



FESTIVAL DELLA SANITÀ PUBBLICA

04.09.21 - TORINO
Corte d'Onore
Castello del Valentino

INGRESSO GRATUITO
dalle ore 11.00 tavole rotonde
dalle ore 21.00 live concert

CONTRIBUTI DELLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

<i>Responsabilità Professionale Odontoiatrica</i>	<i>2</i>
<i>Dieta e salute orale: iniziamo dall'acqua.....</i>	<i>7</i>
<i>Cara sigaretta, mi piaci ma quanto mi costi.....</i>	<i>10</i>
<i>Convegno medicina iperbarica.....</i>	<i>12</i>
<i>Igienista Dentale: come mantenere la salute orale.....</i>	<i>15</i>
<i>Il Natale dei bambini: rischio carie aumentato!.....</i>	<i>17</i>
<i>Apnee notturne: quali rischi?.....</i>	<i>18</i>
<i>Probiotico: a favore della (nostra) vita.....</i>	<i>22</i>
<i>Traumi.....</i>	<i>24</i>

Responsabilità Professionale Odontoiatrica

La Malpractice ha radici lontane: *“Se un medico ha eseguito un difficile intervento con un coltello di bronzo e ha provocato la morte del soggetto, o se egli ha aperto a qualcuno la cataratta col coltello di bronzo e ha rovinato l’occhio del paziente, gli si tagli la mano”*. (Codice di Hammurabi 1792-1750 A.C.). Dopo 4mila anni ci siamo sicuramente evoluti, eppure la *“colpa medica”* è ancora argomento di etica, deontologia, relazione medico-paziente, responsabilità professionale, contenzioso, giurisprudenza e ultimo, ma non meno importante, copertura assicurativa.

La Legge Gelli Bianco dell’ 8 marzo 2017, n. 24, *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg> ha tre obiettivi fondamentali: incrementare la tutela dei pazienti, tutelare gli operatori sanitari che rispondono in ragione del cd. *“Contatto sociale”* e limitare la spesa pubblica, in particolare i costi correlati alla cd. *“Medicina difensiva”*.

I grandi temi che la riforma vuole affrontare sono la sicurezza delle cure e del rischio sanitario, la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata, la modalità e le caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi come oggetto la responsabilità sanitaria, l’obbligo di assicurazione e l’istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria. Sulla legge Gelli-Bianco, che ha rivisitato la responsabilità sanitaria, sembra esserci ancora molto da chiarire dal punto di vista interpretativo, e staremo a vedere nel concreto se permetterà di realizzare ciò per cui è nata, vale a dire ridurre il contenzioso medico-legale entro i limiti fisiologici e arginare la medicina difensiva. Nell’attesa proviamo a far luce su alcuni aspetti di interesse odontoiatrico con il dr. **Gianluigi D’Agostino**, presidente provinciale CAO/OMCeO Torino, componente CAO nazionale e Tesoriere FNOMCeO.

Dr. D’Agostino, quali sono gli obblighi a carico del libero professionista esercente la professione sanitaria odontoiatrica?

I liberi professionisti e le strutture pubbliche e private, rispondono di responsabilità contrattuale, ovvero diretta. Il paziente non ha l’onere della prova e gli basta addurre l’inadempienza contrattuale, che può derivare dalla mancata, ritardata o difettosa prestazione, e il danno conseguente. Spetta alla controparte (il medico libero professionista o la struttura sanitaria) fornire la prova di discarico. La prescrizione dei fatti è di dieci anni. Chi invece esercita come collaboratore esterno negli studi dei colleghi o lavora, con qualsiasi tipo di contratto, nei centri odontoiatrici, risponde per responsabilità extracontrattuale.

Questo vale anche per i medici strutturati nelle Aziende Ospedaliere?

Gli strutturati rispondono per responsabilità extracontrattuale, a prescindere dalla natura del loro rapporto lavorativo e anche in regime libero professionale intramurario. Il paziente ha l’onere della prova, che dovrà provare l’evento (la lesione), la causa (la colpa del medico) e il nesso di causalità tra condotta ed evento. La prescrizione dei fatti è di cinque anni. In caso di dolo o colpa grave la struttura (pubblica o privata) potrà successivamente esercitare la rivalsa sull’operatore sanitario. Purtroppo è prevedibile che si passi dalla pioggia di denunce verso i medici alla pioggia di

lettere di rivalsa delle aziende ospedaliere, con notifiche e citazioni in giudizio di interi team di lavoro, compresi tutti gli operatori presenti in occasione dell'evento che ha generato il contenzioso. Secondo il parere degli esperti ogni avvocato chiama a rispondere sempre e comunque anche il titolare dello studio (e del rapporto contrattuale con il paziente) e, se viene chiamato contestualmente anche il collaboratore, la vicenda si incanala nel solco della responsabilità contrattuale, per cui anche la posizione del collaboratore potrebbe seguire questa linea, soprattutto se il collaboratore esterno ha fatturato direttamente al paziente.

Sappiamo che è in aumento il numero di Odontoiatri liberi professionisti che esercitano presso i grandi centri odontoiatrici: a che tipo di responsabilità dovranno rispondere?

In questi casi saranno tenuti a rispondere di responsabilità extracontrattuale: i pazienti denunciano le strutture, che a loro volta potranno rivalersi sull'odontoiatra in caso di dolo o colpa grave.

Ma ci risulta che alcune di queste strutture si stanno già tutelando facendo dichiarare ai medici impiegati la natura contrattuale del rapporto con il paziente, oppure spingendo per la nascita di società cooperative di professionisti alle quali "intestare" il rapporto contrattuale con gli assistiti. Staremo a vedere quali saranno i risultati. In ogni caso anche il collaboratore esterno per l'implantologia o l'ortodonzia risponderà di responsabilità extracontrattuale.

Dr. D'Agostino, la "questione" Linee Guida non le appare come un'eccessiva intrusione nella sfera dell'autonomia professionale sanitaria?

Con la legge Gelli-Bianco il medico non è più perseguibile penalmente se ha rispettato le linee guida. *"Qualora l'evento si è verificato a causa di imperizia – recita il testo di legge – la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto"*. Ma c'è qualche lato oscuro: il primo è l'inevitabile conflitto di interessi delle società scientifiche e dei medici che scrivono loro stessi le regole del gioco, tra cui le condizioni di esclusione della responsabilità penale. Il secondo è il rischio che le linee guida, fino ad oggi prodotte dai medici per migliorare appropriatezza ed efficacia delle loro terapie, vengano di fatto snaturate, perché d'ora in avanti scritte per uno scopo medico-legale, con eventuali elementi di autotutela. Il problema è ben noto al Ministero della Salute, che si è già espresso in questi termini *"la previsione che l'ente non abbia tra le finalità istituzionali la tutela sindacale degli associati o che, comunque, non svolga, direttamente o indirettamente, attività sindacale"* per evitare *"conflitto di interessi tra le finalità della società scientifica e quelle proprie di una rappresentanza corporativistica di cui è espressione un sindacato"*.

Qual è al momento il documento scientifico di riferimento per valutare il contenzioso in Odontoiatria?

Per ora non abbiamo le società scientifiche accreditate, sebbene negli ultimi mesi sia partita la corsa all'accreditamento mentre il Ministero le sta valutando una da una, per cui ci atteniamo alle "buone pratiche" piuttosto che alle linee guida. Per alcuni saranno le *"Raccomandazioni cliniche in Odontostomatologia"*:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4839&area=Sorriso%20salute&menu=vuoto emanate dal ministero della Salute, di cui il 14 settembre 2017 è stata pubblicata

una revisione condotta dalle società scientifiche odontoiatriche riunite nel CIC (Comitato Italiano di Coordinamento delle Società Scientifiche), <http://www.cicweb.it/> con il coordinamento scientifico di **Enrico Gherlone** e la verifica degli aspetti etici e deontologici svolta dalla CAO.

Secondo la Gelli-Bianco, il ruolo dell'Ordine sarà quello di fornire al ministero il parere preventivo sulle richieste di accreditamento pervenute dalle società scientifiche, con particolare attenzione al contenuto del loro codice etico interno, per prevenire a monte il conflitto d'interessi, soprattutto rispetto all'industria.

L'avv. **Antonio Federici**, dirigente della Direzione generale delle professioni sanitarie e del personale del SSN presso il Ministero della Salute, ritiene con certezza che queste raccomandazioni rappresenteranno il punto di riferimento in tribunale: *"Il magistrato nel valutare il caso di responsabilità, farà riferimento al documento che più gli è vicino, e se le linee guida in odontoiatria non è possibile farle se non in settori specifici, allora queste raccomandazioni saranno prese sempre a riferimento nel valutare tutti i casi di responsabilità professionale del settore odontoiatrico"*.

