ORTHO TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Marzo 2022 - anno XVIII n. 3

www.dental-tribune.com

AD

MEDICINA LEGALE

Il concetto di danno: cenni medico-legali

Il concetto di danno rappresenta da sempre uno dei capitoli più interessanti della disciplina medico-legale. Ce ne parla Enrico Ciccarelli, Consigliere Nazionale SIOF e Responsabile SIOF Friuli Venezia Giulia.

pagina 4

Inversione di tendenza per il turismo medicale come obiettivo dal 2022

Patrizia Gatto

Il 15 febbraio a Roma, nella sede del Parlamentino Cnel, in presenza e in diretta streaming, si è svolto il forum dal titolo "Salutismo e benessere. Il termalismo nella ripartenza del sistema Italia e dell'Europa nelle nuove economie del Lavoro".

› pagina 3

AD

MEDICINA INTERDISCIPLINARE
Tecniche manipolative di riduzione dei locking mandibolari differenziate a seconda il tipo di dislocazione meniscale producente il blocco 6

L'INTERVISTA
La professione comincia con un percorso di formazione continua 9

In calo la ricerca applicata sull'odontoiatria, lo sostiene uno studio

Luke Gribble, Dental Tribune International

AMSTERDAM, Paesi Bassi: l'attenzione all'eccellenza accademica ha portato ad un sistema scientifico che ha incentivato gli scienziati a pubblicare su riviste ad alto impatto, spesso riviste scientifiche di base piuttosto che orientate alle applicazioni con il possibile risultato di un allontanamento dall'utilità pratica della conoscenza. In un recente studio olandese, i ricercatori hanno esaminato questo fenomeno in campo odontoiatrico. Hanno trovato prove che suggeriscono come l'agenda della ricerca in odontoiatria si stia muovendo lontano dagli argomenti inerenti l'healthcare dentale.

Nello studio è stata esaminata l'attività di ricerca in ambiti non dentali da parte di sette istituti di ricerca odontoiatrici e si è riscontrato che è aumentata dal 33% nel biennio 1998-2000 al 40% nel 2014-2015. Inoltre, in tutti i Paesi, gli istituti odontoiatrici hanno pubblicato relativamente di più su riviste non dentali nel periodo preso in esame. Di conseguenza, è diminuita la ricerca pubblicata sulle riviste di odontoiatria rispetto al totale pubblicato, scendendo a meno del 50% nella maggior parte Paesi e del 26% in Inghilterra.

› pagina 2

ESACROM
electronics and medical devices

IMPACTED TEETH KIT

La soluzione ideale per l'estrazione di elementi dentari inclusi

Scopri la nuova frontiera degli inserti per
chirurgia ad ultrasuoni

- RISCHIO
+ CONTROLLO

In collaborazione con il **Prof. Angelo Cardarelli**

ONE MORE STEP IN ULTRASONIC SURGERY

Via Zambrini 6/A - 40026 Imola (Bo) Italy
Tel. +39 0542 643527 - Fax +39 0542 482007
esacrom@esacrom.com
www.esacrom.com

Follow us on

AD

Editoriale

Nuovi trend del cittadino paziente ed evoluzione dello studio odontoiatrico

Recentemente ho partecipato a un webinar dedicato alle aziende che operano nel turismo promosso dalla Regione Piemonte. Ritengo che le analisi riguardanti i trend dei cittadini consumatori di servizi a livello mondiale possano essere di utilità generale per tutti, in particolare per aziende e liberi professionisti che operano nel settore della salute. Si è partiti con il fare il punto, preciso qualche giorno prima che scoppiasse la guerra in Ucraina, su cosa "ci siamo lasciati" a fine 2021.

I trend delle persone degli ultimi 3 anni sono stati caratterizzati da alcuni concetti radicati in tutti quali: una società ecosostenibile e il benessere, inteso come salute collegata alla scienza e alla tecnologia a cui si è stati disponibili a dare più credito. Altri fenomeni, che oggi evidenziano segni di flessione, sono stati l'esplosione, per una gran parte delle comunità e del mondo, dei social e, l'accesso, ancora per pochi, a nuovi tipi di moneta.

A partire già dall'inizio di quest'anno si evidenzia che i sentimenti più comuni nella popolazione sono la "hidden dimension" ovvero un diffuso desiderio di dimensione intima, riservata, esclusiva, quasi segreta e la "healthy reconnections", dove la salute coincide con il benessere, inteso come serenità, equilibrio, pace interiore, connessione emozionale e consapevolezza. Il Benessere non è più un settore ma una nuova dimensione della qualità, dell'accettazione di sé ma anche dell'ambizione di vedersi meglio, di stare meglio. Questo per combattere il senso di languore e stagnazione in cui ci si trascina da oltre due anni, in una situazione in cui sopravvive al malessere solo chi non si concepisce più come " io sono", ma "io divento" e meglio ancora "io voglio diventare". Questo sentimento permette di decidere e prendere in mano la propria salute fisica e psichica, le proprie relazioni, gli stili di vita e il proprio aspetto fisico anche nell'incertezza più generale. Vince chi si inventa. Noi in primis, quello che offriamo ai clienti e a maggior ragione molto da offrire ai pazienti, in uno studio che certamente dovrà prendersi carico del loro benessere a 360° e collaborare con altri professionisti sanitari.

La dimensione dell'ascolto, dell'accoglienza, dell'empatia e della diagnosi, oggi più che mai, saranno gli ingredienti vincenti dello studio. E ancora contribuiranno anche la struttura architettonica dello studio stesso, i colori, il comfort e un team molto preparato ad accogliere un paziente repentinamente cambiato.

Patrizia Gatto

In calo la ricerca applicata sull'odontoiatria, lo sostiene uno studio

© Theera Disayarat/Shutterstock

< pagina 1

"I nostri risultati suggeriscono che il portfoglio relativo alla ricerca odontoiatrica è influenzato dalle università perché è aumentata l'attenzione di base sulla scienza a scapito della ricerca che è fondamentale per l'healthcare dentale. Dal momento che l'attività degli istituti di ricerca si concentra sempre di più sulle ricerche non dentali, e più specificatamente sulla scienza di base, sorge la domanda se il dentista e il paziente siano assistiti e traggano vantaggio da questa ricerca" ha affermato l'autore principale, la dott.ssa Puck van der Wouden dell'Academic Center for Dental Tribune International (DTI).

