

Rocanal[®]

Cemento Endocanalare

3 buoni motivi per scegliere Rocanal[®]

- **SEMPLICE**
da applicare e da rimuovere
- **SICURO**
affidabile e efficace
- **ECONOMICO**
prezzo vantaggioso!

disponibilità immediata

www.medirel.com



Gianluca Plotino
Presidente Aie

Congresso Aie, l'odontoiatria come arte: «c'è ancora spazio per la creatività in endodonzia»

Per Gianluca Plotino, presidente dell'Accademia italiana di endodonzia (Aie), la medicina basata sull'evidenza è fondamentale per garantire trattamenti sicuri ed efficaci, «ma non deve soffocare la creatività clinica» perché l'endodonzia, in particolare, «si trova spesso a fronteggiare situazioni cliniche uniche, dove la capacità del professionista di adattarsi, trova-

re soluzioni innovative e combinare tecnologie e conoscenze scientifiche è cruciale». Creatività non significa improvvisazione, ma piuttosto saper integrare scienza ed esperienza per personalizzare le cure in base alle esigenze del paziente. È questo il messaggio del congresso internazionale Aie di Bologna, dal titolo "The art of endodontics".

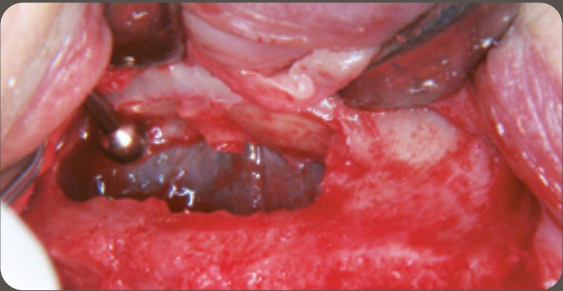
Andrea Senna è il nuovo presidente Cao nazionale



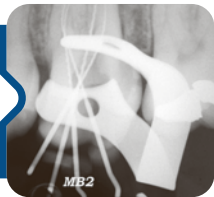
DENTAL EVIDENCE La tecnica iceberg di Istvan Urban



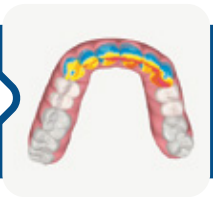
Casi clinici SPECIALE IMPLANTOLOGIA



DentalAcademy.it



AUTORE Aldo Crespi
Endodonzia in 2.6
con reperimento di MB2



AUTORE Giuseppe Marano
Protesi minimamente invasive:
un caso clinico full-digital
con Invisalign GO

ULTIMI
POST

Corona metallo-ceramica
a soli € 55.00

DIADEMADENT
la qualità al Primo Posto

Via Ennio Bonifazi, 47
00167 ROMA
06 97 85 87 17
diademadent.it@gmail.com
www.diademalab.it

Corona in zirconio integrale
a soli € 59.00

EDM NiTi FILE SYSTEM

HyFlex EDM – Sequenza OGSF

Il Controllo nelle Tue Mani!



- Un solo strumento per la sagomatura
- Trattamento efficiente con ottime prestazioni di taglio
- Elevata resistenza alla frattura e flessibilità
- Preparazione canalare centrata

 **COLTENE**

Endodonzia tra scienza di base, sviluppo tecnologico e creatività

Al congresso Aie di Bologna si fa il punto sulle ultime acquisizioni della scienza di base, sugli avanzamenti tecnologici e sulle competenze endodontiche per la completa detersione e sigillatura tridimensionale del sistema canalare

Il congresso internazionale 2025 dell'Accademia italiana di endodonzia (Aie), dal titolo "The art of endodontics", si tiene a Bologna da giovedì 27 febbraio a sabato 1 marzo.

«Questa edizione del congresso ha l'obiettivo di fare il punto sull'endodonzia dell'ultimo quarto di secolo – ci ha detto **Gianluca Plotino**, neopresidente Aie –. Il titolo del congresso mira a sottolineare l'endodonzia come arte, esaminando tutti gli aspetti di questa meravigliosa disciplina. Per far questo abbiamo invitato alcuni tra i migliori relatori nazionali e internazionali a guidarci attraverso il passato, il presente e il futuro dell'endodonzia, discutendo le ultime innovazioni e le ricerche più significative e aggiornate, regalandoci conoscenze scientifiche ed esperienze cliniche applicabili immediatamente nella nostra pratica. È un'occasione unica per condividere esperienze, acquisire nuove conoscenze e contribuire all'evoluzione dell'endodonzia. Per tutti questi motivi mi aspetto che questo evento diventi un punto di riferimento per il confronto scientifico e professionale a livello globale».

Dottor Plotino, nell'era della medicina basata sull'evidenza, c'è ancora spazio per la creatività in endodonzia?

Certamente. La medicina basata sull'evidenza è fondamentale per garantire trattamenti sicuri ed efficaci, ma non deve soffocare la creatività clinica. L'endodonzia, in particolare, si trova spesso a fronteggiare situazioni cliniche uniche, dove la capacità del professionista di adattarsi, trovare soluzioni innovative e combinare tecnologie e conoscenze scientifiche è cruciale. La creatività, in questo contesto, non significa improvvisazione, ma piuttosto saper integrare scienza ed esperienza per personalizzare le cure in base alle esigenze del paziente.

Qual è il ruolo della scelta degli irriganti e del loro corretto utilizzo nel successo della terapia endodontica?

Gli irriganti rivestono un ruolo essenziale nella terapia endodontica, poiché sono determinanti per la rimozione dei tessuti necrotici, dei microrganismi e della smear layer all'interno dei canali radicolari. Una gestione ottimale degli irriganti implica la combinazione di sostanze chimiche adeguate e una loro applicazione sicura ed efficace attraverso un corretto protocollo di utilizzo. Questo aspetto è spesso sottovalutato, ma può fare la differenza tra il successo e il fallimento del trattamento. L'ipoclorito di sodio rimane l'irrigante principale per

la sua efficacia nel dissolvere i tessuti organici e per le proprietà antimicrobiche. Tuttavia, per garantire una pulizia efficace delle pareti canalari e la rimozione della smear layer, è fondamentale associare una soluzione chelante, come l'Edta al 17%. È inoltre importante sottolineare che un'efficace attivazione degli irriganti con ultrasuoni o strumenti sonici migliora significativamente la loro efficacia. Al congresso di quest'anno abbiamo invitato il massimo esperto mondiale di soluzioni irriganti, **Matthias Zehnder**, ideatore della chelazione continua in endodonzia, che ci fornirà tutti gli ultimi aggiornamenti su questo argomento.

Lo sviluppo dell'endodonzia degli ultimi decenni è frutto solo dello sviluppo tecnologico o anche di nuove acquisizioni di scienza di base?

Lo sviluppo dell'endodonzia è il risultato di un dialogo sinergico tra tecnologia avanzata e scienza di base. Da un lato, i progressi tecnologici hanno migliorato gli strumenti a disposizione, come i microscopi operatori, i sistemi di sagomatura e gli strumenti digitali. Dall'altro, la ricerca in biologia pulpale, microbiologia e stato di salute generale del paziente ha ampliato la nostra comprensione dei meccanismi di guarigione e delle interazioni biologiche. Un esempio rilevante è il concetto di biofilm batterico,

che ha rivoluzionato il modo di interpretare l'infezione endodontica. Comprendere che i batteri all'interno dei canali radicolari si organizzano in comunità protette da una matrice extracellulare ha portato allo sviluppo di nuove strategie terapeutiche mirate alla disgregazione del biofilm.

Un altro concetto importante è quello dei cementi calcio-silicati, che rappresentano una evoluzione dei materiali utilizzati per la sigillatura canalare e la chiusura di perforazioni, offrendo eccellente biocompatibilità e capacità di stimolare la rigenerazione tissutale. È importante, però, sottolineare che la tecnologia è uno strumento; il suo valore è massimizzato quando è sostenuta da solide basi scientifiche.

Dottor Plotino, affrontando una cura canalare, quale risultato minimo dovrebbe garantire al suo paziente un odontoiatra, anche se non si occupa prevalentemente di endodonzia? Quale deve essere la sua dotazione tecnologica minima?

Il risultato minimo che un odontoiatra dovrebbe garantire al suo paziente è un trattamento che rispetti gli standard di qualità, ovvero la completa detersione e sigillatura tridimensionale del sistema canalare, oltre al sollievo dalla sintomatologia. Per raggiungere questo obiettivo, anche un professionista che non si occupa esclusivamente di endodonzia dovrebbe disporre di una dotazione tecnologica essenziale: strumenti rotanti o reciprocanti di alta qualità, un sistema di rilevazione apicale preciso, irriganti efficaci e, idealmente, un ingranditore ottico. Inoltre, deve possedere le competenze per utilizzare questi strumenti in modo efficace e sicuro.

Andrea Peren

EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra



L'IMPREVISTO IN STUDIO: INGESTIONE ACCIDENTALE

Il racconto di una collega specialista in ortodonzia è certamente motivo di riflessione nella nostra amata e a volte ansiogena professione.

Inizia tutto con una classica cura, per altro di un caso per così dire routinario, con allineatori. Paziente bravo e collaborativo, ottiene infatti nel corso dei mesi di cura già un discreto allineamento che, come è noto, comporta una maggior motivazione che si traduce nell'uso ancor più frequente delle mascherine. Tutto procede per il meglio fino al giorno in cui il paziente chiama in studio allarmato per aver rotto a metà la mascherina trasparente. Fin qui nulla di così drammatico, se non fosse che riferisce di averla ingoiata. Come se non bastasse, riferisce di avere una sorta di sensazione in gola come da corpo estraneo che non va né su, né giù. Come è facilmente intuibile la collega, pur non perdendo lucidità, inevitabilmente si preoccupa e si attiva immediatamente con una serie di esami da eseguire in urgenza per definire una localizzazione certa del corpo estraneo. Iniziano quindi 48 ore decisamente impegnative per assistere il paziente al meglio, contattare le strutture più idonee per gli esami strumentali e nel frattempo seguire psicologicamente il paziente che legittimamente è preda di una forte ansia, nonostante le rassicurazioni della collega. Prescrizioni, telefonate continue, ricorso a conoscenze per trovare un posto che prima possibile possa sottoporre il paziente a un esame strumentale in grado di chiarire come muoversi per rimuovere il corpo estraneo accidentalmente ingerito durante la notte.

Quando finalmente si trova il primo posto disponibile per procedere con l'esame strumentale risolutore, arriva la telefonata del paziente che felice e soddisfatto trova nel risvolto del letto i due frammenti perfettamente separati della sua mascherina.

Un caso a lieto fine, con la collega che si è sentita sollevata nell'apprendere una notizia tanto inaspettata. La catena di eventi che potevano verificarsi, se la vicenda non avesse preso tale piega, sarebbe stata veramente complessa sia negli aspetti medico-legali che soprattutto in quelli relativi alle ripercussioni emotive nel futuro della professione.

Tutto è bene ciò che finisce bene, si potrebbe tranquillamente scrivere, tuttavia, senza minimamente infierire sulla superficialità delle prime deduzioni del paziente, possiamo però trarre esperienza e approfondire sempre con metodo le segnalazioni dei pazienti su ogni cosa che può capitare nel corso di una terapia, al fine di evitare patemi d'animo come quelli sopra descritti. Allo stesso tempo, mai trascurare una segnalazione del paziente che potrebbe rivelarsi assolutamente legittima.

Consideriamo che l'ingestione accidentale di corpi estranei, durante le terapie odontoiatriche, rappresenta una di quelle evenienze per le quali esiste una certa inconsapevolezza fino a quando l'evento non si verifica. A solo scopo statistico, sappiamo che a seguito di ingestione generica di corpi estranei, nell'80% dei casi vi è l'espulsione spontanea, nel 20% circa si ricorre alla rimozione endoscopica e fortunatamente solo l'1% entra in sala operatoria. Proprio in funzione di quella minima percentuale, ogni segnalazione del paziente va sempre verificata.



SCOPRI Geistlich ONE!



VUOI MAGGIORI INFO?
INQUADRA IL QR CODE!

LE SOLUZIONI CLINICHE AVANZATE PER LA BIORIGENERAZIONE TISSUTALE E LA RIABILITAZIONE IMPLANTARE

La sinergia tra prodotti d'eccellenza come Geistlich Bio-Oss® e Geistlich Bio-Gide®, innovazioni all'avanguardia come i polinucleotidi contenuti in REGENFAST®, le griglie in titanio personalizzate Yxoss CBR® e l'impianto digitale TRI matrix®, ridefinisce il futuro dell'odontoiatria rigenerativa e implantare. Un approccio unico che combina avanzamento tecnologico e risultati clinici del più alto livello.

Un approccio integrato, fondato su valori concreti:



PREDICIBILITÀ



SICUREZZA
E QUALITÀ



EFFICIENZA



ESTETICA



PERSONALIZZAZIONE

Geistlich ONE è più di una soluzione: è il futuro dell'odontoiatria rigenerativa e implantare, pensato per offrire risultati unici e duraturi. Il futuro, oggi!



Ricondizionamento degli strumenti: quello automatico è più efficace

Una inadeguata pulizia dei manipoli aumenta il rischio di malfunzionamento dei dispositivi, che può provocare lesioni ai pazienti. I dispositivi automatici sembrano essere più efficaci delle procedure manuali

Il ricondizionamento degli strumenti odontoiatrici rotanti è trattato in linee guida, regolamenti e pubblicazioni. Tuttavia, si ritiene che la corretta pulizia e manutenzione di questi strumenti, in particolare turbine e manipoli contrangolo, venga spesso trascurata per ragioni economiche o altre motivazioni. Metodi di pulizia e sterilizzazione manuale sono ancora diffusi, ma su *Jada Foundational Science* (1) due esperti tedeschi, che si occupano di servizi legati alla verifica, convalida e ricerca, definiscono come propria “missione” quella di promuovere la consapevolezza dell’importanza della pulizia e della manutenzione degli strumenti rotanti e sottolineare come i processi automatizzati possano portare a migliori risultati di pulizia, garantendo in definitiva una maggiore sicurezza per i pazienti. Per il loro studio hanno raccolto informazioni sulle prestazioni e sull’importanza dei processi di pulizia per gli strumenti odontoiatrici, hanno descritto nel dettaglio un sistema per il test delle prestazioni di pulizia su strumenti realmente utilizzati e hanno analizzato i dati sugli eventi avversi disponibili nel database Maude della Fda degli Stati Uniti. L’analisi dei dati ha rivelato una distribuzione uniforme dei risultati per il processo automatizzato, spiegabile con la riproducibilità della procedura di pulizia. I dati relativi ai processi di pulizia manuale mostrano invece una distribuzione molto più ampia

e strutturata, che gli autori interpretano come indizi di una pulizia che offre risultati variabili, meno prevedibili e che talvolta può risultare meno efficace. «Attraverso la valutazione dei dati relativi a 4.830 strumenti investigati – commentano gli autori – è stato possibile evidenziare chiaramente le differenze tra i processi di pulizia manuale e quelli automatizzati. In dettaglio, è emerso che le prestazioni di pulizia di una nuova versione di un sistema automatizzato per il riutilizzo e la lubrificazione degli strumenti odontoiatrici (gli autori hanno utilizzato il DAC Universal D, coperchio blu, di Dentsply Sirona, ndr) si sono rivelate migliori rispetto ai processi di pulizia manuale, con una generale maggiore qualità del ricondizionamento».

