

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition



Maggio 2019 - anno XV n. 5

www.dental-tribune.com

Premiate innovazioni nell'imaging panoramico, cefalometrico e 3D.

KaVo OP 3D ora disponibile in tutte le possibili configurazioni



GERMAN INNOVATION AWARD '18 WINNER

Scopri di più all'interno! Per maggiori info visita www.kavo.it

KaVo ITALIA Srl
www.kavo.it

KAVO

SPECIALE DIGITALE

Restauro in "single visit": cosa cambia e cosa deve restare

In occasione del DS World Italy 2019 – Innovation e Solution, Dental Tribune ha intervistato il Dott. Roberto Spreafico in merito all'evoluzione del digitale in odontoiatria e restaurativa.



pagina 15

La sinergia fra Odontoiatria e Osteopatia, un connubio vincente

Alberto Tirone

L'osteopatia, ormai, vive in un confronto costante con le varie realtà mediche in tutta Italia. In un momento storico fondamentale per la professione osteopatica, con l'iter per l'approvazione dell'osteopatia come professione medica, diventa sempre più interessante notare come l'osteopatia sia di concreto aiuto ai pazienti per sostenere la loro salute.



> pagina 4



SPECIALE DIGITALE

Studi e laboratori: il futuro della protesi sarà sempre più digitale 12

L'armonia di un'orchestra in uno studio di successo ad alta digitalizzazione 13

Le tecnologie tridimensionali diventeranno lo standard di cura 17

Uso di materiali da impronta radiopachi 19

La Salute orale nel paziente in cura palliativa

Ruolo dell'igienista dentale

Giuseppe Lipani, Olga Di Fede, Vera Panzarella, Giuseppina Campisi

Introduzione

Grazie ai notevoli progressi della medicina in campo diagnostico e terapeutico, l'aspettativa di vita è negli anni notevolmente aumentata con un accrescimento a livello globale della popolazione geriatrica. Alla longevità è seguito però un maggior riscontro, in campo medico, di pazienti che presentano quadri clinici di patologie croniche e/o degenerative che spesso risultano anche invalidanti. Tutto ciò ha portato la comunità scientifica a riconsiderare il concetto iniziale di "Salute", definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel lontano 1948, come «l'ottenimento di uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale».

Seppur tale definizione fu senza dubbio di forte impatto per la comunità medica di allora, in quanto per la prima volta venivano considerati anche aspetti non medici nella cura del paziente, è utile constatare che in base a tale obiettivo la classe medica si è sentita spesso legittimata a curare il paziente oltre ogni ragionevole limite producendo negli anni un eccesso di medicalizzazione, volto all'ottenimento di un globale benessere fisico, mentale, psicologico e sociale da parte del paziente; tale obiettivo, per chi conosce la realtà medica odierna, è

spesso un traguardo impossibile da raggiungere.

> pagina 7

Il DL Crescita reintroduce dal 1 aprile il superammortamento

Maurizio Quaranta

È stato approvato il DL Crescita che ha reintrodotta il superammortamento al 130% a partire dallo scorso 1° aprile 2019 per tutto il 2019 (valevole quindi sino al 31 dicembre 2019).

> pagina 3



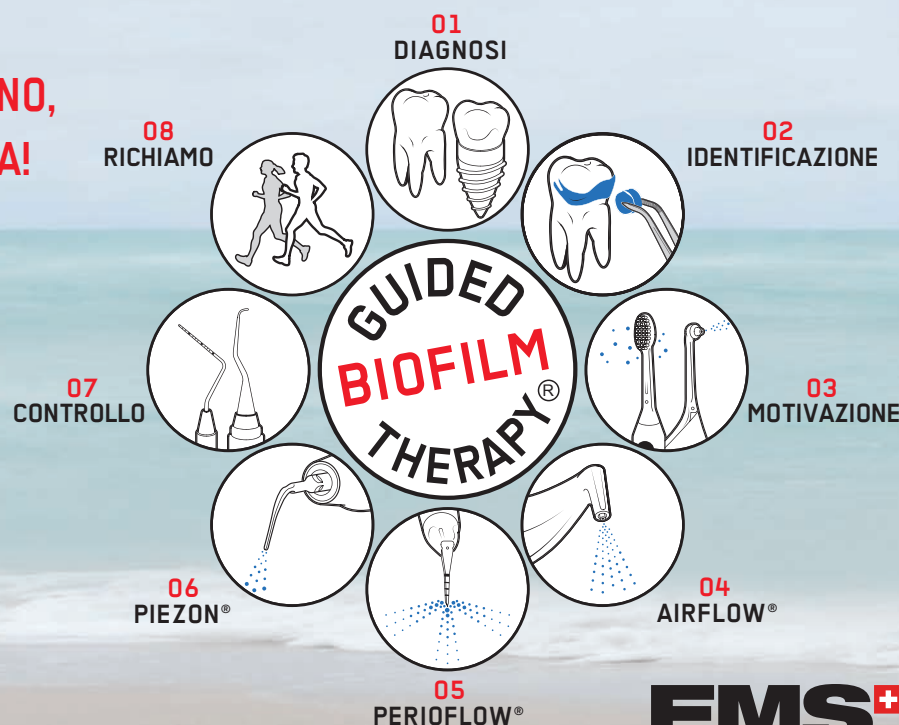
PROVA LA DIFFERENZA!

I RISULTATI TI CONVINCERANNO,
RICHIEDI UNA DEMO GRATUITA!

GBT È IL PROTOCOLLO
INNOVATIVO PER LA
RIMOZIONE DEL BIOFILM,
LA PREVENZIONE DI CARIE
E PARODONTITI



EMS ITALIA S.r.l.
info@ems-italia.it



EMS+
MAKE ME SMILE.

Il ruolo delle università verso la salute orale italiana

Intervista al Prof. Roberto Di Lenarda

Il Congresso nazionale del Collegio dei Docenti Universitari di Discipline Odontostomatologiche, giunto alla sua 26esima edizione, ha visto un grande coinvolgimento di pubblico e di passione dinanzi allo stupendo panorama offerto dal golfo di Napoli. Il Dental Tribune ha intervistato il presidente del Collegio, il prof. Roberto Di Lenarda il quale, in carica dal 1 gennaio di quest'anno, ha sottolineato l'importanza storica di questo momento per l'odontoiatria nonché il ruolo sempre più centrale delle università nel supportare la salute orale della popolazione.

Buongiorno Professore, le chiediamo prima di tutto un suo pensiero dopo questi primi mesi di presidenza?

Devo dire che questa presidenza arriva dopo tanti anni di impegno nel Collegio, vorrei infatti ricordare che ho avuto un ruolo nella

conferenza dei corsi di laurea per igiene dentale, un impegno che mi ha visto coinvolto per una decina d'anni; prima di questa presidenza ho inoltre ricoperto il ruolo di segretario nonché quello di vice presidente nel Collegio stesso. La sensazione che sto provando in

questi giorni, soprattutto durante questo congresso di Napoli, è estremamente positiva. A parte il successo del congresso dal punto di vista scientifico e divulgativo, dobbiamo assolutamente sottolineare che abbiamo in questa sede la presenza di tutte le scuole di odonto-



© Alessandro Genitori

iatría italiane. C'è una sentimento di unità, di collaborazione, di voglia di lavorare e di risolvere tutti quei problemi che ancora esistono in seno alle nostre discipline.