La pressione sui ricercatori affinché si concentrino nel pubblicare articoli accattivanti piuttosto che su ricerche si potrebbe riassumere con la frase "pubblica o perisci".

Sebbene questa pressione alla pubblicazione e il suo impatto a livello accademico non siano stati direttamente sondati in questo studio, la dott.ssa van der Wouden ha osservato che "è stato scritto molto sugli incentivi che ricevono i ricercatori che perseguono l'eccellenza accademica, anche nel campo della ricerca medica. Questa eccellenza si è spesso tradotta in un'enfasi sulle pubblicazioni su riviste con elevati fattori di impatto e reputazione. Per i ricercatori in un settore relativamente piccolo, con riviste con un fattore di impatto relativamente basso, come nel caso del settore dentale, diventano limitate all'interno del medesimo campo di ricerca le opzioni per riscattare gli sforzi di ricerca degli autori (nei termini di pubblicazioni su riviste con elevati fattori di impatto). Forse questo ha contribuito anche alla deriva accademica nel campo della ricerca dentale. Sarebbe quindi interessante capire ulteriormente se gli istituti di ricerca in settori più ampi di quello odontoiatrico hanno il medesimo comportamento in fatto di pubblicazioni e citazioni".

"Le scienze applicate, e in particolare la ricerca che affronta i bisogni locali o regionali e le sfide pratiche, sono considerate al di fuori di ciò che è frontiera della scienza" hanno affermato i ricercatori nel loro articolo. "Di conseguenza, il campo della ricerca odontoiatrica potrebbe in parte allontanarsi dai quesiti più pratici che emergono dalla pratica quotidiana nelle cure orali". I problemi relativi alla salute rischiano di non essere indagati dai ricercatori perché per questi ricevono meno incentivi: le cosiddette riviste top non pubblicherebbero i loro lavori e le riviste meno conosciute non potrebbero garantire la stessa visibilità agli autori e tutto questo influisce negativamente sull'assistenza sanitaria locale.

Il neurochirurgo, la dott.ssa Paul Kalanithi, ha dichiarato: "La scienza, come ho appreso, è politica, competitiva e feroce, piena di tentazioni nel scegliere i percorsi facili". Nell'ampio campo della scienza è documentato che l'obiettivo di perseguire una carriera accademica può talvolta portare a ricerche irrilevanti o addirittura inutili. Come notato nell'articolo del Times Higher Education, nel 2009 Sirl Lain Chalmers e il prof. Paul Glasziou hanno calcolato che "l'85% del finanziamento della ricerca è sprecato perché pone le domande sbagliate, è mal progettato, non pubblicato o riportato in modo non corretto" pari ad uno spreco di 170 miliardi di dollari a livello globale all'anno.

In un articolo del 2016 sul sito di notizie Vox, 270 professionisti intervistati casualmente e provenienti da diverse aree scientifiche hanno evidenziato 7 problemi fondamentali che la ricerca deve affrontare: l'influenza del denaro, studi mal progettati, mancanza di studi replicato, un sistema di revisione tra colleghi non funzionante, paywall che inibiscono i ricercatori dall'accesso alle informazioni, scarsa comunicazione con il pubblico e alti livelli di stress tra i giovani accademici.

Parlando in particolare del ruolo del denaro, la dott.ssa van der Wouden ha osservato che "nei Paesi Bassi non esistono programmi di finanziamento scientifico per gli studi sull'igiene orale. Il sistema di finanziamento per le cure orali (la maggior parte dell'assistenza sanitaria orale nei Paesi Bassi è privata) e la tipologia della malattia orale (alta prevalenza ma nella maggior parte dei casi non pericolosa per la vita) sono i motivi per i quali i finanziamenti pubblici alla ricerca odontoiatrica sono rari. Molti studi nel campo della ricerca dentale sono finanziati dell'industria. Pertanto, il portfolio di ricerca per la maggior parte dei casi è determinato dai finanziatori e ricercatori. È probabile che le esigenze di ricerca dei pazienti e dei professionisti della salute orale siano subordinate".

Anche i ricercatori hanno notato nel loro studio che la tendenza accademica dal campo odontoiatrico a quello extra odontoiatrico è a senso unico. La dott.ssa van der Wouden ha spiegato questo aspetto in riferimento al tema della paura dei dentisti: sebbene sia un tema rilevante per molti pazienti e per la maggior parte dei professionisti della salute orale, gran parte della ricerca sull'argomento è ormai pubblicata solo su riviste di psicologia. "La nostra analisi ha mostrato che, in generale, tale flusso di informazioni e conoscenze da altre branche verso quella odontoiatrica è scarso. Allo stesso modo sono anche scarse le citazioni di ricerche non odontoiatriche da parte degli istituti di ricerca del settore dentale in altri campi di ricerca. Pertanto la ricerca degli istituti odontoiatrici rimane isolata" ha ulteriormente spiegato.

In un momento in cui l'efficacia della scienza e dei ricercatori è fondamentale, la mentalità diffusa potrebbe essere un giorno dannosa per l'integrità della scienza nel suo insieme. Tuttavia, sebbene questa tendenza accademica si sia verificata nel periodo tra il 1998 e il 2015, indebolendo così i progressi delle cure odontoiatriche, i ricercatori hanno osservato che "più recentemente la rilevanza sociale della ricerca ha guadagnato un posto più importante nei sistemi di valutazione e finanziamento, fatto che ha portato ad un nuovo paradigma di scienza traslazionale". Tuttavia, dal momento che questo cambio di paradigma è lento, resta da vedere se le cause alla base della deriva accademica verranno invertite. Gli autori hanno infine sottolineato che la comunità di ricerca nel dentale e i responsabili politici devono stabilire un equilibrio tra la ricerca che realizza il progresso scientifico e la ricerca al servizio delle cure odontoiatriche.

