

**Rocanal<sup>®</sup>**  
Cemento Endocanalare

**3** buoni motivi per scegliere Rocanal<sup>®</sup>

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

disponibilità immediata

**medirel** [www.medirel.com](http://www.medirel.com)



# Italian Dental JOURNAL

Anno XX Numero 3/2025



**Mario Alessio Allegri**  
Presidente Aic

## Congresso Aic, il pieno controllo in odontoiatria conservativa

La piena padronanza della disciplina passa attraverso il controllo dell'infezione (la carie), il controllo delle tecniche e il controllo delle forze in occlusione.

Tutto l'arsenale a disposizione del clinico, fatto anche di nuovi materiali e tecnologie, può esprimere una grande potenza di trattamento. «Questa potenza però ha bisogno di solide basi

culturali e competenze specifiche, in altre parole di controllo – spiega **Mario Alessio Allegri**, presidente dell'Accademia italiana di conservativa (Aic) –. Lo sciatore che disegna la traiettoria più veloce attorno al paletto con precisione millimetrica è l'esempio paradigmatico della capacità di controllo che siamo chiamati a raggiungere, oggi e per il futuro».

**Traumatologia dentale: come affrontare i casi di tutti i giorni**



**TOP NEWS Expodental, chirurgia dal vivo in fiera in box dedicati**



**Casi clinici SPECIALE PARODONTOLOGIA**



**DentalAcademy.it**



AUTORE Giovanni Leandro Arcangeli  
**Impianto post-estrattivo a carico immediato in area estetica (2.2): caso clinico**



AUTORE Aldo Crespi  
**Estrazione di un ottavo in mesioversione**

ULTIMI POST

Corona metallo-ceramica  
a soli € 55.00



Corona in zirconio integrale  
a soli € 59.00



Via Ennio Bonifazi, 47  
00167 ROMA  
06 97 85 87 17  
[diademadent.it@gmail.com](mailto:diademadent.it@gmail.com)  
[www.diademalab.it](http://www.diademalab.it)



# Sistemi d'Aspirazione **EXCOM** hybrid

>> efficienti  
ed affidabili



## PERICOLO AEROSOL:

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

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

## Aspiratori **EXCOM hybrid METASYS:**

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

# L'importanza del controllo in odontoiatria restaurativa

Il congresso nazionale dell'Accademia italiana di conservativa (Aic) fornisce i concetti teorici e pratici per prendere il pieno controllo clinico dell'infezione, delle tecniche restaurative e delle forze occlusali

«La restaurativa è niente senza controllo»: il titolo del 26esimo congresso nazionale dell'Accademia italiana di conservativa (Aic) riassume sotto il tema del «controllo» molti fattori differenti, che sono trattati in tre sessioni che corrispondono ad altrettante aree cruciali nella pratica quotidiana.

Il controllo dell'infezione viene illustrato attraverso le tecniche più innovative per prevenire e curare con un approccio medico la carie dentale; il controllo delle tecniche si riferisce alla presentazione dei protocolli più attuali per ottenere risultati ripetibili e affidabili in restaurativa; infine, il controllo delle forze chiude il congresso proponendo alcune riflessioni su un tema spesso sottovalutato, ma di estrema importanza in odontoiatria: si constata come le esigenze del progetto restaurativo prevedono differenze sostanziali tra anatomia naturale e anatomia protesica, ma si compie anche un'analisi delle forze che agiscono sull'elemento singolo, naturale e restaurato, così come sugli elementi protesici delle riabilitazioni estese.

Di questi argomenti abbiamo parlato con il presidente dell'Aic, **Mario Alessio Allegri**, che guida i lavori del congresso di Bologna (Palazzo della Cultura e dei Congressi) dall'8 al 10 maggio.

**Dottor Allegri, affrontando il tema del controllo dell'infezione, parliamo di carie: quali sono le tecniche più innovative per prevenirla e curarla con un approccio medico?**

La carie dentale è la malattia infettiva più diffusa al mondo. La sua prevenzione si basa innanzitutto sull'educazione alimentare e igienica. Svariati, poi, sono i presidi merceologici e le procedure definibili come «avanzati» oggi disponibili per il controllo della cariogenicità del biofilm. A partire dai rilevatori di placca in grado evidenziare le varie tipologie di biofilm, troviamo in commercio una enorme offerta di prodotti domiciliari in grado di contrastare la formazione del biofilm, di interferire col metabolismo batterico o di

competere con i microrganismi patogeni. Fortunatamente, l'approccio medico alla carie si sta evolvendo verso strategie minimamente invasive e biologicamente guidate, focalizzate sulla prevenzione e sul mantenimento dell'equilibrio ecologico del cavo orale.

**Passiamo al controllo delle tecniche: perché è così importante?**

Grazie all'adesione, molti materiali e tecniche sono usciti dall'ambito delle procedure conservative dirette per entrare in quello protesico, imponendo nuovi paradigmi restaurativi nelle riabilitazioni estese. Questa rivoluzione filosofica e operativa si è diffusa rapidamente ed è stata abbrac-

## LA RESTAURATIVA È NIENTE SENZA CONTROLLO

«I progressi continui dei materiali e delle apparecchiature – penso ad esempio al mondo del digitale – hanno rivoluzionato l'odontoiatria. Le prossime generazioni potrebbero fare diagnosi di carie con la sola intelligenza artificiale o affidarsi a un piano di trattamento multidisciplinare interamente sviluppato da un software. Tutta questa «potenza» ha bisogno di solide basi culturali e competenze specifiche, in altre parole di controllo. Lo sciatore che disegna la traiettoria più veloce attorno al paletto con precisione millimetrica è l'esempio paradigmatico della capacità di controllo che siamo chiamati a raggiungere, oggi e per il futuro».

**Mario Alessio Allegri**  
Presidente Aic

ciata da molti colleghi. È bene precisare, tuttavia, che stiamo parlando di restauri «guidati» mediante tecniche semidirette (iniezione e stampaggio) che non sono affatto semplici. Inoltre, l'outcome finale del trattamento dipende, in queste situazioni, come sempre nei casi complessi, in larga parte da una programmazione funzionale secondo parametri gnatologici prima che puramente estetici. Per concentrarsi su questi aspetti di pianificazione, il conservatore deve avere delle basi operative molto solide e avere il controllo di tutte le procedure adesive dirette, semidirette e indirette. Il dente singolo diventa così la «palestra» quotidiana del conservatore che voglia aspirare a orizzonti più ampi.

**Quanto deve pesare in questo processo l'autovalutazione della propria competenza in una tecnica piuttosto che in un'altra?**

La consapevolezza dell'operatore e la sua preparazione sono presupposti fondamentali per una odontoiatria etica oltre che predicibile, ma l'autovalutazione non basta. Servono un confronto e una educazione continua. Proprio per questo motivo le società scientifiche

come l'Aic sono indispensabili per la nostra professione.

**Controllo delle forze: che rilevanza clinica ha questo aspetto?**

L'organo masticatorio umano si è evoluto dal punto di vista filogenetico nel corso di un lungo arco temporale in un organo per la gestione delle emozioni. Il digrignamento e il serramento (bruxismo) svolgono un ruolo importante nell'attenuazione dei disturbi indotti dallo stress e nella riduzione dell'infiammazione sistemica ad esso associata. Questa funzione di gestione dello stress dell'organo masticatorio, mentre riduce la concentrazione di citochine e cortisolo nel torrente ematico, sottopone, tuttavia, gli elementi dentali, restaurati e non, a carichi pericolosi per intensità e direzione. Oggi coloro che si occupano di odontoiatria restaurativa dovrebbero prestare la massima attenzione nel progettare un'occlusione che faciliti la funzione di gestione dello stress dell'organo masticatorio e prevenga, grazie a opportune geometrie dell'interfaccia occlusale, l'eccessiva concentrazione di forze sull'unità di resistenza dento-restaurativa.

**Renato Torlaschi**

## EDITORIALE

**Aldo Crespi**  
Odontoiatra

## QUANDO IL PAZIENTE FA LA DIAGNOSI

Non sarà certo arrivata solo a noi in studio, la telefonata di un paziente che, con conclamata sicurezza, chiede un appuntamento perché deve togliere un dente, deve curare una carie oppure deve fare un impianto. Come rispondere a richieste tanto semplici, ma nel contempo così complicate da gestire?

Il paziente ha un problema, è evidente, quindi ci telefona in studio convinto che noi lo aiuteremo a risolverlo. Diamo naturalmente per scontato che la nostra assistente abbia un'esperienza tale da saper gestire al meglio sia la richiesta del paziente, sia le priorità e le urgenze dello studio. Questo perché solitamente chi telefona, essendosi già fatto la diagnosi, chiede di essere visto prima possibile. Non importa se da mesi ormai si trova in quella determinata condizione: ora se ne è reso conto e ha deciso. E, quando il paziente vuole essere visto, bisogna che questo avvenga il prima possibile, «prima di subito». Così l'assistente tranquillizza il paziente e, facendosi largo nei meandri dell'agenda, lo accontenta e lo inserisce il prima possibile. Perché il paziente non resti deluso, specifica che sicuramente il dottore lo vedrà e farà di tutto per aiutarlo, ma non è scontato che si arrivi alla totale soluzione del problema nella stessa seduta.

Si arriva al dunque: il paziente con la sua diagnosi preconfezionata si siede sulla poltrona e non sarà così facile spiegargli che dietro a una estrazione, ad esempio, esiste una variabile di condizioni generali e locali che fanno una discreta differenza da caso a caso; è universalmente riconosciuto infatti che la medicina è una scienza sempre individuale. E questo vale naturalmente per qualsiasi tipo di intervento lui pensi debba essere eseguito, da una semplice otturazione a interventi di implantologia.

In particolare, quando si tratta di un nuovo paziente con incrollabili certezze diagnostiche, districarsi non è davvero facile; si rischia infatti di irrigidirsi pensando: «qui il medico sono io e le diagnosi spettano solo a me». Se questo è innegabile, con una tale reazione si rischia di rispondere con tono difensivo, senza connettersi al vero problema del paziente: la richiesta di aiuto e la comprensione delle sue reali necessità. Quindi è importante andare sempre oltre e, nella maggior parte dei casi, è bene convincere il paziente che riusciremo, con serenità e calma, ad esaudire il suo desiderio di essere curato al meglio. Può sembrare banale e forse scontato, ma la vera svolta nella comunicazione avviene proprio quando impariamo a vedere in modo del tutto chiaro lo stato d'animo nascosto dietro la richiesta di ogni paziente; è come aprire una porta nell'intimo e creare un riverbero positivo non solo nel paziente ma anche dentro di noi che, in tal modo, ci predisponiamo a fornirgli tutte le spiegazioni possibili affinché comprenda che ci siamo immedesimati nella sua richiesta e faremo il possibile per esaudirla.

Sarebbe interessante applicare questa procedura introspettiva conosciuta semplicemente come «ascolto attivo» per verificarne l'efficacia anche nel nostro contesto sociale. Potrebbe sorprenderci per la sua capacità di integrarsi nei rapporti interpersonali, offrendoci anche piacevoli e inaspettate sorprese.



**CONGRESSO OPERA 2025**

# smart digital surgery

OPERA  
Congress

**6-7 GIUGNO  
2025**

**VILLA TACCHI  
13 RELATORI**

**VIEST HOTEL  
8 TAVOLI TECNICI  
CONGRESSO ASO**

**50 ECM FAD**



PER INFO  
ED ISCRIZIONI

# Come affrontare i casi di traumatologia dentale

Non esistono solo le classiche fratture coronali: anche le lesioni dei tessuti di sostegno, soprattutto sublussazioni e concussioni, vanno valutate e monitorate nel tempo. Dal punto di vista clinico, il riferimento sono le linee guida Iadt



Patrizia Lucchi

I traumi dentali sono eventi comuni tra bambini e giovani adulti, costituendo circa il 5% di tutte le lesioni. Si stima che il 25% dei bambini in età scolare subisca un trauma dentale, mentre il 33% degli adulti abbia riportato danni ai denti permanenti, con la maggior parte delle lesioni che si verifica prima dei 19 anni. Più in generale, se consideriamo concussioni e infrazioni, possiamo dire che quasi la totalità dei nostri pazienti ha riportato un trauma agli incisivi almeno una volta nella vita.

Le linee guida dell'International association of dental traumatology (Iadt), recentemente aggiornate, forniscono indicazioni preziose per il trattamento immediato e d'urgenza dei traumi dentali, non mancando di sottolineare l'importanza della gestione a lungo termine, che può richiedere interventi successivi di secondo e terzo livello, che coinvolgono specialisti odontoiatrici e medici esperti in traumatologia dentale. A queste linee guida si richiama spesso una delle principali specialiste italiane di traumatologia dentale, **Patrizia Lucchi**: amatissima per la sua empatia dai bambini e dalle famiglie, lavora come libero professionista a Trento e tiene regolarmente corsi sul tema.

**Dottoressa Lucchi, può farci una panoramica sulla traumatologia dentale e sull'importanza di una gestione tempestiva ed efficace dei traumi?**

I traumi dentali occupano attualmente il quinto posto a livello mondiale tra gli infortuni più diffusi, ma vengono spesso trascurati. Non è raro poi che giungano alla nostra osservazione in tempi successivi a quelli che consentirebbero una loro risoluzione ideale, complicando di fatto la prognosi a distanza.

**Quali sono le tipologie più comuni di traumi dentali che i dentisti si trovano a trattare?**

Certamente le fratture coronali, più o meno complicate dall'esposizione della polpa, rappresentano la tipologia di trauma con la quale maggiormente ci si confronta nella clinica quotidiana. Tuttavia dopo anni di professione, sono convinta che andrebbero considerate maggiormente anche le lesioni dei tessuti di sostegno, soprattutto sublussazioni e concussioni. Spesso

infatti i genitori o i pazienti dimenticano di riferire al clinico questo tipo di incidente poiché non si manifesta con perdita di sostanza dentale ma gli esiti a livello pulpale, dalle necrosi ai riassorbimenti associati, sono dietro l'angolo.

**Qual è la prima cosa che un dentista generico dovrebbe fare quando si presenta un paziente con un trauma dentale?**

Come prima cosa direi rassicurare genitori e paziente. Ritengo che il "trattamento" di un trauma dentale inizi dal frontdesk, dalla gestione della telefonata. Istruire la segreteria sulla raccolta di dati clinici ed anamnestici in modo corretto consente infatti al clinico di stabilire un grading di urgenza di intervento e semplificare la gestione del trauma in studio. In area clinica sicuramente poi la conoscenza delle diverse tipologie di traumi, saperli diagnosticare e seguire protocolli già ampiamente definiti dalle linee guida fanno il resto.

**Come si dovrebbe procedere in caso di avulsione dentale? Quali sono i tempi e le modalità per il reimpianto ottimale?**

Le linee guida ministeriali così come quelle della Iadt sono molto chiare nel confermarci come il reimpianto di un elemento avulso dovrebbe avvenire nel minor tempo possibile. Al punto che in presenza di fattori predittivi di rischio osservabili già in prima visita è buona norma insegnare ai genitori come eseguire loro stessi un reinserimento in alveolo.

Overjet superiori alla norma, pregressi traumi o patologie con associato aumento degli stessi, quali ad esempio autismo o Adhd (disturbo da deficit di attenzione/iperattività) rappresentano in questo senso un campanello d'allarme. Discorso a parte è rappresentato dagli elementi decidui avulsi, per i quali il reimpianto non rappresenta una scelta terapeutica, poiché si associa ad esiti molto spesso infausti.

