

# Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 9 - 2019



**L'appello di Lancet**

**SALUTE ORALE, BENE COMUNE**



#### Evento

Non nascondere la tua bocca: autodiagnosi e visita del dentista

Una giornata a Milano per associare l'odontoiatria alla prevenzione, una prevenzione semplice che consiste innanzitutto nel guardarsi in bocca

#### Assistenti

Il Contratto nazionale e l'accordo firmato da Siod, Siaso e Confsal

È uno dei pochissimi casi in cui è disegnata la realtà odontoiatrica intesa in senso ampio, con lo sguardo alla sua attuale articolazione

#### Tabagismo

L'impatto della sigaretta sulla salute ginecologica e ostetrica della donna

Numerosi studi dimostrano come le fumatrici siano a maggior rischio di incorrere in malattie oncologiche dell'apparato riproduttivo

### Il diabolico legislatore e l'Ordine dei Medici di Latina

di **Giulio Cesare Leghissa** -  
SEGRETEARIO GENERALE SIOD

L'Ordine dei Medici di Latina svela sul suo sito un segreto fino a oggi celato: "Quando c'è il rischio? Quando è rischioso!" Infatti scrive sul suo sito che: "Negli studi odontoiatrici il rischio per i lavoratori possa essere solamente di natura accidentale e, quindi, imprevedibile con indagini preventive sanitarie".

Questa affermazione segue un acuto ragionamento: in tutti i luoghi rischiosi c'è il rischio solo se ci sono incidenti.

Sarà per questo che ci sono i DPI? Diabolico legislatore!

Ha scoperto che siccome il rischio è tale solo se c'è rischio, non bisogna rischiare per non correre il rischio. A questo punto non abbiamo parole. È evidente che, se c'è incidente, il rischio si trasforma in danno, ma perché l'incidente avvenga è necessario che ci sia il rischio. E il rischio c'è. Tanto è vero che utilizziamo i DPI, proprio per ridurre il pericolo. Il solo fatto che sia necessario utilizzare i Dispositivi di Protezione Individuale dimostra che c'è rischio. È proprio per questo che il legislatore insiste tanto sulla necessità della sorveglianza sanitaria.

Il medico competente:

Stabilisce il programma di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica e lo attua secondo criteri e protocolli basati sull'evidenza. Gli accertamenti preventivi sono orientati a constatare l'assenza di controindicazioni alla mansione specifica che il lavoratore deve svolgere.

Lo scopo della sorveglianza sanitaria è quello di:  
Valutare l'idoneità specifica al lavoro;

Scoprire in tempo utile anomalie cliniche o precliniche (diagnosi precoce);

Prevenire peggioramenti della salute del lavoratore (prevenzione secondaria);

Valutare l'efficacia delle misure preventive nel luogo di lavoro;

Rafforzare misure e comportamenti lavorativi corretti". (fonte INAIL 2018 Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro).

Cioè, il Medico Competente deve verificare che i lavoratori siano stati formati e informati, perché la prevenzione del rischio si basa proprio, prima di tutto, su formazione e informazione.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Nazionale intervenga decisamente e rapidamente per mettere fine a questa interpretazione grottesca di Latina.

# Odontoiatria Team at Work

N. 9 - 2019

9



18



20



- 4 L'INTERVENTO DI LANCET SULLE MALATTIE ORALI:  
UNA SFIDA SULLA SALUTE PUBBLICA MONDIALE
- 7 NEWS - QUANTO DURA LA ZIRCONIA?  
LA PARADONTITE E IL DECADIMENTO COGNITIVO
- 9 NEWS - IMPIANTI IMMEDIATI IN ALVEOLI INFETTI E NON
- 10 NON NASCONDERE LA TUA BOCCA  
L'EPIDEMIOLOGIA E I FATTORI DI RISCHIO  
DEL CANCRO ORALE
- 18 IL CCNL E L'ACCORDO SIOD-SIASO-CONFSAL
- 20 IL FUMO E LA SALUTE DELLA DONNA
- 22 COME TROVARE UN AMICO LEGGENDO  
I SAGGI DI MICHEL DE MONTAIGNE
- 24 QUANDO LA MUSICA SPOSA IL CINEMA
- 27 LA FONTANA DI TREVÌ, POI "AL MORO"  
UN GIOIELLO "ALLA PIEMONTESE"

## Il board editoriale



**GIULIO C. LEGHISSA**  
Odontoiatra



**BRUNO BRIATA**  
Odontoiatra



**FEDERICA DEMAROSI**  
MD, DDS, PhD



**FULVIA MANGENGA**  
ASO



**MANLIO DI GIOVANNI**  
Critico musicale

### Board Editoriale

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

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

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

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

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

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



**Geistlich**  
Biomaterials



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

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

# MALATTIE ORALI: UNA SFIDA SULLA SALUTE PUBBLICA MONDIALE

*In questo e nel prossimo numero riportiamo i contenuti di due articoli pubblicati quest'anno su Lancet, una delle riviste più prestigiose sul mondo di letteratura medica internazionale. Per la prima volta, la testata si occupa di patologie orali, lanciando un allarme sulla base dei dati epidemiologici mondiali.*

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

**L**e malattie del cavo orale sono le più diffuse a livello globale e presentano gravi oneri sanitari ed economici, riducendo notevolmente la qualità della vita delle persone colpite. Le malattie orali con maggiore incidenza e prevalenza sono la carie, la malattia parodontale, la perdita dei denti e i tumori delle labbra e della cavità orale. Nel primo dei due articoli dedicati alla salute orale si descrive l'epidemiologia globale delle malattie della bocca, le loro origini in termini di determinanti sociali e commerciali e i costi in termini di benessere della popolazione e impatto sociale.

Nonostante le malattie della bocca si possano prevenire, queste persistono con una prevalenza elevata e riflettono le disuguaglianze sociali ed economiche e i finanziamenti inadeguati per la loro prevenzione e trattamento, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito. Come per la maggior parte delle malattie non trasmissibili, le malattie della bocca hanno un andamento cronico e strettamente correlato al contesto sociale. Bambini che vivono in condizioni di povertà, gruppi socialmente emarginati e con scarso accesso alle cure dentistiche e anziani sono la fetta di popolazione più colpita dalle patologie orali e anche quella che ha meno accesso alle cure odontoiatriche. In molti Paesi a basso e medio reddito, le malattie orali rimangono in gran parte non trattate perché i costi del trattamento superano le risorse disponibili. Le conseguenze delle malattie orali, caratterizzate da un andamento cronico, sono spesso gravi e possono includere dolore cronico, sepsi, riduzione della qualità della vita, perdita di giorni di scuola, disagi nella vita familiare e riduzione della produttività sul lavoro. I costi del trattamento delle malattie orali impongono grandi oneri economici alle famiglie e ai sistemi sanitari. Le malattie della bocca sono senza dubbio un problema di salute pubblica

globale, soprattutto nei Paesi più poveri, dove la prevalenza è maggiore e dove sono presenti maggiori cambiamenti sociali, economici e commerciali. Descrivendo la portata e le conseguenze delle malattie orali, i loro determinanti sociali e commerciali e la costante negligenza al riguardo nelle politiche sanitarie globali, è venuto il momento di evidenziare l'urgente necessità di affrontare le malattie orali, insieme alle altre malattie non trasmissibili, come priorità di salute globale.

## MESSAGGI CHIAVE

La salute orale è un elemento integrale della salute e del benessere generale, consentendo funzioni quotidiane essenziali.

Le malattie della bocca comprendono una serie di condizioni cliniche croniche che colpiscono i denti e la bocca, tra cui la carie dentale, la malattia parodontale e i tumori orali.

Nonostante siano ampiamente prevenibili, le malattie della bocca sono condizioni molto diffuse che colpiscono più di 3 - 5 miliardi di persone in tutto il mondo. La carie dentale è la malattia più comune a livello globale, con preva-

lenza in aumento in molti Paesi a basso e medio reddito.

Le malattie della bocca colpiscono in modo sproporzionato i gruppi più poveri ed emarginati della società, essendo strettamente correlate allo status socio-economico e ai più ampi determinanti sociali della salute.

Le malattie della bocca hanno importanti conseguenze, causando dolore, sepsi, riduzione della qualità della vita, perdita di giorni di scuola, disagi nella vita familiare e riduzione della produttività sul lavoro. I costi delle terapie possono diventare considerevoli sia per il singolo individuo sia per il sistema sanitario.

Le malattie della bocca condividono fattori di rischio comuni ad altre malattie non trasmissibili, tra cui il consumo eccessivo di zucchero, l'uso di tabacco e il consumo di alcol oltre, più in generale, ai determinanti sociali e commerciali della salute.

Particolarmente preoccupante è l'effetto del consumo eccessivo di zucchero sulla prevalenza di carie, di sovrappeso e di obesità e condizioni associate come il diabete.

Il potere, l'influenza e l'effetto dell'indu-



stria dello zucchero sono sempre più riconosciuti come una minaccia alla salute pubblica, che richiede una regolamentazione e una legislazione più rigorosa da parte dei governi.

## INTRODUZIONE

La salute orale è importante. I denti e la bocca sono parte integrante del corpo, supportano e abilitano le funzioni umane essenziali e la bocca è una parte fondamentale dell'identità personale. Sulla base delle definizioni esistenti, la salute orale può essere definita di natura multidimensionale, comprendendo aspetti fisici, psicologici, emotivi e sociali che sono parte integrante della salute e del benessere generali. La salute orale è soggettiva e dinamica e consente di mangiare, parlare, sorridere e socializzare, senza disagio, dolore o imbarazzo. Una buona salute orale riflette la capacità di un individuo di adattarsi ai cambiamenti fisiologici nell'arco della vita e di mantenere i propri denti e la bocca sana attraverso la cura quotidiana della propria bocca (self care). Nonostante siano ampiamente prevenibili, le malattie orali sono molto diffuse in tutte le fasce di età e producono effetti negativi importanti sui singoli individui, sulla comunità e sulla società in generale. Le malattie orali sono un problema globale di salute pubblica e vi è particolare preoccupazione per la loro crescente prevalenza in molti Paesi a basso e medio reddito, legata a più ampi cambiamenti sociali, economici e commerciali.

Le malattie orali sono croniche e di natura progressiva. Per esempio, la carie colpisce i bambini molto piccoli, ma è una condizione permanente che si estende, attraverso l'adolescenza e l'età adulta, anche alla vecchiaia. Le condizioni orali influenzano in modo sproporzionato le fasce più povere e socialmente svantaggiate della popolazione. Esiste un gradiente sociale forte e coerente tra lo stato socioeconomico e la prevalenza e gravità delle malattie orali. Per questi motivi, le malattie orali possono essere considerate un marcatore clinico sensibile di svantaggio sociale, essendo un indicatore precoce di cattiva salute della popolazione legato alla povertà. Le malattie orali e le differenze di salute orale sono direttamente influenzate da determinanti sociali e commerciali più ampi, che sono i motori sottostanti alla salute orale della popolazione povera.

Tuttavia, le malattie orali sono un problema trascurato e, raramente, considerato come una priorità nella politica sanitaria. La salute orale e la professione dentale sono diventate in qualche

modo isolate ed emarginate dagli sviluppi tradizionali nella politica sanitaria e nei sistemi sanitari. L'attuale modello di erogazione di cure odontoiatriche e la politica di prevenzione clinica non affrontano l'onere globale delle malattie orali. Il cosiddetto modello occidentalizzato di odontoiatria moderna (alta tecnologia e trattamento focalizzato) è inaccessibile e inappropriato in molti Paesi a basso e medio reddito. Anche in contesti con risorse, l'odontoiatria non soddisfa le esigenze di ampi segmenti della popolazione nazionale e si sta concentrando sempre più sul forniture di trattamenti estetici, in gran parte guidati da motivi di profitto e consumismo. È necessario un approccio radicalmente diverso per affrontare la sfida globale delle malattie orali. In questo documento si vuole evidenziare l'importanza per la salute pubblica e per l'attività medica globale, delle malattie orali in termini di prevalenza, disuguaglianze nella salute orale ed effetti sugli individui, le famiglie e la società. L'analisi evidenzia anche i determinanti sociali e commerciali sottostanti: l'ampia gamma di driver biologici, comportamentali, psicosociali, economici, aziendali e politici interagenti che creano le "condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano", responsabili di una cattiva salute orale della popolazione. Inoltre, viene presentato un quadro unificante che colloca le malattie orali in un contesto più ampio e le collega direttamente ad altre malattie non trasmissibili.

