumare (gli "irriducibili"), a prodotti alternativi contenenti nicotina, ma con un profilo di rischio ridotto.

La nicotina infatti, benché abbia un effetto sul sistema cardiocircolatorio (aumento pressione arteriosa e frequenza cardiaca), ma solo dei soggetti con altero vascolare già danneggiato, non ha alcun effetto cancerogeno, né nell'animale, né tantomeno nell'uomo.

I prodotti di nuova generazione permettono la somministrazione di nicotina tramite dei liquidi (sigaretta elettronica) o tramite il riscaldamento del tabacco (prodotti a tabacco riscaldato), eliminando quindi completamente la combustione. Tali prodotti hanno il potenziale di ridurre gli effetti collaterali del fumo, perché producono livelli significativamente ridotti di sostanze tossiche e dannose rispetto alle sigarette.

Per tale motivo, il THR viene ormai appoggiato da diverse autorità sanitarie e dalla classe medica e considerato un complemento fondamentale alle strategie esistenti per ridurre la percentuale dei fumatori e il danno da fumo che ne consegue.

I PRODOTTI ALTERNATIVI

Nonostante i prodotti alternativi non siano del tutto privi di rischi e non siano disponibili a oggi risultati nel lungo periodo, seguendo il THR è possibile farne ricorso, in caso di resistenza o fallimento dei percorsi per la disassuefazione.

Attualmente esistono due tipologie di prodotti a rischio ridotto:

- sigaretta elettronica (e-cig)
- prodotti a tabacco riscaldato

Le e-cig consistono essenzialmente in uno strumento dotato di un elemento

scaldante che vaporizza un liquido contenuto in un serbatoio, producendo un vapore, che quindi può essere inalato.

Il liquido delle e-cig in genere contiene glicole propilenico e/o glicerolo, con o senza nicotina, con o senza agenti aromatizzanti.

Le sostanze dannose o potenzialmente dannose sono risultate significativamente inferiori rispetto a quelle presenti nel fumo di sigaretta.

L'uso di e-cig è accompagnato a una riduzione del consumo di sigarette e ha favorito l'astinenza dal fumo tradizionale senza effetti collaterali di rilievo.

I prodotti a tabacco riscaldato sono invece uno strumento costituito da un piccolo riscaldatore al cui interno è presente una lama metallica che consente di riscaldare uno speciale stick di tabacco. Una volta inserito lo stick all'interno, la lama permette di scaldare elettronicamente il tabacco a una temperatura controllata di 350°C, rilasciando nicotina e un quantitativo di sostanze tossiche significativamente inferiore (oltre il 90% in meno) rispetto a quelle presenti nel fumo di sigaretta.

La quantità di nicotina presente nel vapore generato dai prodotti a tabacco riscaldato è sufficiente a costituire un valido sostituto di quella emanata dalle





sigarette tradizionali.

Anche l'uso dei prodotti a tabacco riscaldato può indurre una riduzione del consumo di sigarette e favorire l'astinenza dal fumo tradizionale, senza effetti collaterali di rilievo.

Il vapore prodotto dal riscaldamento senza combustione dei prodotti a tabacco riscaldato ha dimostrato di avere un impatto minore sulle cellule della mucosa della bocca e delle gengive e sulla colorazione dei denti rispetto al fumo di sigaretta.

BIBLIOGRAFIA

1) Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, Wollum A, Sanman E, Wulf A, Lopez AD, Murray CJ and Gakidou E (2014) Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA* 311:183-192.

2) World Health Organization (2009) WHO report on the global tobacco epidemic. *The 2004 United States Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking*. NSW Public Health Bulletin, Vol. 15, p 107. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/executivesummary.pdf.

3) Warnakulasuriya, S., Dietrich, T., Bornstein, M. M., Casals Peidro, E., Preshaw, P. M., Walter, C., Wennstrom, J. L., and Bergstrom, J. (2010) Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int. Dent. J.* 60, 7-30.

4) Johnson, N. W., and Bain, C. A. (2000) Tobacco and oral disease. *EU-Working Group on Tobacco and Oral Health*. *Br. Dent. J.* 189, 200-206.

5) Calsina, G., Ramon, J. M., and Echeverria, J. J. (2002) Effects of smoking on periodontal tissues. *J. Clin. Periodontol.* 29, 771-776.

