

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

N. 6 - 2019



Denti e non solo

LE APP SONO UTILI O DANNOSE?



Cambiamenti

In implantologia la metodologia digitale offre dei vantaggi

Nella fase di transizione tra una medicina d'organo e una nuova medicina che metta al centro il paziente e la sua salute orale

Cancro orale

Campagna di prevenzione "Non nascondere la tua bocca"

Il personale del Consiglio regionale della Lombardia si è sottoposto a visite gratuite per intercettare eventuali lesioni sospette

Siaso

"Brutto, sporco e cattivo": questo è il sindacato degli Aso secondo l'Andi

"I dirigenti dell'associazione stanno cercando di riportare l'odontoiatria a un passato senza rispetto per lavoratori e pazienti"

Le app sono utili o dannose?

di **Federica Demarosi** - MD, DDS, PhD

App, social network, blog, forum sono strumenti utilizzati quotidianamente da milioni di persone anche in ambito medico e odontoiatrico. Ciò è stato possibile dalla enorme diffusione di smartphone, tablet e mini pc, strumenti di piccole dimensioni, facili e veloci nell'uso e di costo contenuto. Questi strumenti consentono una connessione 7 giorni su 7, 24 ore su 24 e dappertutto, con l'abbattimento delle barriere spazio temporali. Ma questi strumenti sono da considerarsi un aiuto, possono essere sfruttati per migliorare la salute dei nostri pazienti o possono invece influenzare e interferire, anche negativamente, con le nostre scelte terapeutiche?

Attraverso le app, per esempio, possiamo intervenire in moltissimi modi nella gestione della salute. Queste sono, infatti, in grado di favorire l'adesione terapeutica e la prevenzione persuadendo attraverso il "gioco" ad adottare comportamenti orientati alla salute, utilizzando il sistema delle ricompense. L'insieme delle app che permettono di intervenire con varie modalità sulla salute viene definito mobile Health (m-Health). Oggi sono disponibili più di 100.000 app di m-Health sulle diverse piattaforme. Le 20 gratuite più diffuse per lo sport, la forma e la salute sono già installate su circa 250 milioni di dispositivi in tutto il mondo.

Nel 2017 erano 3,4 miliardi le persone in possesso di uno smartphome e la metà di loro utilizzava app di sanità mobile. Ci sono app per la gestione delle terapie, molto utili per i pazienti con patologie croniche o pazienti che hanno difficoltà a deambulare. Ci sono app per facilitare l'accesso alle terapie (prevalentemente informative). Ci sono app per il wellness (per migliorare lo stile di vita: permettono per esempio di creare programmi di allenamento, valutano i contenuti nutrizionali, stimolano l'automotivazione). Ci sono app per l'autodiagnosi. E, oltre alle app per i pazienti, ci sono anche app per i medici, molto eterogenee: da quelle informative, ai tutor per la gestione di patologie complesse e altro ancora. E in ambito odontoiatrico? Per odontoiatri e pazienti esistono numerose app di ogni genere: le più numerose sono giochi per bambini, ma ci sono anche app per motivare e aiutare il bambino a una migliore

(SEGUE A PAG. 19)

Odontoiatria Team at Work

N. 6 - 2019

10



18



21



- 4 LA METODOLOGIA DIGITALE
IN IMPLANTOLOGIA: ECCO I VANTAGGI
- 10 MILANO: "NON NASCONDERE LA TUA BOCCA"
VISITE AL PERSONALE DELLA REGIONE LOMBARDIA
- 14 LA PREVENZIONE È L'UNICA VERA ARMA
CONTRO IL TUMORE DEL CAVO ORALE
- 18 BRUTTI, SPORCHI E CATTIVI: IL SINDACATO DEGLI ASO
SECONDO I DIRIGENTI DELL'ANDI
- 21 CONTROLLI E SALUTE DELLA BOCCA
NEI BAMBINI AMERICANI
IL SUCCESSO A LUNGO TERMINE
DELLE RIABILITAZIONI IMPLANTOPROTESICHE
- 22 PREVENZIONE DEL CANCRO ORALE:
LINEE GUIDA PER GLI OPERATORI
- 23 I RISTORANTI DA CONSIGLIARE

Il board editoriale



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



BRUNO BRIATA
Odontoiatra



FEDERICA DEMAROSI
MD, DDS, PhD



FULVIA MANGENGA
ASO



MANLIO DI GIOVANNI
Critico musicale

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 universita-
rio)
Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)
Ernesto Rapisarda (professore universitario)
Lia Rimondini (professore universitario)
Eugenio Romeo (professore universitario)

Andrea Sardella (professore universitario)
Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)
Tiziano Testori (odontoiatra)
Carlo Tinti (odontoiatra)
Fabio Tosolin (psicologo)
Serban Tovaruu (professore universitario)
Leonardo Trombelli (professore universitario)
Filippo Turchet Casanova (odontoiatra)
Roberto Weinstein (professore universitario)

Odontoiatria - Team at Work
Periodico d'informazione
Registrato presso il Tribunale di Milano
22/05/2014 - N.197
Editore Otaw Srl
via Raffaello, 31/A - Milano
redazione@otaw.it

Direttore Responsabile
Giulio Cesare Leghissa
giulioleghissa@blogspot.com
Direttore scientifico
Federica Demarosi

Redazione: 2C Edizioni Srl
via Albani, 21 - Milano
segreteria@2cedizioni.it
Progetto grafico: Studio Migual
piazza Veladini, 4 - Brugherio
studio@migual.it



Geistlich
Biomaterials



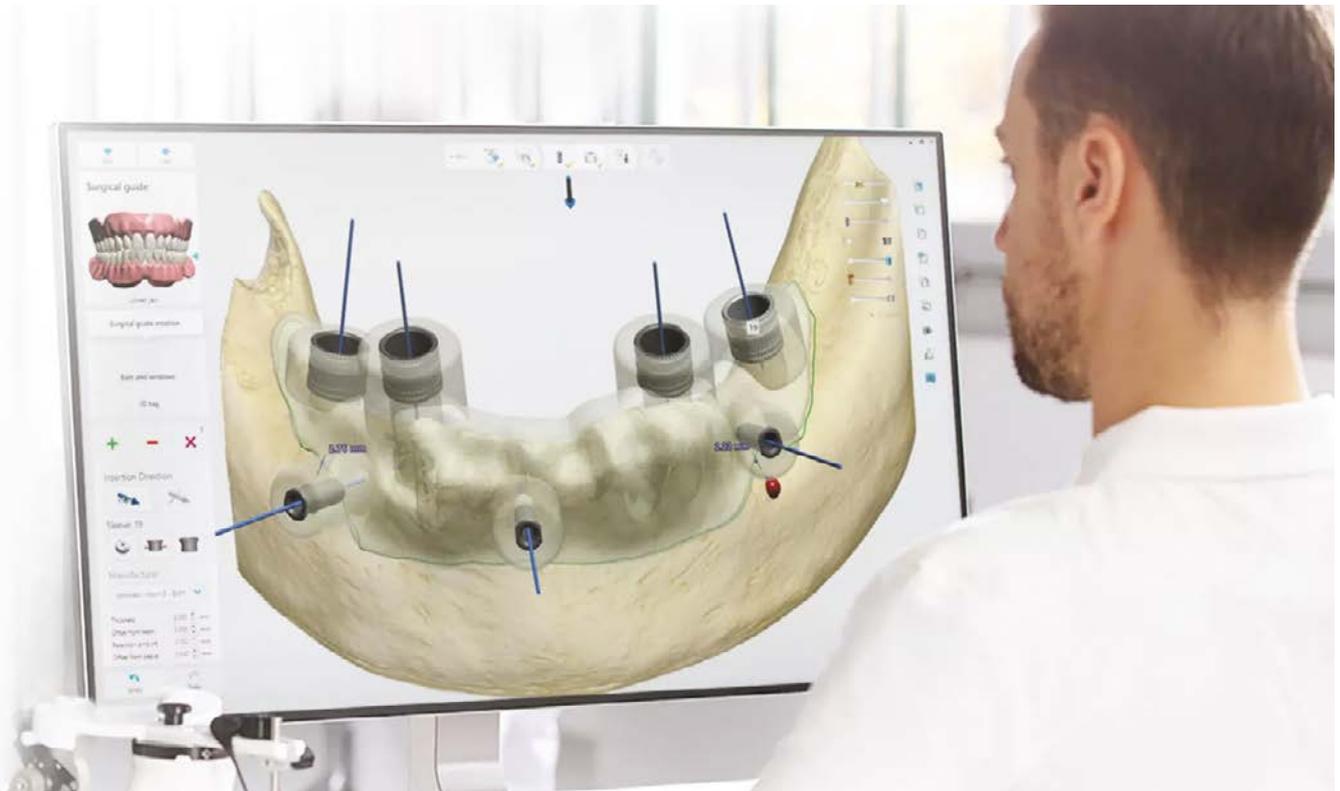
FARMACEUTICI DOTT. CICCARELLI S.P.A.
20138 Milano - Via Clemente Prudenziro, 13
Tel. 02 58072.1 - Fax 02 58012594 - www.ciccarelli.it

SISTEMA DI GESTIONE QUALITA' UNI EN ISO 9001:2015
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

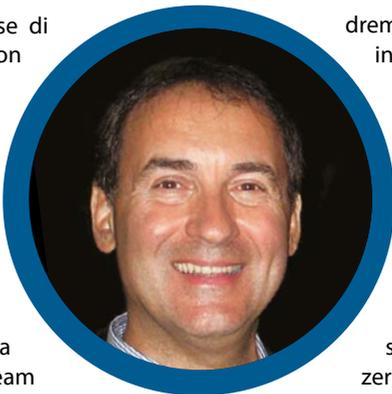
LA METODOLOGIA DIGITALE IN IMPLANTOLOGIA: I VANTAGGI

di Mauro Merli

ODONTOIATRA



Siamo in una fase di transizione, con un passaggio da una medicina d'organo a una medicina più orientata a una visione olistica che metta al centro il paziente, il quale affida la cura della propria salute orale a un team di professionisti. In questa logica ho pensato di condividere la mia esperienza nell'ambito di una nuova area della nostra disciplina, quella digitale, in cui stanno accadendo cambiamenti incredibili, alcuni dei quali sotto gli occhi di tutti, un'area fluida, dinamica, in progress. È un dato di fatto che per il processo diagnostico rappresenti un'evoluzione straordinaria. Inizio da un interrogativo: quanti utilizzano nella propria pratica la chirurgia guidata, che è una delle modalità per raggiungere un livello di maggiore precisione che ve-



dremo successivamente in cosa si concretizza.

