

# Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 2 - 2014

PREVENZIONE PRIMA DI TUTTO

Igiene orale  
o igiene orale?



**Endodonzia**  
L'Hybrid Concept  
e gli strumenti  
rotanti in lega NiTi

È migliorata la predicibilità  
dei trattamenti canalari, però...

**Corsi di Laurea**  
Odontoiatria:  
un primo bilancio  
dei sei anni

L'importanza del prolungamento  
sostanziale del tirocinio pratico

**Visto dai colleghi**  
Lo specialista  
odontoiatra  
che vorrei conoscere

"Mi piacerebbe che fosse  
più attento ai fumatori"

## Editoriale

### MA IL POS È UN ULTERIORE AGGRAVIO BUROCRATICO?

La Gazzetta Ufficiale del 27 gennaio 2014 pubblica il Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 24 /01/14: "Definizioni e ambito di applicazione dei pagamenti mediante carte di debito". Il decreto precisa che: "l'obbligo si applica a tutti i pagamenti di importo superiore a 30 euro disposti a favore di imprese e professionisti...tenendo conto del rilevante numero di soggetti destinatari delle disposizioni, allo scopo di individuare criteri di gradualità e di sostenibilità per l'entrata in vigore della norma, è stabilito che fino al 30 giugno l'obbligo di accettazione varrà solo per le attività commerciali o professionali di maggiori dimensioni, quelle che nell'anno 2013 hanno avuto un fatturato superiore ai 200.000 euro".

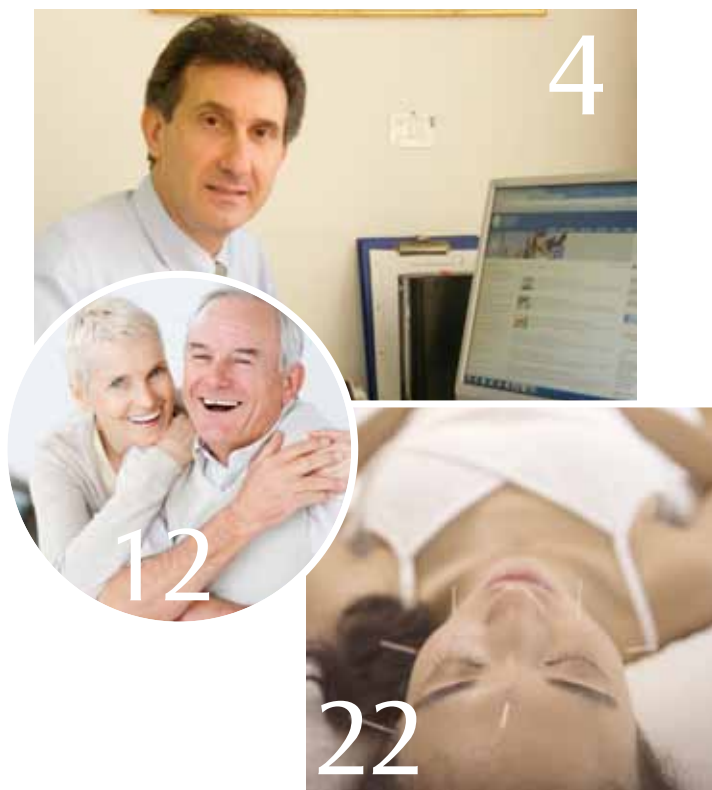
Non si è fatta attendere la presa di posizione del Presidente ANDI, dott. Prada, il quale ha dichiarato: "Come sempre criticiamo le imposizioni di legge e gli aggravii burocratici che possono creare ulteriori costi alle nostre cure..." salvo poi precisare che: "Comunque i dentisti italiani, quelli dell'ANDI in particolare, sono come sempre all'avanguardia, anche nell'innovazione tecnologica che permette i pagamenti tramite POS. La maggior parte dei nostri studi se ne sono infatti dotati da tempo, ben prima dell'obbligo legislativo, con il solito obiettivo primario di favorire e andare incontro alle necessità dei pazienti." A questo punto non è più dato di capire se il POS è "un ulteriore aggravio burocratico" che alza i costi oppure serve a "favorire e andare incontro alle necessità dei pazienti."

Ma tant'è è entrato nel DNA dell'associazionismo e della politica italiana lamentarsi comunque indipendentemente dall'argomento. Lamentarsi fa bene alla salute, fa aumentare i voti, fa moda. "Ma scusa, questa decisione di mettere l'IMU non l'ha presa il tuo governo?"; "Sì, ma ora non sono più io al governo e dunque è una schifezza". Proviamo a guardare le cose per quello che sono? Il POS è uno strumento indispensabile per la maggioranza dei pazienti, è entrato nell'uso comune al supermercato, dal ferramenta, al ristorante. Perché no dal dentista? A meno che qualcuno non tema che le transazioni elettroniche facilitino i controlli fiscali...ma questa è un'altra storia.

Giulio C. Leghissa

# Odontoiatria Team at Work

N. 2 - 2014

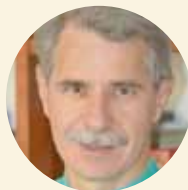


- 4 I SEI ANNI DI ODONTOIATRIA  
Un bilancio del prolungamento del corso di studi
- 6 LA TECNICA HYBRID CONCEPT E L'ENDODONZIA  
ELETTRONICAMENTE GUIDATA  
L'introduzione degli strumenti rotanti in lega NiTi
- 12 IL MANTENIMENTO DELL'IGIENE ORALE  
NEL PAZIENTE ANZIANO CON PROTESI
- 17 IL PREMIO "ALESSANDRO MELLI"
- 18 PULIZIA E STERILIZZAZIONE DEL PORTA IMPRONTE
- 20 IL CONGRESSO NAZIONALE DELLA SIB  
I materiali biocompatibili dalla Medicina dell'Ambiente
- 21 ANCORA DUE MESI PER IL POS
- 22 L'ODONTOIATRA CHE MI PIACEREBBE CONOSCERE
- 27 IGIENE ORALE O IGIENE ORALE?
- 29 L'INFORTUNIO IN ITINERE
- 30 FERITE DA TAGLIO: LE NUOVE NORME
- 32 MAGGIO: I CORSI SIPI E SIPMO
- 34 ABBADO, IL VISIONARIO DELLA MUSICA
- 35 LE NEWS

## Il board editoriale



**GIULIO C. LEGHISSA**  
Odontoiatra



**BRUNO BRIATA**  
Odontoiatra



**FEDERICA DEMAROSI**  
Odontoiatra



**FULVIA MAGENGA**  
Assistente



**MANLIO DI GIOVANNI**  
Economista

### Board Editoriale

Emanuele Ambu (odontoiatra)

Mirella Baldoni (odontoiatra)

Cristian Barbieri (odontoiatra)

Marialice Boldi (Igienista dentale)

Anna Botteri (economia/fisco)

Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)

Giuseppina Campisi (odontoiatra)

Antonio Carrassi (odontoiatra)

Stefano Cavagna (odontoiatra)

Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)

Stefano Daniele (odontoiatra)

Luca Francetti (odontoiatra)

Fabrizio Giuseppetti (esperto Food & Wine)

Serenella Laino (igienista dentale)

Paolo Maiocchi (odontotecnico)

Claudia Melillo (legale del lavoro)

Mauro Merli (odontoiatra)

Lucio Montebugnoli (odontoiatra)

Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)

Ernesto Rapisarda (odontoiatra)

Eugenio Romeo (odontoiatra)

Lia Rimondini (odontoiatra)

Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)

Tiziano Testori (odontoiatra)

Fabio Tosolin (psicologo)

Carlo Tinti (odontoiatra)

Leonardo Trombelli (odontoiatra)

Andrea Sardella (odontoiatra)

Roberta Silva (odontoiatra)

Serban Tovar (odontoiatra)

Roberto Weinstein (odontoiatra)

### Odontoiatria - Team at Work

Periodico d'informazione

In attesa di autorizzazione

**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



## I sei anni di Odontoiatria

### Professor Sardella, come è cambiato il percorso di studi in Odontoiatria negli anni?

Il prossimo settembre, con l'avvio dell'anno accademico 2014-2015, verrà avviato per la prima volta il sesto anno del nuovo corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Il passaggio da 5 a 6 anni ha naturalmente condotto alla stesura di un nuovo Ordinamento che, oltre a rappresentare un ulteriore aggiornamento dei programmi, ha aumentato significativamente le attività di tirocinio pratico alle quali sono chiamati gli studenti. Proprio quest'ultimo aspetto ha rappresentato una delle motivazioni più forti per il passaggio ai 6 anni ma costituisce, allo stesso tempo, argomento di discussione e continua analisi nei diversi corsi di laurea italiani. Infatti, mentre per certi aspetti l'estensione di un anno può agevolare le sedi nella fase organizzativa dei tirocini pratici - ai quali è praticamente dedicato tutto il sesto anno - per altri può rappresentare uno svantaggio nei confronti della maggior parte degli odontoiatri europei che si formano ancora in 5 anni.

### I neolaureati, una volta abilitati alla professione, sono già in grado di curare in autonomia i pazienti?

Le attività di tirocinio pratico costituiscono naturalmente il fondamento di un corso così professionalizzante ed è per questo che suscitano sempre estremo interesse, richiamano una giusta attenzione da parte degli studenti e richiedono grandissimo impegno da parte dei docenti. Quest'ultimo è rappresentato dai rapporti che l'Università deve avere con gli Ospedali, nel caso di convenzione, dalla numerosità del corpo docente, che deve seguire alla poltrona lo studente in formazione, dalla quantità delle postazioni odonto-



**IL PROLUNGAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRATICO HA RAPPRESENTATO UNA DELLE MOTIVAZIONI PIÙ FORTI PER ALLUNGARE DI UN ANNO IL CORSO DI STUDI**

**di Andrea Sardella\***

\*PRESIDENTE CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA  
PROFESSORE ASSOCIATO DI MALATTIE ODONTOSTOMATOLOGICHE  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, CHIRURGICHE E ODONTOIATRICHE  
UNITÀ DI MEDICINA ORALE, PATOLOGIA ORALE E ODONTOIATRIA GERIATRICA

triche che possono essere messe a disposizione per l'addestramento, dalla tipologia dei pazienti e delle patologie oro-dentali che possono essere trattate dallo studente. Sono aspetti di non semplice gestione e che richiedono una costante attenzione e una programmazione accurata e che assorbono gran parte dell'attività gestionale svolta dai coordinatori dei Corsi di laurea.

Per tornare alla domanda, la mia risposta è sì: senza problemi io stesso mi farei curare da uno studente neo-laureato del corso di laurea della Statale di Milano, che ora ho l'onore di presiedere.

Nei poli clinici del nostro corso di laurea, le cliniche odontoiatriche della Fondazione Ca' Granda-Policlinico, dell'Ospedale San Paolo e dell'IRCCS Galeazzi, siamo già in grado di rispondere alle attività di

tirocinio previste al sesto anno anche nella considerazione che lo si fa da sempre e con la dovuta attenzione sia alle esercitazioni simulate che cliniche. Le attività coprono tutte le discipline previste dall'Ordinamento comprese quelle recentemente introdotte come veri e propri corsi e rappresentate ad esempio dalla Implantologia.

Vorrei, però, sottolineare anche l'importanza delle conoscenze di base e delle discipline a impronta medica che rappresentano l'altra metà della formazione dell'odonto-

iatra. Queste non vanno trascurate soprattutto nella considerazione che i nuovi odontoiatri si confronteranno con una sempre più grande quota di soggetti anziani, sottoposti frequentemente a diverse terapie o affetti da patologie croniche che richiedono capacità di gestione e conoscenze di base dei meccanismi delle malattie e della loro cura. Ricordiamo che il nostro mandato deve essere quello di preparare figure sanitarie molto specializzate che devono occuparsi della salute generale dei cittadini, attraverso il loro impegno verso la salute orale.

**Sono previsti seminari e/o esami su materie sempre più importanti quali l'ergonomia e il management di uno studio odontoiatrico oppure la psicologia del paziente?**

Proprio perché l'obiettivo deve essere "curare la persona" e non "curare la sua bocca" gli aspetti psicologici sono importanti. Pressoché tutti i corsi, e certamente quello della Statale di Milano, dedicano moduli o corsi interi a tali tematiche. Il nostro corso di Scienze Comportamentali richiede che subito, nel secondo semestre del primo anno, lo studente impari come occuparsi della persona. Anche in odontoiatria, come nel resto delle discipline mediche, ottenere l'alleanza terapeutica del paziente rappresenta la base del successo e dei miglioramenti dello stato di salute orale che si vogliono conseguire. Analogamente, questi

**PROPRIO PERCHÉ L'OBIETTIVO DEVE ESSERE "CURARE LA PERSONA" E NON SOLO "CURARE LA SUA BOCCA" GLI ASPETTI PSICOLOGICI SONO MOLTO IMPORTANTI**

ultimi obiettivi sono più facilmente raggiungibili con una buona gestione della propria attività lavorativa ed è per questo che, al quinto anno, il corso di Ergonomia e Gestione in Odontoiatria se ne occupa approfonditamente, con moduli anche di gestione e di organizzazione aziendale.

**C'è grande preoccupazione nel mondo odontoiatrico per la laurea in odontoiatria rilasciata in Paesi europei equiparati all'Italia: ci può dire qualcosa di questo fenomeno? Che evidenze avete sui numeri di questo nuovo "business"?**

E' ormai la cronaca giornalistica che riporta di sempre più numerosi studenti che dopo la scuola superiore si iscrivono a corsi in Paesi stranieri. La motivazione è legata alla selezione rigida effettuata dai nostri Atenei e alla possibilità, quindi, di laurearsi all'estero senza i limiti di accesso presenti in Italia. Personalmente ritengo imprescindibile correlare il numero dei nostri studenti alla disponibilità delle strutture che li accoglieranno, perché penso che questo sia necessario a garantire la loro ottimale preparazione. Certamente condivido che può suonare come una beffa la possibilità di conseguire all'estero il titolo, evitando il numero chiuso, e poi rientrare in Italia per esercitare la professione. Percorso, poi, certamente costoso e non possibile per tutti. Alcune di queste iniziative all'estero, troppo spregiudicate e al di fuori di ogni normativa, compresa quella dell'Unione Europea, sono state stigmatizzate anche dalla Conferenza Permanente di Presidenti dei Corsi di Laurea e sono state bloccate dai tribunali. Il libero scambio di professionisti laureatisi nell'Unione Europea non può però essere bloccato.

**Negli Stati Uniti esiste da quasi un secolo la figura della dental nurse che studia insieme al dentista: quando pensa che verrà introdotta e riconosciuta anche in Italia la figura della assistente di studio odontoiatrico?**

La professione odontoiatrica è una professione d'équipe. I continui aggiornamenti e le costanti evoluzioni pongono ogni figura dell'équipe nella necessità di una ottima preparazione e di un continuo aggiornamento. Ciò

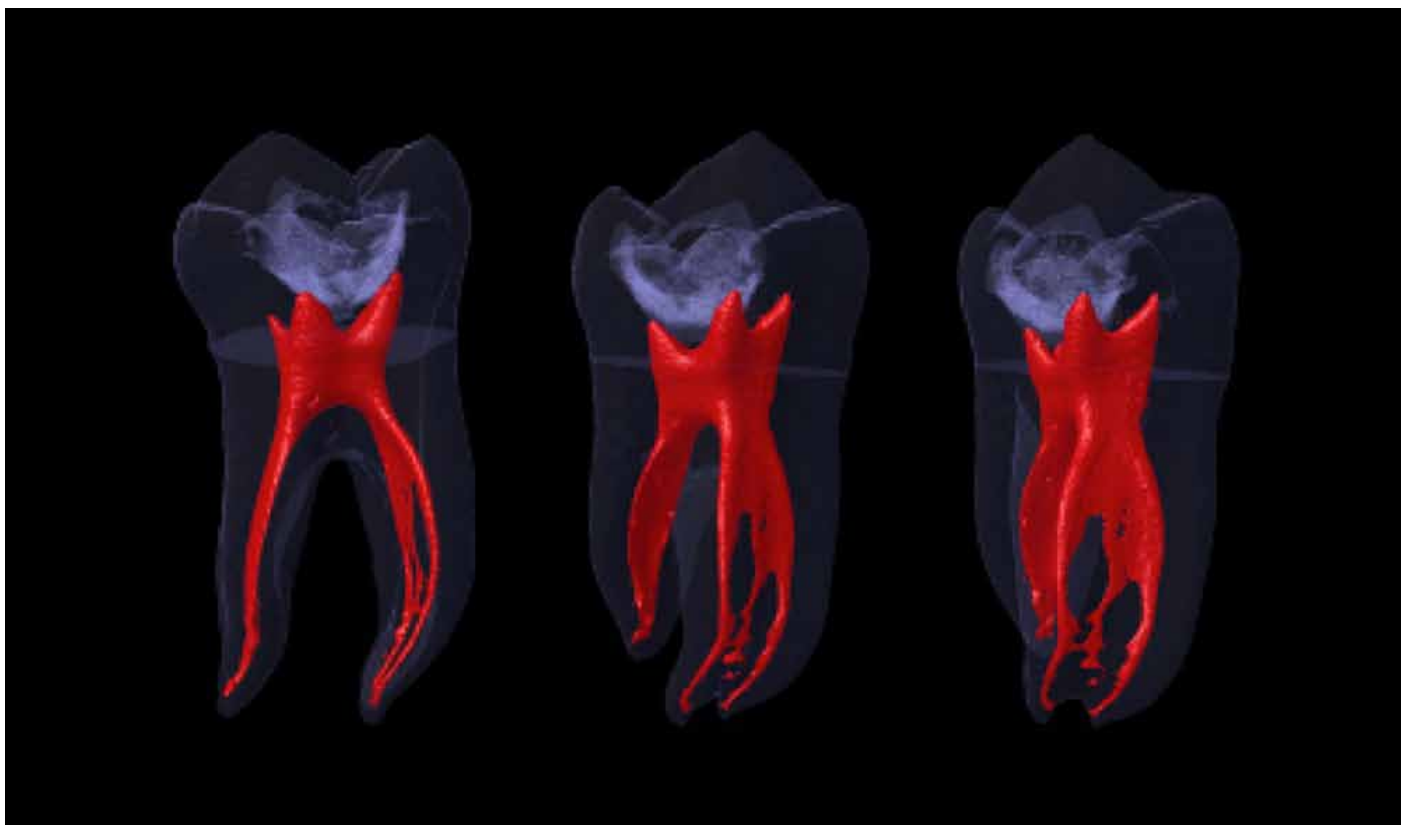


vale per l'odontoiatra e l'igienista, che hanno corsi di laurea propri, e dovrebbe valere per l'assistente alla poltrona o il personale amministrativo di studio. Sinceramente non penso che l'Università debba occuparsi direttamente della preparazione di queste figure: le risorse sono già così limitate che non consentono ulteriori impegni, anche se qualche formula di collaborazione potrebbe essere possibile ed è già stata praticata. Certamente percorsi regolati dai Ministeri competenti (Istruzione e Salute) potrebbero garantire adeguata preparazione e anche la dovuta tutela delle persone che collaborano quotidianamente con l'odontoiatra.