## Gli aspetti clinici delle malattie della bocca

Una vasta gamma di malattie e disturbi colpisce i tessuti molli e duri della bocca, inclusi disturbi cranio-facciali, anomalie congenite, lesioni e infezioni varie. Tuttavia, le principali condizioni cliniche considerate prioritarie per la salute pubblica globale comprendono la carie, la malattia parodontale e i tumori del cavo orale.

### La carie

Con carie dentale si intende la distruzione localizzata dei tessuti duri dei denti (smalto e dentina) da parte di sottopro-

dotti acidi derivati dalla fermentazione batterica di zuccheri liberi (definiti come monosaccaridi e disaccaridi che vengono aggiunti agli alimenti e alle bevande dal produttore, dai cuochi o dal consumatore, e zuccheri naturalmente presenti in alimenti o bevande come miele, sciroppi, succhi di frutta

e concentrati di succhi di frutta). Il processo che porta alla formazione di una carie è dinamico, con periodi alternati di demineralizzazione e remineralizzazione della struttura del dente in relazione alle fluttuazioni del pH del biofilm della placca. In generale, più basso è il pH, maggiore è la tendenza alla dissoluzione dei componenti dei tessuti duri. Se il pH nel biofilm scende al di sotto di una soglia critica per un periodo prolungato dopo il consumo di zuccheri liberi, il risultato è una demineralizzazione progressiva e una perdita prolungata di calcio e fosfato dalla sostanza minerale del dente. Nelle primissime fasi (sub-cliniche), e anche dopo aver perso una quantità di componente minerale sufficiente per far apparire la lesione clinicamente come una macchia bianca sulla superficie del dente, la carie può essere "invertita" o arrestata, in particolare con l'esposizione al fluoro. Se la carie progredisce e porta alla cavitazione, la condizione può causare dolore e disagio considerevoli e, se si diffonde alla polpa dentale, può anche causare infezione e infine sepsi e perdita del dente. L'esposizione adeguata al fluoro è importante nel limitare la progressione della malattia poiché il fluoro promuove la remineralizzazione. La cavitazione è il criterio più usato per il rilevamento della carie nella maggior parte degli studi epidemiologici in tutto il mondo. L'indice di carie dentale più comunemente usato è l'indice di denti cariati e mancanti (DMFT), che conta il numero di denti cariati (Decay), mancanti (Missing) e curati (Filled) per carie (con lettere minuscole per la dentizione primaria e lettere maiuscole per la dentatura permanente). L'indice DMFT registra così l'esperienza cumulativa, nella singola persona, di carie passata e presente, non trattata (il numero di denti cariati) o trattata (denti otturati o denti mancanti estratti a causa della carie).

I DENTI  
E LA BOCCA SONO  
PARTE INTEGRANTE DEL  
CORPO, SUPPORTANO  
E ABILITANO LE FUNZIONI  
UMANE ESSENZIALI  
E LA BOCCA È UNA PARTE  
FONDAMENTALE  
DELL'IDENTITÀ  
PERSONALE

### Malattie parodontali

Le malattie parodontali sono condizioni infiammatorie croniche che colpiscono i tessuti circostanti e di supporto dei denti. Inizialmente, la malattia parodontale si presenta come gengivite, un'infiammazione reversibile dei tessuti molli parodontali caratterizzata da sanguinamento gengivale e gonfiore. In soggetti predisposti o con una risposta immunitaria compromessa, la gengivite può portare a parodontite, patologia che distrugge progressivamente i tessuti parodontali di supporto, compreso l'osso che circonda i denti. La parodontite è caratterizzata dalla perdita del tessuto parodontale di supporto, che si manifesta con la perdita di attacco, la presenza di tasche parodontali, il sanguinamento gengivale e la perdita ossea alveolare documentata radiograficamente. La causa principale della malattia parodontale è la scarsa igiene orale che porta ad un accumulo di biofilm costituito da microrganismi patogeni (placca) sopra e sotto il margine gengivale. Anche l'uso del tabacco è un importante fattore di rischio indipendente per la malattia parodontale. Attraverso la condivisione di un comune percorso infiammatorio, la malattia parodontale è associata ad altre malattie croniche tra cui diabete, malattie cardiovascolari e demenza. Negli adulti più anziani, la malattia parodontale è stata causalmente collegata alla polmonite da aspirazione, spesso associata ad alti tassi di morbilità e mortalità. La parodontite può alla fine portare alla perdita dei denti e influire negativamente sulla funzione masticatoria, sull'estetica e sulla qualità della vita.



L'infezione da virus del papilloma umano è responsabile di un forte aumento dell'incidenza dei tumori orofaringei tra i giovani. La prevalenza dei tumori orali è maggiore negli uomini, nelle fasce di età più avanzata e negli individui di origini più povere, con disuguaglianze socio-economiche osservate sia tra che all'interno dei singoli Paesi.

### Panoramica sui dati epidemiologici mondiali della malattie orali

Secondo lo studio Global Burden of Disease (GBD) 2015, circa 3,5 miliardi di persone in tutto il mondo convivono con patologie dentali tra cui carie prevalentemente non trattate nelle dentature decidue e permanenti, malattia parodontale severa, edentulismo totale (perdita completa dei denti) e parziale grave (con 1-9 denti rimanenti). Secondo l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, i tumori delle labbra e della cavità orale nel 2018 sono stati tra i primi 15 tumori più comuni al mondo.

### La carie

I dati epidemiologici indicano che la prevalenza della carie dentale nel corso della vita è diminuita negli ultimi quattro decenni. Questi dati si riferiscono principalmente ai Paesi ad alto reddito dove la diminuzione più sostanziale si è osservata nei bambini di 12 anni.

Le prove sul numero di carie non trattate nei denti decidui derivano da 192 studi condotti su un totale di 1502260 bambini di età compresa tra 1 e 14 anni in 74 Paesi, secondo lo studio GBD 2015. Nel 2010, la carie non trattata dei denti decidui è stata la decima patologia più prevalente, e colpiva il 9,0% della popolazione infantile globale; la prevalenza globale standardizzata per età è rimasta invariata tra il 1990 e il 2010 (9,0%); l'incidenza globale standardizzata per età è stata di 15205 casi per 100000 persone-anno nel 2010, leggermente e non significativamente inferiore ai 15437 casi per 100000 persone/anno riportati nel 1990. Nel 2015, la prevalenza della carie non trattata nei denti decidui era del 7,8%; e le stime di prevalenza standardizzate per età nel 2015 erano simili alle stime del 1990. La carie non trattata nei denti decidui ha raggiunto il picco tra i bambini di età compresa tra 1 e 4 anni nel 2015.

La carie non trattata nei denti perma-

nenti è stata la condizione di salute più diffusa nel 2010, colpendo il 35% della popolazione mondiale, o 2,4 miliardi di persone in tutto il mondo. Questi e altri dati sul carico di malattia provengono da 186 studi che hanno arruolato 3265546 individui di età pari o superiore a 5 anni in 67 paesi. Tra il 1990 e il 2010, la prevalenza globale standardizzata per età è rimasta stabile intorno al 35%. Nel 2010, l'incidenza standardizzata per età era di 27257 casi per 100000 persone/anno, il che non era significativamente diverso dalla stima del 1990 di 28 689 casi per 100000 persone/anno. La prevalenza ha raggiunto il picco nel 1990 e nel 2010; il primo e più grande picco era all'età di 25 anni e un secondo picco più piccolo si è verificato a circa 70 anni, con il picco successivo probabilmente spiegato da un aumento della carie radicolare. I dati più recenti del 2015 hanno confermato che la carie non trattata nella dentizione permanente è rimasta la patologia più diffusa a livello globale (34,1%). Contrariamente ai dati precedenti, la prevalenza di picco della carie non trattata nella dentizione permanente è stata osservata nella fascia più giovane di 15-19 anni nel 2015. La Figura 1 mostra le stime GBD aggiornate per il 2017 della prevalenza della carie dentale non trattata nei denti permanenti per 100000 abitanti di ciascun Paese, ottenuti tramite lo strumento di confronto GBD Institute of Health Metrics and Evaluation. Solo una riduzione del 4% del numero di casi prevalenti di carie non trattata si è verificata a livello globale dal 1990 (31407 casi per 100000) al 2017 (30129 casi per 100000). La distribuzione e le variazioni tra i diversi Paesi in termini di prevalenza si sono modificate marginalmente durante questo periodo. Pertanto, nel complesso, l'onere globale della carie dentale non trattata per la dentizione primaria e permanente è rimasto relativamente invariato negli ultimi 30 anni, sfidando la visione convenzionale secondo cui l'onere della carie dentale è generalmente migliorato.

### BIBLIOGRAFIA

*Oral diseases: a global public health challenge*  
MA Peres, LMD Macpherson, RJ Weyant, B Daly, R Venturelli, MR Mathur, S Listl, R Keller Celeste, CC Guarnizo-Herreño, C Kearns, H Benzan, P Allison, RG Watt

**SUI PROSSIMI  
NUMERI CONTINUERÀ  
LA TRADUZIONE  
DEI DUE ARTICOLI  
DELLA RIVISTA LANCET**

## Quanto dura la zirconia?

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

L'introduzione della zirconia nel mondo dei materiali dentali ha portato a un grande cambiamento. La possibilità di utilizzare un materiale da protesi metal-free ha aperto nuove possibilità, tra cui la lavorazione con sistemi cad-cam e la possibilità di lavorare con spessori minori. Una revisione di articoli pubblicata sul Japanese Dental Review ha preso in considerazione resistenza e invecchiamento del materiale. Gli autori concludono che esistono ancora al momento casi nei quali è difficile riprodurre colore e trasparenza dell'elemento naturale (specialmente confrontato con materiali ceramici), inoltre la resistenza alle forze masticatorie della zirconia conferma l'impiego privilegiato di questo materiale in aree del cavo orale soggette alla minima forza masticatoria possibile. Viene sottolineato, inoltre, come sia sconsigliato

impiegare la zirconia in pazienti fortemente parafunzionali e bruxisti. Infine, l'invecchiamento nel tempo di questo materiale sembra essere eccellente e potrebbe costituire un buon compromesso nonostante la resistenza non eccellente. Gli autori, nel corso della revisione, affrontano anche la questione della scelta tra zirconia parzialmente stabilizzata e zirconia totalmente stabilizzata e ultra traslucida, consigliando l'impiego della prima per restauri protesici posteriori o di arcate particolarmente lunghe e la seconda per arcate corte e in posizione anteriore.

### BIBLIOGRAFIA

*E Kontonasaki, P Giasimakopoulos, A E. Rigos, "Strength and aging resistance of monolithic zirconia: an update to current knowledge" Japanese Dental Science Review Volume 56, Issue 1, 2020, Pages 1-23*

## NEWS



## Il decadimento cognitivo peggiora con la parodontite

a cura di **Filippo Turchet Casanova**  
ODONTOIATRA

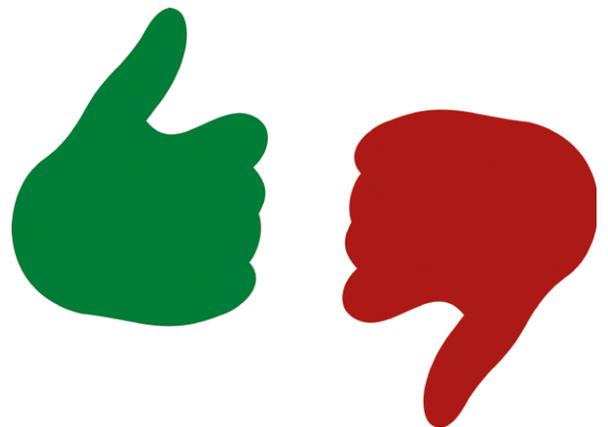
L'associazione tra le condizioni di salute del parodonto e le capacità cognitive è stata largamente studiata in letteratura. Sul Journal of Clinical Periodontology si legge uno studio che esamina un campione rappresentativo della popolazione statunitense, 4663 cittadini di età compresa tra i 20 e i 59 anni. Tutti i soggetti di questo campione hanno ricevuto una visita parodontale completa e, seguendo i criteri dello studio, sono stati categorizzati in:

- Soggetti con parodontite severa (due siti interprossimali con perdita di attacco maggiore o uguale a 6 mm e uno oppure due o più denti con profondità di sondaggio superiore a 5 mm)
- Soggetti con parodontite moderata (due siti interprossimali con perdita di attacco maggiore o uguale a 4 mm e uno oppure due denti con profondità di sondaggio superiore a 5 mm)

- Soggetti con parodontite lieve (due siti interprossimali con perdita di attacco maggiore compresa tra 3 e 4 mm e due siti interprossimali con profondità di sondaggio superiore ai 5 mm)
- Soggetti senza parodontite

I test cognitivi effettuati sono stati test di reazione cognitiva (SRTT), il symbol digit substitution test (SDST), test seriale di inserimento cifre (SDLT).

