

# Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO VIII  
N. 7 - 2021



**Ambiente e sociale**

## LA LEZIONE DI MILANO



**Dal Congresso di Palermo/1**  
Endodonzia: i cinque  
errori più comuni.  
Come si possono evitare

Esistono 5 errori ricorrenti che vengono commessi in Endodonzia: ce lo dice la letteratura. L'esperienza del Dott. Mario Marrone.

**Dal Congresso di Palermo/2**  
Cancro orale e ritardo  
diagnostico: psicologia e  
governo clinico del team

I numeri parlano chiaro, negli ultimi 50 anni noi non siamo riusciti in Italia (e non solo) a modificare la mortalità del cancro del cavo orale

**Una svolta green**  
2021: l'Europa  
scende in campo  
per "l'aria pulita"

Fino all'aprile 2019, gli Stati membri non erano mai stati obbligati a presentare i programmi di controllo dell'inquinamento

MILANO, LE ELEZIONI  
E IL TEMA AMBIENTALE

di Giulio C. Leghissa

ODONTOIATRA, LIBERO PROFESSIONISTA - MILANO

*In questo numero di Team at Work pubblichiamo un'intervista del Consigliere Carlo Monguzzi al sindaco di Milano, Beppe Sala. Nel corso di questa intervista emerge un argomento che, come medici e come cittadini, ci sta particolarmente a cuore: la lotta all'inquinamento.*

*Ogni anno in Italia almeno 30mila persone muoiono a causa dall'inquinamento. Pianura padana e città come Torino, Milano e Bergamo sono tra le più colpite dalla tossicità. Intanto gli ultimi inverni sono stati tra i più caldi di sempre. Nel 2019 la Lombardia ha anche conquistato il primato di ammalati per influenze. Questo il quadro con cui gli abitanti della Lombardia e i loro polmoni già compromessi hanno dato il benvenuto al Covid-19.*

*A Milano, dicembre 2019, gennaio e febbraio 2020 le concentrazioni di PM10 e PM2.5 hanno costantemente superato il limite di legge. Un ricerca di Legambiente Lombardia ha confermato l'inizio del 2020 come il peggiore degli ultimi dieci anni. Nei primi 60 giorni del 2020 ben 44 di questi sono stati oltre il limite di PM10 3. Peggiora invece la situazione del PM2.5 che raggiunge 53 giorni oltre i 25µg/m3. (Lombardia, inquinamento e virus pubblicato il 29/03/2020 web)*

*Ogni anno a Milano circa 1.500 persone muoiono per cause legate all'esposizione a concentrazioni di biossido di azoto (NO2) che superano la soglia di 20 microgrammi al metro cubo, oltre la quale per l'Organizzazione Mondiale della Sanità si va incontro a rischi per la salute umana. Il Fatto Quotidiano (20/05/2021 Ambiente e Veleni)*

*E Milano cosa sta facendo per combattere l'inquinamento?*

*1 - Sono state potenziate le piste ciclabili. Attualmente sono 10 le piste percorribili in bicicletta a Milano. Si estendono, collegando tutta la città alle vie periferiche, dopo avere percorso vicoli, strade attorno ai grattacieli, centri e viottoli.*

(SEGUE A PAG. 5)

Odontoiatria  
**Team at Work**

N. 7 - 2021

4



24



27



- 4 NEWS & LETTERATURA  
- LA PROTESI FISSA SUI DENTI:  
DECEMENTAZIONE, CANTILEVER E ALTRI MITI  
- MIH: LA PREVALENZA IN GIAPPONE FA  
RIFLETTERE SULLA PREVALENZA MONDIALE
- 5 NEWS & LETTERATURA  
- DIABETE E PATOLOGIE PERI IMPLANTARI
- 6 I CINQUE ERRORI PIÙ COMUNI  
IN IMPLANTOPROTESI: COME EVITARLI
- 12 CANCRO ORALE E RITARDO  
DIAGNOSTICO: LA CHIAVE PSICOLOGICA  
E IL GOVERNO CLINICO DEL TEAM
- 17 XXXIII CONGRESSO DEL CENACOLO  
ODONTOSTOMATOLOGICO MILANESE
- 18 AMBIENTE E SALUTE  
- ESCLUSIVA - SALA SI RICANDIDA E PROMETTE:  
MILANO SEMPRE PIÙ VERDE E SOCIALE  
- L'EUROPA CONTRO L'INQUINAMENTO
- 24 OLMO, EMERGENCY E GINO STRADA: UNA RICETTA  
CHE RIUSCÌ (QUASI) A BATTERE I PINK FLOYD  
- BLUES PER BORIS (VIAN)
- 27 UNA BELLA VACANZA... DA CANI

## La squadra della rivista



**GIULIO C. LEGHISSA**  
Odontoiatra



**FULVIA MAGENGA**  
ASO



**FILIPPO T. CASANOVA**  
Odontoiatra

## Il board editoriale

Mirella Baldoni (odontoiatra)	Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)
Federico Biglioli (professore universitario)	Ernesto Rapisarda (professore universitario)
Marialice Boldi (igienista dentale)	Lia Rimondini (professore universitario)
Anna Botteri (economia/fisco)	Eugenio Romeo (professore universitario)
Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)	Andrea Sardella (professore universitario)
Antonio Carrassi (professore universitario)	Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)
Stefano Cavagna (odontoiatra)	Tiziano Testori (odontoiatra)
Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)	Carlo Tinti (odontoiatra)
Luigi Checchi (professore universitario)	Fabio Tosolin (psicologo)
Stefano Daniele (odontoiatra)	Serban Tovar (professore universitario)
Luca Francetti (professore universitario)	Leonardo Trombelli (professore universitario)
Mauro Merli (odontoiatra)	Filippo Turchet Casanova (odontoiatra)
Lucio Montebugnoli (professore universitario)	Roberto Weinstein (professore universitario)

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

Direttore Responsabile  
e Direttore scientifico  
Giulio Cesare Leghissa  
giulio.leghissa@gmail.com

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



**S I A S O**

SINDACATO ITALIANO ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICO

ADERENTE A confsal



**Krugg**

**BONE**  
SYSTEM

**Geistlich**  
Biomaterials

**kuraray**

*Noritake*

**Nicola Del Buono**

**Rappresentante Prodotti Odontoiatrici**

	<b>RS DI SPAIRANI</b>
	OTTICHE & ILLUMINAZIONE SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA VIA SAVONA, 41 20144 MILANO
<b>www.rsmilano.it</b>	
02 474369	sede@rsmilano.it

# NEWS & LETTERATURA

Tratto da: Atsushi Mine, Masanori Fujisawa, Shoko Miura, Masahiro Yumitate, Shintaro Ban, Azusa Yamana, Masaya Ishida, Jun Takebe, Hirofumi Yatani, *Critical review about two myths in fixed dental prostheses: Full-Coverage vs. Resin-Bonded, non-Cantilever vs. Cantilever*, *Japanese Dental Science Review*, Volume 57, 2021, Pages 33-38

## La protesi fissa sui denti: decementazione, cantilever e altri miti

**A**lcuni autori hanno effettuato una ricerca in letteratura a partire dai lavori pubblicati nel 1947 fino a quelli pubblicati nel 2020.

Sono state considerate protesi con sottostruttura metallica su denti:

- ponti in metallo ceramica di tre elementi (corone totali) su due pilastri
- protesi in metallo ceramica, con corone totali e con cantilever,
- protesi in metallo resina con due alette
- protesi in metallo resina con una sola aletta (e cantilever)

Di ciascuna categoria sono stati considerati criteri di successo e criteri di sopravvivenza a 5 anni, 10 anni, 15 anni.

Dopo aver identificato 780 studi, e tra

questi averne selezionati 29, gli autori hanno potuto concludere che:

“basandosi su una ampia revisione di letteratura su quattro tipi di protesi fisse con sottostruttura in metallo, i due miti “le protesi fisse adesive si decementano facilmente” e “le protesi con elementi a sbalzo sovraccaricano il dente pilastro”.

1) Protesi adesive a due retainer hanno mostrato un risultato clinico simile a quelle a tre elementi a ricopertura totale dei monconi.

2) Protesi adesive con elementi a sbalzo hanno mostrato un eccellente risultato clinico a lungo termine, specialmente negli incisivi, se comparate ad altre soluzioni di protesi fissa.

3) qualora ci sia un problema di decementazione, questo evento è meno “disastroso” rispetto ai fallimenti della

protesi fissa convenzionale, dunque la ricementazione andrebbe considerata come un'opzione sempre percorribile.

4) Maryland con elementi a sbalzo possono essere utilizzati con successo per sostituire incisivi laterali.

a cura di Filippo Turchet Casanova



Tratto da: Masato Saitoh, Seikou Shintani, *Molar incisor hypomineralization: A review and prevalence in Japan*, *Japanese Dental Science Review*, Volume 57, 2021,

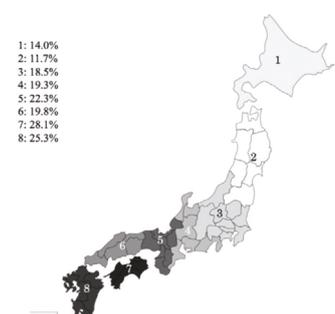
## MIH: la prevalenza in Giappone fa riflettere sulla prevalenza mondiale

**L**ipomineralizzazione di incisivi e molari (MIH), della quale abbiamo già parlato in diverse altre news, è una patologia che porta alla scorretta formazione dello smalto nelle gemme di incisivi (meno spesso) e molari (più spesso) che, al momento dell'eruzione, presentano seri deficit strutturali, dunque sono soggetti a carie e fratture con estrema frequenza. Ci siamo concentrati su un precedente numero di Team at Work sul management dei denti affetti da tale ipomineralizzazione. Essendo una patologia dello sviluppo dell'organo dentale, è un problema è spesso intercettato da pediatri e pedodontisti, in quanto alla totale eruzione dei primi molari i pazienti hanno 8 anni. Una revisione di 28 articoli, che considerano più di 1000 pazienti ciascuno, si occupa di fare un aggiornamento e una “fotografia” della situazione del Giappone, Paese considerato del primo mondo che conta 126 milioni di abitanti. A oggi, esiste una certa quantità di dati su MIH, ma non è ancora molto chiaro quanto possa essere l'effettiva pre-

valenza. Infatti, il range che presenta questo articolo è molto ampio e dispersivo: in piccoli dataset esso varia dal 2,8% al 44%; in dataset più ampi il range varia dal 2,8% al 21%.

