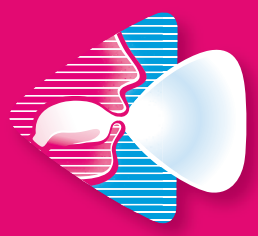
All'interno lo speciale Hygiene Tribune

Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno VII n. 4 | Aprile 2011 | Euro 3,00

Lo sai che
9 volte su 10
l'alito cattivo
ha origine
nel cavo orale?



Teknoscienza

Prognosi parodontale determinazione e influenza

La determinazione della prognosi parodontale è una parte integrante del trattamento parodontale e influenza direttamente la pianificazione del trattamento.

> pagina 6

Attualità

Il "Quaderno" presentato dal Ministro Fazio

La presentazione del volume della Collana "Quaderni del Ministero della Salute" ha dato lo spunto a un Convegno sullo stesso tema, svoltosi il 29 marzo a Roma.

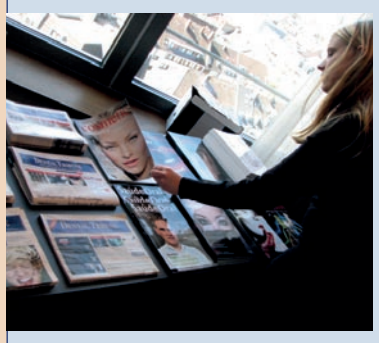
> pagina 15

I referenti di 7 professioni europee contro la dequalificazione del percorso di studio

Per la prima volta i rappresentanti di 7 professioni regolamentate (medici, dentisti, veterinari, farmacisti, infermieri, ostetrici e architetti) hanno espresso all'UE preoccupazione sui rischi della direttiva per il riconoscimento delle qualifiche (2005/36CE) in discussione a Bruxelles. "La direttiva, da rivedere entro il 2012 – spiega uno dei promotori, Marco Landi (Board CED) – riguarda i meccanismi per riconoscere le qualifiche professionali ma non solo. Temiamo che con la revisione si voglia porre mano anche all'accesso alla professione riducendo il percorso di studi dei professionisti, in particolare medici e dentisti". Oggi, per le sette professioni il riconoscimento dei titoli conseguiti nell'UE avviene in automatico, ma sulla base di un percorso formativo definito, comune e certificato. "Il timore, spiega Landi – è che la carenza di professionisti nei prossimi 15-20 anni, induca il legislatore europeo a creare figure paramediche e paraodontoiatriche intermedie capaci di prestazioni proprie di medici e odontoiatri. Per fare un esempio – chiarisce Landi – introdurre la figura dell'odontoprotesista già presente in alcuni Paesi europei". Col documento presentato alla Commissione Europea, i rappresentanti delle 7 associazioni esprimono preoccupazione per il tentativo di modifica della direttiva, chiedendo che si continuino a rispettare i principi di alta qualità della formazione, e a riconoscere solo le qualifiche di soggetti che hanno completato un iter di studi tale da soddisfare le condizioni minime di training indicate dall'attuale direttiva.

Fonte: ***Andi Informa Online***

L'espansione di DTI: dal cartaceo al digitale



Colonia/Lipsia (Germania). I partner ufficiali del Gruppo editoriale Dental Tribune International (DTI) sono giunti a Colonia il 19 marzo in occasione del 7° Meeting annuale di Dental Tribune International. Si tratta della più grande rete di pubblicazioni dentali al mondo: 28 Partner in 22 lingue diverse. Durante l'incontro, che tradizionalmente precede l'International Dental Show (IDS), è stato dato il benvenuto ai nuovi licenziatari provenienti da Slovenia, Paesi Bassi e Repubblica Ceca. Secondo Torsten Oemus, Editore e CEO di DTI, gli utenti del sito web www.dental-tribune.com potranno ora pubblicare e trovare annunci di lavoro, nonché inserzioni pubblicitarie. Prevista anche un'applicazione gratuita per iPhone e iPad, con un'ampia scelta di articoli, news e video in lingue diverse nella rete DTI.

Il portafoglio DTI si arricchisce di nuove edizioni: Paesi Bassi, Slovenia, Repubblica Ceca e Slovacca (Foto su gentile concessione di DTI).

→ DT pagina 4

Contenzioso medico-paziente Scatta la mediazione obbligatoria

La mediazione obbligatoria – prevista dal D.Lgs 28/2010 e dal D.M. Giustizia 180/2010 articolo 5 comma 1 – interesserà tutti i medici citati in giudizio in sede civile. I casi non potranno passare in tribunale se prima il medico e la parte lesa non avranno cercato, attraverso organismi di mediazione, di trovare un accordo amichevole.

Noi aggiungiamo la assoluta necessità per un impegno delle diverse componenti professionali e politiche alla depenalizzazione dell'atto medico e, perché no, all'assicurazione di responsabilità professionale obbligatoria. Da oggi non sarà possibile rivolgersi direttamente alla magistratura per le controversie in materia di responsabilità medica se prima non si è cercato di arrivare a una conciliazione.

Tanto che, nel caso in cui le parti si presentassero davanti al giudice senza essere prima passati per il tentativo di mediazione, sarà il giudice stesso ad assegnare alle parti l'obbligo di presentare la domanda entro 15 giorni.

→ DT pagina 2

Editoriale

Ids Colonia: tecnologia e ripresa economica

Carissimi lettori e lettrici, è presto per fare un bilancio numerico sulla Fiera internazionale di IDS Colonia 2011 (i dati ufficiali non sono ancora disponibili), ma un commento all'uscita dei numerosi padiglioni che hanno ospitato oltre 1900 stand (e certamente più di 10.000 presenze) è doveroso. IDS è la Fiera per eccellenza del settore dentale a livello mondiale, non solo europeo. Sempre più l'attenzione è rivolta al business: aziende, ricercatori e distributori che si incontrano per definire il futuro dei due anni a venire.

Non mancano anche numerosi dentisti, ricercatori e universitari, che collaborano nella ricerca e sviluppo delle aziende, testano protocolli e prodotti, perché in tutto il mondo questo avviene soprattutto con finanziamenti privati (e non solo in Italia). Fenomeno tra l'altro affatto scandaloso, perché chi meglio di colui che si occupa di clinica e tutti i giorni vede pazienti può richiedere lo sviluppo di un protocollo o di un prodotto, contribuire a migliorare la pratica odontostomatologica, e avere l'idea geniale per far sviluppare un nuovo strumento o testare prodotti esistenti? In tal senso, l'incremento di corsi e workshop della Fiera dà l'idea di quanto sia apprezzato questo spazio per presentare prodotti, aziende, tecnologie attuali e future: non per diventare congresso, ma piuttosto istruzione sul prodotto.

Ma accanto alle macchine ci sono uomini (e sempre più donne) in un clima entusiastico, agli stand e nel dopo Fiera (le tradizionali feste aziendali o gli happy hour del tardo pomeriggio): lì si è incontrata l'Umanità del dentale, per scambiarsi idee, abitudini, indirizzi di persone con visi di tratti e colori diversi.

