Dental Tribune

The World's Dental Newspaper

Maggio 2023 www.dental-tribune.com Anno XIX, N. 5

Adv

LA STERILIZZAZIONE NELLO STUDIO ODONTOIATRICO: I NUOVI PROTOCOLLI PRESENTATI IN REGIONE LOMBARDIA

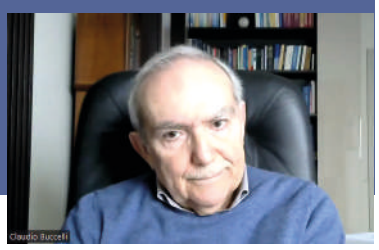
Intervista a Fulvia Magenga, Segretario Generale SIASO e a Silvia Alessandra Terzo, Vice Segretario Generale SIASO.

Pagina 4

L'etica ai tempi dell'intelligenza artificiale: intervista al Prof. Claudio Buccelli

Patrizia Biancucci

Diamo il benvenuto al Professor Claudio Buccelli, Professore emerito di Medicina Legale, past president SIMLA (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni), past president e Presidente Emerito SIOF (Società Italiana di Odontoiatria Forense) e past director del CIRBE, Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica.



Prof. Buccelli, lei tratterà il delicato tema dell'intelligenza artificiale al congresso organizzato dall'Ordine dei Medici di Parma, focalizzandosi sulla questione della bioetica. Ci può anticipare qualcosa?

Sicuramente sì, perché si tratta di un progresso nell'ambito delle capacità e delle scienze umane che ha necessità di essere pensato sia sotto l'aspetto tecnico e tecnologico sia sotto l'aspetto etico, per i problemi che pone sul tappeto per ciò che attiene al rapporto con l'uomo e al rapporto con i pazienti nel momento in cui l'intelligenza artificiale entrerà, e già ci sta dentro, nella Medicina. Questo è il punto. E quindi l'intelligenza artificiale comporterà una riflessione sul rapporto che si viene a determinare non più duale, ma di fatto composto da 3 entità: medico, paziente e intelligenza artificiale, fatta da macchine mosse dagli algoritmi.

Già adesso ci sono molte polemiche sul rapporto tra professione medica e intelligenza artificiale come se fosse una dicotomia, e molti sono un po' guardinghi perché hanno paura di essere in qualche modo scavalcati dall'intelligenza artificiale. Lei pensa che l'intelligenza artificiale possa superare quella dell'uomo? Una domandina cattiva.

Pagina 2

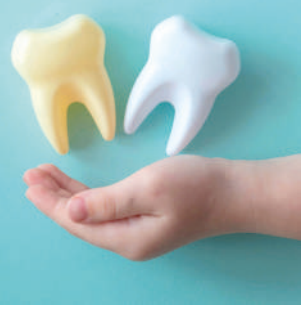
Adv

ATTUALITÀ
Il Collegio dei docenti a Catania pone al centro l'umanizzazione delle cure 3

NOTIZIE DAL MONDO
Fumare durante la gravidanza può essere associato ad ansia dentale 5

ODONTOIATRIA PEDIATRICA
Ortho & Pedo digitali: il comfort e l'efficienza della tecnologia in odontoiatria infantile 10

La prevenzione in età pediatrica



Giuseppe Marzo

La prevenzione è veramente tale solo quando interviene in assenza di patologia o ancora quando è utile a evitare l'aggravarsi di una patologia già in essere o a rendere le soluzioni meno complesse e risolutive. La prevenzione delle malocclusioni non sfugge a questa regola, pertanto, è fondamentale intervenire in un'età precoce se si vuole ottenere il massimo risultato con gli interventi più opportuni e tempestivi. Per fortuna, sono oramai lontani i tempi in cui si affermava che fosse necessario attendere almeno il completamento della permuta per occuparsi dell'occlusione dei piccoli pazienti. In questo senso l'ortodonzia pediatrica, ossia i trattamenti attuati in dentatura mista o anche decidua e che hanno spesso un obiettivo ortopedico più che dentale, hanno acquistato sempre maggiore importanza nella moderna concezione dell'ortodonzia. Oggi, la nostra attenzione deve necessariamente essere rivolta a un periodo della vita del bambino decisamente precoce e cioè dalla nascita fino ai 71 mesi di vita, con la convinzione che la prevenzione debba aver luogo quando è necessaria, ovvero nei primissimi anni di vita e di sviluppo dell'apparato stomatognatico e del resto dell'organismo.

Pagina 7

Adv

L'etica ai tempi dell'intelligenza artificiale: intervista al Prof. Claudio Buccelli

Pagina 1

Allora, se rimaniamo nell'ambito dell'intelligenza la questione è da punto interrogativo, perché noi non sappiamo ancora bene che cosa sia l'IA. Sicuramente l'intelligenza artificiale ha una caratteristica che l'uomo non ha, cioè quella di avere una memoria sconfinata. Nel senso che, essendo gestita da macchine, ha la possibilità di avere una infinità di dati spaventosamente elevata e la possibilità di gestirli laddove l'uomo queste cose non riesce a farle con la sua natura, diciamo piuttosto finita. Il punto però è nel parlare di macchine che sono più o meno a livello di computer oppure se parliamo addirittura di costruzioni, capaci di movimento e di azione e che quindi coniugano la motricità con l'intelligenza, e allora in questo ultimo caso si pone un problema. Ma queste macchine, o comunque queste entità, saranno capaci di gestire in associazione con l'uomo il mondo della medicina? O nel momento in cui acquisissero un autocoscienza, quindi un'autodeterminazione, fossero in grado di vivere autonomamente rispetto all'uomo e quindi non più affiancarsi al medico nella cura del paziente, ma addirittura sostituirlo nella cura del paziente.

C'è un problema nell'intelligenza artificiale, poiché fin quando la macchina e fin quando l'algoritmo si mantiene in automazione, nel senso che dà risposte ogni volta che viene sollecitato a darle, e non diventa autonoma, nel senso che non si attiva autonomamente al di là della richiesta, allora noi potremo contare sull'ausilio di questa entità. Ma nel momento in cui queste si evolvessero in maniera assolutamente autonoma, come potrebbe succedere, allora dovremmo fare i conti con altre presenze capaci di pensare, presenze capaci di volere, presenze capaci di autodeterminarsi anche a scapito dell'uomo. Parecchie personalità nell'ambito del panorama della digitalizzazione mondiale, tra cui lo stesso Elon Musk, hanno chiesto una moratoria di 6 mesi per poter riflettere su dove andare e come muoversi per evitare di fare dei passi falsi che possano portare ad inconvenienti piuttosto che a degli ausili.

Quand'ero ragazzina ho visto un film famoso, 2001 Odissea nello spazio. Ricordo che quel film era veramente inquietante e riguardandolo oggi sembra quasi che anticipasse questo tipo di questioni. Lei se lo ricorda? L'ha visto?

L'avrò visto una quindicina di volte, è un film che viene trasmesso su tutte le emittenti in quanto è un vero e proprio capolavoro. Ma non solo capolavoro di arte cinematografica per gli effetti scenici. No, no, è un capolavoro anche e soprattutto per i contenuti e i messaggi che dà. C'era un punto centrale di questo film in cui il computer di bordo di un astronave, che era molto più che un computer perché era una macchina intelligente, cerca di prendere, e per un po' c'era riuscito, il sopravvento sugli stessi astronauti approfittando del fatto che erano usciti al di fuori dell'astronave tentando di non farli più rientrare, in modo da essere pienamente padrone della gestione dell'astronave senza avere tra i piedi questi uomini che in qualche maniera potevano ancora limitarla. Questa è una fantascienza che sta diventando realtà. E qui torniamo al problema di base. Dovremmo cercare di sfociare in un umanesimo digitale e cioè in un mondo in cui noi ci serviamo come ausilio tecnologico delle macchine. Non dimenticando però la nostra natura di uomo e cercando di non alterarla dando troppo spazio alle macchine nel momento in cui queste si mettessero, ma qui è fantascienza, in competizione con noi.

