

Profili di responsabilità dell'Igienista dentale nel rapporto professionale con l'Ortodontista

La figura dell'Igienista dentale nell'ambito del team odontoiatrico si configura come un professionista autonomo della salute orale e non dipendente dall'Odontoiatra. Tale autonomia professionale decorre parallela a un incremento della responsabilità che comporta e presuppone maggiori doveri, una documentata formazione e un impegno di aggiornamento.

Nell'esercizio della sua professione l'igienista, al pari di ogni altro professionista, deve ottemperare agli obblighi di diligenza, di prudenza e di perizia nell'operatività, rispettando le linee guida e le buone pratiche sancite dagli esperti accreditati e da quanto espresso da Società Scientifiche riconosciute. Quando l'igienista tratta un paziente nell'ambito delle

sue competenze professionali di informazione, prevenzione e cura della salute orale, assume una obbligazione verso il paziente di avvalersi dei mezzi e delle metodiche atte a trattarlo, ma anche di raggiungere quel risultato di ottenimento e mantenimento della salute orale statisticamente e abitualmente raggiungibile.

> pagina 10



L'importanza della prevenzione in odontoiatria

"Grazie a una regolare igiene orale, combinata con interventi professionali, è possibile tenere sotto controllo il biofilm, per migliorare la salute orale e sistemica di ogni paziente."

Già Ippocrate (nel 300 a.C. circa) attribuiva maggiore importanza alla prevenzione che alla terapia: *"È bello avere riguardo per i malati, a causa della loro salute. È ancora meglio avere riguardo per i sani, a causa della loro non malattia"*.

La prevenzione orale è da sempre la mission dell'azienda svizzera E.M.S. Electro Medical Systems S.A. ed il motore delle sue innovazioni come l'originale PIEZON NO PAIN e le tecnologie AIRFLOW fin dalla sua fondazione nel 1981.

Insieme a ricercatori e medici, EMS ha ridefinito la profilassi orale con la Guided Biofilm Therapy. La Guided Biofilm Therapy (GBT) è un protocollo standardizzato di prevenzione, profilassi e terapia, basato su evidenze scientifiche, che si modula in base alle necessità cliniche del singolo caso, adatto a tutte le procedure odontoiatriche. Partendo da una diagnosi individuale di malattie orali come la carie e la parodontite, i pazienti vengono informati e motivati nei passi successivi per una corretta igiene orale seguita da una completa e indolore rimozione sopra e sottogengivale di biofilm, macchie e tartaro (Fig. 1).

La GBT rientra in un concetto più ampio di prevenzione globale, volto a preservare la salute orale del paziente, facendolo sentire bene.

Perché il protocollo GBT è differente?

1. Prima della rimozione, il biofilm viene sempre localizzato mediante un rilevatore di placca.

- L'obiettivo della GBT è quello di rimuovere tutto il biofilm orale - anche nelle aree più difficili da raggiungere: nelle sedute di igiene orale tradizionale, il biofilm orale viene rimosso solo al 50% nelle zone difficili da raggiungere.

- Quando il biofilm è visibile, può essere rimosso molto più velocemente e precisamente.

- Il biofilm localizzato sui denti e sui tessuti molli motiva il paziente ad una migliore prevenzione domiciliare nel contesto dell'OH.

2. Il biofilm e il tartaro di recente formazione vengono quindi

facilmente rimossi a livello sopragengivale e sottogengivale mediante AIRFLOW e PERIOFLOW.

- Utilizzando AIRFLOW per primo si rimuove il biofilm, le decolorazioni e i sottili strati di tartaro di recente formazione.

- Il trattamento GBT, indolore e piacevole, come insegnato dalla Swiss Dental Academy (SDA), aiuterà ad avere pazienti felici e fidelizzati, che tornano periodicamente per la seduta di igiene dentale.

> pagina 10

PERCHÈ RIMUOVERE IL BIOFILM?

BIOFILM + ZUCCHERO = ACIDO
ACIDO + TEMPO = CARIE
BIOFILM + TEMPO = GENGIVITE
GENGIVITE + BIOFILM + TEMPO = PARODONTITE
PARODONTITE + BIOFILM + TEMPO = PERDITA DEL DENTE



BIOFILM + TEMPO = MUCOSITE
MUCOSITE + BIOFILM + TEMPO = PERI-IMPLANTITE
PERI-IMPLANTITE + BIOFILM + TEMPO = PERDITA DELL'IMPIANTO

EMS+
MAKE ME SMILE.