In altri termini quello che noi sappiamo oggi è che circa il 10% della popolazione odontoiatrica utilizza di routine la chirurgia guidata. Dovete sapere che in Svizzera, dove ho lavorato per diversi anni, nel corso di laurea è obbligatorio effettuare chirurgia implantare solo ed esclusivamente attraverso la chirurgia guidata. In pratica il 100% degli studenti utilizza nel 100% dei casi la chirurgia guidata. Quali sono i vantaggi sostanziali di questa metodica? Per coglierli, è necessario fare un passo indietro guardando con attenzione a quell'area particolarmente importante per la salute della riabilitazione implantare che è quella dei tessuti molli. Basti pensare, per esempio, a come una cattiva posizione implantare generi

NEL TONDO A FIANCO:
MAURO MERLI

inevitabilmente delle riabilitazioni con un profilo d'emergenza inadeguato. E, giocoforza, è facile immaginare come un profilo del genere possa rendere estremamente complesso mantenere quelle condizioni di salute della riabilitazione implantare. Per cui, osservando superficialmente in modo meramente ispettivo le immagini cliniche di una riabilitazione implanto-supportata, l'apparenza dello stato di salute di questi impianti sembrerebbe essere positiva: non vi sono i classici segni di arrossamento o edema risultanti da una mera indagine ispettiva. Ma se guardiamo con attenzione le caratteristiche della riabilitazione protesica diventa chiaramente evidente che è impossibile creare i presupposti per mantenere la salute orale di questi impianti. In modo particolare osserverete come l'impianto terminale in questo caso presenti una profondità di sondaggio particolarmente elevata e in questo caso la perimplantite è da considerarsi una malattia iatrogena. È chiaro che il biofilm batterico sarà la causa

SPECIALE COM

del processo infiammatorio che ha generato la disfunzione implantare, ma è altrettanto evidente che la cattiva posizione di quell'impianto ha creato i presupposti per rendere impossibile mantenere le condizioni di salute. Il posizionamento degli impianti basato sul piano di trattamento protesico rappresenta il requisito fondamentale per ottenere un successo clinico funzionale ed estetico.

Tornando alla domanda iniziale: perché l'odontoiatria digitale, perché questi nuovi strumenti messi a nostra disposizione rappresentano un valore aggiunto?

- Perché riducono gli errori e va chiarito subito che errore tecnico e complicità non sono sinonimi. La complicità è un evento assolutamente imprevedibile che può alterare il processo di guarigione della ferita; nell'errore tecnico noi siamo invece profondamente responsabili.

- Perché può ridurre i rischi di complicità.

- Perché può contrarre i tempi dell'atto operatorio.

In qualche modo, dunque, è una dilatazione dei tempi del processo diagnostico a vantaggio della fase operativa: quella nella quale il processo decisionale che ha condotto alla scelta di quella determinata proposta terapeutica ci consentirà di liberare la mente ed essere più lucidi, più attenti nella fase operativa.

Quello dell'odontoiatria digitale è un capitolo, oggi più che mai, particolarmente vasto perché parte dalla fase di analisi estetica per la quale esistono software ad hoc che consentono di previsualizzare il risultato finale, ma mi piace porre attenzione anche sull'applicazione nel campo diagnostico individuando, per esempio, delle piramidi ossee con cui, attraverso l'inclinazione degli impianti, ridurre la necessità di invasività operativa e procedure ricostruttive; e ancora, odontoiatria digitale vuol dire dialogo con il paziente, design, milling, utilizzo delle stampanti 3D ecc... un mare magnum in continua evoluzione a cui la nostra professione dovrà adeguarsi e con cui dovrà integrarsi.

Quello che emerge da una recente revisione sistematica della letteratura ("The complete digital workflow in fixed prosthodontics") nella quale gli autori hanno analizzato, utilizzando i principali motori di ricerca, soltan-

to trial randomizzati nei quali hanno considerato il flusso digitale versus quello analogico per riabilitazioni implanto-protesiche o percorsi misti che prevedano il contributo tanto dell'una quanto dell'altra procedura, è emerso con chiarezza che questo flusso di lavoro ha una serie di vantaggi: riduzione dei costi, miglioramento dell'efficienza temporale, miglioramento del grado di soddisfazione del paziente. Questi vantaggi vanno compresi nella loro interezza a una condizione, quella per la quale è possibile enfatizzare il ruolo di questi strumenti attraverso un approccio di team: questa è anche la ragione per cui Paesi, anche europei, meno sviluppati in ambito odontoiatrico hanno compreso in modo molto maggiore l'importanza di questa nuova area dell'odontoiatria rispetto all'Italia, dove permane un atteggiamento prevalentemente individualistico che in un certo qual modo rende difficile superare le barriere perché è inevitabile che introdurre queste tecnologie implica rimbocarsi le maniche e ridistribuire parte dei lavori a tutte le componenti del team.

Parafrasando Charles Darwin, le specie che sopravvivono meglio in una situazione così dinamica come quella attuale, non sono quelle più intelligenti e nemmeno quelle che sono in grado di comprendere in anticipo gli

eventi, ma quelle che alla mattina si adattano meglio e più velocemente al mutare delle condizioni che li circondano. Sulla base di questa premessa ho diviso la mia presentazione in quattro capitoli ben distinti.

Cominciamo dal padre indiscusso e riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale di quest'area dell'odontoiatria, Daniel van Steenberghe. Alla fine degli anni Novanta capisce l'importanza di lavorare insieme con un gruppo di ingegneri con cui realizza un software dedicato attraverso cui poter guidare la posizione implantare in modo più preciso, quindi meno legato alla soggettività del professionista pur mantenendo e conservando lo skill del chirurgo. Nel 2002 e nel 2003 pubblica per la prima volta due articoli che rappresentano delle pietre miliari nella letteratura scientifica in questo campo (17:663-670 "A custom template and definitive prosthesis allowing immediate implant loading in the maxilla - A clinical report"/JOM 14:131-136 "Accuracy of drilling guides for transfer from three-dimensional CT-based planning to placement of zygoma implants in human cadavers"): nel primo descrive una serie di casi clinici edentuli totali trattati con l'ausilio di una mascherina chirurgica. Nel secondo analizza la precisione tra la pianificazione virtuale e la realtà anatomica di impianti zigomatici cioè della lunghezza di 45/50 millimetri,

SOTTO:
DANIEL VAN STEENBERGHE,
IL "PADRE" DELL'IMPLANTOLOGIA
DIGITALE





una vera e propria sfida. Non solo investe tempo e cerca risorse nell'area del software insieme a un pool di ingegneri ma elabora anche un hardware, ovvero una serie di strumenti finalizzati a trasferire le informazioni acquisite durante il processo diagnostico nella sala operatoria. Alla fine di questo complesso processo ha invitato una decina di colleghi di cui ho avuto la fortuna di fare parte: ci ha presentato questo nuovo protocollo per testarlo e valutare eventuali criticità prima di presentarlo alla comunità scientifica internazionale. Adele è la prima paziente che ha individuato nel 2003 all'indomani dell'incontro sulla base delle strette indicazioni avute da Daniel van Steenberghe. Il protocollo prevedeva essenzialmente tre passaggi:

- la fase diagnostica per la quale si individuano i possibili siti implantari più idonei
- il trasferimento di queste informazioni a un'unità di produzione che ci consenta di realizzare una mascherina chirurgica
- l'eventuale carico immediato

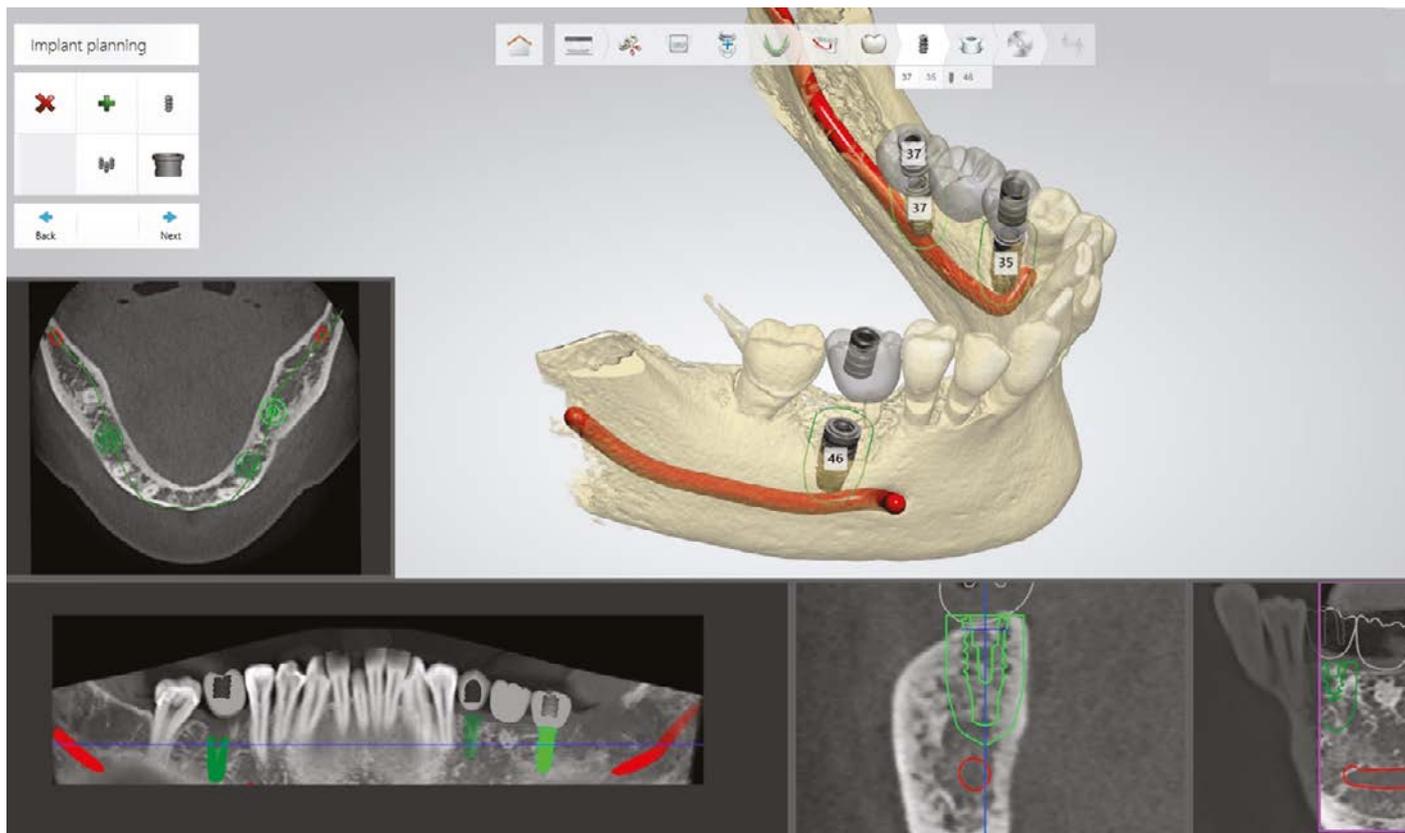
Non vi nascondo che allora per poter effettuare la pianificazione da inviare all'Università di Goteborg e ottenere l'approvazione da un gruppo di inge-

gnieri impiegai tre giorni, una quantità di tempo assurdo che oggi sarebbe impensabile spendere per un'operazione del genere, dovuta alle scarse conoscenze e competenze di allora in questo campo. Una volta fatta la mia parte, non solo ho ricevuto la mascherina chirurgica, ma addirittura la protesi definitiva: questa rivoluzione fu emozionante ma allo stesso tempo ingenuamente sconcertante rispetto al ruolo della manualità del chirurgo che temevo potesse essere sminuito, inficiato o ridotto dall'avvento di queste novità. Ho dunque proceduto con la stabilizzazione in bocca della dima chirurgica da fissare con dita chirurgiche ancorate, mettendo in atto una procedura flebless cioè senza il sollevamento di un lembo e in quel caso specifico sono stato particolarmente favorito in quanto la quantità di tessuto cheratinizzato era molto abbondante e ieri come oggi le indicazioni sarebbero ancora corrette; procedura flebless che val bene ricordare come oggi nella mia realtà sia un'eccezione e non la regola, perché vi è la piena consapevolezza della straordinaria importanza di mantenere il tessuto cheratinizzato adeso ai piani sottostanti per preservare la salute perimplantare che è un punto cardine per il successo che si intende ottenere. L'aspetto più straordinario di quella

volta fu che al termine dell'intervento chirurgico potei subito procedere con la riabilitazione protesica definitiva. Vi erano degli escamotages realizzati dagli ingegneri con degli abutement che compensavano delle discrepanze eventualmente ravvisate soprattutto sul piano verticale tra la pianificazione virtuale e il manufatto protesico. Morale: questa procedura, se eseguita con le giuste indicazioni e la necessaria attenzione maniacale nel seguire tutti i passaggi, è dimostrato che può dare ottimi risultati anche sul medio/lungo periodo con notevoli risparmi rispetto alla procedura analogica.

