

COLTENE

BRILLIANT EverGlow

BRILLIANT Bulk Fill Flow

BRILLIANT EverGlow Flow

EXPO DENTAL MEETING 16-17-18 MAGGIO 2024 RIMINI - ITALIA

saremo presenti al PADIGLIONE C1 STAND 200 www.expodental.it



Federico Ferraris
Presidente Aic

Aic: sì alla semplificazione operativa, ma senza deroghe ad accuratezza e precisione

Per l'Accademia italiana di odontoiatria conservativa e restaurativa (Aic), che si riunisce in maggio per il congresso nazionale, la semplificazione operativa spinta dalle innovazioni tecnologiche e dei materiali ottimizza tempi e costi e può aiutare anche a prevenire errori clinici macroscopici. Attenzione però agli ec-

cessi: «i flussi di lavoro vanno attentamente valutati – avverte Federico Ferraris, presidente Aic –, perché un trattamento di eccellenza e raffinato non può mai essere raggiunto con una ipersemplificazione. Si alla standardizzazione quindi, ma senza trascurare accuratezza e precisione».

Ozonoterapia, le indicazioni in odontoiatria



TOP NEWS Premio alla carriera al professor Damaso Caprioglio



Casi clinici SPECIALI PARODONTO E CONSERVATIVA



DentalAcademy.it



AUTORE Aldo Crespi
Revisione endodontica nella stessa seduta



AUTORE Vittorio Susinno
Molare C-shaped con rima di frattura: management e follow-up a 2 anni

ULTIMI POST

SIVP DENTAL
LA MIGLIORE
SOLUZIONE

DIGITALE
E ANALOGICA

OFFERTA SPECIALE
STAMPA MODELLO CAD-CAM
SUPERIORE E INFERIORE 10€



LABORATORIO DI PROTESI DENTALI

06 997 808 35

sivpdental.it



Per maggiori info
scansiona questo codice



PHILIPS

sonicare

OralCare



Sustainable product

Prova Philips Sonicare per una
sensazione di pulizia mai provata prima.



20 volte più efficace* del tuo spazzolino manuale

La tecnologia sonora crea delle microbolle di ossigeno che vengono direzionate tra gli spazi interdentali e lungo il margine gengivale, favorendo una pulizia delicata e profonda.

Per una sensazione di pulizia mai provata prima.

Per ulteriori informazioni contatta: sonicareitalia@philips.com

*In termini di rimozione della placca con una testina A3 rispetto allo spazzolino manuale.
**Indagine del 2019 su 2900 Professionisti dentali in USA, Cina, Germania, UK, Giappone, Canada, Olanda, Repubblica Ceca, Russia.



Congresso Aic, lo stato dell'arte dell'approccio conservativo-estetico

Al congresso dell'Accademia italiana di odontoiatria conservativa e restaurativa si descrive lo stato dell'arte dell'approccio conservativo-estetico anche alla luce delle innovazioni portate dal flusso di lavoro digitale

Anche quest'anno, l'appuntamento dell'Accademia italiana di odontoiatria conservativa e restaurativa (Aic) è a Bologna, sede scelta per ospitare il congresso annuale della società scientifica. L'evento si tiene dal 9 all'11 maggio con il titolo "Estetica, approccio conservativo e flussi digitali: lo stato dell'arte secondo Aic".

Del modo con cui questi temi si traducono nella pratica clinica degli odontoiatri abbiamo parlato con **Federico Ferraris**, presidente Aic.

I relatori al congresso sono principalmente soci attivi Aic, affiancati da alcuni esperti internazionali, e viene riproposto un appuntamento che ha riscosso molto successo nel 2023, rivolto all'evidenza scientifica in restaurativa conservativa e adesiva: Aic Review, coordinata anche quest'anno da **Lorenzo Breschi**.

Dottor Ferraris, oggi l'estetica nella riabilitazione orale è un aspetto cruciale, al pari della funzione: è sempre possibile raggiungere questi risultati con gli interventi conservativi e miniminvasivi?

L'estetica dentale la possiamo considerare per certi versi una funzione, visto il grande valore che ha per molti pazienti da un punto di vista psicologico. L'aspetto del proprio sorriso riveste a livello sociale un ruolo sempre più fondamentale anche conseguentemente alla maggiore attenzione che si ha nel mondo occidentale alla immagine personale e professionale, che viene amplificata da molti canali, il primo dei quali è rappresentato dai social media.

Il tipo di risultato che si può ottenere oggi da parte del team odontoiatrico è certamente di eccellenza, grazie alle sempre più dettagliate conoscenze in materia e ai protocolli di lavoro che si continuano ad evolvere. Il primo e assoluto protagonista dell'obiettivo estetico che ci si prefigge nei trattamenti restaurativi e interdisciplinari, è il paziente, il suo percepito e le aspettative che ha in materia di estetica dentale.

Questi obiettivi sono certamente raggiungibili con strade molto più conservative rispetto ad anni fa e l'odontoiatria ha in questi anni alzato l'asticella non solo in termini di aspetto del trattamento finale e durata dello stesso, ma anche di rispetto biologico. Talvolta si

crede che i casi senza preparazione siano sempre possibili e rappresentino una strada più semplice per il successo, ma invece devono essere selezionati con cura e bisogna comprenderne le difficoltà tecniche e i limiti che risiedono in essi. Per essere padroni di tutto questo servono un adeguato aggiornamento professionale e pratica clinica.

Quali competenze è necessario acquisire per ottenere buoni risultati in questo ambito?

In primo luogo è importante conoscere il comportamento dei materiali e le regole che determinano il successo in termini di adesione, resistenza del manufatto e resa estetica. La manualità è certamente un attore principale per ottenere il meglio in odontoiatria estetica ma è sempre secondaria alla conoscenza e all'applicazione di protocolli che partono da una corretta progettazione, perché sulla base dei nuovi volumi sarà possibile prevedere molti aspetti funzionali, ottimizzare gli spazi restaurativi e gestire al meglio i substrati adesivi.

Quanto è importante, e che cosa significa nella pratica, saper padroneggiare i flussi di lavoro in situazioni diverse?

Saper padroneggiare i flussi di lavoro nelle diverse situazioni cliniche non solo è importante ma è fondamentale, in quanto ogni paziente è unico e ogni trattamento restaurativo este-

tico presenta situazioni e condizioni originali e le diverse opportunità rappresentate dai flussi di lavoro moderni devono essere a servizio di queste unicità per offrire il meglio ai nostri pazienti.

Il trend degli ultimi anni è stato certamente a favore di una semplificazione operativa, che non solo rappresenta una strada per ottimizzare tempi e costi ma soprattutto trova una grande risorsa nel ridurre la possibilità di incorrere in errori clinici che possono far pagare un prezzo alto in termini di servizi offerto al paziente. Quindi ben vengano le semplificazioni ma ricordiamoci sempre dell'assioma per il quale un trattamento di eccellenza e raffinato non può essere per definizione frutto di una ipersemplificazione, quindi la bravura dei clinici e anche di società scientifiche che fanno aggiornamento, come l'Aic, è quella di ricercare e diffondere flussi di lavoro di eccellenza che si avvantaggino, laddove è possibile, di standardizzazioni, ma senza trascurare l'accuratezza e la precisione.

Quanto aiutano i materiali e che novità ci sono?

Certamente lo sviluppo dei nuovi materiali sta fornendo all'odontoiatra e all'odontotecnico un grande aiuto nella realizzazione dei trattamenti estetici di alta qualità, ma ritengo che da parte dell'operatore sia un errore pensare che solo l'utilizzo di moderni materiali e strumenti, senza un'adeguata formazione, sia la chiave per il successo.

Come scegliere insieme, guidati dalle competenze dell'operatore e dalle richieste estetiche del paziente, le caratteristiche di un intervento conservativo?

Al giorno d'oggi l'approccio "conservativo" dovrebbe essere sinonimo di "moderno trattamento restaurativo", quindi la risposta a questa domanda per quanto mi riguarda risiede nel fatto che ogni trattamento, a parità di prognosi, dovrebbe preferire la strada più miniminvasiva.

Ovviamente oggi come anni fa esistono delle condizioni cliniche di tale distruzione dentale da portare il clinico a una scelta più tradizionale, ma se si sanno vedere le grandi opportunità della restaurativa conservativa le indicazioni saranno molte di più di quanto avremmo potuto immaginare nel passato, forti anche del fatto che la letteratura scientifica e l'esperienza clinica stanno confermando la validità della restaurativa adesiva.

Quanto aiutano le nuove tecnologie e quanto sono diffuse?

Le nuove tecnologie non stanno solo introducendo a nuovi strumenti e flussi di lavoro ma rappresentano un cambio di paradigma nella progettazione e nella realizzazione dei trattamenti estetici che diventano sempre più predicibili, permettendo di evitare antipatici fraintendimenti con i pazienti e quindi offrendo al team di lavoro una grande serenità nell'approcciare il percorso terapeutico. Ovviamente per ottenere risultati di eccellenza, anche con le moderne metodiche, l'attenzione e l'impegno devono rimanere molto alti.

Si può ancora fare a meno della previsualizzazione digitale del risultato nell'ambito delle terapie conservative-estetiche?

Se parliamo dello stato dell'arte delle terapie conservative estetiche oggi la previsualizzazione è fondamentale non solo perché permette al restauratore di percepire una serie di dettagli del piano di trattamento che diversamente sarebbe molto difficile poter evidenziare, non solo perché è un grande aiuto per comunicare con gli altri professionisti che contribuiscono alla realizzazione del caso, ma anche perché è uno strumento di comunicazione efficace e unico per riuscire a penetrare nel percepito del paziente e conquistare la sua fiducia, donandogli serenità all'inizio di un percorso che spesso rappresenta un cambiamento cruciale da un punto di vista personale.

Renato Torlaschi



EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra

SPIEGAZIONI AL PAZIENTE SONO UN INVESTIMENTO PROFESSIONALE

Nella gestione dello studio vi sono aspetti fondamentali che, considerati scontati, rischiano di essere trascurati nella routine giornaliera. Ci sono giorni dove, per mille motivi personali e gestionali, qualcosa sfugge. È assolutamente normale che accada, l'importante è esserne consapevoli.

Ricordo il racconto di un collega: un giorno, mentre parlava con un paziente, in sala d'aspetto tutti si sono ammutoliti. Solo in quel momento si è reso conto che il suo tono di voce era altissimo e aveva interrotto le conversazioni che avvenivano con discrezione tra gli altri pazienti in attesa. Questo episodio mi torna spesso in mente e mi chiedo se anch'io, su altri aspetti, sono totalmente inconsapevole del mio comportamento con i pazienti.

Una cosa che certamente trascuravo agli inizi della professione, erano le accurate spiegazioni delle terapie che dovevo eseguire, ovvero davo per scontato che il paziente conoscesse il protocollo di una semplice otturazione, una terapia canalare o una corona in ceramica. Fortunatamente, in tempi brevi, mi sono accorto che le spiegazioni erano non solo deontologicamente apprezzate e soprattutto corrette, ma tranquillizzavano il paziente su tutto ciò che avrebbe dovuto fare in quella seduta.

A parte rarissime eccezioni di pazienti che nulla vogliono sapere, la stragrande maggioranza è molto interessata nel comprendere cosa ci apprestiamo a fare nella loro bocca. La prova inequivocabile è rappresentata dalla crescita esponenziale di programmi, nati negli ultimi vent'anni, che grazie a immagini facilmente comprensibili spiegano al meglio le patologie e le conseguenti terapie da mettere in atto.

Del resto, già agli albori dell'odontoiatria, i maestri della comunicazione predicavano che quello dedicato ai pazienti non è mai tempo perso, ma sempre tempo "investito", sia che si tratti di spiegare una patologia e le sue possibili soluzioni terapeutiche, sia che si tratti di chiarire un preventivo in ogni suo dettaglio, affinché non vi siano zone d'ombra o, peggio, chiarimenti che "prima" risultano sempre apprezzati, mentre "dopo" possono assumere aspetti giustificativi. Non risparmiamo spiegazioni e chiarimenti che a noi possono sembrare banali o scontati, perché spesso per il paziente non lo sono affatto. La contrazione da polimerizzazione spiega perché queste resine, in molti casi meravigliose, a distanza di qualche anno si pigmentano e compaiono gap marginali che possono pregiudicare il risultato nel corso degli anni. Informiamo i pazienti che queste belle otturazioni bianche, come tutte le cose, hanno una durata temporale, senza spaventare ma con delicatezza: la cosa viene sempre interpretata come serietà professionale. Questo vale anche per gli impianti: spieghiamo in dettaglio l'importanza della terapia di mantenimento, vera chiave di successo nel lungo periodo.

Gran parte delle controversie medico-legali nascono proprio da questo tipo di incomprensioni. Rimproverarci per non aver spiegato al meglio una certa terapia al paziente e magari perderlo ci fa stare sicuramente peggio rispetto a dedicargli tutto il tempo che merita.

SORRISO A RISCHIO

IL FUMO AUMENTA FINO A 8 VOLTE*
IL RISCHIO DI GENGIVITE O MUCOSITE



* Workshop American Academy of Periodontology (AAP) e European Federation of Periodontology (EFP) - 2017

SCEGLI LA PREVENZIONE

Fumo, obesità, diabete e ridotte difese immunitarie sono condizioni particolarmente rischiose in soggetti **portatori di impianti** o con **ricorrenti problemi parodontali**. Curasept Prevent è la linea di prodotti per l'igiene orale quotidiana studiata specificatamente per chi presenta questi fattori di rischio. Grazie all'esclusiva **formulazione con olio di oliva ozonizzato, postbiotici e probiotici**, colpisce selettivamente i batteri patogeni contribuendo a stabilire uno stato di eubiosi del microbiota e rafforzando il sistema immunitario per un benessere orale duraturo.



Guarda il video



CURASEPT
PREVENT

www.curaseptspa.it

Ossigeno-ozono, terapia naturale con tante indicazioni in odontoiatria

L'ozono ha proprietà antimicrobiche, antinfiammatorie, rigenerative e immunomodulanti. Questa terapia biologica in odontoiatria trova indicazione nelle osteolisi periapicali, parodontiti, perimplantiti e anche osteonecrosi



Piermarco Babando

«L'ossigeno-ozono è una terapia innovativa biologica e naturale che vede nell'odontostomatologia una specializzazione medica nella quale poter rivoluzionare molte delle pratiche cliniche quotidiane». Lo afferma **Piermarco Babando**, odontoiatra che lavora presso l'Ospedale Mauriziano di Torino, componente del direttivo della Società scientifica di ossigeno ozono terapia (Sioot - www.ossigenoozono.it).

Il distretto orale infatti risulta essere uno degli organi maggiormente contaminati dal punto di vista batteriologico. Le peculiarità della molecola dell'ozono sono quelle dell'instabilità, dell'altissimo potere ossidante oltre alla possibilità di stimolare fattori di crescita e favorire la rigenerazione cellulare. «Grazie a queste caratteristiche – sostiene lo specialista – può aiutare molto l'odontoiatra, qualsiasi sia la sua specializzazione».

Dottor Babando, quali sono i campi d'impiego dell'ossigeno-ozono terapia in odontoiatria?

Grazie all'utilizzo dell'ossigeno-ozono terapia è possibile affrontare patologie quali osteolisi periapicali, perimplantiti e parodontopatie con un approccio differente dalle normali terapie chirurgiche. L'utilizzo di alte concentrazioni di miscela di ossigeno e ozono ci permette infatti di ottenere la decontaminazione della noxa patogena, anche non sottoponendo il paziente a interventi chirurgici invalidanti.

La terapia con ossigeno-ozono risulta efficace se applicata in ogni branca dell'odontostomatologia, sfruttando il potentissimo effetto battericida garantito dal grande potere antiossidante, dall'effetto biostimolante, dall'effetto im-

munomodulante e da quello miorilassante e ossigenante dei liquidi intrarticolari.

Qual è il meccanismo d'azione di questa terapia?

L'ozono è una molecola con altissimo effetto antimicrobico, di gran lunga maggiore di quello del cloro. L'ulteriore vantaggio rispetto a questa molecola è l'assenza di residui chimici una volta espletata la sua funzione. L'ozono è un potentissimo antinfiammatorio, ha effetto rigenerativo stimolando i fattori di crescita dei tessuti ed è anche un potente immunomodulatore. I diversi effetti terapeutici dipendono dalla corretta somministrazione del gas e dalla opportuna concentrazione dello stesso: solo utilizzando macchine con spettrofotometro possiamo essere certi della

corretta concentrazione di ozono prodotto al momento.

Ci sono delle controindicazioni o degli effetti avversi?

L'ossigeno-ozono terapia non presenta controindicazioni o effetti collaterali, è quanto di più naturale e biologico si possa avere nel nostro panorama terapeutico. Infatti l'ossigeno medicale viene caricato elettricamente al fine di ottenere una molecola instabile ma dall'altissimo potere ossidante.

Non sono possibili fenomeni allergici o resistenze batteriche.

L'ossigeno-ozono terapia inoltre risulta essere l'unico presidio terapeutico in forma gassosa. Grazie alla particolare diffondibilità all'interno dei tessuti ci permette di avere un effetto terapeutico e di aiutarci nella diagnosi di predicibilità durante la guarigione dagli interventi chirurgici.

Quali sono le modalità di somministrazione dell'ossigeno-ozono terapia?

Le vie di somministrazione sono molteplici a seconda dell'utilizzo che se ne voglia fare. Per quanto riguarda l'effetto antimicrobico si può utilizzare acqua iperozonizzata, dentifrici all'ozono oppure oli iperozonizzati. Notevole effetto decontaminante per contatto del gas si ottiene con la preparazione di camere



chiuse, in cui è possibile ottenere alte concentrazioni di gas a diretto contatto con le superfici da decontaminare, come impianti dentari infetti. L'unica precauzione da adottare quando si utilizza l'ozono deriva dalla sua pericolosità in caso di inalazione. Durante ogni terapia clinica è obbligatorio l'utilizzo di aspiratori ad alta velocità in modo da evitare che anche solo una piccola dispersione del gas possa essere inalata dal paziente.

L'effetto rigenerativo e antinfiammatorio si ottiene con infiltrazioni loco regionali in anestesia locale. Il materiale necessario sono siringa sterile e ago 30 G.

A livello sistemico è possibile trattare il paziente con ozonizzazione del sangue Gae (grande autoemoinfusione) secondo i protocolli Sioot con utilizzo di sacche sterili prive di ftalati.

completa sicurezza. Le infiltrazioni vanno eseguite lentamente, permettendo al gas di diffondere nei tessuti in modo adeguato.

Per la Sioot «ciò che non può fare il farmaco, può l'ossigeno ozono». Cosa si intende, ci fa qualche esempio?

È una grande verità. La terapia con ossigeno-ozono è predicibile, con un'elevata percentuale di successo anche in casi ove le consuete terapie farmacologiche o chirurgiche stentano a funzionare, come se l'effetto dell'ossigeno-ozono potenziasse quello dei farmaci utilizzati. Con l'utilizzo dell'ossigeno-ozono terapia possiamo rendere più predicibili i nostri interventi chirurgici, migliorare la morbidità degli stessi e quindi migliorare l'approccio del paziente all'intervento.

È una terapia dolorosa?

Somministrata per via infiltrativa è una terapia che non prevede la possibilità che il paziente provi dolore; infatti, viene eseguita dopo aver effettuato anestesia loco-regionale con anestetico privo di adrenalina.

Le concentrazioni della miscela ossigeno-ozono variano a seconda dell'effetto terapeutico ricercato. Affidandosi agli specifici protocolli preparati dalla Sioot è possibile affrontare con successo moltissime patologie odontostomatologiche in

Che cambiamenti può introdurre nella pratica quotidiana dell'odontoiatra?

L'utilizzo dell'ozono può cambiare radicalmente le abitudini dell'ambulatorio odontoiatrico. Infatti, è possibile trattare sia l'acqua che l'aria dello studio stesso.

La sanificazione dell'aria dello studio porta a un grande abbassamento della carica batterica ambientale e all'eliminazione di tutti gli odori classici dello studio dentistico.

L'iperozonizzazione dell'ac-

qua utilizzata sugli spray degli strumenti rotanti o degli ablatori o dei liquidi di raffreddamento chirurgici permette di ottenere un diretto effetto sanificante durante tutte le operazioni cliniche.

L'acqua iperozonizzata è instabile e l'emivita della molecola attiva dell'ozono dipende direttamente dalla temperatura ambientale. Più è alta la temperatura ambientale, minore sarà il tempo in cui l'effetto battericida dell'ozono è efficace. Raffreddando la temperatura dell'acqua è possibile ottenere una soluzione iperozonizzata più duratura.

Qual è la sua esperienza nell'uso dell'ossigeno-ozono terapia?

Ho scoperto come l'ossigeno-ozono terapia fosse di notevole aiuto alla pratica odontoiatrica circa dieci anni fa. Oggi la utilizzo quotidianamente, sfruttandone ogni modalità di somministrazione. Ogni specialità odontoiatrica ne può trarre beneficio: dalla prevenzione, all'endodonzia, alla conservativa, alla chirurgia alla gnatologia.

Grazie alla Sioot sono riuscito ad avere l'opportunità di utilizzare il generatore di ozono medicale anche in ambiente ospedaliero, riuscendo a coinvolgere molti colleghi.

All'Ospedale Mauriziano di Torino, in accordo con il direttore **Paolo Appendino**, trattiamo molti pazienti gnatologici, con antibiotico resistenze, con perimplantiti e con osteonecrosi da radioterapia o da bisfosfonati.

L'ossigeno-ozono terapia è una terapia medica riconosciuta che, seguendo i protocolli Sioot e utilizzando generatori di ozono medicale che garantiscano la corretta concentrazione della miscela da somministrare, può ampliare grandemente il panorama delle patologie odontoiatriche trattabili. Inoltre è l'unico presidio in forma gassosa la cui estrema diffusibilità nei tessuti può garantire anche un effetto diagnostico.