Questo è il messaggio forte e chiaro che dobbiamo dare a tutti i colleghi medici e odontoiatri che già in molti fanno uso dell'intelligenza artificiale, e stiamo andando sempre più verso una sorta di indipendenza dei mezzi tecnologici che abbiamo. E addirittura si parla di diagnosi, cosa che ci lascia un po' perplessi. Però io adesso ho pensato una cosa. Insieme a questo messaggio che lei dà e che spero sia recepito, di un "umanesimo digitale", in varie occasioni potremmo riproporre non dico l'intero film, ma almeno qualche stralcio perché è emblematico che questa macchina voglia sopraffare l'uomo ed essere indipendente. Cioè gli uomini gli fanno ombra per intenderci. Eppure lei riesce a intravedere un futuro parlando di "nuova bioetica", che personalmente inserirei anche nel nuovo Codice Deontologico.

Se mi viene consentito, e giusto per rimanere con i piedi per terra e riflettere su quello che è d'interesse medico e odontoiatrico, l'intelligenza artificiale pone dei problemi immediati di carattere medico legale e di carattere etico, in termini di informazione e consenso per il paziente e in termini di responsabilità. Di informazione nella misura in cui gli strumenti di cui ci serviamo diventano terribilmente complicati proprio perché sono spaventosamente capaci di grandissime attività. E come facciamo a informare il paziente perché ci dia il suo consenso affinché si possa agire su di lui attraverso la collaborazione della macchina? Per forza di cose si dice tecnicamente che l'intelligenza artificiale risente di un'opacità, nel senso che è talmente complicata che alla fine non saremo in grado di capire noi stessi come sono fatti questi algoritmi e come funzionano. Però li usiamo esattamente come quando apriamo il cofano di un automobile rimanendo paralizzati di fronte a uno scenario che non riusciamo a capire su come faccia a far muovere la macchina. Il paziente prima di autodeterminarsi vuole avere la conoscenza per dirci se gradisce, se ritiene che per lui sia utile la diagnosi e la terapia fatta dalla macchina con la sua intelligenza artificiale, o piuttosto insieme all'uomo. E quindi dovremo usare altri linguaggi? Dovremmo usare altre capacità di colloquio con i pazienti e noi stessi ci dovremmo addestrare. Oltre alle conoscenze mediche, dovremmo avere anche delle conoscenze tecnologiche per poterle spiegare al paziente. E qui si pone l'altro problema. Ma man mano che la macchina si complica, man mano che saremo in grado di fare cose sempre più complesse con la robotizzazione, anche nello studio Odontoiatrico, chi sarà responsabile dell'errore? Sarà l'odontoiatra o sarà la macchina talmente sviluppata da diventare essa stesso un agente morale? Un agente legale per cui dovremo conferire alla macchina una sua individualità e quindi una sua responsabilità?

Professor Buccelli, io la ringrazio infinitamente e spero che questa questione aperta e molto pregnante per chi esercita l'attività medica e odontoiatrica sia affrontata correttamente.

Vorrei concludere con la frase di un film "io speriamo che me la cavo".

Patrizia Biancucci

IMPRINT
INTERNATIONAL HEADQUARTERS

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER: Torsten Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER: Claudia Duschek

Dental Tribune International GmbH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4847 4302
Fax: +49 341 4847 4173
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. © 2023 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

dti Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XIX Numero 5, Maggio 2023

MANAGING EDITOR - Patrizia Gatto
Coordinamento tecnico-scientifico - Aldo Ruspa

COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, P. Biancucci, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, A. Greco Lucchina, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.E. Romanos, P. Zampetti

COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, 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
S. R. Arcari, M. Beretta, P. Biancucci, S. Colombo, F. Federici Canova, P. Gatto, A. Hall Hoppe, G. Marzo, M. Paglia, I. Ramonaite, L. Zaffarano.

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
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.

Il Collegio dei docenti a Catania pone al centro l'umanizzazione delle cure

Lo scorso 20 aprile 2023 si è svolto nel magnifico Monastero dei Benedettini di Catania il 30° Collegio dei Docenti Universitari di Discipline Odontostomatologiche. La scelta della Sicilia e di Catania per celebrare questo prestigioso anniversario, se poteva sembrare azzardata, è stata accolta in fase organizzativa con entusiasmo dalle 3 sedi Universitarie di odontoiatria siciliane - Palermo, Catania e Messina - e dai partecipanti.

Dopo la prima giornata congressuale, alle 18 si è svolta un'inaugurazione affollatissima. Ha condotto la presentazione degli ospiti il professore Marco Cicciù, accolto da una standing ovation per il lutto della scomparsa del padre, insieme ai dirigenti delle tre Università siciliane che hanno fatto gli onori di casa.

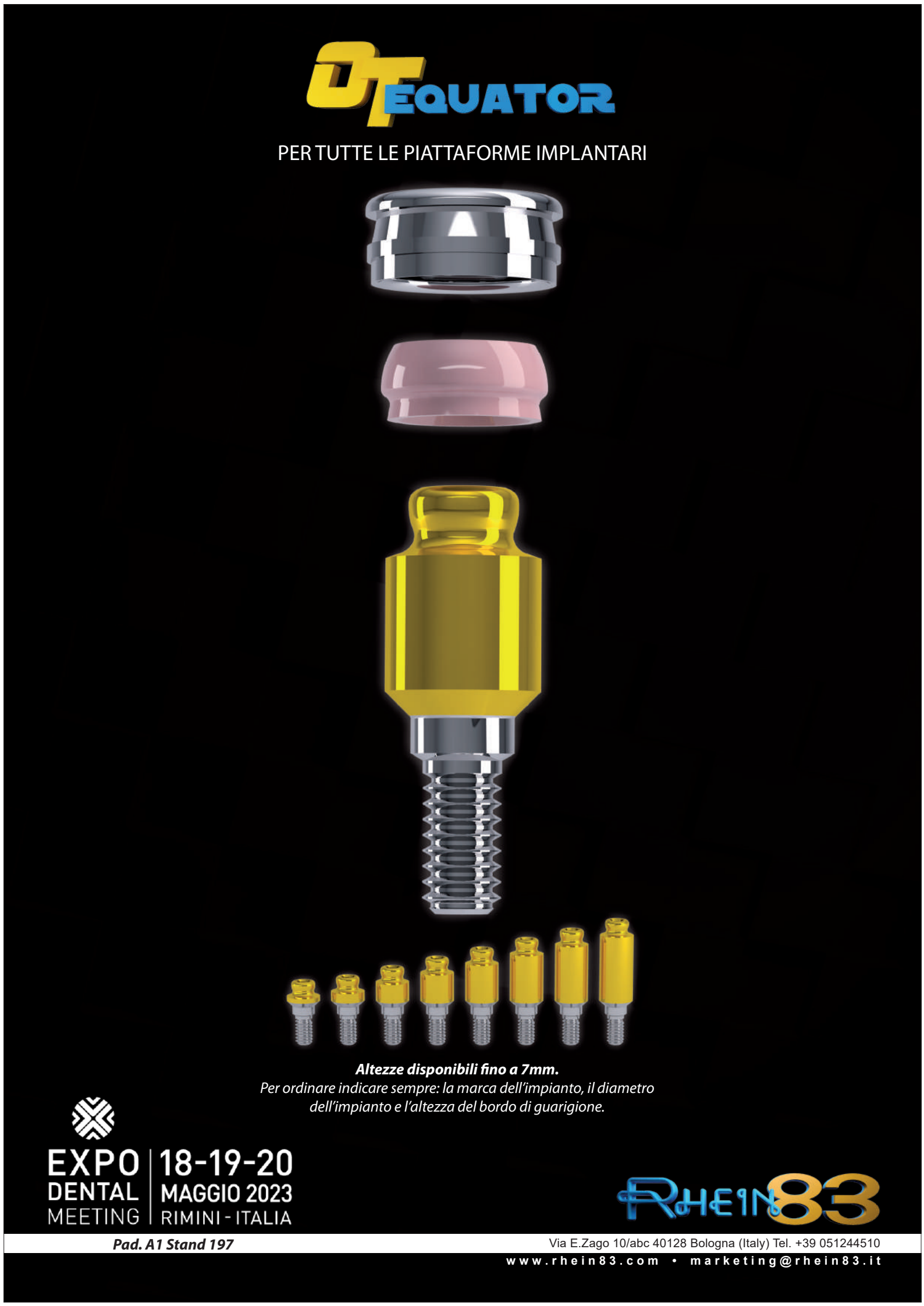
Tutti autorità comprese, tra cui l'orgoglio di ben 7 Rettori universitari provenienti dalle facoltà di odontoiatria tra cui lo stesso presidente del Collegio, Di Lenarda, hanno sottolineato il tema congressuale particolarmente importante da trasmettere ai giovani che si formano in odontoiatria e in medicina in genere: se non si può non parlare di tecnologie non si può dimenticare che questo grande bagaglio frutto della ricerca debba essere al servizio delle cure migliori per i pazienti considerati in primis come persone, essere umani a tutto tondo. Questo deve trovare riscontro soprattutto nella diagnosi del medico che non deve considerare il paziente come un corpo da segmentare e a cui applicare avanzati protocolli tecnologici, ma personalizzare le cure e considerarlo in modo olistico, dalla sua salute fisica e psichica o come meglio evidenzierà il giorno 21 mattina nella sua lectio magistralis il Prof. Lingiardi, ordinario alla Sapienza, dalla sua storia personale, perché raccontando al medico i suoi sintomi racconta la sua storia.