Marco Brady Bucci, esperto di odontoiatria legale è più pessimista *"Queste 390 pagine, scritte esclusivamente da clinici senza coinvolgere medici legali, avvocati e giuristi, nel momento in cui da riferimento clinico diventano riferimento per la responsabilità professionale dell'odontoiatra, si trasformano in una pericolosa arma a disposizione degli avvocati dell'accusa. Queste raccomandazioni, se verranno utilizzate come punto di riferimento per la valutazione medico legale, ci creeranno molti problemi"*.

L'Art. 15 della Legge 24/17 delinea le caratteristiche del perito/consulente tecnico di ufficio del tribunale: ci vuole dire quali sono?

Per accedere alla giustizia ordinaria occorre che siano prima svolte la mediazione o la conciliazione (disciplinata dall'articolo 696 bis del codice di procedura civile). Le Camere di conciliazione sono attive anche presso alcune sedi dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri e offrono il vantaggio di poter arrivare a una composizione della disputa (l'accordo finale è il frutto della volontà delle parti) in tempi rapidi e con costi sensibilmente inferiori alle cause giudiziarie.

Per la liquidazione dei danni a carico della struttura e del sanitario si applicano le tabelle del danno biologico previste dagli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private.

Novità anche sui consulenti di parte: l'articolo 15 della legge Gelli Bianco prevede che nei processi civili e penali sulla responsabilità sanitaria, il giudice dovrà affidarsi a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina oggetto del procedimento, con conoscenza specifica e pratica della disciplina ma anche con competenze nell'ambito della conciliazione, escludendo di fatto i consulenti *"improvvisati"*.

Il 26 ottobre 2017 il CSM (Consiglio superiore della magistratura): https://www.csm.it/web/csm-internet/attualita/comunicati-stampa/-/asset_publisher/YoFfLzL3vKc1/content/csm-approva-risoluzione-per-la-selezione-di-periti-e-consulenti-nei-procedimenti-di-responsabilita-sanitaria è intervenuto sui criteri per la selezione di periti e consulenti da parte dell'autorità giudiziaria nei procedimenti che hanno per oggetto la responsabilità sanitaria. In pratica significa revisionare gli

Albi dei consulenti tecnici e dei periti tenuti in ogni tribunale e applicare criteri validi per le nuove iscrizioni, come l'esperienza professionale maturata e gli incarichi conferiti e revocati. Ciò costituisce una maggiore garanzia sia per il magistrato sia per le parti del processo, con un consulente realmente competente in materia, in grado di fornire pareri che aprano a richieste risarcitorie aderenti alla realtà, con la speranza che si riducano le storture di un sistema ormai fuori controllo.

E cosa prevede il nostro Codice di Deontologia Medica del 2014?

Il Codice di Deontologia Medica già nel 2014 è stato antesignano rispetto alla legge con l'Art. 62 sull'Attività medico legale: specialista in medicina legale + specialista di comprovata esperienza nella disciplina interessata, evitare situazioni di conflitto di interessi, possesso di specifiche competenze richieste dal caso, rispetto dei principi deontologici.

Dr. D'Agostino, sappiamo che è stato introdotto l'obbligo di assicurazione: solo per gli odontoiatri o anche per le strutture in cui operano?

La Gelli-Bianco ha introdotto l'obbligo assicurativo per responsabilità civile sia verso i terzi che verso i prestatori d'opera per i soggetti che rispondono per responsabilità contrattuale, ovvero liberi professionisti e aziende sanitarie, mentre per gli strutturati è obbligatoria solo l'assicurazione per azioni di rivalsa nel caso di colpa grave. Al momento però, mancano i fondamentali decreti attuativi della legge che definiranno i requisiti delle polizze per gli operatori sanitari e lo stesso **Federico Gelli** aveva promesso un decreto omnibus entro gennaio. Non dimentichiamo che parla chiaro anche il Codice Di Deontologia Medica (2014) Art. 54 - Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile *"in armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale"*.

Anche le Compagnie assicurative hanno lo stesso obbligo?

Oggi il quadro è piuttosto preoccupante perché se da una parte la legge prevede l'assicurazione obbligatoria per sanitari e strutture, dall'altro non obbliga le compagnie assicurative a contrarre le polizze. Un vuoto rilevante, in un momento storico di vera e propria fuga delle compagnie assicurative dal comparto: per loro la responsabilità professionale non è un business, perché il rapporto sinistri/premi non è vantaggioso, soprattutto verso le strutture ospedaliere ma anche verso la maggior parte dei liberi professionisti, e dal 2014 a oggi in molte sono uscite da questo mercato. Mi risulta che un colosso come Allianz, ad esempio, oggi non ha nessun prodotto per la responsabilità professionale. Nel frattempo alcune strutture e liberi professionisti, di fronte ai costi elevati delle polizze, hanno scelto in questi anni la via dell'autoassicurazione, provvedendo all'accantonamento di denaro in vista di un eventuale evento risarcitorio. In ogni caso le compagnie non hanno alcun interesse a protrarre la trattazione del sinistro, anzi hanno interesse a definirlo subito, magari pagando un po' di più ma subito, perché per loro è conveniente chiudere la partita di giro. Succede spesso che l'assicurazione fa un'offerta alla controparte sulla base delle risorse che aveva riservato per quell'evento, stimate in base ai dati delle serie storiche. Può dunque capitare che non vi sia colpa del dentista, ma la compagnia chiamata in causa decida egualmente di versare un indennizzo al paziente.

Abbiamo dei dati sui contenziosi in ambito odontoiatrico?

Questo è un altro nodo da sciogliere perché ad oggi solo le assicurazioni sono in possesso dei dati nazionali sul contenzioso odontoiatrico ma non li forniscono. Gli unici dati disponibili che ho trovato, per quanto interessanti, risalgono al 2010 e ci dicono che la percentuale annua di sinistri di natura odontoiatrica rispetto al totale di sinistri denunciati (ANIA 2010) sono passati dal 4% nel 2003 al 10% nel 2010. La distribuzione percentuale dei sinistri suddivisi per settore odontoiatrico coinvolto, relativamente agli anni 1998, 2005 e 2010 (Montagna et al.) sono i seguenti: il 60% della protesi ridotto al 50%, salito dal 17% al 22% implantologia, conservativa-endodonzia dal 5% aumentato al 23%, ortognatodonzia da 3,5% al 7,5%, parodontologia dal 5% al 1,5%.

Avremo dati oggettivi provenienti dalle strutture sanitarie pubbliche visto che la legge Gelli-Bianco ha istituito presso l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali)

<http://www.agenas.it/> l'Osservatorio nazionale per la gestione del rischio

[http://www.agenas.it/primo-piano/insediamento-osservatorio-nazionale-buone-pratiche-](http://www.agenas.it/primo-piano/insediamento-osservatorio-nazionale-buone-pratiche-sicurezza-sanita)

[sicurezza-sanita](#) che dovrà raccogliere dati e fornire report annuali, mettendo così a regime il risk management in tutte le strutture sanitarie. Purtroppo è prevedibile il vuoto per tutto il settore privato, a partire dall'Odontoiatria, svolta in libera professione per oltre il 90%.

Cosa vuol dire estensione della garanzia assicurativa?

La Garanzia assicurativa prevede una retroattività e una ultrattività di 10 anni per eventi denunciati e accaduti durante l'operatività della polizza, confortata dagli attuali orientamenti giurisprudenziali in tema di colpa medica, come ad esempio la sentenza della Cassazione penale, sez. IV, 4 luglio 2005, n. 38852, *"è sufficiente che si sia istaurato un rapporto sul piano terapeutico tra paziente e medico per attribuire a quest'ultimo la posizione di garanzia ai fini della causalità omissiva, e comunque quella funzione di garante della vita e della salute del paziente che lo rende responsabile delle condotte colpose che abbiano cagionato una lesione di questi beni"*.

La posizione di garanzia è operante indipendentemente da: qualifica giuridica ricoperta dall'esercente la professione sanitaria (libero professionista o alle dipendenze di una struttura sanitaria, sia pubblica che privata), posizione gerarchica occupata dall'esercente la professione sanitaria, grado di urgenza/emergenza della prestazione sanitaria richiesta, durante l'intero tutto di lavoro (e oltre) in riferimento all'esercente la professione sanitaria operante in una struttura assistenziale e oltre la singola prestazione sanitaria erogata in riferimento all'attività sanitaria domiciliare (medico di famiglia) e a quella ambulatoriale (specialista).

Dr. D'Agostino, dopo questa lunga disanima riguardo un argomento non proprio leggero, cosa si sente di dire ai colleghi odontoiatri?

