



Coronavirus: nuovi contagi, tamponi e terapie cliniche in uso

La Lombardia ha fatto registrare un tasso di popolazione sottoposta al test del 5,37%, contro il 5,56% dell'Emilia e il 4,17 del Lazio.

p. 6



INFO ORAL MEDIX
PROFESSIONAL ORAL HYGIENE

AT.A.S.I.O.

Presidente:
Prof.ssa Gianna Maria Nardi

p. 31



Celiachia e cavo orale: il ruolo intercettivo e preventivo dell'Igienista Dentale

Dott.ssa Antonia Sinesi

p. 28



L'epidemia fluttuante: la necessità di strategie tout-court per COVID-19 oltre la fase 2

Germano Orrù MSc, Ph.D

Full Professor (MBS) Molecular Biology Service - University of Cagliari
Institute of Sciences of food Production (ISPA-CNR)



SARS-CoV-2 condivide con altri virus molti aspetti nei termini di struttura biologica e nei meccanismi di eziopatogenesi, potremmo definirlo in modo superficiale uno dei tanti. Pertanto riportare COVID-19 ad esperienze pregresse è stata la base esecutiva e divulgativa per il mondo scientifico nei primi momenti dell'epidemia, la fase uno.

In realtà, dalla nascita della virologia molecolare circa 60 anni fa, la pandemia corrente rappresenta un fenomeno assolutamente unico e per molti aspetti ancora incomprensibile. Si tratta infatti di un nuovo agente patogeno con un discreto potere infettante e soprattutto con una popolazione ospite totalmente recettiva all'infezione, ovvero non ancora immunocompetente.

Aspetto non da poco, che ha caratterizzato la propagazione dell'epidemia in tempi più rapidi della strutturazione di una diagnosi specifica e ancor di più nello sviluppo di una terapia efficace. In queste condizioni la pandemia rischia di essere ciclica con più onda-

te epidemiche, forse dissimili tra loro a causa della comparsa di nuovi genotipi virali, con differenti profili di patogenicità.

In questa condizione nebbiosa, con approcci epidemiologici e clinici spesso antitetici, il mondo odontoiatrico si ritrova come categoria ad elevato rischio di infezione e, aspetto non secondario, nel bisogno di nuove procedure di profilassi alternative a quelle standard.

In realtà, alla lunga, il controllo della COVID-19 in una situazione così mutabile richiede soluzioni mutabili, che vedono l'odontoiatria a tutto campo nella ricerca biomedica multidisciplinare. In quest'ambito, le ricerche attuali sono indirizzate in tre campi di intervento:

1) utilizzo della saliva come marker diagnostico non invasivo, da impiegare in sistemi ad

elevata processività per screening di massa. 2) metodi di ingegneria biomedica, esempio nuove procedure di aereazione, e sistemi avanzati per la disinfezione degli studi. 3) nuovi collutori antivirali, da utilizzare nella fase dei trattamenti odontoiatrici ad elevata emissione di *droplet* salivari.

Nella ricerca di base, l'impegno delle discipline orali per SARS-CoV-2 è giustificato dal fatto che il cavo orale e le prime vie respiratorie, in particolare le ghiandole salivari, rappresentano i primi siti di penetrazione e stazionamento del virus nell'ospite, con l'attivazione "clivaggio" di una delle proteine chiave dell'infezione, la proteina spike.

In ultima analisi, il mondo odontoiatrico non si ritrova unicamente in un contesto di attenzione epidemiologica e di rischio per COVID-19, ma piuttosto in una condizione dove la soluzione orale potrebbe apportare metodi e procedure alla soluzione generale, in un possibile scenario di epidemia ciclica da SARS-CoV-2.

13th International Meeting
Accademia il Chirone

SIAMO TUTTI PAZIENTI
SPECIAL NEEDS
La personalizzazione
della strategia terapeutica

Venerdì, 18 settembre 2020
Web Congress

LA PIATTAFORMA WEB SCELTA
PER IL CONGRESSO È REALIZZATA
DA INFOMEDIX CHE HA SVILUPPATO
IL NUOVO SERVIZIO

SMART
VIRTUAL
TRADE

Fase 2: nuovi sistemi di comunicazione

Siamo nella fase 2 della pandemia da coronavirus, e qualcuno si chiede quanta sicurezza può esserci nel partecipare ad una conferenza, evento o fiera dal vivo in Italia o all'estero. Credo che non sia un problema di tranquillità, si tratta invece di prendere coscienza del fatto che sono cambiate le priorità e di conseguenza le necessità. Spero che tutti ormai ci si trovi d'accordo sul fatto che questo virus è importante non prenderlo: quindi è basilare il rispetto delle norme di sicurezza, per farla breve il distanziamento sociale. Pertanto non è che uno si senta più o meno sicuro se partecipa ad una fiera od a un congresso, semplicemente nella situazione attuale non è possibile farlo. Faccio un esempio: prima della pandemia, durante un congresso i partecipanti si trovavano intorno ad un tavolo più o meno grande dove un'azienda presentava i suoi prodotti e faceva dei meeting, oggi non è più possibile farlo; prima in una sala più gente c'era, più il relatore/organizzatore era gratificato oggi potrebbe essere utilizzato un posto ogni

Segue a pagina 2

Segue dalla prima

tre... niente coffee break... niente socializzazione negli intervalli... Quindi non è questione di paura ma alle condizioni attuali queste cose non possono più essere fatte e in tanti Paesi le organizzazioni di fiere e congressi preso coscienza della complessa e grave situazione hanno annullato tutti gli eventi per questo anno. Di conseguenza cambia la comunicazione. Certamente il lock-down e la sospensione di tutte le attività legate all'editoria tradizionale ha imposto di doversi rivolgere alla "rete" l'unico mezzo di comunicazione da sempre virtuale. Molto probabilmente la maturazione della consapevolezza dell'esistenza di sistemi di comunicazione "non fisici" ma altrettanto incisivi e validi è stata accelerata da questa situazione. Ci si è resi conto paradossalmente che la chiusura era più comoda ed economica ed il web ha lasciato intatta la possibilità di incontrare persone senza un reale spostamento fisico. Noi abbiamo cercato di capire come sono cambiate le cose, quali le nuove esigenze delle aziende e le necessità organizzative dei convegni e congressi. Abbiamo quindi definito e presentato due piattaforme specifiche: una relativa all'organizzazione di virtual meeting tra il Trade internazionale (Smart Virtual Trade) e l'altra per Fiera Medica Virtuale annuale (Smart Medical Fair) dove all'interno si incontra il mondo professionale e commerciale internazionale di tutto il settore Medico: Dentale, Radiologia, Ortopedia, Estetica, Università, Associazioni, etc. Naturalmente io credo che la comunicazione virtuale non potrà mai sostituire del tutto gli eventi fisici, ancor meno la carta stampata. Saranno attività parallele, una di supporto all'altra, entrambe ugualmente importanti e complementari.

Baldo Pipitone

QR Code e sito

Al termine di alcuni articoli è possibile trovare un QR CODE specifico per leggerli interamente sul sito dedicato al tabloid Infomedix Odontoiatria Italiana

www.infomedixodontoiatria.it



Tutti coloro che vogliono condividere esperienze di trattamenti al cavo orale e periorale, maturate e documentate all'interno di studi dentistici privati o di cliniche odontoiatriche possono contribuire contattando la redazione chiamando il numero

+39 0761 352133

o inviando una mail a:

redazione@infomedix.it

La responsabilità degli articoli e dei contenuti appartiene ai rispettivi autori, che ne rispondono interamente.

Non pubblicheremo mai i prezzi dei prodotti. Siamo fermamente convinti che queste informazioni debbano essere sempre lasciate alla discrezionalità del rapporto tra Cliente e Venditore.



DIREZIONE E REDAZIONE

Via dell'Industria 65
01100 Viterbo - Italy
VAT 01612570562

DIRETTORE

Baldo Pipitone

DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Borriello

COORDINAMENTO EDITORIALE

Alberto Faini

Paola Uvini

CONSULENZA SCIENTIFICA

Gianna Maria Nardi

Luca M. Pipitone

REDAZIONE

Nadia Coletta

Manuela Ghirardi

GRAFICA

Silvia Cruciani (Coordinamento)

Antonio Maggini

UFFICIO STAMPA

Claudia Proietti Ragonesi

Carlotta Caroli

WEB

Massimiliano Muti

Alessandro Borroni

PUBBLICITÀ

Riccardo Bonati (Coordinamento)

Ilaria Ceccariglia

Cristina Garbuglia

AMMINISTRAZIONE

Fausta Riscaldati

SEGRETERIA

Veronica Viti

STAMPA

Graffietti Stampati Snc,
S.S. Umbro Casentinese Km. 4,500
Montefiascone (VT)

BIMESTRALE - ANNO II - N. 3 del 2020

Aut. Trib. VT n° 528 del 21/07/2004

Per informazioni, richieste e invio materiale da pubblicare contattaci:

@ redazione@infomedix.it

Whatsapp: +39 366 7456196

T. +39 0761 352133

infomedixodontoiatria.it



Publishing House
Infomedix

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE DI SETTORE

Aderente al: Confindustria Cultura Italia



Azienda certificata dal 26/11/2004, per la realizzazione ed erogazione di sistemi di comunicazione di marketing multicanale secondo la norma ISO 9001:2015. Certificato n. CERT-15119-2004-AQ-ROM-SINCERT

DENTECOM, presente sul mercato dell'Odontoiatria di Roma e del Lazio dal 1976, offre le proprie competenze nel settore dell'implantologia per la maggior parte delle piattaforme in commercio.

Offriamo consulenza finalizzata alla soluzione dei problemi di protesi implantare anche e soprattutto su fixture non inserite nel vostro Studio.

Da maggio a settembre è in corso una promozione straordinaria di filler estetici della nota linea "MY FILLER" per lo Studio Odontoiatrico. Presentiamo inoltre un'offerta sulla gamma "OSTEOBIOL" (Gen-Os, membrane Evolution e Derma, GTO, putty, lamine, Gel-40). I prodotti Osteobiol conservano la matrice di collagene indispensabile per una rigenerazione ossea efficace e sicura.

DENTECOM inoltre, mette a disposizione la sua esperienza per avviare il **percorso digitale** del vostro Studio e Laboratorio. Per contatti ed informazioni siamo presenti in Sede dal lunedì al venerdì nei seguenti orari: 09,00-13,00 / 14,30-18,30

Dentecom Srl

Via Francesco Saverio Sprovieri, 35

00152 Roma (RM)

T. +39 06 58330870 - T. +39 392 6060066

dentecom.srl@gmail.com

I nostri marchi:

IMPLANTOLOGIA:

ANTEEA
Bredent Medical
FDS76
IDC
Maco Dental Care

New Ancorvis
Noris Medical
Rhein83
UNOR

RIGENERAZIONE:

Roen Osteobiol
Rigenera

ESTETICA:

MyFiller



Lauree a Ciclo Unico in Odontoiatria Brescia si aggiudica il primo posto

Con un punteggio di 93,2/100, l'Università di Brescia si aggiudica il primo posto nella classifica dei corsi di laurea in Odontoiatria, preside prof. Corrado Paganelli, con un notevole distacco dalla seconda e dalla terza classificata, l'Università di Milano con 76,8/100 e l'Università di Padova con 70,9/100. Sotto il profilo occupazionale troviamo invece al primo posto a pari merito le Università di Genova e Pavia, entrambe con un tasso di occupazione del 100%. L'Università di Bari si distingue invece per l'internazionalizzazione, con il 40% degli iscritti che sceglie di trascorrere un periodo di studio all'estero, seguita dall'Università di Foggia con il 36,7% e dall'Università di Roma Tor Vergata con il 29,3%. In termini di velocità, a Milano Bicocca il tempo medio per completare la laurea è di 6 anni netti, pareggiato da pareggiato da Campania Luigi Vanvitelli e seguito da Verona e Modena e Reggio Emilia, a 6,1 anni. Solo il 9,1% degli studenti di Brescia si iscriverebbe a un'università diversa per lo stesso corso, seguita da Ferrara (9,1%) e Milano (9,3%).

La classifica è stata stilata considerando i seguenti gruppi di fattori: prospettive occupazionali (30%), esperienza degli studenti (25%), internazionalizzazione (20%), tirocini (10%), punteggio minimo di ingresso al quinto scorrimento (10%), alumni network (5%).

La classifica è stata elaborata e pubblicata da *Education Around Magazine*: pubblichiamo testualmente la mission che riteniamo sia esplicativa dello spirito di lavoro.

Diceva un redattore canadese che il giornalismo è l'arte, o la scienza, di rappresentare la vita come una serie di cliché.



Se si pensa al modo in cui il giornalismo di massa – specialmente quello nostrano – si rapporta al mondo della scuola e dell'università, tale definizione suona particolarmente accurata. Noi non siamo giornalisti, né di formazione né di professione, ma seguiamo una vocazione che Chomsky attribuisce proprio al giornalismo: dire la verità, e riportare dei fatti. Una definizione tanto semplice quanto problematica,

e lo sa bene lui che è il più importante filosofo del linguaggio in attività. Noi non siamo giornalisti: tecnicamente questo è un blog, e allora siamo dei blogger, che è cosa più frivola, mondana. Forse siamo anche degli illusi a pensare che qualcuno possa seguire un blog che non parli di cibo o di moda. Eppure siamo convinti che di educazione si debba parlare molto, molto più di quanto se ne parli oggi.

Con spirito critico, fondando le proprie opinioni su analisi, dati e competenze.

Noi non saremo giornalisti, ma abbiamo passato tra i banchi di scuola la maggior parte della nostra vita cosciente. Abbiamo studiato materie diverse, in città diverse, in paesi diversi, e abbiamo qualcosa da dire.

Volevamo uno spazio di confronto, un nostro piccolo laboratorio di idee: così è nato Education Around Magazine.



CLASSI DI LAUREA	
Odontoiatria e Protesi Dentaria	LM-46

DATI DEL COLLETTIVO	
Numero di laureati (2016)	719
Tasso di occupazione (un anno dalla laurea)	78,5%
Durata media degli studi (anni)	6,7
Studenti che hanno svolto periodi di studio all'estero	15%
Voto medio di laurea	108,9
(Dati AlmaLaurea 2019)	

“Corona Relief Program”: estensione di licenza gratuita per gli utenti exocad

Gli utenti exocad con una licenza Flex o con un contratto di aggiornamento valido possono richiedere un'estensione di licenza di tre mesi

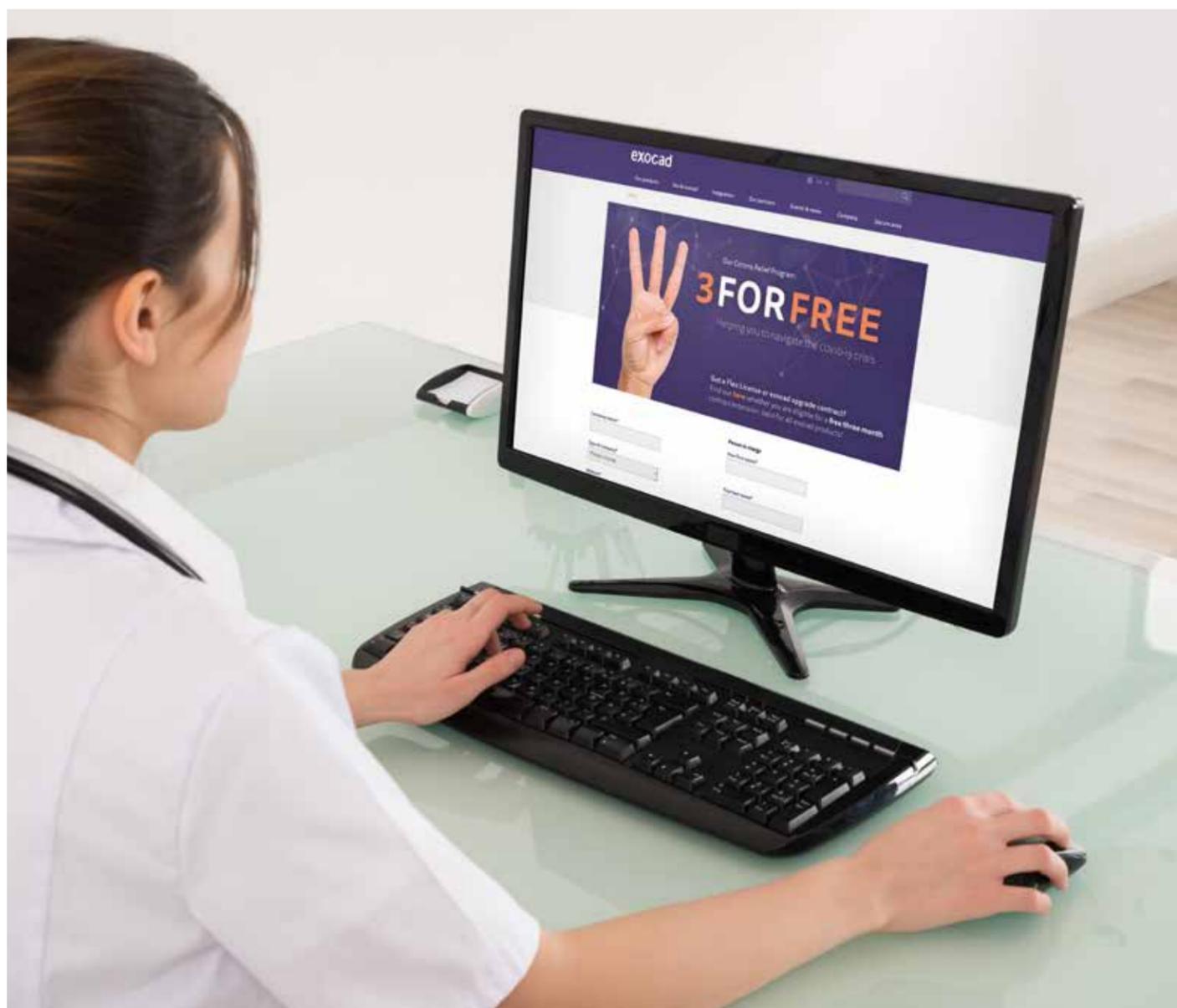
DARMSTADT, Germania, 14 Maggio, 2020 – La diffusione a livello globale del COVID-19 sta presentando al settore dentale sfide economiche e finanziarie senza precedenti.

Come investimento sui suoi clienti, exocad, la rinomata società di sviluppo software con sede a Darmstadt, ha deciso di contribuire a supporto dei laboratori odontotecnici e studi dentistici con il “Corona Relief Program”.

Tutti gli utenti che si trovano ad affrontare difficoltà finanziarie causate dalla crisi del corona e che soddisfano determinati requisiti, possono richiedere gratuitamente un'estensione di licenza di tre mesi. Le condizioni dettagliate per la partecipazione sono descritte sul sito web di exocad.

Gli utenti interessati possono usufruire dell'estensione gratuita della licenza fino al 30 Giugno 2020, compilando un modulo di registrazione disponibile sul sito web di exocad.

“Con questa campagna vogliamo supportare concretamente i nostri clienti a livello globale e dare un contributo al futuro dell'odontoiatria digitale”, spiega Tillmann Steinbrecher, CEO di exocad. “Per superare insieme e con successo gli effetti della pandemia coronavirus, è particolarmente importante per noi tutti reagire rapidamente e con flessibilità. Questo è il nostro piccolo contributo



Fino al 30 Giugno 2020, tutti gli utenti exocad che hanno acquistato una licenza Flex o un contratto di aggiornamento valido, grazie all'iniziativa “Corona Relief Program” riceveranno un'estensione gratuita di contratto di tre mesi.

per aiutare la community di exocad in questi tempi difficili”.

Ulteriori informazioni ed il form di registrazione per la campagna “Corona Relief Program” sono disponibili su exocad.com/corona-relief-program.

Informazioni su exocad GmbH

exocad GmbH è una società dinamica ed innovativa, che da oltre 10 anni si impegna nello sviluppo di software per ampliare le

possibilità nell'odontoiatria digitale e per fornire agli OEM (Original Equipment Manufacturers) software CAD/CAM flessibili, affidabili e di facile utilizzo per laboratori odontotecnici e studi dentistici. I principali OEM di tutto il mondo hanno scelto i software exocad anche per la facilità di integrazione in ambienti CAD/CAM dentali. Ad oggi, exocad vanta la leadership nel settore di software CAD per il laboratorio con migliaia di licenze vendute ogni anno in oltre 150 Paesi. Per ulteriori informazioni e per conoscere i rivenditori partner di exocad, visitare il sito exocad.com.

Contatti

exocad GmbH Natalia Gonsior
Product Marketing Specialist
Julius-Reiber-Str. 37
64293 Darmstadt Germania
Tel +49 6151 6294132
ng@exocad.com
exocad.com

3 MESI GRATIS

Corona Relief Program:

3 FOR FREE



per aiutarti a
superare la crisi
COVID-19

CODICE
VOUCHER
CRPIND

Hai una Licenza Flex o un contratto di aggiornamento?



Clicca qui per scoprire come ottenere
un'**estensione gratuita di contratto di 3 mesi.**
Promo valida per tutti i prodotti exocad!

