

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Gennaio 2012 - anno VIII n. 1

www.dental-tribune.com



DERMAL[®]
MEDICAL DIVISION

**Conquistare nuovi clienti.
Fidelizzare i pazienti tradizionali.
Aumentare la redditività dello studio medico.**

Questa è l'opportunità che Dermal Medical Division mette a disposizione di dentisti e odontoiatri, affinché possano associare la cura del sorriso a quella degli inestetismi legati alle patologie dei tessuti molli del viso assicurandosi un **guadagno** in termini di competenze e un **vantaggio** per la propria **professionalità**.

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
PER UNA PROVA DIMOSTRATIVA
GRATUITA PRESSO IL TUO STUDIO**

Numero Verde
800.66.24.23

www.dermalmedical.it



**rassodamento tessuti
fotoringiovanimento
antirughe
antimacchie**

**L'anti-Age per
un sorriso che
mantiene giovani**



ATTUALITÀ

**Senza test di ammissione
niente iscrizione all'Area medica**

Studenti di odontoiatria italiani che, respinti all'esame di ammissione da noi, si iscrivono in Università straniera, ritenute "più facili" per poi far ritorno, e praticare in Italia.

[pagina 2](#)

GESTIONE DELLO STUDIO

**Una qualità da erogare
ma anche da percepire**

Un conto è mirare a svolgere una professione con l'obiettivo della qualità e possibilmente dell'eccellenza, altra cosa è fare in modo che i clienti percepiscano la qualità erogata.

[pagina 10](#)



We care for healthy smiles



Scovolini TePe
- Scelta di misure, setole e forma

www.tepe.com

Dental Tribune Global Awards

*A New York gli
8 vincitori 2011*

New York, NY, USA: The Dental Tribune International (DTI) Media Lounge ha ospitato lunedì 28 novembre i primi Dental Tribune Global Awards, durante il Greater New York Dental Meeting (GNYDM). Il presidente di DTI Torsten Oemus ha presentato i primi otto vincitori degli Awards 2011, selezionati da uno scelto gruppo di personalità del campo odontoiatrico. Oemus ha sottolineato i momenti salienti della carriera di:

- Adolfo Rodriguez, il presidente della Latin American Dental Federation, ha ricevuto il premio



come personaggio eccezionale dell'anno.

- Samuel Prophete, presidente della Haitian Dental Association, premiato per l'odontoiatria in zone di crisi.
- Alan Miller, fondatore dell'Amd Lasers, premiato per l'innovazione in odontoiatria.
- Wolfgang Van Hall, direttore amministrativo di Shofu Europe, che ha ricevuto il premio alla carriera.

[> pagina 3](#)

Gli "Stati generali" di Roma in discussione

L'essere e il divenire della professione odontoiatrica



Giuseppe Renzo.

L'hanno denominata "Gli stati generali della professione odontoiatrica", la "tre giorni" svoltasi a Roma (Hotel Ambasciatori) dal 15 al 17 dicembre che ha visto i dentisti in primo piano in una pubblica riflessione su quello che la categoria e la pro-

fessione sono, dovrebbero essere e saranno a seconda degli esiti della riforma ordinistica e delle liberalizzazioni all'esame del Governo e del Parlamento.

[> pagina 2](#)

Studi professionali Rinnovato il CCNL

Apprendistato; contrattazione di 2° livello; arbitrato, tutela dei collaboratori; job on call; contratti per universitari, le novità del contratto di lavoro per gli studi professionali, siglato il 29 novembre. La firma della Confprofessioni (17 sigle) guidata da Gaetano Stella anticipa quella di Confedertecnica e Cipa; anche la Cgil ha firmato, eccetto il protocollo sull'arbitrato. Il rinnovo va dall'ottobre 2010 a settembre 2013, con retribuzioni ferme al 30.IX.2010. Previsti 6 aumenti, 2 per periodi pregressi. A regime, per il 3° livello, aumento di 87,50 euro; pagamento di arretrati (per i lavoratori in forza al 1.X.2011) in 2 rate: novembre 2011 (60%) e febbraio (40%). Gli aumenti retributivi complessivi si dice non siano assorbibili, ma anche che gli arretrati "saranno calcolati prendendo a riferimento la retribuzione di cui all'art. 117". Per gli altri istituti, adeguamento dei contributi a Cadiprof (sanità integrativa) da 13 a 14 euro da ottobre 2011 e a 15 dal 1° settembre 2013. Per l'Ebipro, contributo di 4 euro (2 a carico la-



vatore). Se il datore non aderisce a entrambi, corrisponderà un "Eds" di 22 euro per 14 mensilità. L'elemento economico di garanzia entrerà in gioco se entro il 30.IX.2013 non si farà un accordo di rinnovo di 2° livello. In tal caso si prevede un una tantum da 80/100 euro.

[> pagina 2](#)

EDITORIALE

Innovare per rinnovarsi 2

NEWS INTERNAZIONALI

Premio all'innovazione 2011 6
Medici e dentisti affetti da Hiv 6

GESTIONE DELLO STUDIO

Spunti di formazione
extraclinica per il dentista 13
L'Architetto: curare il paziente 13

LE INTERVISTE

Toti e il paziente disfunzionale 8
Alta formazione in implantologia
al Galeazzi di Milano 16
Il neo Presidente L.A. Marino 24

MEETING & CONGRESSI

Vienna 21-23 giugno 2012 26
CCOS a Montecarlo 28
Infopoint 30



**AL PENSIERO DEL DENTISTA
NASCE SUBITO UN BEL SORRISO**

Silfradent MedicaLe
L'alta tecnologia parla italiano

COMBIOSS
LEADING BONE GENERATION

**COMBIOSS IL MATERIALE DI
SINTESI IDEALE PER L'INNESTO
OSSEO**

**Altamente poroso, osteoconduttivo,
100% riassorbibile, 100% sintetico**

Il CombiOSS viene prodotto in conformità ai più elevati standard di qualità ed è privo di materiali di origine umana o animale. CombiOSS è una formazione granulare porosa di β -tricalcio fosfato sintetico (β -TCP) a fase pura superiore al 99%, progettato per il riempimento di difetti e cavità ossee. Esprime il suo massimo potenziale osteoconduttivo associato alla tecnologia CGF - Round up (Concentrated Growth Factors).

combiOSS
Pure alpha β -tricalcium phosphate
optimized for CGF technology

Completely resorbable
interconnecting microporosity
Stable macrostructure

Ref. CBO 500-05
0,5 ml 315-500 μ m

Ref. CBO 1000-10
1,0 ml 500-1000 μ m

silfradent

Via G.Di Vittorio 35/37 - 47018 S.Sofia (FC) - ITALIA
tel. +39 0543 970684 - fax +39 0543 970770
www.silfradent.com / info@silfradent.com

Innovare per rinnovarsi



Cari lettrici e lettori, è un piacere augurarvi buon anno presentandovi alcune novità editoriali. Una scelta che parte da lontano e che vuole guardare avanti, così come stanno facendo tante aziende e professionisti. Non per ostinato coraggio o ottimismo, ma perché gli stop della società (economica e politica) sono sempre la ripartenza per cambiamenti che nel lungo periodo, guardando la storia e senza entrare in un giudizio di merito ridondante (allora era meglio, forse ci riferiamo alla preistoria o al medioevo, o alle guerre mondiali?), significa evoluzione dell'uomo e delle sue forme organizzative. Uno dei settori più "caldi" è proprio il costante miglioramento della salute e della qualità della vita che questo ci garantisce. Rinnovarsi al di là dei problemi contingenti. Una proposta che vi offriamo a partire dalle innovazioni grafiche del nostro mensile. Nascono invece in versione italiana i magazine internazionali con una mission più formativa: *Implants*, *Cad/Cam* e il portale di formazione *DT Study Club*, che annovera nel

Editoriale

mondo già 20.000 utenti. Chiediamo ad Angiolina Puglia che ha curato il nuovo layout di sotto-linearci le novità e la ragione del nuovo stile: "Ispirato al gran circuito internazionale del Dental Tribune, il nuovo layout italiano propone una veste moderna: colori, font e contenuti armonizzati in una grafica giovane e leggera ma senza mettere in secondo piano gli articoli ricchi di immagini relative ai case report, agli eventi e al commerciale. Maggior spazio viene dedicato all'interazione con il web, dal sito Dental Tribune alla nostra pagina di Facebook. Le pagine dedicate alle Aziende, propongono un mosaico elegante di informazioni e novità. Nel desiderio che questo nuovo "abito" sia di vostro gradimento, concludo citando una delle frasi che da sempre accompagna la mia professione: «Creatività: tutto ciò che prima non c'era, ma realizzabile in modo essenziale e globale» (B. Munari)." Buona lettura.