La Professoressa Giovanna Giuliana dell'Università di Palermo: «Si vuole analizzare l'odontoiatria con i suoi vantaggi e i suoi limiti e l'umanizzazione è un tema centrale perché il paziente vuole di più, vuole essere considerato come essere umano nella sua interezza». La Prof.ssa Giuseppina Campisi sottolinea come questo sia centrale nella formazione dei discenti perché la tecnologia non può essere scissa dalla mente umana. Il Prof. Pizzo ribadisce inoltre che l'umanizzazione dovrebbe entrare di più nel corso di studi: «Dobbiamo capire il nostro paziente con il linguaggio verbale e non verbale. Così funzionerà bene la tecnologia e pertanto bisogna far entrare nei corsi di laurea in odontoiatria le materie di psicologia e psicopedagogia».

Antonella Polimeni, Rettore della Sapienza, riferimento nazionale, parla dell'argomento come di una vera "contaminazione" che rinnova l'offerta formativa in quanto la discussione etica circa l'uso della IA deve essere centrale nella formazione dei più giovani.

In rappresentanza dell'associazione Aiso, che annovera 4.000 iscritti, che celebrava nella stessa circostanza i 40 anni di associazione, Giambo, Presidente di Catania Aiso, con emozione ha sottolineato come l'alleanza tra professori e studenti è indispensabile per essere una forza invincibile. Dopo il saluto di tutte le autorità Di Lenarda, con soli 5 minuti di ritardo chiude l'inaugurazione molto soddisfatto ed annuncia il 31° Congresso 2024 a Trieste.

Pagina 4



Adv

Pagina 3

Di alleanza, ma con il paziente, parla appassionatamente il Prof. Vittorio Lingiardi, professore ordinario di psicologia dinamica presso la Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza Università di Roma. Personalmente avendo letto parte dei suoi libri tra cui "Diagnosi e destino", dalla scrivente citato in molti articoli, come uno dei libri più illuminanti relativi al rapporto biunivoco medico-paziente, invitato da Antonella Polimeni e presentato da Giuseppina Campisi, per passione, excursus storico-culturale ed attinenza rilevante al tema di tutto il congresso valeva letteralmente il viaggio per partecipare al Congresso.

Sulla malattia si scrive tanto ma non sulla diagnosi. I rapporti che si creano tra un medico e il paziente devono essere oggetto di insegnamento: citando Claudio Rugarli ricorda che chi trascura questo rapporto è un medico dimezzato. "Il paziente è il miglior collega che abbiamo": le diagnosi temporanee o definitive parlano di noi e sono sempre una occasione di conoscenza di sé.

Spesso si interroga la rete per autodiagnosi e trionfano ansie non supportate da un esperto. Nel fare la diagnosi si deve tenere conto non solo del caso clinico ma della psicologia del paziente, della sua storia unica personale e sociale: tutti i sistemi diagnostici devono restare una tensione tra malato e malattia perché dal tratto della personalità parte la reazione alla malattia e il piano di trattamento. La malattia come storia è quella che possiamo definire medicina narrativa e richiede competenze fondamentali nel medico.

La medicina generale scompare per far spazio alla medicina specialistica che spesso non prende in considerazione l'intera persona ma solo una parte del corpo. Oggi esistono grandi strumenti digitali diagnostici, ma i medici condotti erano più amati e rispettati di oggi, perché conoscevano tutto del paziente e della famiglia. Chi ha studiato oggi è attaccato come prepotente privilegiato. Conclude osservando che oggi il successo nelle malattie sembra aver creato più insuccesso nella relazione e manifesta preoccupazione circa l'attuale clinica iperspecializzata in quanto il medico, assorbito dal caso clinico, rischia di perdere di vista il paziente. Concetti ripresi poi dal Professore Lo Muzio, che allerta come si sia finiti per fare una parcellizzazione della persona guardando solo l'organo, anche con percorsi diagnostici tecnologici che i pazienti percepiscono come disumani: è necessario dunque anche in medicina orale passare dalla malattia allo stato di salute del paziente e alle sue aspettative, perché non si può curare il paziente se non lo si conosce.

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 1 - Monastero dei Benedettini di Catania, sede del 30° Collegio dei Docenti Universitari di Discipline Odontostomatologiche; **Fig. 2** - L'inaugurazione dell'evento; **Fig. 3** - Il Prof. Lingiardi, ordinario alla Sapienza, durante la Lectio Magistralis.

La sterilizzazione nello studio odontoiatrico: i nuovi protocolli presentati in regione Lombardia

Intervista a Fulvia Magenga, Segretario Generale SIASO e a Silvia Alessandra Terzo, Vice Segretario Generale SIASO.

La sterilizzazione nello studio odontoiatrico è un aspetto molto complesso che coinvolge tutto il team odontoiatrico e in particolar modo l'ASO.

Lo scorso 20 febbraio, il Segretario Generale di SIASO, Fulvia Magenga, ha presentato presso la regione Lombardia un documento per la rivisitazione dei processi di gestione e delle responsabilità in relazione alle manovre di raccolta, decontaminazione, detersione-lavaggio, asciugatura, manutenzione, confezionamento e sterilizzazione a vapore saturo degli strumenti odontoiatrici.

Per capire quanto emerso e cosa è stato proposto in questo documento abbiamo posto alcune domande a Fulvia Magenga e a Silvia Alessandra Terzo.

Buongiorno Fulvia ed Alessandra, quali sono i punti fondamentali del documento presentato presso la regione Lombardia?

Buongiorno a Lei. Prima di tutto va detto che è da tempo che il SIASO si interroga su quali siano i documenti ufficiali (redatti in Italia) che parlano di tempistiche di conservazione dello strumentario sterile e, a parte un ormai attempato documento redatto in Regione Lombardia per i centri deputati alla sterilizzazione (1985), non ha identificato altro, così si è concentrato sulla individuazione di:

A. un gruppo di lavoro autorevole con il quale poter condividere il progetto di studio;

B. una modalità di presentazione del lavoro finito in Regione Lombardia.

Lo studio che è stato portato a termine, quindi, ha messo a punto un insieme di procedure piuttosto stringenti, comprovabili, realizzabili e ripetibili, inerenti il controllo di tutte le attrezzature, di tutti i dispositivi riutilizzabili e di tutte le fasi inerenti la raccolta, la decontaminazione, il lavaggio, il controllo, il confezionamento, la sterilizzazione e lo stoccaggio nei luoghi deputati alla conservazione del piccolo strumentario sottoposto al processo di sterilizzazione.

Per quale motivo avete deciso di realizzare questo documento?