Un messaggio di confortante ottimismo che ci fa pensare, al di là dei problemi nazionali, a delle opportunità globali in crescita. Cogliamo l'occasione per ringraziare coloro che hanno frequentato con gradimento il tradizionale luonge del DTI a Colonia e i nostri eventi giornalieri, dove tra l'altro sono state presentate le novità su iPad e iPhone e il primo Award degli autori: oltre agli articoli presenti siamo a disposizione per fornirvi maggiori dettagli telefonici o fissando un appuntamento, perché la comunicazione arriva dalla carta, viaggia su Internet, ma giunge ancor meglio al cuore scambiando quattro chiacchiere.

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

Contenzioso medico-paziente: scatta la mediazione obbligatoria
A quando la depenalizzazione dell'atto medico?

← DT pagina 1

E una volta a conoscenza la natura della causa, lo stato dell'istruzione e il comportamento delle parti, il giudice può invitare alla conciliazione anche in sede di giudizio di appello. Sono queste le novità introdotte dal decreto legislativo n. 28/2010 approvato il 4 marzo 2010 dal Consiglio dei Ministri in attuazione di quanto disposto dall'art. 60 della Legge 69/2009 in materia di "Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" con l'obiettivo di smaltire nei tempi rapidi il crescente numero di denunce civili. Il provvedimento stabilisce, infatti, che il tentativo di conciliazione non potrà superare i 4 mesi a partire dalla data del deposito della domanda. Avviare la pratica costerà a ciascuna delle parti un importo di euro 40,00, mentre il resto delle spese di mediazioni saranno versate successivamente per l'importo previsto nella seguente Tabella:

Valore della lite	Spesa (Per ciascuna parte)
Fino ad € 1.000	€ 65
Da € 1.001 ad € 5.000	€ 130
Da € 2.001 ad € 10.000	€ 240
Da € 10.001 ad € 25.000	€ 360
Da € 25.001 ad € 50.000	€ 600
Da € 50.001 ad € 250.000	€ 1.000
Da € 250.001 ad € 500.000	€ 2.000
Da € 500.001 ad € 2.500.000	€ 3.800
Da € 2.500.001 ad € 5.000.000	€ 5.200
Oltre € 5.000.000	€ 9.200

Un ruolo fondamentale è assegnato agli "organismi di mediazione" e, di conseguenza, ai mediatori, che si occuperanno di valutare i casi e di formulare alle parti una proposta di accordo (per iscritto) che le parti dovranno comunicare di accettare o rifiutare (sempre per iscritto) entro 7 giorni, oltre i quali la proposta si considera automaticamente rifiutata.

Se l'accordo si conclude positivamente, il verbale, dopo essere stato sottoscritto dalle parti e dal mediatore, diviene vincolante e, una volta omologato con decreto dal presidente del tribunale a cui l'organismo conciliatore fa riferimento, diventa esecutivo.

In caso contrario, il caso passerà al tribunale. È previsto che le procedure di mediazione possano essere gestite solo dagli organismi pubblici e privati iscritti ad un apposito Registro presso il Ministero della Giustizia. I mediatori invece, iscritti alle liste degli organismi accreditati al registro, devono aver frequentato e superato un apposito percorso formativo erogato da enti di formazione accreditati dal Ministero della Giustizia.

Il D.lgs. 28/2010 prevede che anche i consigli dell'Ordine (di avvocati, medici) possano istituire organismi avvalendosi del proprio personale e dei propri locali.

Prevista infine la detrazione fino a 500 euro per le spese dovute all'organismo di conciliazione. A partire dal 2011, infatti, presso il ministero della Giustizia sarà istituito un apposito fondo destinato a coprire le minori entrate derivanti dal credito di imposta concesso a chi ha concluso la controversia tramite conciliazione.

Al contrario, chi rifiuta la proposta di conciliazione, anche se risulta vincitrice davanti al giudice, rischia di dover pagare le spese processuali della controparte nel caso in cui, come previsto dall'articolo 13 del decreto legislativo, "il provvedimento che definisce il giudizio corrisponda interamente al contenuto della proposta conciliativa" a suo tempo rifiutata. "Si tratta di un'opportunità da sperimentare – afferma Massimo Cozza, segretario Nazionale Fp-Cgil Medici – che potrebbe portare a una diminuzione dei processi in sede civile e anche in sede penale, essendo a volte tra loro strettamente collegati.

Il dialogo e la capacità di ascoltare – ha concluso Cozza – potrebbero portare a superare incomprensioni e atteggiamenti rivendicativi ingiustificati, con i vantaggi della riservatezza e dello stop a processi che vanno avanti per anni con danni economici, emotivi e di immagine per i medici e per gli stessi cittadini".

Newsletter OMCeO Milano n. 4/2011

L'editore DTI Torsten Oemus (a destra) consegna il primo Dental Tribune Award a Robert Gottlander (DTI / Foto di Yvonne Bachmann, DTI)

Assegnato il primo Dental Tribune International Global Awards

Colonia, Germania: Il Dental Tribune International Global Awards ha il compito di riconoscere e premiare i personaggi eccezionali, i team e le pratiche che hanno un interesse attivo nel continuo sviluppo professionale. Mercoledì scorso, l'Amministratore delegato Torsten Oemus ha annunciato il primo vincitore del Premio Dental Tribune Industry Leadership, un'onorificenza conferita per altissimi meriti nel campo dell'istruzione odontoiatrica e dell'innovazione: lo svedese Robert Gottlander.

Gottlander ha frequentato la Scuola di Odontoiatria presso l'Università di Göteborg. Nel 1984, ha iniziato la sua carriera in Nobelpharma, consolidata poi in Nobel Biocare.

Durante la sua vicepresidenza esecutiva nel settore istruzione e prodotti, dal 1986 al 1987, Gottlander è stato responsabile del programma di formazione di fama internazionale, Nobel World Tour.

Yvonne Bachmann, *DTI*

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Publisher **Torsten Oemus**

Group Editor Daniel Zimmermann
Managing Editor newsroom@dental-tribune.com
DT Asia Pacific +49 341 48 474 107

Editors Claudia Salwiczek, Anja Worm
Editorial Assistant Yvonne Bachmann
Copy Editors Sabrina Raaff, Hans Motschmann

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

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
Sales & Marketing Peter Witteczek, Antje Kahnt
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Manager Bernhard Moldenhauer
Project Manager Online Alexander Witteczek
Executive Producer Gernot Meyer

© 2011, 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
Internet:www.dental-tribune.com-E-mail:info@dental-tribune.com

Regional Offices
Asia Pacific Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong Tel.: +852 3113 6177 - Fax: +8523113 6199
The Americas Dental Tribune America
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno VII Numero 4, Aprile 2011
Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/2005

Direttore responsabile
Massimo Boccaletti

Editore
TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel.+39.011.197.15.665 - fax +39.011.197.15.882
www.tueor.com - redazione@tueor.com

Sede amministrativa
Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino

Amministratore
Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueor.com

Coordinamento tecnico-scientifico
Aldo Ruspa

Comitato scientifico
Gian Carlo Pescarmona, Claudio Lanteri, Vincenzo Bucci Sabattini, Gianni Maria Gaeta, Giancarlo Barbon, Paolo Zampetti, Georgios E. Romanos, Marco Morra, Arnaldo Castellucci, Alessandra Majorana, Giuseppe Bruzzone

Comitato di lettura e consulenza tecnico-scientifica
Luca Aiazzi, Ezio Campagna, Marco Del Corso, Luigi Grivet Brancot, Clelia Mazza, Gianna Maria Nardi, Giovanni Olivi, Franco Romeo, Marisa Roncati, Randal Rowland, Franco Tosco, Anita Trisoglio, Roly Kornblit