Fig. 1

Fig. 1 - EMS è da sempre in prima linea nel combattere la battaglia per la completa rimozione del biofilm orale.



1^A
EDIZIONE

Osservazioni preliminari sull'utilizzo combinato di laser a diodi, fluoruro di e nanoidrossiapatite biomimetica

Melania Amoroso, DHY; Massimiliano Pelliccia, MD, DDS; Raffaele Michele Calvi, DDS, MSc; Marco Garrone, DDS, MSc; Emanuele Ruga, DDS, MSc.



Introduzione

Si definisce ipersensibilità dentinale (DH) un dolore intermittente, acuto e di breve durata dovuto all'esposizione della dentina, in risposta a "stimoli specifici" e che non può essere attribuito a nessuna altra causa o disturbo dentale. Dalla letteratura si evince che un paziente su tre soffre di questo disagio¹. Il dolore dentinale può essere pungente e immediato, provocato dalla gran parte degli stimoli (aria, acqua, dolce) o ingravescente e di maggior durata, persistente dopo la cessazione dello stimolo causato dal caldo o dal freddo.

Meccanismi eziopatogenetici

Tra le varie teorie eziopatogenetiche formulate nel corso degli anni, la più accreditata è quella idrodinamica² proposta da Brännström, secondo cui l'ipersensibilità dentinale è determinata dal fatto che nella dentina esposta si aprono i tubuli dentinali che contengono del fluido. Stimoli esterni, possono indurre rapidi movimenti di questo fluido stimolando il nervo pulpare e le terminazioni nervose su cui sono presenti i meccanoceettori. Tali recettori sarebbero in grado di trasdurre il segnale "deformazione" in impulso nervoso dolorifico³. I fattori più comunemente coinvolti nell'ipersensibilità sono l'abrasione da spazzolamento o da paste dentifricie con alto RDA⁴; abrasione, causata da forze occlusali anomale; mal occlusioni; erosione, secondaria alla presenza di acidi nella

cavità orale, come nella bulimia nervosa o nel reflusso gastroesofageo; predisposizione anatomica dovuta a carenza strutturale della giunzione smalto-cemento; preparazioni di cavità in denti vitali che espongono la dentina⁵. Il ruolo del clinico è quello di intercettare il disturbo e identificarne i potenziali fattori di rischio, accertarne le cause di insorgenza ed eliminarle, effettuare trattamenti mirati e personalizzati finalizzati alla riduzione della sintomatologia dolorosa e del disagio percepito dal paziente. Ogni trattamento, fisico e/o chimico in grado di ridurre la permeabilità dentinale e l'occlusione dei tubuli diminuisce la sensibilità dentinale.

Modalità di trattamento

Esistono attualmente diversi prodotti desensibilizzanti, ad uso domiciliare e/o professionale. Vengono sfruttate differenti proprietà e modalità di azione. Possiamo elencare a titolo esemplificativo i sali di potassio, i fluoruri, gli ossalati, il fosfato di calcio bibasico/idrossido di calcio, ed il fosfato di calcio. I diversi prodotti attualmente disponibili, con specifiche formulazioni presentano differenze in termini di costo, praticità d'uso, sicurezza ed efficacia clinica.

Premesse al trattamento laser assistito

Diverse tipologie di laser sono state utilizzate nel corso degli anni per il trattamento dell'ipersensibilità denti-

nale, tra cui laser ErYag; Nd Yag. Tratteremo brevemente di due distinte tecniche operative, descrivendo due casi clinici, attuabili utilizzando i moderni sistemi laser diodici⁶, sinergicamente a gel al fluoro ovvero preparati a base di nanoidrossiapatite.

Gel a base di fluoro

Prodotti a base di Fluoruro di sodio (NaF): (fonte di fluoro ben tollerata e più comunemente utilizzata nella maggior parte delle paste dentifricie) possono essere utilizzati per ottenere effetti desensibilizzanti⁷. I gel sono generalmente trasparenti, di consistenza tale da poter essere applicati mediante l'utilizzo di pennellini/microbrush ovvero estrusi con siringhe e puntali di precisione a punta smussa⁸.

