

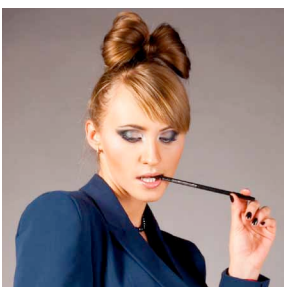
Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 3 - 2014

TRA I COMPITI DELL'ASSISTENTE

Comunicare al bambino e all'adolescente



Chirurgia

Recessioni gengivali e letteratura: novità di diagnosi e terapia

Tecniche aggiornate di ricopertura della superficie radicolare esposta

Implantologia

La risonanza magnetica nucleare: timori infondati

Non esiste nessun pericolo per il paziente e per gli impianti

Effetto crisi

Il boom del "turismo odontoiatrico" e le sue conseguenze

Preoccupa soprattutto la mancanza della continuità terapeutica

Editoriale

Il profilo professionale degli ASO continua a incontrare resistenze

di Fulvia Magenga e Silvia Alessandra Terzo

La Commissione Sanità delle regioni deputate ad approntare il documento per la Conferenza Stato Regioni si è espressa: la formazione e il profilo professionale dell'ASO sono pronte per la discussione.

- Cosa cambierà?

- Perché questa novità incontra resistenze?

Nel 1972 il Consiglio Superiore dei Ministri d'Europa esortava i Paesi europei a farsi parte attiva per la realizzazione di scuole che formassero gli Assistenti di Studio Odontoiatrici. Ci sono voluti 42 anni affinché la Commissione Sanità del Coordinamento Interregionale di Sanità nominato dal Ministero della Salute nel 2011, formulasse un documento che sottolineasse:

"[...] la rilevanza dell'odontoiatria per le ricadute che essa ha sulla qualità di vita e sulla salute della popolazione [...] di garantire ai cittadini che abbisognano di cure odontoiatriche, standard professionali e prestazionali di livello adeguato;"

Dice ancora il documento:

"L'assistente di studio odontoiatico è l'operatore che, in possesso dell'attestato conseguito a seguito della frequenza di specifico corso di formazione, svolge attività finalizzate all'assistenza dell'odontoiatra e dei professionisti sanitari del settore durante la prestazione clinica, alla predisposizione dell'ambiente e dello strumentario, all'accoglienza dei clienti e alla gestione della segreteria e dei rapporti con i fornitori".

E ancora:

"La frequenza del corso è obbligatoria [...]"

L'attestato [...] è valido in tutto il territorio nazionale ed è rilasciato a seguito del superamento dell'esame [...]"

Per concludere:

"art. 11 (titoli pregressi)

Spetta alle Regioni e Province autonome, nel contesto del proprio sistema di formazione, quantificare il credito formativo da attribuirsi a titoli e servizi pregressi, in relazione all'acquisizione dell'attestato di Assistente di Studio Odontoiatico [...]"

- Cosa cambierà?

Il cambiamento sarà importante perché, su

continua a pagina 32

Odontoiatria Team at Work

N. 3 - 2014



4 I BIOMATERIALI PARLANO "MOLTE LINGUE"
Intervista a Lia Rimondini, presidente della SIB

6 STAMINA: UNA BRUTTA VICENDA ITALIANA
Interviene la presidente della Commissione Sanità del Senato

9 DIAGNOSI E TERAPIA DELLE RECESSIONI GENGIVALI

**14 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
CON IMPIANTI ENDOSSEI E RESTAURI PROTESICI?**

15 LA COMUNICAZIONE AL BAMBINO E ALL' ADOLESCENTE
I compiti dell'assistente dello studio odontoiatico

19 MALATTIA DEL DIPENDENTE E RIPRESA LAVORATIVA
I materiali biocompatibili dalla Medicina dell'Ambiente

20 IPERSENSIBILITÀ GENGIVALE E IGIENISTA DENTALE
Le possibilità e i limiti del suo trattamento

23 NUOVO MODELLO PER I CONTRATTI DI LOCAZIONE

24 TEMPO DI CRISI E "TURISMO ODONTOIATRICO"

28 IL SIMPOSIO SIPMO

29 UN CORSO DI AGGIORNAMENTO SIDP

30 IL "TESTAMENTO" DI CAPITAN BUBOLA
Un disco per il 100° anniversario della Grande Guerra

31 NEWS

Il board editoriale



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



BRUNO BRIATA
Odontoiatra



FEDERICA DEMAROSI
Odontoiatra



FULVIA MGENGA
Assistente



MANLIO DI GIOVANNI
Critico musicale

Board Editoriale

Emanuele Ambu (odontoiatra)

Mirella Baldoni (odontoiatra)

Cristian Barbieri (odontoiatra)

Marialice Boldi (Igienista dentale)

Anna Botteri (economia/fisco)

Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)

Giuseppina Campisi (odontoiatra)

Antonio Carrassi (odontoiatra)

Stefano Cavagna (odontoiatra)

Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)

Luigi Checchi (odontoiatra)

Stefano Daniele (odontoiatra)

Luca Francetti (odontoiatra)

Fabrizio Giuseppetti (esperto Food & Wine)

Serenella Laino (igienista dentale)

Paolo Maiocchi (odontotecnico)

Claudia Melillo (legale del lavoro)

Mauro Merli (odontoiatra)

Lucio Montebugnoli (odontoiatra)

Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)

Ernesto Rapisarda (odontoiatra)

Eugenio Romeo (odontoiatra)

Lia Rimondini (odontoiatra)

Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)

Tiziano Testori (odontoiatra)

Fabio Tosolin (psicologo)

Carlo Tinti (odontoiatra)

Leonardo Trombelli (odontoiatra)

Andrea Sardella (odontoiatra)

Roberta Silva (odontoiatra)

Serban Tovar (odontoiatra)

Roberto Weinstein (odontoiatra)

Odontoiatria - Team at Work

Periodico d'informazione

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



Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici



I biomateriali parlano in molte "lingue"

INTERVISTA A LIA RIMONDINI
Presidente Società Italiana
di Biomateriali
a cura di Elena Varoni



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

La Società Italiana di Biomateriali è un'associazione scientifica con lo scopo di incoraggiare, sostenere e promuovere la ricerca e il progresso nell'ambito dei biomateriali ed è costituita da medici, ingegneri, biologi, farmacisti, chimici, fisici. L'attuale presidente, Lia Rimondini, è una donna, odontoiatra, che da molti anni fa ricerca in questo campo. Lia Rimondini è professore associato dell'Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro". Dal 2 al 4 luglio a Palermo la SIB tiene il suo Convegno nazionale.

Prof. Rimondini, la presidenza della Società Italiana di Biomateriali (SIB) è stata uno dei coronamenti della sua attività scientifica: qual è stato il segreto per raggiungere questo importante traguardo?

Nessun segreto. Faccio ricerca nell'ambito dello sviluppo e caratterizzazione dei biomateriali da 25 anni e ho maturato conoscenze tecnico-scientifiche multidisciplinari che mi hanno permesso di parlare il "linguaggio" dei chimici, dei fisici degli ingegneri e dei biologi oltre a quello dei medici e degli odontoiatri. Ho imparato ad affrontare problemi scientifici complessi e ho una conoscenza ampia dell'ambiente della Ricerca Italiana ed Europea nell'ambito dei Biomateriali.

Evidentemente mi sono guadagnata anche qualche apprezzamento, tant'è che la Società mi ha accordato la sua fiducia affidandomene la Presidenza.

Cosa vorrebbe venisse ricordato

in maggior misura della sua presidenza?
Vorrei dare alla SIB un respiro più internazionale. Siamo già in contatto con altre Società Nazionali per coordinarci e costituire un gruppo di pressione presso la UE. Poi vorrei gestire il passaggio della leadership ai ricercatori più giovani.

I biomateriali stanno sempre più ricoprendo un ruolo determinante nelle vite dei pazienti: che aspetti affronterebbe per migliorare la comunicazione scientifica per i "non esperti"?

L'aspetto della sicurezza è un punto chiave per i pazienti e anche la per-

formance dei materiali e dei dispositivi nel tempo. Cercherei di far capire cosa è realmente applicabile in clinica e cosa invece è al momento solo avanzamento delle conoscenze. Un esempio di questo è la rigenerazione dei tessuti dentali o parodontali con utilizzo di cellule staminali: la tecnologia necessaria per garantire la sicurezza dei pazienti e i costi per applicarla clinicamente sono sproporzionati ai benefici che si possono al momento ottenere, specie se paragonati ad approcci più convenzionali.

Un pregio e un difetto della SIB.

Il pregio è allo stesso tempo il difetto. La SIB è mantenuta vitale dall'entusiasmo e dal lavoro dei soci che condividono idee, obiettivi, stima e amicizia. Però il lavoro è tanto...

Quale consiglio darebbe ai giovani che, dopo l'Università, si avvicinano alla ricerca nel campo dei materiali biomedici?

I biomateriali sono un ambito scientifico caratterizzato dalla multidisciplinarietà. È necessario coltivare una viva curiosità anche per le discipline dalle quali non si proviene.

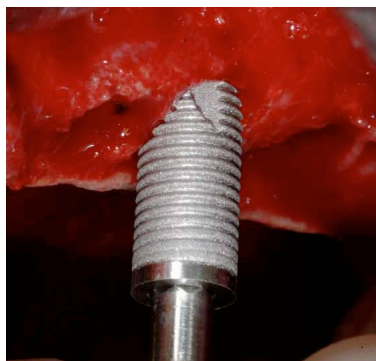
Per concludere, il momento più divertente nella sua lunga militanza SIB.

Un workshop a Baveno piuttosto partecipato e moderato da un noto cattedratico di Ingegneria nel giorno del suo compleanno. I molti relatori invitati iniziarono la propria relazione trattando seriamente il tema scientifico ma poi continuarono raccontando aneddoti sul moderatore e proiettando anche qualche slide imbarazzante. Il cattedratico, ignaro dello scherzo, mostrò un squisito "sense of humor".

BLOCCHETTO
DI OSSO BOVINO



IMPIANTO
IN TITANIO
CON SUPERFICIE
MORDENZATA
E SABBIAIA



I materiali biocompatibili per la medicina e l'ambiente

CONVEGNO NAZIONALE della SOCIETÀ ITALIANA DI BIOMATERIALI (S.I.B.)

Link per 2ª circolare

INAUGURAZIONE Steri
PIAZZA MARINA, 61 - PALERMO
Sala delle Capriate
02 | 07 | 2014
ore 18

SEDE DEL CONVEGNO Hotel Piazza Borsa
PIAZZA BORSA - PALERMO
Sala Ducrot
02-04 | 07 | 2014
ore 9

info: silvia.fare@polimi.it
www.biomateriali.org

Consiglio Nazionale delle Ricerche

A Palermo

CONGRESSO NAZIONALE SIB

Si svolge tra il 2 e il 4 luglio a Palermo il “Congresso Nazionale della Società Italiana Biomateriali (Sib) - I Materiali Biocompatibili dalla Medicina all’Ambiente”. Sede del congresso è l’hotel Piazza Borsa in via dei Cartari 18. La conoscenza dei campi di applicazione e le procedure di impiego in ambito clinico ed ambientale dei biomateriali e il loro comportamento una volta interfacciati con i tessuti vitali per assolvere le varie funzioni costituisce infatti argomento di notevole interesse scientifico e tecnologico. I temi trattati riguardano, tra gli altri: Biomateriali e Salute Umana, Biomateriali per la Medicina Rigenerativa; Nanotecnologie; Drug Delivery; Biomateriali e

Ambiente.

L’inaugurazione del Congresso è al Palazzo Chiaramonte, prestigiosa sede dell’Ateneo di Palermo, con una key lecture di Matteo Santin, presidente della Società Europea dei Biomateriali. I workshops inizieranno il 2 luglio con le presentazioni degli studenti del Master in “Ingegneria biomedica, biomeccanica e dei biomateriali”. A questi interventi seguiranno i contributi scientifici in forma di presentazione orale (15 minuti) o poster. Il Comitato Scientifico selezionerà i lavori ritenuti di maggiore rilevanza scientifica per una loro eventuale pubblicazione su una special issue di “Journal of Applied Biomaterials and Functional Materials”, rivista ufficiale SIB. Gli autori dei lavori saranno invitati a redigere un articolo entro il 30 Settembre.



straumann

simply doing more



Caso Stamina: una brutta vicenda italiana

di Emilia Grazia De Biasi
Presidente della Commissione
Sanità del Senato



Tutto è iniziato con un servizio della trasmissione "Le Iene": una bambina affetta da una grave malattia neurodegenerativa aveva grandi miglioramenti grazie ad una pozione miracolosa, prodotta dalla Stamina Foundation, e diffusa dal dott. Vannoni. Si tratterebbe della infusione di cellule staminali mesenchimali, quelle per fare le ossa, giusto per capirsi, che, con pozione segreta, si trasformerebbero in neuroni. Sarebbe una storia da Nobel, ma purtroppo le cose stanno diversamente. La macchina mediatica si mette in moto e nel giro di poche ore Camera e Senato vengono inondati da un vero e proprio mail bombing: siamo alla vigilia del voto sul decreto emanato alla fine della legislatura da Renato Balduzzi, allora Ministro della Salute, e reiterato dal nuovo Governo, Ministro Beatrice Lorenzin. E così, sulla spinta dell'emotività popolare, ma senza una corretta informazione scientifica, il Parlamento vota il decreto che autorizza la sperimentazione del cosiddetto "metodo Stamina", e contestualmente l'in-

diamento di un Comitato scientifico preposto a verificare l'appropriatezza e la sicurezza del suddetto metodo. Col senno di poi considero quel voto un errore, che non deve ripetersi mai più. Col passare del tempo infatti si scopre che: il dott. Vannoni è uno psicologo, che la parte "scientifica" è curata dal dott. Andolina, e che Stamina Foundation si definisce una Onlus senza che lo sia, e che la gratuità del metodo non è tale, poiché risulta che siano stati chiesti alle famiglie dei malati diverse decine di migliaia di euro. Si apprende inoltre che il "metodo Stamina" non ha ottenuto alcun brevetto né dagli Stati Uniti né dall'Unione Europea, poiché le agenzie regolatorie del farmaco, FDA americana, ed EMA europea non hanno riscontrato i requisiti necessari all'ottenimento del brevetto medesimo. In più il protocollo del metodo è segreto, Vannoni dice che è per impedire speculazioni delle case farmaceutiche. Peccato che pare vi siano relazioni fra Stamina Foundation e Medestea, una casa farmaceutica svizzera. In Commissione Sanità del Senato, che ho l'onore di presiedere, decidiamo di dare vita ad un'indagine conoscitiva dal titolo "Origini e sviluppi del cosiddetto Caso Stamina", la cui documentazione è pubblica sul sito del Senato in forma di resoconto stenografico, autorizzato eccezionalmente dal Presidente del Senato Piero Grasso, che ringrazio, in