L'Editore - **Patrizia Gatto**
patrizia.gatto@tueor.com

Graphic Designer - **Angiolina Puglia**
angiolina.puglia@tueor.it

Studi professionali Rinnovato il CCNL

< pagina 1

Presidente Stella, il mondo delle professioni è alla vigilia di grandi cambiamenti. Ritenete cruciale la fidelizzazione del personale? Quali gli istituti per valorizzare le risorse umane?

Cadiprof ci consente l'assistenza sanitaria integrativa e interventi di welfare. Fondoprofessioni fa formazione; col fondo bilaterale riusciremo ora a implementare l'apprendistato. Tra l'altro le tutele sono estese anche ai collaboratori non inquadrati con rapporto subordinato.

Col CCNL si può sperimentare la riforma dell'apprendistato. Su quale linea avete lavorato?

Abbiamo preparato la strada per le 3 forme previste dal D. Legislativo 167/2011. La formazione trasversale di base e professionalizzante potrà essere svolta in aula, a distanza e erogata con risorse dello studio. Il percorso sarà registrato sul libretto formativo o su supporti informatici o su fogli-firma: il lavoratore potrà spendere il bagaglio formativo anche fuori dallo studio.

Il praticante si può inquadrare come apprendista. Perché?

Con la manovra di Ferragosto il tirocinante ha diritto a un equo compenso; il Decreto 167 apre all'inquadramento contrattuale, da regolamentare con gli Ordini: una chance da non precludere.

Scommettete anche sulla contrattazione di 2° livello?

Sì. Nelle aree con forte disoccupazione giovanile si potranno stipulare contratti in deroga al Ccnl, magari con interventi di welfare più estesi.

Regolate anche clausole compromissorie e arbitrato, parte non sottoscritta, tuttavia, da Cgil.

Recepiamo il collegato lavoro. Oltre alle questioni relative alla risoluzione del rapporto, non si possono affidare ad arbitri, che decideranno anche secondo equità, le tutele sui congedi matrimoniali e i risarcimenti su infortuni e malattie professionali, mobbing e congedi parentali.

Fonte: il Sole XXIV Ore

La decisione dei Presidi di Medicina

Non ammesso chi non supera il test in Italia. Anche se studia all'estero

Una novità nella tormentata vicenda degli studenti di odontoiatria italiani che, respinti all'esame di ammissione da noi, si iscrivono in Università straniera, a torto o a ragione ritenute "più facili" per far ritorno, a laurea ottenuta e praticare in Italia. Nella riunione del 24 novembre la Conferenza Permanente dei Presidi della Facoltà di Medicina e Chirurgia ha approvato all'unanimità la mozione del Presidente Eugenio Gaudio di non ammettere a tutti i corsi di laurea a numero programmato dell'Area Medica gli studenti che non abbiano superato il concorso di ammissione, come già deliberato in precedenza dalla Conferenza Permanente dei Presidenti del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria per il suddetto corso. A fronte degli 860 posti concessi in Odontoiatria per tutte le sedi italiane dal Ministero dell'Università nel corrente Anno Accademico, si contrappongono

nel solo Anno Accademico i 209 giovani italiani iscritti al primo anno negli Atenei spagnoli, senza contare gli altri iscritti in Albania, Bulgaria, Romania nel 2009/10. Con questa differenza: mentre i laureati in sedi di Paesi della Comunità Europea possono poi esercitare direttamente, gli altri devono ottenere il riconoscimento del titolo da parte del Ministero. "Un ulteriore problema - dice Lorenzo Lo Muzio, Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria a Foggia - è dato dal tentativo di molti di rientrare all'Università in Italia al secondo anno di corso. Una circolare direttoriale (Tomas) del 18 febbraio 2010 ha tuttavia stabilito che il trasferimento può avvenire solo se il candidato riesce a superare la prova di ammissione. Alcuni l'hanno ottenuta con ricorso al TAR Abruzzo, ma una sentenza del Consiglio di Stato del 23 maggio scorso ha rigettato il tutto".

Agli "Stati generali" di Roma in discussione

L'essere e il divenire della professione odontoiatrica

< pagina 1

Momenti clou dell'evento che, su iniziativa della Cao (Commissione Albo Odontoiatri) e del suo presidente Giuseppe Renzo, ha richiamato a Roma i rappresentanti dell'associazionismo scientifico e sindacale, della previdenza-assistenza e dell'accademia, oltre a numerosi politici e giornalisti, sono state le due tavole rotonde del venerdì 16 coordinate da due volti noti: Gigi Marzullo (in mattinata) e nel pomeriggio da Luciano Onder. Presenza

costante a entrambe, come organizzatore e co-protagonista, a momenti addirittura come "co-imputato", Giuseppe Renzo, che ha portato avanti con foga le ragioni della categoria, specie dinanzi a chi, come Franco Stefanoni è intervenuto nel dibattito in veste critica avendo scritto un autore dedicato agli "Intoccabili". Oltre ad alcuni parlamentari, a funzionari e all'ex Ministro Gasparri, alle due tavole rotonde hanno portato contributi anche Gianfranco Prada (Andi), Pierluigi Delogu (Aio), Francesco Scarparo (Cic), Luigi

Daleffe (Fondo Sanità Enpam) e Primo Mastrantonì (Aduc). Il confronto si è soprattutto articolato sulle "piaghe" dell'Odontoiatria puntualmente elencate da Onder in apertura di tavola rotonda: abusivismo (leggi prestanomismo), le tariffe eccessive, il numero chiuso (ma solo in apparenza), il turismo odontoiatrico, l'avanzata delle società di capitali, fino al paventato avvio in Italia di un'Università odontoiatrica ad aggravare il già pesante problema dei futuri odontoiatri italiani targati Spagna o Romania. Sullo sfondo due

quesiti base che hanno ispirato la stessa tre giorni: l'Ordine, di cui è in discussione la stessa sopravvivenza, così come è, serve e a chi? E le liberalizzazioni nel caso dei dentisti, quali forme assumeranno, come incideranno sul futuro della professione? Problemi antichi, ora di bruciante attualità in vista dei provvedimenti del Governo. Quali che saranno le soluzioni incideranno sempre e comunque sull'unico e vero, protagonista del conflitto: il paziente.

m. boc.

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

LICENSING BY DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO
Torsten Oemus [t.oemus@dental-tribune.com]
GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
EDITOR - Claudia Salwiczek
EDITORIAL ASSISTANT - Yvonne Bachmann
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann
SALES & MARKETING
Peter Witteczek; Matthias Diessner; Vera Baptist
DIRECTOR OF FINANCE & CONTROLLING - Dan Wunderlich
MARKETING & SALES SERVICE - Nadine Parczyk
LICENSE INQUIRIES - Jörg Warschat
ACCOUNTING - Manuela Hunger
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGE - Bernhard Moldenhauer
PROJECT MANAGER ONLINE - Alexander Witteczek
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
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
©2012, 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 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 173
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

REGIONAL OFFICES
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199
Dental Tribune America
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

Anno VIII Numero 1, Gennaio 2012
Registrazione Tribunale di Torino
n. 5892 del 12/07/2005

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti [direttore.giornale@tueor.it]
EDITORE
TU.E.OR. Srl - C.so Sebastopoli, 225 - 10137 (TO)
Tel.: +39 011 0463350 | Fax: +39 011 0463304
www.tueor.it - redazione@tueor.com
Sede legale e amministrativa
Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
AMMINISTRATORE
Patrizia Gatto [patrizia.gatto@tueor.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G.C. Pescarmona, C. Lanteri, V. Bucci Sabatini, G.M. Gaeta, G. Barbon, P. Zampetti, G. E. Romano, M. Morra, A. Castellucci, A. Majorana, G. Bruzzone
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, E. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivieri, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio, R. Kornblit
CONTRIBUTI
L.M. Bartorelli, A. Baruffaldi, J. de Pison, E. El Haddad, A. Elvevi, S. Fiorentino, A. Franco, L. Grivet Brancot, C. Maiorana, L.A. Marino, C.E. Mirelli, S. Morena, G.M. Nardi, L. Paglia, R. Penagini, L. Rodella, A. Ruspa, A. Santangelo, F. Tosco, T. Toti, A. Zoia
GRAPHIC DESIGNER - Angiolina Puglia
REDAZIONE - Chiara Siccardi
COLLABORATORI - E. Casalegno, S. Dibitonto, C. Italia, A. Murari, F. Pesce, C. Ragni
TRADUZIONI SCIENTIFICHE - Cristina M. Rodighiero
REALIZZAZIONE - TU.E.OR. Srl - www.tueor.it
STAMPA
Arti Grafiche Amilcare Pizzi Spa - Cinisello B. (MI)
PUBBLICITÀ - Tueor Servizi Srl

UFFICIO ABBONAMENTI
TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel.: 011 0463350 | Fax: 011 0463304
alessia.murari@tueor.com

Forme di pagamento:
- Versamento sul c/c postale n. 65700361 intestato a TU.E.OR. srl;
- Assegno bancario o bonifico su c/c postale 65700361 intestato a TU.E.OR. srl
IBAN IT95F076010100000065700361
Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 633/72

ASSOCIATO ALL'UNIONE STAMPA PERIODICA ITALIANA



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

Diteci cosa pensate!