Infine, esiste una forte variabilità tra i dati dei vari Paesi, tra le varie regioni e le fasce d'età. Nell'immagine, tratta dall'articolo, si vede anche graficamente la prevalenza della malattia nel Paese asiatico.

a cura di Filippo Turchet Casanova



# NEWS & LETTERATURA

*Impact of hyperglycemia on the rate of implant failure and peri-implant parameters in patients with type 2 diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis - Ren Shang, L. Gao*

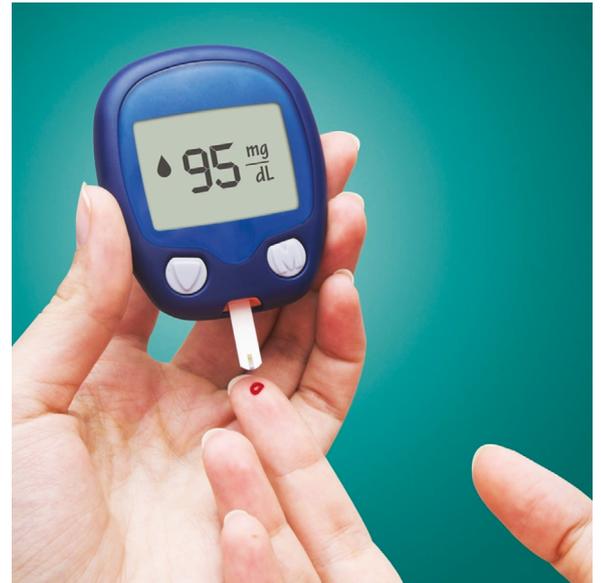
## Diabete e patologie peri implantari

Il diabete è un importante fattore prognostico sulla malattia parodontale, ma la sua associazione con le patologie peri implantari non è stata completamente chiarita e la letteratura riporta risultati controversi. Sono state formulate diverse ipotesi su come il diabete potrebbe interferire con il successo nel tempo dell'impianto: proliferazione e attività osteoblastica, deficit nei processi di guarigione, alterazione della risposta immunitaria, ma altrettanto variabili entrano in gioco: fumo e abitudini del paziente, tipo di diabete, terapia, glicemia e variazioni importanti dell'emoglobina glicata. In questa revisione sistemica e meta analisi gli autori hanno confrontato la percentuale di fallimento degli impianti e i parametri

parodontali BOP, PD, PIBL tra i pazienti con diabete mellito tipo2 e i pazienti non diabetici.

I pazienti con diabete mellito tipo 2 sembrano essere in grado di raggiungere un tasso di sopravvivenza implantare simile a quello dei pazienti sani, i parametri BOP e PIBL sono più alti nei pazienti con diabete indicando che l'iperglicemia è un importante fattore di rischio predisponente l'infiammazione perimplantare. Non è stata trovata alcuna associazione tra i parametri perimplantari e i livelli di glicemia tra i pazienti con diabete a condizione di un'igiene orale molto curata.

a cura di Filippo Turchet Casanova



(SEGUE DA PAG. 2)

*La Ciclabile della Martesana è considerata una delle piste più belle d'Italia: il percorso parte dal centro di Milano e arriva fino a Trezzo d'Adda. Negli ultimi anni tutta l'Europa ha promosso le piste ciclabili, andando incontro alla necessità di fermare l'inquinamento ambientale. Nel 2020 Milano ha puntato su un incremento della mobilità ciclistica anche per contrastare il rischio di contagio da Sars Cov 2 (+67 Km).*

*2 - Oggi Milano conta su una rete metropolitana di 113 stazioni e 96,8 chilometri di binari. Il progetto approvato dal Comune di Milano, prevede che entro il 2030 si avrà l'ottava rete metropolitana per estensione in Europa con 130,5 Km e 136 stazioni.*

*3 - Negli ultimi anni sono stati piantati a Milano oltre 170mila alberi, ma l'obiettivo della Città è arrivare a tre milioni entro il 2030, ridurre i consumi energetici e ripulire l'aria dalle polveri sottili per contrastare il più possibile il*

*cambiamento climatico.*

*4 - È stato approvato il programma per rivoluzionare le aree degli ex scali ferroviari: "...la rigenerazione di queste sette aree sta prendendo forma grazie a masterplan (alcuni già presentati) davvero innovativi e green che daranno una nuova prospettiva alla città e ai cittadini nel prossimo domani."*

*Come sempre, cambiare le abitudini, la viabilità e il modo di muoversi crea dei disagi, ma sono disagi che vanno affrontati se non vogliamo lasciare ai nostri figli un Pianeta disastroso e sconvolto dalle conseguenze catastrofiche dai cambiamenti climatici. Ma c'è ancora qualcuno che piagnucola perché le piste ciclabili rendono più disagiata il suo spostamento in macchina. È proprio questo il punto: la macchina la deve lasciare a casa, se non nei casi di emergenza o di eccezionalità! Ma possibile che qualcuno ancora non l'abbia capito?*

# I CINQUE ERRORI PIÙ COMUNI IN ENDODONZIA: COME EVITARLI

a cura di **Mario Marrone**  
ODONTOIATRA IN PALERMO



**I**o parto come sempre dalla letteratura e questi sono gli errori che più frequentemente secondo questi autori si possono riscontrare quando facciamo un trattamento endodontico: ho voluto affrontare l'argomento un po' come un ripercorrere quelli che sono stati i miei errori iniziali e che, devo dire, qualche volta, i colleghi soprattutto quelli più giovani possono commettere. Allora iniziamo dal primo errore che comunque non dobbiamo commettere in nessun caso in medicina, perché se noi sbagliamo la diagnosi è chiaro che sbagliamo il trattamento. Per fare diagnosi sappiamo che abbiamo bisogno di diversi dati, non solo un esame clinico del paziente, non solo una radiografia endorale, ma anche una serie di test soprattutto di vitalità che ci possono essere molto utili: tra questi, uno strumento semplicissimo come la sonda parodontale che spesso manca nel nostro kit.

E allora parto da questo mio caso di qualche anno fa: faccio la radiografia endorale, guardo la radiografia e sto quasi per procedere con l'anestesia e le frese per trattare il dente sul quale insiste questa lesione che sembrerebbe essere il quarto.

Però prima di ogni terapia, come dicevo, è importantissimo fare una corretta diagnosi: e allora faccio un test banalissimo che dura 2 secondi costa zero ed è il test di vitalità al freddo. Prendo un batuffolino di cotone, lo raffreddo e inizio a poggiarlo prima sul canino, chiaramente il paziente risponde, poi lo provo sul quarto, quindi sul primo premolare, e lì con mia sorpresa il paziente risponde positivamente. Lo appoggio sul quinto e il paziente non risponde al test: a quel punto mi nasce un dubbio, ho due dati che in qualche modo sono controversi, cioè da una parte una radiografia che mi

mostra una lesione sul quarto, dall'altra parte il quarto è vitale ma il quinto non risponde positivamente al test di vitalità. La mia anestesia, che avevo pronta sul carrellino, la metto da parte e inizio a trattare il dente che non ha risposto al test di vitalità, inizio a trattare con una fresa piccola e facciamo il test cavitario. Mi avvicino alla camera, è chiaro che se il dente è vitale il paziente come minimo mi dà una gomitata: il paziente consente l'arrivo in camera pulpare, a questo punto io sto trattando il quinto, dalle radiografie sembra che la lesione sia tutta a carico del quarto, però alla otturazione scopriamo il motivo per cui questa lesione aveva questa disposizione: era sostenuta da un canale laterale del quinto e alla radiografia a 18 mesi la lesione è guarita. Quindi, impieghiamo un minuto in più, quando abbiamo un paziente di fronte.



In un caso come questo, che è un caso di diversi anni fa, oggi ci avrebbe anche potuto aiutare la Cone Beam, esame che devo dire in fase di diagnosi endodontica io uso molto molto poco. Quando faccio diagnosi so che se questo incisivo inferiore ha una reazione di origine endodontica e io riesco a trattare correttamente il canale posso sperare in una guarigione di questo tipo, però quando devo ritrattare quest'altro incisivo inferiore prima di iniziare il mio trattamento, cerco di guardare attentamente la radiografia, prendo la sonda parodontale perché questa è una lesione che non ti convince perché non è una lesione all'apice: abbiamo una lesione che insiste più sulla parte laterale della radice, allora a quel punto come spesso accade in questi casi inizio a sospettare che si tratti di una frattura.

Nel fare diagnosi oggi, visto che abbiamo anche diverse armi tra le quali l'impiantologia, scegliamo i denti da trattare: questo lo dico soprattutto ai più giovani perché un settimo inferiore in queste condizioni non è recuperabile in alcun modo, è un dente che va

estratto, mentre nel caso di un molare che presenta una grave lesione che ha addirittura dislocato anche il canale mandibolare io ho ancora sostanza in cui so che potrei ancora fare qualcosa per questo paziente. Io faccio ritrattamento. Tutto questo perché si trattava di una lesione endodontica, e con l'endodonzia andava trattata.

Si sa che, nella migliore delle ipotesi, il 10%/12% degli odontoiatri oggi utilizza la diga: dunque il secondo errore frequente è l'assenza di isolamento del campo operatorio; che tra l'altro è stato inserita tra le linee guida operative dell'attività odontoiatrica.

Oggi i più giovani devono portarsi a casa un messaggio: non eseguite una terapia canalare senza isolamento con diga di gomma. Perché, e questo al di là di tutti i vantaggi che dà la diga di gomma, il messaggio che do sempre ai colleghi è: la diga di gomma serve, in adesione rappresenta uno strumento indispensabile, ma soprattutto grande attenzione dobbiamo fare per evitare quello che può succedere accidentalmente, ingestione o inalazione di strumenti.

Io ho chiesto qualche anno fa a Maria

Sofia Arini di aiutarmi nella stesura di un cd-rom a completare tutta la parte di medicina legale nel caso di mancato utilizzo della diga. In quell'occasione Maria Sofia mi ha mandato una serie di dati di letteratura che indicano che se un paziente ingerisce o inala uno strumento noi siamo condannati se non abbiamo utilizzato la diga. In tutti i miei casi endodontici al di là di radici dritte o radici curve, voi vedrete nelle radiografia operatorie sempre l'uncino della diga montato. L'ultimo vantaggio per cui dico sempre di utilizzare la diga è che razionalizza i tempi operatori, ci fa vedere molto meglio e ci vogliono 2 minuti per posizionarla, forse 1.