Lo studio, intitolato "Evidence and consequences of academic drift in the field of dental research: a bibliometric analysis 2000-2015" è stato pubblicato il 17 gennaio 2022 su *BDJ Open*.

Luke Gribble
Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER - Torsten R. Oemus
CHIEF CONTENT OFFICER - Claudia Duschek
DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
General requests: info@dental-tribune.com
Sales requests: mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. *Dental Tribune* is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2022 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' product news accurately but cannot assume responsibility for the validity of product claims or for typographical errors. The publisher also does not assume responsibility for product names, claims or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH.

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XVIII Numero 3, Marzo 2022

MANAGING EDITOR - Patrizia Gatto
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.C. Pescarmona, G.E. Romanos, P. Zampetti
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Biancucci, E. Campagna, P. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit. C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, B. Rapone, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, A. Trisoglio
CONTRIBUTI
P. Biancucci, E. Ciccarelli, P. Gatto, L. Gribble, M. Martini, P. Visalli.
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Coordinamento: Adamo Buonerba
Editor: Carola Murari
C.so Enrico Tazzoli 215/13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
GRAFICA - Tueor Servizi Srl
GRAPHIC DESIGNER - Giulia Corea
STAMPA
Reggiani Print S.r.l.
Via D. Alighieri, 50
21010 Brezzo di Bedero (VA)
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari
[alessia.murari@tueorservizi.it]
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
C.so Enrico Tazzoli 215/13
10137 Torino
Tel.: 011 3110675
Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00

FSC
www.fsc.org
MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC® C102788

DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE DEL GRUPPO DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Inversione di tendenza per il turismo medicale come obiettivo dal 2022

< pagina 1

Organizzato dal Consigliere del Cnel Prof. Francesco Riva, presenti il Presidente del Cnel Tiziano Treu e il Segretario Generale Mauro Nori e Gabriella Ancora Presidente CIU.

In particolare nella loro introduzione hanno evidenziato come il turismo termale e in generale il turismo che riguarda il benessere e la salute siano, insieme all'enogastronomia, elementi centrali per lo sviluppo del paese post-pandemia. In Italia esistono il numero massimo di stabilimenti europei (oltre 320) con circa 180 comuni termali. Da studi ufficiali negli Stati Uniti il settore della salute avrà entro il 2025 una crescita del 21%, in quanto la scala di priorità delle persone in epoca post pandemica, cambia. Di lì una crescita importante per il settore del turismo medicale e termale.

A tal fine sono state stanziate risorse importanti nel PNRR se pur contenute rispetto a quanto vale il settore. "Attualmente noi esportiamo turismo medicale (circa 200.000 italiani vanno ogni anno all'estero per turismo e curarsi)- afferma l'Ing. Caputi Presidente Federterme - piuttosto che importare turismo medicale".

A fronte di eccellenze mediche, sanitarie, paesaggistiche cosa manca dunque al sistema Italia per attrarre il turismo medicale (come fa la Svizzera, la Germania per le protesi, la Spagna, la Slovenia, la Turchia e molti altri Paese europei)? Proprio ora che magari una signora preferisce a una borsetta da 5000 euro una cura per la propria salute e benessere?

Le criticità individuate dai vari relatori sono una inadeguata organizzazione in merito, non univoca sul territorio, la stagionalizzazione del turismo in Italia, la carenza del personale e le competenze del settore turistico, non abbiamo formato persone nel turismo, sostengono tutti i relatori e in particolare nel turismo sanitario.

Come ha fatto la Spagna a recuperare e superare largamente l'Italia? Con un grande marketing creando un brand e un portale Spain Travel Health. Per questo ora nasce Italy Care una piattaforma integrata che consentirà di riunione, dove si riunisce un settore così parcellizzato: cultura della salute medicale e del benessere.

Le volontà sono tante e da questo settore può davvero partire una rinascita anche perché come dice il Prof. Mensi, consigliere Cese, nella sua esaustiva relazione il terzo elemento della prosperità anche secondo la Comunità europea non è la ricchezza ma la salute. La crescita non può più essere solo vista come crescita del Pil, ma del benessere delle persone e delle loro percezioni, puntando quindi ai settori della salute e del benessere.

Il relatore Gian Paolo Gualaccini, Consigliere Cnel e Coordinatore delle politiche UE, Coordinatore Gruppo PNNR "Turismo", sottolinea come il settore del turismo abbia sofferto molto, anche con restrizioni diverse da altre parti di Europa, ma c'è aria di ottimismo e molti fattori positivi e adesso ci sono occasioni irripetibili.

Conclude Francesco Riva, Consigliere Cnel che sottolinea come l'obiettivo di questo organismo sia sempre la concertazione e suggerisce che questo primo Forum sia un inizio e potrebbe essere importante creare un tavolo tecnico per il Turismo Sanitario e Salutismo . Partire dal termalismo è certamente un grande progetto. Ricordo che 10 anni fa scrissi un articolo , relativo a una tesi di una laureanda seguita dal Prof. Tosco, sociologo, che analizzava con uno studio i dati del turismo odontoiatrico, e proprio nel capitolo finale la laureanda sostenne quale potessero essere le prospettive per una radicale inversione di tendenza per il nostro Paese. I tempi non erano maturi, ma a quanto pare oggi siamo in quel futuro.

Patrizia Gatto

AD

Il concetto di danno: cenni medico-legali

Enrico Ciccarelli, Consigliere nazionale SIOF e Responsabile SIOF Friuli Venezia Giulia

Il concetto di danno, che equivale ad una riduzione qualitativa e/o quantitativa di un bene, rappresenta da sempre uno dei capitoli più interessanti della disciplina medico-legale in quanto la sua valutazione non si sostanzia nella sola quantificazione numerica della menomazione, ma prevede tutta una serie di analisi e di considerazioni che partono dalla sussistenza dell'elemento psicologico dell'illecito, la verifica della causalità materiale, fino alla "valutazione del danno" in senso stretto.