Va detto che ad oggi si dà per acclarato un tempo massimo di conservazione dello strumentario sterile che non vada a superare i 30-35 gg, sulla base di un insieme di norme italiane ed europee che prendono in considerazione, a titolo esemplificativo, non esaustivo:

A. i test quotidiani di buon funzionamento delle autoclavi;

B. i test di controllo delle vasche ad ultrasuoni e delle termosigillatrici;

C. le procedure di decontaminazione, pulizia e disinfezione dei guanti anti contaminazione biologica;

D. la cadenza con la quale si puliscono i luoghi deputati allo stoccaggio delle buste contenenti il piccolo strumentario, processato in autoclave, etc. ma non esistono documenti specifici (redatti in Italia) che specifichino la tempistica di conservazione dello strumentario sterile;

Va oltretutto sottolineato che gli ASO che lavorano negli studi dentistici devono provvedere alla sterilizzazione di tutto lo strumentario utilizzato per l'erogazione delle terapie e che quando lo strumentario non viene utilizzato nei 30-35 gg dal giorno in cui è stato processato in autoclave, deve essere rimosso dalle buste di contenimento, riprocessato e stoccato nuovamente negli appositi armadi/cassetti. Significa che negli studi dentistici un ASO, almeno una volta al mese, è deputato a occuparsi del controllo della scadenza dello strumentario sterile e dell'eventuale ulteriore processo di sterilizzazione, senza contare che la carta utilizzata per il confezionamento è da sostituire e quindi da smaltire. Ogni mese, in ogni studio dentistico. E si parla di chilometri di carta accoppiata che deve essere smaltita con la conseguente ricaduta sull'inquinamento ambientale. Sulla base di tutto ciò, era doveroso provare a individuare procedure affidabili atte a dilatare i tempi di conservazione dello strumentario sterile.

Il lavoro svolto dall'ASO nel processo di sterilizzazione subirà delle modifiche a seguito di quanto proposto nel documento?

Se la Regione Lombardia acconsentirà di accogliere le nuove procedure proposte dal gruppo di lavoro incaricato dal SIASO, sì, subirà modifiche che probabilmente obbligheranno a sistemi di controllo e monitoraggio stringenti ma, di contro, potranno contare su tempi più lunghi relativi alla conservazione dello strumentario sterile.

Dental Tribune Italia

Fumare durante la gravidanza può essere associato ad ansia dentale

©Andrii Medvednikov/Shutterstock

Anisha Hall Hoppe
Dental Tribune International

TURKU, Finlandia: L'ansia dentale ha implicazioni sui trattamenti odontoiatrici, in quanto i pazienti possono ritardare le cure, influenzando negativamente la salute orale e la qualità della vita. Le cause alla base di tali timori includono fattori esogeni ed endogeni e l'uso di prodotti del tabacco è stato associato a un'elevata ansia dentale. Poiché molti potenziali genitori smettono di fumare durante la gravidanza, alcuni restano successivamente non fumatori mentre altri tornano a fumare dopo il parto, studiare tale popolazione consente di esaminare i cambiamenti concomitanti nel fumo e nell'ansia dentale. In questo nuovo studio, i ricercatori finlandesi hanno scoperto che coloro che fumavano durante la gravidanza, soprattutto le madri, avevano livelli di ansia dentale più elevati rispetto a coloro che non fumavano.

Per studiare se i cambiamenti nel fumo e nell'ansia dentale si verificano insieme, i ricercatori hanno usufruito del FinnBrain Birth Cohort Study, utilizzando i dati dei genitori fin dall'inizio della gravidanza. Essi hanno monitorato i cambiamenti del fumo e dell'ansia dentale durante la gravidanza (dalla 14 alla 34a settimana di gravidanza) e dopo la gravidanza (fino a tre mesi dopo il parto) studiando le variazioni dei punteggi dell'ansia dentale nei non fumatori stabili, nei fumatori fluttuanti e nei fumatori stabili alla 14a e 34a settimana di gestazione e a tre mesi dopo il parto.

Hanno scoperto che le madri che fumavano durante la gravidanza avevano livelli più elevati di ansia dentale rispetto a quelle che non fumavano o lo facevano solo a periodi. La stessa tendenza è stata osservata nei padri, per i quali la gravidanza era un periodo associato ad un aumento del fumo, ma una volta terminato questo periodo, i tassi di fumo diminuivano. Mentre in entrambi i genitori si notava un aumento dell'ansia dentale se fumavano costantemente durante la gravidanza, le percentuali nelle madri erano più elevate che nei padri. I genitori che erano fumatori stabili hanno sperimentato una maggior ansia dentale rispetto a quelli che hanno fumato solo per parte della gravidanza. Gli stessi fumatori periodici hanno avvertito ancor maggior ansia dentale rispetto a quelli che non fumavano affatto. Questi risultati sono rilevanti per i dentisti che trattano i futuri genitori che fanno uso di tabacco.

Il gruppo di ricerca ha riconosciuto che, mentre lo studio ha utilizzato un ampio campione rappresentativo, poiché le partecipanti hanno fornito informazioni solo dopo la quattordicesima settimana di gravidanza, non è stato possibile valutare se le partecipanti avessero fumato prima della gravidanza e poi avessero smesso. Inoltre, non sono stati in grado di concludere se i risultati possano essere applicabili ad altre popolazioni, poiché la gravidanza e il parto sono essi stessi eventi che inducono ansia. I ricercatori non hanno trovato alcuna prova sistematica che l'ansia dentale sia cambiata con i cambiamenti collegati alle abitudini sul fumo. I risultati suggeriscono anche che l'ansia dentale e il fumo possono condividere fattori di vulnerabilità, ma ciò richiede ulteriori studi.

I tassi di ansia dentale negli adulti a livello mondiale non sono ancora stati ampiamente misurati, ma i ricercatori di questa ricerca hanno citato uno studio che mostra come circa la metà degli adulti finlandesi lotti contro l'ansia dentale.

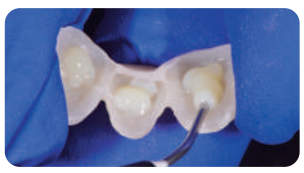
Lo studio, intitolato "Concurrent changes in dental anxiety and smoking in parents of the FinnBrain Birth Cohort Study", è stato pubblicato online il 4 gennaio 2023 nell'European *Journal of Oral Sciences*, prima di essere inserito in una uscita.

ENA CEM
SISTEMA ESTETICO PER LA CEMENTAZIONE DI FACCETTE

PREMIUM QUALITY BPA FREE PERFECT CHOICE

Ena Cem HV è un composito flow, fotopolimerizzabile, ad alta viscosità, messo a punto dal Dr. Lorenzo Vanini, che valorizza l'estetica delle faccette sia in ceramica che composito. L'alta viscosità e la alta tissotropia garantiscono una perfetta manipolazione per una facile applicazione e rimozione degli eccessi.