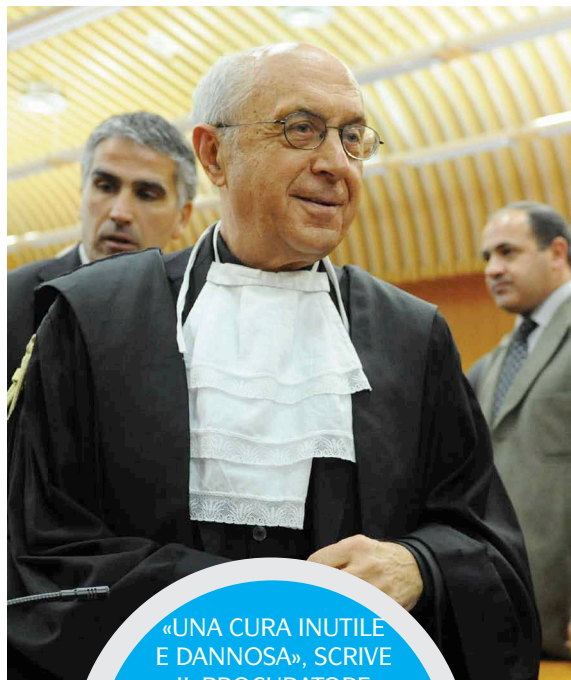
virtù dell'importanza del tema. Ciò di cui parlo è dunque interamente documentato, come del resto lo sono le conclusioni dell'inchiesta del Giudice Guariniello di Torino che, con la collaborazione dei NAS, indaga su Stamina fin dal 2009! Ma non è finita qui. È bene che si sappia che Stamina ha fatto il giro di mezza Italia per trovare un ospedale in cui annidarsi, e lo ha trovato a Brescia, presso gli Spedali Civili, una struttura di eccellenza lombarda e italiana sulla base di una indicazione della Regione Lombardia, poiché un funzionario della Regione, affetto da malattia neurodegenerativa ha pensato bene di usare il metodo su di sé, pur non esistendo i requisiti di urgenza e di pericolo di vita ammessi in questi casi. Dunque in una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale il metodo inizia ad essere somministrato, in un sottoscala senza i requisiti almeno di sterilità che sarebbero richiesti, da una biologa che è risultato non essere iscritta all'albo dei biologi, con protocollo segreto, e con l'avvallo della allora struttura dirigenziale dell'ospedale, e con una risposta quantomeno ambigua di un funzionario dell'Agenzia Nazionale del farmaco, anch'egli sotto inchiesta. Dalle indagini risulterebbe inoltre che fra i primi 12 pazienti vi fossero anche parenti di medici degli Spedali Civili. Nel frattempo diversi magistrati italiani impongono all'ospedale di som-



A SINISTRA:
EMILIA
GRAZA DEBIASI.
IN ALTO: "LE IENE" HANNO
FATTO UNA SCRITERIATA
CAMPAGNA PRO-STAMINA
DALLA QUALE SI SONO POI
DISSOCIATE. QUI
SOPRA: DAVIDE
VANNONI

ministrare il metodo ad altre persone, per lo più bambini, con ordinanze sulla base dell'articolo 32 della Costituzione sul diritto alla cura. A quel punto una serie di medici sceglie la strada dell'obiezione di coscienza, poiché il codice deontologico dei medici vieta di somministrare sostanze segrete. A loro va la mia solidarietà. Il nuovo direttore Generale degli Spedali Civili, insediato dopo la scomparsa del precedente, prende ufficialmente le distanze dalla Magistratura e afferma di non poter proseguire nella somministrazione del metodo finché non saranno resi noti i risultati del Comitato Scientifico insediato dal Ministro. Un atto di grande coraggio. E il Comitato scientifico che fine ha fatto? Il primo comitato ha prodotto una relazione molto netta, dicendo che il metodo non solo è inefficace, ma è anche pericoloso e dannoso. Vannoni ricorre al TAR del Lazio che gli dà ragione sul fatto che fra i componenti non vi era nessuno di Stamina Foundation, o comunque favorevole al metodo! Manco fossimo a un talk show in periodo di par condicio... La Lorenzin insedia un nuovo Comitato, composto anche da esperti internazionali e chiede al CNR di curare la segreteria tecnica, ma i tempi si allungano..... Per concludere, almeno per ora: Non si può farsi scudo con la legge Turco Fazio sulle cure compassionevoli, termine peraltro tradotto in modo inesatto dall'inglese:

il fatto che una persona malata possa morire non autorizza a somministrarle qualunque sostanza, poiché c'è un'etica nel vivere, nell'essere malati, nel morire. Dovremo aggiornare la legge per impedire nuovi casi Stamina. La Magistratura farà il suo corso e speriamo che la sentenza arrivi presto. Le famiglie dei malati sono state lasciate troppo sole dalle istituzioni: occorre che rapidamente il Ministero si attrezzi in tal senso. Vanno chiarite le eventuali responsabilità della Regione Lombardia e del Ministero della Salute sull'approdo di un metodo senza brevetto e segretato in una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale e forse vanno anche riviste e rese più rigorose le procedure di controllo da parte di Aifa, che peraltro ha pubblicamente preso le distanze dalla vicenda. Il parlamento deve essere sempre messo in condizione di deliberare in modo informato, e su materie di tale delicatezza deve potersi avvalere degli strumenti propri del Parlamento, e non della decretazione d'urgenza governativa. Chiunque governi. Infine una domandina la farei ai media. "Le lene" non sono una trasmissione d'informazione, ma di intrattenimento. Che senso ha prescindere da una



«UNA CURA INUTILE E DANNOSA», SCRIVE IL PROCURATORE DI TORINO RAFFAELE GUARINIELLO. «NON CI SONO STATI MIGLIORAMENTI NELLA SALUTE DEI PAZIENTI, ANZI MOLTI PEGGIORAMENTI SIGNIFICATIVI»

valutazione scientifica quando si parla della malattia? È forse un esercizio di quella tv del dolore che fa audience sulle disgrazie altrui e sollecita la morbosità dell'opinione pubblica? Non è il caso che anche il mondo dell'informazione si attrezzi per difendere la propria etica professionale? Abbiamo bisogno che la comunità scientifica faccia sentire la sua voce, e si impegni per la divulgazione e la crescita della cultura della scienza, a partire dalle scuole e dalla RAI. Stamina ha esposto l'Italia al ludibrio della scienza mondiale. Non lo meritiamo, non lo meritano i nostri ricercatori e i nostri scienziati. Di mezzo non c'è solo la volontà di smascherare i ciarlatani del nostro tempo. Ci sono persone che soffrono, a cui invece che speranza si spaccia illusione. Per questo ritengo che la somministrazione del metodo Stamina vada sospesa almeno finché non vi saranno i risultati del Comitato scientifico. Basta un decreto del Ministro. In gioco c'è anche la dignità del Servizio Sanitario Nazionale, e la tutela della sicurezza e della salute dei cittadini. La Costituzione definisce la salute come unico diritto fondamentale. Non dimentichiamolo, per il bene della democrazia.

GOLMAR

Diagnosi e terapia delle recessioni gengivali: revisione narrativa della letteratura



di Luca Francetti
e Federico
Simone Mazza

Dipartimento di Scienze
Biomediche, Chirurgiche
e Odontoiatriche.
Sezione Galeazzi.
Università di Milano

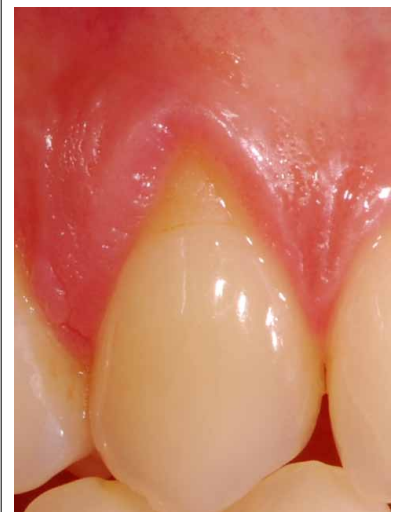
INTRODUZIONE

La recessione gengivale è un difetto dei tessuti parodontali che consiste nella migrazione in senso apicale del margine dei tessuti molli dalla sua posizione fisiologica, 1-2 mm coronale alla giunzione amelo-cementizia, con esposizione della superficie radicolare.

Nei pazienti con scarsa igiene orale questa esposizione del tessuto radicolare è associata ad infiammazione dei tessuti parodontali e alla presenza di placca. Si tratta di pazienti affetti dalla malattia parodontale, una patologia infiammatoria che causa la progressiva distruzione dei tessuti di sostegno dei denti. Il fattore eziologico principale è costituito dai batteri costituenti la placca ma esistono fattori

di rischio aggiuntivi legati all'ospite come il diabete o abitudini viziate quale il fumo che si associano più frequentemente all'insorgenza della malattia. Le gengive dei pazienti parodontopatici si presentano il più delle volte arrossate, gonfie e sanguinanti al sondaggio; il segno patognomonico è la presenza di tasche parodontali (sondaggi gengivali superiori a 3-4 mm), in alcuni casi si possono riscontrare ascessi, pus e mobilità dentale. Altre volte si riscontrano recessioni in pazienti con un alto grado d'igiene orale: in questo caso si tratta di lesioni tipicamente localizzate sui versanti vestibolari dei denti. Nei difetti di questo tipo la causa più frequente sta proprio nell'uso dello spazzolino che, se manovrato in maniera trop-

po energica o se dotato di setole troppo dure, è in grado di irritare le gengive. Soprattutto nei pazienti che presentano un biotipo sottile si avranno in questo modo recessioni. Oltre allo spazzolamento ci sono altri possibili fattori eziologici come la presenza di piercing sulle labbra, abitudini viziate come lo sfregamento sulla gengiva di matite o altri oggetti, condizioni anatomiche sfavorevoli come inserzioni muscolari



RECESSIONE DI CLASSE I DI MILLER



RECESSIONE DI CLASSE II DI MILLER

o frenuli, ma anche fattori iatrogeni quali la presenza di restauri incongrui (ricostruzioni, corone) e trattamenti ortodontici.

Naturalmente questa suddivisione fra recessioni causate da diversi fattori eziologici non è netta: è possibile infatti riscontrare recessioni vestibolari associabili a un uso scorretto dello spazzolino aggravate dalla presenza di parodontite, così come è facile che in un paziente con un'attenta igiene orale ci siano depositi di placca proprio in corrispondenza di recessioni (probabilmente associata all'assenza di tessuto cheratinizzato).

Di fronte ad una recessione associata a parodontite l'obiettivo primario del dentista è quello di risolvere la patologia infiammatoria di cui la recessione è uno dei segni. Anzi, spesso la cura della parodontite è accompagnata da una progressione della recessione, ma questo è un compromesso che paziente e clinico accettano volentieri per conservare i denti. La terapia della parodontite e delle recessioni ad essa associate verranno trattate separatamente; l'oggetto di questo articolo è il trattamento delle recessioni di origine traumatica.

Le recessioni di origine traumatica sono spesso precedute da lesioni precoci della gengiva marginale di forma triangolare dette fessure di Stillman o "cleft". Esse sono attribuibili a un utilizzo improprio del filo interdentale da parte del paziente. Sono state proposte diverse classificazioni delle recessioni gengivali: quella più nota fu introdotta da Miller nel 1985. Tale classificazione venne stilata in base alla prognosi di ricopertura radicolare;

I classe di Miller: recessione con margine gengivale coronale alla linea mucogengivale con parodonto interprossimale, tessuti duri e molli, integro.

II classe di Miller: parodonto integro, margine gengivale apicale alla linea mucogengivale.

III classe di Miller: perdita ossea o dei tessuti molli interprossimali apicale alla giunzione ameloementizia, ma coronale alla estremità apicale della recessione o recessione associata ad una malposizione dentaria (rotazione, estrusione, vestibolarizzazione).



RECESSIONE DI CLASSE III DI MILLER



RECESSIONE DI CLASSE III DI MILLER



RECESSIONE DI CLASSE IV DI MILLER

IV classe di Miller: perdita ossea o dei tessuti molli interprossimali apicale alla estremità apicale della recessione.

Nelle recessioni appartenenti alle classi I e II di Miller è possibile ottenere con la chirurgia una ricopertura radicolare completa; per quanto riguarda la classe III e classe IV si ottengono rispettivamente risultati di ricopertura radicolare parziale e nulla.

MATERIALI E METODI

Le tecniche chirurgiche di ricopertura della superficie radicolare esposta sono diverse e in letteratura ne vengono proposte continuamente di nuove. Le principali sono:

- **Lembo posizionato coronalmente con incisioni di rilascio.**

Presentata da Harvey nel '65 e modificata da Allen e Miller nel 1989, questa tecnica è di semplice applicazione e può essere applicata a recessioni singole e multiple. Per essere eseguita è necessario avere gengiva cheratinizzata adeguata in spessore (1 mm) ed altezza (3 mm) apicalmente alla superficie radicolare esposta. L'altezza della recessione viene riportata con 1 mm di eccesso sulle papille adiacenti partendo dal vertice, da qui partono le incisioni che possono essere diverse a seconda del tipo di disegno

OLTRE ALLO SPAZZOLAMENTO CI SONO ALTRI POSSIBILI FATTORI EZIOLOGICI COME LA PRESENZA DI PIERCING SULLE LABBRA O LO SFREGAMENTO SULLA GENGIVA DI MATITE O ALTRI OGGETTI

del lembo (incisioni orizzontali di 3 mm e verticali poco divergenti in caso di lembo trapezoidale, incisioni oblique divergenti nella variante triangolare) unite fra loro da un'incisione intrasulcolare; le papille chirurgiche così disegnate vengono scollate a spessore parziale mentre lo scollamento del tessuto apicale alla radice esposta è a spessore totale fino a 2 mm oltre la linea mucogengivale. Per ottenere un buon risultato estetico le incisioni di rilascio sono superficiali senza coinvolgimento del periostio, in questo modo si evitano sgradevoli cicatrici; la porzione più apicale del lembo viene scollata con la lam del bisturi a spessore parziale per eliminare ogni trazione muscolare. Le superfici radicolari esposte vengono levigate ed eventualmente trattate con EDTA al 24% per 2 minuti; segue la disepitelizzazione della base e del vertice delle papille anatomiche e la sutura che ancora le papille chirurgiche sulle papille anatomiche con conseguente spostamento coronale del lembo.