La contaminazione interna dei manipoli

Nello studio tedesco, solo il 2,9% dei risultati di pulizia per i processi automatizzati presentava valori di proteine residue superiori a 80 µg, mentre per i processi di pulizia manuale la media era del 21%. «Questi dati non devono trarci in inganno – spiega Livia Barenghi a *Italian Dental Journal* –, perché è molto frequente la contaminazione interna dei manipoli nell’intervallo da 5 a 80 µg. Infatti residui di endotossine (resistenti fino a 200-250°C e idrosolubili) e l’eccesso di lubrificante potrebbero influire sull’efficacia della sterilizzazione in autoclave a vapore

classe B, determinando una contaminazione proteica residua». Come ci riferisce l’esperta di rischio clinico in odontoiatria, un precedente studio (2) aveva mostrato, seppur con dati limitati, che la mancanza di pulizia interna dei manipoli comporta una contaminazione microbica interna considerevole, da *Pseudomonas* (32%), *Streptococco* (24%), *Stafilococco aureo* (24%), *Klebsiella* o *Acinetobacter* (*lwoffii* o *Bacillus* (8% ciascuno) e contaminazione multipla nel 12% dei manipoli. La fonte dei batteri isolati è prevalentemente dal cavo orale (*Streptococchi* e *Stafilococchi*) e dal biofilm (*Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*) del circuito idrico del riunito.

I malfunzionamenti dei manipoli

Tornando allo studio tedesco, è evidente una connessione tra pulizia e/o manutenzione imperfetta o assente e malfunzionamenti, compresi gli infortuni a carico di pazienti e operatori. «In particolare – sottolinea Livia Barenghi – sono preoccupanti i dati sui manipoli per chirurgia ossea (vedi tabella): quasi il 90% delle segnalazioni erano per lesioni, con addirittura un caso di lesione mortale; per le altre tipologie di manipoli, invece, l’83% delle segnalazioni erano per malfunzionamento. Un altro dato preoccupante è che la presenza di residui organici, i problemi di manutenzione e di corrosione sono più frequenti proprio nei manipoli

ad uso chirurgico». I problemi ai cuscinetti, 50% dei quali causati dal surriscaldamento delle parti rotanti, sono causati dalla mancanza di pulizia (detriti residui), di lubrificazione (secchezza, corrosione) e di manutenzione, che aumentano l’attrito. «Uno strumento dinamico dentale è costruito secondo una sofisticata tecnica progettuale e costruttiva con cuscinetti, girante, diametro ridotto delle linee dell’acqua (~0.9 mm) e dell’aria (~2.3 mm), valvole di non ritorno, aggancio della fresa, fibra ottica, rivestimento; ciò lo rende tra gli strumenti odontoiatrici più delicati da ricondizionare e facilmente contaminati (soprattutto il rotore e cuscinetti) da proteine seriche e residui di fibrina (3) – spiega l’esperta -. Un ricondizionamento efficace ed ergonomico salvaguarda sia la sicurezza biologica del dispositivo che la sua azione meccanica, che dipende da una rotazione centrica perfetta e da una costante potenza di taglio».

Manipoli sterili per ogni paziente

Sebbene considerati originariamente strumenti semicritici, oggi i manipoli dentali e gli accessori associati vengono definiti come strumenti critici a tutti gli effetti (4) e quindi, dopo essere stati puliti e disinfettati in superficie e puliti e lubrificati internamente, devono essere sempre sterilizzati (in autoclave a vapore classe B - EN 13060) tra un paziente e l’altro. Questa raccomandazione, che arriva dai

LE SOLUZIONI TECNOLOGICHE AUTOMATICHE



Livia Barenghi

Dal punto di vista ergonomico, le opzioni offerte dal mercato sono diverse. DAC Universal D (Dentsply Sirona) è un sistema dedicato per il ricondizionamento veloce di manipoli non imbustati, con funzionamento dipendente da un’ottima qualità dell’acqua (conduttività nell’ordine di qualche µS/cm) e difficoltà di attuare i controlli di efficacia. Esistono sistemi dedicati solo per la pulizia e lubrificazione interna automatica (come Assistina, Kavo4Care, iCare e altri), che sono utili per poi sterilizzare in autoclave i manipoli imbustati con controlli di efficacia (test Helix, integratori classe 5, controlli biologici). Recentemente è stato proposto il sistema Careclave (Melag) con Carebox blue che permette di pulire internamente, lubrificare e sterilizzare fino a 8 manipoli (turbine o contrangoli) non imbustati, contemporaneamente a un ciclo per strumenti solidi imbustati. Infine, è importante ricordare che le avarie degli strumenti rotanti sono causate solo in minima parte da difetti strutturali (0,8%), e principalmente da utilizzo improprio (39%) e procedure inadeguate di manutenzione/igenizzazione (60%). Il periodo di garanzia è normalmente di uno o due anni, ma è valido solo se sono state seguite attentamente le istruzioni per l’uso del produttore. Purtroppo, i produttori non dichiarano chiaramente il massimo numero di fresaggi e cicli di sterilizzazione prima della manutenzione straordinaria, ma una manutenzione inadeguata causa “prove” molto evidenti. La pulizia (da ripetere almeno per tre volte con, ad esempio, CleanSpray e DrySpray di Kavo) e la lubrificazione manuale, richiedono di agitare a lungo le bombolette utilizzate per emulsionare i componenti ed è pericolosa (nebulizzazione contaminata) ai sensi della legge 81/08, quindi è imperativo utilizzare sempre Dpi di classe III.

Livia Barenghi

LE CAUSE DI MALFUNZIONAMENTO DEI MANIPOLI ODONTOIATRICI

		CAUSE IDENTIFICATE					
Tipologia dei manipoli	Numero casi	Problemi ai cuscinetti (%)	Residui organici (%)	Problemi di lubrificazione (%)	Problemi di Manutenzione (%)	“Dry” (%)	Corrosione (%)
Tutti	976	48.9	23.6	6.5	23.6	4.6	8.8
Ad uso non chirurgico	894	49.8	23.1	6.5	22.3	5.0	7.6
Per chirurgia ossea	85	38.8	28.2	5.9	36.4	0	21.1

Fonte: Schnieder L et al. Jada Foundational Science 2024

Centers for Disease Control and Prevention americani, in Italia è un obbligo legislativo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni (atti 104/CSR del 9 giugno 2016). Livia Barenghi ricorda che questo documento «indica l’obbligatorietà di usare manipoli sterili per ciascun paziente e di dotazioni strumentali adeguate, cioè di un numero adeguato di manipoli, in base al numero dei pazienti e ai tempi del processo di ricondizionamento, che può essere “velocizzato” solo usando un ciclo (normalmente a 134 °C) per materiali non imbustati. Tuttavia, qualsiasi strumento non imbustato, conservato lontano da fonti di contaminazione, andrebbe usato entro un’ora».

1) Schnieder L, Seekamp-Schnieder K. Cleaning of dental handpieces. JADA Foundational Science, 2024, Volume 3, 100030.

2) Mohamed FA et al. Evaluation of Helix test versus Bowie Dick test as a chemical indicator for assessment of sterilization of dental handpiece. Alexandria Dental Journal. 2024;49 (1 Section C):181-187.

3) Smith A, Smith G, Lappin DF, Baxter HC, Jones A, Baxter RL. Dental handpiece contamination: a proteomics and surface analysis approach. Biofouling. 2014 Jan;30(1):29-39.

4) The Summary of infection prevention practices in dental settings: basic expectations for safe care brings together CDC recommendations from the Guidelines for infection control in dental health-care settings. 2016, <https://www.cdc.gov/dental-infection-control/hcp/summary/index.html>

Renato Torlaschi

Diabete e carie, per la prevenzione si deve agire sulle alterazioni salivari

Sia i soggetti affetti da diabete di tipo I sia quelli affetti da diabete di tipo II hanno un rischio di carie più elevato rispetto ai soggetti sani e le alterazioni salivari hanno un ruolo chiave nel determinare il maggior rischio



Stefano Daniele

Le manifestazioni orali del diabete sono note e comprendono una relazione bidirezionale tra la patologia diabetica e i disturbi parodontali (1), una maggior suscettibilità alle infezioni orali, una tendenza alla iposalivazione a causa di un malfunzionamento delle ghiandole salivari e una ridotta tendenza alla guarigione delle ferite (ad esempio dopo un'estrazione dentale) a causa di una minor attività di tutte le cellule implicate nel processo di guarigione dei tessuti.

Una maggior prevalenza della malattia carie e delle sue manifestazioni (lesione cariosa) è stata spesso associata al diabete mellito con diversi meccanismi patogenetici, correlati principalmente alla riduzione del flusso salivare (malfunzionamento delle ghiandole salivari) e un minor potere tampone della saliva nei confronti degli acidi prodotti dai batteri cariogeni.

Alcune pubblicazioni (2) mettono in luce l'ipotesi che la maggior presenza di glucosio nella saliva sia causa di una modificazione della flora bat-

terica presente nel cavo orale, con una maggior percentuale di batteri cariogeni acido produttori e acido resistenti (batteri acidurici) e, dunque, un maggior rischio di carie nei soggetti affetti.

Diabete e flusso salivare

Una revisione sistematica e metanalisi del 2021 (3) ha preso in considerazione il rischio carie e le alterazioni salivari nei pazienti ammalati di diabete di tipo I rispetto a un gruppo controllo sano. Gli outcome considerati dallo studio per valutare la suscettibilità di sviluppare lesioni cariose sono stati l'indice epidemiologico DMFT (decay-missing-filled teeth), il flusso salivare stimolato e il potere tampone della saliva.

I risultati della metanalisi hanno evidenziato che il gruppo costituito da pazienti affetti da diabete di tipo I presentava un indice DMFT più elevato rispetto al gruppo controllo e un flusso salivare stimolato, sempre in comparazione con il gruppo controllo, ridotto.

Non si sono invece evidenziate differenze significative dal punto di vista statistico tra i due gruppi in merito al potere tampone della saliva.

Una revisione sistematica e metanalisi del 2024 (4) ha invece considerato il rischio carie e le alterazioni del flusso salivare dei pazienti affetti da diabete di tipo II rispetto a un gruppo controllo sano. Anche in questo caso gli outcome considerati per valutare il maggior rischio carie dei pazienti ammalati di diabete di tipo II sono stati l'indice epidemiologico DMFT e i parametri relativi alla saliva come il flusso salivare, il pH e il potere tampone della saliva stessa.

I dati della metanalisi hanno evidenziato che i soggetti che presentano diabete di tipo II hanno un indice DMFT più elevato rispetto ai soggetti sani, così come ridotto appare il loro flusso salivare se confrontato con quello del gruppo non affetto da diabete. Anche il pH salivare e le proprietà tampone della saliva appaiono parametri ridotti

nei soggetti affetti da diabete di tipo II rispetto agli individui sani, con valori che appaiono significativi dal punto di vista statistico.

Un dato interessante emerso dalla revisione sistematica e metanalisi in questione è relativo al fatto che i pazienti ammalati di diabete di tipo II ma adeguatamente compensati presentano valori relativi al rischio carie (DMFT) e un potere tampone della saliva non particolarmente differenti e significativi dal punto di vista statistico ($p < .05$) rispetto ai pazienti affetti da diabete di tipo II scarsamente controllati e compensati.

Entrambi i lavori comunque mettono in evidenza che sia i soggetti affetti da diabete di tipo I sia quelli affetti da diabete di tipo II hanno un rischio di carie più elevato rispetto ai soggetti sani e che le alterazioni salivari hanno una rilevanza importante nel determinare il maggior rischio. Le correlazioni tra la malattia diabetica e il rischio individuale di carie suggeriscono, come già enfatizzato per le

problematiche parodontali, una più stretta collaborazione tra l'endocrinologo, il medico di base e l'odontoiatra al fine di preservare il più possibile la salute dentale del paziente diabetico.

Stefano Daniele
Odontoiatra

- 1) Stöhr J, Barbaresco J, Neuen-schwander M, Schlesinger S. Bidirectional association between periodontal disease and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Sci Rep. 2021 Jul 1;11(1):13686.
- 2) Kampoo K, Teanpaisan R, Led-

der RG, McBain AJ. Oral bacterial communities in individuals with type 2 diabetes who live in southern Thailand. Appl Environ Microbiol. 2014 Jan;80(2):662-71.

3) Liu T, Wei Y, Zhu Y, Yang W. Caries Status and salivary alterations of type-1 diabetes mellitus in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. J Evid Based Dent Pract. 2021 Mar;21(1):101496.

4) Zhou G, Shu X, Long Y, Cao Y, Wang J, Liao G, Zou L. Dental caries and salivary alterations in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2024 Nov; 150:105321.

I DUE DIABETI IN SINTESI

Il diabete mellito è una patologia metabolica caratterizzata da un aumento del livello di glucosio nel sangue (iperglicemia) dovuto a un deficit quantitativo delle cellule beta del pancreas, che producono l'ormone insulina, oppure a una refrattarietà degli organi bersaglio nei confronti dell'insulina stessa (si parla di insulino-resistenza).

Diabete di tipo I

Il diabete mellito comprende una forma di tipo I, che insorge nell'infanzia e nell'adolescenza, dovuta a una distruzione, per eziopatogenesi autoimmune, delle cellule beta del pancreas con una assenza totale di insulina. Il diabete di tipo I rappresenta il 3-5% di tutte le manifestazioni diabetiche e l'American diabetes association riporta che il 75% dei pazienti affetti da tale condizione ha un'età inferiore ai 18 anni.

Non sono ancora chiare le cause eziologiche di questa manifestazione e si ipotizza una predisposizione ereditaria o altri fattori esogeni che intervengono nei primi anni di vita, ad esempio alcune infezioni virali.

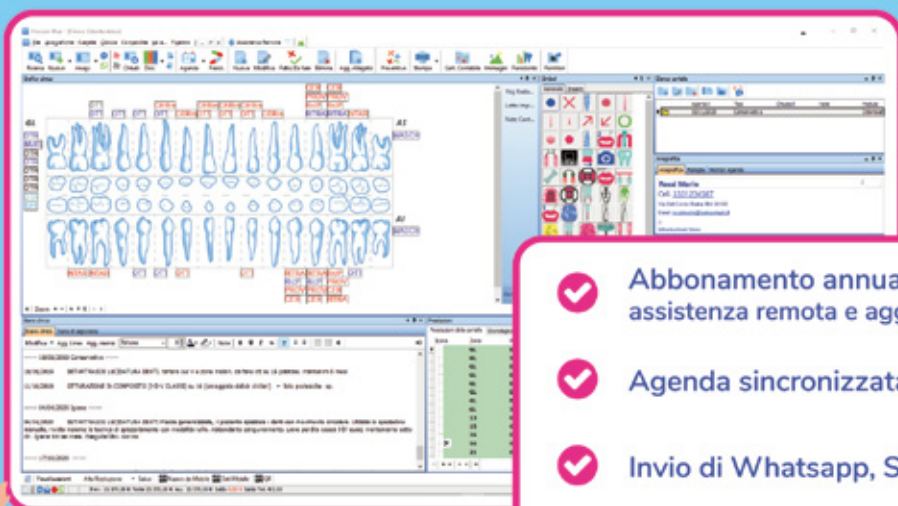
Diabete di tipo II

La patologia diabetica di tipo II interessa la popolazione adulta, con un picco di comparsa nella fascia di età tra i 30 e 40 anni. Il diabete di tipo II non ha una eziologia autoimmune ma ha un'insorgenza progressiva e, spesso, del tutto silente nelle fasi iniziali, dove si manifesta solo con una insulino-resistenza da parte delle cellule degli organi bersaglio. L'insulino-resistenza può portare, nel tempo, a un aumento del livello di glucosio nel sangue, al quale si associano una serie di manifestazioni cliniche e danni a tessuti e organi. Il diabete di tipo II è una malattia multifattoriale associata a dei fattori di rischio come familiarità alla malattia, stile di vita sedentario, alimentazione ricca di grassi e zuccheri e sovrappeso.