Voglio concludere con una citazione che mi è particolarmente cara e che mi auguro sia un messaggio per tutti gli Odontoiatri che, malgrado gli infiniti oneri che devono accollarsi, sono ancora appassionati della nostra professione e non perdono mai di vista la centralità del paziente: *"Il buon medico tratta la malattia; il grande medico tratta il paziente portatore di malattia"*.
(William Osler 1849-1919)

Dieta e salute orale: iniziamo dall'acqua

Un corretto stile di alimentazione per la salute dello smalto dei denti rappresenta un'azione di prevenzione rispetto alle patologie odontoiatriche e favorirne la consapevolezza è un messaggio efficace.

Raccomandare il consumo di acque minerali ad alto residuo fisso è, per esempio, importante: idratazione costante ed implementazione di calcio, fosfato, magnesio e fluoruri attraverso l'acqua aiutano a favorire i processi di riparazione dello smalto. Infatti la carie dentaria è un problema ancora molto frequente, che può interessare fino al 90% della popolazione e che si manifesta precocemente: si pensa che almeno il 60% dei bambini ne sia già affetto. Pur essendo la carie una delle patologie odontoiatriche più diffuse, per comprendere l'importanza del cibo rispetto alla salute della bocca è necessario riferirsi anche alle *"usure dentarie"*, condizioni nelle quali si perde smalto dentario non a causa dei batteri della bocca ma per la presenza di saliva acida.

Le usure dentarie sono spesso legate al modo di mangiare; talmente diffuse e in aumento, che si potrebbe ipotizzare in futuro la loro prevalenza rispetto alle carie. In generale, da un punto di vista preventivo, l'unico aspetto da considerare per la salute del dente è la conservazione scrupolosa dello smalto e del tessuto osseo che lo sostiene, grazie a una igiene orale corretta e a un'adeguata alimentazione.

Prof. **Luca Levrini**, direttore Centro di ricerca oro-cranio-facciale dell'Università dell'Insubria (<https://www.centroricercainsubria.it/>) e autore del libro **"La dieta del sorriso"**, ci fa intravedere aspetti poco conosciuti di un argomento molto conosciuto, o almeno così crediamo.

Prof. Levrini, il rapporto tra alimentazione e salute orale è di solito associato al consumo dei dolci. È così?

Sì, in effetti la relazione tra alimentazione e cavo orale cade spesso negli stereotipi non essendo del tutto nota e diventa necessario che luoghi comuni come *"gli zuccheri fanno venire la carie"* siano trasformati e completati. Infatti non solo lo zucchero comune, ma tutti i cibi incidono sulla salute dei denti e delle gengive, positivamente o negativamente, e in tal senso l'acqua che beviamo ha un ruolo spesso trascurato sebbene molto importante.

Di solito associamo il consumo di acqua a condizioni fisio-patologiche di salute generale, mentre lei si riferisce ai denti. Perché?

Il consumo di acqua durante e lontano dai pasti costituisce un fattore in grado di modificare il livello di pH e le concentrazioni di ioni nell'ambiente circostante i denti. I cambiamenti nelle proprietà dell'acqua possono influenzare il tessuto mineralizzato del cavo orale in due modi. In primo luogo, attraverso grazie alla omeostasi di calcio, magnesio e fluoro, che si riflette nella concentrazione di questi componenti nella saliva; e, in secondo luogo, attraverso il loro impatto locale sul tessuto dei denti quando si beve acqua e si consumano cibo preparati su una base d'acqua minerale (Łagocka, 2010).

In che modo l'acqua modifica il meccanismo di cariogenesi?

La cariogenesi avviene come conseguenza di fenomeni di demineralizzazione dei tessuti dentali, causati dalla fermentazione degli zuccheri ad opera dei batteri della placca. All'opposto il livello di pH della saliva e la sua saturazione con sali di calcio e fosfato, insieme alla presenza di fluoro, sono agenti importanti per promuovere la riparazione del tessuto mineralizzato nella cavità orale (Ten Cate, 2003; Buczkowska, 2000). L'acqua costituisce un'importante fonte di ioni minerali con capacità remineralizzante (calcio, fosfato, fluoro, magnesio, potassio, stronzio, bicarbonato) e ha un pH neutro, in grado di tamponare l'acidità dell'ambiente orale. Inoltre, l'idratazione continua è in grado di stimolare la salivazione con un effetto anti cariogenico (Bruvo, 2008).

Quali sono i componenti dell'acqua "amici" dei denti?

Due sono i protagonisti dell'acqua per la difesa dello smalto da carie e da usura dentaria: il fluoro ed il calcio. La somministrazione di fluoruri attraverso le bevande è da considerarsi una procedura efficace e semplice poiché il suo consumo non richiede un uso quotidiano cosciente da parte di chi la assume.

Alcune ricerche hanno indicato che l'esposizione all'acqua fluorata dalla nascita produce il massimo beneficio per la salute dentale: un basso livello costante di ione di fluoruro nella saliva e nella placca riduce i tassi di demineralizzazione dello smalto durante il processo di cariogenesi e promuove la remineralizzazione delle lesioni cariose precoci (Fejerskov, 1981; Featherstone, 1999).

Quale la quantità ideale di fluoro nelle acque?

In base agli studi effettuati si ritiene che una concentrazione di fluoruro ottimale nelle acque debba essere inclusa in un range tra 0,5 ppm e 0,8 ppm, con un obiettivo di 0,7 ppm (Heller, 1997). È stato stimato che per un livello di fluoruro di 0,7 ppm la percentuale di soggetti con fluorosi di interesse estetico è di circa il 12% (Iheozor, 2015), una concentrazione di 1,5 mg/l (1,5 ppm) è accettata come massima accettabile (MAC) per le forniture artificialmente fuoridate (WHO, 1994; Fawell, 2006; EAPD, 2009).

Anche il calcio deve avere una concentrazione ottimale?

Relativamente al calcio nel 1937 Mills dimostrò che, tra le 75 città degli Stati Uniti, quelle con la più alta durezza dell'acqua potabile avevano il numero più basso di superfici dentali cariate, mancanti e otturate. Bruvo ha dimostrato che la presenza di calcio come di fluoro nelle acque era associata a una riduzione del 45% nel numero di superfici dentali cariate, otturate e mancanti (Bruvo, 2008). Secondo Lagocka (2011), la concentrazione di Ca nella saliva per migliorare la riparazione della lesione cariosa iniziale non dovrebbe essere <40 mgCa/dm³. Una condizione essenziale per riparare il danno iniziale allo smalto è la saturazione della saliva con sali di calcio e fosfato.

Riparazione del danno equivale alla remineralizzazione dello smalto?

Esatto. Infatti per ottenere una completa remineralizzazione dello smalto, con pH 7, il liquido che circonda lo smalto deve contenere 1 mmol di Ca/dm³ (Buczowska,1996).

Ricerche condotte da alcuni autori hanno confermato che le popolazioni di città che bevono acqua dura hanno il più basso indice di carie e che il calcio contenuto nell'acqua potabile può favorire la remineralizzazione e ridurre la demineralizzazione nelle fasi iniziali della carie (Bruvo, 2008; Glass, 1973). Questo effetto può essere dovuto all'unione positiva di ioni calcio con ioni fluoruro nella placca dentale. In questo modo, il calcio può diffondersi nella placca e fornire ulteriori siti di legame per il fluoruro, pertanto è possibile raccomandare il consumo e lo sciacquo con acque dure contenenti rilevanti quantitativi di calcio e fosfato a soggetti che seguono diete predisponenti lo sviluppo di problematiche di carie ed erosione (Łagocka, 2011). In conclusione, lo studio condotto da Bruvo (2008), con lo scopo di indicare la composizione di acqua ottimale per la prevenzione della patologia cariosa, si segnala che 170 mg/L di calcio hanno un potere di remineralizzazione al pari di 1 mg/l di fluoro e si raccomanda di assumere acque fluorate e ricche di calcio per prevenire i processi di demineralizzazione.

Prof. Levrini, lei che è un esperto di “Dieta del sorriso”, quali consigli ci può dare?

Per una migliore prevenzione della carie e dell'usura dentaria, posso fornire suggerimenti efficaci e semplici da seguire:

- Assumere acqua ad altro residuo fisso di calcio, magnesio e fluoro
- Bere acqua dopo gli spuntini per tamponare l'acidità del pH orale e a ristabilire omeostasi dell'ambiente orale al fine di prevenire la cariogenesi
- Fare comprendere che bere aumenta la salivazione, che ha un ruolo protettivo importante della cariogenesi
- Idratare la bocca nel corso di tutta la giornata per saturare l'ecosistema orale di minerali come calcio, fosforo e fluoro che hanno un ruolo importante nei processi di remineralizzazione dello smalto
- Bere per aumentare il flusso salivare e dare un effetto dilavante sulle superfici orale, aiutando a contrastare l'attecchimento della placca e la formazione di nicchie batteriche residenti
- Bere al risveglio almeno due bicchieri di acqua per reidratare la bocca al fine di ridurre l'alitosi mattutina.