Your freedom is our passion
[exocad.com/corona-relief-program](https://www.exocad.com/corona-relief-program)

exocad

Coronavirus: nuovi contagi, tamponi e terapie cliniche in uso

La Lombardia ha fatto registrare un tasso di popolazione sottoposta al test del 5,37%, contro il 5,56% dell'Emilia e il 4,17 del Lazio.

Luca Maria Pipitone
Biotecnologo

Da quando, oltre quattro mesi fa, il SARS-CoV-2 è apparso nel mondo, gli organi nazionali hanno iniziato a raccogliere numerosi dati riguardanti l'epidemia così da poterne seguire il decorso e adottare le misure di restrizione sociali adeguate. Tali misure hanno permesso di contenere l'epidemia e di far diminuire complessivamente il numero di nuovi contagi giornalieri, dall'inizio della quarta settimana di marzo (picco di massimo con circa +6.500 nuovi infetti rispetto al giorno precedente) fino ad oggi.

Stando ai dati forniti dalla Protezione Civile, il 16 giugno sono stati registrati in tutta Italia +210 nuovi casi, di cui +143 solo in Lombardia.

Questo dato, se confrontato con le altre regioni, evidenzia una discrepanza rispetto al resto del Paese (es. +13 in Emilia-Romagna, +9 nel Lazio), lasciando supporre che tale dato sia il frutto di un maggior numero di tamponi effettuati sul territorio regionale. Da un lato è così; la Lombardia ha infatti testato poco più del doppio delle persone rispetto a Lazio ed Emilia-Romagna ma, possedendo anche il doppio degli abitanti ha fatto registrare un tasso di popolazione sottoposta al test del 5,37%, contro il 5,56% dell'Emilia e il 4,17 del Lazio. Di conseguenza, anche normalizzando i dati forniti dal Ministero della Salute rispetto alla popolazione regionale, i nuovi contagi riscontrati in Lombardia risulterebbero comunque particolarmente elevati; ciò può essere la conseguenza diretta del fatto che questa regione, avendo ospitato il primo focolaio, possiede un serbatoio d'infetti maggiore rispetto

agli altri territori del Paese e che quindi la curva epidemica mostri un decorso più lento. Ad ogni modo, per quanto il lockdown sia stato cruciale nel contenere e sedare la curva epidemica, altrettanto importante è il lavoro svolto dalla comunità di medici e scienziati che si è dedicata allo studio del SARS-CoV-2 e del suo decorso clinico nei pazienti infetti.

Ad oggi, diversi studi scientifici hanno fatto luce su alcuni dei meccanismi d'azione del virus e sulla risposta che il sistema immunitario adotta per fronteggiare l'infezione e, attraverso l'esperienza clinica, è stato possibile delineare tre fasi distinte della malattia.

• **Fase I:** il virus si replica all'interno delle cellule dell'organismo ospite, causando malessere, febbre e tosse secca.

• **Fase II:** si presenta una polmonite interstiziale associata ad una sintomatologia stabile, senza ipossiemia (nella fase precoce) che può successivamente sfociare in una progressiva instabilità clinica. Questo quadro è accompagnato da alterazioni morfo-funzionali del tessuto polmonare.

• **Fase III:** in una casistica limitata, si presenta una tempesta citochinica e un conseguente stato iperinflammatorio che porta a patologie occlusive a carico del sistema arterioso/venoso, formazione di trombi nei piccoli vasi e danni polmonari, talvolta permanenti (fibrosi). Questo gravissimo decorso clinico porta il paziente a sviluppare una sindrome da distress respiratorio (ARDS) e, in alcuni casi, una coagulazione intravascolare disseminata (CID).

Mentre la fase I e parte della fase II sono causate dalla replicazione virale, la fase III (e parte della fase II) sono invece dovute alla tempesta di citochine infiammatorie indotte dalla presenza del parassita. Infatti, il legame del virus con i TLRs (*Toll Like Receptors*) cellulari stimola l'attivazione di citochine proinfiammatorie come IL-1 β , TNF- α , INF γ e altre interleuchine come IL-6, IL-8, IL-2, IL-12, IL-7, IL-10 etc; queste molecole sono responsabili dell'attivazione e del reclutamento di alcune classi di linfociti, responsabili dell'intensa infiammazione e del conseguente danno tissutale. Un caso clinico del febbraio scorso ha ulteriormente evidenziato tale processo mostrando, nel paziente oggetto di studio, una generale iperattivazione dei linfociti T, un aumento dei Th17 ed un maggior numero di granuli citotossici nella popolazione dei CD8.

Considerando queste informazioni nel complesso, risulta chiaro che le terapie devono essere scelte in base alla fase della malattia in cui si trova il paziente, e che tanto prima si riesce ad intervenire, tanto più benigno sarà il decorso dell'infezione.

Attualmente, al di fuori delle sperimentazioni cliniche, l'agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha stilato una lista di 5 terapie farmacologiche che, seppur non sempre supportate da solide evidenze scientifiche, sono disponibili per i pazienti



ti ricoverati. Tra questi sono utilizzate le **eparine a basso peso molecolare (EBPM)**, una classe di farmaci anticoagulanti utilizzati nelle profilassi del tromboembolismo venoso in patologie reumatiche, infettive, polmonari e nelle profilassi post-chirurgiche. Tra le EBPM, l'**enoxaparina** è l'unico farmaco anticoagulante utilizzato in pazienti non chirurgici e può essere somministrata sia in dose profilattica preventiva, nelle fasi precoci della malattia, sia a dosi terapeutiche nei pazienti con sintomatologia severa (fase II/III).

A supportarne l'efficacia terapeutica è un uno studio clinico retrospettivo su 415 pazienti, che raccomanda la somministrazione di tale farmaco solo su individui con una rilevante attivazione della coagulazione (D-dimero elevato e SIC score ≥ 4); diversamente, l'utilizzo di enoxaparina in pazienti con coagulazione nella norma ha comportato un aumento del rischio di eventi emorragici avversi. La seconda terapia potenzialmente prescrivibile dai clinici è rappresentata dall'antivirale **lopinavir** (inibitore delle proteasi virali), potenziato dal **ritonavir** che, inibendo il citocromo P450 del paziente, aumenta la permanenza e l'attività del farmaco nel plasma.

Fatta eccezione per un *case report* su 5 pazienti, qualcuno su singoli pazienti ed una revisione di letteratura dove è stato concluso che l'accoppiata **lopinavir/ritonavir** apporta un contributo alla riduzione della mortalità, gli altri lavori sembrano invece essere giunti alla conclusione che tale trattamento non comporta alcun beneficio per il paziente. Tuttavia, sono ancora in corso numerosi studi a riguardo, ed è necessario attendere un trial clinico randomizzato in

doppio cieco su una corte di pazienti più ampia prima di poter trarre conclusioni definitive. Ad ogni modo, la prescrizione di questa terapia deve tener conto dell'attività del ritonavir, che comporta un aumento della tossicità di tutti quei farmaci che vengono metabolizzati dal citocromo P450.

Con lo stesso target molecolare e analogo pool di pazienti a cui è consigliata la terapia, l'accoppiata **darunavir/cobicistat** può sostituirsi al **lopinavir/ritonavir**. Il vantaggio rispetto a quest'ultima è che ha dimostrato una maggiore tollerabilità a livello intestinale. Ciò nonostante, la sua efficacia terapeutica è solo aneddotica e non sono ancora presenti trial clinici che la supportino. Le ultime terapie descritte dall'AIFA si basano su due farmaci, azitromicina e idrossiclorochina, che alcuni studi valutano sia in accoppiata fra di loro che singolarmente.

L'azitromicina è un antibiotico della classe dei macrolidi utilizzato per il trattamento di infezioni delle vie respiratorie superiori ed inferiori (e di altri tessuti) che ha dimostrato la capacità di modulare il sistema immunitario, mitigando alcuni processi infiammatori; per via di questa caratteristica è sensato pensare che possa offrire un contributo alla gestione dell'iperinfiammazione indotta dal SARS-CoV-2.

L'idrossiclorochina invece è un farmaco piuttosto datato, nato come antimalarico, che attualmente viene usato nel nostro Paese in campo reumatologico per via della sua attività immunomodulante. Alcuni studi in vivo ed in vitro hanno sottolineato la capacità di questo far-

maco di alterare il pH endosomiale e quindi di interferire con la fusione virus/cellula.

Sono stati condotti diversi studi sull'utilizzo di questi farmaci, tuttavia, i dati sono risultati discordanti e la bassa qualità di tali trial non ha permesso di trarre conclusioni affidabili. Fa eccezione uno studio interazionale multicentrico su circa 960.000 pazienti reumatologici che ha indagato gli effetti di entrambi i farmaci, evidenziando che l'accoppiata idrossiclorochina/azitromicina è associata ad un aumento della mortalità cardiovascolare.

A tal proposito, organi internazionali come l'FDA e la WHO hanno sottolineato queste avvertenze, segnalando i potenziali rischi per la salute dei pazienti sottoposti a trattamenti con idrossiclorochina, specialmente se in associazione con azitromicina. Per via di questi pericolosi effetti collaterali l'AIFA ha recentemente ritirato l'autorizzazione all'utilizzo di questo farmaco in ambito clinico.

Passando oltre queste quattro terapie attualmente utilizzate nella realtà clinica, il trattamento a base di **plasma dei convalescenti** ha suscitato un forte interesse e grandi aspettative visto il meccanismo di funzionamento simile ad un vaccino. Infatti, il plasma dei pazienti guariti

dall'infezione dovrebbe, almeno in teoria, essere ricco in anticorpi neutralizzanti e quindi fornire ai soggetti cui viene iniettato una risposta immunitaria adeguata.

Un piccolo studio pubblicato a fine aprile ha dimostrato un'ottima efficacia terapeutica, risolvendo, in 4 pazienti su 5, la ARDS in circa 2 settimane di somministrazione. Anche in questo caso però, come per i trattamenti sopra descritti, le evidenze scientifiche non sono ancora sufficientemente solide per comprovarne l'efficacia terapeutica; saranno necessari altri studi clinici randomizzati in doppio cieco su una buona corte di individui per raggiungere tale scopo.

Bibliografia:

- [1] Michot 2020
- [2] Conti 2020
- [3] Xu 2020
- [4] Shen 2020
- [5] https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Eparine_Basso_Peso_Molecolare_11.04.2020.pdf/e30686fb-3f5e-32c9-7c5c-951cc40872f7
- [6] https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/lopinavir_ritonavir_02.04.2020.pdf/64b8cf03-acf1-e9fa-80fa-c6d3ecba5f7d
- [7] https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/darunavir_cobicistat_02.04.2020.pdf/bc48fd48-35b1-b0d4-223c-5bd6afb23040
- [8] https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/idrossiclorochina_29.04.2020.pdf/386d6ea3-c79b-6437-f457-23d33df74256
- [9] https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/azitromicina_05.05.2020.pdf/272d910e-1f59-d69c-28f0-805f096ae4d3
- [10] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_4903_0_file.pdf
- [11] <https://tg24.sky.it/cronaca/2020/03/06/mappa-coronavirus-italia>



C'è chi dice che per gli allineatori invisibili non c'è alternativa.



C'è chi ancora non ha provato SMILETECH 3D.



PROVA OMAGGIO

Valida solo per i nuovi clienti per la realizzazione di un caso di ortodonzia Invisibile Smiletech.

Chiama ora per attivare l'omaggio ☎ 06.5750327 **CODICE: INFOMEDIX2020**

DA PIÙ DI 10 ANNI L'ORTODONZIA DAL CUORE ITALIANO



SMILETECH® 3D
facile come un sorriso

Più su www.smiletech.info - info@smiletech.info

SMILETECH è prodotto da  ortodonticaitalia



Odontoiatria e disturbi dello spettro autistico (DSA)



Elena Pozzani

Specialista Ambulatoriale ULSS 9 SCALIGERA- Regione Veneto
Segretario Nazionale SIOH (Società Italiana di Odontostomatologia per Disabili-www.sioh.it)

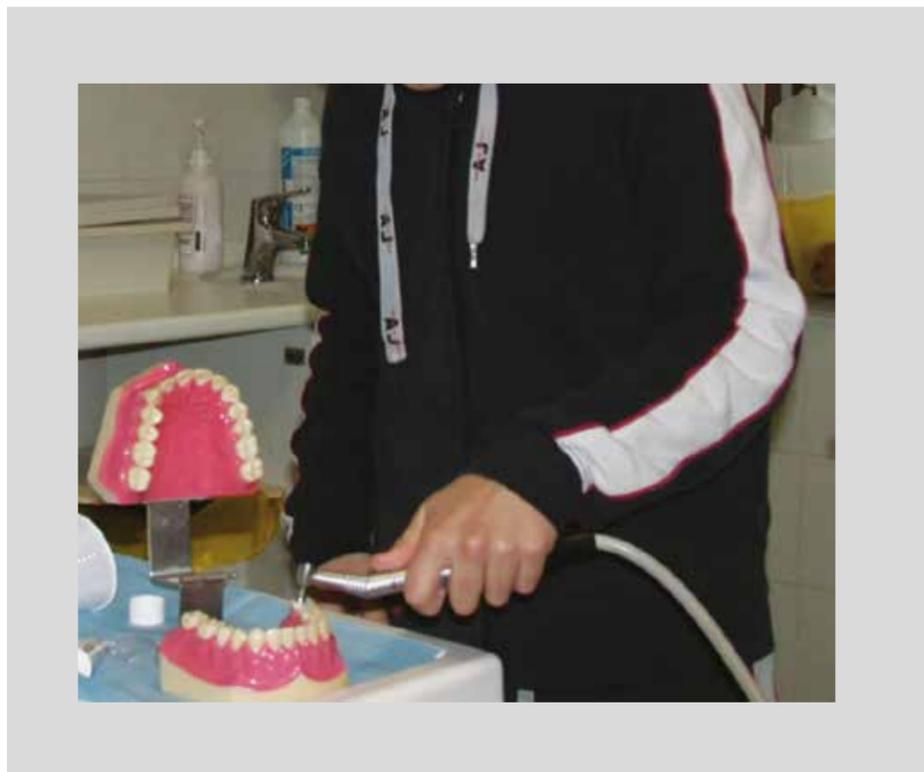
Il "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM- V edizione", aggiornato in questa ultima versione nel maggio 2013, ha introdotto il concetto di "disturbi dello spettro autistico" (DSA), determinando una svolta nel modo di diagnosticare, e quindi di concepire, l'autismo. Si passa così da una diagnosi categoriale delle passate versioni del DSM ad una diagnosi dimensionale, che riconosce vari livelli di gravità e compromissione, che permette di definire meglio le caratteristiche del singolo soggetto, al fine di poter fare diagnosi più accurate ed impostare trattamenti riabilitativi mirati.

In **odontoiatria speciale** i pazienti con DSA rappresentano un gruppo numeroso di soggetti affetti da disabilità, in cui la cura odontoiatrica diventa particolarmente complicata a livello ambulatoriale per la scarsa od addirittura assente collaborazione; è pur vero che, personalmente, sono pazienti che sottopongo con relativa tranquillità all'anestesia generale poiché, se non affetti da patologie secondarie, sono soggetti particolarmente sani e forti. Ma la vera sfida per l'odontoiatra è lavorare con loro e con i loro riabilitatori, per renderli collaboranti e devo ammettere che tale passaggio è sempre fonte di grande soddisfazione, sia per me, che per i familiari, ma soprattutto per il paziente, che supera così la paura dell'insuccesso ed il frustrante senso di colpa di non riuscire a fare ciò che fanno gli altri.

Ma per desensibilizzare tali pazienti, l'odontoiatra deve conoscere appieno le caratteristiche mediche e psico-comportamentali dei DSA.

Il DSM V combina le quattro diagnosi indipendenti del DSM IV (disturbo autistico, sindrome di Asperger, disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato - PDD NOS - e disturbo disintegrativo dell'infanzia) in un'unica etichetta: "DSA". Tale cambiamento è giustificato dall'evidenza che questi disturbi hanno un "nucleo sintomatologico", comune relativamente alla condizione clinica, ma sono caratterizzati da vari livelli di gravità clinica.

Tale "spettro autistico", riconosce un "nucleo comune" eziopatogenetico che è emerso nel tempo, mediante gli avanzamenti nella **ricerca genetica** nel campo dell'autismo, che ha evidenziato una base di geni comuni e caratterizzanti. La presenza nell'autismo di un'alta varietà di sintomi, spesso poco comprensibili, perché espressi con modalità comportamentali "non-convenzionali", richiede di intervenire su di una ampia gamma di situazioni, che coinvolgono gli aspetti comunicativi, l'interazione sociale, le auto-



Desensibilizzazione

nomie, l'organizzazione del gesto, l'attenzione, gli stati d'ansia.

Grande attenzione va rivolta alla sensibilità percettivo-sensoriale, spesso particolarmente accentuata a tutti i livelli, che giustifica la frequente ed importante **selettività alimentare** e le difficoltà affettivo relazionali, che rendono il **fattore umano** particolarmente importante nell'interazione sociale (cambiare ambiente o riabilitatore-dentista può essere elemento di regressione comportamentale).

Nell'autismo vi è una forte presenza di stati pervasivi di ansia e di ipersensibilità sensoriale, che interferiscono su molte attività quotidiane del soggetto.

Inoltre, la mancata espressione di competenze o la loro originalità espressiva, non esclude lo sviluppo della mente nei suoi caratteri intellettivi più diversi od in processi psichici ed emozionali strutturati.

In **ambito clinico**, si osserva una varietà di tipologie di DSA, che rappresenta i differenti livelli di funzionamento neuropsicologico e cognitivo e di compromissione dell'elaborazione delle informazioni provenienti dall'interno e dall'esterno del soggetto, intesa come disturbo della integrazione delle funzioni neuropsicologiche; tale compromissione è presente in diversi livelli di gravità ed è determinata da una combinazione di

fattori genetici ed ambientali, ai quali segue un funzionamento monomodale di determinate aree od una confusione o distorsione nei meccanismi di processazione delle informazioni e un "ingorgo sensoriale", cioè una difficoltà a mantenere una stabilità attentiva, a inibire gli stimoli interferenti, in sostanza una confusione nella scelta.

Le cure odontoiatriche rappresentano un evento difficile da affrontare ed estremamente stressante, sia per il paziente autistico, che per la sua famiglia, soprattutto se le cure necessarie sono particolarmente complesse.

Quindi prima di pianificare il piano di trattamento odontoiatrico, dovremmo, con l'aiuto dei genitori, degli educatori, degli psicologi, dei neuropsichiatri infantili e di tutte le figure professionali coinvolte nella riabilitazione del paziente autistico, fare una **valutazione neuro-psicologica** del paziente che andremmo a trattare, per sviluppare le "potenzialità sommerse" del soggetto, in un'ottica di cooperazione ed intersoggettività, che comprenda la famiglia e l'ambiente di vita.

Spesso la **collaborazione**, nonostante il rispetto delle regole dell'approccio odontoiatrico comunemente applicate in pedodonzia ed in odontoiatria speciale, è talmente

scarsa da impedire le cure ambulatoriali e ci costringe a ricorrere a metodiche di sedazione/narcosi.

Ma la chiave del successo terapeutico in questo ambito è la **prevenzione di primo livello**, cioè dobbiamo mirare a non far sviluppare le patologie orali e mi riferisco soprattutto alla patologia cariosa ed ortognatodontica; è ormai riconosciuto dalla letteratura internazionale che, seguendo il bambino autistico, fin dalla diagnosi della patologia, con corrette metodiche di prevenzione odontoiatrica, lo sviluppo delle arcate dentarie e dei denti sarà fisiologico.

È vero, infatti, che, iniziando precocemente i controlli odontoiatrici, motivando i genitori ad una corretta igiene orale, ad una sana alimentazione, a perseguire con pazienza l'ottenimento di una sufficiente collaborazione, magari sfruttando le stesse tecniche riabilitative della "neuropsichiatria infantile" adattate ad ogni singolo caso, applicando metodiche preventive "avanzate" e non invasive per il mantenimento della salute orale, come applicazioni topiche periodiche di vernici/gel/mousse di fluoro/clorexidina, **lo stress può essere evitato ed il paziente può mantenere con facilità una buona salute orale**; la sigillatura dei solchi dei molari permanenti è sempre consigliata se fattibile e, dal punto di vista ortognatodontico, oggi l'ortodontista può avvalersi di nuove tecniche, che ci permettono di agire presto e bene, mediante impronte digitalizzate, set-up digitali e confezionamento di trainer miofunzionali intercettivi e aligners customizzati.

Al momento dell'**anamnesi**, è indispensabile fare agli accompagnatori delle domande specifiche relative al paziente: se frequenta scuole speciali, com'è lo sviluppo psicomotorio, se ha già subito delle anestesie generali, in quale ora del giorno è più collaborativo, se vengono usati metodi particolari per preparare il paziente a nuovi eventi-situazioni, come si comporta in presenza di estranei, chi lo accompagnerà presso l'ambulatorio odontoiatrico, quali paure ha, come reagisce allo sguardo degli altri, come reagisce ai rumori, come comunica, come e quanto riesce a ricordare, quali sono i colori, rumori, odori preferiti, quali strategie comportamentali vengono usate per tagliare i capelli o le unghie, se ama interpretare un "ruolo" in una scenetta (social story), come gli viene comunicato quando è stato bravo, se è già stato da un dentista.

