

# Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO XI  
N. 4 - 2024



**TUMORE DEL CAVO ORALE**

**SCONOSCIUTO  
E LETALE**



#### Caso clinico

Impianti a guarigione ossea primaria e rivestiti in Nitruro di Titanio

Questo rivestimento ha dimostrato di possedere caratteristiche positive tanto da essere utilizzato in implantologia, parodontologia, protesi, ortodonzia ed endodonzia

#### Ricerca

Il ruolo delle vitamine nella salute orale, l'unione fa la forza

Il ruolo della nutrizione, anche nella salute orale, ha guadagnato popolarità e le recenti indagini hanno evidenziato importanti relazioni tra insospettabili deficit nutrizionali e malattie orali

#### Sindacato

Instaurazione di un rapporto di lavoro part-time: regole generali

Nel settore odontoiatrico, molti lavoratori sono collocati con questa tipologia di contratto. E si denotano molte anomalie con conseguenze di difficile gestione

## CI VEDIAMO A PALERMO!

di **Giulio C. Leghissa**

SEGRETARIO GENERALE SIOD

Venerdì 7 giugno e sabato 8 il primo congresso nazionale del Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica (SIOD).

Una intera giornata, venerdì, dedicata alla discussione con i massimi esponenti della sanità della regione Sicilia dei problemi dell'odontoiatria che ancora, a tutti gli effetti, è la cenerentola della medicina.

Una assistenza pubblica praticamente inesistente, un'assistenza privata costosa e improponibile per buona parte della popolazione.

La prevenzione completamente assente, eppure è noto quali enormi danni provochi il ritardo diagnostico del carcinoma orale e quanti disastri sanitari siano strettamente correlati alle malattie oro dentali.

Facciamo finta di non sapere l'importanza dei patogeni periodontali nei confronti delle patologie cardiovascolari, del diabete, dell'alzheimer, della gestosi gravidica. E quale è il costo sociale che tali patologie caricano sul sistema sanitario nazionale. Quanti ricoveri ospedalieri in meno ci sarebbero con una seria politica preventodontica delle patologie orali. E' giunto il momento di smetterla di far finta di niente e affrontare con serietà il rapporto pubblico-privato, unica strada per un inizio di soluzione del problema.

Un'altra GIORNATA, SABATO, dedicata all'approfondimento di temi odontoiatrici per tutti i componenti della squadra. Nella sessione Aso saranno Aso a parlare ai colleghi. Hanno la competenza, la volontà, la capacità per superare la scena tristissima di quelle sessioni per aso dove tromboni raccontano la storia del mago.

E' una occasione da non perdere. 7-8 giugno ci vediamo a Palermo.

# Team at Work

N. 4 - 2024

6



9



20



- 4 NEWS & LETTERATURA
- 5 INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO PART-TIME
- 6 INTERVISTA A GIULIO CESARE LEGHISSA, L'ODONTOIATRA E L'ANTIFASCISTA "CERTI VALORI SONO TRAVERSALI"
- 9 LE VITAMINE NELLA SALUTE ORALE: L'UNIONE FA LA FORZA
- 12 IL CANCRO ALLA BOCCA SI PUÒ SCONFIGGERE
- 17 IMPIANTI A GUARIGIONE OSSEA PRIMARIA E RIVESTITI IN NITRURO DI TITANIO (TIN) DUE CASI CLINICI
- 20 IL SORRISO È (ANCHE) UNA QUESTIONE DI GENERE
- 23 EVENTI E CORSI

## La squadra della rivista



**GIULIO C. LEGHISSA**  
Odontoiatra



**FULVIA MANGENGA**  
Consulente per Salute e Sicurezza



**RAFFAELLA GARBELLI**  
Odontoiatra



**LEONE PRATICÒ**  
Odontoiatra



**FRANCESCO ROMANO**  
Odontoiatra



**ERNESTO BRUSCHI**  
Odontoiatra



**SILVIA ALESSANDRA TERZO**  
ASO / Vicesegretario Generale SIASO



**PIETRO PAOLO MASTINU**  
Consulente odontoiatrico



**ADRIANO PIATTELLI**  
Ricercatore

**Siamo lieti di accogliere nella squadra di Teama-  
work il professor Adriano Piattelli.**

I suoi lavori scientifici (941 pubblicazioni, più di 27000 citazioni) l'hanno reso famoso nel mondo. Presidente Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Università degli Studi di Chieti-Pescara dal 1997 al 2009, Adriano Piattelli porterà sicuramente un contributo prezioso alla nostra rivista. Benvenuto.

## Il board editoriale

Mirella Baldoni (odontoiatra) Federico Biglioli (professore universitario) Marialice Boldi (igienista dentale) Anna Botteri (economia/fisco) Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra) Antonio Carrassi (professore universitario) Stefano Cavagna (odontoiatra) Silvia Cavallini (chinesiologa clinica) Luigi Checchi (professore universitario) Stefano Daniele (odontoiatra) Luca Francetti (professore universitario) Mauro Merli (odontoiatra) Lucio Montebugnoli (professore universitario) Stefano Parma Benfenati (odontoiatra) Ernesto Rapisarda (professore universitario) Lia Rimondini (professore universitario) Eugenio Romeo (professore universitario) Andrea Sardella (professore universitario) Tiziano Testori (odontoiatra) Carlo Tinti (odontoiatra) Fabio Tosolin (psicologo) Serban Tovu (professore universitario) Leonardo Trombelli (professore universitario) Roberto Weinstein (professore universitario)



**S I A S O**

SENDACATO ITALIANO ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICO



S E R V I Z I



A S S I C U R A T I V I

**ANTAMOP**

Associazione Nazionale  
titolari soci e amministratori  
ambulatori medici e odontoiatrici

**Nicola Del Buono**

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici

OTTICHE & ILLUMINAZIONE  
SHEERVISION - PERIOPTIC - MULTIRANGIA  
VIA SAYONA, 41  
20144 MILANO

s m i l a n o . i t

# NEWS & LETTERATURA

## L'appello degli scienziati: “Non possiamo fare a meno del Ssn, adeguare i fondi agli standard UE

**N**umerosi tra i più prestigiosi scienziati italiani, tra i quali il premio Nobel Giorgio Parisi e il fondatore dell'istituto Mario Negri Silvio Garattini, hanno firmato e diffuso un' appello per la difesa del sistema sanitario nazionale, cioè della sanità pubblica ed un adeguamento dei fondi ai livelli degli altri paesi europei. Nella speranza che tale appello possa essere ascoltato e compreso da chi è responsabile della salute del nostro popolo, lo pubblichiamo per contribuire ad allargare la sua diffusione.

**D**al 1978, data della sua fondazione, al 2019 il SSN in Italia ha contribuito a produrre il più marcato incremento dell'aspettativa di vita (da 73,8 a 83,6 anni) tra i Paesi ad alto reddito. Ma oggi i dati dimostrano che il sistema è in crisi: arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle disuguaglianze regionali e sociali. Questo accade perché i costi dell'evoluzione tecnologica, i radicali mutamenti epidemiologici e demografici e le difficoltà della finanza pubblica, hanno reso fortemente sottofinanziato il SSN, al quale nel 2025 sarà destinato il 6,2% del PIL (meno di vent'anni fa).

Il pubblico garantisce ancora a tutti una quota di attività (urgenza, ricoveri per acuzie), mentre per il resto (visite specialistiche, diagnostica, piccola chirurgia) il pubblico arretra, e i cittadini sono costretti a rinviare gli interventi o indotti a ricorrere al privato. Progredire su questa china, oltre che in contrasto con l'Art.32 della Costituzione, ci spinge verso il modello USA, terribilmente più oneroso (spesa complessiva più che tripla rispetto all'Italia) e meno efficace (aspettativa di vita inferiore di sei anni). La spesa sanitaria in Italia non è grado di assicurare compiutamente il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'autonomia differenziata rischia di ampliare il divario tra Nord e Sud d'Italia in termini di diritto alla salute.

È dunque necessario un piano straordinario di finanziamento del SSN e specifiche risorse devono essere destinate a rimuovere gli squilibri territoriali. La allocazione di risorse deve essere accompagnata da efficienza nel loro utilizzo e appropriatezza nell'uso a livello diagnostico e terapeutico, in quanto fondamentali per la sostenibilità del sistema. Ancora, l'SSN deve recuperare il suo ruolo di luogo di ricerca e innovazione al servizio della salute.

Parte delle nuove risorse deve essere impiegata per intervenire in profondità sull'edilizia sanitaria, in un Paese dove due ospedali su tre hanno più di 50 anni, e uno su tre è stato costruito prima del 1940. Ma il grande patrimonio del SSN è il suo personale: una sofisticata apparecchiatura si installa in un paio d'anni, ma molti di più ne occorrono per disporre di professionisti sanitari competenti, che continuano a formarsi e aggiornarsi lungo tutta la vita lavorativa. Nell'attuale scenario di

crisi del sistema, e di fronte a cittadini/pazienti sempre più insoddisfatti, è inevitabile che gli operatori siano sottoposti a una pressione insostenibile che si traduce in una fuga dal pubblico, soprattutto dai luoghi di maggior tensione, come l'area dell'urgenza. È evidente che le retribuzioni debbano essere adeguate, ma è indispensabile affrontare temi come la valorizzazione degli operatori, la loro tutela e la garanzia di condizioni di lavoro sostenibili. Particolarmente grave è inoltre la carenza di infermieri (in numero ampiamente inferiore alla media europea).

Da decenni si parla di continuità assistenziale (ospedale-territorio-domicilio e viceversa), ma i progressi in questa direzione sono timidi. Oggi il problema non è più procrastinabile: tra 25 anni quasi due italiani su cinque avranno più di 65 anni (molti di loro affetti da almeno una patologia cronica) e il sistema, già oggi in grave difficoltà, non sarà in grado di assisterli. La spesa per la prevenzione in Italia è da sempre al di sotto di quanto programmato, il che spiega in parte gli insufficienti tassi di adesione ai programmi di screening oncologico che si registrano in quasi tutta Italia. Ma ancora più evidente è il divario riguardante la prevenzione primaria; basta un dato: abbiamo una delle percentuali più alte in Europa di bambini sovrappeso o addirittura obesi, e questo è legato sia a un cambiamento – preoccupante – delle abitudini alimentari sia alla scarsa propensione degli italiani all'attività fisica. Molto va investito, in modo strategico, nella cultura della prevenzione (individuale e collettiva) e nella consapevolezza delle opportunità ma anche dei limiti della medicina moderna.

Molto, quindi, si può e si deve fare sul piano organizzativo, ma la vera emergenza è adeguare il finanziamento del SSN agli standard dei Paesi europei avanzati (8% del PIL), ed è urgente e indispensabile, perché un SSN che funziona non solo tutela la salute ma contribuisce anche alla coesione sociale.