Mettiamo da parte la storia e guardiamo alla chirurgia guidata oggi e facciamo una sorta di analisi di questa mappa ideale che ci porta a un workflow completamente digitale. Le informazioni più recenti forniteci dai ricercatori e attraverso studi in vitro e in vivo hanno consentito di tracciare e analizzare questa complessa mappa: 3950 foto foto foto che fondamentalmente consta di queste tappe:
 Intraoral scan
 3D CBCT
 Virtual planning
 Surgical guide
 Temporary restoration
 Prosthetic scan
 Prosthetic virtual scan
 Final prosthesis delivery

Vorrei approfondire in particolare il tema dell'impronta digitale che ha una serie incontrovertibile di vantaggi. Noi nella struttura abbiamo 5 scanner digitali con caratteristiche differenti ed è impressionante osservare il gap dal primo modello acquistato 11 anni fa al più recente in termini di software e di hardware. Rilevare le impronte di un'arcata che è il frutto di mesi e mesi di prove diventa un'operazione veramente rapida. E poi la grande mole di informazioni che acquisiamo già in prima o seconda visita, una volta approvato il percorso diagnostico, può essere tradotta in modelli di studio digitali. Poi il settore forse di massima espansione dell'implantologia digitale è quello della stampa 3D. Perché stampare questi modelli oggi è un processo che può essere completato in brevissimo tempo. Per poter produrre un modello di qualità con la stampante che utilizzo io occorrono 20 ore... ma l'innovazione è in crescita esponenziale e oggi sono disponibili modelli ancora più



rapidi e sempre meno costosi.

Quali sono dunque le caratteristiche che deve avere uno scanner intraorale? Accuracy (Accuratezza) = trueness (veridicità) + precision (precisione). Idealmente uno scanner intraorale deve possedere un alto livello di trueness e di precisione. La qualità di uno scanner dipende dalla risoluzione. La strategia di acquisizione delle informazioni attraverso la scannerizzazione intraorale è un processo complesso: ok, uno può essere disponibile a investire una somma importante nel macchinario per ritenersi a posto. Ovviamente non è così innanzitutto perché la curva di apprendimento è decisamente estesa.

Vorrei enfatizzare il ruolo della metodologia digitale nel campo della chirurgia implantare. Per poter andare a fondo e analizzare la pianificazione virtuale è evidente che questi dati acquisiti attraverso la scannerizzazione intraorale andranno matchati con i dati Dicom. La pianificazione virtuale è il primo step di questo complesso processo che ha vantaggi incontrovertibili, liberando la mente del clinico durante la fase operativa. Il processo decisionale è la tappa più importante in assoluto perché si valutano le alternative curative e si avanzano le proposte terapeutiche al paziente.

Con i dati acquisiti, grazie ai dispositivi oggi disponibili, possiamo andare a selezionare il sito, valutare indirettamente la qualità ossea e capire, in altri termini, se ci sono le esigenze o meno per effettuare chirurgia ricostruttiva. È importante sottolineare che l'avvalersi di questi strumenti digitali non implica sempre flebless e sempre in situazioni ideali.

Il caso di Stefania: buone condizioni di salute, ASA 1 dal punto di vista sistemico, non fuma, in equilibrio metabolico, non assume farmaci, non ha fattori di rischio reali ma ciò che preoccupa e va raccolto come dato è l'aspetto psicologico: è una giovane donna estremamente provata dal suo vissuto odontoiatrico perché è già una portatrice di protesi mobile a livello di mascellare superiore e inferiore. Ha un livello di autostima scarsiissimo, è frustrata e ha anche problemi di budget. Il digitale aiuta enormemente anche in questa direzione: il caso di Stefania è complesso, tanto che non parleremo più di riabilitazione di tipo conformativo ma di riabilitazione di tipo riorganizzativo. Basandosi su una mera indagine ispettiva, semiotica, è evidente che il mascellare sia superiore sia inferiore risultano essere particolarmente atrofici. Ora, l'indagine di acquisizione di informazioni è molto

più complessa: in questo caso ci si avvale anche di cartelle analogiche o digitali, di acquisizione di informazioni estetiche perché la paziente chiede anche una riabilitazione che possa dare una corretta linea del sorriso. Nelle nostre cartelle incrociamo informazioni di diversa natura che, assembleate, ci danno un grande aiuto in riabilitazione protesica. Tutto questo per arrivare a una tappa fondamentale, durante la quale vogliamo ottenere informazioni aggiuntive dal punto di vista dei fattori di rischio locali. In questo caso stiamo parlando di una riabilitazione del 2011 e allora c'era la necessità di un dispositivo extra orale per matchare i dati della scannerizzazione intraorale. Oggi questo passaggio sarebbe tranquillamente e velocemente superabile. Sulla base di queste informazioni possiamo procedere con la pianificazione virtuale attraverso l'utilizzo di un software dedicato di qualità. Selezioniamo dunque una serie di aree nelle quali è evidente che la quota residua di osso è insufficiente per poter intervenire con aspettative prognostiche positive di lungo termine. È altrettanto evidente che dobbiamo coniugare chirurgia guidata con chirurgia ricostruttiva. Siamo in quella fase del flusso digitale in cui, effettuata la pianificazione, inviamo i dati all'unità di produzione, che oggi

Biomaterials@Straumann®

Biomaterials@Straumann®.
Quando un'opzione
non è sufficiente.

Decenni d'esperienza in odontoiatria e rigenerazione orale ci hanno portato a comprendere e soddisfare le diverse esigenze, indicazioni e preferenze. La soluzione giusta in implantologia e parodontologia è studiata per adattarsi al singolo caso. Straumann offre un'eccezionale gamma di biomateriali per soddisfare le aspettative vostre e dei vostri pazienti.



Richiedete le diverse
opzioni disponibili.
Contattate Straumann.



si può fare in house. Oggi tutta la produzione della mascherina viene fatta in casa. Quali vantaggi? Innanzitutto l'abbattimento dei costi. Attraverso una stampante 3D, usando cifre simboliche per far capire il range, nella produzione di una mascherina chirurgica si passa da centinaia di euro a pochi euro (200/300 euro contro 2/3: questo è il range di grandezza). Ovviamente bisogna dedicare tempo in house. Abbiamo così dato il via a una procedura che, sempre in una logica parodontale per un'implantologia parodontalmente oltre che protesicamente guidata, prevede un appoggio dentale, il sollevamento di un lembo mucoperiosteale, la preservazione di tutto il tessuto cheratinizzato e dunque il debride della cresta rossa attraverso onde ultrasuoni specifiche: una cresta particolarmente sottile 20 anni fa sicuramente avrebbe comportato una chirurgia addirittura bifasica con prelievo della cresta iliaca, cosa che io non faccio più dal 2001 perché troppo invasivo, impattante e costoso, non tanto e non solo in termini economici ma soprattutto biologici. Bene, pensate che cosa è cambiato negli ultimi 10/15 anni da procedure che prevedevano anestesia totale, ospedalizzazione di 2/3 giorni ecc a procedure assolutamente ambulatoriali, in sedazione cosciente. Quella stessa cresta particolarmente sottile oggi consente

di ottenere una stabilità primaria assolutamente appropriata, prevede l'esposizione di alcune spire che peraltro risultano essere della stessa medesima entità di quella effettuata durante la pianificazione virtuale a ulteriore riprova di come, se il processo è fatto in modo corretto, i dati coincidono e noi li possiamo osservare visivamente e analizzare in modo concreto. In presenza di alcune spire esposte si procederà con una GBR seguendo i principi della rigenerazione ossea guidata e, in questo caso come per procedure di minima entità, attraverso il contributo della membrana in collagene possiamo recuperare e ottenere un volume appropriato. E poi un'implantologia parodontalmente guidata consentirà di muovere i tessuti molli per ottenere una guarigione per prima intenzione a livello interprossimale. Dunque, una modalità molto molto meno invasiva rispetto al passato. E questo implica riduzione dei tempi e dei costi innanzitutto nell'interesse del paziente. Arriviamo dunque al ruolo dei fresatori, che possono aiutarci a raggiungere obiettivi utili nell'abbattere tempi e costi. Di fronte a elementi compromessi in modo irreversibile, adottiamo una procedura che nel caso di un solo dente, lo dico candidamente, mi sento di fare a mano libera, ma in numero superiore, due o tre, la dima chirurgica dà dei van-

taggi a mio avviso eccezionali. Inseriamo l'impianto, inseriamo lo scan body e poi immediatamente in sala operatoria andiamo a effettuare la registrazione con lo scanner intraorale dello status quo, cioè della posizione dell'impianto. Mentre il tecnico o chi per lui elaboreranno un disegno dell'incisivo centrale controlaterale e attiveranno un fresatore, io andrò a completare l'intervento colmando quel gap a livello boccale, quel difetto infraosseo presente tra la parete del processo alveolare e la superficie implantare attraverso il contributo di un biomateriale lento in assorbimento come il TDBM e attraverso il contributo di un innesto connettivale: trovo che questa soluzione, cioè l'utilizzo di una matrice biologica organica che può essere l'innesto connettivale oppure una matrice eterologa, consenta di ottenere un sigillo della ferita e di proteggere la stabilità del coagulo. Ora, ottemperando a questi principi siamo in grado di adattare il tutto in modo corretto e, mentre io eseguo questa procedura, il tecnico realizza il provvisorio attraverso dei software dedicati. In pochi minuti si fa il design, poi la cialda viene inserita all'interno del fresatore e attraverso il fresatore si realizza il provvisorio, che incorpora già le informazioni che io ho trasferito ripetutamente, cioè l'assenza di contatti statici e dinamici.

ALLA RICERCA DELLE LESIONI SOSPETTE



occupa dell'assistenza a 360° alle persone colpite dal tumore alla bocca, con la partecipazione del Cenacolo odontostomatologico milanese (COM) che da oltre 30 anni si occupa della formazione costante dei professionisti".

