All'interno lo speciale Hygiene Tribune

Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno VII n. 12 | Dicembre 2011 | Euro 3,00

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.

rassodamento tessuti
fotoringiovanimento
antirughe
antimacchie

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

Numero Verde 800.66.24.23

L'anti-Age per un sorriso che mantiene giovani

www.dermalmedical.it

News e Commenti

Categoria perplessa dinanzi alle riforme

Una professione in grave crisi come l'odontoiatria non è in grado di sopportare nuovi oneri. L'approvazione della Legge di Stabilità prevede l'ingresso nelle società tra professionisti di capitale privato.

> pagina 4

Med. Interdisciplinare

La saliva dei bimbi una "spia" immunitaria

I bambini hanno un minor numero di componenti che rafforzano le loro difese immunitarie rispetto agli adulti. Lo rivela una mappatura effettuata in Svezia.

> pagina 7

Solidarietà odontoiatrica non solo a Natale

Pubblichiamo in questo numero una panoramica di Odontoiatria sociale in Italia e nel mondo. Diciamo subito che si tratta di uno sguardo d'insieme del tutto insufficiente a mostrare i vasti e articolati disegni di solidarietà che le ormai numerose onlus dei dentisti italiani stanno ponendo in essere negli ultimi anni. Ragioni di spazio ci hanno costretto a questa scelta "di minima" il che non toglie che in futuro torneremo sull'argomento per dare altre informazioni sul "mare magnum" delle varie sigle e iniziative che sotto diversi cieli stanno profondendo mezzi e capacità professionali per sovvenire all'enorme bisogno di salute odontoiatrica.

da pagina 11

Gianfranco Prada.

Prada, presidente di un sindacato in una professione che cambia

All'Ordine di Como il 21 novembre abbiamo incontrato il Presidente dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, Gianfranco Prada, il quale ha appena inviato una lettera al nuovo Ministro della Sanità, Renato Balduzzi.

Vi si legge, tra l'altro "Colgo l'occasione per riaffermare in particolare la necessità di sviluppare un modello che punti alla prevenzione e che guardi alla libera professione come una risorsa anche per la Ssn". Si riferisce, forse a convenzioni del libero professionista con il Servizio Sanitario, come in Germania. E, tanto per intenderci, come i medici di famiglia?

Potrebbe anche essere un'ipotesi da prendere in considerazione se portasse nuove risorse economiche e possibilità di sviluppo per l'odontoiatria in un momento di grave difficoltà per la professione. La gente comune infatti ha sempre più difficoltà a sostenere le cure. Ma se non ci sono soldi per fare interventi essenziali negli ospedali pubblici, dove trovano le risorse per l'odontoiatria che sempre stata dimenticata dal Servizio sanitario nazionale? Se le risorse ci fossero potrebbero essere utili per i pazienti, ma anche per gli odontoiatri. Con i problemi economici attuali, il sostegno dello Stato all'offerta sarebbe importante. Ben venga qualsiasi soluzione che porti benefici a tutto il comparto del dentale. Ripeto, se ci fossero risorse pubbliche saremmo ben disponibili a studiare i nuovi modelli.

Al primo posto comunque la prevenzione, ma in realtà finora in Italia a parte qualche relazione da parte dell'Università si è fatto ben poco. Tutto comincia se c'è obbligatorietà. All'estero addirittura esiste, per i ragazzi, una specie di libretto sanitario odontoiatrico, con visite periodiche imposte.

Questo è un compito che potrebbe avere il Servizio sanitario. Bisognerebbe fare un'importante campagna di sensibilizzazione generale della popolazione. Io lo proporrò al Ministro, l'ho scritto in quella lettera perché ci credo veramente. Bisogna riprendere il vecchio progetto di comunicazione sull'importanza delle cure odontoiatriche, della prevenzione e della lotta all'abusivismo veicolato in comune da parte del Ministero, Sindacati e Ordine. Del resto oggi i rapporti intercategoriali sono cambiati e migliorati.

Parliamo dell'Ordine. Oggi avrà sicuramente il controllo sulla formazione. Il Presidente Cao, Renzo, ha sottolineato recentemente l'importanza che riveste come luogo d'incontro tra libera professione e il cittadino e in rapporto con le istituzioni.

Certamente è così anche se poi il rapporto concreto con i cittadini attualmente è più teorico che pratico.
Comunque Monti al convegno Enpam disse che l'Ordine ha ragione di essere.
Però ci sono ancora troppi vincoli, quali per esempio le società tra professionisti. Ma ora questo passaggio è già attivo dopo la Legge di Stabilità con il maxi-emendamento del Governo Berlusconi. Per l'odontoiatria significa che possono essere costituite società tra professionisti, professionisti e finanziatori non medici e anche naturalmente odontotecnici con odontoiatri. Si aprono scenari completamente nuovi.

Ma non sconvolgenti, in fondo basta semplicemente attivare in Italia quello che esiste già in tutti i paesi anglosassoni e altri paesi. In Usa il fatturato in percentuale è per queste società del 25%. Questo però non ha impedito di esprimere una buona odontoiatria e un'ottima professione privata.

→ DT pagina 3

Editoriale

Un occhio al futuro (non solo al passato)