Tutto quanto affermato riveste ancor maggior significato in ambito odontoiatrico nella fase prettamente "valutativa" per la complessa fisiopatologia dell'apparato stomatognatico, per i molteplici aspetti valutativi da considerare (funzionale, fonatorio, estetico) da cui deriva la necessità di una stretta collaborazione tra odontoiatra e medico-legale.

Il primo passaggio per una corretta valutazione del danno è l'accertamento dell'illecito che richiede uno studio dettagliato dell'elemento psicologico e della causalità materiale.

L'elemento psicologico dell'illecito, contenuto nell'art 43 C.P., fa riferimento al "comportamento colposo" in quanto quello doloso non è in discussione perché riconducibile alla piena volontà dell'agente.

Il concetto di "colpa" si distingue in:

- colpa generica, che si concretizza per "imprudenza, imperizia e negligenza"
- colpa specifica che integra comportamenti che violano "leggi, regolamenti, ordini e discipline".

Nello specifico della responsabilità professionale il comportamento del sanitario sarà esente da "colpa" solo nel caso in cui si tratti di colpa lieve e solo con riferimento all'imperizia nella fase esecutiva delle linee guida adeguate al caso in esame.

Da ciò deriva che nell'ambito della colpa generica, il comportamento negligente o imprudente sarà sempre sanzionato, indipendentemente dal grado della colpa.

Una volta accertata la sussistenza dell'illecito e definito l'elemento psicologico che lo sottende, l'iter è caratterizzato dalla verifica in tema di causalità materiale, basata sull'accertamento del nesso causale secondo il criterio cronologico, topografico, di adeguatezza lesiva qualitativa e quantitativa, modale, di esclusione di altre cause, etc.

Proprio il criterio relativo all'esclusione di altra cause rappresenta in ambito odontoiatrico un punto nodale dell'accertamento causale di lesioni che si sono concretizzate in un passato più o meno recente.

È evidente che, se il quadro anatomo-clinico riscontrato rappresenta un bias di confondimento perché è trascorso troppo tempo tra il supposto trauma e l'accertamento, dovrà venire in soccorso un'accurata analisi della documentazione disponibile.

Una volta accertati l'elemento psicologico dell'evento antigiuridico e la correttezza del nesso di causalità materiale, si potrà procedere alla valutazione del danno vero e proprio.

Il nostro ordinamento prevede due diverse tipologie di danno:

- danno non patrimoniale (art 2059 C.C.)
- danno patrimoniale (art 185 C.P.).

Il danno non patrimoniale può essere a sua volta

- danno biologico, correlato alla menomazione anatomo-funzionale
- danno dinamico relazionale, rappresentato dalle ripercussioni che la menomazione biologica comporta sul modus vivendi del soggetto
- danno da sofferenza intrinseca collegato alla tipologia della lesione, al suo decorso etc.

È proprio la valutazione del "danno biologico" (riduzione dell'integrità psico-fisica), nella sua componente temporanea e permanente, che rappresenta nella sostanza il fulcro della valutazione del danno.

Il danno patrimoniale, previsto dall'art. 185 C.P., si può invece suddividere in due sotto categorie:

- lucro cessante
- danno emergente

Il lucro cessante rappresenta il mancato guadagno del danneggiato conseguente alla lesione/menomazione che ha avuto conseguenze sulla capacità lavorativa, anche definito danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa.

Il lucro cessante può essere temporaneo o permanente, a seconda della durata dell'incidenza della menomazione sulla capacità lavorativa specifica del soggetto.

Il danno emergente invece è la conseguenza del danno economico che il leso ha dovuto sostenere, per le spese relative a medicinali, trattamenti sanitari, etc, da dimostrare mediante la relativa documentazione (fatture e scontrini).

Un ultimo cenno al cosiddetto "danno morale", di natura non patrimoniale, che ha subìto negli ultimi anni una ridefinizione giurisprudenziale.

Infatti la recente giurisprudenza della Cassazione N° 7513/2018 ha sancito l'autonomia di questa voce di danno rispetto al danno biologico, identificando il danno morale con la sofferenza interiore, come ad esempio il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione.

Per concludere, la definizione del danno patrimoniale e non patrimoniale rappresenta l'ultimo passaggio del complesso iter della valutazione del danno.

AD

© Yavdat/Shutterstock

Il sorriso nell'età pediatrica ha un significato profondo

Intervista alla professoressa Raffaella Docimo

Nel corso del 9° Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano dal titolo "Pedodonzia: un approfondimento dalla prevenzione alla terapia" Patrizia Biancucci ha intervistato la prof.ssa Raffaella Docimo, autrice della lectio magistralis del congresso.

La professoressa Docimo ci ha fatto sognare nella sua presentazione, parlandoci del sorriso, come significato profondo per una vita migliore.

Il sorriso è un'espressione polifunzionale. Dietro un sorriso c'è uno stato d'animo, un segreto.

E' una comunicazione non verbale che permette di relazionarsi al meglio con l'interlocutore sin dalla prima infanzia.

Il bambino è consapevole del suo aspetto estetico e quando c'è un difetto si vergogna e si copre con la mano la bocca.

Ha fatto alcuni riferimenti artistici: nel passato nell'arte non comparivano le bocche.

Artisti famosi in molte epoche della storia ritraevano adulti e bambini non sorridenti. Il sorriso riguarda una sfera molto intima e spesso le donne erano ritratte con il ventaglio davanti alla bocca.

I ritratti della gente comune invece evidenziavano, qualora la bocca fosse visibile, una brutta dentatura. Poi si è passato a una posizione democratica, perché il sorriso mette tutti sullo stesso livello: è una espressione democratica che ci permette di vivere meglio insieme.

Gli odontoiatri danno un contributo alla vita intera dei pazienti, grandi e piccoli.