> pagina 27

Il futuro della terapia parodontale

Un parodontologo è uno specialista di cui molti pazienti fanno molto poco - fino al giorno in cui non ne devono cercare uno. I parodontologi sono specializzati nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie gengivali e delle strutture di supporto dei denti. Allora, qual è il futuro della parodontologia? Sapevi che è del tutto possibile che i parodontologi restino senza lavoro?

Ciò è dovuto ad una maggiore aspettativa di vita degli esseri umani generata da un tenore di vita migliore negli ultimi tempi. Questo, a sua volta, ha portato sempre più persone, invece

chiedendo, a richiedere l'inserimento di impianti dentali, acquisendo dunque maggiore consapevolezza sull'importanza della loro salute orale. Il modo migliore per comprendere l'evoluzione della propria salute orale è attraverso un parodontologo in collaborazione con un igienista dentale.

La parodontologia è cambiata negli ultimi due anni e ha l'obiettivo finale di mantenere i denti in condizioni confortevoli e funzionali. Ciò che ha portato a questo sviluppo è stato un alto livello di ricerca e crescita nella rigenerazione dell'osso e del tessuto connettivo di sostegno alla dentizione.

Fotodisinfezione in parodontologia

La fotodisinfezione è l'adattamento topico della terapia fotodinamica (PDT). Mentre è nuova nell'odontoiatria, la PDT è stata utilizzata in varie applicazioni mediche per oltre 20 anni. La PDT è attualmente utilizzata per trattare la disinfezione del pool di plasma in applicazioni dermatologiche, nella degenerazione maculare e alcune forme di cancro.

Lo scopo principale della fotodisinfezione è quello di cercare di eliminare i batteri maggiormente responsabili della progressione della malattia parodontale. Il trattamento di fotodisinfezione non era destinato a sostituire la terapia SRP meccanica tradizionale, ma piuttosto a completarla.

Odontoiatria generale e parodontologia

La partnership tra parodontologia e odontoiatria non si è sufficientemente consolidata per consentire alla pratica quotidiana di trarre il massimo vantaggio da questa opportunità. Mentre la maggioranza dei pazienti continua ad invecchiare in termini di età, la domanda di chirurgia plastica parodontale e impianti dentali continuerà a crescere. Ma il problema è che la maggior parte delle persone non è informata quando si tratta di scegliere un professionista dentale adeguato per eseguire queste procedure specializzate.

Un esempio di ciò è che un parodontologo è molto preparato per trattare l'osso e i tessuti, ed è quindi una scelta migliore rivolgersi a loro per la realizzazione di impianti dentali, trattamenti full-mouth e chirurgia plastica parodontale.

Stampa 3D

Una delle innovazioni tecnologiche più discusse in odontoiatria è la stampa 3D e la tomografia computerizzata a fascio conico (CBCT), che hanno reso la pianificazione e l'esecuzione del trattamento molto più semplici. La tecnologia ha lentamente e costantemente aperto la strada verso l'odontoiatria. La stampa 3D è considerata una tecnologia evolutiva che può cambiare il modo in cui i prodotti vengono fabbricati, consentendo di produrre piccole quantità di manufatti personalizzati a costi relativamente inferiori. Mentre attualmente viene utilizzato per la produzione di prototipi, esistono diverse applicazioni promettenti nella produzione di arti artificiali, corone dentali ed elementi collaterali.

Le recenti innovazioni in parodontologia hanno portato allo sviluppo di piani di trattamento più predicibili per la maggior parte dei pazienti.

Mentre la parodontologia e l'odontoiatria continuano ad evolversi, una cosa è certa: il futuro della parodontologia sarà eccitante.

Grace Clark

Sull'autore

Grace Clark vive secondo la regola che salute e felicità vanno di pari passo. Scrive su vari argomenti odontoiatrici concentrandosi su una vita sana e sulla salute olistica. Quando non lavora o scrive sul blog, le piace passare il tempo con la sua famiglia e fare volontariato nei centri giovanili locali, dove istruisce i bambini sull'importanza della salute e della forma fisica.



WEBINAR



I CEMENTI TIPO "PORTLAND" IN ENDODONZIA: dagli apici aperti nei denti immaturi, ai riassorbimenti radicolari, indicazioni cliniche e protocolli.

Relatore
Prof.ssa Elisabetta Cotti

Contatti
Tueor Servizi s.r.l.
Corso Tazzoli, 215/13, 10137 Torino
Tel: 011 3110675



DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

PUBLISHER/CHIEF EXECUTIVE OFFICER - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
DIRECTOR OF CONTENT - Claudia Duschek
SENIOR EDITORS - Jeremy Booth; Michelle Hodas
CLINICAL EDITORS - Nathalie Schüller; Magda Wojtkiewicz
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
EDITORS - Franziska Beier; Brendan Day; Luke Gribble; Kasper Mussche
ASSISTANT EDITOR - Iveta Ramonaite
COPY EDITORS - Ann-Katrin Paulick; Sabrina Raaff
BUSINESS DEVELOPMENT & MARKETING MANAGER - Alyson Buchenau
DIGITAL PRODUCTION MANAGERS - Tom Carvalho; Hannes Kuschick
PROJECT MANAGER ONLINE - Chao Tong
IT & DEVELOPMENT - Serban Veres
GRAPHIC DESIGNER - Maria Macedo
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION & EVENT MANAGER - Sarah Schubert
PRODUCT MANAGER SURGICAL TRIBUNE & DDS.WORLD - Joachim Tabler
SALES & PRODUCTION SUPPORT - Puja Daya; Hajir Shubbar; Madleen Zoch
EXECUTIVE ASSISTANT - Doreen Haferkorn
ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Anita Majtenyi; Manuela Wachtel
DATABASE MANAGEMENT & CRM - Annachiara Sorbo
MEDIA SALES MANAGERS - Melissa Brown (International); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Maria Kaiser (North America); Weridiana Mageswki (Latin America); Barbora Solarova (Eastern Europe); Peter Witteczek (Asia Pacific)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

©2019, 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 GMBH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com
DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
c/o Yonto Risio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan, Kowloon, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199
TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 718

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION

Anno XV Numero 5, Maggio 2019

MANAGING EDITOR - Patrizia Gatto
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.C. Pescarmona, G.E. Romanos, P. Zampetti
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Biancucci, E. Campagna, P. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit, C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, B. Rapone, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, A. Trisoglio
CONTRIBUTI
A. Baruffaldi, P. Biancucci, L. Bormida, G. Campisi, S. K. Carlson, C. Casu, G. Clark, O. Di Fele, S. D. Ganz, P. Gatto, A. Genitori, G. Lipani, C. Murari, M. G. Nosotti, V. Panzarella, M. Quaranta, R. Rosso, N. Schüller, A. Tirone, L. Viganò.
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Coordinamento: Adamo Buonerba
Editors: Alessandro Genitori, Carola Murari
C.so Enrico Tazzoli 215/13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
GRAFICA - Tueor Servizi Srl
GRAPHIC DESIGNER - Giulia Corea
STAMPA
Musumeci S.p.A.
Loc. Amérique, 97 - 11020 Quart (AO)
Valle d'Aosta - Italia
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari | alessia.murari@tueorservizi.it
Stefania Dibitonto | s.dibitonto@dental-tribune.com
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
C.so Enrico Tazzoli 215/13
10137 Torino
Tel.: 011 3110675
Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00



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

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Il DL Crescita reintroduce dal 1 aprile il superammortamento

< pagina 1

Ovviamente, e così come avvenuto in passato, il termine si allungherà di 6 mesi e potrà essere utilizzato per gli investimenti effettuati sino al 30 giugno 2020, a condizione che entro la data del 31 dicembre 2019, l'ordine risulti accettato dal fornitore al quale sia stato liquidato un acconto almeno pari al 20% del costo di acquisto del bene.