**Ci sono segnali specifici da valutare immediatamente per capire se sono coinvolte strutture più profonde, come radici o tessuti circostanti? Quali strumenti diagnostici sono indispensabili per una corretta valutazione del trauma?**

Certamente l'esperienza clinica e l'esame obiettivo rappresentano punti fondamentali nella diagnosi clinica prima che strumentale. Tuttavia l'esame radiografico è parte essenziale nel capire se la ra-

## COME AFFRONTARE UN CASO DI TRAUMATOLOGIA

Spesso noi clinici siamo portati a minimizzare gli effetti che un trauma lieve può avere nel tempo o a sottostimare l'importanza di osservare anche i denti contigui e antagonisti a quelli direttamente colpiti dal trauma. Certamente esistono traumi complessi, che richiedono un intervento tempestivo se si vogliono minimizzare gli esiti, tuttavia anche semplici concussioni richiedono un'attenta valutazione e follow-up nel tempo.

Di per sé il trauma rappresenta un'urgenza che spesso trova il clinico impreparato a gestirla con serenità, soprattutto se non si occupa quotidianamente di odontoiatria pediatrica. Seguire attentamente le linee guida, aderire alla Iadt iscrivendosi al sito [dentaltraumaguide.org](http://dentaltraumaguide.org), formarsi con corsi specifici e monitorare nel tempo il paziente sono le chiavi del successo in questo campo.

Patrizia Lucchi

dice è direttamente coinvolta nel trauma. A tale proposito sempre più di frequente utilizziamo la tomografia computerizzata cone beam (Cbct) in casi in cui la sola radiografia endorale non è in grado di dipanare tutti i dubbi diagnostici, in particolar modo nei sospetti di frattura radicolare o della parete alveolare.

**Quali sono i trattamenti a lungo termine per i pazienti che hanno subito traumi dentali? Quali segnali indicano una buona prognosi e quali, invece, richiedono un intervento più invasivo o specialistico?**

Nel lungo termine le scelte terapeutiche possono coinvolgere tutte le figure del team multidisciplinare. La gestione di un paziente traumatizzato può richiedere in prima battuta l'intervento del conservatore e dell'endodontista. Tuttavia spesso le sequele nel

tempo rendono necessario valutare piani di trattamento parodontali, protesici e implantari.

Già nel periodo immediatamente dopo il trauma può talora delinearsi la prognosi infausta sul dente singolo o a carico di più denti coinvolti, obbligandoci a indirizzare a priori le nostre scelte di intervento futuro.

Classica nel bambino in crescita è la comparsa ad esempio di una anchilosi come conseguenza di una lussazione o di una avulsione. In questi casi siamo messi di fronte alla scelta di estrarre il dente o meno, di chiudere lo spazio traslando ortodonticamente gli incisivi laterali in posizione centrale ad esempio, o di mantenere il dente in sede e valutare a fine crescita le opzioni protesiche. È quindi coinvolta ampiamente in casi così complessi anche la figura dell'ortodontista, con il quale sarà necessario interfacciarsi

precocemente per guidare il piccolo paziente fino al completamento della crescita, minimizzando la necessità di interventi molto invasivi e dispendiosi in futuro.

**Che ruolo gioca la prevenzione secondaria, come il follow-up e il monitoraggio continuo, nella gestione del paziente?**

Direi essenziale. In particolar modo sistematizzare i controlli di follow-up seguendo quanto consigliato dalla Iadt permette di monitorare l'andamento del singolo caso. Il consiglio per ogni paziente visitato in urgenza per un trauma dentale è di dimetterlo già alla prima visita con una serie di controlli standard a tre, sei e dodici mesi e una volta all'anno per i cinque anni successivi. A questi poi andranno aggiunti ulteriori appuntamenti in relazione alla tipologia di trauma occorso. Sistematizzazione significa inoltre controllo della mobilità, della presenza di discromie, monitoraggio dei test di vitalità ed eventuali radiografie di controllo della salute endo-parodontale. La chiave del successo a parere mio risiede proprio in questo: conoscenza delle linee guida, monitoraggio nel tempo e lavoro in team interdisciplinare.

Renato Torlaschi





# Anniversary Sardegna International Congress

26<sup>th</sup> SARDINIAN MEETING



## A decade of Dental Innovation: what next?

June 12-14, 2025



Forte Village - Sardegna - Italia



### PROVISIONAL PROGRAM

#### DAY 1 THURSDAY - JUNE 12, 2025

**ENDO SESSION**  
  
Paula Villa, Fabio Gomi, Ruth Perez Alfayate, Roberto Fornara, Giovanni Olivi

**HANDS ON ENDO**  
  
Nicola M. Grande, Filippo Cardinali

**DENTAL ARTIFICIAL INTELLIGENCE SESSION**  
  
Reza Khosravi, Simone Stori, Sonia R. Bordin, Ken Aschheim, Maxine Feinberg, Dimitar Filchev, Ameed K. A. Hamid

**ACADEMY OF ORAL SURGERY SESSION**  
  
Angelo Cardarelli, Henri Diederich, Emad Salloum, Kenneth Lee, Lucia Lisi

**HANDS ON ORAL SURGERY**  
  
Raquel Zita

#### DAY 2 FRIDAY - JUNE 13, 2025

**STYLE ITALIANO SESSION (AND WORKSHOPS IN THE AFTERNOON)**  
  
Angelo Putignano, Louis Hardan, Lisa Gonçalves, Valentin Vervack, Vincenzo Tosco, Walter Devoto, Zlata Stepanova

**PROSTHO PERIO SESSION**  
  
Ignazio Loi, Federico Tirone, Meizl Eliezer, Alberto Miselli, Paolo Bozzoli, Filippo Tomarelli, Alessandro Perucchi, Cristian Scognamiglio

**DIGITAL DENTISTRY SESSION**  
  
Carlo Mangano, Fabrizia Luongo, Francesco Grande, Gennaro Ruggiero, Filippo Rustichini, Fabrizio Molinelli

**PLENARY SESSION AFTERNOON**  
  
Fabio Canova, Marco Veneziani, Daniela Garbo, Gualtiero Mandelli, Luigi Rubino, Ignazio Ticca, Damiano Soma, Alessandro Rampello

**HANDS ON ORAL SURGERY**  
  
Maria G. Grusovin

**HANDS ON IMPLA-PROTHESIS**  
  
Davide Farnonato

#### DAY 3 SATURDAY - JUNE 14, 2025

**PEDIATRIC SESSION**  
  
Katrin Bekes, Maria Giovanna Barboni, Figen Seymen, Maria El Khoury

**PLENARY SESSION**  
  
Camillo D'Arcangelo, Lorenzo Vanini, Esra Uzer Celik, Margarida Henrique, Elisabetta Pastorini, Alberto Battistelli, Carlo Tinti, Adriano Bartoli

**ORTHODONTIC SESSION**  
  
Renato Cocconi, Alessandro Greco, Giorgio Iodice, Vincenzo D'Antò

**HYGIENIST SESSION**  
  
Andrea Butera, Maria G. Grusovin

**CHAIR SIDE ASSISTANT SESSION**  
  
Rossella Abbondanza, Toshio Savio, Maria Elena Tonini, Francesco Grande

**AIO ACADEMY SESSION**  
  
Vincenzo Musella, Francesco Iacono, Luca Toselli, Tommaso Ghedini, Davide Guglielmi

**CONGRESS CLOSURE**  
  
Carlo Guastamacchia, Antonio Pelliccia



**Informations:**  
aiosardagna@aio.it - +39 348 9030167

**World Gala Registration:**  
www.congressaio.it/worldgala

**Transfer & Accommodations:**  
www.reservationaiosardagna.com

**Vendor Prospectus:**  
http://top100doc.com/prospectus

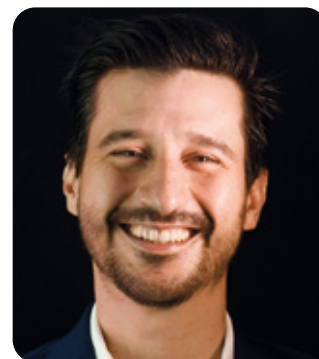
ABSTRACT SUBMISSION  
DEADLINE  
30 March 2025

EARLY-BIRD REGISTRATION  
DEADLINE  
30 March 2025



# Restauri posteriori: indicazioni cliniche, tecniche e materiali

Nei settori posteriori la scelta tra compositi e ceramiche, a volte, può fare la differenza clinica e determinare la longevità del restauro. In un'ottica mininvasiva, la tecnica diretta è sempre la prima scelta, se ci sono le condizioni



Alessandro Pezzana

Quali sono le indicazioni all'uso dei materiali da restauro nei settori posteriori? Ne abbiamo parlato con **Alessandro Pezzana**, libero professionista ad Omegna, in Piemonte, socio attivo dell'Accademia italiana di conservativa (Aic) e dell'Accademia italiana di estetica dentale (Iead).

«Il nostro compito di odontoiatri è quello di avere rispetto del paziente e conservare i suoi denti il più a lungo possibile. Per questo dobbiamo visualizzare il dente, danneggiato da carie o da trauma, su una scala di restauri dove al gradino più basso c'è il restauro diretto, che è sempre la prima scelta (denti vitali, senza crack o crepe con smalto sostenuto da dentina). Quando non si può fare, si passa al restauro indiretto adesivo (denti vitali con smalto non più sostenuto da dentina, sindrome da dente incrinato o crack, denti trattati endodonticamente, ma sempre con presenza di smalto periferico). Quando, per le caratteristiche del quadro clinico, si esclude anche questa possibilità, si passa al trattamento protesico, solitamente in elementi dentari trattati endodonticamente con la perdita di molto smalto periferico. Dobbiamo sempre agire in un'ottica di microinvasività – ci ha detto Pezzana –. Io tengo sempre a mente il test della figlia: fare ai pazienti quello che farei a mia figlia».

## Dottor Pezzana, quali sono i suoi criteri di scelta del materiale nel restauro dei posteriori? Meglio ceramica o composito?

Come noto i compositi possono essere utilizzati sia con metodiche dirette che con metodiche indirette, mentre le ceramiche possono essere utilizzate esclusivamente con metodiche indirette protesiche. Per quanto riguarda le tecniche indirette io utilizzo entrambi i materiali, eseguendo quindi intarsi sia in composito che in ceramica. Quando scelgo la ceramica, opto per il disilicato, mentre come composito utilizzo dei compositi altamente caricati, intorno al 70%, e nello specifico Brilliant Crios di Coltene, una linea di compositi fresati che ben si adattano alle mie necessità cliniche.

Per la scelta tra composito e ceramica, la mia analisi si concentra sull'antagonista: se è un dente naturale, scelgo il composito altamente caricato, che mi garantisce un range di sicurezza sull'usura nel tempo del restauro, anche se sappiamo che probabilmente non è il tipo di materiale e la sua

che i compositi per restauri indiretti attuali possono offrire delle buone caratteristiche meccaniche-fisiche: sono molto diversi rispetto a quelli di venti anni fa o anche di solo pochi anni fa, quando venivano stratificati manualmente e polimerizzati nel fornello. Oggi questi compositi fresati si ricavano da un blocco unico e quindi le caratteristiche meccaniche sono decisamente superiori.

## Quali caratteristiche deve avere il composito per raggiungere un risultato di qualità?

I nuovi compositi altamente caricati (per restauri diretti ed indiretti) permettono di avere un materiale duro, rigido, a bassa contrazione, con elevate caratteristiche meccaniche e anche buone caratteristiche di lucidità. Questi compositi "ultrariempiti" di ultima generazione, infatti, assomigliano molto alle ceramiche, anche se per natura non saranno mai uguali, e hanno un comportamento simile allo smalto naturale per grado di durezza e per usura.

Non è sempre stato così: fino a 7-8 anni fa creavo manualmente il mio intarsio con una tecnica di stratificazione per poi farlo post polimerizzare nel fornello. Ottenevo un grado di conversione che non era mai ottimale, quindi ottenevo un composito che non era poi così duro e rigido. Oggi invece utilizzando i blocchetti fresati si ottiene un materiale nettamente migliore dal punto di vista meccanico (grado di conversione massimo).

Queste caratteristiche rendono il composito sicuramente indicato nelle tecniche diret-

## COMPOSITO È LUCIDABILE E RIPARABILE IN STUDIO

Al di là delle caratteristiche meccaniche dei due materiali, che variano comunque a seconda delle caratteristiche con cui vengono prodotti, e al di là delle indicazioni cliniche al loro utilizzo, si può affermare in generale che il composito sia oggi più semplice da utilizzare.

«Il composito è di più semplice utilizzo perché può essere lucidato in bocca qualora ci siano dei piccoli sovracontorni, possibilità che invece il disilicato non offre, perché deve sempre ripassare dall'odontotecnico per essere lucidato – spiega Alessandro Pezzana –. C'è un'importante differenza anche sulla riparabilità di questi due manufatti: se c'è un chipping in un disilicato, verosimilmente dovrò rifarlo, mentre un chipping nel composito è quasi sempre riparabile».

te, ma oggi sempre di più anche in quelle indirette, perché abbiamo a disposizione compositi sempre più caricati, sempre più rigidi, che mantengono le caratteristiche di adesione tipiche del composito di una volta, ma con una resistenza meccanica oggi decisamente più favorevole, che esita anche in una migliore lucidabilità e in tutta una serie di caratteristiche positive.

## Tecnica diretta vs tecnica indiretta: quali sono le diverse indicazioni nel restauro dei settori posteriori?

Quando ci sono i presupposti clinici per applicare una strategia diretta, questa è ovviamente sempre preferibile per un discorso economico e biologico (rispetto del tessuto sano). Ci sono poi dei casi in cui le tecniche dirette sono tecnicamente fattibili, ma non

sono più la cosa giusta da fare, ed è quindi fondamentale analizzare il quadro clinico.

La prima cosa da analizzare è il trattamento endodontico dell'elemento dentario posteriore: il dente devitalizzato posteriore che presenta smalto periferico, anche se potenzialmente può essere restaurato con strategia diretta, necessita invece di una strategia indiretta a copertura cuspidale, che nel 95% dei casi è completa.

La seconda cosa da valutare è la qualità della dentina: se sono presenti delle crepe, dei crack, se c'è una sintomatologia simil sindrome da dente incrinato, anche se potenzialmente può essere restaurato con strategia diretta, mi muovo verso una strategia indiretta per andare a consolidare o comunque tentare di consolidare l'elemento ed evitare una propagazione precoce della rima di frattura che è già presente.

Anche nel dente vitale e senza fratture ci si muove verso strategie indirette quando siamo in assenza di una cuspidale sottile, che magari è solo un guscio di smalto.

Va poi valutata la bocca nel suo complesso: quanti elementi sono presenti in arcata, come partecipa quell'elemento all'occlusione, quali pa-

rafunzioni ha il paziente, ecc. Va comunque sempre tenuto presente che con le tecniche dirette, nonostante i grandi avanzamenti dell'industria dei materiali dentari, ci troviamo sempre a combattere con una contrazione, seppur bassa, del materiale composito. Questa variabile esiste e quando è necessario può essere ridotta al minimo con la scelta di un restauro indiretto.

## Nella tecnica indiretta, quali vantaggi offre un flusso di lavoro chairside con tecnologia Cad/Cam?

Personalmente non ho implementato nel mio studio la metodica chairside, ma il flusso di lavoro digitale sì: prendo l'impronta digitalmente e poi lascio tutto all'odontotecnico, che in una settimana realizza il manufatto. Non cemento il giorno stesso, sia perché non ne ho la necessità organizzativa, sia perché la produzione al Cad/Cam richiede comunque una curva di apprendimento importante.

Il vantaggio enorme che ha la tecnologia digitale è la possibilità di improntare sotto diga, il sogno di ogni protesista perché permette di vedere subito se gli spessori sono corretti e per l'assenza assoluta di umidità. Questa operazione mi consente di avere dei dati numerici, oggettivi.

Quindi con un buono scanner e soprattutto delle buone metodiche di scansione – lo scanner non è una spada laser e non funziona tutto per miracolo: la scansione bisogna saperla fare – rendo tutto molto preciso e soprattutto molto veloce, per il paziente e per me, azzerando per esempio il tempo di colare il gesso, disinfeettare le impronte, produrre il moncone sfilabile. Viene fatto tutto digitalmente e inviato all'odontotecnico con un click, che nella realizzazione, grazie alla tecnologia Cad/Cam, potrà sfruttare secondo le mie indicazioni i materiali monolitici sia di derivazione resinosa, quindi compositi, sia di derivazione ceramica, quindi disilicati.

