

Odontoiatria Team at Work

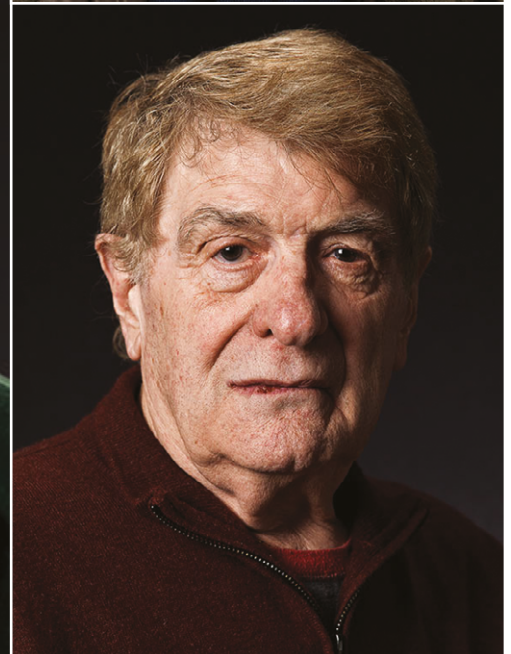
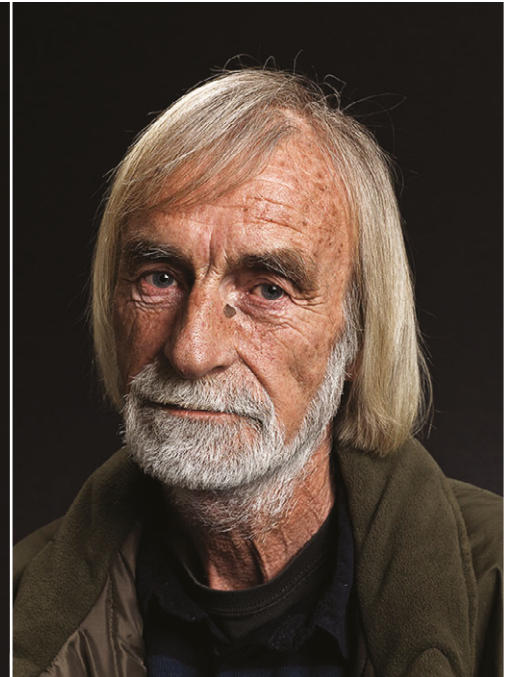
CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 2 - 2019



Cancro alla bocca

**I VOLTI
DEL TUMORE**



**XXXI Congresso Com
Odontoiatra e team:
l'aggiornamento
deve essere continuo**

Bisogna che tutte le professionalità siano coinvolte: dalle Aso agli igienisti fino al personale dell'amministrazione

Editoriale

**La lampada,
lo specchietto
e un po' di garza**

Sono i tre strumenti essenziali per lo studio odontoiatrico. Più delle apparecchiature costose servono a salvare vite umane

Studi e ricerche

**Quale impatto avrà
la parodontite
sulla popolazione**

Si tratta di una malattia con una prevalenza molto ampia: nel 2016 ne soffrivano 800 milioni di persone al mondo

Editoriale

I TRE STRUMENTI PIU' IMPORTANTI PER LO STUDIO ODONTOIATRICO

di GIULIO C. LEGHISSA E FEDERICA DEMAROSI
ODONTOIATRI

1 – La lampada. Senza lampada non si vede nulla e se non si vede nulla non si fa né diagnosi né terapia. Gli egizi sono riusciti a dipingere le pareti nella profondità delle piramidi usando un gioco di specchi per fare arrivare la luce del sole. A noi, più semplicemente, basta schiacciare un bottone e accendere la luce.

2 – Lo specchietto. Senza specchietto non si vede negli angoli bui, né si vede nelle posizioni più scomode.

3 – Qualche foglietto di garza. Senza la garza non si può spostare la lingua del paziente guardando con lo specchietto negli angoli della bocca, illuminata dalla lampada, per cercare eventuali segni di cancro nella cavità orale.

Dunque, di tutta l'apparecchiatura costosa oggi presente in uno studio odontoiatrico, queste sono le cose più indispensabili perché con un dente rotto si può vivere, ma con il cancro della bocca, purtroppo si muore.

E' un concetto così difficile?

Eppure il ritardo diagnostico è ancora così grande che purtroppo la maggioranza dei cancri viene intercettata al terzo o al quarto stadio (36%-32% McDowell JD. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. Otolaryngol Clin North Am 2006; 39:277-294) portando così la percentuale di sopravvivenza a cinque anni, dal 94% del primo stadio al 5% del terzo e del quarto.

Che poi solo di sopravvivenza si può parlare perché gli interventi chirurgici necessari sono così devastanti da rendere, a volte, la qualità della sopravvivenza veramente molto scadente.

Gli odontoiatri sono operatori sanitari e quale ruolo più importante possono ricoprire durante la loro carriera professionale se non quello di salvare la vita dei loro pazienti....

(CONTINUA A PAG. 22)

Odontoiatria Team at Work

N. 2 - 2019

8



**Cenacolo
Odontostomatologico
Milanese**

14



21



- 4 LA SINDROME DELLA BOCCA CHE BRUCIA TRA TERAPIA FARMACOLOGICA E INTERVENTI PSICOLOGICI
- 8 IL XXXI CONGRESSO DEL COM AGGIORNAMENTO CONTINUO PER L'ODONTOIATRA E IL SUO TEAM
- 11 LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE È UNO STRUMENTO FONDAMENTALE
- 14 ACAPO: UN'ASSOCIAZIONE CHE AIUTA
- 15 I VOLTI DEL TUMORE DELLA BOCCA
- 16 IL TABACCO FUMATO E LA SALUTE ORALE
- 20 A BOLOGNA CON IL COI-AIOG
- 21 SUGGERIMENTI DI IGIENE ORALE PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO
- 21 A SCUOLA SI VA MEGLIO SE CI SI LAVA I DENTI
- 22 LA PARODONTITE NEL FUTURO
- 23 ANDARE PER RISTORANTI

Il board editoriale



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



BRUNO BRIATA
Odontoiatra



FEDERICA DEMAROSI
MD, DDS, PhD



FULVIA MAGENGA
ASO



MANLIO DI GIOVANNI
Critico musicale

Board Editoriale

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

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

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

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

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

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



Geistlich
Biomaterials



Krugg



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

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

LA SINDROME DELLA BOCCA CHE BRUCIA

di **Federica Demarosi**
MD, DDS, PhD



La sindrome della bocca che brucia o BMS (Burnig Mouth Syndrome) è caratterizzata da bruciore, dolore o discomfort della lingua, delle labbra o dell'intera mucosa orale in assenza di una causa sistemica o locale. Anche se i dati epidemiologici sulla BMS sono limitati, la letteratura disponibile stima che la prevalenza di questo disturbo sia compresa tra lo 0.1% e il 3.9%. La maggior parte dei casi di BMS colpisce le femmine dopo i 50 anni.

I sintomi della BMS sono cronici, hanno un impatto negativo sulla qualità della vita e i pazienti affetti si rivolgono spesso ai medici o odontoiatri per le cure.

Nei decenni scorsi sono state pubblicate numerose definizioni di BMS. Per esempio, nel 2016 la IASP (International Association for the Study of Pain) ha definito la BMS (anche nota come glossodinia, glossopirosi, disestesia orale o stomatodinia) come "la sensazione di bruciore cronico intraorale che non ha cause identificabili sia locali che sistemiche, condizioni o malattie". Nel 2018 la ISH (International Headache Society) nell'ultima classi-

ficazione delle emicranie (ICHD-3), ha inserito la BMS tra le neuropatie dolorose e ha definito questa condizione come "bruciore intraorale o sensazione di disestesia che ricorre quotidianamente per più di due ore al giorno nell'arco di più di tre mesi, in assenza di lesioni causali, clinicamente evidenti". Sempre nel 2018 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato una definizione leggermente diversa che difinisce la BMS come "dolore cronico orofaciale con un bruciore intraorale o una sensazione di disestesia che ricorre per più di due ore al giorno nel 50% dei giorni su un periodo superiore ai tre mesi, in assenza di lesioni causali all'esame clinico. Questa condizione è caratterizzata da un significativo distress emozionale (ansia, rabbia/frustrazione o umore depresso) o dall'interferenza con funzioni orofacciali come l'alimentazione, lo sbadiglio, la fonazione, etc."