Mordenzatura a spot e applicazione Ena Seal per cementazione provvisorio


Applicazione Ena Soft Flow per la cementazione dei provvisori

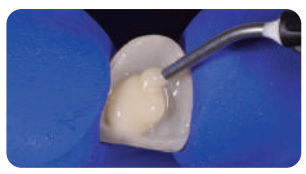
Polimerizzazione 40" a elemento

1 settimana dopo: il provvisorio è perfettamente integrato e i tessuti sani

Applicazione Try in gel nelle faccette in ceramica per prova colore

Prova faccette con Try in Gel

Cementazione faccette: fase adesiva


Applicazione di Ena Cem HV, dopo sabbiatura, mordenzatura, silanizzazione e applicazione di Ena Seal

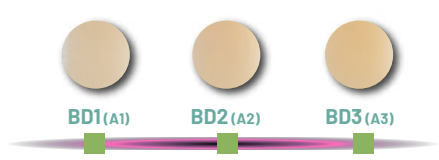
Caso Clinico
del Dr. Lorenzo Vanini

Le faccette in ceramica dopo la cementazione

ENA CEM HV

CARATTERISTICHE
> Altamente viscoso (600 Psa)
> Altamente riempito (80% in peso)
> Altamente estetico
> 3 Tonalità dentina fluorescenti

VANTAGGI
> Alte caratteristiche fisic
> Facile applicazione
> Facile rimozione degli eccessi
> Spessore minimo 26 mµ
> Totalmente biocompatibile
> Fluorescente e Radiopaco
> Privo di Bis-GMA


BD1 (A1) BD2 (A2) BD3 (A3)

*Vita è un marchio registrato di Vita Zahnbabrik H. Rauter mbH & Co. KG. Bad Säckingen - D

ENA SOFT FLOW
> Ideale per cementazione di faccette provvisorie
> Rimane soffice sigillando la faccetta provvisoria
> Si rimuove senza residui

CPCBDK
Kit Cementazione faccette
Ena Cem HV BD1 (A1*) 2 g
Ena Cem HV BD2 (A2*) 2 g
Ena Cem HV BD3 (A3*) 2 g
+ Ena Soft Flow

a soli 112 € + iva
valore listino 160 €

estetica M GRUPPO MICERIUM

Micerium S.p.A. Via G. Marconi, 83 - 16036 Avegno (GE) Italy • Tel. (+39) 0185 7887 870 • ordini@micerium.it • www.micerium.it

Adv

Odontoiatria pediatrica del minimo intervento: istruzioni per l'uso

Luciano Zaffarano, odontoiatra Specialista in Odontoiatria pediatrica

L'Odontoiatria del minimo intervento è una filosofia di cura del paziente basata sul trattamento delle cause della patologia ancor prima dei suoi sintomi. In ambito cariologico, va ricordato come la malattia cariosa sia una malattia da scompenso tra fattori protettivi e non protettivi tali per cui il fisiologico processo di demineralizzazione della struttura dentaria non sia bilanciato dalla capacità di remineralizzazione da parte del paziente. Il risultato clinico di questo scompenso è la lesione cariosa[1].

La decisione sulla tipologia di trattamento da eseguire a carico di una determinata lesione cariosa sarà guidata da una accurata valutazione sullo stato di avanzamento della lesione e sul suo grado di attività. A questo scopo si suggerisce l'adozione della sistematica ICDAS[2] (in grado di differenziare le lesioni cariose in iniziali, moderate, avanzate) e dei criteri di Nyvad[3] (in grado di distinguere le lesioni cariose in non attive ed attiva). Intendere genericamente come "carie" una cavitazione in dentina, non è più sufficiente. A questo proposito, come suggerito dalle raccomandazioni cliniche in odontostomatologia, risulta mandatorio effettuare la prima visita odontoiatrica almeno entro i 18-24 mesi, indipendentemente dalla presenza o meno di problematiche dentali[4]. Una volta individuata la lesione cariosa in termini di entità ed attività, sarà possibile valutare la tipologia di trattamento più indicata.

Fig. 1

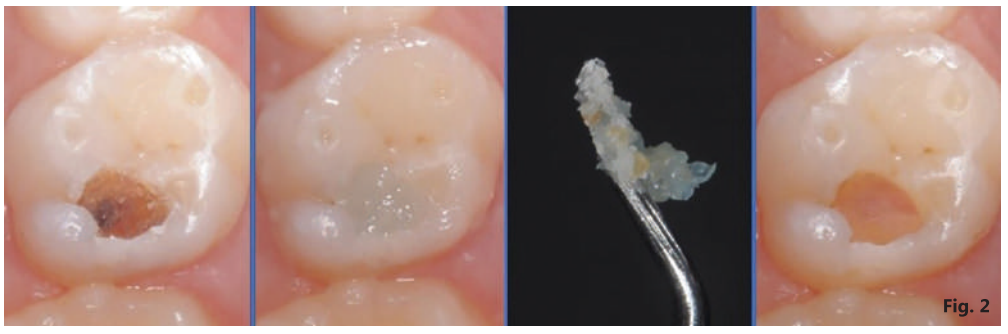


Fig. 2

Fig. 3

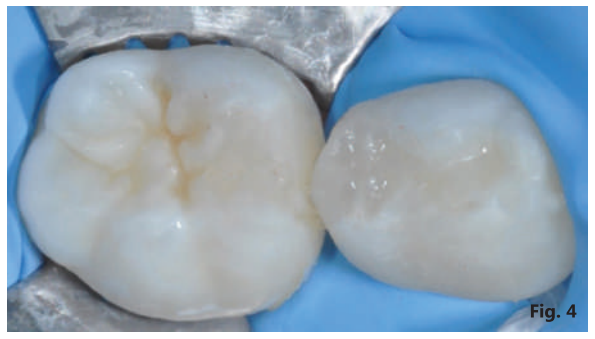


Fig. 4

Trattamento non invasivo

Costituisce il pilastro del minimo intervento e va applicato sempre e comunque mediante motivazione ad una corretta alimentazione e utilizzo ragionato di prodotti fluorati[5] (dentifrici, gel, vernici). Ad oggi esiste una crescente evidenza di alta qualità riguardo la possibilità di poter trattare anche lesioni cariose avanzate attraverso terapie non invasive realizzate con prodotti a base di argento e fluoro ad alte concentrazioni (Riva Star Aqua, SDI)[6] (Fig. 1).

Trattamento micro invasivo

Indicato in caso di lesioni iniziali di pazienti ad alto rischio carie, consiste nella sigillatura dei solchi/infiltrazioni delle superfici lisce. La sua efficacia si basa sull'arresto della lesione[7] ottenuto per mezzo di una combinazione tra effetto meccanico di barriera e, in caso di utilizzo di materiali bioattivi come i cementi vetroionomerici e i cosiddetti "smart materials", un effetto biologico derivato dalla liberazione di ioni.

Trattamento mini invasivo

Riservato a lesioni moderate e avanzate, consiste principalmente (ma non solo) nel trattamento restaurativo diretto eseguito in modalità atraumatica o convenzionale attraverso il principio della rimozione selettiva della lesione cariosa. Storicamente la fase di rimozione della dentina è da sempre stata intesa come non selettiva (o totale) ossia che si conclude solo allorquando si raggiunga la cosiddetta dentina "dura" (hard dentine) aumentando quindi il rischio di esposizioni iatrogene pulpari. In odontoiatria pediatrica sarà suggeribile quindi limitarsi a una rimozione selettiva (o parziale) ossia che si conclude nel momento in cui si raggiunga la cosiddetta dentina "affetta" (ma non infetta) di consistenza intermedia tra la dentina dura e la dentina rammollita (Leathery & Firm dentine). È evidente come questa distinzione intraoperatoria sia tutt'altro che semplice e oggettiva da eseguire; a questo proposito è crescente l'evidenza a supporto della rimozione chemio-meccanica della lesione cariosa, ovverosia sull'ausilio di un mezzo chimico (a base di ipoclorito o di enzimi derivati dalla papaina) in grado di facilitare l'operatore durante questa delicata procedura[8] (Fig. 2). Come anticipato, il principio di rimozione selettiva è alla base del processo restaurativo che potrà essere eseguito in modalità atraumatica o convenzionale. Per quanto riguarda le modalità restaurativa atraumatica, questa fu introdotta da Frencken negli anni 90 e consisteva nell'utilizzo esclusivo di strumenti manuali nella fase di rimozione selettiva della lesione cariosa, e di cementi vetroionomerici polvere-liquido nella fase di restauro, il tutto senza ausilio di anestetico locale e isolamento assoluto del campo operatorio. Ad oggi esistono diverse varianti.

In termini di rimozione della lesione cariosa queste varianti consistono nell'utilizzo singolo o congiunto di:
- strumenti meccanici (rotanti, oscillanti);
- mezzi di rimozione chemio meccanica della carie (a base di ipoclorito di sodio o derivate dalla papaina);
- meccanismi di disinfezione chimica (SDF, Ozono) e luminosa (laser);
- foto-ablazione (laser).