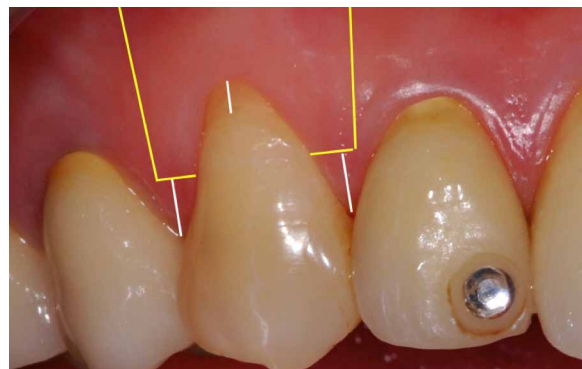
• **Lembo posizionato coronalmente senza incisioni di rilascio.**

Particolarmente indicata nelle recessioni multiple, differisce dalla tecnica con incisioni di rilascio per il particolare disegno del lembo che permette di essere spostato coronalmente grazie ad un movimento di rotazione. Per fare ciò è necessario individuare un centro di rotazione che normalmente corrisponde al canino, se questo non fosse interessato dalla recessione il centro di rotazione sarà il dente con la recessione più profonda; in caso di recessioni multiple simmetriche rispetto alla linea mediana con interessamento profondo degli incisivi centrali i centri di rotazione saranno questi ultimi. La misura della recessione del centro di rotazione viene riportata con lieve eccesso (1 mm) sui margini gengivali dello stesso partendo dai vertici delle papille distale e mesiale; le recessioni mesiali al centro di rotazione vengono a loro volta misurate e riportate con 1 mm di eccesso sul margine gengivale mesiale; i punti individuati sui margini gengivali vengono congiunti tramite incisioni oblique con il vertice della parabola

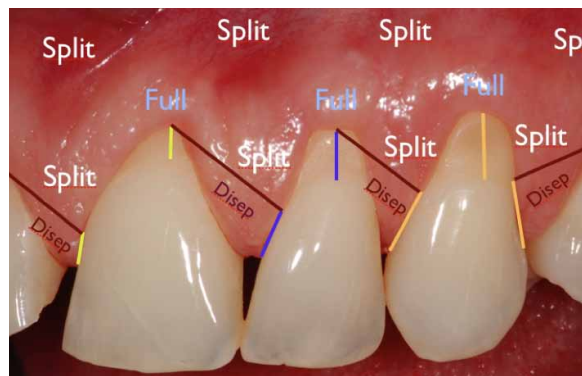
la gengivale del dente immediatamente mesiale. Allo stesso modo le recessioni distali al centro di rotazione vengono misurate e riportate maggiorate di 1 mm sui margini distali, da qui parte un'incisione tangente la parabola del dente distale sul suo vertice. I punti di arrivo e partenza di queste incisioni diagonali vengono collegati da incisioni intrasulcolari. Analogamente alla tecnica con incisioni di rilascio verticali il lembo viene scollato a spessore misto e le papille chirurgiche suture sulle papille anatomiche disepitelizzate, previa preparazione delle superfici radicolari esposte.

• **Lembo posizionato lateralmente.**

Tecnica introdotta da Grupe e Warren nel 1955, modificata da Staffileno nel 1964 e ancora da Grupe nel 1966; Zucchelli nel 2004 propone di cambiarne la denominazione con la più appropriata "lembo a spostamento laterale e coronale". Questo tipo di lembo viene eseguito quando apicalmente alla recessione non è presente tessuto cheratinizzato mentre al contempo questo è abbondante (6 mm in altezza con larghezza pari a tre volte l'estensione della recessione da coprire) mesialmente o distalmente al sito da trattare. Viene normalmente utilizzata per trattare recessioni singole a livello degli incisivi inferiori e delle radici mesiali dei primi molari. Il sito ricevente viene preparato attraverso la disepitelizzazione dell'area romboidale delimitata da quattro incisioni: dall'intersezione del margine gengivale con la linea amelocementizia un'incisione perpendicolare al margine che si estende per 3 mm, in continuità con questa una seconda incisione forma un angolo ottuso e decorre parallelamente al margine della recessione fino al fornice vestibolare, da qui una nuova incisione parallela alla prima risale fino all'altra intersezione tra gengiva e linea amelocentizia e infine un'incisione intrasulcolare completa al delimitazione dell'area; come nelle tecniche precedenti la superficie radicolare viene preparata meccanicamente e chimicamente e le papille anatomiche vengono disepitelizzate. Il sito donatore è invece costituito da un lembo trapezoidale determinato da un'incisione



LEMBO POSIZIONATO CORONALMENTE CON INCISIONI DI RILASCIO



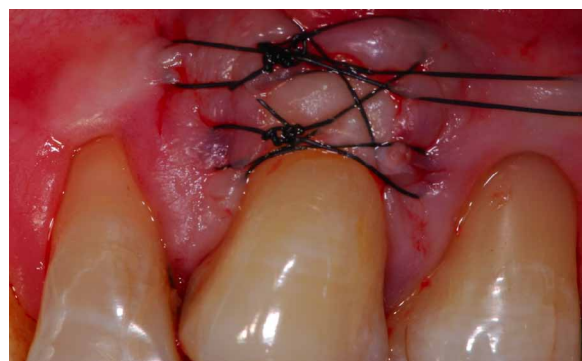
LEMBO POSIZIONATO CORONALMENTE SENZA INCISIONI DI RILASCIO



LEMBO POSIZIONATO LATERALMENTE



TECNICHE BILAMINARI



INNESTO GENGIVALE

arcuata paramarginale che si collega con la terza incisione del sito ricevente, da un'incisione verticale leggermente convergente alla precedente e da una piccola incisione perpendicolare che ha lo scopo di sottominare e mobilizzare il lembo; quest'ultimo viene scollato a spessore parziale o, se molto sottile, a spessore misto (parziale nel terzo più distante dalla recessione, totale nei due terzi adiacenti ad essa, per non lasciare l'osso esposto durante la guarigione) e, tramite suture che lo affrancano alle papille disepitelizzate, spostato lateralmente e coronalmente fino alla completa copertura della recessione.

- **Tecniche bilaminari.** Le tecniche di innesto di tessuto connettivo possono essere utilizzate in caso di mancanza o carenza di tessuto cheratinizzato ai margini della recessione o nel caso in cui non si possa mobilizzare il lembo coronalmente. Esse sono dette bilaminari perché l'innesto riceve irrorazione da due fronti, periostale e dal versante interno del lembo. L'innesto di tessuto connettivale può essere utilizzato in combinazione con i lembi a spostamento coronale (con la differenza che in questo caso lo scollamento del lembo avviene a spessore parziale anche apicalmente alla recessione). Usato in associazione con un lembo spostato l'innesto viene coperto totalmente. Al contrario nei lembi a busta o a tunnel tessuto innestato viene lasciato parzialmente esposto. Il lembo a busta prevede la sola incisione



intrasulculare e lo scollamento a mezzo spessore con la lama del bisturi per la preparazione di un letto vascolare per l'innesto connettivale. La tecnica a tunnel è un'estensione della precedente per le recessioni multiple dove le papille comprese fra due recessioni vengono lasciate intatte e semplicemente sottominate grazie a piccoli scolatori o appositi tunnellizzatori. In entrambe le tecniche l'innesto una volta posizionato deve, durante il processo di guarigione, sviluppare nuove anastomosi vascolari con il letto ricevente; perché questo accada la porzione di innesto esposta deve essere inferiore rispetto a quella coperta dal lembo con un rapporto che la letteratura non ha ancora definitivamente stabilito ma che comprende fra 2:1 (Langer & Langer 1985) e 11:1; altra condizione necessaria affinché l'innesto non vada incontro a necrosi è che la sutura assicuri l'affrancamento diretto e stabile dell'innesto con le superfici irroranti.

- **Innesto gengivale.** Questa tecnica prevede il prelievo di tessuto cheratinizzato epiteliocnettivale da una sede e l'applicazione in un sito diverso. La principale indi-

cazione riguarda il trattamento di recessioni gengivali di III e IV classe dell'arcata inferiore e l'aumento in altezza e spessore del tessuto cheratinizzato linguale in modo da facilitare il controllo della placca da parte del paziente. Essa è l'ultima scelta delle tecniche di ricopertura radicolare in quanto la prevedibilità di ricopertura radicolare completa è scarsa e il risultato estetico risulta insoddisfacente a causa dell'irregolarità che si viene a creare a livello della linea mucogengivale ma è una tecnica estremamente valida qualora sia come obiettivo principale l'aumento della quota di gengiva cheratinizzata.

RISULTATI

I risultati ottenuti mediante le tecniche convenzionali di chirurgia plastica parodontale nel trattamento delle recessioni gengivali confermano la validità del lembo posizionato coronalmente e la maggiore efficacia dell'innesto per aumentare contestualmente la quantità di gengiva cheratinizzata. Negli ultimi anni alcune revisioni sistematiche riportano che l'utilizzo di amelogenine in associazione al lembo posizionato coronalmente promuove la formazione di tessuto cheratinizzato e aumenta le possibilità di ricopertura radicolare. L'utilizzo di un innesto connettivale inoltre aumenta significativamente le possibilità di ricopertura radicolare completa. I migliori risultati in termini di ricopertura radicolare che sono stati ottenuti in letteratura sono quelli di cui parliamo qui di seguito.

Tecnica	Recessioni singole (%)	Recessioni multiple (%)
Lembo posizionato coronalmente con incisioni di rilascio	98,60 (De Sanctis, 2007)	89,30 (Zucchelli, 2009)
Lembo posizionato coronalmente senza incisioni di rilascio	-	97,27 (Zucchelli, 2009)
Lembo posizionato laterocoronalmente	97,00 (Zucchelli, 2004)	-
Lembo posizionato coronalmente + innesto connettivale	97,30 (Zucchelli, 2003)	96,70 (Carvalho, 2006)
Lembo posizionato lateralmente + innesto connettivale	97,20 (Harris, 2005)	-
Lembo bipapillare + innesto connettivale	97,60 (Harris, 2002)	95,60 (Harris, 2005)
Innesto connettivale con tecnica a busta	95,54 (Abundo, 2009)	-
Innesto connettivale con tecnica a tunnel	-	96,40 (Tozum, 2005)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La letteratura scientifica propone una serie di tecniche finalizzate alla correzione dei difetti mucogengivali. I risultati pubblicati da diversi autori confermano che soprattutto le recessioni corrispondenti alle classi I e II di Miller possono essere corrette con una notevole predicibilità. Non bisogna però dimenticare che i criteri oggettivi utilizzati dal clinico per “misurare” il risultato ottenuto non sempre corrispondono con il giudizio soggettivo del paziente. Non è infatti da escludere che un paziente che presenti una recessione gengivale in un settore esteticamente rilevante (incisivi superiori) sia intenzionato a correggere chirurgicamente tale difetto; in questo caso non sussiste indicazione al trattamento. Dall'altra parte vi sono pazienti con alte aspettative dal punto di vista estetico che a fronte di recessioni risolte con copertura totale della superficie radicolare esposta si dichiarano insoddisfatti magari per una lieve asimmetria del profilo del margine gengivale rispetto all'elemento dentario controlaterale. Allo stesso modo la copertura parziale di una recessione potrebbe essere considerata un successo se contribuisse a ripristinare la simmetria dei profili parabolici di un sorriso. Ne consegue che la conoscenza da parte dell'odontoiatra delle tecniche chirurgiche pubblicate in letteratura e dei risultati ottenibili a seconda del tipo e della sede della recessione siano da mettere in relazione con le aspettative e la motivazione del paziente.

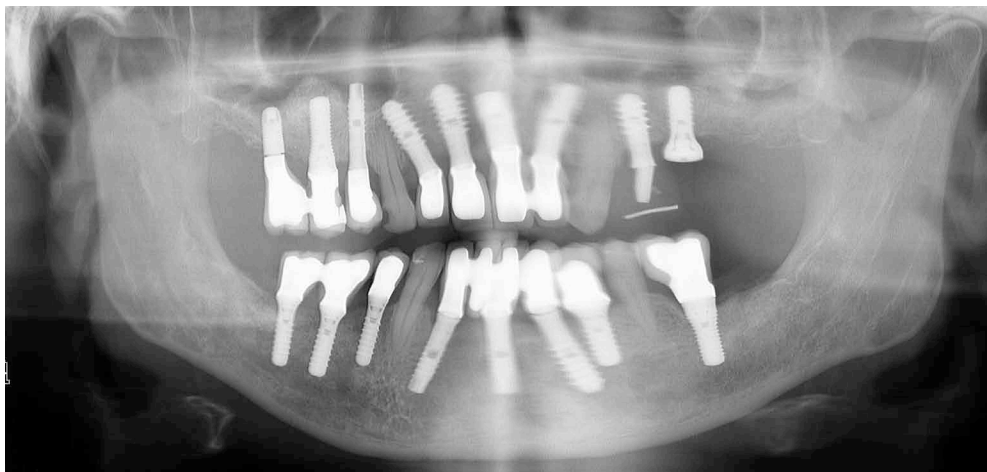
BIBLIOGRAFIA

- Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985a;5(2):9-13.
- Chambrone LA, Lima LA. Root coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects (Review). *Cochrane database Syst Rev* 2009 Apr 15(2).
- De Sanctis M, Zucchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: Three-year results. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 262-268.
- Montebugnoli L, De Sanctis M. Coronally advanced flap with and without vertical releasing incisions for the treatment of multiple gingival recessions: A comparative controlled randomized clinical trial. *J Periodontol* 2009; 80: 1083-1094.
- Chambrone LA, Chambrone L. Treatment of Miller Class I and II localized recession defects using laterally positioned flaps: A 24-month study. *Am J Dent* 2009; 22: 339-344.
- Zucchelli G, Cesari C, Amore C, Montebugnoli L, De Sanctis M. Laterally moved, coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession type defects. *J Periodontol* 2004; 75: 1734-1741.
- Cortellini P, Tonetti M, Baldi C, Francetti L, Rasperini G, Rotundo R, Nieri M, Franceschi D, Labriola A, Pini Prato GP. Does placement of a connective tissue graft improve the outcomes of coronally advanced flap for coverage of single gingival recessions in upper anterior teeth? A multi-centre, randomized, double-blind, clinical trial. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 68-79.
- Zucchelli G, Amore C, Montebugnoli L, De Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession type defects. *J Periodontol* 2003; 69: 138-145.
- Pini Prato GP, Cairo F, Nieri M, Franceschi D, Rotundo R, Cortellini P. Coronally advanced flap versus connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recessions: a split-mouth study with a 5-year follow-up. *J Clin Periodontol* 2010; 37: 644-650.
- Agudio G, Nieri M, Rotundo R, Cortellini P, Pini Prato GP. Free gingival grafts to increase keratinized tissue: a retrospective long-term evaluation (10 to 25 years) of outcomes. *J Periodontol* 2008; 79: 587-594.
- Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol* 2000; 71: 1506-1514.
- Zucchelli G, De Sanctis M. The coronally advanced flap for the treatment of multiple recession defects: a modified surgical approach for the upper anterior teeth. *J Int Acad Periodontol* 2007 Jul; 9(3): 96-103.

kuraray

Risonanza Magnetica Nucleare

Con impianti endossei e restauri protesici?



di **Bruno Briata, Odontoiatra**
e **Beatrice Tagliaferri, Radio-**

Agli odontoiatri vengono spesso rivolte domande su quali problemi, in caso di Risonanza Magnetica Nucleare, potrebbero insorgere per la presenza nel cavo orale di manufatti metallici quali protesi, apparecchi ortodontici, impianti, restauri in amalgama d'argento.