I risultati dello studio sono stati statisticamente significativi: soggetti con parodontite moderata e severa hanno avuto punteggi peggiori rispetto a soggetti senza parodontite, indicanti un significativo decadimento delle capacità cognitive del gruppo di malati. Gli autori, dunque, concludono che esiste una correlazione tra presenza di malattia parodontale e decadimento della capacità cognitiva.



### BIBLIOGRAFIA

*Sung CE, Huang RY, Cheng WC, Kao TW, Chen WL. Association between periodontitis and cognitive impairment: Analysis of national health and nutrition examination survey (NHANES) III. J Clin Periodontol. 2019 Aug;46(8):790-798. doi: 10.1111/jcpe.13155. Epub 2019 Jun 25. PubMed PMID: 31152592.*

## CONFIDENCE BEYOND IMMEDIACY

# Straumann® BLX Confidence Beyond Immediacy.



### DYNAMIC BONE MANAGEMENT™

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



### RISULTATI ESTETICI

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



### REALE FIDUCIA

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

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



Per saperne di più  
visualizza il QRcode

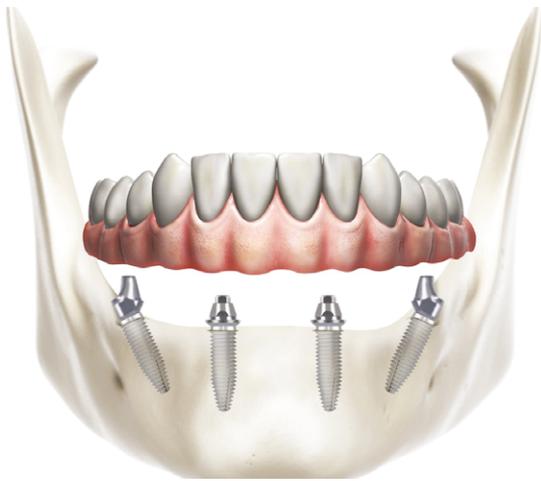


## Impianti immediati in alveoli infetti e non infetti

a cura di **Filippo Turchet Casanova**  
ODONTOIATRA

C'è differenza nell'inserire un impianto immediato in un alveolo infetto o non infetto? Questo studio pilota su modello animale prova a rispondere a come può variare la guarigione istologica. Per ottenere alveoli infetti sono state indotte lesioni endo-

periocombine in una emiarcata; l'emiarcata controlaterale fungeva da controllo (alveolo non infetto). Sono stati inseriti immediatamente dopo l'estrazione dei denti, impianti con superficie macchinata e sabbiata e trattata con acido. Dopo un mese e dopo tre mesi



gli animali sono stati sacrificati e sono stati valutati istologicamente:

- La superficie di contatto osso-impianto
- L'area di osso occupata dall'impianto
- La superficie di contatto vestibolare e linguale al momento dell'inserimento
- La perdita ossea linguale e vestibolare.

Dal punto di vista istologico non vi sono state differenze né a uno né a tre mesi. Si conclude che se viene lasciato sufficiente tempo per la guarigione, è ininfluente che il sito ricevente sia o meno infetto.

### BIBLIOGRAFIA

*L Jungwon, K Sungtae, K Ki-Tae, S Yang-Jo, C Hyun-Jae, L Yong-Moo "Histologic Analyses of Immediate Implant Placement in Infected and Noninfected Sockets: An Experimental Pilot Study in Beagle Dogs" JOMI vol 34/3; 575-584*

## Denti del giudizio e pericoronarite: la posizione è un rischio?

a cura di **Filippo Turchet Casanova**  
ODONTOIATRA

Una revisione sistematica ha analizzato quali sono le posizioni degli ottavi inclusi che con maggiori probabilità possono dare pericoronarite e conseguentemente devono essere estratti. La revisione conta 21 Articoli, un totale di 6895 pazienti e di 1913 denti in pericoronarite. Per stabilire la posizione del dente rispetto all'osso mandibolare è stata utilizzata sia la classificazione di Winter che quella di Pell&Gregory.

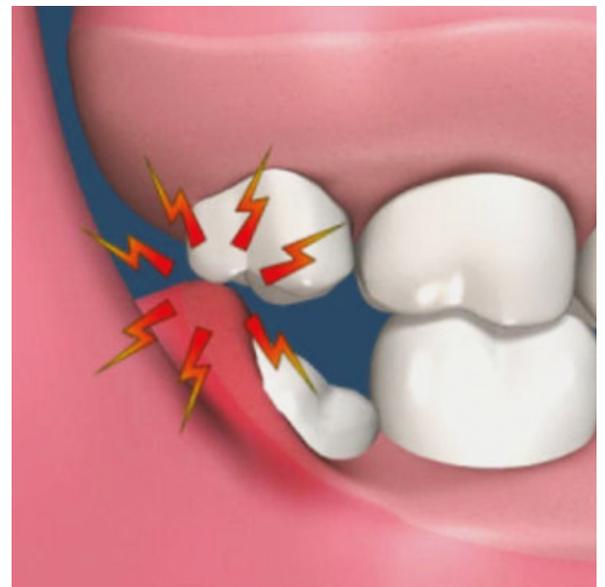
La posizione verticale di Winter è associata nella maggior parte dei casi a pericoronarite, mentre non c'è una differenza statisticamente significativa della possibilità che il dente incluso vada incontro a pericoronarite nelle posizioni I e II di Pell&Gregory. In defi-

nitiva, da questa revisione emerge che:

- I terzi molari inclusi posti in posizione verticale vanno più frequentemente incontro a pericoronarite (posizione verticale di Winter, posizione A di Pell e Gregory)
- L'avulsione preventiva del terzo molare semi-incluso in tali posizioni a rischio è indicata per prevenire la pericoronarite.

### BIBLIOGRAFIA

*Galvão EL, da Silveira EM, de Oliveira ES, da Cruz TMM, Flecha OD, Falcí SGM, Gonçalves PF. Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: A systematic review and meta-analysis. Arch Oral Biol. 2019 Nov;107:104486.*



# INFORMARE SIGNIFICA PREVENIRE: NUMERI E DATI DEL CANCRO ORALE



## Filippo Turchet Casanova (Odontoiatra)

L'idea di questa giornata rivolta essenzialmente ai cittadini è nata dal fatto che in Italia sembra difficile associare l'odontoiatria alla prevenzione, una prevenzione relativamente semplice che consiste innanzitutto nel guardarsi in bocca. Perché cerchiamo di veicolare il messaggio "Non nascondere la tua bocca"? Perché su questo tema si fa poca informazione e c'è poca conoscenza. Anche i colleghi spesso ignorano di dover ispezionare le mucose e molto spesso ci si trova quindi a incontrare situazioni spiacevoli.

Oggi possiamo contare su otti-



me relazioni che spiegheranno a odontoiatri, aso, igienisti e soprattutto cittadini di Milano di cosa si tratta: cos'è il cancro alla bocca, come lo si intercetta, cosa possiamo fare per combattere la nostra guerra contro questo nemico.

## Carlo Monguzzi (Comune di Milano)

Grazie mille e buongiorno a tutti. La prima osservazione è che gli incontri organizzati dal dottor Leghissa vedono una notevole affluenza anche alle 9 di un sabato mattina piovoso come



questo. Il sindaco Giuseppe Sala mi ha pregato di rappresentarlo. Per noi la prevenzione è fondamentale, importantissima: credo che per tutti i presenti sia un onore e un privilegio poter assistere e capire queste cose. Il Comune di Milano ovviamente non fa l'odontoiatria, ma può preoccuparsi della prevenzione del cancro cercando di far vivere tutti in una città meno inquinata possibile. Tutti sapete che viviamo nella Pianura Padana ed è come se

ci fosse un coperchio sopra, però noi cerchiamo di fare l'impossibile perché l'aria sia più pulita.

### Giulio Cesare Leghissa (Segretario generale SIOD)

Sembra incredibile, ma io ricevo numerose e-mail che chiedono cosa voglia dire odontoiatria democratica. La parola sindacato a fatica la capiscono, la parola italiano molti la digeriscono male, quando poi si arriva a "democratico" si scatena il caos. A tutti quelli che me lo chiedono rispondo che odontoiatria democratica vuole dire essere al servizio del Paese, al servizio dei cittadini italiani, non del 20 o 30% dei cittadini italiani che possono pagarsi il dentista. Vuole dire che dobbiamo ristudiare e riproporre un'odontoiatria che affronti i problemi della popolazione italiana. Il "come" è da discutere insieme con le istituzioni, ma va fatto perché è inutile che prendiamo in giro la gente dicendo che facciamo delle grandi campagne e vendiamo la dentiera a 800 euro: la dentiera è per tutti. L'odontoiatria parte dalla prevenzione, dalle campagne di massa capaci di modificare i comportamenti e riportare la nostra popolazione a un livello di prevenzione adeguati ai livelli europei. Questa è la prima questione: un'odontoiatria che si rivolga alla popolazione. La seconda questione è un'odontoiatria capace di dialogare con la popolazione, capace di capirne i bisogni, capace di interpretarne le necessità, capace di fare delle proposte. Noi abbiamo lottato per 40 anni per avere il riconoscimento di una figura professionale come quella dell'assistente alla poltrona, oggi assistente di studio odontoiatrico, per smettere di avere nei nostri studi a occuparsi di sterilità e di assistenza il garzone del parrucchiere che ha deciso di cambiare mestiere e che passa dalle tinture dei capelli ad aiutare il dentista. Non è da Paese civile. Finalmente abbiamo ottenuto un profilo professionale, un percorso di stu-



di professionale e qualcun altro tira fuori il coniglio dal cappello e inventa il cso, il collaboratore del settore odontoiatrico, che non è l'assistente e quindi non ha bisogno di andare a scuola e fare un percorso di studi: è nuovamente il garzone del parrucchiere che viene nei nostri studi. È una vergogna. Allora democratico significa questo: interpretare i bisogni di un Paese che sta cambiando e che sta crescendo. Per questo la campagna di oggi sulla prevenzione del cancro, che è uno degli argomenti sui quali il Cenacolo odontostomatologico e anche Siod si impegnano da sempre. Chi mi conosce si ricorderà di "Predica", la prima grande campagna che abbiamo fatto tanti anni fa sul cancro alla bocca. Il problema è che non ci si può fermare: queste campagne devono continuare tutti gli anni perché dobbiamo coinvolgere la popolazione. Questo è il motivo per cui siamo qua. Io ringrazio tutti i presenti, in particolare i professori universitari che da sempre sono disponibili, sensibili ed entusiasti nel partecipare a iniziative di questo genere e dedicano il loro tempo gratuitamente a venire a sostenere non me, non Siod, non il Cenacolo, ma le campagne contro il cancro della bocca. Ringrazio sentitamente il Comune di Milano che sostiene queste battaglie e questa sala che ci è data gratuitamente: sono cose importanti perché vuole dire che c'è un'amministrazione sensibile ai bisogni.

### Adriana Pirola (Consigliere SIASO)

Buongiorno a tutti. Mi è grata l'occasione di salutarvi a nome di Fulvia Magenga, Segretario Generale del Sindacato assistenti di studio odontoiatrico, che da sempre è vicino oltre che alle assistenti, anche a tutti gli odontoiatri che prendono a cuore questa malattia invalidante.