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

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

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



## La Tecnica Hybrid Concept e l'endodonzia elettronicamente guidata

di Fabio Rovai  
Federica Peducci  
Giorgio Silvestri  
Emanuele Ambu\*

L'introduzione degli strumenti rotanti in lega NiTi ha migliorato la predicibilità dei trattamenti canalari<sup>(1)</sup>, ma tutto ciò ha prodotto un aumento di rischio di frattura degli strumenti stessi. La frattura dello strumento può avvenire per fatica ciclica o fatica torsionale<sup>(2-5)</sup>.

La fatica ciclica è dovuta essenzialmente alla conformazione dell'anatomia canalare<sup>(1)</sup> per cui è un fattore su cui il clinico non ha alcun tipo di influenza se non scegliere in presenza di una curvatura molto accentuata strumenti nuovi.

Lo stress torsionale è causa di frattura quando lo sforzo torsionale eccede il limite elastico della lega NiTi<sup>(2)</sup>, per cui si ha una deformazione plastica e successivamente una frattura. Concorrono a determinare questa evenienza diverse cause: la velocità di rotazione dello strumento nel canale, il torque applicato al manipolo, la forza con la quale l'o-

peratore spinge sul manipolo<sup>(4)</sup>. A questo si aggiungono caratteristiche strutturali dello strumento quali il disegno dello strumento (passo costante o passo variabile) e la presenza di angoli di taglio o di radial land<sup>(5-6)</sup> e, non ultimo, l'inserimento dello strumento con punta non tagliente in un lume canalare più piccolo del diametro di punta così da determinare il cosiddetto Taper Lock<sup>(5-6)</sup>. Possiamo quindi affermare che la frattura da stress torsionale è un'evenienza multifattoriale nella quale pratica clinica dell'operatore e tecnica di strumentazione giocano un ruolo fondamentale.

La letteratura ha dimostrato che si può ridurre il rischio di Taper Lock, ovvero del blocco della punta dello strumento in un canale con il diametro più piccolo di quello della sua punta, sia provvedendo ad ottenere l'allargamento coronale precoce<sup>(7-8)</sup>, ovvero l'eliminazione del

triangolo di dentina a livello della porzione coronale dei canali nelle radici mesiali dei molari, rendendo più rettilineo possibile l'accesso all'apice degli strumenti (figura 1), sia con la creazione di un sentiero di scorrimento (Glide Path)<sup>(9-10)</sup> che, creato durante le prime fasi del trattamento con strumenti manuali o meccanici<sup>(11)</sup> permetta di inserire gli strumenti canalari successivi in completa sicurezza. Il Glide Path è un passaggio fondamentale per ridurre al massimo i rischi di frattura degli strumenti usati sia con rotazione continua sia con movimento reciprocante e garantisce una strumentazione in completa sicurezza con terapie ad alta predicibilità di risultato (Berutti et al Joe 2012)<sup>(12)</sup>. Scopo di questo lavoro è la proposizione di una tecnica di strumentazione canalare i cui principi fondanti sono la sicurezza e predicibilità: sicurezza nell'utilizzo degli strumenti canalari da parte dell'operatore, sicurezza per l'elemento dentale la cui anatomia originaria deve essere mantenuta il più possibile e quindi predicibilità del trattamento, dovuta a scarsa alterazione dell'anatomia originaria, ridotta rischio di produrre gradini, stripping o stiramenti di apice, condizioni che garantiranno anche a lungo termine il successo della terapia endodontica.

**LA TECNICA HYBRID CONCEPT**

La tecnica prevede l'utilizzo di strumenti NiTi di quarta generazione in rotazione continua sia per le fasi iniziali del trattamento (Glide Path con MGP) che per le fasi successive (Endowave) da utilizzare in continuo controllo elettronico della LDL (Endodonzia Elettronicamente Guidata EEG).

Gli strumenti NiTi che vengono utilizzati in questa tecnica per la creazione del Glide Path sono gli MGP della Morita (figura 2). Sono strumenti in conicità 02 con diametro di punta 10 15 20, con sezione quadrata; subiscono un trattamento di lucidatura elettrochimica di superficie che li rende più resistenti alle fratture e vengono utilizzati in rotazione continua ad una velocità di 800 rpm e un torque di 0,3 Ncm. Per la rifinitura finale del canale sono utilizzati gli Endowave (figura 3): sono strumenti di quarta generazione con una lega NiTi diversa dal tradizionale Nitinol, ovvero formata dal 47% di Titanio e 53% di Nichel. Mostrano una sezione triangolare, la punta non attiva, un design "ad onda continua antiavvitamento", in cui le spire hanno un passo variabile che consente di ospitare tra loro un gran quantitativo di detriti che possono poi essere facilmente rimossi durante la pulizia<sup>(13)</sup>; anche per questi strumenti il trattamento di pulitura elettrochimica di superficie consente di ridurre la possibilità di frattura per stress torsionale. La velocità operativa varia da 400 a 600 rpm e valori di torque che variano tra 0.9 a 1,5 Ncm a seconda dello strumento utilizzato.

Questa tecnica è detta ibrida in quanto mutua il concetto del raggiungimento con il primo file della LDL dalla Single Length Technique (Tecnica Simultanea) con il concetto dell'allargamento coronale precoce dalla Tecnica Crown Down, ottenendo così una eccellente riduzione del rischio di frattura degli strumenti. Questa tecnica, inoltre ci consente di trattare indifferentemente canali semplici e complessi utilizzando la stessa sequenza di strumenti.

Gli strumenti nella loro sequenza sia in fase di Glide Path che in fase di rifinitura devono essere utilizzati con un controllo costante della lunghezza di lavoro in modo da evitare sotto o sovra strumentazioni dello spazio canale che potrebbero portare a un successivo fallimento della terapia endodontica<sup>(14,15,16)</sup>. Per questo motivo si consiglia di



FIGURA 1



FIGURA 2

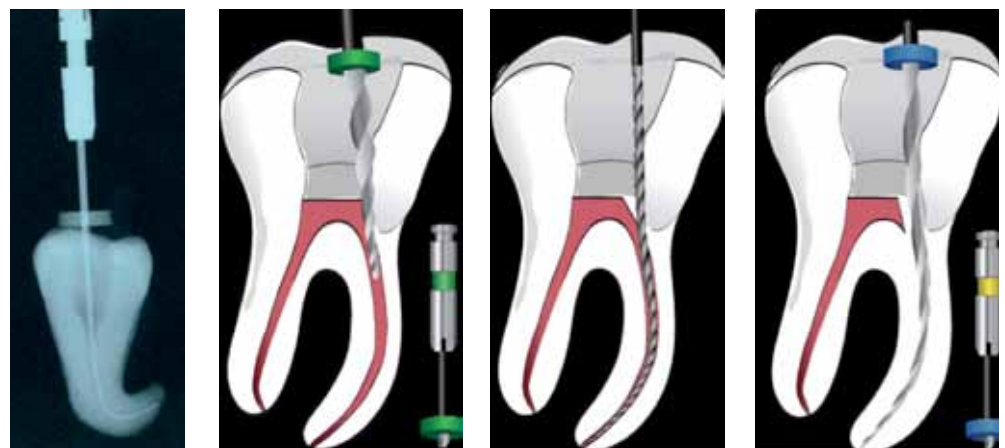


FIGURA 3 (SOPRA)  
FIGURA 4  
FIGURA 5  
FIGURA 6 - 7 (SOTTO)

utilizzare motori con rilevatore elettronico di apice integrato settato al punto 0.0 e con funzione di AAR (Automatic Auto Reverse) attivata. Si sceglie il punto zero (major foramen) in quanto unico punto realmente rilevato dal rilevatore elettronico di apice<sup>(17)</sup>. Solo alcuni dispositivi hanno questa possibilità, ovvero quella di poter combinare insieme il motore endodontico collegato con il localizzatore elettronico d'apice. Noi utilizziamo il MiniTriauto Set o il Dentaport Zx sempre dello stesso produttore, perché ci consente di avere la massima affidabilità dovuta alla grande precisione del localizzatore Root Zx o del mini Root Zx.

Si inizia con un MGP 1 (10/02) che viene portato in apice sotto continuo controllo del rilevatore apicale (figura 4); successivamente si passano in sequenza l'MGP 2 (15/02) e l'MGP 3 (20/02) condotti con il controllo elettronico alla lunghezza di lavoro.

Si monta poi sul manico un Endowave 35/08 che viene inserito all'imbocco del canale e utilizzato con movimento di brushing per eliminare le interferenze coronali (figura 5). A questo punto, eliminate le interferenze coronali e ottenuto un accesso più rettilineo all'apice si ricontrolla la LDL fissandola al suo valore definitivo (figura 6). In presenza di canali stretti e sottili, oppure con curvature molto accentuate, si utilizzano strumenti a conicità intermedia (come l'Endowave 20/04) che viene portato a LDL per favorire la penetrazione degli strumenti di conicità maggiore. Una volta sagomato interamente con un Endowave 20/06 (figura 7) saranno le manovre per la determinazione dell'Apical Gauging a determinare quale sia il diametro dell'ultimo strumento rotante da portare in apice.



## DISCUSSIONE

La tecnica ibrida si prefigge come scopo la riduzione dei rischi di frattura degli strumenti e la riduzione dell'errore da parte dell'operatore. Uno dei suoi punti di forza è l'eliminazione nelle fasi iniziali di strumenti a mano in acciaio, optando per l'uso di strumenti rotanti di diametro 02. Anche altre tecniche hanno previsto questo, ma sempre creando un primo cateterismo con almeno uno strumento in acciaio. La tecnica ibrida, prevedendo un controllo elettronico continuo della lunghezza di lavoro, grazie ai dispositivi integrati motore endodontico/localizzatore elettronico consente di raggiungere con sicurezza il forame evitando grossolane sovra- e sotto-strumentazioni.

Per ottenere il glide path possono essere utilizzati strumenti manuali o meccanici. La tecnica manuale prevede l'utilizzo di strumenti in acciaio che vengono portati ad una LdL approssimativa riferita alla radiografia pre-operatoria<sup>(18)</sup>; è una tecnica operatore dipendente soprattutto in presenza di canali particolarmente curvi laddove passare a strumenti di diametro maggiore può diventare molto complicato in virtù delle caratteristiche di memoria elastica dell'acciaio che in numerazioni anche di poco maggiori, come il 15/02 ed il 20/02 può produrre delle alterazioni all'anatomia originaria del canale come per esempio deformazioni del tratto medio e apicale del canale e indurre, impuntandosi contro la parete canale, la formazione di gradini che renderebbero assai più complessa la percorrenza del canale fino al suo termine. Queste difficoltà appaiono essere più frequenti tanto più l'anatomia è complessa e tanto più l'operatore è inesperto.

Abbiamo cercato conforto nella letteratura per valutare le differenze di comportamento tra strumenti in acciaio e strumenti in NiTi.

Diversi studi hanno cercato di valutare le differenze di comportamento tra le due tipologie di strumentazione acciaio vs NiTi, utilizzando come utilizzatori operatori non esperti al fine di ridurre a zero il "fattore operatore". Questo ha consentito di prendere in esame solo i valori intrinseci delle due diverse tipologie di strumenti.

### I risultati sono veramente stupefacenti:

Petiette & coll. dimostrano come ci sia una drammatica differenza tra l'uso di uno strumento manuale in acciaio e uno manuale in Ni Ti nelle mani di studenti senza alcuna esperienza,



FIGURA 8



FIGURA 9

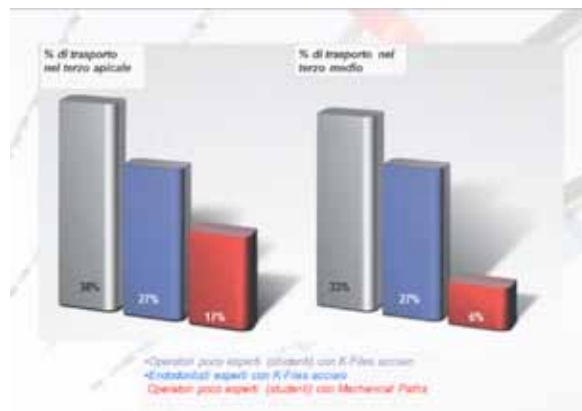


FIGURA 10

evidenziando come uno strumento manuale in NiTi in mani inesperte riesca a mantenere integra l'anatomia originaria del canale e come uno in acciaio possa creare gradini, perforazioni e "forami a goccia"<sup>(19)</sup>.

Gli stessi autori hanno valutato la percentuale di successo a 12 mesi in denti trattati da studenti con strumenti manuali in acciaio e strumenti manuali in NiTi e la valutazione è stata fatta su una analisi densitometrica dell'osso periapicale. I risultati mettono in evidenza come ci siano stati un maggior numero di successi tra i

pazienti trattati con strumenti Ni Ti e un numero di fallimenti maggiore tra coloro che sono stati trattati con strumenti manuali in acciaio. Inoltre si è visto che il mantenimento dell'anatomia originaria del canale da una prognosi migliore al trattamento endodontico<sup>(20)</sup>.

Sonntag & Coll. hanno coinvolto nello studio 21 studenti a cui sono stati assegnati 10 canali di resina ciascuno, 5 dei quali sono stati trattati con tecnica manuale step-back con k File e 5 con tecnica crown-down utilizzando strumenti rotanti in NiTi. La loro conclusione è che gli operatori inesperti strumentano in modo migliore i canali con strumenti NiTi rispetto agli strumenti in acciaio anche se aumentano i casi di frattura intracanalare<sup>(21)</sup>.

Cheung & Coll. dimostrano come negli elementi trattati con strumenti manuali ci sono state minori guarigioni e una maggiore incidenza di errori procedurali rispetto ai denti trattati con strumenti rotanti NiTi. Questo dato viene correlato alla tipologia di strumentazione, all'esperienza dell'operatore e all'assenza di una lesione periapicale iniziale. Concludono inoltre che la strumentazione NiTi dovrebbe essere la scelta di elezione per il trattamento di denti vergini in particolare da parte di operatori inesperti<sup>(22)</sup>.

Buchanan & Coll. hanno usato 54 canali di 27 radici mesiali di molari inferiori che sono state sottoposte a scansioni su 4 livelli. A questo punto alcuni studenti hanno trattato, per ogni radice, un canale con tecnica crown-down con strumenti rotanti Gt file e l'altro con tecnica step-back con strumenti manuali in acciaio. Successivamente si è provveduto ad una nuova scansione e le immagini ottenute sono state sovrapposte alle iniziali per valutare quale tipo di alterazioni il canale avesse subito nei 4 punti di osservazione.

I risultati (figura 8) mostrano come operatori inesperti utilizzando strumenti rotanti NiTi riescano a preparare i canali radicolari riducendo al massimo alterazioni intracanalari come gradini e perforazioni. Conservando gran parte della dentina nelle safety zone rispetto a quanto si verifici utilizzando strumenti in acciaio<sup>(23)</sup>.

In un altro studio Gergi & Coll. hanno valutato le alterazioni dell'anatomia originaria del canale e la centratura dello strumento nel canale tramite tac pre- e post- operatoria in elementi estratti. Come è evidente (figura 9), le alterazioni sono massime con una strumentazione in acciaio e minime



con uno strumento aggressivo come i Protaper preceduti dai Pathfiles (Dentsply-Maillefer) che hanno creato un Glide Path meccanico<sup>(24)</sup>.

Berutti & Colleghi, in questo lavoro, hanno messo a confronto operatori esperti ed inesperti nell'utilizzo di strumenti in acciaio e strumenti meccanici per il glide path. I risultati mettono in evidenza come operatori non esperti, causino più deformazioni nel tratto apicale e medio del canale rispetto agli operatori esperti quando vengono utilizzati strumenti in acciaio. Questi risultati hanno una drammatica inversione quando si mettono a confronto l'utilizzo di strumenti rotanti da parte di operatori inesperti laddove l'alterazione dell'anatomia canalare originaria risulta decisamente inferiore rispetto a quella causata da operatori esperti che utilizzano strumenti in acciaio<sup>(12)</sup>.

In aggiunta, l'utilizzo di un glide path meccanico induce i seguenti vantaggi:

- Riduce il dolore post operatorio e permette una risoluzione più rapida della sintomatologia dolorosa<sup>(25)</sup>.
- Riduce la frattura degli strumenti rotanti Ni Ti nei canali curvi<sup>(26)</sup>.
- Mantiene l'originaria anatomia ca-

nalare e determina minori alterazioni all'interno dei canali (gradini, false strade...)<sup>(27)</sup>.

- L'analisi effettuata con microtac di canali trattati con glide path meccanico mette in evidenza come questo tipo di strumentazione non alteri l'anatomia originaria del canale e non produca gradini, false strade, o altre alterazioni dell'anatomia<sup>(28)</sup>.

- La valutazione di più sistemi rotanti ha dimostrato che la tecnica in cui si utilizza un "glide path" diventa la più predicibile e sicura nei canali "S-shaped"<sup>(29)</sup>.

- L'uso di strumenti per ottenere un glide path rende più sicura la successiva strumentazione con strumenti reciprocanti o rotanti<sup>(12)</sup>.

Da tutte queste ricerche si evince come sia necessario utilizzare strumenti NiTi per avere una strumentazione canalare predicibile che sia relativamente operatore-dipendente, riducendo il rischio di alterazioni anatomiche come gradini, stripping o stiramento d'apice; se a questo si aggiunge che le fasi iniziali di un trattamento costituiscono le basi per la riuscita delle fasi successive ecco che la nostra scelta per un glide path

meccanico con strumenti NiTi diventa obbligata soprattutto nelle mani di operatori poco esperti.

Il glide path meccanico con MGP, oltre ad essere una tecnica predicibile che ci permette di avere al termine della sua esecuzione un canale 20 conicità 02, ci predispone ad una strumentazione successiva con la sequenza di strumenti Endowave che verrà eseguita nel massimo della sicurezza.