Noi teniamo molto al sorriso nell'età pediatrica perché condiziona la psicologia del bambino, un approccio alla vita che permette di esprimerci. Avere un bel sorriso significa anche avere una bocca sana e per noi odontoiatri pediatrici la bocca sana di un bambino è il presupposto della salute per tutta la vita.

Avere una bocca sana e dei denti sani non significa solo estetica, ma significa soprattutto salute e benessere. Per noi la salute è fondamentale e a conferma di ciò L'Oms ha dichiarato a gennaio 2021 che la salute orale è fondamentale per il benessere dell'individuo. Si deve cominciare dall'infanzia.

Patrizia Biancucci

AD

Tecniche manipolative di riduzione dei locking mandibolari differenziate a seconda il tipo di dislocazione meniscale producente il blocco

Marco Martini Rpt, MS, membro AACP, Paolo Visalli medico-chiurgo-odontoiatra

Abstract

Le tecniche manipolative, sono un metodo terapeutico poco costoso, non invasivo, di primo intervento e un valido approccio nei blocchi sia acuti che cronici dell'articolazione temporo mandibolare[1, 2], ma anche un metodo empirico e non troppo affidabile per la ridotta ripetitività dei risultati ottenuti[3]. In questo lavoro non si vuole valutare la validità di una certa manovra rispetto a un'altra, ma definire quali sono le condizioni affinché una tecnica manipolativa, sia più adatta di un'altra. Per ottenere questo, è necessaria una valutazione attenta della condizione del blocco articolare, più specifica di come è stato fatto fino ad oggi. Per questo parliamo di "Manovre di riduzione", differenziate a seconda del tipo di dislocazione che produce il blocco. Vengono presentate tecniche manipolative per limitazioni funzionali dovute a dislocazione, non riducibili del disco: anteriore, laterale, mediale, anterolaterale, antero-mediale[4, 5]. Le manovre sono state effettuate su pazienti affetti da dislocazione meniscale non riducibile, selezionati con test specifici della funzionalità e con esame RMN. In letteratura esistono numerose pubblicazioni che propongono manovre di riduzione[5-8] e diversi studi effettuati in RMN che documentano l'importanza della direzione di dislocazione del menisco e ciò fa la differenza nella capacità di riduzione dello stesso durante il movimento[9, 10].

Test di sovraccarico

Esistono molti test clinici di valutazione sul funzionamento del sistema masticatorio[11-13]. Il test clinico proposto è selettivo per le dislocazioni del disco delle atm ed è in grado di evidenziare il tipo di spostamento del menisco: sul piano sagittale e coronale. Il test evoca il rumore articolare nei soggetti in cui il clic articolare non è spontaneo, se i legamenti non realizzano una sufficiente ritenzione sul menisco sottoposto a sovraccarico dinamico quest'ultimo si sposta.

Test sovraccarico dislocazioni sul piano sagittale

Il paziente in apertura e chiusura non percepisce alcun rumore e non riferisce di averne mai avuti se non forse in rare occasioni.

Si chiede al paziente di mordere a livello degli incisivi l'indice ed il pollice contrapposti dell'operatore. La forza del morso deve essere al limite del fastidio sulle dita dell'operatore, durante tale operazione si chiede di scivolare con il mento in protrusione e retrusione, in questo modo le dita diventano fulcro del serramento. La manovra del morso, produce un grosso sovraccarico intrarticolare ed evidenzia dislocazioni del menisco sul piano sagittale (Fig. 1).

Test sovraccarico dislocazioni sul piano coronale

Per evidenziare invece le dislocazioni coronali, sia laterali che mediali del menisco, si esercita una pressione, spingendo con una mano sull'angolo mandibolare di un lato, e con l'altra, si dà una controspinta sulla tempia opposta. La spinta sul polo laterale anche di un solo condilo darà informazioni sulla condizione del menisco controlaterale. Si chiede al paziente di aprire e chiudere lentamente la bocca. In questo modo si solleciteranno contemporaneamente entrambe le articolazioni (lateralmente una e medialmente l'altra). La pressione procurerà dolore in caso di versamento intrarticolare creato da disagio intrarticolare (Fig. 2).

Spinta aumenta

Se la dislocazione è laterale spingere il condilo contro la parte mediale della glenoide produrrà rumore perché il menisco si sosterà ancora di più lateralmente.

Spinta sparisce

Se la dislocazione è mediale spingere il condilo contro la parte mediale della glenoide farà sparire il rumore perché il menisco risalirà sul condilo.

Terapia dei locking

Posizione meniscale e manovre di riduzione

La posizione delle mani e la postura del paziente variano a seconda del tipo di dislocazione che produce il blocco.

Dislocazione anteriore del disco

Manovra di riduzione nei locking dovuti a dislocazione anteriore del disco

Il paziente è sdraiato supino, il terapeuta alle spalle, crea una distrazione verso il basso, applicando la pressione con i pollici della mani a livello degli ultimi molari inferiori, e una contro spinta, con le altre dita delle mani sotto il mento. In questo modo si riesce ad applicare molta forza e a ottenere un controllo massimo durante la distrazione verso il basso.

Dislocazione Antero-mediale del disco

Manovra di riduzione nei locking da dislocazione anteromediale del disco

In ogni manipolazione, per ottenere una adeguata azione all'interno dell'articolazione bisogna in sequenza creare dei fulcri che in successione diventano punti di applicazione della forza.

1. Si chiede al paziente di aprire la bocca fino al limite del dolore;
2. Il dito piegato, realizza che la falange distale poggia sull'emiarcata superiore del lato manipolato, creando un fulcro, il polpastrello da pressione sui molari;
3. Pressione della mano stabilizzante sul capo.
4. La forza è applicata con pari intensità e contemporaneamente, tra la mano che spinge sul temporale, e la mano che sposta medialmente il corpo mandibolare. Distratto il condilo e portato medialmente il corpo mandibolare si deve porre il dito medio della mano di stabilizzazione nel la fossa lasciata vuota (Fig. 3).