GIULIO C. LEGHISSA
Segretario Generale SIOD



S.I.O.D.

SINDACATO ITALIANO ODONTOIATRIA
 DEMOCRATICA

La prima cosa che voglio sottolineare è questa: molte persone colte ci hanno scritto soprattutto attraverso i nostri canali social chiedendoci cosa c'entri l'appellativo democratico associato all'odontoiatria. Forse queste persone si sono scordate che democratico significa innanzitutto colui che ama e ha interesse per le "cose" pubbliche, dei cittadini. Per

Il 9 luglio, presso l'infermeria di Palazzo Pirelli a Milano, si è tenuta una giornata molto significativa: il personale del consiglio regionale ha potuto sottoporsi a visite gratuite. Obiettivo: intercettare eventuali lesioni sospette che potrebbero rivelarsi tumori del cavo orale. Presenta l'iniziativa Filippo Turchet Casanova (odontoiatra, nel tondo a destra): "Non nascondere la tua bocca è la giornata che abbiamo organizzato insieme con Regione Lombardia che ci ha dato la possibilità di utilizzare l'infermeria del Grattacielo Pirelli, conosciuto anche come Pirellone, emblema di Milano e oggi sede del Consiglio regionale, per fare delle visite gratuite ai suoi dipendenti. Si tratta di un appuntamento che in-



tende sensibilizzare sia i cittadini sia tutte le figure del team odontoiatrico, dentisti, igieniste e ASO, sull'importanza della prevenzione per ciò che concerne il tumore alla bocca. Ci preme sottolineare che ognuno deve fare la propria parte: per questo è significativa la presenza di tutti gli enti che hanno aderito all'iniziativa: oltre a Regione Lombardia, l'Università degli Studi di Milano con il Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Odontostomatologia II - Medicina e Patologia Orale e Odontoiatria dell'Ospedale San Paolo di Milano Antonio Carrassi; il Sindacato italiano di odontoiatria democratica (Siod); il Sindacato italiano assistenti di studio odontoiatrico (Siaso); l'Associazione italiana degli igienisti dentali (Aidi); la onlus Acpo che si



capirne a pieno il significato basta rifarsi all'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Non è così purtroppo: quasi il 40% degli italiani non va dal dentista perché non può permettersi di pagare; una percentuale compresa, a seconda del livello di istruzione, tra il 30% e il 34% dei bambini italiani dai 3 ai 14 anni non è mai andata dal dentista. Migliaia di giovani odontoiatri italiani lavorano nei service o nelle cooperative a 8/10 euro all'ora: d'altro canto abbiamo tanti studi che chiudono con la sindrome della poltrona vuota. Infine abbiamo migliaia di cittadini italiani che muoiono ogni anno a causa del cancro della bocca. Allora questa è la domanda che dobbiamo porci: se un sindacato di odontoiatri non si preoccupa di rispondere a tali problematiche, cosa

ci sta a fare? Ecco perché noi siamo il Sindacato italiano di odontoiatria democratica ed ecco perché partecipiamo a questa giornata.

ANTONIO CARRASSI
Professore ordinario



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

Io credo che sia importante sottolineare che la tutela della salute delle persone debba essere al centro di qualsiasi percorso sanitario. Dunque, in quest'ottica, se vogliamo vedere correttamente quali sono i problemi, è straordinario notare che le principali cause di morte e malattia nei Paesi occidentali sono legate fondamentalmente a stili di vita: fumo, alcol, alimentazione, ambiente e inquinamento. Il tumore del cavo orale colpisce solo in Italia, ogni anno, circa 4 mila persone ed è normalmente in rapporto a questi fattori di rischio. L'Università degli Studi di Milano non solo si preoccupa di sviluppare tematiche di prevenzione, ma disegna dei percorsi formativi che hanno al centro della missione del medico la prevenzione, che si tratti di malattie cardiovascolari, di tumori, di malattie polmonari, di malattie orali. È importante riflettere che le malattie orali, comprendendo anche carie, gengiviti e altre patologie parodontali, sono prevenibili: non sappiamo tutto, ma sappiamo moltissimo e la rimozione dei fattori eziologici consentirebbe una riduzione molto consistente di queste malattie. Mi sia concessa un piccola digressione sempre collegata sul tema delle vaccinazioni perché parlando di cancro orale va detto che se i principali fattori eziologici sono fumo di tabacco e alcol, durante gli ultimi decenni è risultato chiaro che anche un virus, quello del papilloma umano, in particolare i sottotipi 16 e 18, gioca un ruolo fondamentale. Chiaro è che se io vaccino la popolazione femminile per la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero mi aspetto anche una prevenzione di tutti i tumori del cavo orale relegati allo stesso virus. Come dicevo l'Università ha come obiettivo, nella formazione del medico, quello di



migliorare la salute globale dei nostri concittadini e al di là delle iniziative terapeutiche e della formazione io credo che la prevenzione giochi un ruolo fondamentale. Consideriamo che un tumore del cavo orale se viene diagnosticato quando è piccolo si ha l'85% di possibilità di vedere viva la persona che ne è affetta dopo 5 anni: se non è in questa condizione, questa percentuale che è prossima alla guarigione completa crolla al 45% con una qualità di vita anche non bella. Quindi

la prevenzione, la formazione, l'educazione sanitaria nelle scuole, la lotta all'inquinamento atmosferico, al tabacco e all'alcol sono tutti strumenti che dovrebbero consentire alla nostra società una promozione della salute in termini integrali, perché attuare prevenzione verso il cancro della bocca significa nello stesso tempo che questo beneficio si diffonde su tutte le altre malattie che riconoscono lo stesso agente eziologico. Concludendo, la giornata di oggi è molto importante perché l'obiettivo è quello di dare comunicazione delle cose che sappiamo, eventualmente individuare lesioni iniziali e suggerire alle persone con cui veniamo a contatto di adottare stili di vita sani per la tutela della loro salute.

FULVIA MAGENGA
Segretario generale SIASO



S I A S O

SINDACATO ITALIANO ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICO

ADERENTE A confisat

Il Siaso ha partecipato alla realizzazione di questa giornata consapevole del fatto che anche se ufficialmente la figura dell'assistente di studio odontoiatrico è stata inquadrata da un punto di vista legale solo da poco tempo, dal 2018, oggi più che mai gli ASO hanno l'obbligo di assistere il dentista sapendo quello che



fanno. In particolare, per banale che possa sembrare, devono sapere che la prima cosa da preparare subito e affinché possa essere erogata la terapia sono gli strumenti essenziali: un paio di guanti, una luce che possa illuminare il cavo orale, un foglietto di garza e uno specchietto. Bastano infatti questi elementi all'odontoiatra per capire se all'interno del cavo orale ci sono dei segni potenzialmente pericolosi, delle lesioni che devono essere individuate nel minor tempo possibile inviando il paziente nel primo centro disponibile che sappia come affrontare queste patologie. Questa è la ragione per cui continueremo a divulgare tra il personale degli studi odontoiatrici iniziative come queste.

VINCENT ROSSI
Presidente COM



**Cenacolo
Odontostomatologico
Milanese**

Sono qui oggi a Palazzo Pirelli per una giornata importante, un'iniziativa davvero significativa, che interessa il cancro orale, che riconosce in una diagnosi precoce uno dei momenti significativi che possono davvero cambiare il trattamento e l'esito della malattia. Ovviamente tutte le persone che fanno parte di un team odontoiatrico hanno "accesso" alla bocca e magari anche in modo frequente. Quindi a maggior ragione è importante che odontoiatri, igienisti, ASO, ciascuno per la parte che compete, siano sensibilizzati nell'andare a indagare anche le mucose orali per poter scovare qualche segno della malattia: è un'operazione di pochi secondi, che molti spesso trascurano, ma che può salvare delle vite e va effettuata sempre. La prevenzione è l'altra faccia della stessa medaglia: sempre sul team odontoiatrico ricade l'onere di informare il paziente dei



Dr. Ciccarelli
dal 1821

S.O.S.[®] DENTI

RIGENERA & PROTEGGE LO SMALTO

DENTIFRICIO E SIERO SENZA PARABENI, SLS E TRICLOSAN
con INSTANT ACTIVE PHOSPHATE Rigenerante e Rinforzante



Dalla ricerca Ciccarelli, la soluzione combinata per rigenerare lo smalto.

La matrice minerale dei denti viene normalmente rigenerata fisiologicamente da calcio e fosfato presenti nella nostra saliva. Giorno dopo giorno però lo smalto dei denti si consuma e può nascere il problema della ipersensibilità dentinale. La ricerca **Dr. Ciccarelli ha trovato la soluzione**, un utilizzo combinato di siero e dentifricio con Instant Active Phosphate che favorisce la rigenerazione dello smalto.

COME FUNZIONA:

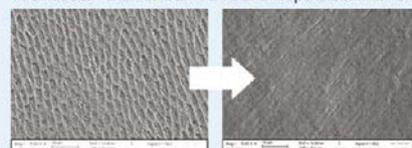
Instant Active Phosphate stimola i fenomeni di rigenerazione e riparazione dello smalto replicando la composizione dei cristalli di calcio presenti sui denti, rilasciando inoltre in modo prolungato ioni fluoro attivi come inibitori della demineralizzazione.



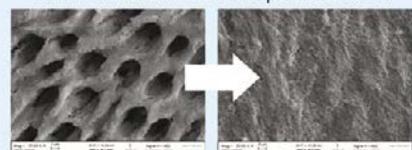
I RISULTATI DEI TEST:

“L’azione di S.O.S.[®] DENTI DENTIFRICIO è efficace a lungo termine e soprattutto nell’indurre la formazione di nuovi cristalli su quelli di smalto naturalmente presenti nello smalto. L’apporto di ioni calcio, fosfato e fluoro aiuta a ripristinare la fase inorganica dello smalto erosa durante i processi di demineralizzazione acida. L’azione di S.O.S.[®] DENTI SIERO REMINERALIZZANTE comporta il deposito di un nuovo strato di materiale al di sopra della fase minerale nativa.”

Con S.O.S.[®] DENTI DENTIFRICIO dopo 2 settimane.



Con SIERO S.O.S.[®] DENTI dopo 1 settimana.



Test in vitro condotti presso autorevole Centro di Ricerca Nazionale su slabs di denti bovini demineralizzati

corretti stili di vita che anche nell'eziologia del cancro orale possono essere decisivi. Iniziative come queste sono assolutamente da ripetere in futuro: abbiamo infatti in programma altri eventi per informare da un lato la popolazione, dall'altra i colleghi del team odontoiatrico, sperando di arrivare un giorno, non troppo lontano, a estendere il messaggio su scala nazionale.

CRISTINA COMI

Segretario Nazionale Aidi



Perché abbiamo partecipato entusiasticamente a questa giornata? Perché a una giornata di formazione non potevano mancare gli igienisti che lavorano quotidianamente al fianco degli odontoiatri.



Abbiamo una formazione universitaria che ci permette di riconoscere delle potenziali lesioni e di essere di aiuto nella prevenzione, ognuno con le proprie competenze. Sappiamo che ogni 100mila persone, 3 si ammalano di tumore del cavo orale: è un'incidenza altissima. Per questo dobbiamo essere sempre attenti, impegnandoci a partecipare anche a iniziative di "educazione" alla salute come questa.