L'uso successivo di uno strumento come il 35/08, usato con movimento di "spazzolamento" contro le pareti esterne del tratto più coronale della radice consentirà di ottenere in pochi secondi un eccellente allargamento coronale precoce, contribuendo alla ulteriore riduzione del rischio di formazione di alterazioni anatomiche e di frattura degli strumenti, favorendo la più facile progressione degli strumenti a conicità 06 al termine del canale. Infine vogliamo segnalare come questa tecnica, consenta di sagomare in sicurezza anche canali sottili e moto stretti come i canali mesio-palatini dei molari superiori, che si presentano spesso atresici alla nostra osservazione.



Distribuzione Apparecchiature e Prodotti Ausiliari per l'Arte Dentale

<p><b>SCIALITICHE A LED</b></p> <p><b>TRIANGO Derungs</b> 50.000 lux regolabile 4.500 K</p> <p><b>ASTRAMAX Brandon</b> Regolazione intensità fino a 130.000 lux a temperatura colore 3.500, 5.000 K</p> 	<p><b>SEGGIOLINI Promed</b></p> <p>Sedute ergonomiche con ampia scelta di colori. Basi cromate per la massima igiene.</p> <p><b>ASSIST</b></p> <p><b>HARLEY</b></p> 	<p><b>COMPRESSORI SENZA LUBRIFICAZIONE Werther</b></p> <p>Disponibili anche nelle versioni carenate e insonorizzate. Garanzia estendibile fino a 5 anni.</p> 	<p><b>VASCHE A ULTRASUONI Branson</b></p> <p>Massima rumorosità ed elevato potere pulente. Capacità da 1,9 a 18 litri per ogni esigenza operativa.</p> 
<p><b>SERVO SAFE</b></p> <p>Mobile per le emergenze</p> 	<p><b>STRUMENTI LM FEEL THE DIFFERENCE</b></p> <p>Qualità dell'acciaio e impugnatura in silicone con ottimo grip. Colorazione vivace e codice dello strumento per una rapida identificazione.</p> 	<p><b>ETICHETTATRICE MARK 3 De Marco</b></p> <p>per etichette a doppio supporto adesivo</p> 	<p><b>TB - De Marco</b></p> <p>incubatore elettronico per indicatori biologici e per preriscaldamento tubofiale anestesia.</p> 

## CASI CLINICI

Paziente che si presenta alla nostra osservazione con elemento 37 in pulpite. Si procede ad effettuare il Glide Path meccanico con strumenti MGP Morita 10, 15, 20 a conicità 02 e successivamente si effettua la rifinitura canalare secondo la tecnica Hybrid concept con strumenti Endowave Morita.



ELEMENTO 37 Rx INIZIALE



ELEMENTO 37 Rx FINALE

Paziente che si presenta con ascesso e lesione periapicale a carico del 37. Si procede a effettuare un Glide Path meccanico con strumenti MGP Morita 10, 15, 20 a conicità 02 e successivamente rifinitura canalare secondo la tecnica Hybrid concept con strumenti Endowave Morita.

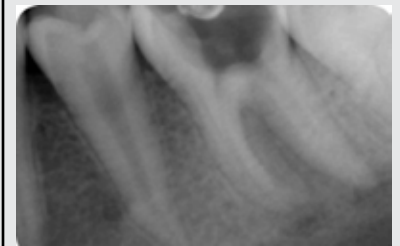


ELEMENTO 37 Rx INIZIALE

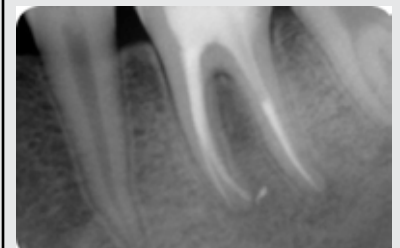


ELEMENTO 37 Rx FINALE

Paziente giovane con elemento 36 necrotico. Si procede al Glide Path meccanico con strumenti MGP Morita 10, 15, 20 a conicità 02 e successivamente a rifinire il canale secondo la tecnica Hybrid concept con strumenti Endowave Morita.



ELEMENTO 36 Rx INIZIALE



ELEMENTO 36 Rx FINALE

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Peters OA. Current challenges and concepts in the preparation of root canal systems: a review. *J Endod* 2004; 30:559-67
- 2) Alapati SB, Brantley WA, Svec TA, Powers JM, Nusstein JM, Daehn GS. SEM observation of nickel-titanium rotary endodontic instruments that fractured during clinical use. *J Endod* 2005;31:40-3
- 3) Parashos P, Messer HH. Rotary NiTi instrument fracture and its consequence. *J Endod* 2003;29:15-9
- 4) Kobayashi C, Yoshioka T, Suda H. A new engine-driven canal preparation system with electronic canal measuring capability.
- 5) Peters OA, Peters CI, Schonenberg K, Barbakow F. ProTaper rotary root canal preparation: assessment of torque and force in relation to canal anatomy. *Int Endod J* 2003;36:93-99
- 6) Blum JY, Cohen P, Machou P, Micallet JP. Analysis of forces developed during mechanical preparation of extracted teeth using Profile NiTi rotary instruments. *Int Endod J* 1999;32:24-31
- 7) Roland DD, Andelin WE, Browning DF, Hsu GH, Torabinejad M. The effect of preflaring on the rates of separation for 0.04 taper nickel titanium rotary instruments. *J Endod* 2002;28:543-5
- 8) Peters OA, Peters CI, Schonenberg K, Barbakow F. ProTaper Rotary root canal preparation: effects of canal anatomy on final shape analysed by micro CT. *Int Endod J* 2003;36:86-92
- 9) Patino PV, Biedma BM, Liebana CR, Cantatore G, Bahillo JG. The influence of a manual glide path on the separation rate of NiTi rotary instruments. *J Endod* 2005;36:114-6
- 10) Berutti E, Negro AR, Lendini M, Pasqualini D. Influence of a manual preflaring and torque on the failure rate of ProTaper rotary instruments. *J Endod* 2004;30:228-30
- 11) Berutti E, Cantatore G, Castellucci A, et al. Use of nickel titanium rotary pathfile to create the glide path: comparison with manual preflaring in simulated root canals. *J Endod* 2009;35:408-12
- 12) Berutti E, Paolino DS, Chianducci G, Alovisi M, Cantatore G, Castellucci A, Pasqualini D. Root canal anatomy preservation of WaveOne reciprocating files with or without glide path. *Joe* 2012;38:101-104
- 13) E.A. Elmsallati, R. Wadachi, A.K. Ebrahim, H. Suda. Debris retention and wear in three different nickel-titanium rotary instruments. *Aust. Endod. J.* 2006;32:107-111
- 14) Sjogren U, Hagglund B, Sundqvist G, Wing K (1990) Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. *JOE* 16, 498-504
- 15) Chugal NM, Clive JM, Picoli F, Spangberg LS (2003) Endodontic infection: some biologic and

- treatment factors associated with outcome. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontology* 96, 81-90
- 16) Souza RA (2006) The importance of apical patency and cleaning of the apical foramen on root canal preparation. *Brazilian Dental Journal* 17, 6-9
- 17) Tselnik M, Baumgartner JC, Marshall JG (2005) An evaluation of Root ZX and Elements Diagnostic Apex locators. *Journal of Endodontics* 31, 507-9
- 18) Mounce Endodontic K files: invaluable endangered species or ready for the Smithsonian? *Dentistry Today* 2005; 24 :102-104
- 19) Petiette MT, Metzger Z, Phillips C, Trope M J. Prognosis of root canal therapy performed by dental student with stainless steel K-file and NiTi hand file. *J Endodon* 1999;25:230-4
- 20) Petiette M.T, Delano Olutayo E, Trope M. Evaluation of success rate of endodontic treatment performed by students with stainless-steel k-file and nickel-titanium hand files. *Journal of endodontics* 2001; 27:124-27
- 21) Sonntag D, Guntermann A, Kim S.K. & Stachniss V. Root canal shaping with manual stainless files and rotary Ni Ti files performed by students. *International endodontic Journal* 2003;36:246-255
- 22) Cheung G.S.P and Liu C.S.Y. A retrospective study of endodontic treatment outcome between Nickel Titanium rotary and stainless steel hand filling techniques. *Cheung G.S.P and Liu C.S.Y. JOE* 2009;35:938-43
- 23) Gluskin A, H, Brown D.C & Buchanan L.S. A reconstructed computerized tomographic comparison of Ni Ti rotary Ct file versus traditional instruments in canal shaped by novice operators. *International Endodontic Journal* 2001;34:476-484
- 24) Gergi R, Rjeily J.A, Sader J, DDS, Naaman A, Comparison of Canal Transportation and Centering Ability of Twisted Files, Pathfile-ProTaper System, and Stainless Steel Hand K-Files by Using Computed Tomography. *JOE* 2010;36:904-907
- 25) Pasqualini D, Cantatore G, et al. Postoperative Pain after Manual and Mechanical GlidePath: A Randomized Clinical Trial. *Joe* 2012; 38: 32-36
- 26) Roland D D, Andelin W A, Hsu GHR, Torabinejad M. The effect of Preflaring on the Rates of Separation for 0.04 Taper Nickel Titanium Rotary Instruments. *Joe* 2002;28 :543-545
- 27) De Oliveira Alves V, Silveira Bueno C.E et al Comparison among Manual Instruments and PathFile and Mtwo Rotary Instruments to Create a Glide Path in the Root Canal Preparation of Curved Canals. *Journal of Endodontics* 2012;38 : 117-120
- 28) Shaping Ability of Four Nickel-Titanium Rotary Instruments in Simulated S-Shaped Canals. *Bonaccorso A, Cantatore G et al Joe* 2009; 35 :883-886

Paziente con elemento 15 necrotico. Si procede all'apertura della camera pulpare, seguita da un Glide Path meccanico con strumenti Ni Ti a conicità 02 e si rifinisce il canale, con tecnica Hybrid Concept e strumenti Endowave per canali stretti utilizzando perciò uno strumento Ni Ti 20 conicità 04 prima del 20 06.



ELEMENTO 15 RX INIZIALE



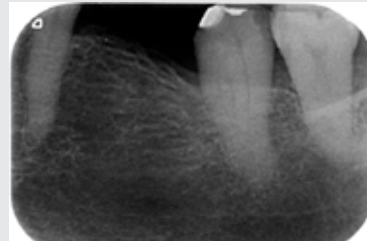
ELEMENTO 15 RX FINALE

Elemento 47 con curva a 90 gradi distale, strumentato secondo la tecnica Hybrid concept con Glide Path meccanico e rifinitura con Endowave 20 04.



47 CURVA DISTALE 90°

Elemento 37 in pulpite Glide Path meccanico con strumenti Mgp Morita e rifinitura canalare con Endowave.

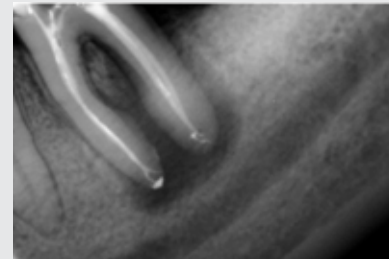


ELEMENTO 37 RX INIZIALE



ELEMENTO 37 RX FINALE

Elemento 36 con grande lesione periapicale. Si effettua Glide Path meccanico con strumenti Mgp Morita a conicità 02 e numerazione 10 15 20 e rifinitura con Endowave secondo i concetti della "Hybrid concept".



ELEMENTO 36 RX INIZIALE

NELL'AMBITO  
DELLE ATTIVITÀ  
PREVENTODONTICHE  
FONDAMENTALE  
È IL COMPITO  
DELL'IGIENISTA  
DENTALE



## Il mantenimento dell'igiene orale nel paziente anziano portatore di protesi

di Giuliana Bontà  
e Cristina Comi

**S**copo del lavoro è elaborare delle linee guida per il mantenimento della igiene orale nei pazienti anziani portatori di protesi. Nell'ambito delle attività preventodontiche, un compito fondamentale è affidato alla figura dell'Igienista Dentale che ha lo scopo di effettuare prevalentemente un'opera di prevenzione primaria delle patologie della bocca in tutte le fasce di età.

**Materiali e metodi:** sono stati individuati i presidi più idonei per l'igiene domiciliare in base al tipo di manufatto protesico e al grado di collaborazione dei pazienti elaborando dei protocolli di trattamento.

**Conclusioni:** è importante garantire al paziente un aspetto dentale soddisfacente perché questo può dare al miglioramento della sua qualità di vita. La salute e l'igiene orale, un aspetto dentale adeguato e consoni per l'età, una funzione masticatoria adeguata e una riabilitazione orale stabile e confortevole contribuiscono in maniera fondamentale al benessere sociale del paziente.

## IL PAZIENTE ANZIANO

Dal censimento Istat del 2012 si riscontra che ogni 100 persone giovani ci sono circa 150 anziani con più di 65 anni. Questi dati pongono l'Italia tra i primi posti nella graduatoria Europea degli stati con un più alto squilibrio generazionale.

La vita media degli italiani è di circa 84 anni per le donne e di poco più di 79 anni per gli uomini. Nei prossimi anni ci sarà sempre un maggiore numero di anziani che ricorreranno a cure odontoiatriche. La prevenzione primaria e secondaria con una buona motivazione ad una corretta igiene orale, gioca un ruolo importantissimo nel mantenimento dello stato di salute orale. E' noto che la salute del cavo orale influenza negativamente la qualità di vita della persona anziana, compromettendo talvolta le capacità di riuscire a mangiare in modo adeguato, parlare in modo corretto, mantenersi in attività, incidendo anche sui rapporti interpersonali<sup>(1)</sup>. Gli individui vengono classificati tenendo in considerazione sia l'età biologica che quella cronologica. Spesso ad una certa età cronologica non corrisponde la stessa età biologica. Gli individui anziani vengono generalmente suddivise in categorie a seconda dell'età<sup>(2)</sup>.

- Anziani giovani (65 – 74 anni)
- Anziani medi (75 – 84 anni)
- Anziani vecchi (oltre gli 85 anni)

Esiste un' altra classificazione definita "funzionale" che si basa sul livello di salute generale e di attività fisica:

- Funzionalmente indipendenti
- Deboli
- Non autosufficienti

L'anziano presenta più facilmente problemi dei tessuti sia duri che molli del cavo orale, da una parte per il naturale processo di invecchiamento, dall'altra dalla più elevata incidenza di patologie che interessano direttamente il cavo orale con conseguente perdita di numerosi elementi dentali, parodontopatie e lesioni di tipo neoplastico, che possono causare limitazioni funzionali. A questo quadro si deve aggiungere la presenza di malattie sistemiche che spesso si presentano insieme e la polifarmacoterapia con i suoi effetti secondari come ad esempio la Xerostomia o le Candidosi.<sup>(3 - 4)</sup>



## PROTOCOLLI OPERATIVI DI IGIENE ORALE PROFESSIONALE PER PAZIENTI CON RIABILITAZIONI PROTESICHE

Un buon mantenimento della salute orale e dello stato masticatorio è l'obiettivo che come igienisti dentali dobbiamo prefiggerci. Tutto ciò è ancora più importante se si parla di persone anziane.

Per stilare un piano preventodontico corretto è necessario valutare e registrare in cartella lo stato di salute generale e odontoiatrica del paziente, la sua collaborazione e l'eventuale grado di disabilità.

Particolare attenzione va posta all'esame dei tessuti molli, in quanto la segnalazione di lesioni precancerose permette tempestivi interventi.

In cartella devono essere segnalati anche i manufatti protesici presenti. Il grado di edentulia (mancanza dei denti) dell'anziano può essere totale, interessare solo uno dei mascellari oppure essere parziale.

Ognuna di queste problematiche può essere risolta con manufatti protesici di diversa tipologia: protesi totali mobili, protesi totali fisse su impianti o su denti naturali residui, protesi parziali rimovibili, corone fisse su impianti (cementate o avvitate) o su denti naturali.

**Protesi fisse:** si avvalgono di una serie di manufatti (ponti, faccette, corone... ) ancorati ad elementi pilastro.

**Protesi rimovibili** (figura 1): si possono dividere in totali o parziali in base all'assenza o presenza di elementi dentali rimanenti in arcata. Come dice il termine "rimovibili" esse devono essere rimosse per le normali manovre di igiene orale.

Nonostante un notevole aumento, soprattutto negli ultimi anni, dell'uso di impianti e di ricostruzioni protesiche fisse, la protesi rimovibile rimane uno strumento importantissimo non solo come unica scelta terapeutica possibile in alcune condizioni particolari ma anche come strumento ad altissima valenza sociale, poiché facilmente accessibile a livello economico da un'alta percentuale della popolazione.

**Protesi combinata** (figure 2, 3 e 4): può essere definita come un ibrido tra protesi fissa e protesi rimovibile poiché ad una parte fissa, fungente da ancoraggio, viene creato un manufatto protesico rimovibile costituito da ganci di precisione o attacchi (protesi scheletrata). Viene definita protesi combinata anche la protesi su impianti di tipo rimovibile (overdenture). Anche la protesi telescopica rientra nella categoria della protesi combinata. Si avvale dell'utilizzo di corone a sup-

PER STILARE UN PIANO DI PREVENZIONE CORRETTO È NECESSARIO VALUTARE E REGISTRARE IN CARTELLA LO STATO DI SALUTE GENERALE E ODONTOIATRICA DEL PAZIENTE

porto composte da due parti che si inseriscono una sull'altra; la prima viene cementata sul moncone o sull'abutment, mentre la seconda viene connessa alla sovrastruttura.

**PROTESI FISSA**

**Protocollo domiciliare**

I denti devono essere spazzolati con la tecnica più idonea alla situazione.

Nel caso in cui siano presenti riabilitazioni protesiche "tradizionali" o su impianti, fornire e dimostrare direttamente le istruzioni di igiene orale per la pulizia degli spazi interprossimali attraverso scovolino e/o filo interdentale precedentemente selezionati dall'igienista dentale.

Eventuale prodotti a base di clorexidina saranno usati nei casi in cui il controllo della placca non fosse ottimale.

**Protocollo professionale:**

1. Esaminare il cavo orale per individuare eventuali lesioni
2. Analizzare la pulizia dei denti e chiedere sempre al paziente quali siano le manovre di igiene da lui applicate e quali i presidi domiciliari da lui utilizzati. Nel caso in cui il paziente fosse poco motivato, non istruito a dovere o non collaborante ri-motivare e di ri-istruire il paziente.
3. Rilevamento indici di placca e di sanguinamento e valutazione parodontale.
4. Scaling con ultrasuoni e/o strumentazione manuale ed eventuali levigature radicolari per gli elementi naturali ancora presenti o trattamento dei pilastri implantari.
5. Polishing
6. Fornire consigli alimentari
7. Stabilire la data per la seduta di mantenimento

**PROTESI RIMOVIBILE TOTALE**

**Protocollo domiciliare**

Il paziente portatore di protesi mobile deve essere istruito sulla manutenzione del manufatto e sul mantenimento in buona salute dei tessuti sottostanti.