Cara sigaretta, mi piaci ma quanto mi costi

Quando si pensa alle conseguenze del fumo vengono in mente malattie polmonari come bronchite cronica, enfisema e cancro ai polmoni. La bocca tuttavia è la prima tappa del fumo nel suo viaggio verso i polmoni ed è tra le zone del corpo che ne subisce i maggiori danni e non c'è dunque da stupirsi che colpisca anche la salute orale.

Di questo parliamo con il prof. Fabio Beatrice, direttore della S.C. Otorinolaringoiatria e Coordinatore del Dipartimento di Chirurgia dell'Ospedale S.G. Bosco di Torino, che nel 2000 ha fondato un Centro Antifumo, inserito nella sede del GIC capo-collo dello stesso ospedale. Beatrice è stato presidente della Società Italiana di Tabaccologia e membro esperto presso il Consiglio Superiore di Sanità sulle tematiche del tabagismo.

Ha inoltre scritto monografie e libri di divulgazione scientifica sul tema del fumo di tabacco e del fumo digitale.

Prof. Beatrice, cosa succede quando fumiamo una sigaretta?

Una sigaretta contiene circa 1 cm³ di tabacco che bruciando libera 4 X 10⁹ particelle con un diametro medio di circa 0,2 µm. Durante la combustione la temperatura di una sigaretta è di circa 800° C e, in corso di inalazione, raggiunge anche i 910° - 920° C. Un cerino acceso produce una fiamma di circa 600°C ed è generalmente accettato che il tabacco bruci ad una temperatura indicativamente superiore ai 400°C. La composizione del fumo che si aspira (fumo diretto) è caratterizzata, al netto di acqua e nicotina, da oltre 5.300 composti tra tossici, metalli pesanti ecc. L'International Agency for Research on Cancer (IARC) <https://www.iarc.fr/> ha identificato 70 agenti cancerogeni che si liberano nel fumo di sigaretta a causa della combustione del tabacco.

Quali sono le conseguenze sul nostro organismo?

Con la combustione del tabacco si sprigiona anche monossido di carbonio (CO) il quale in parte penetra nel sangue dei fumatori (mainstream) e in parte resta nel fumo dell'ambiente (sidestream), cosicché anche i non fumatori ne vengono esposti. La concentrazione fisiologica di carbossiemoglobina nei non fumatori è compresa tra lo 0,3 e lo 0,7%.

Nei fumatori la concentrazione di carbossiemoglobina è mediamente del 4% fino a raggiungere anche il 15-20% nei forti fumatori.

E i sintomi più frequenti?

Livelli di carbossiemoglobina inferiori al 10% (possibili nei medi fumatori) provocano scarsi sintomi clinici come una riduzione della vigilanza e della massima capacità lavorativa, ma livelli del 10-30% (possibili nei forti e nei fortissimi fumatori) inducono rinorrea, cefalea, nausea e vertigini, fino a casi estremi che possono presentare riduzione del visus e delle funzioni cognitive.

La salute della bocca è strettamente legata alla qualità di vita ed al benessere. Un cattivo stato di salute della bocca ha un effetto diretto sul benessere della persona ma può anche essere fonte di disturbo per le persone vicine.

Prof. Beatrice, in cosa consiste l'impatto del fumo di sigaretta sulla salute della bocca, e su quali zone?

Ogni parte della bocca può subire danni a causa del fumo. I denti ingialliscono, si macchiano, sono più soggetti all'accumulo di **placca e carie**. Le gengive, a causa dell'aumento di placca e della diminuzione del contenuto di ossigeno, sono più soggette a **infezioni batteriche** che possono dare origine a parodontite, anche nota anche come piorrea; si tratta di una grave infiammazione dell'apparato di sostegno dei **denti, con** mobilità dentaria fino alla perdita nei casi più gravi, e che nei forti fumatori è da 4 a 6 a sei volte più probabile.

Smettere di fumare interviene molto positivamente in questi processi che, nel caso dei fumatori, possono essere caratterizzati anche da forme cliniche maggiormente aggressive. Molte delle complicanze in implantologia sono condizionate dal tabagismo, tra le quali il rischio di perimplantite fino alla perdita dell'impianto, con un tasso di insuccesso implantare decisamente più elevato nei fumatori.

A quali altre malattie possiamo associare il fumo di sigarette?

La mucosa della bocca può andare incontro a **leucoplachia**, un'alterazione degli strati superiori dell'epitelio che si presenta come una placca bianca, che possono degenerare anche verso forme tumorali. L'80% dei tumori della bocca infatti presenta una correlazione con il fumo di tabacco. I tabagisti presentano più frequenti infezioni del cavo orale come la **candidosi e maggiori complicazioni** nella guarigione delle ferite chirurgiche.

Anche le infezioni dell'osso dopo estrazione dentaria sono quattro volte più frequenti in chi fuma rispetto ai non fumatori. Altre problematiche legate al fumo possono essere l'alitosi ma anche **difetti estetici del dente** come la presenza di macchie ma soprattutto l'elevata presenza di tartaro, principale responsabile delle infezioni.

Fumare condiziona anche il bruxismo e la relativa usura dello smalto dentario e condiziona in maniera significativa la qualità del sonno con russamento ed apnee.

Prof. Beatrice, per concludere...?

Possiamo affermare in generale che i principali danni causati dal **fumo** sono su tutto l'ecosistema della bocca: l'alterazione della microflora, la diminuzione della produzione delle difese immunitarie e la vasocostrizione. Inutile infine sottolineare come nei fumatori le misure di igiene dentale debbano essere rigorosamente applicate nel tentativo di lenire l'insulto tabagico e come l'alcol in tutte le sue forme amplifichi gli effetti della tossicità da combustione.

Convegno medicina iperbarica

Sabato 27 ottobre 2018 si è svolto a Torino il corso “L’Ossigeno: un vecchio farmaco per nuove indicazioni. Update in Ossigeno Terapia Iperbarica”. Titolo suggestivo di un *“nostalgico”* vecchio farmaco, l’Ossigeno, che resiste al sorpasso di altri più nuovi e addirittura ci proietta nel futuro perché utilizzato nelle moderne e sofisticate attrezzature dei Centri di Ossigenoterapia Iperbarica (OTI).

A **Lidio Maffi**, esperto medico iperbarico e responsabile scientifico dell’evento, organizzato dall’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino, facciamo qualche domanda per approfondire una branca trattata dagli esperti e ancora poco conosciuta dai più.

Dr. Maffi, il corso ha registrato la presenza di un centinaio di colleghi nella Sala Conferenze di Villa Raby: è soddisfatto? Sono più che soddisfatto perché il convegno è andato benissimo e la partecipazione è stata superiore ad ogni più ottimistica aspettativa. Considerando che di sabato mattina abbiamo scomodato la fisica e la biochimica, la vigile attenzione dei colleghi ha dimostrato un reale interesse per le relazioni che hanno unito leggerezza e rigore scientifico. In sala erano presenti colleghi di altri Ordini provinciali che si sono stupiti sia della bellezza della nostra sede sia dell’accoglienza da parte dell’Ordine, che ha curato l’organizzazione nei minimi dettagli e che ringrazio.

Il “vecchio farmaco Ossigeno”: possiamo dire che ha ancora il suo appeal? Non può che essere così, soprattutto in tempi di coperta corta nelle prestazioni sanitarie. L’Ossigeno infatti è un farmaco a basso impatto economico, anche se il Centro Iperbarico, dove avviene di fatto il passaggio da gas a farmaco, è una struttura ad altissima tecnologia e specializzazione.

Ossigeno Terapia Iperbarica (OTI): come funziona e per quali patologie?

Si tratta di una branca medica che utilizza il **farmaco Ossigeno** puro, assunto a pressioni superiori a quelle atmosferiche in speciali ambienti chiamati **Camere Iperbariche**. In tali condizioni l’O₂ si discioglie nel plasma e raggiunge valori **fino a 40 volte superiori** a quello normalmente presente in aria ambiente. Per tali concentrazioni l’O₂ stimola il ripristino delle normali funzioni fisiologiche accelerando la guarigione e promuovendo la neovascolarizzazione delle **aree ipoperfuse o ischemiche**. Trovano pertanto indicazione alla OTI tutte quelle patologie dove, per cause traumatiche, infettive, infiammatorie o metaboliche, vi è una sofferenza distrettuale con compromissione circolatoria: ulcere diabetiche, venose o arteriopatiche, piede diabetico, infezioni necrosanti progressive, necrosi ossee, fratture difficili, sordità improvvise, necrosi ossee e tissutali post attiniche, lembi a rischio e altre. E comunque, come si suol dire, l’Ossigeno iperbarico è un farmaco *“intelligente”* poiché agisce in maniera diversa sui singoli apparati, con risposte a volte contraddittorie fra un distretto e l’altro.