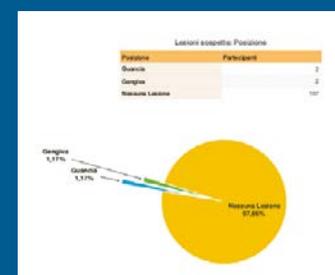
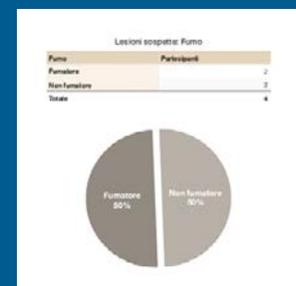
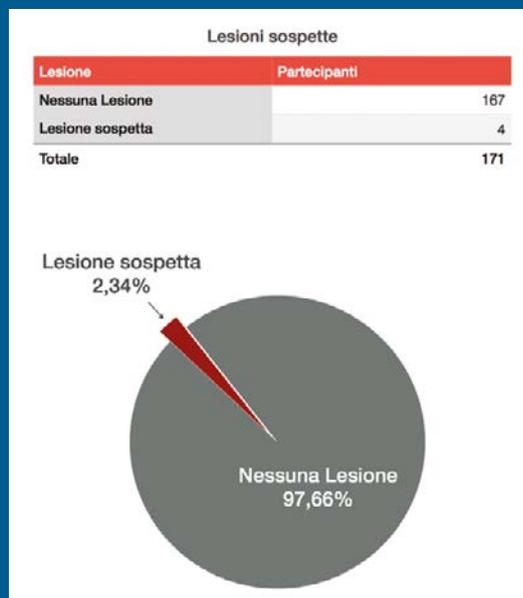
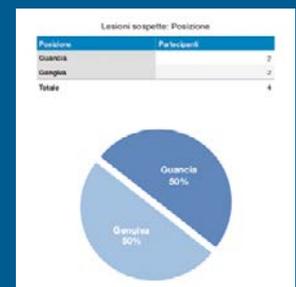
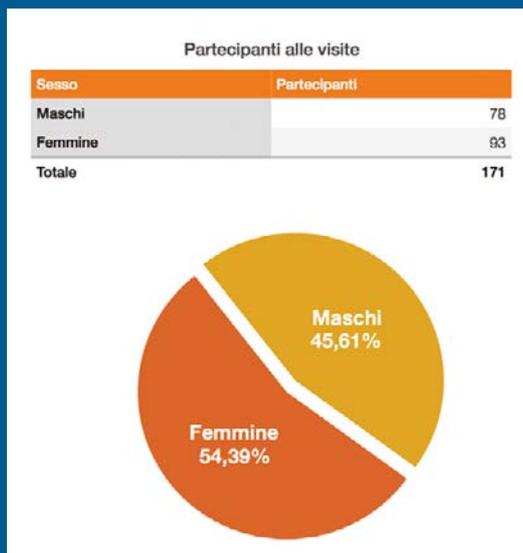
Per maggior informazioni:

- www.siod.it
- www.unimi.it
- www.siaso.it
- www.cenacolomilanese.it
- www.aidi.it



CLICCA E GUARDA IL SERVIZIO CHE IL TELEGIORNALE MILANO PAVIA NEWS HA MANDATO IN ONDA SULLA GIORNATA NON NASCONDERE LA TUA BOCCA

DIAMO I NUMERI... DELLA GIORNATA





Anche quest'anno è festa grande.

LA PREVENZIONE È L'UNICA VERA ARMA CONTRO IL TUMORE DEL CAVO ORALE

In questa intervista abbiamo parlato con due persone. M.S., una paziente colpita da tumore alla bocca, che ha accettato di raccontarci la sua esperienza: dalla diagnosi precoce, al percorso che l'ha portata alla guarigione, alla collaborazione con la neonata Onlus ACAPO, della quale è oggi testimonial attiva. Manuela Ventura, collaboratrice della Onlus ACAPO, che ci ha raccontato il suo percorso dentro questa organizzazione

di Giulio C. Leghissa e Filippo Turchet Casanova (odontoiatri) con la partecipazione di Fulvia Magenga (ASO)

M.S., PAZIENTE

Parliamo della sua esperienza.

«Comincerei dalla fine.

Sono stata una paziente fortunata. Quello che per me è stato un percorso fortunato, vorrei che per tutti gli altri che si ammalano diventasse un percorso obbligato.

Sono stata fortunata perché ho scoperto di avere un tumore alla lingua per caso, con una visita da un dentista che non era neanche il mio.

Siccome da piccola non avevo avuto esperienze particolarmente brillanti dal dentista, mi ero sempre tenuta lontana: quindi sarei stata la tipica persona non adatta a incappare in una politica di prevenzione».

Dopo quanto ha avuto il primo sospetto che l'ha spinto a farsi visitare?

«È questo il punto, non ho avuto alcun sospetto, se non una piccola fitta all'orecchio.

Ho pensato che ci fosse un dente un po' infiammato. Ho deciso io di andarmi a far visitare e solo a quel punto mi sono resa conto di quanta ignoranza c'è in giro su questo argomento. Non c'è consapevolezza sulla possibilità che possa succedere qualcosa di grave in bocca; è un tumore che non è conosciuto.

E me ne accorgo tutti i giorni. Sono quasi vent'anni che racconto la mia esperienza e, per esempio, quando esco per portare il mio cane al parco e qualcuno mi dice: "Mah ho questa cosa in bocca..." io dico subito: "Vai a farti vedere! Non decidere

tu se è un'afta o altro, vai subito"».

Lei quindi ha fatto il controllo, ma come ha fatto l'odontoiatra ad avere il sospetto che qualcosa non andasse?

Nel mio caso in effetti, dopo la visita dei denti, mi ha fatto alzare la lingua e a quel punto ho visto il suo sguardo cambiare, drasticamente.

Si è rabbuiato e mi ha detto: io quando vedo queste cose, signora, le invio a un collega. Mi ha fissato lui stesso un appuntamento.

Questo ci sembra un punto centrale. L'odontoiatra non le ha detto: "Prenda il numero di telefono e chiami...". Lui stesso ha fissato un appuntamento. Noi spesso sentiamo di colleghi che de-

legano l'approfondimento diagnostico ai pazienti, informandoli che c'è qualcosa che non va nella loro bocca, ma non assicurandosi che il loro caso venga sottoposto a uno specialista.

«Infatti, è fondamentale che i dentisti siano sensibilizzati a una prassi corretta. Quando dicevo prima che auspico che il mio percorso diventi "obbligato", intendevo proprio questo. Durante una visita deve sempre spostare la lingua e se si vede qualcosa, si invia a un centro specializzato e così via.

Quindi sono per me importanti due livelli di informazione: il primo, che è assolutamente carente, è l'informazione a tutti i cittadini come è stato fatto per campagne di prevenzione tumori analoghe (seno, prostata), perché le persone non sanno.

La seconda è la corretta informazione dei dentisti su cosa fare a riguardo».

Cosa succede dal momento della diagnosi in poi?

«Per combinazione quindi sono finita da questo dentista e poi da lì sono stata indirizzata al San Paolo e ho iniziato il mio percorso da paziente.

Questo percorso ricco di ostacoli è stato per me fortunato perché sono entrata in contatto con medici attenti e in una struttura con delle dimensioni "umane". Vorrei sottolineare che dalla diagnosi all'operazione sono stata coinvolta molto dai miei medici.

Mio padre è mancato per un tumore alla laringe, la condizione era diversa e non era correlabile a quello che ho avuto io, ma io ero nel panico; quindi non è stato facile capire cosa fare e come procedere. Risulta allora fondamentale il rapporto con il medico.

Io dai miei medici non solo ho avuto una diagnosi, ma mi hanno dedicato del tempo, spiegato le alternative».

Lei in quel momento aveva paura.

«Avevo paura di perdere un pezzo di lingua, diventare un'invalida. Avrei preferito morire, non volevo farmi operare. Queste sono situazioni con cui i pazienti di solito si confrontano.

Enonostante in tutto il mio percorso non avessi mai versato una lacrima, quando la sera prima mi è stata prospettata la firma della liberatoria per la sala operatoria, sono crollata. E anche in quella situazione, invece di essere invitata a firmare subito, mi è stato detto: "Si tranquillizzi, si calmi, ci pensiamo domani".

La difficoltà è capire cosa ci sarà dopo e superare quel momento di confusione su quello che ci sarà dopo.



Ho avuto due medici che si sono seduti di fianco a me, mi hanno spiegato cosa succedeva e che qualunque cosa fosse successa dopo avrei avuto una riabilitazione. Mi hanno prospettato delle possibilità successive, anche nel peggiore dei casi, che mi permettessero di avere dopo delle condizioni di vita accettabili. Non tutti hanno avuto una fortuna simile, me ne rendo conto».

E fortunatamente oggi siamo qui a parlarne.

La diagnosi è stata precoce. L'intervento è andato bene, i miei linfonodi non erano intaccati, non ho dovuto fare terapie successive, la chirurgia è stata minimamente invasiva. Certo la mia lingua non è più quella di prima...