Dislocazione Antero-Laterale del disco

Manovra di riduzione nei locking da dislocazione anterolaterale del disco

Le evidenze sostanziali che la differenziano dalla manovra per la dislocazione anteromediale sono:

1. La forza orizzontale è applicata in direzione laterale (non mediale) e inoltre deve essere molto più leggera di quella applicata in direzione mediale nelle dislocazioni anteromediali, perché un'eccessiva retroposizione può creare una compressione nella zona retrodiscale;
2. Il dito medio della mano di stabilizzazione crea una spinta sulla porzione esterna del menisco lateralizzata, spingendo nello spazio articolare al di sopra del polo condilare;
3. Durante la spinta verso il basso del pollice della mano operativa, si deve chidere al paziente di stringere leggermente i denti sul dito, per contrarre il capo superiore del m. pterigoideo inserito sul menisco, e facilitare il riposizionamento Fig. 4).

Dislocazione Mediale del disco

Manovra di riduzione nei locking da dislocazioni mediale del disco

La manovra consiste nel creare due tipi di azione

1. Distrarre verso il basso la mandibola;
2. Creare piccole medializzazioni del corpo mandibolare, perché tale movimento spinge ancora più mediale il menisco.

Ogni manovra deve essere accompagnata da una leggera pressione delle dita della mano di stabilizzazione, poco sotto il polo laterale del condilo. Al termine di ogni sequenza di distrazione si chiede al paziente di compiere delle piccole aperture e lateralità.

Dislocazione laterale del disco

Spesso può essere anche risolto solo da un esercizio di serramento di un gruppo di almeno 6 abbassalingua tra i denti molari dal lato del blocco. I serramenti devono essere ripetuti da sei secondi seguiti da tre secondi di riposo (Fig. 5).

Manovra di riduzione nei locking da dislocazione laterale del disco.

La manipolazione similmente alla dislocazione mediale persegue due azioni:

1. Distrazione verso il basso della mandibola;
2. Manovre di lateralizzazione della manibola (spostamenti verso

› pagina 7

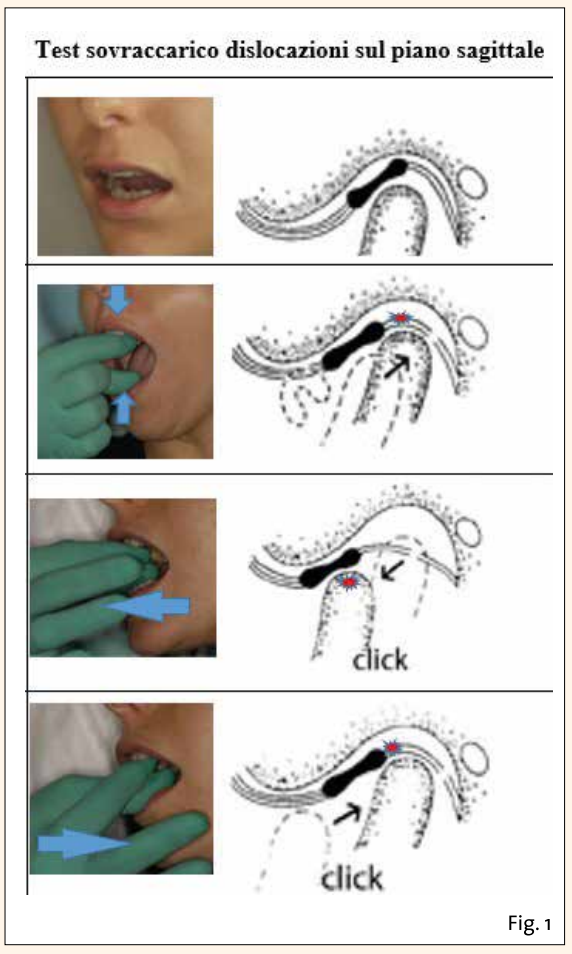

Fig. 1

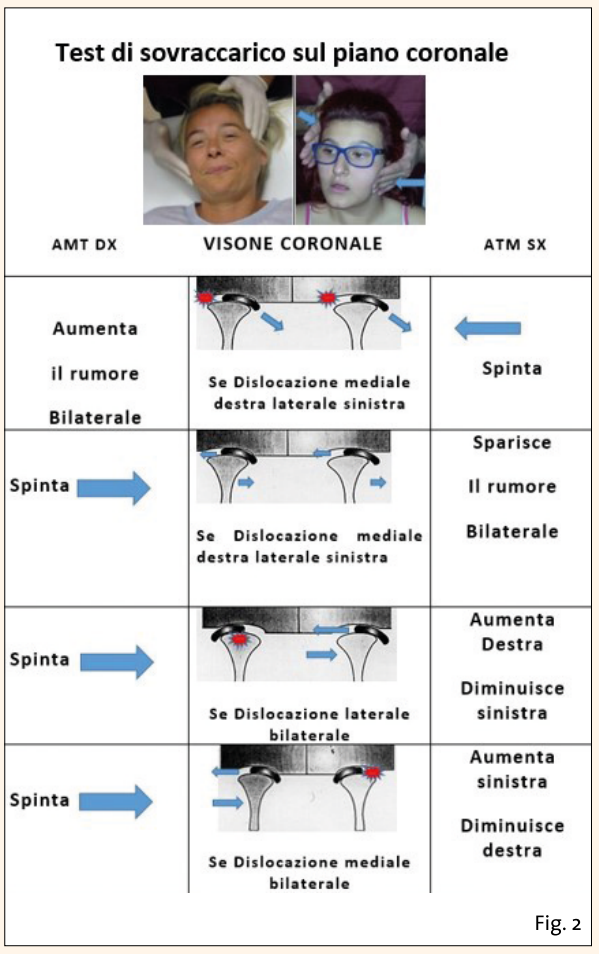

Fig. 2

< pagina 6

la stessa atm bloccata); Spinta delle dita della mano di stabilizzazione sul menisco lateralizzato e serramento dei denti del paziente sul dito della mano operativa, onde attivare la contrazione dello pterigoideo e aiutare lo spostamento del disco.