Terzo errore: quando ho iniziato a lavorare facevo una cavità d'accesso piccolissima, poi con lo specchietto cercavo di trovare i canali e tutto diventava più complesso e più difficile. La cavità d'accesso è il primo momento che noi dobbiamo affrontare con un attimo di concentrazione in più e con un po' più di tempo, poi gli strumenti rotanti saranno velocissimi, gli irriganti, l'otturazione ultrarapida, ma nella cavità d'accesso ci sono dei concetti che ancora oggi dobbiamo rispettare. Il primo suggerimento che mi permetto di dare è che se mi trovo davanti a un dente particolarmente distrutto mentre sto eseguendo la cavità d'accesso e so che è un dente su cui devo fare una corona, e dunque è un dente che l'indomani dovrò preparare, abbatto immediatamente le cuspidi (cosa che dovrò comunque fare in un secondo momento) anche perché il paziente non andrà in occlusione avendo meno dolore post operatorio, i nostri stoppini endodontici avranno una superficie piatta sulla quale poggiarsi, e tutta una serie di vantaggi che facilitano il trattamento. Tipo di esecuzione di cavità di accesso: elimino il contenuto della cavità pulpare, voglio consentire un accesso rettilineo ai miei strumenti, perché tutti quanti utilizziamo nichel-titanio che però faccio battere contro una parete ed è chiaro che va in sofferenza. Ma io voglio essere sicuro con i miei strumenti, voglio avere una visione del pavimento della camera, elimino le interferenze, le pareti leggermente divergenti e voglio avere qualcosa che mi contenga gli irriganti che sono ipoclorito ed edta. Questo tipo di preparazioni sicuramente possono essere molto suggestive rispetto alla preparazione tradizionale perché dovrebbero dare dei vantaggi rispetto



Sindacato Italiano Assistenti  
di Studio Odontoiatrico

ADERENTE A



Dal 2007 in prima linea  
per il riconoscimento,  
la conquista e la difesa  
dei diritti della **figura  
professionale dell'ASO**

### SERVIZI AI TESSERATI

**Difesa legale**  
**Consulenza del Lavoro**  
**Aggiornamento Professionale**  
**Rappresentanza della Categoria**

**S.I.A.S.O.** è un'associazione  
sindacale autonoma libera,  
democratica, apartitica  
e senza scopo di lucro



SIASO.IT



segreteria@siaso.it

Seguici su



alla resistenza del dente o quant'altro devo dire che non hanno trovato però al di là di Facebook grande riscontro in letteratura. Articoli che ci dicono che non è aumentata la resistenza del dente anche con cavità d'accesso minime, e devo dire su questo hanno lavorato anche la scuola di Catania con il professor Eugenio Pedullà: diversa letteratura ci dice che una cavità d'accesso minimale non è sicuramente conservativa nel rispetto del dente da possibili fratture. Dunque sono più importanti altri parametri piuttosto che una cavità d'accesso minima.

Quindi le mie cavità d'accesso sono queste: i miei strumenti entrano ancora oggi in maniera rettilinea. Certo, non vado a demolire il dente: la parete mesiale e la parete distale cerco di conservarle il più possibile perché sono le parti che danno resistenza al dente. Ma è chiaro che io voglio lavorare in maniera molto serena con i miei strumenti: utilizzo gli ultrasuoni che sono molto selettivi nella preparazione della cavità d'accesso ed eventuali calcificazioni saltano via immediatamente. Voglio una cavità d'accesso che mi consenta di vedere con il mio specchietto quello che sto facendo, e questo me lo consente proprio la cavità d'accesso e quel fogliettino verde che vediamo in fondo.

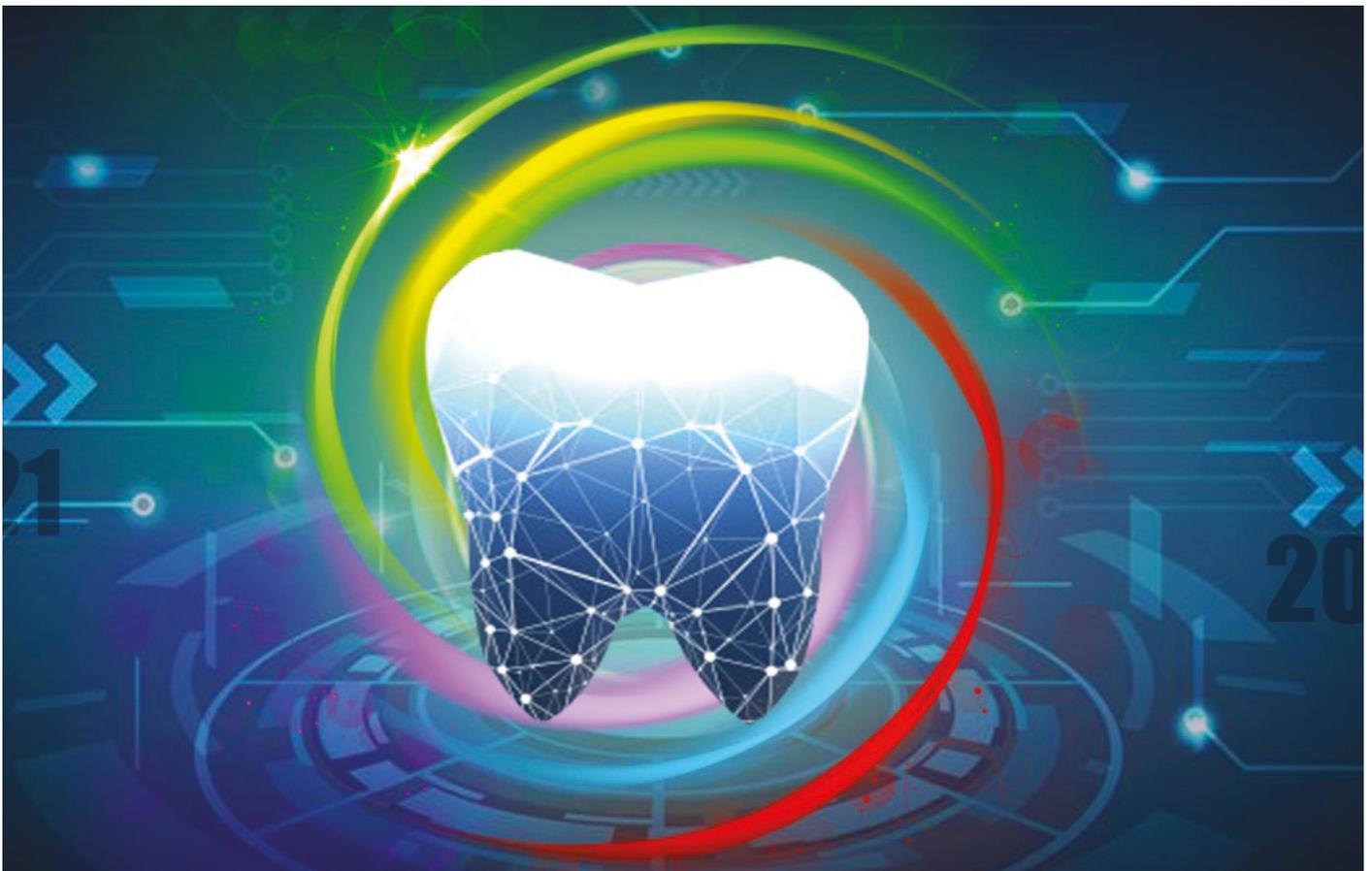
L'errore numero 4 è ignorare le tecnologie. Io credo che oggi non utilizzare dighe, nichel-titanio o utilizzarle solo parzialmente sia uno strumento in meno che abbiamo tra le nostre armi. Quando posso cerco di fare la mia endodonzia solo con strumenti rotanti, solo con strumenti nichel-titanio: è chiaro che non li forzo mai, se si bloccano non vado avanti ma prendo strumenti in acciaio. Se però i miei strumenti vanno lisci, io non ho motivo di prendere strumenti in acciaio che sappiamo possono creare dei gradini, possono creare delle false strade, possono complicare i nostri trattamenti. Strumenti super flessibili, super elastici, hanno una conicità aumentata, quindi i trattamenti possono essere completati in pochi minuti. Questo è stato uno dei primi strumenti che è nato per questo motivo: il Path File, cioè una preparazione meccanica fin dai primi strumenti che comunque hanno una conicità molto ridotta, ma oggi strumenti superflessibili come uno strumento di questo tipo, cioè che è già uno 0.6 (conicità) 25 che è uno strumento con cui io posso completare la mia preparazione conservando il forame apicale: vi ho voluto dimostrare come è sicura questa preparazione se abbiamo gli strumenti giusti, se utilizziamo la tecnologia giusta.

Quindi utilizziamo micromotori adeguati, che abbiano regolazioni, regolazioni di giri: insomma, micromotori endodontici adeguati e strumenti molto flessibili, strumenti nuovi.

Io con uno strumento probabilmente ci faccio 1 o 2 denti, massimo 3. Dopo 2, 3 utilizzi lo strumento va cestinato, altrimenti il tempo, la spesa e lo stress che io impiego quando si rompe uno strumento non sono ripagati.

Quindi io cerco di eseguire per quanto più possibile la mia terapia con strumenti rotanti, e chiaramente ci aiuta moltissimo anche la moderna irrigazione che prevede di accorciare i tempi con l'utilizzo di varie sistematiche. Quindi, utilizziamo la tecnologia.

Quinto e ultimo degli errori che io ho corretto in questi anni è quello di esitare. Esitare quando? Esitare nella fine di una cura. Allora questi sono i medicinali, le medicazioni, gli antinfiammatori che in endodonzia sono impiegati comunemente. Ma la letteratura poi alla fine non dà grande ragione alla cresatina o agli altri medicinali che noi mettiamo all'interno della camera. Devo dire che tra i medicinali quando è necessario l'idrossido di calcio trova sicuramente maggior conforto perché innalza il pH ma soprattutto quando io riempio il canale con



LEADING REGENERATION

Geistlich  
Biomaterials

# Puoi ottenere un risultato clinico ottimale e un paziente soddisfatto?

## Exactly.

Le matrici in collagene Geistlich Mucograft® e Geistlich Fibro-Gide® offrono un'evoluzione nella cura del paziente: quando possibile il nuovo approccio **“Salviamo il palato”** nelle procedure di rigenerazione dei tessuti molli può avere un impatto positivo sulla soddisfazione del paziente, con tempi di trattamento più rapidi e minor morbidità rispetto al prelievo di innesti autologhi.



salviamo  
il palato

Non tutti i biomateriali sono uguali, scegli l'originale.