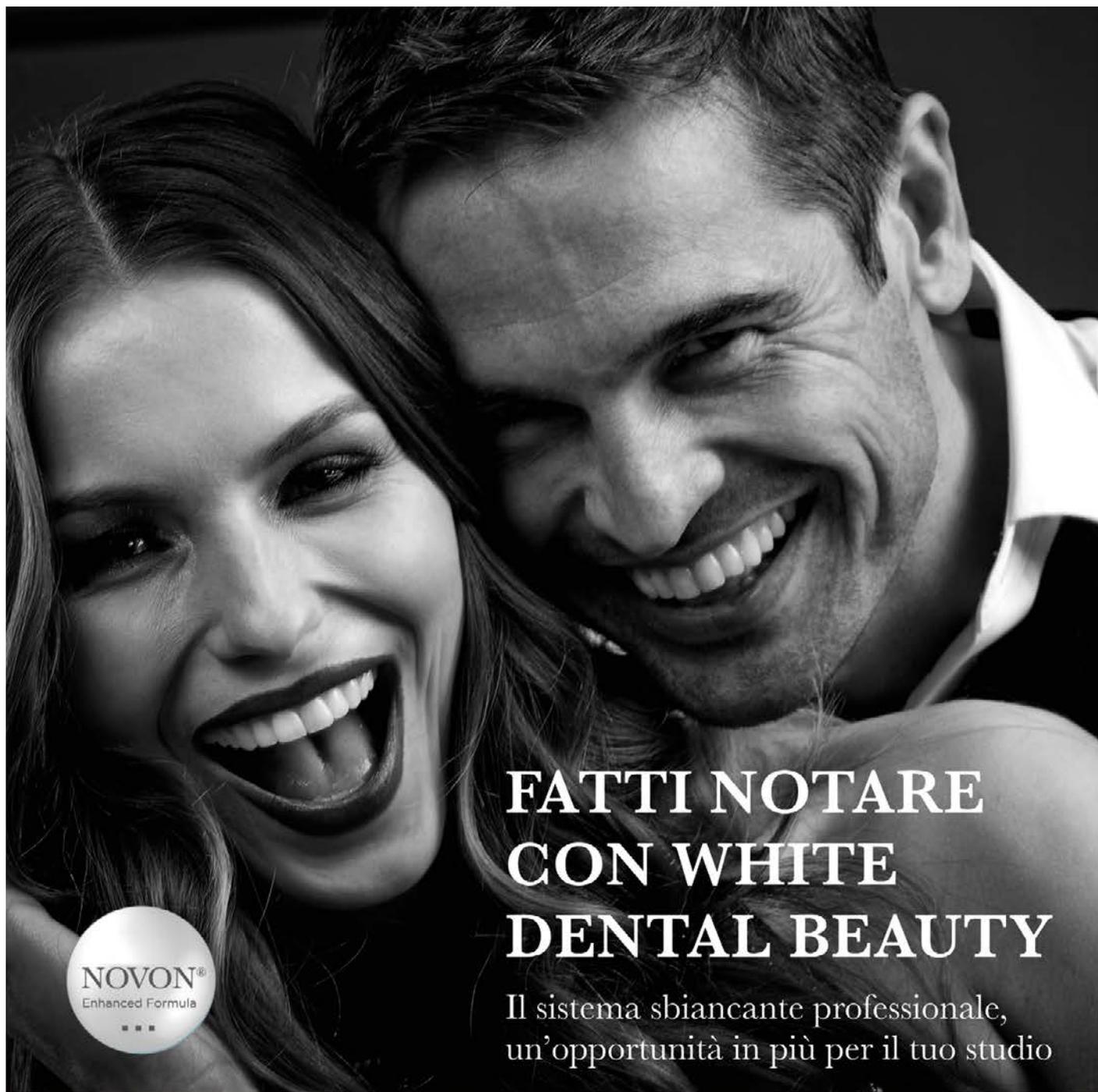
Il ritardo diagnostico medio per questo tipo di malattie è allarmante. Si stima, per gli ultimi dati rilevati, una media di 180 giorni. Non ci sono sostanziali segnali di miglioramento da 30 anni (cfr

dati fine anni '80). Questo fa sì che sia quasi sempre troppo tardi per intervenire.

«Ne sono ben consapevole! Tant'è che il mio caso è stato talmente peculiare che mi sono ritrovata a essere una testimonianza di questa esperienza».

Abbiamo parlato fino a ora dei dentisti, che sono una piccola parte del mondo odontoiatrico. Ci sono le igieniste e ci sono le Aso. Abbiamo qui Fulvia Magenga, che è il segretario generale del SIASO. Voi state facendo qualcosa per spronare a intervenire in questo dialogo e aiutare i vostri odontoiatri?

«Da poco tempo è stato configurato il profilo ASO, quindi da poco tempo questa figura è obbligata a formarsi in scuole dedicate e a espletare un aggiornamento annuale. Chi ha la docenza nei corsi ASO parla di quello che si fa nella visita di controllo, spiega alle assistenti che è sempre buona cosa preparare una garza, un paio di guanti, uno specchiet-



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

Il sistema sbiancante professionale,
un'opportunità in più per il tuo studio



Il segreto

 optident™

di uno splendido sorriso

 HENRY SCHEIN®
Distributore esclusivo



SOPRA: ALCUNI DEI MEMBRI
DI ACAPONLUS

to, perché sono fondamentali per la diagnosi. E a essere un paio di occhi in più per l'odontoiatra.

Insegniamo che questo è il primo controllo da fare ancor prima di controllare carie e malattia parodontale.

Non sembra possibile che un distretto corporeo facilmente ispezionabile e autoispezionabile sia così soggetto ad ammalarsi. Cosa pensa di questa poca sensibilizzazione al tema?

«Io non capisco. Psicologicamente sembra che la popolazione non sia predisposta a guardarsi in bocca.

E faccio un parallelo: molte donne sono restie a tastersi il seno per sentire se ci sono noduli. Questo è un limite umano, perciò è fondamentale avere qualcuno che abbia la capacità di guardarti. Poi ci sono poche persone che curano la propria bocca».

Lei cosa sapeva del cancro orale prima di questa esperienza?

«Non ne sapevo nulla. E nemmeno per quanto riguarda i fattori di rischio. Il fumo da quanto sapevo è sempre stato associato ad altri tumori, l'alcool non me lo immaginavo neppure».

E prima di questa diagnosi, qualcuno aveva mai controllato la sua lingua, spostandola, o le sue guance?

«Mai».

**MANUELA VENTURA
(ACAPONLUS)**

Ci racconti storia e finalità di ACAPONLUS.

«È una Onlus rivolta a pazienti affetti dalla patologia del cancro orale, una patologia che ci aspetteremmo essere di gran-

de rilievo, ma che è sconosciuta ai più.

Io ho iniziato a collaborare 20 anni fa con il professor Lodi senza avere la minima idea che potesse esistere questa patologia. E quindi giù il fatto di riuscire a far sapere a tutti che bisogna controllarsi e prevenire, sarebbe già un primo importante obiettivo da raggiungere.

In più i pazienti che sono affetti da questo problema non sono molto supportati dal SSN, perché le cure odontoiatriche riabilitative sono quasi sempre escluse. Una persona subisce un intervento, perde i denti e si deve pagare la dentiera. Questi pazienti molte volte hanno anche bisogno di un servizio di supporto psicologico, che il SSN non passa. Ci sarebbero mille obiettivi.

Questa Onlus è stata pensata dal professor Lodi, che stimo tantissimo, e da due suoi collaboratori, capaci di seguire il paziente sotto tutti i punti di vista. Si prendono cura delle persone in modo meraviglioso. Sono onorata di poterli aiutare».

Quindi sono due i livelli sui quali vorreste muovervi.

Un livello è informare il paziente, vale a dire: guardati in bocca. Il secondo livello è sostenere, aiutare e supportare i pazienti che hanno vissuto questa malattia, raccogliendo fondi.

«Esattamente. Questa Onlus vorrebbe fare mille cose e la prima è il supporto psicologico per i malati. La nostra intenzione è di farlo sia mettendo a disposizione una psicologa, sia dando ai pazienti la possibilità di parlare con altre persone che hanno vissuto la medesima esperienza di malattia, così che possano confrontarsi con qualcuno che abbia effettivamente avuto gli stessi problemi».

Per quanto riguarda il discorso dell'informazione e di una sua diffusione più ampia, può interessare una collaborazione con Cenacolo Odontostomatologico Nazionale (COI-AIOG) e il Cenacolo di Milano (COM)?

«Tutti quelli che ci aiutano sono benvenuti».

Quindi si potrebbe fare una iniziativa nazionale con i cenacoli, con il sindacato delle assistenti di studio odontoiatrico e con gli igienisti dentali? Per esempio, abbiamo già avuto l'adesione di AIDI (Associazione Igienisti Dentali Italiani).

«Sarebbe meraviglioso. Gli igienisti dentali sono i primi spesso a intercettare tali patologie, potendo rivedere più frequentemente il paziente».

Gli obiettivi per il futuro?

«Dopo il supporto psicologico, vorremmo dare la possibilità di fornire protesi e impianti ai pazienti per le riabilitazioni post-chirurgiche. Ma al momento non abbiamo fondi».

Come vi si può supportare?

«Noi siamo all'inizio, non abbiamo nulla. La prima cosa sono quindi le donazioni. Stiamo iniziando la campagna del 5 per Mille, anche se sappiamo che questo contributo arriverà tra cinque o sei anni, ma potremmo comunque utilizzarlo nel futuro.

Per il momento organizziamo delle piccole raccolte fondi: abbiamo organizzato una festa a Natale e ne faremo una a giugno.

E poi abbiamo bisogno di aiuto fattivo. Per esempio M., che è una ex paziente e ci è già passata, si è messa a disposizione per il supporto ad altri pazienti».

BRUTTI, SPORCHI E...CATTIVI

Così viene descritto il sindacato degli ASO dai dirigenti ANDI e non solo. Che stanno cercando di riportare l'odontoiatria a un passato senza rispetto per lavoratori e pazienti

di Consiglio Direttivo Nazionale SIASO Confasal



“**Q**uale è stato il dialogo di ANDI con gli Assistenti di Studio Odontoiatrico?

Hanno inventato il CSO, figura che vorrebbe sovrapporsi alla professione abilitante dell' ASO e riporta l'odontoiatria a un passato senza rispetto per lavoratori e pazienti.

Continuano a ignorare che in Italia ci sono centinaia di ASO sottopagati dagli odontoiatri o retribuiti malamente.

Continuano a non volere vedere comportamenti illegittimi fino alla vergogna di alcune città italiane, dove per tenersi il posto di lavoro, gli ASO devono restituire al proprio datore di lavoro una parte di stipendio in contanti, ecc. Che cosa ha fatto il sindacato, di fronte a questi atteggiamenti?

a - Ha difeso 376 lavoratori vittime di ingiustizie, maltrattamenti, ecc.

b - Ha impugnato 72 licenziamenti illegittimi

c - Ha erogato 17 corsi di formazione in ambito di salute e sicurezza

d - ha erogato, da a Aprile 2018, 30 corsi di aggiornamento in tutta Italia che hanno visto la partecipazione di 720 assistenti

e - ha partecipato a percorsi di formazione accreditata in diverse regioni

f - ha lavorato con il SIOD (Sindacato Italiano di Odontoiatria Democratica) per preparare il nuovo CCNL e un accordo interconfederale per migliorarne alcuni aspetti.

E' evidente che, per alcuni, siamo "brutti, sporchi e cattivi".

Invece sono belle, profumate e dolci le associazioni culturali (sic!) che con ANDI vanno a braccetto e che invitano il dott. Corrado Bondi (propagandista del CSO) a parlare ai loro convegni, perché l'importante è parlare ma non dire niente, parlare ma non fare niente, parlare senza voler vedere quali sono i problemi reali dell'ASO e fare grandi sorrisi ai padroni.

Il 25 giugno è stato pubblicato su "Odontoiatria33" un articolo dal titolo "LASO e il suo successo, per IDEA sono questi i 10 punti per distinguersi", a cura del presidente della stessa associazione.

Si legge: "Basandomi sull'esperienza personale e sulle reali richieste dei titolari con i quali mi confronto quotidianamente"... e stila un elenco di competenze per gli ASO che vogliono distinguersi. Mi sono posta alcune do-

mande:

1 – Ci vuole attenzione e capacità di concentrazione.

Di cosa si parla?

L'attenzione e la capacità di concentrazione vengono determinate dal fatto che un assistente:

a – capisca di cosa si sta parlando e cosa si sta facendo. Dice Guastamacchia: "Il primo passo è studiare il lavoro, quello che si fa, come lo si fa" (elementi fondamentali di ergonomia). Dunque la comprensione è figlia dello studio.

b – impari a concentrarsi, durante l'assistenza al paziente, sulla zona bersaglio, che è rappresentata da 2/3 mm quadrati sui quali si sta lavorando e non dall'intera bocca, dalla sputacchiera o quant'altro.

c – tenga in tasca un piccolo taccuino sul quale prendere appunti, durante il giorno, di tutto quello che può essere migliorato in modo che se ne possa discutere durante le riunioni periodiche previste per il team, in orario di lavoro.