Renato Torlaschi

A ROMA IL CONGRESSO INTERNAZIONALE DI OSSIGENO OZONO TERAPIA

Si tiene a Roma presso l'Università Cattolica Sacro Cuore dal 16 al 18 maggio il congresso internazionale di ossigeno ozono terapia, dal titolo "Avanza la nuova medicina: efficace, sicura e naturale. Importante anche per potenziare i benefici del farmaco". Il congresso è organizzato dalla Società scientifica di ossigeno ozono terapia (Sioot), un sodalizio multidisciplinare che raccoglie le prove scientifiche sull'utilizzo della terapia e nel tempo ha prodotto e poi aggiornato i protocolli terapeutici per le singole patologie. Tra i relatori c'è anche Piermarco Babando con una relazione dal titolo "Ozono terapia in odontostomatologia: un nuovo approccio biologico alle patologie del cavo orale".

Oltre al congresso e ai corsi teorico-pratici che si ripetono durante l'anno, la Sioot ha messo a punto, in collaborazione con l'Università degli Studi di Pavia e l'Università Unicamillus di Roma, un master di II livello in ossigeno-ozono terapia.

Odontoiatri

Igienisti Dentali

ASO

e20
eventi s.r.l.

CON IL PATROCINIO DI



COMUNE DI ALASSIO



NYU DENTISTRY
Uniform Continuing Dental Education Program

Allassio & L'ARTE DEL SORRISO

11-12 OTTOBRE 2024
PALASPORT DI ALASSIO

11,2 CREDITI ECM ODONTOIATRI E IGIENISTI DENTALI
10 ORE DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER ASO

Modalità di iscrizione:

www.e20srl.com



WhatsApp
366 6985470



Chiamaci
010 5960362

PROGRAMMA
EVENTO:

GLI ERRORI PIÙ COMUNI NELLA MIA CLINICA QUOTIDIANA

TAVOLE CLINICHE

venerdì 11 ottobre

dalle 14.00 alle 18.00

CHIRURGIA NAVIGATA:

miglior accuratezza e precisione rispetto al posizionamento dell'impianto a mano libera
Alberto Pitino

IL CARICO IMMEDIATO:

la riduzione dell'errore per il miglior risultato
Implanto protesico
Roberto Garrone

DALLA DIAGNOSI OSTEOPATICA ALLA RIGENERAZIONE TISSUTALE:

come gestire clinicamente ed emotivamente gli errori nei casi multidisciplinari
Fabrizio e Fabio Perret

ALIGNERS, TADS E ORTODONZIA SEGMENTATA

per la gestione estetica di casi ortodontici complessi
Luca Roberi

TECNICHE E STRATEGIE

per avere uno staff performante nello studio odontoiatrico
William Fiorani e Massimo Ranaudo

APPROCCIO DIRETTO

per le modifiche di forma nel settore anteriore
Allegra Comba

L'APPROCCIO CLINICO

ortopedico ortodontico e funzionale precoce
Valentina Lanteri - Enrica Tessore

PREVENIRE GLI ERRORI

sulle protesi implantari sia grazie alla connessione sia alla protesi conometrica
Davide Bianco

LA TRAUMATOLOGIA DENTALE:

questa sconosciuta, cosa sapere per evitare sorprese
Patrizia Lucchi

FLUSSO DIGITALE

in piani di trattamento estetici multidisciplinari
Stefano Gelli

LA PERFETTA SCALA COLORI DIGITALE

in restaurativa e protesi
Jordi Manauta e Walter Devoto

CHIRURGIA DIGITALE:

dalla ceratura diagnostica al carico immediato
Francesco Zingari

CHIRURGIA GUIDATA

Oscar Malaguti

SESSIONE

IGIENE DENTALE

sabato 12 ottobre

ore 8.30 - 14.30

GLI ERRORI PIÙ COMUNI

nella parodontologia moderna
Prof. Filippo Graziani

COME EVITARE ERRORI

nel trattamento non chirurgico di malattie parodontali e peri-implantari
Dott.sa Marisa Roncati Parma Benfenati

SESSIONE

ASO

sabato 12 ottobre

ore 8.30 - 14.30

ANCHE L'ASO COMUNICA E CURA

Prof. Carlo Guastamacchia

NSK

uso e manutenzione dello strumento rotante
Leo Altamura e Piergiuseppe Vesentini

7 PASSI PER UNO STUDIO ODONTOIATRICO EFFICACE

Dott. Arcangelo Zullo

LA GESTIONE ORDINI A FORNITORE

Dott. Giuseppe Porta

SESSIONE

ODONTOIATRI

sabato 12 ottobre

ore 8.30 - 14.30

GLI ERRORI PIÙ COMUNI

nella parodontologia moderna
Prof. Filippo Graziani

GLI ERRORI DI PROGETTAZIONE PROTESICA

dei pazienti dimenticati del terzo millennio
Dott. Gioacchino Canizzaro

COME PREVENIRE I PROBLEMI BIOMECCANICI:

vecchie conoscenze e nuove tecniche per rendere il tuo lavoro forte e duraturo
Prof. Davide Farronato

LA GESTIONE DEGLI ERRORI

nelle complicanze in endodonzia
Dott. Fabio Gorni

ERRORI IN RESTAURATIVA DIRETTA ED INDIRETTA

Dott. Luca Tacchini

AGGIORNAMENTO ASO:
10 ORE

ISCRIZIONI:
A partire da 90€ + iva



Inquadra il QR code:
iscriviti subito!

Per maggiori informazioni visita: <https://www.e20srl.com/prodotti/alassio-e-larte-del-sorriso/>

www.e20srl.com

Sindrome del dente incrinato: eziologia, diagnosi e trattamento

A prevalente eziologia traumatica, le fratture incomplete degli elementi dentali rappresentano una sfida per l'odontoiatra, soprattutto dal punto di vista diagnostico. Identificarle non è agevole, perché spesso mostrano segni e sintomi minimi



Stefano Daniele

La Federazione dentaria internazionale (Fdi) ha recentemente messo a punto un vademecum per gli odontoiatri con indicazioni pratiche per la diagnosi e il trattamento della sindrome del dente incrinato, una frattura incompleta dell'elemento dentale che si estende dalla superficie occlusale o prossimale del dente verso la radice.

L'incrinatura può propagarsi gradualmente, fino a raggiungere il terzo coronale e medio della radice. In questi casi spesso la prognosi dell'elemento incrinato non è favorevole e può tendere verso la frattura verticale della radice, con conseguente estrazione dell'elemento dentale colpito dal processo.

«L'interessamento degli spazi pulpari, sia coronali sia radicolari, non è la regola ma se tale evento si manifesta è facile riscontrare una contaminazione batterica degli spazi pulpari, con processi di sofferenza dell'organo pulpo-dentale e/o dei tessuti periapicali e la conseguente necessità di intervenire con la terapia canalare» commenta **Stefano Daniele**, esperto di odontoiatria conservativa con un master in Odontoiatria clinica con minimo intervento. Secondo l'esperto, che completa per *Italian Dental Journal* le indicazioni rilasciate dall'Fdi, in questi casi non è facile porre, da subito, diagnosi di incrinatura dentale per il sovrapporsi dei sintomi pulpari/periodontali e dunque la diagnosi certa di incrinatura potrà avvenire solo dopo la risoluzione del quadro di sofferenza pulpale e/o di periodontite.

Le cause

La causa dell'incrinatura dentale è frequentemente di natura traumatica o collegata a parafunzioni masticatorie come il bruxismo. Vista l'eziologia traumatica, è possibile prevenire la sindrome del dente incrinato solo entro certi limiti, ad esempio mettendo in guardia i pazienti nell'evitare di masticare accidentalmente

cibi troppo duri.

Dal punto di vista dell'odontoiatra, in ottica preventiva è sicuramente utile una valutazione periodica dei contatti occlusali e, in caso di parafunzione masticatoria, predisporre il confezionamento di una placca bite notturna per proteggere i denti durante il sonno, così come durante l'attività sportiva.

«Altre cause che possono predisporre all'insorgere del quadro dell'incrinatura dentale – aggiunge Stefano Daniele – sono da identificare nella presenza di perni metallici inseriti all'interno del canale radicolare dei denti trattati dal punto di vista endodontico, un'eccessiva sagomatura degli spazi endodontici, il non corretto disegno di preparazione cavitaria durante la realizzazione di restauri diretti e indiretti (soprattutto quando esiste poca sostanza dentale residua e sono state perse una o entrambe le creste interprossimali) e infine un eccessivo stress da contrazione che si esercita sulle pareti dentali residue durante la polimerizzazione della resina composita da restauro in restauri diretti molto estesi».

La diagnosi

Una diagnosi precoce è fondamentale per un trattamento efficace.

Per Stefano Daniele «le incrinature dentali possono essere asintomatiche quando confinate nello spessore dello smalto dentale, oppure con sintomi e segni ben definiti, che indirizzano il clinico verso il sospetto di sindrome del dente incrinato e alla ricerca visiva dell'incrinatura dentale. A tal proposito è bene, durante l'ispezione visiva alla ricerca dell'incrinatura dentale, avvalersi di un sistema di ingrandimento o del microscopio operatorio» precisa l'esperto.

Nella sindrome del dente incrinato spesso c'è una storia di dolore durante la masticazione, alcune volte accompagnata da sensibilità causata da stimoli termici (principal-



Fig. 1: molare inferiore che presenta grossa ricostruzione diretta in resina composita e sintomi di dolore alla masticazione con assenza di processi patologici periapicali
Credit: Stefano Daniele



Fig. 2: la rimozione della resina composita da restauro evidenzia incrinatura dentale dell'area mesiale dell'elemento dentale che si estende fino al pavimento della camera pulpale
Credit: Stefano Daniele

mente freddo) o cibi e bevande dolci. «Il dolore alla masticazione riferito ad un quadrante può essere abbastanza patognomico della presenza di un elemento dentale colpito da incrinatura dentale e, dopo aver escluso o trattato eventuali situazioni patologiche di origine endodontica (periodontite apicale), è possibile mettere in atto delle manovre diagnostiche atte a porre diagnosi di incrinatura dentale a carico di qualche elemento».

Elementi che possono essere contestuali alla presenza di un elemento dentale colpito da incrinatura sono dati da una storia di digrignamento (la parafunzione masticatoria è il principale fattore eziologico responsabile), dolore ai muscoli facciali, disturbi temporomandibolari, perdita di restauri in situ, presenza di segni di attrito o abrasione dentale, come ad esempio la

presenza di faccette da usura. Come ricorda il documento Fdi, il test elettivo per fare diagnosi di incrinatura dentale è il bite test ed è messo in pratica per mezzo di uno strumento dedicato chiamato rivelatore di incrinature e fratture. In pratica si tratta di una placca in plastica rigida (simile alla testina di uno spazzolino) che viene posizionata tra il dente sospetto di incrinatura dentale e il dente antagonista e viene chiesto al paziente di mordere, stringendo i denti per alcuni secondi. Se è presente una incrinatura dentale (non complicata da processi di sofferenza periapicale concomitante) il paziente avverte dolore al rilascio della pressione.

«La positività al bite test è un elemento che indirizza il clinico verso la ricerca visiva dell'incrinatura dentale mediante la transilluminazione, oppure mediante soluzioni

colorate idrosolubili in grado di accumularsi a livello dell'incrinatura dentale presente e dunque rivelarla – spiega Stefano Daniele –. In questo ultimo caso si parla di dye test».

Per Stefano Daniele i primi premolari superiori e i molari superiori e inferiori (denti pluriradicolari) sono gli elementi dentali più suscettibili a sviluppare esordi d'incrinatura dentale, in maniera particolare quando il tronco radicolare comune appare corto.

Le incrinature dentali spesso mostrano segni e sintomi minimi e quindi possono passare inosservate per un certo periodo di tempo. Segni e sintomi d'infiammazione gengivale localizzata o lo sviluppo di focolai d'infezione di un singolo dente possono essere un segno dell'evoluzione dell'incrinatura dentale verso una frattura verticale della radice. «L'elemento dentale che ha sviluppato una frattura verticale di radice presenta, quasi sempre, un segno distintivo rappresentato dal sondaggio parodontale puntiforme in corrispondenza della rima di frattura radicolare» ci ha detto l'esperto.

Il trattamento

Un dente incrinato non trattato tende a peggiorare gradualmente (soprattutto se esiste una concomitante situazione di parafunzione masticatoria), con il rischio di sviluppare una frattura franca e verticale di radice e dunque portando alla perdita dell'elemento. Un dente interamente fratturato, infatti, è spesso il risultato della progressione a lungo termine di una incrinatura dentale. È indispensabile, quindi, impostare precocemente una corretta terapia odontoiatrica.

Se l'incrinatura si è propagata fino alla polpa, l'elemento dentale può essere trattato con una procedura canalare e rivestito con una corona per bloccare la propagazione della lesione. «Oggi giorno l'approccio con una ricoper-

tura completa, anche nel caso di elementi dentali trattati dal punto di vista endodontico, è decisamente invasivo – sottolinea Stefano Daniele –. L'ottimizzazione delle procedure adesive ai tessuti duri del dente permette invece il confezionamento di restauri parziali incollati al tessuto dentale residuo, evitando così il sacrificio ingiustificato di tessuto dentale sano. Anche nel caso di incrinatura dentale non complicata da interessamento pulpale, l'approccio con un restauro adesivo (diretto o indiretto) rappresenta la scelta elettiva sia per la capacità d'incollare i tessuti dentali tra loro nell'area incrinata, sia per l'approccio poco invasivo verso i tessuti dentali stessi».

Tuttavia, se l'incrinatura dentale si estende al di sotto della linea gengivale, può essere più difficile il trattamento, o meglio dire la predicibilità di efficacia del trattamento, in quanto non è possibile stabilire con precisione la profondità dell'incrinatura e la sua intima relazione con i tessuti periodontali. Difatti, nonostante il trattamento, alcune incrinature possono continuare a progredire, portando alla perdita del dente. Il posizionamento di una corona o di un restauro adesivo diretto o indiretto su un dente incrinato fornisce una protezione massima, ma non garantisce il successo in tutti i casi.

In ogni caso la posizione e l'estensione dell'incrinatura dentale determineranno la predicibilità di successo dell'intervento del clinico.

In definitiva per l'Fdi trattare un dente incrinato è importante perché allevierà il dolore e ridurrà la probabilità che l'incrinatura si estenda o si complichino con la frattura di radice. Dopo il trattamento, infatti, la maggior parte dei denti incrinati conserva la propria funzione per anni. Tuttavia, al paziente dovrebbe essere comunicata la possibilità di un peggioramento della condizione e di possibili complicanze.

Abusivismo, tanti casi dall'Italia e dal mondo

Resiste l'abusivismo odontoiatrico in tutto il mondo, spinto o frenato dalle dinamiche del contesto socio-sanitario. In Africa ad esempio mancano specialisti, mentre in Italia il rallentamento è forse dovuto più a fattori anagrafici che alla repressione

Che sia per mancanza di specialisti, come in Senegal, o per mancanza di soldi, l'esercizio abusivo dell'arte dentaria è un fenomeno globale e, molto probabilmente, destinato a lunga vita, viste le condizioni in cui versa l'assistenza pubblica in molte nazioni (1, 2). Le cronache ci rivelano casi da ogni dove: Kosovo (dove un uomo è morto in seguito a un'estrazione), Venezuela e Giordania che potrebbero non causare meraviglia, ma che dire di Austria, Belgio e Svizzera?

Le dentiste c'est moi

Si potrebbe pensare che questi fatti di cronaca si verificano solo nelle zone rurali, e invece a Parigi si è scoperto uno studio bene attrezzato e pieno di abusivi nella centralissima rue de Rivoli. Circa un anno fa uno studio appartenente alla società Swiss Dental Services, situato in questa famosa via, ha improvvisamente cessato l'attività lasciando un centinaio di pazienti con protesi provvisorie e altri, più sfortunati, bisognosi di interventi riparatori per trattamenti errati. Il particolare che più colpisce (e che dovrebbe indurci a essere meno estrofili) è che l'ordine professionale aveva già inviato una denuncia all'autorità giudiziaria e a quella sani-

UNIVERSITÀ ABUSIVE

Una giovane francese ha raccontato la sua disavventura ai giornalisti di *Le Figaro*: non avendo superato l'esame di ammissione ha ceduto alle lusinghe di un annuncio che prometteva laurea valida nelle UE con biennio iniziale in Belgio e triennio finale a Malta al prezzo di più di diecimila euro annui. L'esordio è già poco promettente, con lezioni svolte nella sala conferenze di un albergo in un paese del Belgio; poi alla fine del semestre vola a Malta e dal locale ordine professionale le consigliano di lasciar perdere. La giovane riesce comunque a terminare gli studi a Cipro dopo aver speso altri 45mila euro.

taria nel 2017 segnalando la presenza di operatori non abilitati (dentisti con lauree non riconosciute, in particolare brasiliane) con i conseguenti rischi per la salute dei pazienti, tra estrazioni ingiustificate, inserimento di impianti e complicanze varie. Il caso era stato però archiviato nel 2019. La vicenda ha suscitato molto scalpore date le similitudini con lo scandalo Dentexia, società inseguita da tremila pazienti truffati che si sono uniti nell'associazione *la Dent Blue* (in francese il sostantivo "dente" assume curiosamente il genere femminile). Sorprendente anche il caso verificatosi a Feldkirch, picco-

la città austriaca, in cui sono trascorsi sette anni dalla segnalazione inviata dall'ordine professionale prima che un abusivo arrivasse in tribunale. Cerca di giocare d'anticipo, invece, il Belgio, dove il ministero della Salute si è insospettito per il fatto che circa il 25% dei professionisti stranieri che richiedono di esercitare è in possesso di una laurea rumena (tra cui molti nordafricani); questo, unito al fatto che alcuni di loro si sono dimostrati poco preparati, ha portato a contattare le autorità del paese balcanico per scovare eventuali "diplomifici". Prima di ottenere l'abilitazione in Belgio, i richiedenti devono presentarsi avanti una commissione di cui fa parte anche l'associazione degli odontoiatri da cui è partito l'allarme ma, se si tratta di una nazione membro della UE come la Romania, non è possibile rifiutare la domanda. Il ministero belga ha quindi chiesto quali controlli vengono svolti sull'autenticità delle lauree, anche perché oltre alla salute sono a rischio pure le finanze pubbliche, dato che si sono verificati casi di false fatture inviate all'Institut national d'assurance-maladie-invalidité da parte di dentisti stranieri. Infine, l'ordinatissima Svizzera dove a Bienne, più nota per gli orologi Omega, un odontotecnico recidivo, già condannato nel 2015, rischia

ora tre anni di reclusione anche per i reati di lesioni lievi e truffa. È riuscito invece a sfuggire un serbo che, dal suo sito, fa sapere di avere lasciato l'odontoiatria per lavorare come taxista a Belgrado. Il primo posto di un'ipotetica classifica spetta comunque a Zayed Albodour, un dentista giordano al quale il Minnesota Board of Dentistry non aveva riconosciuto come valido il suo titolo di studio; non contento di lavorare abusivamente nella cantina di casa, ha pure ucciso un suo cliente. Secondo le prime ipotesi, la vittima scontenta delle terapie ricevute avrebbe minacciato di denunciarlo.

Abusivi verso la quiescenza

Questa rassegna internazionale non può certo oscurare la realtà italiana in cui gli abusivi sono in diminuzione (anche per motivi anagrafici) ma compaiono ancora con una certa frequenza nelle nostre cronache. Interessante notare che non usurpano solo il titolo di odontoiatra ma anche quello di igienista, come è successo in uno studio in provincia di Vicenza, e talvolta scroccano pure la fornitura di energia elettrica allacciandosi a quella del vicino, coma ac-



Lo "studio dentistico" di un abusivo brasiliano arrestato mentre "esercitava" a Tuiuti, nello stato di San Paolo

caduto a Mantova.

Degne di nota anche due sentenze, di cui la prima emessa dal tribunale di Reggio Emilia contro un odontotecnico e due odontoiatri che sono stati messi alla prova sospendendo il processo: al primo è stato ordinato di lavorare 120 ore per la Caritas, agli altri due 60 ore oltre a pagare tremila euro a testa di risarcimento all'ordine professionale. La seconda sentenza arriva invece da Perugia, dove un'odontoiatra è stata condannata a un anno per "concorso in esercizio abusivo della professione" per aver consapevolmente permesso a due odontotecnici di operare nonostante non ne avessero il titolo. Un princi-

pio che viene applicato anche in Francia, dove un odontoiatra è stato sospeso per sei mesi avendo permesso alla sua assistente alla poltrona di svolgere atti medici su una paziente.

Cosma Capobianco
Odontoiatra

1) Odontoiatria pubblica ferma al palo: o si paga o si soffre. Italian Dental Journal nr. 6/2023. www.dentaljournal.it/odontoiatria-pubblica-ferma-paga-soffre
2) Cure odontoiatriche nel Ssn: cifre da spopolamento sanitario. Italian Dental Journal nr. 5/2023. www.dentaljournal.it/cure-odontoiatriche-ssn-cifre-spopolamento-sanitario

TUTTO SUO PADRE

In Senegal secondo la stima dell'ordine professionale mancano almeno 1.200 specialisti e, per rimediare almeno in parte, esiste il ruolo di *technicien supérieur en odontologie*, un professinista che può lavorare solo negli ambulatori pubblici e sotto la diretta supervisione di un odontoiatra eseguendo ablazioni del tartaro e poche altre mansioni. Tutto ciò favorisce l'opera degli abusivi che, di recente, ha causato lesioni molto gravi a un malcapitato a Guédiawaye, non lontano da Dakar. La polizia ha poi incastrato il responsabile inviando un agente che si è finto paziente; l'uomo ha tentato di giustificarsi dicendo di avere imparato dal defunto padre dentista, ma in poco tempo si è scoperto che pure il padre operava abusivamente.

QUANDO L'ABUSIVO È LAUREATO

Pare strano leggere che l'abusivo è laureato in medicina o in odontoiatria ma succede pure questo. Più precisamente è capitato in Brasile, dove un dentista di Pernambuco è stato arrestato mentre teneva un corso sulla terapia ormonale sostitutiva (!) per poi essere rilasciato dopo avere versato una cauzione pari a circa quattromila euro e dopo essere stato sospeso dall'ordine professionale.