Cari lettrici e lettori, ci sono momenti in cui tutto sembra ribaltato. Oggi lo è per tutti e non a livello individuale. Dopo anni di status quo*, dove la lamentela, tipica del nostro carattere ha accompagnato, forse a ragione, gli ultimi 50 anni, è dura accettare il mutamento di riferimenti e progetti consolidati. Eppure siamo ben consapevoli del cambiamento. Non mi riferisco certo al nuovo governo e a qualche drastica disposizione di legge. Ognuno si è alzato un mattino guardando la casa, la famiglia, lo studio, in modo diverso. In quel momento importa non tanto attendere quello che deciderà un governo, la CEE o un clamore di popolo. Qualcuno centinaia di anni fa parlò di un albero che non si piegava ai quattro venti, qualcuno di trasformare il veleno in medicina. Oggi non è tempo di dettare ricette che sarà bene trovare tutti insieme. Alcune sono state proposte anche dai media di settore. Il passato non è un valore su cui crogiolarsi, dinanzi c'è un futuro da indirizzare guardando con oggettività, creatività, determinazione la nostra singola situazione, per contestualizzarla, aperti a trasformazioni concrete e a cambiamenti. Ognuno ha una sua ricetta che forse oggi è meglio condividere. Poi si possono, come sempre, scegliere due strade, entrambe di egual prezzo (ma non valore): ci si può chiudere nel pessimismo o approfittare del momento per ridisegnare un sostenibile domani. E, perché no, aiutare altri a farlo. Perché finalmente oggi sappiamo che, a dispetto del nostro individualismo, siamo tutti connessi e che le nostre decisioni possono fortemente influenzare la collettività. Non c'è cambiamento o via professionale di per sé valida: conta quanto di moderno e innovativo si sa creare in ogni realtà professionale (e privata). Non guardiamo al passato con nostalgia, non ostentiamo dubbi e reticenze su nuove realtà, perché la nostra diffidenza non è stata né prudenza né protezione. Ci sono ampi spazi per proseguire su un cammino già di successo o per costruirlo, calibrando imprenditorialità (oggi è più che mai evidente che lo studio è anche impresa), professione e, perché no, nuovi ideali (vedi il dentista come medico che può intercettare malattie di ogni tipo e diventare coordinatore interdisciplinare della salute del paziente). Quale miglior momento se non l'inizio del nuovo anno? Un augurio di cuore dalle nostre redazioni internazionali e nazionali per un felice 2012.*

L'Editore

Patrizia Gatto

patrizia.gatto@tueor.com

L'Enpam, un Ente previdenziale da riformare Se ne è discusso a Roma in un convegno

Venerdì 4 e sabato 5 novembre la Fondazione Enpam ha organizzato un convegno per confrontarsi sui lavori in corso negli ambiti della previdenza, del patrimonio e dello statuto. Presenti molti Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici e delle Commissioni Albo Odontoiatri, i componenti dei Comitati Consultivi dei fondi di previdenza Enpam e i rappresentanti dei sindacati di categoria. Per Andi il Presidente Gianfranco Prada, i Vicepresidenti Massimo Gaggero, Stefano Mirenghi, il Tesoriere Gerardo Ghetti, il Segretario Culturale Carlo Ghirlanda, il Coordinatore del Servizio Studio Roberto Callioni. Di spessore i relatori che hanno portato i loro contributi alla discussione durante la due giorni. Da quelli "interni" o "di settore" come il Presidente Fnomceo Amedeo Bianco, il Direttore Generale Enpam Alberto Volponi, al Cio - Area gestione patrimonio Enpam - Luigi Caccamo, il Direttore del dipartimento della previdenza Enpam Ernesto del Sordo, ai "professori" di fama internazionale in materia di politica economica, come Giuliano Amato, Massimo Angrisani, e Mario Monti. A coordinare i lavori, oltre al Presidente dell'Ente, il prof. Eolo Parodi, i due vicepresidenti Alberto Oliveti e Giampiero Malagnino, già Presidente Nazionale Andi. Dal convengo sono emerse indicazioni per la riforma dello statuto e sulla portata della riforma dell'Ente imposta dall'attuale Governo con una norma a garanzia degli iscritti e che punta alla sostenibilità del sistema a 30 anni. Sul nuovo statuto è emersa una sostanziale necessità di riadattare le regole della rappresentatività in modo da meglio rappresentare gli Ordini professionali, ma soprattutto il contribuente, attraverso i suoi sindacati di riferimento. Per quanto riguarda la gestione del patrimonio Luigi Caccamo ha illustrato il nuovo sistema di gestione e di verifica degli investimenti adottato da Enpam che cerca di superare la distinzione tra mobiliare e immobiliare utilizzando un modello che si basi su procedure di comportamento che tendono a ridurre i rischi e la discrezionalità nelle scelte. La difficoltà nel farlo è stata rilevata da Mario Monti che, sollecitato dal Vicepresidente Malagnino, ha ricordato come gli investimenti siano principalmente condizionati dalle scelte e della programmazione economica dei Governi, che condizionano le oscillazioni dei mercati. In merito alla riforma previdenziale il CdA dell'Ente sta lavorando su alcune norme che porteranno al pieno equilibrio a 30 anni del proprio sistema come imposto dal Governo attraverso un leggero aumento della contribuzione, un riallineamento dei coefficienti di rendimento e un innalzamento dell'età pensionabile. Tra le novità anche l'introduzione della pensione di anzianità per i liberi professionisti. In merito alle anticipazioni e ai "numeri" pubblicati dalla stampa in questi giorni, chiarisce il Presidente Andi Prada, tutto è ancora da definire e da discutere. "La portata delle nuove regole introdotte nella riforma previdenziale Enpam - dice Prada - sarà nota con certezza solo dopo la loro approvazione in CdA e il via libera dei ministeri competenti, Questa è ancora una fase in cui le proposte vengono analizzate e discusse. Prematuro, oltre che inopportuno, indicare dei valori e delle cifre".

Fonte: Andi Informa Online

Sanità e deontologia, Sanità e rete

Due volumi sotto l'egida Fnomceo

Per i 100 anni degli Ordini dei Medici e i 150 dell'Unità il Presidente Fnomceo, Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Amedeo Bianco ha presentato venerdì 11 novembre all'hotel Sitea di Torino "Sanità, Medicina, Etica, Deontologia" di Orfeo Notaristefano. Il volume illustra parte del cammino Fnomceo nella conquista di una centralità nella politica sanitaria e nei temi etici, l'impegno per una più avanzata concezione della deontologia medica, sfociato a fine 2006, nel nuovo Codice etico. L'obiettivo è dare un'idea a un pubblico più vasto del lavoro fatto da Fnomceo nella politica sanitaria del Paese. Attraverso 7 anni di report su "temi caldi" di politica sanitaria, riporta recensioni di saggi significativi, articoli e approfondimenti sui Rapporti annuali del Censis sullo *status* sociale del Paese. In contemporanea è stato presentato un altro volume "Sanità e Web" (Editore Springer) d'interesse sociologico curato da Walter Gatti, direttore editoriale Fnomceo. Attento alla "rivoluzione" telematica in corso, l'autore si sofferma sul come il web ha "rivoluzionato" la vita quotidiana di uomini e donne "intervenendo sul vissuto contemporaneo" oltrechè nelle forme di comunicazione.