2 – La capacità di lavorare in team non è una capacità innata. Le risorse umane vanno formate prima a scuola, poi in azienda.

Fino a ieri gli assistenti di studio odontoiatrico che si avvicinavano alla professione arrivavano da realtà variegata e a volte estremamente lontane dal lavoro degli ASO.

Fino a ieri si dava per scontato che questi lavoratori venissero formati esclusivamente dal dentista e/o dalla assistente "anziana" tramandando così, nel tempo, gli stessi errori e le stesse manchevolezze.

Oggi se un lavoratore non comprende che collaborando in modo ottimale arricchisce la "sua" azienda, significa che il datore di lavoro non ha saputo trasmettergli gli obiettivi che quel team di lavoro deve avere e soprattutto non gli ha dato gli strumenti per potere collaborare. Infatti, se il discente non ha imparato è perché il docente non ha insegnato.

3 - Lavoriamo con pazienti che sono prima di tutto persone e la cosa più importante per le persone è la salute e la sicurezza che devono continuamente trovare nello studio del proprio denti-

sta, anche venendo informati sulla preparazione e sull'aggiornamento di chi li assiste alla poltrona.

4 - La Leadership è un termine con il quale ci si riempie troppo spesso la bocca. Alcuni pensano che la leadership sia un dono divino consegnato alla nascita. Non è così. Per avere leadership, che significa "avere una posizione di preminenza con funzione di guida in uno schieramento politico o culturale o in una attività o in una impresa", si devono possedere gli strumenti per impararla, si deve studiare, e torniamo, quindi, al secondo punto.

5 - La formazione continua. La normativa vigente ci obbliga a frequentare eventi formativi per un totale di 10 ore l'anno. Non è esatto. Dice il DPCM: "Coloro che conseguono l'attestato di qualifica/certificazione ai sensi dell'art. 10 e i lavoratori esentati di cui all'art. 11, sono obbligati a frequentare degli eventi formativi di aggiornamento della durata di almeno 10 ore all'anno". Quando si cita una normativa, si deve riportare ciò che c'è scritto e non l'interpretazione personale di chi la riporta. Inoltre bisognerebbe spiegare agli ASO che l'aggiornamento è disciplinato diversamente da regione a regione, quindi prima di aderire a un percorso di aggiornamento è bene che un ASO si legga il recepimento del DPCM che ha formulato la regione nella quale risiede.

6 - La capacità di comunicazione e la capacità organizzativa sono anch'esse figlie della formazione in aula e in azienda, non della competizione in studio. In uno studio dentistico ci deve essere collaborazione e stima per i colleghi, non competizione. Tutti devono essere protesi al raggiungimento degli stessi obiettivi.

La competizione ovvero "lotta, contrasto, gara di emulazione per il raggiungimento di uno scopo o il riconoscimento di una superiorità..." metterebbe in crisi il team che, invece di correre in una direzione comune, si troverebbe a generare malumore e le persone si impegnerebbero esclusivamente per il loro tornaconto personale.

Quindi, basandomi sullo studio dell'ergonomia del lavoro e NON su esperienze personali, affermo che: non si può affrontare nessun lavoro senza essere passati attraverso la formazione e l'aggiornamento continuo.

Bisogna contribuire a costruire un team di lavoro e questo si fa anche aiutando i propri colleghi a emergere. Le persone vincenti non sono quelle che creano competizione, ma quelle che aiutano gli altri a fare gruppo per il raggiungimento di una unica finalità: aiutare il dentista a erogare terapie di qualità.

Nella attuale concezione diffusa, il "capo" fornisce un obiettivo e il dipendente deve raggiungere il risultato indicato.

Questo NON è dirigere. Dirigere significa mettere le persone in grado di raggiungere un obiettivo e fornire loro strumenti e stimoli per raggiungerlo.

L'odontoiatra che si lamenta degli ASO si è mai fermato a domandarsi: "Li ho preparati ad assolvere questo compito? Quanto tempo ho dedicato alla loro formazione continua? Ho verificato che avessero ben capito? Ho motivato verso questo obiettivo?"

La professione degli ASO è stata regolamentata da un DPCM divenuto legge dello Stato il 06/04/2018. La mentalità deve essere cambiata. Si deve sapere, non "provare a immaginare".

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 9 febbraio 2018.

Individuazione del profilo professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione, a seguito della quale le professioni e la tutela della salute rientrano nelle materie di legislazione concorrente;

Vista la legge 1° febbraio 2006, n. 43, recante «Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordinamenti professionali e, in particolare l'art. 1, comma 2, che stabilisce che resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1»;

Vista l'Accordo concluso in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente l'individuazione del profilo professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico, quale operatore d'interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge 26 febbraio 2006, n. 43, e per la disciplina della relativa formazione (Rep. Atti n. 209/CSR del 23 novembre 2017 e, in particolare, l'art. 14, comma 3, che demanda ad un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri il relativo recepimento, al fine di assicurare l'immediatezza e uniforme applicazione su tutto il territorio nazionale);

Su proposta del Ministro della salute;

Decreta:

Art. 1.

1. Il presente decreto recepisce l'accordo stipulato il 23 novembre 2017 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente l'individuazione del profilo professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico, quale operatore d'interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge 26 febbraio 2006, n. 43, e per la disciplina della relativa formazione, di cui all'allegato 1, che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. Il presente decreto è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 9 febbraio 2018

p. il Presidente del Consiglio dei ministri BOSCHI

Il Ministro della salute: LORENZINI

Registato alla Corte dei conti il 21 marzo 2018
Ufficio consuntivo atti P.C.M. Ministero giustizia e affari esteri, reg. nr. 5162, n. 308

ALLEGATO 1

Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente l'individuazione del profilo professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico, quale operatore d'interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 43/2006, e per la disciplina della relativa formazione.

Rep. atti n. 209/CSR del 23 novembre 2017

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRALLO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'adunanza tenuta il 23 novembre 2017:

Vista la legge 1° febbraio 2006, n. 43, recante «Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordinamenti professionali, che all'art. 1, comma 2, conferisce la competenza delle Regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, previsto ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001;

Vista la nota del 6 aprile 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo, diramata temporaneamente dall'Ufficio di segreteria di questa Conferenza alle regioni e alle province autonome, con richiesta di assenso tecnico;

Vista la nota del 19 giugno 2017, con la quale l'Ufficio di segreteria di questa Conferenza ha convocato una riunione tecnica tenutasi il 28 giugno 2017, nel corso della quale sono state discusse le osservazioni regionali, accolte in parte dal Ministero della salute;

Vista la nota del 21 agosto 2017, con la quale l'Ufficio di segreteria di questa Conferenza ha diramato le osservazioni riportate al testo ed ha convocato un altro incontro tecnico, tenutosi il 27 settembre 2017, nel corso del quale le parti sono pervenute alla conclusione del testo definitivo;

Vista la nota dell'8 novembre 2017, con la quale l'Ufficio di segreteria di questa Conferenza ha diramato testo definitivo dell'accordo in argomento, con richiesta di assenso tecnico al Coordinamento regionale, assenso pervenuto il 20 novembre 2017;

Acciudato, nel corso dell'adunanza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SENTEndo ACCORDO

tra Ministero della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione del profilo professionale di Assistente di Studio odontoiatrico quale operatore di interesse sanitario di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43, che svolge attività finalizzate all'assistenza dell'odontoiatra e dei professionisti sanitari del settore durante la prestazione clinica, alla predeterminazione dell'ambulatorio e dello strumentario, all'accoglienza dei clienti ed alla gestione della segreteria e dei rapporti con i fornitori, nei seguenti termini:



LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

I biomateriali più documentati in un negozio online rinnovato!



SPESE DI SPEDIZIONE OMAGGIO*

EXACTLY
like no other.



www.shop.geistlich.it

*per ordini online non urgenti

Controlli e salute della bocca tra i bambini americani

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA



Torniamo sui lavori osservazionali degli autori di Jada su prevenzione e salute orale dei giovani statunitensi.

In questo studio sono stati presi in considerazione 46.100 bambini e adolescenti (età compresa tra i 2 e i 17 anni) a partire dai dati del "2016 National Survey of Children's Health", a sua volta elaborato a partire dai dati riferiti dai genitori o tutori dei piccoli.

In 8 casi su 10 è stata fatta una visita di controllo dal dentista entro l'anno precedente all'indagine, ma non sempre sono state eseguite dal professionista le manovre preventive specifiche: per esempio, la fluoroprofilassi è stata fatta nel 46% dei casi, le istruzioni di igiene domiciliare sono state fornite nel 44% ed è stata fatta l'applicazione dei sigillanti solo nel 21% dei casi.

È stato poi riportato come il 12% di questi bambini avesse lesioni cariose e il 6% denti con prognosi infausta.

Viene poi considerato l'impatto di questi numeri nel contesto sociale degli Stati Uniti.

C'è una grande difficoltà da parte dei bambini appartenenti alle fasce più po-

vere e meno istruite della popolazione ad accedere alle cure odontoiatriche e alla prevenzione della salute orale. Inoltre, è improbabile che i bambini appartenenti a nuclei familiari che non hanno stipulato una assicurazione sanitaria possano avere accesso alle cure, con la conseguenza di essere più probabilmente esposti in futuro a problemi.

Infine, vengono ribadite due linee guida dell'American Academy of Pediatric Dentistry.

Primo, deve esservi una collaborazione sinergica con il pediatra, il primo specialista a esaminare il cavo orale del piccolo paziente.

Secondo, cominciando dai 12 mesi, dovrebbe essere fatto un controllo ogni 6 mesi.

Fonte:

Lebrun-Harris LA, Canto MT, Vodicka P. Preventive oral health care use and oral health status among US children: 2016 National Survey of Children's Health.

J Am Dent Assoc. 2019 Apr; 150(4):246-258. doi: 10.1016/j.adaj.2018.11.023. PubMed PMID: 30922456.

Il successo a lungo termine delle riabilitazioni implantoprotesiche

a cura di **Mirella Baldoni**
ODONTOIATRA

Il successo a lungo termine delle riabilitazioni implantoprotesiche dipende, oltre che dalle premesse cliniche diagnostiche e chirurgiche, anche dalla corretta attuazione di un protocollo di mantenimento, personalizzando gli intervalli dei controlli e selezionando gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un processo di motivazione continua volto a ottenere la collaborazione di quest'ultimo nell'igiene orale domiciliare. Protesi con overdentures significa comunque eseguire un'implantologia protesicamente guidata con adeguata ampiezza biologica, gengiva cheratinizzata che ci consenta di poter avere un monitoraggio continuo dei tessuti perim-

plantari, necessario per una diagnosi precoce di mucosite. Il paziente deve poter pulire bene gli overdentures, per questo deve essere ben istruito e controllato nel tempo. Eventuali difficoltà biomeccaniche della protesi come una frattura possono indicare stress occlusale eccessivo e provocare un riassorbimento osseo perimplantare. La protesi pertanto deve essere esaminata con attenzione e periodicamente, per evitare che la perdita di funzionalità possa mettere a repentaglio la riabilitazione implantare. Il tutto si traduce nel tempo in lavori protesici longevi e la soddisfazione dei nostri pazienti. Lo conferma lo studio retrospettivo che ha controllato 66 pazienti e 396 im-

plantari, di cui 132 in mandibola e 264 nel mascellare, riabilitati con protesi stabilizzate con overdentures: dopo 7 anni i pazienti che avevano eseguito controlli e igiene periodici hanno una miglior prognosi rispetto ai pazienti non monitorati. Come sempre parliamo ai nostri pazienti, spieghiamo e motiviamoli ai controlli e alle sedute di igiene periodiche dedichiamo loro un po' di tempo e, se capito, sarà comunque un modo per fidelizzarli.