Soluzioni di nanoidrossiapatite biomimetiche

Si tratta di sospensioni semiliquide contenenti il 30% di nanoidrossiapatite in alcol assoluto. La dimensione nanometrica dei cristalli componenti presenta una superficie pari 64 mq per ogni grammo di idrossiapatite, consentendo una prestazione clinica stabile e duratura⁶. Il ricorso a soluzioni di nanoidrossiapatite con struttura, dimensione e biofunzionalità simili alla dentina naturale consente di ottenere un effetto biomimetico⁷.

Quali laser e con quali lunghezze d'onda?

Laser a diodi con lunghezze di 808-

980 nm possono essere utilizzati⁵. Sono richieste di norma basse potenze, comprese tra 0.2 W e 0.6 W in modalità di emissione continua, per circa 10-60 secondi ad elemento dentario, in funzione di protocollo clinico, lunghezza d'onda, sito anatomico, prodotto utilizzato⁵.

Casi clinici

Caso clinico 1

Utilizzo combinato di laser a diodi da 915 nm e gel di fluoruro di sodio
Viene descritto il trattamento dell'ipersensibilità dentinale in una paziente femmina di 41 anni. Il grado di ipersensibilità dentinale è stato preliminarmente valutato utilizzando la scala NRS, ricavata tramite l'Air-Blast test, con valori tra 0 e 10. I valori iniziali di sensibilità erano pari a 4, 4, 5 per gli elementi dentari 24, 25, 26.

I valori dell'ipersensibilità riferiti ai diversi elementi dentari (24, 25, 26) sono stati rispettivamente 3, 2, 3 al termine della prima seduta; 2, 2, 2 a distanza di una e due settimane. Non sono state rilevate complicazioni locali legate all'applicazione del gel fluorato, ovvero all'irradiazione mediante laser a diodo.

Caso clinico 2

Utilizzo combinato di laser a diodi da 915 nm e nanoidrossiapatite biomimetica

Viene descritto il trattamento dell'ipersensibilità dentinale in una pazien-

te femmina di 46 anni.

I valori dell'ipersensibilità in scala N.R.S. (iniziale = 5) per l'elemento dentario 27 sono stati rispettivamente 2, al termine della prima seduta; e 2 a distanza di una e due settimane. Non sono state rilevate complicazioni locali legate all'applicazione della soluzione di nanoidrossiapatite, ovvero all'irradiazione mediante laser a diodo.

Considerazioni e conclusioni

Sulla base delle osservazioni preliminari, entrambe le tecniche utilizzate hanno dimostrato di essere in grado di espletare la desensibilizzazione. L'utilizzo congiunto di laser a diodi sembra contribuire alla determinazione di una maggior effetto desensibilizzante rispetto alle metodiche classiche, secondo quanto desunto dalla letteratura a oggi disponibile. Il ricorso a prodotti a base di nanoidrossiapatite sembra ridurre i tempi di applicazione e determinare un ulteriore effetto desensibilizzante. Entrambe le tecniche offrono semplicità di utilizzo, efficacia, rapidità di azione, sicurezza per operatori e pazienti, unitamente alla minima invasività del trattamento.

Ulteriori studi comparativi con campioni di dimensioni adeguate in un periodo di osservazione esteso sono tuttavia auspicabili.

Bibliografia disponibile presso l'editore.



Fig. 1 - Situazione clinica iniziale. La paziente presenta un sensibilità dentale elevata riferita agli elementi dentali 24, 25, 26.



Fig. 2 - La decontaminazione preliminare delle superfici dentarie è la premessa per le successive fasi di desensibilizzazione.



Fig. 3 - Un gel di fluoruro di sodio (Desensibilizer Professional. Dental-Moro) è inserito in un'apposita siringa con applicatori di precisione monouso viene applicato nelle aree cervicali degli elementi dentari sensibili.



Fig. 4 - Il gel di fluoro viene irradiato mediante laser a diodi da 915 nm (POCKET LASER, 88Dent). Viene utilizzata una fibra ottica non attivata, utilizzata in modalità defocalizzata, per 30-60 secondi a elemento dentario con potenze applicate comprese tra 0.2 W e 0.6 W. L'operazione viene ripetuta per 3 volte ad elemento dentario.