La pulizia della protesi deve essere fatta dopo ogni pasto utilizzando uno spazzolino specifico avendo cura di spazzolare tutte le superfici. Una volta al giorno la protesi deve essere immersa in una soluzione detergente-disinfettante ma questo non può sostituire lo spazzolamento della protesi, poiché queste soluzioni hanno lo scopo di eliminare i batteri ma non di rimuovere i depositi di placca e tartaro.

I detersivi comunemente in commercio sono a base di:

- perossidi alcalini che disciogliendosi producono idrogeno (efficaci solo se la protesi è ben pulita anche dai residui alimentari).
- soluzioni a base di ipoclorito che hanno capacità antibatteriche e detersivi. Vanno però preparate diluendo un cucchiaino di ipoclorito al 5% in un bicchiere di acqua.

È importante che siano rispettati i tempi di immersione della protesi in queste soluzioni, onde evitare danneggiamenti della protesi.

Nel caso di protesi totale, almeno una volta al giorno è necessario detergere le mucose facendo utilizzare uno spazzolino morbido.<sup>(6-7)</sup>

L'utilizzo di una garzina sterile imbevuta di clorexidina è indicato in tutti i casi in cui il paziente non sia in grado di avere un buon controllo della placca. Degli sciacqui con il collutorio possono essere un aiuto. Ricordare di sciacquare abbondantemente la protesi prima di rimetterla in bocca.

Consigliare al paziente di pulire la protesi sopra a un lavandino riempito d'acqua, poiché in grado di attutire gli urti di un'eventuale caduta rimuovendo il materiale residuo di paste per protesi, con un panno, prima della pulizia.

**Protocollo professionale**

1. Esaminare il cavo orale per individuare eventuali lesioni
2. Analizzare la pulizia delle protesi e chiedere sempre al paziente quali siano le manovre di igiene da lui



FIGURA 1 - PROTESI TOTALE RIMOVIBILE



FIGURA 2 - PROTESI COMBINATA



FIGURA 3 - PROTESI SU IMPIANTI (TIPO TORONTO)



FIGURA 4 - PROTESI SU IMPIANTI

**LE PROTESI RIMOVIBILI SI POSSONO DIVIDERE IN TOTALI O PARZIALI. QUELLA COMBINATA SI PUÒ CONSIDERARE COME UN IBRIDO TRA PROTESI FISSA E PROTESI RIMOVIBILE**

applicate e quali i presidi domiciliari da lui utilizzati. Nel caso in cui il paziente fosse poco motivato, non istruito a dovere o non collaborante ri-motivare e di ri-istruire il paziente.

3. Pulire professionalmente la protesi durante la seduta. Nel caso di depositi duri di tartaro, evitare l'utilizzo di strumenti abrasivi ma cercare di rimuovere nel modo meno traumatico possibile i depositi sulla protesi avvalendosi di apparecchiature professionali puli-protesi o di paste per lucidatura.

4. Fornire consigli alimentari

5. Stabilire la data per la seduta di mantenimento

#### **PROTESI RIMOVIBILI PARZIALI** **Protocollo domiciliare**

La protesi rimovibile verrà detersa con le stesse modalità precedentemente descritte.

**BISOGNA  
CHIEDERE  
SEMPRE AL PAZIENTE  
QUALI SIANO  
LE MANOVRE  
DI IGIENE  
DA LUI APPLICATE  
E QUALI I PRESIDI  
DOMICILIARI  
UTILIZZATI**

I denti pilastro devono essere spazzolati con la tecnica più idonea alla situazione.

Saranno impiegati scovolini ad ampio diametro, oppure spazzolini monociuffo per la detersione dei denti residui e dei ganci, precedentemente selezionati dall'igienista dentale. Eventuali prodotti a base di clorexidina saranno usati nei casi in cui il controllo della placca non fosse ottimale.

#### **Protocollo professionale**

1. Esaminare il cavo orale per individuare eventuali lesioni

2. Analizzare la pulizia delle protesi, dei denti residui e chiedere sempre al paziente quali siano le manovre di igiene da lui applicate e quali i presidi domiciliari da lui utilizzati. Nel caso in cui il paziente fosse poco motivato, non istruito a dovere o non collaborante ri-motivare e di ri-istruire il paziente.

3. Pulire professionalmente la protesi durante la seduta. Nel caso di depositi duri di tartaro, evitare l'utilizzo di strumenti abrasivi ma cercare di rimuovere nel modo meno traumatico possibile i depositi sulla protesi avvalendosi di apparecchiature professionali puliprotesi o di paste per lucidatura.

4. Rilevamento indici di placca e di sanguinamento e valutazione parodontale.

5. Scaling con ultrasuoni e/o strumentazione manuale ed eventuali levigature radicolari per gli elementi naturali ancora presenti.

6. Polishing

7. Eventuale fluoroprofilassi

8. Fornire consigli alimentari

9. Stabilire la data per la seduta di mantenimento

#### **PROTESI COMBINATA** **Protocollo domiciliare**

La protesi rimovibile verrà detersa con le stesse modalità precedentemente descritte.

# GOLMAR

I denti pilastro devono essere spazzolati con la tecnica più idonea alla situazione.

Saranno impiegati scovolini ad ampio diametro, superfloss oppure spazzolini monociufo per la detersione degli attacchi, delle barre e dei denti residui, precedentemente selezionati dall'igienista dentale.

Eventuali prodotti a base di clorexidina saranno usati nei casi in cui il controllo della placca non fosse ottimale.

#### **Protocollo professionale**

1. Esaminare il cavo orale per individuare eventuali lesioni
2. Analizzare la pulizia delle protesi, dei denti residui e chiedere sempre al paziente quali siano le manovre di igiene da lui applicate e quali i presidi domiciliari da lui utilizzati. Nel caso in cui il paziente fosse poco motivato, non istruito a dovere o non collaborante, ri-motivare e di ri-istruire il paziente.
3. Pulire professionalmente la protesi durante la seduta. Nel caso di

depositi duri di tartaro, evitare l'utilizzo di strumenti abrasivi ma cercare di rimuovere nel modo meno traumatico possibile i depositi sulla protesi avvalendosi di apparecchiature professionali puliprotesi o di paste per lucidatura.

4. Rilevamento indici di placca e di sanguinamento e valutazione parodontale.

5. Scaling con ultrasuoni e/o strumentazione manuale ed eventuali levigature radicolari per gli elementi naturali ancora presenti o trattamento dei pilastri implantari.

6. Polishing

7. Fornire consigli alimentari

8. Stabilire la data per la seduta di mantenimento

È importante che il paziente capisca:

- l'importanza delle regolari sedute di controllo. Visite, queste, che permettono di diagnosticare precocemente irritazioni croniche e carcinoma orale.

- la necessità di controllare il funzionamento e l'aderenza della protesi,

nonché il mantenimento di una corretta igiene domiciliare con conseguente mantenimento della salute orale

In linea generale, la frequenza delle sedute di richiamo è dettata da diversi fattori:

- Tipo, estensione e complessità del restauro protesico

- Capacità del paziente di mantenere un'adeguata igiene orale

- Aspetti biologici in grado di modificare col tempo le condizioni di salute generale

- Capacità attitudinali e atteggiamento psicologico del paziente verso le proprie condizioni orali.

È bene ricordare, però, che i pazienti portatori di protesi sono genericamente anziani e che molto spesso intercorrono fattori sfavorevoli quali:

- Riduzione delle capacità manuali

- Riduzione della vista

- Alimentazione ricca di carboidrati

- Diminuzione della motivazione

The image shows the Kuraray logo in white lowercase letters on a solid blue background. The letters are bold and modern, with a slight shadow effect on the 'y'.







## Pulizia e sterilizzazione del porta impronte

di Svitlana Osadchuk

ASO CERTIFICATA REGIONE LOMBARDIA

È stato realizzato uno studio sulla pulizia e sulla sterilizzazione del porta impronte. In questo studio sono stati presi in esame i costi che si devono affrontare. L'elenco comprende: i liquidi detergenti, i DPI utilizzati in linea di sterilità, la carta accoppiata per imbustare ogni porta impronte, l'utilizzo e l'usura dell'autoclave, il tempo impiegato dall'ASO preposta a questo compito. In questo caso prendiamo considerazione unicamente i costi della carta accoppiata, i costi dell'utilizzo e usura dell'autoclave, il costo dell'ASO preposta a tale compito. I porta impronte in acciaio vengono generalmente restituiti dal laboratorio dopo che l'odontotecnico ha provveduto ad una prima "sgros-





satura" dei materiali da impronta, quindi è compito dell'Aso occuparsi della pulizia accurata, dell'imbustamento e della sterilizzazione.

E' compito dell'Aso preparare il liquido che scioglierà eventuali residui di materiale di impronta e gesso. Purtroppo, molto spesso, non è sufficiente l'utilizzo di questi solventi, così ci si deve affidare a detergenti più aggressivi.

Dopo il lavaggio nel liquido detergente, il porta impronte subisce ancora alcuni fondamentali trattamenti. Deve infatti essere lavato con una spazzola, poi controllato

con uno specchio, passato con alcool fino ad ottenere un porta impronte pulito e lucido. Infine va Imbustato e preparato per il processo di sterilizzazione. Bisogna però sottolineare che nonostante tutto questo procedimento possono restare residui di materiale. Veniamo ai costi. In questo studio è stato presa in considerazione la spesa per il trattamento di ogni porta impronte. L'Aso preposta a tale compito costa allo studio per questa operazione 2,57 euro. La cifra è ricavata tenendo conto del tempo necessario, in rapporto allo stipendio mensile,

comprensivo di contributi, Tfr e Inail. L'usura dell'autoclave (considerando che questa apparecchiatura ha una vita media di 10mila cicli) è di 0,03 euro. Il costo della carta accoppiata per ogni imbustamento, infine, è di 0,04 euro. Arriviamo quindi a un totale dei costi di 2,64 euro per ogni porta impronte sterilizzato. Acquistare un porta impronte monouso costa 1,69 euro, mentre pulirne e sterilizzarne uno multiuso in acciaio costa 2,64 euro. Viste queste premesse, perché continuare a sterilizzare il vecchio e non passare al nuovo monouso?

DOPO IL LAVAGGIO NEL LIQUIDO DETERGENTE, IL PORTA IMPRONTE SUBISCE ANCORA ALCUNI FONDAMENTALI TRATTAMENTI. DEVE INFATTI ESSERE LAVATO CON UNA SPAZZOLA, POI CONTROLLATO CON UNO SPECILLO, PASSATO CON ALCOL FINO A OTTENERE UN PORTA IMPRONTE PULITO E LUCIDO

# Nicola Del Buono

## Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

(2-4 LUGLIO 2014 PALERMO)

WWW.BIOMATERIALI.ORG

Congresso Nazionale della Società Italiana Biomateriali (SIB)

## I Materiali Biocompatibili dalla Medicina all'Ambiente

La Società Italiana di Biomateriali che riunisce biologi, chimici, fisici, ingegneri e medici di numerose sedi universitarie italiane e di numerosi Istituti di Ricerca ha scelto la città di Palermo quale sede di svolgimento del Congresso Nazionale, dal 2 al 4 luglio 2014. Il congresso tratterà temi trasversali a chimica, fisica, biomedicina e ambiente, che risultano particolarmente importanti e in continuo sviluppo. La conoscenza dei campi di applicazione e le procedure di impiego in ambito clinico ed ambientale dei biomateriali e il loro comportamento una volta interfacciati con i tessuti vitali per assolvere le varie funzioni costituisce infatti argomento di notevole interesse scientifico e tecnologico.

Tra i temi trattati: Biomateriali e Salute Umana; Biomateriali per la Medicina Rigenerativa; Nanotecnologie; Drug Delivery; Biomateriali e Ambiente;

### Comitato Scientifico Nazionale:

G. Catapano (Università della Calabria); R. Chiesa, S. Farè (Politecnico di Milano); G. Ciardelli (Politecnico di Torino); C. Cristallini (CNR); R. De Santis (Università di Napoli); P. Favia (Università di Bari); M. Fini (Istituti Ortopedici Rizzoli); L. Visai (Università di Pavia); M. Mattioli Belmonte (Università Politecnica delle Marche); L. Rimondini (Università del Piemonte Orientale); A. Sannino (Università del Salento)

### Comitato Scientifico e Organizzativo Locale:

R. Alessandro, V. Brucato, G. Campisi, C. Dispenza, G. Giammona, M. Leone, G. Spadaro, A. Valenza (Università di Palermo); C. Faldini (Dip Rizzoli Sicilia IOR); M. Fini, G. Giavaresi e R. Giardino (Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna); N. Maraldi (CNR, Bologna); P. L. San Biagio (CNR, Palermo)  
Tesoreria SIB Web site: [www.biomateriali.org](http://www.biomateriali.org) (prof.ssa Silvia Farè [silvia.fare@polimi.it](mailto:silvia.fare@polimi.it))

L'inaugurazione del Congresso avverrà presso Palazzo Chiamonte, prestigiosa sede dell'Ateneo di Palermo, con una key lecture del prof. Matteo Santin, attuale presidente della Società Europea dei Biomateriali. I workshops inizieranno il 2 luglio con le presentazioni degli studenti del Master in "Ingegneria biomedica, biomeccanica e dei biomateriali".

Seguiranno i contributi scientifici in forma di presentazione orale o poster. Il pro-

gramma dettagliato del Congresso sarà pubblicato sul sito Web della Società Italiana di Biomateriali non appena definito in tutti i suoi aspetti.

### ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Entro il 30 aprile:

Quota di iscrizione personale strutturato e appartenente ad aziende: Soci SIB 350 euro non Soci SIB 400 euro.

Personale non strutturato, (previa lettera di presentazione): Soci SIB 170 euro non Soci SIB 200 euro.

Per le iscrizioni dopo il 30 aprile le quote vengono aumentate di 50 euro.

Il modulo d'iscrizione è reperibile sul sito web della Società Italiana di Biomateriali e va inviato a [CongressoSIB@biomateriali.org](mailto:CongressoSIB@biomateriali.org)

### SEDE CONGRESSUALE, SISTEMAZIONE ALBERGHIERA E TRASFERIMENTI

Il congresso SIB 2014 si svolgerà al Grand Hotel Piazza Borsa ([www.piazzaborsa.it](http://www.piazzaborsa.it)). È stato riservato un numero limitato di camere a prezzo concordato sino al 2 giugno 2014.

Inoltre, nelle vicinanze della sede congressuale sono presenti numerosi alberghi di diversa categoria e B&B che offrono ai partecipanti al congresso camere a prezzi convenzionati con l'Università.

Informazioni più dettagliate e la lista degli alberghi sono scaricabili dal sito [www.biomateriali.org](http://www.biomateriali.org)



(A cura di Danila Piovani)

### CATACOMBE DEI CAPPUCCINI

CONVENTO DEI CAPPUCCINI  
PIAZZA CAPPUCCINI, 1 - PALERMO  
TELEFONO: 091212579  
ORARIO: 09.00-12.00  
E 15.00-17.30 (ESTATE).

LE CATACOMBE DI PALERMO, SONO SITUATE SOTTO IL CONVENTO DEI CAPPUCCINI, ATTRAVERSO UNA GALLERIA DI 300 METRI. VI SONO DEPOSITATI OLTRE 8.000 SCHELETRI E CORPI MUMMIFICATI, MOLTI DEI QUALI SONO CONSERVATI PERFETTAMENTE.

(A cura di Danila Piovani)

### CHIESA DELLA MARTORANA

CHIESA DELLA MARTORANA  
PIAZZA BELLINI, 3  
90133 PALERMO  
TEL. +39 091 607 7244

LA CHIESA DELLA MARTORANA SI AFFACCIA SU PIAZZA BELLINI E APPARTIENE ALL'EPARCHIA DI PIANA DEGLI ALBANESI, DIOCESI CATTOLICA CON RITO GRECO - BIZANTINO. IL CICLO DI MOSAICI CHE SI TROVA ALL'INTERNO DELLA CHIESA È IL PIÙ ANTICO DI TUTTA LA SICILIA ED È IMPERDIBILE.

CONFERMATA  
LA PROROGA  
AL 30 GIUGNO  
DELL'OBBLIGO  
PER GLI STUDI  
PROFESSIONALI

## ANCORA TRE MESI PER IL POS

di Anna Botteri

STUDIO ASS. CELLA CASALONE -  
DOTT. COMMERCIALISTI E REVISORI LEGALI

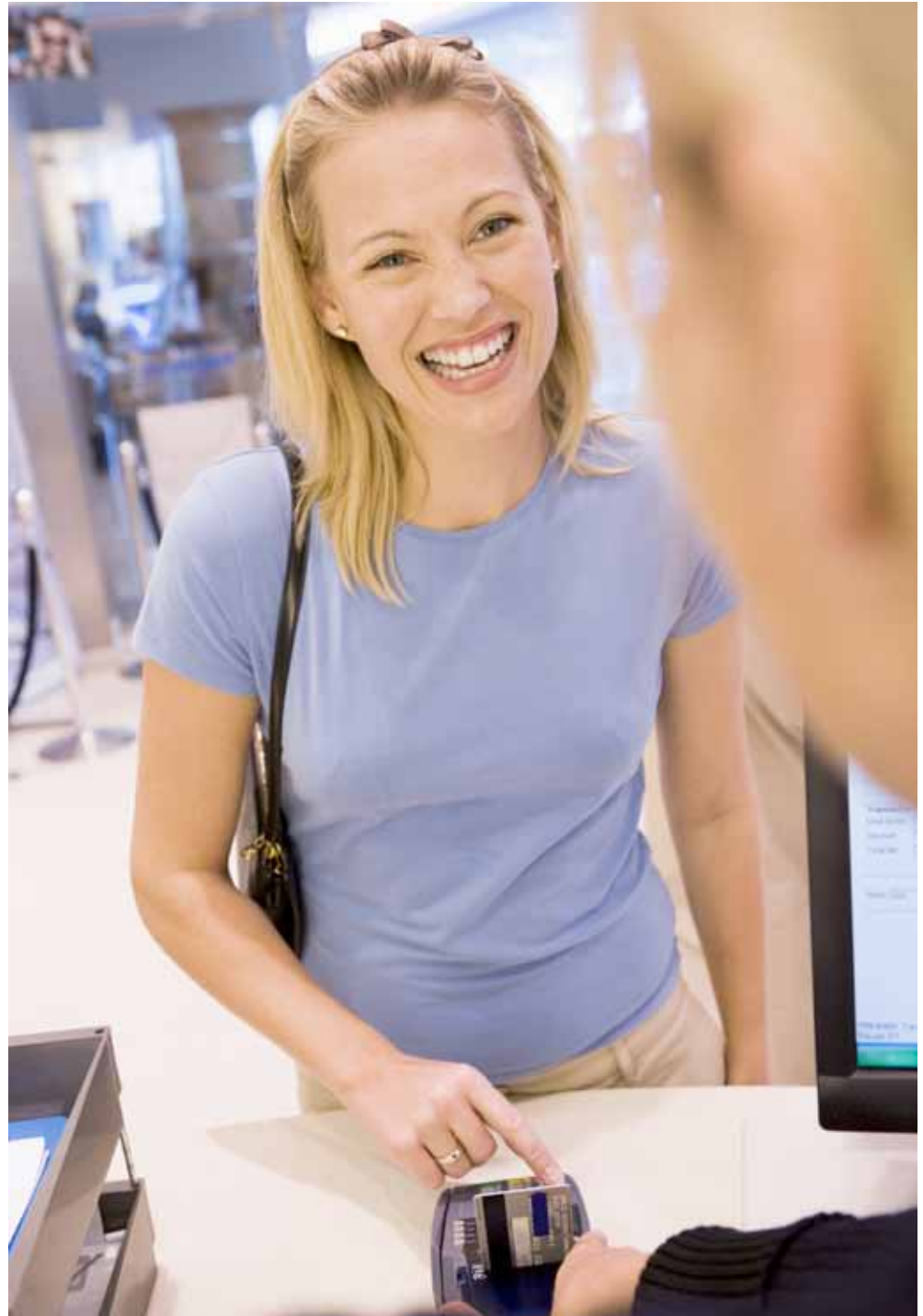
Nell'ambito del DL n. 179/2012, c.d. "Decreto Crescita 2.0", è contenuta una specifica disposizione finalizzata alla diffusione dell'utilizzo degli strumenti elettronici di pagamento. In particolare, l'art. 15, comma 4 del citato Decreto dispone l'obbligo, a decorrere dall'1.1.2014, per i soggetti che "effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche professionali", di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito.