Dr. Maffi, da quanto ci ha detto potremmo pensare che l'Ossigeno Iperbarico sia un farmaco utile in ogni malattia, una sorta di panacea di tutti i mali?

Assolutamente no! Abbiamo già scontato l'exasperazione delle indicazioni che, negli anni '80, aveva reso la nostra specialità poco credibile sul piano del rigore scientifico. Oggi le patologie che curiamo rispondono a protocolli validati da società scientifiche europee, americane e italiane le quali, attraverso un proficuo scambio di idee e di esperienze, monitorano l'appropriatezza delle indicazioni e della posologia della OTI. Ho partecipato al Tenth European Consensus Conference on Hyperbaric Medicine <http://www.eubs.org/documents/DHM%202017%20-%20Mathieu%20-%2010th%20ECHM%20Consensus%20Conference%20Recommendations%20on%20HBO.pdf>

che si è tenuta a Lille dove noi esperti eravamo chiamati a valutare le indicazioni proposte da altri colleghi incaricati di eseguire la metanalisi delle pubblicazioni sulla ossigenoterapia iperbarica. Ebbene, non solo abbiamo redatto la tabella con le evidenze di appropriatezza su ogni patologia che già curiamo, ma anche su quelle che non devono essere assolutamente trattate come autismo, paralisi cerebrale infantile o sclerosi multipla. Mentre con molta soddisfazione, direi tutta italiana, è entrata a gran forza, viste le evidenze incontrovertibili, nel panel delle patologie "strongly agreement", la cura con OTI delle necrosi avascolari, tipicamente della testa del femore, quantomeno negli stadi iniziali.

In questo modo si potrebbero evitare molti interventi di protesizzazione, con grande vantaggio per i pazienti e con notevole risparmio per il servizio sanitario?

È così, ma solo dopo aver valutato correttamente la stadiazione della necrosi avascolare, perché se il danno è troppo avanzato l'unica soluzione è la protesi.

Qual è ad oggi la situazione in Piemonte? Nella nostra regione scontiamo ancora il ritardo legislativo, sanato solo nel luglio 2016 con la DGR 15-3733

http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2016/34/attach/dgr_03733_830_27072016.pdf quando la Regione ha finalmente deliberato la possibilità di fruire della OTI in regime di Ticket, ovviamente per le patologie accreditate, le stesse proposte e contenute nelle Linee Guida italiane <http://www.simsi.it/linee-guida/> della Società di medicina subacquea e iperbarica <http://www.simsi.it/>. Attualmente sto partecipando in Regione a tre tavoli di lavoro per definire PDTA su ipoacusia improvvisa, piede diabetico e intossicazioni da CO. Sebbene in ritardo, ora gli stakeholders regionali si stanno dando molto da fare e non è un caso che una delle relatrici al convegno sia stata la dr.ssa **Anna Maria Orlando**, funzionaria regionale che se ne sta occupando.

Dunque, per un territorio con più di tre milioni di abitanti, siete voi a gestire le emergenze, soprattutto le intossicazioni da CO? Siete voi stessi una sorta di Pronto Soccorso?

Esatto. Nei 12 anni i cui dirigo un centro privato accreditato di medicina iperbarica di Torino, abbiamo trattato più di 1500 persone intossicate da fonti di CO, alcune molto gravi, mettendo a disposizione un servizio di reperibilità h24, 365 giorni all'anno. Proprio durante il convegno ho dovuto rispondere ad un P.S. che ci stava inviando una ragazzina di 13 anni con una grave intossicazione da CO: la nonna, purtroppo deceduta a seguito della inalazione del tossico, è uno dei cinque o sei morti registrati ogni anno in Piemonte a causa di questa emergenza. A qualsiasi

ora del giorno e della notte l'organizzazione è pronta e rodata ad intervenire celermente anche in caso di maxi emergenza, come quella capitata nel dicembre 2017, con 30 bambini intossicatisi contemporaneamente. Abbiamo lavorato per più di 12 ore ininterrottamente, ma con grandissima soddisfazione perché nessuno di loro ha riportato conseguenze.

Dr. Maffi, lei che è un esperto di Ossigenoterapia Iperbarica, quale messaggio vuole lasciare?

Il mio è un approccio *“olistico”* al paziente e sono fermamente convinto che il nostro dovere è quello di utilizzare tutti gli strumenti di cui disponiamo per consentire la naturale tendenza del nostro corpo a guarire. Penso che la Medicina Iperbarica debba entrare, laddove appropriata, nelle opzioni terapeutiche proposte perché, come dicono gli anglosassoni è *“safety and effectiveness”*.

Igienista Dentale: come mantenere la salute orale

La “*detartrasi*”, ossia la pulizia dei denti fatta nello studio dentistico, sta diventando una pratica comune nella popolazione che, per fortuna, è sempre più sensibile al tema della “*salute orale*”. Eseguita dagli “*addetti ai lavori*”, vale a dire dagli Igienisti laureati in Igiene Dentale, consente non solo una pulizia più profonda rispetto a quella che possiamo fare in casa, ma anche a prevenire e/limitare eventuali “*danni*”, intercettare carie e patologie a carico delle gengive e dell’osso, grazie all’ausilio delle più moderne proposte in ambito tecnologico e merceologico. L’ottica della prevenzione dunque ha modo di realizzarsi attraverso le più raffinate tecniche caratterizzate da mini-invasività ed elevata efficacia, con la programmazione di un ideale follow up basato su rilevazione degli indici parodontali, classificazione delle recessioni, morfologia papillare e, non per ultimo, la motivazione del paziente e la dotazione di tutti i sussidi per una corretta igiene orale domiciliare.

Ne parliamo con il dr. **Andrea Butera**, Igienista dentale “*per vocazione*”, libero professionista con una laurea in Igiene Dentale e una laurea magistrale delle professioni sanitarie tecniche assistenziali, ma anche docente in una serie di Master universitari e professore a contratto nel Corso di Laurea in Igiene Dentale all’università di Pavia.

Dr. Butera, cosa è consigliabile fare prima di un trattamento odontoiatrico?

La preparazione del paziente al trattamento odontoiatrico è certamente la fase più importante perché anche l’Igienista deve inquadrare il paziente, valutare i fattori di rischio individuali e scegliere un protocollo adeguato, analizzare le abitudini di igiene orale domiciliare quotidiana, il fenotipo dei tessuti duri e dei tessuti parodontali, la qualità e la quantità della secrezione salivare e dei batteri in essa presenti.

L’obiettivo è prendere in considerazione le diverse variabili, correlarle alle capacità individuali del paziente e stabilire il grado di suscettibilità alla comparsa di patologie a carico del cavo orale.

Come si fa a stabilire il grado di predisposizione ad eventuali danni su tessuti duri e/o parodontali?

Esistono degli indici specifici per valutare la qualità e la quantità di smalto, i difetti di mineralizzazione, la sensibilità dentinale, gli screening salivari, la capacità tampone e altri, tramite i quali è possibile inquadrare il paziente su tre livelli di suscettibilità all’insorgenza di patologie a carico dei tessuti duri e molli:

Suscettibilità Lieve: buona quantità salivare (>5mL) con Ph stabilmente tra 6,7 e 7,8 e buon potere tampone, indice di BEWE compreso tra 0 e 1 e Schiff Air Index compreso tra 0 e 1.

Suscettibilità Moderata: poca quantità salivare (compreso 5-3,5 mL) con Ph compreso tra 6,0 e 6,6 e discreto potere tampone, indice di BEWE compreso tra 1 e 2 e Schiff Air Index compreso tra 1 e 2.

Suscettibilità severa: Scarsa o poca quantità salivare (<3,5mL) con pH < 6,6 e discreto/scarso potere tampone, indice di BEWE compreso tra 2 e 3 e Schiff air index compreso tra 2 e 3.

Le risultanze di questi test, da riportare su una scheda stilata ad hoc, unitamente alla valutazione degli altri fattori eziologici (igiene orale, alimentazione, esposizione al fluoro, predisposizione individuale, ecc.) sono utili per valutare la “*cariorecettività*” del paziente, diagnosticare una possibile causa d’insorgenza di carie, scoprire se vi è una disfunzione salivare ed indirizzare il paziente verso le cure più appropriate.

Ovviamente per ottenere il successo terapeutico è fondamentale aggiungere a questa classificazione le capacità del paziente nell’utilizzo dei normali sussidi di igiene orale domiciliare, nonché la sua compliance che gioca sempre il ruolo di maggior importanza.

Dr. Butera, si può intuire che anche i richiami di igiene seguano una frequenza basata su questa classificazione, giusto?