Altro caso è quello di una dentista canadese che continuava a esercitare nonostante l'ordine del Quebec l'avesse già radiata un anno prima per essersi rifiutata di consegnare le cartelle cliniche di alcuni pazienti. Pertanto le autorità le hanno confiscato tutte le attrezzature, oltre a comminarle un breve periodo di reclusione e a diffidarla dal recarsi negli uffici dell'ordine dal quale lamenta di essere stata perseguitata. Infine veniamo a casa nostra col dentista piemontese autopromossosi specialista fisiatra che trattava anche con iniezioni di farmaci i dolori lombari o di spalle e ginocchia e pertanto è stato condannato a un anno e sei mesi di reclusione, non avendo titoli per esercitare la medicina. I trattamenti, inoltre, erano annotati nelle cartelle ma non venivano fatturati; come se non bastasse, i Nas hanno sequestrato anche confezioni di anabolizzanti vietati in Italia.

23 NOVEMBRE 2024
MERCEDES-BENZ | MERBAG

DALLE 8:30 ALLE 17:00

Via Gottlieb Wilhelm Daimler, 1 Milano

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE EMERGENZE NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

COME SI PENSA, COSA SI FA E CON CHE COSA



10 crediti ECM

Il corso, teorico e interattivo, propone anche la simulazione di casi clinici con televoto e trasmette il corretto approccio per prevenire e fronteggiare le emergenze che possono verificarsi nello studio odontoiatrico: come si pensa, cosa si fa e con che cosa. Gli autori, che integrano competenze in anestesia e rianimazione e conoscenza intima dell'attività odontoiatrica, forniscono le indispensabili nozioni teoriche e le indicazioni pratiche per l'uso di alcuni presidi per gestire emergenze semplici e complesse.



Claudio Di Maria
Specialista
in Anestesia e Rianimazione
e in Odontoiatria



Marzia Niso
Specialista in
Anestesia e Rianimazione
e in Tossicologia Medica



PROGRAMMA

- Conoscenze teoriche e strumenti:
come si pensa, cosa si fa e con che cosa
- La perdita di coscienza e le manovre salvavita (PVA)
- Reazioni avverse: risposte immunologiche,
anafilassi, trattamento e adrenalina
- Emergenze cardiovascolari
Vecchi e nuovi anticoagulanti
Emergenze neurologiche
- Vasocostrittori e dintorni in odontoiatria
- Scenari simulati



CONSULTA
IL PROGRAMMA
COMPLETO

PARTECIPA IN ABBINATA AL CORSO

PRIMO SOCCORSO E DEFIBRILLAZIONE BLSD



22 NOVEMBRE 2024
dalle 14.00 alle 19.00

MILANO | Mercedes-Benz | Merbag



CONSULTA
IL PROGRAMMA
COMPLETO

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

www.e20srl.com

WhatsApp **366 6985470**

Chiamaci **010 5960362**



Quota di Partecipazione

€ 100,00 + IVA (22%)

EARLY BOOKING ENTRO 30 SETTEMBRE:

€ 80,00 + IVA (22%)

Partecipazione a 2 corsi

(Incluso il corso BLSD del 22 Novembre)

€ 200,00 + IVA (22%)

EARLY BOOKING ENTRO 30 SETTEMBRE:

€ 150,00 + IVA (22%)

Con il contributo incondizionato di





QUICK NO STIRO, LA DIVISA CHE NON STIRO.

Quick Medical Uniform è la scelta di ogni dentista alla ricerca di un capo sempre pronto all'uso.
Un tessuto funzionale innovativo che offre il massimo in ogni momento,
garantendo un notevole risparmio di tempo.

INQUADRA
E SCOPRI DI PIÙ



02 96.91.836
www.quickmedicaluniform.com

Quick Medical Uniform è un marchio registrato di Confezioni Cappello srl - Solaro (MI)

 **QUICK**
MEDICAL UNIFORM

Linee guida: odontoiatria italiana è ferma al palo

Identificate come il punto di riferimento medico legale dalla legge Gelli-Bianco, le linee guida scarseggiano in odontoiatria. «Questo vuoto porta alla sottovalutazione del rischio clinico e non tutela né i pazienti né i clinici»

Abbondano le evidenze scientifiche in letteratura ma, almeno in Italia, scarseggiano linee guida adeguate e aggiornate per indirizzare l'azione degli odontoiatri. È questa la sintesi di un lavoro condotto da **Livia Barenghi** (esperta di rischio sanitario) e **Francesco Spadari** (professore associato confermato presso il dipartimento di Scienze biomediche, chirurgiche e odontoiatriche), docenti all'Università degli Studi di Milano, pubblicato sulla rivista *Responsabilità Medica* (1).

I due autori hanno controllato tutte le linee guida presenti sul Sistema nazionale linee guida (Snlg) dell'Istituto superiore di sanità e passato al setaccio anche i contenuti del sito web del ministero della Salute alla ricerca di documenti in grado di indirizzare l'operato dei clinici e, cosa non da poco, l'operato dei giudici. Si perché, come è noto, la legge Gelli-Bianco, che norma la responsabilità professionale in ambito medico nel nostro Paese, identifica una precisa fonte normativa per discriminare la buona o la cattiva condotta degli esercenti le professioni sanitarie: sono, salvo le specificità del caso clinico, le linee guida o, in loro mancanza, le buone pratiche clinico-assistenziali pubblicate nel Snlg. Le linee guida possono essere prodotte da enti e istituzioni pubbliche e private nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco presso il ministero della Salute, e seguono dei precisi standard metodologici. Linee guida e buone pratiche non sono posti sullo stesso piano, visto che alle seconde occorre attenersi solo in mancanza delle prime. «Purtroppo, la nostra ricerca mette in luce una presenza alquanto scarsa di linee guida e buone pratiche in odontoiatria nel sito del Snlg – scrivono Barenghi e Spadari –. Questa carenza rende difficile, se non irrealizzabile, la sicurezza delle cure odontoiatriche, obiettivo primario della legge Gelli-Bianco».



I (pochi) documenti disponibili

Nella banca dati dell'Istituto superiore di sanità al momento sono presenti 86 linee guida concluse

per l'ambito medico, di cui solo due per l'area odontoiatrica. Sono quella relativa al "Trattamento della parodontite di stadio I-III" (elaborata dalla Sidp) e quella su "La sedazione cosciente in odontoiatria" (elaborata da Aisod). Tra le 32 linee guida attualmente in costruzione o in valutazione, nessuna si riferisce alle cure odontostomatologiche.

Nella sezione "Choosing Wisely edizione italiana" del Snlg sono presenti cinque buone pratiche relative all'area odontostomatologica, «ma si limitano a una raccolta che appare tutt'altro che esaustiva» riferiscono i due autori della ricerca, che hanno poi analizzato il peso normativo dei documenti che tutti gli odontoiatri hanno utilizzato durante la fase pandemica. «I documenti pubblicati a suo tempo – fanno notare gli autori – sembrano riferirsi solo alla fase 2 e 3 della pandemia e non esiste un analogo documento relativo alla fine della fase di emergenza pandemica, né una linea guida, né una buona pratica. Inoltre, sono ignote le motivazioni che hanno escluso l'inserimento di questi due documenti, messi a punto dal "Tavolo tecnico volto alla formazione, ricerca e programmazione dell'attività odontoiatrica", nel Snlg o nelle altre sezioni-web preposte del ministero della Salute. La pubblicazione di questi due documenti appare anomala. Infatti, il documento relativo alla fase 2 è presen-

te solo nella sezione "Notizie dal Ministero", mentre quello relativo alla fase 3 è stato "trasmesso" dal segretariato generale del ministero della Salute».

Per il clinico e per il giudice

Secondo i due autori dell'articolo, l'assenza di linee guida elaborate secondo la procedura tratteggiata dalla legge Gelli-Bianco «è destinata a far sì che la valutazione della condotta di un medico, e nella specie di un odontoiatra, sotto il profilo della responsabilità sia esposta a ulteriori margini di incertezza. I giudici e le assicurazioni si troveranno di fronte a strumenti dispersi

in siti diversi (Snlg, Agenas, Ministero della Salute), con origine e qualità eterogenea e validità diversa».

Per Barenghi e Spadari la mancanza di linee guida può comportare anche «una sottovalutazione del rischio clinico e l'adozione di procedure autoreferenziali, con possibili eventi avversi e conseguenze sotto il profilo risarcitorio, soprattutto in materia di prevenzione e gestione del rischio clinico, attività alle quali tutto il personale sanitario è tenuto a concorrere e che quindi è suscettibile di ricadere sull'operato e la valutazione della responsabilità professionale di circa 45.000 dentisti, 12.000 igienisti dentali e 70.000 assistenti alla poltrona che sono stati stimati lavorare nel settore dentale nel 2021», ovviamente in relazione alle specifiche attività sanitarie previste dalle leggi vigenti.

Cose da fare

La gestione del Snlg è stata affidata a un Comitato strategico, creato presso l'Istituto superiore di sanità, che tra le

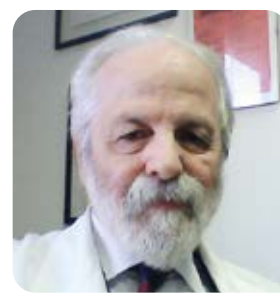
altre ha anche la funzione di «promuovere un sistema efficiente di produzione di linee guida, evitando la duplicazione e sovrapposizione delle stesse». L'auspicio di Livia Barenghi e Francesco Spadari è allora quello che, per superare il vuoto normativo attuale, «emerge con decisione la funzione dell'Istituto superiore di sanità di promuovere un sistema efficiente di produzione di linee guida e che ciò stimoli i soggetti rappresentativi indicati alla preparazione di linee guida adeguate all'odontoiatria odierna». In futuro, infatti, è probabile che il ruolo delle raccomandazioni contenute nelle linee guida diventi sempre più determinante nella valutazione della responsabilità del team odontoiatrico, soprattutto per la prevenzione dell'infezione iatrogena. Per questo «enti governativi, agenzie, associazioni professionali, produttori sono chiamati a interagire e integrare le informazioni a livello sovranazionale per preparare raccomandazioni aggiornate, non viziata da bias o interessi

commerciali, basate sull'evidenza scientifica multidisciplinare, cioè raccomandazioni di qualità».

Oggi invece l'eterogeneità e la dispersione degli strumenti, la difficoltà a definire la gerarchia delle fonti di diritto e degli strumenti (leggi, linee guida, buone pratiche e norme volontarie erogate da enti diversi come Istituto superiore di sanità, ministero della Salute, Uni, Inail, ecc.) riserva un compito arduo al giudice per identificare gli eventi avversi causati da imperizia e risulta difficile per il team odontoiatrico avvalersi della "protezione" offerta dall'articolo 589-sexies del codice penale, che norma la responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario.

Andrea Peren

1) Barenghi L, Spadari F. Sicurezza delle cure, linee guida e buone pratiche: incertezze operative nell'ambito dell'attività del team odontoiatrico. *Responsabilità Medica* 2024, n. 1: 83-104.



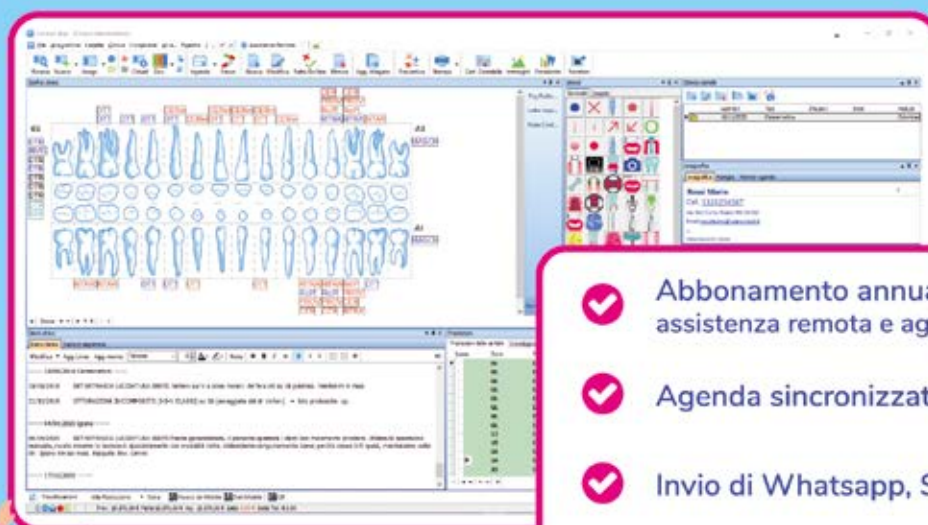
Francesco Spadari



Livia Barenghi



Cambi Software Gestionale? La risposta è Horizon Blue.



- ✓ **Abbonamento annuale**
assistenza remota e aggiornamenti inclusi
- ✓ **Agenda sincronizzata Google Calendar**
- ✓ **Invio di Whatsapp, Sms, Email**
- ✓ **Invio automatico al sistema TS e SDI**
- ✓ **Invio triage, anamnesi, consensi con firma calligrafa ai pazienti tramite Whatsapp o Sms**
- ✓ **Conversione gratuita da altri gestionali**

IA per l'aggiornamento del team odontoiatrico: i bot personalizzati

L'intelligenza artificiale può rivoluzionare il processo di apprendimento e supportare l'aggiornamento continuo del team odontoiatrico. È possibile ad esempio creare bot personalizzati per lo studio e istruirli con manuali e protocolli



Simone Stori

L'intelligenza artificiale sta per rivoluzionare un aspetto cruciale del nostro lavoro: la formazione e l'aggiornamento continuo in odontoiatria. Essa non solo garantisce che il team sia sempre aggiornato sulle ultime tecniche e tecnologie, ma migliora anche la qualità delle cure offerte ai pazienti. Inoltre, con uno scenario sempre più comune di forte turnover, avere un metodo e strumen-

ti di formazione efficienti e ben codificati, aiuta a rendere presto operativi i nuovi inserimenti. Tuttavia, creare e mantenere un programma formativo può essere impegnativo. Ecco dove l'IA entra in gioco, semplificando e potenziando la formazione del team.

Un'applicazione entusiasmante dell'IA è lo sviluppo di bot personalizzati. Questi assistenti virtuali possono essere

"istruiti" utilizzando i materiali formativi dello studio, come manuali e protocolli, e diventare un punto di riferimento immediato per il team. Immaginate di avere un tutor sempre disponibile, in grado di rispondere alle domande frequenti, chiarire i dubbi su determinate procedure o fornire promemoria sui protocolli da seguire. Questo non solo accelera il processo di

apprendimento, ma assicura anche una maggiore coerenza nelle pratiche dello studio.

Inoltre, l'IA può assistere nella creazione di manuali e mansionari. Grazie ai progressi nel Natural Language Processing (NLP) e con l'uso di speciali strumenti, l'IA può aiutare a strutturare e redigere documenti complessi in modo più intuitivo e veloce. Questo significa che aggiornare i ma-

teriali formativi o creare nuovi documenti diventa un'operazione molto meno onerosa, consentendo al team di concentrarsi sull'apprendimento piuttosto che sulla gestione della documentazione.

La formazione supportata dall'IA offre anche una flessibilità senza precedenti. I membri del team possono accedere ai materiali formativi e interagire con i bot formativi in qualsiasi momento e su qualsiasi dispositivo, permettendo loro di imparare al proprio ritmo e senza interrompere le attività quotidiane dello studio.

L'integrazione dell'IA nella formazione del team odontoiatrico non è più un'idea futu-

ristica, ma una realtà tangibile che può portare a una rivoluzione nell'apprendimento e nello sviluppo professionale. Adottare queste tecnologie significa non solo migliorare l'efficienza e la qualità del lavoro, ma anche investire nella crescita continua del proprio team.

Nel frattempo, se avete domande o curiosità su come l'IA possa essere integrata nel processo di aggiornamento continuo del vostro team odontoiatrico, non esitate a contattarmi all'indirizzo info@simonestori.it.

Simone Stori
Odontoiatra

Microdent Dental Spa

kuraray

Noritake

CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow

COMPOSITI FLUIDI
UNIVERSALI
AD ALTA CARICA

Carica di riempitivo: 78%* in peso



Comunicazione riservata al personale sanitario.

Tre diversi livelli di fluidità.
Facile da lucidare, brillantezza durevole nel tempo.
Vincitore per nove anni consecutivi nella sua categoria del TOP PRODUCT AWARD di Dental Advisor.

*Valore riferito alla versione Super Low. Carica di riempitivo in peso Low: 75% e High: 71%.

SCOPRI DI PIÙ



BORN IN JAPAN

Kuraray Europe Italia S.r.l.

Telefono: 02/63471228 Email: dental-italia@kuraray.com Sito: www.kuraraynoritake.eu/it

[facebook.com/KurarayNoritakeInLab](https://www.facebook.com/KurarayNoritakeInLab) [facebook.com/KurarayNoritakeInClinic](https://www.facebook.com/KurarayNoritakeInClinic) [instagram.com/kuraraynoritakeitalia](https://www.instagram.com/kuraraynoritakeitalia)

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria

Anno XIX - numero 3 - aprile 2024

Numero chiuso in redazione il 12 aprile



Direttore responsabile

Andrea Peren a.peren@griffineditore.it

Redazione

Luca Marelli l.marelli@griffineditore.it

Rachele Villa r.villa@griffineditore.it

Segreteria di redazione e traffico

Maria Camillo customerservice@griffineditore.it

Grafica e impaginazione

Marco Redaelli - www.creativastudio.eu

Hanno collaborato in questo numero: Simone Aspriello, Cosma Capobianco, Aldo Crespi, Stefano Daniele, Paola Mura, Giampiero Pilat, Simone Stori, Renato Torlaschi

PUBBLICITÀ

Direttore commerciale

Giuseppe Roccucci g.roccucci@griffineditore.it

Direttore vendite

Stefania Bianchi s.bianchi@griffineditore.it

Direttore marketing

Paola Cappelletti p.cappelletti@griffineditore.it



EDITORE: Griffin srl unipersonale

Via Don Luigi Meroni 58 - 22060 Figino Serenza (Como)

Tel. 031.789085

www.griffineditore.it - customerservice@griffineditore.it

www.dentalacademy.it - redazione@dentaljournal.it

Stampa

Caratteri Mobili srl - www.caratterimobili.eu

Tiratura del presente numero: 12.000 copie

Italian Dental Journal, periodico mensile - ISSN 1970-7428

Registrazione del Tribunale di Como N. 13/06 del 24.07.2006

Iscrizione Registro degli operatori di comunicazione N. 14370 del 31.07.2006

La proprietà letteraria degli articoli pubblicati è riservata a Griffin srl e il contenuto del giornale non può essere riprodotto in alcuna forma e su qualsiasi supporto.

L'editore non è responsabile dei messaggi ospitati negli spazi a pagamento.

Ada, con nuovi radiografici lo scudo di piombo non è più necessario

Secondo un gruppo di esperti dell'American dental association (Ada) l'uso sui pazienti di grembiuli addominali di piombo o di collari tiroidei non è più necessario quando si effettuano radiografie dentali. Il *Journal of the American dental association* ha pubblicato a febbraio le nuove raccomandazioni (che aggiornano un documento del 2012), che hanno lo scopo di offrire linee guida per una protezione dalle radiazioni più efficace quando è necessario eseguire radiografie dentali e Cbct. Le raccomandazioni dell'Ada sono in linea con le recenti raccomandazioni diffuse dall'American academy of oral and maxillo-facial radiology (Aaomr).

Dopo aver esaminato un totale di 95 articoli pubblicati sull'argomento dal 2010 in avanti, il gruppo di esperti ha stabilito che quando si utilizzano apparecchiature digitali di ultima generazione i grembiuli di piombo e i collari tiroidei non sono necessari per proteggere i



pazienti dall'esposizione alle radiazioni. Queste raccomandazioni si applicano a tutti i pazienti, indipendentemente dall'età, dallo stato di salute o dalla condizione in cui si trovano (come ad esempio in gravidanza). È infatti dimostrato che le moderne apparecchiature radiografiche digitali e la loro capacità di limitazione dei raggi solo

all'area che deve essere sottoposta a imaging proteggono già sufficientemente i pazienti dall'esposizione involontaria di altre parti del corpo. Grembiuli di piombo e collari tiroidei, inoltre, possono essere di ostacolo all'imaging, impedendo all'operatore di acquisire un'immagine chiara. «Quando ciò accade risulta necessario ripetere la procedura, e

sono proprio le radiografie non necessarie quelle che vogliamo evitare – ha dichiarato la dottoressa **Purnima Kumar**, professore di odontoiatria e presidente del dipartimento di parodontologia e medicina orale presso la scuola di odontoiatria dell'Università del Michigan e presidente del Council on scientific affairs dell'Ada –. Il punto centrale di queste raccomandazioni è che gli odontoiatri dovrebbero sottoporre i pazienti a radiografie solo se necessario, per ridurre al minimo l'esposizione alle radiazioni sia dei pazienti che di loro stessi».

Le raccomandazioni stilate fanno riferimento principalmente alla pratica clinica, puntando sul ridurre l'esposizione alle radiazioni ionizzanti e ottimizzare al contempo la qualità diagnostica. Se queste raccomandazioni vengono seguite, l'esposizione alle radiazioni può essere ridotta in modo sostanziale sia per i pazienti che per il personale. Tra queste ricordiamo la buona

pratica di richiedere radiografie solo se necessario, facendo il possibile per utilizzare le immagini acquisite in occasione di precedenti esami dentistici invece che eseguirne di nuove; di utilizzare per l'imaging pellicole radiografiche digitali anziché convenzionali; di posizionare nel miglior modo possibile i pazienti, così da ottenere fin da subito le immagini migliori, evitando di dover ripetere la procedura. Infine di ricorrere alla Cbct solo quando le opzioni di esposizione inferiore non forniscono le informazioni diagnostiche necessarie.

Benavides E, Krecioch JR, Connolly RT, Allareddy T, Buchanan A, Spelic D, O'Brien KK, Keels MA, Mascarenhas AK, Duong ML, Aerne-Bowe MJ, Ziegler KM, Lipman RD. Optimizing radiation safety in dentistry: Clinical recommendations and regulatory considerations. *J Am Dent Assoc.* 2024 Jan 30:S0002-8177(23)00734-1.

Dal congresso Aie: l'endodonzia diventa digitale, dalla chirurgia guidata all'intelligenza artificiale

A febbraio presso il Savoia Hotel Regency di Bologna si è svolto il primo congresso internazionale dell'Accademia italiana di endodonzia (Aie) dal titolo "Endodontics goes digital".