*Firmato:*

*Ottavio Davini, Enrico Alleva, Luca De Fiore, Paola Di Giulio, Nerina Dirindin, Silvio Garattini, Franco Locatelli, Francesco Longo, Lucio Luzzatto, Alberto Mantovani, Giorgio Parisi, Carlo Patrono, Francesco Perrone, Paolo Vineis*



# INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO PART-TIME

Paolo Grimaldi, consulente SIASO Ciu Unionquadri, si è dedicato a scrivere questa importante nota che riguarda le **REGOLE GENERALI NELL'INSTAURAZIONE DI UN RAPPORTO DI LAVORO PART/TIME**. Lo spunto, viene dalla necessità di rendere noti al lavoratore e/o alla lavoratrice i punti salienti che devono essere riportati sul contratto di lavoro all'atto dell'assunzione e per la relativa sottoscrizione dello stesso. Nel settore odontoiatrico, molti lavoratori sono collocati con contratto part time e, secondo la sua esperienza, si denotano molte anomalie a carico di tali contratti, con conseguenze di difficile gestione

Il rapporto di lavoro con orario inferiore a quello normale fissato in 40 ore settimanali si considera a tempo parziale. L'assunzione con tale tipologia di contratto è ammessa in tutti i settori produttivi e può essere sia a tempo indeterminato che determinato.

Entriamo nello specifico dei punti salienti di tale tipologia di contratto nelle sue varie forme legislative e così come disciplinato dal D. Lgs 81/2015.

## FORMA DEL CONTRATTO (art.5 c.1,2 E 3 D.lgs 81/2015)

Come disciplinato dal D.Lgs 81/2015 il contratto di lavoro a tempo parziale deve:

- Essere sempre stipulato in forma scritta, poiché tale procedura è richiesta ai fini della prova;
- Deve essere consegnato al lavoratore/ce prima che lo stesso inizi a lavorare;
- Deve indicare la durata della prestazione e soprattutto la distribuzione dell'orario con riferimento al giorno, alla settimana, al mese e all'anno.

## PERIODO DI PROVA

L'assunzione definitiva del contratto part/time è subordinata al favorevole esito di un periodo di prova, la cui durata è stabilita dai rispettivi CCNL.

## TIPOLOGIA DI ARTICOLAZIONE PART-TIME

Il contratto di lavoro part-time, in base alla distribuzione dell'orario di lavoro, si può configurare in:

- **ORIZZONTALE:** La riduzione dell'orario di lavoro, rispetto al tempo pieno è prevista in relazione al normale orario di lavoro contrattualmente previsto. Esempio prestazione lavorativa dal lunedì al venerdì 4 ore al giorno;
- **VERTICALE:** L'attività lavorativa è svolta a tempo pieno solo in alcuni periodi già stabiliti nel corso della settimana, del mese o dell'anno. Esempio prestazione lavorativa a tempo pieno per 3 giorni alla settimana.
- **MISTO:** è la combinazione delle due modalità sopra descritte. Esempio in alcuni periodi dell'anno tutti i giorni 25 ore settimanali, mentre per il restante periodo 40 ore settimanali

## VARIAZIONE DELLA PRESTAZIONE PART-TIME (art.7 c.2 D.Lgs 81/15)

La variazione oraria nonché della durata della prestazione non può essere modificata unilateralmente dal datore di lavoro.

## CLAUSOLA ELASTICA (art.6 c.4 D.Lgs 81/15)

In base a quanto previsto dalla contrattazione collettiva, le parti contraenti del contratto di lavoro a tempo parziale, possono concordare, sempre per iscritto le così dette clausole elastiche relativamente a:

- Collocazione temporale dell'orario di lavoro
- O aumento della durata della prestazione lavorativa.

L'esercizio della clausola elastica da parte del datore di lavoro, come previsto dal D.Lgs 81/15, in favore del lavoratore/ce prevede un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi, fatte salve diverse intese fra le parti contraenti. Nel caso di assenza di regolamentazione nel CCNL è data la possibilità del ricorso alle clausole elastiche tramite accordo scritto, certificato davanti ad una commissione competente a gestire il procedimento di certificazione in materia di lavoro.



Nell'accordo devono essere indicate:

- Le condizioni nonché le modalità di modificare da parte del datore di lavoro della temporale collocazione della prestazione lavorativa e/o della eventuale variazione in aumento;
- Il preavviso di 2 giorni lavorativi a carico del datore di lavoro per la comunicazione preventiva al lavoratore della variazione;
- La % massima dell'aumento della prestazione lavorativa, che non deve superare il limite del 25% della prestazione annua a tempo parziale.
- Il riconoscimento al lavoratore di una maggiorazione della sua retribuzione oraria, il 15% rispetto a quella pattuita, che ha ripercussione su tutti gli istituti contrattuali diretti e indiretti.

Ci sono alcune categorie di lavoratori di seguito elencati, per i quali è prevista la facoltà, come diritto legislativo, di recedere dal patto di flessibilità:

- Lavoratori studenti.
- Lavoratori che hanno richiesto la trasformazione del contratto da full-time a part-time perché affetti da patologie oncologiche, o gravi patologie cronologiche e degenerative, per assistenza a persone affette da medesime patologie e, in caso di figlio convivente di età inferiore a tredici anni, o con figlio portatore di handicap

## LAVORO SUPPLEMENTARE:

Il datore di lavoro ha facoltà di richiedere al lavoratore, svolgimento di prestazioni supplementari sempre nel rispetto di quanto previsto dal CCNL. Il termine "lavoro supplementare" è quello inteso come ore di lavoro svolto oltre l'orario di lavoro concordato dalle parti all'atto della sottoscrizione del contratto. In mancanza di regolamentazione contrattuale la % di maggiorazione sulla retribuzione oraria globale di fatto è pari al 15%. Nel CCNL degli Studi Professionali la percentuale è pari al 40%.

## LAVORO STRAORDINARIO:

È consentito lo svolgimento di prestazioni di "lavoro straordinario" anche nel rapporto di lavoro a tempo parziale, intendendo per lavoro straordinario le ore che eccedono le 40 ore settimanali così come fissato dal legislatore e applicando in tale caso le % di maggiorazioni previste dal CCNL.

# INTERVISTA A GIULIO CESARE LEGHISSA, L'ODONTOIATRA E L'ANTIFASCISTA

a cura di **Ernesto Bruschi**

ODONTOIATRA

*dott.bruschi@gmail.com*



## **1** Come è iniziata la sua carriera nella professione odontoiatrica e quali sono stati i momenti più significativi della sua carriera?

Appena laureato in medicina e chirurgia mi sono avvicinato all'odontoiatria grazie all'incontro con due persone: il professor Giorgio Vogel che mi ha indirizzato verso un approccio scientifico alla odontoiatria e al campo gigantesco della parodontologia. Solo allora si cominciava a comprendere fino in fondo il ruolo decisivo dei batteri e della placca batterica nella patologia parodontale. Mi si apriva di fronte un campo meraviglioso di studio e attività clinica.

La seconda persona decisiva nella mia formazione è stato il dottor Ugo Pasqualini che studiava con attenzione e mentalità scientifica il mondo della implantologia dentale. Si era allora, parlo della seconda metà degli anni '70, all'approccio

scientifico in questo campo: la comprensione delle possibilità riabilitative che le implantologie apriva è stata per me un momento di svolta nell'approccio alla odontoiatria.

La terza persona decisiva nella mia formazione è stato il professor Carlo Guastamacchia. Lui insegnava l'ergonomia odontoiatrica, spiegava l'importanza dell'assistente al tuo fianco mentre praticavi sul paziente, spiegava la necessità assoluta di collaborare con l'igienista dentale. Da lui ho imparato l'importanza del lavoro di squadra e ho elaborato il concetto che il team, non il singolo dentista, rappresenta l'unità operativa imprescindibile per la professione.

## **2** Qual è il suo punto di vista sull'importanza della salute dentale nella vita di una persona? La salute dentale è collegata alla salute generale?

È evidente come la salute di denti

e gengive sia fondamentale per una vita sociale e per l'autostima. Negli anni 70, quando io ho cominciato la professione, la situazione orodentale della popolazione era addirittura disastrosa. Si cominciava appena a comprendere l'assoluta necessità della igiene dentale professionale e domiciliare. Immaginatevi quali fossero le condizioni igieniche orali di grande parte della popolazione. Di fronte al sanguinamento gengivale si consigliava caldamente l'uso di spazzolini da denti molto morbidi, possibilmente fatti con peli di tasso. In questo modo si contribuiva ad un ulteriore peggioramento delle condizioni di salute.

## **3** Può condividere un aneddoto particolarmente significativo che coinvolge un paziente che ha avuto un impatto profondo sulla sua pratica odontoiatrica?

Ancora non ero entrato in scuola di specialità quando, visitando un pa-



ziente, ho visto una piccola lesione sulla lingua. Non ero certo, anzi ero pieno di dubbi, ma per prudenza ho accompagnato il paziente alla clinica odontoiatrica dal professor Vogel. Quel cancro è stato trattato immediatamente e, senza nessuna chirurgia demolitiva, quel paziente è guarito e ancora oggi viene regolarmente per l'igiene orale e le visite di controllo. È stata la scintilla che ha determinato, per tutta la mia vita professionale, la consapevolezza della importanza della indagine dei tessuti molli orali che ho sistematicamente portato avanti in tutti questi anni sui miei pazienti.

**4** Essendo lei una persona con forti convinzioni antifasciste, ritiene che queste convinzioni influenzino il suo lavoro quotidiano e la sua interazione con i pazienti? Se sì, in che modo?

L'antifascismo non è solo una questione politica. È prima di tutto una

concezione di vita, di rapporti umani, di cultura, di comportamento. I nostri padri, che hanno scritto la Costituzione, hanno volutamente insistito su alcuni concetti alla base del vivere civile. Innanzitutto il rispetto per il lavoro e per i lavoratori. Rispetto che si manifesta ogni giorno, ogni attimo della nostra vita, nel rapporto con i nostri collaboratori e con i dipendenti; grande insofferenza per l'ignoranza, l'approssimazione, la superficialità. Fare bene il proprio lavoro, arricchendo continuamente la propria cultura, è rivoluzionario. Questo modo di ragionare, che ha sempre messo al primo posto il diritto alla salute delle persone, mi ha guidato nella consapevolezza che lo studio dentistico non è la fabbrica dei denti ma un centro di servizi per il cittadino paziente.

Questa consapevolezza mi ha, purtroppo, portato in collisione con la visione ristretta, miope, egoista, di buona parte della professione.

**5** Ha mai sperimentato ostacoli o discriminazioni nel suo lavoro a causa delle sue opinioni politiche?

È evidente che le mie opinioni politiche hanno incontrato con grande frequenza ostilità nel mondo dell'odontoiatria. In particolare, la battaglia, condotta per decenni per l'istituzione della figura della igienista dentale, e ancora di più quella per la istituzione della figura dell'ASO, è stata contrastata in modo deciso e costante da parte dei principali sindacati odontoiatrici. Anche oggi c'è chi vorrebbe sacrificare sicurezza sul lavoro, sicurezza per i pazienti, efficacia ed efficienza operativa sull'altare modesto e polveroso di un maggior guadagno.