Purtroppo a volte vediamo cose "non belle". A me non piace usare la parola cancro, però quando ci troviamo di fronte a lesioni dubbie, vanno segnalate immediatamente agli odontoiatri. Proprio per questo è bene che i dentisti siano assistiti da assistenti di studio odontoiatrico formate, preparate e aggiornate e non dal primo che passa per strada, come era solito che succedesse prima dell'entrata in vigore del DPCM che prevede un percorso di studi obbligatorio per l'ASO. Uno dei compiti fondamentali dell'assistente è agevolare la visita odontoiatrica passando gli strumenti giusti e, cosa non da poco, aiutarlo a fare delle fotografie perché la fotografia è l'unico sistema per monitorare le lesioni. Purtroppo la più piccola macchia, la più insignificante lesione nel cavo orale può essere anticamera di patologie gravi che possono progredire velocemente. Oltre alla tutela offerta ai nostri tesserati, il SIASO Confasal ricorda a tutte le ASO che è un dovere prestare attenzione durante le visite di controllo perché gli occhi delle Assistenti sono da considerarsi il terzo e il quarto occhio del dentista.

### Antonella Silvestri (Presidente AIDI Lombardia)

Ringrazio tutta la componente odontoiatrica per l'invito, rappresento Aidi, l'associazione maggiormente rappresentativa della categoria e come igienisti siamo coinvolti nella prevenzione e nell'intercettazione di tutte le lesioni che siamo ben addestrati dalle università a poter intercettare e inviare al medico competente per poi svolgere la diagnosi. Quindi il nostro vantaggio è poter vedere il paziente con richiami periodici e poter valutare nel tempo qualsiasi cambiamento, quindi l'idea di lavorare in team con l'odontoiatria, con l'assistente che può aiutarci come abbiamo detto prima con le fotografie oppure una visione controlaterale, diventa importantissimo. Sempre



Dr. Cicarelli  
dal 1821

# S.O.S.<sup>®</sup> DENTI

## RIGENERA & PROTEGGE LO SMALTO

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



## Dalla ricerca Cicarelli, la soluzione combinata per rigenerare lo smalto.

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

### COME FUNZIONA:

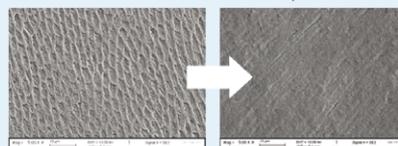
Instant Active Phosphate stimola i fenomeni di rigenerazione e riparazione dello smalto replicando la composizione dei cristalli di calcio presenti sui denti, rilasciando inoltre in modo prolungato ioni fluoro attivi come inibitori della demineralizzazione.



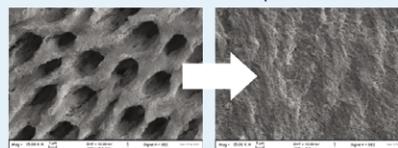
### I RISULTATI DEI TEST:

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

Con S.O.S.<sup>®</sup> DENTI DENTIFRICIO dopo 2 settimane.



Con SIERO S.O.S.<sup>®</sup> DENTI dopo 1 settimana.



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

di più la nostra professione avrà la possibilità di lavorare nel sociale e di lavorare nelle politiche di prevenzione perché tra poco avremo le elezioni anche per la componente dell'albo: finalmente le professioni sanitarie saranno ordinate e avranno pari dignità di tutte le altre professioni mediche proprio nel colloquio con le varie associazioni e le varie rappresentanze politiche. Detto questo, vi porto i saluti anche della Presidenza, la dottoressa Abbinante, che non ha potuto essere presente perché è di Bari: forse il tempo li sarà migliore che a Milano, per cui vi ringrazio nuovamente per essere qui in questa giornata.

**Francesca De Siena**  
(Responsabile Corso  
di Laurea in Igiene Dentale)



Grazie a tutti per l'invito io porto i saluti del Presidente del Corso di laurea. Come diceva poco fa Filippo, i nostri studenti sono sempre più e saranno sempre più coinvolti in questi progetti di sensibilizzazione e informazione sulla popolazione, perché riteniamo che un elemento fondamentale per la loro crescita sia quello di imparare a confrontarsi con il paziente e quindi con la popolazione. Devono essere in grado di dare tutte le informazioni nel modo più semplice e comprensibile possibile, perché sappiamo che soltanto attraverso la conoscenza è possibile poi fare una buona prevenzione. Quindi, per noi come scuola è importante sicuramente dare gli strumenti, e noi abbiamo degli eccellenti insegnanti, e poi essere in grado di applicarli in tutti i contesti che siano clinici o di natura diversa, quindi attraverso per

esempio iniziative come quelle che abbiamo deciso di sostenere.

**Vincent Rossi**  
(Presidente COM)

Buongiorno a tutti. Innanzitutto voglio ringraziare il dottor Leghissa a nome del Cenacolo Odontostomatologico Milanese perché insieme con il suo team ha avuto l'idea e la forza di organizzare questo evento così come a luglio siamo stati presenti presso il Pirellone dove abbiamo visitato più di duecento lavoratori proprio allo scopo di diagnosticare eventuali lesioni maligne o premaligne. Iniziative come questa sono importanti per sensibilizzare appunto non solo gli operatori sanitari ma proprio anche la popolazione. E questo è importante perché anche il cancro orale come molte delle patologie presenti appunto a livello orale e non solo si può sconfiggere con un'alleanza terapeutica tra l'operatore sanitario e il paziente. Operatori sanitari e pazienti coscienti sensibili su un problema possono appunto evitarlo. I primi facendo prevenzione primaria, quindi promozione di stili di vita corretti, alimentazione, cessazione del fumo, nei rispettivi



studi, per dare al paziente e sostenerlo nell'ottenere questi risultati. Il paziente stesso si deve rendere conto che in bocca non ci si ammalia solo di carie e di malattia parodontale, ma anche di cancro.

Fa un po' effetto perché quasi tutti i relatori che stamattina relazioneranno dopo di me erano presenti ahimè 14 anni fa quando io mi laureai con una tesi dal titolo la sopravvivenza di 108 pazienti a cui era stata diagnosticata la malattia cancro orale. Questa sopravvivenza a cinque anni di distanza si attesta a circa il 50 per cento e uno degli aspetti fondamentali è il momento della diagnosi. Una diagnosi precoce vuol dire veramente poter alzare questa percentuale, cioè fare una corretta prevenzione secondaria, quindi scovare la malattia, fare diagnosi il prima possibile è una cosa che veramente può salvare la vita del paziente. Io credo quindi che queste iniziative devono essere promosse, continuare a essere organizzate, e il Cenacolo farà la propria parte dato che da oltre trent'anni ha come mission quella di promuovere un prodotto di qualità. Insomma, combattiamo tutti insieme contro il cancro orale.

## INTERVENTO DI CARRASSI: L'EPIDEMIOLOGIA E I FATTORI DI RISCHIO

di **Antonio Carrassi**  
DOCENTE UNIVERSITARIO

Buongiorno a tutti, fa piacere essere qui con voi e mi fa molto piacere ritrovarmi in un'iniziativa di questo tipo perché, come vedremo, c'è una liaison tra noi e un gruppo di persone che operano qui e che continuano da anni come avremo modo di vedere.

La struttura in cui opero ha come missione formazione, ricerca e clinica. Da un punto di vista della clinica i settori su cui noi centriamo la nostra attenzione sono prevalentemente l'ortodonzia, la prevenzione, la chirurgia orale, l'implantoprotesi,

la parodontologia e da molti anni anche sulla patologia e medicina orale. Oggi ho portato una locandina datata 28/29 novembre 1980: quarant'anni fa al Palazzo delle Stelline, Giorgio Vogel a cui è dedicata questa struttura e Umberto Veronesi con cui noi avevamo una importante collaborazione. Tra clinica e Istituto dei tumori pianificarono questo primo convegno a cui noi portammo dei risultati e mi rifaccio a quello che è stato detto da chi mi ha preceduto, per cui oggettivamente il cancro del cavo orale

viene diagnosticato mediamente con 6/8 mesi di ritardo rispetto a quello con cui potrebbe essere fatto. Da allora, di questi pazienti ne abbiamo visti veramente migliaia e purtroppo alcune centinaia di loro soffrivano di un cancro orale. Cancro che è una malattia estremamente diffusa nel mondo: solo lo scorso anno ci sono stati 18 milioni di nuovi casi, polmone e mammella sono i più frequenti, labbra e cavo orale circa 354.000 nuovi casi nel mondo all'anno tenendo conto di una distribuzione diversa perché, come vedremo, il cancro è molto sensibile ad alcune condizioni legate a stili di vita. Per noi in Italia, come nel resto dei Paesi occidentali, il cancro subito dopo le malattie cardiovascolari resta la prima causa di morte: 180.000 persone, secondo i dati Istat del 2017. Malattie cardiovascolari, Tumori, Malattie del sistema respiratorio, Malattie del sistema endocrino: secondo voi cosa hanno in comune queste quattro aree? Hanno in Comune che queste malattie riconoscono fortemente come fattori di rischio gli stili, l'eccesso d'alcol, il fumo, il sovrappeso. Quindi mi rifaccio anche qui a quello che è già stato detto: sono considerazioni che si sposano con la necessità di modificare l'orientamento delle nostre popolazioni, dei nostri concittadini verso sia una riduzione dell'inquinamento, come ci diceva prima il consigliere Monguzzi, sia attraverso un contrasto importante del tabacco. Lo Stato italiano prende dei fondi dalla vendita di tabacco, ma l'accisa che lo Stato ha sul tabacco non è neanche lontanamente paragonabile ai costi che lo stesso Stato si assume nel curare le malattie tabacco correlate. Come vi dicevo, 371.000 nuovi casi nel 2019, 179.000 decessi nel 2016, e in Italia ci sono tre milioni e mezzo di nostri concittadini che vivono con una diagnosi di cancro. Fortunatamente molti guariscono, ma molti erano percorsi estremamente lunghi. In assoluto in Italia il cancro più frequente è il cancro



della mammella, seguito subito dal tumore del polmone, del colon retto e della prostata.

La cosa che desidero sottolineare è che però il cancro orale, al di là delle difficoltà di trattamento, si localizza su una zona che dal punto di vista funzionale e sociale è importantissima perché noi nei primi mesi della nostra vita comunichiamo esclusivamente attraverso la bocca, possiamo sopravvivere esclusivamente attraverso la bocca e, se volete, la bocca quando noi cresciamo resta una zona sempre molto sensibile e questo è uno dei motivi per cui quando un paziente va dal gastroenterologo e si fa toccare il fegato è molto meno ansioso di quando va dal dentista che ti fa aprire la bocca.

In Italia, causa la morte, ultimi dati Istat, in 3216 casi, compresa la faringe. Se andiamo a vedere i nuovi casi, da C00 a C06, quindi la faringe non è compresa, noi abbiamo 2400 nuovi casi all'anno nei maschi e 1484 casi nelle donne.

Qual è il problema? Queste lesioni, se vengono diagnosticate in un momento iniziale, hanno una buona possibilità di cura. Se vengono invece diagnosticate in una fase tardiva, le possibilità di cura si riducono drasticamente.

Allora noi non abbiamo nessuno strumento in questo momento nelle nostre mani per capire questo passaggio, dalla fase normale alla fase iniziale del cancro, conosciamo dei fattori di rischio, conosciamo delle modificazioni che sono quelle precoci, però non riusciamo a cogliere il momento iniziale. Non siamo in grado di individuare la prima cellula che ha una modificazione genetica e ucciderla. Però è chiaro che quanto prima interverremo, tanto prima il nostro paziente verrà curato, tanto più avrà più possibilità di sopravvivenza. In un paziente che si presenti con un cancro di dimensioni inferiori ai 2 centimetri senza interessamento linfonodale e senza metastasi, la percentuale di sopravvivenza a 5 anni varia dall'82 all'87%, dipen-

dentemente che si considerino le varie casistiche dei vari autori. Quando la malattia si diffonde a livello regionale o a livello generale, la sopravvivenza a cinque anni cala grandemente. Eppure ancora oggi è possibile vedere per la prima volta situazioni di questo tipo, un carcinoma della lingua, e ci chiediamo qual è il motivo. Uno dei motivi è che nell'immaginario delle nostre popolazioni, qualche volta anche di alcuni medici, la bocca rappresenta un territorio franco, è extra-territoriale.