Statisticamente il volume è il primo a soffermarsi sulle modifiche apportate dal web sui modi di pensare alla salute, frapponendosi tra il paziente e il curante a modifica sostanziale di quella che Gatti chiama "l'alleanza terapeutica".

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

Editor Claudia Salwiczek
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, Matthias Diessner
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 12, Dicembre 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 0463350 - Fax +39 011 0463304
www.tueor.it - 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
P. Bilanzone, J. R. Bosecker, R. Callioni, F. Carinci, V. Crincoli, A. Cucchi, S. Daniele, M.B. Di Bisceglie, R. Farina, G. F. Franchi, F.R. Grassi, M.E. Guarnelli, Z. Kalemaj, A. Losito, C. Mazza, G.M. Nardi, M. Petruzzi, G. Prada, A. Rizzi, S. Sabatini, B. Sallustio, L. Scapoli, R. Selleck, R. Serpico, A. Simonelli, L. Trombelli, G. Vecchiati

Redazione
Chiara Siccardi

Hanno collaborato
Enrica Casalegno, Stefania Dibitonto, Corinna Italia, Alessia Murari, Francesco Pesce, Carla Ragni

Traduzioni scientifiche
Cristina M. Rodighiero

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 0463350 - Fax 011 0463304
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. 12 - Dicembre 2011

Prada, presidente di un sindacato in una professione che cambia

Gianfranco Prada.

← DT pagina 1

Cambierà sempre di più la percentuale tra chi esercita la libera professione nel proprio studio e quelli che invece decidono di aderire come dipendenti o come soci a queste strutture che per la prima volta possono erogare le prestazioni (prima erano solo a supporto).

Molti giovani comunque trovano anche un'opportunità di fare un tirocinio pagato.

Non sono, mi creda, negativo a prescindere…

58.000 sono iscritti all'ordine, forse 50.000 esercitano …

Anche qualcuno meno.

Diciamo 45.000 di cui 40.000 abituati allo studio singolo. Non le pare che sia necessario lavorare anche su una cultura di cambiamento?

Certamente delle strutture complesse permettono di ottimizzare alcuni costi: le segreterie, l'amministrazione, gli acquisti. Ma quello che bisognerebbe evitare è di spersonalizzare il rapporto diretto tra odontoiatra e paziente. Anche se l'odontoiatria non è un'attività facilmente "industrializzabile", sulle modalità di esercizio ben vengano nuove organizzazioni del lavoro, se queste possono garantire risparmi gestionali, qualità e corretti rapporti deontologici tra odontoiatra e paziente.

Cartella clinica, un grande strumento, ma comporta una dichiarazione fiscale totale.

Oggi con le ultime disposizioni sulla tracciabilità, l'uso del contante e il redditometro credo che siano problemi bypassati. Emergeranno realtà ancora sommerse che danneggiano pesantemente l'immagine della categoria.

Quanto è difficile fare il sindacalista e il Presidente del più grande sindacato oggi?

È difficile, ogni giorno uno stravolgimento. Il mio pensiero quotidiano è "Riuscirò a portare questa categoria nella giusta direzione?". Poi ci sono le piccole sezioni in cui il socio si aspetta di essere difeso in modo tradizionale. Ma oggi il cambiamento è necessario, non lo possiamo più decidere noi, è già deciso. Ma meglio coglierlo come opportunità, anche se non sarà facile. Qualcuno si siede davanti al cambiamento ma noi non dobbiamo fare cadere il nostro modello, la nostra ambizione.

E i giovani?

Anche quest'anno siamo cresciuti come iscrizioni e devo dire che ci sono oltre 400 nuovi laureati neoiscritti ovvero il 50% dei neolaureati. L'approccio all'Andi è certamente, inizialmente, per usufruire delle convezioni e dei servizi offerti. Ma io desidero veramente un'attiva partecipazione dei giovani. Nelle riunioni non li vedo quasi mai. Desidero costruire delle attività che li coinvolgano. Adesso abbiamo inserito in una commissione costituita per analizzare il problema, anche il Presidente dell'Aiso, e gli studenti, perché voglio capire le loro aspettative verso la professione ma anche verso il Sindacato. Magari costruire un'Andi Giovani.

Bello un'Andi Giovani, per ora ho visto solo l'Aiop prendere iniziative del genere (e tra l'altro è un'associazione scientifica). Penso comunque che la categoria debba ritrovare anche dei grandi valori. Come medici, come possibile coordinatore di altri medici, come l'unico in certi casi che può intercettare malattie rare… sinergie multidisciplinari.

Sono sempre stato favorevole a rafforzare il legame con la categoria medica. Vedremo cosa ci riserverà il futuro. Però anche questi valori sull'interdisciplinarietà della professione, sull'importanza dell'anamnesi completa per capire il vero problema del paziente, della comunicazione del piano di trattamento al paziente, dovrebbero essere oggetto di corsi di aggiornamento per tutti i colleghi e insegnati approfonditamente agli studenti all'Università. Solo così avremo una professione migliore.

Patrizia Gatto

DENTAL TRIBUNE

Anno VII n. 12 - Dicembre 2011

Italian Edition

Tra riforma previdenziale e liberalizzazione di società tra professionisti

Roberto Callioni.

Nelle scorse settimane attraverso l'editoriale veicolato dallo Speciale "Today" alla 39ª edizione di Expodental, si sottolineavano le gravi turbolenze socio-economiche dell'Europa e del Paese in particolare, contestualizzandole in una sorta di "Terza guerra mondiale" combattuta per fortuna senza ordigni nucleari ma a colpi di *spread* sui titoli di Stato dei Paesi sovrani e di indici borsistici.

A poche settimane dall'articolo, in almeno tre Paesi (Grecia Spagna e Italia) quel conflitto, certo fortemente influenzato anche da molteplici e indecifrabili (almeno per il comune cittadino) fattori interni, ha stravolto l'assetto politico governativo dei tre Paesi con la caduta dei rispettivi governi.

Eventi eccezionali per tempi eccezionali: mai si era vista nel Paese un'accelerazione e al tempo stesso, composizione di una crisi governativa in così pochi giorni.