Vanno anche indagate le abitudini relative all'igiene orale domiciliare ed alimentari, va corretta, se presente, la selettività alimentare per cibi acidi/zuccherati e vanno rimossi, a tempo debito, i vizi funzionali.

Non tralascio mai di spiegare ai genitori che, se il paziente non accetta che loro gli spazzolino i denti a casa, non accetterà mai che

io possa visitarlo e sarà molto difficile ottenere la collaborazione; ciò serve, da un lato, a creare un empowerment della famiglia e, dall'altro, a fare in modo che il paziente accetti che il proprio cavo orale sia "toccato da altri"; infatti i genitori spesso mi dicono con orgoglio "lava i denti da solo", ma in realtà ciò succede perché il paziente non vuole essere toccato da altri. Tipico e legato all'ipersensibilità sensoriale è anche il rifiuto del dentifricio, o l'utilizzo di un solo tipo di dentifricio, ma ci sono anche casi di pazienti che, se non controllati, ingeriscono il dentifricio, come se fosse un alimento.

Per quanto sopra detto, diventa molto importante avere un colloquio iniziale con i genitori e/o riabilitatori, per capire come relazionarsi dal punto di vista della "comunicazione", quindi se usare la comunicazione verbale classica o facilitata o aumentativa.

A noi odontoiatri interessa sapere se il paziente può esprimere se ha male, se ha un uso pragmatico del linguaggio, se usa frasi standard per esprimere emozioni se usa il metodo TEACH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) o comunicazione facilitata (cioè

una strategia utilizzata per insegnare alle persone con gravi deficit di comunicazione ad utilizzare aiuti per la comunicazione con le loro mani) o la comunicazione alternativa-aumentativa (uso di frasi fatte o simboli usati nella comunicazione quotidiana con i pazienti e che costituiscono un elemento base per lo sviluppo di competenze comunicative funzionali) o la PECS (Picture Elicited Communication System), cioè una strategia per incoraggiare i bambini autistici ad iniziare a comunicare prendendo un foglio con una figura od un simbolo, che egli seleziona fra altri e che è l'oggetto dei suoi desideri, o il metodo ABA (Applied Behavioral Analysis), approccio comportamentale basato sul principio del "rinforzo" (la frequenza e la forma di un determinato comportamento possono essere influenzate da ciò che accade prima o dopo il comportamento stesso).

Le **strategie riabilitative "visive"** includono calendari, promemoria, menù sequenziali e sequenze fotografiche di un evento; fornire informazioni in una chiara forma visiva aiuta le persone con autismo ad essere sicure di ciò che sta accadendo e di ciò che devono fare e possono essere usate congiuntamente a programmi individuali di comunicazione.

Va valutato anche lo **stato di ansia** del soggetto affetto da autismo, soprattutto quando sottoposto ad una richiesta per lui importante; può avere ansia strutturale, ansia da interazione, ansia da prestazione e ansia creata dall'ambiente o dalle persone e spesso tale

**FINALMENTE UN SONNO
RIPOSANTE SENZA RUSSARE**

splint TAP®
Approvato dalla FDA

Orthosystem tel. 02.29527081
milano@orthosystem.it

**ORTHO
SYSTEM
MILANO**
LABORATORIO
SPECIALIZZATO IN ORTODONZIA

ansia può tradursi in episodi di **auto od etero-aggressività** (possibile aumento del rischio di traumi dentari autoprovocati).

Un'adeguata premedicazione con ansiolitico (risperidone o benzodiazepine), concordata con il curante, può adeguatamente controllare lo stato d'ansia ed agevolare il trattamento odontoiatrico ambulatoriale.

Dal colloquio con i genitori si riscontra che le principali paure dei pazienti autistici sono: paura dei rumori forti e improvvisi, paura delle situazioni nuove, paura del buio e paura degli ambienti e delle persone sconosciute. Gli episodi che scatenano più frequentemente agitazione e/o pianto sono il dolore, i divieti, i cambiamenti nella routine, le situazioni nuove, i rimproveri, l'allontanamento dai genitori, le richieste dirette, gli insuccessi, le situazioni stressanti e le persone nuove.

Tutte le situazioni citate possono facilmente verificarsi durante il trattamento odontoiatrico, a dimostrazione di quanto esso possa essere stressante per un soggetto autistico. Le reazioni comportamentali più frequenti all'ansia ed alla paura sono: presenza di stereotipie, evitamento della situazione stressante, urla e pianto, ipoattività, iperattività, ricerca dei genitori.

Situazioni che più frequentemente provocano ansia sono: ansia da prestazione, ansia da separazione, ansia da rottura degli schemi acquisiti, ansia da cambiamento dell'ambiente, ansia da esposizione alla persona, ansia da esposizione al contesto, ansia da conflitto in situazioni critiche.

Le strategie non farmacologiche più efficaci per ridurre l'ansia sono: coccolare, spostare l'attenzione, dare un contatto fisico, fornire spiegazioni, cambiare situazione, interrompere le risposte inadeguate, fare richieste indirette, usare un linguaggio chiaro, adeguare la prossimità fisica, fornire un modello, aspettare, ripetere la consegna, dare una consegna alla volta, rallentare, dare suggerimenti gestuali, usare il tatto, adeguare il tono della voce, contenere fisicamente (dolcemente), condividere il progetto.

Possiamo comunque affermare che i tipi di ansia più frequenti sono quella da prestazione e quella da rottura degli schemi.

Di fondamentale importanza per l'operatività dell'odontoiatra è l'individuazione dei disturbi d'ansia associati alla sindrome autistica, per individuarne l'esatta causa scatenante e quindi aprire la strada verso un intervento specifico, volto a rendere l'e-

sperienza odontoiatrica il meno stressante possibile.

A mio parere, per poter efficacemente avvicinare il paziente autistico all'igiene orale ed alla **prevenzione odontoiatrica, sia domiciliare che ambulatoriale**, dobbiamo rispettare questi steps:

-istruire e motivare adeguatamente i genitori

-istruire e motivare adeguatamente il personale medico, paramedico e scolastico

-preparare il paziente alla visita, consegnando prima ai genitori od ai terapeuti del bimbo un "book", con la descrizione fotografica e scritta di ciò che avverrà presso l'ambulatorio

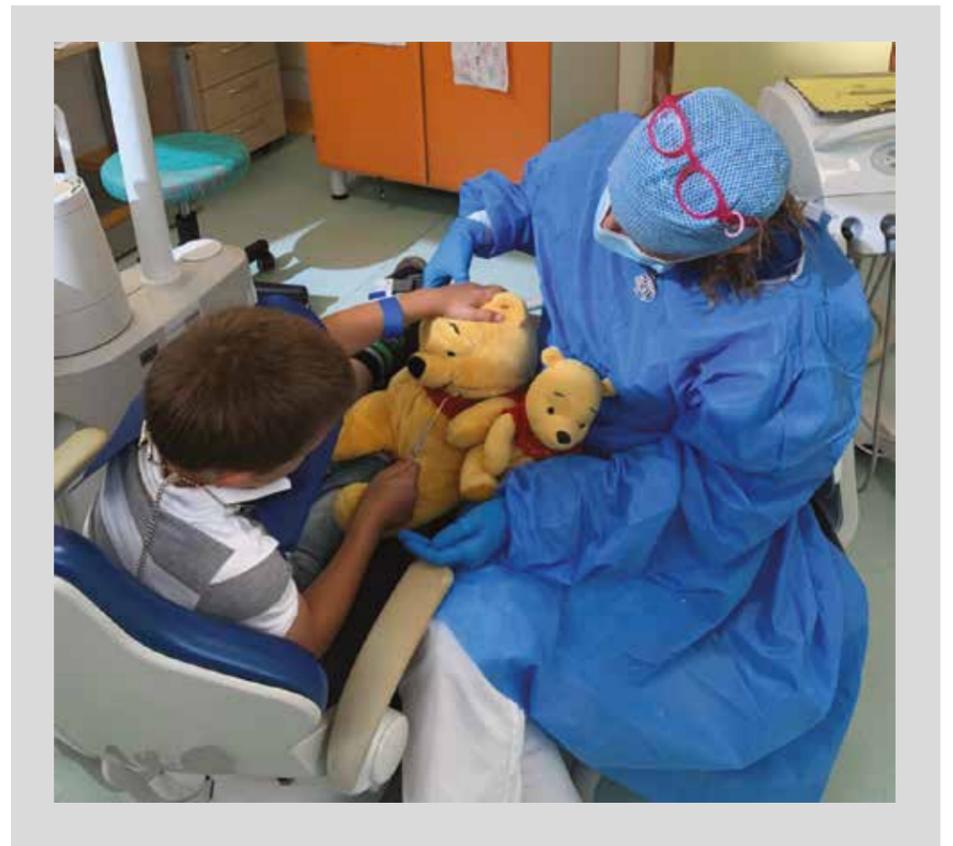
- far compilare e poi discutere con i genitori/caregivers un questionario anamnestico, che evidenzia limiti e paure del paziente, ma anche le sue potenzialità residue, che andremo a sfruttare durante la seduta odontoiatrica; come già descritto il questionario deve indagare: qual'è l'orario in cui il paziente è più tranquillo e collaborante, come viene preparato ad un nuovo eventuale reagisce in presenza di estranei, quanto comprende il linguaggio, che paure ha, come vede, come sente, se ha difficoltà a collegare comando a movimento, cosa dà fastidio, cosa fa paura, cosa mangia, se ama la musica, cosa gli interessa molto, qual è l'animale preferito, qual è il colore preferito, come si comporta quando gli tagliate i capelli o le unghie, come vengono comunicate parole, segni, figure, oggetti, come gli viene detto se è bravo e come viene gratificato.

La consapevolezza che l'autismo ha molteplici cause biologiche, ci induce ad abbandonare l'approccio psicoanalitico per preferire un approccio educativo.

Anche l'ambiente diventa importante per controllare l'ansia dei nostri pazienti, quindi sia la sala d'attesa, che lo studio odontoiatrico, devono essere il più possibile decontestualizzati, così come l'abbigliamento degli operatori.

Per riuscire ad ottenere la collaborazione del piccolo paziente con DSA, si possono utilizzare varie tecniche: il role-play, cioè il far partecipare il bambino con DSA ad una rappresentazione-gioco-favola, in cui lui è il paziente e l'educatore è il dentista, con tanto di corretto abbigliamento e simulazione dell'ambiente-studio odontoiatrico.

Anche il modelling e/o sibling (modelling con i fratelli)



Role-play

può essere efficace nella fase di desensibilizzazione, cioè far vedere al bimbo un filmato di un altro "bravo" bimbo durante una seduta odontoiatrica o farlo partecipare di persona.

La letteratura internazionale consiglia anche un approccio mirato con la "pedagogia delle immagini"; si propone al bimbo, prima della seduta odontoiatrica, un album descrittivo dei luoghi, delle persone e degli oggetti, in modo tale che egli possa imparare cosa deve fare, dove, quando, come, con chi e quale sarà l'esatta successione delle azioni che avverranno e che lui dovrà compiere; le foto vanno proposte una alla volta ed una copia dell'album va data ai genitori od agli educatori, mentre un'altra copia dovrebbe restare in ambulatorio allegata alla cartella odontoiatrica del paziente e disponibile per gli operatori.

L'album viene presentato e discusso dai genitori e/o educatori prima di recarsi dal dentista; brevi didascalie descriveranno le immagini e conterranno le stesse parole che useremo durante la visita.

Ogni seduta odontoiatrica avrà un obiettivo specifico e verrà registrato in cartella il tempo impiegato per raggiungerlo; ogni bambino avrà un piano di cura specifico, che partirà dalle azioni più semplici e proseguirà con le più complesse e non si passerà alla cura successiva, se non avremo ottenuto piena collaborazione nella precedente. Oltre alle foto/immagini, possono essere utilizzati anche video registrati appositamente. Solitamente questi pazienti usano con molta tranquillità tablets e PC portatili, che possono essere usati anche in ambulatorio, in modo che possano vedere ciò che più li rilassa (solitamente il repertorio di interesse è molto ristretto).

Durante la **prima visita odontoiatrica** è consigliabile fare solo una semplice ispezione visiva, magari utilizzando lo spazzolino da denti del paziente (in fase di programmazione dell'appuntamento si chiede di portarlo) e posticipare eventuali accertamenti più approfonditi e cure, non far attendere troppo in sala d'attesa (ciò aumenta molto l'ansia), utilizzare pochi oggetti (per focalizzare meglio l'attenzione), esprimersi con un linguaggio semplice, ma non semplicistico, preparare il paziente alla seduta successiva, cercare di ottenerne lo sguardo (vuol dire che si fida di noi).

L'approccio odontoiatrico ambulatoriale al paziente autistico deve tener conto delle caratteristiche proprie della patologia, che è caratterizzata da uno sviluppo atipico o danneggiato dell'interazione sociale e della comunicazione e dalla presenza di un repertorio marcatamente ristretto di attività e di interesse.

Nella gestione clinica odontoiatrica del bambino con DSA non collaborante, la maggiore soddisfazione del professionista odontoiatra non è tanto l'esecuzione della cura, ma renderlo collaborante nell'ambulatorio odontoiatrico!

Bibliografia

- 1) "Manuale di Odontoiatria Speciale SIOH", Ed. EDRA, 2019
- 2) "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5", Ed. American Psychiatric Association, 2013



Siamo tutti pazienti special needs?

La personalizzazione della strategia terapeutica 13th International Meeting Accademia il Chirone | 18.09.2020

Le idee di Archibald Cochrane, nate alla metà degli anni 70 e diffuse negli ultimi decenni hanno creato un movimento, impregnato in qualche modo di neo-illuminismo e neo-positivismo, teso a creare delle linee guida e dei protocolli terapeutici che portavano come implicita conseguenza una standardizzazione delle scelte terapeutiche.

Negli ultimi anni del secolo scorso la medicina ha fondata molta parte della clinica sulla Evidence Based Medicine, la medicina basata sulle prove scientifiche.

Si tratta di un approccio alle procedure mediche che trova la sua validazione in un metodo statistico che non può prescindere dai grandi numeri, dalle popolazioni ampie, significative e rappresentative di quadri nosologici. Tale visione è tuttavia entrata in crisi in molte declinazioni cliniche, da quelle chirurgiche, dove la standardizzazione dell'operatore e delle sue

capacità non è di fatto realizzabile, a quelle in cui la prevalenza di aspetti psicologici ed emozionali finivano con il coinvolgere dimensioni personali, sociali e culturali della malattia.

Nasce così, a partire dall'oncologia, la visione della Medicina Personalizzata, che affronta il caso clinico di ogni specifico paziente individuando soluzioni personali.

Ed è in questa visione che ogni paziente diventa speciale, aldilà della definizione di speciale che si è data finora, riferendosi ad una branca medico-chirurgica atta a fornire ai pazienti con disabilità una risposta specialistica. Una più moderna definizione di paziente speciale è quella che identifica un soggetto che nell'operatività terapeutica richiede tempi e modi diversi da quelli di routine.

Ma è proprio la routine, che nella medicina personalizzata viene messa in discussione nello sforzo di trovare la cura giusta per il pa-

ziente giusto nel momento giusto. Dunque, la terapia per il paziente speciale non è più una medicina per pochi pazienti fragili, ma una medicina per tutti.

Occorre trovare una sintesi fra la necessità di fondare le scelte terapeutiche su solide basi scientifiche condivise e l'importanza di una umanizzazione e personalizzazione di queste scelte.

Queste sono le premesse sulle quali si fonda la scelta dell'Accademia il Chirone di voler dedicare il suo annuale congresso all'approfondimento di questi temi e di questa visione per valutare quanto questo approccio è destinato ad impattare sulle discipline odontoiatriche.

Come sempre chiudiamo con il più affettuoso... arrivederci



Venerdì, 18 settembre 2020
Web Congress

Presidenti del Congresso
Prof. Ugo Covani
Prof.ssa Antonella Polimeni

Comitato Scientifico
Prof. Roberto Di Giorgio
Prof. Felice Roberto Grassi
Prof. Fabrizio Guerra
Prof. Livia Ottolenghi
Prof. Umberto Romeo

Coordinatore Scientifico
Prof.ssa Gianna Maria Nardi

SAVE the DATE

LA PIATTAFORMA WEB SCELTA PER IL CONGRESSO È REALIZZATA DA INFOMEDIX CHE HA SVILUPPATO IL NUOVO SERVIZIO: SMART VIRTUAL TRADE

PROGRAMMA DEL CONGRESSO 18.09.2020

8.30	Registrazione dei partecipanti	12.10	Il management del paziente affetto da ipertrofia e iperplasia gengivale da farmaci <i>Roberto Grassi, Gianna Maria Nardi</i>
9.00	Apertura dei lavori <i>Ugo Covani</i>	12.30	Progetto OdontoAUTria: guida dentale per famiglie di bambini autistici <i>Alberto Aureli</i>
9.15	Il paziente special needs: approccio transdisciplinare <i>Antonella Polimeni</i>	12.30	Pausa
9.30	La centralità della persona nella relazione di cura: profili giuridici <i>Giancarlo Montedoro</i>	13.30	Word from Technology (coordinato da Atasio)
9.50	I soggetti fragili nel Codice di Deontologia Medica: il ruolo della S.I.O.H. - Esperienze cliniche <i>Marco Magi</i>	14.00	Il difetto parodontale infraosseo: un approccio terapeutico da personalizzare <i>Claudio Mongardini</i>
10.10	Intervento intervista special guest	14.20	Il paziente speciale: modalità di approccio clinico e anestesilogico e soluzioni terapeutiche concrete <i>Eugenio Raimondo</i>
10.30	Pausa	15.00	Respirare bene nel bambino <i>Luca Levrini</i>
10.50	Il paziente oncologico come paziente speciale: prevenzione e gestione delle problematiche odontoiatriche <i>Umberto Romeo, Gianluca Tenore</i>	15.20	C'era una volta Franci, un bambino speciale <i>Luigina Figlia</i>
11.10	Il management e comunicazione nelle disabilità sensoriali <i>Livia Ottolenghi</i>	15.40	Q&A
11.30	Pazienti HIV+: sono (ancora) pazienti special needs? <i>Michele Giuliani</i>	16.00	Word from Technology (coordinato da Atasio)
11.50	La non invasive treatment in odontoiatria pediatrica <i>Maria Grazia Cagetti</i>	17.00	Chiusura dei lavori

SMART VIRTUAL TRADE

Raggiungi i tuoi clienti ovunque si trovino con il nostro nuovo servizio

Newsletter

Tutorial

Webinar

Arriva dove vuoi, con un click.

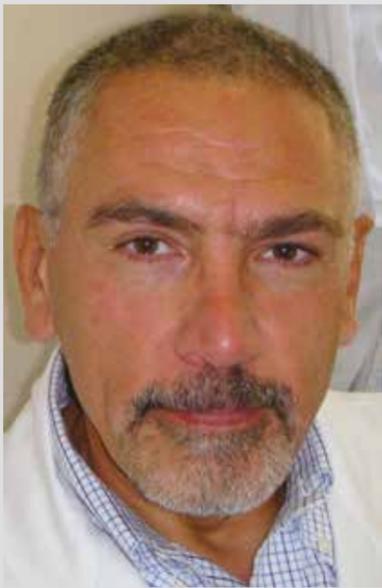
Per informazioni:
infomedix@infomedix.it

PER ISCRIZIONI:
<https://iscrizioni.meeting-planner.it/cmsweb/Login.asp?IDcommessa=01/20/0013&Lang=IT>



Dal Programma del Chirone i contenuti della presentazione del professor Michele Giuliani

Pazienti HIV+: sono (ancora) pazienti special needs?



Prof. Michele Giuliani

MD, DDS, MSc - Odontoiatria Forense
Medico Chirurgo - Specialista in
Odontostomatologia
Professore associato SSD/MED28 -
Discipline odontostomatologiche
Dipartimento di Medicina clinica e
sperimentale - Università di Foggia
Fellowship in Oral Medicine
(American Academy of Oral Medicine - USA)

Editorial Board of European Journal
of Dental Education (EJDE)
Professore a c. Università
Cattolica del Sacro Cuore - Roma
Segretario nazionale Società
italiana di Patologia e medicina
orale (SIPMO)



L'infezione da HIV è trasmessa da un retrovirus a RNA a singolo filamento.

• HIV attacca cellule con recettori CD4 (linfociti T helper, macrofagi, cellule gliali)

• L'HIV danneggia soprattutto i linfociti e conduce a difetti gravi delle cellule T

• In particolare sono ridotte le difese contro infezioni fungine, virali, da micobatteri e parassiti

• Una malattia da HIV, clinicamente evidente, si può manifestare dopo anni con tumori, infezioni e altre caratteristiche; **dopo anni si può manifestare l'AIDS.**

Per moltissimi anni essere sieropositivi per HIV ha rappresentato uno stigma sociale piuttosto invalidante, anche dal punto di vista medico e odontoiatrico.