Contributi
N. Arveda, M. Aversa, Y. Bachmann, A. Barone, F. Bisacchi, B. Brown-Joseph, M. Calapaj, V. Collesano, S.Dujardin, A. Genovesi, L. Giacomelli, S. Hardan, K. Kupfer, V. Lanteri, A. Lauriola, C. Lorenzi, A. Maira, O. Marchisio, C. Mazza, L. Muniz, G.M. Nardi, M. Ricci, C. Sanavia, M. Segù, K. Sugden, E. Sutter, J.B. Suzuki, L. Townshend, D. Zimmermann

Coordinamento editoriale
Cristiana Ferrari

Hanno collaborato
Enrica Casalegno, Stefania Dibitonto, Alessia Murari, Francesco Pesce, Carla Ragni, Chiara Siccardi

Grafica e impaginazione
Angiolina Puglia

Realizzazione
TU.E.OR. Srl - www.tueor.it

Stampa
Arti Grafiche Amilcare Pizzi Spa - Cinisello B. (MI)

Pubblicità
TU.E.OR. Srl

Ufficio abbonamenti
TU.E.OR. srl - Corso Sebastopoli 225 - 10137 Torino
Tel. 011.197 15 665 - 011.0463350 - Fax 011.197 15 882
alessia.murari@tueor.com

Copia singola: Euro 3,00 - Arretrati: Euro 3,00 + sped. postale
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 IT95F0760101000000065700361
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

Italian Edition Anno VII n. 4 - Aprile 2011

Andi contraria alla proposta di legge sul profilo dell'odontotecnico

"Inutile e pericolosa per la salute orale dei cittadini e un ulteriore ostacolo alla lotta all'abusivismo, mai sufficientemente contrastato", questo è il commento di Gianfranco Prada, presidente di Andi alla proposta di legge n. 4125 presentata alla Camera ed assegnata in commissione Affari sociali (primo firmatario Marco Rondini, di Lnp, odontotecnico milanese). "La proposta – spiega Prada – si propone di adeguare il profilo professionale dell'odontotecnico introducendo una novità rispetto a quello attuale: la possibilità di ottimizzare in Studio il dispositivo protesico. Nonostante debba avvenire sotto la responsabilità e alla presenza del dentista abilitato all'esercizio della professione – continua Prada in un comunicato dell'Andi –, questo rende di fatto impossibile contrastare l'esercizio abusivo della professione, vero pericolo per la salute orale dei cittadini". Oggi la presenza in Studio dell'odontotecnico, non giustificata dal proprio profilo professionale, permette alle forze dell'ordine di individuare facilmente una situazione poco chiara, che nella quasi totalità dei casi si traduce nella denuncia del dentista e dell'odontotecnico per esercizio abusivo della professione medica. Non solo: che senso ha attivare un nuovo corso di laurea di tre anni esclusivamente per permettere all'odontotecnico di ritoccare le protesi in Studio? Intervento che già fa il dentista abilitato – puntualizza la nota – colui che prescrive all'odontotecnico la realizzazione del dispositivo protesico ed ha le competenze per eseguirlo, acquisite in un corso di laurea di sei anni. "Noi dentisti italiani, ma soprattutto i nostri pazienti – dice Prada – non abbiamo la necessità di avere un odontotecnico in Studio che faccia al posto nostro i ritocchi. Dal laboratorio vogliamo ricevere protesi di qualità, realizzate con precisione, seguendo le nostre indicazioni e utilizzando materiali certificati. Starà poi al dentista inserire il manufatto protesico nell'ambito della ben più complessa e completa terapia riabilitativa, verificare ed effettuare i ritocchi del caso, affinché il dispositivo medico riabiliti al meglio la funzione persa del paziente cui è destinato. Gli odontotecnici italiani sono tra i più qualificati e apprezzati al mondo per competenza e professionalità, e il nuovo profilo non contribuisce ad accrescere la loro figura professionale".

Amalgama addio?

Negli ultimi due anni, *Dental Tribune* ha trattato il tema dell'amalgama in diverse occasioni. Tuttavia, con un trattato mondiale sul mercurio che finalmente dovrebbe essere firmato nel 2013, l'aria sta diventando sempre più pesante anche per i fan più accaniti dell'amalgama.

Nonostante le varie iniziative internazionali, come la conferenza sul mercurio tenutasi di recente in Giappone, un nuovo regolamento nei confronti di questa problematica è stato previsto anche negli Stati Uniti, dove la pressione politica da parte di gruppi anti-mercurio ha convinto la FDA a rivedere le proprie linee guida sulla famigerata lega. Iniziative simili, guidate da Svezia e Francia, sono anche all'esame dell'Unione europea. Un cambiamento di rotta, o addirittura un divieto, in questi due importanti mercati potrebbe avere un impatto sull'utilizzo di amalgama in tutto il mondo.

Inoltre, la ricerca mondiale dal Sud Africa suggerisce che i restauri con qualunque altro vetro-ionomero, attraverso un trattamento ricostruttivo atraumatico, possono superare di gran lunga le otturazioni in argento antico, non solo in termini di estetica, ma anche di successo a lungo termine. L'era dell'amalgama si sta definitivamente esaurendo.

Daniel Zimmermann, *DTI*

ESACROM electronics and medical devices
surgysonic MOTO
T-BLACK
MINORE ABRASIONE E USURA
MIGLIORE EFFICIENZA DI TAGLIO E MINOR RISCALDAMENTO DEI TESSUTI
SUPERFICIE ANTIRIFLESSO
SURGYSONIC MOTO rappresenta la svolta nella chirurgia dei tessuti duri. **Ultrasuoni** e **micromotore** chirurgico brushless due tecnologie - un dispositivo unico.
I MARZIANI DEGLI ULTRASUONI
The colour you feel
Rev. 15/01/2010
ESACROM SRL - Imola - Italy - Phone: +39 0542643527
E-mail: esacrom@esacrom.com - Website: www.esacrom.com

DENTAL TRIBUNE

Anno VII n. 4 - Aprile 2011

Italian Edition

Grazie all'iPad l'odontoiatria digitale sta compiendo grandi passi in avanti

Le tecnologie, per il dr. Jonathan Ferencz, hanno sempre ispirato la qualità terapeutica. Tra i primi fruitori di iPad, sapeva che quel congegno avrebbe aperto una nuova era nell'odontoiatria digitale, essendo diventato uno strumento base per tutti gli aspetti della pratica quotidiana. Oltre a semplificare la compilazione e l'aggiornamento delle cartelle del paziente, permette infatti al dentista di mostrare ai clienti le immagini degli interventi proposti. Anche gli odontotecnici fanno riferimento alle immagini digitali per creare perfette protesi dentali. L'iPad semplifica, infatti, la procedura di raccoglimento dati sia per i pazienti sia per lo staff: invece di creare, compilare, scansionare e poi distruggere moduli cartacei, Ferencz e il suo staff hanno creato un sistema veloce ed efficiente usando l'ormai famosa tavoletta, sulla quale i pazienti completano direttamente i loro moduli di accettazione con utilizzo dell'applicazione Adobe Ideas. Possono anche firmare il modulo, grazie ad uno speciale stilo, direttamente sullo schermo iPad. Da quel momento, i moduli vengono inviati via mail alla banca dati dello Studio. Niente più carta né file da archiviare.