La patologia diabetica è spesso responsabile, soprattutto se mal compensata, di disturbi cardiovascolari, retinopatia, nefropatia e neuropatia periferica.



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**

Decontaminatore dell'acqua

Stop alla Legionella

METASYS WEK Light



GERMI PERICOLOSI

La soluzione al tuo problema!

I decontaminatori dell'acqua, METASYS WEK e WEK Light, sono sistemi che consentono la decontaminazione dell'acqua e delle condotte idriche con l'aiuto del disinfettante GREEN&CLEAN WK. Il GREEN&CLEAN WK oltre a ciò per via dei suoi componenti inibenti anti calcare protegge il riunito da incrostazioni di calcare. I decontaminatori WEK/WEK Light si usano per fornire acqua decontaminata agli strumenti (per es. bicchiere, turbine ...)

METASYS WEK Light:

- >> Effetto decontaminante efficace, continuo e non tossico
- >> Monitoraggio automatico del dosaggio di disinfezione
- >> Alta manutenibilità grazie al design modulare
- >> Azione anti-calcare



Connector Base System*

Il protocollo **One Time Abutment** che consente una gestione ottimale dei tessuti duri e molli.



COMPONENTE PRIMARIA CON VITE DI GUARIGIONE GIÀ CONNESSA

ottima usability e il massimo della praticità



ANGOLO DI CONNESSIONE DI 35° PER LATO

così da compensare piccoli disallineamenti in protesi multiple fino a tre elementi



VITE PROTESICA DA 1.8 mm

per la massima sicurezza protesica a lungo termine

* disponibile per
le linee implantari
Oxy Conical Connection
(platform standard)

 **Oxy Implant®**
Colico (LC) - Italy

 oxyimplant.com



Andrea Senna è il nuovo presidente della Cao nazionale

Andrea Senna è stato eletto alla presidenza degli odontoiatri italiani durante la tre giorni elettorale che, nel fine settimana a Roma, nella sede di via Ferdinando di Savoia, ha visto i presidenti degli Ordini territoriali e quelli delle Commissioni albo odontoiatri esprimere le proprie preferenze per il rinnovo dei vertici della Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Per la Commissione albo odontoiatri nazionale risultano eletti Nicola Cavalcanti, Brunello Pollifrone, Andrea Senna, Mario Marrone, Antonio Natale, Gian Paolo Damilano, Albina Latini, Giuliano Nicolin, tutti della lista "Unità e cambiamento", e Raffaele Iandolo (presidente uscente), della lista "Orgogliosi". I primi quattro entrano nel Comitato Centrale Fnomceo.

Andrea Senna (presidente Cao Milano) è stato eletto presidente della Cao nazionale; vicepresidente Nicola Cavalcanti (presidente Cao Bari), segretario Antonio Natale (presidente Cao Siena). Rimarranno in carica sino al 2028. Record l'affluenza: a votare c'erano tutti e 106 i presidenti delle Cao o i loro delegati.

«Si apre per gli odontoiatri una nuova stagione – ha affermato Andrea Senna – in sinergia con la componente medica. Tutti insieme dobbiamo lavorare per realizzare il nostro programma e far evolvere le nostre professioni». «Oggi sono



Andrea Senna (neopresidente Cao) e Filippo Anelli (rieletto presidente Fnomceo)

stato eletto presidente della Cao nazionale – scrive Senna sui social –. Ringrazio i presidenti Cao per la fiducia che mi hanno accordato. Dobbiamo ora lavorare per ricucire gli strappi che in questi anni sono stati fatti e lavorare in sinergia con la componente medica per realizzare i punti del nostro programma elettorale».

Per i medici, Filippo Anelli è stato riconfermato alla presidenza Fnomceo. Vicepresidente è stato confermato Giovanni Leoni, segretario Roberto Monaco, mentre il nuovo tesoriere è Brunello Pollifrone, presidente Cao di Roma.



La neutralità fiscale è legge: zero oneri per trasformarsi in società

Niente più oneri fiscali per chi da dentista single o in forma associata si "trasforma" in società. E nemmeno per altri processi di fusione, o scissione, a patto che interessino studi associati, società semplici o società tra professionisti. Lo stabilisce il Decreto Legislativo 13 dicembre 2024, numero 192, dedicato a Irpef ed Ires e che introduce la neutralità fiscale per i conferimenti di attività dai lavoratori autonomi iscritti ad ordine in società. Dal 2024 (in quanto anno di entrata in vigore del decreto), il professionista o lo studio associato che conferiscano a società delle attività materiali e immateriali non realizzano plusvalenze o minusvalenze, e dunque sulle operazioni fatte non pagheranno imposte. Beninteso, questo vale per le sole società regolamentate nel sistema ordinistico come le società tra professionisti (Stp). Non è tutto: le plusva-

lenze da cessione a titolo oneroso di partecipazioni in studi associati o in società semplici divengono componenti del reddito di lavoro autonomo e, se i corrispettivi sono percepiti in unico periodo d'imposta, beneficiano della più vantaggiosa "tassazione separata" (tassazione su una aliquota media e non sulla marginale).

I vantaggi

Associazione italiana odontoiatri (Aio) ha effettuato una prima disamina sui vantaggi della nuova norma.

Il conferimento o la trasformazione "tax-free" da studio monoprofessionale o associato in società è sempre più richiesta da medici e odontoiatri in quanto rende accessibili i vantaggi che il legislatore limita alle sole società. Si pensi ai crediti d'imposta 4.0 e (per chi

ha i requisiti) 5.0, alla Nuova Sabatini per gli investimenti in tecnologia, al passaggio di proprietà degli studi dal titolare a un suo collaboratore. E si pensi anche all'imposizione fiscale: infatti, anziché pagare un'Irpef progressiva in base al reddito, il professionista "trasformato" in società pagherebbe un'Ires fissa al 24% più il 3,9% di Irap. Inoltre, non utilizzerebbe il criterio di cassa per la contabilità, e quindi – ad esempio – tasserebbe nell'anno solo l'eseguito clinico (e non le somme ricevute in anticipo) e non sarebbe costretto a sostenere una spesa tutta entro la fine dell'anno per poterla portare in deduzione nell'anno stesso.

Tra le altre novità: si riducono da 18 a 5 gli anni in cui ammortizzare spese per acquisire il patrimonio immateriale di uno studio, quali quelle per ottenere la denominazione o rilevare la clientela. La novità varrà tuttavia per le spese sostenute dal 2025.

Secondo: sempre dal 2025, i rimborsi analitici dei committenti su spese (quali viaggio, vitto e alloggio) sostenute da professionisti per eseguire un incarico non concorreranno a formare il reddito di lavoro autonomo. Il professionista non dovrà più applicare la ritenuta sul rimborso; dall'altro lato non avrà più diritto a dedurre la spesa sostenuta, a meno che il committente ometta di rimborsarlo.

Infine, le spese relative all'ammodernamento alla ristrutturazione e dalla manutenzione straordinaria di immobili adibiti ad uso studio già dal 2024 saranno deducibili in quote costanti nell'anno in cui sono sostenute e nei 5 successivi.



Medicina estetica: merceologia e formazione a Expodental Meeting con la sezione Medaesthetica



Expodental Meeting, in programma a Rimini dal 15 al 17 maggio 2025, arricchisce la sua offerta merceologica e culturale con Medaesthetica, un progetto di formazione e un'area di live on stage di medicina estetica in odontoiatria.

Dopo il debutto del programma di medicina estetica in odontoiatria organizzato nell'edizione 2024 della manifestazione, la proposta si ripeterà nel 2025 con lo scopo di offrire ai professionisti strumenti, formazione e prodotti per esercitare le attività di medicina estetica non invasiva o mininvasiva al terzo superiore, terzo medio e terzo inferiore del viso come autorizzate dalla conversione in legge del Dl Bollette (decreto legge 30 marzo 2023, n. 34) che ridefinisce spazi e modalità dell'esercizio della medicina estetica per gli odontoiatri.

Direttore scientifico di Medaesthetica, incaricato da Unidi, è il professor **Antonio Guida**, già presidente di Simeo, Associazione italiana medicina estetica odontoiatrica, che ha l'obiettivo di fornire un percorso di formazione e crescita professionale ai medici dentisti e agli odontoiatri che vogliono ampliare le proprie conoscenze al fine di attuare terapie in medicina estetica, utilizzando le più recenti tecniche e integrando le loro competenze e collaborazioni.

Il programma formativo di Medaesthetica alternerà sessioni scientifiche a live di trattamenti a cura delle aziende partner in uno spazio dedicato che ricostruisce uno studio odontoiatrico perfettamente attrezzato.

Da Aie, Sidoc e Sipro il punto sui nuovi biomateriali e sull'interazione tra procedure cliniche endodontiche, restaurative e protesiche

Il corso di aggiornamento dell'Accademia italiana di endodonzia (Aie) dal titolo "Focus on biomaterials" si è tenuto l'11 e il 12 ottobre a Roma e ha visto la partecipazione anche della Società italiana di odontoiatria conservatrice (Sidoc) e della Società italiana di protesi dentaria e riabilitazione orale (Sipro). L'evento ha previsto una prima e una seconda sessione il venerdì, dove il dottor Gianluca Plotino, la dottoressa Raffaella Castagnola, il dottor Domenico Ricucci, il dottor Francesco Bellucci, il dottor Piero Alessandro Marcoli, il dottor Davide Guglielmi, il dottor Marco Martignoni e il professor Angelo Putignano si sono alternati con una serie di panoramiche sull'irrigazione canalare in endodonzia, sui materiali bioceramici, sui materiali e le tecniche nei rapporti parodonto-restaurativi, sulle tecniche adesive e sui flussi digitali in endo-restaurativa.

Per quanto riguarda l'irrigazione canalare sono state presentate le attuali linee guida che consigliano ancora oggi l'utilizzo di ipoclorito di sodio alternato all'Edta. Sono stati inoltre messi in evidenza i difetti dell'attuale protocollo e sono stati descritti nuovi prodotti per l'irrigazione canalare che lavorano in chelazione continua.

Il dottor Domenico Ricucci ha mostrato l'utilizzo dei bioceramici nei trattamenti vitali della polpa spiegando che solitamente



te utilizza i bioceramici sealer a contatto diretto con la polpa. Il dottor Francesco Bellucci e il dottor Piero Alessandro Marcoli hanno continuato mostrando i successi di casi clinici endodontici trattati sempre con materiali bioceramici. Il dottor Guglielmi ha descritto il recupero del dente gravemente compromesso sottolineando l'importanza di un approccio parodontale corretto. Il dottor Marco Martignoni ha sottolineato invece l'importanza dei flussi digitale per trattamenti endo-restaurativi semplificati, efficienti e rapidi e il professor Putignano ha mo-

strato numerosi casi clinici di faccette dirette in composito consigliando anche i compositi bulk per tale utilizzo.

Il dottor Edoardo Mancuso, il professor Roberto Sorrentino e il professor Fernando Zarone hanno chiuso il corso di aggiornamento il sabato mattina relazionando sui materiali da restauro quali resine composite, disilicato di litio, ceramiche ibride e zirconia nelle sue diverse configurazioni. Nella loro relazione hanno messo in evidenza l'evoluzione dei materiali da restauro e soprattutto delle ceramiche che, migliorate nell'estetica e nella meccanica, sono sempre di più ampio utilizzo nella realizzazione dei restauri indiretti. In particolare la zirconia, un materiale policristallino, è stato reso negli anni otticamente più versatile, come nel caso delle zirconia traslucente, o ne sono state migliorate le performance meccaniche, come nel caso dei sistemi monolitici.

Infine sabato mattina, contemporaneamente alle relazioni, si è svolto il corso di specializzazione clinica per le assistenti dello studio odontoiatrico, corso valido ai fini del loro aggiornamento annuale obbligatorio.

Raffaella Castagnola
Socio attivo Aie

SKP

Corso annuale di Parodontologia e Implantologia

11-12 aprile | 6-7 giugno | 26-27 settembre | 17-18 ottobre | 21-22 novembre | 12-13 dicembre

COORDINATORI Claudio Di Gioia, Antonella Labriola

RELATORI Francesco Bernardelli, Raffaele Cavalcanti, Alessandro Crea, Nicola Discepoli, Francesco Ferrarotti, Rodolfo Gianserra, Filippo Graziani, Luca Landi, Silvia A. Masiero, Maurizio Mazzella, Mauro Merli, Giorgio Pagni, Guerino Paolantoni, Carlo Poggio, Roberto Rotundo, Antonio Rupe, Nicola M. Sforza, Leonardo Trombelli

www.sidp.it

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria

Anno XX - numero 1 - gennaio-febbraio 2025
Numero chiuso in redazione il 30 gennaio



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: Raffaella Castagnola, Aldo Crespi, Stefano Daniele, Giampiero Pilat, Renato Torlaschi

PUBBLICITÀ

Direttore commerciale

Giuseppe Rocucci g.rocucci@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.

International College of Dentists, Mauro Labanca presidente mondiale nel 2026



Da sinistra, l'attuale presidente mondiale Icd Ian Doyle, il presidente eletto Julio Rodriguez e Mauro Labanca, che guiderà l'associazione internazionale nel 2026

Un italiano alla guida di una delle più grandi organizzazioni odontoiatriche mondiali: è **Mauro Labanca**, chirurgo orale milanese, che nel 2026 diventerà presidente in carica dell'International College of Dentists (Icd), la più antica e prestigiosa associazione odontoiatrica a scopo umanitario, fondata nel 1920, che conta oggi 14.000 fellow in 144 nazioni. L'affiliazione al College è solo su invito ed è concessa in riconoscimento del successo professionale, della dedizione alla scienza odontoiatrica e per onorare meriti speciali.

«La mia nomina a vicepresidente mondiale, avvenuta a novembre del 2024 a New York, è stato per me un momento di grande emozione e soddisfazione, un grande riconoscimento personale e un passo ulteriore in questo cammino che mi permette di lavorare a stretto contatto con colleghi di tutto il mondo – ci ha detto Labanca –. Sarò il primo italiano nella centenaria storia del College ad arrivare a questo livello, cosa che mi rende orgoglioso anche per aver portato con me l'eccellenza italiana in vetta a questa storica e gloriosa associazione. Diventerò presidente eletto nel 2025 e presidente mondiale nel 2026, quindi mi attendono tre anni di intenso lavoro per cercare di condividere a livello globale le mie visioni, che hanno già trasformato in modo significativo la sezione europea».

Mauro Labanca entra nell'Icd come semplice fellow nel 2006, «un po' emozionato nell'essere un giovane a cospetto dei grandi, trovandomi accanto coloro che avevano tracciato la storia dell'odontoiatria e coloro che avevano scritto i libri su cui avevo studiato», ricorda Labanca. Già nel 2015 viene nominato presidente del distretto italiano, mantenendo la carica per più di dieci anni. Nel 2016 entra nel board mondiale in quota europea. Nel 2018 viene nominato segretario generale della sezione europea e nel 2023 diventa vicepresidente europeo, iniziando un percorso che lo porterà alla presidenza europea nel 2026 e nello stesso anno all'organizzazione del congresso europeo dell'Icd in Italia, a Milano. L'ultimo passaggio, solo qualche mese fa: a novembre del 2024, a New York, Mauro Labanca viene eletto vicepresidente mondiale; nel 2026 sarà al vertice dell'associazione.