La legge 135/90 art. 5 **tutela la privacy delle persone con HIV/AIDS** prescrivendo riservatezza assoluta a tutti gli operatori sanitari, vieta rilevazioni che possano comportare l'identificazione delle persone con HIV/AIDS; è altrettanto vietato ef-

fettuare analisi volte ad accertare lo stato di eventuale positività senza il consenso, esplicito e firmato, della persona interessata. **L'infezione da HIV non può essere in alcun modo motivo di discriminazione**, in particolare per l'iscrizione alla scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro.

Prevedere "trattamenti speciali" odontoiatrici per le persone con HIV, dunque, non è solo insensato, ma è anche sbagliato: se si prevedesse l'adozione degli standard di sicurezza solo nei casi di accertata positività all'HIV, vorrebbe dire che, in tutti gli altri casi, operatori e pazienti possono essere esposti a rischi di contagio molto alti.

Sono dunque le persone con HIV che vanno protette da altre infezioni, da eventuali carenze igienico-sanitarie: tutelarne lo stato di salute è il modo migliore per tutelare la salute di tutti.

Il trattamento odontoiatrico di pazienti HIV positivi, **asintomatici od in fase iniziale di malattia, richiede le stesse accortezze che vengono usualmente adoperate per la popolazione in generale:** pertanto può essere eseguita qualunque prestazione

odontoiatrica sia necessaria. Discorsi e trattamenti a parte meritano le prestazioni odontoiatriche in pazienti con AIDS franco.

Le persone sieropositivi per HIV, da lungo tempo in terapia con ART, possono presentare gli effetti collaterali legati all'utilizzo di tali farmaci e quelli collegati a una persistente immuno-attivazione e alla infiammazione cronica.

Questi due ultimi aspetti possono essere definiti come "inflammaging" e presenti in quei pazienti sieropositivi che sperimentano un tipo di invecchiamento prematuro, che può interferire in modo significativo con la qualità della vita e, nel nostro caso, con le problematiche odontostomatologiche.

Un altro aspetto che può notevolmente influenzare lo stato di infezione HIV, ed esserne a sua volta condizionato, è la periodontite cronica che insieme a qualche altra malattia del cavo orale, come i papillomi virali, non ha tratto particolari benefici dalla terapia ART.

Dalla diretta Facebook del 14 maggio 2020 Evoluzione della Specie: Ergonomia e Comunicazione. Cosa c'è di nuovo all'orizzonte?

Percorso storico, emozione e gioia durante l'intervista live Facebook di due giganti del mondo dentale: la Prof.ssa Gianna Maria Nardi, Igienista Dentale, e il Prof. Carlo Guastamacchia, Odontoiatra.

La diretta del 14 maggio 2020 è stata una delle tante del ciclo "Evoluzione della specie" all'interno della Pagina Facebook **Gianna Maria Nardi - Ricerche per innovare**.

Il Prof. Carlo Guastamacchia, 87 anni e non sentirli. Continua a fare il dentista, ma anche il professore, il direttore scientifico di riviste, l'autore di libri e pubblicazioni. Nella sua carriera ha formato generazioni di Odontoiatri, Igienisti Dentali e assistenti. Pioniere dell'ergonomia e della buona comunicazione all'interno dello studio odontoiatrico. Tra tutti i suoi meritatissimi titoli, ama definirsi "un dentista innamorato da sempre del suo lavoro e che continua a lavorare come quando ho cominciato 70 e più anni fa". Docente in diversi atenei italiani su tematiche di odontoiatria, il segno caratteristico del Prof. Guastamacchia è che si è sempre interessato di prevenzione. La Prof.ssa Nardi è una pietra miliare della storia della figura degli Igienisti Dentali italiani.

Prof.ssa Nardi: Prof. Guastamacchia, hai sempre insegnato in diversi atenei italiani tematiche di odontoiatria e soprattutto ti sei sempre interessato di prevenzione. Secondo te Carlo, aver insegnato all'interno delle università, con la possibilità di accendere la passione degli studenti o dei tuoi colleghi che magari fanno un master e vogliono grazie a questo continuare la loro formazione, porta soddisfazione?

Prof. Guastamacchia: Certo, è una grandissima soddisfazione e tu mi permetti di partire da zero nel far capire il perché. Nel 1963 ero a Las Vegas al primo Congresso Internazionale di Odontoiatria Preventiva. Lì ebbi la fortuna di incontrare una persona incredibile, il Dott. Bob Barclay che disse quella frase che mi ha guidato sempre nella mia passione odontoiatrica, ma soprattutto nella mia passione preventodontica. Il Dott. Bob ogni volta che apriva e chiudeva una sua conferenza diceva: *i dentisti non sono altro che mobili che continuano ad aggiustare la mobilia mentre la casa sta bruciando*. Questo slogan apparentemente molto eccessivo è la pura verità. Tanto è vero che a mia volta ho preso la decisione, ed è il mio orgoglio, di **orientare sempre tutta la mia attività verso la prevenzione**, procurandomi addirittura qualche nemico, diciamo in senso benevolo. Chi entra nel mio studio professionale oggi vede due frecce. In una è scritto *Terapia*, nell'altra c'è scritto *Prevenzione*. E queste frecce sono state messe nel mio studio il primo giorno in cui ho cominciato a lavorare. Era il 16 ottobre 1957. Da allora ho sempre e solo insistito su questo punto.

Prof.ssa Nardi: Andare a ripercorrere la storia secondo me è importante per capire quali possono essere state le vere evoluzioni nel nostro settore. Anche perché tutto quello che è stato il mio percorso e il mio progetto di approccio alla prevenzione basato sulla personalizzazione del trattamento vengono da insegnamenti elaborati da te e che ho fatto miei. Conservo la prima raccolta dei protocolli di igiene dentale del manuale operativo "Butler, Programma di controllo di igiene dentale".

Con orgoglio avevo attaccato al mio camice da studentessa nel 1978 il distintivo che ci definiva terapisti, per la precisione "Dental Health Control Therapist".

Ricevere questo manuale operativo a firma del Prof. Guastamacchia per me era una sorta di medaglia ricevuta sul campo. Nel 1978 il Professore già parlava di un certo tipo di approccio clinico molto preciso e dettagliato, come la comunicazione al paziente utilizzando i cinque sensi (vista, odorato, tatto, udito, gusto). Questa strategia comunicativa mi aveva anche portato a fare delle campagne di prevenzione per la popolazione con molta difficoltà perché chiaramente non eravamo così presenti sul territorio. Eravamo però già molto impegnate non solo negli studi privati, ma anche nel pubblico. Che effetto ti fa rivedere questo manuale?

Prof. Guastamacchia: Cara Gianna, non mi meraviglio. Nella biblioteca alle mie spalle voi vedete tutti i volumi blu che corrispondono a 45 anni di direzione di Dental Cadmos, tutti i volumi verdi e rossastri che corrispondono ai 35 anni durante i quali ho diretto *Prevenzione e assistenza dentale* che avevo fondato io. E leggermente spostato rispetto a quel modellino di plastica che c'è dietro la mia testa c'è il volume che tu hai mostrato poco fa. Cioè mi hai fatto molto piacere, ma non mi hai sorpreso perché quel libro io lo adopero ancora oggi. È bene che i giovani sappiano che **gli elementi fondamentali relativi alla prevenzione odontoiatrica sono vecchi** come il cucco.

Prof.ssa Nardi: Volevo infatti trasferire questo aspetto. Alcuni materiali italiani legati all'igiene orale, che col passare del tempo hanno visto insieme una serie di colleghe impegnate anche nella docenza nei vari corsi di laurea, sono stati anche dei testi che ci erano stati richiesti dalla casa editrice Masson. Il primo era *Igiene orale domiciliare*, il secondo era *Igiene orale professionale* e poi *Igiene orale personalizzata*. Mi piace nominare tutte

le colleghe che hanno contribuito a realizzare questi volumi: Antonella Abbinante, Viviana Ardizzone, Silvia Bresciano, Chiara Camorali, Annamaria Genovesi, Carlo Guastamacchia, che si era messo in ordine alfabetico con noi, anche se in realtà coordinava il tutto, poi Paola Marzola, la sottoscritta, Consolata Perone, Irene Riccitelli Guarrella e Marisa Roncati Parma Benfenati. La cosa importante è stata comunque sempre la voglia di imparare, di fare qualcosa anche non sapendo dove si andava a finire. Quello che volevo sottolineare è che se si parla di prevenzione, si parla per esempio dell'utilizzo del rivelatore di placca. Al tempo avevamo pressato tanto nell'utilizzarlo, poi c'è stato un periodo in cui è passato nel dimenticatoio e poi per fortuna è stato ripreso. Tutto questo per dire che quando io sono arrivata nel 2014 al Tailor Brush Method, cioè a quelle tecniche di personalizzazione del trattamento dove non aveva senso dare un certo tipo di movimento per disorganizzare la placca in un cavo orale, ma era più importante scegliere un tipo di strumentazione ideale a quella particolare in bocca in quel momento, insomma questi insegnamenti derivano da quel manuale e dall'ascolto di corsi di aggiornamento. È prezioso andare ad un corso o ad un congresso perché **basta anche una sola cosa nuova** e può valere tutto il tempo che si è dedicato. Il Prof. Guastamacchia non si è occupato solo di prevenzione, perché è un punto di riferimento autorevole sia nella comunicazione sia nell'ergonomia. A proposito di comunicazione, nel suo nuovo testo è andato a fare un percorso importante dividendo quella che è la deontologia, che mai come oggi diventa attuale col Covid-19 che ci porta a mettere in pratica dei protocolli assolutamente dedicati, dalle necessità dello studio dentistico.

Come può un operatore o il team odontoiatrico esprimere deontologia professionale, da una parte orientata verso il budget (questa nuova situazione porta a costi in più per lo studio professionale) e dall'altra parte orientata verso la cura del paziente?

In questo particolare momento storico, come si coniugano all'interno della clinica professionale deontologica il budget (si parla di costi maggiori del 25%), il timing (maggiore tempo di operatività a causa del controllo delle infezioni con riduzione del numero di pazienti al giorno) e il paziente che comunque dev'essere curato



Dott.ssa Elena Bizzotto

Igienista Dentale
Alchimista della prevenzione
Socia sostenitrice ATASIO

info@elenabizzotto.it
www.elenabizzotto.it



e che si trova catapultato in una realtà un po' diversa rispetto al solito?

Prof. Guastamacchia: Faremo un percorso insieme partendo da un punto di partenza molto chiaro. Oltre alla prevenzione, un altro mio grande amore è stata l'ergonomia. Durante l'estate del '64, ne ho fatto un accenno prima relativamente a Las Vegas, ho trascorso molti mesi negli Stati Uniti durante i quali ho conosciuto 5 persone che per me e per tutti i dentisti italiani sono state fondamentali.

Herold Kilpatrick mi ha insegnato quello che loro non chiamavano ergonomia, ma Timing Motion Analysis (Analisi dei tempi e dei movimenti): ho imparato a realizzare i vassoi, che prima non esistevano.

Con John Anderson ho imparato a lavorare seduti sulla sedia. In quegli anni tutti i dentisti italiani lavorano in piedi, con le assistenti in piedi. Da Herbert Thompson ho imparato l'esistenza dell'alta velocità d'aspirazione e l'eliminazione della sputacchiera. Glenn Robinson con i suoi assistenti mi hanno insegnato a lavorare a quattro mani (Four Hand Dentistry). Da Glenn Robinson e Kilpatrick ho imparato che si poteva avere un tipo di riunito differente. Sono tornato in Italia e ho inventato lo Speedo (strumenti pendenti, recupero inerti e doppia operabilità) che fu lanciato come Riunito Colibrì. Una quindicina d'anni dopo ho partecipato ad un importantissimo Congresso che si è svolto a Toronto della Società Internazionale di Ergonomia Globale, non odontoiatrica, e che attraverso il suo Presidente Hendrick ha stabilito un principio che fu miele per le mie orecchie: la comunicazione è disciplina ergonomica. Da quel momento si trattava di applicare anche alla comunicazione i 3 principi fondamentali dell'ergonomia: preparazione, esecuzione e riordino. L'ergonomia ignora la filosofia, ma indica cosa fare e perché farlo. Noi lavoriamo perché il paziente ha un problema e allora entriamo nel codice deontologico che nell'articolo 20 dice: il paziente dentista deve stabilire un'alleanza terapeutica e per stabilire questa alleanza una condizione fondamentale è comunicare. Il primo modo di curare è comunicare. Ci troviamo in un periodo molto pesante a causa del Covid-19. Tutto ciò che facciamo in studio per combattere o per realizzare la nostra attività professionale con il Covid-19, lo dobbiamo fare in modo ergonomico e senza paura. Questo perché tra un po' di tempo tutto il terrore del Covid-19 sarà stato superato. Non sarà scomparso il problema, motivo per cui non bisogna abbassare la guardia, ma sarà superato appunto il terrore di questo momento. All'interno del meraviglioso documento delle linee guida che hanno avuto come leader il Prof. Enrico Gherlone, Magnifico Rettore dell'Università Vita-Salute San Raffaele, manca una cosa fondamentale che necessita

di un'integrazione. Manca l'analisi ergonomica. Cioè per rispettare tutti quegli elementi necessari indicati nel documento, è fondamentale che ognuno di noi decida la prassi ergonomica con cui metterli in atto. E per fare questo bisogna accordarsi con tutto il team dello studio in modo da rendere ottimali i flussi di lavoro arricchiti di tutti i nuovi accorgimenti obbligatori in questo periodo.

Prof.ssa Nardi: Carlo, avevo un depliant sull'HIV. Come operatore sanitario ho vissuto quel momento e avevamo tutti paura. Quel periodo ci ha portato a modificare degli stili di vita ambientali nell'operatività clinica che sono poi diventati obbligatori. L'aspetto molto diverso con il Covid-19 è stato sicuramente il tipo di paura che ha trasmesso la comunicazione mediatica, cosa che non è avvenuta con l'HIV. Al tempo c'era il telegiornale che 2/3 volte ci mostrava l'omino in viola che ci ricordava che potevamo essere tutti al rischio. Come conseguenza ci siamo adoperati per modificare molte cose all'interno della pratica quotidiana.

Quello che voglio dire ai miei colleghi è che almeno per quello che riguarda i protocolli operativi clinici, dobbiamo mantenere l'ergonomia, difficoltosa in questo momento in cui è già complicato non inquinarsi solo per togliere tuta, visiere ecc.

Prof. Guastamacchia: È importante che gli Igienisti Dentali assecondino le indicazioni presenti nel documento e le mettano in pratica, ma dobbiamo dividere i due concetti. Da un lato dobbiamo accettare quello che c'è nel documento, dall'altro lato ognuno lo deve realizzare in funzione degli elementi ergonomici della propria pratica. Per esempio, nel nostro studio abbiamo stabilito che in pratica per noi ogni paziente costa in termini di tempo (perché il tempo è uno strumento) il doppio. E di conseguenza costi di più anche in termini economici. Non dobbiamo dimenticare che va sempre unita la deontologia con la gestione budget-oriented dello studio.

Prof.ssa Nardi: I tuoi insegnamenti sono sempre attuali. Forse perché alla fine le cose nuove sono quelle che erano state viste anni fa con particolare attenzione andando ad osservare tutte quelle sfumature che erano importanti nella professione e che andavano dall'ergonomia a molti altri aspetti.

Mi viene in mente che tu sei stato il primo a dire che per



accompagnare il paziente, che magari era un paziente fragile, si potessero mettere a terra dei codici colore sul pavimento per guidarlo. Aspetto che si trova oggi anche all'interno degli ospedali.

Ho avuto la fortuna di conoscere un personaggio storico dell'odontoiatria italiana, l'Ingegnere Castellini, che mi mandò il suo primo riunito dedicato all'Igienista Dentale, l'*Hygiene*, su cui io lavoro ancora adesso perché aveva quelle caratteristiche che tu avevi indicato anni fa. Aveva per esempio la sputacchiera, ma nessun paziente l'ha mai utilizzato se non per un eventuale pronto soccorso. Tornando alle indicazioni in odontoiatria legate al Covid-19, ci aspettavamo una presenza più massiva degli Igienisti Dentali, visto che adesso siamo ordinati e abbiamo un albo professionale. Pensavamo che la Federazione facesse qualcosa di più. Come vedi c'è ancora tanto da fare per difendere la nostra professione e questo mi fa venire in mente il braccio di ferro tra di noi quando si dovette delineare il percorso di formazione degli Igienisti Dentali. Nel 1981 costituisco con altre 12 colleghe l'Associazione Igienisti Dentali Italiani (AIDI) che all'epoca era sindacato di categoria. Il Prof. Guastamacchia difendeva le igieniste che lui chiamava "fatte sul campo". Dopo tanti anni c'era bisogno di una sanatoria di modo che finalmente la prevenzione entrasse di fatto nella pratica clinica. Prendeva spunto da alcuni paesi europei in cui era previsto questo percorso dove si cominciava come Assistente per poi diventare Igienista Dentale. Noi invece eravamo solo 13, non contavamo niente, però avevamo la tenacia e volevamo difendere il fatto di rimanere all'interno delle Università. E per questo abbiamo lottato tantissimo. Volevamo che il percorso fosse diploma universitario e dopodiché percorso universitario a tutti gli effetti con la laurea. Ci abbiamo messo parecchio tempo. Non è stato facile perché il Prof. Guastamacchia era molto convinto. Noi ci abbiamo creduto e abbiamo cominciato a scalare questa montagna. Sono davvero felice oggi, perché ci ha visto tutti vincitori: per l'assistente c'è un iter formativo specifico e per noi Igienisti ci sono diversi corsi di laurea in tutta Italia. Carlo, dopo questo braccio di ferro, secondo te avere gli Igienisti laureati è stata una sconfitta o no?

Prof. Guastamacchia: Una domanda secca alla quale tu puoi rispondere, come prima igienista ufficiale. In che anno sei stata nominata Igienista Dentale?

Prof.ssa Nardi: Siamo nate nell'81, ma il primo documento ufficiale firmato da Do-

nat-Cattin che ci ha dato il la, è del 1984. Da lì in poi finalmente cominciamo a vedere la luce.

Prof. Guastamacchia: Vedi Gianna, ufficialmente la prima igienista italiana vede la luce nel 1984. Altrettanto ufficialmente il Professor Carlo Guastamacchia, perché ero giovane ma ero già professore, e allora per diventare professore si facevano degli esami terrificanti, bene il professor Carlo Guastamacchia era a Las Vegas con Bob Barclay nel 1964. All'epoca, quando sono tornato in Italia mi sono chiesto: "Ma qui, chi pulisce tutta questa gente con la bocca piena di tartaro?"

La prevenzione non è solo detartraggio, sia ben chiaro, ma al tempo ho allevato personalmente 4 o 5 assistente le quali per 15/16/18 anni hanno fatto le igieniste nel mio studio.

E quando ho chiesto ad un penalista mio amico, il professor Delitala, come eravamo messi da un punto di vista legale, lui ha risposto: *voi non siete andati contra legem, ma siete andati ultra legem, perché quello che voi stavate facendo era a beneficio dei pazienti, che altrimenti non facendolo sarebbero stati danneggiati.* Apro anche una piccola parentesi di cui sono molto orgoglioso: io sono socio onorario dell'AIDI.

Prof.ssa Nardi: Non solo, ma tu sei anche un membro dell'Accademia Il Chirone che è stata una delle accademie che ha iniziato a parlare per prima della filosofia del link tra la salute del cavo orale e la salute sistemica. Quindi tu sei assolutamente fiero di quello che hai fatto e anche io ugualmente sono fiero e penso di interpretare l'idea di tutte le colleghe che all'epoca hanno avuto l'ingrato compito di fare questo braccio di ferro con la volontà di fare la sanatoria. Quindi insomma oggi siamo arrivati ad avere un albo, dei corsi di laurea, certo c'è ancora tanto da fare, ma tutto sommato abbiamo avuto ragione tutti e due. Torniamo ad una materia che è proprio passione pura. Prima avevo accennato al fatto che tu ci avevi trasferito alcune nozioni che riguardavano l'utilizzo dei sensi nell'approccio motivazionale. Tu hai anche indicato una sorta di differenza tra la comunicazione sensoriale, comportamentale e digitale. Qual è questa differenza?

Prof. Guastamacchia: Questo è uno degli argomenti che mi tormenta di più con il Covid-19 e mi perdoni chi la pensa in modo completamente opposto a me. Perché a causa del Covid-19 è nata per esempio una sco-

larizzazione internettistica, cioè mia nipote non va a scuola, ascolta web-lection. Questo tipo di risorsa (la comunicazione internettistica, informatica) si vorrebbe trasferire nel mondo medico e, peggio che peggio, nel mondo odontoiatrico come comunicazione base. Allora io faccio una separazione nettissima: tutto ciò che è digitale in medicina e in odontoiatria è indispensabile per i cosiddetti Big Data. Tutti i dati enormi che devono essere sintetizzabili soltanto in chiave digitale. Bisognerebbe arrivare al punto in cui ogni uomo e ogni donna abbia una scheda digitale nella quale c'è scritto tutto ciò che riguarda la sua salute, in modo che con un click un medico o un dentista saprebbe tutto di lui. Questo si può fare soltanto in chiave digitale.