A porre le domande generalmente sono i pazienti, preoccupati per ipotetici danni a tali manufatti, o sono i radiologi, preoccupati per eventuali artefatti nella R.M.N..

Ad aumentare la confusione talvolta contribuiscono colleghi che attribuiscono insuccessi implantari ai suddetti esami, oppure radiologi che, probabilmente preoccupati per eventuali conseguenze medico-legali, chiedono un parere scritto da parte dell'odontoiatra prima di effettuare l'esame. Ci è capitato il caso di un paziente a cui non fu effettuata la R.M.N. al ginocchio perché, due settimane antecedenti la data dell'esame, venne sottoposto ad intervento di chirurgia implantare!

Vediamo dunque di individuare gli elementi di certezza che derivano dall'analisi della letteratura internazionale.

Per quanto riguarda la possibilità di danni al paziente portatore di

impianti si può affermare che non esiste nessun pericolo in quanto:

"I risultati dei nostri test su manufatti implantari indicano che la loro presenza nell'organismo umano è sicura per i pazienti sottoposti a procedure di risonanza magnetica"⁽¹⁾⁽⁴⁾

Se invece la preoccupazione riguarda gli impianti, anche in questo caso non c'è ragione:

"Impianti Branemark System sono stati testati: i risultati indicano che gli impianti non sono influenzati quando vengono esposti a R.M.N."⁽²⁾

E ancora :

"le nostre misurazioni mostrano che l'aumento di temperatura, negli impianti in pazienti sottoposti a R.M.N. è di 0,4 gradi centigradi"⁽³⁾

Con questo possiamo concludere che la presenza di impianti endossei non costituisce un problema per quanto riguarda gli impianti stessi in caso di Risonanza Magnetica Nucleare.

Riguardo invece a eventuali artefatti, in caso di R.M.N. nella regione della testa e del collo (nelle altre zone non sono rilevanti), bisogna dire che gli impianti e in genere i perni monconi sono in titanio, dunque amagnetici, per cui non dovrebbero influire sulla validità dell'esame.^(2,3)

Discorso diverso è quello degli ar-

PER QUANTO
RIGUARDA
LA POSSIBILITÀ
DI DANNI AL PAZIENTE
PORTATORE DI IMPIANTI
SI PUÒ AFFERMARE
CHE NON ESISTE
NESSUN PERICOLO.
E NEMMENO
AGLI IMPIANTI

tefatti che possono essere determinati da splint chirurgici o da impianti a lama.⁽¹⁾

Un problema si pone invece rispetto agli attacchi magnetici che alcuni odontoiatri, utilizzano per collegare, nelle overdenture, gli impianti alla protesi rimovibile. Questi attacchi possono essere causa di artefatti e dovrebbero essere rimossi prima dell'esame, anche per evitare la possibile demagnetizzazione degli stessi.⁽²⁾

Uno studio del 2009 ha rilevato come il 78% degli artefatti siano dovuti ad apparecchi ortodontici, solo il 18% a impianti in titanio e solo il 4% a corone in metallo.⁽⁵⁾

Da questo studio emerge dunque l'indicazione a rimuovere gli apparecchi ortodontici fissi prima di effettuare R.M.N. dell'encefalo o del collo.

Ad tutt'oggi l'unica raccomandazione che ci sentiamo di rivolgere ai nostri pazienti è di prevedere la rimozione temporanea dell'apparecchio ortodontico fisso al fine di garantire il buon esito dell'esame.

Nessun problema si pone invece per Invisalign e per eventuali apparecchi mobili, sia in caso di trattamento ortodontico, sia in caso di riabilitazioni con protesi mobili totali che vanno semplicemente tolte durante l'esecuzione dell'esame.

BIBLIOGRAFIA

Hubalkova H et al. Dental materials and magnetic resonance imaging. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2002, 10(3):125-130
Devge C et al. Magnetic resonance imaging in patients with dental implants: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997, 12(3):354-359



La comunicazione con il paziente bambino e adolescente vista dall'assistente di studio odontoiatrico

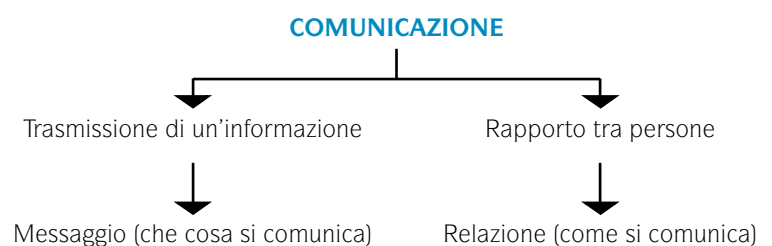
di Francesca Germinaro, Aso
e Federica Demarosi, Odontoiatra

Uno degli aspetti più importanti e complicati della professione odontoiatrica e, più in generale, della professione medica è la comunicazione tra il medico, la sua équipe e il paziente. Comunicazione che diventa ancora più complessa e difficile quando il paziente è un bambino o un adolescente. Questo studio si pone l'obiettivo di descrivere i principi che regolano la comunicazione rivolgendo particolare attenzione a quella con il bambino o adolescente e con i genitori. Infatti, l'odontoiatra e i suoi collaboratori che si accingono a curare il piccolo paziente, devono sapere entrare in contatto con quest'ultimo ma anche e soprattutto con i genitori o con la persona adulta che accompagna il bambino in studio.

I PRINCIPI CHE REGOLANO LA COMUNICAZIONE

La comunicazione può essere definita come l'atto di trasmettere qualcosa a qualcuno. Quindi il termine indica da un lato la trasmissione di un'informazione e dall'altro un

rapporto tra persone. I protagonisti del processo comunicativo sono l'emittente che è colui che dà l'informazione, il ricevente/destinatario cioè colui che riceve l'informazione e il messaggio che è il contenuto dell'informazione.



IL PAZIENTE BAMBINO/ADOLESCENTE NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

L'odontoiatria pediatrica (pedodonzia) è una delle branche dell'odontostomatologia che richiede molta attenzione alla psicologia del paziente; troppo spesso, infatti, le paure dei bambini di fronte alle cure dentali sono sottovalutate o affrontate dagli operatori in modo superficiale e, certamente, nella conquista del piccolo paziente un ruolo fondamentale spetta proprio all'assistente. Infatti, solitamente, i bambini che si recano per la prima volta in uno studio odontoiatrico sono intimoriti perché entrano in contatto con una realtà che non conoscono; questa "paura" iniziale può però essere serenamente superata grazie al sostegno dell'odontoiatra, dell'assistente e dei genitori.

L'ETÀ

La frequente mancanza di collaborazione dei piccoli pazienti può derivare da molteplici fattori di cui l'età è la prima variabile da tenere in considerazione; infatti, è evidente che i bambini al di sotto dei quattro anni non collaborano, si stancano facilmente, hanno bisogno di molte pause e raramente ubbidiscono alle indicazioni dell'odontoiatra o dell'assistente.

Dopo i quattro anni l'odontoiatra e l'assistente possono cercare la collaborazione del bambino spiegando quello che sarà fatto e motivandolo a collaborare. Utilizzando un linguaggio e una gestualità appropriati è raro non trovare la collaborazione e l'interesse da parte del bambino.

La "non collaborazione" di solito deriva da un'esperienza odontoiatrica precedente negativa, come ad esempio aver subito l'estrazione di un dente deciduo senza essere stato adeguatamente preparato, aver assistito a trattamenti odontoiatrici dolorosi subiti da un familiare o semplicemente aver ricevuto delle informazioni inadeguate da parte dei genitori (un genitore che ha paura del dentista può anche involontariamente trasmettere al figlio la stessa paura).



L'APPUNTAMENTO

Quando si programma il primo appuntamento, bisogna innanzitutto accertarsi che il bambino non sia particolarmente stanco o non sia in un giorno della settimana in cui debba rinunciare ad altro (sport, giochi, festa di un amico).

L'ora dell'appuntamento deve essere scrupolosamente rispettata affinché il bambino non sia obbligato a restare in sala d'attesa per molto tempo. Comunque, la sala d'attesa deve essere confortevole, avere colori vivaci e prevedere un angolo dedicato ai bambini con sedie e poltroncine a loro misura, giochi e libri colorati.

L'assistente gioca un ruolo fondamentale sin dal primo approccio, infatti è suo il compito di accogliere il bambino quando arriva per la prima volta nello studio, con simpatia e allegria, distraendolo dalle sue preoccupazioni, cercando di fare subito amicizia e conquistare la fiducia.

L'AMBIENTE

Il primo aspetto da considerare nella cura del piccolo paziente è valutare se il bambino sia mai entrato prima in uno studio odontoiatrico; in occasione della prima visita, il bambino viene a trovarsi in un ambiente totalmente nuovo e sconosciuto con persone e strumenti a lui completamente ignoti.

Di conseguenza, il bambino si trova a disagio in quanto in un ambiente

totalmente diverso da quelli a cui è abituato e la sensazione di paura nasce semplicemente dal disorientamento e dal non conoscere ciò che lo circonda.

Compito dell'assistente non è solo mettere a proprio agio il bambino, spiegandogli il significato di ciò che lo circonda e rispondendo pazientemente ad ogni sua domanda ma anche comunicare continuamente con lui, dandogli la sensazione di non sentirsi mai solo. È forse inutile sottolinearlo, ma il bambino non va mai lasciato solo in poltrona; se l'assistente ha necessità di allontanarsi anche solo per un momento, deve lasciare un'altra persona o portare il bambino con sé. Se il bambino trova un ambiente "amico" e "compagnia" raramente chiede di andarsene o cerca il genitore.

L'assistente ha quindi il compito di far familiarizzare il piccolo paziente con il nuovo ambiente. Qualche esempio? il bambino sa di essere seduto su una poltrona che si muove come una giostra, scopre che il tubo radiogeno è una macchina che fotografa i suoi dentini, tocca gli aspiratori che allontanano la sua saliva, guarda i suoi denti attraverso lo specchietto...

L'assistente deve essere gentile e comprensiva, capire i suoi timori, rassicurarlo sull'assenza di dolore, insomma, creare intorno a lui un ambiente accogliente e sereno, in modo da ben disporlo alla visita dell'odontoiatra.

COMPITO
DELL'ASSISTENTE
NON È SOLO METTERE
A PROPRIO AGIO
IL BAMBINO, SPIEGANDOGLI
IL SIGNIFICATO DI CIÒ CHE
LO CIRCONDA,
MA ANCHE COMUNICARE
CONTINUAMENTE
CON LUI

Un altro aspetto che l'assistente deve considerare quando introduce per la prima volta un bambino nello studio odontoiatrico sono i rumori. Il bambino deve trovarsi in un ambiente rilassato e tranquillo, privo di rumori o con una musica di sottofondo. Tutti i suoni caratteristici degli strumenti odontoiatrici (aspiratori, strumenti rotanti) devono essere appresi ad uno ad uno spiegandone il significato.

In questo modo il bambino non solo assocerà all'ambiente i rumori ma vorrà egli stesso provare ad attivare quei suoni che invece di essere fonte di paura sono diventati motivo di divertimento.

Questa fase iniziale del rapporto tra bambino e mondo odontoiatrico riveste un'importanza fondamentale perché è proprio in questi momenti che si conquista quella fiducia che permetterà di eseguire le manovre terapeutiche e rappresenta la premessa a un rapporto medico-paziente duraturo nel tempo.

Solo dopo aver fatto ambientare il bambino, l'odontoiatra può iniziare a visitarlo o, se necessario, iniziare la cura.

La prima visita deve essere sempre un momento assolutamente a-traumatico.

Nei casi più difficili il primo incontro può limitarsi a far ambientare il bambino e la visita vera e propria va rimandata a un altro giorno.

Questo accorgimento, anche se apparentemente può sembrare una perdita di tempo, è invece il modo migliore per far guadagnare tempo nelle sedute successive quando il bambino, conoscendo già l'ambiente e le persone, sarà più rilassato e accetterà di sottoporsi alla visita odontoiatrica.

I GENITORI

Esistono in letteratura numerose osservazioni che comprendono e riassumono le tipologie dei genitori che più frequentemente possono interferire con il lavoro dell'odontoiatra.

In base al loro comportamento nello studio dentistico, si possono distinguere diversi "tipi" di genitori. Tali tipologie si rendono evidenti soprattutto nelle fasi iniziali del rapporto con l'odontoiatra, quando peraltro il rischio di interruzione

della terapia è più elevato e i possibili errori di comprensione dell'odontoiatra sono più frequenti.

Ci sono i diffidenti, gli impazienti, gli ansiosi, i controllori, gli aggressivi, i protettivi, i passivi.

Prima di prenderli in esame e di descrivere quale conseguenza la tipologia di genitore ha sul bambino, va precisato che molto spesso ci si trova di fronte ai cosiddetti tipi "misti", con caratteristiche che rientrano in due o più gruppi.

La presenza dei genitori durante il trattamento è necessaria per i bambini fino ai quattro anni perché dà sicurezza, specialmente durante le prime sedute.

Per i bambini al di sopra dei quattro anni il genitore, invece, specie se ansioso, può disturbare il contatto tra operatori e bambino, che si rivolge a lui per essere consolato nel tentativo di attirare la sua attenzione, distraendo e interrompendo il lavoro dell'odontoiatra e dell'assistente.

FUNZIONI COMUNICATIVE PIÙ IMPORTANTI NEL RAPPORTARSI CON IL PAZIENTE BAMBINO O ADOLESCENTE

Quando il bambino è seduto per la prima volta sulla poltrona odontoiatrica assume una grande importanza la comunicazione non verbale, attraverso carezze sulla guancia, piccole "pacche" sulla spalla, che trasmettono sicurezza e permettono agli operatori di entrare in sintonia con lui.

Questo vale soprattutto per i bambini in età prescolare: l'assistente e l'odontoiatra devono stabilire prima un contatto di tipo fisico e, successivamente, uno di tipo verbale con frasi semplici.

In un secondo momento, si può seguire la tecnica del "tell-show-do" ossia dire-mostrare-fare, che consiste nello spiegare al bambino quale sarà la procedura adottata, nel mostrargli tutti gli strumenti che verranno utilizzati, nell'illustrare con

L'APPROCCIO DELL'ASSISTENTE AL PICCOLO PAZIENTE

FASE PREOPERATIVA

Accogliere il bambino in sala d'attesa con simpatia e allegria.

Conquistare l'amicizia e la fiducia del bambino parlando di giochi, amici, sport, scuola, ecc., distraendolo dal pensiero per cure odontoiatriche. Per distrarlo usare anche libri, disegni, ecc.