L'inizio del congresso ha previsto sei corsi pre-congressuali sulla chirurgia endodontica, il digitale e le nuove tecnologie in endodonzia e nelle giornate successive si sono alternati numerosi relatori di fama internazionale tra i quali il professor Marco Ferrari, la professoressa Elisabetta Cotti, il professor Gianluca Gambarini, il professor Damiano Pasqualini, il dottor Marco Versiani, la professoressa Joset Camilleri, il professor Adrian Lozano, il dottor Roeland De Moor e il dottor Giovanni Olivi.

Il tema principale del congresso è stato l'odontoiatria digitale e le nuove tecnologie oggi utilizzate in endodonzia. Inizialmente i relatori si sono focalizzati sull'attuale stato dell'arte della ricostru-

zione post endodontica e del posizionamento dei perni. Questi ultimi ad oggi vengono utilizzati in un numero minore di casi clinici rispetto al passato: la letteratura infatti riporta che, in presenza di una copertura cuspidale sui denti posteriori, il posizionamento del perno non apporta vantaggi alla resistenza dell'elemento dentario. Si è inoltre parlato della navigazione in endodonzia e dell'utilizzo clinico di mascherine customizzate, particolarmente utili nella risoluzione di casi difficili, come per esempio nel reperimento dei canali in denti calcificati o nella pianificazione dell'endodonzia chirurgica.

Sono stati poi paragonati due sistemi di chirurgia guidata, lo statico e il dinamico, evidenziandone i pro e i contro, nonché le differenze tecniche e operative. Sicuramente la chirurgia endodontica dinamica risulta essere molto accurata e sembra essere d'aiuto soprattutto

per gli operatori più inesperti, mentre l'approccio statico sembra aumentare l'efficienza soprattutto degli operatori più esperti.

Si è poi parlato di intelligenza artificiale, nuovo strumento in odontoiatria, che ha il vantaggio di agire attraverso parametri codificati e standardizzati, non influenzabile da agenti esterni, fornendo in tempi brevi risposte che possono essere fruibili dall'endodontista. È stato specificato che questa tecnologia non deve essere vista come un competitor ma come un adeguato strumento con cui confrontarsi e, di certo, un mezzo per la riduzione dei tempi operativi. L'IA infatti permette già oggi di eseguire una corretta diagnosi e di eseguire una matematica valutazione della prognosi dell'elemento dentale, oltre ad essere un ausilio per lo studio morfologico delle radici e dell'anatomia canalare. Proprio l'anatomia canalare è stato argomento di numerose relazioni che hanno sottolineato come le nuove tecnologie permettano di conoscere l'anatomia nel dettaglio e di conseguenza di scegliere la strumentazione canalare più adatta ai differenti casi clinici. Nel caso per esempio del primo molare superiore, la forma della radice mesiale, dove è presente il quarto canale (MB2), solitamente risulta più stretta e, di conseguenza, è consigliabile usare uno strumento con conicità inferiori che permetta di evitare eventuali stripping della radice.

Si è infine parlato di laser e di Cbct in endodonzia, di quando e come utilizzarli in modo sicuro.

Raffaella Castagnola
Socio attivo Aie

Alassio e l'arte del sorriso: l'11 ottobre si apre la settima edizione del congresso



Venerdì 11 e sabato 12 ottobre in Liguria torna l'appuntamento con il congresso nazionale "Alassio e l'arte del sorriso", un evento biennale organizzato da e20 e giunto ormai alla sua settima edizione di fila, senza saltare nemmeno l'edizione del 2020, in piena pandemia. «Una due giorni che si rivolge ai giovani ma non solo e che garantisce divertimento e formazione pura e interattiva – ci ha detto **Luca Donato**, ideatore del format e organizzatore del congresso –. Relatori, partecipanti e sponsor vivranno per due giorni assieme, condividendo idee, pensieri e allegria: è questo il "grano salis" della formazione».

Il congresso si tiene al Palasport di Alassio e sul campo da gioco, che per l'occasione diventa anche area sponsor, i partecipanti potranno divertirsi con sfide a calcetto, golf, pallacanestro e ping-pong.

Il programma inizia con le tavole cliniche al pomeriggio del venerdì, una serie di sessioni informali a stretto contatto con i relatori; prosegue poi alle 19 con l'aperitivo in piazza ad Alassio. Alle 20, con il trenino del Viterbone, trasferimento all'Es-saouira per una serata indimenticabile con buffet e discoteca, tutto compreso nella quota.

Il sabato mattina, colazione al congresso e a seguire un panel di relatori "fuoriclasse" tra cui **Filippo Graziani**, **Gioacchino Canizzaro** e **Fabio Gorni** che con coraggio metteranno in mostra gli errori più comuni compiuti nella loro pratica clinica quotidiana. Sono previste tre sessioni con odontoiatri, igienisti dentali (11 crediti Ecm per loro) e Aso (10 ore di formazione obbligatoria). Alle 13 la colazione di lavoro e poi tutti a casa.



Dal primo marzo pensioni più alte per i medici che decidono di restare al lavoro

Nell'attesa di misure strutturali che provino a risolvere il problema della carenza di medici, l'Enpam interviene con un provvedimento tampone per incentivare i camici bianchi vicini alla pensione a restare al lavoro più a lungo. «Per effetto di due delibere dell'ente di previdenza entrate in vigore il primo marzo 2024, i medici e gli odontoiatri convenzionati e liberi professionisti che decideranno di andare in pensione dopo i 68 anni matureranno una pensione significativamente più alta» spiegano dall'Enpam. «Siamo di fronte a un problema generato da anni di errata programmazione, che ha fatto entrare nel mondo del lavoro molti meno nuovi medici ri-

spetto a quelli che sono andati e stanno andando in pensione. Il nostro ora è un provvedimento contingente, nell'attesa che diventino operative misure strutturali studiate dal governo per il ricambio professionale – spiega il presidente dell'Enpam **Alberto Olivetti** –. Del resto in un'Italia che invecchia e che avrà sempre più bisogno di sanità e salute, prevenzione e qualità professionale, non possiamo rischiare che i cittadini rimangano senza medici».

I nuovi incentivi

Un sistema di incentivazione per chi restava al lavoro esisteva già: i contributi Enpam versati dopo il sessantottesimo anno valevano il 20% in più.

Per i periodi lavorati dopo il primo marzo 2024, questo vantaggio sarà moltiplicato. Per i liberi professionisti che pagano la contribuzione piena l'aliquota di rendimento salirà dall'1,25 al 3,25%. Per i convenzionati, che pagano contributi più alti dei normali liberi professionisti, le aliquote di rendimento passeranno dall'1,40 al 3,40%, nel caso dei medici di famiglia, e dal 2,1 al 4,1% nel caso degli specialisti ambulatoriali.

I liberi professionisti potranno beneficiare di questo incentivo fino all'età massima di 75 anni, mentre i convenzionati fino a 72 anni.

Va precisato che l'impatto del nuovo sistema di incentivi cambia da persona a persona



in base alla media retributiva avuta nel corso della vita professionale. Tuttavia, è possibile analizzare dei casi teorici: un libero professionista, che ha avuto sempre un'imponibile previdenziale equivalente a 50mila euro, lavorando un solo anno in più maturerà una pensione più alta di 1.625 euro annui. Allo stesso modo, se un ipotetico medico di famiglia che ha sempre avuto ricavi per 100mila euro deciderà di lavorare un anno in più, avrà una pensione più alta di 3.400 euro all'anno (cioè 283 euro al mese).

Fondazione Sidp, al via un progetto di promozione della salute orale per persone con autismo



La salute orale e la messa in atto delle attività necessarie per mantenerla può essere di difficile comprensione per le persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo, che hanno difficoltà a percepire il concetto di "danno futuro". Queste persone hanno difficoltà ad apprendere e soprattutto a implementare attività che non colpiscono i loro interessi primari. Sono però molto recettivi a captare messaggi che giungono loro attraverso comunicazione e stimoli appropriati. Di solito, quando raggiunti nel modo corretto, acquisiscono routine che possono mantenere nel tempo, soprattutto se stimolati con rinforzi periodici.

Oggi le istruzioni sulla salute orale sono comunemente affidate ai caregiver, che includono le famiglie, gli insegnanti di sostegno e gli educatori professionali, che non necessariamente possiedono le competenze e le conoscenze per sostenere questo specifico compito, rendendo perciò l'educazione alla salute orale di queste persone disomogenea e frammentaria.

Così la Fondazione Sidp ha creato una task force nazionale, composta prevalentemente da dentisti e igienisti soci della società scientifica, che possa interagire con le numerose associazioni, centri e strutture, presenti in tutte le città italiane, che si occupano di persone fragili e in particolare di persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo. L'obiettivo del progetto "Promozione della salute orale per persone con autismo" è di organizzare attività edu-

cative sulla salute orale con finalità preventive indirizzate a persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo e ai caregiver (educatori e famiglie). L'attività educativa per la salute orale, condotta attraverso un incontro diretto con ogni singola persona con autismo, aprirà anche la possibilità di effettuare una rilevazione diagnostica semplificata delle patologie orali e di perseguire un'attività di orientamento e facilitazione sulle condizioni di accesso (prima visita) e presa in carico di persone con fragilità da parte delle strutture odontoiatriche locali del servizio sanitario.

Dentisti e igienisti volontari che costituiscono la task force del progetto, svolgeranno queste attività all'interno delle sedi delle numerose associazioni private e convenzionate che si occupano di autismo sul territorio nazionale. Una popolazione target di circa 600.000 persone con autismo (dati stimati da Angsa, Associazione nazionale genitori persone con autismo).

La cura del cavo orale, che si traduce nella prevenzione delle patologie orali, può portare vantaggi enormi di tipo sociale, economico e organizzativo. Infatti, la maggior parte delle persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo necessitano di terapie da erogare in modalità assistita in centri specializzati e con un'organizzazione molto complessa e costosa, in quanto non o scarsamente collaboranti.

SLP

Relatori e Coordinatori

Sofia Aroca
Roberto Abundo
Luigi Barbato
Tord Berglundh
Rino Burkhardt
Diego Capri
Raffaele Cavalcanti
Leandro Chambrone
Pierpaolo Cortellini
Alessandro Crea
Massimo de Sanctis
Maria Di Martino
Camilla Donghi
Anna Franchini
Chiara Galano
Carlo Ghezzi
Adrián Guerrero
Davide Guglielmi
Elena Lenzi
Matteo Marzadori
Silvia A. Masiero
Luigi Minenna
Livia Nistri
Francesco Oreglia
Guerino Paolantoni
Andrea Pilloni
Giovanni Paolo Pini
Simone Roatti
Roberto Rotundo
Silvia Tomassini
Leoluca Valeriani
Giovanni Zucchelli
Otto Zuhre

Corso di aggiornamento
per Odontoiatri, Igienisti Dentali e Studenti

**CHIRURGIA PLASTICA
PARODONTALE
E PERI-IMPLANTARE**

FIRENZE
10-11 maggio
2024

Consiglio di Presidenza 2024-2025

Presidente
Francesco Cairo
Presidente Eletto
Leonardo Trombelli
Vice-Presidente
Raffaele Cavalcanti
Tesoriere
Rodolfo Gianserra
Segretario
Silvia A. Masiero

Patrizio Montevecchi, scampato a un sequestro, torna in Tanzania con Apa

Era dal rapimento in Kenya del 1995 che non tornavo in Africa con **Dino Azzalin**, nonostante il fatto che dalla terribile avventura fosse nata una pura e profonda amicizia. Grazie alla spinta di **Ilenia Borsini**, mia compagna di vita e igienista dentale, che da anni spingeva per fare una missione, mi sono scrollato le paure, ho rotto gli indugi e abbiamo comprato i biglietti per Dar Es Salaam (Tanzania). Dopo il rapimento ho continuato a seguire progetti e a viaggiare, ma sempre facendo molta attenzione a dove mettevo i piedi. Dall'arrivo in aeroporto all'imbarco per il rientro ho sempre richiesto di essere accompagnato da personale del paese ospitante. In molti paesi i rischi dovuti alla nostra "ignoranza" sono di anno in anno aumentati, sia per noi volontari che per i locali. Infatti, arrivati a Dar alle 4 di mattina, ad aspettarci c'era un driver che ci ha portato alla sede del Cuamm - Doctor with Africa, e da lì è cominciato il viaggio che mi ha riconciliato con l'East Africa, mentre con gli altri punti cardinali ero già in pace.

Ho così potuto riassaporare il calore dell'ospitalità delle Sisters, con i loro sorrisi, le loro ciotole colme di riso e patate, le loro continue richieste di aiuto per terminare progetti, a volte troppo ambiziosi, ma che un giorno o l'altro riusciranno a completare... E abbiamo percorso chilometri e chilometri su strade sempre piene di gente che vaga senza una meta a qualsiasi ora del giorno e della notte, ma che risponde sempre con un sorriso al tuo saluto.

Abbiamo visitato l'ospedale di Tosamagan-ga e il progetto odontoiatrici avviato da Apa (Amici per l'Africa) con i giovani medici del Cuamm (acronimo di Collegio universitario aspiranti medici missionari ong fondata a Padova nel 1960), che si scusano per non poter pranzare con te perché hanno troppe emergenze a cui far fronte e quindi salteranno la pausa.

Abbiamo visitato due orfanotrofi, uno vicino a Mikumi gestito da un'elegante signora con gli orfani che vivono in condizioni vergognose e ci ha lasciato con molti dubbi e uno a



Mgolole gestito dalle suore dove i bimbi sono curati, coccolati e ben gestiti. Lo studio Apa di Mikumi con Noel, che funziona come un orologio, e quello in realizzazione di Mgolole che sarà un sicuro successo grazie all'attento lavoro di Dino e dell'Apa. Ancor meglio il progetto che Apa sta realizzando con Andi Treviso, nell'ospedale di Nkoaranga al nord della Tanzania a 30 km da Arusha, sarebbe il 18esimo studio dentistico realizzato in Africa da Apa in tutti questi anni.

Bene, tutto questo ha reso davvero speciale questa nuova esperienza africana, grazie anche agli splendidi compagni di viaggio che si sono adattati senza mai perdere il sorriso a tutte le sorprese che l'Africa ti riserva ogni momento. Una nota speciale anche all'organizzazione logistica di Apa, che ha davvero funzionato a perfezione e sister Anthusa, medico e suora, donna colta e dal cuore enorme e direttrice del st. Kizito Hospital di Mikumi che ci ha ospitato nella guest house dell'ospedale. Grazie a Ilenia, a Dino e a Domenico. Grazie all'Apa, al Cuamm e alle Sisters. Asante sana Tanzania!

Patrizio Montevecchi
Odontoiatra a Pistoia
Volontario Apa

Al congresso Aidor un premio alla carriera al professor Damaso Caprioglio

Sabato 9 marzo, nell'ambito del 21° congresso nazionale dell'Accademia Italiana di ortodonzia (Aidor), il presidente **Michele Calabro** ha consegnato al professor **Damaso Caprioglio** un premio alla carriera, proprio nel giorno del suo novantesimo compleanno. In vent'anni di attività, è solo la seconda volta che Aidor concede un riconoscimento di questo tipo.

«Sappiate restare sempre giovani di spirito e di mente, curiosi e studenti per la vita, avere coraggio e determinazione, guardare con fiducia e speranza verso il futuro, non arrendervi mai e credere fermamente nelle vostre ricerche, nei vostri studi, ma anche dedicando molto tempo per la formazione dei colleghi più giovani e degli allievi, per affacciarsi al futuro come stimolo a sapere continuare, migliorare ed espandere quel cammino non solo di scienza ma umano che i maestri vi hanno tracciato» ha detto Caprioglio, emozionato e commosso alla consegna del premio alla carriera davanti al grande auditorio che lo ha accolto con una lunghissima e interminabile standing ovation.

Il professore ha dedicato il premio alla carriera ai genitori e zii che fecero grandi sacrifici nel periodo bellico e postbellico per aiutarlo e permettergli di studiare e laurearsi; ha poi rivolto un pensiero memore e grato alla sua gente del Monferrato che gli ha trasmesso il Dna tipico quale la dedizione al lavoro, l'onestà, la determinazione, la tenacia nel saper superare i momenti difficili che la vita ti riserva, la collaborazione l'un l'altro e l'umiltà e la lealtà tipica di chi viene dalla terra. Ha poi dedicato il premio ai numerosi e grandi maestri incontrati nella sua vita. Maestri di scienza, di vita, di etica e anche di fede religiosa.

La carriera

Il professor Damaso Caprioglio, nato a Ro-signano Monferrato il 9 marzo 1934, si è laureato con lode in medicina e chirurgia all'Università di Torino nel luglio 1958. Si è poi trasferito all'università di Pavia sotto la direzione del professor Sivio Palazzi, che lo



inviò con una borsa di studio per due anni alla Frei Universtat di Berlino dove si interessò in modo particolare di odontoiatria pediatrica e di ortodonzia. Caprioglio fu il più giovane italiano libero docente di clinica odontoiatrica (Roma, maggio 1964) e lo stesso anno assistente ordinario universitario.

Fondatore con un piccolo gruppo di entusiasti pionieri del Giso (Gruppo italiano di ortodonzia) nel 1967, Damaso Caprioglio è stato fra i promotori per stimolare il professor Cesare Luzi a fondare la Sido (Società italiana di ortodonzia) nel 1968.

Insieme al professor Paolo Falconi è stato fondatore della prima scuola italiana di ortognatodonzia presso l'Università degli Studi di Cagliari (ottobre 1973), portando avanti poi come docente la scuola a livello internazionale prima come professore straordinario a Cagliari e poi ordinario di ortognatodonzia presso l'Università di Parma. E dopo la quiescenza è rimasto ancora docente di etica a Parma.

Decano degli specialisti in ortodonzia, Caprioglio è stato insignito col premio mondiale Sido nel 2017, concesso solo a tre italiani in oltre cinquant'anni di storia della società.

Paola Mura
Specialista in ortognatodonzia

Dal congresso Sidp: «la prevenzione orale vale oltre 9 miliardi di euro»

Secondo l'ultimo report della European Federation of Periodontology (Efp) le cure odontoiatriche rappresentano il 5% delle spese sanitarie globali e agire preventivamente porterebbe a un risparmio di 544 miliardi in tutto il mondo. L'indagine ha stimato i costi a lungo termine direttamente associati alla terapia di carie e malattie parodontali in persone dai 6 ai 75 anni, in Brasile, Francia, Italia, Germania, Gran Bretagna e Indonesia.

In Italia i costi medi per le terapie odontoiatriche che potrebbero essere evitati superano i 18.000 euro pro capite

e solo nel nostro Paese, grazie a prevenzione e cure di qualità, si potrebbero risparmiare oltre 9 miliardi di euro. Quasi quanto costerà il ponte sullo stretto di Messina. A metterlo in luce sono gli esperti della Società italiana di parodontologia e implantologia (Sidp) durante il 23esimo congresso nazionale di Rimini, dedicato proprio alla qualità delle terapie in parodontologia e implantologia.

«La prevenzione è l'arma vincente che abbiamo per ridurre i problemi di salute orale, che oggi riguardano una persona su due nel mondo, un'incidenza molto più alta



di tutte le altre comuni malattie non trasmissibili – osserva **Francesco Cairo**, presidente Sidp e professore di parodontologia all'Università di Firenze -. Due miliardi di persone soffrono di carie, un miliardo di parodontite grave: il documento dell'European Federation of Periodontology, sottolineando che la spesa per le cure odontoiatriche rappresenta circa il 5% di tutti i costi sanitari a livello mondiale, ha perciò invitato a investire di più in prevenzione perché gran parte di queste spese potrebbero essere evitate».

Secondo un sondaggio con-

dotto da Curasept ed Edra, un freno alla prevenzione è tuttora la paura del dentista: il 64% degli italiani lo teme, il 48,3% ha timore della postura che obbliga a tenere la bocca aperta e costringe a una immobilità prolungata e il 37,6% ha paura del rumore del trapano o dell'aspiratore. Così solo il 28% degli italiani programma una visita annuale di controllo e il 40% va dal dentista solo in caso di necessità. «La conseguenza è che le terapie necessarie diventano più impegnative, sia in termini di spesa sia soprattutto a livello clinico» conclude Cairo.

ROUTINE POST-INTERVENTO

- Combatte le infezioni batteriche
- Riduce le infiammazioni del cavo orale
- Sapore gradevole



3 SCIACQUI
AL GIORNO



2 APPLICAZIONI
AL GIORNO



3 VOLTE
AL GIORNO

Forhans
Clorexidina

www.uragmeonline.com



dal 1951



FARMACOLOGIA

Statine, oltre ad abbassare il colesterolo possono contrastare la parodontite

Potrebbero le statine apportare benefici al cavo orale, oltre che alle arterie? Un nuovo studio condotto in vitro, su colture cellulari, ha mostrato che questi farmaci ipocolesterolemizzanti aiutano a ridurre l'infiammazione associata alla malattia parodontale modificando il comportamento dei macrofagi, le cellule mononucleate tissutali essenziali nel produrre risposte immunitarie naturali e specifiche.

Le statine sono tra i farmaci più comunemente prescritti al mondo: solo negli Stati Uniti, vengono assunte da oltre 40 milioni di americani per abbassare il colesterolo.

La ricerca che suggerisce un'azione di miglioramento della salute delle gengive associata all'uso delle statine è stata coordinata da **Subramanya Pandrurada**, professore alla Medical University of South Carolina, che ne ha parlato al meeting annuale della American Society for Biochemistry and Molecular Biology tenuto a San Antonio, Texas, spiegando le nuove scoperte del suo gruppo, dopo lo studio preliminare pubblicato lo scorso anno su *Cells*. «Abbiamo replicato condizioni specifiche della malattia parodontale e dimostrato che l'introduzione di statine nel nostro modello in vitro modifica la risposta dei macrofagi – ha dichiarato Pandrurada –. Questo ci ha permesso di esplorare come farmaci come le statine possano aiutarci a trattare condizioni infiammatorie come la malattia parodontale». Com'è noto, la parodontite si verifica quando la crescita di batteri nelle gengive induce il sistema immunitario a montare una



risposta infiammatoria, contribuendo a sintomi come gonfiore, sanguinamento e degradazione ossea. Oltre ai trattamenti attualmente disponibili per la malattia in forma avanzata, che includono antibiotici, pulizie profonde delle superfici dei denti e delle radici e varie procedure chirurgiche, i ricercatori stanno cercando nuovi modi per affrontare il problema attraverso strategie di trattamento meno invasive.