6) Royal College of Physicians (2016) *Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction*. London: RCP <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction-0>.

[rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction-0](https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction-0).

7) McNeil A. (2012). *Reducing Harm from Nicotine Use. Fifty Years since Smoking and Health. Progress, Lessons and Priorities for a Smoke-free UK*. Royal College of Physicians, London.

<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/fifty-years-smoking-and-health>

8) Baker, R.R., (1975) Temperature variation within a cigarette combustion coal during the smoking cycle; *High Temperature Science* 7: 236-247.

9) Rodgman, A. and Perfetti, T.A., (2013) *The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke*. 2nd Edition. CRC Press, Boca Raton.

10) Fagerström KO and Eissenberg T (2012) Dependence on tobacco and nicotine products: a case for product-specific assessment. *Nicotine Tob. Res.* 14:1382-1390.

11) Clive Bates presentation to E-Cigarettes Summit (19 Nov 2013). Available online @ <https://www.pmiscience.com/welcome/case-rrps>.

12) WHO. Parties to the WHO framework convention on tobacco control. http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/ Accessed March 20, 2019.

13) Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Istituto Superiore di Sanità. 2008.

http://old.iss.it/binary/fumo4/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf

14) European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) *Chaussée d'Ixelles 144 B-1050 Brussels, Belgium. ENSP Guidelines for treating tobacco dependence*. <http://elearning-ensp.eu/mod/page/view.php?id=36>

15) Dobbie F, Hiscock R, Leonardi-Bee J, Murray S, Shahab L, Aveyard P, Coleman T, McEwen A, McRobbie H, Purves R and Bauld L (2015) Evaluating Long-term Outcomes of NHS Stop Smoking Servi-

ces (ELONS): a prospective cohort study. *Health Technol. Assess.* 19:1-156.

16) McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L, Robson D. *Cancer Research UK Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: A report commissioned by Public Health England*.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e-cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf

17) Caponnetto P, Campagna D, Cibella F et al. Efficiency and Safety of an eElectronic cigarette (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. *PLoS One* 2013; 8: e66317.

18) Schaller J-P, Keller D, Poget L, Pratte P, Kaelin E, McHugh D, Cudazzo G, Smart D, Tricker AR, Gautier L, Yerly M, Pires RR, Le Bouhellec S, Ghosh D, Hofer I, Garcia E, Vanscheeuwijck P and Maeder S (2016a) Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 2: Chemical composition, genotoxicity, cytotoxicity, and physical properties of the aerosol. *Regul. Toxicol. Pharmacol.* 81 Suppl 2:S27-S47.