L'esistenza di differenti definizioni della malattia rende difficile la decisione dei ricercatori che devono decidere quale definizione utilizzare nel designare trial clinici randomizzati. Oltre alla definizione, anche la selezione dei

criteri diagnostici è critica nei trial clinici randomizzati. Nel caso della BMS la definizione dei criteri diagnostici è resa difficile sia dalla scarsa conoscenza delle cause della malattia, sia dai diversi quadri clinici e sia dal fatto che la diagnosi viene fatta per esclusione. Questi fattori hanno contribuito allo sviluppo di criteri diagnostici differenti per la BMS. Per esempio la IHS elenca i criteri diagnostici come "dolore orale che ricorre ogni giorno per più di due ore al giorno per più di tre mesi e il dolore può essere sia urente che percepito superficialmente sulla mucosa orale; la mucosa orale ha un aspetto normale e l'esame clinico compresi test sensoriali è normale". La IASP definisce che "la sensazione di bruciore è essenzialmente diurna" senza considerare la durata mensile.

La BMS è una sindrome ad eziologia sconosciuta e, nonostante i numerosi studi, ancora oggi non è chiara la possibile correlazione tra BMS e fattori psicologici. La maggior parte dei pazienti affetti da BMS sono donne dopo la menopausa e, pertanto, è stata proposta una associazione con gli ormoni femminili. Inoltre, uno stu-

Sintomi caratteristici dei pazienti affetti da BMS

- 1 Dolore che si diffonde indipendentemente dal decorso di un nervo (la cute del viso di solito non è colpita)
- 2 Dolore spontaneo che peggiora con il passare dei giorni
- 3 Assenza di dolore durante i pasti, il sonno o i momenti di concentrazione
- 4 Sollievo dei sintomi con caramelle e chewingum
- 5 I sintomi spesso seguono o sono associati a una storia di assunzione di farmaci, recenti malattie o trattamenti odontoiatrici
- 6 In base alle modalità di comparsa, i sintomi persistono per molti anni
- 7 Paura di avere un tumore/ cancerofobia
- 8 Sensibilità ai cibi caldi e/o spezzati
- 9 I sintomi aumentano durante la fonazione o in periodi di stress o fatica
- 10 I farmaci antinfiammatori non steroidei, le creme a base di steroidi, i gargarismi, gli sciacqui, ect. sono poco efficaci
- 11 Disgeusia; perdita del gusto, alterazioni del gusto, sapore amaro o metallico
- 12 Sensazione di bocca asciutta/ aumento della sete
- 13 A eccezione del bruciore/intorpidimento, il dolore è spesso accompagnato da una sensazione di discomfort (dolore al cavo orale, gomma tra i denti, ruvidità, bocca appiccicosa, sensazione di mangiare un caco acerbo, ecc.)



dio ha riportato che poiché la BMS è spesso associata a disturbi del gusto e altri problemi simili, potrebbe essere implicata una disfunzione della corda del timpano. Altri ricercatori supportano l'ipotesi che la BMS possa essere un dolore neuropatico che interessa il sistema nervoso centrale. In generale, l'eziologia e la patofisiologia della BMS possono essere considerate complesse e multifattoriali.

Nonostante la BMS sia una condizione molto studiata e per la quale sono stati proposti molti trattamenti, ad oggi non esiste una terapia standardizzata per il suo trattamento, come conferma una recente revisione Cochrane. Tra i trattamenti farmacologici proposti ricordiamo i neuromodulatori centrali come gli antidepressivi triciclici e le benzodiazepine come il clonazepam.

Tra i trattamenti non farmacologici in molti studi è stata descritta con successo la terapia cognitiva comportamentale. Nello studio odontoiatrico, il paziente affetto da BMS deve essere rassicurato e visitato periodicamente per confermare l'assenza di patologie al cavo orale. L'odontoiatra dovrebbe svolgere un ruolo di supporto e di counselling per questa patologia.

A Ariyawardana, M Chmieliauskaite, AM Farag, R Albuquerque, H Forssell, C Nasri-Heir, GD Klasser, A Sardella, MD Mignogna, M Ingram, CR Carlson, CS Miller. World Workshop on Oral Medicine VII: Burning Mouth Syndrome: A Systematic Review of Disease Definitions and Diagnostic Criteria Utilized in Randomized Clinical Trials. Oral Dis. 2019 Feb 20.

McMillian, R, Forssell H, Buchanan JA, Glenn AM, Weldon JC, Zakrzewska JM. Interventions for treating burning mouth syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 18.

Trang T. H. Tu, Miho Takenoshita, Hirofumi Matsuoka, Takeshi Watanabe, Takayuki Suga, Yuma Aota, Yoshihiro Abiko, Akira Toyofuku. Current management strategies for the pain of elderly patients with burning mouth syndrome: a critical review. BioPsychoSocial Medicine (2019) 13:1

L Feller, J. Fourie, M Bouckaert, R. AG Khammissa, R Ballyram, J Lemmer. Burning Mouth Syndrome: Aetiopathogenesis and Principles of Management Pain Research and Management Volume 2017

Dr. Ciccarelli
dal 1821

S.O.S.[®] DENTI

RIGENERA & PROTEGGE LO SMALTO

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



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

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

COME FUNZIONA:

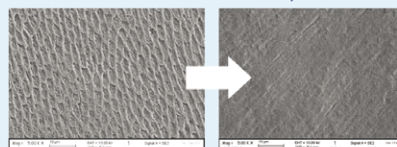
Instant Active Phosphate stimola i fenomeni di rigenerazione e riparazione dello smalto replicando la composizione dei cristalli di calcio presenti sui denti, rilasciando inoltre in modo prolungato ioni fluoro attivi come inibitori della demineralizzazione.



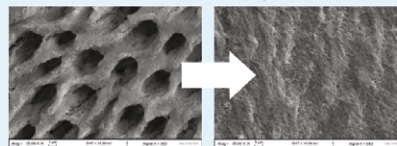
I RISULTATI DEI TEST:

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

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



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



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



TERAPIA FARMACOLOGICA TOPICA E SISTEMICA

La capsaicina è la componente “calda” del peperoncino ed è stata usata sia per via topica che sistemica nel trattamento della BMS con un miglioramento della sintomatologia. La capsaicina topica agisce sulle fibre nervose sensitive periferiche apportando una desensibilizzazione dei nocicettori afferenti e causando una degenerazione reversibile delle terminazioni nervose con conseguente riduzione della sensazione di bruciore. Inoltre, è stato riportato che la capsaicina può ridurre la biosintesi di neurotrasmettitori e il loro trasporto assonale da parte dei nocicettori primari, inibendo la sensibilizzazione centrale in risposta allo stimolo nocicettivo periferico. La capsaicina sistemica non è ben tollerata a causa dei suoi effetti collaterali e portando poco utilizzata.

Il clonazepam, una benzodiazepina, è un agonista GABAergico, che attiva le vie inibitorie del dolore nella corda spinale e nei nocicettori periferici. Si pensa che il clonazepam quando viene applicato topicamente alla mucosa orale diminuisce l'eccitabilità delle fibre nervose sensoriali periferiche; se somministrato per via sistemica ha effetti sedativi a livello centrale, ansiolitici e analgesici. L'uso sia topico che sistemico del clonazepam riduce il dolore della BMS.

Gli antidepressivi sono spesso usati nel trattamento della BMS molto probabilmente a causa dei loro documentati effetti nel ridurre l'intensità del dolore neuropatico e a causa della stretta associazione tra la BMS e l'ansietà generalizzata e i disturbi depressivi. Alcuni studi

hanno dimostrato che gli antidepressivi triciclici (esempio l'amitriptilina) danno sollievo a un significativo numero di pazienti ammalati di BMS.

L'acido alfalipoico, un potente antiossidante, è risultato efficace nel trattamento della BMS, sia da solo che, soprattutto in combinazione con gli anticonvulsivanti o con la psicoterapia (terapia cognitiva comportamentale). L'anticonvulsivante gabapentina che è spesso usata per il trattamento del dolore neuropatico è risultata efficace anche a ridurre il dolore della BMS.

INTERVENTI PSICOLOGICI E PSICHIATRICI

La terapia cognitivo-comportamentale individuale o piccoli gruppi è stato dimostrato ridurre l'intensità del dolore della BMS in un significativo numero di soggetti, da sola o associata a farmaci. La terapia cognitivo-comportamentale è un trattamento psicologico a breve termine, diretto e strutturato che ha l'obiettivo di correggere alterate risposte emozionali al dolore, alla paura, all'incapacità di fare, alla vulnerabilità, all'esaurimento, modificando pensieri e comportamenti. Il rationale di questa terapia è basata sul concetto che la conoscenza, l'emozione e il comportamento, sono correlati tra loro e formano un “sistema complesso di adattamento”. Di conseguenza, cambiamenti della conoscenza e/o del comportamento anomali possono essere utili nel correggere risposte emozionali irrazionali e, modificando la conoscenza, si può correggere un comportamento anomalo. Con la terapia cognitivo-comportamentale i pensieri negativi e i

Terapia per BMS

Terapia farmacologica topica: (i) Clonazepam (ii) Capsaicina (iii) Doxepina (iv) Lidocaina

Terapia farmacologica sistemica: (i) Antidepressivi triciclici (ii) Inibitori selettivi del reuptake della serotonina (iii) Inibitori del reuptake della serotonina-adrenalina (iv) Anticonvulsivi (e.g., gabapentina) (v) Oppioidi (vi) Benzodiazepine (vii) Acido alpha-lipoico

Terapia non farmacologica: (1) Terapia Cognitiva-comportamentale (2) Meditazione (3) Altre tecniche di rilassamento.

comportamenti anomali vengono identificati e la relazione non funzionante tra la causa e la risposta emozionale disordinata viene spiegata al paziente. La comprensione dei meccanismi che guidano le relazioni anomale tra i pensieri, il comportamento e le emozioni possono ridurre il livello di ansietà. La terapia cognitivo-comportamentale può senza dubbio essere una componente efficace nel trattamento della BMS.