Ma attenzione. Bisogna escludere assolutamente il rapporto digitale diretto con il paziente, perché questo significa personalizzare il rapporto.

Quello che conta è il rapporto empatico. E tu ne hai fatto un accenno importantissimo all'inizio relativo agli elementi emotivi che noi dobbiamo trasmettere al paziente. C'è un errore di fondo ancora oggi in medicina e in odontoiatria: si insegna che esiste l'anamnesi remota e l'anamnesi prossima.

Io insegno che esiste anche l'anamnesi contestuale. Ogni persona è immersa in una realtà che è la sua famiglia, il suo lavoro, quanti soldi ha, come si chiama la sua gatta, se il suo cane ha fatto i cuccioli la settimana scorsa, se gli è morta la suocera, se ha divorziato... Tutte queste cose fanno parte strettissima di ciò che noi dobbiamo sapere di ogni paziente e brutalmente chi non ha capito questo non

è un buon dentista e non è un buon igienista. Scusate se mi animo molto ma questi sono particolari che secondo me sono il canone della maniera di comunicare col paziente.

Prof.ssa Nardi: Professore, quali sono i segreti per mantenersi sempre così giovane?

Prof. Guastamacchia: L'importante a qualunque età è continuare a studiare.

Bisogna continuamente studiare. Studiando s'impara. E bisogna imparare a essere sempre uno studente. Altrimenti non si capisce che cos'è la vita. La vita è un continuo imparare, altrimenti uno muore a vent'anni. Alla fine giovani si diventa.

Prof.ssa Nardi: L'anno scorso al Chirone è stato ospite Mogol, il poeta in musica, e lui ha detto esattamente questo. Per rimanere persone di una gradevolezza infinita bisogna alzarsi la mattina e avere un progetto, studiare per fare qualsiasi cosa che mantenga attivo il cervello. Carlo, se tu dovessi lasciare un'idea per avere successo nella professione sentendosi anche in pace con sé stessi, quali sono le cose da evitare? Perché abbiamo parlato di cosa si deve fare, ma mi piacerebbe, soprattutto per i giovani, dare un consiglio su cosa devono evitare di fare, quello che non va bene perché fa male alla salute, fa male a noi come professionisti, fa male anche nella vita familiare ecc.

Prof. Guastamacchia: qui devo parlare quasi sintetizzando il corso che faccio

sullo stile di vita. Cito allora 4/5 elementi fondamentali che sono dominati da uno slogan molto pesante, terribilmente pesante, perché è uno slogan che responsabilizza. Siccome stiamo parlando della salute, salute mentale, salute fisica, il mio slogan col quale inizio il corso di Life Style è questo: *la salute è un risultato*. Ognuno si affida a dei principi esterni. Ma la salute è un risultato di come noi ci comportiamo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha diviso le malattie in trasmissibili e non trasmissibili. Sulle trasmissibili abbiamo oggi il Covid-19 per cui ne abbiamo fin sopra i capelli. Ma le non trasmissibili sono basate su 4/5 elementi fondamentali e voi mi perdonerete se dovendo sintetizzare cito soltanto i capitoli.

Quali sono gli elementi fondamentali?

1. Non fumare. Chi fuma si suicida.
2. Non bere troppi alcolici
3. Fare da quando si ha vent'anni sempre tutti i giorni attività fisica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sintetizza questo con i 10.000 passi al giorno. Per me i 10.000 passi al giorno sono diventati indispensabili da quando avevo vent'anni, anche se poi ho fatto altre cose che non sto a raccontare.
4. Mangiare bene. Come? Ricordatevi solo questo: tutti i giorni almeno un piatto pieno di insalata e almeno una grossa porzione di frutta.
5. L'ultimo elemento che per alcuni è difficilissimo da realizzare, ma fondamentale: dormire sempre almeno 7-8 ore.

Da qui derivano una serie di elementi per i quali tutte le trasgressioni diventano un attacco al fatto che la salute

è un risultato, non è un regalo.

Prof.ssa Nardi: Sono soddisfatta perché ho potuto tirare una riga su tutto quello che è stato il nostro percorso. Oggi possiamo assolutamente dire: *Niente di nuovo all'orizzonte*.

Prof. Guastamacchia: Certo, poi però bisogna mettere in pratica. Tra sapere e mettere in pratica: è lì che cominciano le differenze.

Prof.ssa Nardi: Caro Carlo, visto che abbiamo parlato di fumo. Io ho smesso di fumare. Con l'Accademia sulle Tecnologie Avanzate nelle Scienze di Igiene Orale (ATA-SIO), con l'AIDI e l'UNID abbiamo realizzato una monografia dal titolo Non bruciamoci il sorriso. Il mio amico, Presidente della Lega Tumori Schittulli, ci farà la presentazione. Mi piacerebbe che tu scrivessi due righe su questo piccolo strumento che poi ti invierò a nome di tutti i partecipanti. Per chiudere in bellezza, se tu avessi la bacchetta magica, che desiderio ti piacerebbe venisse esaudito? Che consiglio puoi dare a tutti quanti?

Prof. Guastamacchia: La cosa alla quale tengo di più: smettete di avere paura.

Da qualunque difficoltà si può uscire con le nostre forze, ma unendole poi a tutti quelli che ci circondano. Questo è il regalo che secondo me è più importante. Lasciate stare la paura, operate per vincere difficoltà.

UNITÀ COMBINATA PIEZOELETTRICO E MOTORE PER CHIRURGIA E IMPLANTOLOGIA

Lo staff di progettazione **MARIOTTI** presenta il nuovo dispositivo di ultima generazione con luce led ad alta intensità.

Massime prestazioni ed alta affidabilità.



The High Quality
MADE IN ITALY



UNIKO PZ
SURGERY

MARIOTTI & C. SRL

Implant-surgery motors and piezoelectric - manufacturer since 1973

Via Seganti 73 - 47121 Forlì - Italy

Tel. 0543781811

3938460818

info@mariotti-italy.com - www.mariotti-italy.com

Manotti & C. Italy

UNIDI
THE ITALIAN DENTAL
INTEGRITY ASSOCIATION



CE
0476



Carbon®

Protec Dental Lab converte la sua produzione di Bite dentali notturni direttamente fabbricati con Carbon® Platform

Fondata nel 1973, Protec Dental Laboratories Ltd. è un laboratorio odontoiatrico completo con oltre 200 dipendenti con sede a Vancouver, British Columbia. Nato come laboratorio ortodontico, Protec ha ampliato la sua gamma di prodotti per includere le protesi fisse e mobili e gli impianti nel corso degli anni.

La sua missione è sempre stata quella di contribuire a plasmare il futuro del settore dentale attraverso l'innovazione digitale. Protec ritiene che l'utilizzo della giusta tecnologia è fondamentale per fornire la qualità e la precisione che i clienti desiderano nei prodotti odontoiatrici.

Aspetti chiave:

- Aumento del 50% della produzione giornaliera
- Riduzione del 66% del lavoro necessario per fabbricare i Bite dentali notturni
- Maggiore soddisfazione del cliente

La produzione dei bite dentali notturni raggiunge la sua massima capacità

Per oltre 20 anni, il reparto ortodontico di Protec ha utilizzato un flusso di lavoro analogico tradizionale per produrre i suoi bite acrilici termoplastici chiamate ProFlex. Il processo non era per nulla ideale, con ogni step produttivo che richiedeva molto lavoro, spesso disordinato, e con un enorme spreco di tempo.

Con la crescita dell'attività di Protec, l'azienda ha faticato a tenere il passo con la crescente domanda dei clienti. Il laboratorio dentale aveva bisogno di produrre un numero maggiore di bite notturni al giorno e si rese conto che il suo flusso di lavoro analogico non sarebbe potuto crescere senza massicci investimenti in termini di tempo, personale, attrezzature e spazio fisico lavorativo.

Le sfide della transizione digitale

Cercando una soluzione per crescere rapidamente, Protec ha deciso di provare con la produzione digitale. Nel 2010, Protec ha iniziato a utilizzare la stampa 3D per la produzione di modelli dentali. Non appena il laboratorio dentale ha acquisito esperienza in questa nuova dimensione digitale, ha sperimentato con la prototipazione di alcuni dei suoi prodotti più popolari, tra cui i suoi bite notturni ProFlex.



Le stampanti 3D che Protec utilizzava all'epoca fornivano la configurazione e il supporto tecnico iniziale, ma a volte lasciavano al laboratorio dentale la soluzione di eventuali problemi insorti e li costringeva ad eseguire regolarmente la manutenzione e le riparazioni da soli. Nonostante questi inconvenienti, Protec capì che la stampa 3D era parte integrante della crescita del loro business. La stampa 3D ha permesso quindi a Protec di reiterare i cicli di progettazione più rapidamente e aumentare la produzione in modi non realizzabili prima di quel momento. È stato il desiderio di trovare il partner commerciale giusto per aiutarli a rimanere all'avanguardia della tecnologia, che ha portato Protec alla Carbon.

Carbon non solo cresce, ma migliora anche nel tempo

Dopo aver visto il TED Talk del co-fondatore di Carbon Joe DeSimone e aver incontrato il team Carbon nel 2017, Protec sapeva che c'era qualcosa di unico in Carbon, in particolare nella tecnologia e nelle persone.

Dato che Protec desiderava una soluzione conveniente, il laboratorio dentale ha confrontato i vantaggi di Carbon con il metodo di produzione utilizzato fino a quel momento. Protec si rese presto conto che grazie alla sua affidabilità, la facilità d'uso e l'assistenza ai clienti di Carbon, l'azienda stava eliminando

costi significativi in termini di manodopera e capitale e stava riducendo il costo per pezzo prodotto. Protec ha ritenuto il modello di abbonamento proposto dalla Carbon più intuitivo e più facile da gestire con un servizio e un supporto illimitati già inclusi, eliminando il timore di dover tener conto dei costi imprevisti della manutenzione periodica.

Carbon ha permesso a Protec di evitare i problemi della obsolescenza programmata che spesso viene data con l'investimento in beni strumentali e tecnologie. Inoltre, i normali aggiornamenti software di Carbon assicurano che le prestazioni delle loro stampanti migliorino nel tempo. Jeff Player, Managing Partner di Orthodontics presso Protec, afferma: "Ci piace lavorare con il team Carbon, le loro stampanti e il loro supporto sono di prim'ordine. In Protec, ci piace dire che Carbon funziona!"

Promuovere la crescita del business attraverso Carbon

Lavorando con Carbon, Protec è diventato il primo laboratorio dentale in Nord America a stampare direttamente i bite notturni attraverso la stampa 3D su stampante Carbon. Questo risultato è stato reso possibile grazie a una delle numerose opzioni di materiali unici disponibili con Carbon come la resina biocompatibile di Keystone Industries, KeySplint Soft™ Clear. Il risultato è un prodotto

di fascia alta, flessibile, bello, robusto e resistente all'usura.

Con altre stampanti 3D, il flusso di lavoro di Protec per la produzione di bite notturni era lungo e complicato. Per ogni bite prodotto, il laboratorio dentale doveva progettare e stampare un prototipo in due parti, investire in flaconi, iniettare acrilico, fare il deflask, tagliare e lucidare ogni parte.

La versatilità della tecnologia Digital Light Synthesis™ di Carbon ha permesso a Protec di ridurre il flusso di lavoro a tre semplici passaggi per produrre un bite completo: design, stampa e lucidatura. Di conseguenza, Protec ha ridotto i tempi di consegna interni di due giorni. Questo nuovo prodotto si chiama ProFlex 3D.

Da quando ha iniziato a utilizzare le stampanti Carbon M2 per fabbricare direttamente bite notturni, Protec ha aumentato la sua produzione giornaliera del 50% e ha ridotto il lavoro necessario per creare ogni singolo bite del 66%. Questo flusso di lavoro semplificato ha anche aiutato Protec a recuperare spazio prezioso nel suo laboratorio.

I vantaggi dell'utilizzo di Carbon vanno oltre i miglioramenti operativi interni per Protec. Il laboratorio dentale è ora in grado di fornire ai clienti bite notturni clinicamente migliori. "Il feedback dei dentisti sui nuovi bite è estremamente positivo. I dottori li preferiscono rispetto agli altri perché sono meno ingombranti, molto precisi e possono essere accomodati con regolazioni 'chairside' minime. Il materiale KeySplint è anche altrettanto resistente all'abrasione come l'acrilico convenzionale", ha affermato Jeff.

Il successo che Protec ha sperimentato con Carbon ha permesso al laboratorio dentale di realizzare la sua missione, fornendo bite notturni che si adattano meglio, durano più a lungo e fanno sorridere i pazienti.

Sei interessato a saperne di più su KeySplint Soft™ Clear? Contatta il Carbon Dental Team alla mail: dental@carbon3d.com per una consulenza gratuita.

La stampante 3D per professionisti del dentale #1 nella soddisfazione dei clienti

Fonte: NADL, agosto 2019. Sondaggio sul trend delle stampanti 3D

I laboratori dentali hanno classificato Carbon al numero 1 nella soddisfazione dei clienti con un punteggio **Net Promoter Score (NPS) of +89** — 86.9 punti oltre la media generale di settore, che è di +2,1.

Unisciti ai tanti laboratori che stanno trasformando il loro business attraverso la piattaforma Carbon.



BITE OCCLUSALI - KEYSPLINT SOFT CLEAR



Ricevi un bite occlusale gratuito!



Best in Class Materials



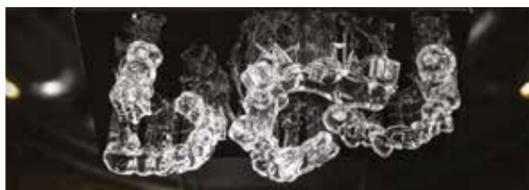
BITE OCCLUSALI - KEYSPLINT SOFT CLEAR



BASE PER PROTESI: STAMPA DIGITALE LUCITONE



MODELLI: DPR 10



GUIDE CHIRURGICHE: WHIPMIX



PROTESI DENTCA



STAMPI: DREVE FOTODENT



IMPRONTE DENTALI: DREVE FOTODENT TRAY



IMPRONTE DI BONDAGGIO INDIRETTO: DREE FOTODENT IBT



MASCHERA GENGIVALE: DREVE FOTODENT GINGIVA

Carbon[®]

WWW.CARBON3D.COM



CGF e Bifosfonati



Dottor Stefano Rosi

Laureato in Medicina e Chirurgia
Specialista in Odontostomatologia,
Geriatrica e Gerontologia, Pronto
Soccorso e Terapia d'Urgenza
Libero Professionista in Jesi (AN),
Direttore Sanitario di BICE srl
Corso Matteotti, 78 Jesi (An)
T. 0731 203586 / 338 2630790
stefano-rosi@virgilio.it

Sono ormai più di 15 anni che l'odontoiatria deve confrontarsi con la classe di farmaci che interagiscono sul metabolismo osseo, come gli Aminobifosfonati in primis e il Denosumab più recentemente.

Gli Aminobifosfonati (NBP) sono farmaci largamente impiegati nelle patologie demineralizzanti, sia in campo oncologico che dismetabolico e al loro utilizzo è stata associata l'insorgenza della BRONJ (Biphosphonate Related Osteonecrosis of the Jaws).

Tale patologia consiste nella necrosi ossea dei mascellari, che può esordire sia spontaneamente, sia come complicanza di decubiti protesici, che molto facilmente dopo manovre chirurgiche eseguite nel cavo orale. Si manifesta più frequentemente in pazienti con pregresso trattamento cortisonico o trattati con Radioterapia e Farmaci antitumorali. Compare come ulcerazione della mucosa con sottostante necrosi ossea che tende ad infettarsi ed approfondirsi. È una complicanza potenzialmente molto grave per la quale non esiste terapia specifica. Viene trattata con terapia laser LLT, Ozonoterapia, Ossigenoterapia iperbarica, toilette chirurgica e ultimamente vengono associate a quest'ultima i concentrati piastrinici. Colpisce maggiormente il sesso femminile e con più frequenza la Mandibola rispetto al Mascellare superiore. La sua comparsa è fortemente correlata alla dose, al tempo di utilizzo e alla via di somministrazione degli NBP. Gli NBP interagiscono sulla attività degli osteoclasti con meccanismo inibitorio, alterando quindi il turn-over del tessuto osseo e tendono in esso ad accumularsi anche per molti anni. Attualmente, prima di iniziare trattamento con NBP, il paziente ci viene inviato dal Medico Curante per evidenziare e risolvere eventuali problemi del cavo orale.

Come Odontoiatri ci troviamo a trattare principalmente pazienti con osteoporosi e dobbiamo, a mio avviso, considerare i seguenti parametri.

1) Via di somministrazione del Farmaco

Quella parenterale sembrerebbe esporre maggiormente al pericolo di BRONJ, anche in considerazione del fatto che tale via di somministrazione è per lo più riservata a pazienti oncologici.

2) Tempo di assunzione della terapia

Nella somministrazione orale, per i primi 3 anni di trattamento con NBF, il rischio di esitare in BRONJ è modesto, dopo il 3° anno invece il rischio è equivalente a quello della terapia parenterale.

3) Sede di intervento

La sede mascellare più esposta è quella Mandibolare, sicuramente ciò è dovuto alla minore vascolarizzazione della stessa rispetto al Mascellare superiore.

4) Sesso del paziente

Il sesso femminile è maggiormente esposto, come per la patologia osteoporotica.

5) Tipo di Farmaco

Abbiamo già detto che da qualche tempo è comparsa una nuova famiglia di farmaci quali il DENOSUMAB, che è un anticorpo monoclonale, che agisce sempre sugli Osteoclasti, pur non determinando un accumulo osseo. Il nome commerciale è PROLIA per il dosaggio riservato alla patologia osteoporotica e XGEVA per quella oncologica.

Il PROLIA viene somministrato per via sottocutanea 1 volta ogni 6 mesi e viene metabolizzato dall'organismo in circa 1 mese, per cui possiamo intervenire nel cavo orale intorno al 3° mese, quando cioè sono intercorsi più di 60 giorni dall'ultima somministrazione e ne mancano ancora 90 per quella successiva.

Nella nostra esperienza siamo passati da una iniziale astensione dal praticare qualsiasi manovra chirurgica a una successiva maggiore tranquillità nel trattare chirurgicamente anche questi pazienti pur prendendo alcune precauzioni:

- Anamnesi molto dettagliata
- Valutazione del CTX serico (C-Terminal Cross-linking Telo peptide) che pur non essendo totalmente discriminante rimane sempre l'unico parametro serico di valutazione del rischio BRONJ.
- Ricordiamo qui i valori di riferimento di questo esame di laboratorio:
 - 0,300-0,600 ng/mL** (normal) Nessun rischio
 - 0,150-0,299 ng/mL** Nessuno o minimo rischio
 - 0,101-0,149 ng/mL** Moderato rischio
 - ≤ 0,100 ng/mL** Alto rischio
- Consenso informato in cui il paz richiede specificatamente il trattamento.
- Profilassi antibiotica con Amoxicillina + ac Clavulanico 1gr. x 2-3 volte al di per 3 giorni prima dell'intervento e per altri 7-10 giorni dopo.
- Utilizzo del CGF nelle sue varie declinazioni per stimolare ed accrescere la rigenerazione dei tessuti duri e molli.
- Esecuzione di una chirurgia minimamente invasiva.
- Utilizzo di Anestetico locale senza vasocostrittore.

Con tale protocollo si è passati da semplici estrazioni, a chirurgie più complesse come inserimento di impianti e Sinus Lift.

Di seguito illustreremo alcuni casi di estrazioni dentarie con documentata guarigione a pochi giorni di distanza, successivamente la guarigione di un caso di Osteonecrosi Mascellare e infine un caso di complessità superiore con inserimento implantare multiplo e rialzo del seno mascellare.

Estrazioni Dentarie

CASO 1

P.T. Femmina, aa 71 assume NBP orali da circa 20 anni. Deve estrarre il 47.



OPT

CTX

BETA Crosslaps: 0,23 ng/mL
(Peptide C terminale del collagene di tipo 1)
Met.: ECLIA



Tempo 0



Buffy Coat



Dopo 8 giorni

01

Estrazioni Dentarie

CASO 2

G.L. Femmina aa 79 assume NBP parenterali da circa 2 anni. Deve estrarre il 42-41-32.



OPT

CTX BETA Crosslaps: 0,37
ng/mL
(Peptide C terminale del collagene di tipo 1)
Met: ECLIA



Tempo 0



CGF



Dopo 1 giorno



Dopo 6 giorni

02

Osteonecrosi Mascellare

CASO 3

S.M. Femmina aa 82 assume NBP orali da circa 20 anni, presenta fistole gementi pus in Q2.