«L'attività svolta all'interno dell'Icd è una testimonianza del mio impegno verso l'odontoiatria, non solo come professione, ma come strumento per migliorare la qualità della vita delle persone in tutto il mondo. Il mio tempo al di fuori della pura prestazione professionale – confessa Labanca – viene pertanto dedicato a coloro che, seppur lontani, beneficiano degli sforzi e delle risorse condivise dall'Icd, per poter dare a loro una qualità di vita migliore, e ricevere quanto per noi è scontato ma per molti altri non lo è assolutamente».

Nasce l'internazionale Dental AI Association

La società scientifica internazionale Dental AI Association (Daia, www.dentalaia.org) è stata costituita con l'obiettivo di studiare il progresso e l'integrazione dell'intelligenza artificiale nel campo dell'odontoiatria, a tutti i livelli: istruzione, innovazione, ricerca, etica, facilitando la collaborazione interdisciplinare tra professionisti nelle comunità odontoiatriche e dell'IA. Per quanto riguarda la didattica, la Dental AI Association mira a «rivoluzionare l'istruzione odontoiatrica integrando l'intelligenza artificiale, concentrandosi sullo sviluppo di programmi di studio completi e certificazioni per la competenza in materia di intelligenza artificiale. Si promuove l'intelligenza artificiale nell'istruzione odontoiatrica



attraverso pubblicazioni accademiche, formazione pratica e piattaforme online, preparando una forza lavoro odontoiatrica pronta per il futuro e competente nelle tecnologie di intelligenza artificiale».

Attraverso il miglioramento delle applicazioni pratiche dell'IA nell'assistenza

odontoiatrica, la Dental AI Association aspira a elevare significativamente la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari odontoiatrici in tutto il mondo, migliorare la precisione diagnostica e aumentare l'efficacia del trattamento. Un aspetto fondamentale del lavoro dell'associazione è

rappresentato da etica, governance, affari legali e normativi, per assicurare che i diritti dei pazienti siano considerati prioritari.

L'associazione è organizzata in comitati per aree geografiche, con un presidente alla guida di ognuno di questi. A guidare il comitato per l'Europa c'è un italiano, **Enrico Lai**, già membro dell'Education Committee dell'Fdi. «Siamo partiti con gli eventi in cui si parla di intelligenza artificiale negli Stati Uniti e Messico – ci ha detto il responsabile europeo Enrico Lai –, mentre la prima volta in cui ci sarà un'intera sessione Daia in Europa sarà al prossimo congresso internazionale Aio in Sardegna, presso il Forte Village, dal 12 al 14 giugno 2025».

DENTALTECH



Linea implantare FTK



L'impianto con connessione conica "morse" 11° ed indice esagonale interno a garanzia di un ottimale sigillo batterico.

Garantisce una performance eccellente nei siti chirurgici sotto preparati, anche in presenza di tessuto osseo di scarsa qualità.

Dental Tech
A colorful future

Pensioni, sentenza del tribunale di Palermo: sì alla ricongiunzione dei contributi Inps in Enpam

Riversare una quota importante del proprio reddito in contributi che non diventeranno mai pensione è consuetudine tristemente nota a medici e odontoiatri specializzandi e dottori di ricerca. Fin qui non è mai stato possibile riportare in Enpam quanto versato all'Inps. Fin qui l'istituto, salvo qualche flebile segno di attenzione, si è opposto, ufficialmente in attesa di disporre di un indirizzo giurisprudenziale chiaro. Segretario Aio Palermo ed esperto di previdenza Aio, **Ignazio Pizzo** con la sua vicenda dimostra che lottare per la valorizzazione dei contributi paga anche quando il vento sembra a sfavore. Con sentenza 4788/2024 pubblicata il 25 novembre scorso, il tribunale di Palermo ha riconosciuto il suo diritto soggettivo alla ricongiunzione dei contributi versati presso la gestione separata Inps ai contributi versati alla cassa professionale Enpam.

Ebbene, la sentenza del Tribunale di Palermo, l'ennesima favorevole ai professionisti ricorrenti è chiarissima: sia al lavoratore dipendente che al lavoratore autonomo che sia stato iscritto a forme obbligatorie di previdenza per liberi professionisti spetta la facoltà di chiedere la ricongiunzione di tutti i periodi di contribuzione presso le sopracitate forme previ-



denziali, nella gestione cui risulta iscritto in qualità di lavoratore dipendente o autonomo, ai fini del diritto a un unico trattamento pensionistico. Non solo: la pronuncia rafforza il quadro normativo e giurisprudenziale già esistente (ex multis, Cass. Civile ord. n. 3635/2023, Corte d'Appello di Milano n. 1623/2021, Trib. di Padova n. 538/2022; Trib. di Milano n. 3344/2023, Corte d'Appello di Milano 3997/2023) a tute-

la della portabilità e dell'utilizzo dei contributi previdenziali, sostenendo un approccio inclusivo e flessibile in ambito pensionistico.

Assistito dallo Studio Legale BC& Partners, con gli avvocati Massimo Barrile e Luciano Romeo, Pizzo aveva già chiesto invano la ricongiunzione, «per due volte – ricorda – ho fatto domanda in Enpam, il mio ente pensionistico attuale aveva inviato la documentazione all'Inps e quest'ultimo ente si era opposto. Ora ripresenterò la domanda. Ma al di là della mia vicenda, molti altri colleghi possono ricorrere: l'orientamento dei giudici di Cassazione è ormai sempre più adottato dai tribunali del Lavoro».

Aio ha stipulato meno di un anno fa una convenzione con lo Studio Legale BC & Partners, con sedi a Palermo e Bologna, per l'avvio di ricorsi a tariffa concordata di 500 euro (oltre accessori di legge) contro le lettere di rigetto Inps nei confronti di medici e odontoiatri. Si tratta, beninteso, di ricorsi individuali; i 500 euro di fondo spese coprono sia la fase amministrativa del ricorso al competente comitato dell'Inps sia quella giudiziaria, da promuovere dinanzi al tribunale del Lavoro territorialmente competente.

Alla Clinica odontoiatrica di Monza terapie ambulatoriali in sedazione per pazienti speciali e pazienti fragili

La Clinica odontoiatrica della Fondazione Irccs San Gerardo dei Tintori di Monza ha introdotto nuove tecniche farmacologiche di sedazione per i pazienti con bisogni speciali e pazienti fragili come infartuati, diabetici, oncologici, con immunodeficienze. L'obiettivo è quello di ridurre dove possibile l'invasività che un intervento in anestesia generale inevitabilmente comporta. «L'approccio della nostra Clinica odontoiatrica – spiega il direttore **Marco Baldoni** – si fonda sull'adozione di una filosofia comportamentale al cui centro vi è il soggetto con bisogni speciali e le sue vulnerabilità. Ciò ha permesso di definire un percorso di assistenza multidisciplinare, standardizzato ma personalizzabile a misura di paziente. A seconda del grado di collaborazione e del deficit indotto dalla disabilità o fragilità presente, il paziente potrà essere sottoposto a un atto terapeutico conservativo o exodontico in regime ambulatoriale». Nel caso in cui il livello di collaborazione sia ridotto o assente o le condizioni sistemiche del paziente siano complesse, è prevista invece la pos-



Augusto Parolini e Marco Baldoni

sibilità di eseguire i piani di trattamento in regime di anestesia generale presso le sale operatorie.

Il primo accesso alla Clinica odontoiatrica, nel reparto di pazienti con bisogni speciali (venerdì mattina), avviene tramite prima visita odontoiatrica con impegnativa compilata dal pediatra, dal medico di base o su indicazione del collega odontoiatra privato. Il paziente viene quindi accolto e seguito dal team specializzato diretto dal responsabile del reparto e della sala operatoria, il dottor

Augusto Parolini, affiancato dalla dottoressa **Elisa Cioffi**, specializzanda in Chirurgia Orale, con la collaborazione degli igienisti del Centro di igiene orale. Gli interventi di odontoiatria in sala operatoria vengono svolti anche di sabato mattina, dove vengono erogate prestazioni di tipo estrattivo, conservativo e parodontale di supporto.

«Nello specifico – sottolinea Parolini – saranno possibili, grazie alla stretta collaborazione tra odontoiatri e il team di anestesisti diretti dal dottor **Ettore Martinez**, la sedazione più o meno profonda (la scelta è a discrezione dell'anestesista) mediante la somministrazione di farmaci che comunemente vengono utilizzati in ambito ospedaliero, per via orale o endovenosa. Nella sedazione cosciente il paziente respira autonomamente e la reazione agli stimoli risulta rallentata; nella sedazione profonda la respirazione autonoma è conservata e la risposta agli stimoli è ancor più rallentata, mentre in anestesia generale (o narcosi) la reazione agli stimoli è totalmente inibita e per sostenere la ventilazione del paziente è necessario il respiratore meccanico».

ExpoRDH, la fiera degli igienisti dentali confluisce in Expodental Meeting



Expodental Meeting, la manifestazione di riferimento del settore dentale in Italia e una delle più visitate in Europa, cresce ancora grazie all'accordo siglato con **Alice Alberta Cittone** e **Riccardo Sangermano**, organizzatori dell'evento ExpoRDH, la fiera biennale dedicata al mondo dell'igiene dentale. Con questa operazione, ExpoRDH continuerà a perseguire la sua missione di creare valore per gli igienisti dentali confluendo all'interno di un contesto ancora più ampio e prestigioso come quello di Expodental Meeting, con cui condivide gli stessi obiettivi di crescita e di qualità. Il nuovo contenitore si chiamerà Expodental RDH e sarà integrato nell'ampio programma culturale della manifestazione di Rimini, in programma dal 15 al 17 maggio 2025.

Questa nuova collaborazione nasce da una crescente richiesta di formazione da parte degli igienisti dentali e da una sempre più ampia offerta per la categoria da parte dell'industria dentale di prodotti innovativi, che richiedono palcoscenici strutturati e internazionali come Expodental Meeting per essere presentati.

Expodental RDH rafforza ulteriormente il calendario culturale già assai ricco di Rimini, e si aggiunge ai progetti monotematici come Tecnodental Forum, specifico per gli odontotecnici, e come il programma di medicina estetica in odontoiatria. L'ulteriore investimento di Unidi testimonia l'attenzione capillare di Expodental Meeting verso tutti gli attori del mondo di riferimento, nonché l'importante percorso di crescita della manifestazione.

Simposio Aio Sardegna, oltre seicento presenze per il venticinquennale

Seicento presenze complessive, con oltre 100 discenti che hanno conseguito crediti Ecm sia il venerdì che il sabato. Insieme al master di endodonzia, presenti tutte le scuole di specializzazione: ortodonzia, pedodonzia e chirurgia orale. E ancora: 100 ortodontisti, 40 igienisti e oltre 150 Aso. Sono questi i numeri del simposio di Associazione Italiana odontoiatri (Aio) in Sardegna che a novembre a Cagliari ha festeggiato il 25esimo anniversario con una full immersion

multidisciplinare.

Inaugurato dal presidente Cao nazionale **Raffaele Iandolo**, dal presidente Cao Cagliari **Stefano Dessì** e dalla presidente Simeo Sardegna, **Valeria Simbola**, l'evento ha annoverato tra le presenze anche giovanissimi, e cioè 130 studenti di odontoiatria, 30 studenti di igiene dentale e 8 studenti di odontotecnica.

A Cagliari si è anche celebrato il quarantennale della laurea in odontoiatria: in sala undici laureati del 1984



hanno ricevuto una medaglia ricordo. In Sardegna il prossimo appuntamento è a giugno con il decennale del Congresso Internazionale al Forte Village.

GENGIVE LESIONATE?

Curasept svolge un'azione coadiuvante nella biorigenerazione dei tessuti.

Il **Trattamento Rigenerante Curasept ADS NEW|DNA con Clorexidina** che comprende **Acido ialuronico***, contribuisce alla **biorigenerazione dei tessuti gengivali**** lesionati a seguito di intervento chirurgico/implantare o estrazione dentale. L'**Acido ialuronico** è un componente fondamentale dei tessuti connettivali che grazie alla sua viscosità e ai diversi pesi molecolari **agisce su più livelli della lesione** preservando l'idratazione e l'elasticità dei tessuti. La **Clorexidina** svolge una riconosciuta **azione antiplacca e antisettica**. Il risultato di questa sinergia è una **cicatizzazione delle lesioni in tempi più rapidi**.

ESTRAZIONE
INTERVENTO
IMPLANTARE
CHIRURGIA PARODONTALE



CURASEPT.
ADS|DNA
NEW
**TRATTAMENTO
RIGENERANTE**

FORMULA
CLX+
ADS NEW
DNA
+HA
BREVETTATA

***Early periodontal wound healing after chlorhexidine rinsing: a randomized clinical trial.
F. Graziani*

curasept.it

DAILY ROUTINE NATURALE

ANTIBATTERICO NATURALE

BENESSERE
DELLE MUCOSE ORALI

AZIONE QUOTIDIANA
PREVENTIVA

2 SCIACQUI
AL GIORNO >



< 3 VOLTE
AL GIORNO



Forhans
Lattoferrina



dal 1951

www.uragmeonline.com



DENTALEVIDENCE

REVIEW DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

RISCHIO PROFESSIONALE

Esposizione al rumore negli studi dentistici: può provocare acufene e perdita uditiva

L'esposizione a livelli eccessivi di rumore non è solo un fastidio, ma rappresenta un rischio concreto per la salute in molti ambienti di lavoro. Negli studi dentistici, in particolare, gli operatori sono quotidianamente esposti a suoni intensi generati da strumenti come trapani, aspiratori e scaler a ultrasuoni. Nonostante la gravità del problema, sono poche le ricerche che hanno indagato specificamente la perdita uditiva e l'acufene tra i professionisti dentali. Un recente studio pubblicato sul Journal of Occupational Medicine and Toxicology da un team della University of the Pacific di San Francisco ha affrontato questa lacuna, esaminando l'incidenza di perdita dell'udito e acufene tra gli operatori del settore odontoiatrico. I risultati, su un campione di 60 soggetti, hanno mostrato che il 25% delle donne e il 61% degli uomini presentavano una perdita uditiva clinicamente definita. Un numero maggiore di uomini (67%) aveva soglie uditive superiori al 95° percentile dei valori di riferimento basati su età e sesso, rispetto alle donne (27%). Il 40% dei partecipanti ha riferito di sperimentare acufene, sia intermittente che costante. Questo studio è il primo a confrontare le soglie uditive dei professionisti dentali con valori di riferimento specifici per età e sesso. I risultati confermano un rischio di perdita uditiva finora sottostimato nel settore odontoiatrico e indicano che l'esposizione al rumore potrebbe avere un impatto più grave del previsto.



Lo studio ha anche evidenziato una significativa differenza di genere: gli uomini risultano maggiormente colpiti dalla perdita uditiva rispetto alle donne. I ricercatori ipotizzano che questa disparità possa dipendere da fattori biologici, oltre che da esposizioni aggiuntive a rumori durante attività ricreative. Numerose ricerche hanno dimostrato che l'esposizione prolungata a suoni ad alta intensità accelera e aggrava la perdita

uditiva legata all'età. Inoltre, il rumore occupazionale è stato associato a effetti collaterali più ampi, come un maggiore rischio di malattie cardiovascolari, fastidio cronico e riduzione delle prestazioni cognitive. Considerando che i professionisti dentali hanno carriere che spesso si prolungano fino a tarda età, è fondamentale prevenire le conseguenze negative dell'esposizione al rumore. «Dato il rischio di perdita dell'udito e di acufene tra i professionisti dentali, si possono formulare diverse raccomandazioni – scrivono gli autori –. Innanzitutto, l'implementazione di protezioni acustiche di alta qualità nelle cliniche dentali può ridurre significativamente l'esposizione al rumore nocivo. Inoltre, controlli audiologici di routine possono aiutare nella rilevazione precoce, prevenzione e gestione dei problemi uditivi. Infine, sensibilizzare ed educare i professionisti dentali sull'importanza della protezione dell'udito già durante la formazione universitaria può incoraggiarli ad adottare misure proattive per preservare la loro salute uditiva».