In termini di restauro dell'elemento queste varianti consistono nell'utilizzo singolo o congiunto di:
- cementi vetroionomerici ad alta viscosità (Fig. 3);
- cementi vetroionomerici modificati con resina;
- materiali resinosi idrofili bioattivi ("smart materials").

Al trattamento restaurativo atraumatico concettualmente si contrappone il trattamento restaurativo convenzionale, un trattamento che nella maggior parte dei casi può richiedere l'esecuzione di anestesia locale oltre che l'ottenimento di un isolamento assoluto del campo operatorio. In odontoiatria pediatrica minima invasività significa anche riduzione del numero di passaggi e conseguentemente dei tempi intra-operatori. A questo proposito sarà dunque consigliabile l'utilizzo di sistemi adesivi universali[10], previa eventuale mordenzatura selettiva dello smalto, e di resine composite o smart di tipo "bulk"[11] (Fig. 4) ossia in grado di essere stratificate mediante apporti di altezza pari a 4 mm.

Conclusioni

L'Odontoiatria pediatrica, oltre a richiedere adeguate abilità comunicative verso i piccoli pazienti ed i loro caregiver, richiede una alta competenza in termini di cariologia e di materiali dentari. La necessità di mantenere un continuo e attivo contatto intra operatorio con il bambino impone altresì il "fare proprie" le diverse procedure cliniche che andranno applicate con accuratezza e precisione.

Bibliografia disponibile presso l'editore.

SDI | RIVA STAR AQUA
TOOTH DESENSITISING AGENT
NOVITÀ
IL SISTEMA SDF DI NUOVA GENERAZIONE
SDF (argento diammina fluoruro) ha una provata storia clinica di arresto della carie e di trattamento dell'ipersensibilità dentinale lunga più di 50 anni.
Riva Star Aqua è l'ultima innovazione nella categoria di trattamento SDF. La soluzione brevettata a base acquosa di fluoruro d'argento non è solo antimicrobica, ma rimuove anche la pellicola di biofilm ed è un potente desensibilizzante.

FLEX TECHNOLOGY
Via della Dogana n.30 - 03100, Frosinone (FR)
Tel. 0775.202311 | Fax 0775.202499
info@1flex.it - www.1flex.it
Adv

La prevenzione in età pediatrica

Giuseppe Marzo, Università degli studi dell'Aquila

©Natazanchik/Shutterstock

Pagina 1

Una giusta interpretazione dei principi di prevenzione prevede la promozione di stili di vita adeguati e la correzione di quelli errati, per favorire il più possibile una crescita armonica. Come è noto, lo sviluppo dell'apparato buccale dipende senz'altro da fattori genetici, sui quali non è possibile influire, ma anche da fattori cosiddetti ambientali sui quali invece possiamo fare molto.

Partendo "dall'inizio", una corretta alimentazione della mamma in gravidanza è già utile e importante per favorire lo sviluppo ottimale del futuro bambino. Un altro argomento fondamentale è quello dell'allattamento al seno, sempre e comunque auspicabile quando possibile, che dovrebbe avvenire però nei modi e nei tempi giusti e non essere protratto troppo oltre addirittura ritardando l'introduzione di altri tipi di alimenti verso un'alimentazione varia e possibilmente "sana". Teniamo poi in debita considerazione la presenza di zuccheri nel latte materno che richiederebbero una igiene orale almeno "grossolana" in assenza dei dentini ma che diventa indispensabile una volta che i primi denti da latte cominciano a spuntare. Molto importante è porre attenzione il più presto possibile a quelle che vengono definite le "oral habits" che, se non corrette, sono in grado di condizionare negativamente lo sviluppo del cavo orale. Il riferimento è all'uso del ciuccio o del biberon oltre i tempi accettabili, alla respirazione orale, alla presenza di frenuli patologici, alla valutazione della modalità di deglutizione, etc..

Una corretta e fisiologica respirazione è senz'altro alla base di un ottimale sviluppo fisico e intellettivo del bambino; invece una respirazione orale determina spesso tanti problemi di crescita delle strutture del cavo orale, sia direttamente che indirettamente, condizionando anche il movimento della lingua nell'atto della deglutizione senza contare l'influenza negativa che una respirazione non corretta ha sul sonno del bambino. Non sempre è facile distinguere se il problema sia prevalentemente di tipo otorino o ortodontico e quindi si richiede di frequente una valutazione multidisciplinare, necessaria in questi casi per garantire un migliore e più efficace approccio terapeutico al problema. Molto importante è anche il rilevamento di un frenulo patologico e la programmazione dell'eventuale intervento. Il frenulo linguale corto è quello che più spesso viene precocemente diagnosticato e trattato. In tempi non lontanissimi erano addirittura le ostetriche che intervenivano con modalità "empiriche" ma efficaci e risolvevano il problema già in sala parto. Comunque, anche oggi è necessario affrontare molto precocemente questa situazione e l'uso del laser ha consentito frenulectomie decisamente poco invasive e meglio accettate dai piccoli pazienti. L'intervento sul frenulo labiale superiore patologico, invece, tranne che in casi particolari, può essere rinviato fino al completamento della permuta.

La prevenzione della carie sin dai primi momenti di vita influisce anch'essa sulla prevenzione ortodontica in quanto la perdita precoce dei denti decidui è in grado di creare squilibri di crescita e di sviluppo del cavo orale, condizionando il corretto posizionamento dei denti permanenti che eromperanno in epoca successiva. In tal senso è opportuno instaurare un corretto uso del fluoro che, come oramai stabilito dalla comunità scientifica, esprime tutta la sua funzione positiva nell'applicazione topica e non sistemica, riservando questa somministrazione a casi veramente selezionati.

Nel periodo 0-71 mesi di vita del bambino, questo è forse l'aspetto più importante, un clinico attento può già prevedere lo sviluppo di malocclusioni future; se anche a questa età non è il momento di incominciare terapie, è però possibile cominciare a informare le famiglie circa la possibile evoluzione della patologia e sul timing più vantaggioso di intervento. Tutti questi concetti hanno trovato una sintesi in un volume, "La Prevenzione Ortodontica in età prescolare", nato dalla collaborazione tra la Scuola di specializzazione dell'Università dell'Aquila, diretta dal Prof. Giuseppe Marzo, e l'Istituto Stomatologico Italiano di Milano ove Luigi Paglia è responsabile della Divisione Materno-infantile. A questa opera hanno collaborato altri importanti esperti della materia: il Prof. Vincenzo Quinzi, ricercatore dell'Università degli Studi dell'Aquila, la Prof.ssa Sabina Saccomanno, professoressa a contratto nella stessa scuola di specializzazione, i Dottori Niccolò Carugo, Sara Colombo e Michela Paglia, specializzandi nell'Università dell'Aquila. Fermo restando insostituibile il ruolo del pediatra nella gestione della salute a 360° del bambino, questo testo nasce con l'intento di trasmettere direttamente alle famiglie questi importanti concetti per renderle direttamente consapevoli dell'importanza di una prevenzione precoce. Per questo motivo è stata utilizzata una terminologia a metà strada tra lo scientifico e il divulgativo.

In conclusione, la convinzione è che la conoscenza del problema sia il primo momento di prevenzione e di avvio alla terapia.

L'equipe odontoiatrica è necessaria per il trattamento del piccolo paziente

Michela Paglia, specialista in Ortodonzia, specializzanda in Odontoiatria Pediatrica Università degli Studi dell'Aquila

©Kzenon/Shutterstock

Negli ultimi decenni l'odontoiatria pediatrica ha avuto un grande sviluppo che è stato favorito da diversi fattori. In primo luogo è stata compresa l'importanza della cura degli elementi decidui che precedentemente erano ritenuti "sacrificabili": lo studio della crescita cranio facciale e occlusale hanno evidenziato invece la fondamentale importanza della conservazione e integrità della dentatura primaria.

Alcune situazioni che rendevano difficoltosa la cura nei più piccoli sono state facilitate dall'evoluzione tecnologica, basti pensare all'impronta digitale, o all'evoluzione dei materiali dentari che ha reso la cura dei denti decidui più prevedibile anche in situazioni di scarsa o limitata collaborazione del paziente.