A volte è così evidente che i fattori psicogeni sono strettamente, se non causalmente, associati al dolore neuropatico della BMS che gli antidepressivi, gli ansiolitici o gli anticonvulsivanti sono indicati e quindi il trattamento dovrebbe essere prescritto dallo psichiatra.



UN AGGIORNAMENTO CONTINUO PER L'ODONTOIATRA E IL SUO TEAM

Il XXXI Congresso del COM ne sottolinea l'importanza per tutte le figure professionali, parte integrante della vita dello studio, quali Aso, Igienisti e Personale amministrativo



Cenacolo Odontostomatologico Milanese

VINCENT ROSSI
Presidente COM

Circa un anno fa abbiamo deciso, insieme con il Consiglio direttivo, gli argomenti del Congresso di oggi, perché sono centrali rispetto alla mission storica del Cenacolo Odontostomatologico Milanese, un'associazione che ha oltre 30 anni di storia e ha sede in quella Milano che conta il maggior numero di odontoiatri in Italia: difendere e promuovere un'odontoiatria di qualità. In questo senso una corretta diagnosi e un buon piano di trattamento sono le basi indispensabili per eseguire una terapia consona. Altro tema fondamentale, che da sempre sta a cuore al COM, è quello del team odontoiatrico. Non bisogna solo promuovere l'aggiorn-



amento dell'odontoiatra, ma anche di tutte quelle figure professionali che sono parte integrante imprescindibile della vita quotidiana dello studio: aso, igienisti, personale amministrativo.

Dal punto di vista personale questo primo anno nelle vesti di presidente è stato entusiasmante: superato lo shock iniziale della proposta che non potevo rifiutare di assumere questa carica, proprio io che al massimo ero stato capitano della squadra di calcetto, posso dire di aver fatto qualche errore e qualche cosa di buono, ma ci ho messo tanto impegno e altrettanto tempo. Ma la cosa che più gratifica è avere l'opportunità di confrontarmi periodicamente con colleghi che sono diventati amici su problemi,



idee e progetti che viviamo quotidianamente alla poltrona con il paziente: un'esperienza davvero arricchente, sia dal punto di vista professionale, sia dal punto di vista umano. Anche per questo vorrei rivolgermi soprattutto ai più giovani, a coloro che iniziano ora la loro strada senza avere dei porti sicuri, navigando un po' a vista, per dire che possono sempre contare sul Cenacolo Odontostomatologico Milanese, attraverso il sito, partecipando agli eventi, perché sono i benvenuti all'interno di questa famiglia.

Infine, un ricordo doveroso: all'inizio di questa settimana ci ha lasciati il professore ordinario dell'Università degli Studi di Milano Riccardo Ciancaglini. È stato un mio docente e abbiamo condiviso anche una parte di attività clinica presso il Reparto di Odontostomatologia dell'Università degli Studi di Milano: la caratteristica per cui mi piace ricordarlo è soprattutto la passione per la sua professione.

SPECIALE COM

LAURA STROHMENGER
Docente Universitario

Vorrei dirvi che questo modo di reagire alla disgrazia dell'odontoiatria italiana è molto importante: la Regione Lombardia secondo me è stata uno studio-pilota per la privatizzazione della medicina nel servizio sanitario, in particolare per il settore dell'odonto. Il 47% delle strutture pubbliche di questa Regione è stato privatizzato e ci tengo a sottolinearlo perché i service sono una privatizzazione. La nuova "fantastica" legge sulla medicina di base si chiama privatizzazione: non costituisce alcuna alternativa al vecchio Servizio Sanitario. Questa Regione ha questo intento: peccato per tutti noi e per tutto il resto dell'Italia. Allora come si reagisce quando in un Paese come l'Italia l'odontoiatria è bistrattata e non viene mai riconosciuta nemmeno nelle zone di eccellenza che pure ha, sia nel pubblico sia nel privato sia nell'universitario? Si reagisce stando insieme, discutendo, studiando, facendo cose come quelle che il Cenacolo fa, portandovi a rinunciare al vostro tempo libero, perché dà un profondo significato al nostro operato al servizio della salute delle persone. Mi complimento con voi e vi invito a non mollare mai perché la qualità è l'unica difesa che in questo Paese che non ci vuole noi possiamo esprimere e rivendicare quotidianamente. Buon lavoro a tutti.



minime. I problemi sono tanti: più di 50 brand di catene, oltre 800 le sedi aperte in questo momento, che di certo non facilitano la nostra professione. Qualche tempo fa parlavo con un carissimo amico, Roberto Rosso, che mi diceva: "Sai Antonio, io vorrei fare una piccola indagine perché i nuovi studenti di odontostomatologia non hanno alcuna intenzione di aprire un ambulatorio privato, anche perché farlo al giorno d'oggi comporta dei costi gestionali e di manutenzione esorbitanti". Io credo che qualche via d'uscita da questa situazione la si debba trovare. Detto questo - non so se sia presente qualche amico dall'Andi -, dopo tanti anni giustamente si è trovato un profilo professionale per le assistenti di studio odontoiatrico ma c'è stata da parte dell'Andi una vera e propria sollevazione con la pianificazione di una nuova figura che nei fatti non obbliga a un percorso formativo, che invece a mio modo di vedere sarebbe doveroso.

**CARLO MONGUZZI**
Consigliere comunale

Sono qui in triplice veste: paziente, amico e rappresentante del Comune di Milano e per questo vi porto i saluti del Sindaco. Noi come Comune vorremmo che i nostri cittadini fossero curati bene da personale qualificato: il COM ha un'attenzione in più che va nella direzione delle cose che anche noi vogliamo e cioè che il dentista non è il dentista, ma la somma di una serie di competenze - odontoiatra, igienista e Aso. È all'interno del Cenacolo che si è fatto largo il sindacato SIASO, che è un capolavoro: utenti e politici, ciascuno dal proprio punto di vista, hanno sempre considerato le infermiere che stanno accanto all'odontoiatra come corpi estranei, un ibrido tra chi prende gli appuntamenti, chi passa i "ferri" del mestiere e chi dà al paziente tutte le raccomandazioni del caso. Sapere che adesso esiste l'Aso, che quindi questi lavoratori sono garantiti dal punto di vista professionale e gli utenti sono garantiti dalla loro qualifica, è un fattore decisivo. L'ultima nota su cui intendo porre l'accento è la prevenzione: il COM da sempre combatte una battaglia contro il tumore della bocca che è una malattia grave su cui si può e si deve fare ancora molto.

ANTONIO CARRASSI
Docente Universitario

Non è un momento semplice per il mondo odontoiatrico: noi di via del Diletto o di via della Commenda non siamo guardati come una priorità nelle attività da svolgere per i nostri cittadini. Anzi, vi assicuro, facciamo molta fatica a erogare le prestazioni che possiamo fare, al di là del fatto che le prestazioni che la Regione, il Paese, ci consente di fare sui Lea sono esageratamente



Biomaterials@Straumann®

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

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



Richiedete le diverse
opzioni disponibili.
Contattate Straumann.

LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE È UNO STRUMENTO FONDAMENTALE

Deve essere chiara, efficace e partecipata per creare empatia, l'atteggiamento psicologico che fa sì che ci si metta nei panni di chi ci sta di fronte facendolo sentire compreso



SILVIA A. TERZO

Vicesegretario Nazionale SIA-SO

Oggi parliamo di comunicazione, ergonomia, piano di trattamento e terapia all'interno dello studio odontoiatrico. La comunicazione è uno strumento di lavoro proprio come la turbina e solo se è chiara, efficace e partecipata porta il paziente ad accettare il piano di trattamento per evitare le inferenze. L'inferenza è un processo di pensiero basato sulla deduzione: per esempio, la foto di una ragazza con un dito in bocca e lo sguardo ammiccante che è chiaramente provocatore, secondo l'inferenza fa sì che tutte le ragazze con un dito in bocca e lo sguardo ammiccante siano delle provocatrici. La stessa ragazza con lo sguardo ammiccante ha sei dita, non cinque, ma nessuno lo nota.

Ma è davvero così?