Renato Torlaschi

Zhang C, Young A, Rodriguez S, et al. Impacts of hazardous noise levels on hearing loss and tinnitus in dental professionals. J Occup Med Toxicol. 2025 Jan 3;20(1):1.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

PULPITE, PREMEDICAZIONE CON FANS MIGLIORA L'ANESTESIA TRONCULARE

Condizione clinica

Ottenere un valido livello di anestesia è una condizione clinica indispensabile per il trattamento di un elemento dentale colpito da una pulpite irreversibile. Per il trattamento endodontico dei molari dell'arcata inferiore, l'anestesia di blocco del nervo alveolare inferiore (tronculare) è indispensabile ma, in presenza di un quadro di pulpite irreversibile, la sua efficacia non è massima e spesso insufficiente per procedere all'accesso degli spazi endodontici. I dati presenti in letteratura riportano che, in presenza di un molare mandibolare colpito da pulpite irreversibile, l'anestesia di blocco del nervo alveolare inferiore presenta una percentuale di fallimento compresa tra il

43% e l'83%. L'insuccesso dell'anestesia mandibolare di blocco è da riferire allo stato infiammatorio pronunciato dei tessuti pulpari colpiti dal processo di pulpite e, più precisamente, alla notevole produzione di mediatori infiammatori come le prostaglandine, che originano dall'acido arachidonico delle membrane cellulari per mezzo dell'enzima cicloossigenasi. I mediatori infiammatori sono in grado di stimolare le terminazioni nervose dolorifiche anche a un basso livello di soglia di stimolazione. Alcuni autori hanno riportato come la riduzione dello stato infiammatorio della polpa dentale tende a migliorare l'efficacia dell'anestesia e dunque la prescrizione di farmaci in grado di ridurre localmente la concentrazione di prostaglandine appare estremamente utile. Tali farmaci sono in grado di bloccare l'enzima cicloossigenasi e sono comunemente chiamati antinfiammatori non steroidei o Fans. Khademi e il suo gruppo hanno condotto una umbrella review per valutare l'efficacia di una premedicazione con Fans per aumentare l'effetto dell'anestesia di blocco del nervo alveolare inferiore nei quadri clinici di pulpite irreversibile dei molari inferiori.

Dati di evidenza scientifica

La selezione degli studi ha permesso di includere nel lavoro 4 revisioni sistematiche che confrontavano l'efficacia, nei quadri di pulpite irreversibile dei molari inferiori, della soluzione al 2% di lidocaina con epinefrina 1.100.000 rispettivamente somministrata con o senza una premedicazione con Fans. La quasi totalità delle revisioni sistematiche

includere consideravano l'ibuprofene come farmaco antinfiammatorio non steroideo da impiegare come premedicazione. L'umbrella review in questione ha concluso che una premedicazione con ibuprofene, in un dosaggio uguale o superiore a 400 mg, determina un miglioramento dell'efficacia dell'anestesia di blocco del nervo alveolare inferiore nel trattamento dei quadri pulpitici dei molari inferiori, permettendo un più agevole accesso agli spazi endodontici.

Implicazioni cliniche

- 1) La premedicazione con antinfiammatori non steroidei (Fans) nei quadri di pulpite irreversibile dei molari inferiori migliora l'efficacia dell'anestesia di blocco del nervo alveolare inferiore facilitando le procedure di accesso endodontico.
- 2) L'ibuprofene in una concentrazione maggiore o uguale a 400 mg appare la molecola più efficace per eseguire tale premedicazione.
- 3) Il paracetamolo o acetaminofene appare il farmaco alternativo all'ibuprofene nei pazienti allergici ai Fans, pur non presentando la stessa efficacia di questi ultimi nel migliorare l'efficacia dell'anestesia di blocco del nervo alveolare inferiore.

Fonte: Khademi A, Iranmanesh P, Mosayebi N, Heydari M, Bagherieh S. Effect of premedication on the success of inferior alveolar nerve block in patients diagnosed with irreversible pulpitis: An umbrella review. Dent Res J (Isfahan). 2023 Jun 27; 20:75.

QUALITÀ DELL'EVIDENZA SCIENTIFICA SECONDO LA CLASSIFICAZIONE DELL'OXFORD CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE

➡ 1A

⬅

1B

2A

2B

3A

3B

4

5

PARODONTOLOGIA

Perimplantite, terapia antibiotica sistemica può ritardare il ricorso alla chirurgia

Il trattamento della perimplantite presenta molte complessità e sfide; anche se la terapia non chirurgica può portare a miglioramenti in parametri clinici come i punteggi di sanguinamento, l'infiammazione residua o ricorrente resta comune dopo il trattamento. Di conseguenza, alcuni gruppi di ricerca stanno esplorando terapie aggiuntive per migliorarne i risultati. Uno degli approcci in fase di studio è l'uso di antimicrobici sistemici come complemento al trattamento non chirurgico; nella perimplantite progressiva (con tasche superiori a 7 mm e suppurazione grave), l'obiettivo della terapia antibiotica è quello di evitare la necessità di un intervento chirurgico.

Il *Journal of Clinical Periodontology* riporta uno studio condotto all'Università di Groningen, nei Paesi Bassi, che intende far luce sul potenziale ruolo degli antibiotici sistemici nell'influencare la necessità di ricorso alla chirurgia dopo il trattamento non chirurgico della perimplantite, migliorando così la comprensione e la gestione di questo complesso problema odontoiatrico.

I ricercatori olandesi hanno seguito 54 pazienti affetti da perimplantite per una media di 36 mesi dopo la loro partecipazione a un precedente trial randomizzato controllato della

durata di tre mesi. Tutti hanno ricevuto un trattamento non chirurgico consistente in più sessioni di pulizia meccanica eseguita da igienisti dentali esperti; il processo includeva la pulizia sopra e sottogengivale con air polisher insieme a strumenti a ultrasuoni. Metà di loro hanno ricevuto, in aggiunta, antibiotici sistemici: 500 mg di amoxicillina e 500 mg di metronidazolo, tre volte al giorno per sette giorni. La necessità di un trattamento chirurgico aggiuntivo è stata valutata in base alla profondità delle tasche superiore a 5 mm e alla presenza concomitante di sanguinamento o suppurazione al sondaggio.

I dati non hanno mostrato una differenza significativa nella necessità di trattamenti chirurgici aggiuntivi per la perimplantite tra i due gruppi.

«Sembra che l'uso di amoxicillina e metronidazolo come complemento alla terapia non chirurgica non abbia prevenuto la necessità di ulteriori trattamenti chirurgici per la perimplantite in questa coorte di pazienti a lungo termine, ma potrebbe avere un effetto benefico nei primi tre anni dopo la terapia se viene fornita anche una cura di mantenimento perimplantare di supporto. Pertanto – commentano gli autori – l'effetto degli antibiotici sistemici sembra essere di natura temporanea, ritar-



dando il momento in cui è indicata la chirurgia per la perimplantite. Inoltre, tasche parodontali più profonde al baseline sembrano aver aumentato la necessità di una successiva chirurgia in questa coorte di pazienti».

Giampiero Pilat

Hakkers J, Vangsted TE, van Winkelhoff AJ, de Waal YCM. Do systemic amoxicillin and metronidazole during the non-surgical peri-implantitis treatment phase prevent the need for future surgical treatment? A retrospective long-term cohort study. *J Clin Periodontol*. 2024 Aug;51(8):997-1004.

CHIRURGIA

Iceberg, una nuova tecnica per l'aumento delle papille perimplantari

I denti irrimediabilmente compromessi sono spesso caratterizzati da perdita di attacco clinico interprossimale nei denti adiacenti, e questo aumenta inevitabilmente la complessità della terapia implantare, soprattutto nella zona estetica. Senza una gestione adeguata delle componenti di tessuto duro e molle dopo l'estrazione di un dente non recuperabile, gli impianti dentali spesso presentano risultati estetici subottimali. Questi risultati possono riguardare sia il livello della linea marginale dei tessuti molli perimplantari, sia i tessuti molli interprossimali.

Negli ultimi dieci anni, gli standard estetici per gli impianti, sia per i clinici che per i pazienti, sono significativamente aumentati e anche una lieve carenza di papilla perimplantare nella regione anteriore può essere considerata un esito clinico insoddisfacente.

È noto, tuttavia, che l'aumento delle papille e, più in generale, il guadagno del livello di attacco clinico interprossimale, rappresentano una sfida clinica sia nei siti naturali che in quelli implantari. Nella dentatura naturale, la posizione dei tessuti molli interprossimali, e quindi l'architettura delle papille, è influenzata da vari fattori, come la distanza dalla cresta ossea al punto di contatto interprossimale, la distanza tra la giunzione smalto-cemento e la cresta alveolare, la profondità di sondaggio dei denti adiacenti, lo spessore del tessuto molle, la natura fibrosa o edematosa dei tessuti, la posizione del dente e la storia di precedenti procedure non chirurgiche o chirurgiche.

È logico supporre che la riabilitazione implantare dopo l'estrazione di denti compromessi nella regione anteriore, caratterizzati da perdita di attacco interprossimale, debba combinare la ricostruzione dei tessuti duri e molli nel sito implantare per stabilire un'altezza ossea interprossimale sufficiente a supportare un'adeguata architettura delle papille. In questo contesto si inserisce la presentazione di una nuova tecnica, ideata da **Istvan Urban** dell'Università del Michigan, uno dei più noti parodontologi a livello mondiale, che l'ha presentata su *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* e l'ha battezzata come "innesto di tessuto connettivo iceberg" (iCTG).

«Un paziente di 35 anni – scrive Urban – si è presentato con un dente non recuperabile e una perdita di attacco clinico

Meeting Mediterraneo



**ACCADEMIA ITALIANA
DI ODONTOIATRIA PROTETICA**



Riccione

Palazzo dei congressi



**11-12
APRILE**

corso 
IGIENISTI

Perimplantite e protesi: possibili correlazioni?

Dall'11 al 12 aprile 2025
a Riccione



Scopri
il programma



AIOP.COM

CHIRURGIA

Dolore post-operatorio? Combinazione di paracetamolo e ibuprofene è più efficace degli oppioidi

Una combinazione di paracetamolo e ibuprofene controlla il dolore dopo la rimozione del terzo molare meglio degli oppioidi, secondo uno studio della Rutgers University a Newark, nel New Jersey, che potrebbe cambiare il modo in cui molti dentisti trattano il dolore post chirurgico.

Il trial è stato pubblicato su *Jada (The Journal of the American Dentist Association)* ed è stato condotto su oltre 1.800 pazienti sottoposti a rimozione chirurgica di terzi molari inclusi, procedura che causa tipicamente dolore da moderato a intenso. Randomizzati in due gruppi, metà dei partecipanti ha ricevuto idrocodone con paracetamolo e gli altri una combinazione di paracetamolo e ibuprofene. Gli autori hanno valutato i livelli di dolore e altri aspetti, come la qualità del sonno durante la settimana successiva all'intervento chirurgico.

I risultati hanno mostrato che la combinazione senza oppioidi ha fornito un sollievo dal dolore superiore durante il periodo di picco, nei due giorni successivi all'intervento. I pazienti che hanno assunto paracetamolo e ibuprofene hanno anche riportato una migliore qualità del sonno nella prima notte e un'interferenza minore con le attività quotidiane durante la convalescenza.

La combinazione di farmaci da banco si è associata a un dimezzamento, rispetto agli oppioidi, delle richieste di ulteriori farmaci antidolorifici di “emergenza”; inoltre, ha comportato nei partecipanti una soddisfazione complessiva più elevata rispetto al trattamento del dolore.

«Pensiamo che questo sia uno studio fondamentale – ha dichiarato **Cecile Feldman**, preside della Rutgers School of Dental Medicine e autrice principale –, I risultati sono stati persino più convincenti di quanto ci aspettassimo». La dimensione e il design dello studio lo rendono particolarmente significativo: con oltre 1.800 partecipanti in cinque siti clinici, è uno dei più grandi nel suo genere. Inoltre, mirava a riflettere l'uso reale dei farmaci piuttosto che le condizioni strettamente controllate di molti studi sul dolore più piccoli. «Ci siamo concentrati sull'efficacia e quindi su come le cose funzionano nella vita reale, tenendo conto di ciò che interessa davvero alle persone» ha detto Feldman, riferendosi all'attenzione dello studio sulla qualità del sonno e sulla capacità di tornare al lavoro.

I dentisti, che figurano tra i principali prescrittori di oppioidi negli Stati Uniti, hanno emesso oltre 8,9 milioni di prescrizioni di oppioidi nel 2022. Per molti giovani adulti, procedure den-



tali come l'estrazione dei denti del giudizio rappresentano la prima esposizione ai farmaci oppioidi. I risultati di questo studio sono in linea con le recenti raccomandazioni dell'American Dental Association di evitare gli oppioidi come trattamento di prima linea per il dolore. Feldman ha espresso la speranza che ciò possa cambiare le pratiche di prescrizione.

Giampiero Pilat

Feldman CA, Fredericks-Younger J, Desjardins PJ, et al. Nonopioid vs opioid analgesics after impacted third-molar extractions: The Opioid Analgesic Reduction Study randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc*. 2025 Jan 4:S0002-8177(24)00639-1.



interprossimale estesa al terzo apicale del dente adiacente». La ricostruzione ossea interprossimale è stata effettuata mediante preservazione della cresta alveolare applicando direttamente il fattore di crescita derivato dalle piastrine umane (rhPDGF-BB) sulla superficie radicolare esposta del dente adiacente. È stata utilizzata anche una miscela di frammenti ossei autogeni (ottenuti dal ramo mandibolare) e particelle di osso bovino xenotraspiantato (precedentemente mescolate con il fattore di crescita).

Il paziente è potuto tornare per la terapia implantare solo due anni dopo, momento in cui è stata osservata una rigenerazione incompleta dell'osso interprossimale. Per compensare la carenza interprossimale, è stato utilizzato l'approccio iCTG, che prevede un doppio strato di tessuto connettivo con origini diverse. Due piccoli innesti raccolti dalla tuberosità mascellare sono stati suturati alle estremità mesiale e distale di un innesto più ampio prelevato dal palato, con l'obiettivo di ottenere un volume aggiuntivo nei siti interprossimali. L'innesto composito è stato quindi suturato sopra la piattaforma dell'impianto, e il lembo è stato rilasciato e chiuso. Dopo il condizionamento dei tessuti perimplantari, il caso è stato finalizzato con un risultato soddisfacente.

La tecnica iCTG descritta potrebbe essere un approccio efficace per la ricostruzione delle papille perimplantari dopo la ricostruzione ossea interprossimale.

Renato Torlaschi

Urban IA, Mancini L, Wang HL, Tavelli L. The 'Iceberg' Connective Tissue Graft Technique for Peri-implant Papilla Augmentation Following Interproximal Bone Reconstruction. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2024;44(5):510-519.