I genitori dei piccoli pazienti sono molto più informati, hanno finalmente compreso l' importanza della prevenzione e se correttamente guidati e informati sono disposti a seguire le nostre indicazioni.

Inoltre sono state istituite le scuole di specializzazione in Odontoiatria Pediatrica, a testimoniare la complessità della materia, che formano odontoiatri competenti nella cura dei più piccoli.

La sfida per noi dentisti è grande, curare i più piccoli vuol dire occuparsi anche della gestione della famiglia del bambino e perché ciò possa essere fatto al meglio è fondamentale la presenza un'equipe affiatata e competente: da soli si sarebbe sconfitti in partenza.

La percezione che il paziente e la sua famiglia hanno dello studio o clinica odontoiatrica parte dal primo contatto che di solito è telefonico. È fondamentale che chi risponde, di solito la segretario o un'assistente, cerchi di capire il motivo dell'appuntamento, se il bambino ha dolore, se è la prima visita e diano informazioni precise ed esaustive: ciò farà sentire chi chiama in buone mani.

Durante la prima visita è importante sottolineare l'importanza della presenza del genitore per firmare i consensi per le cure, la privacy e l' anamnesi del bambino e se fossero necessari approfondimenti diagnostici medici legalmente solo i tutori possono autorizzarli.

Il primo ingresso del paziente e dei genitori nell'ambiente odontoiatrico avviene di solito in sala di attesa, dove vengono spesso accolti dall'assistente o dal personale di segreteria: questo è un momento fondamentale, l'ambiente e il personale devono essere accoglienti, far sentire a proprio agio il più piccolo e dare informazioni utili e corrette. I bambini, ma anche molti adulti, si innervosiscono molto ad aspettare: ci deve essere una giusta programmazione degli appuntamenti, è chiaro che ci possono essere urgenze, ma devono essere un eccezione, non la regola, ed è buona norma spiegarle al paziente e se possibile avvertirlo precedentemente.

La prima visita è sicuramente un momento molto importante e dovrebbe sempre essere eseguita da un odontoiatra esperto. È necessario ritagliare il tempo corretto per la prima visita, che è spesso un momento di dialogo e confronto, per dare a noi odontoiatri la possibilità di inquadrare la famiglia, il bambino e la problematica dentale, per il piccolo paziente che avrà modo di vedere l'ambiente operativo e conoscere la poltrona odontoiatrica e alcuni strumenti e per i genitori che devono aver tempo di spiegare le problematiche e capire il piano di trattamento. È fondamentale la presenza di assistenti empatiche e competenti: riescono a intrattenere i più piccoli e ripetere informazioni inizialmente non recepite del tutto dalla famiglia.

A seconda della problematica del paziente diverse figure odontoiatriche collaboreranno fra di loro: l'igienista, l'ortodontista, il chirurgo orale e naturalmente l'odontoiatra pediatrico. Ciò va spiegato bene al bambino e ai suoi genitori che spesso preferiscono affidarsi a una sola figura, ma solo suddividendo i compiti si può avere la competenza di curare al meglio i più piccoli.

L'odontoiatra pediatrico eseguirà le cure necessarie, cercando nel contempo di individuare le abitudini del paziente per impostare un programma di igiene orale e di prevenzione.

L' igienista dentale può essere di grande aiuto nella gestione dei controlli dei pazienti: solo attraverso controlli periodici e rinforzi positivi si può cambiare in meglio l'igiene orale quotidiana.

I piccoli pazienti vengono inviati all'ortodontista perché valuti che la crescita scheletrica e dentale stia progredendo nel migliore dei modi o se è opportuno intervenire attraverso apparecchiature. In alcuni casi particolari sarà necessaria la collaborazione di un chirurgo orale per affrontare estrazioni complesse o enucleazioni di lesioni cistiche.

La cura dei piccoli pazienti è complessa, per lavorare al meglio è necessario unire le competenze di diverse figure, odontoiatri, assistenti e personale di segreteria: solo lavorando come una squadra è possibile ottenere ottimi risultati duraturi nel tempo.

Collaborazione del piccolo paziente: una sfida sempre aperta

Sara R. Arcari, odontoiatra libera professionista a Crema e Milano

La gestione del comportamento del piccolo paziente è un'arte oltre che una scienza, è la "conditio sine qua non" per portare a termine un trattamento odontoiatrico. Si può essere i migliori professionisti dal punto di vista tecnico nel riprodurre, ad esempio, le cuspidi dei molari decidui, ma le capacità operative poco contano se non si è ottenuta la collaborazione del bambino.

La sensibilità e la paura del paziente pediatrico nei confronti dell'intervento odontoiatrico possono alle volte essere talmente importanti da ostacolare la terapia. Diversi studi hanno messo in luce come la percentuale di bambini che presenta ansia da trattamento odontoiatrico sia molto elevata e aumenti al diminuire dell'età. Ciò purtroppo significa maggior negligenza nella cura della propria salute orale nell'età adulta.

Far vivere un'esperienza positiva in età pediatrica è quindi fondamentale e si traduce, in primis, in un'adeguata comunicazione da parte dell'odontoiatra, coinvolgendo i più piccoli in un gioco: ad esempio risulta utile far prendere sembianze di personaggi magici ai nostri strumenti di lavoro. Via libera alla creatività e alla fantasia, focalizzandosi sul singolo paziente. Il dentista che si prende cura dei bambini è un valido psicologo, capace di trasformarsi per l'occasione in un super-eroe, i cui super-poteri sono gli strumenti che lo circondano. Tutto il team odontoiatrico è idoneamente formato e ben predisposto all'accoglienza dei bambini e dei loro "caregivers". L'ambiente odontoiatrico gioca anch'esso un ruolo importante: disegni alle pareti, un'area riservata ai piccoli, camici da lavoro colorati, strumenti audiovisivi, sono tutti dettagli importanti che aiutano a ben predisporre il bambino alla seduta odontoiatrica e a ottenere una maggior collaborazione. Il piccolo paziente si sente così in un luogo accogliente e familiare: le tracce di memoria impresse da esperienze positive devono accompagnare l'incontro del bambino con l'odontoiatra, in modo da creare un imprinting favorevole, e nuove generazioni libere dalla paura del dentista.

Le tecniche di gestione del comportamento sono quindi fondamentali e il professionista ricorre a quelle che gli sono più congeniali e che giudica le migliori per quel particolare bambino, al fine di ottenere complicità e fiducia. La tecnica tell-show-do si attesta ancora oggi come la più utilizzata e apprezzata dagli odontoiatri, oltre che dai genitori. Questi ultimi sono importantissimi, in quanto punto di riferimento nella vita di ogni bambino; la ricerca scientifica ha dimostrato ampiamente come l'ansia sia trasmissibile alla prole, ragione per cui è opportuno istruire i genitori sul comportamento da tenere in ambiente odontoiatrico. Devono essere complici dell'odontoiatra nel creare un'adeguata "coscienza odontoiatrica" nel proprio figlio, libero di vivere serenamente la propria esperienza, senza la paura e l'ansia che possono avere i suoi genitori. I cambiamenti nella società avvenuti negli ultimi decenni hanno evidenziato come i genitori siano più inclini ad accettare misure "delicate" per gestire il comportamento dei propri figli, con un netto rifiuto per i metodi coercitivi appartenuti al passato. Tra le tecniche gradite, una menzione speciale merita l'analgesia relativa secondo Langa, ovvero un'eccellente tecnica "dolce" di gestione del comportamento dove il paziente, cosciente e più collaborante, inala una miscela gassosa composta da alte percentuali di ossigeno e basse percentuali di protossido d'azoto. Il risultato è una buona ansiolisi e una blanda analgesia, centrando due degli obiettivi principali ricercati nel trattare i piccoli pazienti. Ottima la sinergia con l'anestetico locale, qualora sia necessario al trattamento.

Non esiste in realtà una ricetta adattabile a tutti i piccoli pazienti! Tuttavia, la "sedazione psicologica" è un elemento basilare per ottenere collaborazione, e la si attua con pazienza, comunicazione idonea, empatia, sorrisi, disponibilità, linguaggio verbale e non verbale.