Far visitare al bambino lo studio per familiarizzare con l'ambiente. Il tutto deve essere vissuto come un gioco.

Far precedere la prima visita da un colloquio con i genitori per spiegare l'ambiente e le procedure al fine di superare le loro preoccupazioni.

Comunicare preventivamente all'odontoiatra le impressioni ricevute dal primo contatto con bambino e genitori e pianificare un approccio personalizzato che tenga conto di eventuali specifiche problematiche psichiche e/o fisiche.

Assistere l'odontoiatra durante la prima visita e compilare la cartella clinica contribuendo costantemente con racconti e spiegazioni, alla creazione di un clima disteso e sereno.

FASE OPERATIVA

In caso di bambini in età scolare, ove possibile, evitare la presenza dei genitori dopo la prima visita.

Assistere l'odontoiatra durante la terapia, collaborando alla costante "conquista psicologica" del paziente. Distrarre il bambino raccontando favole, storie, ecc.

Coinvolgere e responsabilizzare il bambino consentendogli di aiutare l'equipe.

Evitare sempre al bambino la vista di strumenti particolari (aghi, siringhe) ed evitare l'uso di vocaboli che possano spaventarlo (sangue, ferita, trapano).

Congedare il bambino e i genitori con le raccomandazioni del caso, rafforzando la motivazione all'igiene e alle visite di controllo.

esattezza il procedimento ed eseguirlo così come è stato spiegato e mostrato. Tale approccio ridurrà l'ansia del bambino legata al non sapere quello che sta per accadere e alla paura di non riuscire a controllare la situazione. Al bambino, inoltre, deve essere consentito di aiutare gli operatori durante la cura, oppure di tenere in mano qualche strumento come l'aspiratore o lo specchietto: in tal modo si sente coinvolto e responsabilizzato, collabora volentieri e vive l'esperienza odontoiatrica come un gioco.

Inoltre, è assolutamente vietato intimorire il bambino facendogli ad esempio vedere strumenti affilati o appuntiti, facendogli sentire rumori non piacevoli, ad esempio la turbina o gli aspiratori, a lui sconosciuti o utilizzando un linguaggio non appropriato. Sono assolutamente da evitare vocaboli quali "sangue, siringa, taglio, dolore, ago" perché possono solo spaventarlo.

Ad ogni strumento va assegnato



un nome che il bambino accetta facilmente e senza timore come ad esempio "camomilla" per l'anestesia, "cucchiaio" per l'escavatore, "doccia" per la turbina.

La seduta operativa deve essere il più breve possibile e comunque va interrotta con numerose pause durante le quali si comunica con il bambino distraendolo con argomenti piacevoli come ad esempio cosa riceverà per Natale, compleanno, come si vestirà a carnevale, cosa mangerà a merenda, dove andrà in vacanza.

La seduta operativa va inoltre suddivisa in tante brevi fasi, così il bambino sa che non dovrà sopportare quella situazione stressante per

un tempo infinito ma, ad esempio, solo fino a che avrà contato fino a cinque o dieci. Talvolta, può essere utile che l'assistente racconti una fiaba o inventi un racconto durante il trattamento: in questo modo l'attenzione del bambino sarà rivolta altrove e la paura passerà in secondo piano.

Un altro espediente che l'assistente può utilizzare per distogliere il paziente dalle sue preoccupazioni è fargli eseguire un disegno prima delle cure; in tal modo il bambino sposta la sua attenzione verso un'attività piacevole. Inoltre, il ringraziamento dell'odontoiatra per il disegno ricevuto costituisce per il bambino una motivazione in più per collaborare.

BIBLIOGRAFIA

1. V. Cortesi Ardizzone. "L'assistenza nello studio odontoiatrico". Masson s.p.a. Milano, 2006
2. J.P. Fortier, Ch. Demars. "Pedodonzia". Masson s.p.a. Milano, 1984
3. W.Pasini, A. Haynal. "Psicologia odontoiatrica". Masson s.p.a. Milano, 1992

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici



IL DATORE DI LAVORO
PUÒ VERIFICARE LA
RIACQUISTATA IDONEITÀ
AL LAVORO DEL
DIPENDENTE PRIMA
DI RIAMMETTERLO
IN SERVIZIO

Malattia del dipendente e ripresa lavorativa

di Claudia Melillo

AVVOCATO

studio@studiolegalemelillo.eu

La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 12501 del 19 luglio 2012, ha stigmatizzato il comportamento del datore di lavoro, considerando il medesimo inadempiente, avendo impedito il rientro dalla malattia al lavoratore che aveva certificato la propria guarigione. La condizione di malattia del dipendente costituisce un giustificato impedimento che esclude l'inadempimento dell'obbligo di prestazione lavorativa (art. 2110 c.c.), ma laddove la malattia cessa il lavoratore è tenuto all'adempimento di tale obbligo, per cui sarà inadempiente per *mora credendi* il datore di lavoro che rifiuti ingiustificatamente la prestazione offerta.

Il caso: il dipendente era in malattia da cui era stata attestata un'inedoneità al lavoro inizialmente valutata come permanente.

Il datore di lavoro non aveva adottato un provvedimento di dispensa dal servizio.

Il dipendente, pertanto, si è assentato dal servizio in una condizione di malattia *tout court*. Successivamente la causa della patologia cessa per il miglioramento delle condizioni.

Non avendo il datore di lavoro mai adottato alcun provvedimento di dispensa dal servizio, il datore non doveva assumere al provvedimento di riammissione in servizio per revoca del provvedimento di dispensa, ma semplicemente riammettere il dipendente al lavoro, essendosi riattivato l'obbligo in capo del dipendente della prestazione lavorativa.

Osserva il Giudice il datore di lavoro poteva verificare la riacquistata idoneità al lavoro del dipendente

prima di riammetterlo in servizio, dato che inizialmente era stata certificata la sua permanente inidoneità al servizio da parte dell'azienda sanitaria. Una volta che con visita collegiale medica era stato accertato il miglioramento delle condizioni di salute del dipendente, e quindi la ripristinata idoneità al lavoro, il datore di lavoro non poteva legittimamente rifiutare il rientro al lavoro del dipendente.

Dal caso posto all'attenzione della Corte, si desume il seguente principio di diritto: è inadempiente, per *mora credendi*, il datore di lavoro che rifiuti la prestazione lavorativa del lavoratore il quale, già assente dal lavoro per malattia, chiede di riprendere la sua attività allegando e documentando la cessazione della malattia stessa *ante tempus*.



IPERSENSIBILITÀ DENTINALE

Possibilità e limiti dell'igienista dentale nel suo trattamento

di Alessandra Matassa

IGIENISTA DENTALE
LIBERA PROFESSIONISTA
PROFESSORE A CONTRATTO UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

L'ipersensibilità dentinale è un'affezione di frequente riscontro nella pratica clinica e può essere considerata una vera e propria sindrome dolorosa.

L'American Academy of Endodontics definisce l'ipersensibilità dentinale una reazione dolorosa breve e violenta che insorge su aree di dentina esposta tipicamente in risposta a stimoli chimici, termici, meccanici, osmotici o elettrici, che non può essere spiegata come derivante da altre patologie o difetti dentali.

Questa patologia è destinata a divenire sempre più frequente per motivi legati all'incremento dell'attenzione verso le pratiche di igiene orale domiciliare e professionale, l'abitudine crescente del consumo di bevande acide e la conservazione della dentizione per un periodo più lungo.

Conoscere al meglio questa patologia è fondamentale per poterla individuare e trattare precocemente, evitando così che il suo peggioramento vada ad incidere sulla qualità della vita di chi ne soffre.

Ad un primo approccio si potrebbe ritenere che dell'ipersensibilità si abbiano conoscenze esaurienti, mentre se si approfondisce l'argomento e si valuta in modo critico la numerosa letteratura a disposizione, si capisce come ancora oggi sia valida l'affermazione di Kerebel che nel 1965 la definiva "un piccolo mistero delle biologia".

I dati riguardanti l'ipersensibilità sono spesso incerti e contrastanti. La prevalenza, riferita in una recente revisione sistematica della letteratura, va dal 3 al 98 per cento (1). Questo ampio range è spiegabile dal fatto che negli studi spesso ci sono differenti criteri di selezione del campione e differenti metodi diagnostici. Le percentuali sono più basse se si prende in considerazione la popolazione generale, mentre salgono notevolmente quando il campione è composto da pazienti affetti da malattia parodontale. Le donne sono più colpite degli uomini, si pensa per la maggiore attenzione all'igiene orale, e il picco di insorgenza è tra i 30 e i 40 anni.

Emerge altresì un dato importante: l'ipersensibilità nei giovani adulti è per lo più associata a un aumento della prevalenza di erosione con esposizione dentinale. Nelle persone più anziane, invece, l'ipersensibilità è legata principal-

mente all'esposizione radicolare dovuta a malattia parodontale, soprattutto dopo trattamenti parodontali.

EZIOPATOGENESI

Condizione imprescindibile al manifestarsi dell'ipersensibilità dentinale è l'esposizione della dentina all'ambiente orale. Tale esposizione nel 10 per cento dei casi è dovuta ad anomalie di sviluppo del dente che provocano assenza di giunzione tra smalto e cemento, nei restanti casi è legata essenzialmente a perdita di smalto e recessione gengivale.

La seconda condizione affinché insorga la sintomatologia dolorosa è che la dentina sia permeabile, ossia presenti tubuli pervi sulla sua superficie.

È stato inoltre accertato che nelle zone dove si accusa dolore i tubuli sono otto volte di numero maggiore e con diametro doppio rispetto ai tubuli della dentina non sintomatica (2).

Il meccanismo con cui si realizza la trasmissione dello stimolo doloroso alle terminazioni nervose è stato studiato da molti ricercatori. Ad oggi sono state avanzate diverse teorie, delle quali però nessuna è stata scientificamente accreditata:

- la teoria neuronale
- la teoria di trasduzione odontoblastica
- la teoria dell'infiammazione neurogena
- la teoria idrodinamica

La teoria idrodinamica, enunciata da Brännström nel 1966, è attualmente quella più accreditata. Si basa sul riscontro di liquido nella polpa e all'interno dei tubuli. Tale fluido sarebbe un ultrafiltrato del sangue presente nei capillari pulpari e avrebbe una pressione idrostatica, causata principalmente dalla forza capillare, maggiore di circa 6 mmHg rispetto a quella vigente nel cavo orale. A causa di tale gradiente pressorio sarebbe in continuo scorrimento verso quest'ultimo. Tale flusso centrifugo di liquido interstiziale avrebbe un preciso significato funzionale: proteggere la polpa dal potenziale irritante delle sostanze batteriche che dal cavo orale penetrerebbero, per diffusione, attraverso



so le microfessure smaltee e i tubuli della dentina esposta.

L'applicazione dei diversi stimoli sulla superficie dentinale provocherebbe un rapido spostamento verso l'esterno del fluido tubulare, che a sua volta indurrebbe una dislocazione meccanica, una pressione o uno stiramento dei processi odontoblastici che, essendo circondati da fibre nervose, ne sarebbero eccitati.

Le fibre nervose responsabili dell'insorgenza del dolore dentinale sono di tipo A e costituiscono insieme alle fibre C l'intero sistema nervoso pulpare.

Le fibre di tipo A sono mieliniche, di tipo afferente e il dolore evocato da queste è acuto, penetrante o pungolante, localizzato e transitorio.

Il tipico dolore transitorio che si manifesta in risposta a stimolazione dell'elemento dentario colpito, può essere provocato dall'operatore con l'uso di una sonda o di un getto d'aria allo scopo di registrare la valutazione soggettiva del paziente sulla severità del disturbo e seguirne l'andamento nel tempo.

La diagnosi è talvolta resa difficoltosa dal fatto che tale sintomatologia non differisce da quella descritta in altre affezioni dentali: denti scheggiati, restauri fratturati, processi cariosi, trattamenti restaurativi malfatti, sindrome del dente rotto, psychogenic thoothache.

TRATTAMENTO

Il trattamento dell'ipersensibilità dentinale deve essere finalizzato essenzialmente alla rimozione delle cause scatenanti; questo, però, non risulta fattibile nella maggioranza dei casi.

Il dolore, infatti, ha spesso un'eziologia multifattoriale e quindi risulta difficile, anche con un'accurata anamnesi seguita da un altrettanto scrupoloso esame obiettivo, individuare ed eliminare tutti i fattori coinvolti nella genesi dell'ipersensibilità.

Il paziente dovrà essere istruito e motivato a eseguire una corretta igiene orale domiciliare, utilizzando spazzolini elettrici, dentifrici non abrasivi e collutori per denti sensibili. Particolare attenzione deve anche essere posta alla dieta per evitare un eccessivo consumo di alimenti e bevande acide.

Il trattamento domiciliare spesso è preventivo o di mantenimento e da utilizzare in presenza di lesioni iniziali, demineralizzazioni o trattamenti di supporto. Si basa essenzialmente sull'utilizzo di dentifrici, collutori e gel fluorati. Questi prodotti danno i migliori risultati se usati costantemente e per lunghi periodi.

Il trattamento professionale prevede l'utilizzo di vernici, resine, gel fluorati e laser.

I meccanismi d'azione dei desensibilizzanti sono principalmente due: - inibizione della trasmissione dello

CONOSCERE
AL MEGLIO
QUESTA PATOLOGIA
È FONDAMENTALE
PER INDIVIDUARLA
E TRATTARLA
IN TEMPO E TUTELARE
COSÌ LA QUALITÀ
DELLA VITA
DEL PAZIENTE

stimolo nervoso mediante la modifica dell'eccitabilità delle fibre nervose sensitive dentali

- obliterazione dei tubuli dentinali esposti per impedire il fenomeno idrodinamico responsabile della trasmissione dolorosa.

La riduzione dell'eccitabilità nervosa si ottiene con i sali di potassio. Un aumento in concentrazione di ioni K all'interno della matrice extracellulare che circonda i nervi intradentali causa una riduzione del valore del potenziale di membrana che si traduce in una ridotta sensibilità agli stimoli applicati.

L'occlusione dei tubuli dentinali può essere ottenuta mediante meccanismo diretto o indiretto. Per il primo si utilizzano agenti in grado di penetrare direttamente all'interno dei tubuli dentinali, riducendone le pervietà sino a occluderli (vernici, resine, idrossiapatite, laser). Nel meccanismo indiretto, invece, alcune sostanze reagendo con i



componenti strutturali dei tubuli dentinali, formano complessi insolubili in grado di obliterare il lume del tubulo stesso (fluoruri, ossalato di K, idrossido di Ca, Arginina ecc.).