ACCADEMIA
ITALIANA
ENDODONZIA

PROGRAMMAZIONE

2025

**2nd International Congress
XXXIII Congresso Nazionale**
"THE ART OF ENDODONTICS"
Bologna, Savoia Hotel Regency
28 febbraio - 1 marzo

**Corsi Precongressuali
Aperitivo con il Relatore**
27 febbraio

Endodontic Jamboree
Venerdì, 28 febbraio

VIVENDO 2.0
SPECIALISTIC ENDODONTIC PROGRAM
Dental Trey - Fiumana Predappio (FC)
Corso Base
1° modulo: 3-4-5 aprile
2° modulo: 21-22-23-24 maggio
Corso Avanzato
11-12-13 giugno

REUNION
**15 ANNI DI CONTINUING
EDUCATION AIE!**
Dental Trey - Fiumana Predappio (FC)
14 Giugno

Corso di Aggiornamento Autunnale
AIE PRESENTA: CLINICAL GUIDELINES
AIE invita le Società Scientifiche
ESE-EFP/SIDP-IADT/SITD a presentare le loro linee
guida cliniche internazionali!
Roma
26-27 settembre

CADAVERLAB
IV EDIZIONE
Verona, ICLO
27-28-29 novembre

WEBINAR "ApprofondENDO"
**La diagnosi differenziale
in Endodonzia**
Lunedì, 7 aprile 2025
Endodonzia pediatrica
Lunedì, 26 maggio 2025
La gestione immediata dei traumi dentali
Lunedì, 16 giugno 2025

WEBINAR "Endopills International"
3 incontri programmati in autunno in
collaborazione con le società scientifiche partner
internazionali
FAD 2025 accreditato ai fini ECM
**IL RITRATTAMENTO ENDODONTICO
NON-CHIRURGICO E CHIRURGICO**
STUDY CLUB
tappe in tutta Italia, da settembre a dicembre 2025



www.accademiaitalianaendodonzia.it

e seguici su


[accademiaitaliana.aie](https://www.facebook.com/accademiaitaliana.aie)

[acc_it_endo](https://www.instagram.com/acc_it_endo)

[AIEChannel](https://www.youtube.com/AIEChannel)

Bite per rieducazione funzionale con indicazione per i cantanti

Problematiche occlusali, squilibri neuromuscolari e problematiche muscolo-tensive possono avere un impatto negativo sulle performance degli artisti della voce. Un congresso a Roma propone la rieducazione funzionale con bite



Alessandro Rampello

Il bite, oltre a trattare i disturbi del sonno e le problematiche occlusali, può aiutare i cantanti migliorandone la performance vocale. Su questo tema, che unisce odontoiatria e arte in una sinergia sorprendente, parla **Alessandro Rampello** al Congresso di rieducazione funzionale, in programma il 20 e 21 giugno a Roma presso l'Hotel Universo, dedicato all'importanza della rieducazione funzionale negli squilibri neuromuscolari e della voce (per informazioni: ipermedical.congress@libero.it).

Rampello, che si occupa di gnatologia da oltre quarant'anni e che ha maturato un'importante esperienza sul trattamento dei disturbi dell'Atm e sui dolori e tensioni neuromuscolari del distretto cranio-cervico-mandibolare, si è dedicato in modo particolare allo studio dei bite e del loro funzionamento, pubblicando anche un libro sull'argomento (1) e numerosi articoli scientifici. Negli ultimi 15 anni, questi studi lo hanno portato a ideare e brevettare un bite specifico che coinvolge la lingua in modo primario: il Bite anello linguale Ripara (Rieducatore posizionale attivo Rampello).

Dottor Rampello, quando è come è nata l'idea del bite Ripara?

L'idea del Bite anello linguale Ripara è nata già nel 2004, quando ho scritto l'Atlante di gnatologia. Nel testo avevo riportato una grande ricerca sui diversi bite esistenti a livello internazionale. Tutti questi dispositivi basavano però il loro funzionamento sul concetto di svincolare i denti dai contatti occlusali e sul rilassamento dei muscoli masticatori, mentre nessuno dei bite coinvolgeva primariamente la lingua. Tutti i bite venivano inseriti in bocca durante il sonno esclusivamente in modo statico e passivo, mentre nessuno era stato proposto per fare eseguire anche esercizi dinamici e rieducativi funzionali ai pazienti durante le ore di veglia.

Quindi in pratica ha ideato un bite specifico per far eseguire esercizi ai pazienti e per la rieducazione della lingua?

Esatto. Il Bite anello linguale Ripara, grazie alla sua particolare morfologia data dai due archi che vanno a formare l'anello linguale, coinvolge direttamente il paziente. Per realizzarlo e strutturarci sono voluti oltre vent'anni di studi,

modifiche e ricerche.

Gradualmente, analizzando i risultati positivi dei vari prototipi pubblicati in diversi lavori scientifici, sono arrivato al dispositivo definitivo di oggi: il primo universale con un anello linguale. L'anello guida la lingua a spostarsi verso l'alto, verso la papilla interincisiva, e contemporaneamente guida la mandibola in avanti e questo consente anche ai denti di svincolarsi dai contatti occlusali. Queste tre azioni modificano in modo significativo la lunghezza e le proprietà meccaniche di tutti i muscoli masticatori, linguali, sopra e sottoioidei, e anche la posizione dell'osso ioide, di conseguenza anche dei muscoli laringo-faringei, retronucali e di tutto l'apparato stomatognatico. Queste funzioni, unite agli esercizi dinamici funzionali, tendono a modificare tutti i vecchi paradigmi, sia delle forze sia degli engrammi neuromuscolari.

Quali sono le indicazioni all'utilizzo?

Riducendo la capacità di forza dei muscoli masticatori, il Ripara è indicato per ridurre e controllare il serramento dei denti e il bruxismo e di conseguenza trova applicazione

per tutti i disturbi correlati come: tensioni e contratture muscolari che spesso sono alla base di mal di testa, cefalee, cervicalgie tensivo. Ma essendo anche un bite di riposizionamento, è indicato per i rumori e i dolori all'Atm. Ovviamente, come già detto, deve essere utilizzato in modo attivo anche durante il giorno per eseguire gli esercizi specifici e non solo durante la notte in modo passivo.

Come è nata l'idea della sua applicazione nei cantanti?

L'idea di applicazione nei cantanti è nata quasi per caso. Nel 2017 ero stato invitato a fare un corso per logopedisti. Tra questi, uno era maestro di canto classico e cantante lui stesso: alla fine del corso mi ha chiesto ulteriori spiegazioni, dicendo che aveva delle forti contratture ai muscoli masticatori che gli impedivano di cantare in modo libero e fluido, quindi voleva provare a utilizzare per questi suoi problemi il bite che avevo presentato.

Dopo averlo provato per un mese, le contratture si erano completamente risolte, ma la cosa stupefacente era che aveva scoperto delle tonalità e dei timbri di voce che non aveva mai percepito prima. Questo ovviamente mi ha molto incuriosito. Con lo stesso paziente e congiuntamente a una foniatra anche lei cantante – responsabile del settore voce presso il Teatro dell'Opera di Roma – abbiamo organizzato uno studio su 35 cantanti. I risultati sono stati veramente strabilianti. Tutti i cantanti riferivano una notevole libertà e percepivano delle timbriche di voce diverse. La cosa ha poi trovato riscontro anche da un punto di vista strumentale tramite un programma computerizzato, che avevamo utilizzato per registrare le frequenze delle voci sia prima che dopo l'utilizzo del bite per fare gli esercizi di canto.

Ma in che modo il bite può migliorare le performance vocali?

Le corde vocali sono una delle componenti del siste-

ma voce e sicuramente il più importante. Ma un'altra componente determinante è costituita dal tratto vocale, la parte "aerea" che si trova sopra le corde vocali, che comprende la faringe e le parti respiratorie e che contribuisce in maniera rilevante alla emissione e alla timbrica del suono. Se ci sono delle contratture in queste aree, il suono non viene emesso nel migliore dei modi. Quindi ridurre le contratture, riequilibrare il tono e la capacità elastica muscolare, mediante soprattutto esercizi eseguiti in bocca, aiuta a ritrovare e a migliorare proprio la risposta di queste strutture. Di tutto ciò, di come si applica e come va gestito nei cantanti parleremo al primo Congresso di rieducazione funzionale che si svolgerà a Roma il 20 e 21 giugno, in cui ci sarà un laboratorio sulla voce con specialisti del settore che istruiscono i migliori cantanti.

Quali sono le problematiche odontoiatriche o muscolari più comuni nei cantanti che portano all'uso del bite?

I cantanti sono molto soggetti a problematiche muscolo-tensive perché utilizzano moltissimo tutti i muscoli cranio-facciali: mimici, masticatori, sopra e sottoioidei, faringo-laringei, retronucali; se sono anche dei serratori e bruxisti possono facilmente andare incontro a contratture muscolari e a volte anche a disfunzioni temporo-mandibolari. Quindi l'utilizzo di un bite specifico che riesca a ridurre le contratture e allo stesso tempo possa essere utilizzato anche per eseguire esercizi specifici per il canto, trova un'importante indicazione.

Renato Torlaschi

1) Rampello A. ATM Testo atlante: concetti fondamentali - anatomia, fisiologia, eziologia, fisiopatologia, patologia, diagnosi, terapia. Bologna: Martina; 2004.

UN BITE COGNITIVO: IL RUOLO DELLA LINGUA

Il Bite anello linguale Ripara non è un elemento passivo che si limita a distanziare i denti, ma è un apparecchio funzionale rieducativo attivo: è *dinamico* perché guida la mandibola e i condili a riposizionarsi in avanti e la lingua ad andare verso l'alto, ed è *cognitivo* perché il paziente deve fare degli esercizi con la lingua, di deglutizione, di fonazione, di respirazione e di dizione. Quindi abbina i concetti della gnatologia classica a quelli della rieducazione miofunzionale, in più è un bite di riposizionamento vero e proprio.

La lingua, fino ad oggi, è stata poco considerata dagli gnatologi. Quest'organo è invece oggetto di molte attenzioni da parte di altri professionisti, come logopedisti, osteopati e fisioterapisti; solo di recente la gnatologia la sta inserendo nei protocolli terapeutici. A differenza dagli altri dispositivi, il Ripara non ha ganci ed è pertanto la lingua che lo mantiene per mezzo dell'arco palatale; nel contempo l'apparecchio guida la lingua a posizionarsi in avanti e in alto allo "spot". Si crea un gioco di equilibri reciproci tra la lingua e l'anello linguale, in cui la lingua viene integrata nella terapia gnatologica e diventa un "bite naturale". Il tutto stimola il paziente a un'importante collaborazione attiva, ma soprattutto a una maggiore consapevolezza cognitiva e a tenere la lingua in alto con i denti disserrati. La nuova postura va a modificare l'azione meccanica delle forze dei muscoli masticatori e la propriocezione neuro-muscolare, con riduzione del serramento e del bruxismo. Si favorisce così la riprogrammazione comportamentale e degli engrammi posturali mandibolo-cranici, con importanti riflessi sui dolori cranio-cervico-mascellari.

A tutto questo si associano gli esercizi fisici rieducativi eseguiti con il Ripara in bocca, che attivano strategie e tempistiche gestionali totalmente diverse da quelle proposte con i bite classici utilizzati dai pazienti in modo passivo. Tutto questo va a modificare il vecchio sistema d'ingranaggio occluso-dentale, articolare e di forze dei muscoli masticatori, sopra e sottoioidei e cervico-facciali, in modo da decondizionare e poi riequilibrare lo stesso sistema con una nuova coordinazione neuro muscolare e posturale. In pratica, Ripara tende a guidare la mandibola in una posizione avanzata e la lingua in alto. Queste due azioni contemporanee modificano le leve e i principi meccanici dei muscoli, riducendo anche i carichi delle forze. Tutti i rapporti mandibolo-occlusali e la lingua assumono un nuovo posizionamento in modo che il paziente non riesce più a stringere come prima, perché essendo in posizione più alta con la punta allo "spot", la lingua stessa funge da antagonista dei muscoli che chiudono con forza i denti, mentre l'avanzamento della mandibola modifica gli abituali vettori delle forze dei muscoli masticatori. Ne consegue che il paziente non riesce a stringere più con la stessa intensità e riduce l'affaticamento muscolare, quindi diminuiscono i dolori cranio cervicali, i mal di testa e le contratture.

Alessandro Rampello
Odontoiatra



#EM25

EXPO
DENTAL
MEETING

15-16-17

MAGGIO 2025

RIMINI - ITALIA

IL FUTURO SI VEDE MEGLIO DA QUI

Scopri l'innovazione e **crea nuove Connessioni**
nella fiera più importante del settore dentale in Italia.

EXP03D

TECNODENTAL
FORUM

EXPO
DENTAL RDH

EXPO
DENTAL LIVE ON
STAGE

MEDAESTHETICA



expodental.it



UNIDI
50 Years of Italian Dental Industry



ATTREZZATURE

Aoralscan Elite

Lo scanner intraorale Aoralscan Elite, distribuito in Italia da Biomax, è il primo dispositivo a integrare sia la scansione intraorale che la fotogrammetria in un'unica unità. Il dispositivo funziona come uno scanner intraorale standard (IOS) per catturare immagini di casi dentuli, consentendo scansioni dettagliate di denti e strutture orali. Inoltre, funge da sistema di fotogrammetria, che viene utilizzato per registrare con precisione la posizione degli impianti dentali nei casi edentuli. Questa doppia funzionalità lo rende versatile sia per il lavoro odontoiatrico tradizionale che per le procedure implantari avanzate. Questa innovazione consente un imaging dentale completo e un posizionamento preciso degli impianti, rendendo possibili casi edentuli e casi con più impianti, in particolare nelle procedure All-on-X.

Tra le sue caratteristiche principali, l'Aoralscan Elite si distingue infatti per la capacità di offrire un'esperienza di scansione precisa, anche nei casi di pazienti edentuli. Questo risultato è reso possibile dalla nuova punta IPG, che consente di catturare con estrema chiarezza ogni dettaglio della geometria orale, garantendo immagini ad alta definizione e una mappatura completa anche nelle situazioni più sfidanti.

La precisione dei dati raccolti non si limita solo alla qualità visiva: la tecnologia avanzata di Aoralscan Elite riduce signi-



ficativamente il margine d'errore, offrendo ai professionisti uno strumento affidabile per diagnosi accurate e trattamenti personalizzati. Inoltre, il dispositivo si adatta perfettamente ai flussi di lavoro digitali moderni, integrandosi con le principali piattaforme Cad/Cam per una gestione semplificata e rapida. Un altro punto di forza dello scanner è la sua velocità operativa, che consente di completare le scansioni in tempi ridotti.

i Biomax
Tel. 0444.913410
info@biomax.it
www.biomax.it

MONOUSO

Dpi Criterion

Henry Schein Krugg ha annunciato l'espansione del marchio Criterion dell'azienda, che comprende guanti e presto anche una linea di dispositivi di protezione individuale (Dpi), tra cui maschere facciali e altro ancora.

Per semplificare l'acquisto dei Dpi per gli studi dentistici e medici, Criterion diventerà infatti il marchio per tutti gli altri dispositivi di protezione individuale di Henry Schein, comprese le future aggiunte come cuffiette e copriscarpe. «Lavoriamo per migliorare l'esperienza dei clienti, per questo abbiamo aggiornato il marchio Criterion per semplificare il processo di acquisto dei Dpi» ha dichiarato Mike Nelson, Vice President, Global Own Brand Strategy e Management presso Henry Schein.



i Henry Schein Krugg
Numero verde 800.821010
vendite@henryschein.it
www.henryschein.it

IGIENE ORALE

Philips Sonicare 7100 Series

Lo spazzolino elettrico Philips Sonicare 7100 Series è il nuovo arrivato nella famiglia Sonicare e, grazie alla tecnologia Next Generation Sonicare, è ancora più delicato sulle gengive ed efficace nella pulizia dei denti, per un'igiene orale quotidiana completa e corretta anche a casa.

