




DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition 

Gennaio 2017 - anno XIII n. 1

www.dental-tribune.com




R. & D. DEPARTMENT

PRESENTS

THE BRAND NEW ESACROM

"USER FRIENDLY" SURGERY TECHNIQUES

'GONDOLINO' & 'ELITTICAL'




THE ULTIMATE "ZERO" LEARNING CURVE

DR. MOZZATI'S KIT

ULTRASONIC

PREPARATION OF IMPLANT SITE

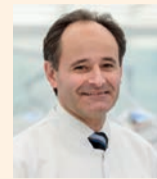


www.esacrom.com

ATTUALITÀ

L'uso di antibiotici nel trattamento della parodontite potrebbe essere ridotto, secondo i ricercatori

I partecipanti allo studio sono stati trattati con debridement meccanico, metà di loro ha ricevuto in associazione una terapia antibiotica e l'altra metà un placebo.



pagina 14

Addio a Franco Tosco

Sociologo del management odontoiatrico

P. Gatto, m.boc

Venerdì 25 novembre, in un tragico incidente stradale è mancato il prof. Franco Tosco (in foto); 71 anni, intellettuale d'eccellenza e cofondatore nel 1992 della Lessicom srl, era un pioniere del management sanitario e odontoiatrico. Centinaia di studi odontoiatrici gli hanno reso omaggio sui social quale "maestro di organizzazione e comunicazione".



> pagina 2



TePe
Il tuo partner per la pulizia interdentale



RUBRICA MEDICINA ORALE

Menopausa e BMS 8

MEETING & CONGRESSI

Intervista a Denis Cecchinato 21

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 23

Una formazione alimentare mirata

Per rendere servizio ai pazienti e all'odontoiatria

L. Speciani

Presto il primo vaccino dentale

per combattere la parodontite cronica

Melbourne, Australia – Dopo aver studiato negli ultimi 15 anni lo sviluppo di un vaccino per la parodontite cronica, un team di scienziati della Oral Health CRC presso l'Università di Melbourne ha pubblicato la sua ultima scoperta.

> pagina 3



Il corpo è uno

Da quando la riforma della medicina ha separato i percorsi formativi di medici e odontoiatri (riforma al tempo contestata da molti medici dentisti e tuttora talvolta criticata) si è creato un apparente distacco tra cure odontoiatriche e cure mediche in genere, che a livello scientifico non ha ragion d'essere. La medicina è una e le specializzazioni dovrebbero esistere per approfondire aspetti gravi e straordinari inerenti un particolare apparato. Ma le cure ordinarie, anche dei singoli organi e apparati, dovrebbero essere affidate a medici in grado di integrare le informazioni sanitarie provenienti da ogni campo, in particolare valorizzando gli aspetti connessi a nutrizione, movimento fisico, stile di vita. Il campo odontoiatrico, al pari degli altri, non fa eccezione. O il dentista impara a gestire il problema odontoiatrico tenendo conto degli aspetti neurologici, endocrinologici, immunitari, nutrizionali, psicologici oppure si troverà a gestire pezzi separati del paziente senza mai puntare a una completa risoluzione del problema.

> pagina 9

RIVOLUZIONARIA – UNA PER TUTTO!

- SOTTO- E SOPRAGENGIVALE
- TRATTAMENTI PARODONTALI E PERI-IMPLANTARI
- DELICATA E CONFORTEVOLE



UNA COMBINAZIONE IMBATTIBILE!

Saresti interessato a ricevere alcuni lavori scientifici e maggiori informazioni sull'AIR-FLOW®? Se sì, inviate una mail: dental@ems-italia.it



WWW.EMS-DENTAL.COM

Addio a Franco Tosco, sociologo del management odontoiatrico



Il professor Franco Tosco.

< pagina 1

Laureato in sociologia, specialista in Sociologia della cultura e dei mass-media, ha svolto tra il 2004 e il 2007 a Trieste il suo primo incarico di professore a contratto come docente di Organizzazione degli studi odontoiatrici per gli studenti di Odontoiatria. In qualità di consulente insegnava già negli anni '90 la riorganizzazione, l'informatizzazione, la comunicazione nelle strutture sanitarie private (in particolare negli studi dentali), anticipando i tempi di quella che oggi è considerata materia fondamentale: il management dello studio odontoiatrico. Appassionato di ricerca sociologica, Tosco ha dedicato tutta la vita al suo lavoro, vissuto come una missione, che conduceva con burbera professionalità, serietà indiscussa e un sorriso temperato da sottile ironia. Moderno

maestro della comunicazione, di cui studiava strumenti, tempi e metodi, indirizzava clienti e studenti verso una nuova metodologia di lavoro. Suoi "cavalli di battaglia": il controllo di gestione, la comunicazione nel team, l'organizzazione delle risorse umane, l'eliminazione dei micro-conflitti, il finanziamento dello studio, la consumer's satisfaction, l'impostazione di obiettivi, la comunicazione ai pazienti con strumenti informatici più avanzati, l'analisi dei dati partendo dai preventivi, senza mai perdere di vista i principi basilari della deontologia medica. Tutto questo da quasi 25 anni, contribuendo in modo sostanziale al successo di molte strutture sanitarie; come dire: la cultura umanistica a servizio della salute. Autore di pubblicazioni, relatore in molti congressi di odontoiatria, curò il volume *Fare il dentista*

è un'impresa, edito nel 2010 da Tueor Servizi, da lui definito «un'antologia per prendere coscienza della propria attività imprenditoriale». Maestro soprattutto di una filosofia in evoluzione, adeguata ai tempi e supportata dalla statistica e dall'analisi di dati concreti (non solo da mere teorie), Tosco lascia al mondo dell'odontoiatria italiana un'importante eredità intellettuale. Chi ha avuto la fortuna di lavorare con lui potrà proseguire su un percorso ben segnalato, perché il suo insegnamento rimarrà bussola per il futuro, al quale sempre guardava, con *aplomb* sabaudo e un calore umano, insostituibile. Lo staff di Tueor Servizi e di *Dental Tribune* esprime sincere condoglianze alla famiglia, ai soci, ai colleghi e agli allievi.

P. Gatto, m.boc

Fausto Fiorile nuovo presidente AIO vice Eleonora Cardamone: ecco il team

Ordinisti, donne, giovani: AIO (Associazione Italiana Odontoiatri) rinnova l'esecutivo e si lancia verso il futuro. Sabato 3 dicembre, subito dopo il VI Congresso nazionale, si sono svolte a Roma le elezioni per il rinnovo del Consiglio di presidenza nazionale AIO e degli altri organi statutari nazionali. Per l'Esecutivo nazionale, è risultato eletto come presidente Fausto Fiorile, presidente CAO Trento e mano principale tra quelle che hanno redatto

la carta dei valori AIO. Trentino, ortodontista, Fiorile succede a Pierluigi Delogu. Vicepresidente è Eleonora Cardamone già responsabile comunicazione AIO Roma; segretario sindacale è Gaetano Memeo, di Bari, proveniente da AIO giovani; tesoriere è Vincenzo Macri di Torino; e segretario culturale Denis Poletto di Pordenone. Nel Consiglio di presidenza sono risultati inoltre eletti: Francesca Ambrogio, Salvatore Cagiola, Stefano Colasanto, Pasquale Comentale,

Evelina Ferrari, Enrico Lai, Graziano Langone e Andrea Monni. Nel Collegio dei revisori dei conti sono stati eletti Pierluigi Martini, Marzia Segù e Sebastiano Rosa. Nel Collegio probiviri, membri effettivi saranno Giulio Del Mastro (Presidente), Generoso Del Piano, Giovanni Migliano, Marcello Masala e Salvatore Rampulla; membri supplenti Fausto Armenio e Mario Marrone.

Ufficio stampa AIO

Il "punto" di Renzo

sul rapporto con altre istituzioni sanitarie e sui problemi dell'odontoiatria

Nell'appuntamento promosso a Roma dalla CAO nazionale, cui hanno partecipato CAO provinciali da tutta Italia (1-3 dicembre), sono stati esaminati vari temi in gruppi di lavoro e in assemblea. Il presidente nazionale Giuseppe Renzo in un'intervista fa il punto del percorso avviato dalla CAO, destinato peraltro a continuare «nel segno della deontologia, dell'etica e dei valori fondanti della professione». Riassumendo le principali indicazioni emerse dall'intervista, e dopo aver sottolineato il continuo progresso del riconoscimento della rappresentanza e della rappresentatività della professione odontoiatrica in tutti gli ambiti istituzionali, Renzo dà atto alla componente medica di averlo condiviso, avendo compreso che «era venuto il tempo dell'auto-determinazione» e, quindi, della responsabile scrittura delle regole. Nell'ENPAM, a livello di legge e di statuto, i rappresentanti degli odontoiatri sono ormai inseriti in tutti gli organi collegiali – annota – e soprat-

tutto sono eletti dai loro colleghi. Un traguardo "storico", indice della capacità di una professione «di farsi valere anche in condizioni a volte non particolarmente facili». Per non citare il fatto che «la professione odontoiatrica e i suoi rappresentanti sono ormai interlocutori diretti delle istituzioni, riconosciuti come punto di riferimento sui problemi di salute orale dei cittadini». Ricorda innanzitutto di essere stato, quale presidente CAO nazionale, convocato in audizione in Senato per essere ascoltato sulle prestazioni odontoiatriche nei LEA, ma il pensiero va ad altri confronti futuri e "inevitabili": le autorizzazioni per l'apertura degli studi odontoiatrici, l'approvazione della riforma dell'art. 348 CP (esercizio abusivo della professione), la correttezza dei messaggi pubblicitari, un tema che non riguarda certo solo gli odontoiatri e che merita una soluzione "politica" «non per difendere la cosiddetta corporazione – sottolinea – ma per garantire la salute del citta-

dino». «Saremo proponenti e attenti "facilitatori" di iniziative e incontri tra tutti i soggetti interessati – proclama – con quel senso di eticità e di terzietà che è patrimonio dei rappresentanti istituzionali della professione e dei portatori di interessi legittimi». Parlando delle "prossime azioni" CAO, il presidente si sofferma sugli aspetti economici dell'odontoiatria, «perché attraverso la loro attività professionale gli odontoiatri sono il volano di un settore sanitario importante; non meno di 300 mila persone – azzarda – trovano direttamente e/o indirettamente riscontro». Ribadita quindi l'opportunità di trovare elementi di collaborazione con tutti i riferimenti degli odontoiatri: accademia, società scientifiche, associazioni, «con i quali tutti aprire un'altra stagione di confronto fattivo e senza preconcetti», Renzo non dimentica tuttavia altri importanti soggetti: «Filiere del dentale, studenti dei corsi di laurea, igienisti dentali, assistenti alla poltrona e anche odontotecnici». Con

questi ultimi si dice convinto che nella grande maggioranza dei casi il rapporto sia corretto, riaffermando tuttavia «che occorre l'assoluto rispetto degli ambiti di competenza che non consentono a norma di legge a questi tecnici di intervenire direttamente sul paziente non essendo investiti di alcun ruolo sanitario». «Nessuno intende negare l'opportunità di un miglioramento culturale nel percorso formativo degli odontotecnici – ammette – ma occorre comprendere che il loro ruolo, di grande importanza, è quello tecnico di predisposizione, su indicazione dell'odontoiatra... che se ne fa garante». In chiusura, una "frecciata", ma anche un invito al dialogo: «Dopo l'ennesimo stop a quelle fughe in avanti tentate dai soliti noti – riferimento, peraltro, non per niente casuale (nda) – va ripreso un filo di discussione con interlocutori non compromessi, rappresentanti della parte maggioritaria della categoria».

m.boc

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830
CLINICAL EDITORS
Magda Wojtkiewicz; Nathalie Schüller
ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER - Claudia Duschek
EDITORS - Kristin Hübner; Yvonne Bachmann
MANAGING EDITOR & HEAD OF DTI COMMUNICATION SERVICES
Marc Chalupsky
JUNIOR PR EDITOR - Brendan Day
COPY EDITORS - Hans Motschmann; Sabrina Raaff

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek
PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho
JUNIOR PROJECT MANAGER ONLINE - Hannes Kuschick
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION DIRECTOR TRIBUNE CME - Christiane Ferret
TRIBUNE CME & CROIXTURE PROJECT MANAGER ONLINE
Sarah Schubert
MARKETING SERVICES - Nadine Dehmel
SALES SERVICES - Nicole André
ACCOUNTING SERVICES
Anja Maywald; Karen Hamatschek; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Antje Kahnt (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Maria Kaiser (North America); Hélène Carpentier (Europe); Barbora Solorova (Eastern Europe)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger
INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD
Dr Nasser Barghi, USA - Ceramics
Dr Karl Behr, Germany - Endodontics
Dr George Freedman, Canada - Aesthetics
Dr Howard Glazer, USA - Cariology
Prof Dr I. Krejci, Switzerland - Conservative Dentistry
Dr Edward Lynch, Ireland - Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel - Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany - Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria - Function
Dr Marius Steigmann, Germany - Implantology

©2017, Dental Tribune International GmbH.
All rights reserved.

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

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
c/o Yonto Risio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan, Kowloon, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 7185

Anno XIII Numero 1, Gennaio 2017

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]

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, M. Del Corso,
L. Grivet Brancot, R. Kornblit, C. Mazza, G.M. Nardi,
G. Olivvi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco,
A. Trisoglio

CONTRIBUTI
P. Gatto, L. Grivet Brancot, R. Longhin,
C.M. Rodighiero, L. Speciani, M. Stuart, M. Tonini

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)

DESIGN MANAGER - Angiolina Puglia

STAMPA
Del Gallo Editori DGE Green Printing srl
Via Tornitori 7 - 06049 Spoleto (PG) - IT

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ
Alessia Murari [alessia.murari@tueorservizi.it]
Stefania Dibitonto [s.dibitonto@dental-tribune.com]

UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 | Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00



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.

Presto il primo vaccino dentale per combattere la parodontite cronica

Un nuovo vaccino potrebbe presto aiutare le persone che soffrono di parodontite cronica. Il vaccino ha l'obiettivo di stimolare la risposta immunitaria del corpo, neutralizzando così le tossine distruttive degli agenti patogeni parodontali (Fotografia: William Ju/Shutterstock).

< pagina 1

I risultati, finora promettenti, sembrano portare verso un vaccino che potrà ridurre la necessità di un intervento chirurgico e di antibiotici per i pazienti con grave malattia parodontale. Secondo i ricercatori, gli studi clinici potrebbero iniziare presumibilmente nel 2018 su pazienti affetti da parodontite.

«La parodontite è una malattia estremamente diffusa e distruttiva. Siamo fiduciosi che questo vaccino possa migliorare la qualità della vita di milioni di persone», ha dichiarato il prof. Eric Reynolds, CEO della Oral Health CRC. Sviluppato in collaborazione con la società australiana biofarmaceutica CSL Limited, il vaccino agisce sugli enzimi prodotti dal batterio *Porphyromonas gingivalis*, uno dei principali agenti patogeni parodontali, innescando così una risposta immunitaria. Secondo i ricercatori, questa risposta è in grado di produrre anticorpi che neutralizzano le tossine distruttive dell'elemento patogeno.

Attualmente, secondo Reynolds, la parodontite è trattata rimuovendo manualmente la placca tossica che si accumula tra il dente e la gengiva, a volte bisogna però fare ricorso a un intervento chirurgico o a un ciclo di antibiotici. Sebbene queste misure siano utili, in molti casi il batterio si ristabilisce nella placca dentale, e si genera dunque uno squilibrio microbiologico che fa sì che la malattia persista.

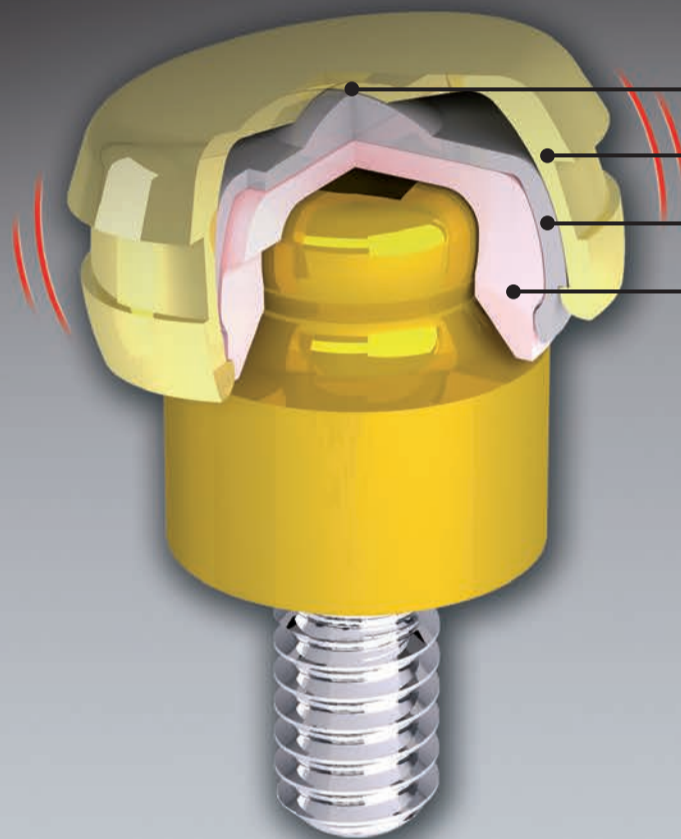
Indagini epidemiologiche indicano che forme di parodontite da moderata a grave colpiscono circa un adulto su tre in tutto il mondo. Se non trattata, questa condizione può provocare distruzione del tessuto gengivale e infine perdita dei denti. Differenti studi hanno inoltre collegato la malattia parodontale a un aumento del rischio per diversi aspetti legati alla salute, tra cui malattie cardiovascolari, alcuni tipi di cancro, parto pretermine e demenza. Se introdotto nella pratica clinica, un vaccino efficace per la parodontite cronica potrebbe pertanto contribuire a ridurre il peso complessivo di queste malattie altrettanto diffuse.

I risultati dello studio sono stati pubblicati sulla rivista *NPJ Vaccines journal* il 1° dicembre, in un articolo intitolato "A therapeutic *Porphyromonas gingivalis* gingipain vaccine induces neutralising IgG1 antibodies that protect against experimental periodontitis".



be smart

Il contenitore di cappette autoparallelizzante della linea Ot Equator



fulcro di rotazione

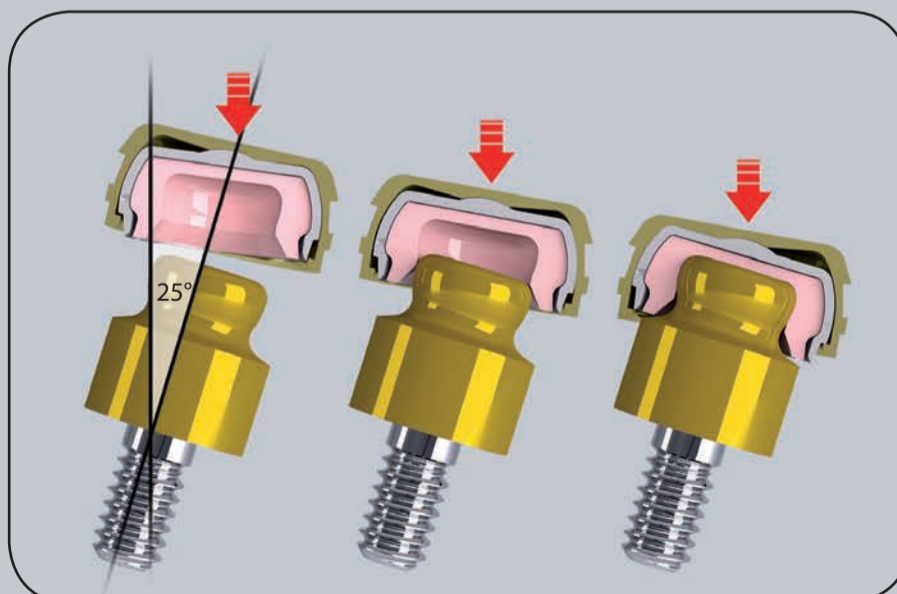
contenitore in titanio anodizzato

meccanismo basculante

cappetta ritentiva Ot Equator

**Inserzione
atraumatica**

**Corregge
disparallelismi
fino a 50°**



Via E.Zago 10/abc 40128 Bologna (Italy) Tel. +39 051244510

www.rhein83.com • info@rhein83.com

Reinventare la professione senza pensare al futuro come a “un passato già vissuto”

La fotografia dell'odontoiatria che cambia è un'immagine nitidissima a tutti i dentisti. Se la si confronta con quella di soli 20 anni fa, ci si rende immediatamente conto del radicarsi di nuove forme di esercizio professionale che lentamente stanno prendendo il sopravvento grazie al pesante ingresso del capitale nel mercato delle cure dei denti.

I grandi gruppi che gestiscono il mercato privato della salute hanno conquistato anche questo terreno come dimostrano le iniziative capitalistiche dei centri low cost, il sistema delle cure prefinanziate, la pubblicità dilagante, con cui il professionista tradizionale non sa competere. Sono terreni a lui sconosciuti, sono modelli operativi nuovi, difficili anche solo da capire per una categoria ancorata a schemi obsoleti e ad ottiche individualistiche, come ho avuto modo di commentare sul numero di novembre 2016 di *Dental Tribune*.

Qualche tentativo di affrancarsi da questa vecchia mentalità, per il vero, si riscontra tra gli ortodontisti. I più giovani si sono reinventati freelance, cercando nel loro piccolo di fare rete mantenendo una propria identità, ottimizzando l'organizza-

zione e abbattendo i costi per poter continuare a vivere di professione. La loro piccola metamorfosi è però poca cosa per contrastare le nuove idee del mercato. Un noto marchio ha iniziato a vendere direttamente al cliente le conosciutissime mascherine invisibili per raddrizzare i denti con metodo fai da te.

L'iniziativa può apparire una provocazione destinata al fallimento se non fosse che sono stati proprio i dentisti a preparare questo mercato. Essi da tempo hanno sposato questa tecnica di cura, accettando il ridimensionamento del loro ruolo professionale a quello di promotori commerciali, di controllori indiretti di strumenti della grande industria dei dispositivi invisibili. Sicuramente una grande novità, indiscutibilmente una nuova moda, ma soprattutto un piccolo business per quanti hanno lucrato marginalmente per qualche anno sull'opera dell'industria.

La grande industria, però, preparato e conquistato grazie a loro uno spazio sul mercato, sta elegantemente congedando i professionisti, suoi intermediari, e sdoganando il sorriso sicuro “fai da te”. Una proposta com-

merciale accattivante, ma tutt'altro che improvvisata. Raddrizzare i denti con allineatori trasparenti su misura che si adattano facilmente e sotto la cura di un dentista invisibile che prescrive e supervisiona il trattamento virtuale. Basta ordinare via mail un kit, acquistabile per pochi dollari, rilevare le impronte e tutto il resto giungerà al domicilio per consentire a chiunque di ottenere una bocca perfetta. Il tutto a un prezzo impossibile da praticare in un qualsiasi studio italiano. Questo già oggi.

Il prossimo futuro non è difficile da

immaginare se si pone attenzione agli scanner intraorali prossimamente accessibili con un semplice computer, alla disponibilità di diagnosi online, alla sovrabbondanza di professionisti di altri continenti le cui prestazioni costano infinitamente meno di quelle di casa nostra.

È la dura legge del mercato. Il commercio globale ha conquistato un nuovo settore che si affianca a quello dei tutori ortopedici, degli occhiali e a tutti quei dispositivi medici da tempo presenti sul mercato.

Era il 1993 quando gli ortodontisti faticavano a capire l'importanza

della direttiva 93/42/CEE, poi recepita nel decreto legislativo 46/1997 nel quale il legislatore italiano ha fissato le regole per il commerciante, per il fabbricante, per la messa in commercio dei dispositivi medici. Sono passati solo 20 anni e il mercato globale, in cui anche la salute è ormai considerata alla stregua di una merce, ha aggiunto una nuova tessera nel mosaico della professione odontoiatrica.

Gli odontoiatri stentano a capire l'immagine di questo mosaico che non colgono appieno, ma le sue sfumature sono però chiarissime: il mercato non ha infatti ideato la vendita del sorriso fai da te, ma ha sdoganato il trattamento ortodontico a distanza, ovvero le cure online. Ho sentito i dentisti scandalizzarsi e dichiarare di voler combattere il fenomeno. A costoro non posso che ripetere che per questa strada subiranno un declino sempre più incombente, almeno fino a quando non sapranno reinventare la loro professione senza però pensare al futuro dell'odontoiatria come un passato già vissuto.

Roberto Longhin, *Avvocato*



Le società tra professionisti (STP) per l'esercizio di attività odontoiatriche

Le società tra professionisti (nel seguito anche STP) sono state introdotte nel nostro ordinamento con l'articolo 10 della l. 12/11/2011, n. 183. Successivamente per la pratica attuazione della normativa è stato emanato il D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, portante il “Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10, comma 10, della legge 12 novembre 2011, n. 183”. In seguito, nessun'altra norma o circolare è stata emessa al riguardo. È di tutta evidenza, quin-

di, la mancanza di adeguate regole che disciplinano la materia.

Le STP possono essere costituite applicando i modelli societari regolati dai titoli V e VI del libro V del Codice Civile. Quindi possono costituirsi sotto forma di società in nome collettivo, in accomandita semplice, per azioni, a responsabilità limitata e società cooperative. Quali sono allora, nel campo odontoiatrico, le principali differenze tra le STP e i vari centri odontoiatrici o poliambulatori costituiti semplicemente sotto forma dei predetti mo-

delli societari? Le differenze, che andremo in seguito ad esaminare, sono molto limitate ed in alcuni casi penalizzanti. Sicuramente nelle STP non risulta l'obbligo della nomina del direttore sanitario e questo risulterà in molti casi l'unico, effettivo vantaggio. Inoltre la società tra professionisti può essere costituita per l'esercizio di più professioni.

Da qui scaturiscono le seguenti definizioni:

- società tra professionisti (o STP): è una società costituita secondo uno qualsiasi dei modelli societari consentiti che abbia a oggetto l'esercizio di una o più attività professionali;
- STP mono-disciplinare: è una società costituita come STP avente un oggetto sociale che prevede l'esercizio di una sola attività professionale;
- STP mono-disciplinare: è una società costituita come STP avente un oggetto sociale che prevede l'esercizio di una sola attività professionale.

Una disposizione particolarmente importante che caratterizza la STP è l'ammissione in qualità di soci dei soli professionisti iscritti a ordini, albi e collegi, ovvero soggetti non professionisti soltanto per prestazioni tecniche o per finalità di investimento. Il numero di soci professionisti e la loro partecipazione al capitale deve essere comunque tale da determinare la maggioranza di due terzi nella deliberazioni o decisioni dei soci. Al momento costituisce oggetto di dibattito, per mancanza di chiarimenti al riguardo, la possibilità di costituire STP nella forma di società unipersonale.

Si evidenzia inoltre che la partecipazione a una società è incompatibile con la partecipazione ad altra tra professionisti. Uno degli argomenti principali relativo alle STP riguarda la tipologia del reddito prodotto, che non è stata definita dal legislatore né nell'ambito dell'articolo 10 della legge n. 183/2011 né con il regolamento emanato con il D.M. 34/2013. Al riguardo si sono succedute varie interpretazioni; l'Agenzia delle Entrate, in risposta a interpello, ha tuttavia indicato che sono soggette alla disciplina legale del modello societario prescelto. Quindi il reddito prodotto assume la natura di reddito di impresa, con l'applicazione delle regole contabili previste per tale tipologia di reddito (contabilità per competenza). Appare quindi evidente che dal punto di vista fiscale non sussistono differenze tra STP e centri odontoiatrici costituiti semplicemente sotto forma societaria.

La presenza di società tra professionisti nel campo odontoiatrico è estremamente limitata. Si auspica quindi l'emanazione di nuove norme e chiarimenti che possano rendere effettivamente più conveniente lo svolgimento di attività professionale come STP.

Si ricorda comunque, in conclusione, che l'attività odontoiatrica svolta in forma collettiva può sempre essere esercitata con la creazione di specifici studi associati. In tal caso il reddito prodotto dall'associazione professionale assume la natura di reddito professionale, con l'applicazione delle regole contabili previste per tale tipologia di reddito (contabilità per cassa).

Maurizio Tonini, *dottore commercialista*



60 secondi per combattere l'ipersensibilità



PRIMA
Tubuli esposti

DOPO
Tubuli occlusi in
60 SECONDI
con **elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™**
dentifricio*

elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™
con Tecnologia **PRO-ARGIN™**

per un sollievo immediato e duraturo con **1 sola applicazione**

Numerose ricerche scientifiche hanno dimostrato che **elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™** protegge dalle cause dell'ipersensibilità ed è provato che occlude i tubuli in soli 60 secondi.*

Per migliorare la soddisfazione e il comfort dei pazienti.



A casa

Fuori casa

**Conosce un'altra marca di dentifrici
che può dimostrare lo stesso?**

* Per un sollievo immediato, applicare il dentifricio fino a 2 volte al giorno sul dente sensibile e massaggiare per un minuto.¹

Fonte: 1. Nathoo S et al J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 123-130.

Gestire l'agenda per lavorare meglio

Il tempo, o meglio, la sua gestione, è sempre al centro dei nostri pensieri e delle nostre attività quotidiane. In ambito professionale, poi, il suo valore diventa ancor più evidente e pressante, al punto da determinare la soddisfazione del professionista e del paziente. In occasione del XXXV Congresso internazionale AIOP, abbiamo incontrato il dottor Daniele Beretta, relatore al congresso ed esperto di ergonomia ed efficienza psichica e fisica degli operatori degli studi odontoiatri. A lui abbiamo chiesto quali sono gli alleati preziosi per ottimizzare il flusso di lavoro.



Dottor Beretta, quali sono, secondo lei, i principi fondamentali per una corretta gestione del tempo e dei pazienti?

Il tempo è un bene inestimabile e limitato. Non è infinito. Va rispettato, perché se lo sprechi non ti verrà restituito. Premesso questo, la gestione dell'agenda di uno studio dentistico risulta un'operazione tutt'altro che banale. Dal mio punto di vista, l'agenda di studio è di gran lunga più importante di qualsiasi altro strumento odontoiatrico: rinuncerei volentieri a un motore da implantologia per un'agenda ben gestita. Ecco perché la persona centrale di uno studio dentistico è colei che gestisce la segreteria, colei che gestisce il tempo. I principi sono presto detti: nel rispetto dei

tempi biologici di guarigione (su cui non si può discutere), va gestito il tempo di tutti. Prima di tutto, il tempo del dentista e del team che deve essere in condizione di dare il massimo e, secondariamente, quello del paziente. Poi, per problemi di etica di non poca importanza, perché l'esecuzione della cura riesca al massimo (imperativo etico), il team deve essere nelle condizioni di avere tutto il tempo necessario. Per il bene della qualità del trattamento, il paziente non avrà difficoltà ad adattarsi. Da qui, diventa ovvio che uno studio moderno non può non avere una segreteria e chi la gestisce debba essere una persona formata o disposta a formarsi. Inoltre, deve conoscere con esattezza i tempi di esecuzione delle cure e deve essere preparata a una precisa

pianificazione delle stesse. Per fare tutto ciò, lo studio deve disporre di un software adeguato. L'assenza di anche uno solo di questi punti porterà in modo diretto a una cattiva gestione delle sale operatorie, con assurdi carichi di lavoro e ritardi inammissibili o, all'opposto, a sprechi di tempo e pause insensate: tutto tempo che si poteva dedicare allo svago o alla famiglia.

Com'è possibile applicare i principi dell'ergonomia all'organizzazione dell'agenda?

L'ergonomia ha come obiettivo quello di fare in modo che il lavoro non diventi un determinante per la genesi di patologie del dentista e degli addetti. Detto altrimenti, fare in modo che il lavoro non in-

crini la nostra salute psicofisica e sociale. Lo strumento agenda è molto potente per perseguire questi obiettivi. Tempi giusti ci permettono di lavorare senza affaticarci fisicamente, abbiamo la possibilità di mantenere le corrette posture che tenderemmo a perdere nella frenesia che deriva dall'incalzare degli appuntamenti. Tempi ben assegnati sono poco stressanti e ci permettono di concentrarci sulla terapia che stiamo eseguendo, preservando la nostra energia emotiva. Terminato il turno di lavoro siamo ancora molto carichi e possiamo dedicarci con qualità alle relazioni familiari, affettive e ricreative. Una cattiva agenda, invece, è terribile: significa carichi di lavoro pesanti, stressanti e che ci svuotano di ogni energia. Tanti colleghi terminano la giornata affaticati e tristi. Non è affatto inconsueto incontrare dentisti ormai chiusi in una gabbia che somiglia tanto a quella di un criceto. Le azioni da perseguire per ottenere un'agenda ergonomica sono poche e abbastanza semplici. Prima di tutto, tenere tempi precisi e adeguati per le prime visite (fare un'ottima prima visita significa avere alte probabilità di fare una altrettanto buona impressione al paziente). Mai inserire la prima visita tra due appuntamenti di produzione: se ritardassimo a concludere l'appuntamento precedente, cominceremmo la prima visita in ritardo, scontentando fin da subito il nuovo paziente. È importante poi essere precisi anche nei tempi di presentazione dei piani di trattamento, soprattutto quelli non banali. Quindi, occorre preparare una pianificazione delle cure identificando con chiarezza due gruppi di appuntamenti: quelli dove si realizzano le cure vere e proprie e tutti quelli che sono accessori (controlli, rimozione di suture, molaggi selettivi, ritocchi, chiarimenti che richiede il paziente, telefonate di cortesia). È importante suddividere chiaramente in agenda i due tipi di appuntamento, destinandovi spazi precisi. Infine, bisogna prevedere un'agenda specifica per le sedute di mantenimento igienico, facendo in modo che non interferiscano con quelle terapeutiche. Mai mescolare i due tipi di appuntamento nella medesima sala operatoria.

lavorare senza picchi positivi o negativi. Nella pratica quotidiana, è frequente avere l'agenda satura in certi momenti e quasi vuota in altri. Come detto prima, la prima situazione è pesante per il team, che viene svuotato di ogni energia, la seconda è stressante per la sensazione di aver buttato via del tempo. Rifacendoci alla teoria del caos, queste situazioni sono contemporaneamente imprevedibili e poco gestibili. Questi fenomeni, che sembrano guidati da imperscrutabili giochi della casualità, sono invece perfettamente gestibili con azioni precise della segreteria. È la segreteria che ha il compito di creare una sequenza di appuntamenti che siano fluidi e continui ed è responsabilità del dentista imparare a delegare questa attività, senza interferire.

Ho potuto notare che dietro al fenomeno dell'agenda satura, da una parte c'è sempre l'incapacità di pianificare (cioè di vedere avanti), e dall'altra l'incapacità di dire no. Spesso il dentista, nel desiderio di migliorare la relazione con il paziente o mosso dal far percepire quanto tenga a verificare che tutto vada bene, moltiplica le sedute di un piano di cure, rendendo impossibile alla segreteria la gestione dell'agenda. Stesso fenomeno si verifica quando un paziente sente il bisogno di essere rincuorato e fissa una visita di controllo che sarebbe stata sostituibile da una semplice telefonata. Allo stesso modo, accade che il paziente che termina una seduta di cura ci chieda se è possibile avere il successivo appuntamento in tempi ravvicinati. In questa situazione il non sapere come dire no diventa un problema. L'argomento è complesso, ma possiamo lo stesso dare delle linee di azione. Ci deve essere un responsabile della pianificazione. In questo caso sarà la segreteria che dovrà essere esperta sui contenuti specifici di gestione dell'agenda. Alla segreteria deve essere assegnata una delega incondizionata. Non devono esserci interferenze con le sue scelte. È inconcepibile poi che le scelte di agenda siano condivise da operatori diversi: segreteria, assistenti e dottore. Si costruirà la spaventosa agenda anarchica che tiene conto dei bisogni di tutti e quindi di nessuno. Alla fine tutti saranno scontenti e si lavorerà malissimo.

In occasione del workshop che ha tenuto nell'ambito del Congresso AIOP nello scorso mese di novembre, ha parlato del sistema MAF. Come si applica e quali sono i suoi vantaggi?

MAF è l'acronimo di "messa a flusso" che, nell'ambito dell'organizzazione del lavoro "lean", significa

C.M. Rodighiero

winsix[®]
performing implant system

WINSIX DAY

RIABILITAZIONI PROTESICHE SUPPORTATE DA IMPIANTI:
PROTOCOLLI SPERIMENTALI E CLINICI "dalle Terapie mininvasive all'approccio digitale"

CHAIRMAN DEL COMITATO SCIENTIFICO:
Enrico Gherlone
Università Vita-Salute San Raffaele - Milano

PRESIDENTE DEL CONGRESSO:
Maurizio Procaccini
Università Politecnica delle Marche - Ancona

11.12.13 MAGGIO 2017 | PORTONOVO DI ANCONA

MEMBRI DEL COMITATO SCIENTIFICO:

Alberto Barlattani
Università degli Studi di Roma - Tor Vergata

Sergio Caputi
Università degli Studi di Chieti

Stefano Carossa
Dental School Università di Torino

Massimo de Sanctis
Università Vita-Salute San Raffaele - Milano

Roberto Di Lenarda
Università degli Studi di Trieste

Marco Ferrari
Università degli Studi di Siena

Giorgio Gastaldi
Università Vita-Salute San Raffaele - Milano

Claudio Marchetti
Università degli Studi di Bologna

Antonella Polimeni
Università degli Studi di Roma - Sapienza

Maurizio Procaccini
Università Politecnica delle Marche - Ancona

Angelo Putignano
Università Politecnica delle Marche - Ancona

Silvana Rizzo
Università degli Studi di Pavia

Fernando Zarone
Università degli Studi di Napoli - Federico II

- CORSI PRECONGRESSUALI
- CORSO ODONTOTECNICI
- TAVOLI CLINICI

RELATORI AL CONGRESSO:

TEAM SAN RAFFAELE:

Enrico Gherlone
Stefano Bianchi
Francesco Bova
Paolo Cappare
Francesca Cattoni
Francesco Ferrini
Giorgio Gastaldi
Giuseppe La Rocca
Michele Manacorda
Raffaele Vinci
Università Vita-Salute San Raffaele - Milano

Susanna Annibaldi
Università degli Studi di Roma - Sapienza

Simone Domenico Aspriello
Libero Professionista - Cagliari

Paolo Balercia
Direttore Reparto di Chirurgia - Maxillo - Facciale
Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I Lancisi - Salesi - Ancona

Fabrizio Bambini
Università Politecnica delle Marche - Ancona

Federico Berton
Università degli Studi di Trieste

Tommaso Bocchetti
Libero Professionista Napoli

Gabriele Caruso
Libero Professionista Cagliari

Maurizio Ciatti
Libero Professionista Varese

Massimo de Sanctis
Università Vita-Salute San Raffaele - Milano

Roberto Di Lenarda
Università degli Studi di Trieste

Marco Ferrari
Università degli Studi di Siena

Marco Finotti

Libero Professionista Padova

Luciano Malchiodi
Università degli Studi di Verona

Bruno Marcelli
Università Politecnica delle Marche - Ancona

Roberto Mazzanti
Dirigente Medico di II Livello Chirurgia Orale e Odontostomatologia Area Vasta n° 2 A.S.U.R. Marche Ospedali di Fabriano e Loreto

Gerardo Pellegrino
Reparto di Chirurgia Orale e Maxillo - Facciale
Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Antonella Polimeni
Università degli Studi di Roma - Sapienza

Salvatore Puletto
Libero Professionista Genova

Marco Repetto
Libero Professionista Genova

Silvana Rizzo
Università degli Studi di Pavia

Ruggero Rodriguez Y Baena
Università degli Studi di Pavia

Ugo Salvolini
Università Politecnica delle Marche - Ancona

Roberto Sorrentino
Università degli Studi di Napoli - Federico II

Fernando Zarone
Università degli Studi di Napoli - Federico II

Vittorio Zavaglia
Direttore SOD Odontostomatologia Chirurgica e Speciale AOU - Ospedali Riuniti - Ancona

Stefano Zema
Libero Professionista Roma

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI:

B2B Consulting srl
tel 06 6675247 - fax 06 61709413
b2b@b2bconsultingsrl.com
www.infob2bconsultingsrl.com
Provider ECM 1392

BIOSAFIN
www.biosafin.com

La salute orale dei rifugiati: uno studio tedesco



I ricercatori tedeschi lavoreranno per stabilire la salute orale dei rifugiati in un grande studio che mira a migliorare le cure preventive ed emergenziali verso i richiedenti asilo in Germania (Foto: ©Ververdis Vasilis/Shutterstock).

Francoforte sul Meno, Germania – A causa della situazione politica in molti Stati in Africa e Medio Oriente, il numero dei rifugiati che arrivano in Europa, specialmente in Germania, è cresciuto molto negli ultimi anni. Inoltre, i rifugiati hanno spesso bisogno di urgenti cure mediche e dentali, e per questo il sistema sanitario tedesco ha dovuto affrontare serie difficoltà nel garantire adeguate cure a ogni individuo. Al fine di sviluppare migliori strategie di prevenzione e terapia, gli studiosi esamineranno la condizione di centinaia di rifugiati in Germania.

Secondo la legge tedesca, i richiedenti asilo hanno diritto alle cure dentali; ciononostante, a causa di complicazioni burocratiche e organizzative, non sempre questo è possibile. Inoltre, il controllo del dolore da solo non risolve il problema, come ha sottolineato il principale autore dello studio, il professor Christian H. Splieth, dell'ospedale di Greifswald. Secondo il professore, le misure preventive e i check-up diagnostici sono infatti ugualmente importanti.

Lo scopo è quello di migliorare la prevenzione delle malattie e le terapie da attuare per i rifugiati in Germania, ma allo stesso tempo si mira a valutare la loro situazione e i costi associati alle cure necessarie. Lo studio, portato avanti dal prof. Splieth, si terrà nei centri di accoglienza di quattro stati federali tedeschi.

L'intento del team di ricercatori è quello di studiare 900 partecipanti di età compresa tra 1 e 75 anni. Per ogni individuo saranno valutate soprattutto situazioni di carie, malocclusioni e malattia parodontale. I dati raccolti saranno quindi analizzati e divisi secondo età e Paese di provenienza del paziente. I ricercatori hanno intenzione di confrontare i valori di morbilità dei rifugiati con quelli della popolazione tedesca al fine di valutare i potenziali costi a carico del sistema sanitario nazionale. Allo stesso tempo vogliono mettere in piedi programmi di cure preventive e trattamento del dolore. Il progetto di ricerca è stato avviato dal Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, società tedesca di odontoiatria e medicina orale e maxillofaciale: insieme alla Wrigley Company Foundation e ad altre due grandi associazioni dentali tedesche, la società fornirà fondi al progetto per 70.000 euro.

VALLBOND™ rivestimento adesivo

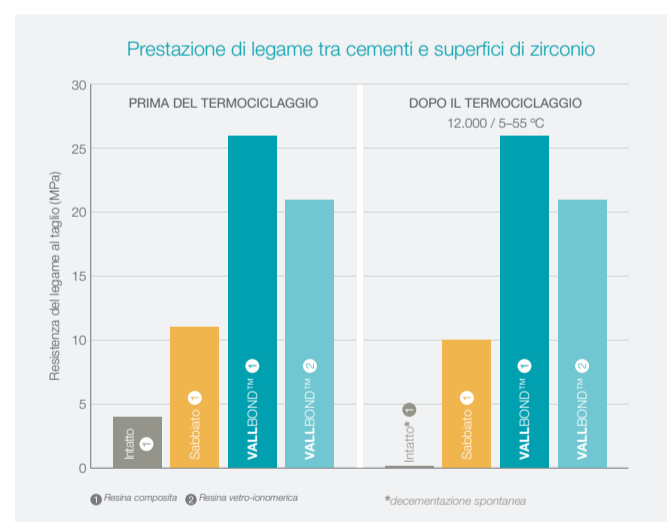
VALLBOND™ è un rivestimento adesivo dentale altamente efficiente, moderno, noto per le sue prestazioni incomparabili e per la semplicità d'uso.

INNOVAZIONE

Creato per potenziare in modo sostanziale la resistenza e la durata del legame tra ceramica dentale e cemento adesivo VALLBOND™ è una soluzione particolarmente idonea per i dentisti che desiderano risultati affidabili a lungo termine.

Vantaggi di VALLBOND™:

- resistenza di legame concreta, migliorata, tra il cemento adesivo ed il restauro protesico dentale dovuta al potenziamento del legame chimico e dell'interblocco meccanico
- superficie di legame del restauro protesico significativamente ridotta e pertanto minima perdita di struttura dentale (minimo intervento odontoiatrico)
- non è necessario alcun pre-trattamento chimico o meccanico (mordenzatura o sabbatura) del restauro indiretto
- compatibile con materiali che sono trattati a temperature superiori a 700 °C
- applicazione in laboratorio dentale
- facile gestione
- innocuo per il paziente
- rivestimento di granulometria inferiore al micron
- non pregiudica l'aspetto visivo del restauro protesico



Menopausa e sindrome della bocca che brucia (BMS): le strette correlazioni

Revisione della letteratura dr.ssa Sabrina Santaniello

L'AIRO (Accademia Italiana Ricerca Orale), come sempre, è attenta alle correlazioni tra le sintomatologie del cavo orale e la salute sistemica. Pur essendoci da poco occupati della "sindrome della bocca che brucia" (BMS), siamo ritornati su questo focus per l'ampliarsi del problema, in particolare tra le donne in menopausa. La sindrome della bocca che brucia è un quadro clinico caratterizzato da bruciore, parestesia o dolore urente al cavo orale, in assenza di lesioni intraorali. A questi sintomi possono accompagnarsi xerostomia, ipersensibilità alle componenti di alcuni cibi e alterazioni del gusto.

La causa di tale sindrome è tuttora sconosciuta. Le ipotesi avanzate riguardano fattori causali locali come irritazioni meccaniche, parafunzioni, disfunzioni, contatto con allergeni presenti nei materiali dentari e fenomeni elettrogalvanici. Le potenziali cause sistemiche comprendono il diabete mellito, la carenza di vitamina B, di acido folico o di ferro, variazioni ormonali, malattie gastrointestinali, psichiatriche o neurologiche ed effetti avversi ad alcuni farmaci.

Vari fattori locali e sistemici possono interferire con la condizione di cavità orale. L'omeostasi della regione orale dipende fortemente dall'equilibrio ormonale del corpo. I recettori per gli ormoni sessuali steroidei, simili a quelli che si trovano nell'epitelio genitale, sono stati rilevati nella mucosa orale e nelle ghiandole. Durante il ciclo di vita femminile, distinti cambiamenti nell'attività degli estrogeni e del progesterone si verificano più volte.

Lo squilibrio ormonale della fase puberale, nel ciclo mestruale, durante la gravidanza e nel periodo pre e post menopausa provoca numerosi sintomi sistemici e locali.

Segni caratteristici sistemici delle donne premenopausa includono vampate di calore, correlate con la rottura dei meccanismi dei centri di controllo ipotalamici termoregolatori. Questo induce un'aumentata sudorazione durante la notte, labilità emotiva, elevato rischio di osteoporosi, aumento del rischio di malattie cardiologiche e ischemiche e anemia. Tutte queste variazioni sono state segnalate in questo gruppo d'età femminile. Sulla base della letteratura, i sintomi della menopausa localizzati nella regione orale includono, oltre alla diminuzione salivare, anche una superiore incidenza della parodontite, di candidosi di osteopenia locale e osteoporosi sistemica; inoltre, sono in aumento i casi di BMS.

L'ipotesi ormonale nella BMS sembrerebbe confermata dall'elevata incidenza e prevalenza di questa condizione fra le donne in menopausa (le donne infatti sono più spesso colpite rispetto agli uomini, e

Questo la rende una sfida diagnostica e terapeutica. Il punto chiave è di rilevare tutti i potenziali fattori causativi locali e sistemici e di definire se il paziente soffre il BMS primaria o secondaria.

Il trattamento di BMS secondaria pone al centro la carica batterica locale, le infezioni orali, irritazione dovute a fenomeni elettro-galvanici, apparecchi dentali incongrui e il trattamento delle disfunzioni occlusali. Anche la terapia di malattie sistemiche, potenzialmente correlate al bruciore e dolore orale come il diabete mellito e le carenze nutrizionali, trattamento di stati ansiosi ecc. possono influire. Il miglioramento dello stato generale di salute e l'eliminazione degli irritanti locali risulta fondamentale nella remissione dei sintomi in una parte significativa dei pazienti affetti da BMS secondaria.

Nel caso di sindrome della bocca che brucia di tipo primario, il trattamento è principalmente sintomatico, si basa sui segni presenti ed è mirato ad alleviare il dolore locale.

La terapia è sintomatica e viene effettuata con anestetici topici, quali ad esempio la lidocaina o la benzocaina gel. In caso di xerostomia si possono utilizzare anche agenti umettanti, come ad esempio composti contenenti carbossimetilcellulosa ed enzimi salivari, quali lattoferrina e lattoperossidasi. Anche una terapia con antidepressivi, quali benzodiazepine, antidepressivi triciclici e inibitori selettivi della serotonina, si è dimostrata efficace. In alcuni pazienti può anche essere utile una terapia con inibitori della dopamina (ad esempio la levodopa). La somministrazione esogena di ormoni steroidei nei soggetti affetti da BMS non modifica il quadro sintomatologico, perché il danno neurologico sarebbe ir-



ancora di più le donne in menopausa). La causa sembrerebbe essere un danno di tipo neuropatico a carico delle fibre nocicettive. Ansia cronica e stress post-traumatici determinerebbero una riduzione della produzione di steroidi da parte del surrene, che a sua volta comporterebbe la riduzione della produzione di steroidi neuroattivi. Questa condizione nelle donne in menopausa sarebbe aggravata ulteriormente dall'interruzione della produzione di ormoni steroidei da parte degli organi riproduttori femminili, con conseguente mancanza di compenso nella produzione di steroidi neuroattivi. Gli ormoni steroidei sono protettivi per le fibre nervose. Questo comporterebbe danni alle fibre periferiche e/o alle aree cerebrali con conseguente sensibilizzazione periferica e/o centrale. Il dolore è quindi spontaneo oppure evocato da stimoli di ridotta entità. La diagnosi è di esclusione nei confronti di tutte le condizioni sopracitate. Può essere utile il ricorso ad esami ematologici quali emocromocitometrico, livelli sierici di acido folico, vitamina B, ormoni steroidei e glicemia. A causa della natura multifattoriale della BMS, il trattamento richiede la cooperazione di specialisti in vari campi della medicina e dell'odontoiatria.

reversibile. È inoltre necessario motivare il paziente a una meticolosa igiene orale che abbia lo scopo di eliminare tutti i possibili irritanti locali e cessare l'assunzione di alcol e nicotina. Oltre a ciò, deve essere eliminato qualunque prodotto contenente alcol (ad esempio colluttori), cibi speziati e piccanti devono essere limitati. L'influenza della terapia a base di sostituti ormonali nelle donne in menopausa genera molte controversie e i risultati degli studi internazionali rimangono in conflitto. L'analisi comparativa basata su dati randomizzati epidemiologici e la valutazione dell'impatto particolari terapie ormonali sostitutive (HRT) in menopausa ha generato un miglioramento della condizione orale nel 70% dei soggetti esaminati, secondo alcuni autori.

Sono ancora controversi e soggetti ad approfondimento alcuni aspetti di questa teoria patogenetica, ovvero il perché del fatto si manifesti solo in alcune delle donne in menopausa stressate o affette da ansia e il perché del manifestarsi della sintomatologia solo nel cavo orale.

Conclusioni

La sindrome della bocca che brucia è una condizione che può notevolmente diminuire la qualità della vita nelle donne in menopausa. Questo è dovuto a fattori eziologici multifattoriali non ancora completamente compresi; le procedure terapeutiche in BMS richiedono la collaborazione di specialisti in vari campi della medicina e odontoiatria.

Molto spesso le opzioni di trattamento non garantiscono il recupero completo, che genera stress e frustrazione in alcuni pazienti. Lo squilibrio nei livelli di estrogeni e progesterone del siero può, in alcune donne, anche indurre ansia e depressione. I fattori psicogeni svolgono un ruolo importante nello sviluppo della BMS e il supporto psicologico sembra quindi essere un altro elemento importante nella gestione di questa condizione.

Una formazione alimentare mirata

Per rendere servizio ai pazienti e all'odontoiatria

< pagina 1

Quando parliamo di "medicina di segnale" in senso didattico lo facciamo per identificare una visione della fisiologia umana e della malattia che si basa sulle più recenti cognizioni scientifiche disponibili in letteratura. Il medico di segnale conosce i meccanismi di regolazione dei principali assi metabolici umani, così come si trovano descritti nei testi di biochimica, fisiologia, endocrinologia e medicina interna. Quello che fa la differenza è l'interpretazione operativa di questi dati, che assegna importanza alle capacità regolative di adipochine, enterochine e miocchine, piuttosto che a elementi di forzatura esterni come i farmaci.

Se la medicina è una, arricchita da contributi scientifici di ogni pro-

venienza, è anche vero, come dice Kuhn ne *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, che ogni dato scientifico, ancorché documentato, ha in realtà valore solo all'interno di un paradigma condiviso.

No ai protocolli, sì all'individualità

Per esempio, usare un farmaco antiipertensivo riduce documentatamente (EBM) la pressione. Ma sceglie di usarlo solo il medico che condivide il paradigma (condiviso da molti) secondo cui è utile forzare l'organismo su valori pressori più bassi nonostante il corpo cerchi di alzarli con uno scopo (tamponare l'eccesso di sale, raggiungere distretti lontani, contrastare l'indurimento arterioso). Nel paradigma medico di segnale le patologie sono espressione di disagi e

disfunzioni che non vanno sopresse ma comprese, corrette, curate. L'intervento sulle cause, curativo, non è meno "evidence based" dell'uso selvaggio di farmaci soppressivi. Segue solo un paradigma diverso, più ampio e scientifico. In campo odontoiatrico questo significa, per esempio, una volta impostato un lavoro sui denti, cercare attivamente anche di rimuovere le cause che l'hanno reso necessario, prescrivendo il minor numero possibile di antibiotici, evitandoli in tutti i casi in cui non siano strettamente necessari.

Ogni medico è responsabile delle proprie scelte su ogni singolo paziente, e ogni caso è a sé. È quindi anche dovere di ogni medico o odontoiatra, nel rispetto del giuramento di Ippocrate, rifiutarsi di seguire pedissequamente dei pro-

colli, ragionando invece su ogni specifico caso, per la dignità nostra e dei nostri pazienti.

Medicina di segnale: le origini

In Pennsylvania, nel 1994 viene scoperta da Friedman la leptina, un'adipochina particolarmente importante per la regolazione delle risposte ipotalamiche di accumulo o di consumo energetico: se il tessuto adiposo è un organo endocrino a tutti gli effetti, occorre indagare prima di tutto quali siano le altre molecole segnale (adipochine) da esso prodotte oltre alla leptina, e in secondo luogo va indagato come queste molecole interagiscano con il resto dell'organismo per capire se il loro studio può gettare nuova luce sulla comprensione non solo dei meccanismi di ingrassamento e di-

magrimento, ma anche sulle risposte dell'organismo a stimoli esterni alimentari, sportivi, farmacologici. Il topo geneticamente leptino-privo ingrassa a dismisura e non vi è pratica alimentare, sportiva o farmacologica (a parte la somministrazione esterna di leptina) in grado di interferire con il suo ingrassamento. Qualunque operatore sanitario, non escluso l'odontoiatra, dovrebbe, davanti a questo dato, mettersi a indagare sugli effetti di questo ormone con grande meticolosità.

Adiponectina, resistina e visfatina sono altre tre molecole segnale importanti nell'induzione del dimagrimento e dell'ingrassamento, che vanno a completare il quadro già articolato degli effetti della leptina.

> pagina 10



PROGRAMMA CULTURALE 2017

SEDE DI TUTTI GLI EVENTI:

SALA CONFERENZE
WISIL LATOOR
VIALE ABRUZZI 36
II° PIANO

WISIL LATOOR S.R.L.

Viale Abruzzi, 34, 20131 Milano

Tel: +39.02.29404192

Fax: +39.02.29523936

www.wisillatoor.it



#wisillatoor



16 FEBBRAIO 2017 · Conferenza serale · Ore 21:00

Evento accreditato 2 crediti ECM

BRUXISMO E USURE DENTARIE.

Relatore: Prof. Luca Levrini

20 MARZO 2017 · Conferenza serale · Ore 21:00

Evento accreditato 2 crediti ECM

ATTUALI ORIENTAMENTI NELLE RIABILITAZIONI IMPLANTOPROTESICHE IN PAZIENTI CON MARCATA ATROFIA OSSEA.

Relatore: Prof. Raffaele Vinci, Dr. Giancarlo Ceresola

19 APRILE 2017 · Conferenza serale · Ore 21:00

Evento accreditato 2 crediti ECM

POSSIBILITÀ E LIMITI DELLA PROGRAMMAZIONE DIGITALE IN ODONTOIATRIA RESTAURATIVA: VENTICINQUE ANNI DI ESPERIENZA CLINICA.

Relatore: Dr. Franco Brenna

15 GIUGNO 2017 · Conferenza serale · Ore 21:00

Evento accreditato 2 crediti ECM

IMPLICAZIONI ETICHE E MEDICO LEGALI IN CHIRURGIA ORALE.

Relatore: Dr. Giovanni B. Ferrieri

28 SETTEMBRE 2017 · Conferenza serale · Ore 21:00

Evento accreditato 2 crediti ECM

GLI ALLINEATORI INVISIBILI CLEAR ALIGNER, DAL PROTOCOLLO ALLA RISOLUZIONE DEL CASO. LA METODICA DIGITALE CLEAR ALIGNER: GOLD STANDARD FRA GLI ALLINEATORI INVISIBILI.

Relatori: Dr. Giuseppe Iaria, Dott. Leonardo Tonesi

19 OTTOBRE 2017 · Conferenza serale · Ore 21:00

Evento accreditato 2 crediti ECM

APPLICAZIONI E VANTAGGI DEL NYLON TERMOPLASTICO VALPLAST.

Relatori: Dott. Dr. Fabio Barisone, Sig. Maurizio Consentino

28 OTTOBRE 2017 · Corso · Ore 9:00-16:00

Evento accreditato 5 crediti ECM

IL CONTROLLO DELLA DIMENSIONE VERTICALE "OPEN-DEEP": QUANDO E SOPRATTUTTO COME. BIOMECCANICA ED APPARECCHI ACCESSORI.

Relatore: Dr. Massimo Lupoli

16 NOVEMBRE 2017 · Conferenza serale · Ore 21:00

Evento accreditato 2 crediti ECM

GESTIONE DELL'URGENZA E PREVENZIONE DEI TRAUMI DENTALI NELLO SPORT

Relatori: Dr. Claudio Radice, Prof. Roberto Biagi, Dr. Domingo Donzello