*“Salviamo il palato”*

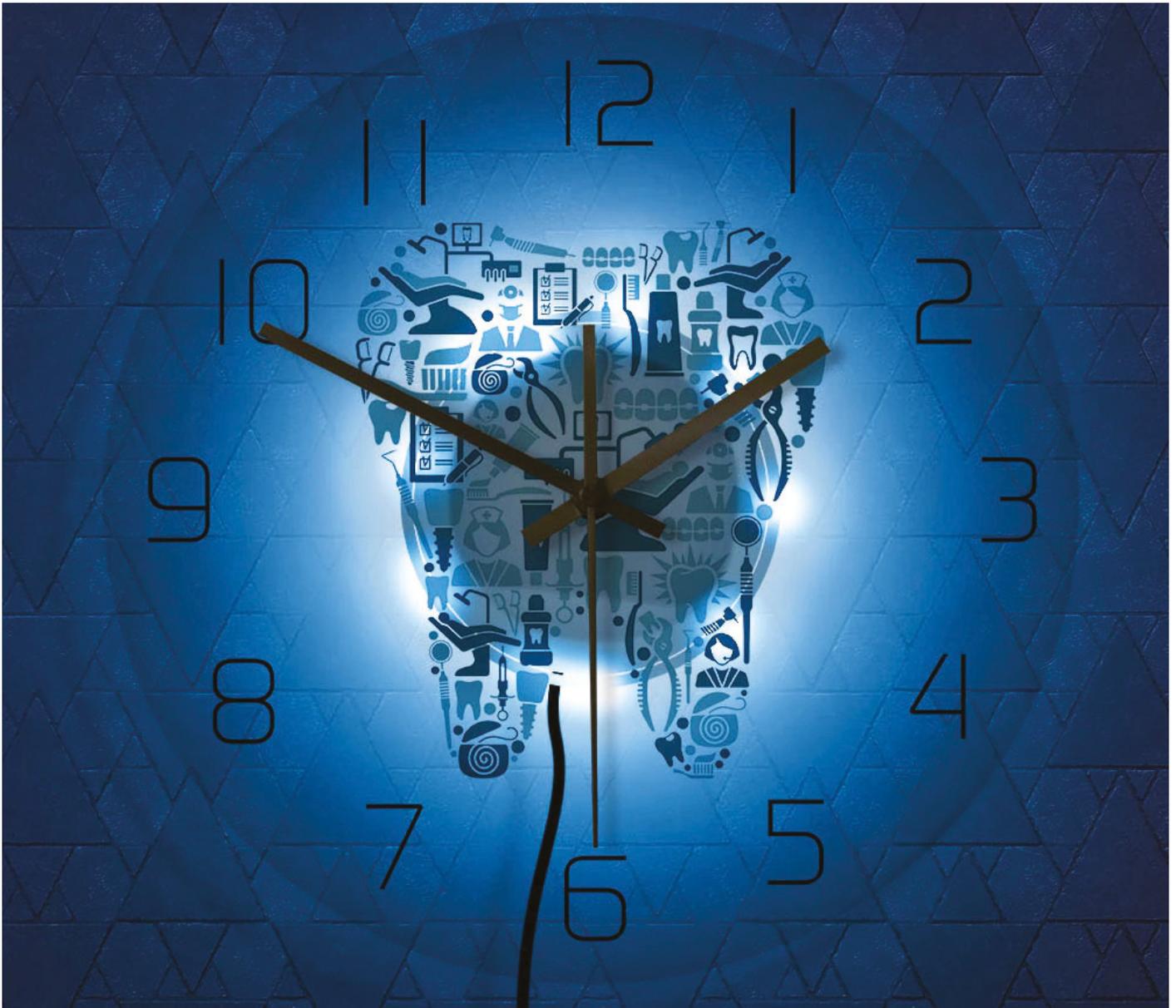
## Le nostre soluzioni per i tessuti molli

Geistlich Mucograft®  
Geistlich Mucograft® Seal  
Geistlich Fibro-Gide®

 swiss made



Approfondimenti e casi clinici su  
[www.geistlich.it](http://www.geistlich.it)



l'idrossido è proprio l'azione di riempimento, quindi di sottrarre spazio ai microrganismi che in qualche modo, che abbatta la carica batterica. Però anche in letteratura se noi possiamo fare il trattamento in unica seduta, lo faccio in un'unica seduta: significa che io devo avere il tempo per la mia endodonzia, un'ora, un'ora e mezza, due ore, quello che vogliamo. Anche perché se io vedo per mezz'ora il paziente per più sedute quanto ci lavoro effettivamente? I miei appuntamenti sono appuntamenti lunghi e se posso, se ho raggiunto la lunghezza di lavoro in tutti i canali, se ho avuto il tempo per gli irriganti e se riesco ad asciugare alle lunghezze di lavoro, io mi fido di più dell'ipoclorito che ha agito per un'ora all'interno di questi canali piuttosto che di una medicazione. Quindi eseguo il trattamento quan-

do posso in un unico appuntamento. Anche letteratura ci dice che non c'è maggior dolore postoperatorio. Anzi, vi dirò che il post-operatorio spesso noi l'abbiamo ogni volta che vediamo il paziente, ma se lo vedo una volta e ho completato lui prenderà per una volta l'antinfiammatorio e basta. A questo aggiungiamo che il paziente non ha tutto questo piacere di recarsi più e più volte dal dentista per risolvere il problema che potrebbe risolvere in un'unica seduta. Quindi, anche in caso di una lesione, se io sono riuscito a trattare i canali e ad asciugarli il mio cono di carta alla lunghezza di lavoro viene fuori perfettamente asciutto. Quello che voglio fare è ottenere un sigillo e cerco di ottenerlo immediatamente, anche perché i nostri irriganti, per esempio, oggi sono molto efficaci. Quindi arrivando alle conclusioni:

- 1) diagnosi corretta in medicina
- 2) isolamento del campo operatorio
- 3) una cavità d'accesso adeguata
- 4) sagomatura e detersione con le tecnologie che abbiamo a disposizione
- 5) se possibile trattamento in unica seduta

Questo è il mio trattamento standard:

- Radiografia preoperatoria
- Apertura della camera pulpare
- Lunghezza di lavoro con una radiografia che prendiamo sempre
- Preparazione con strumenti al nichel titanio che rispettano di più l'anatomia canalare rispetto agli strumenti in acciaio
- Otturazione con sistemi che prevedono il sigillo dell'intero sistema canalare.

# CANCRO ORALE E RITARDO DIAGNOSTICO: LA CHIAVE PSICOLOGICA E IL GOVERNO CLINICO DEL TEAM

a cura di **Giuseppina Campisi**

PROFESSORE ORDINARIO UNIPA

[giuseppina.campisi@unipa.it](mailto:giuseppina.campisi@unipa.it)

e **Vera Panzarella**

RICERCATORE UNIPA

[vera.panzarella@unipa.it](mailto:vera.panzarella@unipa.it)



## GIUSEPPINA CAMPISI

**I**l titolo rispecchia un po' anche il mio mood perché per tanti anni sono stata invitata, non solo in casa presso la Sipmo ma anche fuori casa, in altre occasioni, sempre per parlare della prevenzione primaria e secondaria del cancro orale. La seconda diapositiva che vi faccio vedere dimostra che ho fallito in ogni mio tentativo e come me tutti i nostri colleghi: i numeri parlano chiaro, noi non siamo riusciti in Italia a modificare la mortalità del cancro del cavo orale negli ultimi 50 anni. Per carità, siamo in buona com-

pagnia, visti anche i numeri del cancro dell'orofaringe e in genere delle vie aeree digestive superiori. La verità è che la sopravvivenza a 5 anni come potete vedere non riesce a superare il 58%. Quindi a 5 anni metà dei nostri pazienti sono destinati a morire. Ecco, parliamo brutalmente di morte ma se non muoiono le sequele trasformano la vita di quel paziente in un inferno; dal punto di vista della chirurgia maxillo-facciale, con interventi demolitivi e ricostruttivi importanti oltre a chemio e radioterapia.

Io normalmente mi trovo di fronte come minimo a casi T2 o T3: come

sapete, infatti, è oggi cambiata la classificazione. È la profondità alla quale il tumore ha invaso i tessuti che fa la differenza. Il tumore dunque può essere anche sotto i 4 cm di diametro, i 2 cm di diametro, ma se supera i 5 mm di profondità a quel punto sta cambiando stadio e peggiorando. Peggiorando si porterebbe dietro una diagnosi peggiore. Il nostro obiettivo dovrebbe essere incontrare T1, cioè tumori sotto i 2 cm di diametro e un indice di profondità sotto i 5mm.

Ma come facciamo a raggiungere questo obiettivo? Li abbiamo visti i tumori così e non li abbiamo ricono-



sciuti o i pazienti non sono mai venuti da noi? La prima piattaforma di atterraggio del paziente è proprio l'odontoiatra del territorio di primo livello.

All'alba del 24 giugno 2021 in un'importante rivista internazionale emerge ancora una volta che su un campione di 108 pazienti affetti da cancro orale il problema siamo innanzitutto proprio noi medici che non riusciamo a fare diagnosi in tempo utile, costringendo poi a una corsa contro il tempo il paziente verso la sala operatoria.

Chi è che non fa quello che deve fare? Andiamo a monitorare la catena degli eventi.

Una volta ci soffermammo molto su questo tema ed eravamo al Mondello Palace. Invitata anche dal Presidente Emanuele Cusumano abbiamo fatto un giochino, quello della medicina legale. Quindi intanto il PM convoca tutta la filiera per poi cominciare a distinguere le responsabilità: chi ha fatto, ma anche chi non ha fatto, perché la non azione ha comunque dei contorni, dei profili anche di tipo penale, solo perché tu dovevi fare qualcosa e non l'hai fatto.

Attenzione, questo è un workflow semplicissimo, più avanti vedremo che ce n'è un altro un po' più complicato in cui il paziente si fa fuori minimo dai 3 mesi a cinque mesi di ritardo. Questo ritardo del paziente noi forse non l'abbiamo analizzato accuratamente: con questo ritardo del paziente chiuderò il mio intervento perché

forse in questa ritrosia del paziente anche noi odontoiatri abbiamo una sorta di colpa, però di tipo morale, non di tipo medico legale. Ma se siamo qua, e il Cenacolo ce l'ha sempre insegnato, abbiamo anche una moralità da rispettare, non solo una professionalità o una fedina penale pulita. Quindi proviamo ad andare avanti: c'è una prima presentazione al medico, un invio al centro di secondo livello, una biopsia, una diagnosi, un trattamento e una terapia adiuvante. Anche noi non scherziamo: possiamo essere in media "accusati" di contribuire con 5 mesi di ritardo. La verità è che dal primo sintomo alla diagnosi possono passare addirittura 260 giorni con l'aggravante che pare che questa dimensione tumorale, e per dimensione non intendiamo solo il diametro, ma anche la profondità, nel giro di tre mesi può raddoppiare. Quindi questo è un riferimento non indifferente.

C'è da prendere anche in considerazione il tempo che viene perso dal paziente dall'insorgere del problema al primo contatto con il medico. Però in quel caso il medico curante anziché mandarlo al centro di secondo livello è indicato che lo mandi dall'odontoiatra. Il medico di medicina generale non è segnatamente il medico del cavo orale da quando soprattutto abbiamo anche un albo separato.