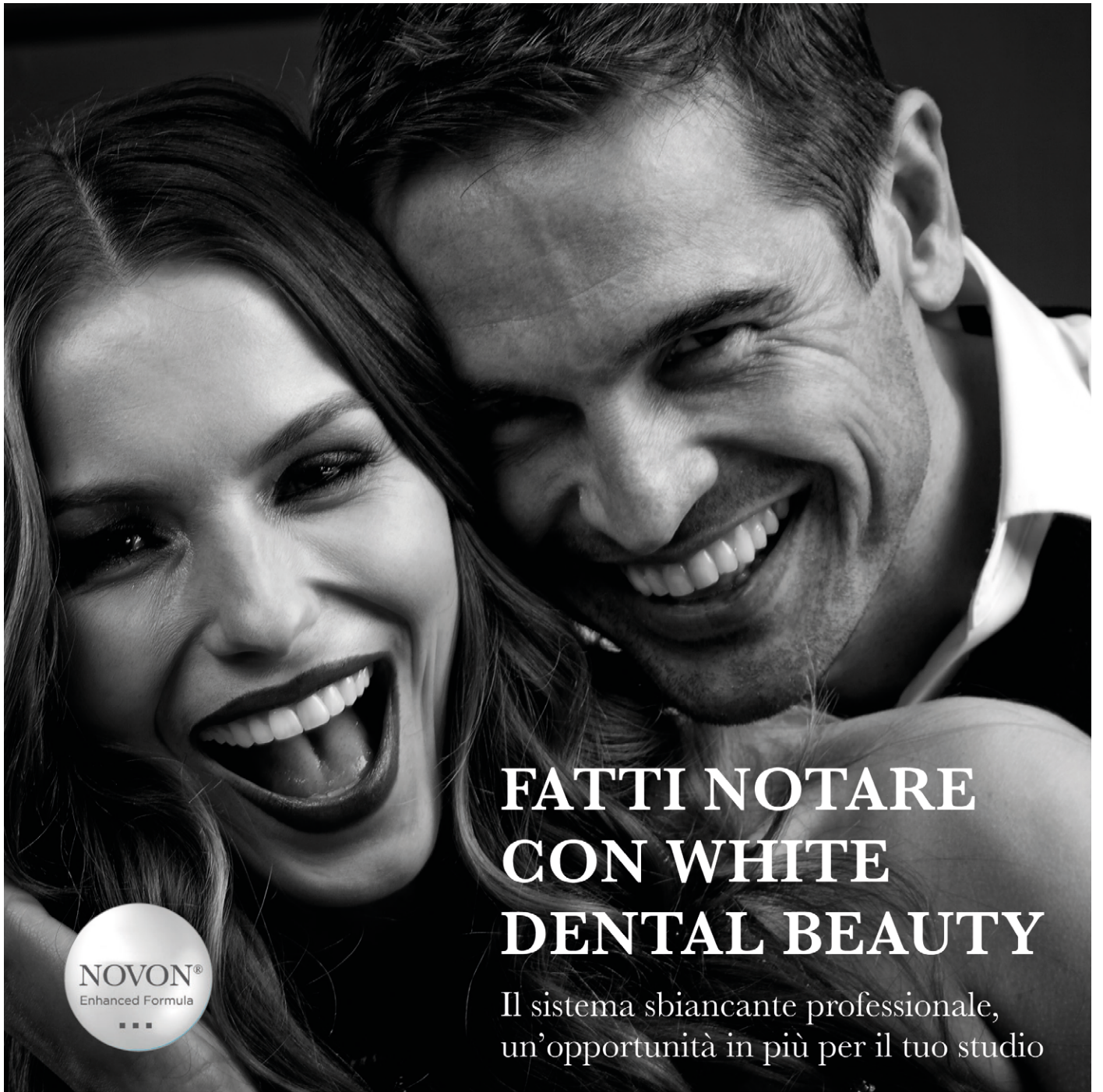
19) Farsalinos K E, Yannovitis N, Sarri T, Voudris V, Poulas K. Nicotine delivery to the aerosol of a heat-not-burn tobacco product: comparison with a tobacco cigarette and e-cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2018; 20: 1004-1009

20) Office of Science Center for Tobacco Products Food and Drug Administration. *FDA Briefing Document*. January, 2018 Meeting of the Tobacco Products Scientific Advisory Committee (TP SAC). <https://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/TobaccoProductsScientificAdvisoryCommittee/UCM593109.pdf>

21) Zanetti F, Titz B, Sewer A et al. Comparative systems toxicology analysis of cigarette smoke and aerosol from a candidate modified risk tobacco product in organotypic human gingival epithelial cultures: a 3day repeated exposure rest. *Food Chem Toxicol* 2017; 101: 15-35

22) Zanetti F, Sewer A, Mathis C et al. Systems Toxicology Assessment of the Biological Impact of a Candidate Modified Risk Tobacco Product on Human Organotypic Oral Epithelial Cultures. *Chem Res Toxicol* 2016; 29: 1252-1269.

23) Zanetti F, Sewer A, Scotti E et al. Assessment of the impact of aerosol from a potential modified risk tobacco product compared with cigarette smoke on human organotypic oral epithelial cultures under different exposure regimens. *Food Chem Toxicol* 2018; 115: 148-169.