Conclusioni

Le manovre ben eseguite non procurano e non incrementano il dolore al paziente, anche dopo anni di blocco, ed hanno il pregio, come ogni mobilizzazione quando si tratta di articolazioni, di migliorare da subito la sintomatologia del paziente e l'ampiezza dei movimenti; in questo modo si elimina da subito e quasi totalmente, la componente di limitazione legata ai fattori muscolari. È stata documentata la mancanza di effetti collaterali dei vari tipi di manovre eseguite sui nostri pazienti attraverso esami di ecotomografia.

Fig. 3

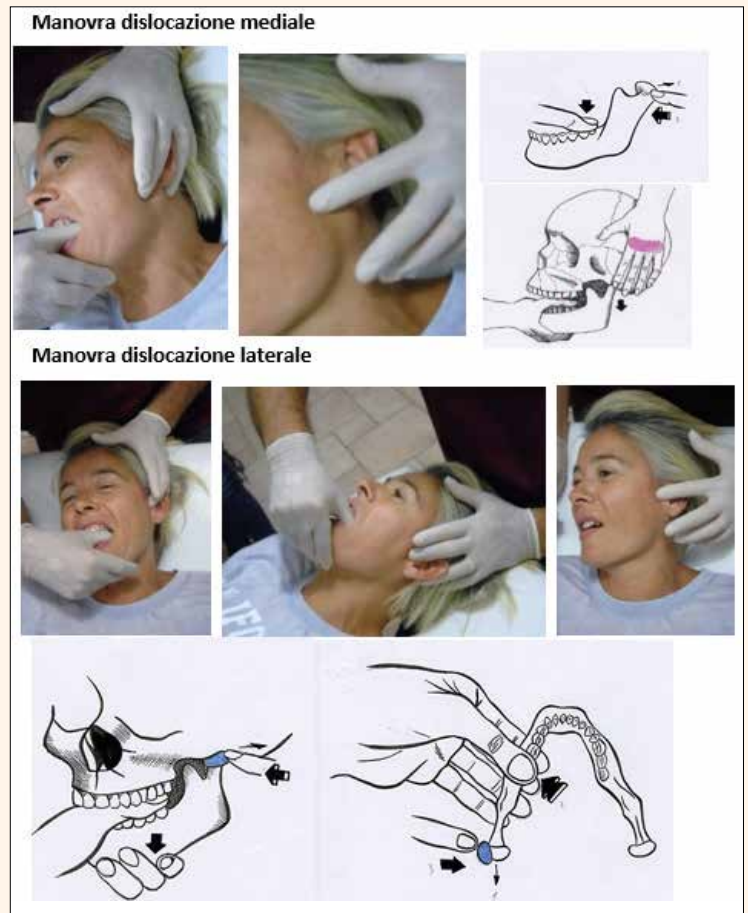

Fig. 5

Fig. 4

bibliografia

1. Al-Baghdadi M, Durham J, Araujo-Soares V, Robalino S, Errington L, Steele J. J Dent Res. 2014 Jul;93(7 Suppl):37S-51S. "TMJ Disc Displacement without Reduction Management: A Systematic Review."
2. Dym H, Israel. H. DentClin North Am. 2012 Jan;56(1):149-61."Diagnosis and treatment of temporomandibulardisorders".
3. Alves BM, Macedo CR, Januzzi E, Grossmann E, Atallah ÁN, Peccin S. J Cranio fac Surg. 2013 Mar;24(2):488-93 Mandibular manipulation for the treatment of temporo mandibular disorder".
4. Tasaki MM, Westesson PL, Isberg AM, Ren YF, Tallents RH. Classification and prevalence of temporomandibular joint disk displacement in patients and symptom-free volunteers. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1996;109:249–262.
5. Paesani D, Westesson PL, Hatala M, Tallents RH, Kurita K. Prevalence of temporomandibular joint internal derangement in patients with craniomandibular disorders. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1992;101:41–47.
6. J CraniofacSurg. 2014 Mar;25(2):596-7. doi: 10.1097/SCS.0000000000000676. Treatment of acute temporomandibular joint dislocation using manipulation technique for disk displacement. Yabe T1, Tsuda T, Hirose S, Ozawa T, Kawai K.
7. Chen YC, Chen CT, Lin CH, et al. "A safe and effective way for reduction of temporomandibular joint dislocation. AnnPlast Surg" 2007;58:105–108.
8. Farrar W.B., "Diagnosis and treatment of anterior dislocation of articular disc, New York,J Dent 41:348,1971.
9. Kurita H1, Ohtsuka A, Kobayashi H, KurashinaK. The relationship between the degree of disk displacement and ability to perform disk reduction. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000 Jul;90(1):16-20.
10. J OralMaxillofacSurg. 2012 Jul;70(7):1534-9. doi: 10.1016/j.joms.2011.08.004. Epub 2011 Nov 10. How should the articular disk position be analyzed? Provenzano Mde M1, Chilvarquer I, Fenyo-Pereira M.
11. A.M. Lobbezoo-Scolthe, A. De Wijer, M.H. Steenks and F. Bosman "Inter examiner reliability of six orthopaedic tests in diagnostic subgroups of craniomandibular disorders" Journal of Oral Rehabilitation, 1994, (21):273-285.
12. Lobbezoo-Scholte AM, Steenks MH, Faber JA, Bosman F. "Diagnostic value of orthopaedic tests in patients with temporomandibular disorders". Journal of dentalresearch 1993 Oct;72(10):1443-53.
13. Hesse JR, van Loon LA, Naeije M. "Subjective pain report and the out come of several orthopaedic tests in craniomandibular disorders patients with recent pain complaints". Journal of Oral Rehabilitation 1997 Jul; 24 (7): 483-9.