Andrea Peren



Intarsio overlay cementato adesivamente e sotto controllo oclusale



# Isolamento del campo: come adattare gli uncini della diga

Gli uncini per il montaggio della diga possono essere adattati all'anatomia del paziente per ottenere un isolamento stabile e completo ed evitare filtrazioni di Edta, ipoclorito, cloroformio o di qualsiasi altro composto impiegato durante la terapia



Aldo Crespi

Come tutti gli appassionati di conservativa e di endodonzia sanno bene, per i casi standard non ci sono problemi nella scelta degli uncini per il montaggio della diga. Il mercato offre infatti una varietà molto vasta, tale da assolvere la corretta tenuta nella stragrande maggioranza dei casi. Nella pratica clinica, come accade nella scelta dei colori, che dopo molte prove ricade sul classico A4, analogamente nella selezione dei tanti uncini si ricade spesso nei classici 26 e 27 N, 90 N e 12 e 13 A, lasciando gli altri per casi particolari.

Nella terapia conservativa è sempre buona norma aumentare gli elementi da isolare e ricorrere alla inflessione perimetrale nel solco gengivale di tutti gli elementi interessati, per evitare anche quel minimo di liquido sulculare. Il problema si pone in alcune condizioni cliniche particolari nelle quali, nonostante la ricostruzione coronale, l'impiego della diga liquida (in molti casi fondamentale) e altre astuzie operative, risulta non sempre agevole trovare l'uncino perfettamente ancorante all'elemento, specie quando si tratta di monconi



protesici. Anche se la percentuale di ingestione accidentale degli uncini è fortunatamente bassissima, è sempre pru-

dente la legatura con filo interdente resistente. È infatti fondamentale operare in un campo perfettamente

isolato tanto da sembrare disidratato per quanto è stato efficace l'isolamento. Al contrario, è frustrante quando, magari a metà della terapia, ecco che compare quel rigagnolo di filtrazione che ci costringe a ricominciare tutto di nuovo e allestire un nuovo campo operatorio, con inevitabile dilatazione dei tempi e dei disagi.

Non sempre si tratta di un errore iniziale di isolamento, ma può dipendere da diversi fattori come la muscolatura opponente del paziente, i movimenti dello stesso, la tensione della diga specie quando spesso, le varie inevitabili deglutizioni, la muscolatura imponente della branca montante mandibolare, ecc.

Tutto parte dalla stabilità iniziale dell'uncino ed è proprio questo, in alcuni casi, l'anello debole. Vero che al primo posizionamento si prova sempre la stabilità, ma non è mai del tutto predicibile l'effetto fionda esercitato dalla diga, specie nei casi di ritrattamento canale dove, inevitabilmente, la tempistica operativa si dilata.

## Una soluzione pratica

Non esiste la soluzione risolutiva per tutti i casi, tuttavia, dopo tanti anni di professione, molti colleghi usano adattare gli uncini, modificando con apposite frese sia le alette che le mezzelune di tenuta, adattandole al caso specifico da trattare.

Potrebbe apparire un lavoro in più ma, quando ben curato ed eseguito in modo sapiente, il risultato è un isolamento perfetto che garantisce il miglior campo operatorio. Avere infatti dei filtraggi di Edta, ipoclorito, cloroformio o di qualsiasi altro composto impiegato, non è solo sgradevole per il paziente, ma può diventare pericoloso. Per questo e altri motivi il tempo iniziale dedicato ad isolare l'elemento da trattare al meglio possibile è sempre tempo ben investito e darà un ritorno pratico durante la terapia.

Doverla interrompere per un banale filtraggio richiede molto più tempo ed è sempre frustrante.

Aldo Crespi  
Odontoiatra

### Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria

Anno XX - numero 3 - aprile 2025

Numero chiuso in redazione il 31 marzo



### 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: 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

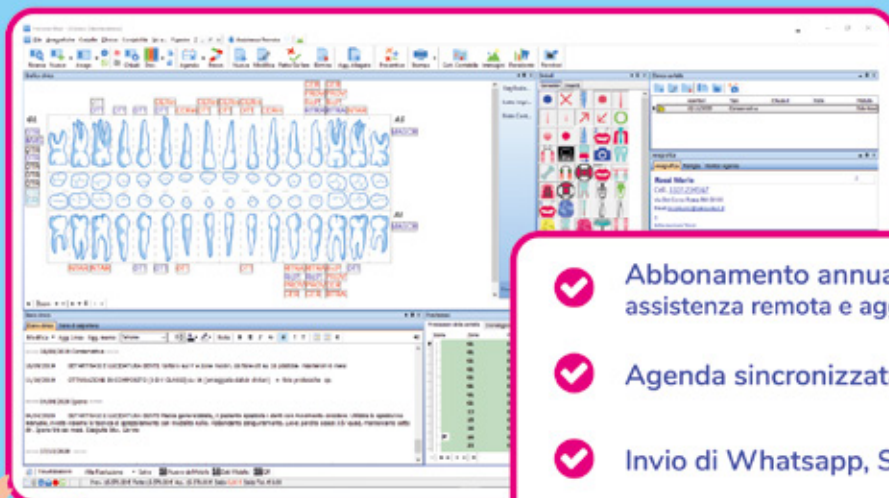
Tiratura del presente numero: 12.000 copie

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.



## 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



#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.

EXPO3D

TECNO DENTAL  
FORUM

EXPO DENTAL RDH

EXPO DENTAL LIVE ON STAGE

MEDAESTHETICA



[expodental.it](http://expodental.it)



UNIDI  
50 Years of Italian Dental Industry



# DENTALEVIDENCE

## REVIEW DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

### IGIENE ORALE

## Fluoro topico previene la carie, fluoro sistemico può interferire sullo sviluppo cognitivo

Uno studio del Karolinska Institutet di Stoccolma comparso su *Environmental Health Perspectives* suggerisce che l'esposizione al fluoro durante la fase fetale o la prima infanzia potrebbe compromettere le capacità cognitive nei bambini. Il fluoro è presente naturalmente nell'acqua potabile e, in alcuni paesi, viene aggiunto per prevenire la carie dentale. Tuttavia, l'aggiunta di fluoro all'acqua potabile è oggetto di dibattito a causa delle preoccupazioni sui potenziali rischi per la salute. In Italia, le acque potabili non sono mai state addizionate con fluoro, anche perché le acque italiane presentano naturalmente una concentrazione di fluoro generalmente soddisfacente, rendendo superflua l'aggiunta artificiale. Esistono variazioni locali significative e a volte il fluoro è presente in concentrazioni eccessive, come nella zona dei Castelli Romani, dove sono stati segnalati casi di fluorosi. Il decreto legislativo 2 febbraio 2001 numero 31 stabilisce un limite massimo di 1,5 mg/l di fluoro nelle acque destinate al consumo umano, in linea con la direttiva comunitaria 98/83/CE. Nonostante il contenuto di fluoro nelle acque italiane sia generalmente adeguato, alcuni pediatri continuano a raccomandare la somministrazione quotidiana di integratori di fluoro ai bambini. I ricercatori svedesi hanno seguito 500 madri e i loro figli in zone rurali del Bangladesh dove il fluoro è naturalmente presente



nell'acqua potabile, per indagare l'associazione tra l'esposizione precoce al fluoro e le capacità cognitive dei bambini. I risultati hanno mostrato che un aumento delle concentrazioni di fluoro nelle donne in gravidanza era associato a una diminuzione delle capacità cognitive nei loro figli sia a cinque che a dieci anni. Inoltre, i bambini con più di 0,72 mg/L di fluoro nelle urine all'età di dieci anni avevano capacità cognitive inferiori rispetto

a quelli con meno fluoro nelle urine, con associazioni più pronunciate per le capacità di ragionamento verbale e la capacità di interpretare ed elaborare input sensoriali. Poiché si tratta di uno studio osservazionale, non è possibile trarre conclusioni definitive sulle causalità. Pertanto, sono necessarie ulteriori ricerche per valutare i rischi per la salute associati al fluoro e stabilire soglie sicure per l'acqua potabile, gli alimenti e i prodotti per la cura dentale, specialmente per i bambini. «Vorrei sottolineare che i prodotti per l'igiene orale, come il dentifricio, non rappresentano normalmente una fonte significativa di esposizione al fluoro, poiché non sono destinati all'ingestione – ha precisato Maria Kippler, coordinatrice del lavoro –. Il fluoro nel dentifricio è importante per la prevenzione della carie, ma è fondamentale incoraggiare i bambini piccoli a non ingoiare il dentifricio durante lo spazzolamento».

Renato Torlaschi

Singh T, Gustin K, Rahman SM, Shiraji S, Tofail F, Vahter M, Kampouri M, Kippler M. Prenatal and childhood exposure to fluoride and cognitive development: findings from the longitudinal MINIMat cohort in rural Bangladesh. *Environ Health Perspect.* 2025 Mar 5.

### THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di  
**Stefano Daniele**  
odontoiatra

## BLACK STAIN NEL PAZIENTE PEDIATRICO SONO UN UN FATTORE PROTETTIVO VERSO IL RISCHIO CARIE

### Condizione clinica

Con il termine black stain si intendono delle pigmentazione brunaste/nere che compaiono sullo smalto dentale, in prossimità dell'area cervicale, nei bambini e negli adolescenti. Si tratta di un biofilm pigmentato particolarmente organizzato e alla sua formazione sembrano essere coinvolte delle specifiche specie batteriche del microbioma orale di alcuni bambini come la *Prevotella melaninogenica*, la *Prevotella intermedia* e l'*Actinomyces naeslundii*. L'aspetto pigmentato di questi depositi è dovuto alla reazione tra il solfuro d'idrogeno prodotto dai batteri sopraccitati e lo ione ferro presente nella saliva

e negli alimenti consumati. In letteratura scientifica sono riportati diversi studi osservazionali che mettono in luce come i bambini che presentano black stain a livello dello smalto cervicale hanno un basso o nullo rischio individuale di carie. I meccanismi che correlano le black stain al basso rischio individuale di carie non sono noti e diverse ipotesi sono state avanzate, tra le quali una competizione batterica tra i batteri black stain e i batteri cariogeni (*Streptococcus mutans* e lattobacilli principalmente) nel contesto del microbioma orale. Alcuni studi sottolineano come l'acquisizione salivare dei batteri black stain da parte del bambino avviene nei primi mesi di vita e, come per i batteri cariogeni, la trasmissione è di tipo diretto o orizzontale a partire dalla saliva del genitore, generalmente della mamma.

### Dati di evidenza scientifica

Mousa e i suoi collaboratori hanno eseguito una revisione sistematica e metanalisi per verificare se gli elementi dentali primari dei bambini che presentano black stain a livello dello smalto dentale cervicale hanno una minor presenza di lesioni cariose rispetto agli stessi elementi dentali dei bambini che non presentano tali pigmentazioni. La revisione sistematica ha evidenziato che i bambini che presentano black stain a livello dello smalto dentale cervicale hanno una ridotta esperienza di lesioni cariose, considerando sia il parametro dmft sia il parametro dmfs. La metanalisi è stata condotta in maniera molto razionale, formulando un forest plot specifico per le

diverse tipologie di studi inclusi (trasversale, caso-controllo, misto) che correlano la presenza di black stain e la presenza di lesione cariosa. Tutti i forest plot formulati hanno evidenziato un odds ratio inferiore a 1, che significa che le black stain sono un fattore protettivo verso lo sviluppo della lesione cariosa. I singoli forest plot presentavano, per ogni categoria di lavori, un valore di eterogeneità degli studi considerati medio-basso, un discreto/ampio intervallo di confidenza (95%), per la maggior parte spostato a favore del rapporto black stain versus bassa presenza di lesione cariosa.

### Implicazioni cliniche

1) La presenza di black stain nel paziente pediatrico è da considerarsi un fattore protettivo nei confronti delle malattia carie e della sua manifestazione rappresentata dalla lesione cariosa e sono verosimilmente associate a specie batteriche specifiche e antagoniste dei batteri cariogeni.  
2) La presenza delle black stain rappresenta di sicuro un inestetismo dentale, ma è necessario un confronto tra l'odontoiatra e i genitori del piccolo paziente sul rapporto rischio/beneficio della loro rimozione, anche in considerazione del fatto che tendono a scomparire spontaneamente verso l'età adulta.

Fonte: Mousa HRF, Radwan MZ, Wassif GOM, Wassel MO. The association between black stain and lower risk of dental caries in children: a systematic review and meta-analysis. *J Egypt Public Health Assoc.* 2022 Jul 30;97(1):13.

## GNATOLOGIA

## Ruolo dei nervi simpatici nel dolore dell'osteoartrosi dell'Atm: «è un'articolazione neurogena»

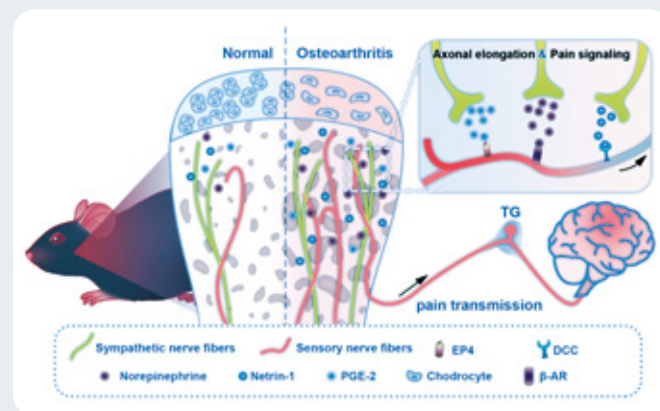
L'osteoartrosi dell'Atm può causare sintomi debilitanti come dolore orofacciale, limitazione dei movimenti mandibolari e rumori articolari, che influenzano negativamente la qualità della vita dei pazienti, causando disagio fisico e psicologico. Tradizionalmente, l'Atm è stata considerata simile alle altre articolazioni sinoviali, ma a differenza di queste, che derivano dal mesoderma, origina dalle cellule della cresta neurale del neuroectoderma. Questa origine embriologica condivisa con il sistema nervoso suggerisce una maggiore suscettibilità dell'Atm alla regolazione e all'innervazione da parte dei nervi periferici. Recentemente, un team cinese ha approfondito questa ipotesi, pubblicando uno studio sull'*International Journal of Oral Science*. La ricerca ha evidenziato il ruolo cruciale dei nervi simpatici nella modulazione del dolore associato all'artrosi dell'Atm. Utilizzando modelli murini con attivazione e blocco dei nervi simpatici periferici, lo studio ha mostrato che, durante lo sviluppo dell'artrosi, l'innervazione dei nervi simpatici nell'osso subcondrale del condilo aumenta prima dell'incremento dei

nervi sensoriali. I nervi simpatici rilasciano norepinefrina, che promuove la crescita e l'attivazione dei nervi sensoriali, contribuendo all'insorgenza del dolore.

La scoperta di questa interazione tra nervi simpatici e sensoriali offre nuove prospettive per il trattamento del dolore associato all'artrosi dell'Atm. Intervenire sui segnali nervosi simpatici potrebbe rappresentare una strategia terapeutica efficace per alleviare il dolore associato a questa condizione. Inoltre, lo studio fornisce ulteriori evidenze a supporto dell'ipotesi che l'Atm sia una "articolazione neurogena", aprendo nuove vie per la ricerca sull'innervazione e la regolazione di questa articolazione.

Giampiero Pilat

Ma Z, Wan Q, Qin W, Qin W, Yan J, Zhu Y, Wang Y, Ma Y, Wan M, Han X, Zhao H, Hou Y, Tay FR, Niu L, Jiao K. Effect of regional crosstalk between sympathetic nerves and sensory nerves on temporomandibular joint osteoarthritic pain. *Int J Oral Sci*. 2025 Jan 7;17(1):3.