SITUAZIONE INIZIALE

CTX
Telopeptide C (CTX) 0,14
(Peptide C terminale del collagene di tipo 1 o telopeptide C)



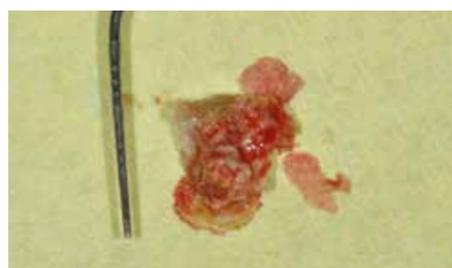
Dopo estrazione del 25



Viene estratto inizialmente il solo 25 e si mette a protezione dell'alveolo il Buffy Coat CGF.



Dopo 30 giorni osso necrotico



Osso necrotico rimosso

Residuando una zona ossea necrotica, la paziente viene sottoposta a nuovo intervento consistente in estrazione del 26, apertura di un lembo, rimozione dell'osso necrotico, sutura del lembo per prima intenzione, utilizzando sempre il Buffy Coat CGF.



Q2 tempo 0



Q2 dopo 15 giorni



Dopo 3 mesi

03

Inserimento implantare multiplo e Sinus Lift

CASO 4

M.A. Femmina anni 78, allergica alla Penicillina, portatrice di Pace-Maker, ha assunto NBP per circa 11 anni per passare poi da circa 1 anno alla terapia con Prolia. Deve riabilitare l'arcata superiore dove presenta un circolare infiltrato e decementato in Q1.

La paziente non accetta una protesi mobile. Si decide pertanto di inserire 4 impianti in posizione 11-13-15-17.

In sede 17 si progetta di inserire previo Sinus lift crestale un impianto di diametro 4,2 x 10 mm di lunghezza.



SITUAZIONE INIZIALE

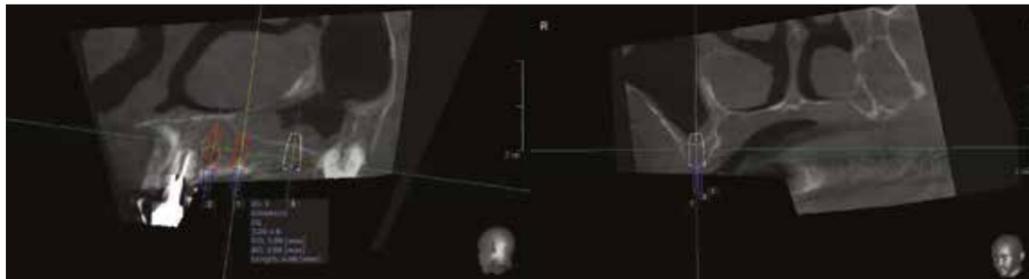
CTX

Telopeptide C-TERMINALE S 0,11 ng/ML
1et.: ECLIA



L'intervento implantare è stato eseguito in modalità flapless e per il rialzo di seno è stato utilizzato esclusivamente CGF, secondo la Tecnica SMS (Simple, Minimal, Safe).

OPT



Progetto implantare del Sinus Lift

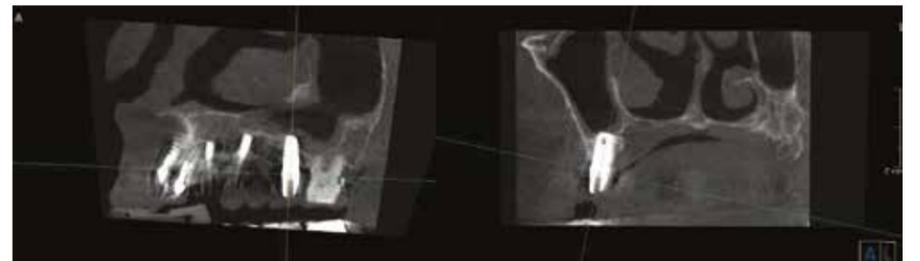


Fine intervento

04



Riabilitazione terminata



CBCT controllo dopo 3 anni



L'utilizzo del CGF nelle sue declinazioni, come promotore e acceleratore della rigenerazione dei tessuti duri e molli, rappresenta un plus irrinunciabile nella cura di pazienti in trattamento con farmaci quali NBP e Denosumab, permet-

tendo un loro approccio più sicuro e tranquillo.

Il CGF rilasciando nel sito operatorio le citochine di cui è ricco, tra queste ricordiamo in special modo il VEGF (vascular endothelial

growth factor) che promuove la neoangiogenesi, svolge sia una azione topica sia generale in quanto richiama dal torrente circolatorio le cellule deputate alla rigenerazione tessutale.

SAVE THE DATE



"Il CGF e le sue declinazioni in chirurgia orale"

Relatore Dottor Stefano Rosi

presso Silfradent Academy – S. Sofia (FC)

Posti limitati: per partecipare sollecitiamo l'iscrizione prima possibile.

Per iscrizioni ed informazioni rivolgersi a: chiara@silfradent.com

19

SETTEMBRE
2020





Stress e Covid 19: ripartire dallo stile di vita

Dott.ssa Dalila Miceli
Socia sostenitrice ATASIO

In questo periodo di emergenza sanitaria il nostro stile di vita è stato drasticamente modificato. La lunga permanenza in casa e il repentino cambio di abitudini ha fatto sì che il nostro corpo sia stato sottoposto a forte stress.

Nella lingua inglese, da cui deriva, la parola stress è una parola ricca di significati: vuol dire, infatti, tensione, sforzo, pressione, fatica, difficoltà, ma anche importanza, accento. Sempre nella lingua inglese, inoltre, "stressare un concetto" vuol dire sottolinearlo, evidenziarlo.

Dunque è fuor di dubbio che la parola stress, oggi, ha assunto un'accezione multidimensionale; in tale rete di significati è compresa non solo la biologia, attraverso le alterazioni neurovegetative, ormonali, immunologiche dell'individuo, ma anche la sua psicologia.

comportano disagi sia fisici che psicologici e causano cambiamenti dell'umore, ostacoli nelle relazioni, difficoltà di gestione della propria vita. È importante ribadire, dunque, che le conseguenze derivanti dall'evento stressante dipendono non solo dall'evento in sé, ma anche dalle caratteristiche individuali e dal modo in cui lo percepiamo. È provato che la maggior parte delle persone stressate modifica il comportamento, assumendo stili di vita non salutari come fumare di più, alimentarsi in modo scorretto, smettere di fare attività fisica, assumere alcol o farmaci.

Il nervo vago è il principale conduttore del sistema nervoso parasimpatico. Trasporta infatti, il 90% di tutte le fibre parasimpatiche e raggiunge il torace e gran parte dell'addome, innervando tutto l'intestino sino alla prima metà del colon. Il nervo vago, inoltre, ha proprietà antinfiammatorie attraverso le sue fibre afferenti ed efferenti mentre, lo stress prolungato, ha proprietà infiammatorie.

Inoltre lo stress inibisce l'attività del nervo vago, aumentando l'attività del sistema nervoso simpatico. Al termine dell'esposizione allo stress si riscontra un aumento delle citochine pro-infiammatorie, durante il periodo di recupero l'attività parasimpatica sarà fondamentale per riportare nelle condizioni fisiologiche l'organismo.

Se l'esposizione allo stress sarà cronica il recupero del tono parasimpatico sarà parziale, favorendo un carico allostatico maggiore con una scarsa capacità antinfiammatoria regolatoria.

Essendo quindi il nervo vago una parte essenziale dell'asse intestino-cervello e svolgendo un ruolo importante nella modulazione dell'infiammazione, nel mantenimento dell'omeostasi intestinale e nella regolazione dell'assunzione di cibo e della sazietà, è ora più che mai essenziale ripartire da uno stile di vita quanto più salutare e volto a migliorare il grosso carico di stress originato da questa situazione.

Lo stress infatti, può dare origine anche a patologie intestinali come IBD, SIBO e disbiosi che predispongono a loro volta a patologie sistemiche. Una corretta alimentazione è assolutamente necessaria per il raggiungimento del proprio benessere psico-fisico. Altrimenti, si potrebbe assistere, a seguito delle cattive abitudini messe in atto durante la pandemia, ad un picco di patologie metaboliche, cardiovascolari e autoimmuni, oltre che ad una naturale riduzione delle difese immunitarie date dallo stress cronico.

Lo stress già prima della pandemia Covid-19 era già una parte importante e un fattore di rischio presente nello stile di vita delle persone. Conoscere le gravi conseguenze di questo stile di vita perseguito dalla maggior parte della popolazione è essenziale per definire quali sono gli obiettivi di salute delle persone e soprattutto per ripristinare uno stile di vita che sia quanto più possibile salutare.

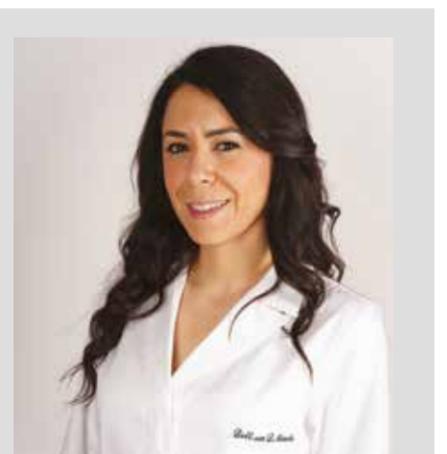


Infatti, sia la sfera emozionale dell'individuo che la sua personalità, sono correlate alle esperienze e agli ostacoli socio-ambientali legati alle relazioni con altri soggetti, al lavoro, ai possibili problemi economici che ne derivano, e, più in generale, a tutto ciò che crea tensione e instabilità.

Il sistema nervoso autonomo, ormonale e immunologico rappresenta la risposta dell'individuo a tutto ciò che non va. Ognuno, infatti, ha una percezione individuale dell'evento stressante e individuale rimane la sua reazione. Lo stress ha una natura negativa solo quando risultano carenti sia le capacità di adattamento quanto la capacità di gestire un evento stressante. Le possibili conseguenze negative

Questi comportamenti, che vengono assunti proprio per cercare di affrontare l'evento stressante e vengono quindi visti come sfogo, in realtà, peggiorano la sintomatologia presente e comportano il rischio di malattie croniche (cardiovascolari e metaboliche). Il sistema nervoso autonomo si divide in due rami principali, il parasimpatico e il sistema nervoso simpatico.

Il sistema nervoso simpatico prepara il corpo a combattere il pericolo percepito in risposta a uno stimolo di stress, lotta o fuga. Al contrario, il sistema nervoso parasimpatico prepara il corpo al riposo. Lo stato di rilassamento dovrebbe essere il suo stato predeterminato, tuttavia ciò spesso non accade nelle persone con problemi di stress o ansia.



Dott.ssa Dalila Miceli

Dottore in Igiene Dentale
Biologa Nutrizionista
Corso di Alta Formazione, in:
"Health Sciences and Oral Hygiene.
The Lifestyle Medicine."
Socia Ordinaria ATASIO
Docente a Contratto presso
la Facoltà di Igiene Dentale,
Università di Modena e
Reggio Emilia dal 2014-2019.
Libera Professionista in
Modena e Carpi.
Facebook: Dott.ssa Dalila Miceli
Nutrizione e Prevenzione

Cisti follicolare odontogena

Prof. Ferdinando D'Ambrosio

con la collaborazione del **Dott. Antonio Cascione**



Prof. Ferdinando D'Ambrosio

Professore Ordinario di Radiologia presso l'Università La Sapienza di Roma, Presidente della sezione di Radiologia Testa-Collo e Odontoiatrica della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica). Titolare dell'Insegnamento di Radiologia nel corso di Laurea di Medicina e Chirurgia e nel corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi dentale presso l'Università La Sapienza di Roma, Titolare di insegnamento di Diagnostica per Immagini in numerosi corsi di Laurea Professionalizzanti e nelle scuole di specializzazione, di Radiologia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo facciale, Ortodonzia, Chirurgia Orale, Odontoiatria Pediatrica, Primario della U.O.C di Radiologia Testa-Collo e della U.O.C. di radiologia dell'ospedale George Eastman (Policlinico Umberto I di Roma).

www.radiologiadambrosio.it

Si ringrazia per l'elaborazione dell'iconografia il dott. Mario Ciotti.

La cisti follicolare odontogena è una lesione osteolitica sempre associata alla presenza nel suo contesto della corona di un elemento dentale incluso e vitale, determinata dalla degenerazione dell'organo dello smalto: le radici rimangono quasi sempre in posizione extracistica.

Spesso asintomatica, tende ad aumentare di dimensioni fino a causare deformazioni dell'osso alveolare coinvolto e pertanto a diventare sintomatica per fenomeni compressivi o per conseguenti processi flogistici o per mobilità degli elementi dentali contigui da rizalisi.

La cisti follicolare è già evidenziabile all'ortopantomica dentale, ma per una più esatta rappresentazione della lesione stessa e per un corretto bilancio pre-operatorio sarà sempre opportuno eseguire a complemento un esame Cone Beam o TC.

La lesione si presenta con un classico aspetto di osteolisi uniloculare a margini netti, regolari, associata ad orletto calcifico, nel cui contesto è apprezzabile la corona dell'elemento dentale incluso.

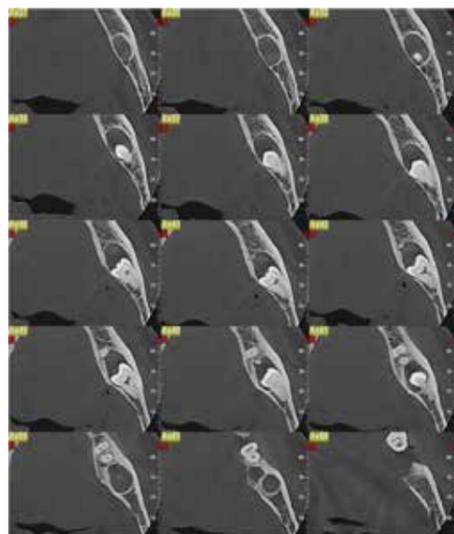


Fig. 1a. Esame CBCT ricostruzioni assiali, cisti follicolare di 38

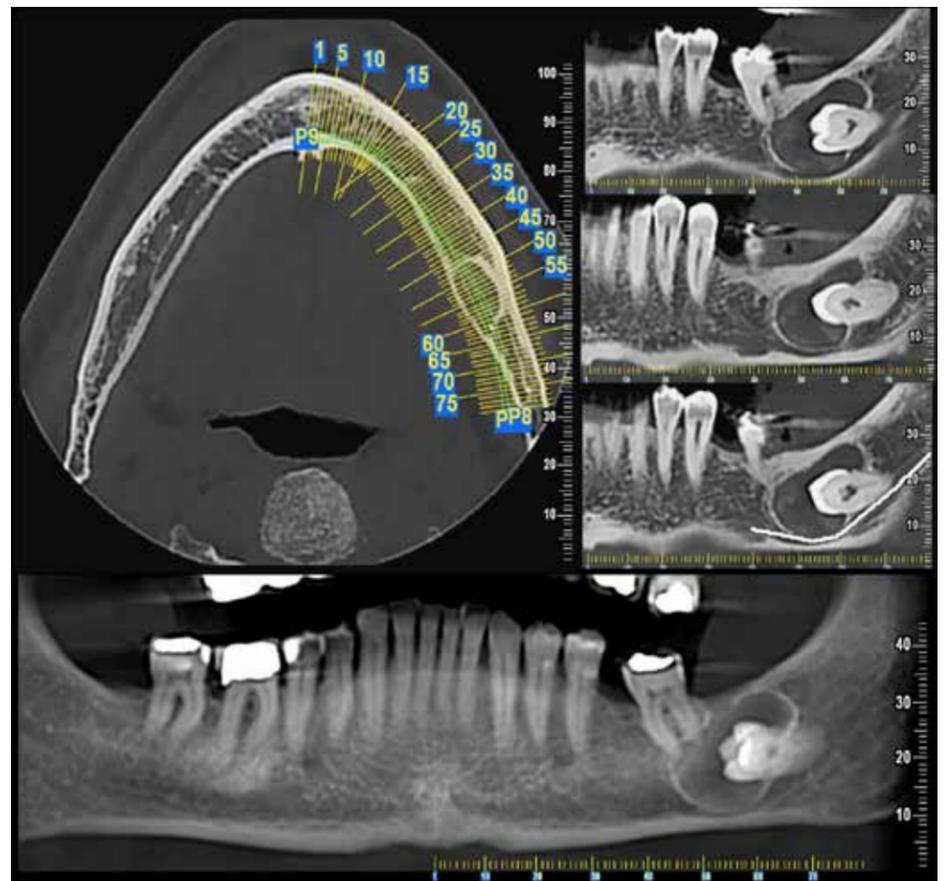


Fig. 2a. Esame CBCT ricostruzioni panorex. Cisti follicolare di 38 che appare incluso in posizione mesiotrasversa. Presenza di orletto sclerotico.

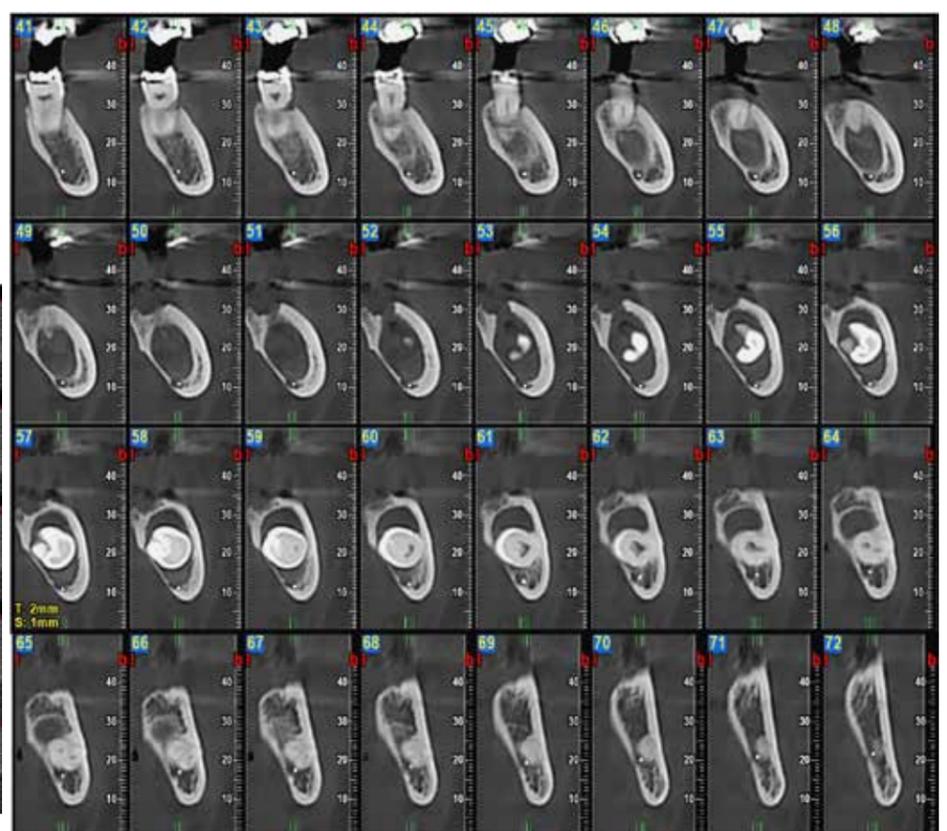


Fig. 3a. Esame CBCT ricostruzioni radiati o Cross. La cisti follicolare assottiglia nettamente la corticale linguale, che non appare discontinuata né significativamente respinta. Usura del contorno osseo superiore del canale mandibolare sinistro, verosimilmente respinto inferiormente.



Le corticali sono spesso respinte, assottigliate o discontinue; sono raramente evidenziabili usure dei contorni ossei del canale mandibolare.

La cisti follicolare è riscontrabile essenzialmente nella dentizione permanente, più frequente a livello degli ottavi inclusi inferiori e dei canini superiori inclusi.

La diagnosi differenziale è con tutte le lesioni osteolitiche con dente incluso: in primis con il tumore cheratocistico odontogeno e molto più raramente con l'ameloblastoma uniloculare, con il mixoma, con il fibroma ameloblastico etc.

Pertanto sarà sempre opportuno eseguire a completamento esame istologico.

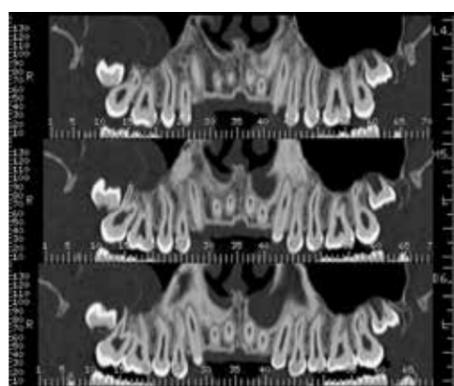


Fig. b1. DENTASCAN Ricostruzioni panorex. Raro caso di cisti follicolare di 18 in età pediatrica. La gemma di 18 è in posizione inversa con voluminosa cisti follicolare che si estende nel seno mascellare destro, sollevandone il pavimento.