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



Il segreto



di uno splendido sorriso



Tolto il dente? Perso osso alveolare

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

L'osso alveolare è una struttura altamente peralosa. È sufficiente fare l'avulsione del dente che contiene perché si inneschi un processo di riassorbimento che porterà ad una riduzione volumetrica sia verticale che orizzontale. Contrastare questo fenomeno naturale in modo da ridurre il danno sia estetico che funzionale è obiettivo che da tempo viene inseguito da clinici e ricercatori. In questa ricerca (fatta su cani beagle, ma non è ora di vietare queste ricerche sugli animali?) si è comparato il cambiamento di volume e di forma, controllando il livello del margine alveolare, nei casi lasciati guarire spontaneamente e in quelli nei quali si sono inseriti immediatamente gli impianti con o senza metodiche di preservazione. La conclusione alla quale sono giunti i ricercatori è che: "indipendentemente dalla modalità di trattamento e dal

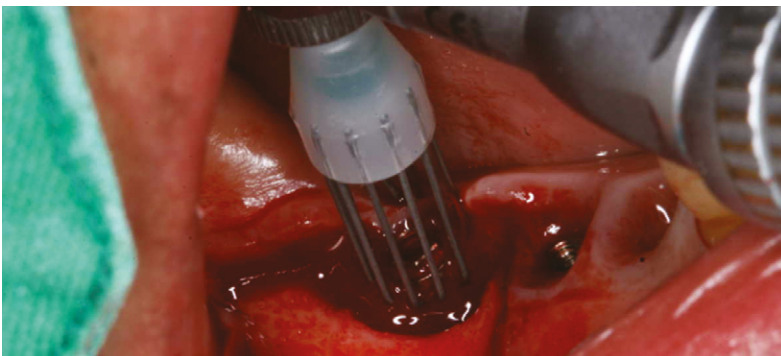
periodo di guarigione, parte del contorno del margine alveolare è andato perduto. I casi nei quali è stata attuata una preservazione dell'alveolo con inserimento precoce dell'impianto, senza ulteriori procedure di GBR, hanno dato come risultato una maggiore stabilità del margine alveolare, dopo il posizionamento dell'impianto, in paragone con i controlli." E per arrivare a questa brillante conclusione era necessario sdentare otto poveri cani beagle?

BIBLIOGRAFIA

Naenni N, Bienz SP, Munoz F, Hammerle CHF, Jung RE, Thoma DS: "volumetric changes following ridge preservation or spontaneous healing and early implant placement with simultaneous guided bone regeneration" *J Clin Periodontology* 4 april 2018:484-494

Chirurgia e perimplantite: quali risultati?

a cura di **Giulio Cesare Leghissa**
ODONTOIATRA



Questo lavoro dimostra che il trattamento chirurgico ricostrutivo della perimplantite raggiunge i risultati superiori attorno agli impianti con superficie liscia che intorno agli impianti con superficie ruvida. È dunque di fondamentale importanza lucidare con grande attenzione le superfici implantari esposte, non solo per rimuovere completamente le tossine batteriche, ma anche per

raggiungere una migliore ricrescita ossea.

BIBLIOGRAFIA

A. Almohandes, O. Carcuac, I. Abrahamsson, H. Lund, T. Berglundh: "Re-osseointegration following reconstructive surgical therapy of experimental peri-implantitis. A pre-clinical in vivo study" *Clin Oral Impl Res*; 5, May 2019:447-456

(SEGUE DA PAG. 2)

attività di prevenzione lo scopo della propria attività e ne tragga orgoglio e soddisfazione.

E invece assistiamo al desolante spettacolo del tentativo di sdoganare i CSO (collaboratori di settore odontoiatrico) per non dover cercare ASO qualificati e per non qualificare quelli che già abbiamo. Assistiamo al mese della prevenzione dentale che non altro è se non una vetrina per mettere i nomi degli studi (gratuitamente) sui giornali per una visita offerta. Ma la prevenzione cosa c'entra? Di tutto quello che abbiamo detto rimane una visita in studio, magari senza un ASO qualificato e senza igienista. Ma smettiamola con questa desolazione e affrontiamo i problemi veri:

- il 50-60% degli italiani non vanno dal dentista perché non se lo possono permettere.
- Il 34% dei bambini italiani fino a 14 anni non è mai andato dal dentista.
- Il ritardo diagnostico del cancro della bocca è, mediamente, di 180 giorni.
- Molti odontoiatri non assolvono al dovere dell'Educazione Continua in Medicina.
- Il numero di igienisti laureati è del tutto insufficiente a coprire il bisogno.
- Il numero di ASO qualificati e certificati è assolutamente insufficiente.

Per tutto questo "Odontoiatria: team at work" lavora cercando di dare il suo piccolo contributo per un Paese migliore. Grazie a tutti coloro che ci hanno seguiti, grazie a quanti ci hanno mandato osservazioni, contributi, incitamenti. Grazie.