No, non è così. Non sempre quello che si vede rispecchia la realtà dei fatti. La squadra odontoiatrica deve abituarsi a ragionare rigorosamente sulla base dei fatti, delle conoscenze basate sulla evidenza scientifica e non su deduzioni, impressioni, opinioni. Il sentito dire non ci interessa. Chi comunica? Tutti i componenti del team tra loro, ma anche con il paziente, che è parte integrante della squadra: senza la sua collaborazione la mission non si può

raggiungere. La mission è l'obiettivo comune e tutti gli attori devono essere motivati per il suo raggiungimento. L'ergonomia della comunicazione si basa ormai sull'utilizzo inevitabile dell'informatica: dall'informativa sulla privacy alla chiarezza in sala operatoria. Anche la videocamera oltre che essere un ottimo strumento di lavoro consente di comunicare con il paziente.

FULVIA MAGENGA


Segretario Nazionale SIA-SO

Siaso si è occupato del profilo professionale per fare in modo che nel team odontoiatrico ci fosse una squadra preparata ad affrontare tutte le problematiche che si presentano. Sicuramente la prima situazione da verificare è se la squadra è empatica. L'empatia è quell'atteggiamento psicologico che fa sì che ci si riesca a mettere nei panni di chi ci sta di fronte facendolo sentire compreso. Alcune informazioni devono essere rigorosamente fornite dall'odontoiatra; viceversa, al-

How can I explain that if he does not have any medical knowledges ?

No, Not there. Right here!
How should I explain my feeling...





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

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

BONE[®]
SYSTEM
www.bonesystem.it



tre dall'assistente. L'importante in entrambi i casi è che le informazioni siano espresse in modo chiaro, completo ed esaustivo, utilizzando gli strumenti tecnologici adatti e vocaboli alla portata di tutti. Alla fine conta verificare che il paziente abbia davvero capito ciò che gli è stato comunicato. Cosa deve fare l'assistente quando comunica con il paziente? Intanto guardarlo negli occhi stabilendo un contatto visivo; usare una postura e una gestualità adeguata; sedersi a lato del paziente quando si entra in sala perché frontalmente si rischia di risultare troppo invadenti/incombenti/arroganti; invitare il paziente a parlare e a proseguire quello che sta dicendo quando si blocca o viene interrotto; non interromperlo mai; porre domande aperte, una alla volta, dando il tempo di riflettere e rispondere. A questo punto, dopo l'accoglienza e aver comunicato con la maggior empatia possibile, dopo avergli mostrato tutta la struttura, il paziente è persuaso e accetta il preventivo e le cure. Ma è davvero così?

Il paziente accetta tutto il percorso visto fino a qui perché l'Aso è stato l'elemento determinante e indispensabile. Prendersi carico del paziente è proprio questo: la struttura lo prende per mano e lo accompagna verso la soluzione dei suoi problemi. La soddisfazione del cliente è l'obiettivo prioritario dell'azienda: il cliente è soddisfatto se percepisce un alto livello di qualità e ovviamente non basta che quella qualità ci sia... gli deve essere trasmessa, altrimenti tutto quello che è stato fatto non serve a nulla. L'obiettivo è tenere il paziente il meno possibile in una situazione continua di

stress, offrendogli il miglior servizio possibile: nella realizzazione del preventivo c'è questo e va detto al paziente, perché capisca tutto il lavoro che c'è alle spalle e che giustifica il costo delle prestazioni.

Il paziente deve sentirsi al sicuro, deve sapere che tutte le procedure vengono eseguite nel rispetto delle leggi vigenti. Il personale, tutto il personale deve essere debitamente formato e aggiornato costantemente.

GIULIO C. LEGHISSA Odontoiatra

Tutto quanto detto finora si riduce, volendo, nel fare le cose per bene la prima volta. Perché il compito dell'odontoiatra è quello di fare il leader, il manager della struttura, quindi deve dirigere e per dirigere deve fare delle scelte, che si basano sulle valutazioni delle priorità: che cosa è più importante in questo momento? Comprare questo o quello? Addestrare in questo o in quell'altro modo? Ci siamo dimenticati, nel corso degli anni, che il concetto di CWQC impone un modo di procedere che tenga conto che i capisaldi di questa attività di continuo sviluppo della qualità si basano sui pazienti (se non ci sono pazienti non c'è l'azienda), sul personale, perché le risorse umane sono la cosa più importante all'interno dell'azienda e sui fornitori. Ci sono studi che inseguono ogni giorno l'offerta migliore: quello con il fornitore deve essere un rapporto costante e serio perché solo così si ottiene la collaborazione necessaria. È l'insieme di tutte queste cose che fa del fornitore un collaboratore. Lo stesso

vale per le altre figure: le mie assistenti sono con me da oltre 25 anni, non da sei mesi. Che garanzia di qualità si può dare dove c'è un ricambio continuo e non sai mai chi hai di fronte? È nel continuo addestramento che c'è la risposta. Ci vogliono anni per addestrare del personale che sappia muoversi in sincronia con l'odontoiatra. E quando ci sono dei problemi ci si siede e si risolvono, non si caccia via. I pazienti devono sapere come lavora lo studio. Devono sapere che dietro le quattro cose che facciamo su di lui c'è un'organizzazione mastodontica. Il cliente è spietato: se chiede qualcosa che voi non siete in grado di risolvere se ne andrà. Il paziente in realtà accetta il modo di presentargli il preventivo, accetta il fatto che insieme con il preventivo gli hai consegnato una ricchezza di informazioni che altrove non gli verrebbero date, accetta il fatto che il preventivo è il risultato di tutto quello che ha visto. Il paziente deve essere preso per mano e portato a visitare lo studio: io vado in giro per lo studio con il paziente e gli mostro cosa facciamo per lui. Come fa a saperlo altrimenti? Perché dovrebbe saperlo? Non lo sa e non lo sa neanche il presidente dell'Andi Nazionale quando ritiene che siccome c'è una difficoltà nel reperire assistenti qualificate allora si prendono ragazze del bar di fronte. D'altronde è "logico": se abbiamo difficoltà a trovare anestesisti specializzati andiamo ad assumere fantini e ciabattai da mettere in sala operatoria. Bisogna stabilire un rapporto con le persone: non facciamo un'otturazione, inseriamo il paziente in un processo di conoscenza. Lo studio è il suo studio. Il paziente è orgoglioso di andare in studio e portare gli amici perché è qui che ha capito che l'odontoiatria è una macchina complessa di servizi per la salute. Lo studio è una fabbrica di salute. Lo studio si occupa del paziente che fuma e gli fa capire che fa davvero male alla salute, gli sta vicino, lo aiuta. Lo studio gli spiega che se viene fatto un lavoro a cui poi non segue l'igiene, quel lavoro, anche il migliore del mondo, è destinato a rovinarsi. A cosa serve fare tutto quello che facciamo se poi non c'è una squadra che gli sta vicino e si prende cura di lui? C'è una recente sentenza di un dentista condannato perché non ha insegnato a un paziente il mantenimento dell'igiene orale. Non basta dirglielo, conta quello che si fa. Costruiamo una macchina che possa camminare alimentata dalla qualità del servizio, dalla qualità della partecipazione delle risorse umane, dalla qualità del rapporto con i nostri fornitori.

ACAPO: UNA FONDAZIONE CHE AIUTA

Un'iniziativa che va incontro a chi è colpito da cancro orale, che è grave ma curabile



GIOVANNI LODI Docente Universitario

Ogni anno quando vengo a questo appuntamento ho la sensazione di essere tra amici e di partecipare a uno dei pochi appuntamenti in cui c'è davvero un confronto tra tutte le figure del team odontoiatrico. Sono qui per presentarvi ACAPO, una nuova associazione di cui sono presidente e fondatore insieme con Roberto Franchini e Alberto Pispero. La prima domanda, più che lecita, è: c'era davvero bisogno di una nuova onlus? Per questo inizio con il raccontarvi i dati che sono stati presentati non più tardi dello scorso anno sulla frequenza dei diversi tipi di tumori in Italia: i tumori della testa del collo, tra i quali quello della bocca è senz'altro il più diffuso, nel 2018 hanno interessato circa 10mila nuovi casi provocando oltre 3mila morti. È subito evidente come l'incidenza della mortalità sia, per questa categoria di tumori, ancora molto alta, troppo alta. Un paziente su due tra quelli che si ammalano di cancro alla bocca muore entro cinque anni: è tantissimo ed è un dato che non dà segnali di miglioramento da almeno 30 anni. Rispetto alla frequenza questo è un numero che rende bene quanto non sia raro questo tumore. Inoltre è a rischio cumulativo: questo significa che se noi prendiamo 42 maschi italiani e li seguiamo nel tempo durante la loro intera vita, uno di loro si ammalerà di cancro alla bocca. Il dato relativo alle donne è più basso seppur in netta crescita: nella nostra esperienza all'ospedale San Paolo, addirittura, i casi di uomini e donne sono pressoché uguali. Tra i maschi italiani nella fascia 55-69 anni quello della bocca è il quinto tumore più frequente.