**6** Come vede il futuro della professione odontoiatrica, considerando gli sviluppi tecnologici e le sfide attuali nel settore della sanità, in particolare per quanto riguarda la relazione con il SSN e i terzi paganti?

L'odontoiatria ha fatto progressi giganteschi negli ultimi anni. L'investimento a tutto campo della tec-



nologia digitale ha consentito passi in avanti inimmaginabili. Nella diagnosi, nella tecnologia chirurgica e operativa, nella gestione amministrativa, nella sicurezza del lavoro, siamo andati molto avanti. Ma il vero problema rimane, ancora una volta, quello dell'accessibilità delle cure dentistiche. Più del 50% dei cittadini italiani non possono permettersi cure dentistiche, perché non possono affrontarne i costi. Questa situazione, incivile da un punto di vista sociale, determina un paradosso assurdo apparentemente: milioni di persone non si possono curare mentre migliaia di operatori della salute odontoiatrica lamentano insufficienza di lavoro. Si parla tanto della "poltrona vuota" senza vedere quanto bisogno ci sarebbe di riempire gli studi per offrire terapie adeguate e soprattutto prevenzione. Il sistema sanitario nazionale tratta l'odontoiatria in modo inaccettabile, offrendo compensi del tutto inadeguati ai costi reali dell'assistenza. I terzi paganti sono il modo con il quale si cerca di strangolare gli operatori sanitari dell'odontoiatria, costringendoli a lavorare con tariffe del tutto inadeguate. In questo modo non si risolve nessun problema.

**7** Quali consigli darebbe a un giovane dentista che sta iniziando la propria carriera oggi?

I dati ci dicono che, contrariamente al passato, la buona parte dei giovani odontoiatri non cerca di aprire un proprio studio, considerando i costi esorbitanti di una

nuova azienda odontoiatrica, ma cerca lavoro come collaboratore. Questa è una strada assolutamente percorribile. Ciò che è decisivo è collaborare in una struttura dove l'assistenza al paziente sia continuativa e efficiente.

### **8** Come gestisce lo stress e il carico di lavoro elevato nel suo campo?

In un lavoro impegnativo come il nostro è evidente che un certo carico di stress sia inevitabile. Ci sono numerose opportunità per ridurre questo carico. La prima, decisamente la più importante, è rappresentata dalla collaborazione del team. Dobbiamo saper delegare, cioè affidare alla nostra squadra tutti i compiti che legalmente è in grado di assolvere, scaricandoli dalle spalle del odontoiatra. Consideriamo che il nostro lavoro è sempre, sempre, composto da tre atti operativi: preparazione, esecuzione, riordino. Preparazione e riordino possono e devono essere

completamente delegati alle nostre ASO. L'esecuzione deve essere assistita dalla nostra ASO in modo da rendere più snello, semplice, puntuale il lavoro. Per fare questo è necessario dedicare tempo alla preparazione, aggiornamento, formazione continua del nostro team. Spesso ho sentito colleghi affermare che io sono in una posizione privilegiata perché lavoro con una squadra altamente efficiente e altamente motivata. Come se questa squadra fosse un dono. Questa efficienza e questa motivazione sono il risultato di ore e ore di dibattito, approfondimento, condivisione.

### **9** Ha mai pensato di scrivere la sua autobiografia?

Nel corso della mia vita professionale ho scritto otto libri, il primo nel 1984, dedicato al lavoro di squadra e alla preparazione delle ASO. Sono poi ritornato ripetutamente, sempre con la casa editrice Utet, sul tema della organizzazione dello studio e della gestione dell'a-

zienda odontoiatrica. Ho anche scritto un libro di implantologia nel 1993. Continuo il mio lavoro editoriale, oggi, dirigendo questa rivista, Team at work, cercando così di dare il mio contributo a coloro che desiderano approfondire vari argomenti. Ho fondato il Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica (SIOD) proprio per offrire un ambito di dibattito e iniziativa a tutti coloro che credono nella medicina come strumento per tutta la popolazione. Realizzare un rapporto tra SSN e odontoiatria privata, decoroso e soddisfacente per tutti, è il vero obiettivo che oggi ci dobbiamo porre. Proprio su questi temi venerdì 7 e sabato 8 giugno 2024 si terrà a Palermo il Congresso Nazionale SIOD, a cui siete tutti invitati. Mi pare che il mio contributo alla professione possa essere così considerato sufficiente. Per quanto riguarda, invece, la mia vita e il mio impegno sociale e antifascista, credo che valgano l'impegno di una vita e la passione di sempre. Grazie





## LE VITAMINE NELLA SALUTE ORALE: L'UNIONE FA LA FORZA

a cura di

**Natalia Di Pietro, Luca Comuzzi,  
Pier Michele Mandrillo, Adriano  
Piattelli, Alessandro Cipollina**

**I**l sistema umano è un intricato insieme di componenti interagenti (cellule, organi e apparati) i cui comportamenti complessivi, sia in stato di salute che di malattia, si manifestano attraverso tali interazioni. La comprensione e la gestione dei sistemi complessi richiede una mentalità sistemica che tenga conto delle molteplici interazioni e delle dinamiche che si verificano all'interno del sistema. Il ruolo della nutrizione, anche nella salute orale, ha guadagnato popolarità e le recenti indagini hanno evidenziato importanti relazioni tra insospettabili deficit nutrizionali e malattie orali. La ricerca, che da sempre si è concentrata

sulla carenza di una singola vitamina o minerale, sta ora cambiando prospettiva e si focalizza sulle azioni coordinate dei diversi nutrienti per il raggiungimento e il mantenimento della salute, nel rispetto della complessità sinfonica del sistema uomo e questo accade in particolare per il complesso delle vitamine liposolubili. [1]

### **Il Potere del Complesso di vitamine liposolubili**

In un'era in cui l'innovazione si intreccia inestricabilmente con la pratica clinica, emerge un nuovo orizzonte per la salute orale: l'integrazione del complesso vitaminico liposolubile come pilastro fondamentale, non solo per la salute generale, ma anche per l'odontoiatria (Nutri4Dent). Queste vitamine, con le loro funzioni enzimatiche essenziali, giocano un ruolo cruciale nel mantenimento

dell'omeostasi umana, influenzando processi vitali come la vista, la salute delle ossa, l'immunità e la protezione contro lo stress ossidativo [2].

La vitamina A, nota soprattutto per la sua azione sulla funzione visiva, interviene anche nei processi riparativi di ossa e mucosa orale e consente la corretta strutturazione della barriera epiteliale. Una sua carenza comporta disbiosi microbica e maggiore suscettibilità alle infezioni da parte di batteri parodonto-patogeni [3]. La vitamina D è coinvolta nell'omeostasi del calcio, nella regolazione del sistema immunitario, nella proliferazione e differenziazione cellulare e nella produzione di citochine, regola il metabolismo glucidico ed ha azione protettiva cardiovascolare [4] [5]. La vitamina E agisce principalmente come antiossidante, pro-

teggendo i componenti cellulari dal danno ossidativo [6], ha effetto inibitorio sull'espressione delle citochine pro-infiammatorie [7] e la sua concentrazione salivare è inversamente correlata con il rischio di carie. [8]

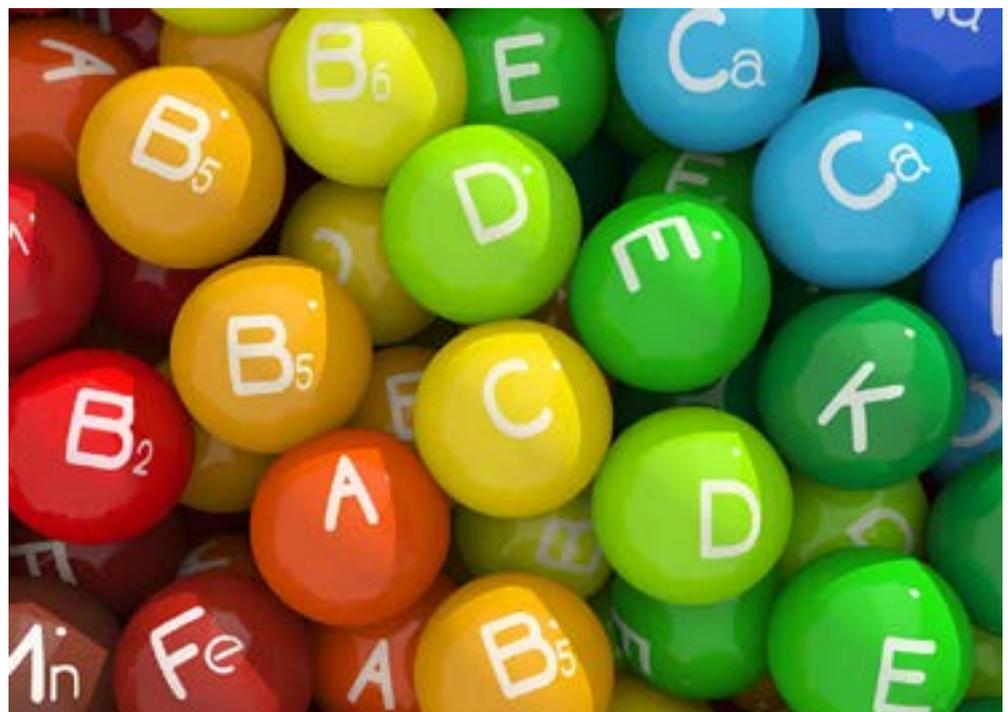
Riguardo alla vitamina K, esistono 2 forme naturali: K1 (fillochinone), di origine vegetale e implicata nella coagulazione del sangue e K2 (menachinone), presente negli alimenti di derivazione animale, necessaria per allocare il calcio nelle ossa e nei denti, tenendolo lontano dai tessuti molli, mediante un fenomeno noto come il "paradosso del calcio" [9] [10] Quanxiang Yan ed al. nel 2023 hanno pubblicato una panoramica completa degli effetti della vitamina K2, estendendo la sua attività dalla promozione dell'osteogenesi, alla prevenzione della calcificazione, al sollievo dei sintomi della menopausa, passando per il miglioramento del rilascio di energia mitocondriale e suoi effetti protettivi sul fegato e sul tessuto nervoso. [10] Inoltre, la supplementazione di questa vitamina sembra avere effetti metabolici benefici, migliorando l'insulino-sensibilità e riducendo l'infiammazione e il processo di invecchiamento [12]. Questi effetti positivi si estendono anche al campo dell'odontoiatria, dove la vitamina K2 promuove la mineralizzazione e riduce l'infiammazione. Ricerche recenti hanno dimostrato livelli ridotti di vitamina K2 nei pazienti affetti da parodontite, con correlazioni negative tra i livelli di vitamina K2 e parametri parodontali come il sanguinamento al sondaggio e la perdita ossea [13].