Anticoagulanti in odontoiatria: sono meno problematici di quanto pensiamo

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Torniamo sul tema della gestione degli anticoagulanti nella pratica odontoiatrica.

Un lavoro recentemente pubblicato su JADA ha messo in evidenza come alcune procedure non richiedano rimodulazione o interruzione di tale terapia, o di essere gestite con una particolare ansia da parte dell'operatore.

Numerose procedure vengono infatti classificate come "a basso rischio": scaling, conservativa, biopsia dei tessuti molli, endodonzia, protesi fissa, ma anche inserimento di impianti, terapie protesiche ed estrazioni non chirurgiche (fino a un massimo di tre elementi dentari in una sola seduta).

Per la gestione dell'emostasi gli autori suggeriscono in questi casi compressione con garze, suture, cauterizzazioni o spugne di fibrina.

Altro aspetto che potrebbe confondere gli operatori è la varietà di anticoagulanti disponibili oggi. Gli autori distinguono tre famiglie:

- Anticoagulanti orali diretti
 - Eparine a basso peso molecolare
 - Antagonisti della vitamina K
- A seconda del farmaco che il paziente assume si devono fare determinate con-

siderazioni.

Quando si tratta di farmaci della famiglia degli anticoagulanti orali diretti (Eliquis, Xarelto, Savaisa) o eparine a basso peso molecolare (Innohep, Fragmin), non è necessario un indice INR nei valori per poter operare in tranquillità; è invece necessario che l'INR sia nei valori normali (da 2 a 3) se si tratta di anticoagulanti della famiglia degli antagonisti della vitamina K (Coumadin).

Bisogna inoltre considerare l'interazione degli anticoagulanti con gli altri farmaci di interesse odontoiatrico: per esempio gli anticoagulanti orali diretti hanno interazione con alcuni antibiotici, antifungini e analgesici, mentre le eparine a basso peso molecolare, invece, solo con gli analgesici (Fans). Queste interazioni possono dare tossicità (per esempio, il Coumadin e l'antifungino Flunozanolo) oppure determinare un livello di farmaco nel sangue più alto di quanto ci si aspetterebbe (come accade quando si combinano il Coumadin e un macrolide, che inibisce l'effetto del citocromo P450).

Occorre dunque adottare un algoritmo decisionale, utile e rassicurante soprattutto per gli operatori meno esperti che permetta di prendere decisioni terapeu-

NEWS

tiche più serenamente nella clinica di ogni giorno.

[Un esempio di questo algoritmo, proposto dagli autori e riportato nell'articolo, viene inserito qui.](#)

BIBLIOGRAFIA

Kaplovitch E, Dounaevskaia V. Treatment in the dental practice of the patient receiving anticoagulation therapy. J Am Dent Assoc. 2019 Jul;150(7):602-608. doi: 10.1016/j.adaj.2019.02.011. Epub 2019 May 17. PubMed PMID: 31109636.

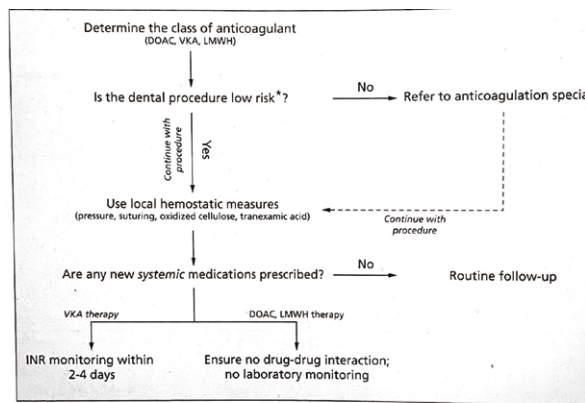


Figure. Algorithm for performing dental procedures in patients receiving systemic anticoagulation therapy. * Low risk dental procedures include dental scaling, dental restorations that involve soft-tissue manipulation, dental extractions that are not surgically complex (< 3 teeth), soft-tissue biopsies, endodontic procedures, implant placements, a prosthodontic procedures (fixed and removable dentures, crowns, and bridges). DOAC: Direct oral anticoagulant. INR: International normalized ratio. LMWH: Low-molecular-weight heparin. VKA: Vitamin K antagonist.