CAIO VINCIUS G.-ROMAN TORRES-F.PASQUINELLI-A.CASTRO PIGMENTEL-M.PEREIRA DE MELO-R.O. REGO-W.R. SENDYK

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF ORAL & MAXILLOFACIAL IMPLANTS N. 1 - VOL. 34/2019

Editoriale (SEGUE DA PAG. 2)

igiene orale, app per monitorare il proprio impegno alla cura della bocca, app per aiutare gli odontoiatri nella diagnosi di alcune patologie e così via. Di recente, la app "Brush DJ" del National Health Service nel Regno Unito, è stata riconosciuta come uno strumento utile a migliorare il livello di igiene orale in bambini non collaboranti. L'odontoiatra può impiegare le app oltre che per migliorare il livello di igiene orale, anche per aiutare a smettere di fumare o ad adottare stili di vita più sani. Certo è che la m-Health permetterà di intervenire sul processo di erogazione delle cure in modo molto incisivo e consente già un contenimento dei costi.

Secondo alcune stime, se si sfruttassero le potenzialità offerte dalla m-Health si potrebbero risparmiare ben 99 miliardi di euro di spese sanitarie ogni anno. Basti pensare alla riduzione del numero di accessi dal medico per comunicare o modificare una terapia. Inoltre, la m-Health facilita la creazione di immense quantità di dati personali sulla salute che, in forma aggregata e anonima, possono essere utilizzati per programmare politiche sanitarie e per svolgere studi epidemiologici. Dunque, utilizziamo questi importanti strumenti. Tenendo presente, però, i pericoli di una gestione troppo autonoma della salute, soprattutto quando i dati contenuti nei dispositivi vengono interpretati senza supervisione medica.

Prevenzione del cancro orale: linee guida per gli operatori

NEWS

a cura di **Filippo Turchet Casanova**
ODONTOIATRA

Riportiamo le linee guida pubblicate dall'American Dental Association, che si rivolgono a tutti gli operatori della salute che esaminano e osservano il cavo orale dei pazienti (odontoiatra, igienista e assistenti).

1. I pazienti che presentano lesioni clinicamente evidenti e diagnosi incerta devono essere seguiti periodicamente per valutarne una eventuale evoluzione.
2. Se la lesione non si risolve spontaneamente e non è possibile fare una diagnosi clinicamente, bisogna procedere con la biopsia e mettersi personalmente in contatto con il medico specialista.
3. Le lesioni con evidenza clinica di sospetto o di malignità o associata ad altri sintomi devono essere sottoposte a biopsia e riferite immediatamente allo specialista.
4. In caso il paziente rifiutasse di far eseguire la biopsia, un test citologico (eseguito tramite risciacquo, per esfoliazione della compagine cellulare) può essere d'aiuto per inquadrare la lesione. Un risultato positivo a questo test rinforza il bisogno di procedere con la biopsia. Un risultato negativo indicherebbe la necessità di andare avanti con un follow up. Ogni evoluzione della lesione deve essere riferita a uno specialista e il paziente deve essere preso in carico dallo stesso il prima possibile.
5. Non sono indicati esami di approfondimento ulteriori come autofluorescenza o colorazione delle cellule, non sono raccomandati per chiarire la natura di lesioni clinicamente evidenti e similmente quella di lesioni sospette o innocue.

6. Se non vi sono segni o lesioni evidenti non occorre intraprendere alcuna azione.

7. Viene sconsigliato l'utilizzo di test salivari del commercio per chiarire la natura di lesioni clinicamente evidenti e similmente quella di lesioni sospette o innocue.

Il messaggio che dunque emerge è di controllare, innanzitutto. Per farlo bastano pochi strumenti, quelli più semplici (garza, specchietto, un paio di guanti e una luce) e occorre davvero poco tempo. Successivamente, in caso vi fosse una lesione sospetta o francamente maligna, occorre far entrare il paziente in un percorso terapeutico che l'odontoiatra per primo deve impostare e coordinare.

Fonte: Nagendrababu V. et al, Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drug as an oral premedication on the anesthetic success of inferior alveolar nerve block in treatment of irreversible pulpitis: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis, J Endod 2018; 44: 914-922

Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Evaluation of Potentially Malignant Disorders in the Oral Cavity: A Report of the American Dental Association

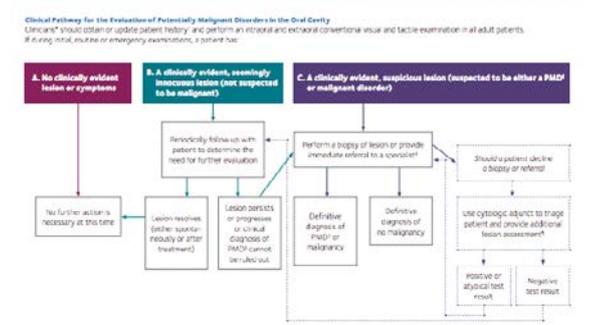
The expert panel suggests that clinicians should obtain an updated medical, social and dental history and perform an intraoral and extraoral conventional visual and tactile examination in all adult patients (ie quality of evidence being and no strength of recommendation assigned).

The GRADE categorization of the Strength of Recommendation (SOL) below is intended for clinicians. A **Strong Recommendation** means most individuals should receive the intervention. A **Conditional Recommendation** means clinicians should recognize that different choices will be appropriate for individual patients and that clinicians must help each patient arrive at a management decision consistent with his or her values and preferences.

GRADE	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
High	High	Strong
Medium	Medium	Conditional
Low	Low	Conditional
Very Low	Very Low	Conditional

Report Panel Recommendation	Quality of the Evidence	Strength of Recommendation
1 The panel suggests that for adult patients with a clinically evident oral mucosal lesion with an intraoral clinical diagnosis consistent to be potentially innocuous or non-suspicious of malignancy, or other symptoms, clinicians should follow up clinically with the patient to determine the need for further evaluation. If the patient has no report and the clinical diagnosis of a potentially malignant disorder cannot be ruled out, then clinicians should perform a biopsy of the lesion or offer the patient a specialist.	Low	Conditional
2 The panel suggests that for adult patients with a clinically evident oral mucosal lesion considered to be suspicious of a potentially malignant or malignant disorder or other symptoms, clinicians should perform a biopsy of the lesion or refer the patient to a specialist.	Low	Conditional
3 The panel does not recommend cytology (smears) for the evaluation of potentially malignant disorders among adult patients with clinically evident, suspicious mucosal or mucosal lesions. Should a patient decline a clinician's recommendation to perform a biopsy of the lesion, then a cytology specimen should be obtained to provide additional clinical assessment.	Low	Conditional
4 A positive cytology test result indicates the need for a biopsy of the lesion. If the clinician detects a positive cytology specimen of the lesion, immediately performing a biopsy of the lesion is not a substitute for a biopsy of the lesion.	Low to Very Low	Conditional
5 The panel does not recommend adjunctive fluorescence, autofluorescence, or vital staining agents for the evaluation of potentially malignant disorders among adult patients with clinically evident, suspicious mucosal or mucosal lesions.	Low	Conditional
6 The panel suggests that for adult patients with a clinically evident lesion or symptoms, a follow-up action is necessary at this time.	Low	Conditional

ADA. Center for Evidence-Based Dentistry™



Il link delle linee guida: <https://ebd.ada.org/en/evidence/guidelines/oral-cancer>

Andando per ristoranti

BENVENUTI A FOSSENO, NAPOLI. ANZI NO

a cura di Giulio C. Leghissa

Se siete dalle parti dell'alto verghante, la zona del lago Maggiore sulle montagne sopra Arona (Novara) e avete voglia di andare in una trattoria semplice e onesta, con menù piemontese, non tanti piatti ma sempre qualcuno giusto, fate una passeggiata e andate al "Gatto Blu" di Fosseno, via Cerri 1. Sul sito c'è scritto Fosseno (NA) ma non credeteci, è Novara, non Napoli. Aperto solo a cena, vi trovate di fronte persone giovani, ricche di talento e iniziativa. Il menù cambia tutte le stagioni ed è sempre invitante. Se c'è non lasciatevi scappare il galletto in umido e nemmeno la trippa. Assolutamente corretta la scelta dei vini, proporzionata al luogo,

e buoni i dolci. Fateci un salto una sera e vi renderete conto di come si possa passare una serata simpatica mangiando bene con una spesa onesta.



Gatto Blu

Via dei Cerri 1, Fosseno (No)

Tel. 0322 58514

www.facebook.com/acligattoblu

VIAGGIO NEL CUORE DI FERRARA

a cura di Giulio C. Leghissa

Conoscete Ferrara? È una città bellissima, ricca di storia, di arte e... piena di giovani, grazie alla sua Università. Tanti ragazzi, tanta simpatia, tanta vita. Se dal Duomo fai quattro passi, entri in via delle Volte e arrivi al Ristorante "Il Mandolino". Sei in una delle vie più suggestive e antiche di Ferrara e, al numero 52 (si entra anche da via Carlo Mayr 83) trovi un locale delizioso, dove il vecchio e il nuovo vanno sotto braccio coccolandosi un po' a vicenda. Si parte con pinzini con salumi nostrani e verdure sott'olio o radicchio rosso e pancetta croccante, per scatenarsi con i primi della tradizione (tutte le paste sono rigorosamente fatte in casa): lasagne al forno (ottime), cappelletti in brodo, cappellicci di zucca (ragù o burro e salvia) -consiglio al ragù perché è proprio della tradizione ed è un piatto indimenticabile-. Poi, naturalmente, salama da sugo con purè e tortina tenerina al cioccolato.



Diamoci dentro con il trebbiano (se amiamo i bianchi) e con il lambrusco o il sangiovese al momento del rosso. Poi, pagato un conto assolutamente ragionevole, si fanno quattro passi nel centro di Ferrara per digerire e camminare all'ombra della storia.

Trattoria Il Mandolino

Via C.Mayr, 83 // via delle Volte, 52

44121 Ferrara

tel e fax 0532/76.00.80

info@ristoranteilmandolino.it

www.ristoranteilmandolino.it



***Bone System.
La bellezza
ha forti radici.***

*Non è solo una metafora, gli impianti sono radici e per durare nel tempo la bellezza ha bisogno di radici sane e forti. Bone System è l'**UNICA** connessione al **Mondo** completamente impermeabile ai batteri, responsabili di patologie sistemiche, di insuccessi biologici, meccanici ed alitosi nei pazienti.*

BONE[®]
SYSTEM
www.bonesystem.it