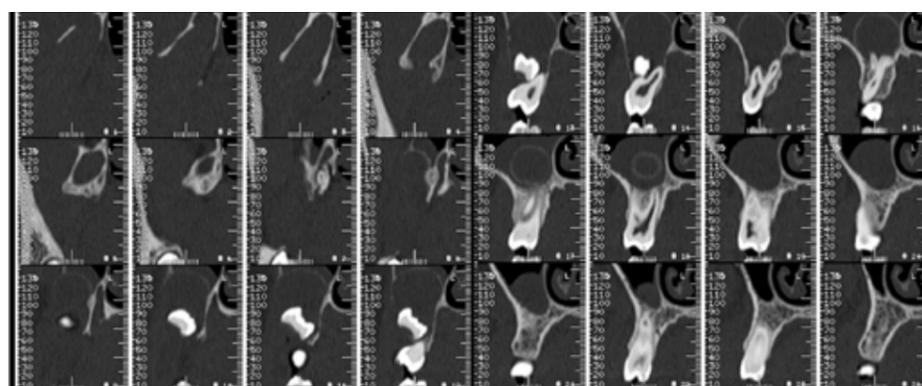


Fig. b2. DENTASCAN sezioni radiali o cross. La lesione cistica è apprezzabile nelle sezioni radiali da 8 a 18.

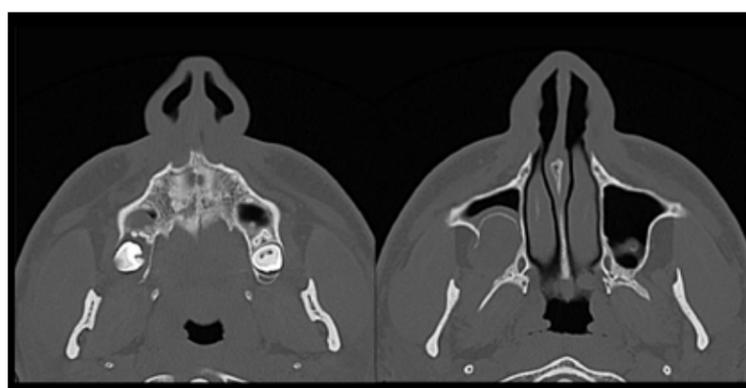


Fig. b3. Scansioni assiali. La lesione cistica discontinua le corticali vestibolare e palatale e la parete postero-laterale del seno mascellare destro.



Fig. b4. Ricostruzioni coronali e sagittali. La lesione cistica usura la parete posteriore del seno mascellare destro (cfr. ricostruzioni sagittali).

Le nuove frontiere nell'imaging odontoiatrico

- ORTOPANORAMICA DIGITALE
- ENDORALE COMPLETO DIGITALE
- TELECRANIO DIGITALE
- CEFALOMETRIA COMPUTERIZZATA
- ELETTROMIOGRAFIA DIGITALE
- RX MANO E POLSO (ETÀ OSSEA)
- 3D CONE BEAM
 - ghiandole salivari
 - arcate dentali
 - ottavi inclusi
 - canini inclusi
 - ATM



Nuovo apparecchio risonanza magnetica alto campo (1.5T) dedicato allo studio delle patologie testa-collo e in particolare delle articolazioni temporo-mandibolari.

We care your health

NUOVA SEDE ANCHE A CERVETERI
Via Settevene Palo, 183

www.radiologiadambrosio.it

ROMA
Studio D'Ambrosio
Via A. Torlonia, 13 | 00161 Roma
T. 06 4420 2722 | 06 4420 2728
info@radiologiadambrosio.it

CERVETERI (ROMA)
Radiologia D'Ambrosio Caere
Via Settevene Palo, 183 - Cerveteri
T. 06 9940653
caere@radiologiadambrosio.it

STUDIO D'AMBROSIO
radiologia digitale low dose

ABUTMENT SU MISURA



MESA
PRODUCER OF SPECIAL ALLOYS SINCE 1975



**MAGNUM SPLENDIDUM
CROMO-COBALTO**
anche per sovrafusione

**MAGNUM HYPERONE
TITANIO**

COMPATIBILI CON LE CASE IMPLANTARI PIU' IMPORTANTI A LIVELLO MONDIALE
**ZIMMER BIOMET, SWEDEN & MARTINA, STRAUMANN, MIS,
THOMMEN MEDICAL, NOBEL-BIOCARE, MEGAGEN E MOLTE ALTRE...**

Perchè sceglierli?

- ✓ Connessioni precise e sicure
- ✓ Disponibili sia nella variante rotante che non rotante
- ✓ Ottima resistenza e biocompatibilità
- ✓ Maggior precisione dell'ingaggio



MESA DENTAL ALLOYS
Via dell'Artigianato 35/37/39
25039 Travagliato (BS) - Italy

Website: www.mesaitalia.it
Tel. +39 030 6863251
Email: info@mesaitalia.it



Accademia
Tecnologie Avanzate
nelle Scienze di Igiene Orale

INFO ORAL MEDIX

PROFESSIONAL ORAL HYGIENE

In collaborazione con Accademia Tecnologie Avanzate nelle Scienze di Igiene Orale



Accademia
Tecnologie Avanzate
nelle Scienze di Igiene Orale

www.atasio.it

A.T.A.S.I.O.: progettualità dell'Accademia

Dott.ssa Lorella Chiavistelli
Consigliere ATASIO

L'Accademia delle Tecnologie Avanzate nelle Scienze di Igiene Orale, A.T.A.S.I.O., pone come obiettivo principale al professionista della salute orale (Odontoiatra e Igienista Dentale), l'approfondimento sulla conoscenza delle nuove tecnologie in continua evoluzione, dandogli l'opportunità di esercitare in maniera efficace ed efficiente la propria professione. Tutti i professionisti che fanno parte di A.T.A.S.I.O., hanno l'opportunità di sperimentare in prima persona tutte le nuove tecnologie presenti sul mercato e di condividere la propria esperienza con i colleghi dell'accademia. A.T.A.S.I.O. è quindi un laboratorio di continue innovazioni, proposte di nuovi protocolli, che grazie alla ricerca ed alla condivisione diventano attuabili dai professionisti. A.T.A.S.I.O. offre, inoltre, attività di aggiornamento specifiche per studenti, con il progetto A.T.A.S.I.O. Young.

Ma ATASIO non è solo questo, è anche conoscenza, ricerca,

esperienza, sono nati gli Atasio Lab., gruppi di Professionisti che testano le nuove tecnologie, sono gruppi di ricerca che sperimentano nuovi prodotti, promuovono nuovi protocolli e progetti.

Il progetto del Working Group A.T.A.S.I.O. presentato durante il 26° Congresso Nazionale dei Docenti Universitari di Discipline Odontostomatologiche, tenutosi a Napoli lo scorso anno (11 Aprile 2019), l'Albero Decisionale sull'Impersensibilità, presentato dalla Dott.ssa Silvia Sabatini con la collaborazione della Dott.ssa Giovanna Acito coordinate dal Prof. Campus, è giunto alla sua conclusione e presto verrà pubblicato. ATASIO offre a tutti i suoi soci l'opportunità di partecipare come autori di importanti lavori clinici. Durante il 1° Congresso Nazionale ATASIO svolto presso il Dipartimento di Scienze Odon-

tostomatologiche e Maxillo Facciali dell'Università La Sapienza di Roma, a febbraio 2019, il socio ordinario Dott. Salvatore Cannizzaro ha vinto il Contest ATASIO per il miglior lavoro clinico, con un nuovo Approccio Terapeutico Combinato sul Management delle White Spot Lesions. Durante il 2° Congresso Nazionale ATASIO, svoltosi a Roma a febbraio 2020, sono stati premiati il Dott. Marco Lattari per il Best Case Report 2020 e i Dottori Salvatore Cannizzaro e Giuseppe Rocca per il miglior Photo Contest 2020. ATASIO, ogni anno offre, ai suoi soci ordinari, sostenitori, young fellow, il congresso Nazionale che vede relazionare relatori di chiara fama, dove si affrontano tematiche diverse ed innovative, oltre alle agevolazioni per frequentare corsi di aggiornamento. Per tutto questo, ma non solo, associarsi ad ATASIO è un modo per coltivare le proprie passioni, per entrare a far parte di un gruppo scelto di Professionisti protagonisti dell'evoluzione delle nuove tecnologie, aumentando la propria professionalità e la voglia di crescere.

Iscriversi ad A.T.A.S.I.O.

Ecco come fare



Giovanna Acito
Segretaria ATASIO



Iscriversi ad Atasio è semplice, basta andare sul sito dell'Accademia, www.atasio.it, cliccare sulla voce "iscritti" in alto a destra e scaricare il modulo d'iscrizione, compilarlo ed inviarlo unitamente alla ricevuta del bonifico alla segreteria Atasio: segreteria@atasio.it.

Sul modulo d'iscrizione sono presenti

3 modalità di iscrizione:

- socio ordinario, riservata a chi ha frequentato il master in "Tecnologie avanzate nelle scienze di igiene orale" presso l'Università Sapienza di Roma;
- socio sostenitore, ovvero chiunque sia in possesso del titolo di igienista dentale o odontoiatra;
- young riservato a studenti in igiene dentale e odontoiatria.

L'iscrizione dà diritto, per tutte le categorie di soci, alla partecipazione gratuita al congresso annuale organizzato dall'Accademia, oltre a numerosi vantaggi sugli eventi formativi che in itinere verranno organizzati. Tra i vantaggi per i soci ordinari c'è quello di effettuare l'iscrizione una tantum: si iscriveranno una sola volta senza effettuare il rinnovo annuale. I soci sostenitori e young dovranno rinnovare l'iscrizione annualmente ed avranno diritto alla partecipazione gratuita al congresso annuale.

Tailor Made e management del paziente implantare tra scienza, coscienza e fantascienza

SAVE THE DATE: III Congresso Nazionale ATASIO | Roma 5-6 febbraio 2021

Silvia Sabatini per ATASIO
Vicepresidente ATASIO, Presidente SISIO, Direttore didattico CISD UniMoRe

Per i professionisti della prevenzione orale non c'è sfida più ardua della prevenzione in chi è già dovuto ricorrere alla terapia. È il caso del paziente implantare, colui che ha quasi certamente fallito la prevenzione sulla dentatura naturale ed ha dovuto sottoporsi a terapia implantologica. Se a questi casi aggiungiamo tutti quelli di agenesia e di traumi accidentali, dobbiamo concludere che è assolutamente frequente incontrare pazienti che abbiano almeno un impianto in bocca.

Oltre alla sfida motivazionale per il mantenimento della salute orale attraverso protocolli personalizzati e condivisi con un approccio di coaching costante ed efficace, il professionista deve adattare la personalizzazione anche alle strategie per il management in office del paziente implantare.

L'igienista dentale dovrà conoscere aspetti fondamentali del progetto implanto-protetico, a partire dalle fasi chirurgiche e le tempistiche di posizionamento e carico, per programmare un'adeguata gestione domiciliare con il paziente. Anche l'approccio di igiene professionale dovrà tenere conto dei tempi chirurgici e riabilitativi, per un timing appropriato e ideale. Alla base di ogni scelta terapeutica di prevenzione deve esserci l'attenta osservazione clinica delle caratteristiche del paziente e della



tipologia di impianto e di sovrastruttura protetica con cui è stato riabilitato. Il professionista dovrà essere a conoscenza dell'impiego di una tecnica tissue level o bone level, dovrà conoscere la lunghezza del collo implantare.

È fondamentale sapere correttamente interpretare i valori dei sondaggi perimplantari e saper determinare quale sia il valore soglia tra salute e malattia. È inoltre importante conoscere eventuali tipologie di innesti applicati, ossei o, come molto più frequentemente accade di recente, connettivi. Che si tratti di impianti a collo largo o stretto, singoli o multipli, è fondamentale scegliere strumenti professionali che consentano una perfetta adesione alla superficie implantare, e che abbiano materiali di durezza consona per non sgretolarsi lasciando pericolosi residui sulla superficie o per non graffiarla lesionandola.

La sovrastruttura protesica può essere cementata o avvitata, con diverse implicazioni nella gestione in office e domiciliare. Il diverso materiale impiegato (resina, ceramica, zirconia, ecc) fa propendere per strumenti e frequenza delle sedute professionali diversi, a seconda della capacità ritentiva nei confronti del biofilm dei singoli materiali, oltre che dell'abilità del paziente.

L'osservazione clinica e la conoscenza del caso sono l'essenziale punto di partenza per la scelta di strategie di mantenimento professionale e domiciliare personalizzate ed efficaci che hanno tutte un unico obiettivo: il mantenimento in salute del complesso implanto protesico e la prevenzione della perimplantite.

L'unica vera arma nella gestione di questa situazione clinica irreversibile è la competenza del professionista e la sua vasta conoscenza di strumenti, tecniche e procedure per poter elaborare protocolli personalizzati e condivisi che siano integrati in ogni momento clinico.

Per info e iscrizioni:
http://atasio.it/wp-content/uploads/2020/01/Lettera-Atasio_unica.pdf



- **Impersensibilità**
Sabatini, Acito, Pareti
- **Ozono**
Papa, Cesarano
- **Stress ossidativo**
Chiavistelli, Fulgenzi
- **Fototerapia**
Chiavistelli, Petrucci, De Rosa
- **Studenti**
Colavito, Cesarano, Iozzo
- **Comitato Soci**
Antonioni, Fabiani
- **Fotografia**
Rocca, Cannizzaro
- **Stili di vita**
Castaldi Matteo, Giovanna Acito, Dalila Miceli, Fulgenzi Elisa

Il management di igiene orale nel paziente in trattamento ortodontico con mascherine invisibili

CASE REPORT

Prof. Gianna Maria Nardi
 Ricercatore Universitario Confermato
 Università di Roma Sapienza

INTRODUZIONE

La **terapia ortodontica** svolge un ruolo importante nel miglioramento della vita di relazione del paziente grazie a miglioramenti sostanziali, funzionali ed estetici.

Un bel sorriso aumenta l'autostima e la percezione che gli individui hanno di sé e stimola una sicurezza fondamentale nelle relazioni interpersonali.

Un **sorriso estetico** ha un valore spesso sottovalutato nella sua **funzione psichica**.

La collaborazione del paziente ad eseguire efficaci protocolli di igiene domiciliare è fondamentale per il raggiungimento del successo terapeutico e scegliere tecnologie di strumenti che permettano in maniera agevole di **promuovere l'aderence alle terapie domiciliari** è di fondamentale importanza.

CASE REPORT

È giunto alla nostra osservazione un paziente maschio, di anni 17, non fumatore, in apparen-

te salute sistemica, per sottoporsi ad una seduta di follow up di igiene orale professionale.

Il paziente è in trattamento ortodontico con mascherine invisibili.

L'osservazione **extra-clinica** mette in evidenza sul labbro piccole lesioni e il paziente ammette di avere l'abitudine viziata del mordicchiamento del labbro. Il paziente viene motivato al controllo di questa abitudine viziata che a lungo termine potrebbe ostacolare l'efficacia del trattamento ortodontico.

MATERIALI E METODI

Invitamo il paziente a rimuovere le mascherine al fine di eseguire un **esame obiettivo intra-orale** e valutare le **condizioni di integrità** degli allineatori. Facciamo notare la presenza di tartaro sulla mascherina e chiediamo al paziente in che modo igienizza il dispositivo ortodontico. Il paziente ci riferisce di detergere il dispositivo immergendolo in un bicchiere d'acqua con l'aggiunta di una **pastiglia igienizzante**, poche volte alla settimana, a causa di una difficoltà che prova, essen-

do esposto molto spesso a contesti sociali sportivi. Inoltre trova sveniente questa operatività perché convive con suoi coetanei. Proponiamo al paziente di igienizzare il dispositivo ortodontico in maniera efficace e più ergonomica: chiediamo di disorganizzare il biofilm batterico attraverso l'azione meccanica di uno spazzolino idoneo con setole a fiamma rigide. Dopo aver sciacquato il dispositivo ortodontico con acqua, chiediamo di asciugarlo per togliere l'acqua in eccesso e applicare a 5 cm di distanza un **efficace spray igienizzante all'olio ozonizzato, IALON CLEAN (GEMAVIP) ideale per la capacità di proteggere il dispositivo da batteri, funghi, lieviti e virus a lungo termine.**

I suoi ingredienti, in particolare l'olio d'oliva ozonizzato, il cetylpiridinio cloruro oltre ad igienizzare, deodorano il dispositivo ortodontico e permettono di lasciare che rimanga del suo colore originale.

Con l'ausilio della videocamera intra-orale Sopro-Care Acteon tramite **sistemi di fluorescenza** di varie tonalità, evidenziamo le zone di **demineralizzazione**, le aree in cui i tessuti presentano **infiammazione** e **tartaro**. La visualizzazione delle zone a **maggior rischio** di infiammazione e demineralizzazione, ren-

de partecipe e consapevole il paziente della sua condizione clinica. Il paziente presenta un **biotipo tissutale spesso** con un'evidente infiammazione gengivale **placca-dipendente**. A livello dei tessuti dentali rileviamo delle **pigmentazioni estrinseche generalizzate** e importanti concrezioni di tartaro, soprattutto a livello degli incisivi inferiori nel versante linguale. Il paziente riferisce di aver usato un collutorio al fluoro e clorexidina per contenere il disagio del maleodore.

Attraverso la **fluorescenza rossa** della videocamera intra-orale possiamo apprezzare una evidente infiammazione generalizzata dei tessuti gengivali soprattutto a livello delle papille interdentali.

La **fluorescenza blu** rileva le aree di demineralizzazione dello smalto e processi cariosi. In questo caso non vi è la presenza di processi cariosi ma possiamo notare che a carico dell'elemento dentale 3.4 vi è la presenza di una iniziale **demineralizzazione dello smalto che circonda i margini dell'attachment ortodontico**. Questa lesione è stata determinata dall'inefficiente controllo del biofilm batterico da parte del paziente. Tale lesione dovrà essere successivamente trattata con dei presi-





di remineralizzanti affinché non si verifichi lo sviluppo di una whitespot circolare; tipica dei trattamenti ortodontici.

situazione clinica con il paziente permette di motivarlo a porre particolare attenzione nelle aree in cui

sono presenti gli attachment ortodontici e lo esortiamo ad una maggiore efficacia dell'igiene orale domiciliare.

Successivamente procederemo con l'applicazione di un **rilevatore di placca tritonale (GC Tri Plaque ID Gel)** che permetterà di evidenziare il biofilm batterico in tre tonalità diverse:

La condivisione della

RIVOLUZIONE LA PREVENZIONE ATTRAVERSO L'OLIO EXTRAVERGINE DI OLIVA OZONIZZATO

NON ISTOLESIIVO - NON DA RESISTENZA BATTERICA - NON MACCHIA I DENTI



ialozon[®]clean
SPRAY IGIENIZZANTE

IGIENIZZA | DEODORA | DETERGE
Mantiene il colore originale del dispositivo odontoiatrico

- SPAZZOLINI SCOVOLINI 
- BITE 
- MASCHERINE ORTODONTICHE INVISIBILI 
- PROTESI DENTALI 

con OLIO
OZONIZZATO



info@gemavip.com

www.gemavip.com



- **Blu/viola:** biofilm batterico **maturato**,
- **Rosso/rosa:** biofilm batterico **recente**,
- **Azzurro:** biofilm batterico **acido**.

Grazie al rivelatore di placca possiamo osservare la presenza di **biofilm batterico acido**, causato dalla reiterata assunzione di bevande energetiche. Inoltre visualizziamo la topografia del biofilm batterico, che motiverà il paziente a migliorare l'efficacia del controllo del biofilm batterico nelle zone più ritentive.

Nella fase successiva procederemo con il deplaquing delle superfici dentali e la rimozione delle discromie di origine acquisita.

Il deplaquing può essere eseguito secondo due modalità:

- **Polishing selettivo** con l'ausilio di gommini e paste abrasive di diverse granulometrie.
- **Air polishing** dispositivi che utilizzano un flusso abrasivo composto da acqua, aria compressa e specifiche polveri di diverse granulometrie come il bicarbonato di sodio, bicarbonato di calcio, vetri bioattivi e glicina.

In questo caso specifico eseguiremo il deplaquing attraverso i sistemi di air polishing secondo la **tecnica D-Biotech technique**, utilizzando la polvere di bicarbonato di sodio poiché dobbiamo ricordare che il paziente presenta un biotipo tissutale spesso e successivamente procederemo con il debridement

sopra e sotto gengivale. In base alle necessità cliniche del paziente elaboriamo un protocollo personalizzato, il TAILORED BRUSHING METHOD (TBM) che non prevede l'indicazione di un movimento di pazzolamento obbligato ma si basa sulla scelta ideale di tecnologia di spazzolini e scovolini che permettano di agevolare il paziente durante la pratica domiciliare. Questo innovativo approccio clinico va incontro alle necessità del paziente, concordando insieme ad esso la tecnica che più gli risulta agevole da effettuare ma che allo stesso tempo sia efficace nella rimozione del biofilm batterico. Abbiamo condiviso la scelta dello **spazzolino elettrico GUM Powercare**. Motiviamo il paziente sul corretto utilizzo dello scovolino, al fine di ottenere una efficace rimozione del biofilm batterico nello spazio interprossimale poiché il paziente presenta un'inflammation generalizzata soprattutto a livello delle papille interdentali.