Esattamente 7 giorni prima della caduta del governo Berlusconi, si è potuto conoscere e ascoltare in prima persona l'attuale Primo Ministro Monti nel Convegno "Le strategie del cambiamento" organizzato a Roma da Enpam. A prescindere dalla suggestiva coincidenza che ha consentito agli astanti di cogliere "in anteprima" il pensiero del futuro Premier, dal Convegno sono emerse le linee di politica previdenziale che verranno adottate da Enpam entro il 31 dicembre del 2012 per rispettare l'equilibrio economico trentennale previsto dalla legge.

Gli scarni dettagli di questa "ristrutturazione previdenziale", almeno per quanto concerne "la quota B", riferita all'esercizio Libero Professionale, prevedono un aumento di contributi dell'1% annuo a partire dal 2015, portando l'aliquota dal 12,5% al 22% con una diminuzione del coefficiente di rivalutazione annua dall'1,75 all'1,50 e un aumento del tetto massimo per la contribuzione ordinaria che da 42.000 euro e rotti passerebbe ai 93.622 euro.

Allo stato attuale l'età pensionabile è poi prevista a 68 anni a partire dal 2018.

Che nel nostro Paese esista un grave "problema previdenziale" (tale capitolo di spesa è al primo posto nel bilancio di Stato seguito dalla spesa sanitaria) è ben noto.

Altrettanto acclarato che investa, seppur con connotati diversi, anche le Libere Professioni e rispettive Casse Previdenziali. In sostanza laddove ci si chiede perché un odontoiatra non percepisca pensioni paragonabili a funzionari di banca piuttosto che dirigenti d'azienda, è indiscutibile che si è giunti a un bivio inderogabile: versare maggiori contributi come altre categorie, per prospettare pensioni che realisticamente facciano sperare un tenore di vita per "gli anni azzurri" accettabile, dopo anni di duro "libero" lavoro.

Su questa scelta che dovrebbe comportare anche un *welfare* professionale adeguato, "un ombrello protettivo" completo per il professionista, la categoria manifesta molte perplessità, sino a rifiutare la proposta uscita dal Convegno Enpam, soprattutto se non vi saranno margini di trattativa e di facoltatività nella citata ristrutturazione.

In realtà la posta in gioco è molto più alta a prescindere da atteggiamenti demagogici e ideologici. Una professione in grave crisi come l'odontoiatrica non riuscirà a sopportare questo ulteriore onere, pur deducibile che sia.

Un colpo da KO che potrebbe ridisegnare addirittura il profilo libero professionale soprattutto se la misura venisse intersecata con uno dei provvedimenti più preoccupanti per le Libere Professioni contenute nell'ultimo atto del governo Berlusconi.

E cioè l'approvazione della cosiddetta Legge di Stabilità, che nel capitolo delle liberalizzazioni prevede tra l'altro l'ingresso nelle società tra professionisti di capitale privato sinanco in termini di maggioranza.

Verrebbe da pensare a realtà professionali in cui gli odontoiatri potrebbero essere presenti in qualità di soci, o collaboratori o addirittura dipendenti, magari afferendo nel tempo, in termini previdenziali, "al calderone Inps". Insomma, alle preoccupanti analisi sul futuro professionale, si aggiungono ora queste sinistre novità che rendono il futuro dell'Odontoiatria ancora più incerto e vedono nella difficile realizzazione di uno strutturato *network* territoriale da parte dell'Associazione di categoria più rappresentativa, forse l'unico strumento per contrastare la situazione, limitandone i danni.

In tal senso i tempi sono limitatissimi anche in termini di cambiamento di un'impostazione mentale dell'Odontoiatra anagraficamente più maturo, paradossalmente più esposto a queste criticità professionali.

Roberto Callioni

A2G Medical Laser Science

Una gamma completa di laser dentali, estetici e apparecchiature per medicina estetica

DISTRIBUTORE DEI MARCHI:

SharpLight™ · mi · Quanta System Q1 DNA Laser Technology · Asclepion Laser Technologies

PERCHÉ SCEGLIERE QUANDO PUOI AVERE TUTTO

- Laser a diodo A2G da 2 a 60 Watt
- Piattaforma multiapplicative Formax Plus™ e Omnimax™:
  IPL® / DPC® / Laser Nd:Yag / Laser Nd:Yag Q-Switch / Laser Er:Yag
  Laser Er:Yag Frazionale / IR Infrarosso / IR Infrarosso Frazionale / RF Radiofrequenza
- Laser CO_2 Frazionale • Laser Q-Switch • Laser Alessandrite • Laser a Diodo **(NEW)**
- Laser Nd:Yag impulso lungo e corto • Liposuzione Laser Assistita
- Radiofrequenza • Ultrasuoni
- Isoforesi (EPOREX®) • QUAD (Radiofrequenza Bipolare/Esapolare) • Cavitazione (KAVITRON™)
- Sistemi LED per fotomodulazione, terapia fotodinamica e fotoringiovanimento cutaneo
- Sistemi di raffreddamento professionali per trattamenti IPL e laser
- Progettazione e realizzazione di centri medici-estetici chiavi in mano

A2G srl
Ufficio Commerciale
Via degli Olmetti, 18 - 00060 Formello (zona ind.)ROMA - Tel. +39 06 9075457 - info@a2glaser.com

Grande festa al Lingotto di Torino La Dental School compie tre anni

Nell'Aula Magna della Dental School di Torino è stato celebrato, il 24 ottobre, il triennio d'attività, Emilio Iodice, commissario AOU del S. Giovanni, ha sottolineato i risultati di una scuola in grado di offuscare la fama di Zurigo.

Hanno poi preso la parola Ezio Ghigo, preside di Medicina, il Rettore Ezio Pellizzetti e il "padrone casa", Stefano Carossa, che ha elencato immagini e cifre, chiamando in causa il suo maestro e promotore della Dental, Giulio Preti.

Il suo sogno non si sarebbe avverato senza la Compagnia di San Paolo, (presidente Angelo Benessia) non sponsor acritico ma "comprimaria dello sviluppo" di una struttura dove ricerca, assistenza e didattica si accompagnano alla cura delle fasce più fragili. Qualche cifra: nel 2010, 80 mila prestazioni con un più 42% rispetto al 2009.

"I risultati hanno impressionato i docenti di Zurigo - dice Preti - ma anche altri stranieri".