La sfida, in odontoiatria pediatrica, si vince avendo cura dell'emotività dei piccoli pazienti: prima il paziente, poi i suoi dentini!

Immagine per gentile concessione di Clinical Dental Q, Ponte delle Alpi (BL)

ECC un flagello che possiamo combattere

Sara Colombo, medico odontoiatra libero professionista a Milano, specializzanda in Ortognatodonzia all'Università degli Studi dell'Aquila

Il termine Early Childhood Caries (ECC) indica la carie della prima dentatura, in bambini al di sotto dei sei anni di età. L'America Academy of Pediatric Dentistry definisce questa malattia come la presenza di almeno una superfice dentale cariata (cavitata o non cavitata), persa od otturata (per carie) in bambini di età inferiore ai 71 mesi (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016).

All'interno di questa definizione si evidenzia una forma severa (S-ECC), comunemente chiamata "Sindrome da biberon", caratterizzata da carie sulla superficie liscia in un soggetto di età inferiore ai 3 anni, una o più superfici lisce cavitate, otturate o mancanti (a causa di carie) nel gruppo frontale superiore oppure indice dmfs ≥ 4 a 3 anni, dmfs ≥ 5 a 4 anni o dmfs ≥ 6 a 5anni. In qualità di malattia infettiva e quindi con patogenesi microbiologica, si può ragionevolmente ipotizzare di bloccare la malattia stessa tramite la prevenzione, che vede la sua massima espressione ed efficacia nei primi anni di vita del bambino e anche prima. In Italia la prevalenza di ECC è del 3% nei bambini sotto i 2 anni di età, del 6% nei bambini di 3 anni, del 15% nei bambini di 4-5 anni, fino al 44% nei ragazzini di 12 anni.

Manifestazione clinica

Clinicamente il primo segno di manifestazione della malattia sono delle macchie bianco-giallastre sulla superficie vestibolare della dentatura superiore, molto vicine al margine gengivale. Queste lesioni non cavitate progrediscono in tempi brevi a causa dello spessore esiguo di smalto deciduo, formando una lesione cavitata.

La sindrome da ECC si manifesta nelle sue prime fasi come demineralizzazioni degli incisivi superiori, andando poi a intaccare la dentatura nell'ordine di eruzione: primi molari decidui, canini e secondi molari. Spesso i denti coinvolti da carie si fratturano, a volte anche prima che altri denti vengano coinvolti dal processo carioso.

Prevenzione

Diverse sono le modalità di prevenzione della malattia cariosa, distribuibili sostanzialmente su tre livelli: comunitario, domiciliare e professionale, che si pongono questi obiettivi:

- prevenire o eliminare la colonizzazione di SM dal cavo orale dei bambini intervenendo sulla salute orale delle mamme stesse;
- ridurre il potere cariogeno della dieta del bambino limitando il consumo di zuccheri;
- aumentare la resistenza degli elementi dentari con applicazioni topiche di fluoro;
- prima visita dall'odontoiatra pediatrico entro il primo anno.

Protocolli operativi nei pz 0-5 anni affetti da ECC

In seguito alla prima visita conoscitiva e alla diagnosi di ECC, e quindi catalogato il pz come "alto rischio carie", così si procede:

1. consigli su dieta alimentare (allattamento al seno prolungato dopo i due anni, spuntini, bibite zuccherate);
2. motivazione all'igiene orale domiciliare e istruzioni all'igiene orale (spazzolamento almeno due volte al giorno e utilizzo di dentifricio al fluoro per bambino).

Attuare delle misure aggiuntive di trattamento:

- igiene orale professionale: necessaria la collaborazione del paziente;
- vernici al fluoro (da 7.000 ppm a 22.600 ppm): trattamento professionale di solo uso ambulatoriale. Il trattamento nei pazienti ad elevato rischio carie è ogni 3 mesi (ogni 6 per rischio "moderato");
- gel al fluoro professionale (12.500 ppm): l'utilizzo di gel al fluoro è raccomandabile in individui sopra i 6 anni di età per il pericolo di ingestione. Il trattamento nei pazienti ad elevato rischio carie è ogni 3 mesi (ogni 6 per rischio "moderato");
- gel al fluoro domiciliare (12.500 ppm): vale quanto detto sopra. È indispensabile un'attenta collaborazione dei genitori. La frequenza di applicazione è di una volta alla settimana.

3. Controlli periodici personalizzati ogni 3 mesi per rischio carie elevato, 4/6 per rischio moderato. Utili per rinforzare le istruzioni di igiene orale, monitorare costantemente il livello di rischio di carie e il suo variare nel corso del tempo, rivalutare il piano di trattamento e attuare misure di prevenzione.

Manifestazioni cliniche di diversi stadi di ECC (courtesy of M. Beretta).

Le Cuffiette di Gio

Cuffiette che passione!

Quando il professionista dentale è attento all'interesse del paziente a 360°, si preoccupa anche di un'oculata scelta del design della cuffia, soprattutto quando si tratta di odontoiatria pediatrica. Una fantasia simpatica, che si abbini bene al resto dell'abbigliamento o ai colori dello studio, può diventare un gradevole pretesto di conversazione per creare empatia con il paziente e metterlo a proprio agio, prima e durante la seduta.

La nostra è una produzione artigianale, che offre qualità, personalizzazione ed eleganza, con un catalogo ricco e vario che va dalle fantasie classiche ai motivi più vivaci con simpatici animali, oppure ispirate ai cartoons e alle serie tv.

Sulla qualità non c'è margine di discussione

Portiamo avanti questo credo da sempre, tanto che nel 2019 abbiamo deciso di iniziare a produrre i nostri tessuti con i nostri design e nel 2022 abbiamo conseguito la certificazione Ethic-et rilasciata dall'Associazione Tessile e Salute. Il marchio Ethic-et certifica che i prodotti e i processi aziendali di tutta la filiera sono chimicamente sicuri per il consumatore e sostenibili sotto il profilo ecologico e ambientale.

Perché tanta attenzione a sicurezza chimica e sostenibilità? Perché abbiamo imparato che la maggior parte del tessile nasce in parti del mondo in cui il concetto di sicurezza chimica è decisamente labile e l'etica del lavoro è spesso un concetto sconosciuto, che i tessuti possono percorrere centinaia di migliaia di chilometri con enormi emissioni di CO_2 e stazionare in depositi per mesi prima di arrivare al cliente finale. Noi volevamo differenziarci da questo paradigma.

Le nostre stoffe nascono a Prato e ci arrivano fresche di stampa, vengono lavate (come tradizionalmente si fa in sartoria per garantire che il tessuto non stringa al primo lavaggio) tagliate e cucite all'ordine del cliente.

Taglie personalizzate

Ognuno di noi ha esigenze e preferenze diverse per il taglio dei jeans, per le scarpe, per le giacche, perché non dovrebbe essere così anche per le cuffie? Se ogni marchio ha il suo tratto distintivo in fatto di vestibilità, il nostro è la possibilità di personalizzare completamente la taglia. Consigliamo sempre di partire da una taglia standard e poi personalizzarla secondo le esigenze. Contattateci per saperne di più info@lecuffiettedigio.com.

Le Cuffiette di Gio

le cuffiette di Gio

- cuffiette&accessori per personale sanitario
- cuffiette personalizzate per studi medici
- cuffiette brandizzate per aziende
- filiera completamente italiana
- produzione ecosostenibile e certificata ethic·et
- sterilizzabili in autoclave
- solo puro cotone 100%

Un catalogo vastissimo di design e colori per soddisfare tutti i gusti e le esigenze, dalle fantasie più classiche stile cravatta alle più spiritose, ciascuno può trovare il migliore abbinamento con la propria casacca.

La personalizzazione è il nostro punto di forza: contattateci e saremo felici di guidarvi nella creazione di un look esclusivo per il vostro studio, o di un gadget di qualità eccezionale per la vostra azienda.

info@lecuffiettedigio.com

Adv