"È un sistema efficiente – dice Ferencz –, si risparmiano tempo e spazio e i pazienti durante le visite rimangono sempre aggiornati sulla situazione personale". "Se per qualche motivo dovesse esserci qualche attesa prima della visita, diamo loro un iPad – dice. Così potranno controllare la posta elettronica, navigare in Internet, leggere il giornale on-line e i vari contenuti multimediali disponibili". Lasciare che i pazienti usino la tavoletta aiuta anche a sottolineare l'impegno di Ferencz per le migliori e più recenti iniziative odontoiatriche.

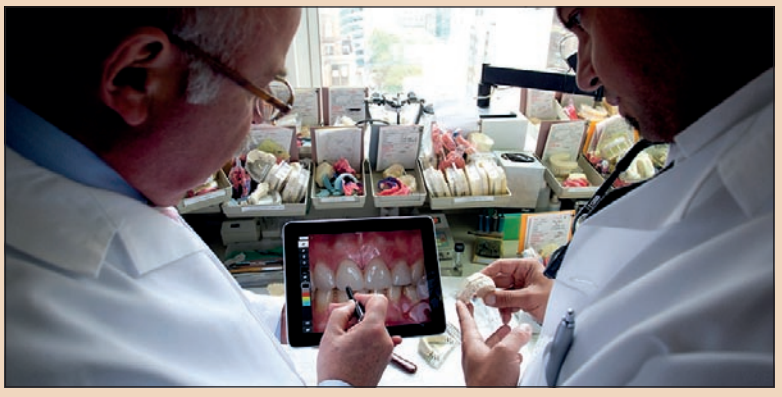
"Si trasmette in questo modo anche un messaggio subliminale relativo all'aggiornamento tecnologico di cui questo Studio è portatore", dice. "Così i pazienti apprendono anche che usiamo tecniche odontoiatriche all'avanguardia". Quando entrano in Studio per la cura, allora il congegno assume un altro ruolo, diventando uno strumento di comunicazione. L'obiettivo di Ferencz è arrivare a mostrare ai pazienti ciò che egli stesso vede, indicando quel che si può fare. Con iPad, senza alcuno sforzo, si possono mostrare foto e radiografie ai pazienti durante le sedute. Utilizzando l'applicazione Adobe Ideas, si possono anche prendere annotazioni direttamente sulle immagini, individuando specifici settori di interesse.

"iPad è l'ideale per questo tipo di comunicazione visiva – dice –. Paziente e dentista possono visionare insieme radiografie e foto cliniche, e il dottore può illustrare punto per punto come si sta procedendo".

Visto che il paziente riesce ad avere un'immagine diretta della procedura in corso e a intuirne il risultato finale, la procedura terapeutica appare decisamente migliorata.

"Con l'iPad – dice Ferencz – si può notevolmente aumentare l'adesione del paziente (compliance) al trattamento odontoiatrico proposto".

Due sono le caratteristiche iPad che per Ferencz non hanno eguali nel favorire la comunicazione tra paziente e odontoiatra: una è l'alta risoluzione, l'altra lo zoom. "La risoluzione è così definita che si riescono a individuare dettagli che altrimenti non sarebbe possibile mettere in evidenza con una convenzionale immagine a raggi X – dice –. Lo zoom permette, inoltre, di focalizzare l'attenzione del paziente su un singolo aspetto col semplice ausilio delle dita, cosa che non avviene su un PC portatile o un display convenzionale".



Il dr. Jonathan L. Ferencz (a sinistra) porta l'iPad nel suo laboratorio privato per mostrare un caso a uno dei suoi tecnici (DTI / Foto per gentile concessione di Apple).

Tuttavia, l'uso dell'iPad non è confinato necessariamente all'ambulatorio: terminata la conversazione col paziente con l'ausilio della famosa tavoletta, Ferencz la porta ad esempio al suo laboratorio privato per mettere al corrente uno dei tecnici sulla situazione.

In merito ad un restauro dentale, il modo più efficace per apportare una correzione è fargli vedere la foto, indicando il modo con cui si vorrebbe avvenisse: "In questo modo, la consultazione avviene su un'immagine clinica, non su un disegno o schema", dopodiché il tecnico può mettersi al lavoro, perché a lui "serve solo trarre quel che gli serve dall'iPad", dice Ferencz. L'apparecchio è anche un modo potente e persuasivo di condividere le immagini durante la consultazione medico/paziente sulle diverse opzioni di cura. "Il primo giorno che ho avuto l'iPad in Studio, l'ho usato per ben tre volte per mostrare ai pazienti le radiografie e le immagini riguardanti le sue condizioni cliniche", spiega. "E in tutti i tre casi il paziente ha immediatamente aderito alla procedura proposta".

Quando chiede ai pazienti se l'utilizzo dell'apparecchiatura abbia avuto un peso sulla loro decisione, la risposta che gli viene data è sempre: "Data la mia fiducia in lei, avrei comunque accettato, caro dottore, quel che mi proponeva, ma il modo in cui sono riuscito a prendere visione delle immagini è stato semplicemente fantastico. Ho avuto subito un'idea globale e immediata di tutta la procedura". L'iPad si è ripagato dopo un solo giorno di lavoro. "È davvero un gioco da ragazzi – dice –. Grazie all'alta risoluzione e alla facilità d'uso, ha caratteristiche tali da avere una notevole incidenza sulla cura della salute orale".

Ed è solo l'inizio: "Grazie alle sue applicazioni abbiamo appena cominciato a sfiorare la superficie. Si tratta senza alcun dubbio di uno strumento decisamente rivoluzionario".

Fonte: ***Apple***

L'espansione di DTI da marzo su iPad e iPhone

← DT pagina 1

Durante l'IDS Colonia, DTI pubblica un'edizione quotidiana del giornale fieristico Today in collaborazione con la consociata tedesca Oemus Media. Vengono inoltre presentati i vincitori dei Global Dental Tribune Awards, ideato per individuare persone, team e attività che eccellino nel campo dell'odontoiatria e mostrino attivo interesse per lo sviluppo della professione. I vincitori vengono scelti attraverso un voto online da una giuria composta da oltre 650.000 dentisti nel mondo che leggono Dental Tribune in formato cartaceo, digitale ed e-paper. Sono 15 le categorie suscettibili di nomina, come il Lifetime Achievement, l'Innovazione in Odontoiatria e il premio per il "Formatore dell'anno". Le domande, selezionate attraverso la votazione online vengono pubblicate sul sito www.dental-tribune.com.

Con sede pricipale a Lipsia (Germania), Dental Tribune comprende succursali nelle maggiori città del mondo, come Hong Kong e New York. Nel vario portafoglio del network editoriale DTI sono incluse più di 100 testate diffuse in 90 Paesi, ed è arricchito da un'ampia offerta formativa certificata CE, proposta sul sito web Dental Tribune Study Club (www.DTStudyClub.com).

Daniel Zimmermann, *DTI*

I partner ufficiali del Gruppo editoriale Dental Tribune International (Foto su gentile concessione di DTI).

B-502-72-V0 RTS-RIEGERTEAM.DE

ORTHOPHOS XG 3D

Il sistema radiologico più amato al mondo. Ora con 3D!