L'efficacia di differenti sistemi di attacco delle overdenture mandibolari e mascellari

a cura di **Giulio Cesare Leghissa**
ODONTOIATRA

Sono circa 25 anni che ricercatori di vari paesi hanno dimostrato come non vi sia differenza, per quanto riguarda efficienza, durata e comfort, tra impianti singoli con attacchi a sfera e impianti collegati con barre. In tutti questi anni molti colleghi hanno continuato a diventare matti per realizzare barre di collegamento e a far diventare matti i pazienti che non sanno come pulire lì sotto.

Adesso esce un lavoro su Evidence

Base Dentistry che conclude: "Per le overdenture mandibolari non c'è sufficiente evidenza per determinare la relativa efficienza dei diversi sistemi di attacco per quanto riguarda il successo protesico, il mantenimento protesico nel tempo e la preferenza o la soddisfazione dei pazienti. Nessuna evidenza è disponibile per quanto riguarda le overdenture nel mascellare superiore." Cioè: fate come vi pare, ma non raccontate che lo fate perché un

sistema è meglio degli altri, ma semplicemente perché è migliore quello che, a voi e ai vostri pazienti, comporta meno problemi e minori costi...

BIBLIOGRAFIA

G.L. Stafford: "The effectiveness of different attachment systems maxillary and mandibular implant overdentures" EBD; 1, 2019:26-27

Trattare la mucosite: e il laser che fa?

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Leggiamo su Clinical Oral Implant Research di uno studio clinico randomizzato che si pone come obiettivo di verificare se e quanto la terapia col laser a diodi sia efficace nel trattamento della mucosite. Sull'efficacia del laser in questa applicazione, vale la pena ricordarlo, si è spesso dibattuto negli anni: i risultati degli studi sono sempre stati carenti dal punto di vista dell'evidenza scientifica.

Gli autori dello studio hanno considerato un totale di 220 pazienti che avessero un impianto affetto da mucosite perimplantare; li hanno poi divisi in un gruppo controllo (110 pazienti), trattati con il tradizionale debridement con strumenti meccanici e manuali, e un gruppo test (110 pazienti) trattati con debridement meccanico e aggiunta di laser a diodi.

Sono stati misurati:

- sanguinamento al sondaggio

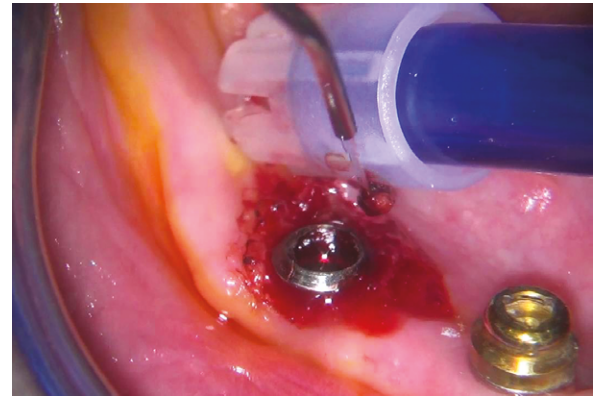
- presenza di placca
- profondità di sondaggio rispettivamente prima del trattamento, dopo un mese e dopo tre mesi.

Gli autori hanno riscontrato in ambedue i gruppi una comparabile riduzione degli indici precedentemente citati, e una risoluzione della malattia in 38 casi su 110 nel gruppo controllo e in 34 casi su 110 nel gruppo test.

Si evince quindi che supportare il tradizionale trattamento della mucosite perimplantare con il laser a diodi non porti alcun tangibile beneficio alla risoluzione della malattia.

BIBLIOGRAFIA

Aimetti M, Mariani GM, Ferrarotti F, Ercoli E, Liu CC, Romano F. Adjunctive efficacy of diode laser in the treatment of peri-implant mucositis with mechanical therapy: A randomized clinical trial. Clin Oral Implants Res. 2019 May;30(5):429-438.



Odontoiatria extraclinica “da ascoltare”

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Interessante e moderna iniziativa dell'American Dental Association che ha creato una serie di podcast, ovvero trasmissioni in stile radiofonico che possono essere scaricate da internet e fruite in qualunque momento, nelle quali si parla di aspetti extraclinici della professione odontoiatrica.