Concentriamoci in particolare sul numero di italiani malati di tumore alla bocca: secondo un report recente sono oltre 100mila e sono pazienti particolari perché questa patologia ha un impatto differente sulla loro vita. Bene, io e le persone che lavorano con me abbiamo imparato a conoscerli perché ce ne occupiamo da oltre 25 anni, perché facciamo più di una diagnosi di cancro orale alla settimana, perché ce ne prendiamo cura per tanto tempo, perché proviamo a fare ricerca, perché con questi pazienti parliamo, con alcuni siamo diventati amici, visto che fortunatamente molti di loro sopravvivono anche sul lungo periodo. La loro diversità sta anche nel fatto che quando comunichiamo loro la diagnosi, la stragrande maggioranza, oltre a disperarsi com'è ovvio che sia per ritrovarsi a essere improvvisamente un malato di cancro, si stupisce che esista una malattia di cui non abbia mai sentito parlare prima. La letteratura e l'esperienza ci dicono che esistono neoplasie maligne molto meno frequenti ma decisamente più conosciute: tutti conoscono il tumore del pancreas, i linfomi, la leucemia, ma il cancro alla bocca è sempre una sorpresa. La mancanza di conoscenza è un problema: al Cenacolo va riconosciuto storicamente un grande impegno in questo senso, per la diffusione di una maggiore consapevolezza e conoscenza del problema. I pazienti di cancro alla bocca sono particolari perché vengono colpiti in una parte anatomica che di per sé è speciale perché ci caratterizza e ci aiuta a comunicare. Molte delle funzioni così importanti della bocca come parlare, mangiare, respirare vengono ridotte o impedito in alcuni casi a causa del tumore che le colpisce. La qualità di vita di questi pazienti è mol-

to spesso scarsa non tanto per la terapia, quanto piuttosto per le conseguenze che la terapia porta.

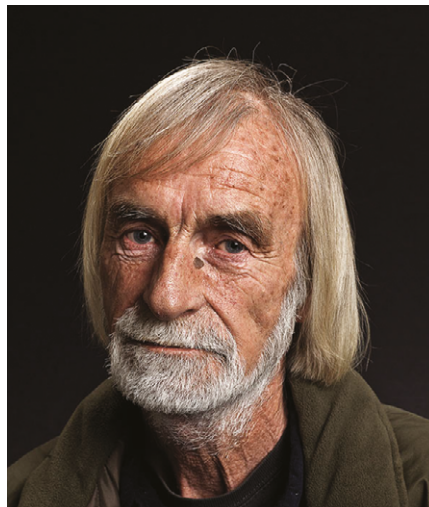
La vita del paziente colpito da tumore alla bocca dipende soprattutto da noi. La sua qualità di vita è legata a doppio filo alla bravura dell'odontoiatra che conosce l'impatto delle malattie sulla bocca e dell'igienista che si prende cura della sua bocca: chi non li ha o chi si rivolge a strutture non adeguate e si scopre malato avrà una qualità di vita nettamente inferiore. Curare questi pazienti dal punto di vista odontoiatrico è la cosa più complessa che possa capitare: sono letteralmente disastri, con denti che si cariano appena mangiano un grammo di zucchero; sono pazienti che soffrono, con problemi parodontali e un'anatomia stravolta pazzesca. Sono pazienti coperti per la parte delle cure dal Sistema sanitario nazionale ma, come tutti gli altri pazienti, devono pagare di tasca loro qualsiasi manufatto protesico, gli impianti ecc., anche se nullatenenti. Va detto che questa è una malattia che colpisce con più frequenza le fasce di popolazione economicamente più svantaggiate.

È per queste persone che abbiamo capito che aveva senso fondare una nuova onlus, ACAPO, che ha l'obiettivo di fare informazione sul tumore della bocca comunicando che questa malattia esiste, è grave, si può prevenire, ha dei fattori di rischio e va diagnosticata il prima possibile; aiutare i pazienti e le loro famiglie mettendole in contatto tra di loro. In questo senso abbiamo qualche piccolo progetto di sostegno psicologico a chi si avvicina all'intervento e a chi lo ha subito. Ma anche offrire un seppur piccolo contributo economico a quei pazienti che non possono permettersi le spese a proprio carico, dalla protesi all'impianto; stabilire un numero verde per chi avesse dubbi, domande, esigenze di essere orientato. Molti ex pazienti ci stanno dando una mano, si sono detti entusiasti di poter essere utili a qualcun altro che sta per vivere quello che loro hanno già affrontato, o di raccontare in pubblico le loro storie; formare qualche collega interessato, perché la diagnosi non è sempre facile.

ACAPO ONLUS
<http://acapo-onlus.it/>
www.instagram.com/acapo_onlus/
IT48Y030623421000001911651

I VOLTI DEL TUMORE DELLA BOCCA

Mathias Braschler e Monika Fischer, fotografi di fama mondiale, hanno raccolto l'invito del dottor Alexander Ross Kerr, esperto in patologia orale e maxillo-facciale, prestandosi pro bono a realizzare i ritratti di alcuni pazienti colpiti da cancro orale. Le immagini sono anche state esposte nel corso di una mostra all'Ospedale San Paolo di Milano



TABACCO, SALUTE E SALUTE ORALE: I LAVORI DELL'EPIDEMIOLOGO DOLL

Lo studioso inglese è considerato il pioniere degli studi sulla relazione tra fumo e tumori

di Antonio Carrassi, Elena Maddalone, Gabriele Villani, Giulia Pradal



Richard Doll, epidemiologo inglese, è considerato il pioniere degli studi sul rapporto tra fumo di tabacco e salute, in particolar modo riguardo all'associazione fumo di tabacco e tumori. Per questi suoi studi venne insignito con le più prestigiose onorificenze inglesi: nomina a Baronetto e Ufficiale dell'Ordine dell'Impero Britannico.

Come accennato, il tema principale delle ricerche di Richard Doll fu relativo al rapporto causale esistente tra fumo e tumori e fu affrontato prevalentemente con estese ricerche longitudinali condotte su medici inglesi che facessero parte del National Health Service.

Richard Doll morì nel 2005 e nello stesso anno venne pubblicato sul British Journal of Cancer il suo ultimo e conclusivo lavoro: 34439 medici inglesi che dichiararono nel 1951 la loro abitudine al fumo e che furono seguiti costantemente per oltre 50 anni, con periodici aggiornamenti

riguardo alla loro abitudine o meno al fumo di tabacco, alle malattie intercorse durante questo lungo periodo, alla cessazione del fumo nei medici fumatori alla loro eventuale morte e al relativo motivo (Doll R, Peto R et Al. Br J Cancer. 2005 Feb 14;92(3):426-9).

L'epidemiologo inglese e i suoi collaboratori dimostrarono, nel campione costantemente seguito nel tempo e studiato, la stretta associazione esistente tra abitudine al fumo e i tumori delle vie aeree digestive superiori (cavo orale, laringe, naso e seni nasali, esofago, polmone), del pancreas, del fegato, della vescica, del rene.

Dati, questi, che vennero poi ripetutamente confermati e arricchiti da molti studi, tra cui è importante ricordare quello relativo la coorte di Framingham, importantissimo studio osservazionale che prese avvio nel 1949 studiando la popolazione di una intera cittadina: Framingham,

nel Massachusetts. Uno studio che dimostrò gli stretti rapporti di alcune malattie con gli stili di vita.

In realtà, il fumo è non solo il principale fattore di rischio per lo sviluppo di molti tipi di tumore, ma anche un importantissimo fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, prima causa di morte nei paesi occidentali. Il fumo è considerato a livello internazionale causa del 25% di morti per malattie cardiovascolari (WHO. World Health Report on reducing risks and Promoting Healthy Life. Geneva 2002). Più in generale (Who global report: mortality attributable to tobacco. Geneva, 2012) la World Health Organization indica che le morti attribuibili al fumo sarebbero:

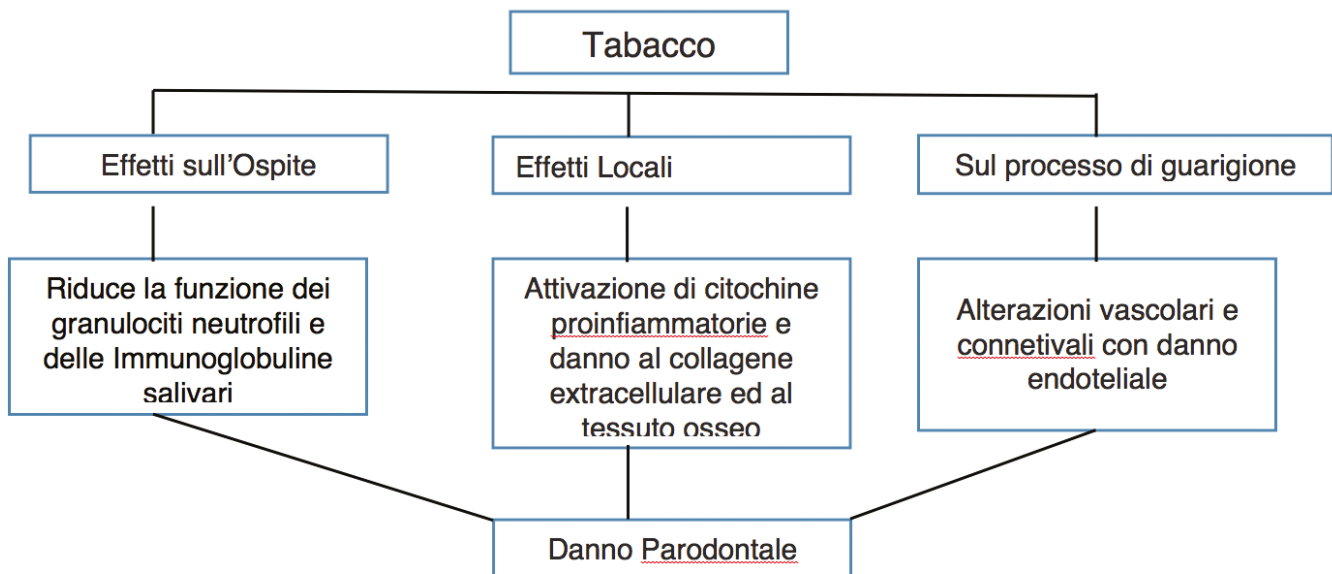
Europa - 16%
Americhe - 16%
Pacifico Occidentale - 13%
Asia del Sud Est - 10%
Mediterraneo Orientale - 7%
Africa - 3%

Dati, questi, che si prevede possano aumentare in modo drammatico entro la prima metà di questo secolo.

Sempre secondo la World Health Organization, nel nostro Paese il 28,1% degli uomini e il 19,8% delle donne fumano, con una media generale del 23,2%, 19,2 sigarette in media ogni giorno (WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic Country Profile: Italy): il fumo va considerato uno dei, anzi, lo stile di vita che principalmente espone, e molto frequentemente, a gravi rischi per la salute. Livelli di rischio assolutamente modificabili con la cessazione del fumo.

Tra le malattie correlate al tabacco vanno poi incluse l'asma, la pneumopatia cronica ostruttiva e anche malattie delle mucose del cavo orale e dei tessuti parodontali, ricordando sinteticamente che:

- il fumo è il principale fattore eziologico di precancro e cancro orofaringeo;
- subito dopo la placca batterica il



fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per le malattie parodontali;

- nei fumatori la guarigione delle ferite chirurgiche è ostacolata;
- la prognosi delle terapie implantari nei soggetti che fumano è significativamente peggiore rispetto ai non fumatori: nei fumatori i fallimenti implantari sono doppi rispetto a quanto rilevabile nei non fumatori.

Le principali modalità attraverso le quali il tabacco provoca patologie parodontali sono sinteticamente riassunte nel grafico qui sopra.

I benefici della cessazione non si limiteranno a migliorare la salute orale del soggetto ma, ovviamente, si spalmeranno su tutte le problematiche sistemiche per le quali il fumo rappresenta un importante fattore di

rischio. Il paziente che, seguendo le indicazioni fornite dal sanitario, cessi l'abitudine al fumo, ridurrà il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, malattie tumorali e polmonari e nel contempo ridurrà fortemente il rischio di contrarre malattie orali fumo correlate.

Smettere di fumare non è tuttavia semplice: la nicotina induce una vera e propria dipendenza e alla sua sospensione conseguono condizioni di astinenza. La difficoltà che un fumatore incontra nella cessazione è, con elegante ironia, ben descritta da un celebre aforisma di Mark Twain che così recita: "Giving up smoking is the easiest thing in the world. I know because I've done it thousand of times".

E' opportuno ricordare che la nico-

tina contenuta nel tabacco provoca una vera e propria tossicodipendenza e che la sua sospensione si associ, pur con manifestazioni di modeste entità, a vere e proprie crisi di astinenza che vengono quotidianamente superate fumando una ulteriore sigaretta e quindi riassumendo nicotina.

Un utile strumento per valutare il livello di dipendenza dalla nicotina nei nostri pazienti è rappresentato da un semplice test messo a punto, negli anni '70 dello scorso secolo, dallo psicologo clinico svedese Karl Fagerstrom:

Quanto più elevato è il totale del punteggio attribuito alle risposte del paziente e tanto maggiore è il livello di tossicodipendenza:

- da 0 a 2 dipendenza scarsa
- da 3 a 5 dipendenza media
- da 6 a 8 dipendenza forte
- oltre 8 dipendenza molto forte

Esistono oggi procedure ben descritte, dettagliate ed efficaci, che consentono di supportare significativamente il paziente che desidera cessare, mettendo a disposizione principi farmacologici che consentono di moltiplicare le percentuali di successo: non parleremo di successo se non quando un fumatore cessi l'abitudine per almeno sei mesi.

Gli anglosassoni definiscono questo come il percorso delle 5 A, procedura che, perlomeno nelle sue prime parti, non richiede più di 10-15 minuti.

Alla base del processo, alcuni semplici e fondamentali passaggi: chiedere al paziente se fumi, quanto

PERIODO TRASCORSO DALLA CESSAZIONE	EFFETTO ATTESO
8 ore	La concentrazione d'ossigeno si <u>normalizza</u>
12 ore	La nicotina <u>viene completamente metabolizzata</u>
1 giorno	<u>Miglioramenti cardiovascolari e pressori</u>
1 settimana	<u>Respirazione migliorata, maggiore energia</u>
1 mese	<u>Migliore attività sessuale e circolatoria</u>
1 anno	<u>Riduzione del 50% del rischio di sindrome coronarica acuta</u>
5-15 anni	<u>Rischio di ictus simile a quello dei non fumatori</u>
10 anni	<u>Rischio di carcinoma polmonare ridotto del 50%</u>
10-15 anni	<u>Rischio di morte per malattie da fumo assimilabile quello dei non fumatori</u>



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



Il segreto



di uno splendido sorriso



Quali domande porre al paziente		Punti
Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	-entro 5 minuti	3
	-tra 6 e 30 minuti	2
	-tra 31 e 60 minuti	1
	-dopo 60 minuti	0
Trova difficile astenersi dal fumare nei locali in cui questa abitudine sia vietata?	-si	1
	-no	0
Quale tra tutte sigarette fumate durante la giornata ritiene essere più gratificante?	-la prima del mattino	1
	-qualsiasi	0
Quante sigarette fuma in una giornata?	-meno di dieci	0
	-tra dieci e venti	1
	-tra venti e trenta	2
	-più di trenta	3
Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	-si	1
	-no	0
Fuma anche se è tanto malato da doversi mettere a letto durante il giorno?	-si	1
	-no	0

fumi e da quanto tempo e informarlo sui problemi che il fumo provoca alla salute in generale, chiedendogli nel contempo se abbia mai pensato o pensi di smettere di fumare. A questo intervento di tipo breve seguono ulteriori passaggi come sotto riportato. Le informazioni ottenute vanno riportate nella cartella del paziente e periodicamente aggiornate.

ASK - identificare e documentare in modo sistematico nella cartella clinica l'eventuale abitudine al fumo da parte del paziente. Opportuno chiedere da quanto il soggetto fumi e quando accenda la prima sigaretta, per valutare, seppur sommariamente il livello di tossicodipendenza alla nicotina: chi ha forte dipendenza accenderà la prima sigaretta appena o poco dopo il risveglio;

ADVISE - in modo chiaro e personalizzato informare il paziente sui problemi legati al fumo esortandolo a interrompere questa abitudine e fornendo nel contempo la propria disponibilità a supportarlo per raggiungere questo risultato;

ASSESS - valutare in ogni paziente fumatore la disponibilità a cessare l'abitudine all'uso di tabacco. Se sì, pianificare il successivo intervento (un intervento di supporto), se no informarlo che in futuro questa offerta, nel caso, gli verrebbe ancora rivolta;

ASSIST - nel paziente disposto ad aderire a questo percorso:

- definire in accordo con il paziente la data d'inizio della cessazione;
- raccomandare l'uso di principi attivi farmacologici che si siano dimostrati efficaci e sicuri nel ridurre

i disturbi che normalmente si associano alla sospensione del fumo;

- sostenere l'impegno del paziente con un counselling adeguato (dalla data in cui si sia deciso di cessare, non aspirare una singola boccata di fumo; invitare altri membri della famiglia a non fumare in presenza del paziente, identificare i motivi di fallimento di progressi tentativi);

- fornire materiale di documentazione;
- adottare la consulenza e la terapia farmacologica per aiutarlo a smettere;

ARRANGE - pianificare il follow-up del paziente, preferibilmente entro la prima settimana dopo la data di inizio della cessazione. Durante il follow-up supportare gli sforzi del paziente, motivarlo con regolarità, identificare le situazioni che lo inducano a riprendere a fumare. Congratularsi con il paziente per i risultati ottenuti. Le procedure di counselling per la cessazione del fumo necessitano, per essere condotte appropriatamente e nella loro completezza, di formazione e competenze specifiche sia sulle problematiche mediche, che psicologiche, che farmacologiche. Competenze che, normalmente, gli odontoiatri e gli igienisti non possiedono, ma che ovviamente possono acquisire seguendo specifici percorsi formativi. Quello che in un setting odontoiatrico può, peraltro, venir attuato con estrema semplicità è un cosiddetto 'intervento breve', limitato cioè ai primi punti del percorso delle 5A e riferendo poi il paziente, che desidera impegnarsi in questo percorso, a un Centro Antifumo che operi nella zona più comoda per lo stesso. Va sottolineato che gli odontoiatri e

gli igienisti che costantemente mettono in atto interventi di contrasto al fumo ottengono spesso risultati positivi.