Esattamente, e questo è il compito dell’Igienista che stabilisce un protocollo di sedute di igiene e fissa gli appuntamenti ai pazienti in base alla classificazione di cui abbiamo parlato, seguendo tre tempistiche:

- Suscettibilità **lieve**: richiamo **ogni sei mesi** con l’ID, l’ortodontista che esegue il controllo e/o l’attivazione dell’apparecchio ortodontico mensilmente verifica la qualità dell’igiene domiciliare ed eventualmente fissa una seduta anticipata con l’ID
- Suscettibilità **moderata**: richiamo **ogni 3 mesi** con l’ID, l’ortodontista che esegue il controllo e/o l’attivazione dell’apparecchio ortodontico mensilmente verifica la qualità dell’igiene domiciliare ed eventualmente fissa una seduta anticipata con l’ID
- Suscettibilità **severa**: richiamo **ogni mese** al controllo e/o attivazione dell’apparecchio ortodontico da parte dell’ortodontista una seduta con l’ID

Ovviamente i pazienti che non dimostrano buona compliance e difficoltà nel controllo di placca batterica, devono essere trattati come pazienti con suscettibilità severa, di conseguenza andranno eseguiti richiami con cadenza mensile fino alla loro completa collaborazione e al miglioramento dei suddetti indici.

Uno dei quesiti più frequenti sollevati dalla comunità scientifica negli ultimi decenni riguarda la correlazione tra terapia ortodontica e danni provocati nel tempo. Possiamo affermare che l’ortodonzia sia dannosa nei confronti dei denti e dei tessuti parodontali?

La risposta è che un trattamento ortodontico, se non associato a un ottimo controllo dell’igiene orale, è potenzialmente lesivo nei confronti dei tessuti duri e molli del cavo orale.

Infatti il punto di partenza comune, e universalmente riconosciuto in ortodonzia, è quello di un completo controllo della placca batterica durante l’intero percorso; ogni fase (prima, durante e dopo trattamento ortodontico) deve essere supportata da protocolli specifici e dalla supervisione dell’Igienista dentale per evitare, o almeno limitare, eventuali danni conseguenti a uno scarso controllo dell’igiene orale.

Il Natale dei bambini: rischio carie aumentato!

Il Natale è ancora la festa preferita dai piccoli, sebbene molti adulti lamentino che *“non è più la festa di una volta”*. Ma che cosa è cambiato? In passato il Natale era un momento magico, avvolto dal mistero di chi portava i doni: potevano essere Santa Lucia, San Nicola, Gesù Bambino, la Befana, i re magi, a seconda del territorio, figure che oggi sono quasi del tutto scomparse, oscurate dal mitico Babbo Natale, eletto dalla pubblicità come simbolo del Natale globalizzato. Ma se da un lato c'è stato un impoverimento, con la quasi scomparsa delle figure natalizie tradizionali, dall'altro si è assistito a una **moltiplicazione di Babbo Natale**: lo si vede nei centri commerciali impegnati con le promozioni di stagione, in tv o sui giornali come testimonial e la sua immagine è riportata sulle confezioni di molti prodotti commerciali. È un'esagerazione, che priva del mistero la figura di Babbo Natale e confonde i bambini. Eppure il Natale continua a piacere tanto ai bambini perché alimenta il *“pensiero magico”*. I bambini infatti hanno bisogno di fantasticare e il segreto del Natale sta proprio nell'immergere il bambino nella dimensione della favola, nel farlo sognare e per questo continua a credere all'esistenza di Babbo Natale, soprattutto se arriva di notte, mentre tutti dormono. E poi i loro occhi si illuminano davanti ai regali da scartare e anche davanti ai dolci da mangiare, per una volta senza rimproveri da parte di mamma e papà. Ma con gli inevitabili *“peccatucci”* alimentari... Rischio carie aumentato!

Poiché durante le feste natalizie è piuttosto abituale un consumo eccessivo di alimenti con alto contenuto di zucchero, occorre muoversi in anticipo con le giuste precauzioni affinché questi non si ripercuotano sui denti, evitando il sopraggiungere di lesioni come la carie, conseguenza della demineralizzazione dello smalto. Quindi, per evitare che si manifestino spiacevoli sorprese ai dentini durante e dopo le feste, meglio adottare qualche fondamentale precauzione:

1. NO mangiare dolci con troppa frequenza nel corso della giornata.
2. SI spazzolare 3 volte al giorno, in particolare dopo aver consumato i dolci.
3. SI uno sciacquo al fluoro a metà pomeriggio tutti i giorni.
4. NO morsicare i tappi delle bottiglie o provare ad aprirle con i denti.
5. SI bere acqua dopo aver mangiato torrone, cioccolato, frutta candita o marzapane.

Semplice no? Parola di dentista!

Apnee notturne: quali rischi?

OSAS, Obstructive Sleep Apnea Syndrome, patologia complessa e ancora poco trattata, sarà il tema del convegno dal titolo **“OSAS Disturbi respiratori nel bambino e nell'adulto.**

Un approccio multidisciplinare dal bambino all'adulto” organizzato dalla CAO (Commissione Albo Odontoiatri) dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino <https://www.omceo-to.it/it/00022/corsi-ecm.html> in collaborazione con SIDO (Società Italiana di Ortodonzia) <https://www.sido.it/> e previsto per sabato 29 settembre 2018, dalle 8.30 alle 14.30.

Crediti ECM 3,5.

I relatori rappresentano le varie branche coinvolte nella diagnosi e nella gestione delle OSAS: dal Pediatra (**Renato Turra**) al Medico di Famiglia (**Roberto Venesia**), dall'Otorinolaringoiatra (**Fernando Gervasio**) al Medico del Sonno (**Alessandro Cicolin**), fino agli Ortodontisti (**Marzia Segù** e **Gaetano Turatti**) con due relazioni distinte per il bambino e per l'adulto. Alla Tavola Rotonda, da titolo significativo **“CHI FA COSA”**, parteciperanno anche il presidente SIDO, **Giuseppe Fiorentino**, e il presidente CAO Torino, **Gianluigi D'Agostino**.

Al termine del convegno sarà dedicato uno spazio ai soci SIDO, ai quali un socio attivo IBO illustrerà come preparare i casi da presentare per il Model Display (esame per il passaggio di categoria da Socio Provvisorio a Socio Ordinario) e per l'IBO (esame per ottenere il certificato di Eccellenza in Ortodonzia). <https://www.sido.it/media-library/model-display-ibo.html>

Qualche domanda alla prof.ssa **Marzia Segù**, ortodontista ed esperta di medicina del sonno dell'Università di Pavia, ci aiuterà a entrare in questo mondo di disturbi respiratori.

Prof.ssa Segù cosa vuol dire OSAS e a quali patologie si riferisce?

OSAS, in inglese Obstructive Sleep Apnea Syndrome, vale a dire Sindrome delle Apnee ostruttive del Sonno, è un disordine caratterizzato da ripetuti episodi di completa o parziale cessazione del flusso d'aria attraverso le vie aeree superiori, dovuto al loro ricorrente collasso durante il sonno, con conseguenti sonnolenza diurna e russamento notturno.

L'OSAS è considerata a tutti gli effetti una patologia cronica poiché rientra nei criteri stabiliti dall'OMS <http://www.who.int/> per la definizione di tali malattie: è di lunga durata, tendenzialmente di lenta progressione e non è trasmissibile.

Quanti e quali sono i soggetti maggiormente colpiti?

Secondo il rapporto *“Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach”* <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf> pubblicato nel 2007, le persone affette da OSAS sono più di 100 milioni, sebbene più del 75% dei casi non vengano mai identificati. L'OSAS può presentarsi a qualunque età, con un range maggiore tra 40 e 60 anni e una prevalenza negli adulti che si attesta tra il 1,2 e il 7,5%. È stato valutato che 1 maschio su 4 ed 1 femmina su 10 presentino un valore superiore alle 5 apnee per ora; il sesso

maschile sembrerebbe avere il doppio delle probabilità di sviluppare l'OSAS, con una prevalenza stimata del 4% (rispetto al 2% delle femmine).

Come possiamo inquadrare questa malattia ancora poco "riconoscibile"?

L'OSAS è una malattia cronica piuttosto complessa, dall'eziologia multifattoriale e di difficile inquadramento, che peraltro negli ultimi anni ha attirato l'attenzione dei professionisti poiché è stata riconosciuta come una delle più frequenti cause di eccessiva sonnolenza diurna e russamento notturno. Inoltre studi recenti indicano che l'OSAS è associata anche ad altre patologie croniche, quali aritmie cardiache diverse dalla fibrillazione atriale, disturbi cognitivi e dell'umore, sindrome depressiva, insonnia, asma bronchiale, insufficienza renale, neoplasie e steatosi epatica.