Lo slogan infatti recita: “L'odontoiatria è la parte divertente; dirigere un'attività e tutto quello che la vita ti riserva può essere una sfida”: del resto, lo stesso titolo “Beyond the Mouth” (trad. “Oltre la bocca”) suggerisce un orientamento extraclinico delle tematiche affrontate.

Per esempio, si parla nei diversi episodi pubblicati (al momento sono 8) di come avviare uno studio, come gestire i collaboratori e costruire un team; ma anche di come affrontare momenti difficili e come gestirne l'aspetto psicologico. L'ascolto delle varie puntate (della

durata variabile di 20/30 minuti circa) risulta piacevole ed è ricco di consigli che i professionisti possono apprezzare.

I podcast sono in lingua inglese e disponibili su Spotify, Google Podcast, Apple

Podcast e Stitcher, cercando come parola chiave “Beyond the mouth”.

Vai al podcast:

https://open.spotify.com/show/5r6UkP_F4CoinCjaGORMym2?si=1BQGlxoSGyayBW_RwU73g

Episode Title	Duration
#9 Dr. Chad P. Gehani: A Path to Presidency	27:07
#8 The Dental Hiring Challenge	34:35
#7 Contracts 101: Before You Get In, Know How to Get Out	18:50
#6 Transitioning Out of the Military	23:51
#5 How to Be Your Own Dental Benefits Superhero	31:34
#4 It's a Wellness Revolution	26:15
#3 What I Learned About Myself in Dental School	32:37
#2 Parental Leave: Do I Get It? Do I Have to Give It?	23:19
#11 Just Opened a New Dental Office! What Now?	30:42

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.

Andando per ristoranti

ANDATE A FIRENZE? NON PERDETEVI “BUCA LAPI”

a cura di Giulio C. Leghissa

Buca Lapi è il più antico ristorante della città. È nato nel 1880 nelle cantine di Palazzo Antinori e ancora oggi, dopo più di centotrent'anni di attività sottoposto a un attento restauro, si propone come un regno di “re fiorentina”. Negli antipasti dominano i crostini toscani, nei primi la pappa al pomodoro e la ribollita. Ma è sulle carni che si evince il trionfo: a mio parere la migliore fiorentina mai mangiata. Rigorosamente accompagnata da fagioli all'olio e spinaci aglio e olio. Si tratta di una sensazione insuperabile per chi ama la carne

e comprende la ricchezza degli aromi e dei sapori che si possono sprigionare da una bistecca. Poi ci sono i dolci, tutti rigorosamente fatti in casa.

E il vino? Naturalmente Chianti, o Brunello di Montalcino o Barbaresco.

... e non vi pentirete di aver fatto una passeggiata nel cuore di Firenze...

Buca Lapi
Via del Trebbio 1, Firenze
Tel. 055.213768
www.bucalapi.com/it/



TRA I VIGNETI DELLE LANGHE

a cura di Fulvia Magenga

Acinque minuti di macchina da Barolo (CN) si trova un piccolo paese: Novello.

Sulla “stradina” principale, si può trovare il ristorante Barbabuc. Taglieri di salumi e formaggi classici, tomini alla piemontese, acciughe al bagnetto rosso, vitello tonnato, fino al tonno di coniglio e crema di pane, caratterizzano gli antipasti estivi.

A seguire possiamo trovare gli agnolotti del plin e la riduzione al barolo, i ravioli di polenta al merluzzo con pesto di prezzemolo, i risotti. I secondi piatti offrono una grande varietà di carni: il piccione, la guancia brasata allo chardonnay e la pancia di maialino.

Per terminare, potrete assaggiare le pesche ripiene alla piemontese o una torta di pere al moscato d'Asti. Ogni piatto può essere accompagnato da un vino importante, da un barbaresco, a un barolo, a un nebbiolo, dipende dalla preferenza

e dai consigli della signora Daniela, la proprietaria del ristorante, tanto poi non c'è problema, potete sempre dormire in una delle stanze del Barbabuc...e i prezzi sono più che ragionevoli.

Ristorante Barbabuc
Via Giordano 35
12060 Novello - Cuneo
tel. 0173.731298
info@ristorantebarbabuc.it
ristorantebarbabuc.it/





***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