Con il Decreto 24.1.2014 il Ministero dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha emanato le disposizioni attuative dell'obbligo in esame.

Va evidenziato che secondo quanto disposto dal citato Decreto attuativo, l'obbligo riguarda solo i pagamenti superiori a €30 euro, effettuati nei confronti dei soggetti di cui sopra, per l'acquisto di prodotti e prestazioni di servizi.

### ENTRATA IN VIGORE DELLE NUOVE DISPOSIZIONI

Come espressamente disposto dal citato DM 24.1.2014, "in sede di prima applicazione, e fino al 30 giugno 2014", l'obbligo interessa soltanto i soggetti con un fatturato 2013 superiore a €100.000 euro. Considerato che detto Decreto è stato pubblicato sulla G.U. 27.1.2014, n. 21 le relative disposizioni entrano in vigore il 28.3.2014 prevedendo altresì che, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della disciplina in commento (entro il 26.6.2014) con uno specifico Decreto:



- possono essere fissate nuove soglie e nuovi limiti minimi di fatturato;
- l'obbligo in esame può essere esteso a ulteriori strumenti di pagamento elettronici, anche con "tecnologie mobili".

### DIFFERIMENTO DELL'OBBLIGO AL 30.6.2014

La disciplina in esame, prima ancora della sua entrata in vigore, è già oggetto di un rinvio. Infatti, in sede di conversione del DL n. 150/2013, Decreto c.d. "Milleproroghe", il Legislatore ha inserito una

L'OBBLIGO RIGUARDA  
SOLO I PAGAMENTI  
SUPERIORI A 30 EURO  
PER L'ACQUISTO DI  
PRESTAZIONI E DI SERVIZI

specifica disposizione che prevede la decorrenza dell'obbligo di attivazione del POS al 30.6.2014. Il differimento è motivato con l'intento "di consentire alla platea degli interessati di adeguarsi all'obbligo di dotarsi di strumenti per i pagamenti mediante carta di debito (POS)". Di conseguenza dal 30.6.2014 l'obbligo di attivazione del POS interessa i soggetti sopra accennati a prescindere dal fatturato realizzato, salvo l'adozione di nuove regole entro la suddetta data del 26.06.2014.

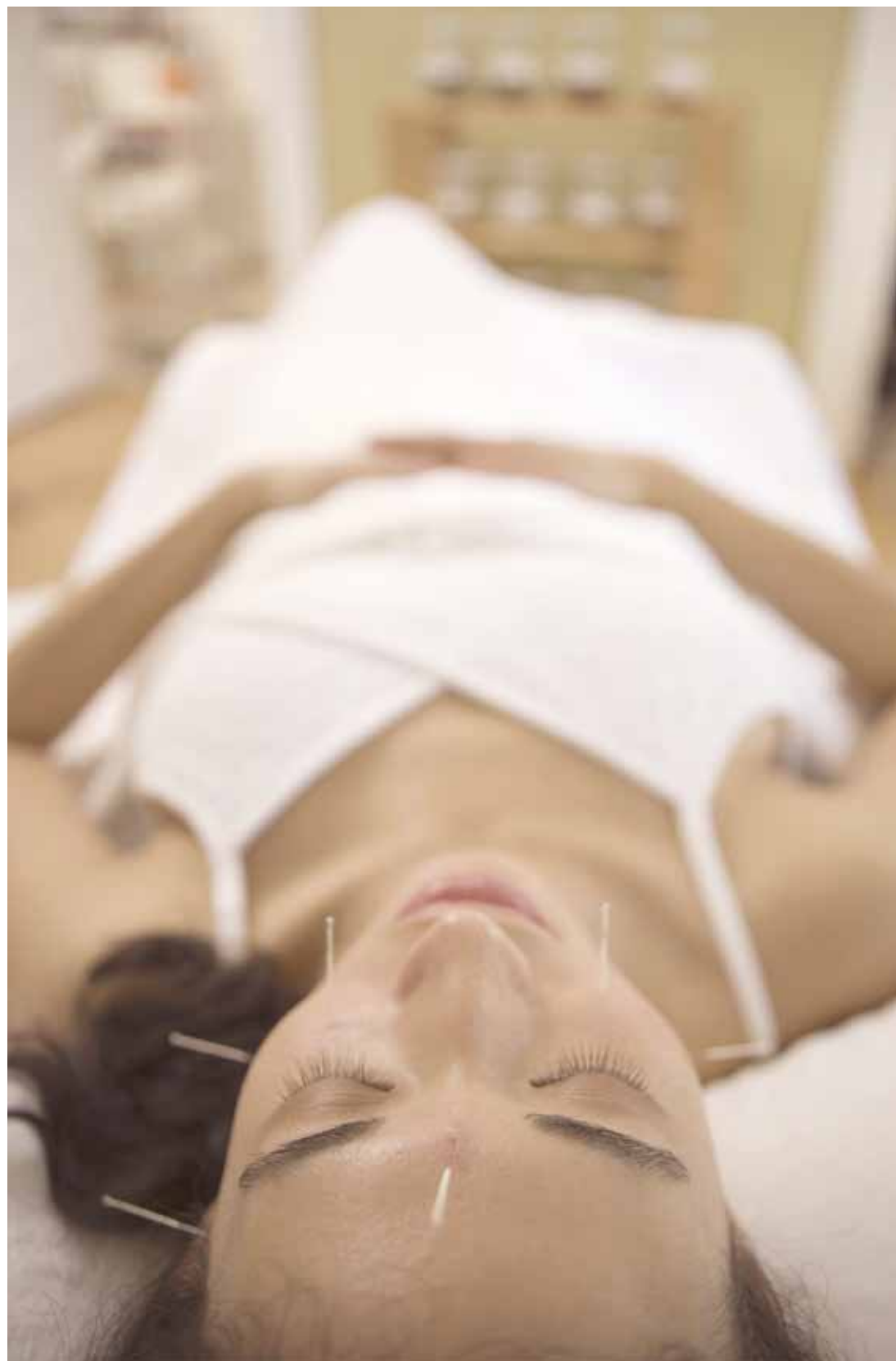
# Lo specialista odontoiatra che mi piacerebbe conoscere

“LA PARTE  
NON POTRÀ  
MAI STARE BENE  
SE NON STA BENE  
IL TUTTO”  
PLATONE

di Vincenzo Soresi

PRIMARIO EMERITO DI PNEUMOLOGIA  
(OSPEDALE CA' GRANDA NIGUARDA)

La finalità di questo articolo è di fornire ai colleghi medici specialisti in odontoiatria ed odontoiatri alcuni principi di prevenzione sui loro pazienti fumatori e non fumatori. Oltre a spiegare l'importanza della tac del torace senza contrasto per la prevenzione dei tumori polmonari e delle malattie fumocorrelate, viene chiarita l'importanza della infiammazione come base biologica di tutti i danni tissutali e in particolare dell'arteriosclerosi. Per contrastare l'infiammazione si spiega successivamente l'importanza dell'alimentazione alla luce delle nuove scoperte della gastroenterologia riguardanti il microbioma, da pochi anni scoperto essere ospite nel nostro intestino. Infine si rimette a fuoco l'utilità di un moderato allenamento fisico sulla base degli studi che attualmente vengono sviluppati da una nuova scienza definita metabolomica. Si conclude l'articolo invitando i colleghi a prestare maggiore attenzione ai loro pazienti ipertesi se consideriamo che la letteratura scientifica, da tempo, insiste sulla osservazione che il 50% di questi pazienti, pur essendo in terapia, non ha una pressione ben controllata ed è quindi esposta a numerosi fattori di rischio cardiovascolare quali ictus, infarto e trombosi retinica.





Negli anni '80, pur essendo un medico rigorosamente allopatrico (ndr: che utilizza principi farmacologici o azioni curative contrari a quelli che hanno provocato la malattia e volti a contrastarne i sintomi) impegnato presso l'Ospedale di Niguarda nella lotta, ahimè impari, contro il cancro del polmone, mi iscrissi ad un corso di omeopatia spinto dalla curiosità di approfondire un tema che in Europa continuava a fare proseliti, sia fra i medici che fra i pazienti. Il corso si svolgeva presso un albergo milanese, vicino alla stazione centrale, in una sala di circa 50 posti che al mio arrivo era già ricolma. Alle 9 esatte, ora prevista per l'inizio del corso, entrò un bel signore sulla sessantina, longilineo e molto elegante che si qualificò come un medico odontoiatra operativo a Dusseldorf. Grande fu la mia sorpresa soprattutto quando iniziò a spiegare il significato del bilancio ossidativo come prevenzione dei danni gengivali, arricchendo il suo discorso con numerose diapositive, molto esplicative. Per tutta la giornata rimasi affascinato dalla cultura e dalle competenze di medicina naturale del collega oltre che dalla sua perfetta conoscenza dell'italiano. Alla fine della giornata il collega, laureato in medicina, spiegò che in Germania molti degli specialisti odontoiatri sviluppano questo

percorso, che potremmo definire di medicina integrata, comprendente la fitoterapia e l'omeopatia oltre che l'agopuntura, atto a potenziare i risultati del loro lavoro specialistico e comunque a sviluppare con i loro pazienti un percorso di prevenzione a 360 gradi. Pochi mesi fa, invitato da una casa farmaceutica a tenere una breve lezione sui danni fumocorrelati, prima di me parlò un giovane collega, ricercatore, accreditato presso il Ministero della salute, laureato in odontoiatria. Anche in questo caso rimasi affascinato dalla competenza e dalla cultura biologica di questo odontoiatra che non ha mai fatto professione sul campo, in quanto impegnato prevalentemente in corsi didattici e relazioni in convegni di medicina integrata. Qualche anno fa con il dottor Leghissa e l'associazione da lui fondata e culturalmente sostenuta parecchi anni fa e di cui in quel periodo era presidente, svilupparammo un progetto che voleva coinvolgere gli odontoiatri nella richiesta di una tac del torace ai loro pazienti, fumatori, sopra i 55 anni. Il progetto non decollò mai per le numerose difficoltà che si frapponavano anche in relazione all'impossibilità

LA PROPOSTA DELL'USO DELLA TAC DEL TORACE DA PARTE DEI COLLEGGI ODONTOIATRI PURTROPPO NON HA AVUTO SEGUITO

IN GERMANIA  
MOLTI SPECIALISTI  
ODONTOIATRI  
SVILUPPANO UN PERCORSO  
DI MEDICINA INTEGRATA  
CHE COMPRENDE  
ANCHE L'USO  
DI FITOTERAPIA  
E OMEOPATIA

da parte del medico di famiglia di potere fare richiesta di un esame di prevenzione in quanto non consentito dal budget a loro concesso dalla Asl. Io stesso quando invito il medico curante a prescrivere la TAC del torace senza contrasto a basse dosi di radiazioni, nei fumatori, scrivo le motivazioni più varie (sospetto enfisema, sospette bronchiectasie ecc.) al fine di evitare il termine di prevenzione in quanto non previsto dalla Asl. Pochi giorni fa l'amico Leghissa mi ha invitato a scrivere un articolo sul tema dei danni fumocorrelati per questa nuova rivista. La mia prima idea fu quella di ripercorrere la proposta della prescrizione della Tac del torace da parte dei colleghi odontoiatri ma, memore del fallimento dei tentativi precedenti e nella convinzione che i colleghi odontoiatri possano trarre da questo articolo suggerimenti utili al loro lavoro specialistico, ho pensato di dare una panoramica ampia dei danni che il fumo sviluppa pur essendo consapevole che il 25% dei medici italiani, compresa la categoria degli odontoiatri, è fumatore. Il senso di questo articolo è quello di invitare i colleghi che mi leggeranno ad assumere un maggiore peso culturale, per quanto riguarda la prevenzione, nel rapporto con i loro pazienti: non dico di arrivare ai vertici dei colleghi allemandi, ma almeno sfruttare, nella relazione con i propri pazienti, degli spunti culturali di tipo preventivo in ambito sanitario che in questo articolo svilupperò.

Da sempre sono convinto che la cultura vada trasmessa per contagio e mai, come in un rapporto stretto fra il medico che si prende cura della bocca dei suoi pazienti ed i pazienti stessi, può nascere un rapporto di confidenza e di interscambio culturale che, invece di passare attraverso banali canali di conversazione, potrebbe focalizzarsi su alcuni principi di prevenzione, veramente innovativi, legati a recenti scoperte biologiche molto interessanti. Riprendo subito il discorso della Tac del torace in ►



quanto ormai consolidato da numerosi studi scientifici dal Giappone agli Stati Uniti ed all'Europa. Se seduto sulla vostra poltrona in studio avete un fumatore di 55 anni o più con una storia di almeno 20 sigarette al giorno potete direttamente prescrivere voi, sul vostro ricettario, una richiesta di tac torace senza contrasto, a bassa dose di radiazioni, motivandola con il sospetto di enfisema polmonare e dicendogli che è un esame utile anche a voi specialisti per meglio mettere a fuoco il grado di danno del tessuto gengivale. La novità infatti di questo nuovo screening non è solo che con la Tac si possono diagnosticare tumori polmonari inferiori ad 1 cm ma contemporaneamente il radiologo sarà in grado di darvi molte informazioni sul danno del tessuto polmonare e sugli indici di infiammazione che vi potranno essere utili, ad esempio, in un programma di implantologia. Quanto più infatti il paziente avrà danni da enfisema ed evidenze di flogosi tanto più la preparazione dell'impianto dovrà essere adeguata. Una volta eseguita la prima Tac invitate il vostro paziente ad aderire a dei programmi di screening gratuiti che ad esempio a Milano stanno sviluppando all'Istituto dei Tumori e all'Istituto Europeo di Oncologia (1). All'Istituto dei tumori addirittura hanno messo a fuoco un marker ematico basato sulla ricerca dei microRNA in grado di anticipare la diagnosi di tumore polmonare rispetto alla Tac stessa (2). Spiegate al vostro paziente, fumatore, che con una tac annuale anche nel caso si trovasse un tumore polmonare questo non sarebbe mai da un anno all'altro superiore ai 2 cm e rientrerebbe quindi negli stadi iniziali che presuppongono la guarigione al 90% con l'intervento. Addirittura si può guarire un tumore di queste dimensioni, in alcuni casi, con una radioterapia in stereotassi che equivale a un bombardamento intensivo di elettroni che si esaurisce in sole 4 sedute invece delle abituali 25. Spiegategli ancora che di fronte

**LA PRESSIONE ARTERIOSA NEGLI OVER 60 NON DOVREBBE SUPERARE I VALORI DI 150/90 MENTRE PER I PAZIENTI DI ETÀ INFERIORE I VALORI DA NON SUPERARE DOVREBBERO ESSERE DI 140/90 E ANCHE IN QUESTO CASO UN AVVERTIMENTO O CONTROLLO DA PARTE DEI COLLEGGI ODONTOIATRI AI PROPRI PAZIENTI POTREBBE ESSERE UN BUON ATTO DI PREVENZIONE**

a un tumore polmonare inoperabile e in stadio avanzato, le possibilità di scamparla sono minime se non nulle passando inoltre attraverso un calvario di cure chimiche o biologiche. Se poi lo invitate semplicemente a smettere di fumare spiegandogli che in questo caso le vostre cure sarebbero più efficaci ricordatevi che, solo questo vostro suggerimento, ottiene sopra il 2% di stop fumo come confermato da parecchi anni dalla Oms e noto come "minimal advice" (n.d.r.: l'intervento clinico minimo). Sempre per meglio mettere a fuoco i fattori di rischio di un fumatore, munitevi di un banale saturimetro (costo intorno ai 100 euro) (3) e prima di affrontare l'analgesia misurate a questo tipo di pazienti la saturazione dell'ossigeno legato all'emoglobina con questo piccolo strumento, applicandolo al dito. Sul display vi compariranno due valori corrispondenti il primo alla saturazione di ossigeno legato all'emoglobina che dovrebbe essere intorno al 98% nelle persone normali e non fumatrici mentre il secondo valore corrisponde alla frequenza cardiaca i cui valori variano dal 60 a 100 pulsazioni al minuto e sono molto correlati all'allenamento del soggetto. In altre parole più la frequenza cardiaca è bassa più il soggetto è allenato o geneticamente fortunato. La frequenza cardiaca, infatti, è correlata alla longevità nel senso che più è bassa con valori fra 50 e 60 pulsazioni al minuto più aumenta la probabilità di essere longevi. Questa osservazione sulla frequenza cardiaca è valida per tutti i mammiferi. Per quanto riguarda i valori di saturazione di ossigeno il limite critico è il 90% al di sotto del quale vi suggerisco di rimandare il paziente a

casa invitandolo a fare una gasanalisi o comunque rivolgersi al suo medico curante. Ricordatevi che la saturazione di ossigeno può essere bassa anche di fronte a soggetti anemici e quindi sarebbe opportuno, prima di affrontare un lavoro di implantologia, dare un'occhiata al suo emocromo e ai valori di emoglobina riportati, se vi trovate di fronte ad un valore di Hb inferiore a 10 vi consiglio di rinviare il lavoro previsto ed approfondire con il medico curante il perché della anemia. L'altra novità su cui potete interagire con i vostri pazienti, non solo fumatori, riguarda il principio della infiammazione che a mio avviso non è ancora ben chiaro neppure in medicina generale. Si parla tanto di valori di colesterolo e delle lipoproteine a bassa densità a valori elevati (LDL). Oggi sappiamo che la causa latente degli eventi cardiovascolari non è sempre ed esclusivamente il colesterolo ma il colesterolo potrebbe essere semplicemente il biomarcatore mentre è l'infiammazione l'indicatore biologico più corretto. L'infiammazione, infatti, è un segno rivelatore di un problema nell'organismo, della presenza di uno stimolo nocivo per il corpo, che potrebbe essere indotto da agenti patogeni, cellule danneggiate, sostanze irritanti e da una serie di altri fattori. Le parodontopatie ad esempio sono una noxa (n.d.r.: danno), nota di stimolo infiammatorio cronico e possono essere responsabili di patologie coronariche correlate. Per proteggersi e cercare di rimuovere gli stimoli lesivi, l'organismo scatena l'infiammazione, una risposta elaborata che coinvolge il sistema vascolare, il sistema immunitario e varie cellule all'interno dei tessuti danneggiati. Il fine ulti-