Le indagini del gruppo di Pandrurada hanno preso spunto da

alcuni studi precedenti, che avevano mostrato come le persone in terapia con statine tendono a mostrare meno segni di parodontite rispetto alla popolazione generale. Il nuovo studio è però il primo a identificare le vie biochimiche attraverso le quali le statine mostrano di ridurre l'infiammazione parodontale. E, in questi meccanismi biochimici, i protagonisti sono proprio i macrofagi. Queste cellule svolgono un ruolo importante nell'aiutare il corpo a combattere le infezioni, ma in alcuni casi possono anche aggravare l'infiammazione, a seconda della forma che assumono nelle diverse fasi della risposta immunitaria. I ricercatori hanno fatto crescere macrofagi e cellule delle gengive insieme e li hanno esposti a varie condizioni. Hanno così scoperto che l'esposizione a simvastatina, un comune farmaco statinico, ha soppresso la risposta infiammatoria dei macrofagi. Si tratta ora di trasferire queste conoscenze di base alla clinica, per capire se una strategia di trattamento con statine possa configurarsi come approccio sicuro ed efficace per future terapie parodontali.

Giampiero Pilat

Alkakh W, Farrar N, Sikora V, Emecen-Huja P, Huja SS, Yilmaz Ö, Pandrurada SN. Statins Modulate Microenvironmental Cues Driving Macrophage Polarization in Simulated Periodontal Inflammation. *Cells*. 2023 Jul 29;12(15):1961.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

PROGNOSI DEI BIOTIPI PARODONTALI NELLE CURE PARODONTALI E RESTAURATIVE

Condizione clinica

Il biotipo parodontale è descritto attraverso due specifici fattori quali l'estensione della gengiva cheratinizzata dal margine gengivale libero verso la linea muco-gengivale e lo spessore della gengiva stessa. Con il termine fenotipo parodontale si include, oltre i fattori sopraccitati, anche la morfologia dell'osso alveolare sottostante e l'insieme di tutti questi fattori influenza il mantenimento della salute parodontale.

Durante il workshop mondiale sulla classificazione dei difetti parodontali e perimplantari del 2017 sono stati presi in considerazione i termini *biotipo parodontale sottile* e *biotipo parodontale spesso* come elementi determinanti per il risultato degli interventi parodontali e

restaurativi. Il diverso biotipo parodontale e lo spessore dell'osso alveolare rispondono in maniera differente ai processi infiammatori, alle procedure chirurgiche parodontali e al risultato estetico marginale degli interventi restaurativi nelle aree estetiche.

Il biotipo parodontale sottile e con poca gengiva cheratinizzata è, rispetto a quello spesso, decisamente più suscettibile ad andare incontro a risultati poco soddisfacenti in seguito a terapia chirurgica parodontale e più incline a subire processi di recessione gengivale in seguito a processi infiammatori che interessano il parodonto marginale.

Il biotipo parodontale e lo spessore dell'osso alveolare (valutabile attraverso una cone beam computed tomography) sono degli outcome che il clinico dovrebbe tenere in considerazione prima di ogni intervento parodontale chirurgico e restaurativo in zone estetiche, al fine di evitare insuccessi come ad esempio l'esposizione di aree di tessuto radicolare in prossimità del margine cervicale del restauro conservativo.

Kumar e il suo gruppo hanno condotto una revisione sistematica per investigare il significato del parodonto spesso, di quello sottile e dello spessore osseo nel preservare la salute parodontale e come elementi da considerare prima degli interventi parodontali e restaurativi estetici.

Dati di evidenza scientifica

La revisione sistematica è stata condotta impiegando il sistema Prisma (preferred reporting items for systematic review and meta-analysis) e i Pico questions (p: ricerche su umani adulti, i: ricerche sulle caratteristiche parodontali con o senza intervento, c: comparazione tra gruppi con

parodonto spesso rispetto a quello sottile, o: ricerche che riportano dati riguardo parametri gengivali o parodontali). Gli studi inclusi comprendevano studi clinici controllati e randomizzati, studi clinici controllati e articoli originali che valutavano, come outcome, l'impatto del biotipo/fenotipo parodontale sugli interventi parodontali e restaurativi in aree estetiche.

Le conclusioni del lavoro hanno evidenziato l'importanza di possedere delle conoscenze sulle caratteristiche del biotipo parodontale sottile e spesso e del fenotipo parodontale nelle scelte cliniche dell'odontoiatra, sia in parodontologia sia in restaurativa, con il fine di ottenere un valido risultato, soprattutto nelle aree ad alta valenza estetica. Gli autori hanno ottenuto dei dati che correlano tra loro lo spessore gengivale, la presenza di tessuto cheratinizzato e la morfologia dell'osso alveolare come outcome da considerare in parodontologia e restaurativa estetica.

Implicazioni cliniche

- 1) La valutazione del biotipo parodontale e del fenotipo parodontale sono elementi importanti che dovrebbero far parte del bagaglio di conoscenza dell'odontoiatra.
- 2) Il biotipo parodontale sottile, così come un osso alveolare sottile, tendono ad avere una predisposizione alla recessione gengivale, con possibili insuccessi dopo interventi di chirurgia parodontale e restauri conservativi in aree estetiche.

Fonte: P MK, Nagate RR, Chaturvedi S, Al-Ahmari MMM, Al-Qarni MA, Gokhale ST, Ahmed AR, Bariqi AA, Cicciù M, Minervini G. Importance of periodontal phenotype in periodontics and restorative dentistry: a systematic review. *BMC Oral Health*. 2024 Jan 8;24(1):41.

IMPLANTOLOGIA

Precisione delle guide chirurgiche digitali, quali sono le più accurate?

Negli ultimi anni, ad aumentare significativamente la precisione chirurgica degli impianti dentali è stata anche la tecnologia digitale. Le guide chirurgiche digitali, così come il supporto informativo riguardo alla direzione, alla posizione e all'angolazione dell'impianto, possono efficacemente migliorare la precisione, ridurre il tempo chirurgico e le complicazioni.

Una recente revisione della letteratura condotta da un team di ricercatori dell'Università di Shanghai e pubblicata sull'*International Journal of Implant Dentistry* ha verificato l'ipotesi che i tipi di supporto delle guide, i metodi di fabbricazione e il design delle guide per impianti (compresi viti di fissaggio e manicotti) possano influenzare la precisione delle guide chirurgiche, raccogliendo e categorizzando i dati numerici degli indicatori riportati nella letteratura degli ultimi cinque anni.

Le guide ad appoggio dentale bilaterale hanno mostrato la maggiore precisione in vitro e una precisione in vivo simile alle guide supportate da un solo dente; le guide supportate dalla mucosa mostrano la minore precisione in vivo, mentre i loro dati in vitro hanno mostrato scarsa credibilità a causa della complessità meccanica del tessuto mucoso vivo. Le guide frestate hanno mostrato una maggiore precisione in vivo rispetto alle guide stampate in 3D, anche se potrebbero essere necessari ulteriori supporti di dati.

La revisione ha confermato che la competenza dell'operatore e la standardizzazione possono influenzare la precisione dell'impianto, ma ha anche rilevato che, con la tecnologia medica attuale e l'aiuto delle guide digitali per impianti, la precisione della chirurgia implantare può essere raggiunta con una distanza tra la posizione reale dell'impianto e la posizione pianificata inferiore ai 2 mm (ma nella maggior parte dei casi inferiore a 1 mm) e con una inclinazione dell'impianto rispetto all'angolo desiderato inferiore agli otto gradi (nella maggior parte dei casi inferiore ai cinque gradi).

L'incremento della precisione degli impianti per i pazienti edentuli è stato oggetto di intensa ricerca negli ultimi anni e potrebbe rimanere un focus nel prossimo futuro. Il collo di bottiglia nel miglioramento della precisione chirurgica è risultata la difficoltà di fissaggio della guida nei pazienti edentuli. Inoltre, la mancanza di uno standard di valutazione universale per la precisione chirurgica dell'impianto si è configurata come uno dei problemi principali in questo ambito di ricerca.

Poiché il design dei tipi di supporto delle guide per impi-



Foto di Andre Chen, ITI Blog, "Digital planning-guide creation: tips & tricks in guided implant placement"

ti può influenzare la precisione della chirurgia implantare, gli studi esistenti si concentrano sul miglioramento della precisione tramite la selezione di tipi di supporto appropriati, ottimizzando e personalizzando il design della guida, delle viti di fissaggio e dei manicotti secondo le esigenze individuali. Gli esperti cinesi prevedono che i futuri sviluppi continueranno a focalizzarsi sulla standardizzazione della valutazione della precisione chirurgica e sullo sviluppo dei metodi chirurgici minimamente invasivi (come l'eliminazione graduale delle guide a supporto osseo negli interventi chirurgici a lembo).

La revisione non ha discusso di altri fattori che possono avere un ruolo nella precisione dell'impianto, come la sede dell'impianto, la sua dimensione e la qualità dell'osso, che pertanto richiederanno ulteriori analisi.

Renato Torlaschi

Shi Y, Wang J, Ma C, et al. A systematic review of the accuracy of digital surgical guides for dental implantation. *Int J Implant Dent.* 2023 Oct 25;9(1):38.

PROTESI

Accuratezza delle impronte digitali, risultati promettenti ma ancora controversi

La corretta conformazione di una struttura supportata da impianto è considerata un fattore chiave per ottenere il successo del trattamento a lungo termine, mentre è noto che disallineamenti sovrastrutturali possono indurre complicazioni meccaniche e biologiche. Diverse fasi delle procedure cliniche e di laboratorio devono ancora essere standardizzate e possono influenzare l'accuratezza della protesi. Queste fasi sono influenzate da gradi variabili di errore, che possono accumularsi, risultando in uno scostamento nella sovrastruttura dell'impianto.

Poiché l'accuratezza dell'impronta è il primo passo nella produzione delle riabilitazioni, è certamente uno dei principali fattori che influenzano i risultati. Negli ultimi anni, le impronte digitali su impianti ottenute utilizzando scanner intraorali sono state progressivamente perfezionate fino a configurarsi come un'alternativa alla tradizionale presa delle impronte manuale, o procedura analogica. Si ricorre a diverse tecnologie come la triangolazione, i laser confocali e il campionamento attivo del fronte d'onda per determinare la posizione relativa dell'impianto. Rispetto alla tradizionale metodologia analogica, le impronte digitali possono semplificare il flusso di lavoro e ridurre significativamente i tempi e i costi materiali. Teoricamente, potrebbero migliorare l'accuratezza della riparazione finale e di fatto le indicazioni cliniche per la rilevazione digitale delle impronte stanno aumentando costantemente nei pazienti con perdita di un solo dente o con difetti della dentizione.

Finora, ci sono state molte indagini di laboratorio in vitro sull'accuratezza delle impronte digitali, ma evidentemente questi studi non rappresentano completamente le condizioni cliniche in vivo, in cui molte variabili intraorali, come la mucosa, la saliva, l'umidità orale e i movimenti della lingua, potrebbero influenzare la corretta digitalizzazione. Per questa ragione, un gruppo di ricercatori del Distretto odontoiatrico Xuhui di Shanghai hanno effettuato una revisione sistematica mirata a valutare l'accuratezza in vivo delle impronte digitali su impianti ottenute utilizzando scanner intraorali. I risultati della loro ricerca sono comparsi sulle pagine dell'*International Journal of Implant Dentistry* e mostrano che la precisione varia notevolmente a seconda della strategia di scansione.

Gli autori hanno individuato dieci studi in vivo ritenuti adatti per l'analisi finale, ma non hanno raggiunto conclusioni univoche riguardo all'accuratezza delle impronte digitali ottenute. Si è visto che, in arcate complete, la procedura di presa delle impronte con lo scanner intraorale ha richiesto significativamente meno tempo rispetto a quella convenzionale (con una differenza media di 8,59 minuti); il tasso di sopravvivenza protesica è stato del 100% e i livelli ossei marginali di tutti i partecipanti si sono mantenuti in modo stabile (la differenza media nella perdita ossea marginale a 12 mesi è stata appena di 0,03 mm). Tuttavia, la conclusione dei ricercatori cinesi è prudente: «sulla base degli studi clinici con follow-up, le impronte digitali si sono rivelate accurate, ma questi risultati devono essere interpretati con cautela, anche perché alcune delle evidenze sono state ottenute dallo stesso gruppo di ricerca».

Renato Torlaschi

Ma J, Zhang B, Song H, Wu D, Song T. Accuracy of digital implant impressions obtained using intraoral scanners: a systematic review and meta-analysis of in vivo studies. *Int J Implant Dent.* 2023 Dec 6;9(1):48.



GOCCLES®

FILTRI OTTICI PER LO SCREENING DEL CAVO ORALE

Puoi utilizzarli ad ogni visita di igiene orale per effettuare uno screening.

Rapido, indolore, non invasivo.



Per maggiori informazioni: www.goccles.com - goccles@pierrelgroup.com



Linea ImpLogic AT

(Active Threads)



L'impianto che ti agevola
nelle procedure di
RIDGE EXPANSION
e consente di raggiungere
un'elevata stabilità primaria
in presenza di osso morbido.

Anche Ø 3.25, in caso di
disponibilità ossea ridotta.

Dental Tech
A colorful future

Sistemi d'Aspirazione **EXCOM** hybrid

>> efficienti
ed affidabili



PERICOLO AEROSOL:

Il giusto sistema d'aspirazione come parte della soluzione al problema!

Una minimizzazione dei rischi derivanti dagli aerosol può avvenire con un potente sistema d'aspirazione che fornisca il necessario volume d'aria di 300l/min. I differenti aspiratori **EXCOM hybrid** garantiscono alle cannule un volume d'aria di 300l/min, garantendo così un importante sostegno nella riduzione di emissioni di particelle nocive inalabili attraverso aerosol.

Aspiratori **EXCOM hybrid METASYS:**

- >> Aspirazione a secco e ad umido con lo stesso aspiratore
- >> Depressione elevata fino a 180 mbar con regolazione tramite inverter* (*per EXCOM hybrid 5)
- >> Se necessaria, aspirazione completa di separazione d'amalgama per adempiere alla legge vigente

Acido tranexamico: le applicazioni dell'antiemorragico in odontoiatria

L'applicazione topica di acido tranexamico con irrigazione del sito chirurgico e compressione è estremamente efficace nel risolvere la maggior parte delle emorragie orali, anche nei pazienti in terapia con anticoagulanti



Simone Domenico Aspriello
Odontoiatra parodontologo e implantologo a Pesaro
Dottore di ricerca in patologie infettive, immunometaboliche e degenerative
Master in medicina e oncologia orale

In ambito odontoiatrico la somministrazione sistemica di acido tranexamico preventiva (prima della chirurgia orale) richiede l'elaborazione di linee guida precise, purtroppo non ancora disponibili. L'irrigazione del sito post chirurgico con acido tranexamico e l'applicazione di garze o tamponi imbevuti utilizzando le fiale da soluzione iniettabile disponibili in commercio è un rimedio facilmente reperibile ed economico, è sicuro e clinicamente facile da gestire per l'operatore, produce un'emostasi più veloce, previene il rischio di emorragie locali post operatorie e trova ampia validazione scientifica nel trattamento post chirurgico dei pazienti in terapia anticoagulante continua.

Farmacodinamica

L'acido tranexamico appartiene a un gruppo di farmaci chiamati antiemorragici, antifibrinolitici, aminoacidi (farmaci che prevengono o arrestano la perdita di sangue dai vasi sanguigni) ed è il farmaco più utilizzato in quanto dieci volte più attivo dell'antifibrinolitico acido amino caproico. Grazie alla sua capacità di bloccare gli attivatori del plasminogeno come l'urochinasi e l'attivatore tissutale del plasminogeno, impedisce la formazione di plasmina, enzima fondamentale nel controllo del processo coagulativo in grado di idrolizzare la fibrina dei trombi. Controllando la produzione di plasmina, l'acido tranexamico stabilizza la formazione del coagulo impedendo eventuali emorragie.

Farmacocinetica

L'acido tranexamico viene assorbito ottimamente a livello intestinale raggiungendo le massime concentrazioni plasmatiche dopo circa due ore dalla sua assunzione. Manifesta gli effetti biologici già dopo 30 minuti, massimizzati dopo due ore e persistenti per almeno cinque ore, tempo di emivita del principio attivo.

Presenta una biodisponibilità compresa tra il 30 e il 50% della totale dose assunta. Non subisce alcun tipo di metabolismo, tanto da ritrovarsi inalterato nelle urine per il 90% della dose totale. È disponibile in capsule da 250 mg e 500 mg o soluzione iniettabile da 500 mg/ml e la formulazione del dosaggio è di stretta pertinenza specialistica, con significative variazioni dipendenti dal singolo caso.

Indicazioni principali

Il farmaco viene utilizzato in clinica medica per la prevenzione e il trattamento di sanguinamenti (emorragie) e le applicazioni in campo medico sono numerose, come nel ciclo mestruale abbondante, nel sanguinamento gastrointestinale, nei disturbi emorragici alle vie urinarie, in seguito a interventi chirurgici alla prostata, a orecchie, naso o gola, cuore, all'addome o di tipo ginecologico, procedure chirurgiche alle vie urinarie, nei sanguinamenti successivi al trattamento con altri farmaci per sciogliere coaguli di sangue chiamato fibrinolisi. Nelle epatopatie con grave danno cellulare e nelle ipoprotrombinemie ereditarie nelle quali è molto ridotta la sintesi epatica di fattori della coagulazione, la terapia è inefficace e in caso di emorragia post operatoria è necessario l'utilizzo di sangue intero o emoderivati. Nel paziente privo di patologie dell'emostasi l'utilizzazione di emostatici in odontoiatria rappresenta un trattamento coadiuvante alle misure di emostasi primarie quali compressione, sutura, ghiaccio (1).

Profilassi antiemorragica

Per la prevenzione degli eventi emorragici negli adulti la dose consigliata è tra i 500 ed 1.000 mg al giorno, se assunto per os, mentre se assunto per via parenterale se ne consigliano 500 mg/die. Lo scopo è assicurare nel paziente un valore di 1,5-2 INR (PT 30-

50%) a seconda del trauma chirurgico e conseguente rischio emorragico post operatorio.

La profilassi antiemorragica in caso di interventi chirurgici va iniziata da un minimo di due ore prima dell'intervento se minori, ad almeno 24 ore prima se maggiori; se necessario può essere prolungata per altri 3-4 giorni a intervento terminato.

In chirurgia maxillo-facciale l'uso di acido tranexamico riduce efficacemente la perdita di sangue intraoperatoria e la durata dell'operazione mantenendo buoni livelli post operatori di emoglobina ed ematocrito (2), quindi può divenire una prassi consigliabile anche in odontoiatria.

La somministrazione sistemica di acido tranexamico nei pazienti emofilici produce benefici riducendo il numero di sanguinamenti, la perdita totale di sangue e la necessità di somministrare fattori della coagulazione a seguito di estrazioni dentarie (3, 4), ma non è un protocollo in uso. Per preparazione a interventi chirurgici nei pazienti con emofilia si somministra il fattore VIII (emofilia A) e IX (emofilia B) in quantità sufficiente a raggiungere livelli ematici di fattore antiemofilico del 70-100%; la somministrazione va ripetuta i giorni successivi l'intervento chirurgico, sino a quando sussiste il rischio di emorragia, per non scendere al di sotto del valore soglia del 50% (1).

In corso di emorragia le dosi di acido tranexamico sono di 1-2 capsule da 500 mg ogni 6/8 ore per salire fino a 3 grammi giornalieri.

Controindicazioni

La somministrazione sistemica dovrebbe avvenire con particolare cautela in pazienti con ridotta funzionalità renale o affetti da cardiopatie o epatopatie. In caso di ematuria non accompagnata da altre manifestazioni emorragiche, il dosaggio va ridotto al fine di evitare ostruzione ureterale e stasi urinaria.

Il farmaco non deve essere utilizzato in pazienti con "coagulopatia da consumo", in cui il sangue comincia a formare coaguli in diverse parti del corpo, in pazienti con problemi ai reni e a rischio di formazione di coaguli di sangue o coagulazione intravascolare disseminata. Sono riportati anche effetti indesiderati come nausea, vomito, diarrea, malessere con ipotensione, convulsioni, disturbi visivi tra cui visione alterata dei colori e reazioni allergiche.

Tutte le applicazioni in odontoiatria

In ambito odontoiatrico vi sono ulteriori modalità di somministrazione non riportate nel foglio illustrativo, ma supportate dalla letteratura scientifica: è possibile assumere per os la fiala con acqua in corso di emergenza o complicazioni. Un'ulteriore impiego è quello topico, ricorrendo alla formulazione in soluzione iniettabile: mediante irrigazione dell'alveolo, compressione a lungo del sito chirurgico emorragico con garza imbevuta, sciacqui da ripetere almeno quattro volte al giorno. Tali procedure, ovvero l'uso di acido tranexamico topico sia intra che perioperatorio, risolve la maggior parte delle emorragie orali, complicanze frequenti in pazienti in terapia con anticoagulanti. Nei pazienti in terapia anticoagulante ove è preferito mantenere lo stesso dosaggio, se una riduzione della dose o la discontinuità del trattamento può produrre un aumento del rischio trombo-embolico, l'applicazione topica di acido tranexamico può essere un valido aiuto nella loro gestione, prevenendo e riducendo sanguinamenti orali a seguito di procedure chirurgiche minori o estrazioni dentarie (5). L'aggiunta alle misure convenzionali di emostasi di acido tranexamico applicato topicamente mediante irrigazione del sito chirurgico e compressione con garza imbevuta si è dimostrata una misura più efficace nel ridurre

il tempo di emostasi e nel prevenire le emorragie nei pazienti in terapia anticoagulante con warfarin (6). La compressione con garza imbevuta di acido tranexamico si è dimostrata una misura efficace nel controllo del sanguinamento post estrazioni nei pazienti con INR tra 1.5 e 3 (media 2.2) in terapia anticoagulante (7). Nei pazienti in terapia con warfarin e INR tra 2.1 e 3.1 (media 2.5) la compressione con garza asciutta o imbevuta di acido tranexamico o l'applicazione di spugna di fibrina hanno efficacia simile nel controllo dei sanguinamenti post estrattivi (8). Nei pazienti in terapia anticoagulante la compressione con garza è efficace nel controllo dei sanguinamenti minori, meglio se imbevuta di acido tranexamico al 4.8%, mentre per l'emostasi dei sanguinamenti maggiori l'applicazione di spugna di collagene e sutura rimane necessaria (9). Il rischio di sanguinamento orale dopo procedure odontoiatriche nei pazienti in terapia anticoagulante viene ridotto del 7% mediante l'utilizzo post operatorio di acido tranexamico mediante irrigazione, compressione con garza o tamponi imbevuti e collutorio (10). Per questo è bene avere pronto all'uso acido tranexamico 500 mg/5 ml in fiale da impiegarsi per uso topico, come spiegato anche dal professor Valter Monzani, direttore dell'unità operativa complessa di Medicina interna ad alta intensità di cura del Policlinico di Milano, in una sua intervista a *Italian Dental Journal* (11).