Avete osservazioni di carattere generale o critiche che volete condividere? C'è un particolare argomento che vi piacerebbe vedere sul Dental Tribune? Scriveteci a: redazione@tueor.com.

Non vediamo l'ora di sentire il vostro parere!

Se desiderate effettuare qualsiasi modifica al vostro abbonamento (nome, indirizzo o eventuali richieste) scrivete a abbonamenti@tueor.com includendo le specifiche dell'abbonamento. Le modifiche alla sottoscrizione potrebbero richiedere fino a 6 settimane prima di risultare effettive.

Dental Tribune Global Awards

A New York gli 8 vincitori 2011

< pagina 1

Rodríguez ha ringraziato DTI per l'aiuto che l'azienda gli ha dato in America Latina, dove ha sviluppato campagne per la salute dentale ed è stato determinante nella crescita di associazioni professionali. Prophe- te, che non ha potuto essere presen- te a New York, ha inviato una lettera per mostrare la sua gratitudine alle numerose organizzazioni che han- no aiutato Haiti nel periodo di mag- gior bisogno, durante il devastante terremoto del 2011.

President's Luncheon Le previsioni politiche

New York, NY, USA: il tradizionale President's Luncheon al Greater New York Dental Meeting (Gnydm), che onora presidenti e direttori di organizzazioni odontoiatriche e decani delle facoltà di odontoia- tria nel mondo, ha accolto il noto conduttore di Good Morning America, George Stephanopoulos, come presentatore celebre di que- sta edizione.

Stephanopoulos, che è stato consu- lente senior nell'amministrazione Clinton, ha spiegato i cambiamen- ti, le contraddizioni e polarizzazio- ni del paesaggio politico del paese, dichiarando di non aver mai visto prima in vita sua una situazione si- mile. Il padrone di casa della ABC, che ha una padronanza magistra- le delle tendenze politiche e dei sondaggi, ha spiegato come i can- didati repubblicani inizialmente favoriti, come Donald Trump, han- no improvvisamente perso il van- taggio a favore dei nuovi arrivati sulla scena. Stephanopoulos ha ammesso che Trump ha deciso di non concorrere per la presidenza dopo aver firmato un contratto da 60 milioni di dollari con la ABC.

In uno dei momenti salienti della manifestazione, Torsten Oemus, presidente di Dental Tribune In- ternational (DTI), ha conferito un premio al Dr. John Halikias, diret- tore generale del Greater New York Dental Meeting.

Oemus ha dichiarato che DTI è estremamente orgogliosa di la- vorare come partner del Gnydm, un'occasione nel settore odontoia- trico che è oggi la più grande negli Stati Uniti ed è in continua evo- luzione per poter offrire ai den- tisti di tutto il mondo la migliore istruzione possibile e i prodotti più innovativi. Oemus ha spiegato che il quotidiano Today e le lezio- ni di alta qualità offerte dal Den- tal Tribune Study Club Symposia, sono due esempi di come le due organizzazioni lavorino insieme per offrire il meglio del meglio ai partecipanti al Gnydm.

Forse le parole di gratitudine più commoventi sono state di Alan Mil- ler, che ha raccontato come Dental Tribune abbia aiutato una piccola azienda produttrice di laser odon- toiatrici del Midwest a diventare protagonista mondiale riconosciuto in campo odontoiatrico, non solo at-

traverso la pubblicità ma anche tra- mite i corsi di Dental Tribune Study Club che hanno permesso a Amd Lasers di mostrare i suoi prodotti in tutto il mondo.

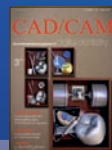
Javier de Pison



CAMPAGNA ABBONAMENTI 2012



Dental Tribune arricchisce la scelta per l'informazione



www.dental-tribune.com

dental pack



L'informazione globale in una veste interattiva e aggiornata.

IL PACK COMPRENDE

11 USCITE - Dental Tribune
INSERTI - Laser Tribune
Endo Tribune
Hygiene Tribune
Ortho Tribune

50,00 euro

dental full pack



dental pack + 3 magazine d'informazione specialistica.

IL PACK COMPRENDE

11 USCITE - Dental Tribune + INSERTI
4 USCITE - Cosmetic Dentistry
2 USCITE - Implants
2 USCITE - Cad/Cam

110,00 euro

dental ecm pack



ECM
online

dental pack + iscrizione al corso ECM online 2012 (22 crediti ECM)

IL PACK COMPRENDE

11 USCITE - Dental Tribune + INSERTI
CORSO ECM ONLINE 2012

134,00 euro

PER ABBONARSI UTILIZZARE IL BOLLETTINO ALLEGATO O CHIAMARE 011 0463350 - WWW.TUEOR.IT

Nuove prospettive nella ricerca biomedica

Cellule staminali di derivazione orale

Recentemente sono stati pubblicati i risultati delle Unità di Ricerca ammesse al cofinanziamento da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, nell'ambito del Progetto di Ricerca di Interesse Nazionale (Prin) 2009. Per la terza volta consecutiva i gruppi Nazionali di ricerca coordinati dal prof. Felice Roberto Grassi, professore ordinario dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", direttore del Dipartimento di Metodologia Clinica e Tecnologie Medico-Chirurgiche, hanno vinto il prestigioso riconoscimento, ottenendo nuovamente un giudizio di eccellenza con il massimo punteggio attribuibile. Il Prin 2009 ha decorrenza dal 17 ottobre 2011 per tutto il biennio successivo.

Dunque prof. Grassi, la polpa dentaria come nuova fonte di cellule staminali?

Certo, lo studio di cellule staminali provenienti da polpa dentaria e dai tessuti di derivazione dentaria in generale, rappresenta una prospettiva interessante per le nuove frontiere della ricerca biomedica.

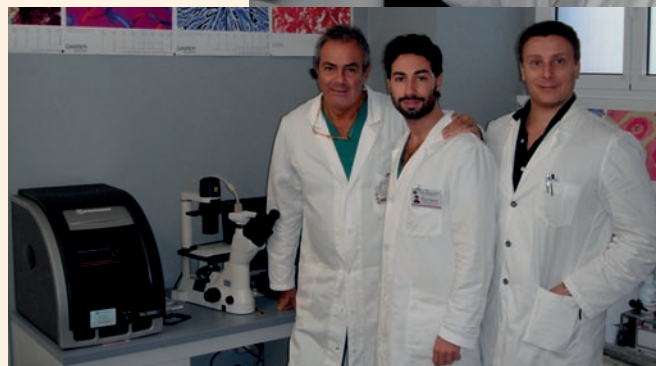
E per ciò che concerne le implicazioni etiche?

In passato problemi erano sorti in merito alle implicazioni bioetiche relative alla coltura di cellule staminali, in quanto il veto del Comitato Nazionale di Bioetica è posto per le cellule staminali derivanti da tessuti appartenenti alla vita prenatale (embrioni e feti).

Per poter ovviare a questo "limite" il nostro gruppo di ricerca si è concentrato nel mettere a punto un protocollo relativo all'allestimento di cellule staminali derivanti dalla polpa dentaria, che è invece un tessuto che si sviluppa nell'epoca post-natale, quindi senza alcuna implicazione etica. Per ciò che concerne la polpa dentaria presente nella dentizione decidua o nei follicoli dentari, in letteratura scientifica è noto che le colture cellulari ottenute da tali tessuti abbiano caratteristiche quantitativamente superiori alle medesime colture eseguite da prelievi di midollo osseo, tecnica altamente invasiva (prelievo per aspirazione dalla cresta iliaca) e spesso poco tollerata dal paziente. La dentizione decidua, dal suo can-