Il 96,3% dei suoi laureati entro un anno trova lavoro. Tra poco entrerà anche in funzione, un centro, unico al mondo, per la cura delle patologie più gravi correlate al dentale.

m.boc

LASCIATEVI ISPIRARE DALL'ESPERIENZA

NUOVO CEREC SW 4.0

I restauri migliori nascono da un lavoro di squadra tra la vostra competenza ed il nostro software. Basandosi su molti anni di esperienza nello sviluppo, il software CEREC si orienta interamente sulle esigenze dello studio dentistico. Il miglior esempio è il nuovo CEREC SW 4.0. Grazie al menu intuitivo non è necessario essere degli esperti di computer per ottenere un restauro finito in pochi passaggi. I processi di lavoro trasparenti mostrano quali sono le funzioni disponibili. Si lavora in modo intuitivo direttamente sul modello di dente 3D, creando occlusioni fedeli a quelle naturali con un click.

www.sirona.it
Tel. 045 82.81.811

The Dental Company sirona.

DENTAL TRIBUNE

Anno VII n. 12 - Dicembre 2011

Italian Edition

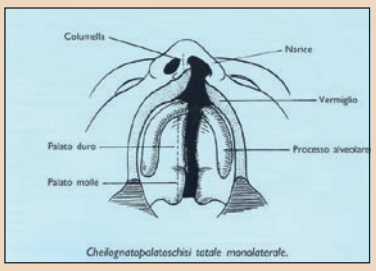
Recenti sviluppi sulla genetica delle schisi orofacciali

Luca Scapoli*, Francesco Carinci**

**Dipartimento di Istologia, Embriologia e Biologia Applicata, Università di Bologna*
***Cattedra di Chirurgia Maxillofacciale, Università di Ferrara*

Schisi totale del labbro e del processo alveolare.

Le schisi orofacciali sono comuni malformazioni congenite che si possono manifestare nell'ambito più di 300 sindromi rare. Più frequentemente, la schisi si evidenzia come difetto isolato in una condizione definita non sindromica che colpisce circa un nuovo nato ogni 1000. L'origine è da attribuire ad anomalie dello sviluppo embrionale nelle prime settimane di gestazione. Il normale sviluppo della faccia coinvolge cinque processi facciali che accrescendo compiono complessi movimenti morfogenetici, infine confluiscono e fondono tra loro dando origine alle strutture definitive. Le più comuni anomalie sono difetti di fusione dei processi mascellari che determinano delle fessurazioni nella regione orale, le labioschisi e le palatoschisi.



Cheilognatopalateschisi totale monolaterale.

L'eziologia delle schisi orofacciali non sindromiche è molto complessa in quanto coinvolge componenti genetiche e componenti ambientali, queste ultime determinate per lo più dalle abitudini della madre nelle settimane periconcezionali. Studi epidemiologici hanno evidenziato che carenze vitaminiche, consumo di fumo, alcool e farmaci possono aumentare il rischio di schisi orofacciali. La predisposizione genetica è forte, lo si può facilmente dedurre dal fatto che si osserva ricorrenza familiare in circa il 20% dei casi, ma anche studi formali condotti sui gemelli lo hanno confermato. Le nuove tecnologie sviluppate per lo studio del genoma umano hanno permesso di identificare un certo numero di geni e regioni cromosomiche che sembrano conferire predisposizione alla malformazione. Il condizionale è d'obbligo in quanto studi indipendenti hanno spesso fornito indicazioni contrastanti. Le ragioni possono essere ricondotte all'elevato numero di geni coinvolti, che nelle diverse popolazioni e nei diversi campioni di studio possono assumere una differente importanza relativa. Tra le diverse regioni cromosomiche, il braccio corto del cromosoma sei è stata tra le prime a essere investigate. Un'indagine condotta in Italia ha inizialmente evidenziato che i marcatori di questo cromosoma venivano trasmessi con la malattia in metà delle famiglie multigenerazionali analizzate[3]. Recentemente, è stato possibile rifinire il dato, evidenziando in Jarid2 il gene in grado di aumentare il rischio di schisi. Particolari polimorfismi di questo gene sono stati visti associati all'insorgenza della schisi del labbro nei casi familiari, ma anche in quelli sporadici. L'osservazione che il gene è attivamente espresso in strutture specifiche e in momenti determinanti dello sviluppo orofacciale supportano ulteriormente l'evidenza che il gene ha una funzione importante per questo sviluppo[2].

Il gene Jarid2 codifica per una proteina che regola la trascrizione di altri geni. Sebbene la sua funzione sia tuttora oggetto di studio, è stato osservato che gravi mutazioni del gene sono letali in cavie animali, rivelando che Jarid2 riveste un ruolo importante nello sviluppo di cuore e fegato, nella chiusura del tubo neurale e nell'ematopoiesi[4-6]. Sebbene le schisi non figurino tra le caratteristiche evidenziate in questo modello, resta il fatto che sviluppo cardiaco e orofacciale condividono schemi comuni, ipotesi supportata dall'evidenza che difetti cardiaci e schisi orofacciali sono tratti che spesso si riscontrano contemporaneamente in sindromi congenite. Recentemente è stato evidenziato che Jarid2 interagisce con il complesso proteico Policomb nel regolare il *pattern* di espressione di geni dello sviluppo attraverso la modificazione dello stato della cromatina[1]. Jarid2 guida il legame di Policomb a siti specifici del DNA genomico e il complesso modifica chimicamente gli istoni favorendo il compattamento della cromatina che rende inattivi i geni. È stato notato che in cellule staminali embrionali di topo, il complesso Jarid2-Policomb si lega ai promotori di geni essenziali per il normale sviluppo e differenziazione, tra i quali alcuni noti, o sospettati, di essere coinvolti nell'insorgenza delle schisi.

I dati sinora raccolti non permettono ancora una diretta applicazione delle scoperte alla pratica clinica, tuttavia le indicazioni che hanno recentemente permesso di collegare l'azione di Policomb allo sviluppo del labbro e del palato, lasciano ben sperare e aprono il campo a nuove interessanti ipotesi di lavoro.

Bibliografia

1. Pasini D, Cloos PA, Walfridsson J,Olsson L, Bukowski JP, Johansen JV, Bak M, Tommerup N, Rappsilber J, Helin K.: Jarid2 regulates binding of the Polycomb repressive complex 2 to target genes in ES cells. 2010. Nature 464:306-10.
2. Scapoli L, Martinelli M, Pezzetti F, Palmieri A, Girardi A, Savoia A, Bianco AM, Carinci F.: Expression and associations data strongly support Jarid2 involvement in nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. 2010. Human Mutation 31:794-800.
3. Scapoli L, Pezzetti F, Carinci F, Martinelli M, Carinci P, Tognon M.: Evidence of linkage to 6p23 and genetic heterogeneity in nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. 1997. Genomics 43:216-20.
4. Carinci F, Pezzetti F, Scapoli L, Martinelli M, Avantaggiato A, Carinci P, Padula E, Baciliero U, Gombos F, Laino G, Rullo R, Cenzi R, Carls F, Tognon M.: Recent developments in orofacial cleft genetics. J Craniofac Surg. 2003Mar;14(2):130-43.
5. Martinelli M, Masiero E, Carinci F, Morselli PG, Pezzetti F, Scapoli L.: New evidence for the role of cystathionine beta-synthase in non-syndromic cleft lip with or without cleft palate. Eur J Oral Sci. 2011 Jun;119(3):193-7.
6. Martinelli M, Di Stazio M, Scapoli L, Marchesini J, Di Bari F, Pezzetti F, Carinci F, Palmieri A, Carinci P, Savoia A. Cleft lip with or without cleft palate: implication of the heavy chain of non-muscle myosin IIA. J Med. 2007 Jun;44(6):387-92.

Pazienti oncologici e terapia odontoiatrica

Approccio terapeutico attuale e prospettive future

Con il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Torino e la Fondazione Scientifica Mauriziana-Onlus, la Struttura Complessa di Odontostomatologia (diretta da Franco Goia) dell'A.O. Ordine Mauriziano e l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani di Torino (presieduta da Agostino Neirotti) hanno organizzato sabato 12 novembre una giornata di confronto tra realtà ospedaliera e dentisti. Particolare attenzione è stata dedicata all'aspetto riabilitativo dei pazienti oncologici con problemi del cavo orale in particolare per migliorare la qualità della vita superando i problemi legati al dolore, alle difficoltà della masticazione, della fonetica e dell'estetica. Goia e Neirotti hanno rilevato la necessità di implementare ulteriormente la sinergia tra la realtà ospedaliera, quella dei medici di base e degli odontoiatri. Ampio spazio è stato dedicato alla prevenzione e alla preparazione del paziente sottoposto a radioterapia, chemioterapia e/o interventi demolitivi del distretto facciale che possono e devono quindi contare su un costante supporto intra ed extra ospedaliero. La giornata ha visto gli interventi di P. Appendino, L. Basano, B. Bo, A. Chiarelli, M. Gilardino, F. Goia, G. Malinverni, P. Menozzi dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino e V. Fusco della SOC di Oncologia dell'A.O. di Alessandria e ldi C. Ortega della Divisione universitaria di Oncologia ed Ematologia dell'IRCC di Candiolo.

Italian Edition Anno VII n. 12 - Dicembre 2011

Nella saliva la spiegazione delle scarse difese immunitarie dei bambini

I bambini hanno un minor numero di componenti che rafforzano le loro difese immunitarie rispetto agli adulti. È stato dimostrato grazie a una mappatura della saliva dei bimbi effettuata presso l'Università di Malmö in Svezia. Lo studio potrebbe spiegare l'incapacità dei bambini di respingere le infezioni. La saliva viene prodotta nella cavità orale da ghiandole salivari grandi e piccole. Si pensa che quelle piccole ne producano circa il dieci per cento. Si trovano ovunque: nei rivestimenti delle mucose nel cavo orale, sulla lingua, su labbra, gengive e guance.

Le ghiandole producono in continuità una secrezione che allo stesso tempo lubrifica le mucose e contiene sostanze antimicrobiche, agenti da difesa immunitaria specifica e non. La secrezione protegge dalle infezioni e mantiene umido il cavo orale. Mikael Sonesson, specialista in ortodonzia e docente presso la Facoltà di Odontoiatria dell'Università di Malmö e colleghi hanno studiato se i componenti specifici e non di difesa immunitaria presenti nella saliva si differenzino con l'età. I campioni di saliva esaminati erano stati raccolti con carta filtro da diverse aree della mucosa in circa 200 soggetti appartenenti a tre gruppi: bambini in età prescolare, adolescenti e giovani adulti. "L'obiettivo principale era studiare il flusso salivare e la presenza di componenti di difesa prodotti dalle ghiandole salivari piccole negli anni di crescita, cosa mai fatta prima" ha detto Sonesson.

I risultati mostrano che i bambini hanno una minor quantità di sostanza specifica delle immunoglobuline rispetto agli adulti. La quantità di alcune componenti non specifiche di difesa era comunque simile. Secondo i ricercatori, le differenze si possono spiegare con l'insufficiente sviluppo del sistema immunitario nei bimbi piccoli. Avviene in realtà a 10-12 anni, anche se parti del sistema immunitario non-specifico sembrano esser mature anche in età prescolare. Sonesson sottolinea tuttavia che tale spiegazione è basata sinora solo sui risultati di questa ricerca preliminare. Il suo studio segna l'inizio di una mappatura dei componenti del sistema di difesa nei bambini sani. Nei casi di malattie generali con trattamento mediante farmaci immuno soppressori o radiazioni della zona testa/gola, la situazione può diventare molto diversa, spiegano i ricercatori. In questi casi, la funzione immunologica dei componenti del sistema è probabilmente essenziale nello sviluppo o meno di malattie nei tessuti molli e duri. "In questi casi le differenze possono essere importanti. E sarebbe interessante approfondire quest'aspetto" dice Sonesson. La ricerca ha rivelato anche differenze di crescita tra componenti specifici e non specifici delle difese immunitarie.

"A quelle specifiche della saliva e delle piccole ghiandole, sembra occorra più tempo per raggiungere livelli adulti", ha sottolineato Sonesson, il quale sta programmando una nuova ricerca per studiare la saliva dei bambini sottoposti a trattamento ortodontico.

"Prima di poter dire con certezza che importanza abbiano tali differenze - osserva - sono necessari ulteriori studi".