Devo dire che su questo tema, quando lessi per la prima volta il lavoro di un collega inglese, che è stato poi confermato più volte in vari Paesi anche se vedremo con percentuali inferiori, io rimasi sorpreso perché lui volle valutare il grado di consapevolezza della popolazione britannica sull'esistenza dei tumori della bocca. Per farlo intervistò con nove domande un campione di circa 2000 cittadini britannici di età superiore ai 16 anni. I risultati furono abbastanza particolari perché mentre questi 2000 inglesi erano perfettamente a conoscenza che esiste il cancro del polmone, che esiste il cancro della pelle, uno su due non immaginava che esistesse anche il cancro della bocca. Questo è un problema anche perché il cancro della bocca insorge più frequentemente nei soggetti adulti e nei più anziani. Molte volte questi soggetti portano delle protesi rimovibili, sono magari abituati a vedere di utilizzare delle protesi rimovibili che possono dare lesioni, sono abituati ad avere lesioni e quindi possono non farci caso e possono aspettare mesi e mesi per andare dall'odontoiatra chiedendo un parere medico. Come dicevo, questo è un vecchio lavoro, ma è stato confermato più volte, fortunatamente con percentuali inferiori: è stato ripetuto per esempio in Inghilterra due anni fa, in questo caso il 25% dei soggetti intervistati non era a conoscenza della presenza dei tumori alla bocca. Io e alcune delle persone presenti oggi, da vent'anni insistiamo su questo tema: nel 1999 per esempio fummo i promotori di Predica, un progetto di prevenzione e diagnosi precoce del carcinoma orale. L'obiettivo di questo progetto era che i Cenacoli insieme alla Sipmo

## I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2019

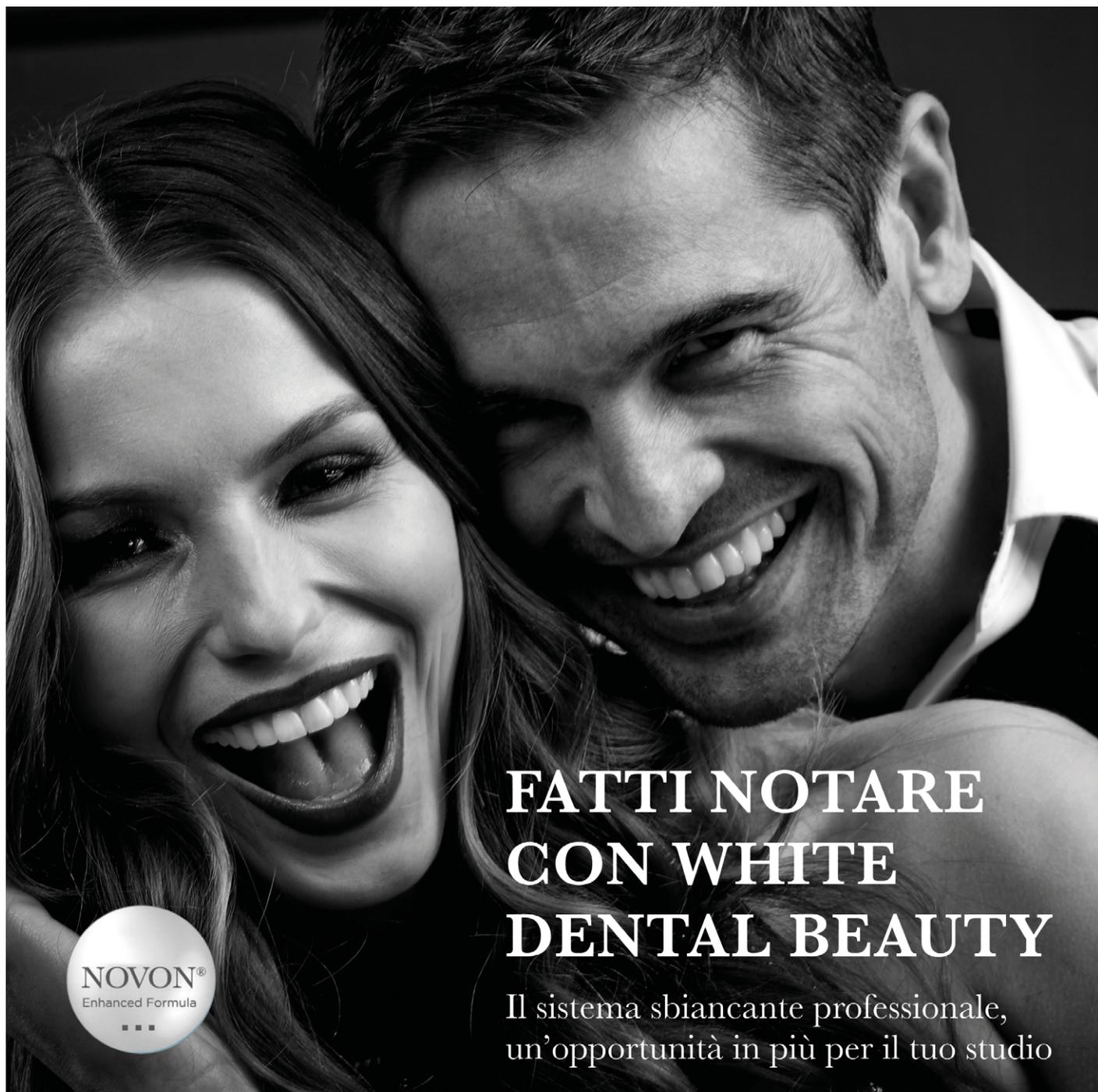


### [CLICCA E SCARICA IL RAPPORTO COMPLETO](#)

avevano pianificato una serie di interventi a livello locale per sensibilizzare i colleghi odontoiatri e i colleghi medici a una diagnosi precoce tenendo una presentazione sugli aspetti iniziali di questo cancro orale. Erano 54 diapositive che vennero mostrate in tutte le regioni italiane: vennero fatti 98 incontri a cui parteciparono circa 3000 sanitari. Fu un intervento molto grosso che ci diede anche delle importanti soddisfazioni perché oltre a dare delle informazioni, a questi colleghi venivano dati anche dei punti di riferimento regionale in modo che laddove vedessero un paziente con un problema potessero riferirlo immediatamente, senza aspettare dei mesi. Quindi i tumori del cavo orale sono tumori fortunatamente non frequentissimi, ma esistono e ci sono circa 4000 nuovi casi all'anno e hanno questa caratteristica: non solo insistono su un territorio particolare, ma la terapia tutt'oggi è fondamentalmente chirurgica e può richiedere degli interventi demolitivi anche di un certo peso. Lui si chiama Richard Doll, venne fatto Sir dalla regina d'Inghilterra per-

ché fu lo scienziato che in modo più convincente, continuo e serio dimostrò in modo inequivocabile il rapporto esistente fra 16 cancri nell'uomo e il fumo di tabacco. Questo fu il primo e viene veramente da molto lontano: siamo nel 1954. Oggi sappiamo con certezza che il tabacco promuove il cancro con svariati meccanismi sia attraverso le centinaia di sostanze cancerogene che contiene sia attraverso un'azione su alcune proteine che controllano la fruttuosi a livello delle cellule. Quindi la riduzione di potenza di queste proteine diminuisce la loro capacità di uccidere le cellule che presentano dei corredi genetici patologici. Ripetendo, noi oggi sappiamo che il fumo è la causa del 30% dei cancri, del 90% dei tumori del polmone, dell'85% di tutti i carcinomi del cavo orale delle malattie croniche polmonari eccetera. Un fumatore su due morirà perché nella sua vita ha fumato e morirà per una malattia direttamente correlata al suo stile di vita. Quindi i dati ci dicono che solo nell'Unione europea ci sono 1 milione e 600mila morti all'anno

direttamente legati al tabacco e 18 milioni e 600mila giorni lavorativi persi. Io ho avuto l'occasione di far parte di alcuni tavoli internazionali che si sono occupati di questo problema e la cosa più interessante che è emersa è che l'intervento più convincente per la riduzione del fumo del tabacco è l'aumento del prezzo delle sigarette. Dal mio punto di vista ben faccia qualunque Governo che aumenti significativamente la tassazione sulle sigarette perché un aumento del 10% del prezzo delle sigarette corrisponde grosso modo a una riduzione del 5/7% della mortalità dei fumatori. Devo dire che questo non è l'unico modo, anzi, vedremo quello che io penso sia il modo corretto di fare, però eliminare il fumo dalle pubblicità come fece con il decreto legge del 10 gennaio 2005 in cui l'allora ministro della Salute l'onorevole Sirchia proibì per la prima volta il fumo di tabacco all'interno dei locali pubblici. Per cui questo atto meritorio di Sircana nel giro di un anno ridusse la percentuale dei fumatori in Italia del 2%. In questo momento le varie casistiche collocano i fumatori in Italia fra il 22,5 e il 23%, il 26% per il sesso maschile e il 25% quello femminile, con una considerazione: il sesso femminile sta aumentando progressivamente la sua propensione al fumo mentre alcuni milioni di maschi - io ho smesso di fumare il 7 giugno 1987 - hanno cessato l'abitudine al fumo. Cessare l'abitudine al fumo è molto importante e ha degli effetti benefici che non si limitano a, come dire, ritornare ad avere un rischio di ammalarsi di cancro identico a quello di uno che non abbia mai fumato una sigaretta, ma già nelle prime settimane del primo anno assistiamo a un importante stimolo all'attività fisica e una riduzione del 50% del rischio di malattie cardiovascolari. Il fumo è in assoluto il fattore più importante: insieme al fumo noi abbiamo l'alcol, precisamente l'eccesso di alcol che promuove un fattore di rischio per il cancro attraverso due meccanismi fondamentali, anche se ce ne sono altri: uno è perché l'alcol vasodilata la superficie delle mucose orali e quindi i prodotti tossici penetrano più facilmente; il secondo è uno dei metabolismi dell'alcol, l'acetaldeide. Il penultimo fattore di rischio di cui vi



# FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

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



*Il segreto*



di uno splendido sorriso





parlo qualche minuto è che noi per tanti anni eravamo abituati a vedere manifestazioni dell'infezione da virus del papilloma umano nelle sue lesioni di tipo infiammatorio: come voi sapete, il virus del papilloma virus HPV è il responsabile del cancro della cervice uterina. Ci sono 500.000 nuovi casi ogni anno, 250.000 muoiono a livello mondiale e le manifestazioni di questo virus sono spesso manifestazioni di tipo infiammatorio, quindi anche a livello delle vie genitali maschili e femminili: verruche, condilomi acuminati, le cosiddette creste di gallo, e noi stante le abitudini sessuali che prevedono dei rapporti oro-genitali queste lesioni HPV le vediamo anche a livello delle mucose orali. Fu una scienziata scandinava Syrianen K. Klaus che quarant'anni fa circa riveglì l'attenzione perché il virus del papilloma umano non provoca solo lesioni infiammatorie; il virus del papilloma umano può avere un ruolo anche per quanto riguarda l'eziopatogenesi del cancro della bocca. Grazie ai suoi lavori, noi oggi sappiamo che l'infezione orale da HPV in particolare modo dei 2 ceppi, il 16 e il 18, che sono gli stessi che provocano il cancro della cervice uterina, sono fortemente associati con il cancro nei soggetti che non abbiano come fattori di rischio fumo e alcol, tra l'altro con una localizzazione preferita che è l'orofaringe che è la base della lingua. Questi lavori sono stati confermati più volte e questa giovane professoressa nel 2007 fu invitata a pubblicare un editoriale sulla più prestigiosa rivista medica internazionale che è il New England Journal of Medicine, un commento a un lavoro che nello stesso numero veniva presentato e questo disse che i nuovi studi caso-

controllo suggeriscono che il virus HPV è un fattore di rischio indipendente per il carcinoma orale orofaringeo. Una revisione sistematica ha mostrato una prevalenza di HPV dell'infezione da HIV nel 26% delle biopsie ottenute da 5000 pazienti con cancro orale.