Simone Aspriello
Odontoiatra

Bibliografia

- Montagna F, Ferronato G. Formulario di terapia farmacologica per l'odontoiatria. I quaderni della professione - n. 4. Andì Edizioni Promoass.
- Fu R, et al. Tranexamic Acid in Craniomaxillofacial Surgery: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Facial Plast Surg Aesthet Med*. 2021 Dec;23(6):422-429.

- van Galen KP, et al. Antifibrinolytic therapy for preventing oral bleeding in patients with haemophilia or Von Willebrand disease undergoing minor oral surgery or dental extractions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 24;(12):CD011385.
- Van Galen KP, et al. Antifibrinolytic therapy for preventing oral bleeding in patients with haemophilia or Von Willebrand disease undergoing minor oral surgery or dental extractions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Apr 19;4(4):CD011385.
- Engelen ET, et al. Antifibrinolytic therapy for preventing oral bleeding in people on anticoagulants undergoing minor oral surgery or dental extractions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jul 2;7(7):CD012293.
- Queiroz SIML, et al. Tranexamic acid as a local hemostasis method after dental extraction in patients on warfarin: a randomized controlled clinical study. *Clin Oral Investig*. 2018 Jul;22(6):2281-2289.
- Amer MZ, et al. Correlation between International Normalized Ratio values and sufficiency of two different local hemostatic measures in anticoagulated patients. *Eur J Dent*. 2014 Oct;8(4):475-480.
- Soares EC, et al. Postoperative hemostatic efficacy of gauze soaked in tranexamic acid, fibrin sponge, and dry gauze compression following dental extractions in anticoagulated patients with cardiovascular disease: a prospective, randomized study. *Oral Maxillofac Surg*. 2015 Jun;19(2):209-16.
- Zirk M, et al. Supportive topical tranexamic acid application for hemostasis in oral bleeding events - Retrospective cohort study of 542 patients. *J Craniomaxillofac Surg*. 2018 Jun;46(6):932-936.
- Zaib A, et al. Local Tranexamic acid for preventing hemorrhage in anticoagulated patients undergoing dental and minor oral procedures: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2022 Dec 13;10(12):2523.
- www.dentaljournal.it/come-gestire-paziente-terapia-anticoagulante



**EXPO
DENTAL
MEETING** | **16-17-18
MAGGIO 2024
RIMINI - ITALIA**

Spazio al sorriso

La **più importante
manifestazione** italiana
ed internazionale del
dentale **è tutta nuova.**

EXPO3D

**TECNO DENTAL
FORUM**

Corsi gratuiti e profilati sulle esigenze di dentisti e odontotecnici e di tutte le professioni del dentale, novità in anteprima, networking di alto profilo.

Il futuro è già arrivato e ti aspetta a Expo Dental Meeting 2024.

UNIDI
50 Years of Italian Dental Industry

**ITALIAN
EXHIBITION
GROUP**
Pioneering the future



#MYEM



BIOMATERIALI

Venus Pure Shades

Con l'introduzione delle nuove Venus Pure Shades per i restauri di tutti i giorni, Kulzer apre la strada a una routine semplificata nella pratica restaurativa. I dentisti beneficiano di una selezione semplice e veloce di sole quattro tonalità che soddisfano i requisiti della moderna gestione dello studio.

La semplificazione e il risparmio di tempo sono al centro delle nuove Venus Pure Shades. Sono progettate per l'uso quotidiano sia nei restauri anteriori che posteriori. Promettono un'applicazione facilitata con la selezione ottimizzata e ridotta di sole quattro tonalità – Light, Medium, Dark e Bleach – che copre un'ampia gamma di colori e semplifica il processo di restauro. Le Venus Pure Shades sono state infatti sviluppate per armonizzarsi con la corrispondente gamma di colori Vita attraverso un perfetto equilibrio tra traslucenza, tonalità e intensità del colore che garantisce un perfetto adattamento e integrazione con il colore naturale del dente, nelle applicazioni su anteriori e posteriori.

Le quattro Venus Pure Shades consentono ottimi risultati con stratificazioni monocromatiche senza la necessità di un opaco. Questo è possibile in circa il 90% dei casi nelle regioni anteriori e posteriori, riducendo lo stress e i potenziali errori nella scelta del colore.

Oltre all'adattamento cromatico, la matrice TCD delle Venus Pure Shades offre eccellenti proprietà fisiche e di durata dei restauri, riducendo al minimo il rischio di scheggiature o fratture. Ulteriori vantaggi includono il basso stress da contrazione, che riduce il rischio di gap marginali e di carie secondarie.

Le quattro nuove tinte sono disponibili sia nella conosciuta



gamma di compositi Venus Pearl che Venus Diamond nei confezionamenti siringhe o PLT monodose. È stato inoltre creato un kit contenente il collaudato adesivo universale iBond Universal e l'innovativo composito fluido monocromatico Venus Bulk Flow One, che insieme alle nuove Venus Pure Shades ottimizza il flusso del lavoro restaurativo dell'odontoiatra.

i Kulzer
Tel. 02.2100941
info-italy@kulzer-dental.it
www.kulzer-dental.it/venus-pure

SBIANCAMENTO

Linea White Beauty Professional

La nuova linea White Beauty Professional offre diversi sistemi di sbiancamento professionale, sia per lo studio dentistico che per il trattamento domiciliare, che si basano su agenti sbiancanti come perossido di idrogeno e perossido di carbamide, ma anche sulla scienza dell'effetto ottico. Al centro ci sono sempre gli esperti, che a seconda delle esigenze del paziente e dell'approccio desiderato allo sbiancamento, possono scegliere tra diversi kit.

White Beauty Professional Motivational: studiato per aiutare il professionista a motivare al meglio il paziente al trattamento sbiancante grazie all'utilizzo di una Mini Pen con perossido di idrogeno al 6% e del dentifricio White Now. Al termine della seduta di igiene orale il professionista effettuerà una prima applicazione in studio utilizzando la Mini Pen e, al termine del trattamento, consegnerà al paziente i prodotti in una pochette per permettergli di proseguire il trattamento anche a casa.

White Beauty Professional Genius 38%: l'innovativo sistema sbiancante professionale che permette di preservare al meglio l'efficacia del perossido di idrogeno e di ottenere un gel blu pronto all'uso in modo facile e sicuro, grazie alla miscelazione delle due siringhe Genius 38% e Genius Powder, da utilizzare nella seduta di sbiancamento professionale.



White Beauty Professional Genius Pro 6%: il trattamento professionale rapido, senza bisogno di diga gengivale, consigliato dopo la seduta di igiene orale. Il trattamento, con gel a base di perossido di idrogeno al 6%, può essere effettuato dal professionista con o senza l'utilizzo della lampada. Il prodotto è disponibile sia nella versione dedicata al trattamento professionale in studio che nella versione System, che contiene il trattamento professionale e il trattamento domiciliare.

White Beauty Professional Tray: il trattamento domiciliare professionale a base di perossido di carbamide al 16% arricchito con nitrato di potassio. Il gel, pronto all'uso, può essere inserito negli allineatori, nelle mascherine dentali individuali o nelle mascherine dentali automodellanti e universali (presenti nel kit). Il kit contiene anche gli strumenti per l'igiene orale domiciliare per mantenere gli effetti sbiancanti e migliorare la luminosità dei denti (pochette contenente un dentifricio Regenerate e un dentifricio e uno spazzolino White Now).

White Beauty Professional Blue Led: il trattamento domiciliare professionale con penna sbiancante a base di perossido di idrogeno al 6% da utilizzare in abbinamento al Mask Led presente nel kit. Il Mask Led si alimenta facilmente collegandolo a uno smartphone o a un computer. Il kit contiene anche il dentifricio, lo spazzolino e il collutorio White Now, per prolungare l'effetto sbiancante.

White Beauty Professional offre anche strumenti di comunicazione per lo studio altamente efficaci, volti a suscitare interesse per lo sbiancamento dentale fin nella sala d'attesa.

i Miromed Group
Tel. +41 919605848 (lun-mer, 9-17)
info@miromedgroup.ch
www.whitebeautyprofessional.com

IMAGING

Planmeca Viso G3



Planmeca Viso G3 è ora disponibile sul mercato e offre funzionalità innovative, grande usabilità e qualità dell'immagine per un'esperienza di imaging Cbct all'avanguardia. Planmeca Viso G3 è il nuovo dispositivo Cbct veramente multifunzionale, che copre tutte le esigenze di imaging extraorale, dall'imaging 2D a quello 3D. Integrata dal software all-in-one Planmeca Romexis, la nuova unità completa la linea Planmeca di unità Cbct di nuova generazione insieme a Planmeca Viso G7 e Planmeca Viso G5.

Planmeca Viso G3 soddisfa una gamma ancora più ampia di esigenze cliniche, dall'endodonzia all'implantologia. Con un campo visivo (Fov) che va da 3x3 a 20x10 cm, l'unità non solo offre immagini 3D di alta qualità dell'intera dentatura, ma è in grado di acquisire immagini panoramiche dettagliate e immagini bitewing extraorali per la diagnostica interprossimale. Inoltre, l'unità può essere equipaggiata con il cefalostato one-shot Planmeca ProCeph e, se diventerà necessario, potrà essere upgradata a Planmeca Viso G5 per avere un maggiore Fov massimo.

La nuova unità di imaging offre inoltre tutti i vantaggi della collaudata tecnologia Viso di Planmeca: programmi di imaging di facile utilizzo, visualizzazione video in tempo reale per il corretto posizionamento del paziente e regolazioni del Fov virtuale, dimensioni del volume 3D liberamente regolabili e selezione del target anatomico. Inoltre, l'interfaccia utente completamente riprogettata può essere rispecchiata sulla workstation, riducendo la necessità di spostarsi avanti e indietro tra la workstation e il paziente. In linea con il principio Alada (as low as diagnostically acceptable), Planmeca Viso G3 è inoltre dotato di molteplici modalità avanzate per ridurre le dosi al paziente. Questi includono il protocollo scientificamente provato Planmeca Ultra Low Dose, che riduce la dose effettiva al paziente senza una riduzione statistica della qualità dell'immagine. Inoltre, le immagini scout possono essere utilizzate per ottimizzare la centratura del Fov scelto prima dell'acquisizione, mentre l'esclusivo algoritmo Planmeca Calm per la correzione degli artefatti da movimento può essere applicato sia prima che dopo l'acquisizione per ridurre la necessità di ripetere l'acquisizione, soprattutto quando si esegue l'imaging di pazienti molto giovani o anziani.

i Dental Network
Tel. 0444.963200
info@dentalnetwork.it
www.planmeca.com/it

CONSERVATIVA

GrandioSO Flow

Oggi i materiali flowable stanno entrando in modo preponderante nella pratica clinica e, come ricorda l'azienda tedesca Voco, devono avere dei requisiti adeguati all'uso a cui sono destinati.

Un flow utilizzato come liner di cavità o come ultimo strato dell'adesione non dovrà avere un'eccessiva carica di riempitivo (fase dispersa), per consentire al materiale di generare meno stress durante la fase di conversione, stress da polimerizzazione da non confondere con la contrazione lineare.

Cambiano le esigenze, cambia la costituzione del materiale: se dovrà essere impiegato in soluzioni occlusali, anche in cavità estese, il riempitivo sarà una delle caratteristiche determinanti per l'indicazione d'uso.

Aiutano molto nella scelta della soluzione migliore le istruzioni d'uso del produttore, che devono fornire indicazioni precise sulla con-



formazione del materiale e sull'uso che se ne può fare.

GrandioSO Flow ha tre differenti soluzioni adeguate alla tecnica che il professionista desidera utilizzare.

GrandioSO Flow Light: come liner di cavità o a protezione dello strato adesivo, utile anche nelle soluzioni spot o con uso di puntali extra sottili.

GrandioSO Flow Medium: viscosità media, con diversi colori per offrire maggiore

versatilità, utilizzabile anche in occlusione.

GrandioSO Flow Heavy: molto viscoso, utile quando il materiale non deve crollare e deve rimanere in situ, anch'esso utilizzabile in occlusione.

i Voco
info@voco.com
www.voco.dental

CONSERVATIVA

Clearfil Majesty ES Flow

Storicamente, i compositi fluidi non erano considerati affidabili come restauro permanente. Con Clearfil Majesty ES Flow di Kuraray Noritake non è più così. L'innovazione è basata sullo sviluppo di un innovativo silano a catena di carbonio lunga proprietario (LCSi) che permette un'elevata carica di riempitivo, fino a 78 wt%, 64 vol%, dei filler submicronici e cluster, da 0,18µm a 3,5µm. L'elevata carica di riempitivo conferisce al composito elevate proprietà meccaniche, adatte per un utilizzo anche nei settori posteriori e per le tecniche d'iniezione.

La tecnologia dei riempitivi influisce, inoltre, sulle caratteristiche di lavorabilità: il composito fluido non si appiccica e si applica con facilità, grazie anche allo speciale design della siringa, che consente un'erogazione priva di bolle.

Clearfil Majesty ES Flow è progettato per garantire un livello di brillantezza elevato e duraturo, bastano pochi secondi per lucidare, in modo semplice e veloce. È disponibile in tre diversi livelli di fluidità, tutti a elevata carica di riempitivo, per adattarsi a tutte le necessità.

- High: bagnabilità e adattamento eccellenti; per cavità di piccole dimensioni; utilizzabile come liner.

- Low: per un'ampia gamma di ricostru-



zioni nei settori anteriori e posteriori.

- Super low: ideale per cuspidi e creste nei settori posteriori; conserva la morfologia desiderata; per cavità di classi I e V.

Per il nono anno consecutivo, Clearfil Majesty ES Flow (Low) è stato nominato Top Product da Dental Advisor nella categoria dei restauri diretti.

i Kuraray Europe Italia
Tel. 02.63471228
dental-italia@kuraray.com
www.kuraraynoritake.eu

IGIENE ORALE

Philips Sonicare DiamondClean Prestige S9900

L'intelligenza artificiale in uno spazzolino elettrico: Philips Sonicare DiamondClean Prestige S9900.

Philips Sonicare DiamondClean Prestige S9900 utilizza la tecnologia SenseIQ per rilevare, adattare e curare denti e gengive. La tecnologia SenseIQ è una combinazione di funzioni intelligenti che osservano il comportamento dell'utente utilizzando sensori integrati per identificare il suo stile di spazzolamento e adattare la pressione di conseguenza, in mo-

do automatico.

Ad esempio, quando ci si dimentica di spazzolare i molari, Philips Sonicare DiamondClean Prestige S9900 rileva la mancanza di quei punti e, lavorando in armonia con l'App Philips Sonicare, lo segnala e consiglia di spazzolarli in quei punti.

Che si tratti di eliminare la placca, rimuovere le macchie o curare le gengive, la testina Premium All-in-One fa tutto. Con setole angolate, la testina Premium All-in-One rende Philips Sonicare DiamondClean Prestige S9900 20 volte più efficace dello spazzolino manuale. È la testina migliore di sempre di Philips.

Philips Sonicare DiamondClean Prestige S9900 è dotato di una custodia da viaggio elegante e compatta che include anche una porta USB-C integrata e un cavo di ricarica USB, in modo da poter ricaricare facilmente lo spazzolino senza rimuoverlo dalla custodia.

i Philips
sonicareitalia@philips.com
www.philips.it/c-m-pe/dental-professionals



ATTREZZATURE

Terapia fotodinamica antimicrobica Helbo

C'è un grande interesse, sia da parte dei professionisti che dei pazienti, nel ricercare terapie alternative mininvasive per il trattamento delle infezioni batteriche nel cavo orale. Da oltre 18 anni la terapia Helbo è oggetto di studi e ricerche scientifiche ed è applicata in ambito clinico. Attualmente sono stati eseguiti più di 20 studi clinici randomizzati controllati e migliaia di professionisti trattano ogni anno decine di migliaia di pazienti in tutto il mondo. Il trattamento incontra sempre più il favore delle associazioni professionali, degli odontoiatri e dei pazienti.

«La terapia Helbo rappresenta un'alternativa agli antibiotici e agli interventi chirurgici – spiegano dall'azienda bredent –. Non in tutti i casi, ma in molti e, in base alla nostra pluriennale esperienza, ne siamo assolutamente convinti. Per molti dei nostri utenti è diventata parte integrante della loro prassi quotidiana, sia nell'ambito della profilassi, che in quello terapeutico».

Gli esperti sono concordi che le infezioni batteriche nel cavo orale sono la causa principale di patologie e di perdita dei denti o degli impianti. La complessa composizione del biofilm rende i batteri,

responsabili delle infezioni, difficili da combattere. Se da un lato questi sono indispensabili, dall'altro possono essere estremamente distruttivi, soprattutto quando si verifica un abbassamento delle difese immunitarie dell'organismo.

Il trattamento delle malattie parodontali e perimplantari, che possono portare anche a gravi complicanze dello stato di salute, rappresenta per gli odontoiatri una grande sfida. L'uso di antibiotici, a cui ancora oggi si ricorre molto spesso, viene considerato in modo

critico a causa dello sviluppo di antibiotico-resistenze e degli effetti collaterali, soprattutto in caso di progressione cronica delle patologie. Inoltre spesso i pazienti non gradiscono le terapie antibiotiche e in molti casi rifiutano anche l'intervento chirurgico con conseguente progressione della patologia.

i bredent srl
Tel. 0471.469576
info@bredent.it



CURASEPT PREVENT CON POSTBIOTICI: efficace azione di contrasto alle patologie orali.



a cura di **CURASEPT S.p.A.**

Il fumo è uno dei principali fattori predisponenti alle patologie orali, oltre a essere tra le maggiori cause prevedibili di cancro, malattie cardiache, malattie polmonari e molte altre. Diversi studi hanno dimostrato come la diversità del microbiota orale nei pazienti fumatori rispetto ai non fumatori, sia molto più elevata, esponendo così i primi ad un maggior rischio disbiotico e quindi a una maggiore suscettibilità alle patologie fumo-correlate, determinando una predisposizione alla malattia parodontale, perimplantare, carcinomi

e altre lesioni precancerose associate a tale fattore di rischio. A questo proposito occorre in aiuto, **in terapia di supporto, la linea Curasept Prevent con postbiotici**. L'azione combinata tra **postbiotici e probiotici**, contenuti nella linea Prevent, risulta essere altamente efficace: i probiotici sono organismi vivi che possono proliferare dopo la loro somministrazione, creando competizione con i batteri patogeni, danneggiandoli direttamente. I postbiotici invece hanno efficacia immediata. La somministrazione di questi metaboliti influisce

sull'andamento della malattia e opera una selezione positiva all'interno del biofilm, ha azione diretta di protezione sulle mucose, attiva la risposta immunitaria e contrasta le infiammazioni soprattutto in particolari condizioni che possono minare l'equilibrio di quest'ultimo nel lungo periodo. Anche l'**olio d'oliva ozonizzato, presente nella linea Curasept Prevent**, svolge un'azione selettiva contrastando la proliferazione delle specie patogene Gram-negative anaerobiche obbligate, principali responsabili nella patogenesi di malattie parodontali e perimplantari.

Curasept S.p.A.
Via G.Parini, 19 - Saronno
www.curaseptspa.it


CURASEPT
FIRST BECAUSE WE CARE



NOVITÀ EDITORIALE

C'è un nuovo libro È smart. È pratico. È ricco di immagini.