LASCIA IL TUO COMMENTO ALL'ARTICOLO
SULLA NOSTRA PAGINA DI FACEBOOK

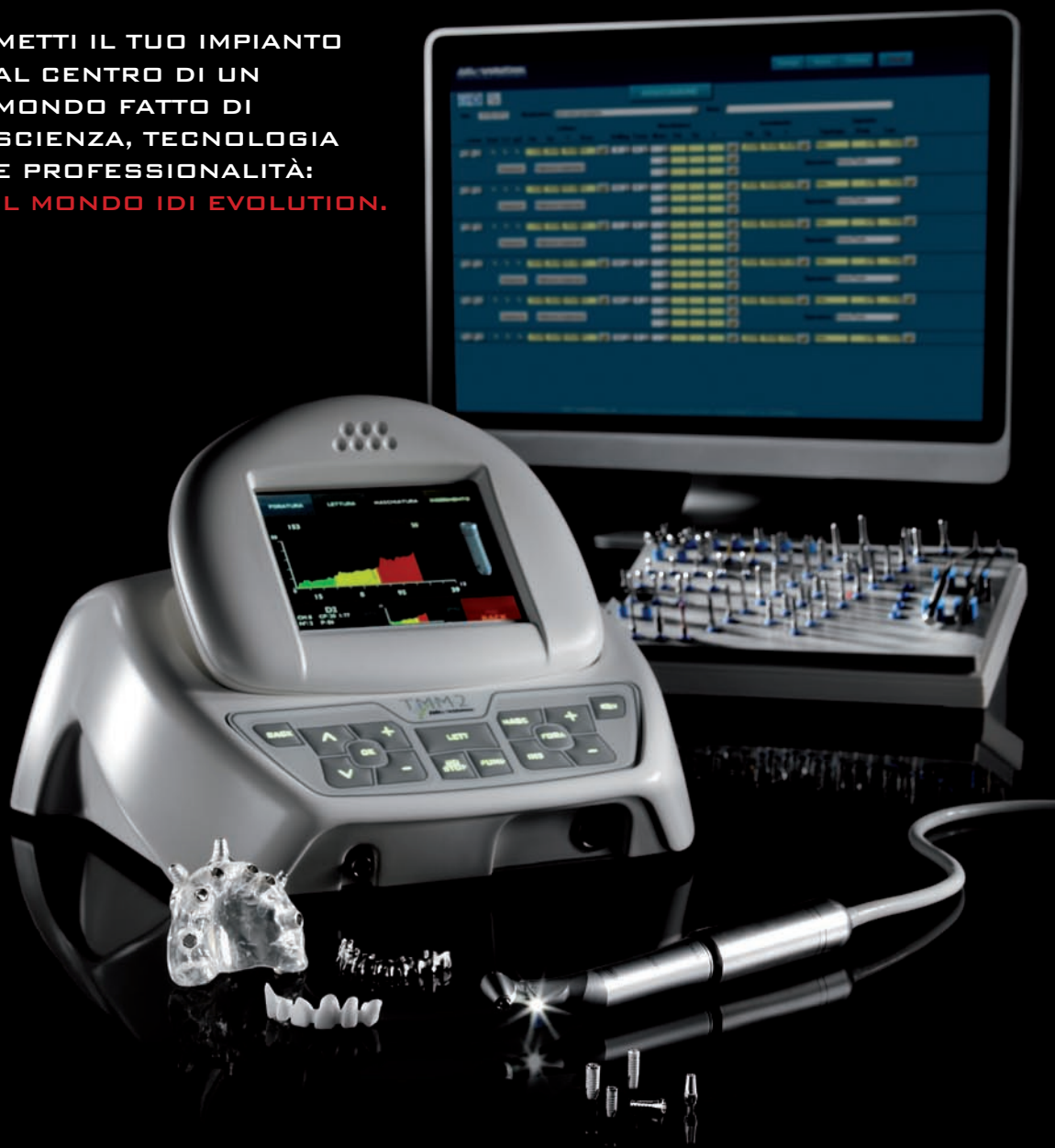
Felice
Roberto
Grassi.



Felice Roberto Grassi e parte dello staff nel laboratorio di ricerca c/o l'Università degli Studi di Bari „Aldo Moro“.

**METTI IL TUO IMPIANTO
AL CENTRO DI UN
MONDO FATTO DI
SCIENZA, TECNOLOGIA
E PROFESSIONALITÀ:
IL MONDO IDI EVOLUTION.**

Patented - Made in Italy



Scegli come partner IDI evolution. Scegli l'unica realtà in grado di offrirti: diagnosi ossea intraoperatoria, valutazione della stabilità primaria complessiva dell'impianto, software di archiviazione dati intraoperatori, cartella clinica digitale, procedura assistita di incorporazione impianti a carico immediato, chirurgia computer guidata, protesi individualizzate, reparto CAD-CAM, gamma implantare dedicata alle diverse tipologie ossee e componentistica protesica completa con produzione interna certificata secondo i più alti standard qualitativi. IDI Evolution. Lasciati guidare nel mondo dell'implantologia evoluta.

Engineered by
Idi evolution

tel 039/6908176
fax 039/6908862
info@idievolution.it
www.idievolution.it

TMM2 **T2VIEW** **IDI4** **DOUBLE GUIDE** **SORRIDI**

to, è un materiale facilmente reperibile in quanto tutti i bambini del pianeta la perdono nel transito con la dentizione permanente.

Ha menzionato la letteratura scientifica, ciò significa che sono presenti studi da parte della comunità scientifica internazionale?

Studi condotti in tal senso in campo biomedico negli ultimi anni attraverso contributi della comunità scientifica internazionale e pubblicati in letteratura, hanno indirizzato la nostra attenzione sulla possibilità di poter "riprodurre" e applicare questi protocolli anche in Italia. E a nostra volta, attraverso i risultati ottenuti (sono in corso ulteriori esperimenti), abbiamo prodotto dei lavori scientifici pubblicati su riviste con impact factor, a rilevanza internazionale e nazionale.

Quali i limiti della ricerca?

Il limite maggiore di questa ricerca incentrata sulle cellule staminali, a oggi è rappresentato essenzialmente dal loro isolamento, poiché tendono a scomparire dalla polpa dentaria superato il trentesimo anno di età, e dal loro mantenimento in laboratorio nello stadio indifferenziato; infatti, le cellule staminali non possono essere coltivate a lungo poiché dopo alcune divisioni cellulari tendono a perdere le caratteristiche di pluripotenzialità.

In alcuni casi le cellule staminali prelevate da organismi adulti possono contenere anomalie del Dna dovute a invecchiamento e accumulo di mutazioni.

Quali invece le prospettive?

Anche se la loro localizzazione in situ è abbastanza differente, le cellule

staminali prelevate da tessuti di origine dentaria e midollo osseo hanno molte caratteristiche comuni; sono altresì caratterizzate dalla loro alta capacità proliferativa ex vivo, e la differenziazione in linee multiple di cellule in base alle condizioni microambientali in cui sono coltivate.

Inoltre, grazie alla loro capacità di aderire a un substrato di plastica pretrattato (sul quale sono coltivate), iniziano a proliferare.

I risultati attesi dalla presente ricerca potranno contribuire in modo significativo allo sviluppo di biotecnologie capaci di rendere possibile un sempre maggiore utilizzo terapeutico delle cellule staminali provenienti da una fonte facilmente accessibile, come quella rappresentata dagli elementi dentali.

In conclusione vi è una grande potenzialità per il loro utilizzo terapeutico una volta estratte dal singolo dente, in quanto se ben "indirizzate" (per esempio stimolandole in tal senso attraverso i regolatori di formazione dell'osso) potrebbero essere utilizzate per la rigenerazione ossea, parodontale o addirittura la genesi de novo di elementi dentali, creando possibilità reali in un futuro forse non troppo distante.

Responsabile scientifico Nazionale Progetto di Ricerca di Interesse Nazionale (Prin) 2009: prof. Felice Roberto Grassi.

Componenti Gruppo di Ricerca: Andrea Ballini, Giorgio Mori, Maria Grano, Silvia Colucci, Mariasevera Di Comite, Mina Brunetti, Angela Oranger, Claudia Carbone, Stefania Cantore, Vito Crincoli, Francesco Papa, Biagio Rapone.

Gianna Maria Nardi



Osso di banca

Le novità più rilevanti del 2011 e quelle in via di realizzazione

Sappiamo già che l'odontoiatra, assieme all'ortopedico e al maxillo, è sicuramente tra i chirurghi quello che fa più uso di tessuto muscolo-scheletrico osseo di origine umana, proveniente da donatore vivente o cadavere. In un precedente articolo abbiamo a grandi linee tratteggiato i "profili di sistema" dello specifico settore, spiegando chi possa utilizzare osso di banca, nonché come e a quali condizioni giuridiche ciò sia legittimo. Vediamo ora quali siano le novità rilevanti intervenute nell'ultimo anno e quelle in procinto di realizzarsi nel 2012.