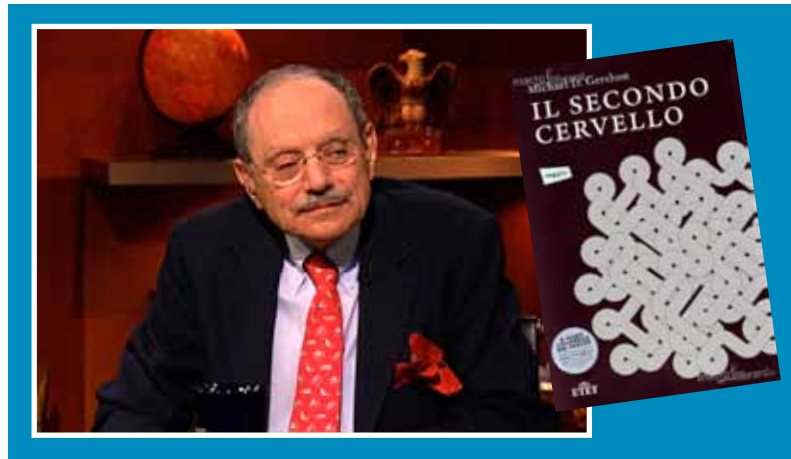




mo è quello di avviare la guarigione ma quando l'infiammazione diventa cronica a causa di malattia o stress prolungato può diventare distruttiva. Uno dei modi in cui è possibile misurare l'infiammazione nell'organismo è la valutazione dei livelli di proteina C reattiva (CRP) ad alta sensibilità. Questa proteina ha aiutato i ricercatori a individuare una delle cause principali per cui le statine abbassano i rischi di malattie cardiovascolari. Lo studio "JUPITER" acronimo che in italiano significa: giustificazione per l'uso delle statine nella prevenzione primaria è uno studio di intervento per la valutazione in clinica della attività della rosuvastatina, è stato il primo studio disegnato per valutare l'effetto delle terapie con statine sulla riduzione di infarto miocardico e ictus in soggetti con livelli di colesterolo LDL normali e livelli di proteina C reattiva elevata. Lo studio ha confermato che i livelli di proteina C reattiva elevati possono indicare un rischio di futuro infarto miocardico con un anticipo di 8 anni anche se i livelli di colesterolo sono bassi. Questo studio ha dimostrato che le statine possono risultare miracolose nell'abbassare l'infiammazione e non necessariamente il colesterolo. Nuovi studi stanno correlando l'infiammazione con malattie degenerative come l'Alzheimer, cancro, malattie autoimmuni, diabete e accelerazione del processo di invecchiamento in generale.

Di fronte quindi a una patologia di tipo infiammatorio cronico come la parodontopatia richiedere un esame del sangue per valutare la PCR ad alta sensibilità potrebbe essere una strategia che metterebbe in condizione l'odontoiatra di correlare il valore eventualmente elevato con il grado di sofferenza del parodonto. Segnalare inoltre nella cartella clinica specialistica le eventuali terapie con statine dei propri pazienti potrebbe essere di conseguenza un utile monitoraggio. Ma se allora l'infiammazione è alla base di tanti problemi come è possibile intervenire su di essa? Qui si apre un capitolo di grande attualità che parte dalla alimentazione, mai come oggi il cibo ha assunto un ruolo fondamentale nella interpretazione del nostro benessere, l'intestino infatti sembra essere alla base dei processi infiammatori e proprio dall'intestino parte la vera grande prevenzione. L'anno scorso ricordo che arrivai in ritardo a un convegno incentrato sulle terapie antiaging e quando entrai nella sala stava par-

## MICHAEL GERSHON



lando un gastroenterologo, il prof. Gasbarrini: poiché il suo discorso era già iniziato da qualche minuto avevo la sensazione parlasse di un alieno insito nel nostro corpo in realtà parlava di una rivoluzionaria scoperta che molto dovrebbe interessare i professionisti che leggeranno questa rivista in quanto del tutto dipendente dalla alimentazione, si trattava del microbioma! Scoprii in quella occasione che ognuno di noi si porta addosso un numero di batteri, lieviti e funghi equivalente ad un organo di 2 kg spalmato sulla superficie del nostro intestino. Su questo microbioma fervono le ricerche riguardanti malattie allergiche, malattie autoimmuni e anche malattie psichiche se considerate la spinta genetica di 2 kg di organismi viventi e il condizionamento che possono indurre nel nostro equilibrio metabolico. Michael Gershon autore del libro "Il secondo cervello" (5) si può considerare il fondatore della neuro-gastroenterologia, in quanto l'intestino avvia segnali al cervello attraverso il nervo vago ed i nervi afferenti spinali. Scopo di questa comunicazione intestino - cervello è quella di fornire l'input ad una gerarchia di circuiti riflessi a livello del sistema nervoso centrale compreso il midollo spinale, l'ipotalamo ed un'area speciale del cervello chiamata area enterocettiva. Queste comunicazioni spiegano l'importanza fra l'andamento intestinale e il tono dell'umore. Pochi mesi fa ho suggerito a un mio amico criminologo, sofferente di diverticolite di curarsi semplicemente con una supposta alla settimana di polioxidonio, farmaco commercializzato in

Russia dal 2003 e molto attivo sul sistema immunitario e che io prescrivevo da molti anni in oncologia e nelle patologie infettive. Da 6 mesi l'amico criminologo non si ammala più, ma la cosa sorprendente è che ha ritrovato un equilibrio psichico che da anni aveva perso per il disagio delle periodiche infezioni diverticolari. Il ruolo metabolico del microbioma è quello di digerire una notevole quantità di nutrienti rendendoli così assorbibili. Questi microorganismi ci aiutano inoltre a digerire le fibre e a scindere tutto ciò che contiene cellulosa. Grazie alla fermentazione i batteri ci restituiscono sostanze ad attività infiammatoria naturale. Recentemente ho seguito un corso di tre conversazioni sul cibo che mi ha veramente aperto la mente (4) e ancora di più mi ha fatto capire l'importanza di una alimentazione consona soprattutto per mantenere efficiente il microbioma. Dopo queste nuove conoscenze mi sono colpevolizzato per non avere affrontato prima, nei miei pazienti asmatici, questo tema così importante in quanto è noto da anni che l'asma è una tipica malattia infiammatoria. Praticamente lo sviluppo industriale di tutto ciò che concerne il cibo in questi ultimi 50 anni ha penalizzato il nostro intestino la cui struttura in realtà è rimasta uguale negli ultimi 50 mila anni di homo sapiens. In sostanza noi nasciamo sterili e con i progressivi contagi, prima attraverso la madre e poi con l'ambiente, educiamo il nostro sistema immunitario a distinguere ciò che è buono da ciò che è patogeno e il migliore educatore è il microbioma che si costituisce nei primi 4 anni di vita ed è pro- ▶

L'INTESTINO AVVIA SEGNALI AL CERVELLO ATTRAVERSO IL NERVO VAGO E I NERVI SPINALI. QUESTE COMUNICAZIONI SPIEGANO IL RAPPORTO TRA ANDAMENTO INTESTINALE E UMORE

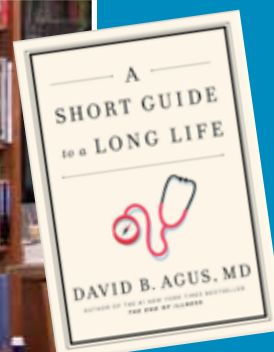
fondamente legato all'etnia cui apparteniamo. Soprattutto nel mondo occidentale l'eccesso di igiene (si arriva perfino a sterilizzare il capezzolo materno prima dell'allattamento) rende il sistema immunitario poco allenato alle aggressioni esterne e questo spiegherebbe l'aumento delle malattie allergiche e delle malattie auto immuni. L'altro danno per il nostro intestino sono i cibi troppo raffinati e quindi carichi di zucchero e l'eccesso di glutine nei carboidrati raffinati che favorisce nell'intestino i processi infiammatori. Il segreto sta nel tornare ad una alimentazione più antica, ricca di fibre e cibi fermentati necessari a nutrire il microbioma, povera di carboidrati, comunque meglio se integrali e ricca di leguminacee. Per quanto riguarda l'uso di probiotici meglio sarebbe ottenere i probiotici dai cibi e fonti naturali sono yoghurt, kefir, formaggio stagionato, miso e alimenti fermentati diversi dai latticini come sauerkraut, kimchi e tempeh. Molti ricercatori stanno studiando il ruolo che alcuni ceppi batterici giocano nell'obesità, nei disturbi infiammatori e funzionali gastrointestinali, nel dolore cronico, nell'autismo e nella depressione. Sulla base di queste nuove e fondamentali scoperte nel rapporto fra alimentazione, ecologia del microbioma e benessere dei nostri pazienti non sarebbe sbagliato da parte dei colleghi odontoiatri suggerire ai loro pazienti di seguire un breve corso sull'alimentazione cosa che regolarmente io faccio da un anno circa con i miei pazienti asmatici e in particolare con le mamme di bambini asmatici o allergici (4). Un'altra novità che sta prendendo progressivamente piede è quella dell'esercizio fisico e dello studio della metabolomica che indaga i profili metabolici, questa nuova scienza ha aperto una finestra tra l'essere in forma e avere un metabolismo funzionante che non solo brucia calorie in modo efficace ma ci aiuta a mantenere quell'omeostasi ottimale che rappresenta la vera condizione di benessere. Questo risultato è dovuto a condi-

zioni metaboliche che mantengono il nostro corpo in una condizione stabile e auto regolante. Un piccolo esempio ci viene dato da uno studio condotto dal Massachusetts General Hospital (6) che ha dimostrato che nei soggetti in forma si verificano aumenti di un metabolita chiamato niacinamide che interviene nel controllo della glicemia e a questo proposito è sempre più confermata l'importanza di ridurre il più possibile nei nostri tessuti la presenza di glicani cioè derivati dello zucchero. Nel 2008 un'equipe di ricercatori canadesi e americani (6) ha dimostrato che l'esercizio fisico può in parte invertire il processo di invecchiamento a livello cellulare. Questi studiosi hanno osservato gli effetti di 6 mesi di potenziamento muscolare in volontari dai 65 anni in su prelevando piccole quantità di cellule dal muscolo della coscia all'inizio e dopo 6 mesi di allenamento. Queste biopsie sono state confrontate con le biopsie di un gruppo di giovani volontari di età media di 22 anni e ciò che è emerso in modo sorprendente non è stato il logico aumento di forza dei più anziani, ma le radicali trasformazioni nella espressione genica. L'espressione genica, infatti, delle cellule muscolari dei volontari anziani dopo il periodo di potenziamento muscolare, era ritornata al livello di quelli più giovani e l'os-

**L'ULTIMA NOVITÀ TRATTA DAL LIBRO DI DAVID B. AGUS RIGUARDA L'USO DI FARMACI CHE HANNO FUNZIONE PREVENTIVA COME LA CARDIO-ASPIRINA**

servazione interessante fu quella che i geni maggiormente coinvolti in queste modificazioni erano quelli riferiti ai mitocondri, cioè gli organuli intracellulari responsabili dell'attività aerobica della cellula. Ecco l'importanza, anche per i cardiopatici, di sviluppare attività aerobica. Personalmente, non amando la palestra, mi limito a fare una sana camminata veloce (5 km all'ora) di 20 minuti, almeno 5 giorni alla settimana e devo dire che questa abitudine mi mantiene in ottima forma e mi permette di tenere costante il peso corporeo. L'ultima novità interessante tratta dal già citato libro di David B. Agus (6) riguarda l'uso di farmaci in prevenzione in particolare la cardioaspirina, in particolare nei fumatori, a tal punto questo farmaco è stato diffuso nel mondo occidentale per la prevenzione cardiovascolare che la Bayer ha pensato bene di commercializzare la cardioaspirina gastroprotetta per coloro che non potevano assumerla per problemi di intolleranza gastrica. Concludo con un'ultima raccomandazione che riguarda la pressione arteriosa, l'ipertensione infatti, come la sindrome metabolica, stanno diffondendosi come un'epidemia nel mondo occidentale ma il dato preoccupante è quello che su 100 pazienti ipertesi in terapia, il 50% non ha una pressione ben controllata.

## DAVID B. AGUS



### BIBLIOGRAFIA

- 1) Istituto Europeo di Oncologia progetto COSMOS 2 per lo screening del tumore polmonare nei fumatori sopra i 55 anni tel.
- 2) Istituto dei Tumori progetto BIOMILD. Su Google cliccare biomild.org è possibile iscriversi direttamente via internet basta essere fumatori sopra i 50 anni.
- 3) Saturimetro - www.nonin.com
- 4) Corsi di alimentazione con il dr. Paolo Toniolo - valentina@valentinadolci.com
- 5) Michael Gershon - Il secondo cervello UTET (2006)
- 6) David B. Agus - La fine della malattia - Tecniche nuove (2013)



COME SI PUÒ CAPIRE DALLA FOTO DI COPERTINA, LA PREVENZIONE È IL CENTRO DELLA POLITICA CULTURALE DELLA RIVISTA

# Igiene orale o igiene orale?



di Giulio C. Leghissa

“C”è accordo generale nel definire parodontalmente sano quel soggetto che presenti modesta infiammazione gengivale e nessuna tasca > 4 millimetri. In accordo con tale definizione la percentuale di individui parodontalmente sani diminuisce con l'età e rappresenta circa il 10 % della popolazione adulta. Negli USA il 35% dei soggetti esaminati presentano aree con perdita di attacco > 7 millimetri.<sup>(1)</sup> Comincia così questo lavoro di Lang del 1999 indicando la diffusione della malattia parodontale che colpiva (e colpisce) più di 100 milioni di statunitensi. Ma l'attenzione della comunità scientifica alle malattie parodontali iniziava molto prima. Nel 1995 Loe pubblica un lavoro che diventa subito un punto di riferimento: “assioma: l'accumulo di placca batterica produce gengivite”.<sup>(2)</sup> Ed è questo l'elemento centrale con il quale deve confrontarsi il mondo odontoiatrico: la placca batterica produce gengivite. Che cosa è questa placca? “La placca batterica è un aggregato di colonie batteriche attive avvolte in una ma-

trice organica. La placca si deposita comunque, indipendentemente da fattori quali fumo, cibo, alcool, etc.”<sup>(3)</sup> Quindi da almeno 30 anni sappiamo che il problema non è rappresentato dalle sostanze pigmentanti, dal tipo di alimentazione e nemmeno dal segno zodiacale: il problema è la placca. E la presenza della placca è così diffusa, rimuoverla è così impegnativo, che: “Con l'avanzare dell'età aumenta la percentuale di soggetti affetti da periodontite cronica distruttiva e oltre i 40 anni il 100% dei soggetti con gengivite presenta periodontite.”<sup>(4)</sup> 100%, una percentuale molto, molto indicativa. Significa che nel corso della vita di ogni essere umano il problema è quello di rimuovere correttamente e sistematicamente la placca dai propri denti, oppure andare incontro a episodi di parodontite. C'è un altro motivo per combattere la placca e tenere la propria bocca pulita, ed è che abbiamo il dovere di pensare non solo a noi stessi ma anche ai nostri cari. “Questo studio

NEL CORSO DELLA VITA DI OGNI ESSERE UMANO IL PROBLEMA È RIMUOVERE CORRETTAMENTE E SISTEMATICAMENTE LA PLACCA DAI PROPRI DENTI

dimostra che *Porphyromonas gingivalis* e *Actinobacillus actinomycetemcomitans* sono trasmessi dai genitori ai loro figli”<sup>(5)</sup> “La comparazione dei dati di questo studio, con dati similari di studi epidemiologici sulla popolazione della Germania, suggerisce che mogli e figli dei pazienti adulti con periodontiti possono essere ad alto rischio di sviluppare la malattia parodontale.”<sup>(6)</sup> Ma come combattiamo efficacemente la placca? Con l'igiene orale domiciliare e professionale. Nel corso dei decenni molti lavori scientifici, di incontrovertibile valore, hanno dimostrato che la battaglia si vince o si perde sulla trincea dell'igiene: “Il controllo della placca sopragengivale con l'igiene orale domiciliare e l'igiene professionale regolarmente ripetuta, si sono dimostrati in grado di risolvere e prevenire la ricorrente gengivite nei bambini e negli adulti, possono arrestare la periodontite.”<sup>(7)</sup> “La gengivite deve essere trattata in modo molto energico intensificando, cioè, gli sforzi igienici del paziente e riducendo l'intervallo tra le sedute di mantenimento.”<sup>(8)</sup> “Il trattamento combinato igiene orale scaling e root-planing ha dimostrato di conseguire risultati sovrapponibili a quelli ottenibili con le varie tecniche chirurgiche.”<sup>(9)</sup> Dunque l'igiene orale e domiciliare non solo sono in grado di combattere le malattie parodontali allo stato iniziale, ma anche di arrestare processi avanzati con risultati che si sovrappongono, se non superano, quelli ottenibili con la chirurgia. Il problema a questo punto, diventa l'organizzazione dello studio che ha bisogno di un reparto di igiene efficiente che svolga sistematicamente questo lavoro. Perché non basta spiegare le cose al paziente, è necessario seguirlo, motivarlo e rimo-





tivarlo se si vogliono raggiungere dei risultati. Il paziente va incoraggiato e sostenuto e deve essere addestrato ad utilizzare in modo corretto e per il tempo necessario, gli strumenti di igiene domiciliare. "Il clinico dovrebbe raccomandare il minimo numero di strumenti per l'igiene orale domiciliare per ottenere il massimo risultato."<sup>(10)</sup> E' del tutto inutile "vendere" al paziente decine di strumenti di tortura tanto inutili quanto inefficaci. Lo strumento base è lo spazzolino. "Questi risultati suggeriscono che la stimolazione meccanica con lo spazzolino da denti offre un addizionale beneficio nelle gengive infiammate, stimolando la microcircolazione e lo scambio di ossigeno."<sup>(11)</sup> Ma ancora oggi ci sono persone che raccomandano di utilizzare poco e delicatamente lo spazzolino, nell'idea balzana che un uso adeguato possa provocare abrasioni dei denti. Quante volte avete sentito la frase: "i denti sono consumati perché spazzola troppo, con troppa energia ecc" Ma chi l'ha mai dimostrato? Su quali basi tali affermazioni? Sulla base della analisi dei 18 lavori pubblicati sulle riviste internazionali e delle 29 conferenze presentate in congressi internazionali si può concludere quanto segue.