A cosa dobbiamo il crescente interesse per questa patologia?

L'interesse, che riguarda soprattutto la correlazione tra OSAS ed incidenti stradali, è cresciuto esponenzialmente al punto da incidere sulle leggi in materia di rilascio e/o rinnovo delle patenti di guida sia a livello nazionale che europeo. Infatti i soggetti OSAS rischiano incidenti stradali fino a 7 volte di più rispetto a soggetti sani, riscontrano più infortuni sul lavoro (non associati alla guida) e vanno incontro a riduzione della performance lavorativa.

Se in Italia i 6 milioni di potenziali pazienti OSAS venissero adeguatamente trattati, avremmo un risparmio annuo di oltre 15 miliardi di euro, quasi l'equivalente dell'ultima manovra finanziaria.

Anche il Ministero della Salute ha emanato apposite Linee Guida a cui possiamo fare riferimento.

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&id=2565

Quindi l'OSAS rappresenta un problema non solo sanitario ma anche sociale ed economico?

Sicuramente sì, perché l'OSAS incide negativamente sulla qualità della vita e sullo stato sociale del paziente e dei suoi familiari; ciò accade già negli anni che precedono la diagnosi e peggiora con la naturale progressione della malattia. E visto che si tratta di una malattia di interesse multidisciplinare, necessita di azioni diagnostiche e terapeutiche coordinate tra diversi specialisti allo scopo di garantire un intervento ottimale e completo per le persone di tutte le età: la scelta terapeutica ed il follow up devono essere frutto di una valutazione concorde presa dagli specialisti coinvolti nella gestione del paziente affetto.

Quali sono le scelte terapeutiche per il paziente?

Le opzioni terapeutiche attualmente disponibili sono rappresentate da:

- ✓ Programma educativo e Terapia comportamentale, raccomandati in pazienti affetti da forme di OSAS lieve. Comprendono principalmente strategie volte al calo ponderale, all'astinenza dall'alcol e droghe e ad una migliore igiene del sonno. Ad esempio quando le apnee risultano strettamente legate ad una posizione supina durante il sonno, la terapia è di tipo posizionale;

- ✓ Trattamento **CPAP** nasale (Continuous Positive Airway Pressure): rappresenta il trattamento di elezione per OSAS moderato e grave. La CPAP, opportunamente tarata, è in grado di contrastare il collasso delle vie aeree superiori erogando un flusso d'aria compressa attraverso una mascherina nasale (o oronasale) che stabilisce una pressione trasmurale positiva nella faringe. La miglior ossigenazione consente al paziente di beneficiare di un sonno meno frammentato, situazione che si riflette positivamente sulla qualità della vita attraverso una diminuzione drastica della sonnolenza diurna, un miglioramento della funzione neurocognitiva e l'abbassamento dell'incidenza di patologie cardiovascolari. La compliance del paziente rappresenta il principale svantaggio di questa terapia: il macchinario è ingombrante e necessita di un periodo di adattamento più o meno lungo, a partire dalla calibrazione del macchinario fino alla ricerca della giusta maschera da indossare che, se non adeguata al paziente, può provocare effetti collaterali minori ma non per questo poco fastidiosi come naso secco, mal di gola, congestione nasale e piaghe della pelle;
- ✓ Dispositivi Odontoiatrici di avanzamento mandibolare (**MAD**): sono proposti nei casi di OSAS lieve e moderata o quando il paziente con OSAS grave non aderisce alla terapia con CPAP. I MAD, a differenza della CPAP, sono poco invasivi e quindi incontrano più facilmente il favore del paziente migliorando la collaborazione e l'aderenza al trattamento. Questi dispositivi protrudono la mandibola consentendo la stabilizzazione e l'allargamento delle vie aeree, prevenendone quindi il collasso;
- ✓ **Chirurgia otorinolaringoiatrica o maxillo-facciale**: si ricorre principalmente all'uvulopalatofaringoplastica e alla chirurgia multilivello, in cui rientrano sospensione la sospensione ioidea, l'avanzamento genioglosso, la riduzione dei turbinati, la settoplastica, la stabilizzazione linguale, la tonsillectomia, l'adenoidectomia e la radiofrequenza della base della lingua. A questi interventi si aggiunge anche quello di protrusione bi-mascellare con l'intento di allargare la via aerea retrolinguale e retropalatale. Queste soluzioni sono tuttavia piuttosto invasive.

Prof.ssa Segù, in che modo gli Odontoiatri possono intercettare e intervenire sull'OSAS?

Una percentuale molto elevata della popolazione generale si reca dall'odontoiatra almeno una volta all'anno per visite di controllo, igiene orale professionale o per eseguire terapie. Per questo motivo gli odontoiatri hanno la possibilità di intercettare precocemente i segni e sintomi dell'OSAS. Allo stesso tempo, possono valutare se il paziente presenta le indicazioni per essere sottoposto a trattamento con specifici dispositivi orali (Oral Appliances, **OA**). Negli ultimi anni, gli oral appliance sono diventati una modalità di trattamento sempre più comune per l'OSAS e per il russamento. Anche se la positive airway pressure (PAP) rimane il più comune e il più efficace trattamento per i disturbi respiratori del sonno, gli OA offrono una terapia efficace per molti pazienti con OSAS. Questi dispositivi offrono alcuni vantaggi rispetto alla PAP in quanto non richiedono una fonte di energia elettrica e sono meno ingombranti, soprattutto durante i viaggi. Gli OA sono ben tollerati dalla maggior parte dei pazienti e l'aderenza terapeutica potrebbe essere migliore rispetto alla C-PAP.

Come viene gestita la terapia da parte dei diversi medici specialisti?

Con l'individuazione della scelta terapeutica risulta necessaria contestualmente l'individuazione della figura specialistica di riferimento per il follow up che consta di controlli periodici finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Verifica dell'efficacia del trattamento prescritto;
- Verifica dell'aderenza al trattamento;
- Ricerca e correzione delle eventuali cause della scarsa aderenza al trattamento;
- Introduzione delle eventuali modifiche del trattamento;
- Il persistere della sonnolenza e/o della presenza di fatica (astenia) in un soggetto in trattamento ottimale, deve essere seguito da un adeguato approfondimento diagnostico.

In ogni caso l'accettazione e l'aderenza al trattamento somministrato ricoprono un ruolo cruciale nella riuscita della terapia.

Probiotico: a favore della (nostra) vita

Il termine “*probiotico*” deriva dall’unione della preposizione latina “*pro*” (a favore di) e dal sostantivo greco “*βίος*” (vita). Contemplati nelle Linee Guida ministeriali:

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1016.

I probiotici sono definiti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità “*organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute dell’ospite*”, con effetti benefici all’organismo attraverso la stabilizzazione della flora microbica e la modulazione del sistema immunitario dell’ospite. Lattobacilli, Streptococchi o Bifidobatteri sono tra i batteri acidogeni in grado di esercitare uno o più di questi effetti, ma la specie più descritta nel contesto della malattia parodontale cronica è il *Lactobacillus Reuteri*, un batterio gram positivo che colonizza naturalmente il tratto gastro-intestinale di uomini e animali.

Recenti studi hanno messo in luce l’utilità che i probiotici potrebbero avere per la prevenzione o il trattamento di alcune patologie del cavo orale come carie, gengivite e parodontite, associate ad una variazione della composizione della flora microbica e all’attività delle specie batteriche oltre che alla reazione dell’ospite, ampiamente dimostrate in vitro. L’obiettivo principale dell’utilizzo dei probiotici nella prevenzione della carie è quello di modificare la flora microbica sostituendo i batteri cariogeni, principalmente *Streptococcus Mutans*, con batteri non cariogeni.

Dal punto di vista clinico il principale parametro utilizzato per dimostrare i benefici del trattamento con probiotici è la variazione del numero dei batteri. Solo pochi studi hanno utilizzato indicatori specifici per le singole patologie (incremento o diminuzione delle lesioni cariose per la carie e variazione della profondità di sondaggio o della perdita di attacco clinico per la malattia parodontale) per comprovare l’efficacia dei probiotici.

La revisione sistematica della letteratura e meta-analisi di Martin-Cabezas e colleghi (*Martin-Cabezas R, Davideau JL, Tenenbaum H, Huck O. Clinical efficacy of probiotics as an adjunctive therapy to non-surgical periodontal treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol 2016 Jun;43(6):520-30*)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26970230>

ha valutato l’efficacia clinica dei probiotici in aggiunta alla terapia parodontale non chirurgica nel trattamento della parodontite cronica, confrontando l’utilizzo dei probiotici insieme alla terapia parodontale convenzionale con scaling e root planing, rispetto alla sola terapia parodontale o in combinazione all’utilizzo di un placebo. I parametri presi in considerazione sono stati la profondità di sondaggio e il livello di attacco clinico. Gli studi inclusi in questa ricerca dimostrano che vi è un significativo guadagno di attacco clinico e una riduzione dell’indice di sanguinamento nelle terapie associate all’utilizzo di probiotici. È stato inoltre dimostrato un recupero della profondità di sondaggio in tasche moderate o profonde. Nonostante i limiti posti dalla eterogeneità dei dati raccolti, la ricerca dimostra che l’utilizzo di *Lactobacillus Reuteri* abbinato alla terapia parodontale

non chirurgica nel trattamento della parodontite cronica è efficace, soprattutto per il trattamento di tasche profonde.