Quali sono le conclusioni? Io credo veramente che la prima conclusione sia che debba esserci un impegno forte del Governo, delle Regioni, dei Comuni, delle associazioni professionali, dei sindacati volto al contrasto ai fattori di rischio. Urge una maggiore informazione per quanto riguarda quello che può accadere anche a livello del cavo orale. Arriviamo così all'ultimo fattore di rischio: non dobbiamo mai dimenticarci che ci sono delle categorie di italiani che mediamente vivono tre anni meno di altri italiani. Avete idea di quali possano essere? C'è una categoria di italiani che vive tre anni meno di tutti gli italiani, ma non è un dato relativo all'Italia, è un dato noto. Cioè un fattore di rischio importantissimo non solo per il cancro e per le malattie cardiovascolari, ma per la tutela della salute delle popolazioni, è la povertà. La povertà, il disagio ambientale, l'emarginazione che provocano carenze istruzione, poca attenzione da parte delle autorità e, per dire, faccio semplicemente un esempio di quello che sta accadendo in odontoiatria in questa Regione: io ho partecipato come membro della Commissione a una gara europea volta a esternalizzare i servizi di odontoiatria del sistema sanitario nazionale di un numero alto di ospedali per esempio Niguarda, per esempio Monza, per esempio Bergamo Orio Al Serio. Allora io dico che, per amor di Dio, senza voler mancare di rispetto ai service

e ai loro dirigenti, ma gli obiettivi sono pure diversi. Il primo obiettivo del sistema sanitario nazionale è tutelare la salute dei suoi cittadini, l'obiettivo dei service all'interno di norme deontologiche corrette è produrre profitto per i fondi che li sostengono. Prevenzione, dunque, tutela degli ultimi e tutela degli emarginati che noi vediamo a centinaia nelle nostre strutture facendo una grandissima fatica perché, per esempio, le prestazioni rimborso delle prestazioni dei LEA di odontoiatria, Livelli essenziali di assistenza, che già sono ridotti all'osso, non coprono le spese che l'ospedale sostiene per produrli e quindi di default viene fuori una struttura odontoiatrica che lavori con il sistema sanitario nazionale o sviluppa un'area a pagamento per tenere in piedi il sistema nazionale o avrà il direttore generale che alla fine dell'anno, quando si discutono i budget dirà 'ragazzi, certo voi avete diagnosticato 150 tumori, avete curato 1500 disabili che nessuno vuole, che vengono in carrozzella, però voi perdetevi, non siete di grande interesse'. Io credo che la cosa veramente importante di cui noi non dobbiamo mai scordarci, e qui mi fa piacere che ci sia il Consigliere Monguzzi, è che noi abbiamo bisogno di ripensare seriamente a cosa sia l'educazione sanitaria.

Abbiamo bisogno di avviare, di pianificare seriamente dei progetti di educazione sanitaria per le scuole elementari, per le scuole medie che coinvolgano i professori e le famiglie dei ragazzi. È chiaro che è importantissimo quello che fa il Cennacolo, quello che fa l'Andi, quello che fa l'Oral Cancer Day eccetera eccetera, ma l'impegno secondo me deve partire da qua, deve partire da un percorso definito, pianificato, che abbia più l'obiettivo di educare alla salute i nostri ragazzi e promuovere con loro degli stili di vita adeguati e metterli nelle migliori condizioni per farlo. L'altro obiettivo che mi sembra più difficoltoso, è lottare contro la povertà.

**LE ALTRE RELAZIONI DEL CONVEGNO  
"NON NASCONDERE LA TUA BOCCA"  
LE TROVERETE NUMERO DI TEAM  
AT WORK IN USCITA A GENNAIO**

# IL CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE E L'ACCORDO SIOD-SIASO-CONFESAL

*Con questo numero di "Team at work" apriamo il dibattito sul nuovo CCNL per i lavoratori degli studi dentistici siglato tra SIOD e SIASO l'11 ottobre 2018 e successivo accordo interconfederale, pubblicando questo contributo di Pietro Paolo Mastinu, presidente di ANTAMOP, Associazione Nazionale titolari soci e amministratori ambulatoriali medici e odontoiatrici*



## 1) UN CONTRATTO APERTO ALLE NOVITÀ DELL'ATTUALE CONTESTO ODONTOIATRICO.

Si tratta di uno dei pochissimi contratti disegnati sulla specifica realtà odontoiatrica, intesa in senso ampio e cioè con uno sguardo adatto all'attuale articolazione dell'attività sanitaria odontoiatrica, che ricomprende e sempre più ricomprenderà, in primis per iniziativa degli stessi professionisti odontoiatri, forme di esercizio associato e imprenditoriale in luogo di quello individuale.

Non si può non considerare il peso crescente nel mercato che stanno assumendo non solo le cosiddette catene odontoiatriche, ma persino i grandi gruppi della Sanità privata, che sempre

più estendono ed estenderanno la propria operatività nell'ambito dell'attività sanitaria odontoiatrica, in convenzione diretta e indiretta con i terzi paganti. Nel Contratto è esplicitata espressamente - e non a caso - l'estensione del campo di applicazione a tutte le forme di esercizio professionale e imprenditoriale della attività sanitaria odontoiatrica. In tutti gli altri contratti normalmente utilizzati tale estensione appare sempre come possibile, ma descritta come residuale o "tra le righe", per motivi che hanno a che fare con motivazioni politiche e sindacali. Non si tratta solo di questioni terminologiche, in quanto tutta la parte normativa di questi CCNL appare sempre come focalizzata alla realtà dello studio profes-

SOPRA: IL DOTTOR GIULIO CESARE LEGHISSA E LA SIGNORA FULVIA MAGENGA ALL'ATTO DELLA FIRMA SUL NUOVO CCNL PER I LAVORATORI DEGLI STUDI DENTISTICI SIGLATO TRA SIOD E SIASO L'11 OTTOBRE 2018

sionale, quasi a suggerire che le realtà imprenditoriali debbano adattarsi a quel modello. In netta discontinuità con questo trend, che non ha nulla di obiettivo e di tecnico, questo contratto è stato sostanzialmente disegnato al fine di poter essere utilizzato anche per specifiche realtà imprenditoriali (per esempio, con riguardo a tutta la disciplina del welfare), senza per questo far mancare le dovute garanzie di tutela dei diritti dei lavoratori che vi operano.

## 2) WELFARE AZIENDALE E PREMI DI RISULTATO

Si tratta di una normativa che ha reso possibile destinare al lavoratore premi di risultato - si veda al punto specifico

per una descrizione precisa dell'istituto – che possono essere percepiti in denaro o in prestazioni di welfare, con significative decontribuzioni e defiscallizzazioni che diventano più significative quando l'erogazione avviene – su scelta espressa del lavoratore – in natura e cioè sotto forma di prestazioni di welfare. Per rendere effettiva la fruizione di questa importante opportunità – utile anche al fine di premiare la meritocrazia in studio o in azienda e quindi, in ultima analisi, anche ai fini di incentivare la graduale costruzione e il miglioramento di una congrua e funzionale dimensione organizzativa, in termini di maggiore efficacia ed efficienza – si sono costruite tutte le opportune articolazioni previste dalla Legge – contrattazione decentrata e piattaforme di servizi di welfare –, utili a non lasciare queste importanti opportunità sulla carta, cosa che accade inevitabilmente ogniqualvolta il dettato di un contratto collettivo nazionale non si traduce – come espressamente richiesto dalla Legge – nella sua naturale articolazione pratica. E si tratta di un particolare welfare, nel senso di misure studiate con particolare attenzione alla famiglia: con una particolare focus su prestazioni di welfare quali asili nido, scuole per l'infanzia, realtà educative pre e post orario di lavoro.

### 3) APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE E PER QUALIFICA PROFESSIONALE, ENTRAMBI CON LIMITI DI ETÀ A 29 ANNI E 364 GG

Si è trattato di un'importante innovazione, utile a permettere a tutti i datori di lavoro – sia quelli che agiscono in contesti regionali in cui l'apprendistato per qualifica professionale è presente, che quelli che sono costretti –, in mancanza del primo – a utilizzare quello professionalizzante, di usufruire dell'apprendistato al fine di assumere giovani da avviare alla formazione specifica prevista con significativi vantaggi in termini di remunerazione calmierata nel periodo di formazione, fino all'età più elevata prevista per l'apprendistato professionalizzante.

### 4) INDENNITÀ DI PROFESSIONALIZZAZIONE AD PERSONAM, intesa

come riconoscimento delle competenze professionali acquisite nella pratica e nei percorsi formativi, certificati da centri di formazione accreditati; si tratta di un'iniziativa da mettere in diretta correlazione con l'attuale contesto del mondo del lavoro, che vede una crescente de-professionalizzazione per i lavoratori che non si aggiornano ai nuovi processi e alle nuove tecnologie: una misura che

tende a incentivare il lavoratore ad accrescere la propria professionalità, puntando sulla formazione, che si sostanzia in una indennità ad personam che tiene conto delle competenze già acquisite dal lavoratore, cui si sommeranno quelle ancora da assimilare. Un modo, insomma, per cercare di rafforzare i lavoratori in una fase di forte debolezza del mercato del lavoro. Secondo alcuni studi, infatti, il 70% dei nati oggi svolgerà lavori che attualmente non esistono, mentre è stato stimato che entro il 2030 scomparirà il 50% delle professioni di cui oggi è composto il panorama.

### 5) PREAVVISO ATTIVO IN CASO DI LICENZIAMENTO NON DISCIPLINARE COME "STATUS PONTE"

durante il quale verrà data comunicazione del licenziamento a tutti i soggetti che hanno la possibilità di favorire nuove opportunità di lavoro, quali l'Ente Bilaterale, l'Associazione datoriale, la Federazione sindacale, la Confsal, onde trasformare lo status del singolo lavoratore licenziato a lavoratore ricollocato.

### 6) FORMAZIONE CONTINUA E INNOVATIVA in grado di sostenere l'innovazione e le nuove tecnologie nelle

aziende e al contempo di intervenire sul reimpiego dei lavoratori toccati da obsolescenza di competenze e a rischio di uscita dal mercato del lavoro; si tratta di una misura che si pone evidentemente in diretta correlazione con quella giù descritta al punto 4.

7) **PREMIO DI RISULTATO**, collettivo o individuale, variabile in base a una serie di indicatori oggettivi misurabili, definiti dalla contrattazione decentrata, e altre forme di partecipazione dei lavoratori agli utili per le strutture sanitarie costituite in forma di impresa (ambulatori odontoiatrici) con modalità definite dalla contrattazione decentrata e dal contratto individuale di lavoro.

8) Aderendo a questo contratto, i lavoratori avranno a disposizione **RIMBORSI SIGNIFICATIVI DA PARTE DELLA CASSA ASSISTENZA MALATTIA, IN SENO ALL'ENTE BILATERALE EBILP**. L'adesione al citato ente Bilaterale sarà possibile con tariffe di adesione molto contenute, sia per la parte a carico del dipendente che per quella del datore di lavoro, a confronto con la gran parte delle altre realtà di settore.

SOTTO: IL DOTTOR PIETRO PAOLO MASTINU, PRESIDENTE DI ANAMOP, ASSOCIAZIONE NAZIONALE TITOLARI SOCI E AMMINISTRATORI AMBULATORIALI MEDICI E ODONTOIATRICI





## FUMO, OSTETRICA E GINECOLOGIA

*L'uso del tabacco ha un effetto negativo su tutti gli organi del corpo umano e costituisce una delle principali cause di morte in età adulta. Nel caso delle donne, poi...*

di **Daniele Di Piazza**  
U.O. OSTETRICA E GINECOLOGIA -  
HUMANITAS SAN PIOX, MILANO

**L**imitando il discorso all'ambito ostetrico e ginecologico, numerose evidenze dimostrano come le donne fumatrici siano a maggior rischio di incorrere in problemi della salute riproduttiva, di sviluppare diverse forme di cancro dell'apparato riproduttivo e di patologie tumorali mammarie e di soffrire di quadri più precoci e più gravi di osteoporosi (1). È inoltre noto come il fumo di sigaretta abbia un impatto dannoso sia sul decorso della gravidanza che sullo sviluppo fetale.

### **FUMO DI SIGARETTA E PATOLOGIE ONCOLOGICHE FEMMINILI**

Ben nota è l'associazione tra fumo di sigaretta e patologie oncologiche. In am-

bito ginecologico, consistenti evidenze derivanti da ampie coorti di pazienti dimostrano come il fumo di sigaretta costituisca un fattore di rischio per lo sviluppo del carcinoma epiteliale mucinoso dell'ovaio (1, 2). Inoltre, l'abitudine al fumo contribuisce alla progressione delle neoplasie intraepiteliali della cervice uterina (3, 4). A tal proposito, è stata osservata un'associazione tra fumo di sigaretta e carcinoma cervicale a cellule squamose in donne sieropositive ai ceppi 16 e 18 di papilloma virus (HPV). La possibile relazione tra fumo di sigaretta e patologie oncologiche mammarie è da tempo dibattuta. Evidenze recenti sembrano tuttavia dimostrare che il fumo di sigaretta determini un incrementato ri-

schio di cancro al seno, in particolare tra le donne con una storia familiare positiva per tale patologia e tra coloro che si sono avvicinate al tabagismo in età adolescenziale o perimenarcale (5, 6).