AD

NUOVISSIMO CORSO FAD

35 ECM

LA SCANSIONE INTRAORALE NELLO STUDIO DENTISTICO DEL TERZO MILLENNIO

AUTORE

Francesco Guido MANGANO

ATTESTAZIONE

Al superamento del test finale, una procedura guidata ti consentirà di conseguire l'attestato ECM e di scaricarlo direttamente online.
Provider Seligo

ACCREDITAMENTO ECM

dal 4 febbraio 2022 al 31 dicembre 2022

COSTO

145 euro iva compresa

Scopo del corso FAD è quello di analizzare i modelli e gli usi degli **scanner intraorali**, macchinari per l'acquisizione diretta dei modelli tridimensionali (3D) delle arcate dentarie del paziente, ormai sempre più diffusi negli studi odontoiatrici moderni.

Similmente ad altri scanner 3D, gli scanner intraorali proiettano una fonte luminosa (**laser** o, più frequentemente, **luce strutturata**) sull'oggetto da scandire, in questo caso le arcate dentarie (con o senza denti preparati o scanbodies, ovvero i moderni transfers da impronta).

Verranno spiegate **tecniche d'utilizzo** degli scanner insieme a 500 immagini a colori in 3D e cliniche.

tueor SERVIZI
marketing & comunicazione

PER MAGGIORI INFORMAZIONI
Tueor Servizi Srl
Tel. 0113110675
info@tueorservizi.it

CURAPROX

EFFICACE
PIÙ DELLA
CHX PURA

Secondo uno studio dell'Università di Berna.
Scopri di più su https://perioplus.com/studies/

Ortho Tribune

The World's Orthodontic Newspaper • Italian Edition

Marzo 2022 - XVI n. 1

Supplemento n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Marzo 2022 - anno XVIII n. 3

www.dental-tribune.com

AD

Seconda classe seconda divisione trattata con dispositivo Carriere Motion e gli allineatori Nuvola: case report

Saverio Padalino

Introduzione

In letteratura ortodontica sono stati descritti diversi tipi di apparecchi ortodontici per correggere le seconde classi dentali mediante distalizzazione molare superiore. Tra questi i più conosciuti sono le trazioni extra-orali, gli elastici intermascellari di II classe, apparecchi intramascellari ed intermascellari. Se si escludono gli apparecchi osteo-supportati, ogni altra apparecchiatura dento-supportata ha degli effetti collaterali che devono essere accuratamente gestiti: gli elastici intermascellari di seconda classe favoriscono la retroclinazione degli incisivi superiori, la proclinazione degli incisivi inferiori, la post-rotazione del piano occlusale, l'estrusione dei molari inferiori; gli apparecchi intramascellari (come Pendulum e Distal-jet), se non gestiti correttamente, possono perdere ancoraggio e spostare in avanti gli incisivi superiori, aumentando l'overjet. Ormai da alcuni anni è stato proposto l'utilizzo del Carrière Motion appliance (Fig. 1) per la correzione della II classe in una maniera del tutto innovativa.

> pagina 10

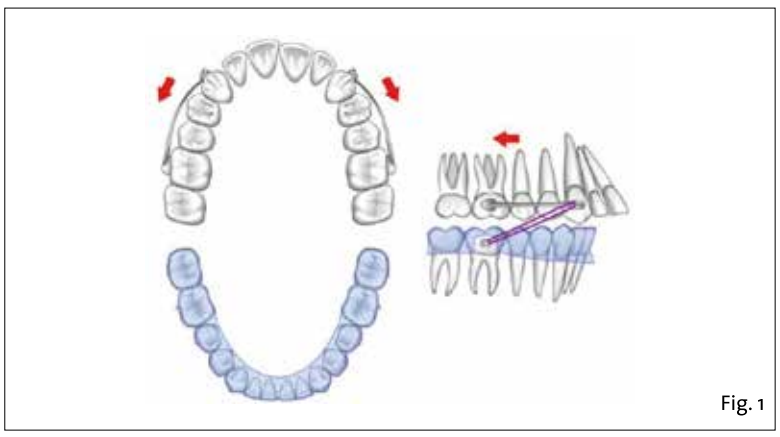

Fig. 1

Fig. 1 - Carrière motion di II classe.

La cefalometria 3D nella pratica ortodontica: continuiamo a parlarne

Giovanna Perrotti

Introduzione

Lo studio dei rapporti morfologici si è evoluto da un'iniziale fase di craniometria, una metodica antropologica tridimensionale per la misurazione del cranio e della testa, alla cefalometria su teleradiografia, che rappresenta ancora oggi lo standard of care per lo studio radiologico bidimensionale del cranio.

Infatti per l'ortodontista è necessario conoscere le relazioni reciproche delle più importanti unità funzionali della faccia (base cranica, mascellari, denti). L'analisi cefalometrica viene utilizzata per confrontare un paziente con i propri simili, utilizzando degli standard ricavati da una popolazione campione.

Lo scopo, infatti, è quello di confrontare un paziente con una popolazione normale di controllo, in modo da rilevare differenze tra i rapporti dentofacciali del paziente e quelli dei soggetti della sua razza o del suo gruppo etnico. Può essere utile immaginare il fine dell'analisi cefalometrica come la valutazione dei rapporti, sia orizzontali che verticali, delle cinque componenti più importanti della faccia. In rapporto al tipo d'analisi cefalometrica applicata, il risultato può variare in base al metodo di localizzazione delle strutture dello scheletro facciale, alla scelta dei punti cefalometrici e ai valori di riferimento con i quali paragonare quelli ottenuti; tali dati di confronto o predefiniti possono essere chiamati con molti termini: ideali, normali, medi, standard e la scelta dell'uno piuttosto che dell'altro termine risulta essere ininfluente sul concetto di base.

Sono state introdotte numerose analisi per la valutazione dei soggetti disgnatici e per la comprensione delle implicazioni che queste analisi possono avere sulla progettazione e sulle finalità del trattamento ortodontico. Ciascuna metodica permette al clinico di capire e di conoscere i limiti e le possibilità per la pianificazione di un trattamento ideale per quel singolo paziente. Il dilemma che ci si è sempre posti è stato quello di capire quale sia l'analisi migliore per quantificare, in termini oggettivi, le relazioni spaziali nel contesto dei complessi craniofacciale e dentofacciale.

> pagina 7

AD