Semplicemente straordinario. Il nuovo ORTHOPHOS XG 3D unisce tutti i vantaggi delle radiografie panoramiche, 3D e teleradiografie. Con il suo campo visivo «piccolo-grande» garantisce una maggiore sicurezza e offre nuove prospettive per il futuro, come ad esempio, attraverso la pianificazione protesica e chirurgica simultanea degli impianti con CEREC. Il sensore 2D/3D completamente automatico, l'uso intuitivo e il funzionamento del software orientato alla diagnosi rendono il vostro studio dentistico ogni giorno più efficiente. **Sarà una buona giornata. Con Sirona.**

www.sirona.it

The Dental Company

sirona.

DENTAL TRIBUNE

Anno VII n. 4 - Aprile 2011

Italian Edition

Fattori dentali e sistemici che influenzano la prognosi dei denti

Belinda Brown-Joseph - *DMD, MS,* **Samia Hardan** - *DDS, MS,* **David L. Hoexter** - *DMD, FACD,* **Sebastien Dujardin** - *DDS, MS,* **Jon B. Suzuki** - *DDS, PhD, MBA*

La sfida più impegnativa nella pianificazione del trattamento è quella di determinare una prognosi accurata e predicibile.

Nell'era dell'odontoiatria basata sull'evidenza, i risultati degli studi ci hanno indotto a riesaminare i nostri approcci. La prognosi parodontale si riferisce a una prospettata longevità dei denti.

La sua determinazione è una parte integrante del trattamento e influenza direttamente la pianificazione: se mantenere o rimuovere i denti parodontalmente compromessi[1,2].

La prognosi dell'intera dentizione o di singoli denti è "dinamica" e può richiedere la modifica del progetto in base ai cambiamenti dello stato di salute o delle iniziative dentali (per esempio, l'igiene orale).

Nonostante siano applicabili molte considerazioni derivanti dalla letteratura parodontale, nel considerare se mantenere i denti oppure no occorre esaminare nuove informazioni e tecniche[2]. Questo articolo si focalizza sulle aree primarie per la considerazione dello sviluppo di prognosi, con il rilevante obiettivo della soddisfazione del paziente e del clinico, nonché la stabilità economica.

Sistemi di prognosi parodontale

Storicamente, la prognosi di un dente veniva definita in base alla perdita del dente[3,4]. Diversi autori hanno formulato e studiato i propri sistemi di prognosi con risultati variabili, ma hanno comunque dimostrato che i sistemi basati sulla perdita dentale non erano predicibili sul lungo termine[1]. La classificazione accettata, e comunemente usata, di prognosi è quella suggerita da McGuire e Nunn[5]. Questo sistema contiene una stratificazione dettagliata dei singoli denti, come mostrato nella Tab. 1. Un altro sistema è stato introdotto da Kwok e Caton e determina la prognosi in base alla futura stabilità parodontale[1,6]. La prognosi è considerata "favorevole" per i denti i cui fattori locali e sistemici possono essere controllati, e il loro stato parodontale può essere stabilizzato con un trattamento parodontale globale e successivo mantenimento. Quando i fattori locali o sistemici possono o non possono essere controllati, i denti vengono considerati con prognosi "dubbia", anche se il parodonto può essere stabilizzato con un trattamento parodontale globale e successivo mantenimento, se questi fattori vengono controllati. Per denti con una prognosi "sfavorevole", i fattori locali e sistemici non possono essere controllati, ed è probabile un fallimento parodontale anche in caso di trattamento parodontale globale e successivo mantenimento. Infine, quando la prognosi è "senza speranza", è indicata l'estrazione.

Prognosi globale versus il singolo dente

Nel valutare la prognosi, bisogna considerare diversi fattori che sono sintetizzati con uno schema per la determinazione della prognosi parodontale. Sebbene gli studi longitudinali abbiano indicato che i trattamenti non chirurgici e chirurgici generalmente siano mantenibili, la stabilità al lungo termine è ancora oggetto di molte variabili[1,7-11]. Come mostrato in Tab. 2, i fattori che influenzano la prognosi parodontale globale includono l'età, la genetica, l'igiene orale, le condizioni sistemiche, il fumo, la compliance del paziente e le considerazioni economiche.

Prognosi buona	Controllo dei fattori eziologici e supporto parodontale adeguato mantenibile con una buona compliance
Prognosi discreta	Perdita di attacco del 25%, forcazioni di I Classe mantenibili con una buona compliance
Prognosi scarsa	Perdita di attacco del 50%, forcazioni di II Classe, forcazioni di I Classe
Prognosi dubbia	Perdita di attacco > 50%, forma radicolare inadeguata, forcazioni di II Classe, mobilità 2+, significativa prossimità radicolare
Prognosi senza speranza	Attacco inadeguato, estrazione

Tab. 1 *- Sistema di prognosi McGuire e Nunn.*

Fattori generali (prognosi globale)	Fattori locali (prognosi di singoli denti)
• Età • Controllo della placca • Fumo • Malattie sistemiche • Genetica • Stress • Compliance del paziente • Considerazioni economiche	• Placca/tartaro • Profondità di sondaggio rilevante e perdita di attacco • Mobilità del dente • Trauma da occlusione e abitudini para-funzionali • Fattori di ritenzione della placca • Fattori protesici/restaurativi

Tab. 2 *- Fattori che possono influenzare la prognosi.*

Fig. 1 *- Diabete di tipo 2 non controllato in paziente di 42 anni.*

Le influenze specifiche di un dente includono la quantità di perdita di attacco, il rapporto corona-radice, la posizione nell'arcata, la presenza o assenza di invasioni della forcazione e altri fattori anatomici e restaurativi[2,8]. Questi parametri vengono registrati e valutati secondo l'esperienza clinica passata, e la prognosi viene assegnata[12].

Prognosi globale

I fattori che devono essere considerati nella decisione di una prognosi globale sono i seguenti:

- Età. Gli studi evidenziano in modo consistente che negli anziani è maggiore la presenza di malattia parodontale e di maggior gravità rispetto alla popolazione più giovane(1,2,6). Generalmente, un paziente più anziano probabilmente ha una prognosi migliore riguardo a un certo livello di perdita di attacco rispetto a un paziente più giovane.
- Controllo della placca. La placca batterica è il fattore eziologico primario associato alla malattia parodontale. La capacità del paziente di eseguire un adeguato controllo della placca è importante per determinare se la malattia può essere arrestata oppure no[2,6,13].
- Fumo. Gli individui che fumano più di 10 sigarette al giorno hanno un maggior rischio di malattia parodontale più grave, una risposta meno predicibile alla terapia iniziale e un responso terapeutico più complicato. A parità di tutti gli altri fattori, un paziente che continua a fumare avrà una prognosi peggiore di un paziente che non fuma o che smette di fumare[14-17].
- Diabete. I pazienti diabetici hanno una prevalenza maggiore di malattia parodontale e una maggior perdita di attacco e di osso[18,19]. I pazienti con diabete, soprattutto se scarsamente controllato, generalmente avranno una prognosi peggiore dei pazienti non diabetici (Fig. 1).
- Genetica. I fattori genetici possono svolgere un ruolo importante nel determinare la natura del responso. È stato suggerito che il polimorfismo in alcuni geni coinvolti nella risposta immunitaria (per esempio, interleuchina IL-1 e IL-10) possono essere associati a una suscettibilità a parodontite grave in alcune popolazioni[6,12].
- Stress. Lo stress fisico ed emotivo, nonché l'abuso di sostanze, possono alterare la capacità del paziente di rispondere al trattamento parodontale eseguito[6]. Una recente metanalisi della letteratura suggerisce che lo stress psicologico può portate a un aumento della malattia parodontale[2,20].
- Compliance del paziente. Nel determinare la prognosi globale, bisogna considerare la capacità del paziente e la sua costanza nell'eseguire il controllo della placca. Migliore è il suo controllo della placca, migliore è la prognosi a lungo termine[21-25].
  Questa determinazione è una parte importante dell'esame di rivalutazione dopo la levigatura radicolare iniziale e le istruzioni di igiene orale[1,2,6].
- Considerazioni economiche. Le persone con malattia parodontale grave solitamente sono meno consapevoli della loro salute, con il risultato di una prognosi peggiore.
  Il trattamento complesso di pazienti con malattia parodontale avanzata è molto costoso[24].