Ad andare a guardare bene gli eventi, i cambiamenti, i sintomi percepiti vediamo cosa succede. Il paziente infatti a un certo punto percepisce di avere un problema ma di certo, a meno che non sia

ipocondriaco, lo sottovaluta: poi questo sintomo diventa un attimo più importante, allora lui sulla base di alcuni fattori come anche il fattore psicologico, sociale, culturale, le esperienze precedenti decide di chiedere il primo aiuto.

Ma di questo primo aiuto non sappiamo l'esito, che è davvero molto variabile. Intanto da quando lui ha il tempo di percezione dei primi sintomi ci mette un po' di tempo a convincersi "devo proprio andare, devo farmi vedere perché la situazione non migliora", magari si scopre che per qualche mese ha provato a curarsi da solo con qualche prodotto preso in farmacia o suggerito da amici e conoscenti. Noi ci eravamo già occupati nel 2014 scoprendo che in questo ritardo diagnostico vi era veramente anche una serie di variabili cognitive di reazioni affettive; avevamo utilizzato dei questionari, ma forse non eravamo andati così a fondo.

Andando così più a fondo abbiamo cercato di scoprire, riprendendo l'argomento grazie a un Piano Sanitario Nazionale, un progetto finanziato dalla Regione Sicilia attraverso fondi ministeriali, un contatto diretto e continuativo con una psicologa psicoterapeuta, la dottoressa Monica Balzano.

Dove avvengono i cortocircuiti?

I Cortocircuiti non li ha solo il paziente, ma anche noi medici, forse senza mai essercene accorti, o magari non riflettendo abbastanza.

Il primo cortocircuito si chiama allagamento: ovvero cosa accade nella mente del paziente se per caso gli viene il sospetto che possa essere una patologia maligna.

Voi pensate che tutti reagiscano allo stesso modo? No.

Perché ci sono quelli che vogliono sapere subito e quelli che invece non vogliono sapere.

Quindi questo giustifica quella differenza, quella diversità tra il primo segno e il tempo che passa prima che si chieda il primo aiuto.

Quindi questo è il primo vero ritardo: questo ritardo noi non l'abbiamo mai gestito, non ci siamo mai confrontati con il paziente.

Qui entra in gioco il ruolo della paura che dovrebbe portarci a evitare di eseguire gli accertamenti perché il detto dice che se io indago qualcosa trovo, quindi preferisco non indagare. Poi certo, noi odontoiatri non ci siamo guadagnati una gran bella nomea in questi anni.

C'è qualche inciampo tra il primo consulto e la data del referral; qualcosa

blocca il medico di medicina generale o l'odontoiatra dal comunicare l'uno con l'altro.

Non si può più prendere la scusa di non sapere dove mandare il paziente, piuttosto occorre organizzarsi in tutta Italia per qualunque evenienza di carattere Odontostomatologico affinché la vostra filiera di referral, cioè di riferimento del paziente a un'altra struttura, sia sempre chiara e definita.

Nell'indice che avete in studio oltre al 118 consiglio di mettere i numeri dei colleghi e delle strutture pubbliche che vi possono aiutare.

Sono numerosissime, e anche recentissime, le pubblicazioni che mettono in primo piano il ruolo dei ritardi e delle responsabilità relative: tutte queste pubblicazioni ci dicono che è perso del tempo senza averne neanche il sospetto.

E cosa è successo a noi nel frattempo?

Abbiamo studiato patologia speciale? Non ci dobbiamo prendere la briga di occuparci di questo problema? Abbiamo paura di comunicare una cattiva notizia? Abbiamo paura di infilarci in una storia che non sia strettamente odontoiatrica, ma più oncologica? Abbiamo paura di intimidire il paziente o delle paure della sua famiglia?

Abbiamo paura di dover dire "non so, non conosco la soluzione, non me ne sono mai occupato, non so fare una biopsia"?

O magari, abbiamo una paura persona-

le della malattia, della morte come d'altronde la maggior parte degli umani?

Di certo noi sbagliamo un sacco di cose, a volte terrorizziamo i pazienti, a volte non diciamo nulla, ci sottraiamo, non ci facciamo passare la telefonata e comunque non sappiamo come gestire la situazione e gli step successivi, dalla necessità di una risonanza alla visita in un centro di secondo livello.

Il paziente vede il medico come la sua ancora di salvezza e vuole dialogare. Se il medico spesso si sottrae, nasce un problema: per dialogare bisogna essere in due, e serve la giusta predisposizione. La sintesi è che l'odontoiatra, non solo per questioni medico legali, non può ritenersi estraneo al problema da un punto di vista deontologico. Per comunicare bisogna prepararsi, e non è comunque facile - ma va fatto - per rendere onore alla professione che pratichiamo.

Quando aveva il primo sintomo o il primo segno, il tempo dal punto di vista del paziente scorreva in modo normale, quasi dilatato.

Quando invece lo stesso paziente raggiunge la consapevolezza di avere qualcosa, e sta aspettando il referto e l'esito dopo aver fatto la biopsia, la sua percezione del tempo si riduce drasticamente, ha fretta di sapere.

Nel frattempo, gli odontoiatri percepiscono il tempo come insufficiente perché hanno tante incombenze, con-

siderando quel paziente uno dei tanti problemi della giornata. Non vi sto chiedendo di cambiare mentalità, ma di prendere consapevolezza del fatto che a un certo punto il tempo per il paziente accelera in maniera mostruosa, ha paura di perdere secondi, minuti, per lui ogni giorno diventa importante e dunque sarebbe veramente da dire "scusi, lei è stato a casa tre mesi, ha guardato l'ulcera e non ha fatto niente, adesso vuole correre?"

Attenzione, mai fare questo errore, mai: è il paziente ad avere il problema e non l'odontoiatra.

Sapere che il paziente ha una percezione alterata del proprio tempo ci serve per gestire meglio la comunicazione. Quando un paziente odontoiatrico diventa paziente oncologico non è più dell'odontoiatra? Sbagliato, è un po' di tutte le figure con cui ha avuto a che fare.

Il problema è che voi il paziente non lo volete più ma è, e rimarrà, vostro.

Capisco che la cattiva notizia è veramente brutta da raccontare e che ci vuole preparazione, ma siamo medici: non possiamo rinunciare a priori a interfacciarci con il paziente e con la famiglia perché a quel punto è come se noi stessi sbattendo la porta in faccia a tutta quella comunità che però a quel punto non ci considera più degli interlocutori credibili.

Ovviamente ci sono due categorie di pazienti: quelli che vogliono subito sapere che cos'è, quindi vogliono una "liberazione", e quelli che dicono che quel giorno è la loro sentenza di morte. Lo so che è triste, ma bisogna convincerli che quello è il giorno in cui devono cominciare a lottare, che vi troveranno al loro fianco per riconquistare il tempo della loro vita.

Attenzione, l'ultima delle trappole che ci tende il nostro cervello è l'amigdala: non pensate che il paziente sia lucido come voi!

L'amigdala per l'emozione, per lo stress, per il dolore, per il dispiacere, offusca tutto.

Voi pensate che il paziente si ricorderà tutto quello che gli state raccontando e che vi stia seguendo: il paziente è in un'altra dimensione, come se qualcuno gli avesse messo le dita dentro le orecchie, non sente più nulla e non comprende più nulla.

Quindi, così come per il tempo, dobbiamo ricordarci che l'amigdala fa di questi brutti scherzi al paziente che ci ascolta. Dobbiamo assolutamente migliorarci,



potenziarci nella nostra capacità non soltanto di ascolto ma anche di comunicazione: quindi occorre dare informazioni corrette sul cancro anche prima e prescindere, soprattutto a quei pazienti che sappiamo essere più a rischio per fumo e alcool, generare consapevolezza sui fattori di rischio, abituare all'autoesame, gestire il sospetto diagnostico e gestire il referral alla struttura di secondo livello. Sebbene ci siano dei lavori che ci discolpano perché attribuiscono a quei primi 4 mesi il carico di colpa al paziente ci dobbiamo porre la domanda se il ritardo diagnostico, anche se imputabile in prima persona al paziente come categoria forse almeno da un punto di vista deontologico non sia imputabile anche a noi odontoiatri.

## VERA PANZARELLA

Inizio con l'anticipare che quello che ci richiederà lo sforzo maggiore per limitare e ridurre ritardi diagnostici sarà l'incremento del lavoro di squadra, che ancora purtroppo manca. Esistono due tipi di assistenza al paziente oncologico: la dottoressa Campisi ha parlato del ritardo diagnostico legato al paziente, e del ritardo diagnostico legato alla figura professionale e al tipo di trattamento. Per quanto riguarda quest'ultimo abbiamo fatto dei progressi importanti, siamo arrivati a costruire dei team multidisciplinari assolutamente efficaci ed efficienti: è una buona notizia che nel core team dei gruppi multidisciplinari che hanno in cura pazienti con carcinomi testa-collo sia finalmente entrato a far parte finalmente l'odontoiatra, lo specialista della salute orale, almeno in buona parte delle nazioni europee, tra cui l'Italia.

Esiste poi un team allargato che lavora in sinergia al fine di prendersi in carico il paziente in toto e ridurre i tempi per processare il trattamento in chiave prognostica positiva. Il nostro gruppo di lavoro testa collo corredato da tutte queste figure opera così dal 2009 con confortanti risultati, riuscendo a sfruttare l'utilizzo delle nuove tecnologie e a far lavorare in sinergia e al meglio intenti e competenze in tempo reale, valutando le strategie di intervento più efficaci in un tempo diagnostico inferiore ai 30 giorni dalla comparsa del sintomo, dal sospetto fino al trattamento.

La notizia sconcertante qual è?

Purtroppo, rimane un periodo molto ampio di ritardo diagnostico a cui ha fatto riferimento nel suo intervento la dottoressa Campisi, il cosiddetto referral delay. Che cos'è?



È il periodo di ritardo che va dalla prima acquisizione del nostro paziente al primo consulto specialistico. Proviamo dunque a capire ancora di più cosa succede in questo ritardo diagnostico proprio perché abbiamo il bisogno di capire come intervenire in maniera più efficace.

Abbiamo la certezza che il range sia di 3/6 mesi, e abbiamo anche la certezza che i responsabili siamo noi odontoiatri prima ancora che un centro di secondo livello. È qui che secondo le più recenti revisioni sistematiche c'è il nocciolo duro della questione: le fasi dell'acquisizione, e le fasi di presa in carico comporterebbero il ritardo maggiore.