Ti insegna come fare, passo dopo passo,
l'allungamento chirurgico di corona clinica

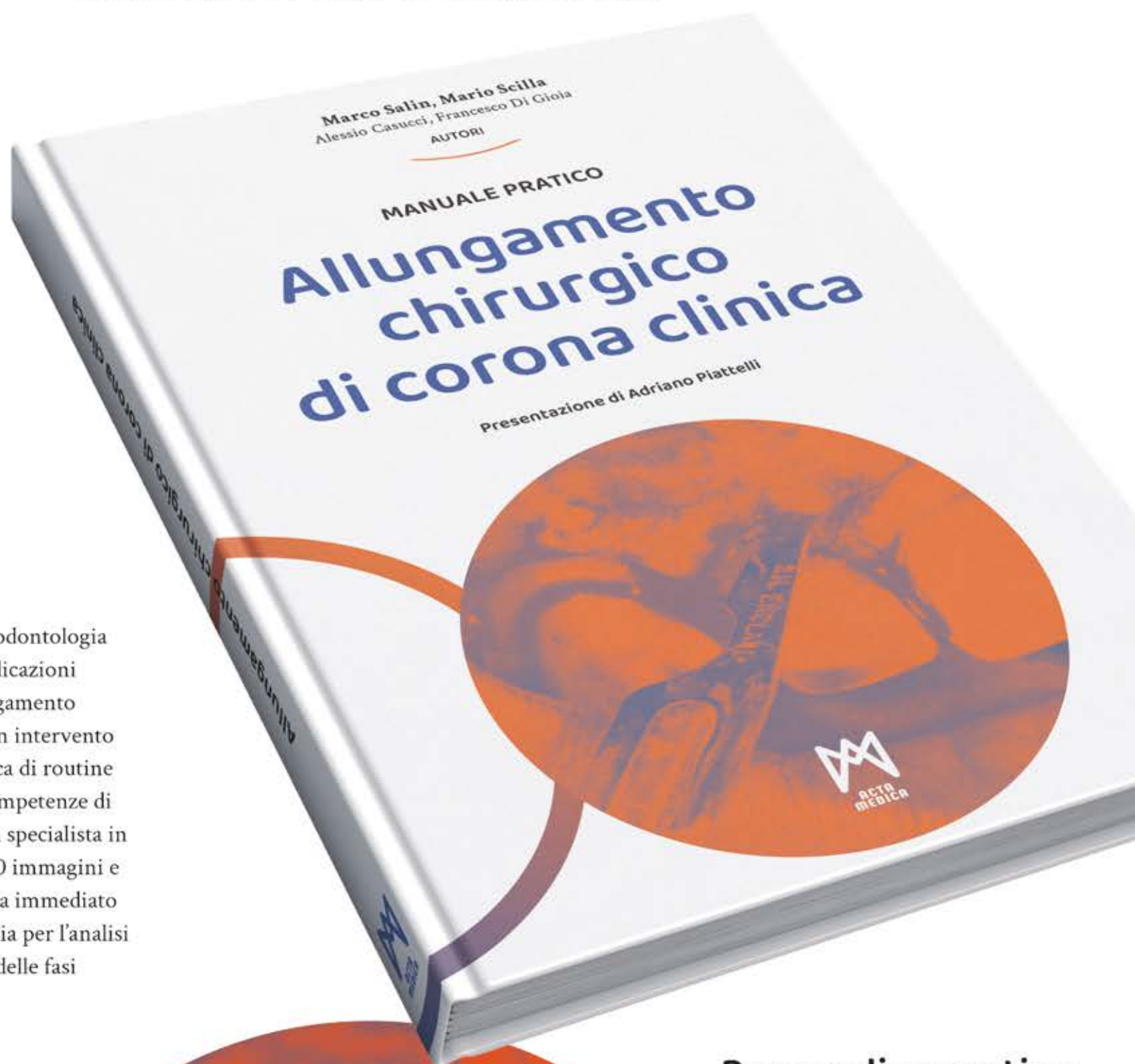
AUTORI

Marco Salin, Mario Scilla

con la collaborazione di Alessio Casucci e Francesco Di Gioia

volume cartonato
formato 17x24 cm
232 pagine con più di 500
immagini cliniche

Questo manuale pratico di parodontologia descrive indicazioni, controindicazioni e, per step, la tecnica dell'allungamento chirurgico di corona clinica. Un intervento di grande frequenza, una tecnica di routine che dovrebbe far parte delle competenze di ogni odontoiatra, anche se non specialista in parodontologia. Con più di 500 immagini e 20 casi clinici, il manuale risulta immediato e di facile consultazione, utile sia per l'analisi preoperatoria che come guida delle fasi dell'intervento.



**Guarda l'anteprima
e acquista la tua copia su
WWW.GRIFFINEDITORE.IT**



**Prezzo di copertina
109 euro**

I CASI CLINICI DI

DentalAcademy.it

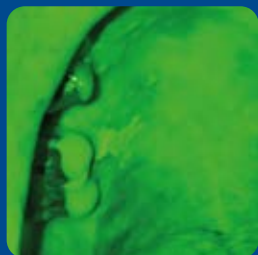
ESPERIENZE CLINICHE IN PARODONTOLOGIA



**Caso di parodontite stadio IV grado B:
gestione degli ascessi parodontali
con terapia fotodinamica**



**Terapia non chirurgica
per un innovativo trattamento
della perimplantite**



**Lichen planus orale in presenza
di displasia: gestione di un caso
con terapia di supporto**

ESPERIENZE CLINICHE IN CONSERVATIVA



**Restauro di 3.5 con modellazione
occlusale anatomicamente guidata**



**Riabilitazione di 1.5 e 1.6
con endocrown e onlay
in flusso digitale**



**Restauro di una grossa cavità
di terza classe con composito
monocromatico**



**Restauro diretto minimalmente
invasivo di 3.5 e 3.6 con tecniche
adesive e riempimento bulk-fill**

CASO CLINICO

Caso di parodontite stadio IV grado B: gestione degli ascessi parodontali con terapia fotodinamica

Giunge al nostro studio odontoiatrico la paziente Z. F. in urgenza per due ascessi parodontali a carico degli elementi 1.4. e 1.2.

La paziente è una signora di 76 anni senza patologie sistemiche, in terapia parodontale di supporto da anni presso il nostro studio. Tuttavia, per problemi personali, la paziente era da due anni che non veniva agli appuntamenti di mantenimento.

Successivamente a un'analisi strumentale iniziale abbiamo potuto constatare la presenza di una parodontite generalizzata stadio IV e grado B (0,92) con la presenza di una tasca parodontale di 12 mm a carico dell'elemento in questione (1.4). L'approccio terapeutico che abbiamo deciso di intraprendere è il seguente: applicazione della sola terapia fotodinamica con il laser Helbo immediatamente dopo all'inquadramento parodontale dei siti (1.2 e 1.4) e rivalutazione a 15 giorni. Si denota a distanza di 15 giorni dalla sola applicazione della terapia fotodinamica, una riduzione di 2 mm del sondaggio a carico dell'elemento 1.2, che passa così da 9 mm in fase iniziale a 7 mm; nell'elemento 1.4 il guadagno è di 3 mm (dopo utilizzo della sola terapia fotodinamica).

Successivamente si è proceduto con la terapia parodontale non chirurgica utilizzando un manipolo a ultrasuoni con inserti parodontali. Si è deciso appositamente di non trattare il sito con strumentazione manuale perché il difetto osseo presentava un'architettura contenitiva a tre pareti.

Alla rivalutazione dei siti 1.4 e 1.2 possiamo notare un miglioramento al sondaggio e all'esame radiografico degli elementi in questione, ma non sufficiente per garantire la salute del parodonto. Si è quindi deciso di intraprendere un approccio chirurgico rigenerativo.

Nella fase chirurgica rigenerativa si è utilizzata sempre la tecnica della terapia fotodinamica con il laser Helbo prima della chiusura del lembo d'accesso per decontaminare e biostimolare il tessuto parodontale.

Da sottolineare che l'approccio parodontale non chirurgico eseguito con queste metodiche permette di essere meno invasivi sui tessuti parodontali e garantisce un maggior successo della terapia, anche di quella chirurgica. Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che la terapia fotodinamica riduce l'attività osteoclastica, stimolando l'attività osteoblastica.



Andrea Benetti
Odontoiatra libero
professionista a Riva del Garda



Federico Folchini
Igienista dentale libero
professionista a Riva del Garda



Fig. 1: elemento 1.2, situazione iniziale



Fig. 2: elemento 1.2, radiografia iniziale



Fig. 3: elemento 1.2 post terapia Helbo



Fig. 4: elemento 1.2, radiografia post terapia Helbo



Fig. 5: elemento 1.4, situazione iniziale



Fig. 7: elemento 1.4, situazione finale post chirurgia e terapia Helbo



Fig. 6: elemento 1.4, radiografia iniziale



Fig. 8: elemento 1.4, radiografia post terapia Helbo

HELBO Terapia fotodinamica antimicrobica (aPDT), favorisce la conservazione di denti ed impianti. **HELBO** è l'unico sistema di questo genere con componenti sterili.

- Nessun effetto collaterale.
- Nessun dolore.
- Nessuna resistenza agli antibiotici.

Per maggiori informazioni sulla terapia fotodinamica **HELBO** potete contattare direttamente il distributore telefonando al n. **0471 - 469576**.



Distributore per l'Italia:
bredent s.r.l.

50 years of bredent

bredent group

CASO CLINICO

Lichen planus orale in presenza di displasia: gestione di un caso con terapia di supporto

Il lichen planus orale è una patologia a carattere autoimmune che interessa prevalentemente le mucose orali, ha una prevalenza nella popolazione generale tra l'1-2%. È annoverata tra le patologie potenzialmente maligne del cavo orale (1). Oltre alle mucose può interessare la cute, in circa il 10-15% dei casi, e le mucose genitali, soprattutto nelle donne (circa il 20% dei casi). Recenti studi hanno messo in evidenza anche il coinvolgimento della mucosa esofagea, talvolta misconosciuta e associata a una condizione di iperemia legata a reflusso gastro-esofageo e anche del tessuto ungueale (2, 3). La lesione elementare del lichen planus è la papula (piccola lesione bianca rilevata, non asportabile, inferiore ai 3 mm di diametro massimo), ma generalmente l'aspetto è molto variegato e le lesioni sono quasi sempre bilaterali e simmetriche.

Si distinguono due tipi di lichen planus sulla base delle manifestazioni cliniche: lichen bianco (papulare, reticolare, a placca) e lichen rosso (erosivo, atrofico, bolloso) (1). La forma di più comune osservazione è quella reticolare, in cui le papule si riuniscono a formare delle vere e proprie strie, oppure quando sono tante, delle placche. In genere dopo la diagnosi effettuata su base clinica e sempre accompagnata da una valutazione istologica su biopsia incisionale, non è necessario alcun trattamento, se asintomatiche, ma solo un follow-up ogni 3-6 mesi (4).

La forma erosiva invece si presenta prevalentemente con macchie rosse spesso dolenti, che denotano la perdita superficiale di tessuto, spesso accompagnata da una minima componente bianca (reticoli o placche), talvolta completamente assente. Questa variante, spesso fortemente sintomatica, necessita di trattamento ed è maggiormente correlata con la trasformazione maligna (1, 4).

Il gold standard per il trattamento di questa patologia è l'applicazione di corticosteroidi o immunosoppressori topici, associati ad antimicotici topici per evitare il rischio di infezione fungina. Tuttavia, in letteratura sono stati proposti altri trattamenti, soprattutto per i casi refrattari, come terapia adiuvante, e nei casi di allergia o impossibilità all'assunzione dei farmaci descritti, terapie naturali come aloe vera, curcuma longa, consumo di tè verde e nero, LLLT (Low Level Laser Therapy) e PDT (Photodynamic Therapy) (5).

Il rischio di sviluppare un carcinoma squamocellulare in pazienti con diagnosi di lichen planus è superiore all'1% dei casi (6). Per questo è necessaria una diagnosi istologica e un follow-up costante del paziente, per intercettare eventuali alterazioni in senso displastico o neoplastico.

La diagnosi con fluorescenza

Per guidare il clinico in questo processo e valutare l'esecuzione di una eventuale nuova biopsia incisionale, abbiamo i dispositivi ad autofluorescenza: luci con particolare lunghezza d'onda che sfruttando la capacità di riflessione da parte dei tessuti mucosi alterati, mettendo in evidenza i siti in cui si ha una perdita di fluorescenza. Il clinico osserverà un'area più scura (7).

Tra i dispositivi abbiamo un sistema che utilizza degli speciali occhiali e la luce della lampada fotopolimerizzatrice (lunghezza d'onda 460 nm) (Goccles, Pierrel), che viene quindi puntata e attivata direttamente sui tessuti orali da osservare. Dove il tessuto è sano, la mucosa appare di colore verde; in presenza di alterazioni si osserva invece un colore verde scuro, marrone o nero (neoplasia) (8).

Caso clinico

Una paziente di 64 anni, in buona salute generale, era giunta alla nostra osservazione con una diagnosi istologica di lichen planus orale effettuata diversi anni prima, per la presenza a livello palatino di una lesione bianca, che aveva notato espandersi negli ultimi tempi. All'osservazione clinica si notano lesioni eritematose, erosive, striature bianche bilateralmente, ma in particolare nel palato duro a destra è possibile osservare una placca bianca, verrucosa, irregolare nel contorno e asintomatica (fig. 1). Viene quindi effettuata una biopsia incisionale di circa 6 mm di diametro massimo, con lama fredda, e il pezzo conservato in paraformaldeide tamponata al 4% per valutazione istologica. L'analisi ha messo in evidenza la presenza di leucoplachia (da inserire nel contesto clinico già analizzato) con focale displasia di basso grado. All'osservazione successiva, la lesione sembra esse-

re presente con le stesse dimensioni di prima (fig. 2). Si procede quindi a effettuare un'osservazione con il sistema Goccles. Dopo aver oscurato la stanza, fatto indossare gli occhiali protettivi alla paziente e aver indossato il dispositivo ottico, viene attivata una luce Led, 460 nm di lunghezza d'onda, 7 watt di potenza, a circa 5 cm dal tessuto palatino (la distanza variabile suggerita per la visione è tra i 5 e i 10 cm in base alla potenza della lampada). Attraverso gli occhiali la mucosa illuminata appare verde chiaro, non mettendo in evidenza nessuna alterazione, nonostante la nuova espansione della lesione (fig. 3).

Si è quindi consigliato alla paziente, vista la totale assenza di sintomatologia e la sua passione per le bevande orientali, il consumo regolare di tè nero, tiepido, almeno due volte al giorno per circa un mese, trattenendolo il più possibile all'interno della cavità orale.

Al controllo successivo la paziente presenta una lieve riduzione del diametro massimo della lesione e quindi si decide di continuare con questa terapia di supporto. Al controllo a tre mesi dalla biopsia si osserva una notevole riduzione della placca bianca (fig. 4). Viene eseguito un nuovo test con il dispositivo Goccles che mette in evidenza ancora una volta un tessuto sano in tutto il contesto palatino, nonostante la presenza di diverse placche (fig. 5). La paziente è attualmente sotto controllo trimestrale, consapevole dei rischi legati alla potenziale trasformazione maligna.

Discussione

Alcuni studi hanno messo in evidenza che il consumo di tè, essendo un antiossidante, è consigliato nel trattamento di lesioni potenzialmente maligne. In uno studio indiano il consumo di tè nero è emerso come fattore associato alla riduzione delle aree interessate da displasia nei pazienti con diagnosi di leucoplachia (9). Nel nostro caso, nella paziente asintomatica, abbiamo preferito suggerire il consumo di un prodotto naturale piuttosto che una terapia farmacologica, mantenendola sotto stretta osservazione. La riduzione a circa un terzo della lesione leucoplastica displastica potrebbe essere fortemente correlata al consumo di tè. Nonostante l'esecuzione di nuove biopsie incisionali in casi di espansione delle lesioni associate a disordini potenzialmente maligni sia spesso necessaria ai fini di accertamenti istologici, è anche vero che è stato trovato che incidere un tessuto lesio, soprattutto con displasia, espone a un rischio maggiore di cancerizzazione in quell'area (10). Quindi l'utilizzo di un sistema che può aiutarci nella scelta di prelevare un nuovo campione di tessuto è importantissimo, come in questo caso, in cui l'esecuzione del test è stata cruciale per non incidere nuovamente la lesione palatina e rassicurare la paziente.

Gli studi sulla specificità e sensibilità degli strumenti ad autofluorescenza riportano valori molto diversi, che talvolta superano il 90%, altre volte vengono registrati valori inferiori al 50% (7). Si è notato infatti che il principale limite sono i falsi positivi, soprattutto quando chi esegue tale test non ha una formazione specifica in patologia orale. Così la casa produttrice offre la possibilità di far visualizzare le immagini, realizzate anche con un semplice smartphone e speciale filtro da applicare all'obiettivo, a degli esperti in patologia speciale odontostomatologica, che possono guidare il clinico meno esperto nel riconoscimento di lesioni sospette.

Il dispositivo è risultato molto utile anche nella scelta del pezzo biotico da prelevare, mettendo in evidenza l'area più scura e quindi più verosimilmente degna di nota per l'analisi (11).

Bibliografia

1. Am J Clin Dermatol. 2024 Jan;25(1):35-53.
2. Curr Opin Gastroenterol. 2023 Jul 1;39(4):308-314.
3. J Am Acad Dermatol. 2024 Mar;90(3):585-596.
4. Oral Dis. 2021 Nov;27(8):1862-1880.
5. Raj G, Raj M. Oral Lichen Planus. 2023 Feb 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
6. Cancers (Basel). 2024 Jan 31;16(3):608.
7. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2022 Jun;38:102764.
8. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2015 Dec;35(6):449-54.
9. J Environ Pathol Toxicol Oncol. 2005;24(2):141-4.
10. Oral Dis. 2016 Sep;22(6):494-7.
11. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 4;19(9):5579.



Cinzia Casu
Oral Biotechnology Laboratory,
Università di Cagliari
Scuola di Odontoiatria Pediatrica,
Università di Cagliari



Fig. 1: presentazione clinica iniziale della placca bianca palatina



Fig. 2: situazione palatina post biopsia



Fig. 3: autofluorescenza eseguita al controllo post biopsia



Fig. 4: situazione palatina a tre mesi dal consumo costante di tè. Si noti la notevole riduzione della placca

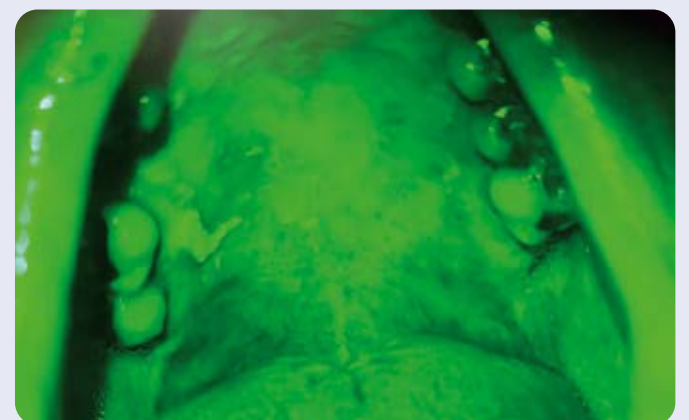


Fig. 5: autofluorescenza eseguita al controllo trimestrale

CASO CLINICO

Terapia non chirurgica per un innovativo trattamento della perimplantite

L'infiammazione perimplantare rappresenta una sfida terapeutica importante nella pratica clinica quotidiana. Analogamente alla parodontite, la causa principale è l'accumulo di un biofilm patogeno nelle tasche intorno agli impianti, che spesso provoca un riassorbimento dei tessuti. A causa della complessità della superficie implantare, la rimozione del biofilm è molto difficile nella pratica clinica. In generale, i migliori risultati si ottengono con l'esposizione chirurgica del difetto e con un'accurata pulizia in più fasi e, per quanto possibile, mediante strumentazione meccanica a cielo aperto (1, 2).

Pulizia e decontaminazione

Un'opzione promettente per il trattamento adiuvante dell'infiammazione parodontale e perimplantare a cielo chiuso è un gel detergente a base di ipoclorito di sodio a bassissima concentrazione (0,5%) stabilizzato con amminoacidi (Perisolv, Regedent). Questo gel agisce specificamente sulle strutture tissutali infette degenerate ed è noto per la sua efficacia nella rimozione del biofilm, anche in caso di superficie ruvida dell'impianto (3). Inoltre, ha un effetto degranulante (4).

Sostenere la guarigione con acido ialuronico reticolato xHyA

È ormai noto che l'acido ialuronico favorisca il processo di guarigione, soprattutto in situazioni compromesse come i difetti perimplantari. Grazie al suo forte "effetto adesivo" (1g di acido ialuronico può assorbire fino a sei litri di acqua) (5), il sangue si lega immediatamente allo spazio del difetto, stabilizzando l'area della ferita pulita. L'acido ialuronico porta a una più rapida neoangiogenesi post-operatoria, velocizza la guarigione della ferita (6, 7), stimola una vera e propria rigenerazione parodontale e accelera la rigenerazione ossea (8, 9). La terapia combinata di applicazione aggiuntiva di gel detergente all'ipoclorito

di sodio (0,5%) e acido ialuronico reticolato è già stata applicata con successo nel trattamento di tasche parodontali residue profonde.

Caso clinico

Il paziente, 49 anni, non fumatore, senza condizioni mediche significative, è stato indirizzato per il trattamento della perimplantite sull'impianto 12. L'impianto (Straumann, BL RC 10 mm) era stato inserito dieci anni fa (con aumento dell'osso nella regione apicale a causa di una fenestrazione) e riabilitato con una corona avvitata. Il paziente è stato sottoposto a regolari richiami di igiene dentale. All'ultimo richiamo è stata diagnosticata una perimplantite intorno all'impianto 12. L'esame radiologico ha mostrato un chiaro riassorbimento osseo mesiale all'impianto 12 (fig. 1). Dal punto di vista clinico, la profondità di sondaggio era di 7 mm con sanguinamento positivo al sondaggio e scarsa fuoriuscita di pus (fig. 2).

Il piano di trattamento comprendeva una pulizia meccanica non chirurgica della tasca, supportata dal concetto Clean&Seal: gel detergente costituito da ipoclorito di sodio stabilizzato con amminoacidi (Perisolv, Regedent) e sigillatura della tasca con acido ialuronico reticolato (hyaDENT BG, Regedent).

In primo luogo, la corona intorno all'impianto 11 è stata rimossa per facilitare l'accesso al difetto. La figura 3 mostra il quadro clinico dopo la rimozione della corona con fuoriuscita di pus come segno di infezione acuta.

Il trattamento implantare è stato eseguito in anestesia locale. La tasca è stata risciacquata con perossido di idrogeno (3%) e soluzione salina e i residui sono stati rimossi con una curette in titanio. Successivamente, è stato applicato più volte il gel detergente e lasciato agire per un minimo di 30 secondi. Di seguito la curette è stata utilizzata per rimuovere meccanicamente dal-

la tasca sia il biofilm dalla superficie dell'impianto (decontaminazione) che il tessuto di granulazione. Dopo tre o quattro applicazioni, il tessuto di granulazione può essere progressivamente rimosso in modo visivamente controllabile (figg. 4 e 5). In questo caso, dopo sei-sette applicazioni del gel detergente Perisolv con successiva strumentazione e risciacquo, il tessuto di granulazione è stato completamente rimosso e il difetto non presentava più alcun sanguinamento (fig. 6). La tasca è stata quindi risciacquata con perossido di idrogeno e soluzione salina. Infine, nella tasca è stato inserito acido ialuronico reticolato (hyaDENT BG, Regedent) (fig. 7) per sigillare la ferita e migliorare la guarigione della stessa e dei tessuti. La corona è stata riavvitata.