Fig. 5 - L'operazione viene ripetuta per 2-3 volte a elemento dentario. Al termine della procedura il prodotto viene opportunamente aspirato e le superfici dentarie delicatamente lavate con un getto d'acqua.



Fig. 6 - Sono presenti multiple recesioni gengivali, in presenza di una spiccata ipersensibilità dentinale, limitata all'elemento dentario 2.7.



Fig. 7 - Viene utilizzata soluzione desensibilizzante di nanoidrossiapatite. (Dentin Desensitizer; Ghimas) Il prodotto si presenta di consistenza semiliquida e di colore bianco.



Fig. 8 - Mediante l'utilizzo di un contagocce, il prodotto è miscelato in un apposito dappen, per poi essere distribuito sulle superfici dentali grazie a un pennellino monouso.



Fig. 9 - In seguito all'applicazione endorale della soluzione, nell'arco di 30 secondi si assiste di norma alla disidratazione parziale del prodotto e alla sua fissazione transitoria sulle superfici dentarie.



Fig. 10 - Durante la fase di stabilizzazione della soluzione, è possibile irradiare le superfici dentarie utilizzando laser a diodi da 915 nm (POCKET LASER, 88Dent) in modalità defocalizzata per 30 sec. La procedura viene ripetuta per 3 volte ad elemento dentario.

DÜRR DENTAL ITALIA

Vector, il punto di riferimento mondiale per la terapia parodontale indolore

Oltre 20 anni fa Dürr Dental rivoluzionò la tecnologia a ultrasuoni, creando un nuovo tipo di oscillazione degli ultrasuoni e un nuovo dispositivo per la terapia parodontale: il Vector Paro. Gli strumenti ultrasonici si sono consolidati nella terapia parodontale come alternativa agli strumenti manuali classici, i quali tuttavia non sono esenti da limitazioni dovute al fastidio o dolore che possono creare al paziente. Dürr Dental ha segnato una svolta nella terapia parodontale indolore e mini-invasiva con un innovativo sistema brevettato: favorire i processi di autoguarigione, migliorando al tempo stesso il comfort del paziente hanno portato infatti allo sviluppo del rivoluzionario sistema Vector, un ultrasuono modificato, con oscillazioni lineari, delicate e prive di vibrazioni e che sfrutta il principio della cavitazione per evitare il contatto diretto della punta sulla superficie radicolare.

Il brevetto. Elemento centrale del brevetto del Vector è l'anello di risonanza, che, deformandosi per la stimolazione ad alta frequenza, converte l'oscillazione orizzontale in movimenti verticali, assiali e paralleli alla superficie dentale. La punta dello strumento si muove quindi solo parallelamente alla superficie radicolare, con una drastica diminuzione fino alla scomparsa del dolore causato dalla vibrazione ultrasonica standard.

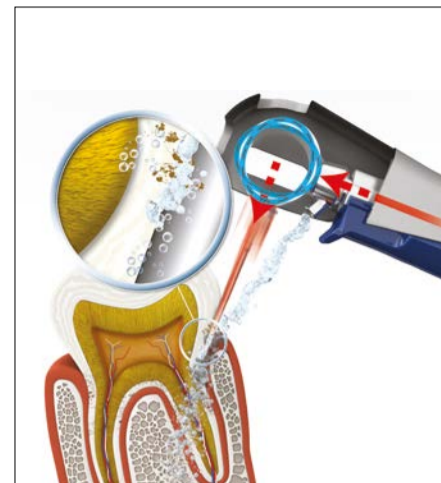
Aerosol. Vengono eliminati, oltre all'oscillazione vera e propria, tutti i movimenti incontrollati, le vibrazioni meccaniche e il conseguente sviluppo di calore: non è infatti necessario il raffreddamento e l'acqua addotta non viene spruzzata come aerosol¹.

Benefici. Le punte Vector sono dei "vettori" che portano all'interno delle tasche parodontali l'energia fluida idrodinamica generata dalla cavitazione. Non è l'azione meccanica della punta a rimuovere le concrezioni, come avviene con gli altri strumenti standard, ma è questo vero e proprio vortice di energia generato dalla cavitazione, che distacca dalla superficie radicolare biofilm, placca e tartaro, senza danneggiare o traumatizzare le superfici radicolari e gengivali². Tra i benefici spicca l'efficacia nel trattamento delle perimplantiti, grazie alle punte in carbonio appositamente studiate³. Questo consente di accelerare notevolmente l'intero processo terapeutico.