Banche dei tessuti

È divenuta finalmente operativa la banca del tessuto muscolo-scheletrico di Roma (ad opera della Regione Lazio), che da novembre 2010 ha avuto specifica individuazione nella struttura dell'I.F.O. Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRCCS). La banca della Regione Lazio è dislocata più a sud di tutta la penisola italiana e sicuramente potrà fungere, col tempo, da punto di riferimento per tutti gli utilizzatori di osso delle regioni meridionali e insulari del Paese. Tra i servizi in via di messa a punto anche la possibilità di convenzionare Banche Estere specializzate nella produzione di tessuto osseo a uso odontoiatrico, implementando l'offerta di servizi di distribuzione tissutale anche nelle regioni meridionali sprovviste di banche.

Sito Internet

Il Centro Nazionale Trapianti (organo di vertice del sistema) ha definitivamente messo a punto il sito internet www.banchetessuto-osso.it nel quale è possibile visualizzare tutto il tessuto muscolo-scheletrico presente in Italia, pertanto non solo quello prodotto dalle banche italiane ma anche quello proveniente dalle estere. Nell'intenzione dei suoi artefici, il sito dovrebbe indicare dove si trova il tessuto (se prodotto in Italia) o quali siano le banche italiane convenzionate per procurare il tessuto proveniente dall'estero. È liberamente accessibile agli operatori (medici, Asl, odontoiatri, etc.), i quali possono acquisire, attraverso la finestra "dati", le informazioni necessarie per sapere dove si trova il materiale. Il limite dell'idea, di per sé ottima, è dato dal fatto che il sito risulta non aggiornato (al momento della stesura del presente articolo, vi è un ritardo di circa 2 mesi) e ciò sicuramente va contro i principi che hanno ispirato il progetto.

Novità imminenti: il futuro decreto sulle importazioni di tessuto omologo

È in fase di elaborazione un decreto interministeriale che dovrebbe regolamentare in modo organico l'importazione e l'esportazione di tessuto osseo. Secondo le indiscrezioni e le voci più accreditate, le novità, rispetto

all'attuale sistema, dovrebbero essere ben poche e avere un impatto non eccessivo sugli odontoiatri, affezionati utilizzatori di tessuto muscolo-scheletrico proveniente da banche estere. La tendenza è che, in futuro, o tutte

le regioni si doteranno di banca (cosa poco probabile) oppure opereranno per stringere convenzioni interregionali di collaborazione con le banche attualmente esistenti. Per l'odontoiatra non dovrebbe assolutamente

cambiare né la procedura di richiesta, né quella di utilizzo, anche se l'auspicio è che il sistema, già di per sé molto particolare, non venga burocraticamente appesantito. L'importante, ricordiamolo, è che ogni azione degli

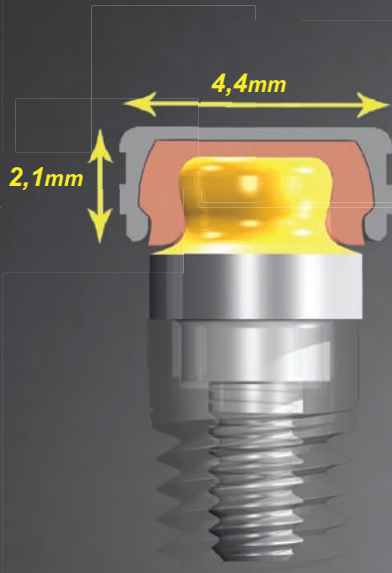
operatori sia improntata a garantire al paziente sicurezza, qualità del tessuto e rintracciabilità dello stesso in caso di reazioni o eventi avversi.

Avv. Stefano Fiorentino



STABILITÀ E DIMENSIONI SONO UNA PRIORITÀ

SISTEMA 4 in 1



IMPIANTI



BARRE



CALCINABILE



**ELASTIC
SEEGER**

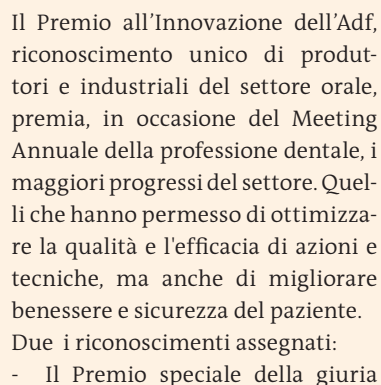


Via E. Zago, 10 - 40128 Bologna - Italy Tel. (+39) 051 244510 - (+39) 051 244396 Fax (+39) 051 245238

www.rhein83.com • info@rhein83.com

Chiedi il **NUOVO**
Catalogo/Manuale e
CD-ROM per Dentisti
e Odontotecnici.





dell'Associazione dentaire française

attribuito (23 novembre) a Coltene Whaledent per le faccette Composeer: prime faccette in composito in una sola seduta per il restauro estetico dei denti anteriori (incisivi, canini), il nuovo dispositivo arricchisce la gamma dei trattamenti dentali con una soluzione veloce, efficiente, duratura e meno costosa per il professionista e il paziente. La giuria era costituita da giornalisti della stampa del settore salute, Aline Perraudin di Santé Magazine, Agnese Duperrin di Notre Temps, Sophie Portails di Direct 8, Nicolas Evrard di Santé AZ e Anne Xaille di Internaute.com. Il Premio speciale dei professionisti del dentale è stato assegnato (26 novembre) alla Società

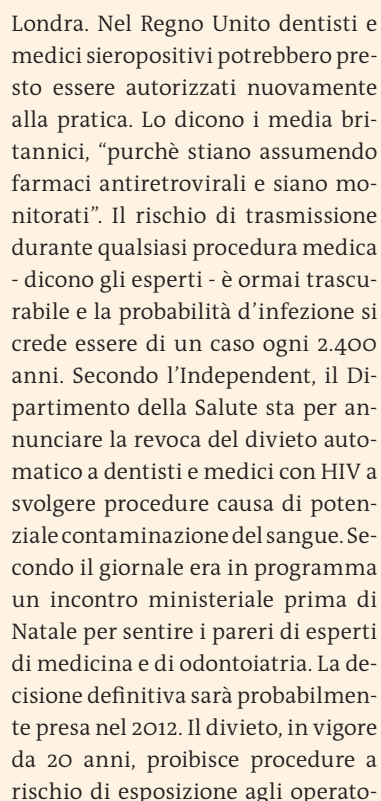
Dentsply France per il prodotto Réciprocité: questo sistema permette di valutare, nella maggior parte dei casi, il completamento della preparazione scanalare secondo la corrente disciplina, con un unico strumento, piuttosto

che con 3-6 come offrono altri sistemi disponibili sul mercato. I 25.000 visitatori presenti al Congresso dell'Adf sono stati invitati a visitare gli stand delle innovazioni selezionate e a votare per il prodotto che meglio illustrava la creatività.

tà del loro lavoro. Attraverso la loro partecipazione attiva hanno dimostrato interesse e coinvolgimento nella medicina orale di oggi e di domani. Le altre innovazioni selezionate per il Premio all'innovazione 2011 sono:

Società	Innovazione
3M Francia	Siringa intra-orale Express™ 2. Siringa intra-orale mono uso per ottimizzare la presa delle impronte
Acteon	Scanwave. Laser di polimerizzazione dei materiali fotosensibili rispettando il confort del paziente
Codimed	FenderPrime. Dispositivo ingegnoso per trattare la carie evitando danni collaterali
Dürr Dental Francia	Hygowie plus. Dispenser intelligente di salviette disinfettanti, attivato da un sensore a infrarossi e a dosaggio automatico
Dux Dental	Short Cut. Distributore pratico e igienico di filo retrattore
GSK Santé Grand Public	Sensodyne Ripara e Protegge. Primo dentifricio ad azione desensibilizzante, utilizza lo stesso materiale bioattivo usato in tecniche avanzate di rigenerazione ossea
Julie Owandy	Visteotouch. Apparecchio di radiografia istantanea per le immagini del cavo orale
Kerr Francia + KaVo Dental	SonicFill. Nuovo concetto di restauro dei denti posteriori (premolari e molari)
Pierre Fabre Oral Care	Inava 7/100. Primo spazzolino sterilizzabile, con lo status di dispositivo medico (Classe I)

possono tornare a esercitare la professione



ri sanitari infettati dall'HIV. La Health Protection Agency le descrive come "quelle in cui esiste il rischio che una lesione dell'operatore possa comportare contatto di tessuti aperti del paziente col sangue dell'operatore. Includono quelle in cui le mani guantate dell'operatore entrano in contatto con strumenti taglienti, punte ad ago o tessuti anch'essi taglienti (estremità di ossa e/o denti) all'interno di una cavità aperta, di ferite o di spazi anatomici dove mani o dita non siano sempre visibili in ogni momento". Secondo The Independent, il cambio di regolamento arriva dopo uno studio presentato al Chief Medical Officer, secondo cui il rischio di trasmissione in qualsiasi procedura medica è ormai trascurabile. "I farmaci antiretrovirali possono controllare efficacemente l'HIV, tanto che i pazienti con quest'affezione dimostrano livelli di particelle infettive nel sangue troppo bassi persino per la misurazione. Unitamente all'elevato livello di controllo delle infezioni richieste ai medici, ciò significa che gran parte dell'Europa insieme con l'Australia e l'America hanno rimosso la limitazione" scrive il giornale. Secondo fonti mediche e per quanto riguarda i professionisti affetti da HIV, ospedali e studi dentistici hanno a lungo seguito la politica del "non chiedere, non dire". Si ritiene che - a prescindere dalla natura emotiva del virus - la politica attuale non possa più essere giustificata da motivi di salute pubblica e che risulti quin-

di chiaramente discriminatoria. Il gruppo di lavoro di esperti AIDS del Dipartimento della Salute e l'UK Advisory Panel per gli Operatori Sani-

tari infettati da virus a trasmissione ematica, hanno concluso che i rischi non possono più giustificare il divieto: "Il rischio d'infezione - pare

abbiano riferito al Chief Medical Officer - è un caso ogni 2.400 anni." Questo almeno quanto riferisce The Independent.