In un contesto armonico, Vitamina D3 e K2 hanno bisogno l'una dell'altra per funzionare correttamente: prima favorisce l'assorbimento del calcio, la seconda lo guida verso l'osso proteggendo vasi, reni e altri tessuti molli da pericolose calcificazioni. Studi recenti hanno svelato la vasta potenzialità terapeutica offerta dal complesso delle vitamine liposolubili, mettendo in luce la loro capacità di agire in sinergia nella prevenzione e nel trattamento di una vasta gamma di malattie croniche, inclusi vari tipi di cancro. Queste ricerche evidenziano come l'azione combinata di queste quattro vitamine possa



rappresentare una strategia promettente e innovativa nella lotta contro le malattie croniche, offrendo nuove prospettive di cura basate su approcci naturali e integrati. La loro capacità di regolare l'espressione delle metallopro-

teinasi della matrice (MMP) apre strategie terapeutiche innovative, data l'implicazione delle MMP in una varietà di patologie cronicodegenerative, inclusi tumori, malattie cardiovascolari e disturbi neurologici. [11]



## Modulatori dell'Attività delle MMP: Un Nuovo Orizzonte nella Salute Orale

La ricerca odontoiatrica sta entrando in una nuova era, caratterizzata da un approccio inedito al trattamento e alla prevenzione delle malattie orali. Una delle aree più promettenti di questa evoluzione riguarda lo studio dei modulatori dell'attività delle metalloproteinasi della matrice (MMP). Queste enzimi, fondamentali nel processo di rimodellamento dei tessuti, giocano un ruolo cruciale nella salute e nella malattia dei tessuti dentali.

Le MMP sono coinvolte in numerosi processi fisiologici, dall'amelogenesi e dentinogenesi alla guarigione delle ferite e alla risposta infiammatoria. La loro attività regolata è essenziale per il mantenimento della salute dei tessuti. Tuttavia, un'attività eccessiva delle MMP è stata collegata alla progressione della carie dentale, alla malattia parodontale, e ad altre patologie orali, rendendo queste enzimi un bersaglio terapeutico attraente. [12]

I modulatori dell'attività delle MMP offrono numerosi benefici potenziali nella gestione della salute orale:

- **Prevenzione mirata:** Regolando l'attività delle MMP, è possibile prevenire la degradazione eccessiva dei tessuti senza interrompere completamente i processi fisiologici necessari per la salute orale.
- **Rigenerazione tissutale:** Promuovendo un equilibrio tra degradazione e rigenerazione, i modulatori possono sostenere la riparazione naturale dei tessuti e la rimineralizzazione, migliorando la guarigione delle ferite e la rigenerazione della dentina e dello smalto.

La capacità sinergica delle vitamine D, A, K ed E di modulare le MMP attraverso molteplici percorsi fornisce una base per il loro potenziale impiego come agenti terapeutici nel trattamento delle malattie orali, dalle patologie legate all'infiammazione fino alla degradazione del tessuto connettivo. Questo implica che, integrando una conoscenza approfondita del complesso D, A K ed E nella pratica odontoiatrica, i professionisti possono non solo migliorare

## Bibliografia

- [1] «Youness RA, Dawoud A, ElTahtawy O, Farag MA. Fat-soluble vitamins: updated review of their role and orchestration in human nutrition throughout life cycle with sex differences. *Nutr Metab* (Lond). 2022 Sep 5;19(1):60. doi: 10.1186/s12986-022-00696-y. PMID:».
- [2] «Reddy P., Jialal I. *Biochimica, vitamine liposolubili*. Pubblicazione StatPearls; San Pietroburgo, Florida, Stati Uniti: 2022».
- [3] «15. Vitamin A and vitamin D regulate the microbial complexity, barrier function, and the mucosal immune responses to ensure intestinal homeostasis. *Crit Rev Biochem Mol Biol*. 2019 Apr;54(2):184-192. doi: 10.1080/10409238.2019.1».
- [4] «Panoramica DeLuca HF delle caratteristiche fisiologiche generali e delle funzioni della vitamina D. *Am. J. Clin. Nutr*. 2004; 80 :1689–1696. doi: 10.1093/ajcn/80.6.1689S.».
- [5] «Liu J, Zhang Y, Shi D, He C, Xia G. Vitamin D Alleviates Type 2 Diabetes Mellitus by Mitigating Oxidative Stress-Induced Pancreatic -Cell Impairment. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2023 Dec;131(12):656-666. doi: 10.1055/a-2191-9969. Epub 2023 Nov 7. PMID:».
- [6] «Lee GY, Han SN Il ruolo della vitamina E nell'immunità. *Nutrienti*. 2018; 10 :1614. doi: 10.3390/nu10111614».
- [7] «16. Asbaghi O, Sadeghian M, Nazarian B, Sarreshtedari M, Mozaffari-Khosravi H, Maleki V, Alizadeh M, Shokri A, Sadeghi O. The effect of vitamin E supplementation on selected inflammatory biomarkers in adults: a systematic review and meta-analysis of rando».
- [8] «Syed S, Yassin SM, Dawasaz AA, Amanullah M, Alshahrani I, Togoo RA. Salivary 1,5-Anhydroglucitol and Vitamin Levels in Relation to Caries Risk in Children. *Biomed Res Int*. 2019 Feb 7;2019:4503450. doi: 10.1155/2019/4503450. PMID: 30881987; PMCID: PMC63833».
- [9] «Spronk HMH, Soute BAM, Schurgers LJ, Thijssen HHW, De Mey JGR, Vermeer CTissue-specific utilization of menaquinone-4 results in the prevention of arterial calcification in warfarin-treated rats. *J Vasc Res*. 2003 Nov-Dec;40(6):531-7».
- [10] «Mandatori D, Pelusi L, Schiavone V, Pipino C, Di Pietro N, Pandolfi A. The Dual Role of Vitamin K2 in "Bone-Vascular Crosstalk": Opposite Effects on Bone Loss and Vascular Calcification. *Nutrienti*. 2021 Apr 7;13(4):1222. doi: 10.3390/nu13041222.».
- [11] Yan Q, Zhang T, O'Connor C, Barlow JW, Walsh J, Scalabrino G, Xu F, Sheridan H. The biological responses of vitamin K2: A comprehensive review. *Food Sci Nutr*. 2023 Jan 6;11(4):1634-1656. doi: 10.1002/fsn3.3213. PMID: 37051359; PMCID: PMC10084986..
- [12] Yan Q, Zhang T, O'Connor C, Barlow JW, Walsh J, Scalabrino G, Xu F, Sheridan H. The biological responses of vitamin K2: A comprehensive review. *Food Sci Nutr*. 2023 Jan 6;11(4):1634-1656. doi: 10.1002/fsn3.3213.
- [13] Olszewska-Czyz I, Firkova E. A Case Control Study Evaluating the Relationship between Vitamin K2 Serum Level and Periodontitis. *Healthcare* (Basel). 2023 Nov 10;11(22):2937. doi: 10.3390/healthcare11222937.
- [14] Vo HVT, Nguyen YT, Kim N, Lee HJ. Vitamin A, D, E, and K as Matrix Metalloproteinase-2/9 Regulators That Affect Expression and Enzymatic Activity. *Int J Mol Sci*. 2023 Dec 1;24(23):17038. doi: 10.3390/ijms242317038. PMID: 38069361; PMCID: PMC10707015..
- [15] Elgezawi M, Haridy R, Almas K, Abdalla MA, Omar O, Abuhashish H, Elembaby A, Christine Wölfle U, Siddiqui Y, Kaisarly D. Matrix Metalloproteinases in Dental and Periodontal Tissues and Their Current Inhibitors: Developmental, Degradational and Pathologic.

la salute orale ma anche contribuire significativamente al benessere generale dei pazienti.

È tempo di andare oltre la convenzionale cura dentale, esplorando e integrando nuove conoscenze nutrizionali che possono potenziare significativamente le

nostre pratiche cliniche. Includere una valutazione del profilo vitaminico dei pazienti, con un focus particolare sulle vitamine A, D, E e K, può diventare un aspetto standard della valutazione odontoiatrica, aprendo la strada a trattamenti più efficaci e preventivi.



Mi è stato diagnosticato un Osteoblastoma

Testimonianza



Iperplasia epiteliale delle gengive con carcinoma verrucoso

Testimonianza



## IL CANCRO ALLA BOCCA SI PUÒ SCONFIGGERE

a cura di **Giovanni Lodi**  
PROFESSORE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO  
[giovanni.lodi@unimi.it](mailto:giovanni.lodi@unimi.it)

**C**omincio questo intervento da una storia assurdamente vera: una paziente con una lesione talmente grande che non riusciva a muovere la lingua, non riusciva a parlare. Uno stadio di tumore avanzatissimo. Il punto che però voglio portare alla vostra attenzione è che la paziente in questione era la moglie di un collega odontoiatra. Un aspetto che mi ha turbato tantissimo e che spiega quanto ancora si faccia poco, si conosca poco a disposizione del tumore del cavo orale nonostante tutto gli strumenti.

Non vi sto a raccontare che il tumore è strettamente legato a tabacco e alcool, perché lo sapete già: quindi, provo a dirvi qualcosa che magari sapete meno. Per esempio che abbiamo scoperto che non esiste un limite minimo: si pensava che più uno fumasse, più il rischio fosse grande. In verità una quantità che



non fa male non esiste. Uno studio fatto da un gruppo di epidemiologi è riuscito a mettere insieme un numero enorme di dati provenienti da una quindicina di Paesi. Bene, hanno stabilito che fumare da 1 a 3 sigarette al giorno, in realtà poche, aumenta il 50% il rischio di ammalarsi di cancro alla bocca. Questo,

in particolare, avviene se si fuma per tanto tempo: in altre parole, fumare molto poco per tanto tempo espone a un rischio significativo di ammalarsi di cancro alla bocca.

Capitolo sigarette elettroniche: sapete che adesso sono molto utilizzate, sono di moda. La verità è che



## Una leucoplachia degenerata in carcinoma

Testimonianza



## Carcinoma squamocellulare ben differenziato

Testimonianza

putroppo è molto difficile dimostrare quello che viene affermato nell'articolo. Di una cosa però siamo certi: il fumo è la cosa che fa più male in assoluto. Dire della sigaretta elettronica che in realtà fa meno male del fumo da sigaretta è probabilmente vero, ma non vuol dire che non faccia male, non vuol dire che non ti esponga a rischi. Qualche dato di laboratorio suggerisce che comunque non faccia bene, che comunque abbia un effetto più blando di quello del fumo ma comunque significativo. Tra i ragazzi vanno di moda le sigarette che non bruciano: in Italia hanno avuto un successo pazzesco e si ipotizza che diventeranno la dipendenza del futuro. Queste stesse sigarette sono proibite in Gran Bretagna e negli Stati Uniti.