Bibliografia disponibile presso l'editore.

Dürr Dental Italia

www.duerrdental.com/it/IT/
Tel. +39 039 5970300



LUNOS®
MAKING SMILES BRIGHTER

RIVOLUZIONE VECTOR®



Prenota la demo gratuita!
Richiedila subito*



AEROSOL al minimo

Avvia video



IDEALE PER LA TERAPIA DELLA PERIMPLANTITE



Trattamento indolore e altamente biocompatibile



Vector® Paro Pro: la soluzione microinvasiva

Con Vector® Paro Pro, e i suoi manipoli Paro e Scaler, tutto è possibile. Dalla rimozione dei depositi sotto e sopragengivali alla terapia indolore e priva di aerosol della parodontite e della perimplantite, fino alle sedute di recall: sarà sempre un successo!

*Prenota la demo tramite i canali Facebook e Instagram Dürr Dental Italia o il modulo di contatto su www.duerrdental.com

DÜRR DENTAL
THE BEST, BY DESIGN

Profili di responsabilità dell'Igienista dentale nel rapporto professionale con l'Ortodontista

< pagina 7

Il profilo professionale dell'igienista dentale si definisce come una figura sanitaria in possesso del titolo di laurea abilitante a svolgere compiti relativi alla prevenzione delle affezioni oro-dentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio dell'odontoiatria.

L'igienista dentale quindi, pur dotato di autonomia operativa, si trova spesso a collaborare con l'ortodontista, nell'ambito della sua sfera professionale, durante un trattamento condotto e gestito da un altro professionista, potendo venirsi a creare zone di confine non definite tra le aree di responsabilità dell'uno o dell'altro.

In tali evenienze l'igienista si viene a trovare in una situazione di duplice obbligazione, dovendo rispondere del suo operato sia nei riguardi del paziente sia nei riguardi dell'ortodontista.

Per quanto attiene alla responsabilità verso il paziente la collaborazione tra ortodontista e igienista si configura come "cooperazione diacrona" caratterizzata da una successione di atti terapeutici eseguiti da sanitari di competenza diversa, funzionalmente e temporaneamente successive, ma con un unico obiettivo, cioè un trattamento ortodontico nel rispetto della salute orale.

Tale cooperazione configura una responsabilità d'equipe caratterizzata in questo caso dal principio dell'affidamento secondo cui

ogni membro dell'equipe, nell'ambito della propria specifica competenza, è tenuto a rispettare le regole cautelative per prevenire un evento lesivo e favorire il buon esito del trattamento, presupponendo il corretto adempimento del compito dell'altro operatore su cui, dato il diverso campo di competenza, non vi è obbligo di controllo, ma che comunque comporta l'obbligo di intervenire qualora venga evidenziato l'errore nell'operato dell'altro.

Pur non essendo nelle competenze dell'igienista porre una valutazione diagnostica specifica, documentata da indagini radiologiche e strumentali, sarà pur sempre abilitato a porre una diagnosi generica anche sull'evoluzione del trattamento ortodontico, e ciò in base al percorso formativo dei suoi studi, con l'obbligo sancito anche dal codice deontologico degli igienisti, di segnalare le anomalie osservate sull'andamento di trattamenti effettuati dagli odontoiatri. Oltre a questo, indipendentemente da una responsabilità di equipe, ogni danno causalmente riferibile, sia in termini contrattuali che extracontrattuali, all'operato esclusivamente dell'igienista implicherà un illecito colposo nei confronti del paziente, di cui dovrà rispondere.

Nei confronti dell'ortodontista si configurerà una responsabilità dell'igienista ogni volta che il suo operato potrà interferire con il buon andamento del trattamento, oppure comporterà un danneggiamento delle apparecchiature ortodontiche utilizzate co-

stringendo l'ortodontista a rinnovarle, cosa che comporta per lui un danno in termini economici e di impegno professionale, tanto più se avvenuto per non aver ottemperato alle indicazioni e alle raccomandazioni dell'ortodontista.