Nell'impugnatura del nuovo spazzolino Philips Sonicare 7100 Series sono presenti dei poli magnetici posteriori e anteriori che ruotano in senso contrario per trasmettere potenza dal manico alla testina. Quando si applica una pressione diversa al polo anteriore, il polo posteriore si regola per compensare e garantire così una performance di pulizia uniforme in tutte le aree della bocca.

Il nuovo spazzolino è inoltre dotato di una speciale azione fluido-dinamica che indirizza delicatamente le microbolle di acqua che si creano durante la spazzolatura tra i denti e lungo il bordo gengivale, rimuovendo la placca anche nelle zone più difficili da raggiungere.



Grazie a queste importanti innovazioni, il nuovo spazzolino Philips Sonicare 7100 Series rimuove fino a 10 volte più placca rispetto a uno spazzolino manuale, per denti e gengive più sani. Sonicare 7100 Series dispone inoltre di tre intensità e quattro modalità di spazzolamento – Gum Health, White, Sensitive e Clean – e di una testina pensata per ridurre al minimo la possibilità di provocare infiammazioni gengivali.

Per migliorare la routine di igiene orale dei pazienti, viene in aiuto anche l'app Philips Sonicare che, tramite una pratica dashboard, consente di monitorare in modo semplice e intuitivo in che modo e per quanto tempo ogni giorno ci si prende cura della salute della propria bocca. L'app dispone infatti di un timer e di un visual report dei principali indicatori di utilizzo, quali frequenza, tempo di spazzolamento, livello di pressione, lavaggio.

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

TI SEI PERSO UN NUMERO?

LEGGI
L'EDIZIONE
DIGITALE

WWW.DENTALJOURNAL.IT/DENTAL-JOURNAL



Rubrica a cura della redazione.
Le recensioni dei prodotti sono realizzate
sulla base delle informazioni fornite dalle aziende

 **BOLOGNA2025**



OPEN MEETING

Vieni al primo grande evento residenziale IAO del 2025!

Assisti alle 2 LIVE SURGERIES
di riabilitazione implantare a carico immediato e differito.

Scopri tutte le soluzioni terapeutiche
per la gestione dell'elemento compromesso in area estetica.

Partecipa ai WORKSHOP AZIENDALI
dei nostri partner sponsor.

6-8 MARZO



WWW.IAO-ONLINE.COM/BOLOGNA2025



WWW.IAO-ONLINE.COM

*There's more
in the making.*



FRANCIACORTA 2025
23-24 MAGGIO 2025
CLOSED MEETING
Attività scientifica e ludica all'interno della tenuta Ca' del
Bosco in esclusiva dei Soci Attivi IAO.



PADOVA 2025
2-4 OTTOBRE 2025
CONGRESSO INTERNAZIONALE
Approccio multidisciplinare al paziente implantare.

Ti presento Lumoral®

Lumoral® è un dispositivo medico per il trattamento e la prevenzione delle malattie dentali e gengivali.

È utilizzabile sia per uso professionale che per il trattamento domiciliare.

Elimina oltre il 99% dei batteri presenti nella placca.

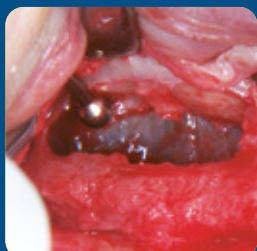


zero
Plaque
by **Lumoral.**

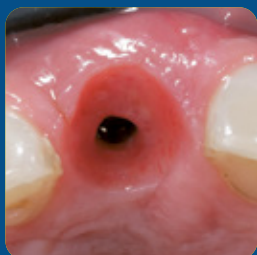
I CASI CLINICI DI

DentalAcademy.it

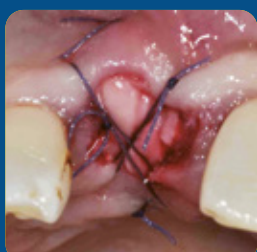
ESPERIENZE CLINICHE IN ORTODONZIA



**Follow-up a 20 anni di una riabilitazione
implantoprotesica full arch
dopo grande rialzo di seno bilaterale**



**Approccio mucogengivale
in un impianto tardivo
in zona estetica**



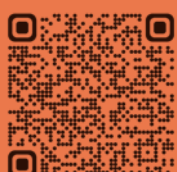
**Caso di preservazione alveolare
con biomateriale sintetico e membrana
in collagene a lento riassorbimento**

IN LIBRERIA



Autori:
Claudio Di Maria
Marzia Niso

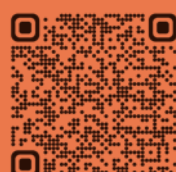
Coordinatore scientifico:
Roberto Pistilli



**Prevenzione
e gestione delle
emergenze nello
studio odontoiatrico**



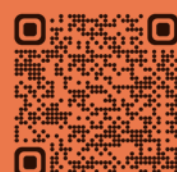
Autore: Carlo Ripa



**Medicina globale per
il benessere. Sistema
nervoso centrale,
sport e stile di vita**



Autori:
Marco Salin
Mario Scilla
Alessio Casucci
Francesco Di Gioia



**Allungamento
chirurgico
di corona clinica**

CASO CLINICO

Follow-up a 20 anni di una riabilitazione implantoprotetica full arch dopo grande rialzo di seno bilaterale

Nella pratica clinica spesso ci si trova a dover soddisfare le esigenze funzionali ed estetiche dei pazienti, nel minor tempo e nella maniera più semplice possibile. La protesi su impianti rappresenta l'opzione migliore di riabilitazione fissa, soprattutto in casi di edentulie complete, dove quella su impianti rimane l'unica opzione di riabilitazione fissa. Molte volte però ci si trova di fronte a situazioni cliniche complesse, sia dal punto di vista chirurgico che protesico, e richiedono particolare collaborazione tra operatore e laboratorio odontotecnico.

Il caso che segue riguarda una riabilitazione totale di un mascellare superiore con grandi rialzi di seno bilaterali e protesi totale in metallo ceramica realizzata tramite il procedimento protesico di ingegneria inversa.

La paziente si presenta con il desiderio di riabilitare il mascellare superiore con soluzione fissa. L'esame clinico e radiografico (fig. 1) mostra un mascellare superiore atrofico con pneumatizzazione dei seni mascellari e assenza di diversi elementi. I pochi elementi presenti sono gravemente parodontali. Si opta quindi per bonifica del mascellare con le estrazioni degli elementi rimanenti, intervento di grande rialzo di seno bilaterale e posizionamento di otto impianti distribuiti sul mascellare.

Si comincia con la bonifica del mascellare, estraendo tutti gli elementi rimasti, ad esclusione dei canini (13 e 23), rimandati alla fase di maturazione degli impianti affinché facciano da sostenimento della protesi provvisoria. A guarigione avvenuta si procede con i rialzi di entrambi i seni mascellari (figg. 2 e 3) e si attende l'integrazione del materiale da innesto per 8 mesi. Una volta aperta la botola nel seno mascellare e scollata la membrana sinusale di Schneider si procede con l'inserimento di materiale da innesto ben condensato e una membrana di collagene a proteggere. Si finalizza l'intervento con numerosi punti di sutura ben annodati e la prescrizione dei farmaci da prendere:

ciclo di antibiotici e antinfiammatori, antidolorifici al bisogno. Durante la fase di integrazione dell'innesto viene realizzata una dima radiografica e chirurgica (fig. 4) per visualizzare la disponibilità ossea in corrispondenza di ogni dente, così da pianificare le posizioni degli impianti, tenendo in considerazione la protesi finale. Eseguendo la radiografia ortopantomica con dima radiografica in bocca, abbiamo la possibilità di visualizzare le dimensioni verticali dell'osso in corrispondenza di ogni dente, questo risulta utile nell'esecuzione di una riabilitazione implantare ben distribuita e una riabilitazione protesica congrua.

Si procede con la realizzazione di una TC Cone Beam con dima radiografica in bocca e conseguente esecuzione dell'intervento di implantologia. La posizione progettata per gli impianti viene marcata sulla gengiva attraverso i canali dei denti presenti sulla dima radiografica (fig. 5). Questa verrà poi trasferita all'osso una volta aperto il lembo. Vengono posizionati 8 impianti, di cui 6 sui grandi rialzi di seno, 3 per lato. Da protocollo, l'attesa di 6 mesi dall'inserimento degli impianti per assicurare una completa osteointegrazione ci porta al percorso di realizzazione della protesi, che inizia con presa delle impronte su impianti e masticone. Con la presa del masticone e della dimensione verticale, viene eseguita una prova denti in modo da stabilire le dimensioni finali della protesi (fig. 6). Da queste dimensioni verranno digitalmente sottratti gli spazi delle componenti protesiche di sostegno: l'armatura metallica e i monconi implantari, tramite processo di ingegneria inversa. Una volta eseguita la prova, l'estetica finale stabilita rimarrà invariata durante il resto delle prove che verranno eseguite. Dalle dimensioni della prova denti viene quindi sottratta digitalmente la dimensione della porcellana e si ottiene lo spazio per i monconi implantari e per la struttura metallica (fig. 7). Quest'ultima viene stampata



Mario Guerra
Direttore Servizio Aziendale USL Umbria 1

Giovanni Guerra
Servizio Aziendale USL Umbria 1

Domenico Guerra
Servizio Aziendale USL Umbria 1

Golden Dodaj
Servizio Aziendale USL Umbria 1

Leonardo Palazzo
Referente Servizio di Odontoiatria Casa della Salute di Marsciano

in Cam in materiale resinoso per l'esecuzione di un check in bocca. Una volta provato il check in resina, si procede con la realizzazione di una struttura in metallo identica al check, anche questa realizzata in Cad/Cam. Questa viene nuovamente provata in bocca su monconi fresati in base al restante spazio disponibile e successivamente ceramizzata rispettando le dimensioni e l'occlusione della prova denti, effettuata all'inizio. Infine, la protesi viene consegnata (fig. 8) e la paziente rimandata a controllo.

L'attenta progettazione chirurgica e protesica di un caso complesso come questo risulta fondamentale per l'ottenimento di un risultato soddisfacente e duraturo nel tempo. L'uso di una sistematica che favorisce la salute perimplantare, come l'impianto Leone, garantisce una stabilità dei tessuti a lungo termine. La connessione impianto-moncone conometrica della sistematica Leone riduce al minimo l'infiltrato batterico perimplantare e assicura il successo a lungo termine di riabilitazioni implantari su casi chirurgici complessi come questo, che dopo 20 anni dimostra una eccellente stabilità clinica e radiografica e procura grande soddisfazione (figg. 9 e 10).

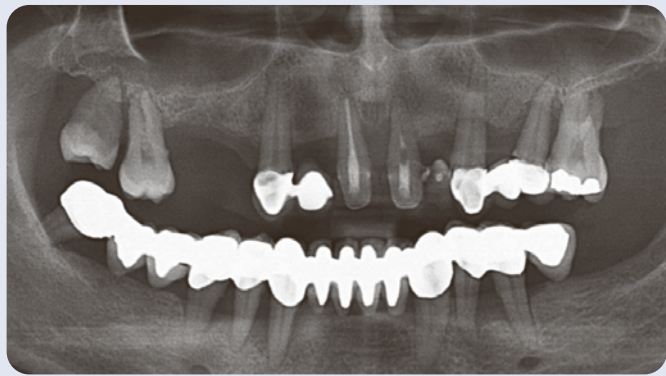


Fig. 1: radiografia ortopantomica

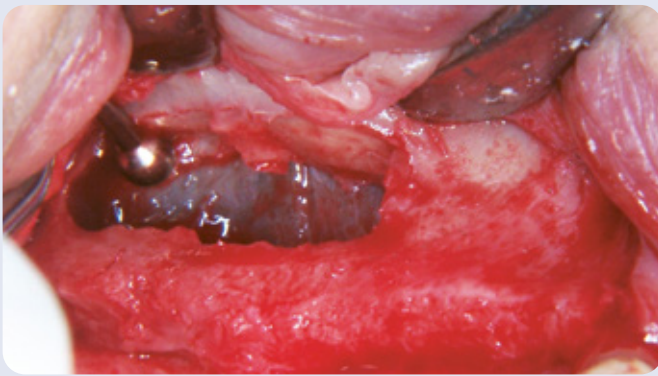


Fig. 2: scollamento della membrana sinusale

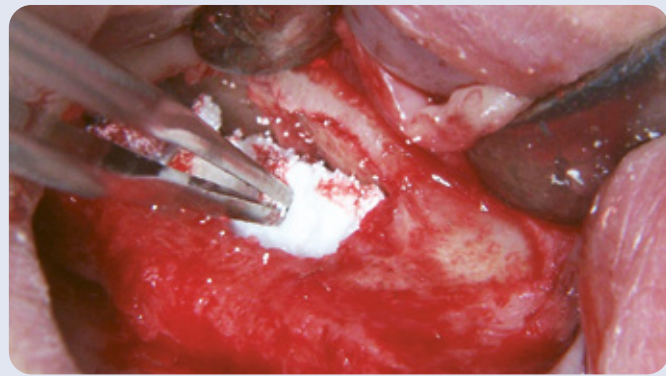


Fig. 3: inserimento di materiale biocompatibile e membrana di collagene protettiva



Fig. 4: dima radiografica e chirurgica



Fig. 5: realizzazione di segni sulla gengiva attraverso la dima radiografica



Fig. 6: prova denti



Fig. 7: progettazione digitale dell'armatura metallica della protesi



Fig. 8: consegna della protesi



Fig. 9: controllo clinico a distanza di 20 anni

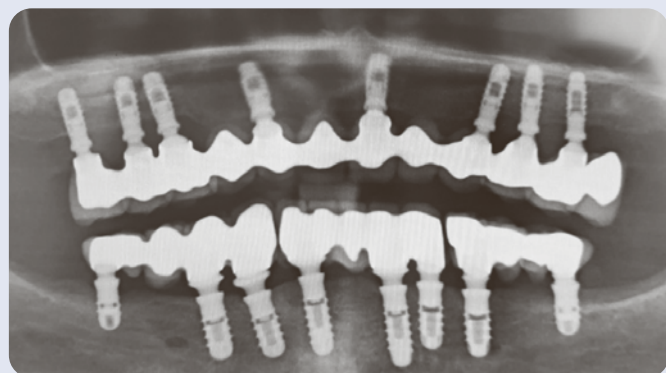


Fig. 10: controllo radiografico a distanza di 20 anni

**CONTENUTO
EXTRA**

**VIDEO - Follow-up a 20 anni di riabilitazione
implantoprotetica full arch
dopo grande rialzo di seno bilaterale**



CASO CLINICO

Approccio mucogengivale in un impianto tardivo in zona estetica

In aree estetiche l'approccio terapeutico di prima scelta è l'impianto post-estrattivo con provvisorizzazione immediata e contestuale tecnica chirurgica di incremento dei tessuti molli. Per poter eseguire un impianto post-estrattivo con protesizzazione è però necessario che sia presente un volume osseo adeguato al fine di ottenere la stabilità primaria sufficiente. In condizioni cliniche sfavorevoli si può quindi propendere per un impianto tardivo, eseguito cioè a guarigione completa dell'alveolo post-estrattivo.