### **FUMO DI SIGARETTA, MENOPAUSA E OSTEOPOROSI**

Preoccupante è anche l'effetto antiestrogenico del tabacco, che inevitabilmente determina un'accelerazione dei processi menopausali. La prematurità della transizione menopausale nelle fumatrici non è innocua ma, al contrario, determina un significativo incremento del rischio di patologia cardiovascolare e di fratture osteoporotiche, indipendentemente dai livelli di densità minerale ossea (7, 8).

## LA SIGARETTA E LA GRAVIDANZA

Probabilmente meno radicata nella popolazione è la consapevolezza degli effetti deleteri del fumo di sigaretta sulla fertilità, sull'andamento della gravidanza e sullo sviluppo fetale. A tal proposito, è bene che le donne in età riproduttiva sappiano che l'abitudine al fumo, da un lato riduce la loro probabilità di ottenere una gravidanza sia naturalmente sia con tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) e, dall'altro, incrementa il rischio di aborto. Il fumo di sigaretta è anche parecchio dannoso per lo sviluppo placentare. Ciò inevitabilmente si traduce in un incrementato rischio di distacco di placenta durante la gestazione, di compromissione della crescita fetale e di parto pretermine. È inoltre noto come i bambini di madri fumatrici siano a maggior rischio di difetti congeniti quali labbro leporino o palatoschisi e di sindrome della morte improvvisa del lattante (9, 10). Tra le ex tabagiste, particolarmente diffuse sono le sigarette elettroniche. Il loro aerosol, sebbene contenga sostanze meno deleterie rispetto al fumo di sigaretta tradizionale, è comunque dannoso. I prodotti della nicotina costituiscono infatti comunque un pericolo per la gravidanza e per il feto potendone danneggiare lo

sviluppo del sistema respiratorio e di quello nervoso centrale (9). Anche il fumo passivo costituisce una minaccia. È infatti dimostrato come possa anch'esso avere un'influenza negativa sul peso alla nascita e aumentare il rischio di morte in culla. Inoltre, robuste evidenze dimostrano

come i bambini figli di fumatori siano a maggior rischio di essere ricoverati in ospedale nei primi anni di vita per quadri, anche gravi, di patologie respiratorie quali bronchite o polmonite (10).

[www.octopusmed.org](http://www.octopusmed.org)

## BIBLIOGRAFIA

1. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion number 503: tobacco use and women's health. *Obstet Gynecol.* 2011 Sep;118(3):746-50.
2. Marchbanks PA, Wilson H, Bastos E, Cramer D, Schildkraut JM, Peterson HB. Cigarette smoking and epithelial ovarian cancer by histologic type. *Obstet Gynecol* 2000;95:255-60.
3. Kapeu AS, Luostarinen T, Jellum E, Dillner J, Hakama M, Koskela P, et al. Is smoking an independent risk factor for invasive cervical cancer? A nested case-control study within Nordic biobanks. *Am J Epidemiology* 2009;169:480-8.
4. Trimble CL, Genkinger JM, Burke AE, Hoffman SC, Helzlsouer KJ, Diener-West M, et al. Active and passive smoking and the risk of cervical neoplasia. *Obstet Gynecol* 2005;105:174-81.
5. Xue F, Willett WC, Rosner BA, Hankinson SE, Michels KB. Cigarette smoking and the incidence of breast cancer. *Archives of Internal Medicine* 2011;171:125-133.
6. Jones ME, Schoemaker MJ, Wright LB, Ashworth A, Swerdlow AJ. Smoking and risk of breast cancer in the Generations Study cohort. *Breast Cancer Res.* 2017 Nov 22;19(1):118.
7. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: long term health consequences. *Maturitas* 2010;65:161-6.
8. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, De Laet C, Eisman JA, et al. Smoking and fracture risk: meta-analysis. *Osteoporosis International* 2004;16:155-62.
9. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
10. [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)



# COME TROVARE UN AMICO LEGGENDO MICHEL DE MONTAIGNE

di Franco Zarattini

PSICHIATRA



Si scrivono saggi su vari argomenti che trovano anche un gran numero di lettori interessati a conoscerne il contenuto per informazione e perfezionamento delle conoscenze in continuo progresso. Tuttavia, nessuno di coloro che si è dedicato a questo impegno intellettuale si è posto la domanda da dove provenga questo termine non esistente da sempre. Qualcuno l'ha dovuto inventare. Questa idea innovativa è scaturita dalla fantasia creativa della mente di Michel de Montaigne, che visse nel Périgord, nel Sud-Ovest della Francia, tra il 1533 e il 1592. Questo straordinario personaggio

ereditò dal padre un titolo nobiliare concessogli dal re di Francia Francesco I° di Orleans e fu chiamato a coprire cariche pubbliche importanti. Avendo avuto una vasta educazione scolastica, divenne magistrato e per la sua integrità fu più volte eletto sindaco di Bordeaux e ricordato in seguito come il primo cittadino più alla mano che la città abbia mai avuto. In qualità di viticoltore sempre accompagnato dai suoi servi e personale di difesa contro banditi e soldati allo sbando, essendo quei tempi molto pericolosi per la guerra di religione in corso tra protestanti e cattolici che stava devastando

la Francia, si occupò della gestione dei vigneti sparsi su vari terreni della prestigiosa tenuta di famiglia che produceva un vino denominato Chateau Eyquem, tuttora esistente e di eccelsa qualità. Assaggiatelo per crederci, nonostante il costo attuale. Benché oberato da gravosi impegni pubblici, dall'età di 30 anni in poi Montaigne per distrarsi incominciò a scrivere quanto gli passava per la mente, senza un piano preciso, su esperienze quotidiane o momentanei pensieri, privilegiando un tema che maggiormente lo attraeva: «come vivere?».

Domanda diversa dal dilemma etico: «come dovremmo vivere?».

Montaigne si poneva nel mezzo di questi cruciali interrogativi, cercando di capire come il popolo si arrabattasse per scegliere quello che avrebbe dovuto fare per vivere una buona vita: «caratterizzata non solo da una condotta corretta e onorata, ma anche appagante, prospera e pienamente umana».

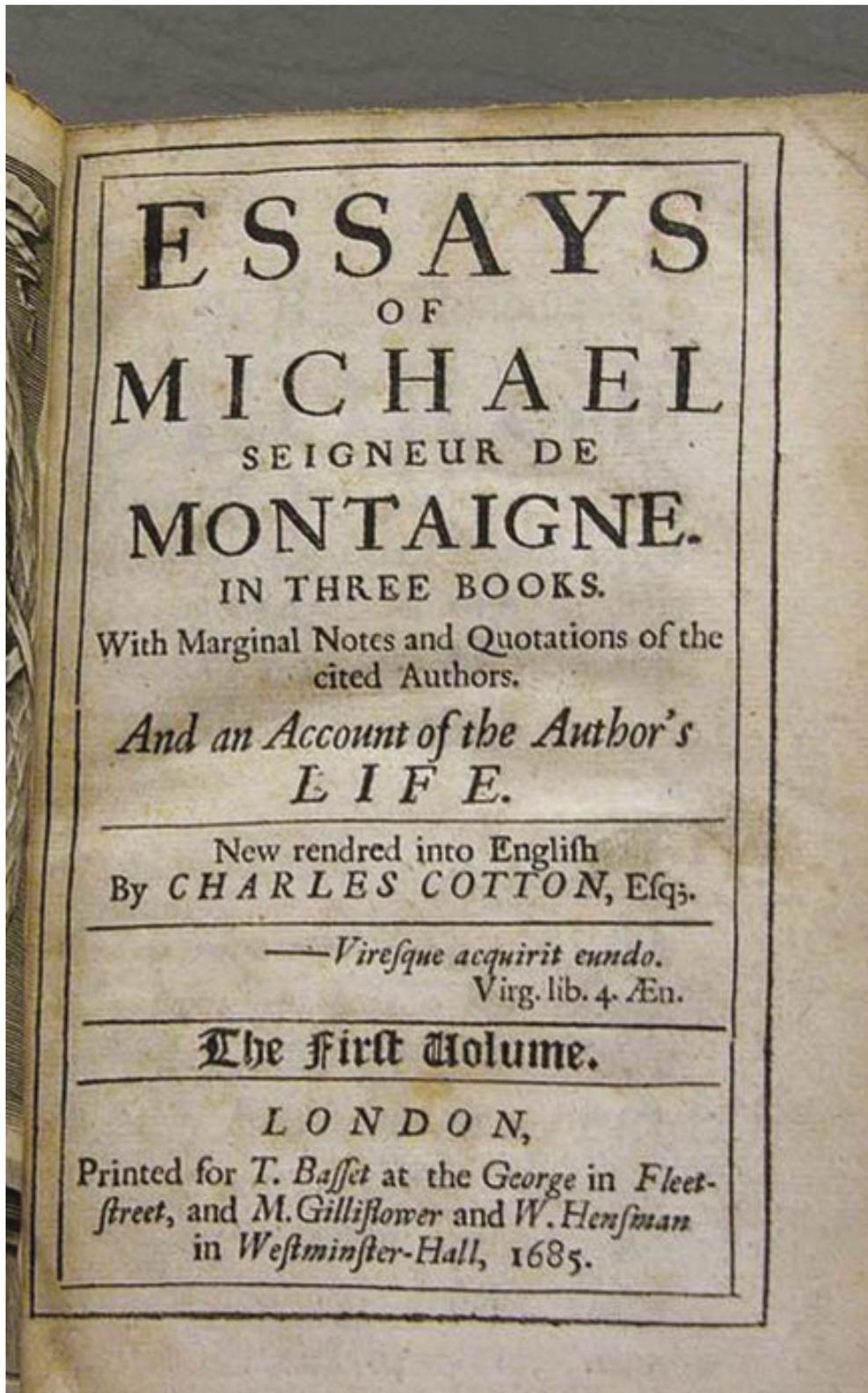
Questo interrogativo lo indusse a dedicarsi alla lettura, incuriosito dalla storia degli uomini del passato e di epoca recente, valutando emozioni e motivazioni che ne orientavano il comportamento, e non escludendo sé stesso, esemplare umano che conosceva nel modo migliore. Montaigne trovò una enorme quantità di domande mirate sui grandi dilemmi dell'esistenza e altrettante sugli accadimenti della vita quotidiana, cui trovare una risposta semplice e convincente. Profondamente umano e comunicativo, ci riuscì usufruendo del materiale che la vita stessa gli metteva a disposizione, invece di rivolgersi alla fantasia e alla filosofia. Senza rendersene conto, creò un'autentica rivoluzione letteraria che cambiò la letteratura successiva senza avvalersi di un piano preciso, ma piuttosto stravagante e rozzo. Quando ne comprese l'importanza notò compiacendosi di avere scritto «il solo libro al mondo della sua specie». Dovendo allora trovargli un

titolo pensò all'essai, dal verbo francese *essayer*, che significa provare, assaggiare, testare, sperimentare. Nacquero così i Saggi che nulla avevano in comune con le dissertazioni già esistenti, perché furono scritti senza un disegno preciso, crescendo un po' alla volta tra il 1572 e il 1592. L'infausto evento che mise fine alla loro crescita ed evoluzione fu la mor-

te di Montaigne. I Saggi sono in totale 107, di cui alcuni sono contenuti in una o due pagine, mentre altri ne riempiono molte di più. Nell'edizione completa e recente si contano più di mille pagine. I loro titoli non seguono un filo conduttore preciso, ma sono formati da testi per lo più esplorativi o tra loro slegati senza pretendere di ap-

profondire o di insegnare alcunché: «Dell'amicizia»; «Dell'uso di vestirsi»; «Dei numeri»; «Della crudeltà»; «Dell'esperienza». E così di seguito. Scandagliandoli per più di 20 anni, Montaigne scavò al massimo nel suo intimo traendone un po' alla volta un autoritratto sempre più vivace e preciso. Il re di Francia Enrico IV° di Navarra, avendo letto i Saggi, disse a Montaigne, più volte suo ambasciatore, che gli erano piaciuti. "I Saggi sono io", è stata la risposta.