Sarà opportuno che nel corso della sua attività l'igienista rediga un accurato diario clinico in cui annotare le manovre effettuate, i consigli e le raccomandazioni ricevuti dall'ortodontista, riportare la situazione di igiene orale del paziente ad ogni appuntamento, annotare la comparsa di eventuali patologie insorte a livello dentogengivale, situazioni anomale o critiche da lui osservate sull'andamento del trattamento ortodontico. Una marcata e improvvisa recessione gengivale, la fenestrazione di una radice, un'anomala iperexpansione e così via dovrà essere annotata in cartella e segnalata all'ortodontista. Sarà quindi dovere dell'igienista, indipendentemente dal consenso al trattamento ottenuto dall'ortodontista, spiegare al paziente o al suo rappresentante legale, i vantaggi di un trattamento collaterale in termini di igiene orale, l'impegno che comporta, i rischi, e ottenere il consenso dopo aver attentamente valutato il presumibile grado di collaborazione e di comprensione. Approfondimento in collaborazione con SIOF, www.siofonline.it.

Franco Pittoritto, Odontologo forense

L'importanza della prevenzione in odontoiatria

< pagina 7

3. Il tartaro restante è ora più facile da identificare e rimuovere con lo strumento PIEZON PS NO PAIN.

- Se necessario, tale operazione viene seguita da un eventuale debridement mediante gli strumenti piezoceramici PIEZON PS NO PAIN.

- Lo strumento PS (Perio Slim) PIEZON è sottile come una sonda parodontale. Rispetta le gengive, è minimamente invasivo, offre massima prevenzione e preserva il tessuto epiteliale grazie a oscillazioni totalmente lineari.

- Lo strumento PS PIEZON offre una buona sensazione al tatto e una presa sicura quando si lavora nell'area sottogengivale.

- L'uso di un solo strumento per svolgere il 95% del lavoro rende tutto più semplice: per il restante 5%, raccomandiamo i nuovi strumenti curvi PSL e PSR (Perio Slim sinistro e destro).

4. Niente più lucidatura! (Fig. 2)

- I prismi dello smalto dentale naturale sono facilmente riconoscibili. La foto a sinistra mostra i residui dei batteri inattivati con ipoclorito di sodio.

- Nella foto centrale si vede come i prismi dello smalto vitale sono stati eliminati e la pasta abrasiva ha graffiato la superficie: il biofilm si è introdotto nelle fessure naturali. Tutte le paste abrasive causano una perdita di prezioso smalto dentale.

- Nella foto a destra, il biofilm è stato rimosso con la polvere AIRFLOW a base di eritritolo. La superficie è pulita fino ai pori, i prismi dello smalto restano intatti e la superficie è perfettamente uniforme: non c'è bisogno di "lucidare" con una pasta abrasiva! In questo modo si può salvaguardare lo smalto e ridurre la durata del trattamento (Fig. 3).

La parola ai clinici

Nell'anno in cui per E.M.S. Electro Medical Systems ricorrono i 40 anni di attività, la società svizzera ha deciso di lasciare la parola ai clinici per celebrare la vera esperienza "I feel good" del protocollo GBT.

- Casi clinici di ortodonzia, di implantologia, dalla pedodonzia alla geriatria.

- Casi dettagliati con risultati clinici e di trattamento.

- Clinici provenienti da tutto il mondo.

- Feedback da parte dei pazienti. L'avanguardia dell'igiene orale



Fig. 2 - Il confronto dello smalto tra naturale, dopo la lucidatura e dopo il protocollo GBT.



Fig. 3 - L'e-book gratuito è disponibile per il download: buona lettura!

professionale preferita dai pazienti e dai clinici, come dimostra questa raccolta di 40 casi clinici GBT provenienti da tutto il mondo, tra cui anche affermati clinici italiani.

Se non è stato ancora adottato il

protocollo GBT nel tuo studio, scarica gratuitamente l'e-book e scopri con i tuoi occhi perché la GBT è innovativa: <https://gbt-dental.com/DT122021>

Se nel tuo studio la GBT è già lo standard di profilassi, invia il tuo

caso clinico per l'edizione 2022: sono già aperte le iscrizioni per partecipare al prossimo volume "GBT Clinical Cases"!

EMS



Dott. Alfonso Coscarella



Dott. Sergio Santangelo



Dott.ssa Annalaura Morandini



Dott.ssa Francesca Gammino



Dott.ssa Maria Oros



Dott.ssa Nicole Stevanello



Prof.ssa Magda Mensi