IL NUMERO UNO
E' ANCORA
PIU' AVANTI

Se la Qualità vi ha impressionato,
la **Letteratura Scientifica** vi stupirà.

www.sweden-martina.com

sweden & martina

Anno VII n. 12 - Dicembre 2011 Italian Edition

Manifestazioni orali nel paziente celiaco

V. Crincoli*, M. Petruzzi*, M.B. Di Bisceglie*, R. Serpico, Z. Kalemaj,*** F.R. Grassi***

**Dipartimento di Metodologia clinica e Tecnologie medico-chirurgiche, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro".*
***Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche, Ortodontiche e Chirurgiche, Seconda Università degli Studi di Napoli.*
****Libero professionista, Tirana (Albania).*

La celiachia (CD) è una malattia infiammatoria della mucosa dell'intestino tenue, che causa un progressivo appiattimento dei villi intestinali - fino alla loro completa atrofia - e un conseguente malassorbimento. La celiachia è dovuta a una intolleranza nei confronti di una frazione proteica del glutine, chiamata gliadina, in soggetti geneticamente predisposti.

Il danno è determinato da

a. una risposta immunitaria diretta contro la gliadina (costituisce la frazione prolaminica del glutine);
b. una risposta autoimmunitaria nei confronti di una proteina self tessutale (transglutaminasi) che interagisce con la gliadina non appena questa ha superato la barriera intestinale;
c. una probabile tossicità diretta sugli enterociti da parte della gliadina stessa.

Nella sua forma tipica e maggiormente conosciuta, la celiachia si manifesta tra i 6 e i 18 mesi di età, dopo pochi mesi dall'introduzione del glutine nella dieta (con lo svezzamento), con una tipica sindrome da malassorbimento. Sintomi caratteristici sono la diarrea cronica con feci sfatte, voluminose e maleodoranti, il rallentamento della crescita, l'inappetenza, la distensione e il dolore addominale, l'ipotonia muscolare, l'irritabilità, la perdita di peso. La gran parte dei casi di celiachia, tuttavia, non è diagnosticata a causa di una sintomatologia atipica, prevalentemente extraintestinale: deficit staturale, osteoporosi, carenza di ferro, anemia, disfunzioni epatiche, aborti ricorrenti. Può essere associata a diabete mellito insulino-dipendente, tireopatie autoimmuni[1]. Laboratoristicamente sono presenti segni di malassorbimento che includono anemia sideropenica, ipoalbuminemia, ipocalcemia, deficit di vitamine. Un soggetto su 100-300 nella popolazione generale ne è affetto. Le donne sono colpite più frequentemente rispetto agli uomini con un rapporto F/M: 2,1/1[2]. L'associazione tra celiachia e molecole HLA di classe II è stata largamente studiata ed è stato dimostrato che più del 90% dei pazienti celiaci presenta l'aplotipo HLA-DQ2, mentre quelli che non lo presentano hanno, nella maggior parte dei casi, l'aplotipo HLA-DQ8. Risultano rarissimi i pazienti privi di entrambi i loci[3,4].

Eziopatogenesi: in condizioni fisiologiche l'epitelio intestinale, grazie alle giunzioni strette (*tight junctions*) intercellulari, forma una barriera al passaggio di macromolecole quali il glutine. Nella celiachia l'integrità delle *tight junctions*, e quindi la permeabilità dell'epitelio intestinale, risulta alterata[5]. La gliadina supera l'epitelio intestinale e raggiunge la lamina propria, sede in cui interagisce con un enzima extracellulare, la transglutaminasi tessutale (tTG) che ha un ruolo fondamentale nella patogenesi. Questo enzima catalizza una reazione calcio-dipendente di deaminazione di uno specifico residuo glutamminico, convertendo la glutammina in acido glutammico carico negativamente. Dopo aver subito questa modifica la gliadina acquisisce una forte affinità per le molecole HLA-DQ2 e DQ8 poste sulla superficie delle cellule presentanti l'antigene (antigen-presenting cells, APC) ai linfociti T-CD4+[6]. L'attivazione linfocitaria porta alla selezione di cloni specifici per la gliadina con produzione, non solo di anticorpi verso la gliadina stessa, ma anche di autoanticorpi verso la tTG tessutale e verso complessi proteici tTG-gliadina che innescherebbero i meccanismi del danno tessutale[7].

Diagnosi

Test sierologici:

a. Anticorpi antigliadina (AGA): Ab rivolti contro un Ag esogeno, la alfa gliadina. Gli AGA vengono dosati sia nella componente IgG che IgA. Per gli AGA IgG la sensibilità è dell'82-87% e la specificità è del 67-80%, mentre per gli AGA IgA i valori sono rispettivamente 85-90% e 83-91%. La falsa positività degli AGA IgG è un fenomeno abbastanza comune in quanto questi anticorpi possono risultare positivi anche in altre patologie gastrointestinali. Gli AGA di classe IgA, invece, sono molto specifici per la celiachia e pertanto una loro falsa positività è più rara. Il dosaggio degli AGA appare più utile nei primi due anni di vita, in quanto tali anticorpi risultano comparire prima degli EMA. Gli AGA vengono richiesti per monitorare la *compliance* dei pazienti in dieta priva di glutine. Normalmente dopo 3-6 mesi di dieta si assiste alla scomparsa degli AGA IgA, mentre a distanza di un anno si riducono anche gli AGA IgG. Possono essere considerati esami di prima battuta per semplicità di esecuzione, riproducibilità/standardizzazione, basso costo[8].
b. Anticorpi antiendomisio (EMA): sono autoanticorpi rivolti contro le proteine della matrice extracellulare. Alterano l'interazione tra fibroblasti e cellule epiteliali, compromettendo la struttura del villo. I primi EMA utilizzati nella diagnosi di CD appartengono alla classe IgA e sono evidenziabili con metodica di immunofluorescenza indiretta (IFI) su sezioni di esofago di scimmia, o di cordone ombelicale umano. La loro specificità per la celiachia è molto elevata (99,8%) e il loro riscontro impone l'esecuzione della biopsia intestinale. Anche la sensibilità è alta (95%). I falsi negativi sono per lo più dovuti a un concomitante deficit di IgA o si verificano più frequentemente nei bambini sotto i due anni. La ricerca degli EMA risulta impegnativa in termini di tempo, esperienza dell'operatore e costi.
c. Anticorpi anti-tranglutaminasi tessutale (anti-tTG): sono specifici per l'antigene transglutaminasi. La ricerca degli anticorpi TGA di classe IgA consente di avere un test dotato di sensibilità (95-98%) e specificità (94-95%) elevate.