Noi odontoiatri abbiamo avuto un impatto importante sui fumatori, lo dicono diverse ricerche. Ovviamente serve che il paziente abbia voglia smettere di fumare, altrimenti non ci sono speranze. Ma tra due pazienti che hanno voglia entrambi di smettere di fumare, l'impatto dell'odontoiatra che fa counseling, anche in maniera molto semplice raccontando gli effetti del fumo sulla bocca, sugli impianti, sul cancro, è molto forte. Questo vale sia per gli odontoiatri che per gli igienisti. Quindi l'attività antifumo del team odontoiatrico è significativa per l'impatto che ha sulla salute dei pazienti. Altro fattore di rischio piuttosto noto, oggi più che in passato, è l'infezione da HPV spesso legata al tumore della cervice uterina ma per la quale adesso esiste un vaccino. La mucosa del cavo orale non è così diversa da quella della cervice uterina: in realtà il fatto che l'HPV possa essere responsabile del tumore del cavo orale è stato dimostrato però in misura inferiore

a quanto si pensasse. Mentre più di un terzo dei tumori della faringe sono causati dall'infezione da papilloma virus, per quanto riguarda il cavo orale la percentuale scende moltissimo: parliamo probabilmente del 5%. Rimane un fattore di rischio riconosciuto anche dall'OMS, ma non è così rilevante quanto il fumo e l'alcol.

Altro grande gruppo di soggetti molto a rischio di tumore del cavo orale sono i pazienti che hanno malattie del cavo orale che coinvolgono in particolare modo le mucose e in qualche maniera li espongono a sviluppare un tumore. Questo è un gruppo consistente di condizioni che abbiamo denominato una quindicina d'anni fa "Disordini potenzialmente maligni" e riclassificato nel 2020: è un gruppo molto eterogeneo perché include la neoplasia, la leucoplachia, placca

Proliferativa, le placche, la fibrosi sottomucosa. C'è da segnalare anche la Graft-versus-host, una malattia nei pazienti trapiantati. Il rischio di ammalarsi di cancro in pazienti che hanno queste condizioni in realtà è un rischio variabile. Andiamo da percentuali molto alte con pazienti che hanno questa forma di placca aggressiva che si chiama proliferativa ad altri in cui addirittura non abbiamo bene idea di quanto sia grosso rischio.

Cosa sono le zone potenzialmente maligne. Vi presento un caso strong: è un paziente che ho visto la prima volta nel 2018, un signore che allora aveva una quarantina d'anni e che venne da me perché aveva una serie di lesioni bianche in particolare a livello delle gengive ma anche a livello del bordo della bocca. La prima volta che l'ho visto mi sono immediatamente preoccupato del bordo lingua, perché la lingua è la sede più a rischio di

non abbiamo ancora dati significativi perché per conoscere l'effetto di un fattore rischio sul cancro ci vuole tempo e questa pratica è ancora relativamente recente.

Porto comunque un caso descritto in letteratura in cui gli autori affermano che il paziente si ammala a causa della sigaretta elettronica:





Da Lichen Planus a carcinoma squamocellulare

Testimonianza

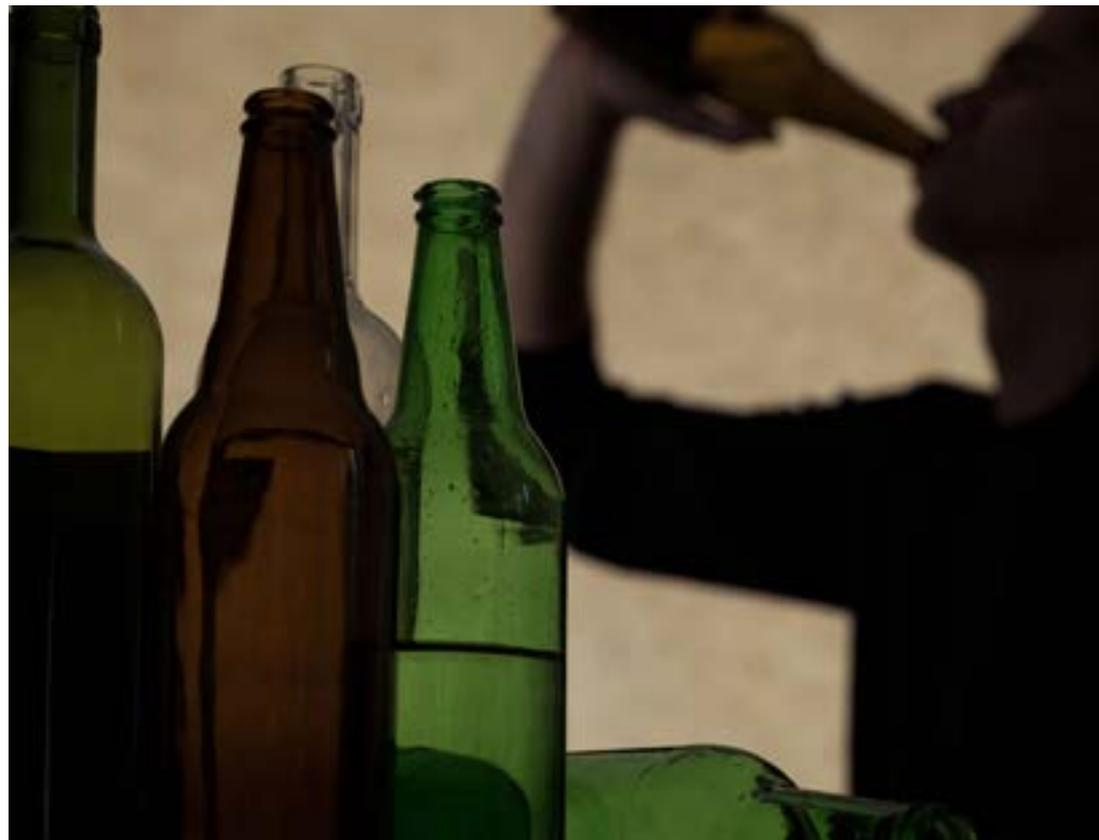


Vivo con il sorriso sulle labbra

Testimonianza



sviluppare il tumore, e del palato perché era la sede clinicamente meno bella. Facciamo la biopsia, lo inquadrriamo, gli spieghiamo che è a rischio di ammalarsi di cancro e stabiliamo una serie di visite di controllo, perché in realtà ne parleremo un'altra volta. Ma noi non abbiamo cure per questi pazienti per ridurre o addirittura eliminare il rischio di tumore della bocca. L'unica cosa che possiamo fare è cercare di intercettare il tumore il prima possibile. Lo stesso signore, nell'aprile 2020, anticipa una visita di controllo per aver notato un'anomalia: si tratta di un paziente che aveva capito molto bene il problema, molto consapevole. Fa una biopsia e in effetti ha un carcinoma, per cui lo mandiamo dai nostri chirurghi maxillo facciale. A ottobre 2020, lo stesso signore avvisa che dall'altra parte gli è successa una cosa molto simile. Morale, nuovo intervento. A marzo 2023 la storia si ripete: stiamo parlando di un signore che dalla prima volta che l'ho visto ha sviluppato tre carcinomi. È una persona giovane e continueremo a stargli molto addosso perché c'è il rischio che lo sviluppi ancora. C'è poi un dato interessante che riguarda "volgarmente" il conto in banca: chi ha più disponibilità economica rischia di incorrere meno frequentemente nel cancro del cavo orale, al netto di alcol e fumo. Questo ha a che fare, com'è facilmente intuibile, con una serie di ragioni: da una migliore alimentazione con consumo maggiore di frutta e verdura che sono certamente fattori protettivi a una maggiore frequenza di visite odontoiatriche e igiene orale. C'è invece una letteratura molto precisa che dimostra che non c'è nessuna prova, nessuna dimostrazione, nessuna prova scientifica che il trauma cronico sia un fattore di rischio per il cancro. Io



dico sempre che le mucose in realtà sono traumatizzate di continuo ogni volta che mangiamo. Cosa si intende per trauma cronico? È una cosa che abbiamo dovuto cercare di capire: io so che non è così però ci sono i colleghi che dicono se tu hai un dente fratturato o hai una protesi o uno scheletrato incongruo quello può determinare insorgenza del cancro alla bocca, quindi lo sfregamento, il trauma di questi tessuti duri o manufatti protesici, può determinare l'insorgenza di un cancro. Ripeto, però, che non esiste alcuna prova a riguardo. Il paziente-tipo che si può ammalare di cancro alla bocca è più frequentemente un maschio con scarsa disponibilità economica che magari ha delle lesioni che lo

espongono al rischio, un fumatore, un forte bevitore, un paziente anziano. Da qualche tempo però, circa una quindicina d'anni, ci siamo accorti che qualcosa sta cambiando con un abbassamento dell'età un'assenza di fattori di rischio noti. L'ipotesi è che ci siano delle basi genetiche che siano fattori di rischio non modificabili. Negli ultimi anni c'è stato un aumento significativo nei giovani di tumori di molti tipi tra cui testa e collo. E non si sa perché, non si ha la più pallida idea. In assenza dei fattori di rischio classici ci si sta interrogando su fattori di rischio che non conoscevamo oppure su fattori genetici o chissà... Quando parlo di fattori rischio a me includerne due che chiamo "ambientali". Il primo prende spun-



Dal carcinoma squamocellulare si guarisce

Testimonianza



Posso dire senza retorica che mi hanno salvato

Testimonianza



to da una ricerca fatta in Spagna ma sono convinto che se la facesimo in Italia il risultato sarebbe lo stesso. Hanno chiesto a dei cittadini: se lei avesse un'ulcera sulla lingua che non guarisce cosa farebbe? In Spagna 2/3 hanno risposto che si rivolgerebbero al medico di base. Non so come sia la medicina di base in Spagna, magari funziona molto bene, però la cosa che colpisce è che meno di un quarto pensa all'odontoiatra, ed è una cosa che succede anche qua. In alternativa le persone si rivolgono in farmacia dove qualsiasi cosa tu abbia in bocca è un'afte e quindi ti danno un prodotto per quello. Poi il paziente torna dopo 15 giorni e gli danno un altro prodotto. A quel punto, finiti i prodotti per le afte, il

paziente chiede aiuto a un medico e molto spesso è l'otorino. La verità è che il cittadino pensa che l'odontoiatra sia quello che gli aggiusta i denti o gli pulisce le gengive e non che possa anche occuparsi di altre malattie. Forse la colpa è anche nostra. Innanzitutto andrebbe sempre fatto un controllo della lingua e del palato. L'altro fattore che io definisco ambientale nasce da un'indagine fatta non tanti anni fa all'Università La Sapienza tra gli studenti e le persone che ci lavorano, quindi un gruppo che dal punto di vista di educazione scolastica è medio-alto. Alla domanda se avessero mai sentito parlare del cancro della bocca, il 55% ha detto di no. Quindi è una malattia che non si conosce. Peccato che io, di media, comunico a un paziente che è ammalato di cancro alla bocca una volta la settimana, anzi, di più. All'anno facciamo tra 50 e 65 diagnosi di cancro alla bocca. E vi posso assicurare che la grande maggioranza dei pazienti, oltre a spaventarsi, ha paura. Sono sorpresi, mi dicono "Ma io non sapevo che esistesse il cancro alla bocca. Io pensavo di avere un'afte". Per questo chi ha un'ulcera sulla lingua che non guarisce dopo tre settimane, non è sfiorato neanche dal pensiero che possa essere qualcosa di brutto, non mi preoccupa. Io faccio sempre il paragone con il melanoma, un tumore di superficie: è visibile perché può essere preceduto da altre cose come un nevo che si trasforma. Se voi chiedete ai cittadini italiani, tutti sanno cos'è un melanoma, anzi magari qualcuno sa anche i fattori di rischio. Sa tutti poi vedono una "cosa nera" vanno dal dermatologo. È evidente che abbiamo un problema. Uno potrebbe dire, perché? Perché è raro. No, non è vero. Per i maschi la percentuale di tumore alla bocca

(compresi testa e collo) è 1/40, per le donne 1/171. Non è raro, no? Per alcune categorie tipicamente i maschi tra i 50 e i 69 è al quinto posto tra i tumori più frequenti: non è raro, non è raro. Una volta che ci si ammala, si muore con una certa frequenza. Se ti ammali di un tumore alla bocca la tua probabilità di essere ancora vivo dopo cinque anni è po' più del 50%. Io sono vecchio abbastanza da ricordare che i primi pazienti che incontravi trattati per tumore alla bocca erano sfigurati, non avevano più la mandibola per intero, avevano un profilo assolutamente devastato. In questo siamo molto migliorati: conta la qualità di vita oltre che la durata e quindi sono state sviluppate delle tecniche molto sofisticate che permettono ai pazienti di conservare, nella maggior parte dei casi, la funzionalità estetica.