 Università degli Studi di Siena per l'Anno Accademico 2011 - 2012 organizza i seguenti corsi   	
 11^A EDIZIONE: Utilizzo del laser e delle nuove tecnologie nel trattamento dei tessuti duri e molli, orali e periorali 16 - 17 Marzo / 13 - 14 Aprile / 10 - 11 -12 Maggio 2012 8 - 9 Giugno / 20 - 21 - 22 Settembre 2012 Durata del corso: Totale 85 ore: 60 ore di didattica teorica e 25 ore di esercitazioni pratiche che si terranno nelle giornate di sabato da aprile in poi. Scadenza Iscrizioni: 15 febbraio 2012 Costo del corso: 2.500 € Posti disponibili: 80 (iscrizioni secondo ordine cronologico) Criteri per l'accesso: Laurea in Medicina e Chirurgia con abilitazione all'Odontoiatria; Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria. In collaborazione con:     	 5^A EDIZIONE: L'uso delle nuove tecnologie di mininvasività in Igiene dentale: la parodontologia non chirurgica 16 - 17 Marzo / 13 - 14 Aprile / 10 - 11 -12 Maggio 2012 Durata del corso: Totale 60 ore: 45 ore di didattica teorica e 15 ore di esercitazioni pratiche che si terranno nelle giornate di sabato da aprile in poi Scadenza Iscrizioni: 15 febbraio 2012 Costo del corso: 1.300 € Posti disponibili: 80 (iscrizioni secondo ordine cronologico) Criteri per l'accesso: Laurea in Igiene Dentale Diploma in Igiene Dentale In collaborazione con:   
I corsi si terranno presso: PIANO DIDATTICO, POLICLINICO "LE SCOTTE" - VIALE BRACCI - SIENA - DIRETTORE DEI CORSI Prof. Simone Grandini, Università degli Studi di Siena	
Per scaricare i moduli di iscrizione: www.unisi/postlaurea/corsiperf.htm www.aiola.it	REFERENTI : Dr. Maurizio Maggioni Tel: 366 - 6135102 - maggioni@aiola.it Prof. Simone Grandini, e-mail: grandini@unisi.it Tel. 0577 - 585772 - 0577 - 233412 Dr. Pietro Cremona Tel. 335-361779 - cremona@aiola.it
Per informazioni ed iscrizioni: Segreteria: Tel - 0577-233131 Martedì, Giovedì e Venerdì dalle 10,00 alle 13,00	

Relazione tra erosione dentale e reflusso gastro-esofageo

A. Santangelo*, A. Zoia*, L.M. Bartorelli**, C.E. Mirelli***, R. Penagini °, A. Elvevi°°

Reparto di Conservativa ed Endodonzia della Clinica Odontoiatrica e Stomatologica dell'Università degli Studi di Milano, Direttore: Prof. F. Santoro, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico: *Odontoiatri frequentatori.

**Ricercatore confermato.

***Collaboratrice alla ricerca.

Reparto Endoscopia Digestiva Diagnostica e Operativa, Direttore: Prof. D. Conte, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli studi di Milano:

°Responsabile.

°°Medico specializzando in gastroenterologia.

Lo scopo di questo lavoro è quello di valutare l'associazione tra disturbo da reflusso gastro-esofageo (GERD) ed erosione dentale, già nota in letteratura, ma priva di linee guida o studi mirati al corretto approccio preventivo e terapeutico nei confronti di questi pazienti.

L'erosione dentale

L'erosione dentale si definisce come la perdita progressiva e irreversibile dei tessuti duri del dente, che può variare da un'abrasione superficiale dello smalto fino all'esposizione dentinale. Per essere definita tale, questo tipo di lesione deve essere causato da un processo chimico privo di coinvolgimento batterico. L'eziologia delle erosioni è multifattoriale: le cause possono essere distinte in fattori intrinseci, quali disordini gastrici, ed estrinseci, come l'assunzione di alimenti a contenuto acido.

Il ruolo dell'alimentazione

I cambiamenti sociali ed economici hanno portato a un cambiamento delle abitudini alimentari, c'è maggior varietà e disponibilità alimentare. Gli alimenti possono essere classificati in acidificanti o alcalinizzanti:

- Acidificanti: carni rosse, cereali, alimenti raffinati e industriali; alimenti che dopo l'ossidazione formano un residuo acido (zolfo, fosforo, cloro) e abbassano il pH a valori di circa 7,35.
- Alcalinizzanti: frutta, verdura, latte, patate, legumi; alimenti che dopo l'ossidazione formano un residuo alcalino (sodio, calcio, magnesio, potassio) e alzano il pH a valori di circa 7,43. Un'alimentazione equilibrata dovrebbe prevedere almeno il 75% in peso di alimenti alcalinizzanti.

I cibi acidi sono invece semplicemente quelli contenenti acidi organici e possono comportarsi sia come acidificanti che come alcalinizzanti, a seconda del tipo di metabolismo cui vanno incontro.

È possibile dunque individuare un'attività acidificante sistemica e locale:

- Sistemica: i cibi acidificanti determinano un abbassamento al di sotto del valore di pH fisiologico 7,41. Si avvia una reazione biochimica tamponante richiamando sali minerali a reazione basica, come il fosfato di calcio,

dalle sedi a maggior contenuto, con attivazione di processi di demineralizzazione.

- Locale: a livello orale, i cibi acidi svolgono un'azione locale (soft drinks, succhi di frutta, alimenti contenenti additivi acidificanti come e338, e385), favorita da stati di acidità sistemica, che la saliva non riesce a tamponare e se il pH scende sotto il valore di 4,8 si ha un fenomeno di mordenatura dei tessuti duri del dente.

Ad esempio gli alimenti contenenti acidi fosforici (e338) come i più comuni soft drinks, richiamano calcio dai depositi ossei determinando un notevole abbassamento del pH, locale e sistemico. Bevendo una sola lattina di cola (350 ml) il pH scende a valori inferiori di 4 per circa 50 minuti.

Il ruolo del reflusso gastroesofageo (GERD)

Al fine di indagare il ruolo nell'erosione dentale giocato dal reflusso di acidi gastrici intrinseci si è scelto di condurre uno studio in collaborazione con il Reparto di Endoscopia Digestiva Diagnostica e Operativa, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, su 52 pazienti di entrambi i sessi, con diagnosi di GERD.

Lo studio è stato strutturato in tre fasi:

- Compilazione di un questionario comprendente una breve anamnesi, la presenza di cofattori dell'erosione quali frequenza dei disturbi da GERD, tipo e frequenza dello spazzolamento dentale e assunzione di alimenti a contenuto acido.
- Misurazione pH salivare.
- Documentazione fotografica (Figg. 1a-c).

L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato che tutti i pazienti in esame presentano erosioni dentali, con una prevalenza a livello delle superfici palatali, linguali e cervicali degli elementi del settore frontale. Il pH salivare registrato è risultato basico, il che si può giustificare considerando la terapia con farmaci antiacidi alla quale i pazienti sono sottoposti. Dai questionari è emerso che la maggior parte dei pazienti consuma abitualmente bevande a contenuto acido ed esegue manovre di spazzolamento scorrette (prevalentemente orizzontale). In particolare tali manovre di igiene orale vengono effettuate immediatamente dopo

la percezione di disturbi di reflusso, quali sensazioni di sapore sgradevole e bruciori.

La correlazione tra GERD ed erosione dentale potrebbe quindi essere individuata come la risultante della compresenza di fattori mordenanti i tessuti dentali, di origine intrinseca, come la presenza di GERD, di origine estrinseca, come il consumo di alimenti acidi, e di un agente meccanico di rimozione tissutale, in questo caso coincidente con mano-



Figg. 1a-c - Le immagini di un paziente dello studio in oggetto evidenziano importanti segni di erosione.

vire scorrette di spazzolamento.