Così, infatti, recita "L'articolo 1 DL Crescita" approvato dal Consiglio dei Ministri il 3 Aprile sera con la formula "salvo intese", ma ora già definitivamente confermato, con il testo originale perché, nel passaggio, non è stata apportata modifica alcuna.

Anche le regole per ottenere il bonus fiscale in questione non cambiano perché, proprio come recita sempre l'art.1, ai fini delle imposte sui redditi, il superammortamento al 130% vale sia per i soggetti titolari di reddito di imprese che per gli esercenti arti e professioni, quindi per tutti i liberi professionisti che come tali operano nel mondo odontoiatrico e che sono stati beneficiati, in questo modo, dal pacchetto per il rilancio degli investimenti.

Infine, e solo per completare l'informazione, possiamo qui ricordare che con l'approvazione della Legge di bilancio 2019 è sopravvissuta l'agevolazione dell'iperammortamento anch'essa prorogata per tutto il 2019 con un incremento del bonus che è addirittura passato dal 250% al 270% utilizzabile, però, solo per quelle attrezzature funzionali alla trasformazione tecnologica e digitale delle imprese secondo il modello Industria 4.0 in base a quanto previsto da una circolare del MISE. Nel settore dentale l'agevolazione si può applicare ad una serie di

attrezzature legate alle nuove tecnologie per le quali il produttore ha ottenuto una dichiarazione di assenso da parte del MISE.

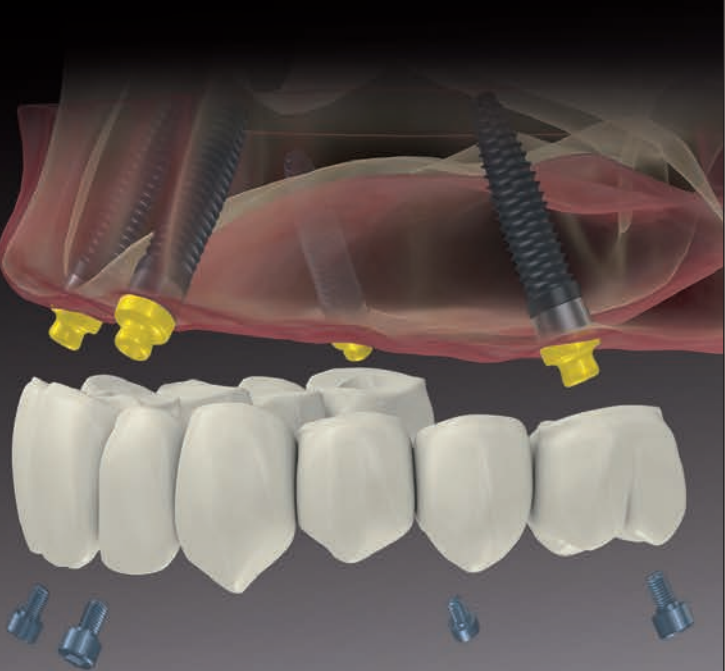
A differenza di quanto succede con il super-ammortamento il bonus dell'iperammortamento non

è utilizzabile dai liberi professionisti (e dagli studi associati) mentre possono beneficiarne le Società odontoiatriche (STP incluse) ed i laboratori odontotecnici.

Maurizio Quaranta



la protesi fissa di Rhein83



inserzioni passive fino a 80° di divergenza



Carlo Borromeo



**Rhein83 Vi aspetta a Rimini
dal 16 al 18 Maggio
Pad.1, Corsia 5, Stand 197**



Via E.Zago 10/abc 40128 Bologna (Italy) Tel. +39 051244510
www.rhein83.com • marketing@rhein83.it



Dr. Maurizio Quaranta, Vice Presidente ADDE e Consigliere ANCAD

Performance organizzative e gestione delle risorse umane

Lo human resource management a favore dell'aumento della qualità percepita dai pazienti e del benessere del team odontoiatrico

Carola Murari, Psicologa del lavoro e del benessere nelle organizzazioni. Consulente di studi odontoiatrici

Sull'importanza di pratiche manageriali volte alla valorizzazione delle risorse umane, in qualsiasi realtà organizzativa, si parla ormai da anni anche in Italia. Non è nuova, pertanto, la consapevolezza di una correlazione positiva tra lo sviluppo del potenziale delle HR e il miglioramento delle performance dell'intera organizzazione. Ciò che le ricerche negli anni hanno messo in luce è che questo accade, in modo ancora più manifesto, nell'ambito delle cure mediche: qui, infatti, alla qualità percepita dei lavoratori e del management si aggiunge quella dei fruitori dei servizi.

I pazienti, con il loro bagaglio di attese, paure e pregiudizi, sono il primo feedback per lo studio odontoiatrico, ma non può più bastare solo questo.

Come si potrebbe curare qualcuno in un ambiente in cui il benessere non viene dapprima percepito da

chi, tutti i giorni, si ritrova per ore a condividere spazi, ruoli ed obiettivi? Non si tratta di una semplice somma di individui, perché parlare di team significa prendere in causa concetti più complessi inerenti la psicologia relazionale dei piccoli-medi gruppi di lavoro. Lo studio dentistico, così come tutte le organizzazioni, è un'entità nuova e a sé stante, risultato di una comunione di forze, competenze ed intenti che ne legittimano la sua originaria costituzione.

Per comprendere meglio in che modo si possa agire a livello di HR promuovendone lo sviluppo e il benessere, si farà riferimento alle teorie proposte da Avedis Donabedian, fisico, padre degli studi sulla qualità in ambito sanitario e autore de "An introduction to quality assurance in health care" (International Journal for Quality in Health Care, January

2004). Vengono illustrate tre tipologie differenti e sinergiche di efficienza organizzativa alla base della qualità e del benessere:

1. L'efficienza clinica, dipendente dalle conoscenze scientifiche e dalle competenze dei clinici;
2. L'efficienza produttiva, dipendente dalle decisioni manageriali finalizzate a produrre beni e servizi più efficacemente;
3. L'efficienza distribuzionale, inerente il coinvolgimento reale e diretto di tutto il team nelle attività di promozione ed implementazione della qualità.

Si parla di un vero e proprio "quality circle" in cui i processi attuati nelle singole unità lavorative andranno ad integrarsi nel cerchio più grande rappresentato dall'intera organizzazione. A livello prati-



co, le azioni intraprese nell'ambito clinico e in quello della segreteria dello studio odontoiatrico devono comunicare e collaborare tra loro nell'identificazione delle problematiche percepite, nella condivisione delle stesse e nella progettazione di adeguati piani d'azione.

Realizzato il tutto, però, le risorse umane necessitano di ulteriori azioni di supporto evidenziate dalla professoressa di HRM Amanda Shantz e colleghi tra le quali:

1. La formazione. L'investimento di tempo e risorse economiche sulle risorse umane, creandone nuove competenze o aggiornando le acquisite, garantisce maggiori livelli di efficacia ed efficienza;
2. Le azioni di sviluppo individuale. Il focus sul singolo individuo e le sue esigenze favorisce la capacità di ciascuno nella gestione della cosid-

detta "stanchezza emotiva";

3. La partecipazione ai processi decisionali. Il lavoratore che si sente partecipe e coinvolto nella definizione di strategie ed obiettivi sarà in grado di sviluppare comportamenti autonomi e orientati alla qualità;

4. La comunicazione efficace. Chiarezza nella condivisione di obiettivi e intenti garantisce una maggiore consapevolezza dei ruoli.