Va ricordato che i batteri probiotici non sono in grado di colonizzare il cavo orale in modo permanente pertanto è necessaria una assunzione regolare quotidiana, aspetto influente da considerare per quanto riguarda la collaborazione da parte del paziente.

La revisione sistematica della letteratura e meta-analisi di Gruner e colleghi Gruner D, Paris S, Schwendicke F. Probiotics for managing caries and periodontitis: systematic review and meta-analysis. J Dent 2016 May; 48:16-25 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26965080> ha valutato l'efficacia dei probiotici nella gestione della malattia parodontale e della carie. Sulla base di tale studio attualmente ci sono prove insufficienti per sostenere che l'uso dei probiotici sia indicato nella gestione, intesa come trattamento e prevenzione, della malattia parodontale e della carie. Tuttavia, poiché non sono stati riportati eventi avversi gravi associati all'utilizzo dei probiotici, non ci sono controindicazioni all'esecuzione di tale trattamento.

Per quanto riguarda la parodontite è stata dimostrata un'influenza statisticamente significativa dei probiotici sulla variazione della profondità di sondaggio. Allo stesso modo anche gli indicatori di infiammazione gengivale hanno risentito positivamente della terapia con probiotico, tanto da suggerire l'esecuzione di ulteriori studi in questa direzione. Per la carie l'evidenza clinica suggerisce che vi sono dei benefici associati alla terapia con probiotici sebbene essi non siano stati considerati significativamente validi. L'evidenza risultante dalla ricerca non fornisce dati sufficienti né dal punto di vista qualitativo né quantitativo per redigere raccomandazioni in merito.

Nella pratica clinica i Probiotici con *Lactobacillus Reuteri* si possono consigliare, oltre che come complemento dell'igiene orale quotidiana, in casi particolari come in presenza di gengivite o gengive sensibili, in persone a maggior rischio di problemi parodontali (donne in gravidanza, osteoporosi, diabete, trattamenti ortodontici, tabagismo, anziani). Indicati anche nei casi di assunzione di alcuni farmaci quali contraccettivi orali, antistaminici, antidepressivi, antitumorali, steroidi e farmaci che provocano "*secchezza delle fauci*".

Traumi

Erano gli anni '60 e le macchine erano totalmente sfornite di quei sistemi di sicurezza che adesso sono "di serie": cinture, sistema frenante ABS, seggiolini per bambini rigorosamente sul sedile posteriore, airbag. Di auto ne circolavano poche e, ad eccezione di qualche "fuoriserie" con motori potenti, la velocità era mediamente ridotta per cui la percezione del pericolo su strada non era avvertita dai conducenti che spesso guidavano la macchina con la stessa prudenza istintiva di quando andavano in bicicletta. Mio nonno, uomo semplice ma intraprendente, mi porta con sé quando ho circa 3-4 anni senza pensare che, seduta nel sedile accanto, avrei giocato con la maniglia della portiera per rotolare sul ciglio erboso della strada di campagna. Se ne accorge dopo alcuni metri, torna indietro, mi raccoglie, mi riporta subito a casa dove mia madre, vedendo la bocca sanguinante e i due dentini dondolanti corre con me in braccio dal dentista che li estrae immediatamente: dentini da latte, ovvio! Sono rimasta senza quei due denti fino all'età di 8 anni mentre andava in voga la famosa canzone dello Zecchino d'Oro "Fammi crescere i denti davanti" ...te ne prego Bambino Gesù! Il mio è stato un trauma dento-facciale vero, del tutto accidentale che rientra in quell'11% di incidenti della strada, senza il dubbio di appartenere al 12% di violenze non denunciate nel 93% dei casi. Da quando sono diventata mamma, una ventina d'anni fa, ho vissuto le stesse apprensioni di tutte le mamme, soprattutto la paura che mio figlio potesse farsi male quando giocava o faceva sport, senza sapere che avrebbe avuto l'80% di probabilità di fratturare o addirittura perdere un incisivo e, essendo un maschio, con doppia incidenza rispetto alle femmine. Adesso, dopo decenni passati a occuparmi di ortodonzia e odontoiatria infantile, ho le idee decisamente più chiare grazie al progetto itinerante TRAUMATOLOGY DENTAL DAY ideato da personaggi autorevoli come Caprioglio, Laino, Buccelli, Di Michele e altri che già un anno fa mi hanno coinvolto nell'EMERGENZA TRAUMI DENTALI allo Spring Meeting Sido di Torino, accolto a braccia aperte dall'allora presidente Claudio Lanteri. Mi si è aperto un mondo che ho voluto riproporre all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino lo scorso 30 maggio, con un convegno ECM che ha visto la partecipazione di un centinaio di colleghi e colleghe, rimasti fino alla fine, interessati alle relazioni di discipline diverse ma tutte focalizzate nella composizione variegata del problema "emergenza traumi oro-facciali", notoriamente sottostimato e poco conosciuto. Questo messaggio, indirizzato a noi odontoiatri, ai medici di medicina generale, ai pediatri e ai medici dell'emergenza, è stato realmente recepito dal presidente dell'Ordine Guido Giustetto e dal presidente CAO Gianluigi D'Agostino, entrambi entusiasti di diffonderlo attraverso il convegno. Qualcuno ha detto "mai visto un presidente di Ordine aprire un convegno, ascoltare tutte le relazioni e chiudere con un saluto soddisfatto e propositivo, senza discorsi di circostanza né tantomeno formali". Questa volta, oltre a riproporre la lectio magistralis su ortodonzia e traumi del prof. Alberto Laino e traumi da maltrattamento (Fernanda Deniso vice questore aggiunto) ho voluto ampliare la giornata dell'anno scorso inserendo l'odontologia forense (Chantal Milani), le linee guida ministeriali (Sebastiano Rosa), gli aspetti medico-legali dei traumi sportivi (Roberto Longhin), la pediatria (Marisa Bobbio) e la medicina generale (Guido Giustetto). Durante il dibattito finale, molto animato malgrado l'ora di pranzo, lo stomaco vuoto, la bella giornata e il sole in attesa fuori dalla sala, ho invitato a parlare sul palco un esperto medico legale come Massimo dalle Molle, Gabriella Tanturri coordinatrice

commissione pari opportunità dell'OMCeO Torino e altri di cui non ricordo il nome: anche i loro interventi, per così dire "fuori programma" hanno contribuito alla riuscita dell'evento. Ho raggiunto la mia duplice finalità: la conoscenza del problema a tutto tondo e l'utilità per gli operatori. Ma l'obiettivo è uno solo: la tutela della salute orale del paziente, spesso in età evolutiva.

E a questo proposito voglio raccontare la storia del piccolo Stefano. E' successo il 2 gennaio di quest'anno e ovviamente non ero in studio a lavorare ma per fortuna a Torino. Mi chiama un papà da Aosta verso mezzogiorno – Mio figlio di 7 anni ha perso un dente davanti, è rimasto impigliato in una rete- e io –il dente dov'è ora? - la mamma, su consiglio di un'altra mamma lo aveva messo nel latte. Sono ancora in pigiama, 5 minuti di "cerca file", la mente viaggia alla velocità della luce, mi sento la responsabilità addosso sebbene non li conosca. Trovo la soluzione d'istinto, chiamo la mia assistente e ci diamo appuntamento in studio entro un'ora. Avviso il padre che lo aspetto alle due del pomeriggio con il bambino e...il dente! Mentre sono in macchina ho il dubbio che potrei fare qualche benché minimo errore rischiando l'insuccesso. Chiamo Alberto Laino, immaginandolo a pranzo nella sua Napoli –Alberto stai mangiando? – sì ma dimmi...- ascolto il riepilogo dei passaggi che già conoscevo, tranne un dettaglio importantissimo a cui non avrei mai pensato – mi raccomando Patrì, quando reinsertisci il dente spingi, spingi forte, più forte che puoi, perché il coagulo si è già formato e fa resistenza. Capito Patrì? - L'incisivo centrale permanente è ancora lì, splintato con i denti adiacenti, tuttora vitale. Chissà se, oltre a salvare il dente, ho salvato anche la sua vita? Psicologica e di relazione, ovvio, ma sempre di vita si tratta!