Il caso qui illustrato mostra un incisivo centrale superiore destro (fig. 1) che, dopo essere stato trattato endodonticamente e protesizzato anni prima, a causa di un trauma è andato incontro a una frattura radicolare, che ne ha reso necessaria l'estrazione e la sostituzione con una protesi a supporto implantare. Il sondaggio clinico e l'immagine radiologica Cbct (fig. 2) mostravano chiaramente il profondo difetto della parete ossea vestibolare. Inoltre in base al biotipo gengivale sottile e festonato e alle alte esigenze estetiche del paziente, si è deciso di eseguire una riabilitazione con un impianto tardivo (impianto copaSKY di bredent medical).

L'alveolo è stato ricostruito tramite l'utilizzo di osso particolare autologo e di una membrana riassorbibile. L'area edentula è stata riabilitata provvisoriamente con una protesi adesiva tipo Maryland, che è stata incollata agli elementi naturali adiacenti e mantenuta in sito per almeno 6 mesi, fino alla completa guarigione dei tessuti duri e molli. Successivamente è stato possibile eseguire le procedure diagnostiche radiologiche e terapeutiche per la riabilitazione implantare.

La tecnica chirurgica scelta per il posizionamento implantare (fig. 3) prevedeva l'esecuzione di un lembo vestibolare a busta spostato coronalmente con un innesto connettivale applicato al lembo e suturato in corrispondenza del profilo di emergenza di un provvisorio, avvitato all'impianto al momento dell'inserimento implantare (protesizzazione immediata). L'inserimento implantare è stato eseguito tramite dima chirurgica che ha permesso il corretto posizionamento dell'impianto e l'avvitamento della protesi (fig. 4). Un innesto connettivale disepitelizzato prelevato dal palato è stato posizionato in posizione submarginale del lembo vestibolare. A 4 mesi dalla chirurgia il processo di integrazione e maturazione del tessuto molle buccale poteva dirsi completato (fig. 5) ed è stato quindi possibile iniziare la fase di condizionamento protesico dei tessuti molli con il provvisorio avvitato.

Nella fase finale è stato creato un elemento protesico di forma e colore simile al dente omologo, mantenendo la festonatura e la posizione del tessuto molle marginale ottenuti con la fase provvisoria. A 1 anno dal carico è stato eseguito un controllo radiologico che ha evidenziato la stabilità dell'osso marginale.

Si può concludere che l'impianto tardivo con approccio mucogengivale eseguito a completa guarigione ossea e dei tessuti molli presenta alcuni vantaggi chirurgici rispetto all'impianto post-estrattivo immediato:

- 1) maggiore tranquillità operativa (anche per operatori meno esperti), soprattutto partendo da condizioni cliniche iniziali complesse;
- 2) possibilità di intervenire in una seconda fase chirurgica per correggere eventuali deficit di tessuti duri e molli che si siano creati dopo la guarigione post-estrattiva;
- 3) maggiore probabilità di raggiungere la stabilità primaria per la provvisorizzazione immediata, elemento fondamentale per l'esecuzione dell'approccio mucogengivale.

Bibliografia

- 1) Marzadori M et al. Soft-tissue augmentation procedures in edentulous esthetic areas. Periodontol 2000. 2018;06;77(1):111-122.
- 2) Morton D et al. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding optimizing esthetic outcomes in implant dentistry. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014;29 Suppl:216-20.
- 3) Testori T, Taschini S, Scutellà F, Del Fabbro M. Immediate versus delayed loading of postextraction implants: a long term retrospective cohort study. Implant Dent. 2017;26:853-859.
- 4) Testori T, Weinstein T, Scutellà F, Wang H-L, Zucchelli G. Implant placement in esthetic area: criteria for positioning single and multiple implants. Periodontol 2000. 2018;77:176-196.
- 5) Zucchelli G et al. Autogenous soft tissue grafting for periodontal and peri-implant plastic surgical reconstruction. J Periodontol. 2020;91:9-16.



Alvise Gasparini
Libero professionista a Padova



Fig. 1: situazione clinica iniziale del paziente

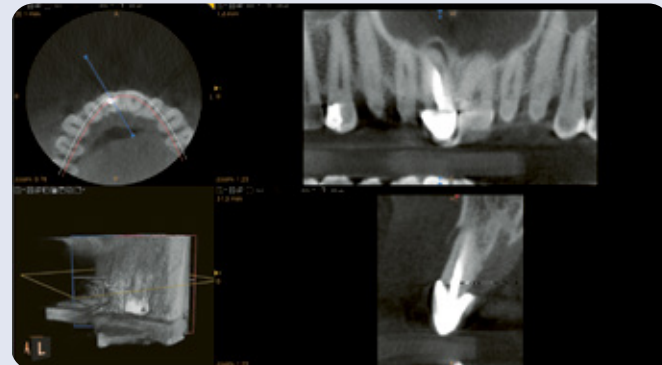


Fig. 2: situazione radiologica Cbct iniziale



Fig. 3: pianificazione per il posizionamento dopo la ricostruzione ossea alveolare



Fig. 4: protesi definitiva avvitata



Fig. 5: integrazione e maturazione completata del tessuto molle perimplantare



Fig. 6: controllo radiologico finale a 1 anno dal carico

Più tessuto osseo

Più pazienti

Più trattamenti

Backtaper

Superficie microstrutturata

Posizionamento
subcrestale

L'evoluzione del
platform switching –
Bone Growth Concept
di bredent medical



SCAN ME



360° IMPLANTOLOGY



Bone Growth Concept

Open for next

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

DENTAL INNOVATIONS
SINCE 1974

bredent group

CASO CLINICO

Caso di preservazione alveolare con biomateriale sintetico e membrana in collagene a lento riassorbimento

In seguito all'estrazione di un elemento dentale, le complicazioni derivano dall'inevitabile riduzione dei volumi tissutali e la cresta alveolare subisce un inevitabile processo di rimodellamento che influenza la terapia implantare della zona edentula.

Per contrastare questa riduzione volumetrica e ottenere risultati estetici migliori, sono state sviluppate diverse tecniche che impiegano biomateriali, membrane/barriere o impianti. I clinici, in alcune situazioni, possono avere la necessità di preservare il sito post estrattivo o di ricostruire una o più pareti mancanti per ottenere un corretto inserimento dell'impianto.

Caso clinico

Andiamo a descrivere un caso di preservazione dell'alveolo, eseguito con biomateriale sintetico Rigenera BCP granuli 1

mm (30% idrossiapatite a lento riassorbimento e 70% beta-tricalcio fosfato) dell'azienda Btk e una membrana a lento riassorbimento in tessuto mesenchimale eterologo.

La paziente, donna di 42 anni, si presenta in studio con una situazione di riassorbimento interno del 1.1 e disallineamento della parabola con il 2.1 (fig. 1). La presenza dell'apice radicolare del 1.1 in contatto con il pavimento del naso è ben visibile (fig. 2); tutto ciò rende impossibile una chirurgia post-estrattiva a carico immediato e si opta quindi per una preservazione dell'alveolo post-estrattivo con la tecnica che andiamo a descrivere. Nella figura 3, dopo l'estrazione, si può notare come l'alveolo, riempito con il biomateriale Rigenera 1 mm menzionato sopra, viene coperto con membrana non riassorbibile. La visione occlusale ci permette di notare come la membrana sia stata tenuta intenzionalmente esposta. Non



Stefano Volpe
Libero professionista a Roma



Ubaldo Colasanti
Libero professionista a Roma

aver effettuato lembi di scorrimento ha il vantaggio di non spostare coronalmente la linea mucogengivale e di aumentare il tessuto cheratinizzato.

A 5 mesi dall'intervento possiamo valutare la guarigione anche radiograficamente (fig. 4). La cresta rigenerata si presenta in ottimo stato e la situazione clinica è ottimale per l'inserimento di un impianto Safe della Btk (fig. 5), di cui riportiamo la radiografia post-chirurgica in figura 6.

Appreziamo la riabilitazione protesica in metallo-ceramica in figura 7 e la situazione post-riabilitativa a 2 anni di follow-up in figura 8, per la grande soddisfazione della paziente.



Fig. 1



Fig. 3



Fig. 5



Fig. 2



Fig. 4



Fig. 6

MISSION:
RICOSTRUZIONE OSSEA
CON IL NUOVO
BIOMATERIALE
SINTETICO
RIGENERA GRANULI



Fig. 7



Fig. 8

ALLEO®

Complici del
tuo sorriso.



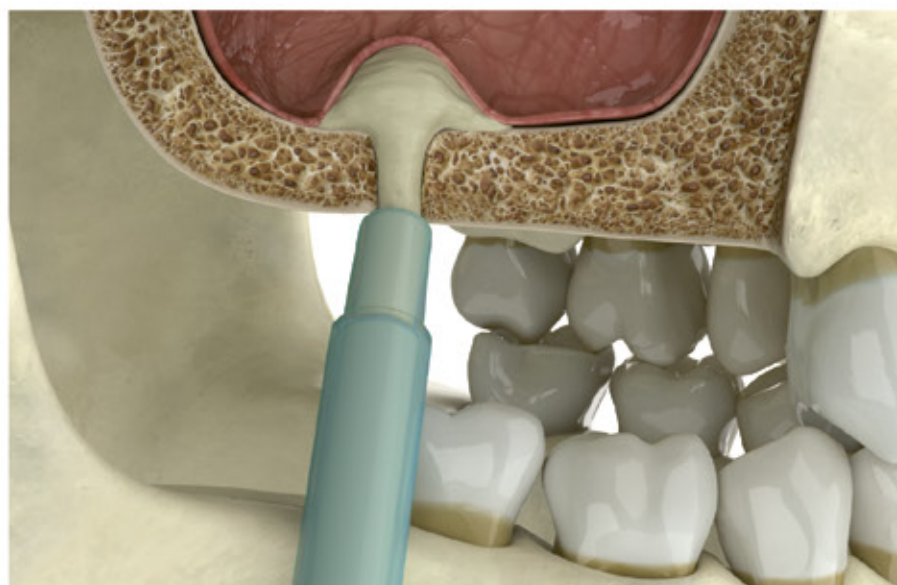
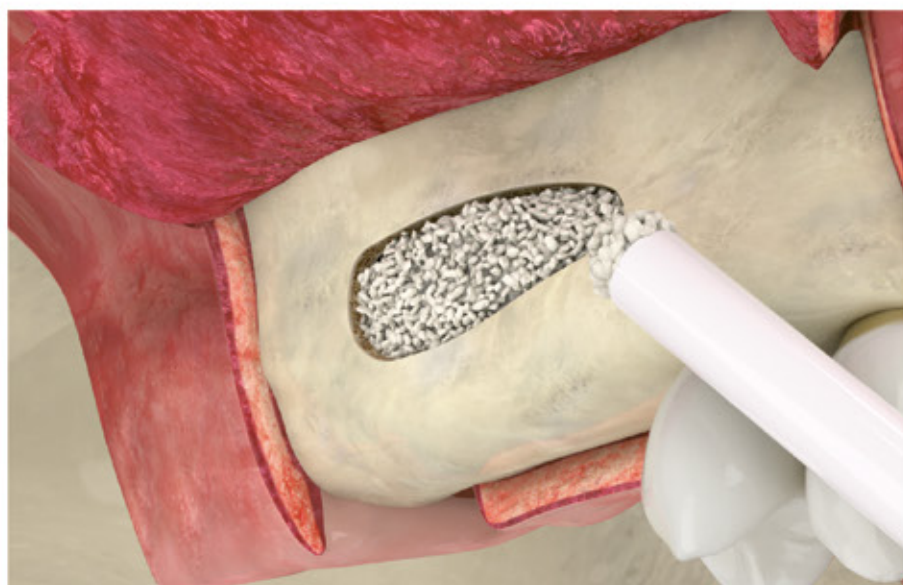
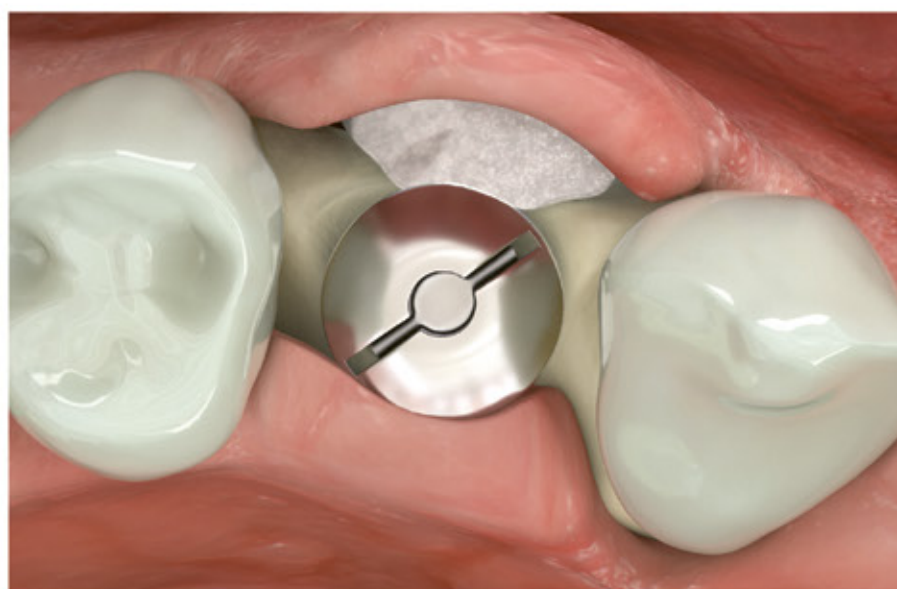
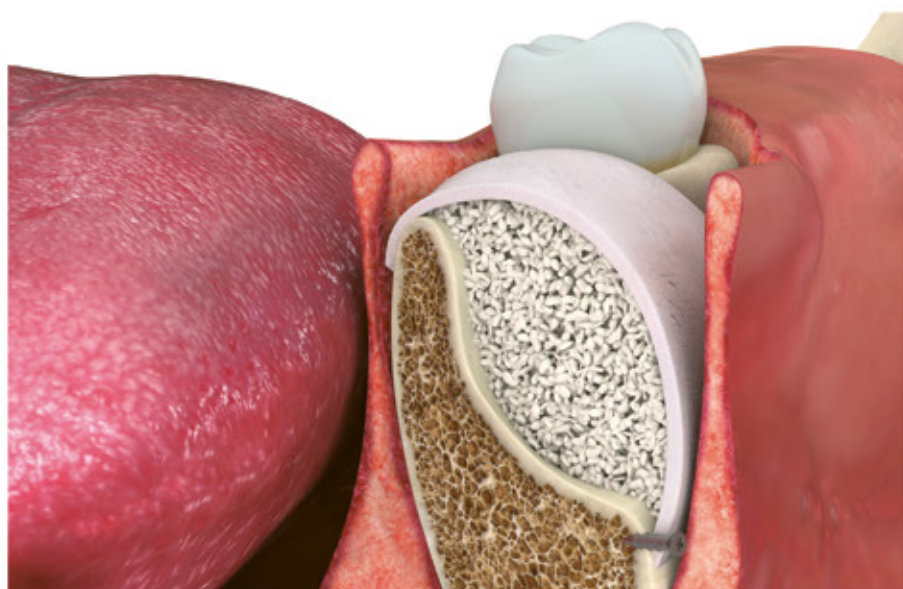
SCOPRI IL SISTEMA
ALLINEATORI LEONE



Leone®



OsteoBiol®
by TecnoSS



- UNA GAMMA COMPLETA DI SOSTITUTI OSSEI COLLAGENATI E MEMBRANE
- 25 ANNI DI INNOVAZIONI MADE IN ITALY
- DISTRIBUITI IN 70 PAESI NEL MONDO
- OLTRE 300 PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI
- UTILIZZATI IN OLTRE 2 MILIONI DI CHIRURGIE