Il processo di guarigione è stato privo di complicazioni e sostanzialmente indolore. La figura 8 mostra la situazione alla visita di controllo a due mesi. La gengiva intorno all'impianto 12 è clinicamente compatta e priva di infiammazioni. Per non compromettere il potenziale di rigenerazione dei tessuti adiacenti, si rinuncia a sondare la tasca per sei mesi. Dopo sei mesi, i risultati clinici dei tessuti molli rimangono solidi e privi di infiammazione. La radiografia mostra una rigenerazione avanzata del difetto osseo (fig. 9).

- 1) Int. J. Oral Maxillofac. Implant. 2014, 29, 325-345.
- 2) Periodontol 2000 2015;68:168-181.
- 3) Clin Oral Investig. 2016 Nov;20(8):2165-2173.
- 4) Implants, 2016;1:6-14.
- 5) Universal Research Journal of Dentistry. 2013; 3:113.
- 6) J Periodontol. 2017;15:1-14.
- 7) Surgery 1991;109(1):76-84.
- 8) Quintessence Int. 2021;0(0):308-316.
- 9) Braz Oral Res. 2018;32:e84.



Fig. 1: difetto osseo pronunciato mesiale all'impianto 12



Fig. 2: situazione clinica iniziale. PD 7 mm, BOP+



Fig. 3: situazione dopo la rimozione della corona dall'impianto 12 con fuoriuscita di pus



Fig. 4: dopo diverse applicazioni del gel detergente Perisolv, il tessuto di granulazione può essere rimosso in toto



Fig. 5: tessuto di granulazione rimosso



Fig. 6: controllo visivo della completa rimozione del tessuto di granulazione alla fine del trattamento



Fig. 7: Gel di acido ialuronico reticolato hyaDENT BG per sigillare la tasca



Fig. 8: follow-up dopo due mesi. Paziente asintomatico, gengiva compatta, nessuna infiammazione



Fig. 9: immagine radiografica dopo sei mesi con ampia rigenerazione ossea mesiale dell'impianto 12



Thomas Liechti
Parodontologo a Berna, Svizzera

CASO CLINICO

Restauro di 3.5 con modellazione occlusale anatomicamente guidata

La modellazione occlusale anatomicamente guidata è un concetto che si riferisce alla progettazione per la creazione di restauri che riproducono la forma e la funzione anatomica del dente dell'individuo in modo preciso e dettagliato, basando la tecnica su tre punti fondamentali: precisione, funzione ed estetica.

Precisione, un aspetto fra i più importanti, con una stratificazione fatta di piccoli incrementi in particolare nelle seconde classi, consente un maggiore controllo nell'apporto di materiale per essere sicuri di aver adattato in modo ottimale il composito alle pareti del dente, specialmente nel pavimento e negli angoli del box ricavato dal corretto uso di matrici e cunei.

Funzione, con una modellazione guidata dall'anatomia è possibile ottenere un restauro che manterrà i parametri anatomici anche dopo i piccoli ritocchi occlusali. Se rispettata la funzione il restauro durerà più a lungo e, importante, non si andranno a generare possibili problemi di malocclusione, specialmente nel trattare più elementi che se non vengono rispettati i corretti punti di contatto occlusali questi potranno creare dei danni al paziente.

Estetica, altro fattore da non sottovalutare, oggi i pazienti sono sempre più esigenti e informati e grazie alla ricerca le Aziende aiutano molto migliorando le qualità estetiche dei materiali.

In definitiva la modellazione occlusale anatomicamente guidata mira a migliorare la qualità dei trattamenti dentali, garantendo una migliore integrazione del restauro nel cavo orale e riducendo il rischio di complicazioni a lungo termine.

Caso clinico

Un paziente di 59 anni si presenta alla mia attenzione riferendo un'aumentata sensibilità agli stimoli termici e agli zuccheri a carico dell'elemento 3.5 (fig. 1). Pianifico la rimozione della vecchia amalgama isolando il campo operatorio con la diga di gomma (fig. 2), procedendo alla bonifica della zona mesiale del 35 con la preparazione della cavità (fig. 3). La cavità è stata mordenzata con acido ortofosforico al 37% e trattata con un adesivo smaltodentinale universale (Futurabond U, Voco) (fig. 4).

Completata la procedura di condizionamento dei tessuti duri e applicato l'adesivo ho dedicato particolare attenzione al controllo della matrice e alla chiusura marginale per conferire il corretto profilo al restauro ed evitare sovra-contorni (fig. 5).

Come anticipato, per avere maggiore precisione e controllo nella costruzione del restauro si procede con piccoli apporti stratificando il materiale composito posizionando una piccolissima quantità di composito fluido (Grandioso Flow) nell'angolo formato da: pavimento del box, matrice e parete linguale del box; in questa fase il composito fluido non deve essere polimerizzato, si aggiunge sopra al composito fluido non ancora polimerizzato, una piccola quantità di composito nano-ibrido (Amaris Voco), si adatta in maniera ottimale alla cavità e si polimerizza (fig. 6). Effettuato il sigillo del gradino cervicale si procede con la ricostruzione della parte più profonda del box con una massa dentina (Amaris Voco) (fig. 7) e a seguire, dopo la foto-polimerizzazione, si procede alla stratificazione della massa smalto partendo dai versanti residui delle cuspidi del dente (Amaris Voco) (fig. 8). La figura 9 è il risultato della ricostruzione prima della rifinitura, a seguire il restauro rifinito e lucidato con gommini, feltrini e strisce abrasive (fig. 10).



Angelo Sonaglia
Libero professionista a Frascati (Roma)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

CASO CLINICO

Restauro di una grossa cavità di terza classe con composito monocromatico

Sempre più in restaurativa si sta cercando di ottenere risultati soddisfacenti utilizzando pochi materiali e oggi con i compositi universali One Shade è possibile eseguire la quasi totalità dei restauri diretti posteriori con risultati spesso più che soddisfacenti. La tecnologia progredisce in tal senso e oggi con solo tre differenti colori, si può coprire più del 90% della restituitiva diretta, sia anteriore che posteriore.

In restaurativa siamo molto condizionati dalle nostre aspettative come odontoiatri, ma capita spesso che un risultato che a noi appare mediocre sia invece apprezzato dal paziente. Ciò significa che è possibile diminuire drasticamente il numero di compositi necessari per eseguire un restauro anteriore, soddisfacendo comunque le richieste del paziente. Il risultato dal punto di vista dell'odontoiatra sarà di buona qualità, probabilmente mancheranno alcune delle trasparenze tipiche di un dente anteriore, ma se la forma del dente viene rispettata, l'utilizzo di un composito universale come il Venus Pure Shade (Kulzer) ci permette di soddisfare le richieste estetiche della maggior parte dei nostri pazienti.

Caso clinico

La paziente si presenta in studio con la richiesta di sostituire per motivi estetici i vecchi restauri su 1.2 e 1.1 (fig. 1). All'esame obiettivo si osservano carie secondarie sui medesimi elementi già restaurati in composito. Inoltre è presente una carie secondaria su vecchi restauri in compositi in zona palatina di 2.1. Dopo aver eseguito delle radiografie periapicali e i test di vitalità, il piano di trattamento prevedeva dei restauri in composito di terza classe. Prima di montare la diga di gomma, una piccola parte di composito Venus Pearl Pure Light e Venus Pearl Pure Medium (Kulzer) vengono applicate sul dente e fotopolimerizzate per pochi secondi: ciò ci ha permesso di capire quale dei due shade fosse più corretto per restaurare i denti in esame. Viene eseguito il montaggio della diga di gomma senza utilizzare uncini, ma solo con nastri di gomma da isolamento. I vecchi restauri vengono rimossi, così come le carie secondarie sottostanti (figg. 2 e 3).

I processi adesivi iniziano con una sabbatura intraorale sui denti da trattare utilizzando ossido di alluminio 50 µm per pochi secondi. La mordenzatura con acido ortofosforico al 37% per 20 secondi viene eseguita solamente sullo smalto (selective enamel etch) (fig. 4). Dopo un prolungato risciacquo del mordenzante, viene applicato un adesivo universale (Ibond Universal, Kulzer) su smalto e dentina con brushing attivo per circa 20 secondi e soffiato delicatamente, seguito da una fotopolimerizzazione di

altri 20 secondi. Tutta la dentina viene coperta da un sottile strato di Venus Bulk Flow One (Kulzer), che viene polimerizzato per 20 secondi. Lo stesso composito fluido viene applicato in un secondo strato di circa 1 mm, lasciando lo spazio a un ultimo layer di composito in pasta (Venus Pearl Pure Shade Medium, Kulzer) (fig. 5). Vengono completate le cavità palatine degli elementi 11 e 21, ponendo tra i due denti delle matrici trasparenti a nastro (Direct Matrix Strips), utilizzando il composito compatto Venus Pearl Pure Shade Medium. A mano libera, utilizzando lo stesso composito, viene completata la cavità vestibolare dell'elemento 12 e, dopo aver posizionato la matrice trasparente, viene completata la cavità di terza classe distale dell'elemento 11 (figg. 6 e 7). Prima di smontare la diga di gomma viene eseguita la rifinitura utilizzando un disco abrasivo a grana media per definire le linee di transizione e poi il kit di rifinitura e lucidatura Venus Supra (Kulzer). Al controllo di 30 giorni è possibile apprezzare l'integrazione cromatica che si è ottenuta utilizzando una singola massa di materiale composito (fig. 8).



Fig. 1:



Fig. 2



Edoardo Fossati
Libero professionista a Torino



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

Venus[®] PURE TAKE IT EASY.

Desideri ridurre i tempi alla poltrona realizzando restauri anteriori e posteriori senza sforzo solo con una stratificazione monocromatica?

Con le quattro nuove tonalità Venus Pearl Pure Shades[®], soddisferai le richieste dei tuoi pazienti semplificando al massimo il tuo flusso di lavoro.

- Semplifica la procedura restaurativa con solo quattro tonalità in **stratificazione monocromatica per restauri anteriori e posteriori**.
- Gamma ristretta di colori semplice da utilizzare per te e il tuo team. Una soluzione perfetta per i restauri di tutti i giorni.
- Affidabilità made in Germany - per ottenere i migliori risultati con un'applicazione semplice.

*Disponibili anche la gamma Venus Diamond Pure Shade



KULZER
MITSUBI CHEMICALS GROUP

Kulzer Srl - Via Console Flaminio 5/7 - 20131 Milano - ITALY - Kulzer-dental.it

CASO CLINICO

Riabilitazione di 1.5 e 1.6 con endocrown e onlay in flusso digitale

Grazie alla sempre più consolidata predicibilità delle procedure adesive, questo restauro trova applicazione in una notevole variabilità di situazioni cliniche, come il completo recupero funzionale ed estetico di elementi dentali parzialmente compromessi. Anche il dente sottoposto a trattamento endodontico viene oggi ricostruito con metodiche più conservative, paragonabili a quelle utilizzate in elementi dentali vitali, soprattutto in presenza di ampie aree di smalto residue.

Caso clinico

La paziente riferisce sintomatologia algica in risposta a stimoli termici a livello dell'elemento 1.5; all'esame clinico e radiografico si evidenzia la presenza di infiltrazioni cariose a carico sia dell'elemento 1.5, sia dell'elemento 1.6; quest'ultimo già sottoposto a terapia endodontica.

Si esegue quindi la rimozione dei restauri e dei processi cario-

si su entrambi gli elementi, previa applicazione della diga di gomma (fig. 1). Per quanto riguarda l'elemento 1.6 si è deciso di procedere con il ritrattamento endodontico canalare.

Data l'esigua quantità di tessuto dentale residuo, associata alla mancanza in entrambi i denti delle creste marginali e alla limitata presenza di dentina interassiale, si decide di pianificare la riabilitazione funzionale ed estetica con due restauri adesivi indiretti: endocrown e onlay. Altri fattori che ci guidano nella scelta del tipo di restauro, nel caso specifico dell'elemento 1.6, sono l'assenza del tetto camerale e lo spessore di tessuto residuo alle basi delle cuspidi, ridotto a meno di 2 mm. La preparazione viene dettata dai principi di minima invasività e dalle capacità meccaniche del materiale scelto (disilicato di litio).

Si procede quindi a isolamento del campo, mordenzatura con acido ortofosforico al 37%, applicazione di primer e bonding e build-up, dove necessario, con composito nanoibrido. I margini cervicali di entrambi i denti risultano ben visibili e isolabili. A questo punto si esegue la rifinitura dei margini smaltei e nel caso dell'elemento 1.6 si definisce una linea di finitura che garantisce la corretta ritenzione all'interno della camera pulpare (fig. 2). Rimossa la diga di gomma ci si accerta che i margini



Umberto Marchesi
Libero professionista a Pavia



Paolo Riva
Libero professionista ad Assago (Milano)

della cavità siano netti e accessibili e si procede quindi al rilevamento dell'impronta mediante IOS (Planmeca Emerald).

Il file STL della scansione intraorale viene inviato al laboratorio, che procede alla progettazione Cad tramite software dedicato (PlanCAD) (fig. 3). Entrambi i manufatti vengono fresati in disilicato di litio (E.Max, Ivoclar Vivadent) tramite fresatore (Planmeca Planmill 40S). Si procede a colorazione, glasatura e infine cristallizzazione.

Terminata la fase di laboratorio viene eseguita la prova di fitting, verificando il corretto grado di precisione, sia marginale sia a livello dei punti di contatto interprossimali. Si procede quindi con i processi adesivi: mordenzatura e adesione su entrambi gli elementi, mordenzatura del disilicato di litio con acido fluoridrico al 5% (IPS Ceramic, Ivoclar Vivadent), silanizzazione e applicazione dell'agente adesivo. Infine si esegue la cementazione mediante composito nano ibrido. Si rifiniscono i margini di cementazione (fig. 4) e, una volta rimossa la diga, si procede al controllo oclusale.



Fig. 1



Fig. 2

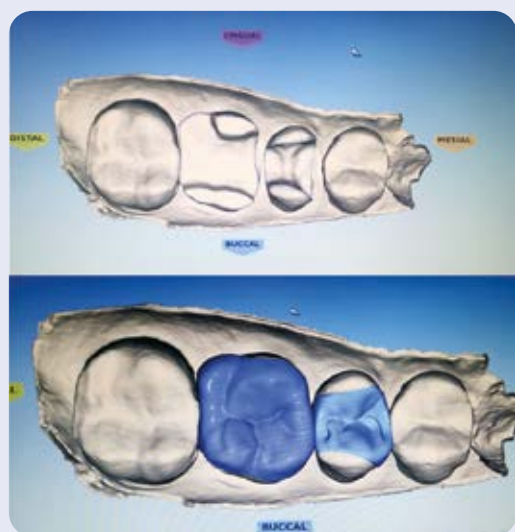


Fig. 3



Fig. 4

Scopri le differenze! Scegli le caratteristiche esclusive della Radiologia PLANMECA

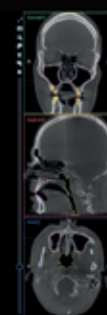
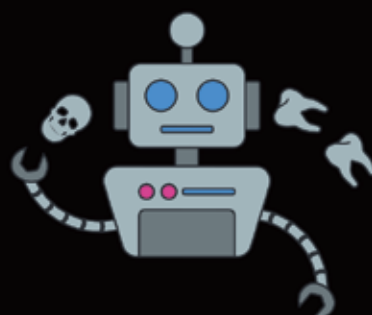
Enjoy the
DIFFERENCE!



Romexis® Smart

NEW

SMART-working, non hard-working... con l'aiuto dell'Intelligenza Artificiale



Questo nuovo modulo software consente la segmentazione e il riconoscimento automatici delle anatomie di denti, nervi, mandibole, vie aeree e seni. Con l'aiuto dell'intelligenza artificiale il sistema riconosce automaticamente la numerazione dentale e permette di esplorare un volume CBCT con un semplice clic sulla tabella dei denti.

Dental Network srl a socio unico
Agenzia esclusiva Planmeca per l'Italia
Tel: 0444963200, email: info@dentalnetwork.it

www.planmeca.it

Planmeca Oy CE 0598 MD Planmeca Viso G7 CE 0598 MD Planmeca Viso G5 Planmeca Viso G3 pending CE mark approval CE 0598 MD Planmeca Romexis

PLANMECA

CASO CLINICO

Restauro diretto minimalmente invasivo di 3.5 e 3.6 con tecniche adesive e riempimento bulk-fill

Si richiama la nostra attenzione su un paziente maschio di 24 anni che accusa ipersensibilità al freddo nel settore 3 tra premolari e molari. Dall'esame obiettivo si nota un ingrigimento dello smalto a livello di 3.5 e 3.6. Dopo un attento controllo radiografico, si nota la presenza di carie interdentale secondaria con conseguente demineralizzazione. Escludendo il coinvolgimento pulpare, si procede con la firma del piano di trattamento che prevede un restauro diretto. Le esigenze del paziente sono subito chiare: conservazione morfologica e funzionale.

Viene eseguita un'anestesia plessica vestibolare e palatale con articaina e adrenalina (1: 100000). Una volta che la zona è insensibile, si prosegue con la prova dell'uncino con successivo inserimento della diga, curando una corretta invaginazione del lenzuolo a livello del collare. Si procede con l'apertura delle cavità di 3.5 e 3.6 mediante una fresa troncoconica a grana media che consente l'accesso primario allo smalto. Si prosegue poi con una fresa tonda in ceramica (ZrO2 Komet) per effettuare una pulizia minimamente invasiva della carie premolare. Infine, per una migliore finitura delle pareti distali del 3.5, viene utilizzata una fresa cilindrica in pietra Arkansas a grana molto fine per evitare prismi di smalto non supportati. Una volta aperta la cavità prossimale del secondo premolare, questa espansione di spazio viene sfruttata per consentire a una fresa a sfera diamantata a gambo lungo di accedere alla parete mesiale del 3.6. Una volta eliminata la carie, vengono utilizzati dei cunei di legno per delimitare lo spazio interdentale. Dopo aver pulito le cavità di classe II, si procede con la seconda fase adesiva.

- Mordenzatura acida su smalto (durata 30 secondi): permette la creazione di micro ritenzioni sulla superficie del perimetro dello smalto.
- Posizionamento dell'adesivo self-etch (durata 10 secondi): l'adesivo applicato (One Coat Universal, Coltene) con la tecnica self-etch permette di ibridare la superficie dentinale.

Innanzitutto, il composito fluido ad alta viscosità (Brilliant Bulk fill, Coltene) viene depositato sulla parete mesiale di 3.6. Dopo una fotopolimerizzazione con lampada Led (Valo, Ultradent) per 45 secondi, viene inserita la matrice sezionale remiforme che, accompagnata da un anello e da un cuneo di legno, forma il complesso anello-matrice. Lo scopo della matrice è raggiungere una migliore definizione delle pareti distali del premolare. Il riempimento della cavità viene effettuato mediante l'utilizzo di compositi ad alta viscosità bulk-fill (Brilliant Bulk fill, Coltene). Una volta raggiunta un'altezza adeguata, il

complesso matrice-anello viene rimosso.

Si procede poi con le fasi di finitura.

- Prima finitura: viene eseguita con l'ausilio di dischi abrasivi 3M soft lex con lo scopo di levigare le pareti assiali. Inoltre, per completare la lucidatura, il restauro viene lucidato con un tampone di gomma.
- Seconda finitura: una volta rimossa la diga, viene effettuato un controllo congiunto con la funzione di eliminare eventuali precontatti, operato con diamanti freschi a grana fine ed extrafine. In conclusione, si procede con il classico controllo radiografico per garantire che la ricostruzione sia avvenuta in condizioni ottimali e senza potenziali siti di infiltrazione.



Fig. 1



Fig. 2



Gianfranco Roselli

Specialista in Ortodonzia
Consulente presso il Centro
di odontoiatria infantile
dell'Ospedale Generale
Regionale "F. Miulli" di
Acquaviva delle Fonti (Bari)



Trifone Lorenzo Bruno

Studiante di odontoiatria alla
Titu Maiorescu University
(Bucarest, Romania)



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

Compositi Universali

RISULTATI BRILLIANT

I compositi BRILLIANT – EverGlow, EverGlow Flow e Bulk Fill Flow – sono stati sviluppati con particolare attenzione ad un sistema di tinte intuitivo, unito alla facilità d'uso. Per questo motivo, si distinguono per la praticità di utilizzo e per le tinte che si integrano in modo eccezionale.

Basati sulla stessa tecnologia di riempitivo, i tre materiali sono perfettamente compatibili tra loro e si integrano in un flusso di lavoro omogeneo.



BRILLIANT EverGlow

- Brillantezza di lunga durata
- Restauri estetici con una sola tinta
- Sistema cromatico versatile con tre livelli di traslucenza
- Eccezionale lucidabilità e praticità di utilizzo

BRILLIANT Bulk Fill Flow

- Un materiale Multi Shade adattivo
- Polimerizzazione affidabile fino a 4 mm di profondità in 20 secondi ($\geq 1000 \text{ mW/cm}^2$)
- Non è necessario uno strato di copertura grazie alle elevate proprietà di resistenza all'abrasione

BRILLIANT EverGlow Flow

- Altamente stabile, ma molto scorrevole
- Risultati altamente estetici

Il workflow digitale completo – La facilità con un unico software

Passare dalla pianificazione alla chirurgia non è mai stato così facile!

Dalla scansione digitale dell'impronta con il nuovissimo **Planmeca Emerald® S** alla pianificazione implantare e alla progettazione della guida chirurgica, tutti i passi del workflow digitale vengono controllati e completati con un unico software: **Planmeca Romexis®**.

Infine la guida può essere facilmente realizzata con grande accuratezza grazie alla stampante 3D **Planmeca Creo™ C5** che permette di stampare con un file STL aperto.



Chiedete maggiori informazioni a:
Dental Network Srl - Agenzia esclusiva Planmeca per l'Italia
tel. 0444/963200, e-mail: info@dentalnetwork.it

PLANMECA

17th
MEGA'GEN
International Symposium
in **ROME**

May 31 ~ June 1, 2024, Rome, Italy

ALL ROADS LEAD TO ROME -
REVOLUTIONARY ADVANCES ;
THE JOURNEY TO FULL MOUTH
RESTORATIONS WITH
IMMEDIATE IMPLANTS

 **MEGA'GEN**
For Lifetime Smiles

 **MEGA'GEN**
For Lifetime Smiles