CONCLUSIONI

A oggi non è possibile indicare un prodotto che rappresenti il gold standard nel trattamento dell'ipersensibilità dentinale. A seconda della severità della sintomatologia si potrà optare per un trattamento domiciliare, professionale o l'associazione

di entrambi. I fattori predisponenti associati alle cause di ipersensibilità devono essere controllati o eliminati educando il paziente a limitare il consumo di cibi e bevande acide e ad avere una corretta tecnica di spazzolamento.

Tra i compiti dell'igienista dentale ci sarà anche quello fondamentale di motivare il paziente a una collaborazione costante e duratura che potrà portare alla riduzione o alla risoluzione della sintomatologia dolorosa.



L'RLI, ULTIMO ARRIVATO, PUÒ ESSERE UTILIZZATO ANCHE PER ESERCITARE O REVOCARE L'OPZIONE PER LA CEDOLARE SECCA E TRASMETTERE I DATI CATASTALI

IL NUOVO MODELLO PER LA REGISTRAZIONE DEI CONTRATTI DI LOCAZIONE

di Anna Botteri
Studio Ass. Cella
Casalone
Commercialisti
e revisori legali

Recentemente, l'Agenzia delle Entrate ha approvato il nuovo modello denominato "Registrazione Locazioni Immobili" (mod. Rli). In tale modello confluiscono tutti gli adempimenti fiscali legati alla registrazione dei contratti di locazione e affitto prima assolti tramite il 'modello 69'.

Ultimo arrivato nella modulistica fiscale, Rli, dunque, serve per chiedere agli uffici dell'Agenzia delle Entrate la registrazione dei contratti di locazione e affitto di beni immobili, comunicare proroghe, cessioni e risoluzioni dei predetti contratti, ma può essere utilizzato anche per esercitare o revocare l'opzione per la cedolare secca e trasmettere i dati catastali dell'immobile locato. Il primo foglio del modello è costituito dal frontespizio che contiene l'informativa sul rispetto della privacy.

Segue il quadro A, suddiviso in tre sezioni: la prima riservata ai dati che identificano il tipo di contratto per la registrazione, la seconda è per gli adempimenti successivi (ad esempio la proroga del rapporto), nell'ultima sezione, infine, trovano



posto le informazioni riguardanti il richiedente la registrazione. Chiude il quadro lo spazio da compilare in caso di presentazione telematica.

Nei quadri B ("Soggetti"), C ("Dati degli immobili") e D ("Locazione ad uso abitativo e opzione/revoca della cedolare secca"), vanno indicati, rispettivamente, i dati del locatore e conduttore, le informazioni relative agli immobili e alle loro pertinenze, gli elementi riguardanti la cedolare secca.

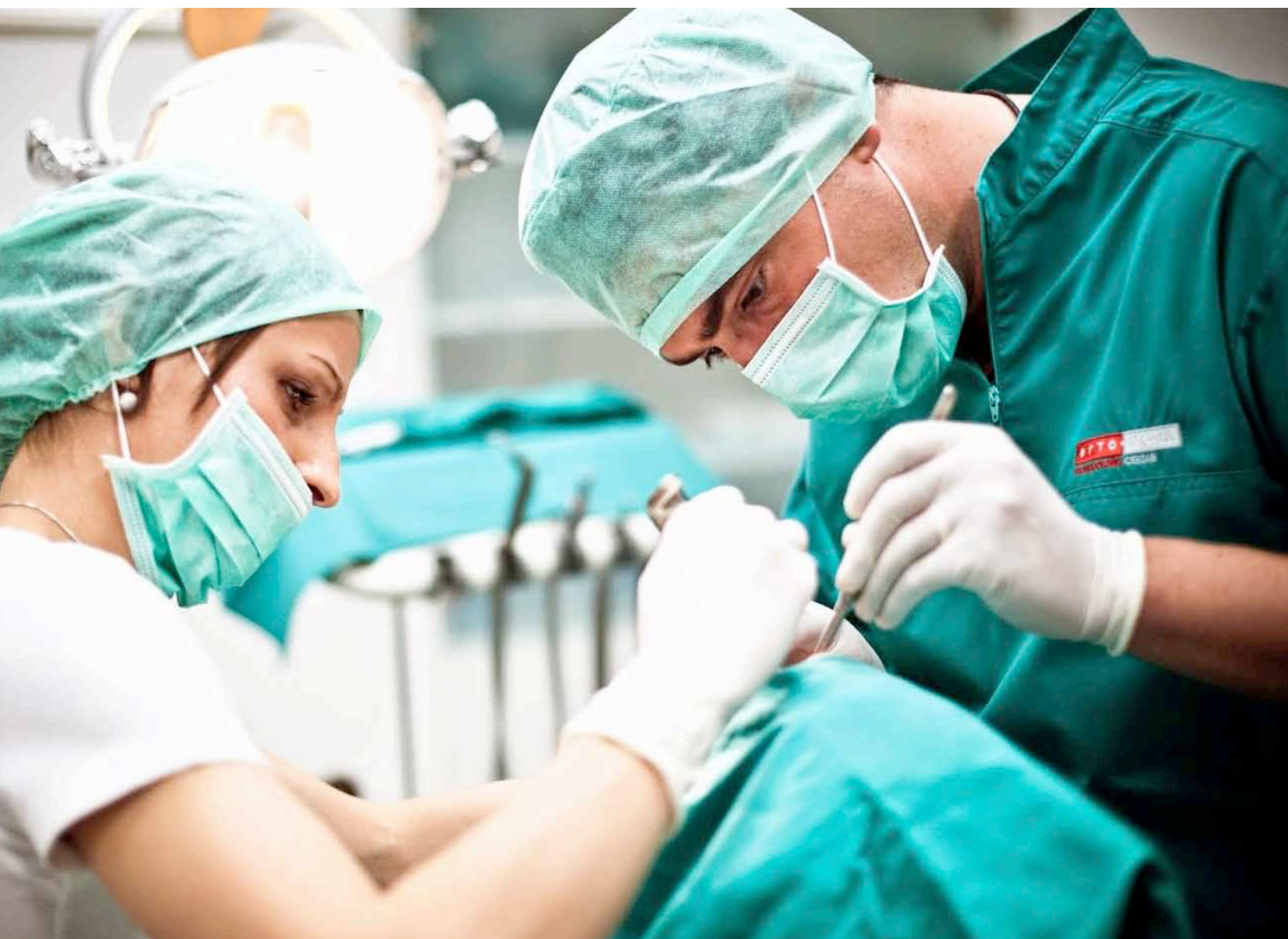
Il modello si scarica gratuitamente dal sito internet dell'Agenzia delle Entrate e si può presentare per via

telematica direttamente o tramite un intermediario abilitato. Non occorre allegare copia del contratto cartaceo firmato tra le parti, nei casi in cui sia i locatori, sia i conduttori non sono più di tre, l'immobile è soltanto uno e le relative pertinenze non sono superiori a tre, gli immobili sono censiti con attribuzione di rendita e infine i firmatari sono persone fisiche che non agiscono nell'esercizio di impresa, arte o professione.

Per la compilazione e la trasmissione del nuovo modello andrà utilizzato l'apposito software, disponibile gratuitamente sul sito dell'Agenzia delle Entrate, che permette inoltre di calcolare automaticamente le imposte da versare in sede di registrazione richiedendo l'indicazione degli estremi del conto corrente per procedere contestualmente all'addebito diretto.

A seguito del versamento on line il contribuente ottiene una ricevuta contenente l'esito del pagamento e della relativa registrazione.

Con il debutto del modello Rli, si muove un passo nella giusta direzione delle semplificazioni amministrative, in termini di procedure più snelle e meno adempimenti preposti a facilitare il rapporto tra contribuenti e Fisco.



di Giulio C.
Leghissa
Odontoiatra

In tempo di crisi quanto preoccupa il “turismo odontoiatrico”?

Si è parlato e si parla molto degli italiani che vanno all'estero per le cure odontoiatriche e molti colleghi hanno visto in questo fatto una preoccupazione ulteriore per la loro professione.

Ma al di là delle chiacchiere, quanto incide questo fenomeno in Italia?

“L'Osservatorio Italiano del turismo del benessere” (vedi Odontoiatria 33 del 18/4/2014) stima in circa 200mila gli italiani che, nel 2013, si sono recati all'estero per cure, ma sono circa 88mila quelli che sono andati per problemi odontoiatrici. Considerando che circa il 60 per cento degli italiani non va dal dentista perché non se lo può permettere, restano circa 24 milioni di cittadini che frequentano gli studi dunque, meno di 100mila andati all'estero non rappresentano una percentuale così preoccupante. Certo potremmo obiettare che quelli che fanno “turismo odontoiatrico” hanno lavori importanti da fare e, dunque, rappresentano un significativo impoverimento del panorama italiano. E allora cominciamo a fare alcune considerazioni:

1 Il vero problema è rappresentato dai circa 40 milioni di cittadini che dal dentista non ci vanno. Questo problema è irrisolvibile con l'odontoiatria privata o, meglio, con l'odontoiatria privata che non vuole avere convenzionamenti con lo Stato. In quasi tutti i Paesi europei le terapie di base (igiene orale, conservativa, endodonzia, ortodonzia, protesi rimovibile...) vengono erogate da dentisti privati ma pagate dallo stato. Ciò significa che il bacino di utenza è enormemente più ampio e che i dentisti continuano a vivere più che dignitosamente poiché, oltre alle cure praticate a prezzi imposti dallo stato (comunque ampiamente sufficienti a fronteggiare le spese e

a campare), vi sono tutte le terapie altamente qualificate (implantologia, protesi fissa, chirurgia ecc.) che sono erogate a tariffe da libera professione.

Ma questo discorso, con tutti gli accorgimenti e gli aggiustamenti necessari per essere adeguatamente impostato in Italia, non ha mai potuto svilupparsi grazie alla miopia delle organizzazioni sindacali odontoiatriche che ritengono che fare sindacalismo significhi difendere le situazioni pregresse in modo ossessivo opponendosi a qualsiasi idea di cambiamento. Anche cadendo nel ridicolo, come quando si erano oppose all'ECM (Educazione continua in medicina) per i professionisti sostenendo che per loro non era obbligatoria, o quando si opposero alla ricevuta sanitaria dettagliata, sostenendo che bastava la dicitura "ciclo di prestazioni specialistiche odontoiatriche" e così via.

2 L'argomento principale contro la pratica del turismo odontoiatrico non è che non ci si può fidare (chi lo dice che gli odontoiatri ungheresi lavorano meno bene di quelli italiani?), ma è che l'odontoiatria richiede un rapporto continuativo e costante con il paziente. La salute orale si basa, prima di tutto, sulla continua sorveglianza delle condizioni, sull'attività di igiene professionale e domiciliare, sulla motivazione e rimotivazione. Sappiamo che la motivazione del paziente decresce rapidamente. "Solo il 30 per cento dei pazienti che ha iniziato questo studio ha mantenuto fino alla fine una valida compliance dopo 3 anni dalla data d'inizio."⁽¹⁾ Tutti sanno che l'unico modo per mantenere la salute di denti, impianti e gengive, è quello di avere pazienti motivati che si sottopongono a sedute regolari di igiene orale (scaling e root planing) e mantengono una buona igiene domiciliare. Perché ciò avvenga è necessario motivare e rimotivare. Non serve assolutamente a nulla fare un buon intervento, mettere impianti, posizionare corone in ceramica e poi non seguire costantemente il paziente aiutandolo e rimotivandolo. Nessun "buon lavoro" durerà nel tempo perché: "L'accumulo di placca batterica produce gengivite"⁽²⁾ e "Con l'avan-

**SI TRATTA
SPESSO DI PAZIENTI
DI ETÀ MEDIO-ALTA
CHE RICHIEDONO
SPECIALE ATTENZIONE
SIA DURANTE
L'INTERVENTO CHIRURGICO
SIA E SOPRATTUTTO
NELLA FASE
SUCCESSIVA**



zare dell'età aumenta la percentuale di soggetti affetti da periodontite cronica distruttiva e oltre i 40 anni il 100 per cento dei soggetti con gengivite presenta periodontite."⁽³⁾ Il risultato è che aumentano i casi di perimplantite e il lavoro fatto viene messo in discussione dalle infezioni e dalla perdita di osso di sostegno. "I pazienti con impianti che rimpiazzano denti perduti a causa di cronica periodontite, dimostrano una più bassa media di sopravvivenza e un maggior numero di complicanze biologiche dei pazienti con impianti che rimpiazzano denti perduti per ragioni differenti dalla periodontite. Quest'analisi si è dimostrata valida durante un periodo di osservazione durato 10 anni."⁽⁴⁾ La perimplantite, che fino a qualche anno fa si presentava come caso sporadico, si presenta oggi, grazie all'enorme numero di impianti posizionati e all'insufficiente opera di mantenimento di una corretta igiene orale, come una complicanza sempre più diffusa. "Dalla letteratura si evince che l'incidenza delle perimplantiti è del 28-56 per cento dei soggetti e del 12-40 per cento degli impianti."⁽⁵⁾

3 Altro elemento importante, per considerare errato il turismo odontoiatrico, è rappresentato dal tempo di guarigione dei tessuti. Il tempo di guarigione e completa maturazione del tessuto osseo e dei tessuti parodontali è lungo, tra i tre e i sei mesi. Come si può pensare di realizzare un manufatto protesico definitivo su impianti posizionati da due/tre giorni? Un conto è parlare di carico immediato, che si realizza nelle prime 48 ore dall'inserimento degli impianti realizzando un provvisorio, altra cosa è cementare un definitivo. Quale sarà, in un secondo momento, il livello di guarigione dei tessuti molli? Quale la forma delle papille interdentali? Se vi saranno delle modificazioni, queste si tradurranno in un rapporto tra protesi e gengiva, e questo improprio rapporto diventerà ricettacolo di residui di cibo e di placca, ponendo le condizioni per l'insorgere della malattia parodontale. Ma non solo. Chi può garantire che tutti gli impianti inseriti andranno bene e si osteointegreranno? Nessuno. E, infatti, nessuno lo garantisce. Se in tutto il mondo c'è una percentuale di perdita degli impianti del 2 o 3 per cento nel primo anno, perché non dovrebbe acca-

attualità

Dal dentista dell'Est per due soldi...

Cure low cost Ogni anno oltre 20 mila italiani vanno da specialisti in Ungheria, Croazia, Romania e Serbia. Risparmiando oltre il 60 per cento. Basta cercare l'intermediario giusto e osservare alcune cautele.

testo e foto di **ALESSANDRO CALDERONI**

C'è chi in bocca ha soltanto i propri denti e chi tra

Capita per esempio sul sito ungherese Topdentista.hu, su quello svizzero Den-



dere la stessa cosa (se non peggio) in Croazia o Ungheria? E chi può dire se l'impianto fallito sarà un intermedio o un pilastro strategico della riabilitazione? Insomma la fretta è nemica del bene e, in questo caso, è premessa per il male e il peggio.