Non vi sono dati per supportare o rifiutare un collegamento tra spazzolamento dei denti e recessioni gengivali."<sup>(12)</sup> "Durante i 2 secoli che hanno seguito la pubblicazione del lavoro di Hunter (1778) un gran numero di ricercatori ha tentato, senza successo, di spiegare il problema della denudazione e della perdita di sostanza dei denti nell'area cervicale. Recentemente ricercatori americani, australiani, inglesi e giapponesi si sono orientati verso il meccanismo della concentrazione dello stress nell'area cervicale. Hanno così dimostrato che le forze occlusali si traducono

in flessioni dei denti, provocando meccaniche microfratture e perdita di sostanza dentale nell'area cervicale. Questi stress-inducibili lesioni sono chiamati "abfractations."<sup>(13)</sup> "Non esiste alcuna evidenza scientifica che colleghi il trauma da spazzolamento alle recessioni gengivali."<sup>(14)</sup> "60 pazienti sono stati inseriti in uno studio longitudinale, singolo cieco, randomizzato per valutare l'eventuale effetto dello spazzolamento manuale o con spazzolino elettrico su incipienti lesioni o recessioni gengivali localizzate. Conclusione: dopo 12 mesi non vi era nessuna progressione delle recessioni gengivali sia nei soggetti che utilizzavano lo spazzolino manuale che in quelli che utilizzavano lo spazzolino elettrico."<sup>(15)</sup> Dunque spazzoliamo sereni, ma con quale spazzolino? Oggi disponiamo di un potente alleato per la rimozione meccanica domiciliare della placca batterica: lo spazzolino elettrico. E' importante ribadire continuamente, al paziente, che lo spazzolino non lavora da solo lasciato sul comodino o sul lavabo! "Vari studi dimostrano l'effettivo, addizionale effetto nel controllo della placca interdentale con l'uso del filo o dello spazzolino interprossimale che può essere stimata in una riduzione dal 3 al 32% per il primo e dal 2 al 57% per il secondo. L'uso dello spazzolino interprossimale è più efficace dell'uso del filo interdentale per la rimozione della placca interdentale...

In conclusione è dimostrato che l'uso dello spazzolino elettrico nella popolazione generale, specialmente il tipo con movimento oscillante-rotatorio e controrotatorio, riduce il sanguinamento gengivale e l'infiammazione, e rimuove la placca dentale con maggiore efficacia dello spazzolino manuale."<sup>(16)</sup> "Conclusioni: L'evidenza dimostra che l'uso dello spazzolino interprossimale usato come aggiunta allo spazzolino da denti rimuove più placca che lo spazzolamento da solo, essendo evidentemente molto più efficace del filo interdentale."<sup>(17)</sup> "Lo spazzolino elettrico con rotazione oscillante della testina permette di ottenere una riduzione della placca rispetto allo spazzolino manuale che va dal 7% al 17%."<sup>(18)</sup> Un lavoro appena pubblicato ci riconferma che: "una singola sessione di motivazione all'igiene orale per ottenere il controllo dell'infezione parodontale non ha effetti significativi nella media degli individui per quanto riguarda l'auto controllo dell'infezione parodontale."<sup>(19)</sup>

Dunque si rafforza ulteriormente il concetto che il paziente vada motivato e rimotivato con costanza per raggiungere e mantenere efficace autocontrollo nell'infezione parodontale attraverso corrette manovre di igiene orale domiciliare e dunque, ancora una volta, si conferma il ruolo decisivo dell'igienista nella attività preventodontica dello studio.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) P.Lang "Proceedings European Workshop on Mechanical Plaque Control" 1999 Quintessence Book.
- 2) M. LÖE e Coll. "Experimental..." J.Period. 1995;36
- 3) Moore W. "Microbiology..." J. Period. Res. 1987;22; 335-341
- 4) Papapanou P. "Epidemiology and..." Proceedings 1o European Workshop Period. 1993
- 5) Petit et Al. "Epidemiology and transmission" J. Clin. Period. 1993; 9; 641-649
- 6) Petit et al. "Prevalence of periodontitis..." J. Clin. Period. 1994; 21; 76-85
- 7) Axelsson P. "On the prevention..." J. Clin. Period. 1991; 18; 182-189
- 8) J.W.Replay, M.P.Mills, J.Wylam: "Trattamento dei tessuti molli..." Riv.Int.Parodont. Odont. Ric. 1992; 12:373-381
- 9) (Lindhe 1982, Nyman 1985, Karring 1986, Ramfjord 1987, Becker 1990, etc...) Kleser B. "Non surgical..." Proceedings 1o European Workshop Period. 1993
- 10) M.Darby: "Can we successfully maintain risk patients?" Int J Dent Hygiene 2003; 1:9-15
- 11) M.Tanaka, T.Hanioka, M.Kishimoto, S.Shizukuishi: "Effect of mechanical toothbrush..." J.Clin. Periododntol. 1998; 25:561-565
- 12) Rajapakse P.S, McCracken G.I, Gwynnett E, Steen N.D, Quentsch A, Heasman P.A: "Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory

- gingival recession? A systematic review" J Clin Periodontol 2007; 34: 1046-1061
- 13) Grippio JO, Simring M, Schreiner S: "Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited" JADA 2004; 135:1109-1118"
- 14) D.C.Matthews Evidence Based Dentistry 2; 2008
- 15) McCracken GI, Heasman L, Stacey F, Swan M, Steen N, de Jager M, Heasman PA. "The impact of powered and manual toothbrushing on incipient gingival recession" J. Clin. Periodontol. 2009; 36:950-957.
- 16) A. Sicilia, I.Arregui, M.Gallego, B.Cabezas, S.Cuesta: "Home oral hygiene revisited. Option and evidence." Horal health & preventive dentistry vol 1 suppl 1, 2003:407-422
- 17) Slot DE, Dorfer CE Van der Weijden GA: "The efficacy of interdental brushes on plaque and parameters of periodontal inflammation. A systematic review" Int J Dent Hygiene 2008; 6: 253-264 su EBD 2009; 10,3
- 18) Robinson P G, Deacon S A, Deery C, Heanue M, Wamsley A D, Worthington H V, Shaw W C: "Manual versus powered toothbrushing for oral health" The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2
- 19) A single session of motivational interviewing a san additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomized controlled trial" Stenman J, Lundgren J, Wennstrom JL, Ericsson JS, Abrahamsson KH. J. Clin: periodontal. 2012; 39: 947-954

L'INAIL TUTELA I LAVORATORI  
ANCHE NEL PERCORSO TRA CASA  
E LAVORO (E VICEVERSA) E ANCHE  
DA UN POSTO DI LAVORO A UN ALTRO

# L'infortunio in itinere

di Claudia Melillo, avvocato  
studio@studiolegalemelillo.eu

L'Inail tutela i lavoratori anche nel caso di infortuni avvenuti durante il normale tragitto di andata e ritorno tra l'abitazione e il luogo di lavoro. Il cosiddetto infortunio in itinere può verificarsi, inoltre, anche durante il normale percorso che il lavoratore deve fare per recarsi da un luogo di lavoro a un altro, nel caso di rapporti di lavoro plurimi, oppure durante il tragitto abituale per la consumazione dei pasti, se non esiste una mensa aziendale. Qualsiasi modalità di spostamento è ricompresa nella tutela (mezzi pubblici, a piedi, ecc.) a patto che siano verificate le finalità lavorative, la normalità del tragitto e la compatibilità degli orari. Al contrario, il tragitto effettuato con l'utilizzo di un mezzo privato, compresa la bicicletta in particolari condizioni, è coperto dall'assicurazione solo se tale uso è necessitato.

**Questo è ciò che scrive l'INAIL. Una tesserata si è fatta male in motorino mentre andava a lavorare, a questo punto come facciamo a dimostrare che l'uso del motorino era necessitato?**

La questione se l'utilizzo di un automezzo privato, come il motorino o l'auto, possa essere considerato come "necessitato" è questione ampiamente affrontata dalla giurisprudenza, in relazione al fatto che non esiste un elenco preciso e tassativo dei casi per il riconoscimento dell'infortunio in itinere.

A norma del D.P.R. n. 1124 del 1965, art. 2, l'indennizzabilità dell'infortunio "in itinere", subito dal lavoratore nel percorrere, con mezzo proprio, la distanza fra la propria abitazione ed il luogo di lavoro, richiede:

- la sussistenza di un nesso eziologico tra il percorso seguito e l'evento, nel senso che tale percorso costituisca per l'infortunato quello normale per recarsi al lavoro e per tornare alla propria abitazione;
- la sussistenza di un nesso almeno occasionale tra itinerario seguito ed attività lavorativa, nel senso che il primo non sia dal lavoratore percorso per ragioni personali o in orari non collegabili alla seconda;
- la necessità dell'uso del veicolo privato, adoperato dal lavoratore, per il collegamento tra abitazione e luogo di lavoro, considerati i suoi orari di lavoro e quelli dei pubblici servizi di trasporto.

La valutazione verrà fatta caso per caso valutando la serietà della giustificazione del dipendente posta a base della scelta di utilizzare il mezzo proprio.

E così, ad esempio è stata ammessa alla

tutela il dipendente che utilizzava la propria autovettura, perché doveva rientrare immediatamente dal lavoro, al fine di assistere la madre anziana e ammalata, che altrimenti sarebbe rimasta sola.

Anche in questa tipologia di giustificazioni occorre verificare il tipo di assistenza, in quanto in altra sentenza e caso la Cass. 1544/2004 ha negato l'esistenza di infortunio in itinere.

In una recente sentenza n. 6725/2013 del , la Corte di Cassazione compie anche un veloce riferimento a "particolari esigenze dietetiche": sembrerebbe, quindi, che anche la necessità di spostarsi velocemente nell'andata e ritorno dalla propria abitazione durante la pausa pranzo, per poter seguire un particolare regime alimentare, possa dar luogo all'utilizzo "necessitato" del mezzo privato.

In generale, occorre precisare che il risparmio di tempo derivante dall'utilizzo di mezzi pubblici al posto del motociclo deve essere di rilevante entità, in quanto diversamente non incide in maniera, appunto, rilevante sulle comuni esigenze di vita familiare. In tal senso si sono espresse diverse sentenze della Cassazione che hanno negato l'infortunio in itinere.

Le situazioni personali, quindi, possono dar luogo a soluzioni diverse per il riconoscimento o meno dell'infortunio in itinere.

È ENTRATA IN VIGORE LA DIRETTIVA UE  
PER LA PREVENZIONE  
NEL SETTORE SANITARIO,  
QUINDI ANCHE ODONTOIATRICO

## FERITE DA TAGLIO: LE NUOVE NORME

di Silvia Alessandra Terzo

ASO REGIONE VENETO  
VICESEGREARIO NAZIONALE SIASO

Il 10 Marzo 2014 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il D.Lgs per prevenire le ferite da taglio (GU n.57 del 10.03.14), attuazione della Direttiva 2010/32/UE in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero, sanitario e quindi anche odontoiatrICO.

L'applicazione delle disposizioni si estende a tutti i lavoratori che operano, nei luoghi interessati da attività sanitarie, alle dipendenze di un datore di lavoro, indipendentemente dalla tipologia contrattuale compresi, ad esempio, anche gli studenti che seguono corsi di formazione sanitaria (Art. 286-bis.).

Al datore di lavoro sono affidati molteplici obblighi che serviranno a garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori:

- dovrà ad esempio, assicurare formazione e risorse ai dipendenti tali da evitare il rischio di ferite ed infezioni, provocate da dispositivi medici taglienti o acuminati, considerati dal presente decreto attrezzature di lavoro (Art. 286-ter.-b).

- creare condizioni tali da favorire la partecipazione attiva dei lavoratori e dei loro rappresentanti all'elaborazione di politiche globali di prevenzione (Art.286-quater.).

- non sopporre mai inesistente un rischio, anche se molto infrequente;

- promuovere la segnalazione degli infortuni;

- pianificare iniziative di prevenzione, sensibilizzazione, informazione,



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

- dovranno essere adottate misure di prevenzione specifiche idonee ad eliminare o contenere al massimo il rischio di ferite ed infezioni sul lavoro compreso l'utilizzo di attrezzature tecnologicamente più sicure in relazione ai rischi e ai metodi di smaltimento dei dispositivi medici taglienti (Art. 286-ter.-c).

L'atto fondamentale è la Valutazione dei Rischi che si concretizzerà nella stesura del Documento di Valutazione dei Rischi: il datore di lavoro deve garantire che includa le indicazioni del livello di rischio al quale i dipendenti possono venire esposti e tutte le malattie che possono essere contratte in relazione alle modalità lavo-



ALL'OPERATORE  
FERITO  
DOVRANNO ESSERE  
PRESTATE CURE  
IMMEDIATE INCLUSA  
LA PROFILASSI  
POST-ESPOSIZIONE  
ED ESAMI  
MEDICI

Il Datore di lavoro deve individuare le necessarie misure tecniche, organizzative e procedurali riguardanti le condizioni lavorative, al fine di eliminare o ridurre i rischi professionali valutati (Art. 286-quinquies.) Qualora la Valutazione dei Rischi evidenzi il rischio di ferite da taglio o da punta e di infezione, il datore di lavoro dovrà adottare le misure necessarie (Art. 286-3-sexies),

come l'installazione di contenitori per la manipolazione e lo smaltimento di dispositivi medici taglienti e di materiale da iniezione usa e getta in posizioni quanto più vicini possibile alle zone in cui sono utilizzati o depositati.

Dovrà anche stabilire l'eliminazione dell'uso di oggetti taglienti o acuminati quando tale utilizzo non sia strettamente necessario o il divieto immediato della pratica del reincappucciamento manuale degli aghi in assenza di dispositivi di protezione e sicurezza per le punture.

In caso di ferimento, all'operatore dovranno essere prestate cure immediate inclusa la profilassi post-esposizione e gli esami medici necessari e, se del caso, l'assistenza psicologica.

Questo il riassunto del D.Lgs. Ma in pratica, oltre alle indicazioni appena viste, cosa c'è da fare di così importante da indurre ANDI a giudicare "inutile questo DLgs in quanto il rischio di ferite da taglio può essere solo accidentale" (come da comunicato ANDI del 9.01.2014)? Il casus belli è rappresentato dall'obbligo della sorveglianza sanitaria e conseguente nomina del medico competente.

E' stata giudicata una norma troppo





restrittiva in quanto, ANDI, ritiene che il D.Lgs 81/08 in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro sia più che sufficiente, tanto da attivarsi anche in sede parlamentare, per chiedere l'abolizione dell'obbligo per medici e odontoiatri liberi professionisti che abbiano dipendenti.

Lo spauracchio sarà forse dato dal costo per ogni dipendente che il datore di lavoro dovrà sostenere?

La finalità della sorveglianza sanitaria è duplice: da un lato, monitorare lo stato di salute di ogni lavoratore esposto a rischi professionali, al fine di tutelarli; dall'altro, fornire dati collettivi inerenti all'andamento del-

la salute nell'azienda, in questo caso lo studio dentistico, al fine di poter leggere l'evoluzione dei rischi e della prevenzione in maniera oggettiva sul territorio nazionale. E' inoltre, un provvedimento contro l'abusivismo, poiché riesce difficile immaginare l'abusivo che chiama il Medico del Lavoro per collaborare nel monitoraggio. Consiste in una serie di accertamenti, specifici a seconda dei fattori di rischio presenti nelle diverse mansioni, effettuati dal Medico Competente all'ingresso del lavoratore nell'ambiente lavorativo (visita medica pre-assuntiva e preventiva) o al cambio di mansione (in occasione

del cambio di mansione) e periodicamente ripetuti (periodica) al fine di seguire l'evoluzione del suo stato di salute fino al termine del lavoro svolto (alla cessazione del rapporto di lavoro).

Giusto per capire quali sarebbero i costi per uno studio dentistico, faccio riferimento a una struttura accreditata dalla Regione Lombardia di uno studio di Milano, nel quale sono regolarmente assunte 12 ASO. Per ognuna di loro è stata fatta la visita di routine, per 1 solo dipendente si è reso necessario un approfondimento oculistico ed è stata fatta una visita specialistica. Questa la tabella delle spese sostenute (che ovviamente per uno studio per due dipendenti, deve essere divisa per 6):

Quantità	Tipo	Importo in euro
12	Visita idoneità dipendenti	360,00
1	Visita oculistica	60,00
<b>TOTALE</b>		<b>420,00</b>



**Promemoria:** per il datore di lavoro che non attua le disposizioni previste per la valutazione dei rischi è previsto l'arresto da tre a sei mesi o l'ammenda da 2.740 euro a 7.014,40 euro. Per il datore di lavoro e i dirigenti che non mettono in atto misure di prevenzione specifiche, è previsto l'arresto da tre a sei mesi o l'ammenda da 2.740 euro a 7.014,40 euro.

**SIP**  
Società Italiana  
di Parodontologia  
e Implantologia

# Corso di Aggiornamento

riservato agli Odontoiatri e agli Studenti di Odontoiatria  
I lavori della giornata di venerdì 16 sono aperti agli Igienisti Dentali e agli Studenti del C.I.D.