Conclusioni

I pazienti affetti da GERD dovrebbero essere regolarmente sottoposti a visite odontoiatriche per valutare l'eventuale comparsa di manife-

stazioni erosive a carico dei tessuti dentali in modo da poter effettuare una efficace prevenzione primaria e secondaria.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore.

Kodak Dental Systems

Carestream DENTAL

Sistema di imaging extraorale KODAK 9000 3D

Innovazione, in modo accessibile.



Ora disponibile con programma di Stitching
Il campo visivo esteso ugualmente ad un costo accessibile



Combina automaticamente
volume localizzati



Esami 3D su
quadranti multipli



Kodak
Prodotto autorizzato

Carestream Dental

© Carestream Health, Inc., 2012.
Il marchio di fabbrica e la relativa veste grafica sono utilizzati su licenza concessa da Kodak.

Visitate www.carestreamdental.com
o chiamate 02. 66098. 548

Toti e il paziente disfunzionale

„Alla base dell’approccio l’ideale rapporto spaziale cranio mandibolare di ognuno“

Lei si occupa di problematiche occlusali da molto tempo. Come è nato questo interesse?

Dal 1987 quando seguii un corso di protesi, tenuto dal collega e amico Alfredo Modesti, che diede a tutti noi le basi gnatologiche della scuola di P.K. Thomas. Mi appassionai ai risultati ma, nel contempo, cominciai a rendermi conto che a volte non bastava centrare una linea mediana o recuperare una posizione mandibolare che non evocasse dolore o rumore. Si fece strada in me la convinzione che fosse necessario analizzare i pazienti disfunzionali dal punto di vista articolare ma anche considerando le correlazioni neuro muscolari. Nacquero un sodalizio intellettuale e un'amicizia con Gian Mario Esposito che portò tutti e due, dapprima insieme, seguendo i lavori di J.P. Meersseman, e poi distintamente ad approfondire queste problematiche.

Parliamo di più di vent’anni fa. Tralasciando quella che sarà stata la sua evoluzione, come interpreta le problematiche dei pazienti disfunzionali?

Ovviamente oggi le condizioni sono molto diverse. La tecnologia tenta di esserci d’aiuto, la sensibilità dei colleghi si è acuita e, devo dire, anche quella dei pazienti. In ogni caso credo che l’approccio di base al paziente disfunzionale debba rimanere sempre quello di considerare unico e irripetibile il rapporto spaziale ideale cranio-mandibolare di ogni persona (cum grano salis naturalmente).

Lei tocca temi importanti. Cominciamo dal primo: perché dice che la tecnologia “tenta di essere d’aiuto”?

Perché alcuni test strumentali non sono ancora ritenuti completamente affidabili. Dipende dal fatto che, in ambito posturale e quindi anche occluso-posturale, chi non evidenzia o denuncia particolari sintomi, ad esempio il dolore, non è mai nel perfetto cardinale equilibrio: ogni persona in stato di benessere è “perfettamente storta” come il suo sistema prevede affinché tutte le funzioni, deambulatoria, deglutitoria e visiva, ad esempio si effettuino senza problemi. In conclusione quando si esamina clinicamente un paziente, se occorre cercare la causa della sua disfunzione, non ci si deve tuttavia porre il fine di riequilibrarlo come previsto dal modello ideale. Piuttosto si dovrebbe cercare di riportarlo nel suo equilibrio, che spesso si discosta dal primo, per risolvere le tensioni e i dolori causati dalla disfunzione.

Lei cita un’accentuata sensibilità da parte dei colleghi ai problemi occlusoposturali. Perché avviene ciò?

Dipende dal fatto che oggi l’odontoiatria ha fatto progressi enormi dal punto di vista clinico scientifico, per cui molti dei problemi pratici e urgenti, anche solo di dieci o vent’anni fa sono risolti. (Si pensi ad esempio, all’enorme evoluzione dell’implantologia). L’aspetto che più soddisfa è rendersi conto come, pian piano, si stia facendo strada una nuova interpretazione del paziente disfunzionale. Con tale termine non bisogna intendere solo i pazienti che manifestano dolore o rumore articolare, ma vanno considerati tutti coloro che hanno perso l’originario rapporto cranio mandibolare. In conclusione è bene, specie nella progettazione di piani di trattamento importanti, analizzare i pazienti anche in chiave occluso-posturale per valutare i parametri personali del rapporto spaziale mandibolo-mascellare per una terapia il più possibile accettata dal sistema neuro muscolare e propriocettivo di un individuo.

Lei ha sottolineato la necessità di un buon rapporto cranio mandibolare per uno stabile benessere dell’individuo. Ma i dati scientifici in questo senso non sono ancora certi.

Ne sono assolutamente consapevole ma non me ne stupisco. Se in una ricerca si analizza il sistema occluso-posturale cercando di verificare una reazione costante causa-effetto non riusciremo mai nell’intento. Ognuno di noi vive in stato più o meno evidente di benessere essendosi il sistema adattato nel corso degli anni alle eventuali noxae inserite. Quindi la reazione a un disturbo, immaginiamo un precontatto, sarà evidenziata in funzione degli adattamenti precedenti. Inoltre, perché si evidenzia una variazione di assetto posturale, il disturbo dev’essere mal tollerato dal sistema. Qui entra anche in gioco la capacità personale e temporanea di tolleranza alla noxa. Se poi consideriamo anche le variabili presenti nel sistema occlusale si può ben intendere come la via dell’indagine scientifica sia lastricata di ostacoli. D’altro canto non vedo come, in linea di principio, si possa escludere a priori un coinvolgimento dell’occlusione nel sistema posturale, visto che diamo per assodato quello del sistema podalico, visivo e rachideo. Sarà fondamentale stabilirne la ponderabilità, soprattutto per evitare esagerazioni che potrebbero indurre in equivoco il clinico e produrre eccessive aspettative nei pazienti. Come sempre la virtù sta nell’equilibrio: come è azzardato sostenere che l’occlusione non ha influenza nella omeostasi cranio cervicale, lo è anche dire che ne è l’unica responsabile. La diagnosi differenziale è l’arma più potente in mano al medico e in campo occluso-posturale non si fa eccezione.

Ma prevedo un lungo percorso sia clinico che di ricerca.

Come pensa di percorrerlo? Da solo?

Da soli non si va da nessuna parte. Non condivido coloro che, in qualsiasi disciplina scientifica o umanistica, si chiudono nelle loro stanze convinti di aver capito e di non essere capiti. Il primo dovere di un individuo è quello di mettersi in dubbio e confrontarsi.

Lei collabora da anni con Enrico Gherlone e con l’Unità Operativa di Odontoiatria dell’I.S.U. San Raffaele. Quanto ha contribuito a determinare la sua odierna visione della materia?

Moltissimo. Onorandomi della sua stima e amicizia dal 1984, Gherlone mi ha dato lo spazio per il coordinamento del gruppo che si occupa della Fisiopatologia Masticatoria (costituito da Roberto Broggi, Roberta Carre-ra, Gabriella Maccali e Carlo Saetta) dell’Unità Operativa che egli dirige. Gli devo molto per tanti aspetti, uno su tutti: mi ha fatto uscire dalle mie stanze consentendomi, grazie al confronto coi colleghi del Reparto, di avere verifiche importanti su quanto ho prima affermato sull’approccio al paziente disfunzionale e sulla sua definizione. Il Gruppo di Fisiopatologia masticatoria, in particolare, mi è di continuo stimolo positivo per chiarire, semplificare e aggiornare le tecniche di diagnosi, terapia iniziale diagnostica e finalizzazione.

Perché dice “terapia iniziale diagnostica”?

Quando la mal posizione spaziale della mandibola in rapporto al cranio, determinata da un’incongrua occlusione, ha cronicizzato schemi muscolari deglutitori di adattamento, sarà necessario, prima di procedere alla riabilitazione, ortodontica o protesica, ricorrere a una rieducazione della funzione e quindi anche degli schemi muscolari con un presidio che mimi la corretta occlusione. Mi riferisco a una placca occlusale cuspidata inserita nell’arcata inferiore, per favorire la compliance del paziente, portata per 24 ore esclusi i pasti. Questa placca, il cui nome tecnico è splint inferiore di riposizionamento mandibolare, di fatto costituisce uno splendido strumento diagnostico perché al termine di un periodo di 4/6 mesi, dopo le modifiche necessarie, costituirà presidio indispensabile per individuare la chiave occlusale della riabilitazione finale.

Spesso lei parla al plurale, si riferisce ai colleghi che ha sopra nominato?