Vorrei chiarire che oggi non abbiamo alcun trattamento medico-chirurgico o di altra natura in grado di ridurre significativamente il rischio di ammalarsi di cancro o addirittura di eliminarlo. Quindi, in questi pazienti, quello che possiamo fare è cercare di intercettare l'eventuale insorgenza di tumore il prima possibile, in modo da fare un trattamento conservativo ed efficace per evitare le conseguenze peggiori.

## LE PATOLOGIE

### Cancro della bocca

Il cancro della bocca non è tumore raro e per questa malattia in Italia ogni giorno muoiono circa 8 persone. Ma fortunatamente grazie ai notevoli progressi nel trattamento guarire è possibile. A patto, però, che la diagnosi venga fatta il prima possibile. Ad esempio un odontoiatra formato può riconoscere un cancro alla bocca anche durante una semplice visita di controllo.



Mi sento di dire una cosa: non bisogna abbattersi!

Testimonianza

### Lichen planus

Il lichen planus orale è una malattia infiammatoria cronica, la cui causa è sconosciuta, che colpisce circa l'1% della popolazione, con una leggera predilezione per il sesso femminile. Nella sua forma classica si presenta con strie biancastre disposte come una ragnatela sulle superfici che rivestono l'interno della bocca (soprattutto le guance), nonostante possa manifestarsi anche con aree arrossate o ulcere.

### Afte

Le afte sono ulcere molto comuni che colpiscono in particolare donne e bambini. Le cause di questa malattia sono sconosciute, benché si ritenga che non siano dovute a microrganismi e non siano trasmissibili. Talvolta la loro comparsa si verifica in seguito ad assunzione di cibi particolari, traumi e situazioni di stress. La diagnosi delle afte si basa sul loro aspetto caratteristico (piccole ulcere rotondeggianti e colore bianco giallo con un margine più rosso), mentre può essere necessario ricorrere ad una biopsia nei casi atipici. Si distinguono tre aspetti clinici che differiscono per il numero e le dimensioni delle lesioni: le afte minori, le afte maggiori e le afte erpetiformi. Il trattamento locale con disinfettanti ed antinfiammatori, può ridurre il dolore causato dalle afte e abbreviarne la durata.

### UN'ASSOCIAZIONE PER IL CANCRO ALLA BOCCA

ACAPO è un Ente del Terzo Settore nato presso l'Ospedale San Paolo di Milano, da sempre centro all'avanguardia nella cura delle malattie della bocca, con lo scopo di creare una rete di medici, ricercatori, pazienti e loro familiari, uniti nella lotta contro il cancro della bocca. Il progetto ha l'obiettivo di informare sulla malattia, sostenere i pazienti

in tutto il loro percorso di guarigione e di formare tutto il team dello studio odontoiatrico a intercettare la malattia nei suoi stadi precoci e a prendersi cura del paziente sottoposto a terapie oncologiche.

Ma davvero i tumori possono interessare anche la bocca?

Troppo spesso ci siamo trovati di fronte a domande simili da parte dei nostri pazienti, dimostrando come la conoscenza di questa malattia da parte della popolazione è troppo approssimativa. Lo scopo di ACAPO è fornire a tutti le informazioni utili per prevenire i tumori del cavo orale e per poterli intercettare nelle fasi più precoci, quando la malattia risulta ampiamente curabile.

Il nostro lavoro quotidiano è volto al sostegno costante e continuativo del paziente malato e dei suoi familiari e amici che condividono con i pazienti questo complicato percorso. Con il nostro supporto vogliamo trasmettere al paziente la serenità necessaria per affrontare ogni passo

Questo volto sta per sorridere. Grazie a te.

**5x**  
mille

Aiutaci a riportare il sorriso sui volti e nelle vite dei pazienti affetti dal cancro e dalle altre patologie orali. Destina il tuo **5x 1000 ad ACAPO**, l'associazione che lotta ogni giorno a fianco dei pazienti per tornare a farli sorridere. Consegna al tuo commercialista il nostro codice fiscale: **97786840153**

Foto tratta da "Oral Cancer Awareness Project" del fotografo Thomas Blomster a Roma e Firenze

**ACAPO ONLUS**  
CON I PAZIENTI CONTRO IL CANCRO DELLA BOCCA

dalla diagnosi al trattamento, fino alla completa riabilitazione e ripresa di una vita appagante. La nostra filosofia è quella che le competenze mediche siano sempre imprescindibili da un approccio umano ed empatico. Quindi: sostegno medico, psicologico, ma anche economico, per i trattamenti che il SSN non può o non riesce a erogare.

Rendere il cancro del cavo orale una malattia sempre più curabile è possibile. Per fare questo uno degli obiettivi primari è mettere l'intero team medico-odontoiatrico nelle condizioni di riconoscere i segni della malattia e le lesioni che la precedono e, nel caso, accompagnare il paziente verso una diagnosi corretta. Inoltre, dal momento che una bocca sana è uno dei principali determinanti la qualità di vita dei pazienti malati di tumore alla bocca, siamo in prima linea nell'organizzazione di eventi di formazione e attività culturali rivolti al personale medico e alla popolazione generale: sapere è potere!

# IMPIANTI A GUARIGIONE OSSEA PRIMARIA E RIVESTITI IN NITRURO DI TITANIO (TIN) DUE CASI CLINICI

a cura di

**Massimo Sacco**

ODONTOIATRA

saccodoc@libero.it



## Caso N° 1

Fig.1 Caso iniziale. Si noti l'elemento fratturato.



Fig.2 Estrazione e posizionamento immediato di impianto Evo (PHI) con abutment provvisorio in PEEK.



Fig.3 Controllo della guarigione del tessuto mucoso dopo 3 settimane.

## INTRODUZIONE

I principi implantologici enunciati molti anni or sono da PI Branemark indicavano in 6 mesi il tempo di attesa prima di sottoporre a carico gli impianti a livello del mascellare superiore, mentre per la mandibola i tempi erano stabiliti in 4 mesi. Numerosi studi sperimentali e clinici, nei decenni successivi, hanno portato ad alcune modifiche di questo protocollo, perché si è dimostrato che gli impianti dentali potevano essere caricati precocemente e



Fig. 4 Controllo radiografico a 3 mesi.

anche immediatamente, con ottime percentuali di successo a lungo termine. L'idea alla base del concetto di Guarigione Ossea Primaria consisteva nella possibilità di inserire un impianto in un osso, preparato con frese dedicate a bassissima velocità, con presenza di un gap minimo tra sito implantare e superficie dell'impianto e senza alcuna compressione; ciò permetteva di mantenere la vitalità delle cellule immediatamente coinvolte nel processo riparativo. Robert Schenk negli anni settanta ha prospettato la possibilità di poter ottenere la riparazione in una frattura mediante rimodellamento osseo e senza la formazione di tessuto osteoide (1-2). Il vantaggio sarebbe stato quello di una guarigione più rapida. Questo concetto è stato, poi, ripreso in anni successivi dal Dott. Giuseppe Vrespa (3). Studi istologici sulla Macaca Fascicularis e su uomo, in impianti a carico precoce, impianti a carico immediato, impianti post-estrattivi, impianti post-estrattivi a carico immediato, hanno sempre evidenziato la presenza di osso corticale, compatto maturo alla interfaccia con gli impianti, con assenza di tessuto connettivo fibroso, zone di necrosi, cellule infiammatorie e cellule caratterizzanti la reazione da corpo estraneo (4-10). In questo lavoro si sono voluti valutare i risultati clinici e radiologici,



Fig. 5 Posizionamento delle corone in metallo-ceramica.

applicando il protocollo di carico immediato, utilizzando impianti rivestiti in Nitruro di Titanio (TiN). Questo rivestimento ha dimostrato di possedere alcune caratteristiche estremamente positive, quali una significativa riduzione della presenza dei batteri e della formazione del biofilm, una ottima biocompatibilità senza alterazioni delle caratteristiche della superficie degli impianti, una attività favorente la proliferazione, l'attacco ed il differenziamento di osteoblasti e fibroblasti (11-18). Inoltre, questo rivestimento è stato dimostrato

avere una elevata inerzia chimica con un basso coefficiente frizionale; aumenta anche la resistenza all'usura e la durezza del metallo (11-18). Questo rivestimento è stato utilizzato in implantologia, parodontologia, protesi, ortodonzia, ed endodonzia (11-18).

**MATERIALI E METODI**

Il presente studio prende in considerazione due pazienti di sesso femminile, senza particolari patologie nell'anamnesi prossima e remota, e con una età superiore

a 40 anni. Il piano di trattamento prevedeva la realizzazione di due impianti post-estrattivi immediati a carico immediato in sede 1.5 e 2.2. Gli elementi dentali corrispondenti non potendo essere recuperati dovevano essere estratti; le condizioni cliniche tissutali di prossimità e le esigenze estetiche delle pazienti hanno fatto propendere per una funzionalizzazione immediata con corone provvisorie. Gli impianti utilizzati sono impianti a vite, rivestiti da TiN, di 4.5 mm di diametro e 10 mm di lunghezza (Evo, PHI, Primary He-



**Caso N° 2**  
Fig.6 Caso iniziale.



Fig.9 Inserimento dell'impianto e restauro coronale immediato con provvisorio.



Fig.7 Radiografia panoramica iniziale del caso. Si noti il notevole riassorbimento dell'elemento dentario.



Fig.10 Guarigione della mucosa ed inserimento dell'abutment definitivo.