## Il recupero dell'impianto compromesso: Diagnostica, Prevenzione e Terapia di Mucosite e Peri-implantite

**Bologna**  
Palazzo della Cultura e dei Congressi  
**16-17 maggio 2014**

Coordinatore: **Filippo Graziani (Pisa)**

Relatori:  
Marco Aglietta (Berna, Svizzera)  
Filippo Graziani (Pisa)  
Mauro Merli (Rimini)  
Stefano Parma Benfenati (Ferrara)  
Cristiano Tomasi (Trento)

**SIP**  
Società Italiana  
di Parodontologia  
e Implantologia

# Corso di Aggiornamento

riservato agli Igienisti Dentali e agli Studenti in Igiene Dentale

Scopri il Programma  
Iscriviti online al Corso  
Prenotazioni Alberghiere online

## Gestione dell'interfaccia tessuti molli-tessuti dentari: l'area critica del colletto

**Bologna**  
Palazzo della Cultura e dei Congressi  
**Sabato 17 maggio 2014**

3,5 CREDITI ECM

## L'ANTICA SEDE UNIVERSITARIA

### Teatro Anatomico

Il Palazzo cinquecentesco dell'Archiginnasio fu la prima sede unificata dell'Università di Bologna e lo restò per circa due secoli.

All'interno si trova la sala, chiamata Teatro per la caratteristica forma ad anfiteatro, progettata nel 1637 per le lezioni anatomiche dall'architetto bolognese Antonio Levanti, scolaro dei Carracci. La sala, a forma di

anfiteatro, era dedicata allo studio dell'anatomia, costruita in legno d'abeto, soffitto a cassettoni e decorata con statue. Interessanti le famose statue degli Spellati di Ercole Lelli. Piazza Galvani, 1 - 40124 Bologna (BO) Tel. + 39 051 276811  
Visita del Palazzo: dal lunedì al venerdì 9.00 - 18.45, sabato: 9.00 - 13.45.

(A cura di Danila Piovani)

## CHE COSA ACQUISTARE

### I Tortellini

Negozio Paolo Atti & figli  
Via Drapperie 6

Vi si trovano i celeberrimi "Ombelichi di Venere", storica specialità bolognese e simbolo di Bologna, che vengono realizzati ancora oggi come un tempo.

Il ripieno è quello petroniano "doc" della ricetta depositata alla Camera di Commercio dall'Accademia della Cucina e dalla Confraternita del Tortellino.

Si può anche effettuare un viaggio guidato all'interno dei laboratori di produzione. Le visite sono aperte a singoli o a gruppi di massimo 15 persone e durano tra i 30 e i 45 minuti.

Si consiglia di prenotare per tempo allo 051 233349 oppure a [info@paoloatti.com](mailto:info@paoloatti.com)

(A cura di Danila Piovani)

## DA VISITARE

### Chiese di S. Stefano

Piazza S. Stefano  
Tel: 051 223256  
Orario: 9-13; 15.30-17.30

La basilica di Santo Stefano è un complesso di edifici di culto di Bologna. Si affaccia sull'omonima piazza ed è conosciuto anche come il complesso delle "Sette Chiese". Si tratta di una delle piazze sicuramente più affascinanti e romantiche di Bologna. Il nucleo originale fu edificato nel VIII sec. su un tempio pagano dedicato a Iside.

Per arrivarci da Piazza Maggiore basta percorrere Via Rizzoli fino ai piedi delle due torri, quindi voltare a destra dove si trova Piazza della Mercanzia e imboccare sulla sinistra Via Santo Stefano.





## A DUE PASSI DA ALESSANDRIA

### Alla ricerca del vino perduto

Esisteva già nel XII secolo come Grignolato ed è praticamente scomparso fino al 1987 quando per il genio e la passione di Walter Massa il Timorasso viene ripreso nella vigna Costa del Vento a Monleale in quella terra di mezzo che sono le colline tortonesi portandolo a livelli spettacolari.

Bianco con buona acidità, mineralità evidente, grande persistenza, note al naso ed in bocca di pesca, ginestra, salvia, vaniglia, note balsamiche finali di eucalipto e tante altre cose a seconda delle annate e dei crus (Sterpi, Costa del Vento). Appena 34 chilometri da Alessandria. Il consiglio personale è degustare annate già formate come 2006 e 2007. I prezzi? Sotto i 20 euro.

Fabrizio Giuseppetti

Si è chiuso con un bel successo la 26° edizione delle Giornate Milanesi di Implantologia. Vediamo insieme quali sono stati gli elementi significanti.

1) Ancora una volta si è coinvolto tutto il team odontoiatrico nell'aggiornamento scientifico e nel dibattito. Fulvia Magenga (per gli ASO) e Giuliana Bontà per le Igieniste dentali hanno portato, in sessione plenaria, argomenti di interesse di tutta la squadra ma dall'ottica dei differenti ruoli.

2) Relatori di elevato livello come Tiziano Testori, Massimo Del Fabbro, Giuseppe Ramundo e Claudio Gatti hanno fatto il punto sul carico immediato in implantologia, portando sia i dati della letteratura sia l'esperienza della clinica. Adriano Piattelli e Danilo di Stefano hanno

sviluppato una ricerca sulla possibilità di misurare la relazione tra stabilità primaria e BIC, mentre Giampaolo Folegatti e Stefano Zandonella hanno portato personali esperienze di implantoprotesi.

3) Silvia Cavallini ha presentato il "focus on" sull'uso del taping elastico per il controllo degli edemi post-chirurgici.

4) Hanno voluto contribuire al successo del congresso, presenziando le varie sessioni, i dirigenti delle Università milanesi come Roberto Weinstein, Andrea Sardella e Antonio Carrassi.

5) La mostra merceologica, con ricca presenza di espositori, ha confermato il radicamento della manifestazione nella tradizione culturale della nostra città.



GlaxoSmithKline

# Abbado, il visionario della musica



di Mario Mariotti

Il 20 gennaio, nella sua casa di Bologna, è morto il celebre direttore d'orchestra e senatore a vita Claudio Abbado. Malato da tempo, aveva 80 anni. Figlio di un insegnante di violino, nel 1955 si era diplomato in pianoforte e direzione d'orchestra presso il Conservatorio di Milano. Decise di impugnare la bacchetta, a sette anni, quando si arrampicò fino al loggione per vedere i gesti del direttore d'orchestra Antonio Guarnieri. Il primo grande riconoscimento arrivò già nel 1958, quando conquistò il primo posto al concorso Koussevitsky a Tanglewood, nel Massachusetts: grazie a quel premio debuttò negli Stati Uniti con la New York Philharmonic. L'anno dopo debuttò a Trieste come direttore sinfonico, mentre l'esordio alla Scala arrivò nel 1960.

La sua ascesa è stata inarrestabile. Nel 1963 si aggiudicò il premio "Mitropoulos" della New York Philharmonic e fu invitato da Herbert Von Karajan a dirigere i Wiener Philharmoniker al Festival di Salisburgo. Nel 1968 il debutto al Covent Garden di Londra e quello alla Metropolitan Opera House di New York. C'era lui



CLAUDIO ABBADO IN UNA DELLE SUE ULTIME DIREZIONI. A SINISTRA: CON ROBERTO BENIGNI CON IL QUALE CREÒ UNA BELLISSIMA EDIZIONE DI "PIERINO E IL LUPO"

sul podio della Scala la sera del 7 dicembre 1968, quella della famosa contestazione a colpi di uova marce. Nel periodo della sua direzione, durata fino al 1986, Abbado contribuì a un profondo rinnovamento nella programmazione e nelle scelte artistiche del teatro milanese, sganciandosi da una logica puramente filologica e recuperando autori e opere per lungo tempo dimenticati. Queste sue idee, lontane da quelle tradizionali del suo ambiente, lo resero oggetto di aspre critiche, senza però scalfire le sue convinzioni. Sempre sotto la sua direzione, nel 1972, furono inaugurati i "Concerti per studenti e lavoratori", testimonianza della profonda volontà di Abbado di avvicinare alla lirica e alla classica anche le classi meno abbienti.



## UN RICORDO DEL GRANDE MAESTRO D'ORCHESTRA CHE PER TUTTA LA VITA CERCÒ DI AVVICINARE IL GRANDE PUBBLICO ALLA CLASSICA

Nel 1971 divenne direttore principale del Wiener Philharmoniker, mentre dal 1979 al 1987 fu direttore musicale della London Symphony Orchestra. La sua avventura artistica è proseguita poi alla Staatsoper di Vienna (dal 1986 al 1991), mentre dal 1989 al 2002 diresse i Berliner Philharmoniker. Alla fine del suo ultimo concerto con i Berliner il pubblico lanciò quattromila fiori e lo salutò con trenta minuti di applausi. Dal 2004 è stato direttore musicale e artistico dell'Orchestra Mozart di Bologna. Grande sognatore, idealista, visionario, riuscì ad avvicinare moltissimi giovani alla Classica e a creare "spettacoli" (si pensi al "Pierino e il Lupo" con Roberto Benigni), rivolti a un vastissimo pubblico pur mantenendo lo spessore e il valore culturale propri della grande musica, senza scadere, insomma, nella banalità commerciale.

Di rilievo anche il suo lavoro con l'orchestra del Festival di Lucerna composta da grandissimi solisti e prime parti di importantissime orchestre stabili. "Il mio soggiorno in Venezuela, dove la musica ha una valenza sociale enorme, e dove sono nate centinaia di orchestre giovanili, mi ha riconfermato che la musica salva davvero i ragazzi dalla criminalità, dalla prostituzione e dalla droga. Li ho visti, facendo musica insieme trovano se stessi". Claudio Abbado credeva davvero nella funzione terapeutica della musica. Era una mente aperta, per molti aspetti un innovatore in un mondo difficile come quello della musica classica. Con la sua maestria e le sue profonde conoscenze musicali ha incantato le platee di tutto il mondo. Come ha scritto il critico e storico dell'arte Marco Vallora: "Basta leggere il suo gesto per capire che non vuole essere divo. Sta facendo musica tra amici, vuole non esibirsi, ma scoprire ogni volta qualcosa di nuovo". Il 30 agosto del 2013 era stato nominato senatore a vita da Giorgio Napolitano.

# Torniamo sul tema della Periodontal Medicine



La produzione di ossido nitrico, l'infiammazione sistemica e il metabolismo dei lipidi nei pazienti con periodontite: possibili aspetti collegati al sesso. In questo lavoro Andrukhov analizza il coinvolgimento dell'ossido nitrico, che gioca un ruolo decisivo nella regolazione del tono vascolare, nella eziopatogenesi delle periodontiti. In questo studio si è investigato sui livelli serici e salivari dei metaboliti di ossido nitrico nella malattia parodontale e la loro relazione con i livelli serici della proteina-C reattiva, il metabolismo dei lipidi e la gravità della malattia parodontale. I pazienti con malattia

parodontale mostravano significativamente un più basso livello serico salivare dei metaboliti di ossido nitrico e significativamente più alti livelli di Lipoproteine a bassa densità, Colesterolo e Proteina-C Reattiva del gruppo di controllo. Questi risultati sono stati osservati tra i maschi ma non nella popolazione femminile. Le conclusioni sono che "la produzione di ossido nitrico è ridotta nelle periodontiti, specialmente nella popolazione maschile. Il genere può essere un fattore importante nel determinare il rischio di malattia cardiovascolare nei pazienti con periodontiti."

F SHWARZ, A HEGEWALD, G JOHN, N SAHM, J BECHER "FOUR-YEAR FOLLOW-UP OF COMBINED SURGICAL THERAPY OF ADVANCED PERI-IMPLANTITIS EVALUATING TWO METHODS OF SURFACE DECONTAMINATION" J. CLIN. PERIODONT. 2013;40:962-967

# NEWS

a cura di Giulio C. Leghissa

## Perimplantite e decontaminazione

**U**ditte! Uditte! Ancora una volta i ricercatori ci dicono che non vi sono grandi differenze nei diversi metodi per decontaminare le superfici degli impianti nei casi di perimplantite avanzata.

17 pazienti che presentavano difetti combinati sono stati seguiti per 48 mesi dopo essere stati sottoposti a lembo di accesso, rimozione del tessuto di granulazione e implantoplastica nelle parti sopra cretali e vestibolari degli impianti. Le rimanenti aree di superficie implantare sono state trattate con Er:Yag Laser, Curettes di plastica più pellets di cotone più soluzione salina sterile e si è proceduto a GBR. Le conclusioni sono che: "quattro anni di risultati clinici raggiunti combinando chirurgia resettiva e terapia rigenerativa nelle perimplantiti avanzate non sono influenzati dal metodo di decontaminazione delle superfici."

F SHWARZ, A HEGEWALD, G JOHN, N SAHM, J BECHER "FOUR-YEAR FOLLOW-UP OF COMBINED SURGICAL THERAPY OF ADVANCED PERI-IMPLANTITIS EVALUATING TWO METHODS OF SURFACE DECONTAMINATION" J. CLIN. PERIODONT. 2013;40:962-967

## Tre fattori di artrite reumatoide

**L'**influenza della malattia parodontale, del *Porphyromonas Gingivalis* e del fumo di sigaretta nella titolazione sistemica dell'anticorpo peptide anti-citrullina. È questo l'argomento di un importante lavoro appena uscito sul J. Clin. Period. Il riflesso della proteina anticorpale anti-citrullina (ACPA) può precedere la manifestazione clinica dell'artrite reumatoide. La Peptidilarginina Deminase prodotta dal *Porphyromonas Gingivalis* può indurre una risposta autoimmunitaria nei soggetti suscettibili. La conclusione dei ricercatori è: "in soggetti con periodontite, l'infezione da *Porphyromonas Gingivalis* può essere responsabile dell'induzione della risposta autoimmune che caratterizza l'artrite reumatoide".

DF LAPPIN, D APATZIDOU, AM QUIRKE, J OLIVER-BELL, JP BUTCHER, DR KINANE, MP RIGGIO, P VENABLES, IB McINNES, S CULSHAW "INFLUENCE OF PERIODONTAL DISEASE, PORPHYROMONAS GINGIVALIS AND CIGARETTE SMOKING ON SYSTEMIC ANTI-CITRULLINATED PEPTIDE ANTIBODY TITRES". J CLIN PERIODONTOL 2013;40:907-915

## Rigenerazione ossea con la GBR

**U**na questione sulla quale si interrogano frequentemente i professionisti, è se la rigenerazione ossea ottenuta attraverso la GBR (usando membrane riassorbibili e non riassorbibili), venga mantenuta nel tempo. A tale questione avevano già risposto una serie di lavori scientifici negli anni passati. Torna ora sull'argomento Jung sul COIR con un lavoro importante: risultati a lungo termine di impianti posizionati con rigenerazione ossea guidata utilizzando membrane riassorbibili e non riassorbibili dopo 12-14 anni. La conclusione a cui giungono gli autori è che: "gli impianti posizionati simultaneamente con procedure di GBR, utilizzando membrane riassorbibili e non riassorbibili, hanno una alta percentuale di sopravvivenza che si posiziona tra i 91.9% e i 92.6% e perciò tale metodica può essere considerata una sicura e predicibile terapia."

JUNG E, FENNER N, HAMMERLE HF, N U ZITZMANN "LONG-TERM OUTCOME OF IMPLANTS PLACED WITH GUIDED BONE REGENERATION (GBR) USING RESORBABLE AND NON-RESORBABLE MEMBRANES AFTER 12-14 YEARS". CLIN. ORAL IMPL. RES. 24, 2013, 1065-1073

## Impianti immediati e lesioni periapicali

**S**i ritorna sull'argomento della possibilità, o meno, di inserire impianti immediati post estrattivi in siti affetti da lesioni periapicali. Questa nuova revisione della letteratura fatta da Novaes Jr. giunge alla conclusione che: "l'inserimento di impianti post estrattivi in aree coinvolte da lesioni periapicali, ha dato buoni risultati estetici e funzionali."

AB NOVAES JR, VA MUGLIA, UD RAMOS DM REINO, LG AYUB "IMPIANTI POSTESTRATTIVI POSIZIONATI IN SITI ALVEOLARI AFFETTI DA LESIONI PERIAPICALI: REVISIONE DELLA LETTERATURA" J. OF OSSEOINT. OTTOBRE 2013;5(3)

## Vernice al fluoro e carie infantile

In questo articolo gli Autori analizzano la validità e gli effetti eventualmente avversi dell'impiego di vernice protettiva al fluoro (FV), allo scopo di ridurre l'insorgenza di carie nei bambini in età prescolare. Sono state effettuate applicazioni topiche semestrali su gruppi di 100 bambini tra 1 e 4 anni con FV o placebo (PV). Il controllo carie è stato registrato a 24 mesi secondo the "International Caries Diagnosis and Assessment System"; la differenza nell'incremento di carie tra il gruppo trattato con FV e quello trattato con PV è risultata di -0,7, risultato considerato non significativo. Tali dati dimostrano che, anche se non sono stati registrati fenomeni avversi all'utilizzo di FV, non vi è evidenza clinica che prova una riduzione dell'incidenza della carie.

a cura di **Stefano Cavagna**



BIANNUAL FLUORIDE VARNISH APPLICATIONS AND CARIES INCIDENCE IN PRESCHOOLERS: A 24-MONTH FOLLOW-UP RANDOMIZED PLACEBO-CONTROLLED CLINICAL TRIAL  
OLIVEIRA, B H  
SALAZAR, M  
CARVALHO, D M  
FALCÃO, A  
CAMPOS, K  
NADANOVSKY, P  
CARIES RES  
VOLUME: 48, ISSUE: 3,  
DATE: 2014 JAN 29,  
PAGES: 228-236

## Prevenzione delle complicanze del piercing orale

L'inserimento di oggetti metallici su lingua, labbra e guance, rappresenta una popolare forma di espressione giovanile. Almeno il 20% degli italiani tra 15 e 20 anni ne ha uno. Però esistono implicazioni mediche rilevanti sconosciute o sottovalutate da chi li usa. Problemi infettivi locali e sistemici, sanguinamento, gonfiore, lesioni parodontali e traumatiche ai denti, allergie scatenate da materiali non anallergici, danni neurologici fino alla perdita del gusto sono una parte dei problemi. Spieghiamo ai pazienti queste controindicazioni, senza fare del terrorismo, dedichiamo 5 minuti raccomandando di eseguire queste pratiche in centri autorizzati, di controllare la ferita e il decorso della guarigione dei tessuti circostanti, di non fumare o bere alcool, di tenerlo pulito con clorexidina, di cambiarlo spesso e nel dubbio consultare l'odontoiatra.

REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA ATTRAVERSO MEDLINE DENTAL CADMOS 2014; 82(2)

a cura di  
Mirella Baldoni



**straumann**