Prognosi di singoli denti

La prognosi dei singoli denti viene determinata dopo la prognosi globale ed è influenzata da essa. Molti fattori locali e protesici/restaurativi hanno un effetto diretto sulla prognosi dei singoli denti, oltre ai fattori sistemi globali o fattori ambientali che possono essere presenti[1,2,5,6]. È stato rilevato che la perdita di attacco, la profondità di sondaggio, il coinvolgimento di forcazioni, il rapporto corona-radice, lo stato di abutment fissi e la percentuale di perdita ossea sono i fattori più importanti nella determinazione della perdita di denti[5,25].

- Profondità di sondaggio rilevante e perdita di attacco. La profondità di sondaggio e la perdita di attacco si associano a un futuro fallimento parodontale a causa del limitato accesso per il mantenimento e le opportune modifiche dell'ambiente a favore dei patogeni parodontali[1,26,27]. Profondità di sondaggio maggiori di 5 mm sono difficili da mantenere in salute e hanno una maggiore presenza di placca residua e tartaro[28].
- Rapporto corona-radice. Anche il rapporto-corona-radice è una misura della perdita di attacco, soprattutto in caso di radici corte. L'esempio qui riportato dimostra lo scarso rapporto corona-radice legato a un'anomalia di sviluppo in un paziente con radici corte (Fig. 2).
- Coinvolgimento delle forcazioni. Maggiore è la quantità di perdita di attacco nelle forcazioni, peggiore è la prognosi a lungo termine di quel dente.

→ DT pagina 7

Fig. 2 - *Radici corte.*

← DT pagina 6

Denti con coinvolgimento minimo (I Classe) o nullo generalmente hanno una buona prognosi.

I denti con perdita completa di osso nell'aspetto coronale della forcazione (III Classe) generalmente hanno una prognosi scarsa, e la rigenerazione di questo tipo di difetto non è predicibile nella maggior parte delle situazioni cliniche. Quindi, i denti con forcazione di III Classe hanno un risultato del trattamento sfavorevole[2,8].

- Fattori anatomici. I denti come i premolari superiori, che hanno concavità radicolari pronunciate, sono molto più difficili da strumentare e mantenere, e sono quindi soggetti a una prognosi peggiore rispetto ai denti con radici relativamente diritte[8].
- Mobilità dentale. Mentre alcuni autori hanno trovato che una maggior mobilità dentale è un fattore che influenza negativamente la sopravvivenza di denti affetti da parodontite[5], altri non descrivono alcuna associazione tra mobilità dentale e risultato del trattamento. La mobilità grave di un dente è generalmente un indicatore di prognosi a lungo termine scarsa[1,2].
- Fattori protesici e restaurativi. Restauri debordanti o margini coronali non precisi rappresentano un'area di ritenzione della placca, con maggior prevalenza di lesioni parodontali[29].

In base alla posizione sopragengivale o sottogengivale dei fattori, si deve considerare la loro influenza sul rischio di progressione della malattia e della prognosi parodontale[30]. Lo stato degli abutment fissi è una misura del carico occlusale e della capacità del paziente di eseguire un controllo della placca[2].

Conclusioni

Lo sviluppo di una prognosi della dentizione comprende virtualmente tutte le capacità di arte e scienza odontoiatriche. La prognosi può essere suddivisa in prognosi della dentizione globale e prognosi di singoli denti. La prognosi dovrebbe principalmente avere un approccio scientifico e basato sull'evidenza, senza trascurare l'esperienza clinica, i fattori individuali del paziente e la fortuna. Lo sviluppo di una prognosi accurata ha un importante risvolto economico. La prognosi della dentizione globale permette ai clinici e ai pazienti di scegliere i piani di trattamento adeguati sulla base delle aspettative di sopravvivenza dei denti. Per esempio, se la maggior parte dei denti ha una prognosi scarsa o dubbia, le opzioni del piano di trattamento possono essere in favore di un'estrazione totale con protesi totali. Un altro paziente con la maggior parte dei denti con prognosi scarsa o dubbia può essere invece motivato al trattamento implantare con protesi fissa. Lo sviluppo di una prognosi dei singoli denti o la combinazione con trattamenti implantari possono aggiungere livelli di complessità al piano di trattamento e avere conseguenze economiche rilevanti. L'uso di denti naturali come monconi per una protesi fissa o per singole corone deve essere ragionevole. Gli elementi legati al paziente – come la salute generale, le terapie con farmaci, l'IQ dentale, l'igiene orale ecc. – devono essere valutati prima della terapia dentale e rivalutati ad ogni appuntamento di controllo. La delineazione di una prognosi è un processo dinamico ed evolutivo. Quindi, è ragionevole cercare di predire una prognosi a lungo termine, ma spesso è necessaria una rivalutazione in caso di tempo prolungato. Quindi, dopo ciascuna rivalutazione del paziente, si deve procedere nuovamente con una prognosi.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore.

GLI AUTORI

La d.ssa **Belinda Brown-Joseph** è direttore della Graduate Periodontal Clinic e professore associato di parodontologia e implantologia presso la Kornberg School of Dentistry della Temple University, Philadelphia.

Il dr. Samia Hardan è professore assistente clinico di parodontologia e implantologia presso la Kornberg School of Dentistry della Temple University, Philadelphia.

Il dr. **David L. Hoexter** è professore clinico di parodontologia e implantologia presso la Kornberg School of Dentistry della Temple University, Philadelphia, e responsabile editoriale di Dental Tribune U.S. Edition.

Il dr. **Sebastien Dujardin** ha uno studio privato di parodontologia a Lille, Francia.

Il dr. **Jon B. Suzuki** è professore di microbiologia e immunologia presso la School of Medicine, Temple University, professore di parodontologia e implantologia presso la Kornberg School of Dentistry della Temple University, Philadelphia.