4 Ancora una considerazione: chi si prenderà cura dei manufatti protesici negli anni? Le statistiche ad oggi pubblicate indicano una alta percentuale di problemi nelle soluzioni impianto protesiche: "L'osservazione evidenzia che a 5 anni solo il 61.3 per cento dei pazienti implantati non presenta complicanze. Nell'8.6 per cento

dei casi si riscontra perimplantiti e complicanze ai tessuti molli, nello 0.4 per cento dei casi fratture implantari, nel 7.3 per cento dei casi complicanze alla connessione e nel 14 per cento dei casi complicanze alla sovrastruttura"⁽⁶⁾ Ci si rende conto? Quasi il 50 per cento dei pazienti trattati presentano problemi impianto-protesici entro i primi



Distribuzione Apparecchiature e Prodotti Ausiliari per l'Arte Dentale



CR_01_13

COMPANY WITH
QUALITY SYSTEM
CERTIFIED BY DNV
= ISO 9001 =

De Marco srl • 20133 Milano • Via Tajani, 9
Tel.: +3902719065 • +390270100417 • Fax: +3902733109
demarco@demarco.biz • www.demarco.biz

2014 - Anno del Turismo Dentale a PARENZO
PROMOZIONE LIMITATA a 4 WEEK END
 viaggio a/r, visita e preventivo, hotel 1/2 pensione, HOTEL DIAMANT 4 STELLE.
1° VISITE : TUTTO GRATUITO !!! ALTRI PARTECIPANTI 99.00 EURO

Promozione valida per i seguenti week end : 01 - 02 febbraio / 01 - 02 marzo / 29 - 30 marzo / 26 - 27 aprile

Programma tutto incluso a mezza pensione

venerdì sera : Partenza dall'Italia
SABATO
 ore 7.00 : arrivo in clinica
 ore 15.30 : spostamento in Hotel e pomeriggio libero
 ore 19.30 : cena con cucina e servizio a vista
 ore 21.00 : serata con musica e karaoke
DOMENICA
 ore 7.00 / 10.00 : colazione croata e mediterranea
 ore 12.30 : pranzo libero
 ore 14.00 : rientro in Italia

SERVIZI GRATUITI IN HOTEL

- Cocktail di benvenuto - Utilizzo della piscina coperta - Internet
 - Utilizzo del centro FITNESS, (ampia palestra attrezzata)

SERVIZI EXTRA A 10.00 EURO

Centro benessere che comprende :
 Sauna, Jacuzzi, Aromaterapia, trattamenti relax



BIBLIOGRAFIA

- 1) Checchi et al. "patient compliance ..." J. Clin. Periodont. 1994; 21:309-312
- 2) M. LÖE e Coll. "Experimental.." J. Period. 1995;36
- 3) Papananou P. "Epidemiology and..." Proceedings 1o European Workshop Period. 1993"
- 4) Karoussi I.K, Salvi G.E, Heitz-Mayfield L, Bragger U, Hammerle C.H, Lang N.P: "Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System." Clin.Oral Impl.Res. 2003; 14:329-339
- 5) Romanos GE, Weitz D: "Terapy of pery-implant diseases. Where is the evidence?" Evidence Based Pract 2012; S1: 204-208
- 6) B.E. Pjetursson, Ken Tan, N.P.Lang, U. Bragger, M. Egger, M. Zwahlen: "A Systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years" Clin Oral Impl. Res. 2004; 15: 625-642

5 anni. E chi li segue i naufraghi del turismo?

5 Facciamo un'ultima riflessione: una percentuale significativa dei pazienti che si sottopongono a chirurgia implantare ha un'età medio/alta (60-70 anni), e soffre di qualche patologia sistemica importante: problemi cardiovascolari, diabete, disturbi della

coagulazione ecc. Trattare questi pazienti che necessitano di "special care" è un compito impegnativo sia durante l'atto chirurgico, sia (e direi soprattutto) nella successiva fase di mantenimento. Questi pazienti necessitano di team odontoiatrici preparati, affiatati, disponibili. Non di bravi odontoiatri, ma di team. Quale disponibilità, quale attenzio-

ne, quale rapido intervento possono fare centri odontoiatrici situati a 500/1.000 chilometri?

È sulla base di tutte queste considerazioni che affermiamo tranquillamente che la soluzione sta nel trovare una valida squadra odontoiatrica sul proprio territorio e lavorare con questa per raggiungere, e mantenere, i corretti livelli di salute orale.



GlaxoSmithKline

III Simposio della Società Italiana di Patologia e Medicina Orale

Il Simposio di cui è presidente il professor Lorenzo Lo Muzio giunge alla sua terza edizione: l'appuntamento è a Torino nelle giornate del 17 e 18 ottobre. Gli incontri si svolgeranno nell'Aula Magna del rettorato dell'Università di Torino

Dopo la cerimonia di apertura e il saluto delle Autorità prevista per le 14, si inizierà subito a lavorare con la sessione "Ricerca di base: nuove idee per i clinici".

Moderatori saranno Sergio Gandolfo, Lorenzo Lo Muzio, Francesco Spadari.

Gianfranco Tajana dell'Università di Salerno parlerà di "Epitelio-mesenchima crosstalk: scenari morfologici, meccanismi molecolari, possibili applicazioni terapeutiche".

Alle 16 Federico Bussolino dell'Università di Torino proporrà "Angiogenesi".

Si prosegue con la moderazione di Giuseppina Campisi, Michele Giuliani e Giuseppe Colella.

Alle 17 è previsto il conferimento del Premio Margiotta e alle 17,30 l'assemblea dei Soci Sipmo.

Il secondo giorno, sabato 18, l'appuntamento è al Centro Didattico della Scuola di Medicina Polo San Luigi Gonzaga

Dalle 9 alle 11 si svolgerà la sessione "Relazioni su invito Scuole Italiane di Patologia e Medicina Orale". Moderatori: Matteo Biasotto, Lucio Montebugnoli e Umberto Romeo.

Dopo il coffee-break, dalle 11,30 alle 12,30 si svolgerà la sessione "Relazioni su invito Scuole Italiane di Patologia e Medicina Orale"

Moderatori saranno Monica Pentenero, Andrea Sardella, Maddalena Manfredi

Dalle 12,30 alle 13,30 pausa per il lunch.

Alle 13,30 si riprenderanno i lavori con la sessione "Ricerca traslazionale e Protocolli clinici". Moderatori saranno Rosario Serpico, Silvio Abati e Alessandra Majorana.

I temi: "Ruolo dell'instabilità cromosomica nel processo di oncogenesi" di Walter Giaretti dell'Istituto Scientifico Tumori Genova.

"BMS: il punto di vista dello psichiatra" di Giuseppe Maina dell'Università di Torino.

"Formulazioni farmaceutiche in medicina orale di Giuseppina Campisi dell'Università di Palermo.

Paolo Vescovi e Monica Pentenero premieranno la migliore presentazione orale e il miglior Poster.

Ogni Socio Attivo Sipmo potrà inviare un solo abstract inerente le sue attuali linee di ricerca. Una commissione valuterà gli abstract pervenuti e ne selezionerà 12 per la presentazione orale nell'ambito del Simposio (15 minuti). Gli abstract non selezionati verranno esposti sotto forma di poster nel corso del Simposio.

Per informazioni e iscrizioni: www.simposiosipmo.it - www.sipmo.it

TORINO DA VISITARE

Palazzo Reale

Piazzetta Reale, 1
Tel. 011-4361455
www.ilpalazzorealeditorino.it
sbap-to.reale@beniculturali.it
Aperto dalle 8:30 alle 19:30
Orario chiusura biglietteria: ore 18.00
E' la prima e più importante tra le residenze sabaude in Piemonte, teatro della politica del regno sabaudo per almeno tre secoli. È collocato nel cuore della città, nella Piazzetta Reale adiacente alla centralissima Piazza Castello.

Museo nazionale del Cinema

via Montebello 20
011 8138560 - 011 8138561
comunicazione@museocinema.it
-info@museocinema.it
www.museocinema.it
Aperto da martedì a venerdì dalle 9 alle 20
Sabato dalle 9 alle 23
Domenica dalle 9 alle 20
Il museo è ospitato all'interno della Mole Antonelliana, un monumento bizzarro e affascinante, simbolo della Città di Torino.

Reggia di Venaria

Piazza della Repubblica, 4, 10078 - Venaria Reale
Telefono: +39 0114992333
www.lavenaria.it
prenotazioni@lavenaria.it
Venaria dista circa dieci chilometri dal centro di Torino.
Il servizio bus per "La Venaria Reale" effettua il collegamento tra Torino - capolinea di corso Stati Uniti angolo corso Re Umberto - e la Reggia di Venaria
Autobus GTT: linee 72, 11, VE1

La Barca Sublime

dal 28 giugno 2014 al 1 febbraio 2015
Scuderie della alla Reggia di Venaria
Piazza della Repubblica, 4 a Venaria Reale (tel. 011-4992333)
Il Bucintoro del Re di Sardegna, l'ultima vera Peota superstite del '700 voluta da Carlo Emanuele III è stata finalmente restaurata. Una sontuosa imbarcazione, un tempo simbolo di potere, viene esposta per la prima volta nelle imponenti Scuderie.

Eataly Torino Lingotto

Centro Fiere Lingotto via Nizza, 230 int. 14 (di fronte a "8 gallery") a Torino
Orario di apertura: da martedì a domenica, dalla 10 alle 22 (tel. 011-19506801) infotorino@eataly.it

Navigazione sul Po

Le tratte sono: Murazzi - Borgo Medioevale e Borgo Medioevale - Italia 61. Il servizio è attivo tutti i giorni della settimana, tranne nei mesi invernali (da novembre a febbraio) in cui è svolto nelle sole giornate di sabato e festive. È possibile acquistare i biglietti presso tutti gli imbarchi direttamente dal personale di bordo.

Due trattorie con menù rigorosamente piemontese

"LA VIA DEL SALE"
in via San Francesco da Paola 2
tel. 011-888389
"PORTO DI SAVONA"
in piazza Vittorio Veneto 2/d
tel. 011-8173500

Galleria Degli Uffizi

Piazzale degli Uffizi, 6.
Tel. 055-238 8651
Orari: da martedì a domenica,
dalle 8,15 alle 18,50
La biglietteria chiude alle 18.05

E' uno dei musei più famosi del mondo per le sue straordinarie collezioni di dipinti e di statue antiche. A primo piano della Galleria degli Uffizi, dietro ad un portone quasi anonimo si trova il passaggio al Corridoio Vasariano: un corridoio sospeso realizzato dal Vasari, che collega gli Uffizi con Palazzo Vecchio e con Palazzo Pitti. Vi sono esposte importanti raccolte di dipinti del Seicento e la collezione degli Autoritratti. E' visitabile solo su prenotazione, chiamando il numero 055-294883 (Firenze Musei, <http://www.b-ticket.com/>)

MOSTRE

“Puro semplice e naturale. Nell'arte a Firenze tra Cinque e Seicento”
Galleria degli Uffizi
<http://www.polomuseale.firenze.it>
Mostra dedicata ai pittori fiorentini che operarono tra il XVI e il XVII secolo, con opere di artisti come Andrea del Sarto, Santi di Tito, i Della Robbia, fino ad arrivare al Bronzino e ad Antonio Novelli

“La fortuna dei Primitivi. Tesori d'arte dalle collezioni italiane fra Sette e Ottocento”
Galleria dell'Accademia in via Bettino Ricasoli, 60
Dal 24 giugno 2014 all'8 dicembre 2014
info: tel. 055-294883
www.unannoadarte.it

“Picasso e le esperienze della modernità spagnola. Capolavori dal Museo Nazionale Reina Sofia”
Palazzo Strozzi
Piazza degli Strozzi
Dal 20 settembre 2014 al 25 gennaio 2015
info: tel. 055-2645155
www.palazzoastrozzi.org

Officina Profumo Farmaceutica di Santa Maria Novella

Via della Scala 16
055216276
Aperto tutti i giorni dalle
9.30 alle 19.30

Questa celebre e antica profumeria, fondata nel 1612 e arredata con mobili d'epoca, vende esclusivamente i prodotti del marchio Farmacia di Santa Maria Novella. È un regno inenarrabile di profumi, saponi ed essenze: un luogo spettacolare, da visitare assolutamente. Qui si respira un'aria antica grazie a strumenti e vasi di pregio, vetri da farmacia, documenti di pregio scientifico, bilance, misurini e alambicchi vari. È giudicata la farmacia più antica di tutta Europa e, più in generale, uno degli esercizi commerciali più antichi in assoluto.

Corso SIdP di aggiornamento inter-disciplinare

SIdP con la collaborazione di Aic e Aiop (riservato agli Odontoiatri e agli studenti di odontoiatria)

“Il recupero del dente compromesso da grave perdita di tessuto dentale: diagnostica, recupero e finalizzazione” si svolgerà a Firenze, alla Stazione Leopolda dal 17 al 18 ottobre. L'allungamento della vita media dei pazienti e la crescente consapevolezza dell'importanza di mantenere o ricostruire la funzione su denti naturali hanno incrementato la necessità di trattamento e recupero dei denti compromessi dalle patologie dento-parodontali.

Coordinatore è Pierpaolo Cortellini (Firenze); relatori: Riccardo Becciani (Firenze), Attilio Bedendo (Treviso), Alberto Fonzar (Campofornido-UD), Carlo Poggio (Milano), Maurizio Silvestri (Pavia), Roberto Spreafico (Busto Arsizio-VA), Giovanni Zucchelli (Bologna)

Il 17 ottobre, a partire dalle 8,50, dopo il saluto del presidente SIdP, Maurizio Tonetti (Genova) interverrà il coordinatore Pierpaolo Cortellini (Firenze) che introdurrà il corso “Diagnostica” con le relazioni “Analisi della perdita di tessuto dentale: orientamento clinico-funzionale per le procedure ricostruttive” di Roberto Spreafico; “Ampiezza biologica e supporto parodontale residuo: rivalutazione critica” di Alberto Fonzar; “Requisiti della preparazione protesica del dente strutturalmente compromesso”. Seguirà la discussione: “Quanto dente residuo è necessario e sufficiente?”

Si parlerà poi di “Recupero” con gli interventi: “Allungamento di corona clinica: orientamenti attuali nell'approccio chirurgico e ortodontico” di Maurizio Silvestri (Pavia); “Impiego delle ritenzioni accessorie nella restaurativa complessa: scelte e operatività cliniche basate sull'evidenza scientifica” di Riccardo Becciani (Firenze). Seguirà la discussione: “Come gestire il recupero del dente?”

Sabato, 18 ottobre in apertura alle ore 9 si parlerà di “Finalizzazione” con le relazioni: “Il management dei tessuti molli nel dente compromesso: come gestire i provvisori e il profilo di emergenza” di Carlo Poggio (Milano) e “Metodiche aggiuntive nel management dei tessuti molli in aree critiche: papille e recessioni gengivali” di Giovanni Zucchelli (Bologna)

Si concluderà con la discussione: “Come finalizzare il caso?” con la presentazione e discussione interdisciplinare di casi clinici: diagnostica, recupero, finalizzazione funzionale ed estetica.