Tutto ciò si configura, dunque, quale incentivo imprescindibile e irrinunciabile per l'"engagement" dell'intero team, quindi garanzia di maggiore qualità percepita e benessere lavorativo.

bibliografia

1. Shantz et al. (2016), HRM in healthcare: the role of work engagement, in Personnel review

La sinergia fra Odontoiatria e Osteopatia, un connubio vincente

Alberto Tirone, osteopata

< pagina 1

«Per poter fornire un servizio migliore ai pazienti che si rivolgono allo studio odontoiatrico, sempre più spesso l'attenzione viene rivolta ad una visione estesa del corpo umano, dunque su tutto l'organismo e non solo al cavo orale» spiega Alberto Tirone, osteopata nello studio del dott. Mozzati con il quale da anni collabora. «L'osteopatia è una medicina manuale, non alternativa, bensì complementare alla medicina allopatica che individua nel corpo un'unica unità funzionale. In seguito ad interventi di chirurgia orale, di ortodonzia e di posizionamento di protesi su denti naturali o su impianti si possono produrre ripercussioni sulla postura e/o sulla gestione dell'equilibrio, che potrebbero generare dolori alla colonna cervicale, dorsale, lombare o in altri distretti corporei. In queste circostanze l'osteopatia, agevolando lo scorrimento fasciale e l'elasticità dei tessuti, mette il corpo del paziente nelle migliori condizioni possibili atte a ricevere il trattamento dell'odontoiatra».

In seguito a tali trattamenti, i segni e sintomi che compaiono

più comunemente sono: la comparsa di dolori muscolo-scheletrici vari; le cefalee ed le algie cranio-facciali; i click mandibolari e dolori condilari; le parafunzioni (quali il bruxismo notturno e il serramento diurno); le vertigini propriocettive. «In primis l'osteopata analizzerà il dolore o il disturbo, valutandone la qualità, il timing, l'esordio, il decorso e l'eventuale irradiazione, in modo da circoscrivere la struttura anatomica potenzialmente responsabile» spiega l'osteopata Tirone. «Successivamente, in associazione con il medico, analizzerà l'anamnesi remota e le alterazioni patologiche del paziente al fine di individuare la necessità di approfondimenti diagnostici o di medicina specialistica. Si procederà, inoltre, all'esame obiettivo posturale e ad un'analisi posturometrica computerizzata, oltre ad altri test clinici finalizzati all'individuazione delle tecniche di trattamento più idonee».

Una terapia che nella pratica quotidiana porta a dei reali benefici, come dimostrato dal caso presentato: una donna di 47 anni, in terapia ortodontica da tre settimane, si è presentata con una sindrome temporo-mandibolare

con dolore condilare e limitata apertura della bocca. L'osteopata rileva curva dorso-lombare sinistroconvessa, rigidità in dorsale media, blocco dell'articolazione sacroiliaca di destra, apertura massima della bocca di 27 mm. Il trattamento ha visto tecniche muscolari su masseteri e pterigoidei, tecniche articolatorie sui condili mandibolari, tecniche articolatorie su cerniere cervico-dorsale e dorsolombare, tecniche controcurva nel tratto scoliotico, tecniche di mobilizzazione sacrale. Al termine della prima seduta si ottiene aumento dell'apertura a 34 mm. Vengono impostate due prime sedute a distanza settimanale, a seguire accompagnamento durante il percorso ortodontico a cadenza mensile, con beneficio in termini di scomparsa del dolore e progressione positiva del percorso ortodontico. In conclusione la sinergia fra odontoiatria ed osteopatia funziona, soprattutto nei casi di preesistenti situazioni posturali possibilmente svantaggiose, come rigidità, grossi traumi pregressi, presenza di cicatrici, dismetrie e scoliosi.



OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome)

Indagine islandese ridefinisce i contorni di una patologia sottostimata

Lucio Bormida

Sonnolenza durante il giorno, con possibili modifiche delle prestazioni quotidiane e russamento nella notte, ostruzione parziale (ossia ipopnea, dal punto di vista fisiopatologico) o totale delle prime vie aeree (apnea), oltre a cicliche riduzioni dell'ossigeno nel sangue (con desaturazioni di ossigeno dell'emoglobina arteriosa). Questi i sintomi con cui si riconosce l'OSAS, dall'inglese "sindrome delle apnee ostruttive del sonno".

Tre i livelli di gravità, sul numero di ostruzioni orarie (indice AHI): lieve fino a 14, moderata fino a 30, poi severa.

Le ultime ricerche epidemiologiche smentiscono chi la considerava poco frequente: dal 4% del passato, il 50% degli uomini di mezza età registra oggi un valore AHI maggiore o uguale a 15 (dal 2% al 25% per le donne). Alla base, causa principale sebbene non unica, il numero crescente di obesi negli ultimi decenni, un'impennata giustificabile anche dall'evolversi dei sistemi di misurazione. Con il tempo l'AHI come criterio diagnostico esclusivo dell'OSAS è messo in forse da molti. Per giunta, in pazienti di giovane età appare più elevato se messo in rapporto con ipertensione, problemi cardiovascolari e con l'indice di mortalità, oltre ad essersi dimostrato poco connesso a svariati sintomi classici della malattia. Una recente indagine islandese suddivide la platea dei pazienti in tre gruppi (clusters) secondo il "grado di sofferenza". Gli affetti da "sonno disturbato" (primo gruppo, un terzo circa) denunciano una più ampia incidenza di disturbi collegati all'insonnia: stentano ad addormentarsi, si risvegliano varie volte durante la notte, riaddormentandosi con difficoltà. Non solo: manifestano una sudorazione più che abbondante, il sonno appare agitato e le gambe "senza riposo".

Il Cluster numero 2, "gruppo minimamente sintomatico", come lo definisce Marzia Segù della Società Italiana Medicina del Sonno, in una recente analisi, corrispondente ad un ulteriore 25%, è interessato invece da fenomeni meno intensi, mentre il restante 50% (terzo gruppo), facilmente soggetto a addormentarsi di giorno, a sonnolenza al volante, russamento intenso e respirazione notturna interrotta, rientrerebbe in quello "di sonnolenza diurna eccessiva".

Ipertensione arteriosa e malattie cardiovascolari sembrerebbero dunque più probabili nel secondo gruppo e meno nel terzo. Un'incidenza scarsamente significativa avrebbero invece il genere, la massa corporea e l'indice di apnea-ipopnea. Tale constatazione richiama quanto siano determinanti sui risultati delle cure alcuni caratteri rilevanti quali età, sesso e comorbidità.

Il profilo maschile con OSAS ha in media tra i 45 e i 65 anni, è sovrappeso, russa abitualmente con apnee riferite e sonnolenti oltre ad essere più soggetto a diabete di tipo 2 e cardiopatia ischemica. L'insonnia, i risvegli con sensa-

zione di soffocamento e spossatezza sono invece tipici della donna, ancor più se in menopausa (ma in tal caso la massa corporea è ininfluente). Patologia dunque più complessa di quanto si credeva, l'OSAS necessita pertanto, da

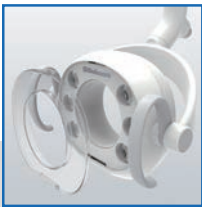
un lato, di una competenza specifica dell'odontoiatra, dall'altro, ponendosi come ambito eminentemente polispecialistico, richiede una sua stretta collaborazione con altre specialità (pediatra, pneumologo,

neurologo e otorinolaringoiatra).