Il Sistema per una protezione efficace dall'alito cattivo

meridol® HALITOSIS

Sistema meridol® HALITOSIS per una protezione efficace e duratura dall'alito cattivo:

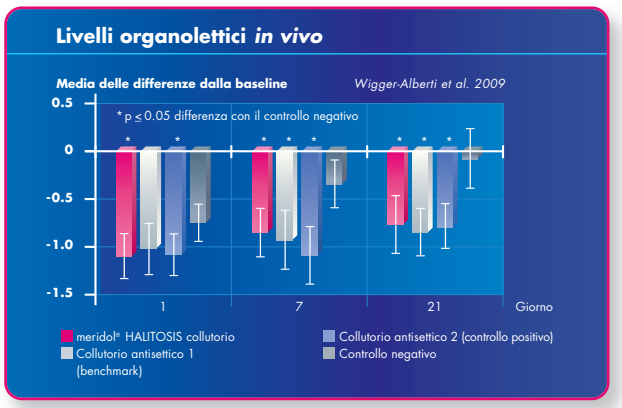
- **meridol® HALITOSIS puliscilingua** rimuove la patina batterica dalla lingua e ne garantisce una pulizia efficace.
- **meridol® HALITOSIS spazzolino** NUOVO garantisce un'efficace rimozione della placca batterica dell'intera bocca grazie a una pulizia accurata di denti, gengive, lingua e mucosa orale.
- **meridol® HALITOSIS gel denti & lingua** aiuta a neutralizzare le sostanze che producono il cattivo odore orale combattendo le cause dell'alito cattivo.
- **meridol® HALITOSIS collutorio** aiuta a proteggere rapidamente e in maniera duratura dall'alito cattivo con un triplice meccanismo d'azione:
  - combatte i batteri causa dell'alitosi;
  - neutralizza i composti che producono l'odore;
  - riduce il metabolismo dei batteri coinvolti.

  Rispetta il naturale equilibrio della flora orale.

meridol® HALITOSIS aiuta a proteggere efficacemente dall'alito cattivo:

- dopo il primo utilizzo e dopo un periodo prolungato
- scientificamente provato

Riduzione significativa del cattivo odore orale grazie a meridol® HALITOSIS già dopo la prima applicazione



- Alla baseline i valori per l'alitosi risultano simili per tutti i gruppi.
- Già dopo la prima applicazione di meridol® HALITOSIS, si è riscontrata una riduzione significativa del cattivo odore rispetto al controllo negativo.
- L'efficacia di meridol® HALITOSIS è stata confermata per tutta la durata dello studio.
- I valori ottenuti con meridol® HALITOSIS sono comparabili con quelli ottenuti con prodotti contenenti clorexidina.

GABA Vebas
The specialist in oral care

Via Giorgione 59/63 - 00147 Roma
Servizio Clienti 02. 957 53 402 - Centralino 06.548931
www.gaba-info.it - gabavebasmailing@gaba.com

DENTAL TRIBUNE

Anno VII n. 4 - Aprile 2011

Italian Edition

Sesso e dolore oro-facciale Uomini e donne sono differenti?

Marzia Segù, Alessandra Lauriola, Valentina Lanteri, Niki Arveda, Vittorio Collesano

Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche - Insegnamento di Gnatologia, prof. V. Collesano

Introduzione

Nel corso degli ultimi vent'anni l'interesse per il "pregiudizio di genere" nella ricerca clinica è indubbiamente aumentato. La comunità medico-scientifica internazionale, in contesti circoscritti ma degni di notevole considerazione, ha iniziato a porre in evidenza tale problematica, sottolineando come nei trial clinici su molte patologie si tenda, troppo spesso, a non tenere in adeguata considerazione la prevalenza numerica del sesso femminile nella popolazione generale, oltre alle differenze biologiche tra uomo e donna. Questa tendenza può portare riflessi negativi su diagnosi, prognosi e terapia, quindi sull'efficacia delle cure e sulla qualità della vita.

Quando nello studio del dolore si è cominciato a valutare in che cosa consistesse la differenza fra donne e uomini, ci si è resi conto che in molti tipi di dolore cronico le donne denunciavano livelli di dolore più severi, più frequenti e di maggiore durata degli uomini (emicrania, cefalea tensiva, dolore facciale, dolore muscolo scheletrico e osteoarticolare, fibromialgia).

I disordini temporomandibolari (TMD) sono un gruppo eterogeneo di disturbi psicosociofisiologici, caratterizzati da dolore oro-facciale, riguardanti i muscoli masticatori, l'articolazione temporomandibolare e le strutture ad essi associati.

Secondo le più recenti revisioni della letteratura, la prevalenza dei TMD nella popolazione generale riportata dai diversi autori varia tra il 12 e il 60% (a seconda della metodologia di campionamento e dei criteri diagnostici adottati).

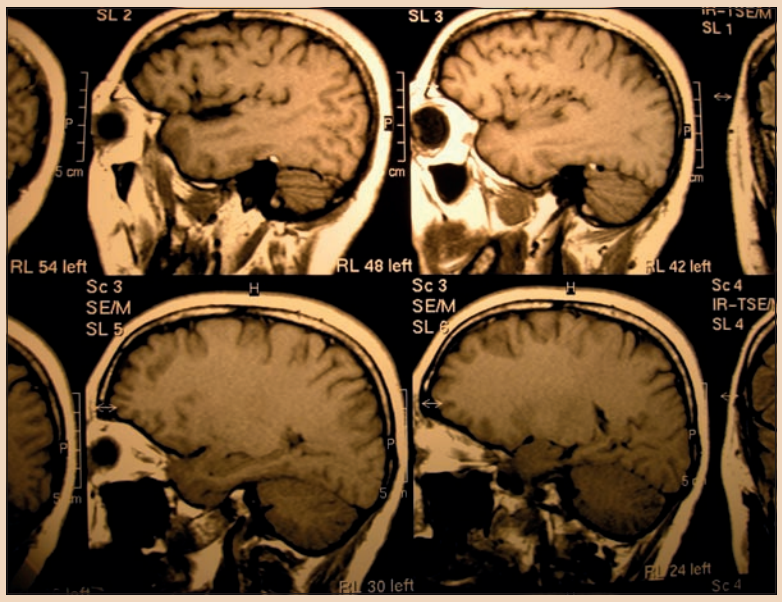
La letteratura inerente l'epidemiologia dei TMD evidenzia una prevalenza di tali disordini a carico del sesso femminile (rapporto F:M=4:1) a causa di diversi fattori quali biologici (sex related), psicologici e sociali (gender related), che differenziano i due sessi tra loro.

Sin dagli Anni '70 è stata analizzata la differenza tra "maschi" e "femmine", non solo dal punto di vista biologico (sex), ma anche da punti di vista che la cultura e la società attribuiscono a tali differenze biologiche (gender), come la totalità dei tratti della personalità, delle attitudini, dei sentimenti, dei valori, dei comportamenti e delle attività. Questa diversità è un costrutto sociale, che varia negli anni e da società a società[1].

Nel 1975 l'antropologa Gayle Rubin, nel suo *The Traffic in Women* (Lo scambio delle donne), inizia a parlare di un sex-gender system in cui il dato biologico viene trasformato in un sistema binario asimmetrico, dove il maschile occupa una posizione privilegiata rispetto al femminile, al quale è legato da strette connessioni da cui entrambi ne derivano una reciproca definizione. Dunque, in accordo con la Rubin ed altri autori contemporanei, l'appartenere a una categoria piuttosto che ad un'altra, non è una caratteristica innata, ma è un'invenzione sociale che subisce l'influenza delle diverse culture e dei diversi periodi storici[12].

Era il 1991 quando Bernardine Healy, allora direttrice dell'Istituto Nazionale di salute pubblica americano, in un famoso editoriale sul *NEJM*[15], parlò di sindrome di Yentl, in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti delle donne. Fu solo il primo passo. Nel mondo scientifico iniziò la riflessione su cosa significhi essere donna nel trattamento di diverse patologie; ma non solo. Nella maggior parte degli studi clinici (soprattutto sui nuovi farmaci) le donne in età fertile non vengono arruolate. Questo cosa comporta? E poi: perché alcune patologie sono in maggior parte femminili, e altre soprattutto maschili?