ECM: la partecipazione al Corso darà diritto all'odontoiatra ad acquisire crediti formativi attraverso la formula della “Formazione Continua” del Ministero della Salute. Il corso on line è offerto a tutti gli odontoiatri e studenti in Odontoiatria, partecipanti al Corso e regolarmente iscritti alla Società per l'anno 2014, e darà l'opportunità di rivedere e riascoltare per intero tutte le relazioni. Con il pagamento in sede di evento di 20 euro, si acquisisce il diritto di accesso al servizio tramite il sito www.sidp.it, a partire da 21 giorni dal termine del Corso e per tutti i 12 mesi successivi.

Per informazioni: segreteria.sidp@gmail.com o telefonicamente allo 055-5530142.

Due osterie
con rigorosa
cucina
fiorentina

“OSTERIA CAFFÉ ITALIANO”
via Sole delle Stinche 11,
tel. 055-289368
“LA BUCA DELL'ORAFI”
via Dei Girolami 28,
tel. 055-213619



IL TESTAMENTO DEL CAPITANO

UN NUOVO DISCO DI MASSIMO BUBOLA
PER IL 100° ANNIVERSARIO
DELLA GRANDE GUERRA



di Manlio Di Giovanni

Massimo Bubola è uno dei più importanti cantautori italiani, attivo dalla seconda metà degli anni '70 con ben 20 album pubblicati a proprio nome e più di 300 brani composti per se' e per altri interpreti. Oltre ad aver scritto per intero insieme a Fabrizio De André due dei suoi dischi più rappresentativi (Rimini e L'indiano) e una manciata di altri capolavori (es. Una Storia Sbagliata).

Tuttavia Bubola resta ancora oggi un personaggio di nicchia, un outsider di lusso per veri intenditori e amanti della musica folk-rock di matrice americana.

Massimo ha un notevole background culturale e spesso nelle sue canzoni ci sono riferimenti storico-letterari. In particolare, la passione per la Grande Guerra ha prodotto negli ultimi anni ben due album: il primo del 2005 conteneva la canzone "Puoi uccidermi", talmente bella che da sola farebbe la carriera di molti cantanti e già questo è un ottimo motivo per procurarselo (titolo del CD "Quel Lungo Treno").

Lo scorso 6 maggio invece è stato pubblicato il secondo capitolo di

questa saga dedicata alla Prima Guerra Mondiale di cui quest'anno ricorre il centenario: titolo del CD "Il Testamento del Capitano".

La formula per questo "sequel" è la stessa collaudata nel precedente episodio: alcuni famosi brani tradizionali come: Ta pum, Il Testamento del Capitano, Sul ponte di Perati, Monti Scarpazi, Bombardano Cortina, La tradotta riarrangiati e caratterizzati profondamente da Massimo con il suo sound e la sua poetica; ma anche nuove e intense ballate, che nei testi e nelle sonorità riprendono il tema della Grande Guerra: Da Caporetto al Piave, L'alba che verrà, Neve su neve, Vita di trincea.

Chiudono il disco le reinterpretazioni di due celebri brani scritti da Bubola sul tema della Grande Guerra: Rosso su verde e Noi veniam dalle pianure, entrambi cantati dal prestigioso coro ANA-Milano diretto dal maestro Massimo Marchesotti.

Musicalmente, Bubola è supportato da una band di ottimi musicisti, alcuni dei quali suonano con lui da

molti anni (la c.d. Eccher Band); sonorità prevalentemente acustiche, come si addice a un progetto di che rende omaggio a canzoni della tradizione del nostro Paese.

Bubola ha consolidato negli anni anche un'attività concertistica di assoluto livello, con molte date in tutta Italia in cui propone dal vivo il meglio del suo notevolissimo repertorio. Motivo in più per non

perdere la prossima data utile in modo da toccare con mano un'autentica leggenda della canzone d'autore italiana. Per conoscere il calendario dei prossimi concerti, consultare il sito www.massimobubola.it che è costantemente aggiornato e contiene anche tutti i dettagli biografici dell'artista.

Infine per dare una corretta dimensione al fenomeno Bubola e alla qualità della sua produzione musicale, citiamo volentieri una frase scritta qualche anno fa del grande giornalista e scrittore Gianni Mura: "Per me, quando uno ha messo mano a Fiume Sand Creek e Don Raffaè (in panchina Il cielo d'Irlanda) è in regola col mondo".

RESTA
ANCORA OGGI
UN PERSONAGGIO
DI NICCHIA, UN OUTSIDER
DI LUSSO PER VERI
INTENDITORI
E AMANTI DELLA
MUSICA FOLK-ROCK
DI MATRICE
AMERICANA

Protezione dalla carie con i batteri probiotici

Gli autori analizzano gli eventuali effetti protettivi che alcuni batteri probiotici potrebbero avere nei confronti della carie, per la loro azione inibitoria verso lo *Streptococcus mutans* (SM).

I dati EBM (evidence-based medicine, ovvero la medicina basata sulle evidenze) riportati in letteratura sono scarsi, rispetto a quanto invece riportato in alcune pubblicazioni senza evidenza scientifica, e per contro suggeriscono un'azione addirittura cariogenica di alcune specie di probiotici. L'analisi, eseguita

su campioni di smalto e dentina di origine animale, ha valutato la comparazione degli effetti demineralizzanti di un biofilm con un probiotico, il *Lactobacillus rhamnosus* GG (LGG), e di uno con lo *Streptococcus mutans* (SM). I risultati dimostrano una comparabile capacità demineralizzante di LGG e SM.

A conclusione di questo, l'analisi in vitro dimostra che i probiotici (LGG) non solo non hanno effetti inibitori su SM ma piuttosto contribuiscono al processo cariogenico.

a cura di **Stefano Cavagna**

CARIOGENIC EFFECTS OF PROBIOTIC LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG IN A DENTAL BIOFILM MODEL

SCHWENDIC DÖRFER, C
KNEIST, S
MEYER-LUECKEL, H
PARIS, SKE, F

CARIES RES
VOLUME: 48, ISSUE: 3,
DATE: 2014 JAN 29,
PAGINE: 186-192

NEWS

a cura di **Federica Demarosi**

Obesità, gengivite e scarsa igiene orale nell'età pediatrica



L'associazione tra obesità e malattia parodontale è stata ampiamente dimostrata nei soggetti adulti. Un recente lavoro di ricercatori italiani (*) ha indagato se i bambini obesi o in sovrappeso sono più a rischio di gengivite rispetto ai bambini normopeso. Si è studiato un gruppo di 98 bambini di età compresa tra 10 e 17 anni e lo stato di obesità/sovrappeso è stato definito in base al BMI (indice di massa corporea). In ogni bambino si sono raccolti i seguenti dati: pressione arteriosa, parametri antropometrici, resistenza all'insulina, aspetti psicologici, abitudini di igiene orale, indici di placca.

I risultati hanno mostrato che i bambini sovrappeso o obesi hanno in generale una igiene orale peggiore dei bambini normopeso e una minore autostima. L'essere sovrappeso o obesi non è un fattore di rischio della gengivite nei bambini. L'infiammazione gengivale sembra invece dipendere da una combinazione di fattori me-

POOR ORAL HYGIENE AND GINGIVITIS ARE ASSOCIATED WITH OBESITY AND OVERWEIGHT STATUS IN PEDIATRIC SUBJECTS
FRANCHINI R, PETRI A, MIGLIARI M,
RIMONDINI L. J CLIN PERIODONTOL 2011;
38:1021-1028

a cura di **Giulio C. Leghissa**

Impianti posizionati con tecnica flapless

Continuiamo a ragionare sugli impianti posizionati con la tecnica flapless: i risultati sono sovrapponibili, migliori o peggiori di quelli raggiunti con la tecnica tradizionale che vede l'incisione e lo scollamento del lembo a tutto spessore?

Un lavoro di Tsoukhaki (*) condotto su 20 pazienti ai quali sono stati inseriti 30 impianti, divisi in due gruppi (15 impianti con il lembo e 15 senza lembo), ci dice che "gli impianti piazzati senza sollevamento del lembo migliorano in modo significativo i risultati clinici, radiografici e immunologici in comparazione con quelli posizionati dopo il sollevamento del lembo. In aggiunta i pazienti accettano molto meglio gli impianti piazzati senza il sollevamento del lembo".

(*) M. TSOUKAKI, CDR KALPIDIS, D SAKELLARI, L TSALIKIS, G MIKROGIORGIS, A KONSTANTINIDIS
"CLINICAL, RADIOGRAPHIC, MICROBIOLOGICAL, AND IMMUNOLOGICAL OUTCOMES OF FLAPPED VS. FLAPLESS DENTAL IMPLANTS: A PROSPECTIVE RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL" CLIN. ORAL IMPL. RES. 24, 2013/963-968

Aneurisma cerebrale e batteri

Sappiamo come le infezioni odontoiatriche abbiano una correlazione nei processi fisiopatologici della malattia coronarica e della rottura degli aneurismi aortici, gli autori dimostrano in questo lavoro anche la correlazione tra gli agenti patogeni che troviamo nel cavo orale, che sono causa di ascessi, lesioni endodontiche e malattie parodontali, e la rottura di aneurismi cerebrali. Lo studio è condotto su 36 pazienti con emorragia subaracnoidea (SAH) dopo rottura di aneurisma. Dopo aver riconosciuto all'anamnesi i ben noti fattori di rischio quali familiarità, età, fumo, ipertensione, diabete, eccessivo consumo di alcool, dimostrano come sia nei campioni prelevati nella parete dell'aneurisma (7 autopsy specimen) sia nel clipping specimen dei 29 pazienti sopravvissuti all'evento e sottoposti ad intervento di neurochirurgia si siano trovati tramite PCR e studio immunocitochimico per la ricerca dei recettori batterici CD14 e TLR-2.

DNA batterico positivo in 21 casi su 36, di questo 20/36 DNA da batteri endodontici, e 17/36 da batteri parodontali. Più comune dna batterico è lo *Streptococcus mitis*, tra i più comuni patogeni parodontali *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Fusobacterium nucleatum*, *Treponema denticola* PREVENZIONE quindi a 360° In Italia l'ictus è una piaga sociale, un caso ogni 3 minuti, di questi il 40% è fatale, il 30% provoca invalidità permanente ed il rimanente 30% è annoverato tra gli ictus minori.

a cura di **Mirella Baldoni**

THE CONNECTION BETWEEN RUPTURED CEREBRAL ANEURYSM AND ODONTOGENIC BACTERIA
J NEUROL NEUROSURG PSYCHIATRY 2013
MIKKO J. PYSALO LIISA PYSALO, TANJA PESSI,
PEKKA J KARHUNEN, JUHA E OHMAN

segue da pagina 2

tutto il territorio nazionale, lavoreranno ASO formati in modo omogeneo, che avranno frequentato corsi obbligatori, nei quali sono insegnate le nozioni di base necessarie per garantire una buona qualità del servizio. Finalmente tutte le ASO, tutte, non solo quelle che lavorano con un odontoiatra che ha la voglia e la capacità di dedicarsi alla loro preparazione, sapranno come disinfettare e sterilizzare, come aspirare e passare i ferri, come comportarsi con il cliente/paziente e come affrontare un'emergenza.

Molti ASO sono stati abituati a lavorare senza chiedere, senza approfondire...senza pensare.

Questi comportamenti derivano da decenni di lavoro subordinato a datori di lavoro che non hanno mai voluto collaboratori ma unicamente dipendenti ubbidienti e sottomessi.

Molti colleghi hanno paura e invece di approfondire, leggendo il testo integrale presentato per la Conferenza Stato-Regioni, hanno riversato le proprie insicurezze e perplessità proprio contro il Sindacato degli ASO e contro l'Associazione di categoria IDEA, e hanno dimostrato il loro rammarico contro l'impegno profuso

dai colleghi sindacalizzati che si sono battuti per raggiungere la "dignità professionale".

Basterebbe leggere l'ultimo punto (titoli pregressi), per capire che le Regioni Italiane terranno conto anche dei "[...] servizi pregressi", e qualora ce ne sarà bisogno, sarà compito del sindacato di categoria muovere gli interrogativi e gli interpellati alle Istituzioni Regionali.

- AIDI, l'Associazione degli Igienisti Dentali Italiani, ha affiancato positivamente la lotta degli Assistenti di Studio Odontoiatrico in quanto, in questo modo, si chiariscono compiti e mansioni. E' scritto a chiare lettere, nel documento, che "L'assistente di studio odontoiatrico non può svolgere alcuna attività di competenza delle professioni mediche e delle altre professioni sanitarie per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea" e, dunque, non deve fare l'abusiva svolgendo compiti (come l'igiene orale professionale) che sono propri di altre figure componenti il team odontoiatrico.

- Assurda, ingiustificata e inopportuna a questo punto, la presa di posizione degli odontotecnici del SNO/CNA che hanno scritto al Ministero e ora

chiedono di parlare con il presidente della Commissione Stato/Regioni affinché venga revisionato il testo dell'accordo. A loro avviso dovrebbe essere chiarito che l'ASO non deve svolgere compiti da "odontotecnico", inoltre dovrebbe essere scritto che l'ASO non può "mettere le mani in bocca". E come farebbe a divaricare e aspirare per assistere l'odontoiatra? Gli odontotecnici di ANTLO, al contrario si sono espressi positivamente sul documento finale e augurano all'ASO che l'approvazione avvenga in tempi brevi.

- Non sono gli ASO il nemico degli odontotecnici ma leggi vetuste e inconciliabili con la realtà Europea nelle quali è incarcerata la loro figura professionale.

Per concludere: è necessario che gli ASO prendano coscienza dei propri doveri e dei propri diritti, che partecipino alle iniziative sindacali e di categoria, aggregandosi e rafforzando la propria identità culturale e sindacale.

FOCUS INTERNAZIONALE SULLA PERIMPLANTITE

**PERI-IMPLANTITIS
AND SYSTEMIC
DISEASES.
A TICKING BOMB?**

NH MILANOFIORI CENTRO CONGRESSI
ASSAGO (MI)

**4
OTTOBRE
2014**

CON IL SUPPORTO NON CONDIZIONANTE DI:

**BONE[®]
SYSTEM**

INFORMAZIONI ISCRIZIONI SEGRETERIA

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA MV CONGRESSI S.P.A. VIA MARCHESI, 26D - 43126 PARMA - ITALY
TEL. +39 0521 290191 - FAX +39 0521 291314
GIOVANNA@MVCONGRESSI.IT WWW.MVCONGRESSI.COM
ISCRIZIONI ON-LINE:
[HTTP://MVCONGRESSI.ONLINECONGRESSI.IT/COD1559](http://mvcongressi.onlinecongressi.it/cod1559)