L'articolo è stato pubblicato per la prima volta su prevention international magazine for oral health italian edition, n. 1/19.



WE KNOW HOW TO INNOVATE. Introducing the new Eurus series.



Lampada a LED con modalità composito a norma ISO 9680:2014.
Maniglie removibili ed autoclavabili.



Poggiatesta "hand free" regolabile elettricamente.



Indicatore luminoso di sicurezza.
Sensori di controllo riempimento bicchiere.



Esclusivo meccanismo per il movimento laterale.
Maggiore estensione dei cordoni.
Tensione regolabile singolarmente.



Disponibile anche con poltrona reclinabile a 90°.



Movimentazione oleodinamica.
Trendelenburg >15°.

Arriva in Italia la linea di riuniti odontoiatrici Eurus: più tecnologia, più versatilità, più ergonomia.

Da oltre 50 anni Belmont è sinonimo di eccellenza Made in Japan. Un marchio riconosciuto e apprezzato nel mondo per la grande qualità costruttiva e l'altissimo grado di affidabilità dei suoi prodotti. Questo invidiabile know how ci ha guidati nella creazione di una nuova linea versatile ed ergonomica, basata su soluzioni tecniche mirate ed un design accattivante, dedicata specificatamente alle esigenze dei professionisti italiani. Contattaci, ti guideremo nella scelta per te ottimale e saremo al tuo fianco anche dopo l'acquisto con una formula di assistenza innovativa, come la linea Eurus.

TAKARA BELMONT ITALIA - sede e show room: Scandiano (RE) via Mazzacurati 4/1 - tel 0522 086548

Belmont

Made by hand and mind, in Japan

Presenti a: IDS, Colonia / EXPO DENTAL MEETING, Rimini

Sintesi Immagine & Comunicazione



NSK Italy. Innovazione radicale.

Creare innovazione, sviluppando tecnologie superiori che non smettono mai di stupire: questo è da sempre l'impegno di NSK. Ora, quelle stesse tecnologie e quello stesso impegno sono ancora più vicini a te: i manipoli e le turbine riconosciuti per efficienza e affidabilità, un servizio ai clienti estremamente accurato.

È nata NSK Italy.

info@nsk-italy.it

www.nsk-italy.it

La Salute orale nel paziente in cura palliativa

Ruolo dell'igienista dentale

Dott. G. Lipani, Libero Professionista; Prof.ssa O. Di Fede, Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche. Università degli studi di Palermo; Dott.ssa V. Panzarella, AOUP "P. Giaccone" Palermo; Prof.ssa G. Campisi, Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche. Università degli studi di Palermo.

< pagina 1

Oggi, la definizione di "Salute" considera un uso più razionale delle risorse in quanto intesa come «la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive»²; si assiste, quindi, all'accettazione da parte del paziente delle proprie condizioni di salute, soprattutto se legate a una discreta qualità di vita con mantenimento della capacità di auto gestione, anche in condizioni di irreversibile perdita di salute³. È necessario il superamento dell'approccio specialistico tradizionale, per focalizzarsi sulla persona, sulla valutazione globale e multidisciplinare dei suoi bisogni, promuovendo la dignità e migliorando il più possibile la qualità della vita⁴. In questo contesto si inserisce in modo preponderante la terapia palliativa come possibilità terapeutica per pazienti con prognosi infausta⁵.

Con il termine "cura palliativa" si suole indicare il trattamento di una malattia in fase attiva, progressiva e avanzata, dove la prognosi *quod vitam* è breve e la cura è incentrata sul miglioramento della qualità della vita. Le cure palliative dovrebbero essere un diritto fondamentale, esteso a tutti coloro che soffrono e non un "lusso" riservato a pochi⁶. I suoi principi fondanti sono: la libertà dal dolore e l'alleviamento, per quanto è possibile, di tutte le sofferenze fisiche, psicosociali e spirituali, il preservare la dignità della persona e infine stabilire un rapporto di fiducia con il malato e i suoi parenti (*care-givers*)⁷.

La costante evoluzione nel campo delle cure palliative con trattamenti mirati e più efficaci ha "garantito" al paziente di aumentare la sua aspettativa di vita: questo ha portato il team multi-specialistico, che assiste il malato terminale, ad affrontare quotidianamente nuove sfide per il management. Molto spesso le terapie del paziente oncologico causano severi effetti collaterali e indesiderati che inficiano la qualità di vita e si traducono in una sintomatologia algica cronica e debilitante difficile da gestire.

In particolare, a carico del distretto stomatognatico, i pazienti terminali mostrano maggiore suscettibilità a sviluppare infezioni orali da agenti patogeni, determinando rischio di ricadute anche a carico di altri distretti (e.g. disturbi della masticazione e disfagia aumentano il rischio di polmonite ab ingestis)⁸⁻¹⁰.

Per affrontare nel miglior modo possibile queste problematiche è necessaria un'adeguata formazione e un valido supporto multi-specialistico per la gestione del paziente

terminale, garantendo il più possibile una migliore qualità della vita.

Lo scopo di questo lavoro è pertanto quello di evidenziare, attraverso una revisione della letteratura, come la figura dell'igienista dentale possa essere utile ed efficace non solo nel mantenere in salute il cavo orale, ma anche per collaborare con un team multi-specialistico nel prevenire eventuali complicanze orali che possono manifestarsi nel paziente terminale^{11,12}.

Problematiche più comuni a carico dell'apparato stomatognatico nel paziente terminale

Per la cura del cavo orale, nella terapia palliativa dell'apparato stomatognatico, l'obiettivo è «lo studio e la gestione di pazienti con malattia attiva, progressiva e in fase avanzata dove la cavità orale è stata compromessa dalla malattia direttamente o indirettamente dagli effetti collaterali ed indesiderati del trattamento farmacologico e/o radioterapico»¹³.

La cavità orale dei pazienti terminali è spesso sede di vari effetti collaterali correlati al trattamento farmacologico o da complicanze legate agli effetti diretti e indiretti della malattia^{14,15} (Fig. 1 - Wiseman M., The treatment of oral problem in the palliative patient. J Can Dent Association, 2006; 72:453. Tradotto e modificato).

I problemi orali più comuni tra i pazienti terminali sono la xerostomia, il dolore orale da mucosite e i problemi di alimentazione. Uno studio condotto in 20 pazienti ospedalieri in Inghilterra ha rilevato che i sintomi orali più comuni erano la xerostomia (presente nel 58% dei pazienti), il dolore da mucosite (42%), la disfagia (37%) e l'alterazione del gusto (26%)⁸; un altro studio analogo norvegese compiuto su 126 pazienti oncologici sottoposti a cure palliative ha mostrato che la xerostomia (78% dei casi), il dolore da mucosite (67%), disfagia e problemi con l'assunzione di cibo (56%), candidosi orale (34%) e accumulo di placca dentale (24%) erano i problemi che si manifestavano con maggiore frequenza⁹. Si è visto, inoltre, che con il progredire della malattia aumentano le complicanze orali: uno studio condotto su 105 pazienti ricoverati in un'unità di cure palliative ospedaliera ha infatti rilevato un aumento della frequenza della bocca secca (78% contro 54%), della glossite (67 contro il 46%) e della disfagia (43 contro 20%) nei pazienti con meno di un mese di vita rispetto ai pazienti con un'aspettativa di vita superiore al mese¹⁶. Per tali motivi il mantenimento della salute orale in questi pazienti è essen-

ziale per svolgere le normali attività quotidiane come parlare, mangiare, deglutire. Le complicanze orali che possono insorgere possono influire in modo significativo sulla loro qualità di vita portando ad un declino funzionale maggiore^{10,17}. La salute orale, infatti, influisce non solo a livello funzionale ma anche sulla dignità del paziente.