Fig. 1 *- Difetti dello smalto. Tali lesioni sono distribuite in maniera simmetrica.*

Biopsia

Il protocollo diagnostico, se i sintomi (sia tipici, sia atipici) e i test di *screening* risultano suggestivi di malattia, prevede una biopsia intestinale (seconda e terza porzione duodenale o nel digiuno prossimale) che mostri lesioni compatibili con celiachia seguita da una completa remissione clinica dei sintomi dopo eliminazione del glutine dalla dieta. Il danno della mucosa del piccolo intestino si manifesta come alterazione dell'architettura dei villi associata a iperplasia delle cripte e a un infiltrato infiammatorio della lamina propria costituito prevalentemente da plasmacellule e da un incremento dei linfociti intraepiteliali.

Il dentista e la celiachia

Il cavo orale potrebbe essere una finestra privilegiata per porre il sospetto diagnostico di celiachia: infatti è da tempo noto come alcune alterazioni a carico dei tessuti duri e molli del cavo orale possano essere delle vere e proprie "spie" della malattia celiaca. Il dentista potrebbe essere quindi la prima figura sanitaria a porre il sospetto diagnostico, anche (e soprattutto) nelle forme paucisintomatiche e atipiche della malattia. Di seguito sono trattati quelli che sono i principali aspetti odontostomatologici della malattia celiaca.

Difetti dello smalto

Se la malattia celiaca insorge durante lo sviluppo dei denti permanenti, (prima dei 7 anni), si possono verificare anomalie nella struttura dello smalto[9].

→ DT pagina 9

← DT pagina 8

La letteratura sostiene che tali difetti sono prevalenti nella dentizione mista/permanente (9,5%-95,9%; media 51,1%) rispetto alla decidua (5,88%-13,3; media 9,60%)[10]. Questo dato si spiega considerando che lo sviluppo delle corone dei denti permanenti si verifica tra i primi mesi di vita e il settimo anno (dopo l'introduzione del glutine), mentre la formazione dei denti decidui avviene principalmente a livello uterino. Tuttavia, la presenza di difetti dello smalto anche in dentizione decidua supporta l'ipotesi che fattori immuno-genetici siano coinvolti nello sviluppo delle anomalie dentarie correlate alla celiachia. Aine ha classificato l'ipoplasia dello smalto dei celiaci in quattro gradi (Tab. 1). L'ipoplasia di grado I e II sono di più comune osservazione.

Questi difetti hanno una disposizione cronologica, ossia la noxa patogena ha agito nello stesso periodo, determinando delle lesioni che sono tutte alla stessa altezza delle superfici dentali. Tali lesioni sono inoltre distribuite in maniera simmetrica nei quattro quadranti (Fig. 1). Gli incisivi sono i denti più colpiti, seguiti dai molari, canini e premolari[11]. Tale differente distribuzione sembra essere correlata allo sviluppo cronologico della dentizione permanente, essendo gli incisivi e i primi molari i primi denti a calcificare. Il minor coinvolgimento dei denti che calcificano successivamente potrebbe essere spiegato considerando che il loro processo di calcificazione inizia quando la malattia celiaca dovrebbe essere già stata diagnosticata e quindi il glutine eliminato dalla dieta[12].

Come interferisce la malattia celiaca con lo sviluppo dello smalto? Ci sono due ipotesi che aspettano ancora il supporto definitivo della ricerca. La prima riguarda l'alterato metabolismo fosfo-calcico dovuto al malassorbimento presente nel celiaco. La seconda ipotesi teorizza la formazione di autoanticorpi antimatrice organica dello smalto con interferenza nei processi di differenziazione e mineralizzazione.

Stomatite aftosica ricorrente (SAR)

È stata riscontrata una prevalenza di celiachia in pazienti affetti da SAR che, a seconda degli studi, varia dal 3,7 al 41%. Tuttavia gli studi che, al contrario, hanno esaminato la prevalenza di SAR nei pazienti celiaci hanno riscontrato valori simili a quelli stimati nella popolazione sana (9,66%-26,53%). L'ipotetica correlazione tra morbo celiaco e RAS è supportata dal miglioramento, se non dalla completa remissione delle afte orali, in molti pazienti sottoposti a GFD (gluten-free-diet) e dalla ricomparsa delle afte dopo reintroduzione del glutine.

In questi pazienti le afte orali (Fig. 2) possono essere anche correlate ai deficit ematinici (ferro, acido folico, vitamina B12), spesso presenti in soggetti con celiachia non trattata[13]. Infine, potrebbero essere coinvolti nell'associazione SAR/celiachia fattori immuno-genetici, considerando la maggiore prevalenza di antigeni HLA DRw10 e DQw1 nei pazienti con enteropatia da glutine e SAR, rispetto ai pazienti con sola celiachia[14]. Generalmente i pazienti celiaci con SAR presentano una forma di aftosi minor. Tuttavia, sono stati riscontrati anche casi con aftosi major o erpetiforme.

Carie

Alcuni studi non riportano differenze nella prevalenza di carie tra soggetti celiaci e soggetti sani.

→ DT pagina 10

Classificazione di Aine (1986) della ipoplasia dello smalto	
Grado 0	Assenza di difetti
Grado 1	Alterazioni di colore (macchie singole o multiple color crema, giallo o marrone; opacità)
Grado 2	Difetti strutturali lievi (superficie ruvida, solchi orizzontali, cavità superficiali; possono essere presenti opacità e/o decolorazioni)
Grado 3	Difetti strutturali evidenti (una parte o l'intera superficie dello smalto è ruvida e ricoperta da profondi solchi orizzontali o da ampie cavità; possono essere presenti opacità e/o decolorazioni)
Grado 4	Difetti strutturali gravi (forma del dente sovvertita: cuspidi appuntite, margini incisali irregolari e assottigliati, superficie ruvida; le lesioni possono essere fortemente colorate)

Tab. 1