Una ricerca molto recente condotta sui risultati ottenuti dal National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) del 2009 e 2012 e volta a determinare la prevalenza della malattia parodontale nei fumatori, nei non fumatori e in coloro che avessero cessato l'abitudine al fumo, conferma che il tabacco fumato rappresenta un importante fattore di rischio e che la cessazione si associ a una riduzione del rischio stesso.

I risultati mostrano, infatti, che il fumo sia statisticamente associato alla malattia parodontale. La percentuale di malattia parodontale nel campione esaminato era maggiormente evidente (35%) nei fumatori rispetto agli ex fumatori (19%) e in coloro che non avessero mai fumato (13%) (ALHarthi SSY, Natto ZS et AL.J Periodontol. 2019 Jan;90(1):16-25.).

CONCLUSIONI

Le principali cause di morte nei paesi industrializzati riconoscono fattori di rischio che possono essere modificati: fumo, alcool, dieta. L'odontoiatra è lo specialista sanitario più frequentemente visitato dai cittadini; il setting odontoiatrico sembrerebbe, quindi, congeniale all'attivazione di procedure di counselling che, attuate per contrastare e prevenire le malattie orali fumo-correlate, si spalmeranno, da un punto di vista dei benefici, sulla salute generale del paziente, sul suo rischio di malattie cardiovascolari, tumorali, polmonari.

Ogni anno, nel nostro Paese, oltre 93.000 persone muoiono per malattie fumo correlate: 64.000 bambini tra i 10 e i 14 anni fumano, così come 11.106.200 di adulti oltre i 15 anni. Una vera e propria epidemia al contrasto della quale anche noi possiamo contribuire.

Perché non mettere in atto con costanza interventi di contrasto al fumo? Siamo abituati a parlare con i nostri pazienti e a dar loro suggerimenti su dieta e tecniche di igiene orale: i nostri pazienti non si meraviglieranno, anzi ne saranno lieti, di ascoltare ulteriori suggerimenti da parte nostra che abbiano come obiettivo la tutela della loro salute: non solo quella orale, ma anche quella sistemica.



[SCARICA IL PROGRAMMA](#)

[ISCRIVITI ON LINE](#)

IL CORSO PER LE ASO NON CERTIFICA LE ASO

di Fulvia Magenga

SEGRETARIO NAZIONALE SIASO-CONFASAL



Compare su un depliant il programma di un corso che si terrà a Milano l'8 Giugno.

Il corso "Disinfezione e sterilizzazione" è accreditato ECM per gli odontoiatri, per gli igienisti dentali e per gli infermieri, ma è presentato come corso per ASO. Per questi ultimi però non è prevista neanche un'ora di aggiornamento certificata. Eppure è un corso di 8 ore.

Allora, ricapitolando:

- Si tiene un corso per ASO della durata di 8 ore
- Si accredita per odontoiatri, igienisti dentali e infermieri
- Le ASO che partecipano pagano 150/180 euro per tornarsene a casa senza certificazione.

Bravi!

Eppure sono le ASO che si occupano,

tra le altre mansioni, della disinfezione e della sterilizzazione, nello studio odontoiatrico. Anzi, è proprio scritto nel DPCM che l'ASO "... decontamina, disinfetta, pulisce e sterilizza gli strumenti e le attrezzature".

Vogliamo dare loro qualche ora di aggiornamento certificato se vengono 8 ore a sentire un corso? Anche a Cenerentola una volta hanno dato un'opportunità.

Suggerimenti di igiene orale per il paziente oncologico

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Su JADA la dottoressa Mark fornisce utili accorgimenti e consigli per l'igiene orale del paziente in terapia radiante e chemioterapica. Innanzitutto, continuare a sottoporsi ai controlli dal dentista durante il periodo della terapia è il miglior modo di monitorare la condizione della propria bocca ed evitare peggioramenti e ricevere consigli, rassicurazioni e informazioni utili. La terapia radiante può danneggiare le ghiandole salivari e quindi il paziente avrà la bocca secca. Si può consigliare di limitarsi al consumo di acqua, evitando bevande con caffeina, di masticare chewing-gum (per stimolare la produzione di saliva), di lasciar sciogliere in bocca piccoli pezzi di ghiaccio. Inoltre, si può suggerire anche di umidificare la stanza nella quale si dorme, evitare il consumo di cibi piccanti, di alcool e sigarette. Bisogna anche considerare che la mancanza di salivazione espone a un maggior rischio di carie, quindi occorrerà porre particolare attenzione a questo aspetto istruendo e motivando adeguatamente il paziente. Un altro effetto della terapia radiante è l'irrigidimento dei muscoli masticatori, che possono portare a un fastidio nel-

la masticazione o a dolore persistente. Esercizi di stretching per questi muscoli, analoghi a quelli suggeriti per i dolori dell'ATM, possono essere di grande aiuto.

Tratto da: Oral care during cancer treatment, Mark, Anita M., The Journal of the American Dental Association, Volume 150, Issue 1, 82

Per approfondire:

1. National Cancer Institute. *Managing oral complications during and after chemotherapy or radiation therapy.* Available at: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-pdq#section/_9.

2. National Cancer Institute. *Preventing and treating oral complications before chemotherapy and radiation therapy begins.* Available at: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-pdq#section/_7.

3. Levi LE, Lalla RV. *Dental treatment planning for the patient with oral cancer.* *Dent Clin North Am.* 2018;62(1):121-130.



A scuola si va meglio se ci si lava i denti

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Il nostro grado di salute orale può influenzare molti più aspetti della nostra vita di quanti crediamo e non c'è da stupirsi se consideriamo che, a livello di malattie riscontrate nei giovanissimi (5-17 anni), le carie non trattate sono oltre cinque volte più frequenti rispetto all'asma. Gli autori di questo studio hanno analizzato 72 anni di letteratura scientifica (dal 1945 al 2017) riguardante il rendimento scolastico dei giovani in età scolare (età 6-17 anni tra tutti gli studi) e il loro grado di igiene orale.

Gli studi presi in esame considerano diversi Paesi, quali Brasile, Stati Uniti, Thailandia, Laos. La qualità dell'igiene orale è stata valutata complessivamente tramite l'indice numerico DMFT (Decayed, Missing, Filled Tooth

ovvero Denti Cariati, Mancanti, Otturati), l'esperienza di dolore dentale o una diagnosi di malattia parodontale. Sembra che una scarsa igiene orale possa influenzare negativamente le prestazioni scolastiche, indipendentemente da area geografica ed età dei soggetti, anche se la condizione pare essere esacerbata ulteriormente nelle aree rurali e con scarso sviluppo infrastrutturale, nelle quali non è possibile accedere facilmente alle cure, e nei casi di condizioni economiche familiari difficili. È stato altresì visto che in scuole aderenti a programmi di informazione sull'igiene orale, il rendimento degli studenti è migliore.

Questo complesso e imponente insieme di dati fa pensare che un miglior livello di igiene orale, la mancata in-

sorgenza di dolore orofacciale e un minor numero di ore di assenza dai banchi possa influire positivamente sull'inserimento sociale, lo sviluppo psicologico e cognitivo dei giovani e la loro qualità della vita e infine un loro miglior inserimento nel mondo scolastico.

Per l'Italia non esistono dati epidemiologici in merito, ma sarebbe molto interessante che un futuro studio prendesse in considerazione la situazione nel nostro Paese.

Per approfondire:

Ruff et al, *Oral health, academic performance, and school absenteeism in children and adolescents, A systematic review and meta-analysis*, JADA, December 2018

Editoriale

(SEGUE DA PAG. 2)

... intercettando al primo stadio un eventuale cancro della bocca? Eppure, parliamone pure arrossendo e pieni di vergogna, quando si organizza un congresso o un convegno di implantologia o di protesi si riempie la sala, mentre quando si parla di prevenzione del cancro orale si fa molta più

fatica e i risultati sono spesso deludenti.

Abbiamo comprato la cone beam? Bravi!

Abbiamo comprato il lettore elettronico per le impronte? Bravi!

Facciamo faccette in ceramica e intarsi? Bravi!

Abbiamo sempre la garza sul vassoio di prima visita e di controllo? Se no, non bravi!

Le nostre ASO, prima che il

paziente si alzi dalla poltrona, ci passano sorridendo i foglietti di garza, dicendo: "ecco dottore", in modo da ricordarci il nostro dovere?

Giovanni Lodi ha fondato una onlus (www.acapo.it; articolo a pagina 14) per continuare la lotta contro il cancro orale anche a sostegno dei pazienti operati e delle loro famiglie.

SOSTENIAMOLO!

La parodontite nel futuro

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Quanto impatto avrà in futuro la parodontite sulla popolazione? Due recenti studi provano a rispondere a questo interrogativo.

La parodontite è una malattia con prevalenza molto alta: circa 800 milioni di individui ne soffrivano nel 2016 in tutto il mondo, quando è stata fatta l'ultima grande revisione.

Se non trattata, questa malattia porta a perdere i denti e la capacità masticatoria, oltre a interferire con la fonetica, l'estetica e portare a problematiche sociali. Senza considerare che secondo uno studio del 2018 (1) i costi indiretti della parodontite sulla sanità sono altissimi, visto il suo interferire con molte altre malattie sistemiche (2).

Dall'articolo di Dye e colleghi pubblicato su JADA, condotto sulla popolazione degli USA, sappiamo che:

- La prevalenza della condizione di edentulia totale è calata del 75% in 5 decenni nella fascia 65-74 anni.

- Sempre più soggetti oltre i 50 anni di età mantengono i loro denti.

Essendoci una più lunga aspettativa di vita delle persone, vi sarà un maggior numero di denti che richiede trattamento. Specialmente, sottolineano gli autori, nelle fasce più disagiate della popolazione.

Questo stesso fatto è confermato dallo studio epidemiologico di Schwendicke e colleghi pubblicato su JOCP, che analizza le necessità dei cittadini in Germania nel 1997, nel 2014 e quelle che potrebbero essere nel 2030.

La loro ricerca dice che:

- Nel 1997, in media 7,4 denti a persona nei giovani adulti (35-44 anni) necessi-

tavano un trattamento di terapia parodontale.

- Nel 2014, la stessa media è scesa a 4,8 denti a persona.

- Nel 2030, la proiezione è di 3,2 denti a persona necessitanti una terapia.

Al contrario, negli anziani verrà osservato un trend negativo. La media nel 1997 era di 4,5 denti a persona che necessitavano una terapia, nel 2014 la media era di 7,5 denti, nel 2030 ci si aspetta che il numero cresca a 12,2 denti a persona a richiedere un trattamento.

Tutti questi dati dovrebbero portare le istituzioni a rivedere e ripensare i bisogni di prevenzione e terapia della malattia parodontale e carie della popolazione che a oggi ha un'età media sempre più alta e che mantiene sempre più denti, che avrà un bisogno di cure sempre più grande.

Gli studi dentistici dovrebbero attrezzarsi per rispondere a una richiesta sempre maggiore di terapia parodontale non chirurgica. Ancora una volta viene evidenziato il ruolo degli igienisti dentali come collaboratori decisivi per una odontoiatria orientata al futuro.

Fonti:

- Dye, Bruce A. et al., *Tooth loss among older adults according to poverty status in the United States from 1999 through 2004 and 2009 through 2014* *The Journal of the American Dental Association*, Volume 150, Issue 1, 9-23.e3

- Schwendicke F, Krois J, Kocher T, Hoffmann T, Micheelis W, Jordan RA. *More teeth in more elderly: Perio-*

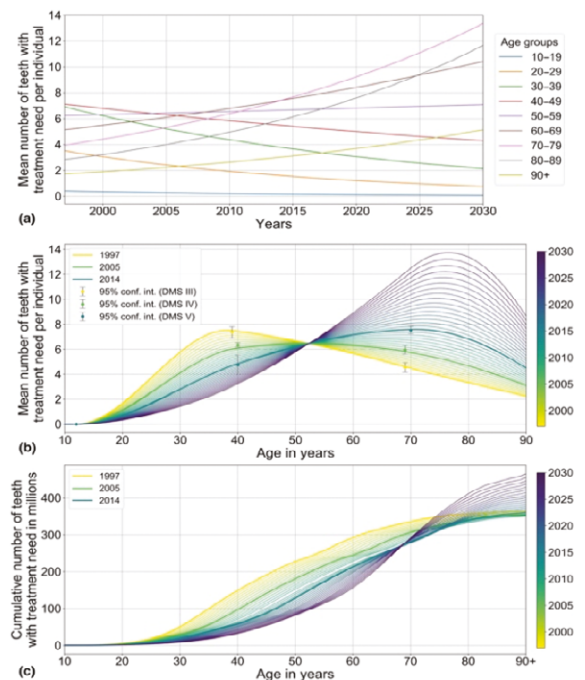
NEWS

dental treatment needs in Germany 1997-2030. J Clin Periodontol. 2018 Dec;45(12):1400-1407. doi: 10.1111/jcpe.13020. Epub 2018 Nov 20. PubMed PMID: 30299557.

Approfondimenti:

1. *Costi della parodontite sulla sanità: Righlot et Al, Global-, Regional- and Country-level economic impacts of dental diseases in 2015, JODR 2018*

2. *Parodontite e malattie sistemiche: Tonetti et Al, Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: a call for global action, JOCP 2017*



Andando per ristoranti

a cura di Vanda e Maurizio Melli

GATTO GAMBARONE, UNA STORIA SECOLARE

Tre chilometri dopo Noceto (Parma), lungo la Statale per la Cisa, un vecchio cartello a forma di freccia ci dice di svoltare a destra e imboccare un budello di strada. Attraversiamo un passaggio a livello di ferrovia non più funzionante, mentre il nostro sguardo accarezza l'ondulato verde dei campi fino in fondo alle colline di Costamezzana. Poche centinaia di metri e immerso nei suoi alti alberi appare l'antico casolare del "Gatto Gambarone", osteria ottocentesca assunta, a gran ragione, al rango di Trattoria (con i baffi). Ci accoglie Loredana, la "regina": tre baci, un simpatico sorriso e...oplà, siamo seduti al tavolo già corredato di tazze in porcellana bianca per gustare il Lambrusco e bicchieri rustici per il bianco di Malvasia.

Nella sala da pranzo, dove risalta un camino che d'inverno dispensa luce e calore, si intrecciano sorridenti ragazze con piatti fumanti di torta frita (fuori provincia è battezzata gnocco fritto)

con il corredo di portate di salumi del posto. Si mescolano profumi che a seconda della stagione variano, ma esaltano piatti di tortelli di erbetta o di zucca, il risotto Gambarone ai funghi porcini e tartufo, e così via fino ad arrivare al conosciutissimo piatto di merluzzo fritto. Il tutto in un vivace crescendo di un ricco menù degno della migliore espressione della cucina di queste parti.

Il tempo è tiranno e Loredana nel salutarci ci ricorda che se si vuole prolungare la permanenza non c'è problema: al piano superiore del "Gatto" vi sono delle accoglienti camere con vista sulla campagna e verso gli Appennini. E proprio guardandoli ritorna alla mente un vecchio frequentatore della zona che a poca distanza da questo luogo, tra i calanchi delle colline di Costamezzana, riscaldati dall'ultimo sole di fine estate, un tempo cantava la pernice e nelle cantine degli antichi casolari stava in fresco il bianco di Malvasia.



IL LAGO PRESENTA IL SUO MENÙ

a cura di Giulio C. Leghissa

Il panorama che si ammira, sia nelle giornate estive sia con i colori invernali, dalle ampie finestre affacciate sul Lago Maggiore è impagabile: lo sguardo spazia dalla meravigliosa Rocca di Angera al Santuario di S. Caterina del Sasso, sulla costa lombarda, nella cornice naturale delle dolci colline che si specchiano nel lago e in serata lo spettacolo si fa ancora più suggestivo, quando le miriadi di luci dei paesi affacciati sulla riva brillano sull'acqua.

Il panorama è solo una parte del piacere offerto del ristorante Glicine al lago: cortesia, professionalità, amore per la ristorazione fanno della serata un'esperienza davvero piacevole.

Il menù si sviluppa su piatti lombardi e del lago, comprese proposte di pesce d'acqua dolce di grande qualità, che Clara presenta con delicatezza.

Impagabili gli antipasti (andateci piano perché ci si riempie in modo vergognoso), i piatti di funghi e i dolci, tutti rigorosamente fatti da Enrica. Angelo sarà lieto di seguirvi consigliandovi i vini più adatti, ma non mancate di degustare una bottiglia di Gattinara del Travagliani.



LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

I biomateriali più documentati in un negozio online rinnovato!



SPESE DI SPEDIZIONE OMAGGIO*



EXACTLY
like no other.



www.shop.geistlich.it

*per ordini online non urgenti