Valutazione dello stato di salute orale nel paziente terminale

Lo stato di salute orale nel paziente terminale si basa sulla valutazione dei sintomi, dell'esame clinico, dell'aspetto cognitivo e funzionale del paziente stesso e infine sull'identificazione degli obiettivi

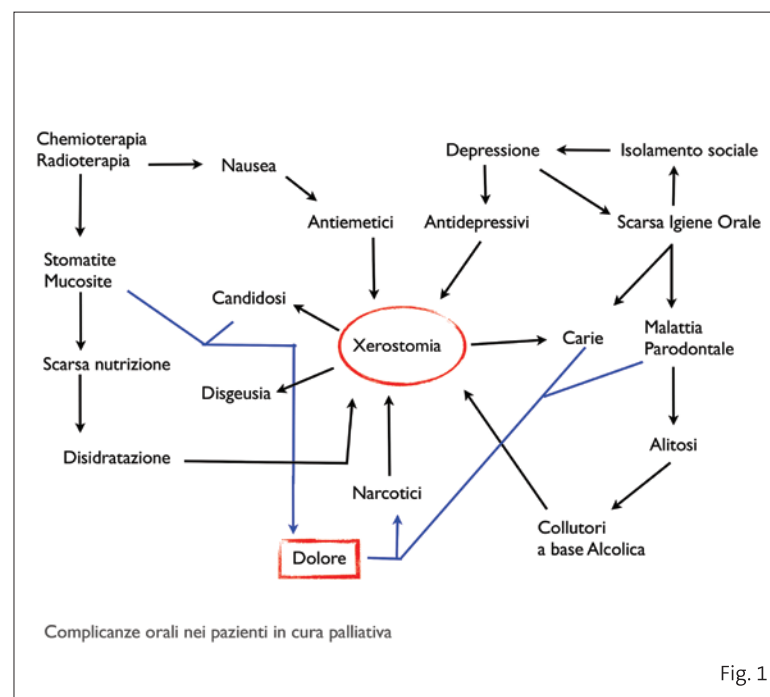


Fig. 1

> pagina 8

AD

SPAZI INTERDENTALI



La salute delle tue gengive parte da qui



GUM® Trav-ler™ è lo scovolino che consente una pulizia professionale grazie a:

- **misure diverse**
- impugnatura lunga e flessibile, quindi **più maneggevole**
- **collo che si inclina** senza dover piegare il filo metallico
- **diversi colori**, uno **per ogni misura** (diametro conforme allo standard ISO)

GUM® SoftPICKS® Advanced e GUM® SoftPICKS® Comfort Flex:

- pratico scovolino interdentale monouso in gomma
- impugnatura larga per una **presa più comoda e sicura**
- utile per **completare l'igiene orale**
- **design ergonomico** per raggiungere i denti posteriori
- indicato in **spazi stretti**
- ottimo su **impianti ed apparecchi ortodontici**, perchè senza filo metallico

< pagina 7

terapeutici e assistenziali^{18, 19}. È importante determinare se il paziente è in grado di mantenere una buona igiene orale e identificare una persona che possa monitorare giornalmente il suo stato di salute orale^{20, 21}. Lo strumento di valutazione della salute orale è basato sul protocollo di Kayser – Jones del 1995 modificato in seguito dal prof. Chalmers nel 2004²² (Tab. 1), che è stato infine pubblicato come linea guida dall’istituto australiano per la salute e il benessere nel 2009²³.

Paziente				
Categoria	0 = sano	1 = lievemente alterato	2 = fortemente alterato	SCORE
Labbra	Uscite/rosee/umide/ normo rappresentate	Secche/screpolate/ragadi angolari (chellite angolare lieve)	Tumefatte/eritro-leucopliche diffuse/sanguinanti/ulcerazioni angolari (chellite angolare severa)	
Lingua	Mobile/rosa/umida/ normo rappresentata	Impianata/fissurata/irregolare/ depapillata	Ulcerazioni/iperceratosi/ tumefazioni	
Gengiva	Rosa/umida/liscia	Secca/lucente/peremica/ruvida/con una ulcerazione sotto la protesi	Tumefatta/sanguinante/eritro-leucopliche diffuse sotto la protesi	
Saliva	Tessuti lisci/umettati/saliva basale presente	Ipo-scialia/xerostomia moderata	Ipo-scialia/xerostomia severa	
Denti naturali (sì/no)	Non cariati/ non residui corono-radicolari	Da 1 a 3 denti carati e/o residui corono-radicolari o assenti	4 o più denti carati e/o residui corono-radicolari o assenti/ meno di 4 denti presenti	
Protesi (sì/no)	Buono stato	Presenza di soluzione di continuità, non ritentiva, mantenuta solo 1-2 ore al di	Presenza di più soluzione di continuità, non ritentiva, mantenuta solo 1-2 ore al di	
Igiene Orale	Buona (assenza di residui alimentari/ placca- cariaro/ protesi detesa)	Presenza di residui alimentari/ placca- cariaro nel 50% dei siti orali e/o protesi/ alitosi lieve-moderata	Presenza di residui alimentari/ placca- cariaro nella maggior parte del cavo orale e/o protesi/ alitosi lievemente moderata	
Dolore Orale	Nessun segno obiettivo di dolore dentale	Un segno obiettivo di dolore orale (es.costrizione faciale/ morso labbra/ difficoltà ad alimentarsi)	Più segni obiettivi di dolore orale (es.costrizione faciale/morso labbra/ difficoltà ad alimentarsi)	

Valutazione dello stato di salute orale Kayser - Jones modificato Chalmers 2004

Tab. 1

Questa scheda di valutazione è utilizzata per esaminare lo stato di salute orale nei pazienti delle strutture protette ed è adatto anche per le persone che soffrono di disabilità cognitive²⁴. C’è da precisare che questo modello di valutazione è utile ai fini di screening, non può considerarsi uno strumento diagnostico ed è rivolto al personale non medico che assiste questa categoria di pazienti. Questa scheda serve al personale ausiliario per capire se il paziente necessita di una visita specialistica da parte dell’odontoiatra e può essere usata come strumento di valutazione per stabilire i progressi terapeutici dopo le indicazioni di igiene orale prescritte²⁵.

L’igienista dentale nella cura del paziente terminale

La mission dell’igienista dentale è di promuovere la salute orale attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle patologie oro-dentali al fine di migliorare anche la salute a livello sistemico dei pazienti. Il suo ruolo all’interno del team interdisciplinare di cure palliative è di certo supporto con beneficio diretto del paziente e del personale infermieristico che assiste: l’attività dell’igienista dentale, strutturata in modo stabile negli hospice o nei reparti specializzati in cure palliative, funzionerebbe

come sentinella e ausilio dell’odontoiatra, al fine di richiedere un suo intervento qualora fosse necessario.