Fig.8 Estrazione dell'elemento dentario compromesso.



Fig.11 Restauro definitivo con corona in ceramica.

aling Implant, Lancer Global, Trezzano sul Naviglio, Milano). Si tratta di un impianto bifasico bone level con abutment ad accoppiamento conico e con platform switching. Gli impianti sono stati inseriti dopo l'estrazione degli elementi dentali (rispettivamente 1.5 e 2.2) a circa 1 mm al di sotto del livello della cresta ossea. Le pazienti sono state protesizzate provvisoriamente con elementi preformati su abutment in peek, opportunamente preparati. I manufatti protesici sono stati controllati e debitamente modificati per fornire un'occlusione uniformemente distribuita, eliminando gli stress da sovraccarico. Dopo circa due mesi si è proceduto al rilevamento dell'impronta. Dopo una settimana sono stati posizionati gli abutments definitivi in metallo e protesi definitive. La protesi definitiva sono state eseguite con una struttura zirconia/ceramica (Figg. 1-13).

## RISULTATI

I controlli post-chirurgici sono stati effettuati dopo la prima settimana in cui i tessuti presentavano già un'ottima guarigione. Dopo circa tre mesi, nel primo caso, e di cinque anni nel secondo caso, sono stati effettuati i controlli radiografici in cui erano presenti aspetti di completa osteointegrazione (Fig. 12-13). All'esame Cone Beam, dopo 5 anni, era possibile osservare la mancanza assoluta di riassorbimento dell'osso peri-crestale (Fig. 13).

## CONCLUSIONI

I risultati clinici e radiologici hanno dimostrato, in entrambi i casi, una ottima guarigione dei tessuti molli ed il fatto che la funzionalizzazione immediata non ha compromesso l'osteointegrazione degli impianti. Il rivestimento in Nitruro di Titanio ha confermato ancora una volta, come da lavori precedentemente pubblicati (11-18), la perfetta biocompatibilità nei confronti sia dei tessuti duri che molli. In conclusione, sia la tipologia degli impianti utilizzati sia il rivestimento in TiN hanno permesso una risposta biologica ottimale a livello dei tessuti peri-implantari sia profondi che superficiali.



Fig.12 Controllo radiografico con ortopantomografia a 5 anni.



Fig.13 Controllo radiografico con Cone Beam a 5 anni.

## Bibliografia

1. Schenk RK, Müller J, Zinkernagel R, Willenegger H. Ultrastructure of normal and abnormal bone repair. *Calcif Tissue Res.* 1970;Suppl:110-1.
2. Schenk RK. Histology of primary bone healing. *Fortschr Kiefer Gesichtschir.* 1975;19:8-12.
3. Vrespa G, Piattelli A, Casolo F. *La Guarigione Ossea Primaria in Implantologia* Edizioni PHI, S. Vittore Olona (Milano), 2001, pag. 27-319
4. Piattelli A, Corigliano M, Scarano A. Microscopical observations of the osseous responses in early loaded human titanium implants: a report of two cases. *Biomaterials.* 1996;17:1333-7.
5. Piattelli A, Paolantonio M, Corigliano M, Scarano A. Immediate loading of titanium plasma-sprayed screw-shaped implants in man: a clinical and histological report of two cases. *J Periodontol.* 1997;68:591-7.
6. Piattelli A, Corigliano M, Scarano A, Quaranta M. Bone reactions to early occlusal loading of two-stage titanium plasma-sprayed implants: a pilot study in monkeys. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1997;17:162-9.
7. Piattelli A, Corigliano M, Scarano A, Costigliola G, Paolantonio M. Immediate loading of titanium plasma-sprayed implants: an histologic analysis in monkeys. *J Periodontol.* 1998;69:321-7.
8. Scarano A, Iezzi G, Petrone G, Marinho VC, Corigliano M, Piattelli A. Immediate postextraction implants: a histologic and histometric analysis in monkeys. *J Oral Implantol.* 2000;26:163-9.
9. Paolantonio M, Dolci M, Scarano A, d'Archivio D, di Placido G, Tumini V, Piattelli A. Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man. *J Periodontol.* 2001;72:1560-71.
10. Guida L, Iezzi G, Annunziata M, Salierno A, Iuorio G, Costigliola G, Piattelli A. Immediate placement and loading of dental implants: a human histologic case report. *J Periodontol.* 2008;79:575-81.
11. Scarano A, Piattelli M, Vrespa G, Caputi S, Piattelli A. Bacterial adhesion on Titanium Nitride coated and uncoated implants: an in vivo human study. *J Oral Implantol.* 2003;29:80-5.
12. Scarano A, Piattelli M, Vrespa G, Petrone G, Iezzi G, Piattelli A. Bone healing around titanium and titanium nitride-coated dental implants with three surfaces: an experimental study in rats. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2003;5:103-11.
13. Del Castillo R, Chochlidakis K, Galindo-Moreno P, Ercoli P. Titanium Nitride Coated Implant Abutments: From Technical Aspects And Soft tissue Biocompatibility to Clinical Applications. A Literature Review *J Prosthodont* 2022;31:571-578.
14. Ritz U, Nusselt T, A Sewing A et al. The effect of different collagen modifications for titanium and titanium nitride surfaces on functions of gingival fibroblasts *Clin Oral Investig* 2017;21:255-265.
15. Osman MA, Kushnerev E, Alamoush RA, Seymour KG, Yates JM. Two Gingival Cell Lines Response to Different Dental Implant Abutment Materials: An In Vitro Study. *Dent J* 2022;10:192.
16. Osman MA, Alamoush RA, Kushnerev E, Seymour KG, Shawcross S, Yates JM. Human osteoblasts response to different dental implant abutment materials: An in-vitro study. *Dent Mater* 2022;38:1547-1557.
17. Ji MK, Park SW, Kwangmin Lee K et al. Evaluation of antibacterial activity and osteoblast-like cell viability of TiN, ZrN and (Ti1-xZrx) N coating on titanium. *J Adv Prosthodont* 2015;7:166-71.
18. Al Jabbari YS, Koutsoukis T, Al Hadlaq S, Berzins DW, Zinelis S. Surface and cross-sectional characterization of titanium-nitride coated nickel-titanium endodontic files. *J Dent Sci* 2016;11:48-53.

*In occasione della Giornata nazionale della salute della donna, Straumann Group e l'esperta hanno fatto un punto sull'odontoiatria di genere in Italia, sulle differenze del sorriso di donne e uomini e sullo scenario professionale.*



## IL SORRISO È (ANCHE) UNA QUESTIONE DI GENERE

**M**ilano, 22 aprile 2024 – Da tempo tra donne e uomini vengono riconosciute molte differenze: biologiche, psicologiche e sociali, ma non tutti sanno che queste potrebbero avere una relazione diretta e un impatto sulla loro salute orale e sull'aspetto del sorriso.

Un'evidenza importante per Straumann Group - leader globale in implantologia e nelle soluzioni ortodontiche che ripristinano il sorriso e la fiducia - e la Dottoressa Martina Stefanini, ricercatrice all'Università di Bologna, membro attivo di società scientifiche come SIdP e ITI, editor di una rivista e speaker internazionale: in occasione della Giornata nazionale della salute della donna (22 aprile), hanno fatto luce sull'odontoiatria di genere, sulle differenze tra i sessi e sulla professione.

### **ODONTOIATRIA DI GENERE, QUESTA (S)CONOSCIUTA**

Si tratta di un concetto nuovo appartenente alla sfera della medicina di genere, ovvero un approccio che tiene conto delle variabili di genere tra uomini e donne che possono influenzare lo sviluppo delle malattie, la risposta ai trattamenti e l'accesso alle cure sanitarie. Seppur non sia da considerare come la "medicina delle donne", negli ultimi anni l'attenzione si è focalizzata proprio sul genere femminile, in quanto storicamente meno considerato: ad esempio, negli USA le donne sono state incluse negli studi clinici finanziati solo dal 1993 e sono ancora sottorappresentate (20% circa) nelle sperimentazioni cliniche. Fattori che portano a disuguaglianze in termini di assistenza sanitaria, prevenzione ed efficacia delle cure.

Le differenze di genere hanno quindi un impatto su diverse sfere della salute, compresa quella del cavo orale. "L'obiettivo dell'odontoiatria di genere è proprio quello di indagare in modo più approfondito e specifico le differenze tra donne e uomini, per garantire un accesso più equo ed efficace alle cure sanitarie - commentano gli esperti - È importante unire le forze e prevedere sempre più studi e ricerche in quest'ottica, valutando fattori come l'incidenza delle malattie, le cause e le risposte ai trattamenti".

### **DONNE E UOMINI: SORRISI DIVERSI**

Una ricerca condotta presso l'Università di Bradford ha rilevato alcune differenze tra il sorriso di uomini e donne: attraverso l'analisi di 49 punti di riferimento facciali, il team di ricerca ha sco-

perto che il genere femminile è solitamente caratterizzato da un sorriso più ampio. Da ulteriori esperienze cliniche si denota un diverso approccio rispetto alla salute del cavo orale: le donne sono più attente, rispettose dei controlli periodici dal dentista e hanno una maggiore cura di se stesse. Sono proprio loro, infatti, a richiedere più frequentemente trattamenti sbiancanti e allineatori trasparenti per migliorare la propria estetica (78%). Questo interesse maggiore, di contro, può portare anche ad un rischio più alto di recessioni gengivali dovute a traumi da spazzolamento.

### IL SORRISO DELLE DONNE: COME CAMBIA NEGLI ANNI

Nel corso della vita le donne, a differenza degli uomini, subiscono cambiamenti ormonali che - causando una variazione della risposta immunitaria - possono influire anche sulla salute del cavo orale. Ecco le principali fasi e il legame con la salute della bocca:

- **Pubertà / adolescenza** - Questa fase comporta cambiamenti ormonali significativi che influenzano la flora batterica, aumentano la reattività infiammatoria alla placca batterica e predispongono alla comparsa di patologie delle mucose come afte ed herpes durante il ciclo mestruale, ma anche di gengiviti. Inoltre, anche malattie come i disturbi alimentari - più tipici nelle donne e con fascia di esordio proprio a 15-19 anni - possono aumentare l'acidità del cavo orale che a sua volta può portare a erosione dentale, alitosi e carie.

- **Gravidanza** - Vomito frequente, una diversa composizione della saliva e un maggiore desiderio di cibi come dolci possono contribuire a problemi dentali come la carie. Inoltre, durante la gravidanza, il progesterone può far sì che i piccoli vasi sanguigni nei tessuti gengivali diventino più permeabili, causando gonfiore e infiammazione e un maggiore rischio di sviluppo di problemi gengivali.

- **Menopausa** - Durante la menopausa, il calo degli estrogeni provoca un'alterazione del processo

di metabolismo osseo favorendo l'osteoporosi che è una patologia associata a un aumentato rischio di fratture ossee da fragilità. La terapia dell'osteoporosi effettuata con farmaci anti riassorbitivi può comportare problematiche anche importanti a livello del cavo orale. Inoltre, in questa fase si possono poi verificare cambiamenti come assottigliamento e secchezza delle mucose della bocca, insieme a una minore produzione di saliva.