Le determinanti di questo ritardo sarebbero: l'assenza di sistemi di connessione integrati e standardizzati fra il medico di medicina generale e l'odontoiatra, e quindi non si ha la percezione di comprendere come, quando e cosa fare quando il medico di medicina generale intercetta il paziente, quando lo riesce a fare, comunque sia, rimane il limite delle difficoltà di accesso alle cure odontoiatriche (non è un mistero che una quota di pazienti non possono accedere a tali cure, ed è proprio quella quota che è più a rischio di sviluppare cancro orale a causa dello stile di vita), è un esempio eclatante del cosiddetto screening inverso; quella parte che riesce ad arrivare all'odontoiatra rischia comunque di ricevere cure inadeguate per scarsa informazione, per questioni medico legali, per difficoltà nel gestire da parte

dell'odontoiatra qualcosa che invece dovrebbe essere noto.

È qui, in questi frangenti, che noi ci perdiamo tutti questi vantaggi, che sono tanti: se facciamo il confronto con gli altri modelli cancerogenetici di altri distretti anatomici capiamo che siamo assolutamente dei privilegiati.

Nessun distretto anatomico è così visibile come in quello stomatognatico, nessun altro distretto anatomico è sottoposto a screening costantemente come nel caso del trattamento periodico di igiene orale e di trattamenti implantoprotesici, ed è l'unico distretto in cui il tumore si presenta con lesioni nella stragrande maggioranza dei casi maligne.

La letteratura ci dice anche che come classe odontoiatrica abbiamo difficoltà a interagire con i colleghi e con gli specialisti di secondo livello: siamo addirittura 4 volte meno bravi rispetto ai medici di medicina generale perché sentiamo forte ancora un certo individualismo professionale, non abbiamo ancora compreso e su questo dobbiamo sicuramente lavorare sul concetto di lavoro di squadra, che è totalmente differente da quello di equipe.

Noi non siamo intercambiabili, ognuno di noi deve mantenere le proprie competenze e le proprie professionalità non solo interagendo ma anche integrandosi con le altre al fine di mantenere il paziente nella sua centralità e nel suo dinamismo. La verità è che ci sono tantissimi odontoiatri poco disponibili a interagire, anche nell'esperienza del nostro gruppo.



***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)

# 6 NOVEMBRE - XXXIII CONGRESSO COM: QUALE SCENARIO PER IL FUTURO DELL'ODONTOIATRIA?

CENACOLO  
MILANESE  
ODONTOSTOMATOLOGICO

**XXXIII Congresso COM**  
**Quale scenario  
per il futuro dell'Odontoiatria?**

**Sabato 6 Novembre 2021**  
Dalle 9,00 alle 14,00

**EVENTO RESIDENZIALE**  
IN FASE DI ACCREDITAMENTO ECM

*Torniamo con il nostro Congresso nella nostra città, Milano, al Westin Palace Hotel in Piazza della Repubblica 20.*

*Abbiamo costruito un evento a misura del team odontoiatrico, che guarda alle problematiche chirurgico-protetico-implantologia, all'organizzazione dell'attività di prevenzione come pilastro dell'attività professionale e elemento decisivo del successo nel tempo, e alle capacità gestionali-organizzative alla base del successo professionale. Così abbiamo intervallato conferenze strettamente cliniche, quelle gestionali e quelle dei componenti della squadra odontoiatrica. Leggete i nomi dei relatori e vi renderete conto del fatto che abbiamo offerto alcune delle proposte più significative di quanto proponibile nel panorama della cultura odontoiatrica a Milano. Tutti insieme faremo un bel congresso.*

[\*\*CLICCA E LEGGI IL PROGRAMMA COMPLETO\*\*](#)

# SALA SI RICANDIDA E PROMETTE: MILANO SEMPRE PIÙ VERDE E SOCIALE

a cura di **Carlo Monguzzi**  
CONSIGLIERE COMUNALE



**Nelle foto,  
il Sindaco Sala  
e il consigliere  
Carlo Monguzzi**

**Fare il sindaco è molto impegnativo, come hai trovato motivazione e forza per ricandidarti?**

Ho riflettuto molto prima di decidere di ricandidarmi, perché volevo essere sicuro di avere le energie giuste per sostenere un impegno tanto gravoso quanto gratificante quali sono quelle richieste dall'essere Sindaco di una grande città come Milano, soprattutto oggi che sono ancora da affron-

tare le gravi ricadute economiche e sociali che la pandemia Covid-19 porta con sé. Essere Sindaco vuole dire assumersi rischi significativi ed essere sempre disponibile. Ma essere Sindaco resta per me l'esperienza più bella, in cui mi ritrovo appieno. In questi anni ho avuto modo di conoscere più nel profondo Milano e i milanesi. E ho capito che - nonostante le difficoltà, le polemiche, le critiche

non sempre costruttive - il Sindaco ha il privilegio di far esprimere al meglio tutte le componenti della città, ma ha anche il dovere farne sintesi. Ecco perché ho deciso di ricandidarmi: perché sento che insieme ai milanesi possiamo aiutare la città a costruire una comunità più equa, solidale e sostenibile.

**Qual è il provvedimento più importante che pensi di avere fatto?**

Non parlerei di "importanza", perché credo che ogni provvedimento preso dal 2016 a oggi abbia contribuito a far crescere Milano, sotto ogni profilo - sociale, economico, ambientale. Sono sicuramente soddisfatto che nel corso del mio mandato sia stato approvato l'accordo di programma per gli ex Scali Ferroviari e che la rigenerazione di queste sette aree stia prendendo forma grazie a masterplan (alcuni già presentati) davvero innovativi e green che daranno una nuova prospettiva alla città e ai cittadini nel prossimo domani. Sono felice di aver istituito un Assessorato alla Transizione Ambientale per affrontare con concretezza i problemi legati all'inquinamento e al cambiamento climatico, puntando su ciclabili, prolungamento delle linee metropolitane, sharing di auto, scooter, bici e monopattini elettrici, piantumazione di alberi, incentivi alla sostituzione delle caldaie. E sono molto fiero di quanto è stato fatto per sostenere le

persone più fragili e meno fortunate durante questa lunga emergenza sanitaria, attraverso il programma "Milano Aiuta" e il Fondo di mutuo soccorso attivato dal Comune.

**E qual è quello che più ti è spiaciuto non essere ancora riuscito a fare?**  
Ovviamente sono molti i provvedimenti che una città come Milano richiede e che mi piacerebbe poter attuare o portare a pieno compimento. Penso all'importante lavoro che si sta facendo sulle case ERP e sugli edifici scolastici, che ancora non è terminato. E, visto che è una questione abbastanza calda, ritengo che sia necessario arrivare a una definizione di un Piano Aria Clima che allinei la nostra città a tante città internazionali che sono già avanti su questa delicata tematica.

**Chi ci legge è un operatore sanitario o ha a che fare direttamente con la cura delle persone, cosa pensi di fare per salvaguardare la salute e aumentare il benessere dei cittadini?**

Sono convinto che la qualità di vita dei cittadini possa aumentare solo se riusciamo a rendere più facile l'accesso ai servizi di prima necessità e se riusciamo a garantire equità economica e sociale. Per questo motivo, credo molto nell'idea della città policentrica, in cui tutti i servizi di base possano essere raggiunti in 15 minuti, a piedi o in bici. Ciò significa fare in modo che ogni quartiere possa mettere a disposizione dei propri abitanti esercizi commerciali, spazi verdi, uffici pubblici, supermercati ecc... ma non solo. Fondamentale è anche l'offerta sanitaria: farmacie e presidi sanitari. Nell'ultimo periodo mi è capitato più volte di spiegarlo. Formalmente il Sindaco è Autorità Sanitaria Locale, ma di fatto non ha poteri per rispondere alle istanze di salute dei cittadini. Per questo credo che sia fondamentale fare un passo avanti e fare una proposta concreta e costruttiva per rinnovare la sanità lombarda. È fondamentale permettere ai Sindaci delle grandi città di partecipare alle scelte strategiche degli enti competenti su questo tema. Mai come oggi abbiamo bisogno di riportare la sanità sul territorio: abbiamo bisogno di consultori e punti di cura diffusi cui i cittadini possano accedere con facilità; serve sburocratizzare e snellire le procedure; serve assistenza e contatto diretto medico-paziente.



# L'EUROPA CONTRO L'INQUINAMENTO

a cura di **Fulvia Magenga**  
SEGRETARIO GENERALE SIASO  
segreteria@siaso.it



L'8/1/2021 la Commissione Europea si è riunita a Bruxelles per confrontarsi con il Parlamento Europeo, con il Consiglio, con il Comitato Economico e Sociale ed il Comitato delle Regioni a proposito delle seconde prospettive da attuare in materia di "aria pulita".

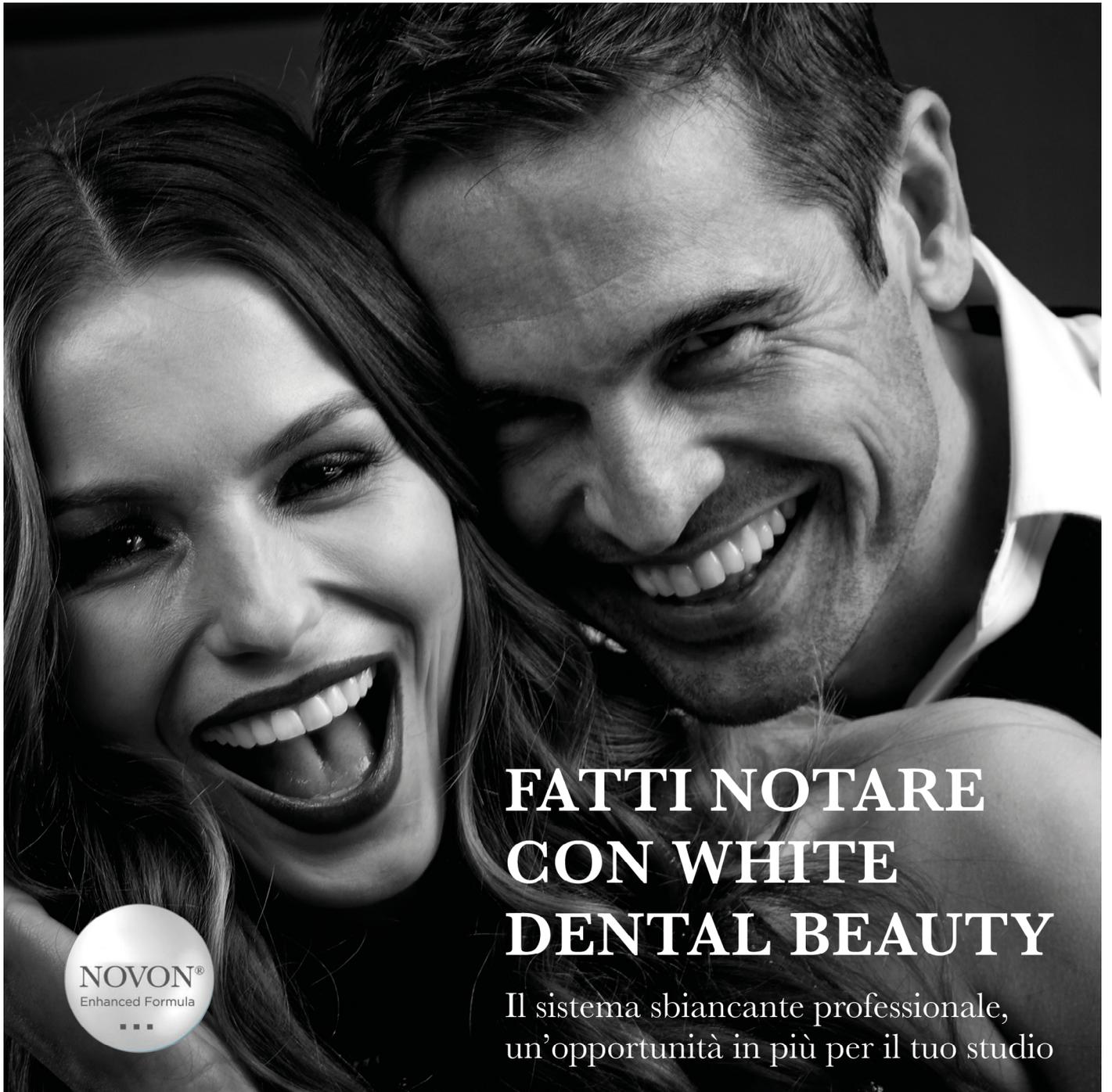
Fino all'aprile 2019, gli Stati membri non erano mai stati obbligati a presentare i programmi nazionali di controllo dell'inquinamento atmosferico. Nel precedente report (2020) erano emersi dati allarmanti: l'inquinamento atmosferico è responsabile, ogni anno, di circa 400mila morti premature e della modifica dell'equilibrio ambientale acquatico. È responsabile dell'aumento dei costi economici provocati dalle spese mediche e della conseguente riduzione della produttività e diminuisce i rendimenti agricoli. L'inquinamento atmosferico rappresenta infatti il primo rischio sanitario ambientale nell'UE: è causa di malattie croniche e gravi come asma, problemi cardiovascolari e cancro ai polmoni oltre che causa di grave preoccupazione per i cittadini sia per l'inquinamento che per la salute.

Benché gli Stati membri si fossero impegnati già nel 2020, ora è diventato necessario che riducano immediatamente e in modo sostanziale le emissioni di almeno alcuni inquinanti per adempiere ai propri obblighi. La fonte di inquinamento che incide maggiormente sugli ecosistemi è quella che riguarda le emissioni di ammoniaca provenienti dall'agricoltura.

L'obiettivo della conferenza del 2021 è stato quindi individuare mezzi e comportamenti per migliorare in futuro la qualità dell'aria.

Il primo tema argomentato riguarda il superamento dei valori limite stabiliti di ossidi di azoto, metalli pesanti pericolosi e altre sostanze inquinanti; il secondo tema dibattuto riguarda gli inquinanti atmosferici come i biossidi di zolfo, gli ossidi di azoto, l'ammoniaca, i composti organici volatili non metanici e il particolato in genere. Già entro il 2019 gli Stati membri avevano dovuto sviluppare programmi nazionali di controllo di questi inquinanti.





# FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



*Il segreto*



di uno splendido sorriso





problemi di salute. In tutti i casi analizzati, le misure supplementari per ridurre l'inquinamento, comportano sempre un guadagno netto per la società. In generale i benefici per la salute saranno più elevati nei primi anni di attuazione e rimarranno stabili dopo il 2030, mentre dopo il 2030 i costi delle misure diminuiranno. In tutti gli scenari analizzati, si è stimato che i miglioramenti in termini di impatto dell'inquinamento atmosferico, già accennati, sugli ecosistemi, proseguiranno in futuro. Tuttavia, nonostante questo dato positivo, la situazione resta preoccupante poiché

i livelli dei depositi di azoto sono ancora notevolmente alti.

Con gli obiettivi e la legislazione adottati in materia di aria, clima ed energia, le emissioni di metano calcolate, diminuiranno di circa il 20% tra il 2020 e il 2050. Se invece si adottassero le misure più ambiziose proposte dalla Commissione nel 2020, si raggiungerebbe una diminuzione del 44% nello stesso periodo. Anche il particolato carbonioso potrà essere ridotto di circa l'80% tra il 2020 e il 2050.

Un ulteriore scenario vede la riduzione del 55% dei gas a effetto serra entro il 2030.

Le misure di controllo illustrate che riguardano l'inquinamento atmosferico si dimostrano più costose se introdotte in misura isolata, invece che attuate unitamente a misure di controllo dei cambiamenti climatici.

Queste politiche hanno un costo? Certo. Si stima che il controllo dell'inquinamento atmosferico generi costi pari a 1,4 miliardi di euro nell'UE. L'aumento dei benefici sul piano sanitario, però, supera quello dei costi in tutti i casi analizzati ed ammonta a una cifra compresa tra gli 8 miliardi di euro e i 43 miliardi di euro all'anno per l'UE (questo intervallo è dovuto ai vari metodi di valutazione e alla portata degli impatti sulla salute inclusi).

La Conferenza ha fornito, inoltre, elementi per l'attuazione più consapevole delle direttive già esistenti da parte degli Stati membri, e saranno aggiornate tra circa due anni, con la

pubblicazione delle terze prospettive in materia di aria pulita nell'ambito delle più ampie attività volte al conseguimento dell'obiettivo "inquinamento zero".

Noi cosa possiamo fare per fronteggiare l'inquinamento?

Noi possiamo fare molto.

Possiamo ricordarci di non abbandonare involucri e rifiuti di ogni genere durante i picnic nei parchi;

Possiamo eliminare mascherine e/o guanti in lattice negli appositi bidoni per l'incenerimento dei rifiuti;

Possiamo acquistare alimenti contenuti in involucri biodegradabili;

Possiamo raccogliere le deiezioni dei nostri animali domestici;

Possiamo farci parte attiva nella raccolta dei rifiuti durante le nostre vacanze o durante una semplice passeggiata;

Possiamo spegnere le luci quando non sono necessarie;

Possiamo eliminare contenitori in plastica dai nostri acquisti.

Smettiamo di pensare "quello non è un mio rifiuto, non spetta a me raccoglierlo". Raccoglilo e basta. La mascherina fotografata era nel mare. Quando è stata raccolta ne è uscito un granchietto.

Non è solo casa tua!

*Bibliografia: Relazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni – Seconde prospettive in materia di aria pulita – Bruxelles 8.1.2021.*

# Nicola Del Buono

## Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

# OLMO, EMERGENCY E GINO STRADA: UNA RICETTA CHE RIUSCÌ (QUASI) A BATTERE I PINK FLOYD

di Filippo Turchet Casanova  
filippotcasanova@icloud.com



Nel 2001 avevo 9 anni, e pur non avendo ancora i mezzi culturali per capire cosa stessi effettivamente ascoltando, mi infatui di uno dei più celebri personaggi del comico romagnolo Fabio De Luigi a "Mai dire Gol": il cantante sciupafemmine, e puntualmente ignorato dal gentil sesso, Olmo. Per descriverlo brevemente, il personaggio (nella foto sulla copertina del suo Album) nasce dall'incrocio tra un crooner (cantante confidenziale) e un cantante da balera. Olmo si muove con una camminata

dinoccolata, saltellante e a grandi passi, indossa un completo nero e una camicia arancione sbottonata con un collo assurdamente largo che rimanda alla pacchiana e ormai anacronistica estetica degli anni '80, e adotta una serie di singolari manierismi nel cantare le vocali con accento inglese (per esempio, "tu" diventa TùA, giù diventa GiùA, ecc).

A condire il tutto, porta delle basette improponibili e una criniera di capelli tirata all'indietro con il phon.

Le canzoni che canta sono condite di doppi sensi, volgarità e temi che resero il personaggio irresistibile.

Io stesso trovai Olmo così magnetico che, non appena seppi che avrebbe pubblicato un disco, supplicai mia madre di andare a comperarlo.

Ricordo distintamente che eravamo sotto Natale (ndr. il disco fu pubblicato

il 7 dicembre 2001)

Appena usciti dal negozio il disco, intitolato "Olmo & Friends" (a ricordare il più celebre Pavarotti & Friends) finì dritto dritto nel lettore cd della macchina.

Piccola parentesi su chi fossero i Friends: gli Elio e Le storie Tese, Maurizio Crozza, Paola Cortellesi e l'arrangiatore e produttore Savino Cesario.

Dopo aver ascoltato immediatamente la traccia che in quel momento era il suo maggior successo, "dimmi cosa pensi di me", nella quale Olmo duetta con Cortellesi, partì una traccia di intermezzo (la numero 8, Gialappa's per voci (parlato) con una leggera musica in sottofondo con alcune voci narranti. Erano le voci del trio della Gialappa's band che spiegavano, in linea con l'umore scherzoso dell'intera opera, come questo disco fosse sì "un pac-

co" - nell'accezione più negativa del termine - di Natale, ma "un pacco a fin di bene". Il fin di bene consisteva nel fatto che i ricavati in termini di royalties (i guadagni derivanti dai diritti) sarebbero stati devoluti interamente a Emergency di Gino Strada, impegnata in quei mesi a supportare la costruzione di strutture ospedaliere in Afghanistan. Per fare un minimo di contesto storico, era l'inverno del 2001, e l'Italia era appena intervenuta insieme alla coalizione Nato nel Paese asiatico per partecipare a quella parte di conflitto che giusto pochi mesi fa si è chiusa dopo quasi 20 anni. Gli ospedali dovevano essere costruiti, alimentati, arredati, forniti di materiale e personale, e naturalmente non era possibile fare questo né senza spirito di iniziativa né senza fondi. Già dal punto di vista grafico il disco (o

la musicassetta, che all'epoca ancora esisteva e fu distribuita) presentava la E di emergency al posto della tradizionale e commerciale (&) a unire i vocaboli Olmo e Friends.

L'iniziativa ebbe un successo discografico notevole: i numeri, pur non essendo comparabili con i numeri di oggi per diversi motivi, posero il disco nella condizione di affiancare ben altri artisti (in termine di mole mediatica) in classifica, tanto da rivaleggiare con i Pink Floyd [1]. Il disco si attestò infatti stabile al 32° posto della classifica generale dell'anno 2002, arrivando a un picco di 3° posto in termini di vendita sia nel 2001 che nel 2002 [2]. Oggi faccio una piccola riflessione: all'epoca non conoscevo Emergency, però, dopo 20 anni e a poche settime-

ne dalla scomparsa del suo fondatore Gino Strada, mi sento di dire che io e molti miei coetanei abbiamo appreso dell'esistenza e dello scopo di questa associazione proprio grazie a questa iniziativa, che tra il serio e il faceto ha veicolato verso moltissimi, in quel Natale 2001, un importante messaggio umanitario. E forse anche grazie alla sensibilizzazione derivata da quell'iniziativa il sostegno a Emergency rimane fortissimo anche oggi. Si può dunque dire che l'invito che i Gialappi esprimono nella già citata traccia di intermezzo "Questo CD è brutto, l'importante non è che lo ascoltiate, ma che lo compriate" sia stato colto. Sarebbe bello, anzi bellissimo, che in questo momento storico, una iniziativa simile si ripettesse. Niente collega le persone più della musica.

# BLUES PER BORIS (VIAN)

di Mario Mariotti

MUSICISTA

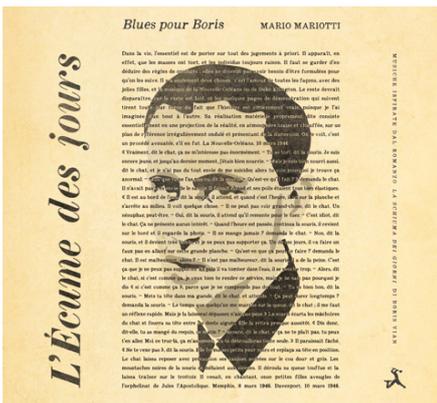
mario.mariotti@conservatorio.ch

Oggi viene pubblicato da Amirani records in collaborazione con Marcos y Marcos il mio lavoro discografico Blues pour Boris ispirato dal romanzo "La schiuma dei giorni" di Boris Vian. Il disco, che vuole anche celebrare i 40 anni della casa editrice milanese, è stato registrato insieme a Gianni Mimmo, Emiliano Turazzi, Luca Segala, Walter Prati e Laura Faroro e sapientemente registrato da Massimo Faggioni. Stampato in LP da 180gr. a tiratura limitata di 100 copie, è possibile acquistarlo sul sito di Amirani Records. Dalla note di copertina di Marc Lepard (professore di letteratura francese moderna e contemporanea all'Università di Victoria, Canada):

Boris Vian nasce al centro fra due antagonismi: il jazz e il surrealismo. Sappiamo dove lo porterà il suo cuore. In possesso di una tromba dall'età di quattordici anni, entra presto a far parte dell'Hot Club de France, e ha occasione di assistere a vari concerti jazz. Grazie a Duke Ellington, che ascoltò dal vivo all'età di diciannove anni, firmò la sua totale adesione a questa musica nata dalla schiavitù e dal razzismo nei confronti dei Neri. Genio precoce, che combina scienza e tecnologia, poesia e narrativa, Boris Vian non abbandonerà la sua cornetta. Jazzista di livello più che rispettabile, trascorrerà la sua vita adulta scrivendo brillanti cronache jazz, travolgenti di humor e verità.

L'Écume des Jours (1946) è la quintessenza delle sue plurime inclinazioni artistiche. Gilbert Pestureau l'ha giustamente definito un "romanzo ellingtoniano". È questa narrativa fortemente jazzistica che ha ispirato la partitura composta dal trombettista Mario Mariotti. La sua musica, destrutturata e lirica allo stesso tempo, ci immerge piacevolmente nel vortice di sensazioni ed emozioni che questo capolavoro di modernismo e inventiva continua a evocare.

CONTATTI:  
soundcloud.com/.../mario-mariotti-blues-pour-boris



**BLUES POUR BORIS** — MARIO MARIOTTI

**Musiche ispirate dal romanzo**  
La Schiuma dei Giorni di Boris Vian

**Lato A**

1. Promessa Mood Indigo (1:02)
2. Il Pianoforte (2:02)
3. Ricetta Salame cotto di Strappa

**delle Aszule di porto macchiato (1:04)**

4. Intermezzo II Mood Indigo (1:14)
5. Chiodi di veste (2:14)

**Lato B**

7. Blues pour Boris (1:51)
8. Mot-valise dans la volture (2:02)
9. Collo correa... Chiodi spessare (1:31)
10. Intermezzo II Mood Indigo (1:14)
11. L'asini e macchina (2:04)
12. Canne di fucile (2:04)

**Mario Mariotti** - compositore e direttore d'orchestra  
**Gianni Mimmo** - sax soprano  
**Emiliano Turazzi** - clarinetto basso e clarinetto  
**Laura Faroro** - flauto traverso  
**Luca Segala** - sax tenore e sax soprano  
**Walter Prati** - violoncello

**Mario Mariotti** è un musicista di classe impegnato in un'attività di ricerca. Da un lato ha studiato il jazz, ha suonato in alcune orchestre di jazz, ha lavorato con alcuni dei più grandi musicisti del mondo. Dall'altro lato ha studiato la musica classica, ha suonato in alcune orchestre sinfoniche, ha lavorato con alcuni dei più grandi compositori del mondo. È un musicista che ama il jazz e la musica classica, che ama suonare e che ama insegnare.

**Mario Mariotti** è un musicista di classe impegnato in un'attività di ricerca. Da un lato ha studiato il jazz, ha suonato in alcune orchestre di jazz, ha lavorato con alcuni dei più grandi musicisti del mondo. Dall'altro lato ha studiato la musica classica, ha suonato in alcune orchestre sinfoniche, ha lavorato con alcuni dei più grandi compositori del mondo. È un musicista che ama il jazz e la musica classica, che ama suonare e che ama insegnare.

**Mario Mariotti** è un musicista di classe impegnato in un'attività di ricerca. Da un lato ha studiato il jazz, ha suonato in alcune orchestre di jazz, ha lavorato con alcuni dei più grandi musicisti del mondo. Dall'altro lato ha studiato la musica classica, ha suonato in alcune orchestre sinfoniche, ha lavorato con alcuni dei più grandi compositori del mondo. È un musicista che ama il jazz e la musica classica, che ama suonare e che ama insegnare.

**kuraray**

*Noritake*

# LA SEMPLIFICAZIONE INTELLIGENTE

# UNIVERSAL



## CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Linea Universal

La Tecnologia di Diffusione della Luce (LDT) di Kuraray Noritake Dental, applicata ai filler del composito CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal, permette di raggiungere l'integrazione estetica con un solo colore, sia per i restauri posteriori sia per quelli anteriori.



Colore per i restauri posteriori



Opzioni di colore per i restauri anteriori



Nessuna massa per bloccare la luce

La tecnologia dei filler ad elevato indice di diffusione della luce permette l'integrazione ottica con i tessuti naturali circostanti, agendo sul controllo di traslucenza e opacità.

Crea bellissimi restauri con pochi colori e una procedura semplificata grazie alla nostra tecnologia avanzata.

BORN IN JAPAN

Kuraray Europe Italia S.r.l.

Tel: 02 6347 1228 E-mail: dental-italia@kuraray.com Sito internet: [www.kuraraynoritake.eu/it](http://www.kuraraynoritake.eu/it)  [facebook.com/KurarayNoritakeInLab](https://facebook.com/KurarayNoritakeInLab) [facebook.com/KurarayNoritakeInClinic](https://facebook.com/KurarayNoritakeInClinic)

## Gironzolando

# UNA BELLA VACANZA... DA CANI

a cura di Giulio C. Leghissa

**A**vete un cane e non sapete come fare per le vacanze del prossimo anno?

Portatelo al mare con voi.

Alla Dog Beach di San Vincenzo.

È un posto incredibile. Tre giovani imprenditori hanno avuto l'idea e l'hanno realizzata: dove vanno in vacanza al mare i proprietari di cani?

La grande maggioranza delle spiagge dove i cani sono ammessi richiedono, comunque, di tenerli legati al guinzaglio. E siccome la spiaggia è per cani, si ritiene che gli umani che li accompagnano debbano stare scomodi e sotto il sole ad abbrustolire. A meno che non si portino ombrelloni, sedie a sdraio, borse termiche, acqua per se e per gli animali e via dicendo. E se la spiaggia è lontana dalla strada, gli umani, trasformati in cavalli da soma, percorrono tutto il tragitto carichi, tirati dai quadrupedi che vogliono giocare, sudando e brontolando.

Come per miracolo, ecco la Dog Beach di San Vincenzo.

Gli animali sono tutti liberi, corrono, giocano, fanno il bagno, spruzzano gli umani quando escono dall'acqua, saltellano tra ombrelloni e lettini, vanno a salutare tutti. C'è la doccia per bipedi e quadrupedi, c'è la fontana per l'acqua fresca, il bar con spuntini per mezzogiorno, il negozietto per i



giocattoli.

E ci sono regole che vanno rispettate affinché la spiaggia sia sempre pulita, i cani non si azzuffino ecc.

E dietro la spiaggia si estende una meravigliosa pineta fatta da migliaia di pini marittimi.

Insomma, se amate il vostro cane questo è il paradiso.

### DOG BEACH

Strada Provinciale della Principessa

120/u - 57027 San Vincenzo (LI)

Tel. +39 345 943 4442

+39 0565 1930363

info@dog-beach.it

www.dog-beach.it

**RS**  
MILANO

**RS DI SPAIRANI**

**OTTICHE & ILLUMINAZIONE**

**SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA**

**VIA SAVONA, 41**

**20144 MILANO**

**www.rsmilano.it**

**02 474369**

**sede@rsmilano.it**

## CONFIDENCE BEYOND IMMEDIACY

# Straumann® BLX Confidence Beyond Immediacy.



### DYNAMIC BONE MANAGEMENT™

Il design dell'impianto permette di ottenere una stabilità primaria ottimale in tutti i tipi di osso.



### RISULTATI ESTETICI

La connessione unica permette di avere risultati estetici predicibili e semplici da raggiungere.



### REALE FIDUCIA

Le garanzie Straumann su cui contare, Roxolid® e SLActive®, predicibili in ogni situazione clinica.

L'impianto Straumann® BLX rappresenta un concetto che va oltre l'immediatezza: il suo design pionieristico e il Dynamic Bone Management™, i risultati estetici raggiunti con facilità, il materiale, la superficie, le opzioni protesiche, il completo flusso digitale e il leggendario background del brand Straumann® lo rendono un impianto unico, con una impareggiabile stabilità primaria e una incredibile capacità di osteointegrazione.



Per saperne di più  
visualizza il QRcode



 **straumann**