L’igienista dentale potrebbe, inoltre, formare il personale ausiliario e i caregivers sulle corrette procedure d’igiene orale specifiche per il malato terminale, incoraggiandoli a partecipare a programmi d’igiene orale in quanto questi hanno una maggiore empatia con il paziente, ascoltano i loro pensieri, conoscono il loro stato d’animo, le preoccupazioni e i loro fastidi. Lo scopo è spiegare loro che la cavità orale non è un’entità separata dal corpo anzi, è l’espressione di tutti i proble-

mi sistemici del paziente. Durante la valutazione dello stato di salute orale dovrebbe essere presente un membro della famiglia oppure la persona che è stata designata come care-givers. A questo punto

l’igienista dentale esamina la cartella clinica del paziente per determinare i problemi medici, la dieta e i trattamenti effettuati in precedenza che potrebbero avere avuto implicazioni per la cavità orale, valutando anche le abitudini precedenti alla malattia per le cure odontoiatriche, le abitudini alimentari attuali e i metodi d’igiene orale usati; sono annotate anche le limitazioni fisiche e mentali del paziente. Dopo la raccolta dei dati, l’igienista e il paziente dovrebbero arrivare ad una visione comune dei bisogni dentali da soddisfare, in base alla percezione e ai desideri del paziente e in base anche agli obiettivi di cura generali^{26, 27}. Dopo la visita di valutazione, l’igienista prepara un piano di assistenza di salute orale da inserire nel piano di assistenza generale del paziente terminale. Nel piano possono essere inserite le criticità riscontrate, le preoccupazioni percepite dal paziente, dal personale sanitario e/o dalla famiglia.

Il piano di assistenza orale (Tab. 2) comprende procedure preventive e potenziali trattamenti odontoiatrici di competenza dell’odontoiatra che saranno sottoposte al vaglio del team interdisciplinare. Sarà compito dell’igienista dentale istruire il care-givers ed assicurarsi che comprenda appieno le manovre di igiene orale e l’utilizzo

degli ausili prescritti poiché sarà sua responsabilità mantenere lo stato di salute orale del paziente se quest’ultimo non fosse in grado di farlo.

Durante le riunioni del team interdisciplinare, l’igienista può indicare

eventuali manifestazioni orali riscontrate nel paziente a seguito del peggioramento delle sue condizioni cliniche e questo aiuterà il personale medico a riconoscere i cambiamenti delle condizioni orali del paziente e garantire un miglior piano di assistenza adeguato all’evoluzione dello stato di salute orale^{26, 27}.

L’igiene orale nel paziente terminale

L’igiene orale nei pazienti terminali può diventare una vera e propria sfida per il malato ma anche per il suo care-giver: per tali motivi è consigliabile dedicare una routine quotidiana di almeno due minuti, mattino e sera, e questo anche quando la bocca non è più utilizzata dal paziente per alimentarsi^{21, 28}. La cura della bocca diventa fondamentale soprattutto per chi utilizza apparecchi per la respirazione assistita in quanto i batteri possono passare facilmente dal cavo orale ai polmoni causando infezioni polmonari importanti che possono portare ad un aggravamento del quadro patologico fino all’exitus nel paziente defedato.

Premesso che le raccomandazioni d’igiene orale per questi pazienti dipendono molto dalla loro condizione clinica, in molti casi viene consigliato l’uso di uno spazzolino a setole morbide per ridurre il rischio di eventuali micro traumi durante lo spazzolamento con un dentifricio ad elevato contenuto di fluoro. La tecnica di spazzolamento consigliata al paziente o a chi lo assiste è quella circolare. Nei casi in cui il paziente non ha particolari problemi alle mucose orali,

può essere utilizzato come presidio efficace lo spazzolino elettrico rotoscillante in quanto le testine presentano una superficie operativa molto ridotta rispetto ad un normale spazzolino consentendo al paziente o al care-giver di arrivare con più facilità ed efficacia a pulire tutte le zone del cavo orale. L’uso di collutori privi di alcool può aiutare a ridurre la carica batterica presente in bocca e l’alitosi. Possono essere usati anche gli idropulsori per veicolare il collutorio negli spazi interdentali ma solo nei pazienti che non presentino difficoltà di deglutizione.

Le protesi mobili vanno rimosse e pulite con uno spazzolino dedicato e detergenti. Se il paziente ha la candida potrebbe essere necessario igienizzare la protesi in una soluzione antimicotica. Se le labbra si presentano secche o screpolate, è consigliabile applicare sostanze emollienti e protettive come la lanolina²⁹. Questi prodotti sono controindicati nei pazienti che stanno facendo radioterapia nella regione testa collo e nei pazienti che fanno ossigeno terapia; in sostituzione possono essere utiliz-

zati dei lubrificanti a base acquosa³⁰.

Per i pazienti che non sono in grado di risciacquare o sputare ed hanno problemi di deglutizione, è consigliabile tamponare la cavità orale e i denti due volte al giorno con delle garze o spugnette imbevute di clorexidina gluconato allo 0,12% senza alcool²⁹. I tamponi in morbida spugna di espanso (Fig. 2) consentono di penetrare anche sotto la lingua senza creare fastidio al paziente ed è preferibile usare dei collutori che creino poca schiuma. I tamponi in morbida spugna possono essere usati inoltre per assorbire saliva e altri fluidi che possono ristagnare in bocca creando problemi alla deglutizione.

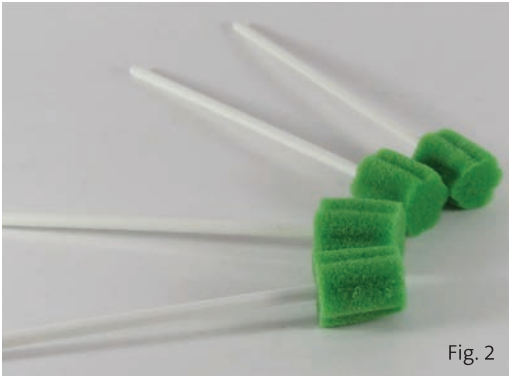


Fig. 2

La disponibilità in alcuni casi di un aspiratore di liquidi consente altresì di utilizzare gli spazzolini aspiranti (Fig. 3), i quali, collegati al tubo dell’aspiratore, provvedono al lavaggio e contemporaneamente all’aspirazione dei fluidi conseguenti.



Fig. 3

Il foro presente nel dorso del manico consente di controllare, con il pollice, frequenza e durata dell’aspirazione.

Sono disponibili dei set di aspiratore portatili e spazzolino aspirante per quest’uso. L’aspiratore del set dispone di una pompa manuale per il vuoto (Fig. 4) azionata dalla impugnatura e non necessita di alimentazione elettrica o di pile. Ovviamente è importante ricordare l’importanza di una corretta igiene e manutenzione di questi presidi e la necessità di procedere sempre alla loro sostituzione in tempi congrui per evitare l’instaurarsi di nicchie batteriche che possono essere anche letali per il paziente fortemente defedato.



Fig. 4

Nei pazienti non collaboranti, in cui possono essere presenti spasmi, è consigliabile usare degli apribocca per facilitare l’igiene

orale. Esistono degli apribocca studiati che sono morbidi per evitare il danneggiamento degli elementi dentari, e abbastanza consistenti da proteggere da eventuali improvvisi spasmi (Fig. 5).



Fig. 5

Nei pazienti con elevato rischio di carie è consigliabile usare i gel al fluoro con concentrazioni di fluoruro di sodio pari all’1,1% e possono essere applicati con uno spazzolino mono ciuffo o in alternativa si possono usare le vernici al fluoro al 5% di fluoruro di sodio. L’applicazione topica del gel al fluoro può causare, se accidentalmente ingerito, alcuni effetti indesiderati gastrointestinali come nausea, vomito e diarrea; inoltre, in rarissimi casi, l’applicazione ripetuta in brevi intervalli del gel al fluoro, può causare alterazioni desquamative nella mucosa orale con erosioni superficiali e ulcerazioni.