→ DT pagina 9



← DT pagina 8

La ricerca medica sta mettendo sempre più a fuoco la cosiddetta "Gender Medicine", intesa soprattutto come l'insieme delle esigenze e dei problemi di salute specifici di ciascun sesso. Oltre alle già note differenze biologiche tra uomini e donne, i due sessi sono esposti anche a fattori psicosociali diversi che possono minare la loro salute.

Nella gestione dei disordini temporo-mandibolari e del dolore oro-facciale qual è il ruolo del gender? Le differenze di genere come influenzano la percezione del dolore?

Sono stati eseguiti esperimenti di laboratorio che hanno messo in evidenza la diversità con cui il dolore è vissuto dai due generi[4,8], e le donne hanno mostrato una soglia del dolore più bassa e una minore tolleranza nei suoi confronti rispetto agli uomini[16]. Per cercare di comprendere questi risultati bisogna considerare diversi fattori, correlati alla differenza di sesso[4,29], che sono stati ampiamente discussi nelle varie revisioni:

- le differenze epidemiologiche nei due sessi[29]:
  1. le donne sono a più alto rischio per alcuni tipi di patologie come TMD, fibromialgia, cefalea e nevralgia trigeminale[4,22,32];
  2. Altre patologie dolorose si riscontrano prevalentemente negli uomini come la cefalea a grappolo.
- Il fatto che il dolore sia percepito in modo diverso nei due sessi per motivazioni biologiche e psicosociali[7,29]: in molti tipi di dolore cronico le donne denunciano intensità di dolore più severe, più frequenti e di maggiore durata degli uomini (emicrania,cefalea di tipo tensivo, dolore facciale[26], dolore muscolo scheletrico ed osteoarticolare, fibromialgia), infatti le donne utilizzano più degli uomini prescrizioni di farmaci antidolorifici[29].
- Inoltre, si consideri che le donne riferiscono di affrontare l'esperienza del dolore più frequentemente rispetto agli uomini[14,16,29] e che provano dolore in un maggior numero di aree del corpo, più spesso e più a lungo degli uomini[4,14,29,30].

Ad un gruppo di studenti (156 maschi e 235 femmine) è stato somministrato un questionario sulle aspettative di dolore in base al sesso: il Gender Role Expectations of Pain Questionnaire (GREP), con lo scopo di rilevare la sensibilità al dolore, la resistenza al dolore e la volontà di riportare il dolore, tutto ciò valutato nei due sessi. I risultati sono stati quelli attesi in base alla differenza di sesso: sebbene gli uomini fossero meno volenterosi a riferire il dolore rispetto alle donne, risultavano più resistenti; invece le donne erano più sensibili e meno resistenti al dolore rispetto agli uomini[27].

Qualche anno dopo il GREP è stato somministrato ad un gruppo di studenti universitari sia per analizzare la differenza nella percezione del dolore tra i sessi, sia per esaminare la relazione del GREP con la soglia di dolore indotto con calore ed il limite di sopportazione di questo dolore.

I risultati ottenuti confermano che le aspettative di dolore sono sesso specifiche anche con dolore sperimentale[5].

Le emozioni hanno un ruolo importante[25]?

Le donne vivono il dolore soprattutto da un punto di vista emozionale, mentre gli uomini si concentrano sugli aspetti strettamente fisici[16,31].

Questo approccio gioca a favore degli uomini che riescono, così facendo, a tollerare anche dolori più intensi; al contrario, le donne non fanno altro che aumentare la propria sofferenza, in quanto le emozioni associate al dolore sono tutte negative.

Inoltre, le donne hanno un atteggiamento di maggiore preoccupazione nei confronti del dolore e dei suoi sintomi rispetto agli uomini e una maggior consapevolezza e buona volontà ad ammettere i problemi di salute[8].

Questo comportamento, in associazione col dolore, interferisce con le loro abituali attività, come il lavoro, e con la loro propensione a prendere parte ad attività sociali[18].

Bisogna infine considerare che le donne hanno carichi di stress addizionali rispetto all'uomo, quali per esempio le mansioni domestiche e la cura dei figli, oltre al lavoro[17,21], e questo le predispone ad essere più sensibili nei confronti del dolore.

Per quanto riguarda la differenza nella percezione del dolore dal punto di vista fisico, in letteratura si parla molto dell'influenza degli ormoni steroidei, come estradiolo e testosterone, sui processi nocicettivi e sull'analgesia[5].

Pare che gli ormoni giochino un ruolo importante[7] nei processi nocicettivi in quanto influenzano sia il sistema nervoso centrale che periferico (coinvolti nella trasmissione del dolore) sebbene sia necessario ancora determinare di che grado sia la loro influenza nel processo fisiopatologico del dolore.

È importante considerare che condizioni ormonali estreme, come quelle che si accompagnano alla gravidanza o al ciclo mestruale, possono dare importanti variazioni sulle risposte nocicettive[3].

Esperimenti eseguiti su animali indicherebbero una ridotta sensibilità agli oppiodi durante la fase luteinica[5].

Una certa variabilità può essere attribuita anche ad altri fattori come l'età, lo stato psicologico, il peso, che potrebbero "oscurare" le importanti differenze "sex related"[3].

Come affermato in precedenza, è continuamente rilevato clinicamente che i pazienti con disfunzioni dell'articolazione temporomandibolare richiedenti un trattamento sono per l'80% di sesso femminile[16].

Sono state condotte ricerche che hanno dimostrato che nelle pazienti affette da TMD sono presenti più alti livelli sierici di estradiolo rispetto al gruppo caso controllo sano[19,20,23]. Inoltre livelli serici di estrogeni aumentati e livelli di progesterone nella norma sono stati riscontrati in soggetti presentanti TMD; quindi, questi dati suggeriscono che alti livelli di estrogeni potrebbero essere implicati nella fisiopatologia dei TMD[19,20,23]. Sebbene il dolore sia il motivo principale che conduce i pazienti all'osservazione dello specialista, bisogna considerare che molti di questi pazienti riportano marcato grado di stress dovuto al dolore e all'interferenza di quest'ultimo nelle attività della vita quotidiana, e tutto ciò comporta spesso un certo grado di depressione[6,28].

Inoltre, i TMD condividono molte caratteristiche delle patologie a carattere cronico, pertanto vengono trattati con gli stessi modelli biopsicosociali di queste ultime.

Si può affermare che molti pazienti con dolore cronico sopportano la loro condizione mantenendo in tal modo buoni livelli di vita sociale, invece altri pazienti non ce la fanno e rivelano un certo livello di depressione, somatizzazione e un più basso interesse per la salute, sebbene non si rilevino differenze cliniche, per quanto riguarda la patologia, tra i due gruppi[6].

Per la valutazione dei fattori psicosociali e comportamentali sono state utilizzate, nel corso del tempo, diverse tipologie di scale di misurazione. In particolare, per la stesura degli RDC/TMD, Dworkin si è avvalso di tre specifiche scale: la Beck Depression Inventory (BDI), la Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D) e la Symptom Checklist 90 (SCL-90).

→ DT pagina 10