Consigliamo l'utilizzo di uno scovolino in silicone (GUM Soft-PCKS Advanced) con un design curvo per facilitarne l'utilizzo e rimuovere efficacemente il biofilm batterico e cheratinizzare il tessuto gengivale con un massaggio gengivale procurato dalle setole di silicone durante l'uso.

Per accelerare il processo di guarigione dell'inflammation delle gengive chiediamo di apporre IALOZON GEL durante l'operatività.

CONTROLLO CHIMICO DEL BIOFILM BATTERICO
Per un'efficace aderenza ai protocolli operativi domiciliari proponiamo l'utilizzo di **IALOZON GEL (Gemavip)**. L'uso del **gel all'olio ozonizzato** non determina la comparsa di pigmentazioni estrinseche, ottenendo in questo modo efficacia nel controllo dell'inflammation gengivale proteggendo nel tempo le mucose, senza compromettere la luminosità del sorriso con le pigmentazioni di origine acquisita.

Al paziente è stato consigliato l'utilizzo del **collutorio all'olio di oliva ozonizzato** per raggiungere anche i siti più difficili dove l'azione meccanica dello spazzolino non arriverebbe.

L'ozono è un gas altamente instabile; questa sua caratteristica fa di esso un potente agente antiossidante: incolore e inodore, si ottiene dalla decomposizione della molecola di Ossigeno con l'apporto di energia.

L'ozono, se stabilizzato con olio d'oliva extravergine riesce ad essere utilizzato per uso topico domiciliare e a conservare tutte le proprietà e l'efficacia dell'ozono in forma gassosa, quindi può essere utilizzato come presidio chimico per il controllo della placca domiciliare.

Questi prodotti a base di ozono hanno diversi meccanismi di azione, tra cui: azione anestetica, antinfiammatoria e antiedemigena, grazie all'ossidazione reversibile dei trasmettitori nervosi (neurofibrille) che determinano il dolore e un aumento dell'afflusso di ossigeno nella sede dell'inflammation; azione antisettica e cicatrizzante con riattivazione del microcircolo, in quanto facilita la cessione di ossigeno da parte dell'emoglobina; azione antisettica, grazie all'azione di perossidi, i quali hanno un'attività diretta sui patogeni con distruzione della membrana esterna per lisi, arresto del meccanismo di riproduzione virale e impossibilità di contatto tra virus e cellula bersaglio.

CONCLUSIONI

È fondamentale instaurare un rapporto di **empatia e fidelizzazione** e ascoltare le aspettative e i bisogni del paziente per **condividere le scelte terapeutiche e il kit ideale per permettere un'igiene orale domiciliare efficace**. L'uso di un kit domiciliare con terapia proattiva con olio ozonizzato all'olio d'oliva è sicuramente una tecnologia opportuna per permettere il mantenimento in salute del cavo orale. L'igienizzazione delle mascherine ortodontiche invisibile è indispensabile ed offrire una tecnologia efficace e di facile gestione permetterà una perfetta aderenza ai protocolli operativi domiciliari.

Lingua villosa recidivante trattata con un particolare tipo di terapia fotodinamica

Maria Giulia Nosotti (1), Luca Viganò (2), Cinzia Casu (3)

(1) Department of Human Sciences, Innovation and Territory, Dental Hygiene School, University of Insubria, Via Giuseppe Piatti 10, 21100 Varese, Italy

(2) DDS Department of Oral Radiology, San Paolo Dental Building, University of Milano, Milano, Italy

(3) DDS Private Dental practice, Cagliari, Italy

La lingua nigra villosa (BHT) è una condizione benigna caratterizzata da allungamento delle papille filiformi linguali che si accompagna ad alterazione cromatica della superficie linguale stessa.

La prevalenza di BHT è variabile nei diversi studi scientifici ma può arrivare a coinvolgere fino all'11% della popolazione generale e può dipendere da molti fattori.

La BHT è più comune nel sesso maschile, negli anziani, nei fumatori, nei soggetti sieropositivi, edentuli e nei soggetti affetti da cancro [1, 2].

Clinicamente si manifesta interessando il dorso linguale nella parte centrale, senza coinvolgimento dei margini e della punta, e anteriormente alle papille circumvallate. Il colore può variare dal marron scuro al giallo, verde e più raramente biancastro [1, 2].

La BHT è una condizione benigna e spesso asintomatica, anche se a volte può essere riportata alterazione del gusto, bruciore, alitosi e sensazione di bruciore.

Secondo la letteratura i tipi di trattamento possono essere due: il primo tipo consiste nel praticare una buona igiene orale quotidiana, spazzolare il dorso linguale e interrompere le abitudini che predispongono allo sviluppo della BHT (fumo, alcool, colluttori ossidanti, antibiotici per uso prolungato).

Il secondo trattamento, invece, consiste nell'utilizzare dei farmaci topici come retinoidi orali, antimicotici, antibiotici, acido tricloroacetico, soluzione di urea topica, triamcinolone acetone topico, complesso vitaminico B, violetta di genziana, acido salicilico e timolo [3, 4].

L'utilizzo della terapia fotodinamica eseguita con perossido di idrogeno e stimolazione tramite luce a diodi o laser è stata documentata in letteratura per trattare la malattia parodontale, perché attiva su batteri parodontali come il *Porphyromonas gengivalis* e il *Fusobacterium Nucleatum*.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Sul dorso linguale dei pazienti con BHT sono stati trovati batteri parodontali, e questo ha fatto ipotizzare che questo tipo di terapia fotodinamica possa essere utile anche nei casi di BHT [5, 6]. Lo scopo di questo studio è di segnalare un caso di BHT trattato con successo con una luce a LED a 460 nm in combinazione con perossido di idrogeno.

Case Presentation

Una paziente di 60 anni, è venuta alla nostra attenzione per un fastidio a livello linguale che durava da circa 3 mesi. All'anamnesi medica riportava solo una lieve ipertensione.

All'esame obiettivo è stata riscontrata una lingua discromica e allungamento delle papille filiformi, quindi è stata fatta diagnosi di BHT (fig 1).

La paziente ha dichiarato di aver eseguito la pulizia della lingua durante questo periodo, senza miglioramento. Abbiamo deciso di trattare questa condizione riducendo la carica batterica con l'applicazione di una soluzione di perossido di idrogeno al 3% 12 volumi attivati con una luce LED a 460 nm, con una potenza di 4 W.

Si è deciso di trattare solo il lato sinistro linguale in quanto sintomatico, al contrario della parte destra.

Il perossido di idrogeno è stato applicato strofinando un batuffolo di cotone imbevuto, sulla superficie dorsale linguale e sono state eseguite 15 applicazioni di 3 secondi con la luce LED, sul lato sinistro della lingua (fig 2). Successivamente il perossido di idrogeno è stato rimosso con una garza e con risciacquo finale. Una settimana dopo, al controllo, è stato notato un'importante miglioramento clinico della parte trattata, rispetto alla parte

destra della lingua, e la paziente non riferiva più alcun fastidio (fig 3).

Discussione

Precedenti studi hanno indicato che l'uso di perossido di idrogeno associato a luci laser o a diodi (PDT) diminuisce la quantità di microrganismi, come *S. mutans* e batteri parodontali. I risultati di uno studio condotto da Feuerstein et al. ha indicato un effetto antibatterico utilizzando in modo sinergico la luce blu, utilizzata in odontoiatria restaurativa, per la polimerizzazione del composito, con il perossido di idrogeno (H₂O₂) su *S. mutans* in condizioni planctoniche [7]. I risultati di questo studio hanno anche suggerito un potenziale meccanismo battericida in cui l'effetto sinergico sulla vitalità batterica è il risultato della generazione del radicale idrossile altamente reattivo.

La terapia fotodinamica è essenzialmente ottenuta dall'attività di un fotosensibilizzante che si lega a cellule batteriche, micotiche o virali e che attivato da una specifica lunghezza d'onda, e in presenza di ossigeno genera radicali liberi, che uccidono il microorganismo. I fotosensibilizzanti sono selettivi, e anche se il meccanismo non è ancora chiaro, non portano a morte le cellule dell'ospite, perciò è una terapia estremamente sicura.

Le lunghezze d'onda più utilizzate sono: 630, 660, 810 nm, utilizzate rispettivamente con blu di toluidina, blu di metilene, verde indocianina come fotosensibilizzanti (8).

L'utilizzo del perossido di idrogeno, è ampiamente

Fig. 1. Lingua villosa prima del trattamento

Fig. 2. Lingua villosa in trattamento con terapia fotodinamica

Fig. 3. Parte trattata in netta remissione rispetto a quella non trattata con PDT

documentato in letteratura in campo parodontale ed endodontico per la sua attività antimicrobica (9,10)

Il trattamento non invasivo con il tipo di fotodinamica da noi proposto, potrebbe essere efficace nella gestione della BHT refrattaria, riducendo la carica microbica fonte di irritazione in queste lingue, senza presentare eventi avversi.

Bibliografia

- [1] Mangold AR, Torgerson RR, Rogers RS. Diseases of the tongue. *Clin Dermatol.* 2016;34(4):458-69.
- [2] Rosebush MS, Briody AN, Cordell KG. Non-neoplastic Pigmentation of the Oral Mucosa. *Head Neck Pathol.* 2019 Mar;13(1):47-55.
- [3] Schlager E, St. Claire C, Ashack K, Khachemoune A. Black Hairy Tongue: Predisposing Factors, Diagnosis, and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18(4):563-569.
- [4] Del Barrio-Diaz P, Meza-Romero R, Vera-Kellet C. Black Hairy Tongue. *J Gen Inter Med.* 2017;32(11):1266.
- [5] McCullagh C, Robertson PKJ. Photo-dynamic biocidal action of methylene blue and hydrogen peroxide on the cyanobacterium *Synechococcus leopoliensis* under visible light irradiation. *J Photochem Photobiol* 2006;83(1):63-68.
- [6] Diener VN, Gay A, Soyka MB, Attin T, Schmiglin PR, Sahrman P. What is the influence of tonsillectomy on the level of periodontal pathogens on the tongue dorsum and in periodontal pockets. *BMC Oral Health.* 2018;18:62
- [7] Feuerstein O, Moreinos D, Steinberg D. Synergic antibacterial effect between visible light and hydrogen peroxide on *Streptococcus mutans*. *J Antimicrob Chemother* 2006;57(5): 872-876.
- [8] Ghorbani J, Rahban D, Aghamiri S, Teymouri A, Bahador A. Photosensitizers in antibacterial photodynamic therapy: an overview. *Laser Ther.* 2018 Dec 31;27(4):293-302.
- [9] Zhou XC, Li YL, Liu DX, Cao YG, Lu XP. Bactericidal effect of plasma jet with helium flowing through 3% hydrogen peroxide against *Enterococcus faecalis*. *Expr Ther Med* 2016 Nov;12(5):3073-3077. Epub 2016 Sep 20.
- [10] Kunz D, Wirth J, Sculean A, Eick S. In-vitro-activity of additive application of hydrogen peroxide in antimicrobial photodynamic therapy using LED in the blue spectrum against bacteria and bio-film associated with periodontal disease. *Photodiagnosis Photodyn Ther* 2019 Jun;26:306-312.

Celiachia e cavo orale: il ruolo intercettivo e preventivo dell'Igienista Dentale

Dott.ssa Antonia Sinesi
Igienista Dentale - Socia sostenitrice ATASIO



Antonia Sinesi

Laureata in Scienze e Tecnologie Alimentari presso l'Università degli Studi di Foggia.

Laureata in Igiene Dentale presso l'Università degli Studi Bari
Specializzanda in Scienze degli Alimenti e della Nutrizione Umana presso l'Università degli Studi di Foggia
Vice Presidente Commissione Albo Igienisti dentali di Foggia
Vice Presidente A.I.R.O (Accademia Italiana Ricerca Orale)

Referente Igienista Dentale A.I.C (Associazione Italiana Celiachia) Puglia
Autrice di pubblicazioni nazionale e internazionali

Relatrice in work-shop e congressi
C.P.S Igienista Dentale ASL Taranto

La Malattia Celiaca (MC) è un'enteropatia immuno-mediata innescata dall'ingestione di glutine in soggetti geneticamente predisposti che presentano l'antigene leucocitario umano (HLA) DQ2 o DQ8. Per ammalarsi di M.C. è fondamentale avere una componente genetica, gli alleli DQ2 e DQ8, e l'assunzione di alimenti contenenti glutine. Va specificato che nell'eziopatogenesi della M.C. entrano in gioco altri fattori come la componente ambientale o fattori predisponenti ed in ogni caso solo il 30% dei soggetti svilupperà la M.C. A livello mondiale riscontriamo una prevalenza della M.C. intorno all'1% - 2% mentre in Italia si osserva una prevalenza leggermente inferiore intorno all'1%, ma comunque significativa, motivo per il quale nel 2001 la M.C. è stata inserita nell'elenco delle malattie "sociali". Ogni anno vengono diagnosticati circa 10mila nuovi casi ma si osserva un dato molto interessante: 4 pazienti su 6 non sapevano di essere celiaci!

La M.C. nella sua forma classica presenta una sintomatologia legata principalmente al malassorbimento come nausea, vomito, diarrea, steatorrea, stipsi. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un cambiamento della sintomatologia della M.C., sempre meno le forme "classiche" e sempre più frequenti quelle "aspecifiche" con una sintomatologia molto variegata, definita "extraintestinale": perdita di peso, astenia, stanchezza cronica, cefalea, inappetenza, bassa statura, pubertà ritardata, osteoporosi, infertilità, aborto, asma, dermatite erpetiforme

e altro ancora. Tra la sintomatologia extraintestinale troviamo anche le manifestazioni orali, come la stomatite aftosa ricorrente, i difetti dello smalto, le glossiti e le cheiliti.

La M.C. nella sua forma classica presenta una sintomatologia tipica che non pone problemi diagnostici e consente di attuare tempestivamente una dieta "gluten free" che rappresenta l'unica terapia che fa regredire la malattia e scongiura l'instaurarsi delle possibili complicanze.

Al contrario le forme non diagnosticate possono progredire e quindi presentare diverse patologie associate anche gravi, fino ad arrivare a temibili complicanze come le neoplasie. È evidente quindi che il punto focale della malattia è la diagnosi precoce. Una delle complicanze nel bambino è un rallentamento della crescita staturale. Una diagnosi precoce è di fondamentale importanza per permettere al bambino di recuperare tutta la sua altezza che geneticamente può raggiungere. La diagnosi andrà fatta entro 8/9 anni poiché oltre questa età si perde il potenziale di crescita.

La letteratura scientifica conferma che tantissimi casi di M.C. aspecifica presentano manifestazioni orali, soprattutto afte ricorrenti e difetti dello smalto. In quest'ottica noi Igienisti Dentali insieme agli Odontoiatri possiamo avere un ruolo determinante nella diagnosi precoce di M.C. In molte forme aspecifiche di M.C. si riscontrano nel cavo orale alcune alterazioni. Innanzitutto difetti dello smalto, che vanno da semplici difetti di opacità demarcata o diffusa fino a vere e proprie ipoplasie dello smalto, ma anche lesioni della mucosa orale come afte ricorrenti. Nel paziente celiaco si può rilevare una riduzione sia quantitativa che qualitativa del flusso salivare, infatti possiamo riscontrare una diminuzione di alcuni enzimi come perossidasi, mieloperossidasi, amilasi salivare, variazione della concentrazione di IgA, IgM, IgG.

La diminuzione del flusso salivare, oltre che aumentare la suscettibilità a infezioni della mucosa orale, comporta anche un aumento della carie. Possiamo osservare manifestazioni orali di tipo autoimmune come la dermatite erpetiforme orale, la sindrome di Sjogren, il lichen planus, una ritardata eruzione dentaria, patologie a carico della lingua come la glossite migrante benigna e le cheiliti.

Negli ultimi anni si sta studiando attentamente il microbiota orale e le ricerche sostengono che vi è una variazione in termini qualitativi della microflora orale, con una diminuzione di alcune specie batteriche, benefiche per la salute del cavo orale.



Fig. 1 Difetti dello smalto di grado 1 (secondo Aine et al. 1991) a carico degli elementi decidui 51/61.



Fig. 2 Difetti dello smalto qualitativo e quantitativo di grado 2 (secondo Aine et al. 1991) a carico degli elementi dentari 11/21.



Fig. 3 Difetti dello smalto di grado 3 (secondo Aine et al. 1991) a carico del 11. Difetto dello smalto di grado 2 sul 21. Difetto dello smalto di grado 3 a carico del 13 e 23.



Fig. 4 Difetti dello smalto di grado 4 (secondo Aine et al. 1991) a carico del 36.



Tra tutte le varie manifestazioni intraorali legate alla malattia celiaca, rivestono un aspetto molto interessante le lesioni a carico dei tessuti duri del dente.

Gli elementi dentari presentano un probabile danno strutturale e quindi irreversibile, che naturalmente non regredisce con la dieta senza glutine. Nei pazienti celiaci sia i denti decidui che quelli permanenti possono presentare difetti dello smalto di tipo qualitativo che quantitativo, causati verosimilmente da un'alterazione irreversibile del processo di formazione degli elementi dentari. Queste lesioni possono variare da semplici opacità superficiali a macchie circoscritte di color bianco-giallo-brunastro, possono presentarsi sotto forma di xsolchi o cavità di varia grandezza, sino a un severo sovvertimento della forma del dente con cuspidi aguzze e margini incisali irregolarmente assottigliati e ruvidi. Si va quindi da alterazioni quasi impercettibili, evidenziabili solo con un attento esame obiettivo, (Fig 1, 2) sino a lesioni severe con grave compromissione dell'integrità dell'elemento dentario e quindi facilmente riconoscibili (Fig 3,4). La simmetria e la bilateralità è una peculiarità delle lesioni dello smalto proprie della malattia celiaca.

Questi difetti dello smalto sono stati in passato inquadrati in una minuziosa classificazione ad opera di Aine et al. che partiva dal grado 0 sino al grado 4. I gradi 1 e 2 sono statisticamente i più frequenti ed evidentemente includono i difetti

poco evidenti e sfumati che impongono, per essere evidenziati, un attento esame obiettivo con occhio allenato. Queste alterazioni strutturali dello smalto sono responsabili della maggiore suscettibilità alla carie.

Alla luce di quanto esposto è evidente che la visita odontoiatrica potrebbe assumere un ruolo fondamentale per una diagnosi precoce di celiachia: l'Odontoiatra e l'Igienista Dentale, qualora dovessero intercettare dei sintomi come descritti in precedenza ed in particolare difetti dello smalto con localizzazione simmetrica e bilaterale o afte ricorrenti, devono porsi il dubbio diagnostico di una forma atipica o silente di malattia celiaca e quindi mettere in atto un approfondimento diagnostico in accordo con il pediatra e/o il medico di base.

L'opera dell'Odontoiatra e dell'Igienista Dentale è di fondamentale importanza nel paziente celiaco in quanto, molto spesso, nel periodo "finestra" antecedente l'attuazione della dieta senza glutine, si sono potuti concretizzare i danni strutturali irreversibili a carico degli elementi dentari. Le lesioni a carico dei denti, per la loro irreversibilità, vanno attentamente monitorate



per scongiurare le varie possibili conseguenze.

Il paziente celiaco deve essere sottoposto a controlli più frequenti rispetto ai bambini non celiaci in virtù della maggiore predisposizione alla carie.

È fondamentale impostare un piano di trattamento che preveda terapie remineralizzanti sia professionali che domiciliari personalizzate, in base al tipo di lesione del dente, della presenza o meno di demineralizzazioni attive, dell'età del paziente e della sua capacità di controllare la placca. È importante stabilire un diario alimentare che preveda l'assunzione di cibi protettivi e limitare notevolmente tutti quegli alimenti che favori-

scono la demineralizzazione dello smalto. La gestione odontoiatrica del paziente celiaco deve essere ben pianificata e impostata.

L'Igienista Dentale e l'Odontoiatra possono e devono avere un ruolo importante nell'intercettazione, nella prevenzione e nel mantenimento della salute del cavo orale del paziente celiaco.

NESSUN COSTO DI ISCRIZIONE

GREATER NEW YORK DENTAL MEETING 2020



96ª Sessione Annuale

UNISCITI A NOI

DATE CONGRESSO:
27 NOVEMBRE - 2 DICEMBRE

DATE ESPOSIZIONE:
29 NOVEMBRE - 2 DICEMBRE

WWW.GNYDM.COM

9 INCONTRI DI SPECIALIZZAZIONE APERTI A TUTTI



OLTRE 1.600 STAND ESPOSITIVI

PIÙ DI 52.000 PARTECIPANTI NEL 2019 - OLTRE 300 CORSI CE

CREDITI CE GRATUITI OGNI GIORNO

DIMOSTRAZIONI GRATUITE DAL VIVO SU PAZIENTI

ORGANIZZA ORA IL TUO PROGRAMMA!

BENVENUTO

IL PIÙ GRANDE MEETING/FIERA/CONGRESSO DENTALE NEGLI STATI UNITI






SMART 
VIRTUAL
TRADE



*Raggiungi i tuoi clienti ovunque si trovino
con il nostro nuovo servizio*

Newsletter

Tutorial

Webinar

Arriva dove vuoi, con un click.

Per informazioni: infomedix@infomedix.it