Nell'osso subcondrale dei topi con osteoartrosi dell'Atm i nervi simpatici precedono i nervi sensoriali e corrono parallelamente ai nervi sensoriali. Durante la fase iniziale dell'artrosi, i nervi simpatici regionali rilasciano livelli aumentati di noradrenalina, che promuove la crescita e l'attivazione dei nervi sensoriali nell'osso subcondrale. La noradrenalina agisce anche in sinergia con le azioni di netrina-1 e PGE2, contribuendo così allo sviluppo del dolore

## IMPLANTOLOGIA

## Il follow-up più lungo al mondo su impianti dentali singoli: ancora funzionali dopo quarant'anni

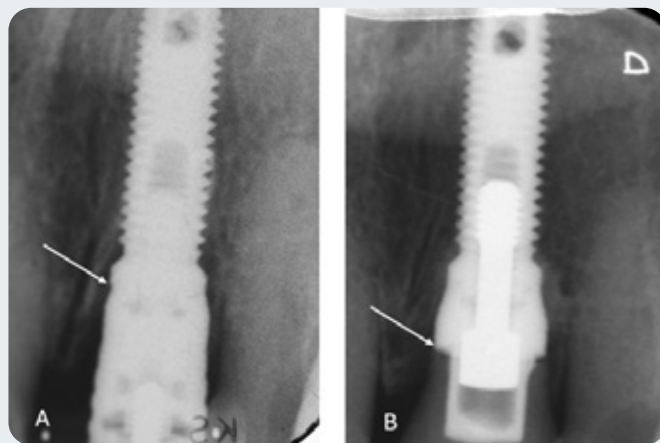
Gli impianti singoli continuano a funzionare bene anche dopo diversi decenni, secondo uno studio dell'Università di Göteborg, in Svezia, comparso su *Clinical Implant Dentistry and Related Research* (1). Si tratta del follow-up più lungo al mondo su impianti dentali singoli ed è basato sul monitoraggio di un piccolo gruppo di pazienti che erano stati sottoposti a implantologia tra il 1982 e il 1985.

Lo studio ha avuto luogo proprio dove l'implantologia è nata: dei 16 pazienti che avevano inizialmente ricevuto impianti, 13 (per un totale di 18 impianti) hanno partecipato al follow-up, condotto presso la Clinica Brånemark del Servizio odontoiatrico pubblico del Västra Götaland.

Dopo 38-40 anni, il tasso di sopravvivenza cumulativo è stato del 95,6%. Questo risultato decisamente favorevole è in linea con altri studi simili, che tuttavia erano significativamente più brevi, sebbene includessero un numero maggiore di partecipanti.

Le corone supportate da questi impianti hanno invece mostrato un tasso del 60,9%, inferiore rispetto alla sopravvivenza degli impianti stessi. In una precedente revisione sistematica (2), il tasso di sopravvivenza delle corone su impianti singoli era stato quasi del 90% dopo 10 anni. Altri studi hanno evidenziato tassi dell'80,4% e dell'83,8%. Ma, secondo gli autori, la maggiore necessità di sostituzione delle corone nel tempo potrebbe essere attribuita a motivi estetici o a evoluzioni nel design delle corone stesse.

Nello studio svedese la profondità di sondaggio variava da 0 a 11 mm, con il 22% degli impianti che presentava una pro-



Radiografia del 1984 con una corona in acrilico (A) e al follow-up a 40 anni (B) con una corona in ceramica cementata. Le frecce indicano i livelli ossei marginali e mostrano un significativo guadagno osseo durante il periodo di follow-up

fondità media superiore a 6 mm. Nonostante ciò, nessun impianto è stato diagnosticato con perimplantiti e non sono state rilevate perdite ossee significative; i livelli ossei marginali sono rimasti stabili nel tempo, con alcuni impianti che hanno mostrato un guadagno osseo.

Lo studio evidenzia dunque che gli impianti dentali singoli presentano una prognosi favorevole a lungo termine. Resta però fondamentale identificare le possibili cause di fallimento

e i fattori che contribuiscono al successo del trattamento. In questo caso, oltre ai fattori legati al paziente, la tecnica chirurgica potrebbe aver influenzato la sopravvivenza dell'impianto. Tutti gli impianti sono stati inseriti utilizzando un protocollo chirurgico in due fasi con carico differito, e nessuno ha ricevuto innesti ossei. Il tempo medio di guarigione tra le due chirurgie è stato di 7 mesi, con impianti caricati in media 10 mesi dopo l'installazione. Questi tempi di trattamento sono relativamente lunghi: è possibile che le pratiche attuali che prevedono tempi di trattamento ridotti possano comportare un aumento della frequenza di perdita degli impianti. Altri fattori importanti per la sopravvivenza dell'impianto sono il design dell'impianto e la modifica della superficie impiantare. Oggi, la maggior parte degli impianti in commercio presenta una superficie moderatamente ruvida per garantire un'osteointegrazione più rapida ed efficiente. Tutti gli impianti analizzati nello studio avevano invece superfici lavorate e hanno comunque mostrato eccellenti risultati a lungo termine.

Renato Torlaschi

- (1) Barkarm S, Kowar J. Outcome of Single Dental Implants Over 38-40 Years: A Long-Term Follow-Up Study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2025 Feb;27(1):e13443.
- (2) Hjalmarsson L, Gheisarifar M, Jemt T. A systematic review of survival of single implants as presented in longitudinal studies with a follow-up of at least 10 years. *Eur J Oral Implantol*. 2016;9 Suppl 1:S155-62.

TI SEI PERSO UN NUMERO?

LEGGI  
L'EDIZIONE  
DIGITALE

WWW.DENTALJOURNAL.IT/DENTAL-JOURNAL



# SORRISO A RISCHIO

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



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

## SCEGLI LA PREVENZIONE

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



Guarda il video



**CURASEPT**  
PREVENT

[www.curaseptspa.it](http://www.curaseptspa.it)

## Cceps ancora paralizzata. Anelli (Fnomceo): «ora medici radiati e sospesi continuano a esercitare»

Impuniti grazie alla burocrazia. È la situazione di medici e odontoiatri sanzionati (fino alla radiazione) dal proprio ordine professionale per fatti più o meno gravi, ma che grazie a un ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (Cceps) ottengono l'immediata sospensione della sanzione. Il ricorso (circa 900 quelli aperti, di cui 200 per radiazione) infatti sospende l'efficacia della sanzione sino a che la commissione non si pronuncia.

Per **Filippo Anelli**, presidente Fnomceo, la strada dovrebbe essere quella di istituire in seno alla Cceps una commissione stralcio per smaltire arretrati e dare esecutività, se confermate, alle sanzioni disciplinari degli ordini, perché «ora medici

radiati e sospesi continuano a esercitare». «Allo stato attuale – riferisce Anelli – sono numerosi, a causa di alcuni intoppi e ritardi che hanno portato di fatto alla paralisi di questo organismo giurisdizionale speciale, i ricorsi ancora pendenti dinanzi alla Cceps. E questo, di fatto, vanifica l'azione sanzionatoria degli ordini, facendo sì che medici sospesi o addirittura radiati continuino a esercitare».

Intanto il ministero della Salute ha informato di aver già predisposto lo schema di riforma della Cceps con l'obiettivo di «rendere più spedita la trattazione e decisione del giudizio» per i medici e le professioni sanitarie. Impronosticabili i tempi di realizzazione. Il ministero informa che in particolare la propo-

sta di riforma, a tutela dei cittadini e degli stessi professionisti, «stabilisce che le sanzioni comminate dagli Ordini siano immediatamente esecutive, in attesa della decisione della Commissione, a differenza di quanto accade oggi per cui il ricorso alla Commissione sospende l'efficacia della sanzione, sia essa radiazione o sospensione. In questo modo, i medici radiati o sospesi, non potrebbero esercitare la professione fino alla pronuncia della Commissione. Si prevede, inoltre, la costituzione di due sezioni – una per i medici e gli odontoiatri, che rappresentano più della metà del contenzioso, e l'altra per le altre professioni sanitarie – che si occuperanno sia dei ricorsi pendenti che dei nuovi ricorsi».

## Ddl 1241 “Prestazioni sanitarie”, pieni poteri all'Agcom per sanzionare la pubblicità sanitaria ingannevole

Presto l'Agcom, l'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, potrà sanzionare gli estensori di pubblicità sanitaria ingannevole. Lo prevede un emendamento al disegno di legge 1241 “Prestazioni sanitarie” in discussione al Senato. L'emendamento si aggancia alla cosiddetta “norma Boldi” sulla pubblicità sanitaria contenuta nella legge di Bilancio 2019, prevedendo che «L'inosservanza delle disposizioni per il contrasto della pubblicità sanitaria ingannevole, di cui al comma 525 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 e sue modifiche e integrazioni, comporta a carico del soggetto interessato o committente, sia questo una struttura sanitaria privata di cura o un soggetto iscritto agli Albi degli Ordini delle professioni sanitarie, nonché a carico del proprietario del mezzo o del sito internet di diffusione o di destinazione, con l'esclusione di campagne di prevenzione informative con qualsiasi mezzo diffuse, l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689 di importo pari al 10 per cento del valore della campagna promozionale e, in ogni caso, non inferiore, per ogni violazione, a euro 10.000».

La legge già identificava nell'Agcom l'autorità competente alla contestazione e all'irrogazione delle sanzioni, ma mancavano gli

indispensabili strumenti attuativi per renderla pienamente operativa su questo fronte. Strumenti che vengono forniti dal nuovo articolo di legge contenuto nel ddl 1241: «L'Autorità competente alla contestazione e all'irrogazione delle sanzioni di cui al presente articolo è l'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, che vi provvede ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689, e del comma 536 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, indipendentemente dal mezzo con cui la pubblicità di cui al comma 1 è effettuata».

Pienamente soddisfatto il presidente **Cao Andrea Senna**: «un emendamento fondamentale, a tutela di tutti i cittadini italiani, che estende il potere sanzionatorio di Agcom nell'ambito delle pubblicità sanitarie non deontologicamente orientate», ovvero che contengono elementi di carattere attrattivo e suggestivo, tra cui comunicazioni contenenti offerte, sconti e promozioni, suscettibili di determinare il ricorso improprio a trattamenti sanitari.



Andrea Senna

## A Expodental Meeting interventi di chirurgia, medicina estetica e igiene orale dal vivo

A Expodental Meeting, a **Rimini dal 15 al 17 maggio**, in un box attrezzato come un vero studio odontoiatrico, andranno in scena, per la prima volta in una fiera italiana, interventi di chirurgia, medicina estetica e sedute di igiene orale dal vivo.

L'evento nell'evento si chiama Expodental Live On Stage e spicca per la sua offerta rivolta a odontoiatri e igienisti dentali di una rappresentazione dal vivo delle diverse attività che li riguardano: interventi di chirurgia, medicina estetica e igiene orale professionale. Sono tre i box allestiti che raffigurano fedelmente uno studio dentistico, costruiti con pareti di vetro e dotati di una lampada con microcamera incorporata che trasmette sul videowall della sala il dettaglio degli interventi per offrire una visione immersiva di quanto avviene in diretta, un evento che si discosta dagli schemi tradizionali della formazione e diventa esperienza



di conoscenza. La Hall Sud sarà allestita come una sala e dedicata alla chirurgia con il box dedicato, mentre gli altri due box saranno posizionati rispettivamente nel padiglione A2 riservato a Medaesthetica e nel padiglione A3 che ospita la sala dedicata a Expodental RDH.

Il programma formativo di Expodental Meeting 2025 conferma le consuete, e apprezzate, collaborazioni con

tutte le associazioni di riferimento del settore dentale e comprende diverse aree tematiche, dai consolidati programmi di Expo 3D, che mette in scena il flusso digitale in odontoiatria, e Tecnodental Forum, l'evento riservato agli odontotecnici, fino a Medaesthetica con un importante programma di medicina estetica in odontoiatria e infine a Expodental RDH, dedicato agli igienisti dentali.

## Indagine DentalPro/Key-Stone conferma: il 40% degli italiani non va dal dentista

Arrivano conferme sul noto trend che vede gran parte della popolazione esclusa dall'assistenza odontoiatrica. Secondo i dati di un'indagine commissionata da DentalPro a Key-Stone sulle abitudini di trattamento e di accesso alle cure dentistiche degli italiani, realizzata su un campione di 10.118 cittadini di età superiore ai 20 anni sul territorio italiano nel 2024, circa il 40% della popolazione non si è sottoposta a visite odontoiatriche nemmeno una volta nell'ultimo anno. Ma non solo: il 58% degli italiani ritiene di non necessitare trattamenti dal dentista nel prossimo futuro, mentre il 33%, pur avendo bisogno, pensa di rimandarli e solo il 9% inizierà le cure nei prossimi tre mesi. In Italia chi è andato dal dentista nell'ultimo anno? Se l'accesso alle cure odontoiatriche non è così differente in base al sesso (61% degli uomini, 64% delle donne), emergono invece discrepanze tra aree geografiche: nelle regioni meridionali e insulari solo il 59% si è recato dal dentista, percentuale che migliora al Centro e al Nord Est (65%) e al Nord Ovest (64%). Anche



i fattori socio-economici influiscono sulle abitudini legate alla salute orale: chi possiede, infatti, un titolo di studio o un reddito elevato si è sottoposto nell'ultimo anno a visite o trattamenti odontoiatrici. Inoltre, ad incidere sulle cure dal dentista è anche l'età: se tra i 20 e i 59 anni i valori sono superiori (circa

il 70% rispetto alla media nazionale del 62%) e tra i 60-69enni leggermente inferiori (61%), risulta significativo che solo il 39% degli over 70 si sia recato dal dentista nell'ultimo anno. Emerge, quindi, una maggiore attenzione alla salute orale tra i più giovani rispetto agli over 60.

Un dato rilevante è che oltre 6 italiani su 10 (66%) si sono sottoposti all'igiene dentale professionale negli ultimi tre mesi del 2024, con un aumento di oltre il 34% rispetto al trimestre precedente. È questo il trattamento odontoiatrico più diffuso in Italia soprattutto nel Nord Est (71%) e tra la popolazione di età compresa tra i 20 e i 49 anni (72%). Oltre al territorio e all'età, si evidenziano differenze anche in base alla stagionalità, con un picco nei mesi di giugno e dicembre 2024 (74%). Oltre all'igiene professionale, gli italiani si sono recati dal dentista per otturazioni e ricostruzioni dentali (24% con una diminuzione di oltre il 35% rispetto al trimestre precedente) e per estrazioni dentali (13% e -61% rispetto al trimestre precedente).

# Cento pagine per gestire l'imprevisto

COME SI PENSA, COSA SI FA E CON CHE COSA  
IN CASO DI EMERGENZA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO



**Claudio Di Maria**  
è specialista in Anestesia  
e Rianimazione  
e in Odontoiatria



**Marzia Niso**  
è specialista in Anestesia  
e Rianimazione  
e in Tossicologia Medica

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

Guarda l'anteprima  
e acquista la tua copia su  
[WWW.GRIFFINEDITORE.IT](http://WWW.GRIFFINEDITORE.IT)



volume cartonato  
formato 17x24 cm  
128 pagine con immagini,  
illustrazioni e 12 video

PREZZO DI COPERTINA

**74 euro**

## Rifiuti pericolosi, i dentisti non organizzati in forma di impresa devono iscriversi al Rentri entro il 13 febbraio 2026

I dentisti degli studi non organizzati in forma di impresa devono iscriversi alla nuova piattaforma Rentri entro il 13 febbraio 2026 e non da quest'anno. Ma non sono tenuti personalmente all'invio dei nuovi dati relativi al conferimento dei rifiuti sanitari pericolosi. Ci pensano ditte trasportatrici e di smaltimento. A fare il punto della situazione è Associazione Italiana Odontoiatri.

Quindi per il dentista singolo o associato, non esercente in forma d'impresa/societaria, non è necessario registrarsi subito alla nuova piattaforma nazionale digitale sulla tracciabilità dei rifiuti, il Rentri. L'adempimento va posto in essere entro il 13 febbraio 2026, pena sanzioni.

«Peraltro – spiegano da Aio –, già il 13 febbraio di quest'anno le ditte che trasportano i rifiuti speciali prodotti negli studi organizzati in forma di impresa sia gli altri – hanno iniziato a rilasciare i nuovi modelli di formulario in luogo di quelli fin qui utilizzati dallo studio. Alcune ditte stanno chiedendo al cliente odontoiatra di registrarsi al Rentri subito, accedendo pure lui alla piattaforma e scaricando il formulario. “Se non ti iscrivi non ti ritiro più i rifiuti”, è la frase. È un'inesattezza, possiamo confermarlo».

Per maggiore sicurezza il segretario sindacale nazionale Aio Danilo Savini ha scritto al Rentri chiedendo se un titolare di

studio odontoiatrico non costituito in forma d'impresa debba da adesso iscriversi al Rentri in quanto produttore di rifiuti speciali pericolosi. I tecnici del Servizio di Assistenza rispondono che medici, dentisti e veterinari, se non organizzati in forma d'impresa, sono tenuti a registrarsi (a prescindere dal numero di dipendenti) in quanto produttori di rifiuti pericolosi. Ma c'è ancora tempo. L'iscrizione va fatta entro il 13 febbraio 2026.



## Prevenzione orale, dati Mentadent: genitori virtuosi su alimentazione e igiene, ma non sulla regolarità delle visite

In occasione della Giornata mondiale della salute orale (20 marzo), Mentadent rilascia i risultati del test online “Come cresce il suo sorriso?” che, attraverso poche e semplici domande, permette di ottenere un'indicazione valida su cosa sia necessario migliorare nella routine di igiene orale dei piccoli di casa. Dai risultati del test, sviluppato da Mentadent con il supporto scientifico di Andi, emerge un quadro virtuoso: le famiglie italiane sono attente all'alimentazione dei figli, fondamentale per la prevenzione di patologie del cavo orale. Quasi il 77% dei rispondenti – su un campione di oltre 5mila genitori e familiari che hanno completato il test – dichiarano che il proprio figlio beve bibite zuccherate, come succhi di frutta o bevande gassate, meno di 1 volta al giorno. Oltre l'80% presta attenzione anche all'apporto di calcio, fondamentale per il corretto sviluppo dei denti da latte prima e permanenti poi, includendo nella dieta cibi come latte, formaggio o yogurt almeno 1 o più di 2 volte al giorno. Più difficile il rapporto con verdura e frutta fresche: quasi il 58% di genitori e familiari dichiara di riuscire a inserirle nella dieta meno di 1 volta al giorno, mentre il restante 42% da 1 a più di 2 volte al dì.

L'attenzione all'igiene orale quotidiana è alta, tuttavia genitori e familiari tendono a non programmare con costanza le visite dal dentista per i piccoli di casa: oltre il 72% infatti non ha portato i figli dal dentista negli ultimi 12 mesi. Ma la regolarità delle visite, ancor prima dei 2 anni di età, è fondamentale per monitorare il corretto sviluppo di denti, palato e gengive.

## Senna (Cao nazionale): applicare la legge sull'accesso alla specialistica ambulatoriale senza specializzazione

Un intervento del ministero della Salute per richiamare le aziende sanitarie a rispettare la normativa vigente, ammettendo i laureati in odontoiatria e protesi dentaria, senza ulteriori specializzazioni, alle graduatorie per gli specialisti odontoiatri ambulatoriali. A promuoverlo, in una nota indirizzata a Mariella Mainolfi, direttore generale della ex direzione generale professioni sanitarie e risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero, è il neopresidente Cao **Andrea Senna**.

A quasi due anni dalla sua approvazione, la norma di legge (l'articolo 15-ter del “Decreto Bollette”) che aboliva, ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e dell'accesso alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale, il requisito della specializzazione, è infatti ancora poco applicata. «La normativa è chiara – spiega Senna – e stabilisce, una volta per tutte, il valore specializzante della laurea in odontoiatria e protesi dentaria. Laurea che, insieme all'abilitazione e all'iscrizione all'Ordine, è oggi l'unico requisito necessario sia per la partecipazione ai concorsi pubblici sia per l'ammissione alle graduatorie per la specialistica ambulatoriale».

Anche i tribunali si stanno allineando: una recente sentenza del tribunale di Trapani, la 1997 del 2024, nell'ordinare alla Asp di includere il ricorrente nella graduatoria per l'anno 2025, ha precisato che il titolo dei laureati in odontoiatria e protesi dentaria “assorbe” quello di specializzazione in odontoiatria richiesto ai laureati in medicina e chirurgia, e che, dunque, per i laureati in odontoiatria non è più necessario il diploma di specializzazione.



Andrea Senna

kuraray

Noritake

## LA SEMPLIFICAZIONE INTELLIGENTE

# UNIVERSAL



### CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Linea Universal

La Tecnologia di Diffusione della Luce (LDT) di Kuraray Noritake Dental, applicata ai filler del composito CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal, permette di raggiungere l'integrazione estetica con un solo colore, sia per i restauri posteriori sia per quelli anteriori.



Colore per i  
restauri posteriori



Opzioni di colore  
per i restauri anteriori



Nessuna massa  
per bloccare la luce

La tecnologia dei filler ad elevato indice di diffusione della luce permette l'integrazione ottica con i tessuti naturali circostanti, agendo sul controllo di traslucenza e opacità.

Crea bellissimi restauri con pochi colori e una procedura semplificata grazie alla nostra tecnologia avanzata.

Comunicazione riservata al personale sanitario

# Costruire il proprio brand con l'intelligenza artificiale

Ideare o ripensare il brand dello studio dentistico in modo autentico e distintivo è oggi più semplice grazie al supporto degli strumenti di intelligenza artificiale, che è in grado di definire un posizionamento differenziante per il tuo studio



Simone Stori

Nel mondo odontoiatrico, molti professionisti credono che per avere successo basti offrire cure di qualità o investire in attrezzature all'avanguardia. Ma la realtà è un'altra: senza un posizionamento chiaro e differenziante sul mercato, il tuo studio rischia di essere percepito come uno dei tanti. Il posizionamento differenziante è l'elemento chiave di ogni strategia di marketing efficace. È ciò che ti permette di distinguerti dalla concorrenza, attrarre i pazienti giusti e costruire una reputazione solida. Eppure, è spesso il tassello più trascurato nel marketing odontoiatrico.

Molti studi si presentano in modo simile: "studio all'avanguardia", "attenzione al paziente", "tecnologie innovative". Ma queste affermazioni non comunicano nulla di unico. Un posizionamento efficace, invece, risponde a domande fondamentali:

- perché un paziente dovrebbe scegliere proprio te?
- cosa offri di realmente diverso dagli altri?
- qual è la tua promessa distintiva e in cosa sei il migliore?

## Sfruttare l'IA per il posizionamento

L'intelligenza artificiale può aiutarti a costruire un posizionamento forte e memorabile attraverso l'analisi dei competitor, la definizione del tuo "perché" secondo Sinek, la costruzione di una storia coinvolgente e l'ottimizzazione del branding digitale. Secondo Simon Sinek, il punto di partenza di qualsiasi posizionamento forte è il perché, il motivo profondo per cui fai quello che fai. Ma definire il proprio perché non è semplice, e spesso si rimane intrappolati in affermazioni generiche come "offriamo cure di qualità" o "ci prendiamo cura dei pazienti". Se vuoi che il tuo studio sia riconosciuto come una realtà unica, questo è il punto di partenza.

L'IA può aiutarti a estrarre il tuo vero perché attraverso vari strumenti.

- Analisi testuale avanzata: strumenti IA possono rielaborare le tue esperienze e valori per individuare pattern e tematiche ricorrenti, sintetizzando il cuore del tuo brand.

laborare le tue esperienze e valori per individuare pattern e tematiche ricorrenti, sintetizzando il cuore del tuo brand.

- Tecniche di storytelling: basandosi su interviste e testi esistenti, l'IA può strutturare la tua storia secondo il "cammino dell'eroe", rendendola coinvolgente ed emozionale.
- Test di risonanza emotiva: l'IA può analizzare la risposta emotiva di un pubblico target a diversi messaggi, aiutandoti a capire quali comunicano meglio la tua missione.

## Analisi demografica e psicografica del pubblico

Un posizionamento efficace non può prescindere da una conoscenza profonda del proprio target. L'IA, attraverso strumenti di data analytics, permette di raccogliere ed elaborare dati su:

- demografia (età, sesso, posizione geografica, livello di reddito);
- psicografia (valori, interessi, stile di vita, comportamento d'acquisto);
- bisogni latenti (l'IA può analizzare migliaia di recensioni e discussioni online per individuare i problemi più sentiti dai pazienti).

Queste informazioni permettono di costruire un messaggio di marketing mirato, che parli direttamente alle esigenze del tuo pubblico.

## Analisi dei competitor

Un altro aspetto fondamentale del posizionamento è conoscere il mercato di riferimento e, soprattutto, i tuoi concorrenti. Qui l'IA diventa uno strumento potentissimo: attraverso l'analisi di siti web, recensioni e social media, l'IA può individuare punti di forza e debolezze degli altri studi dentistici. Un'analisi di questo tipo consente anche di identificare opportunità di differenziazione: se il mercato è saturo di studi che promuovono "odontoiatria digitale", potresti trovare spazio per un posizionamento più incentrato sulla sostenibilità o sul comfort del paziente. Infine, l'IA può analizzare le

performance delle campagne pubblicitarie dei competitor e suggerire tattiche alternative più efficaci.

## Definire la tua identità di marca

Una volta compreso il panorama competitivo, puoi costruire un posizionamento veramente unico. L'IA può supportarti anche nella fase creativa del branding. Con

l'uso di modelli di linguaggio avanzati, è possibile generare un posizionamento chiaro e potente, basato sull'analisi del tuo perché e dei dati di mercato. Ma può aiutarti anche a trovare il nome perfetto per il tuo studio, testandone il suono, la memorabilità e l'impatto emotivo. Può infine creare un payoff efficace, che sintetizzi il valore distintivo in poche parole.

## La tua vetrina digitale

Una volta definita la tua identità, è il momento di comunicarla. Qui l'IA può aiutarti a costruire una landing page perfettamente ottimizzata. Con strumenti avanzati, puoi generare testi persuasivi basati su tecniche di copywriting efficace; progettare layout ad alta conversione, testati su migliaia di dati di utenti reali; personalizzare la comunicazione

attraverso chatbot IA, così da offrire un'esperienza interattiva ai visitatori, aumentando il tasso di conversione. Una landing page costruita con il supporto dell'IA non è solo esteticamente piacevole, ma è progettata per trasformare visitatori del web in pazienti reali.

Simone Stori  
Odontoiatra

**PIANO FORMATIVO  
DENTAL TECH 2025**

**La formazione che  
potenzia il tuo  
talento**

**Nei nostri corsi, teoria, tecnica e professionalità si fondono  
per offrirti un aggiornamento pratico e strategico, supportato  
da un team di esperti sempre al tuo fianco.**

 **DENTALTECH**  
Contattaci e scegliamo insieme il percorso formativo che più si adatta a te

**DENTALTECH** Via G. Di Vittorio 10/12 20826 Misinto (MB) - Italia | ph +39 02 96720218 | dentaltechitalia.com | info@dental-tech.it

## IGIENE ORALE

## Euclorina Gengive Collutorio

Euclorina Gengive Collutorio è indicato nel trattamento di infiammazioni, sanguinamenti e traumi gengivali. Senza clorexidina, senza glutine, senza lattosio e senza alcol, il collutorio forma una pellicola protettiva che aderisce alla mucosa orale impedendo ulteriori irritazioni, agendo contro agenti esterni e prevenendo infezioni orali.

Un risciacquo di 30 secondi con Euclorina Gengive crea una barriera protettiva contro i batteri che riduce il livello di sanguinamento, dona immediato sollievo dal dolore, contribuisce a creare un ambiente microbiologicamente controllato, previene le infezioni batteriche e contrasta l'insorgere della placca.

Grazie all'Ialuvance Complex, una combinazione brevettata di tre principi attivi – perossido di idrogeno, acido ialuronico e glicina – Euclorina Gengive svolge un ruolo significativo nel controllo dell'igiene orale. Il lavoro sinergico di queste molecole crea una barriera altamente protettiva e filmogena, senza alterare il microbiota orale.

«Euclorina Gengive si rivela un alleato fondamentale nella gestione dei pazienti con patologie sistemiche come il diabete – spiega la dottoressa Chiara Occhipinti, professore a contratto all'Università degli Studi di Milano, corso di laurea in Igiene Dentale –. In questi pazienti, infatti, il sistema immunitario è spesso compromesso e i livelli elevati di glucosio favoriscono la proliferazione di batteri patogeni. L'uso di Euclorina Gengive aiuta a prevenire o trattare le infezioni gengivali, riducendo il rischio di complicazioni sistemiche, come le infezioni cardiache o il peggioramento del diabete. Il complesso brevettato è in grado di contrastare i patogeni senza alterare l'equilibrio del microbiota orale, che è particolarmente sensibile in questi pazienti».

La dottoressa Occhipinti riferisce che uno studio microbiolo-



gico in vitro (data on file BMG), condotto mediante l'uso di piastre di Petri, ha dimostrato che Ialuvance Complex esercita una buona attività antibatterica contro i batteri Gram-negativi, tra cui Porphyromonas gingivalis, con un'efficacia paragonabile o superiore a quella della clorexidina 0,2%. Lo stesso studio ha mostrato che Ialuvance Complex non favorisce la crescita di Candida albicans, suggerendo che il suo uso prolungato non compromette l'equilibrio del microbiota orale. «Pertanto Euclorina Gengive rappresenta un valido supporto per la salute orale, con effetti benefici nel trattamento delle malattie gengivali e nella prevenzione delle infezioni orali, azione particolarmente importante nei pazienti con patologie sistemiche come il diabete» ha detto la dottoressa Occhipinti.

Euclorina Gengive è un dispositivo medico di classe II, disponibile in farmacia nei formati collutorio e gel.

**i Dompé**  
www.euclorina.com

## ORTODONZIA

## Invisalign IPE

Invisalign Palatal Expander System (IPE) è il nuovo sistema di Align Technology per l'espansione scheletrica nei pazienti in crescita con dentizione primaria, mista o permanente. Si tratta di una soluzione completa per l'espansione rapida del mascellare superiore stretto e per il successivo mantenimento dei risultati a livello scheletrico, includendo sia l'espansione scheletrica (ortopedica) sia quella dentale (ortodontica) dell'arcata.

Rispetto agli espansori palatali tradizionali rappresenta un'alternativa rimovibile per garantire una migliore igiene orale. Invisalign Palatal Expander System è stampato in 3D con tecnologia proprietaria e brevettata e ogni dispositivo viene personalizzato sulla base dell'anatomia unica del paziente grazie alla scansione intraorale digitale con iTero. Il piano di trattamento per l'espansione palatale e la progettazione del dispositivo vengono sviluppati attraverso il software ortodontico proprietario di Align.

Invisalign Palatal Expander System è composto da una serie di espansori rimovibili con incrementi progressivi (fino a 0,25 mm di movimento per fase), sostituiti quotidianamente o con una frequenza prescritta dall'ortodontista per espandere il mascellare fino alla posizione desiderata. I mantenitori palatali (repliche dell'ultimo stadio della fase di espansione, progettati per mantenere la condizione del palato dopo l'espansione attiva e sostituiti ogni 2-4 settimane secondo le indicazioni del clinico) stabilizzano poi il palato nella posizione finale.

Con gli allineatori Invisalign First e Invisalign Palatal Expander System, Align Technology offre così una soluzione completa per la fase 1 del trattamento ortodontico, per il trattamento delle più comuni malocclusioni scheletriche e dentali nei bambini in crescita.



**i Invisalign**  
Tel. 02.00623100  
cs-italian@aligntech.com  
www.invisalign.it

## ORTODONZIA

## Allineatore Noxi

Oggi l'ortodonzia offre soluzioni sempre più comode e discrete. Come Noxi di Sweden & Martina, l'allineatore progettato per essere indossato esclusivamente di notte, che permette quindi ai pazienti di correggere i denti senza dover fare i conti con apparecchi visibili durante il giorno.

Sweden & Martina offre una valutazione preliminare gratuita dei casi, per consentire ai pazienti di scoprire subito se Noxi è la scelta giusta. Se idoneo, grazie all'expertise di un team di tutor specializzati in ortognatodonzia presso Università di Ferrara, ogni caso viene trattato in modo personalizzato, dalla pianificazione iniziale fino alla consegna delle mascherine.

L'azienda mette a disposizione un portale dedicato, che consente ai professionisti di gestire gli ordini e monitorare i trattamenti. È inoltre possibile organizzare Open Day nel proprio studio, con materiale pubblicitario fornito da Sweden & Martina, per presentare ai pazienti questa soluzione di trattamento. Un'opportunità per coinvolgerli e spiegare loro i vantaggi di un trattamento ortodontico discreto ed efficace. Infine, per il primo caso, l'azienda prevede uno sconto del 50%.



**i Sweden & Martina**  
Tel. 049.9124300  
info@sweden-martina.com  
www.sweden-martina.com

## ORTODONZIA

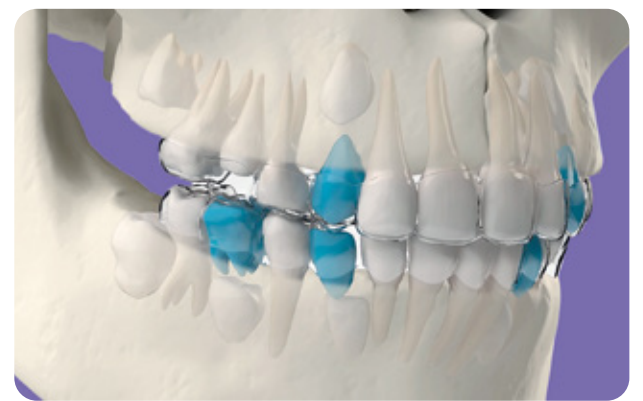
## Nuvola Genius

L'ortodonzia in età evolutiva rappresenta una sfida cruciale per il professionista odontoiatrico. La crescita del paziente offre un'opportunità unica per guidare lo sviluppo dento-facciale e prevenire future problematiche ortodontiche. Il trattamento precoce consente anche di guidare la permuta dentale, per ridurre la necessità di interventi ortodontici futuri più complessi, e attuare una reale prevenzione delle malocclusioni severe, che potrebbero risultare difficili da correggere in età adulta.

In questo contesto, Nuvola Genius di Biomax è una soluzione pensata specificamente per bambini tra gli 8 e i 12 anni in dentizione mista tardiva o permanente precoce. Il principale vantaggio di Nuvola Genius, infatti, è la sua capacità di intervenire nel momento in cui il paziente è ancora in crescita, sfruttando il naturale potenziale di sviluppo per ottimizzare l'occlusione e il posizionamento dentale.

Il trattamento Nuvola Genius si articola in due soluzioni distinte, pensate per accompagnare il paziente attraverso le diverse fasi della crescita.

Nuvola Genius One (18 mesi) è indicato per pazienti in dentizione mista e con la guida della crescita dentale e la correzione delle discrepanze dento-alveolari consente la gestione dello spazio dentale, il controllo della permuta e un primo allineamento dei denti.



Nuvola Genius Max (42 mesi) è progettato per la dentizione permanente precoce. Interviene sul controllo verticale e trasversale delle arcate per garantire risultati funzionali e stabili, con l'obiettivo di stabilizzare l'occlusione e ottimizzare la biomeccanica dentale.

Inoltre, il trattamento si avvale di tecnologie digitali avanzate, come impronte digitali e documentazione radiologica completa, per garantire la massima precisione. Secondo l'azienda produttrice, rispetto ai tradizionali apparecchi ortodontici fissi, Nuvola Genius offre:

- biomeccaniche personalizzate, adattate alla crescita del giovane paziente;
- materiali avanzati, con allineatori trasparenti e rigidi per massima efficacia ed estetica;
- protocollo ortodontico studiato per i più giovani, riducendo il fastidio e garantendo risultati progressivi;
- strumenti innovativi per il coinvolgimento del paziente, come l'applicazione DentalCheck;
- maggiore comfort e minori visite di controllo, migliorando l'aderenza al trattamento;
- possibilità di integrazione con Nuvola OP System, per un supporto funzionale personalizzato.

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

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

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



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

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

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

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

Curasept S.p.A.  
Via G.Parini, 19 - Saronno  
[www.curaseptspa.it](http://www.curaseptspa.it)

**CURASEPT**  
FIRST BECAUSE WE CARE



UTILIZZO INDISPENSABILE NELLA RIABILITAZIONE A CARICO IMMEDIATO

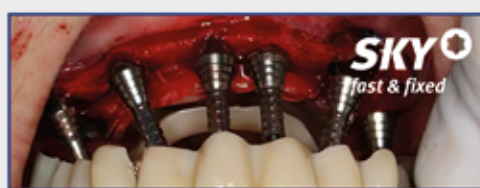
# „Sì!“ alla decontaminazione

Rapido ed efficace – da oltre 15 anni i risultati della terapia SKY fast & fixed sono molto convincenti. Determinante per questo successo è anche la decontaminazione dell'alveolo post-estrattivo con l'ausilio della terapia fotodinamica HELBO, che migliora la qualità del tessuto osseo riducendo il rischio di complicanze.

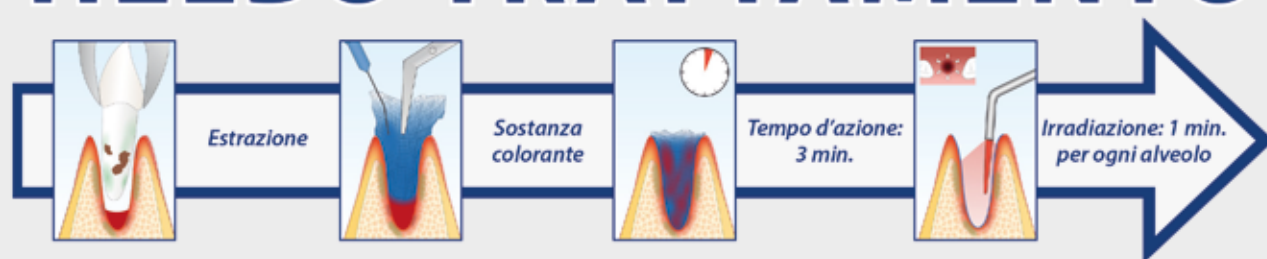
## DECONTAMINAZIONE DELL'ALVEOLO NELLA RIABILITAZIONE A CARICO IMMEDIATO



senza effetti  
collaterali in solo  
5-10 minuti  
con il



## HELBO TRATTAMENTO



Fonte: Prof. Dr. Jörg Neugebauer

### Combattere la parodontite in modo duraturo

La maggior parte dei pazienti SKY fast & fixed presenta una dentatura residua che non può più essere conservata, e che è la causa principale delle infezioni batteriche. L'estrazione dei denti contaminati non rimuove completamente la causa dell'infezione, poiché i batteri dannosi rimangono nell'alveolo post-estrattivo e riproducendosi rapidamente contaminano la superficie implantare. Qui entra in gioco la terapia antimicrobica fotodinamica HELBO (aPDT): il trattamento decontamina, in modo sicuro e affidabile, gli alveoli post-estrattivi per mezzo di un'efficace interazione tra una sostanza fotosensibile e un'irradiazione a bassa potenza del laser TheraLite – ed è completamente indolore!

### Contenimento delle complicanze

Già molti studi attestano il successo terapeutico del sistema HELBO. Grazie alla decontaminazione viene ridotta significativamente l'insorgenza di complicanze, come i disturbi nella fase di guarigione dei tessuti o persino la perdita degli impianti dopo un inserimento post-estrattivo. A tale proposito non si deve sottovalutare un regolare programma di recall del paziente. È necessario soprattutto assicurarsi che non si verifichino infezioni a causa di una colonizzazione microbica intorno al restauro a supporto implantare. Anche in questo caso potete trattare i Vostri pazienti utilizzando la terapia HELBO in modo affidabile e sicuro, poiché le infezioni possono essere prevenute e se necessario combattute in modo efficace.

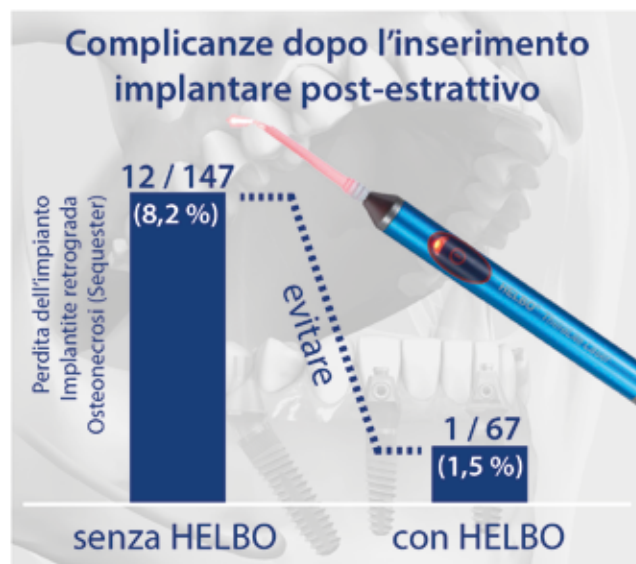
to osseo rispetto a un trattamento tradizionale (vedi tabella a destra).

### Raggiungere l'obiettivo nel più breve tempo possibile

Un ulteriore vantaggio della terapia aPDT è il fattore tempo: la decontaminazione con il sistema HELBO nella fase chirurgica prolunga il tempo di trattamento di solo 5-10 minuti – in base al numero di denti estratti. Grazie all'utilizzo di una sostanza colorante e di sonde sterili durante l'intervento non ci sono ulteriori rischi. Una minor incidenza di complicanze e una rapida e migliore rigenerazione dei tessuti riducono significativamente le visite non programmate e le emergenze.

| Analisi istomorfometrica – tessuto osseo | senza HELBO     | con HELBO       |
|------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Riassorbimento vestibolare               | 2,03 ± 1,76 mm  | 5,84 ± 1,44 mm  |
| Contatto con l'impianto                  | 56,74 ± 18,02 % | 33,91 ± 12,60 % |
| Densità                                  | 70,57 ± 8,49 %  | 58,37 ± 9,55 %  |

Impianti post-estrattivi in aree parodontali infette. Grazie alla terapia HELBO nessun indice di infezione e una migliore condizione del tessuto osseo. Fonte: Novaes AB Jr, et al. Int J Periodontics Restorative Dent. 2020 40(6):917-923.



Fonte: Jörg Neugebauer et al. Poster 353, 20th Annual Scientific Meeting EAO, Oktober 2011.

### Effetto fotobiologico

L'utilizzo del softlaser HELBO, grazie all'effetto di fotobiomodulazione, stimola inoltre la rigenerazione dei tessuti duri e molli. Ciò significa, che il paziente di solito ha meno dolore e può contare su una rapida guarigione. Uno studio pubblicato recentemente conferma che, sulla base di decenni di esperienza, l'inserimento implantare post-estrattivo in combinazione con la terapia HELBO favorisce un aumento e un miglioramento del volume e della qualità del tessuto

### Iniziate subito

Riduzione delle complicanze, risparmio di tempo e terapia indolore, confermata anche scientificamente, garantisce la soddisfazione del paziente a lungo termine. Verificate Voi stessi!



Per ulteriori informazioni  
scansionare il codice QR!



50 years of bredent

bredent  
medical

bredent  
group

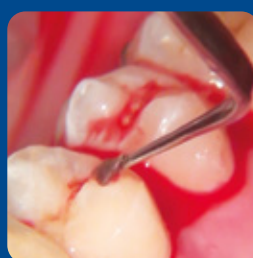
**I CASI CLINICI DI**

# DentalAcademy.it

## ESPERIENZE CLINICHE IN PATOLOGIA ORALE E PARODONTOLOGIA



**Gestione conservativa di epulide infiammatoria: trattamento combinato con terapia fotodinamica e gel parodontale**



**Strumentazione sottogengivale con strumenti manuali e ultrasuoni in un caso di parodontite di stadio 4**

## ESPERIENZE CLINICHE IN ENDODONZIA E CONSERVATIVA



**Occlusal Stamp Technique su restauri multipli: caso clinico**



**Riabilitazione di un caso complesso con tecnica 3 step**



**Gestione di un secondo molare superiore complesso con strumenti trattati termicamente e approccio conservativo**

CASO CLINICO

## Gestione conservativa di epulide infiammatoria: trattamento combinato con terapia fotodinamica e gel parodontale

L'epulide infiammatoria è una lesione reattiva benigna che colpisce il tessuto gengivale, spesso legata a fattori irritativi cronici, tra cui placca e tartaro. Colpisce più frequentemente le donne di giovane età, in particolare durante la gravidanza, essendo la sua insorgenza anche legata a fattori ormonali (1). Si presenta come lesione esofitica eritematosa oppure talvolta normocromatica, la maggior parte delle volte sessile, soffice e con tendenza al sanguinamento per la sua forte componente vascolare. Il settore gengivale anteriore è il più colpito e spesso si osserva una rapida crescita (2). Nonostante siano stati riportati in letteratura casi di regressione attraverso l'utilizzo di probiotici topici, il trattamento di elezione è rappresentato dall'escissione chirurgica con conseguente valutazione istologica. Per il notevole tasso di recidiva dell'epulide (fino a oltre il 15% dei casi), l'approccio chirurgico raccomandato è poco conservativo, nonostante l'assenza di tendenza alla cancerizzazione, proprio per ridurre la probabilità stessa di recidiva, frequentemente a danno dei tessuti mucosi residui e quindi creando problematiche estetiche (1, 2).

La terapia fotodinamica è un trattamento moderno che ha dato ottimi risultati nella risoluzione clinica di infezioni orali recidivanti e/o croniche e nelle condizioni potenzialmente maligne (3, 4). Essa si compone di tre elementi: un fotosensibilizzante (tra i più studiati: blu di metilene, blu di toluidina, verde indocianina) che aderisce in maniera selettiva alle cellule target (in genere microbiche); una luce con lunghezza d'onda specifica per ciascun tipo di fotosensibilizzante in grado di attivarlo (ad esempio 630, 660, 810 nm); la biodisponibilità di ossigeno. Quando questi tre elementi reagiscono, vengono rilasciati radicali liberi e specie reattive dell'ossigeno che portano a morte le cellule target (3, 4).

Tra i numerosi prodotti in commercio per la cura delle infezioni parodontali, spesso fattore trigger di lesioni gengivali reattive

come l'epulide, troviamo dei gel a base di acido ialuronico e spermidina, sostanze che stimolano i fibroblasti compromessi dall'infiammazione, favoriscono il ricambio e la produzione delle proteine e attivano la rigenerazione cellulare. Questo tipo di gel ha già dimostrato ottimi risultati in altri distretti corporei (5). Lo scopo di questo case report è quello di documentare la gestione clinica conservativa di un caso di epulide infiammatoria rimossa chirurgicamente ma con margini non indenni, attraverso l'ausilio della terapia fotodinamica e con ripristino dell'architettura gengivale grazie a specifico gel parodontale.

### Caso clinico

Un paziente di sesso maschile di 62 anni giunse alla nostra osservazione per la presenza di forte sanguinamento durante le manovre di igiene domiciliare nella porzione del mascellare sinistro. All'anamnesi riportava ipertensione arteriosa. All'esame obiettivo era possibile osservare una lesione esofitica eritematosa nella papilla interdentale tra 26 e 27, nel versante palatino (fig. 1), oltre ad una infiammazione gengivale generalizzata legata all'igiene orale non buona. Era stata posta una ipotesi diagnostica di granuloma piogenico o epulide infiammatoria ed era stata programmata una biopsia escissionale per valutazione istologica. Dopo aver effettuato una anestesia plessica eseguita con mezza tubofala (1,8 ml) di mepivacaina con adrenalina 1:100.000, l'escissione era stata eseguita con lama fredda in maniera molto conservativa senza approfondirsi all'interno della papilla interdentale, e il pezzo asportato immerso in paraformaldeide tamponata al 4% per l'analisi istologica. Il referto ricevuto circa dieci giorni dopo, deponeva a favore di epulide infiammatoria, con tessuto fortemente vascolarizzato, privo di atipie cellulari, con margini contigui di resezione.

Si era quindi deciso di trattare l'area post asportazione (fig. 2) con terapia fotodinamica eseguita con derivato del blu di metilene 1% (fig 3) e laser a diodi 660 nm 100 mwatt (Helbo System) come fonte luminosa (fig. 4), con l'obiettivo di decontaminare il tessuto gengivale residuo. Il periodo di pre-illuminazione era stato di 3 minuti e l'attivazione della luce di 5 minuti totali, usando un puntale 2D con spot di 1 cm<sup>2</sup>.

A una settimana si poteva apprezzare una scomparsa dell'area eritematosa residua ma anche un deficit di tessuto gengivale nella porzione della papilla interdentale, con conseguente danno estetico e funzionale (fig. 5). Era stato quindi utilizzato un gel parodontale bicomponente a base di spermidina e acido ialuronico (Ubigel Inperio, Pierrel), apposto nella sede da trattare in maniera copiosa fino a ricoprire il tessuto gengivale delle papille interdentali adiacenti all'area interessata (fig. 6). A

un mese di distanza, senza aver eseguito ablazione del tartaro e utilizzato altri presidi domiciliari, si poteva apprezzare una rigenerazione del tessuto gengivale di circa 2 mm nella sede della papilla interdentale (fig. 7).

### Discussione

La letteratura scientifica raccomanda una escissione radicale dell'epulide infiammatoria per ridurre l'alta percentuale di recidiva della stessa (1, 2). In questo caso, nonostante l'approccio estremamente conservativo e i margini di resezione contigui, siamo riusciti a ottenere una buona guarigione dei tessuti tramite terapia fotodinamica realizzata con un protocollo che ha già dato prova di essere molto efficace in medicina orale (6, 7) e un recupero del tessuto gengivale perso dopo l'escissione grazie all'attività del gel parodontale a base di spermidina e acido ialuronico.

Possiamo quindi concludere che questi gel possono essere molto utili nella rigenerazione cellulare non solo in campo parodontale ma anche nel ripristino dei tessuti gengivali post biopsia in patologia orale, aprendo la strada a nuovi interessanti scenari. Sono necessari ulteriori studi con campione di popolazione più ampio per confermare questi risultati iniziali.

### Bibliografia

1. Dutra KL, et al. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019 Jul-Aug;85(4):399-407.
2. Zhao N, Yesibulati Y, Xiayizhati P, He YN, Xia RH, Yan XZ. A large-cohort study of 2971 cases of epulis: focusing on risk factors associated with recurrence. *BMC Oral Health*. 2023 Apr 20;23(1):229.
3. Wang L, Chen Q, Liu D. Development of photodynamic therapy in treating oral diseases. *Front Oral Health*. 2025 Jan 15;5:1506407.
4. Casu C, Orrù G. Potential of photodynamic therapy in the management of infectious oral diseases. *World J Exp Med*. 2024 Mar 20;14(1):84284.
5. Murina F, et al. Clinical Evidence Regarding Spermidine-Hyaluronate Gel as a Novel Therapeutic Strategy in Vestibulodynia Management. *Pharmaceutics*. 2024 Nov 12;16(11):1448.
6. Tabenski L, et al. Antimicrobial photodynamic therapy vs. local minocycline in addition to non-surgical therapy of deep periodontal pockets: a controlled randomized clinical trial. *Clin Oral Invest*. 2017 Sep;21(7):2253-2264.
7. Poli PP, Souza FÁ, Ferrario S, Maiorana C. Adjunctive application of antimicrobial photodynamic therapy in the prevention of medication-related osteonecrosis of the jaw following dentoalveolar surgery: A case series. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2019 Sep;27:117-123.



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



Fig. 1: lesione esofitica sessile eritematosa nella papilla interdentale tra 26 e 27



Fig. 2: guarigione dei tessuti gengivali dopo l'asportazione dell'epulide infiammatoria (si noti la presenza di tessuto eritematoso distale al 26)



Fig. 3: applicazione del fotosensibilizzante a base di derivato del blu di metilene all'1%, lasciato agire 3 minuti prima dell'illuminazione



Fig. 4: attivazione del fotosensibilizzante con luce a diodi 660 nm, 100 mwatt per 5 minuti



Fig. 5: scomparsa dell'area eritematosa ma presenza di inversione dell'architettura gengivale parodontale



Fig. 6: applicazione di gel parodontale a base di spermidina e acido ialuronico (Ubigel Inperio, Pierrel)



Fig. 7: rigenerazione del tessuto gengivale nella papilla interdentale a un mese di follow-up

## CASO CLINICO

## Strumentazione sottogengivale con strumenti manuali e ultrasuoni in un caso di parodontite di stadio 4

Presentiamo il caso di una giovane donna (A.S.) di anni 22 affetta da parodontite di stadio 4 grado C. La paziente presentava infatti, oltre a numerose tasche e difetti ossei profondi, diversi fattori di complessità propri dello stadio 4, quali ipermobilità e trauma occlusale secondario, che non le consentivano di masticare correttamente. Come da linee guida EFP, la paziente è stata da subito inserita nel workflow terapeutico dei pazienti parodontali ed è stato in primis eseguito un approfondimento diagnostico completo per stabilire il grado di compromissione generale e definire le strategie interdisciplinari più appropriate (figg. 1 e 2). Infatti, sugli elementi 24-25-26, la cui mobilità creava disagio funzionale alla paziente e non le consentiva di pulire correttamente, è stato effettuato nell'immediato uno splint rigido con filo Ni-Ti 0.16 x 0.22 che stabilizzasse gli elementi e, contestualmente, un occlusal adjustment per ridurre il trauma funzionale al quale questi denti erano sottoposti (fig. 3). Subito dopo, è stato effettuato lo step 1 di terapia parodontale; è stato infatti mostrato alla paziente come rimuovere il biofilm

domiciliare mediante spazzolino manuale e scovolino ed è stata effettuata la rimozione dei depositi sopragengivali presenti.

A distanza di una settimana, è stata effettuata la strumentazione sottogengivale al microscopio operativo (step 2) con approccio full-mouth mediante l'utilizzo di strumenti manuali (curette sito-specifiche) e meccanici (ultrasuoni Varios Combi Pro, NSK). Nello specifico, è stata condotta la strumentazione dei difetti più profondi mediante inserti ultrasottili (NSK G16, P20, P25L e P25R), utilizzando un approccio minimamente invasivo e rispettoso dei tessuti, con l'obiettivo di non ledere l'inserzione delle fibre collagene sul cemento radicolare e ottimizzare i successivi meccanismi di guarigione (video 1).

Dopo un mese, è stata effettuata la ri-strumentazione selettiva di alcuni siti su cui residuavano depositi di tartaro e, contestualmente, è stato monitorato, mediante gli indici di placca (FMPS) e sanguinamento marginale (BOMP), il grado di cooperazione della paziente (fig. 4). I valori riportati erano eccellenti, entrambi al di sotto del 20%, e la paziente grazie alla riduzione dello stress

occlusale mostrava un significativo miglioramento anche dal punto di vista funzionale.

A distanza di tre mesi dalla ri-strumentazione, è stata eseguita la rivalutazione parodontale, al fine di confrontare i dati raccolti al baseline con quelli post terapia. Oltre ad aver messo sotto controllo gli indici di infiammazione (FMPS e FMBS < 10%), la paziente non presentava più nessuna tasca attiva (PPD  $\geq$  4mm con bop+). In fase di rivalutazione è stato inoltre rimosso lo splint e misurata la mobilità residua, che si era ridotta notevolmente.

A un controllo radiografico, effettuato a 4 anni post terapia, è stato possibile apprezzare una buona remineralizzazione della componente più profonda dei difetti infraossei nei siti più compromessi, segno di stabilità dei tessuti nel lungo termine (fig. 5). A questo punto alla paziente è stato consegnato un night-guard allo scopo di ridurre lo stress occlusale, ed è stata inserita in un programma di mantenimento che prevedeva appuntamenti di un'ora con cadenza trimestrale, trattandosi di una paziente con elevata suscettibilità e quindi a rischio aumentato di recidiva.



**Guerino Paolantoni**  
Odontoiatra, libero  
professionista a Napoli



**Chiara Galano**  
Igienista dentale, libera  
professionista a Napoli

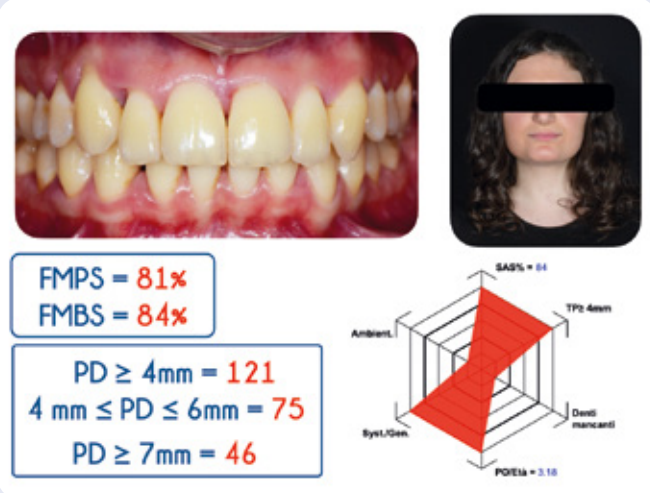


Fig. 1

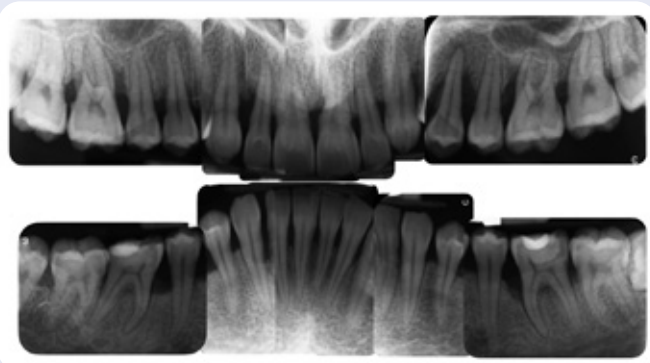


Fig. 2



Fig. 3



Video:  
strumentazione  
sottogengivale

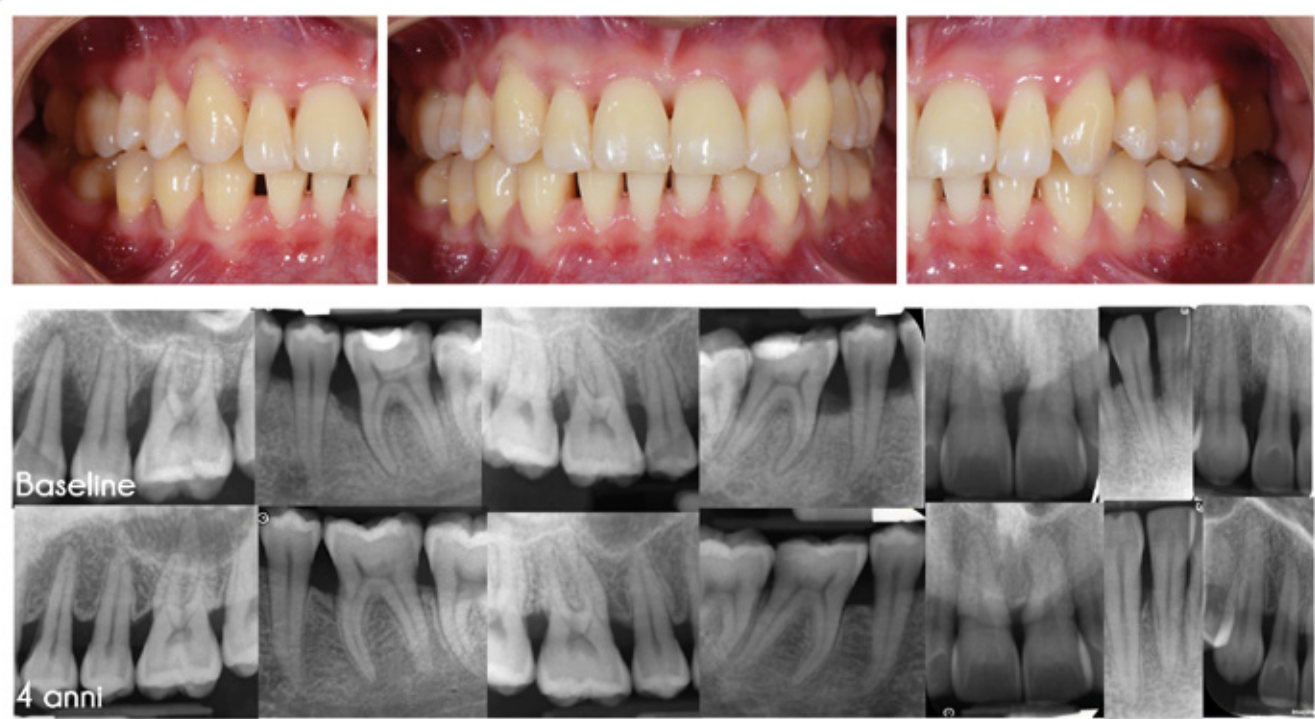


Fig. 4

PER GLI EROI DELL'IGIENE ORALE

Azione semplice, doppia prestazione

## Varios Combi Pro

Scaling ad ultrasuoni x Polvere per pulizia

**NSK Dental Italy s.r.l.**  
TEL +39 0445 820070  
www.italy.nsk-dental.com

Innovazione a portata di mano, richiedi ora la tua demo in studio!

## CASO CLINICO

## Occlusal Stamp Technique su restauri multipli: caso clinico

Alla nostra attenzione si pone un paziente di 35 anni, di sesso maschile, che riferisce ipersensibilità al freddo nel settore superiore II, tra premolari e molari. L'esame clinico evidenzia un ingrigimento dello smalto a livello dei premolari. La diagnosi radiografica conferma la presenza di una carie interdentale con demineralizzazione a livello dell'elemento 25. Escluso il coinvolgimento pulpare, si procede con un piano terapeutico che prevede un restauro diretto con tecnica centripeta, rispettando le esigenze funzionali ed estetiche del paziente. A questo segue anche la gestione delle infiltrazioni di I classe sul 26.

Viene eseguita un'anestesia plessica vestibolare e palatale con articaína e adrenalina (1:100.000). Una volta ottenuta l'anestesia, si procede con la prova del gancio 12A e l'applicazione della diga, curando l'invaginazione del foglio a livello del colletto. Il foglio viene inserito negli spazi interprossimali con l'aiuto del filo interdentale per garantire un accesso ottimale alle frese e si posiziona un fender wedge per proteggere il dente adiacente. L'apertura della cavità è eseguita con una fresa diamantata troncoconica a grana media (Komet). Per la rimozione della dentina sclerotica si utilizza una fresa conica a testa piatta con bordo arrotondato (959KR.314.018, Komet), mentre per la rifinitura del fondo cavitario si impiega una fresa diamantata dorata a cono rovesciato (807.314.012, Komet). La pulizia mininvasiva della cavità avviene con una fresa a rosetta in ceramica (ZrO<sub>2</sub>, Komet). La rifinitura delle pareti è completata con gommini extrafini in pietra di Arkansas (Komet).

Dopo la rimozione della carie, si posiziona un cuneo interdente (Composi-Tight 3D Fusion, Garrison) e si prepara la cavità per il restauro. Si applica una matrice sezionale con anello di contenimento (Composi-Tight 3D Fusion, Garrison) per definire la parete distale del 25.

La mordenzatura selettiva dello smalto avviene con acido ortofosforico al 35% per 20 secondi. Successivamente, si applica un sistema adesivo universale a doppia polimerizzazione, evaporando il solvente con aria compressa per 5 secondi e fotopolimerizzando per 10 secondi.

Il riempimento delle cavità dei due elementi avviene con composito flowable bulk-fill (Brilliant Bulk Fill, Coltene), seguito da fotopolimerizzazione per 20 secondi. La modellazione avviene manualmente con il supporto di una guida di stampa realizzata con diga liquida per adattare ermeticamente il composito

ai margini della preparazione. La modellazione della superficie occlusale ripristina l'anatomia degli elementi, utilizzando supercolore brown per evidenziare la morfologia iniziale.

La rifinitura post ricostruzione avviene con dischetti abrasivi (Sof-Lex, 3M Espe) per perfezionare i contorni e migliorare il passaggio del filo interdentale. La lucidatura finale è eseguita con gommini a coppetta (Greenie cups, Shofu) e pasta diamantata, seguiti da dischetti lucidanti in feltro (Super-Snap Buff Disk, Shofu) e gommini abrasivi diamantati (Optragloss, Ivoclar). Il controllo radiografico finale conferma il corretto sigillo del restauro, garantendo l'assenza di potenziali zone di infiltrazione.



Fig. 1



Fig. 3



**Gianfranco Roselli**

Specialista in Ortodonzia  
Odontoiatra consulente presso l'Ospedale  
Generale Regionale "F. Miulli"  
di Acquaviva delle Fonti (Bari)



**Nicola Carretta**

Libero professionista ad Altamura (Bari)



**Trifone Lorenzo Bruno**

Odontoiatra post-graduated  
presso Titu Maiorescu University



Fig. 2



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

Compositi Universali

## RISULTATI BRILLIANT

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

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

**COLTENE**

### BRILLIANT EverGlow

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

### BRILLIANT Bulk Fill Flow

- ▶ Un materiale Multi Shade adattativo
- ▶ Polimerizzazione affidabile fino a 4 mm di profondità in 20 secondi (≥ 1000 mW/cm)
- ▶ Non è necessario uno strato di copertura grazie alle elevate proprietà di resistenza all'abrasione

BRILLIANT  
Bulk Fill Flow

BRILLIANT  
EverGlow Flow

### BRILLIANT EverGlow Flow

- ▶ Altamente stabile, ma molto scorrevole
- ▶ Risultati altamente estetici

www.coltene.com

## CASO CLINICO

## Riabilitazione di un caso complesso con tecnica 3 step

La tecnica 3 Step è una metodica sviluppata dalla dottoressa Francesca Vailati, nata esclusivamente per il trattamento riabilitativo estetico e funzionale completo di bocche affette da erosione dentale, basando la propria essenza sui principi dell'adesione accompagnati da una nuova visione della dimensione verticale di occlusione.

L'obiettivo di questo metodo è soprattutto quello di fornire al clinico strumenti di "indagine" più profonda, che guardano alla causa primaria che ha portato il danno biologico e a nuovi concetti per la sua ricostruzione e riabilitazione. Si basa essenzialmente su due dogmi essenziali: adesione e protesi additiva. Adesione intesa come sviluppo di procedure rigide e protocolli attenti di preparazione e cementazione uniti alla scelta di materiali protesici individualizzati alle reali esigenze estetiche e funzionali del paziente. Protesi additiva come soluzione mininvasiva, per il rispetto biologico e il mantenimento di sostanza dentale.

Negli anni lo sguardo della procedura si è esteso a tutti i casi di usura dentale, con l'obiettivo di fornire una via "gnatologica" ricostruttiva in molti casi, anche estremamente complessi.

### Caso clinico

Il caso riguarda un paziente uomo, di anni 65, affetto da usura dentale marcata di origine disfunzionale, disordini temporomandibolari ed episodi di cefalea muscolo-tensiva, trattato mediante approccio 3 step.

Dopo aver raccolto le informazioni diagnostiche anamnestiche, il paziente è stato studiato seguendo le indicazioni diagnostiche pubblicate nel libro 3 Step della dottoressa Vailati, ovvero un metodo di raccolta delle foto e dei parametri clinici, registrazioni statiche e dinamiche della funzione per definire:

- analisi estetica;
- morfotipo funzionale del paziente (orizzontale, verticale, implosivo, esplosivo);
- causa e grado di usura (secondo la classificazione Ace);
- dimensione verticale di occlusione e possibilità di variazione.

L'analisi della fase 1 ha permesso di realizzare la ceratura progressiva seguendo un workflow completamente digitale e valutando, mediante strumenti digitali, un iniziale aumento della dimensione verticale di occlusione.

La prova del progetto è stata realizzata mediante impiego di mock-up realizzato con mascherine individualizzate e stampato in bocca con Voco Structure. Sono stati analizzati i parametri estetici e fonetici e il paziente ha confermato la sua scelta estetica.

Dopo aver effettuato le scansioni intramurali di secondo livello, comprendenti anche la nuova dimensione verticale di occlusione approvata e le forme ricavate dal mock-up, è stata completata la ceratura diagnostica seguendo i dettami clinici della 3 Step. È stata quindi realizzata la fase provvisoria mediante impiego di restauri indiretti Structure Cad.

Il paziente è stato controllato con richiami periodici a 30, 60 e 90 giorni per valutare la funzionalizzazione e l'integrazione estetica dei restauri provvisori. L'analisi funzionale è stata eseguita mediante G-test secondo tecnica 3 Step e analisi strumentali con T-scan e assiografia digitale.

La fase definitiva è stata realizzata con workflow digitale con tecnica interamente additiva.

Non è stata eseguita nessuna preparazione dentale se non alcuni stripping interprossimali e la preparazione di aree di contatto consone alla morfologia dei restauri.

La cementazione dei restauri è stata eseguita utilizzando le procedure adesive proposte da Voco. Il materiale scelto per il restauro è Voco Grandio per restauri definitivi che, grazie alle sue capacità chimiche e strutturali, forniva una sicurezza assoluta di integrazione e armonia.

A seguito della consegna del lavoro protesico è stata consegnata al paziente una mascherina "Umbrella Bite" notturna come protezione e controllo dei restauri nel tempo.

Dopo 2 anni dall'esecuzione della procedura, il paziente ha mostrato un ottimo recupero funzionale, assenza di disordini temporomandibolari e di problematiche muscolari e una soddisfacente resa estetica.

L'impiego dei compositi Voco ha dimostrato una resa vincente per le procedure riabilitative full mouth con tecnica 3 Step e apre la strada a futuri importanti impieghi nelle riabilitazioni complesse.



**Fortunato Alfonsi**  
Libero professionista presso  
Innova Clinique, Domodossola

**Stefano Romeggio**, libero professionista a Domodossola  
**Chiara Cinquini**, Università di Pisa e Università di Liegi (Belgio)  
**Fabio Chiaravallotti**, libero professionista a Domodossola

Si ringrazia il laboratorio GS Dental (L'Aquila) per la parte odontotecnica



Fig. 1: situazione iniziale extraorale



Fig. 2: situazione iniziale intraorale



Fig. 3: diagnosi 3 Step di usura (classificazione Ace)



Fig. 4: mock-up con stop anteriore e aumento dimensione verticale occlusale



Fig. 5: lavoro integrato a 12 mesi



Fig. 6: lavoro integrato a 24 mesi

**La longevità sposa la naturalezza**

NUOVO: disco multicolor 12 mm altezza

Parte incisale | Colore del dente naturale | Parte cervicale

### PERFETTA SOMIGLIANZA AL DENTE NATURALE: MATERIALE IBRIDO, NANO-CERAMICO

- **Estetica eccellente:** la tecnologia Invisible Layer crea una sfumatura di colore omogenea per restauri estetici e multicolor
- **Prestazioni elevate:** contenuto di riempitivo molto alto (86% in peso) per restauri CAD/CAM duraturi e definitivi
- **In sintonia con l'antagonista:** preserva la vitalità e la forma degli antagonisti
- **Risparmio di tempo:** nessuna cottura o sinterizzazione è necessaria
- **Ottima lavorabilità:** Fresatura precisa anche sui bordi più sottili

**Grandio disc**



**VOCO**  
I DENTALISTI

## CASO CLINICO

## Gestione di un secondo molare superiore complesso con strumenti trattati termicamente e approccio conservativo

L'introduzione della tecnologia Electrical Discharge Machining (EDM) nella produzione di file in NiTi ha migliorato l'efficienza e la sicurezza della strumentazione canalare (1-3). Il sistema HyFlex EDM OGSF di Coltene si distingue per la sua flessibilità, resistenza alla fatica ciclica ed efficienza di taglio, associato a conicità conservative nella preparazione.

Questo caso clinico descrive il trattamento endodontico di un secondo molare superiore con pulpite irreversibile e anatomia canalare complessa, gestito con la sequenza HyFlex EDM OGSF.

### Caso clinico

Una paziente di 45 anni si è presentata riferendo dolore spontaneo e sensibilità termica nell'arcata superiore sinistra. L'esame clinico ha evidenziato un restauro infiltrato con carie profonda su dente 27 e la radiografia ha mostrato canali stretti, curvi e parzialmente calcificati (fig. 1). A seguito della diagnosi di pulpite irreversibile, è stato pianificato il trattamento endodontico dell'elemento dentale.

Dopo isolamento con diga di gomma, la cavità d'accesso è stata preparata con frese diamantate e punte ultrasoniche per ottimizzare la visibilità e preservare la struttura dentinale. La configurazione canalare comprendeva quattro canali (MV1 e MV2 convergenti, DV e P) (fig. 2). Dopo esplorazione manuale con un K-file #10, l'allargamento coronale degli orifizi

è stato ottenuto con un file HyFlex EDM 18/.11, seguito dal glidepath con file 15/.03 e dalla sagomatura con file 18/.045 e 30/.04 (figg. 3 e 4).

Il file 30/.04 è stato scelto come strumento finale per il suo equilibrio tra preparazione apicale e preservazione della dentina pericervicale. L'irrigazione è stata effettuata con NaOCl al 5,25% e Edta al 10%, con attivazione finale.

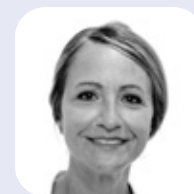
I canali sono stati asciugati e quindi otturati con tecnica *carrier-based* e cemento resinoso AH Plus. La radiografia post operatoria ha confermato un'otturazione tridimensionale con un adeguato sigillo apicale (fig. 5). La cavità d'accesso è stata ricostruita con composito per garantire l'integrità coronale a lungo termine (fig. 6), in attesa di una riabilitazione protesica.

### Conclusioni

La valutazione post operatoria ha mostrato la risoluzione dei sintomi e il follow-up radiografico a 3 mesi ha confermato l'esito favorevole del trattamento. L'impiego dei file HyFlex EDM OGSF ha assicurato un'elevata flessibilità, riducendo il rischio di errori procedurali. Inoltre, ha contribuito a preservare la dentina pericervicale, risultando perfettamente in linea con l'attuale tendenza verso un approccio endodontico sempre più conservativo. Il file 30/.04 si è confermato efficace nella preparazione canalare, preservando l'integrità strutturale e colmando il divario tra sagomatura tradizionale e sa-



**Francesco Iacono**  
Libero professionista a Bologna



**Chiara Pirani**  
Libera professionista a Bologna

gomatura conservativa. La tecnologia NiTi trattata termicamente ha contribuito a ridurre il trasporto canalare e a migliorare la sagomatura nelle anatomie complesse.

Questo caso mostra i vantaggi dei file HyFlex EDM OGSF nella gestione di canali calcificati, stretti e curvi, evidenziando la predicibilità della sagomatura, il rispetto delle anatomie e della struttura dentinale. Un approccio conservativo può infatti migliorare gli esiti a lungo termine del trattamento endodontico, riducendo i rischi associati a fratture radicolari.

### Bibliografia

- 1) Pirani C, Iacono F, Generali L, Sassatelli P, Nucci C, Lusvarghi L, Gandolfi MG, Prati C. HyFlex EDM: superficial features, metallurgical analysis and fatigue resistance of innovative electro discharge machined NiTi rotary instruments. *Int Endod J.* 2016;49:483-93.
- 2) Iacono F, Pirani C, Generali L, Bolelli G, Sassatelli P, Lusvarghi L, Gandolfi MG, Giorgini L, Prati C. Structural analysis of HyFlex EDM instruments. *Int Endod J.* 2017;50:303-13.
- 3) Pedullà E, Lo Savio F, Boninelli S, Plotino G, Grande NM, La Rosa G, Rapisarda E. Torsional and Cyclic Fatigue Resistance of a New Nickel-Titanium Instrument Manufactured by Electrical Discharge Machining. *J Endod.* 2016;42:156-9.



Fig. 1: radiografia periapicale preoperatoria del 27

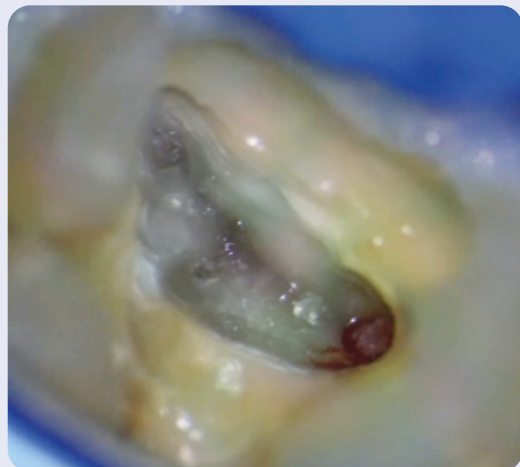


Fig. 2: foto intraoperatoria che mostra i quattro imbocchi canalari (di dimensione ridotta) prima della fase di strumentazione



Fig. 3: Fasi procedurali della strumentazione con HyFlex EDM OGSF

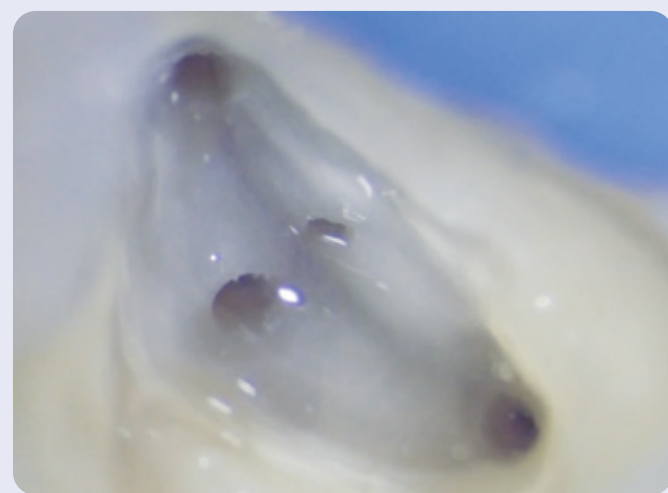


Fig. 4: immagine clinica intraoperatoria che mostra gli imbocchi canalari dopo sagomatura e detersione



Fig. 5: radiografia post operatoria che mostra l'otturazione dei canali radicolari nel rispetto dell'anatomia originale



Fig. 6: radiografia periapicale di controllo dopo l'esecuzione del build-up in composito

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**

# BENESSERE ORALE NATURALE

CON LA LATTOFERRINA FORHANS

ANTIBATTERICO  
NATURALE

BENESSERE  
DELLE MUCOSE ORALI  
AZIONE QUOTIDIANA  
PREVENTIVA



**Forhans**  
Lattoferrina



dal 1951

[www.uragmeonline.com](http://www.uragmeonline.com)



# 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.**