Quasi cinque secoli sono passati da quando lo scrittore è nato, determinando nel volgere del tempo la graduale e inevitabile scomparsa di molti usi e costumi. Tuttavia, leggendo i suoi Saggi si prova una sensazione di familiarità che cancella in un attimo il mezzo millennio trascorso. Il matematico e filosofo del 1600 Blaise Pascal commentò: «Non è in Montaigne, ma in me stesso che trovo tutto quello che vedo in lui». A un'amica che gli aveva chiesto quale fosse la lezione di vita di Montaigne Gustave Flaubert rispose: «Non leggete per divertirvi come fanno i bambini o per istruirvi come gli ambiziosi. No, leggete per vivere». In sintonia con i precedenti lettori André Gide, innovatore della lingua francese, nei suoi romanzi del 1900 affermò: «Ho fatto mie tante cose di Montaigne, che riconosco in lui la mia stessa persona». In seguito lo scrittore austriaco Stefan Zweig, in esilio in Brasile durante la seconda guerra mondiale, mentre pensava al suicidio in un periodo di grande sconforto per il dilagare delle truppe tedesche in Europa, perché temeva la conseguente distruzione della civiltà classica e liberale, ebbe l'opportunità di leggere i Saggi incontrando in Montaigne il suo unico vero amico: «Qui c'è un tu che rispecchia il mio io, qui è stata superata e conciliata la distanza che la separa dal passato e dal futuro. Quattrocento anni sono passati in un soffio». Più di recente, il giornalista Bernard Levin redasse un articolo su Montaigne pubblicato nel Times del 1991: «Sfido qualunque lettore di Montaigne a domandarsi incredulo come faceva a sapere tutte queste cose di me?». La risposta è ovvia: l'autore sapeva tutto di sé stesso e parimenti i suoi lettori lo comprendono in quanto conoscono tutti questi particolari in sé stessi. Leggete i Saggi di Montaigne nell'edizione integrale recente: troverete un amico.



# QUANDO LA MUSICA SI SPOSA CON IL CINEMA

*Con il termine colonna sonora si intende l'insieme di tutti gli elementi sonori del film. Ecco come si è evoluta nel tempo*

di **Mario Mariotti**

MUSICISTA PROFESSIONISTA

MARIO.MARIOTTI@CONSERVATORIO.CH



**L**a nascita ufficiale del cinema risale al 28 dicembre 1895, quando in un locale parigino furono proiettati alcuni cortometraggi dei fratelli Lumière, senza dialoghi, rumori né accompagnamento musicale. Di lì a pochissimo tempo, però, anche la musica sarebbe divenuta parte di questa straordinaria forma di spettacolo. Quindi, la definizione “era del cinema muto” è dovuta soprattutto alla mancanza di voci e rumori. A colmare questa mancanza erano le didascalie in sovraimpressione, che servivano a fornire sintetiche informazioni sullo svolgimento della vicenda o a riprodurre battute degli attori. Più tardi, si cominciò a mettere un semplice accompagnamento mu-

sicale alle immagini, fornito da musicisti presenti in sala, quasi sempre pianisti, che eseguivano brani presi da un repertorio già esistente. Dato che abbinare musiche e immagini in modo casuale poteva rovinare l'efficacia dello spettacolo, si cominciò a pensare a un repertorio adatto a ogni situazione, indicando elenchi di brani da usare nei film. Questo genere di spettacolo ebbe un successo travolgente e le sale cinematografiche divennero più confortevoli e dotate di vere orchestre che accompagnavano la proiezione del film. Un salto di qualità venne compiuto nel 1914, quando fu proiettato per la prima volta il film *Cabiria*, scritto e diretto da Giovan-

ni Pastrone con la collaborazione di Gabriele D'Annunzio e del musicista Ildebrando Pizzetti, che compose una musica originale per questa pellicola, la *Sinfonia del Fuoco*.

## LA COLONNA SONORA

Alla fine degli anni Venti, si arrivò a dotare la pellicola della cosiddetta colonna sonora. Con il termine colonna sonora si intende l'insieme di tutti gli elementi sonori del film: dialoghi, rumori, musiche. Dal punto di vista tecnico è quella parte della pellicola cinematografica che reca incise delle vibrazioni luminose, le quali, grazie a un apposito apparato del proiettore, si trasformano in vibrazioni elettriche

e poi sonore. Il primo film dotato di una colonna sonora a tutti gli effetti fu *Il cantante jazz* di Alan Crosland del 1927 (foto), interpretato dall'attore e cantante Al Jolson, dove alla musica si aggiungevano i dialoghi dei protagonisti. Ma senza dubbio uno dei risultati più celebri e più importanti nacque dalla collaborazione tra il compositore Sergej Prokofiev e il regista Sergej Eisenstein con il film *Aleksandr Nevskij* del 1938 (foto). Il film racconta la storia di Aleksandr Nevskij, un personaggio storico che nel 1242 guidò le forze russe contro i Cavalieri Teutonici, un ordine religioso fondato durante la Terza Crociata. Il movimento più lungo e drammatico della colonna sonora di Prokofiev, La battaglia sul ghiaccio, accompagna la scena cardine del film, in cui le forze militari di entrambi gli eserciti si scontrano su un lago ghiacciato. Il movimento si apre evocando un'atmosfera di tensione per poi scoppiare in un'azione frenetica quando inizia la battaglia. Toni aspri e schemi ritmici contrastanti evocano gli eserciti contendenti. Inaspettatamente, il movimento termina tranquillamente, come se anche le forze vittoriose di Nevskij fossero sovrastate dalla stanchezza. Altre sezioni degne di nota includono cori patriottici, scene di preghiera e un finale trionfante in cui Nevskij e le sue forze riprendono la città occupata di Pskov. Nel 1939 Prokofiev rielaborerà la musica del film inserendola in una cantata (suddivisa in sette movimenti) per orchestra e coro.

### I RUMORI

I rumori e le musiche che ascoltiamo al cinema non sono esattamente gli stessi della vita reale. Il cinema è una costruzione artificiale: ciò che vediamo e sentiamo è stato appositamente predisposto dal regista per raggiungere precisi risultati espressivi. I rumori che accompagnano il film hanno la funzione di evocare l'ambiente e la situazione nella quale si sta svolgendo l'azione: tintinnio di bicchieri e posate se la scena si svolge in cucina, fruscio di foglie in un bosco, il frastuono caotico del traffico in una strada metropolitana. I rumori che lo spettatore sente sono quasi sempre prodotti artificialmente da un tecnico, il rumorista, il cui compito è quello di ricreare in studio, con oggetti di vario tipo, suoni e rumori dell'ambiente. Il regista poi aumenta o diminuisce l'intensità dei rumori a seconda dei risultati espressivi che vuole raggiungere.

Per esempio pugni, schiacci e cadute sono nel film molto più rumorosi che nella realtà: infatti quanto più forte è il rumore che accompagna un pugno sulla scena tanto più intenso, nella mente dello spettatore, è il dolore che esso provoca. Dunque, tutto ciò che sentiamo nel film non è mai casuale, ma è sempre il frutto di precise decisioni del regista.

### SUONO DIEGETICO ED EXTRADIEGETICO

Nel cinema si può effettuare una distinzione riguardante il suono, catalogandolo suono diegetico oppure extradiegetico. Si parla di suono diegetico intendendo tutti i suoni che fanno parte della diegesi del film, il suo andamento narrativo. Sotto questa categoria ricadono il suono in campo (in) quando la fonte sonora è all'interno dell'inquadratura e il suono fuori campo (off) quando la fonte sonora è all'esterno dell'inquadratura, quando ha la funzione di estendere lo spazio dell'inquadratura per meglio contestualizzarla, quando ha la funzione di creare un senso di attesa nello spettatore, di invitarlo a fare ipotesi. Per suono extradiegetico (suono over), invece, si intende il suono che sente lo spettatore che però non si colloca nello spazio della storia, bensì in quello ideale della sua narrazione.

### MUSICA CONVERGENTE E DIVERGENTE

Nel film la musica ha uno stretto rapporto con l'immagine, così stretto che immagini e sonoro vengono ge-

neralmente percepiti come un unico messaggio. La musica ha il compito di commentare quello che le immagini mostrano: il protagonista che cammina sul prato è felice o teme l'arrivo di un killer? Gli uomini armati che stanno arrivando sono i buoni o i cattivi? Una musica appropriata non lascia allo spettatore alcun dubbio, chiarendo quello che sta succedendo. A volte la musica rinforza le emozioni suscitate dalle immagini: una musica calma e serena commenta la passeggiata tranquilla del protagonista, mentre una musica concitata e minacciosa accompagna il tentativo di allontanarsi da un pericolo imminente. In questo caso, quando cioè la musica accentua le impressioni suggerite dallo schermo, siamo di fronte a un uso convergente della musica (sincronismo). A volte invece la musica è chiaramente in contrasto con ciò che la scena mostra. Si dice allora che il regista fa un uso divergente della musica (asincronismo). L'uso convergente della musica è sicuramente più frequente: il commento sonoro in genere sottolinea elementi presenti sulla scena e amplifica le emozioni suggerite dalle immagini. Meno frequente e più complesso, l'uso divergente della musica può invece dar luogo a risultati espressivi più interessanti proprio perché meno prevedibili. Infatti, il conflitto tra musica e immagine sollecita lo spettatore a un'interpretazione meno scontata e più problematica, portandolo a riflettere su aspetti meno evidenti della storia raccontata.



LEADING REGENERATION

Geistlich  
Biomaterials

I biomateriali più documentati in un negozio online rinnovato!



SPESE DI SPEDIZIONE OMAGGIO\*



EXACTLY  
like no other.



[www.shop.geistlich.it](http://www.shop.geistlich.it)

\*per ordini online non urgenti

## Andando per ristoranti

# LA FONTANA DI TREVÌ, POI “AL MORO”

a cura di Xxxxx

**A** due passi dalla fontana di Trevi, in vicolo delle Bollette 13, c'è la trattoria “Al Moro”. Un locale arredato con gusto un po' retrò, dove si respira aria di tradizione e di eccellenza. Ci vado da vent'anni e trovo sempre gli stessi camerieri che stanno invecchiando con me: questo è un validissimo elemento che denota solidità e continuità.

Il menù, molto ricco, raccoglie il meglio della cucina romana: dai fritti del Moro al prosciutto e Melone o fichi, con qualche concessione al gusto dell'eccellenza: foie gras d'oca Regina intero al salmone del Pacifico affumicato selvaggio. Ma è nei primi e nei secondi che qui danno il meglio: rigatoni con la pajata, spaghetti alla

Moro, tagliatelle ai funghi porcini o al tartufo e bucatini alla amatriciana.

Nei secondi primeggiano fritto di cervelli e carciofi, braciolette d'abbacchio scottadito, ovoli e groviera in insalata, funghi porcini trifolati o arrosto, carciofi alla romana (due). E a questo punto, se ce la fate, dedicatevi allo zabaione (insuperabile!).

### AL MORO

Vicolo Bollette, 13

00187 Roma (RM)

Tel. 06 6783495

info@ristorantealmororoma.it

<https://www.ristorantealmororoma.it>



# UN GIOIELLO “ALLA PIEMONTESE”

a cura di Giulio C. Leghissa

**U**scendo dall'autostrada per Gravellona Toce a Meina, dopo pochi chilometri (2 o 3) trovate un paese, Montrigiasco, dove c'è un ristorante (il Castagneto) che è un piccolo gioiello di cucina piemontese. Naturalmente, si parte dagli antipasti con affettati misti, insalata russa, vitello tonnato, verdure sott'olio, formaggi freschi e stagionati delle colline intorno, i peperoni con la bagna cauda. Nei primi trionfano il risotto con i porcini e i tagliarini con il tartufo.

Nei secondi la faraona arrosto, le lumache aglio burro e prezzemolo, lo stufato d'asina, la polenta con i funghi e così via. Non dimenticate di lasciare un posticino per il bonnet.

Anche la cantina è di qualità con etichette di valore e ricarichi ragionevoli. Buoni il Nebbiolo e il Dolcetto di Chionetti, ottimo il Barbaresco (il mio preferito è quello “dei produttori” Rabajà). Siete in un locale dove la cortesia e l'attenzione per il cliente è al massimo livello. Non esitate a chiedere consiglio chiamando una delle signore che si muovono tra i tavoli attente e sorridenti. Alla fine

anche il conto sarà piacevolmente contenuto: buon Castagneto e ... buon Piemonte..

### RISTORANTE CASTAGNETO

Via G. Vignola, 14

28041 - Arona Montrigiasco (No)

Tel. 032257201/ 3403713579

info@ristorantecastagneto.com

<http://www.ristorantecastagneto.com>





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

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

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