### CONSIGLI E PUNTI DI ATTENZIONE SECONDO GLI ESPERTI

Per migliorare sempre di più la salute orale bisognerebbe quindi valutare ogni fase della vita. Gli esperti, infatti, suggeriscono visite di controllo e istruzioni di igiene personalizzate in relazione alle diverse fasce d'età:

- **Pubertà / adolescenza** - Considerando il ruolo centrale dei cambiamenti ormonali e, di conseguenza, delle mutate risposte immunitarie che possono far scaturire gengiviti, è fondamentale in questo periodo della vita adottare un'igiene orale domiciliare corretta per prevenire problematiche nelle fasi successive: lavare i denti tre volte al giorno, utilizzando possibilmente uno spazzolino elettrico senza dimenticare il filo interdentale.

- **Gravidanza** - Le più frequenti gengiviti che si verificano in questa fase devono essere trattate ed

è importante sottolineare che non ci sono complicanze particolari per le pazienti che si sottopongono a terapia eziologica parodontale, in particolare nel secondo trimestre. Anzi, al contrario, la malattia parodontale non trattata sembra avere delle correlazioni con maggiori rischi di sviluppare complicanze come parti prematuri, bambini con basso peso alla nascita e gestosi. Importante inoltre prendere qualche accorgimento, come l'assunzione di fluoro per rinforzare i denti e una dieta corretta, con l'integrazione di vitamina C, D e A e minerali come ferro e calcio utili per la mineralizzazione di ossa e denti. Durante la gestazione, quindi è fortemente suggerito effettuare visite di controllo dal dentista.

- **Menopausa** - In questo periodo, specialmente nelle donne affette da osteoporosi è fondamentale rivolgersi all'odontoiatra per una valutazione del cavo orale e una visita parodontale prima dell'assunzione di eventuali terapie. In particolare, i farmaci anti riassorbitivi (bifosfonati) perché questi possono portare a complicanze in caso di trattamenti dentali come la chirurgia estrattiva, parodontale e implantare che deve essere quindi sostenuta con particolari precauzioni e attenzioni.

### IL LAVORO DEL DENTISTA NON È PIÙ SOLO PER UOMINI

La questione di "genere" sta cambiando anche lo scenario professionale: un tempo la maggior parte dei medici negli studi dentistici erano uomini. Oggi il trend si sta invertendo: gli uomini iscritti all'Albo sono oltre 45.000, mentre le donne sono già arrivate a 17.000. Inoltre, le attuali iscrizioni all'università nella facoltà di odontoiatria vedono un incremento delle donne. Lo spazio per il genere femminile quindi si amplia: testimonianza ulteriore sono progetti come WIN (Women Implantology Network), un network globale di 5.000 professionisti (inclusa la dottoressa Stefanini) in oltre 20 Paesi nel mondo ideato da Straumann Group con l'obiettivo di rendere le donne sempre più protagoniste del settore dentale.





**EDGEENDO**<sup>®</sup>

**dental trey**  
A HENRY SCHEIN<sup>®</sup> COMPANY

EDGE  **UTOPIA**<sup>™</sup>



Scopri di più  
sulla nuova  
linea



**Prestazioni** avanzate  
Prezzo **straordinario**  
**Tecnologia** eccellente

EDGE X7  UTOPIA<sup>™</sup>

EDGE ONE-R  UTOPIA<sup>™</sup>

EDGETAPER **BLAZE**  UTOPIA<sup>™</sup>

# Antiaggreganti e anticoagulanti: per una corretta gestione in chirurgia orale

## Relatori

Dott.ssa Raffaella Garbelli  
Dott. Maurizio Bonaita



con il patrocinio di



## Sabato 25 Maggio 2024

L'obiettivo di questo corso è inquadrare le patologie per le quali è necessaria la prescrizione di farmaci anticoagulanti e antiaggreganti e approfondire le nostre conoscenze per quanto riguarda la TAO (Terapia Anticoagulante Orale) e antiaggregante, inquadrare i pazienti sottoposti a queste terapie e il loro rischio trombo embolico per impostare interventi chirurgici odontoiatrici in sicurezza e nel massimo comfort post operatorio del paziente.

## Relatori

Dott.ssa Raffaella Garbelli  
Dott. Maurizio Bonaita

## Sede del Corso

Dental Marghera Academy, Via Marghera 24, 20149 Milano MI

## Data e orari del corso

Sabato 25 Maggio 2024 - Ore 08.30 -13.30

## Numero partecipanti: 20

**Quota di partecipazione:** gratuito per i soci COM

**Quota di associazione:** 50€ da effettuarsi tramite il sito web [www.cenacolomilanese.com](http://www.cenacolomilanese.com)

**Modalità d'iscrizione:** richiesta scritta via mail all'indirizzo [cenacolomilanese@gmail.com](mailto:cenacolomilanese@gmail.com) o via Whatsapp al numero +39 338 780 1837

# ANTAMOP

Associazione Nazionale  
titolari soci e amministratori  
ambulatori medici e odontoiatrici

ANTAMOP svolge attività sindacale,  
con iniziative a vantaggio e tutela  
della categoria, oltre ad una serie  
di altri servizi a beneficio degli  
associati.

WWW.ANTAMOP.IT - INFO@ANTAMOP.IT



ATTIVITÀ  
SINDACALI

CORSI DI  
FORMAZIONE

INFORMAZIONE  
DI SETTORE

# CORSI COM

LA SEDE PER TUTTI GLI EVENTI È  
VIA MARGHERA 24 - MILANO

## IL CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO MILANESE PRESENTA UN 2024 RICCO DI EVENTI CULTURALI INTERESSANTI:

### Sabato 25 Maggio Ore 9-13

Relatori: Raffaella Garbelli  
e Maurizio Bonaita  
"Antiaggreganti e anticoagulanti  
in chirurgia orale"

CORSO ORGANIZZATO DAL CENACOLO  
ODONTOSTOMATOLOGICO MILANESE

### Venerdì 14 Giugno Ore 9-17

Relatori: Stefano Storelli  
e Daniele Monateri  
"Flusso digital: dalla presa dell'impronta  
alla chirurgia guidata"

CORSO STRAUMANN CON IL PATROCINIO  
DEL CENACOLO ODONTOSTOMATOLOGICO  
MILANESE. PER ISCRIZIONI RIVOLGERSI  
DIRETTAMENTE ALLA STRAUMANN

### Venerdì 26 Ottobre Ore 9-17

Relatore: Gabriele Rossini  
"Clear correct academy"

CORSO STRAUMANN  
CON IL PATROCINIO DEL CENACOLO  
ODONTOSTOMATOLOGICO MILANESE

### Venerdì 15 Novembre Ore 09-17

Relatori: Giuseppe Ramundo  
Pietro Fusari  
"Forme e connessioni implantari  
per il successo a lungo termine"

CORSO STRAUMANN  
CON IL PATROCINIO DEL CENACOLO  
ODONTOSTOMATOLOGICO MILANESE

### I MARTEDÌ DI DENTAL MARGHERA

*La partecipazione è aperta e gratuita a  
tutti ma la prenotazione è obbligatoria  
al numero 351.6868252*

### Martedì 17 settembre Ore 19.30-20.15

Relatore: dott. Odoni Filippo  
"Denti sani? Il vero e il falso"

### Martedì 15 ottobre Ore 19.30-20.15

Relatore: Raffaella Garbelli  
"l'agopuntura in odontoiatria e medicina"

### Martedì 19 Novembre Ore 19.30-20.15

Relatore: Segretarie Dental Marghera:  
de Cristofaro e Giurdanella  
"Segreteria: questa sconosciuta"

A OGNI CORSO SEGUIRÀ APERITIVO  
OFFERTO DALLA DENTAL MARGHERA



**ASTRAMAX HD-LED**  
Lampada scalitro a LED

I nostri uffici sono aperti dal lunedì al venerdì  
dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00  
+39 02 71 90 65

**De Marco**

CERTIFICAZIONE DI SISTEMA QUALITÀ  
DNV  
ISO 9001

Dal 1985 progettiamo, importiamo e distribuiamo prodotti e attrezzature atte a creare condizioni di igiene e sicurezza per i pazienti, il professionista ed i collaboratori nello studio odontoiatrico e medicale in genere.

Siamo certificati dal 1998 e abbiamo sempre puntato sulla qualità di ciò che vendiamo e sull'efficacia del servizio.

Qui è disponibile la nostra Politica per la Qualità 



Sindacato Italiano Assistenti  
di Studio Odontoiatrico

Dal 2007 in prima linea  
per il riconoscimento,  
la conquista e la difesa  
dei diritti della **figura  
professionale dell'ASO**

### SERVIZI AI TESSERATI

**Difesa legale**  
**Consulenza del Lavoro**  
**Aggiornamento Professionale**  
**Rappresentanza della Categoria**

**S.I.A.S.O.** è un'associazione  
sindacale autonoma libera,  
democratica, apartitica  
e senza scopo di lucro



## CORSI SIOD



**S.I.O.D.**

SINDACATO ITALIANO  
ODONTOIATRIA DEMOCRATICA

# Congresso Nazionale 2024

Nuovi Orizzonti in Odontoiatria.  
Tra Innovazione e Sostenibilità  
del Sistema Sanitario.

*Quale formazione per il futuro?*

### PROGRAMMA

**07 - 08 giugno / PALERMO**

**Saracen Sands Hotel & Congress Centre**

**Isola delle Femmine**

**LA LOCATION**

### Partecipazione

**SOCI SIOD** gratuito  
**ASO iscritti al SIASO** gratuito

**NON ASSOCIATI**  
erogazione volontaria in sede congressuale

Info su crediti ECM e ore di aggiornamento ASO nella pagina dedicata

### Iscrizione online

obbligatoria  
entro il 15 maggio 2024



**SIOD.IT**



CONFIDENCE BEYOND IMMEDIACY

# Straumann® BLX Confidence Beyond Immediacy.



### DYNAMIC BONE MANAGEMENT™

Il design dell'impianto permette di ottenere una stabilità primaria ottimale in tutti i tipi di osso.



### RISULTATI ESTETICI

La connessione unica permette di avere risultati estetici predicibili e semplici da raggiungere.



### REALE FIDUCIA

Le garanzie Straumann su cui contare, Roxolid® e SLActive®, predicibili in ogni situazione clinica.

L'impianto Straumann® BLX rappresenta un concetto che va oltre l'immediatezza: il suo design pionieristico e il Dynamic Bone Management™, i risultati estetici raggiunti con facilità, il materiale, la superficie, le opzioni protesiche, il completo flusso digitale e il leggendario background del brand Straumann® lo rendono un impianto unico, con una impareggiabile stabilità primaria e una incredibile capacità di osteointegrazione.



Per saperne di più  
visualizza il QRcode



 **straumann**