A loro certo ma anche a quelli che, negli anni, hanno seguito e stanno

seguendo i corsi di formazione nella materia.

A tal proposito come vede tracciabile un programma di formazione in semeiotica occluso-posturale?

Lo scoglio più grosso da superare, per chi si avvicina alla materia, non è dover imparare tecniche o studiare correlazioni neuro muscolari, ma cambiare mentalità di approccio clinico al paziente. Una volta superato questo, poiché l’arte odontoiatrica non si inventa, basterà applicarsi secondo i protocolli accademici tenendo conto che ogni paziente è diverso dal precedente e dal successivo, per cui avrà bisogno del personale inquadramento e riequilibrio.

In conclusione lei interpreta questo particolare inquadramento del paziente disfunzionale in chiave



TULLIO TOTI, collabora da anni nel Gruppo

che si occupa di Fisiopatologia Masticatoria dell’Unità Operativa di Odontoiatria dell’ISU S. Raffaele di Milano diretta da Enrico Gherlone.

prettamente diagnostica. Non prevede particolari tecniche terapeutiche?

Fatta eccezione delle modalità di ricerca personalizzata degli indici occlusali necessari alla costruzione dello splint, direi di no. La ricerca delle eventuali disfunzioni occluso-posturali è materia diagnostica, quindi di pertinenza medica o odontoiatrica. Ogni professionista ha cultura, esperienza e capacità per finalizzare i suoi pazienti come sempre, tenendo conto di quanto esposto.

C’è un’ultima considerazione da fare in chiusura?

L’auspicio è che nei prossimi anni si possa, grazie a studi multicentrici, avere riscontri che sciolgano, o inizino a sciogliere la dissonanza indiscutibile tra evidenza scientifica e clinica. Sarà strada lunga e credo che non ne vedrò la fine ma sarà di grande soddisfazione averla avviata.

Lo sviluppo di nuove tecnologie per lo studio dell’Anatomia

Dalla dissezione all’odierno imaging

L’Anatomia è una scienza antica che deve il suo nome al suo principale metodo di studio, la dissezione (dal greco anatomé). Uno studio anatomico è già contenuto in un papiro egiziano del 1600 A.C e rivela la conoscenza della struttura di molti organi. Più o meno lo stesso grado di conoscenze si riflette negli scritti di Ippocrate, fino a quando, in periodi successivi, vennero ampliate le conoscenze sull’organizzazione corporea, dapprima su animali e successivamente sull’uomo. In questo contesto Aristotele studiò a fondo l’Anatomia con particolare attenzione al sistema nervoso essendo tuttavia convinto che fosse il cuore la sede dell’intelletto, della percezione e delle funzioni a essi correlate. Il primo progresso che conferì all’Anatomia un rigore scientifico venne compiuto nel secolo seguente dai medici greci Erofilo ed Erasistrato che, sezionando cadaveri, furono i primi a fornire importanti dettagli anatomici descrivendo la funzione di molti apparati. Erofilo si distinse per le precise descrizioni del sistema nervoso centrale che lo portarono a rigettare la tesi cardiocentrica aristotelica e a considerare il cervello come il centro del pensiero, della sensibilità e dei movimenti; distinse inoltre i vasi sanguigni dai nervi e dai tendini e fornì descrizioni accurate dell’Anatomia degli organi genitali. Il suo più grande allievo

Erasistrato perfezionò gli studi sul sistema nervoso; egli distinse il cervello dal cervelletto e studiò le circonvoluzioni della corteccia cerebrale di varie specie animali relazionandole al grado di sviluppo intellettuale. Sebbene le conoscenze anatomiche siano state ulteriormente implementate grazie a Galeno occorre attendere l’inizio del 1300 quando Mondino de Liuzzi, professore dell’Università di Bologna, creò la prima scuola di Anatomia Umana d’Italia e d’Europa intraprendendo lo studio diretto e metodico dei cadaveri, ponendo le basi per lo sviluppo dell’anatomia durante il Rinascimento. La storia dell’Anatomia moderna iniziò infatti in questo periodo, con la pubblicazione, nel 1543, dell’opera dell’anatomico belga Andrea Vesalio “De humani corporis fabrica” fondata sull’osservazione diretta di cadaveri.



< pagina 8

Fino ad allora e ancora per più di un secolo, se si esclude la realizzazione di semplici strumenti per la dissezione, l'impatto tecnologico sull'anatomia fu molto modesto. Nel XVII secolo grazie al progredire della tecnologia fu inventato uno strumento destinato a rivoluzionare l'Anatomia: il microscopio, grazie al quale è nata l'Anatomia Microscopica che vide nella figura di Marcello Malpighi uno dei pionieri. Da questo momento in poi, lo studio dell'Anatomia proseguì in due sensi. Da una parte si sviluppò l'anatomia microscopica con la messa a punto, accanto a microscopi ottici sempre più efficaci, del microscopio elettronico a scansione e a trasmissione per arrivare alla microscopia confocale e a forza atomica; dall'altra parte si sono perfezionate le conoscenze relative all'anatomia macroscopica. Quest'ultima beneficiò infatti dei nuovi progressi scientifici raggiunti alla fine dell'Ottocento. La scoperta dei raggi X e la realizzazione nel 1895 della prima radiografia costituirono un altro importante traguardo permettendo di studiare per la prima volta l'anatomia degli organi e degli apparati interni di esseri viventi. Tale tecnica si rivelò rivoluzio-

ni strutturali morfologiche che possono essere all'origine o il risultato di una situazione patologica, ma la loro utilità va ben oltre. L'individuazione di varianti anatomiche proprie del paziente può, infatti, rappresentare un punto di partenza fondamentale in ambito pre-operatorio consentendo al chirurgo una migliore pianificazione dell'intervento permettendo l'adozione di procedure chirurgiche meno invasive e più mirate. Accanto alle tecniche di imaging appena descritte, grazie all'endoscopia è possi-

bile avere una visione diretta, dall'interno, di alcuni organi e delle cavità corporee con l'obiettivo di valutare la presenza di eventuali alterazioni o lesioni (endoscopia diagnostica) e di effettuare interventi chirurgici mirati (endoscopia interventistica). A tal proposito mi piace citare quello che il Prof Tschabitscher, Anatomo dell'Università di Vienna, che ho il privilegio di avere come amico e che considero il mio maestro per l'anatomia settoria, dice circa l'anatomia endoscopica: "non esiste l'anatomia

endoscopica; l'anatomia è sempre la stessa, cambia solo il punto di vista". Anche alla luce di questa affermazione, appare evidente che per utilizzare correttamente e in modo proficuo l'endoscopia e l'imaging tecnologicamente più raffinato è necessaria una buona conoscenza anatomica acquisita con la dissezione che rimane un'esperienza irrinunciabile per consolidare le proprie conoscenze dell'anatomia, che rimane uno degli elementi essenziali e propedeutici a qualsiasi atto medico. Quest'ultima

considerazione sottolinea quanto, da più di dieci anni insieme all'amico Labanca, chirurgo orale, alla Rezzani e a Tschabitscher stiamo facendo, organizzando corsi di anatomia chirurgica e dissezione nei quali sono trattate anche le moderne tecniche di imaging in modo che la dissezione anatomica, integrata con l'apprendimento e l'applicazione di nuove tecnologie, costituisca un unico grande strumento nel training chirurgico.

Luigi Rodella



naria in quanto se fino ad allora l'obiettivo degli studi anatomici era descrivere l'organizzazione del corpo umano che servisse da guida per il chirurgo, da questo momento è stato possibile studiare l'anatomia reale del singolo paziente, facendo diventare l'anatomia un punto chiave non solo della chirurgia ma anche del percorso diagnostico e della valutazione pre-operatoria. Ciò è ulteriormente possibile dalle più recenti e raffinate tecniche d'imaging (Ecografia, Tomografia Computerizzata, Risonanza Magnetica Nucleare) che permettono di ottenere immagini bidimensionali e tridimensionali assolutamente realistiche che, grazie anche alle sempre più sofisticate elaborazioni digitali, risultano di fondamentale importanza in campo clinico. Sicuramente risulta facile pensare all'utilità di queste tecniche per la diagnosi di eventuali alterazio-



I° GIORNATA INTERNAZIONALE sugli ATTIVATORI PLURI-FUNZIONALI

è iniziata la vera
Rivoluzione del Dentale

Per la prima volta insieme
Relatori Internazionali:

Mathieu, Ardouin, Theet
Commerman, Mantovani, Robert

L' ECCELLENZA DENTALE DIVENTA GLOBALE



Milano, 24 marzo 2012
Boscolo Exedra Milano

Per informazioni: **800 59 24 59** numero verde

info@approccioortodonticoglobale.it
www.approccioortodonticoglobale.it

evento organizzato da