La cura per i pazienti che presentano un quadro clinico di xerostomia consiste nel cercare di ridurre al minimo le terapie farmacologiche che possono causare un’ipofunzione salivare, migliorare l’idratazione, consigliare l’uso di umidificatori ambientali, e, ove è possibile, l’uso di gomme da masticare o caramelle senza zucchero e infine prescrivere lubrificanti della mucosa e sostituti salivari. L’uso di farmaci scialogoghi in genere non è indicato nel trattamento della bocca secca nei pazienti terminali³¹.

Conclusioni

Sebbene esista molta letteratura riguardo le cure palliative nel malato terminale, i problemi e le complicità relative alla salute orale rimangono ancora un tema poco discusso³².

L’importanza delle cure odontoiatriche per questi pazienti è spesso ignorata, a causa della mancanza nel team di cure palliative da parte dell’odontoiatra e dell’igienista dentale³². La presenza di queste due figure potrebbe garantire al paziente terminale un miglior controllo della sua salute orale grazie all’attuazione di protocolli di prevenzione primaria e secondaria e anche una diagnosi precoce di alcune condizioni morbose che possono incidere negativamente sulla sua qualità di vita, come ad esempio la patologia cariosa, la mucosite, la xerostomia etc..

Un’attenta revisione della letteratura in merito al ruolo del team odontoiatrico nelle cure palliative ha evidenziato l’importanza di un piano di assistenza orale adeguato, come parte integrante delle cure stesse per garantire una miglior qualità di vita possibile al malato terminale^{21, 32}.

La bibliografia è disponibile presso l’editore.

Competenze dell’igienista dentale nel paziente in cure palliative	
Valutazione stato di salute orale	✓ Sviluppo di standard clinici per lo screening, la cura e la valutazione orale dei pazienti. ✓ Sviluppo di piani di assistenza oral personalizzati per il paziente non autosufficiente.
Valutazione stato di salute in relazione alle condizioni fisiche e psichiche.	✓ Valutazione di terapia causale in presenza di malattia parodontale. ✓ Riferire su eventuali trattamenti odontoiatrici conservativi se necessari. ✓ Fluoroprofilassi preventiva per diminuire il rischio di carie.
Valutazione dei Sintomi	✓ Sviluppo di piani di assistenza standardizzati per i pazienti con xerostomia e disturbi orali. ✓ Educazione e supporto per i care giv.
Valutazione funzionale dell’apparato stomatognatico	✓ Educazione e supporto per i malati e i care giv. ✓ Sviluppo di piani di cure palliative standardizzate allo scopo di migliorare la funzione masticatoria e fonatoria. ✓ Screening per valutare lo stato funzionale dell’apparato stomatognatico.
Supporto Psicossiale	✓ Collaborare con gli assistenti sociali, infermieri e terapisti se necessario. ✓ Collaborare con i terapisti occupazionali per migliorare l’autosufficienza del paziente nelle manovre di igiene orale. ✓ Educazione e supporto per i familiari e i care giv

Tab. 2

Laser e integratori di lattoferrina per il trattamento miniinvasivo delle black stain

Case report

Maria Giulia Nosotti, RDH, Freelancer, Piacenza, Italy; Cinzia Casu, DDS, Private Dental Practice Cagliari, Italy; Andrea Baruffaldi, DDS, Freelancer, Piacenza, Italy; Luca Viganò, DDS, University of Milan, Milan, Italy.



Fig. 1

Introduzione

La Black Stain è un tipo di decolorazione estrinseca del dente che può essere diagnosticata dal clinico riscontrando linee pigmentate parallele al margine gengivale o, più raramente, come punti scuri estesi oltre il terzo cervicale della corona¹. Si riscontra più facilmente in età pediatrica, ma è possibile trovare queste pigmentazioni anche negli adulti, indipendentemente dal sesso. Queste macchie sono di difficile rimozione, infatti con la sola igiene orale quotidiana non si hanno risultati e anche dopo igiene orale professionale si possono avere recidive. Le Black Stain sono costituite da solfuri ferrici, i quali a seguito della reazione chimica che avviene tra l'idrogeno solforato, prodotto dai batteri anaerobi (come per esempio *Porphyromonas Gingivalis*, *Prevotella Intermedia* e *Prevotella Nigrescens*) e l'accesso di ferro nella saliva, si depositano sulla superficie dei denti². Secondo numerosi studi anche i cromogeni della dieta presenti nel tè, caffè e in altre bevande (tannini), il tabacco e la clorexidina possono provocare colorazione estrinseca data dall'assorbimento di queste sostanze sulla superficie del dente attraverso la placca o pellicola acquisita³. Numerosi studi riportano che i bambini che presentano Black Stain hanno meno probabilità di essere affetti da malattia cariosa⁴.

Secondo lo studio di Henrich-Weltzein i bambini con BS hanno DMFT inferiore ($p = 0,013$), valori DT inferiori ($p = 0,005$) e una tendenza ad abbassare la prevalenza della carie ($p = 0,061$) rispetto ai bambini senza Black Stain⁵. Il trattamento di queste pigmentazioni risulta ancora una sfida, infatti anche dopo aver eseguito una seduta di igiene orale professionale, la pigmentazione tende a ripresen-

tarsi, questo perché non elimina la causa, ma risolve solo momentaneamente il problema estetico. I trattamenti più efficaci, presenti in letteratura, sono l'assunzione di lattoferrina⁶, il laser a diodi⁷, il laser Nd: YAG⁸ e la fototerapia⁹.

Case report

Una paziente donna di 50 anni in buone condizioni di salute generale, si è presentata alla nostra attenzione per la presenza di pigmentazioni di colore nero sulla superficie dei denti (Fig. 1). La paziente ha sempre eseguito regolarmente le sedute di igiene orale professionale, ma le pigmentazioni sono ricomparse dopo pochi mesi. La paziente è stata sottoposta ad una seduta di laser terapia, quindi dopo aver posizionato il gel al fluoro sulle superfici dei denti, è stata eseguita l'irradiazione mediante laser a diodi con lunghezza d'onda di 970 nm, potenza di 1,5 W e per un tempo di circa 10 secondi per dente (Fig. 2). Inoltre, sono state prescritte alla paziente compresse di lattoferrina due volte al giorno, lontane dai pasti, per 60 giorni.

Risultati

Alla visita di controllo dopo 60 giorni è stata riscontrata al paziente un'importante riduzione delle Black Stain (Fig. 3). Gli è stato inoltre consigliato di continuare il trattamento con le compresse di lattoferrina per altri quattro mesi, per un totale di sei mesi in aggiunta all'utilizzo dello spazzolino elettrico e ad un dentifricio contenente idrossiapatite.

Discussioni

Le pigmentazioni che si possono riscontrare a livello del dente possono essere:

1. Intrinseche: correlate alle proprietà dello smalto e della dentina;



CAGLIARI 29 GIUGNO 2019

LA MEDICINA ORALE: una nuova strada professionale

Relatori

Prof. Luca Viganò
Dott.ssa Cinzia Casu
Dott.ssa Valeria Cau
Dott. Matteo Fanuli
Prof. Ugo Covani
Dott. Pinuccio Massaiu
Dott.ssa Carla Mannu
Dott. Roberto Robba

Sede del corso

Hotel Panorama
Viale Diaz 231, 09126 Cagliari

Segreteria Organizzativa:

A.I.R.O. Accademia Italiana Ricerca Orale
Email: accademiaitaliana@ricercaorale.it
NR. VERDE 800 328323

con il contributo incondizionato di: