

Rocanal[®]

Cemento Endocanalare

3 buoni motivi per scegliere Rocanal[®]

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

disponibilità immediata

www.medirel.com



La Cao di Andrea Senna punta al dialogo con i medici nell'interesse dei cittadini

Per Andrea Senna, neopresidente della Cao nazionale, la sinergia in campo ordinistico consente di dialogare meglio con il legislatore e di ottenere misure di maggior tutela dei pazienti. La nuova presidenza Cao ristabilisce invece un netto confine tra il proprio ruolo e il proprio operato rispetto a quello delle associazioni e dei sindacati di categoria: «Giusto che ogni componente

faccia la sua parte perché i problemi si risolvano – ci ha detto Senna –, bene che ci sia armonia tra Ordine e associazioni di categoria, ma sbagliato pretendere dall'Ordine che sia ciò che non è». La nuova Cao è propensa a pubblicare le sanzioni disciplinari: «quando un professionista viene sanzionato deontologicamente, il suo nome va pubblicato nell'interesse dei cittadini».

Dati Andi: dentisti over 65 ritardano la pensione



Perimplantite: tutti i fattori chirurgici e protesici



DENTAL EVIDENCE



DentalAcademy.it



AUTORE Alessandro Agnini
Gestione di un workflow digitale di un caso clinico orto-perio-protesico



AUTORE Aldo Crespi
Sostituzione implantare dopo frattura di parete palatina

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
www.diademalab.it

Fluoro, semplificato. Cambiamo la storia.

3M™ Clinpro™ Clear Trattamento al fluoro

I giorni in cui dovevi spiegare ai tuoi pazienti la sensazione scomoda e ruvida lasciata dal rivestimento al fluoro sono finiti.

Il nuovo Clinpro Clear Trattamento al fluoro offre ciò che hai sempre desiderato: denti che si sentono puliti e lisci, con un efficace assorbimento del fluoro a un dosaggio inferiore.

Tutto questo è possibile grazie a una formula semplificata a base d'acqua, priva di colofonia, che elimina i residui appiccicosi. Anche il sistema di applicazione è semplice: basta premere e via!

- ✓ Formula compatibile con le linee di aspirazione
- ✓ Sapore, odore e sensazione in bocca migliorati
- ✓ Tempo di contatto minimo di soli 15 minuti
- ✓ Confezione monodose L-Pop con sistema “premi e applica”



Scopri di più

Cao recupera la postura istituzionale: un ente pubblico a tutela dei cittadini

Per Andrea Senna la sinergia in campo ordinistico consente di dialogare meglio con il legislatore e di ottenere misure di maggior tutela dei pazienti. Il dialogo con i sindacati è un bene, ma non indispensabile: i ruoli restano distinti

Milanese, ha da poco compiuto 50 anni. Ma

Andrea Senna è già da tre mandati presidente della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine di Milano. È stato eletto a gennaio di quest'anno al vertice della Cao nazionale Fnomceo, succede a Raffaele Iandolo e si è candidato in una lista che raccomanda "Unità e cambiamento". Obiettivo: guardare, nelle politiche per la professione e i cittadini, al complesso della Federazione e non alla sola componente dei dentisti. «Si apre per gli odontoiatri una nuova stagione, in sinergia con la componente medica» aveva detto Senna subito dopo l'elezione. Il presidente e il direttivo della Cao nazionale, che comprende il vice Nicola Cavalcanti, il segretario Antonio Natale e i consiglieri Giampaolo Damilano, Raffaele Iandolo, Albina Latini, Mario Marrone, Giuliano Nicolini e Brunello Pollifrone, rimarranno in carica sino al 2028.

Presidente, che cosa porta a livello nazionale dei suoi mandati da presidente della Commissione Albo Milano?

Da prima della mia elezione porto la necessità di una sinergia con la componente medica dell'Ordine. Un aspetto che ritengo molto importante perché consente di affrontare problemi comuni, clinici e professionali, da due diversi punti di vista, con le forze unite dei due albi.

Dalla collaborazione con il presidente Omceo Milano, **Roberto Carlo Rossi**, sono scaturiti risultati importanti. Ad esempio, quelli ottenuti nella legge 145 del 2018 e successive modifiche e integrazioni sulla pubblicità sanitaria: legge che vieta al professionista, nel pubblicizzare le proprie prestazioni, di inserire elementi di carattere attrattivo e suggestivo come sconti e promozioni.

In un futuro "prossimo", per difendere gli interessi comuni, le due professioni, medica e odontoiatrica, farebbero bene a unire le rappresentanze?

Il professionista si associa a sindacati o società scientifiche su base volontaria per tutelare la sua categoria o rappresentare la disciplina che esercita, condividendo idee e soluzioni. L'Ordine invece è un ente pubblico, si rivolge a tutti i

rappresentanti di una professione, indipendentemente dalle idee, ma al fine di tutelare pazienti e cittadini. Giusto che ogni componente faccia la sua parte perché i problemi si risolvano, bene che ci sia armonia tra Ordine e associazioni di categoria, ma sbagliato pretendere dall'Ordine che sia ciò che non è.

Prestazioni sempre più complesse, costi in crescita: l'invecchiamento della popolazione italiana sta modificando il contesto in cui l'attività degli iscritti all'Albo viene esercitata. Come cambia o come dovrà cambiare l'azione dell'Ordine?

Questa domanda andrebbe posta al sindacato, almeno nella parte in cui attiene agli interessi dei professionisti sanitari. Curare persone in condizioni più complesse richiede tecnologie al passo con i tempi, che per l'odontoiatra rappresentano da una parte un costo e dall'altra un risparmio perché riducono i tempi di intervento.

L'Ordine guarda al fenomeno dalla parte del cittadino, il cui interesse è legato sia alla qualità sia alla sostenibilità dei costi delle cure odontoiatriche. In merito, credo dovremmo legare il più possibile i nostri messaggi alla prevenzione. Durante il mio dottorato ho imparato che un centesimo

speso in prevenzione equivale a un euro di risparmi in termini di tempo di cura.

All'Ordine di Milano con il presidente Rossi siamo partiti con un focus sull'alimentazione attraverso eventi aperti alla cittadinanza. Abbiamo celebrato processi agli alimenti, uno diverso ogni anno: vino, caffè, zucchero, sale, carne e latte con veri magistrati protagonisti dei dibattiti. Credo che la Cao Nazionale abbia il compito di sensibilizzare i cittadini sulla prevenzione e di portare a livello nazionale dei messaggi, ai quali devono corrispondere eventi di formazione per il singolo professionista. Uno dei primi corsi di formazione a distanza della nuova Cao Nazionale sarà, per l'appunto, dedicato a come affrontare il paziente in condizioni di fragilità.

Ritiene che l'Ordine debba o possa avere un ruolo nella tutela dell'autonomia clinica degli odontoiatri impiegati nelle cosiddette catene?

Ancora una volta mi propone un tema che è in prima battuta sindacale: si tratta di tutelare il professionista e sorvegliare gli inquadramenti contrattuali. Però anche l'Ordine è interessato: noi dobbiamo porci dalla parte di chi protegge la salute del cittadino. Ad esempio, guardando all'attuale dibattito e alla mozione del senatore **Pietro Lorefice** sul disegno di legge di delegazione europea (che lega l'esercizio dell'attività odontoiatrica in forma societaria alle sole società tra professionisti-StP, ndr) noi ci vediamo favorevoli alla trasformazione delle Srl in StP, uniche società soggette al controllo dell'Ordine, il quale è preposto ad accertare che esse offrano cure deontologicamente orientate.

Ci sono particolari propositi e obiettivi che lei e il direttivo Cao nazionale vi prefiggete di realizzare nell'attuale mandato?

Oltre a quanto già detto, lavoreremo per ottenere una mag-

giore rappresentatività degli odontoiatri all'interno dei consigli direttivi degli Ordini e della Federazione, in cui attualmente gli stessi risultano sottorappresentati.

Da ultimo, ma non meno importante, ci impegneremo per contrastare efficacemente il turismo odontoiatrico nei Paesi extra-UE, dove spesso non è possibile garantire che le cure odontoiatriche rispondano a quegli standard normativi di sicurezza. Standard che invece sono previsti nei Paesi dell'Unione Europea.

Una piena tutela del cittadino implicherebbe la pubblicità delle sanzioni erogate dall'Ordine ai suoi iscritti. Gli ordini di ingegneri e commercialisti senza indugi pubblicano le sanzioni disciplinari irrogate agli iscritti indicando la decorrenza dalla data esatta della sanzione. Alle professioni sanitarie serve un'operazione di trasparenza?

Quando un professionista viene sanzionato deontologicamente, il suo nome va pubblicato nell'interesse dei cittadini. Ma attenzione: se c'è un procedimento disciplinare in corso, finché questo non si è definitivamente concluso, siamo contrari a pubblicare. Certo, è sotto gli occhi di tutti la lentezza della giustizia ordinaria e di quella deontologica. Auspichiamo che la rinnovata Commissione centrale esercenti professioni sanitarie (Cceps), organo deontologico giudicante di secondo grado per tutti i professionisti sanitari, a partire da ottobre possa lavorare in modo da smaltire rapidamente il pregresso. Solo a Milano sono sospese un centinaio di pratiche di cui aspettiamo le sentenze definitive.

Mauro Miserendino



EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra

ERRARE È UMANO, E ANCHE I DENTISTI SONO ESSERI UMANI

Errare è umano. Dunque, tutte le persone possono sbagliare. Eppure, nell'opinione pubblica, esiste una categoria che sembra non avere diritto all'errore: i medici. Forse perché la loro professione tocca il bene più prezioso, la salute.

Ma se è vero che tutti possono sbagliare, e se i medici sono persone, allora anche i medici possono sbagliare. È un sillogismo elementare, eppure spesso dimenticato. I medici non sono certo gli unici a poter causare danni gravi. I tecnici e gli architetti responsabili del crollo del ponte Morandi di Genova, per esempio, hanno tristemente lasciato un segno incancellabile nella storia per numero di vittime. Alcuni magistrati hanno condannato a oltre vent'anni di carcere persone innocenti, alle quali nessuno potrà mai restituire gli anni perduti. L'elenco potrebbe continuare, ma il concetto resta: l'errore umano è trasversale, e comprenderlo dovrebbe essere il primo passo che certi opinionisti farebbero bene a compiere.

Torniamo ai dentisti. Riguardo al contenzioso i dati, quando esistono, sono pochi e spesso contraddittori. Secondo una stima prudente, si registrano ogni anno circa duemila contenziosi su sessantamila dentisti: circa il 3%. Una percentuale ben lontana da quella degli ortopedici (circa il 33%), dei chirurghi generali (17%), degli oculisti (9%). Curiosamente, i chirurghi plastici risultano tra i meno coinvolti: circa il 2%.

Come ogni statistica, anche questa va letta con intelligenza: indica una tendenza generale. Resta però il fatto che duemila dentisti all'anno vengono trascinati in giudizio e si trovano a dover dimostrare di non aver agito con imperizia, negligenza o imprudenza e, secondo i dettami della legge Gelli-Bianco, di aver seguito linee guida o buone pratiche cliniche. Da qui l'importanza cruciale della cartella clinica e della documentazione: fotografie, esami diagnostici e referti, sia prima che dopo le cure.

Tirando le somme, come si conclude la maggior parte delle cause intentate dai pazienti? Con un risarcimento economico, che nella quasi totalità dei casi si attesta fra i 3.000 e i 6.000 euro. Succede spesso per casi clinicamente modesti: una corona protesica troppo scura, una sensibilità al freddo che persiste nonostante la terapia, una protesi mobile mal tollerata. In situazioni simili, un grande medico legale consigliava sempre una conciliazione extragiudiziale, specie quando la controversia nasce da insoddisfazioni soggettive del paziente, nonostante il rispetto dei protocolli. Uno degli esempi più citati era quello della protesi mobile inferiore, difficile da stabilizzare e spesso fonte di frustrazione per i pazienti.

Con pazienza e dialogo, la maggior parte dei pazienti viene convinta a desistere. Ma con gli irriducibili, la conciliazione si rivelava la strada più saggia: magari non ideale sotto il profilo etico, ma senz'altro risolutiva. Perché, piaccia o no, anche il giudizio tecnico d'ufficio (Ctu) e la figura del giudice restano affidati a esseri umani. E come abbiamo già detto l'errore umano non risparmia nessuno, nemmeno la giustizia.

Tutto questo non significa rinunciare a difendere la propria correttezza professionale, quando si è davvero convinti di aver agito con serietà. Ma significa anche valutare con attenzione prima di imbarcarsi in un procedimento, sapendo che la giustizia segue meccanismi umani, spesso lenti e non sempre prevedibili.

Analisi congiunturale Andi: baby boomers al lavoro ad oltranza

La professione invecchia e oggi la metà dei dentisti attivi ha più di 56 anni. Quelli più avanti con l'età, della generazione baby boomer, ritardano l'uscita dalla professione e, secondo le proiezioni, toccheranno quota 13mila nel 2033



Andi ha presentato come ogni anno a Expodental Meeting i risultati dell'Analisi congiunturale della professione odontoiatrica 2025 sul 2024 che si basa su un campione di 2.800 dentisti, rappresentativo dei 28mila soci Andi.

Ad aprire i lavori è stato un esponente del governo italiano: l'onorevole **Marcello Gemmato**, sottosegretario alla Salute con delega specifica all'odontoiatria, che ha lodato «l'enorme preparazione tecnica degli odontoiatri, che si esprime anche nello sviluppo di tecnologie avanzate», esortando a far emergere questo valore perché «il governo Meloni è in continuità con realtà professionali e produttive italiane che inorgogliscono il Paese e contribuiscono alla crescita del Pil con tecnologie immaginate, pensate, costruite in Italia e vendute all'estero».

Per Gemmato è stata anche l'occasione per rivendicare due scelte politiche recenti: «voglio ricordare l'abolizione del diploma di specializzazione per l'accesso al Ssn da parte degli odontoiatri, una stortura che non gli consentiva di assurgere a ruoli dirigenziali all'interno della pubblica amministrazione. E poi nell'ambito della medicina estetica la facoltà di operare nel terzo superiore del volto da parte di un professionista che ha

tutti i titoli e tutte le competenze per poterlo fare». Una scelta fatta anche per contrastare fenomeni di abusivismo: «abbiamo ricevuto critiche da parte degli altri professionisti – ricorda Gemmato – ma voglio ricordare che esiste un mercato così esteso che sarebbe da stupidi non allargare la possibilità di agire in medicina estetica ad altre figure altamente professionalizzate», anche perché la crescente richiesta di questi trattamenti da parte della popolazione lascia spazio «all'azione di professionisti non all'altezza o, peggio ancora, di estetisti che si improvvisano medici, con risultati che le cronache ci affidano».

Una professione che non va in pensione

A presentare nel dettaglio i dati dell'Analisi congiunturale della professione odontoiatrica 2025 sul 2024 sono stati il coordinatore del Centro studi, **Roberto Calandriello**, insieme a **Luigi Russo** e **Andrea Cuttillo**, anche loro del Centro studi.

Oggi il 50% dei dentisti attivi è over 56 anni. Il 18% è figlio d'arte.

Il 71% dei dentisti è titolare di studio e di questi il 20% svolge anche collaborazioni fuori dal proprio studio. Tra i titolari, l'81,6% è proprietario di studio monoprofessionale,

che rimane dunque la modalità principale con cui si fa impresa in odontoiatria.

I collaboratori puri, che sono l'unica categoria in crescita, sono arrivati oggi al 29% e sono prevalentemente giovani. Il numero degli odontoiatri attivi è in costante aumento, sostenuto da due fenomeni: l'ingresso dei nuovi laureati da università italiane e straniere e la ritardata uscita dalla professione da parte degli odontoiatri più avanti con l'età, una fascia composta prevalentemente da uomini. In particolare, gli over 65 hanno avuto una crescita costante tra il 2012 e il 2022 (+14% annuo): nel 2012 erano 2.500; nel 2023 quasi 11.000 e nel 2033, secondo le proiezioni, saranno circa 13.000. Tra gli over 65 di oggi, il 17% intende lavorare fino a 71-76 anni e quasi il 10% si vede in studio anche oltre i 77 anni. Insomma i dentisti della generazione baby boomer, quelli nati tra il 1946 e il 1964, prevalentemente titolari di studio, tendono a procrastinare la quiescenza professionale, per diverse ragioni: l'identità personale fortemente identificata con quella lavorativa e la difficoltà nel vendere lo studio su tutte.

Chi guadagna di più

Secondo i dati dell'Analisi congiunturale Andi, a fat-

ANDI E IL PATTO GENERAZIONALE: NELL'ESECUTIVO NAZIONALE UN DIRIGENTE PER I GIOVANI E UNO PER LA PREVIDENZA



Corrado Bondi
Vicepresidente vicario
Andi Nazionale

Dottor Bondi, l'attuale dirigenza Andi è impegnata fin dal primo momento nel sostenere il modello libero professionale, fatto di studi monoprofessionali, associati o Stp. L'Analisi congiunturale dice però che il mercato del lavoro spinge in direzione opposta: c'è poco passaggio generazionale e sono in crescita i collaboratori puri e probabilmente anche gli addetti nelle catene odontoiatriche. Sembra un trend inarrestabile, a meno di cambiare le regole che governano il settore. Qual è la strategia di Andi per i prossimi 12 mesi?

Il modello libero professionale, inteso nel suo complesso, non solo esiste ma resiste!

Seppure sia innegabile la crescita delle Srl odontoiatriche, credo di poter affermare che molte di esse siano costituite da odontoiatri e quindi riconducibili a soggetti che esercitano la libera professione. In altre parole, il capitale che investe nel settore odontoiatrico, perde la sua spinta propulsiva iniziale a fronte di un vantaggio economico difficilmente raggiungibile e ancor più difficile da mantenere.

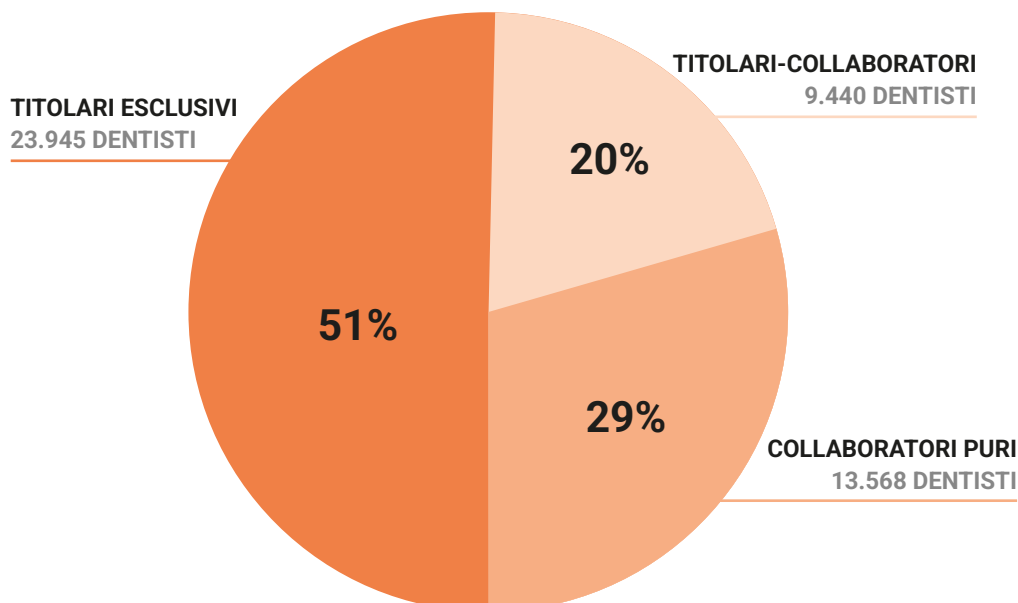
Ricordo che il numero delle società odontoiatriche commerciali che falliscono e chiudono da un giorno all'altro è alto, in quanto il settore dell'odontoiatria organizzata in forma commerciale non è in grado di restituire la marginalità economica attesa dagli investitori puri e non permette di investire ai ritmi degli anni passati. Il passaggio generazionale segna il passo, mentre cresce il numero dei collaboratori puri, questo per due motivi principali. Il primo è che gli odontoiatri più anziani continuano a esercitare la loro attività per mantenere invariato il proprio tenore di vita. Il secondo è che i giovani colleghi prediligono le forme di collaborazione pur di non dover

sostenere l'onere, oggi consistente, della gestione di uno studio professionale. Andi sostiene e ha sempre sostenuto il modello libero professionale perché, nel tempo, si è dimostrata la forma che meglio si addice alla nostra professione – ricordo che l'odontoiatria italiana è comunemente annoverata tra le eccellenze mondiali –, ma anche per essere la forma che meglio tutela il diritto alla salute dei cittadini. La strategia di Andi per il prossimo futuro sarà continuare nel solco che è stato tracciato e che ha visto, tra il resto, la definizione di un contratto di collaborazione realizzato con la consulenza di illustri giuslavoristi, messo in atto con il supporto di una primaria azienda di lavoro interinale, Adecco, e che prevede una forma di conferimento di incarico dedicato ai neolaureati, oltre alla pubblicazione di un testo che rappresenta una guida al passaggio generazionale e un modello formativo specifico e capillare per le sezioni provinciali, che tanto si sono impegnate su questa tematica. Il congresso "Andi con i giovani", che si è tenuto a Napoli, ha espresso un importante momento di confronto e di svolta verso il futuro di una professione che evolve e che guarda all'aggregazione e alla digitalizzazione. Non a caso, a margine del recente Expodental Meeting di Rimini, con il supporto del responsabile "Andi con i giovani", il professor **Gabriele Cervino**, un gruppo di 50 studenti sono stati invitati a conoscere le più avanzate innovazioni tecnologiche applicate alla odontoiatria, in virtù di una partnership tra Andi e Cefla, gruppo leader nel settore odontoiatrico in Italia. Il percorso evolutivo di Andi si riverbera anche sugli aspetti statutari, per giungere entro i prossimi 12 mesi all'approvazione di un nuovo statuto che prevederà due nuove figure all'interno dell'esecutivo nazionale: una dedicata espressamente ai giovani e una seconda alla previdenza, entrambe ineludibili per il necessario supporto alla gestione del patto generazionale. Questi aspetti rappresentano un esempio sintetico della volontà e della determinazione di Andi nel voler continuare a governare la professione con attenzione e metodo, valutando l'efficacia delle strategie intraprese e considerando la necessità di elaborarne di nuove.

A. P.

MODALITÀ LAVORATIVA DEI DENTISTI ITALIANI

DATI CENTRO STUDI ANDI, ANALISI CONGIUNTURALE



IL "MATUSALEMISMO PROFESSIONALE" CONTINUERÀ ANCHE CON LE GENERAZIONI DEGLI OVER 58



Roberto Calandriello
Coordinatore Centro Studi Andi

Dottor Calandriello, tutto il settore odontoiatrico cambierà profondamente quando ci sarà l'uscita dal mondo del lavoro degli ultimi baby boomers, quelli che oggi hanno più di 60 anni e sono prevalentemente titolari di studio. Anagraficamente sembrava un passaggio imminente, mentre i dati di Andi indicano la volontà di parte di questi dentisti di andare ben oltre l'età pensionabile. Quali considerazioni si possono fare e quali effetti avrà questa dinamica? Ci sarà davvero più tempo per tutti gli attori di gestire il cambiamento in atto nel settore?

Il cambiamento del nostro comparto è, oltre che tecnologico, relativo alla componente umana. Tutto ciò che succede nel mondo fuori, giocoforza si riflette

all'interno del mondo del lavoro. Nello specifico del settore odontoiatrico è in atto un cambiamento diverso da quello esterno al nostro paese Italia. Mi riferisco alla demografia dei dentisti, che ha una lettura leggermente diversa da quella della popolazione, infatti la professione o i mestieri rappresentano dei filtri, un passaggio osmotico in cui diverse ragioni vanno a concentrarsi sulle variabili.

Osserviamo da tempo una polarizzazione delle estremità delle generazioni dei dentisti. La componente dei giovani è alimentata, oltre che dagli oltre 38 corsi di laurea in odontoiatria italiani più quelli stranieri, da un antico retaggio di guadagni facili e veloci, fenomeno dei lontani anni '80. Inoltre la ancora forte attrattività è generata dalla libertà di professare l'odontoiatria in formato privato. Purtroppo però questo obiettivo si scontra con il peso della titolarità dello studio, fatta di alti costi e burocrazia obesa.

Le generazioni degli over 68, coloro che per diritto possono accedere all'assegno pensionistico Enpam, continuano a lavorare ad oltranza per questioni economiche di assegno insufficiente e per sani ideali. È verosimile che questo fenomeno di "matusalemismo professionale" continuerà anche con le generazioni degli over 58, non tanto per insufficienza dell'assegno pensionistico, che per questa generazione sarà il frutto di una copertura di tutta la vita professionale, ma anche perché la speranza di vita aumenta di anno in anno. Le due estremità di generazioni sopra descritte hanno ovviamente percorsi diversi e il rischio di divaricazione generazionale è effettivamente potenziale. Andi, facendo tesoro dei dati che produce, ha da tempo pianificato un progetto di integrazione generazionale attraverso la costruzione di un percorso di aggregazione e subentro che è in costante potenziamento.

A. P.

turare di più non sono certamente le donne: un professionista uomo incassa il 31,7% in più di una professionista donna, a parità di condizioni. Non si rileva invece un effetto statisticamente significativo sugli incassi derivante dal lavorare in una zona centrale piuttosto che periferica, né dall'essere figlio d'arte.

La titolarità di studio impatta in maniera molto forte sugli incassi. Rispetto ai collaboratori puri, i titolari di studio esclusivi incassano il 147,6% in più; quelli che si dividono tra l'attività nel proprio studio e la consulenza in altri studi guadagnano invece il 117,5% in più rispetto ai collaboratori puri. Da non dimenticare che

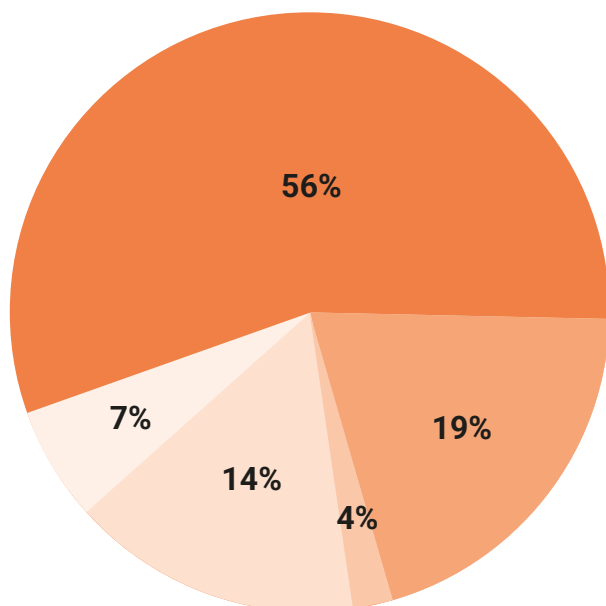
l'incasso del titolare, rispetto all'incasso del collaboratore non titolare, è gravato dai costi dello studio. Inoltre, la maggior parte dei collaboratori sono in regime forfettario e si avvantaggiano della flat tax che, per questione fiscale, non può essere adatta alla gestione di uno studio in ragione dell'ammortamento dei costi.

Infine, la forma societaria ha un impatto molto forte sulle performance economiche: rispetto allo studio monoprofessionale, Stp e Srl garantiscono incassi superiori del 45%. Aggregarsi, quindi, conviene dal punto di vista economico.

Andrea Peren

FORMA ORGANIZZATIVA DELLO STUDIO

DATI CENTRO STUDI ANDI, ANALISI CONGIUNTURALE



56% STUDIO MONOPROFESSIONALE
14% STUDIO ASSOCIATO
7% STP
19% SRL NON STP
4% CATENA COMMERCIALE



Porta ad un livello superiore la tua conoscenza clinica ed anatomica con il

CORSO DI ANATOMIA E TECNICHE IMPLANTARI

su preparato anatomico

PIANO FORMATIVO DENTAL TECH

CON SESSIONE DEDICATA ALLA CHIRURGIA GUIDATA





Scansiona il Qrcode e richiedi il tuo sconto del 15% sul costo d'iscrizione

ICLO Teaching and Research Center, Verona, 06-07 Novembre 2025
Corso accreditato ECM



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





PERFETTO PER CRESTE ATROFICHE

Grazie al nuovo copaSKY 3.0

Da oltre 5 anni l'impianto copaSKY ultra short ha riscosso grande successo, sia da un punto di vista clinico che scientifico, per il trattamento di pazienti con creste alveolari con dimensione verticale ridotta, evitando complessi interventi di innesto osseo. Con il nuovo impianto copaSKY 3.0 è ora possibile trattare anche edentulie in spazi ristretti, inferiori a 6 mm.

Il sistema implantare copaSKY offre una varietà di fixture indicate per quasi tutte le situazioni, al fine di sfruttare in modo ottimale l'osso preesistente e preservare i tessuti molli, con un approccio mininvasivo. L'inserimento di impianti standard, angolati fino a 35° e di impianti copaSKY ultra short, consente la riabilitazione implantare senza dover eseguire procedure chirurgiche complesse. Con copaSKY 3.0 il sistema offre ora anche soluzioni per edentulie in spazi ristretti e forti atrofie orizzontali delle arcate.

L'impianto copaSKY 3.0

Ha un diametro così ridotto, che è indicato anche per edentulie in spazi ristretti. Nonostante il diametro ridotto di soli 3 mm, presenta comunque tutte le stesse eccellenti proprietà della linea implantare copaSKY:

Impianto copaSKY 3.0

- **Elevata stabilità primaria** con tutte le densità ossee per la riabilitazione a carico immediato
- **Back taper microstrutturato** per la neoformazione ossea crestale
- **Posizione subcrestale dell'impianto**
- **Connessione impianto-protetica conico-parallela**

Connessione stabile

Nello sviluppo dell'impianto copaSKY 3.0 è stata posta la massima attenzione sulla resistenza meccanica. Nonostante il diametro ridotto, nei test ha raggiunto l'80% della stabilità meccanica degli impianti copaSKY normali, poiché viene realizzato in titanio puro di grado 4, forgiato a freddo, con resistenza alla trazione di almeno 800 MPa. Tuttavia, è necessario rispettare i limiti dei campi d'applicazione:

- nessuna estensione, trasmissione assiale del carico sull'impianto



Restauro di un elemento singolo.



Edentulia intercalata.



Riabilitazione Full-Arch.



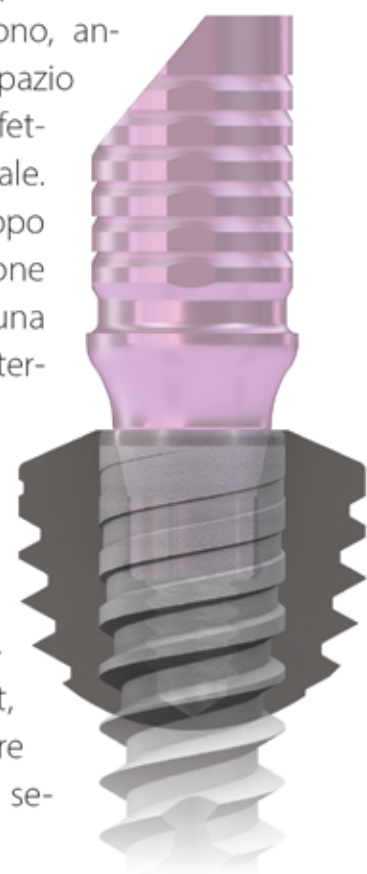
Fissaggio della protesi su 4 impianti.

- corone singole fino a 6 mm di diametro
- angolazioni massime fino a 18°
- in combinazione solo come pilastro mesiale per ponti e per riabilitazioni full-arch.

Identica connessione impianto-protetica degli impianti copaSKY

La connessione impianto-protetica è la stessa di tutti gli altri impianti copaSKY, vale a dire che possono essere impiegati tutti i componenti protesici copaSKY, ad eccezione di alcune limitazioni. Utilizzando gli stessi componenti protesici e lo stesso mounter d'inserimento della linea implantare copaSKY, gli impianti copaSKY 3.0 possono essere facilmente integrati anche in restauri più grandi con altri impianti copaSKY.

I nuovi impianti a diametro ridotto copaSKY 3.0 con i rispettivi abutment, dal design slanciato, offrono, anche in aree ristrette, spazio sufficiente per una perfetta integrazione tissutale. Ciò favorisce lo sviluppo delle papille e l'adesione dei tessuti molli con una protezione a lungo termine dell'impianto. Sono indicati per riabilitazioni a carico immediato e grazie alla terapia one-time, quindi senza la sostituzione dell'abutment, il paziente potrà essere riabilitato in un'unica seduta.



Per maggiori informazioni
scannerizzare il QR code!

SCAN ME!

50 years of bredent

bredent
medical

bredent
group

Focus perimplantite, il ruolo dei fattori chirurgici e protesici

Al Meeting del Mediterraneo si è discusso delle possibili correlazioni tra protesi e perimplantite. In particolare Alberto Monje ha identificato il ruolo dei fattori chirurgici e protesici nell'insorgenza e progressione della perimplantite



Alberto Monje

Qual è il ruolo dei fattori chirurgici e protesici nell'insorgenza e nella progressione della perimplantite? È stato questo il tema di una tra le più interessanti relazioni presentate lo scorso aprile al Meeting del Mediterraneo, che si è svolto a Riccione, organizzato dall'Accademia italiana di odontoiatria protesica (Aiop) con l'obiettivo principale di favorire l'aggiornamento professionale e la condivisione delle migliori pratiche cliniche e scientifiche in odontoiatria. L'ha tenuta **Alberto Monje**, direttore della Parodontologia al Cicom (Badajoz, Spagna), membro del board Sepa, docente presso la Universitat Internacional de Catalunya e Adjunct Professor all'Università del Michigan. Lo abbiamo intervistato ai margini del congresso.

Professor Monje, secondo le evidenze attuali, quali sono i principali fattori chirurgici che aumentano il rischio di perimplantite?

La prevenzione primaria, ossia precedente l'installazione dell'impianto dentale, è una chiave fondamentale per favorire il successo a lungo termine. Tra gli altri fattori spicca la valutazione della zona che andrà a ricevere l'impianto, con la verifica che ci sia sufficiente mucosa cheratinizzata e un vestibolo adeguato a favorire l'adesione ai tessuti. È poi importante che nella fase chirurgica si assicuri uno spessore osseo adeguato sia vestibolare che linguale, che possa proteggere l'impianto dentale, e soprattutto la corretta collocazione protesica.

Durante la fase chirurgica, quali precauzioni possono ridurre significativamente il rischio di perimplantite a lungo termine?

Oggi disponiamo di strategie digitali per ottimizzare il posizionamento tridimensionale degli impianti diminuendo contemporaneamente l'invasività, quindi bisognerebbe utilizzare in modo sistematico la chirurgia guidata, sempre predisponendo una corretta pianificazione con la ceratura digitale o analogica per vedere qual è la posizione tridimensionalmente ottimale. Occorre anche valutare la qualità della struttura os-

sea per personalizzare il tipo di impianto e la posizione. Infine bisogna fare attenzione al protocollo di fresatura per evitare surriscaldamento o danni eccessivi.

Il tipo o la superficie dell'impianto possono influire sulla predisposizione a sviluppare perimplantite?

Oggi la tendenza è quella di utilizzare impianti con un componente ibrido, poiché ci si è resi conto che la rugosità

degli impianti dentali favorisce l'adesione della placca batterica, che può scatenare una risposta infiammatoria. Pertanto, si opta per una superficie rugosa nella porzione apicale, in modo da migliorare o favorire il processo di osteointegrazione. Nel caso in cui si verifichi una perdita ossea – che può avvenire per motivi legati al paziente o con il passare del tempo – queste superfici macchinate nella zona coronale presenteranno una minore adesione o un minor contatto con il biofilm batterico e, allo stesso tempo, garantiranno un miglior adattamento e la omeostasi dei fibroblasti, favorendo il sigillo mucoso.

Qual è l'importanza della quantità e della qualità dell'osso residuo e della gestione dei tessuti molli?

In questo contesto, quantità e qualità dell'osso sono due concetti strettamente collegati, poiché a una maggiore ampiezza dell'osso alveolare corrisponde, in genere, una maggiore presenza sia di osso corticale che di osso spugnoso.

RISCHIO PERIMPLANTITE È SEMPRE PRESENTE: CONTROLLI ALMENO DUE VOLTE ALL'ANNO

Quanto è importante il follow-up e come dovrebbe essere organizzato per rilevare la perimplantite nelle sue fasi iniziali?

«Indipendentemente dal profilo di rischio, tutti i pazienti devono essere inclusi in un programma di terapia di supporto perimplantare, con controlli almeno due volte all'anno. Nei pazienti con un rischio maggiore, la frequenza dei richiami può essere aumentata fino a tre o quattro volte all'anno» ci ha detto **Alberto Monje**, direttore della Parodontologia al Cicom (Badajoz, Spagna), membro del board Sepa, docente presso la Universitat Internacional de Catalunya e Adjunct Professor all'Università del Michigan. Per l'esperto il monitoraggio regolare del paziente implantare da parte sia dell'igienista dentale che dell'odontoiatra deve essere scrupoloso e continuo, al fine di identificare tempestivamente qualsiasi segno di disarmonia e prevenire l'instaurarsi di condizioni irreversibili, le quali potrebbero essere associate a sequele più gravi, trattamenti più complessi e una prognosi clinica meno favorevole.



L'osso spugnoso, grazie alla sua struttura trabecolare, è meglio vascularizzato, e ciò favorisce un'osteointegrazione più rapida e contemporaneamente una minore variazione dimensionale dopo il posizionamento dell'impianto. Per questo motivo, la valutazione non solo della quantità, utile per determinare la posizione ideale dell'impianto o la necessità di rigenerazione ossea, ma anche della qualità, in particolare del rapporto tra osso corticale e spugnoso, è fondamentale per anticipare qualsiasi evento sfavorevole che possa compromettere il risultato a lungo termine.

Qual è il ruolo del disegno protesico nella prevenzione della perimplantite?

La protesi deve essere perfettamente integrata in un profilo armonico, un profilo che favorisca l'igiene, che eviti un'eccessiva vicinanza alla struttura ossea e che permetta la formazione di un epitelio adeguato con una morfologia normale. È stato dimostrato che un profilo di emergenza molto convesso, causato da un posizionamento dell'impianto troppo superficiale o in un sito osseo molto stretto, favorisce la perdita iniziale di osso e, in seconda istanza, si associa a una maggiore risposta infiammatoria.

Emergenza, profilo di contorno, gestione degli spazi: quali sono gli errori più comuni da evitare?

Ritengo che gli errori più comuni in implantoprotesi siano spesso legati alla fase chirurgica, soprattutto quando il posizionamento dell'impianto non è guidato tridimensionalmente e protesicamente. In questi casi si realizza una protesi che, oltre a risultare non favorevole dal punto di vista estetico, non sarà funzionale, a meno che non si ricorra a componenti ibridi per mascherarne i difetti. Una protesi non correttamente pianificata non consentirà un disegno adeguato secondo i canoni attuali, in cui naturalmente il posizionamento dei pilastri transmucosi gioca un ruolo cruciale nella prevenzione della perimplantite.

Una protesi non correttamente pianificata non consentirà un disegno adeguato secondo i canoni attuali, in cui naturalmente il posizionamento dei pilastri transmucosi gioca un ruolo cruciale nella prevenzione della perimplantite.

Esistono protocolli protesici considerati più "sicuri" in termini di mantenimento a lungo termine?

Il protocollo protesico deve essere adattato al profilo clinico e funzionale del paziente. Non tutti i pazienti sono candidati ideali per l'inserimento di protesi fisse su impianti: una protesi tipo overdenture su impianti o denti naturali può invece favorire una migliore igiene orale domicili-

liare e professionale, oltre a semplificare il monitoraggio nel tempo.

In ogni caso, indipendentemente dal tipo di protesi, è fondamentale favorire spazi interprossimali accessibili e promuovere una corretta educazione del paziente, affinché esegua una manutenzione quotidiana efficace, ad esempio utilizzando scovolini interprossimali.

Ci sono segnali precoci di rischio legati alla protesi che l'odontoiatra dovrebbe saper riconoscere?

La mancanza di spazio, l'utilizzo di componenti orizzontali, che invadano lo spazio biologico necessario alla rimodellazione dei tessuti molli e duri, così come materiali protesici non biocompatibili o troppo vicini alla protesi o all'osso alveolare iniziale, possono generare una risposta infiammatoria. Inoltre, anche il componente protesico che si interfaccia con l'impianto, in funzione dello spazio che si forma tra i due, può contribuire all'infiltrazione batterica. Tutti questi fattori favoriscono l'accumulo di infiltrato infiammatorio, che inizia con un riassorbimento osseo marginale e successivamente aumenta il rischio di sviluppare perimplantite.

Renato Torlaschi

Decontaminatore dell'acqua

Stop alla Legionella

METASYS WEK Light



GERMI PERICOLOSI

La soluzione al tuo problema!

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

METASYS WEK Light:

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

Superati i piercing linguali: la nuova moda è il grillz

Cresce tra i giovani l'uso di twinkles e grillz, decorazioni dentali in metallo e diamanti. Questi accessori generano però dubbi su sicurezza e igiene orale, dividendo gli odontoiatri tra richieste del paziente e doveri deontologici



Messi nel cassetto i piercing linguali e gli anelli bovini sulla columella, sono skyces, twinkles e grillz la nuova moda (un obbligo per il follower che segue il suo idolo come la pecora il pastore). Ovviamente arrivano da oltreoceano, sulla scia di altre bizzarre usanze che poi non sono così originali, come il piercing che affonda le radici nella notte dei tempi (vedi box sul "paleopiercing").

A differenza dei piercing, i grillz sono ornamenti dentali simili a una protesi rimovibile; vengono infatti realizzati su misura in leghe metalliche e possono essere arricchiti con l'aggiunta di pietre preziose. L'origine di questi accessori risiede nella comunità afroamericana e nella cultura hip-hop ma è sostanzialmente ancora più antica, risalendo alle pratiche di modificare la forma dei denti o delle labbra presenti in molte culture di tutto il mondo (vedi box sui Maya). Col passare del tempo sono diventati un segno di prestigio usato da artisti, come i cantanti rap, che hanno così rapidamente trovato molti seguaci in tutto il mondo grazie alla contagiosità dei social.

Ovviamente chi non può permettersi un grillz in lega nobile eseguito a regola d'arte si

accontenta di quello che offre Internet e, magari, corre il rischio che il suo oggetto del desiderio sia già stato provato e reso da qualcun altro...

Twinkles e skyces, invece, sono ornamenti in cristallo, metalli nobili o pietre ornamentali cementati sulla superficie vestibolare. Com'è intuibile, la presenza di questi corpi estranei può causare danni più o meno gravi: ipersensibilità dentale, accumulo di placca, aspirazione/ingestione, reazioni allergiche e lesioni mucose; il rischio ovviamente aumenta per chi si rivolge a persone che non rispettano le norme igieniche e/o vendono oggetti di scarsa qualità o usano i comuni adesivi cianoacrilici. Più rari ma anche più gravi i rischi di intossicazione se la lega contiene quantità eccessive di metalli come piombo o nickel. Sull'altro lato della medaglia si trova, per lo meno, un buon motivo per usarli nella clinica e cioè mascherare in modo originale la presenza di una displasia dello smalto. Molto ampio l'intervallo di prezzo che va da dieci euro (compreso l'adesivo cianoacrilico) a migliaia di euro per quelli fabbricati su misura in platino o impreziositi da diamanti. Per chi preferisce "gioielli" più professionali, esistono an-

che bracket e fili ortodontici con elastici colorati che, ovviamente, possono portare a movimenti dentali indesiderati in mancanza di controlli periodici.

Sfaccettature deontologiche

Se è ovviamente più sicuro rivolgersi a un dentista per farsi applicare un twinkle o un grillz, non è controindicato domandarsi se questo non entri in conflitto con la sua deontologia, come è lecito sospettare vedendo un anello metallico che trapassa la corona di un incisivo. Abbiamo quindi ripercorso il Codice ricavandone dubbi e certezze.

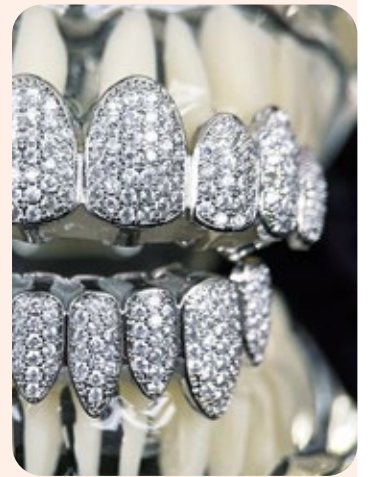
Articolo 2: dovere del medico è tutela della salute, intesa nell'accezione più ampia del termine, cioè come condizione di benessere fisico e psichico.

Se il paziente desidera uno skyce di diamante, che potrebbe pure causargli un danno, il dentista sarà chiamato a risponderne nonostante il consenso informato? E la compagnia assicurativa come considererà il sinistro se l'atto eseguito non può considerarsi una cura?

E se invece desidera un grillz, magari in acciaio, che non si

RETRODATATO L'USO DEL PIERCING: RISALE AL PALEOLITICO

Uno studio recente ha rivelato l'uso di piercing in una comunità del paleolitico (25-29mila anni fa) nel territorio dell'attuale Repubblica Ceca. Gli autori hanno osservato il particolare tipo di usura dello smalto vestibolare di molari, premolari e canini attribuendolo all'azione di un piercing posto nella guancia. In alcuni casi si presentava una superficie complanare di usura da molare a canino. Le differenze in queste superfici fanno pensare anche a una correlazione con il gruppo di appartenenza e forse con la funzione svolta dall'individuo, come se il piercing fosse un segno di distinzione. In questo senso andrebbe interpretata anche la correlazione con l'età, essendo stata riscontrata usura monolaterale nei giovani e bilaterale nei più anziani.



può certo considerare un plus estetico, il dentista è obbligato ad accontentarlo? o deve forse inviarlo a uno psicologo?

Articoli 4, 5 e 19: l'odontoiatra può rispondere "no" perché è libero e indipendente nell'esercizio della professione e non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Punti di vista dal mondo

Oltreoceano, nei *Principles of ethics and code of professional conduct* si legge che il dentista è tenuto a promuovere il benessere del paziente sempre tenendo presente il principio di non nuocere, ma sia l'American Dental Association che l'American Academy of Pediatric Dentistry hanno preso decisamente posizione contro piercing e gioielleria orale a causa dei rischi per la salute. L'American Dental Association invita il pubblico a rivolgersi a un dentista e ricorda che in alcuni stati prendere le impronte delle arcate è un atto riservato ai dentisti e si rischia di essere arrestati come è accaduto in Florida a un venditore di gioielli dentali che non è, bontà sua, arrivato al punto di vendere faccette come un altro intraprendente in Georgia, che teneva pure corsi per diventare "veneer spe-

cialist" al modico prezzo di 6.000 dollari.

Anche in Francia il Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes nel 2010 ha stabilito che applicare gioielli sui denti non rientra nelle competenze degli iscritti. Il professor **Claude Wierzb** sottolinea che il dentista deve rifiutarsi anche per evitare conseguenze medico-legali in caso di danni, mentre **Jean Paul Markus**, docente di diritto, ritiene incompatibile con la deontologia applicare un gioiello o peggio ancora venderlo al paziente (anche se fornito da aziende del settore dentale).

Come succede anche in ortodonzia, può essere incerto il confine tra dentista che cura e dentista che vende. E di vero e proprio commercio pare che si possa parlare nella città araba di Jeddah, dove in 91 studi su un campione di 250, gli ornamenti (per lo più attacchi ortodontici) vengono non solo applicati ma pure offerti, dato che gli autori scrivono chiaramente che «i dentisti cercano di acquisire pazienti con ogni mezzo».

D'altra parte, per l'effettiva tutela della salute è necessario evitare che questi ornamenti vengano applicati da persone incompetenti. Sarebbe quindi ora che gli Ordini professionali inizino a occuparsene anche proponendo una rego-

lamentazione più stringente, che porti a formare operatori adeguatamente istruiti per questo genere di attività, come si dovrebbe fare anche per l'attività del tatuaggio per la quale in Italia non esiste una legge unica ma una serie di norme regionali, ovviamente diverse.

Cosma Capobianco
Odontoiatra

1) Ramírez-Salomón M, Vega-Lizama E, Quintana-Owen P, Cucina A, Tiesler V. Pulp pathosis associated with ancient Maya dental inlays. Arch Oral Biol. 2018 Nov;95:202-208.

2) Hudson B. Cosmetic dentistry in ancient times - a short review. Dental Wealth, Archaeology. 2003; 56(4):10.

3) Arcini C. The Vikings bare their filed teeth. Am J Phys Anthropol. 2005 Dec;128(4):727-33.

4) Willman, J.C. Probable use of labrets among the mid upper paleolithic pavlovian peoples of central Europe. J Paleo Arch 8, 6 (2025).

5) American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on intra-oral/perioral piercing and oral jewelry/accessories. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:146-7.

6) Masoud AI, Alshams FA. The use of decorative braces in Jeddah, Saudi Arabia. J Orthod Sci. 2020 Nov 2;9:18.

GLI ANTICHI MAYA, I PRECURSORI DEI GRILLZ

Le ricerche archeologiche hanno rivelato che modificare la forma dei denti o perforarne la corona per inserirvi un ornamento era una pratica molto diffusa in questo popolo precolombiano. Presumibilmente non tutti potevano permettersi di applicare un inserto di giada o turchese, così come non in tutti i neonati il cranio veniva fasciato in modo da comprimere le suture e modificare la forma finale della testa.

Tali pratiche, eseguite probabilmente senza adeguato raffreddamento, provocavano anche molti danni come dimostra una ricerca svolta sui denti di un centinaio di individui Maya.

Confrontandoli con quelli non modificati

di un campione di controllo, si è notata una frequenza significativamente maggiore di calcificazioni pulpari, riassorbimento radicolare interno, carie e lesioni periapicali in modo indipendente dall'età e nonostante il materiale usato per fissare gli ornamenti garantisse un ottimo isolamento.

Pratiche simili sono state documentate anche in culture africane e asiatiche, come nell'odierno Myanmar dove nel 1000 a.C. viveva un popolo che i cinesi chiamavano "dei denti dorati". Gli archeologi hanno infatti trovato ossa mascellari in cui tutti i denti presentano una serie di piccole cavità vestibolari riempite con foglia d'oro.

ICD, un italiano alla guida della più antica associazione dei dentisti

L'International College of Dentists promuove tra i soci relazioni umane e professionali ad altissimo livello. Mauro Labanca, che ha già inciso in questi anni sulle scelte dell'associazione, sarà il presidente mondiale



Mauro Labanca

L'International College of Dentists (ICD), la più antica e prestigiosa associazione odontoiatrica a scopo umanitario, fondata nel 1920, che conta oggi 14.000 fellow in 144 nazioni, si riunisce in Italia per il Global Council Meeting 2025, in programma a Milano dal 23 al 25 ottobre.

A organizzare l'evento è Mauro Labanca, chirurgo orale milanese, attuale presidente europeo e vicepresidente mondiale Icd. «Dopo la nomina a vicepresidente mondiale, avvenuta a novembre del 2024 a New York, diventerò presidente eletto quest'anno e presidente mondiale nel 2026 – ci ha detto Labanca –. Sarò il primo italiano nella centenaria storia del College ad arrivare a questo livello, cosa che mi rende orgoglioso anche per aver portato con me l'eccellenza italiana in vetta a questa storica e gloriosa associazione».

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

Professor Labanca, cosa si farà durante il Global Council Meeting dell'ICD?

L'International College of Dentists è presente in 144 paesi, ognuno con le sue esigenze e peculiarità, sia culturali che linguistiche, che il College ha da sempre cercato di fare esprimere.

La struttura organizzativa del College è così composta: ogni nazione (ad esempio l'Italia) fa parte di una sezione (per l'Italia ovviamente l'Europa). A seconda del numero totale dei soci (fellow) presenti in una sezione, si ha diritto ad avere un numero proporzionale di rappresentanti (international councilor) all'interno del board mondiale. L'Europa,

ad esempio, ha due councilor. In sostanza la struttura è molto simile a quella dell'Onu, presso il quale per altro l'ICD è rappresentato.

Il Global Council Meeting vede quindi la riunione di tutti i councilor, a cui si aggiungono le figure che costituiscono il comitato esecutivo, che sono il direttore esecutivo, il tesoriere, l'editor, il presidente mondiale, il presidente eletto e il vicepresidente. Durante l'incontro si affrontano i problemi relativi alla governance dell'ICD, si ascoltano le richieste delle singole sezioni, si decidono le future azioni umanitarie da intraprendere – è questa la vera anima e mission del College – e si prendono le decisioni che a cascata

andranno poi ad applicarsi a ogni Stato rappresentato.

Come professionista, quali vantaggi le ha portato la partecipazione, ormai di lunga durata, all'ICD?

E come uomo?

Ritengo molto intelligente la tua domanda che separa i due aspetti che, anche se spesso sovrapposti, almeno per me. Come professionista mi ha dato l'indubbio privilegio di venire in contatto con colleghi di altissimo livello provenienti da ogni parte del mondo, e di poter tramite loro crescere dal punto di vista professionale, poiché credo che il confronto con culture diverse sia sem-

pre arricchente e fondamentale per allargare la propria mente e i propri orizzonti e guardare a uno scenario più ampio rispetto al proprio orticello. Inoltre, essendo ICD un College, si ha la possibilità di incontrare in un unico contesto i principali attori delle più svariate specialità, differenzialmente da quanto accade in un congresso scientifico che ovviamente si limita ad una unica disciplina o a quelle strettamente contigue.

Come uomo mi ha permesso di incontrare persone umanamente stupende, di fare nuove amicizie, di farmi sentire davvero parte di una grande famiglia. Vado ad ogni incontro non con l'approccio mentale di partecipare a un evento o a una riunione, ma con la sensazione di non vedere l'ora di ritrovare amici con cui sto sinceramente bene. Ogniquale volta sono andato ospite da qualche parte a trovare, anche in forma privata, qualche membro del College, ho avuto la sensazione vera e sincera di ospitalità fraterna e non formale.

Come si entra a far parte del College?

La caratteristica di essere un'organizzazione chiusa, su invito, è solo una tradizione da rispettare o ha ancora un significato pratico?

Per definizione il College prevede l'ammissione solo per

LA VOCAZIONE UMANITARIA DELL'INTERNATIONAL COLLEGE OF DENTISTS

L'International College of Dentists nasce prevalentemente per svolgere attività di tipo umanitario. «Il College si occupa di fornire alle popolazioni bisognose vari tipi di sostegno e di supporto, che vanno dalla fornitura di materiale per la gestione dell'igiene orale e all'istruzione per il suo corretto utilizzo, alla fornitura di veri e propri studi dentistici – spiega Mauro Labanca, presidente mondiale eletto ICD –. In questo caso i volontari del College non solo si recano nei vari luoghi per supervisionare l'installazione dei presidi e prestare le cure iniziali, ma si preoccupano anche della formazione di risorse locali che possano poi proseguire in autonomia quanto appreso». È possibile avere una visione più completa delle molte attività svolte ovunque nel mondo visitando il sito www.icd.org.

Da qualche tempo è partito il progetto Global Oral Health Leadership Institute (www.icd.org/gohl-institute), una forza trasformativa impegnata ad affrontare le sfide della salute orale in tutto il mondo. Attraverso la leadership strategica, la collaborazione inclusiva e le alleanze globali, il progetto si dedica alla creazione di soluzioni sistemiche e sostenibili a livello locale, regionale e globale.

invito fatto da parte di un fellow. Questo non vuole assolutamente essere un atteggiamento settario, ma selettivo sicuramente sì. L'obiettivo è ammettere per quanto possibile persone che condividano ideali, spirito umanitario e visione globale.

Mentre in passato uno dei criteri di ammissione era il riconoscimento del successo professionale, della dedizione alla scienza odontoiatrica e per onorare meriti speciali, ora le cose sono comunque molto cambiate, e me ne arrogo completamente il merito. Durante il mio lungo periodo svolto come segretario generale ho abbassato l'età di ammissione e fatto passare il principio per cui anche un giovane possa entrare, e possa sopperire alla mancanza di prestigio curriculari con il desiderio di prestare il proprio supporto ad attività di tipo umanitario, che è il vero principio fondante del College.

Nel 2026 sarà il primo italiano alla guida di quella che è la più antica associazione internazionale di odontoiatria. Cosa vorrebbe riuscire a realizzare durante il suo mandato?

In realtà dallo scorso novembre, momento della mia elezione a vicepresidente mondiale, ho già iniziato a lavorare, di concerto con il presidente eletto e il presidente, per realizzare alcuni miei progetti.

Tra questi, una maggiore divulgazione dell'esistenza del College tra i colleghi, un maggior coinvolgimento dei giovani con attività a loro dedicate e con la possibilità per loro di godere dei benefici che il College può dare, e l'organizzazione di eventi patrocinati da ICD che, giova ricordare, risulta registrato negli Stati Uniti non solo come associazione no-profit, ma anche come ente accreditante.

Andrea Peren

TI SEI PERSO UN NUMERO?

LEGGI
L'EDIZIONE
DIGITALE



WWW.DENTALJOURNAL.IT/DENTAL-JOURNAL

BENESSERE ORALE NATURALE

CON LA LATTOFERRINA FORHANS

ANTIBATTERICO
NATURALE

BENESSERE
DELLE MUCOSE ORALI
AZIONE QUOTIDIANA
PREVENTIVA



Forhans
Lattoferrina



dal 1951

www.uragmeonline.com





ACCADEMIA ITALIANA
DI ODONTOIATRIA PROTETICA

USURA DENTALE: UN PERCORSO PER COMPRENDERNE EZIOLOGIA, PREVENZIONE, EVOLUZIONE E TRATTAMENTO



XLIV CONGRESSO INTERNAZIONALE

13 15 NOVEMBRE 2025

PALAZZO DEI CONGRESSI, BOLOGNA

 AIOP.COM

PARODONTOLOGIA

Non solo prevenzione: la dieta influisce anche sulla risposta alla terapia parodontale non chirurgica

Un crescente corpo di evidenze scientifiche sottolinea il ruolo della dieta nella salute parodontale. Tra i nuovi dati presentati all'ultimo congresso EuroPerio11 a Vienna, uno studio condotto presso l'Academic Centre for Dentistry di Amsterdam (1) ha evidenziato una correlazione significativa tra il consumo di verdure e l'esito della terapia parodontale non chirurgica in pazienti con parodontite severa. La ricerca ha coinvolto 100 pazienti, già parte di uno studio randomizzato controllato, che avevano ricevuto la terapia con o senza disinfezione sottogengivale e antibiotici. I partecipanti hanno compilato un questionario alimentare relativo ai tre giorni precedenti l'intervento terapeutico, valutando l'assunzione di verdure, frutta e prodotti dolci. I dati parodontali sono stati raccolti al basale, a tre mesi e a sei mesi. Dopo aggiustamento per fattori confondenti (età, sesso, livello d'istruzione, fumo, circonferenza vita, allocazione al trattamento, livello di placca e valori parodontali iniziali), il consumo di verdure è risultato significativamente associato a miglioramenti clinici a tre e sei mesi, inclusa la riduzione del sanguinamento al sondaggio, dell'area infiammata parodontale, della profondità media di tasca, della percentuale di profondità superiore a 5 mm e del livello di attacco clinico. In particolare, tutti gli indici parodontali sono migliorati progressivamente in funzione dell'incremento del consumo di verdure, mentre frutta e dolci non hanno mostrato correlazioni significative. Questi risultati suggeriscono che specifiche abitudini alimentari possano favorire i processi di guarigione post-terapia e che



una dieta ricca di verdure potrebbe rappresentare un coadiuvante efficace nel trattamento della parodontite severa. «La dieta svolge un ruolo cruciale non solo nella prevenzione primaria e secondaria, ma anche nella fase di recupero dopo il trattamento. Incoraggiare i pazienti ad adottare abitudini alimentari più sane, in particolare aumentando il consumo di verdure, potrebbe migliorare il successo della terapia parodontale», ha evidenziato il professor **Lior Shapira**, presidente del comitato scientifico di EuroPerio11. All'interno dello stesso congresso sono stati presentati altri due lavori che rafforzano l'associazione tra alimentazione e salute orale. Uno studio longitudinale finlandese ha mostrato che una dieta proinfiammatoria aggrava l'infiammazione sistemica nei pazienti con parodontite e aumenta i livelli di proteina C-reat-

tiva, un marcatore chiave di infiammazione cronica. L'effetto si è mantenuto nel tempo, suggerendo che dieta e stile di vita agiscano in sinergia sull'infiammazione sistemica. Un ulteriore studio presentato da ricercatori tedeschi (2) ha valutato l'effetto dell'eliminazione totale degli zuccheri e dei dolcificanti per quattro settimane su 55 studenti in odontoiatria, osservando una significativa riduzione del sanguinamento al sondaggio, un miglioramento del profilo vitaminico e un calo ponderale medio di un chilogrammo. Il desiderio di zuccheri, inizialmente elevato, è diminuito progressivamente, indicando che programmi strutturati di astensione possono avere benefici concreti sulla salute orale e generale. L'insieme di questi dati rafforza l'evidenza che la dieta non solo influisce sull'insorgenza della malattia parodontale, ma anche sulla risposta alla terapia, rendendo auspicabile l'integrazione di un counseling nutrizionale nella pratica clinica odontoiatrica.

Renato Torlaschi

- 1) De Jong TMH, Angelakis A, Van der Velden U, Loos BG, Bizzarro S. Effect of dietary habits on outcome of nonsurgical periodontal therapy. Journal of Clinical Periodontology, Vol. 52, 2025. EuroPerio11, May 14-17, 2025, Vienna, Austria, Oral Presentations.
2) Woelber JP. Effects of a 4-week sugar avoidance on periodontal, systemic and psychological parameters. An uncontrolled interventional clinical trial. Journal of Clinical Periodontology, Vol. 52, 2025. EuroPerio11, May 14-17, 2025, Vienna, Austria, Oral Presentations.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

LIDOCAINA E ARTICAINA: PARIMERITO PER L'ANESTESIA LOCALE NEL PAZIENTE PEDIATRICO

Condizione clinica

La gestione clinica e operativa del paziente pediatrico è spesso complicata dalla paura di subire dolore da parte del piccolo paziente. Diventa dunque di fondamentale importanza, per le manovre invasive che riguardano componenti del dente altamente innervate (ad esempio l'accesso agli spazi pulpari), avere un ottimo livello di anestesia locale. La pratica clinica e la ricerca hanno dimostrato la sicurezza e l'efficacia della lidocaina come anestetico locale, con un minimo livello di tossicità e reazioni

avverse, tale da definirlo come anestetico locale gold standard per il paziente pediatrico. Anche l'articaina, subito dopo la sua introduzione sul mercato odontoiatrico (1976), si è dimostrata una molecola anestetica efficace e sicura per gli impieghi in pedodonzia. Il dosaggio di articaina raccomandato per il paziente pediatrico di età compresa tra i 4 ed i 12 anni è pari a 5 mg/kg di peso corporeo. La molecola anestetica presenta un rapido metabolismo e la formazione di metaboliti inattivi, condizioni che lo rendono un anestetico locale potenzialmente sicuro anche nei confronti del piccolo paziente. L'articaina, tuttavia, non è esente da effetti avversi come vertigini, tremori, disorientamento, convulsioni, ipotensione e depressione dell'attività respiratoria. Nonostante il fatto che entrambe le molecole, lidocaina e articaina, sono definite come valide nel praticare l'anestesia locale nel paziente pediatrico, rimane un'assenza di consenso sulla sicurezza di queste soluzioni anestetiche.

Dati di evidenza scientifica

Una recente metanalisi degli studi clinici presenti sull'argomento si è occupata di stabilire se gli effetti avversi dell'articaina, come anestetico locale nel paziente pediatrico, sono comparabili a quelli della lidocaina e se può essere considerata una molecola anestetica altrettanto sicura rispetto alla lidocaina stessa, considerata come molecola anestetica elettiva in pedodonzia.

Per la revisione sistematica sono stati selezionati solo studi clinici randomizzati con gruppo di controllo in una corte di pazienti di età inferiore ai 14 anni, in buona salute e che richiedevano un trattamento odontoiatrico in anestesia locale. Gli studi inclusi prendevano in considerazione, come outcome, gli effetti avversi della soluzione anestetica a base di articaina rispetto al controllo, rappresentato dalla lidocaina. Il risultato della metanalisi evidenzia che la soluzione anestetica a base di articaina non presenta effetti avversi differenti all'anestetico locale a base di lidocaina nel trattamento odontoiatrico del bambino di età inferiore ai 14 anni (rischio relativo pari a 1.08 con un intervallo di confidenza 95%, compreso tra 9.54 e 2.15).

Implicazioni cliniche

- 1) Nelle procedure odontoiatriche del paziente pediatrico che prevedono l'impiego dell'anestetico locale, la molecola di articaina si è dimostrata efficace e sicura.
2) La comparsa di effetti avversi legati alla somministrazione della soluzione anestetica a base di articaina sono sovrapponibili e identici a quelli evidenziati per la molecola di lidocaina, che rappresenta la soluzione anestetica d'elezione nel trattamento del paziente pediatrico.

Fonte: Li L, Sun DL. Adverse effects of articaine versus lidocaine in pediatric dentistry: a meta-analysis. J Clin Pediatr Dent. 2023 Nov;47(6):21-29.

PARODONTOLOGIA

Termografia a infrarossi, ultima frontiera per la diagnosi non invasiva delle malattie gengivali

Tra le novità presentate EuroPerio11 – organizzato in maggio a Vienna dalla European Federation of Periodontology (Efp) – c'è un innovativo studio condotto presso la facoltà di Odontoiatria dell'Università Ain Shams, in Egitto, che ha dimostrato l'efficacia della termografia a infrarossi nella diagnosi delle malattie parodontali.

Tradizionalmente, la diagnosi parodontale si basa su valutazioni cliniche e radiografiche, come la profondità di sondaggio e gli indici gengivali, ma questo nuovo approccio si propone come metodo diagnostico non invasivo e capace di rilevare in tempo reale gengivite e parodontite con un'elevata accuratezza. Lo studio ha incluso pazienti di età compresa tra 18 e 60 anni, affetti da gengivite diffusa e in buono stato di salute generale; sono stati esclusi soggetti fumatori, in gravidanza, in trattamento farmacologico o sottoposti recentemente a terapie antibiotiche o antinfiammatorie. I parametri clinici valutati comprendevano l'indice di placca, la profondità di sondaggio e il livello di attacco clinico, mentre le immagini termiche sono state acquisite mediante una fotocamera Fluke Pocket Thermal.

Le temperature medie rilevate sono risultate significativamente differenti tra i gruppi: $34,8 \pm 2,4$ °C nei soggetti sani, $37,8 \pm$

$1,6$ °C nei pazienti con gengivite e $38,7 \pm 1,2$ °C in quelli con parodontite. L'analisi della curva Roc (un grafico che mette in relazione la sensibilità e la specificità di un test diagnostico) ha confermato un'elevata capacità discriminante, con un'Auc (area sotto la curva Roc) di 0,94 per la gengivite (sensibilità 93% e specificità 83,8%) e 0,86 per la parodontite (sensibilità 90,7% e specificità 64,5%).

I dati termici hanno mostrato una correlazione significativa con i parametri clinici tradizionali, come l'indice di placca e la perdita di attacco clinico. «L'infiammazione può modificare i pattern termici locali – ha dichiarato il responsabile scientifico di EuroPerio11 Lior Shapira – e questo studio ha confermato che la termografia a infrarossi può offrire un metodo non invasivo e specifico per rilevare la malattia parodontale. Potrebbe rappresentare una svolta nella diagnosi precoce, soprattutto in contesti in cui gli strumenti diagnostici tradizionali sono meno accessibili. Inoltre, il sondaggio parodontale, che oggi rappresenta il metodo diagnostico standard, è una procedura sgradevole, in particolare in presenza di gengive infiammate. Metodi nuovi e non invasivi come questo saranno più accettati dai pazienti, soprattutto nei bambini e negli adolescenti».



L'utilizzo della termografia a infrarossi si configura dunque come un'opzione concreta per migliorare la diagnosi precoce delle patologie parodontali, soprattutto in contesti con accesso limitato agli strumenti convenzionali e in popolazioni sensibili, aprendo la strada a una diagnosi più accettabile e tempestiva.

Renato Torlaschi

M. AbdalWahab, S. Nabile, O. Ezzat. An innovative method for using infrared thermography to diagnose periodontal diseases. Journal of Clinical Periodontology, Vol. 52, 2025. EuroPerio11, May 14-17, 2025, Vienna, Austria, Oral Presentations.

CHIRURGIA

Pianificazione chirurgica accurata aiuta a prevenire le complicanze neurologiche nella chirurgia dei molari inferiori

Le complicanze relative al nervo mandibolare, il ramo più grande del quinto nervo cranico, possono derivare da diverse cause, tra cui interventi chirurgici, malattie o traumi. Procedure come l'estrazione del terzo molare incluso, trattamenti endodontici, posizionamento di impianti, neuropatia post infettiva o traumatica, sinovite dell'articolazione temporo-mandibolare o interventi medici possono coinvolgere o danneggiare il nervo mandibolare, includendo i rami alveolare inferiore e linguale.

Un team di studiosi italiani, in gran parte dell'Università Aldo Moro di Bari, ha esaminato in dettaglio questo problema, che costituisce una preoccupazione significativa per i chirurghi orali e maxillo-facciali.

L'approfondimento, pubblicato sull'*International Journal of Dentistry*, sottolinea l'importanza di una conoscenza dettagliata dell'anatomia del nervo per prevenire e gestire le complicanze neurologiche post operatorie associate alla disinclusione del molare inferiore; fornisce una panoramica delle lesioni mandibolari e linguali più comuni durante l'estrazione del terzo molare inferiore e propone misure preventive e terapeutiche basate su recenti studi clinici.

Nella valutazione del rischio e della progressione del danno nervoso, le scansioni TC potrebbero offrire previsioni più precise rispetto alle immagini panoramiche. Una valutazione preoperatoria completa dei potenziali rischi associati agli interventi chirurgici aiuta a pianificare tecniche microchirurgiche volte a ridurre al minimo il rischio di danni neurosensoriali al nervo mandibolare. Tuttavia, gli autori attribuiscono una grande importanza al fatto che i pazienti devono essere pienamente informati in fase preoperatoria sulle possibili complicanze post operatorie come parte del processo di consenso informato.

Qualora si verificassero ipotesia o disestesia del nervo mandibolare come complicanza chirurgica, è essenziale un monitoraggio continuo attraverso test neurosensoriali, con possibile invio a un reparto di neurochirurgia. Esistono diversi trattamenti per il danno nervoso; tuttavia, anche se queste te-

EUCLORINA® GENGIVE



SOLLIEVO IMMEDIATO DAL DOLORE¹

crea una barriera protettiva che



COLLUTORIO

Indicato per il trattamento delle infiammazioni, sanguinamenti e traumi gengivali del cavo orale^{1,2}



GEL

DISPOSITIVI MEDICI

ORTODONZIA

Consensus conference fornisce indicazioni per la scelta tra ancoraggio scheletrico e convenzionale

Dopo decenni di dibattiti e approcci divergenti, un recente lavoro getta una nuova luce sull'uso dell'ancoraggio scheletrico in ortopedia dento-facciale. Pubblicato su *Progress in Orthodontics*, si tratta di uno studio internazionale che ha impegnato numerosi esperti italiani afferenti alla Società italiana di ortodonzia (Sido) e che vede, come primo autore, **Lorenzo Franchi** dell'Università di Firenze. 25 esperti di 14 Paesi hanno utilizzato il metodo Delphi modificato per definire quando e come l'ancoraggio scheletrico dovrebbe essere preferito rispetto a quello convenzionale nel trattamento delle più comuni disarmonie scheletriche nei pazienti in crescita e negli adulti.

I partecipanti hanno espresso il loro grado di accordo su 32 statement basati su una revisione sistematica della letteratura. Il consenso era considerato raggiunto se almeno il 70% degli esperti era "d'accordo" o "fortemente d'accordo" e meno del 20% era in disaccordo. Alla fine del processo, 24 dei 32 statement proposti hanno ottenuto il consenso.

Lo studio ha esaminato tre ambiti principali: la discrepanza trasversale del mascellare superiore, la II Classe da retrusione mandibolare e la III Classe scheletrica.

Riguardo all'espansione mascellare, l'ancoraggio scheletrico

convince, ma non in tutti i casi. Negli adolescenti e negli adulti, l'uso di espansori ad ancoraggio scheletrico è stato giudicato efficace nell'indurre espansione scheletrica del mascellare, con un tasso di successo che tuttavia decresce con l'aumentare dell'età. Il consenso è stato raggiunto anche sul fatto che non è possibile prevedere con certezza l'apertura della sutura palatina nei pazienti oltre i 25-30 anni. Tra i pazienti in crescita, si è convenuto che l'ancoraggio scheletrico riduce significativamente l'inclinazione vestibolare dei denti posteriori rispetto a quello dentale, migliorando il profilo biomeccanico del trattamento.

Nel trattamento della II Classe, gli esperti promuovono l'utilizzo delle miniviti. Per la correzione della retrusione mandibolare in pazienti in crescita, hanno riconosciuto che i dispositivi funzionali fissi ancorati a miniviti offrono un maggiore avanzamento scheletrico e un migliore controllo della proclinazione degli incisivi inferiori rispetto ai tradizionali apparecchi dentali. Tuttavia, si sottolinea come le evidenze a sostegno di queste conclusioni siano ancora limitate e che i benefici clinici vadano valutati caso per caso.

Relativamente alla III Classe, l'efficacia appare bilanciata da alcuni aspetti problematici. Nel trattamento della III Classe nei



pazienti in crescita, i dispositivi ad ancoraggio scheletrico si sono dimostrati più efficaci nella correzione sagittale scheletrica e nel contenere gli effetti collaterali dentoalveolari rispetto alle classiche maschere facciali. Tuttavia, gli esperti avvertono: l'invadibilità chirurgica e i costi elevati devono essere sempre ponderati rispetto ai benefici, specialmente nei pazienti più giovani, in cui il tasso di fallimento delle miniplacche risulta più alto.

Gli statement accettati rappresentano oggi le raccomandazioni condivise dalla comunità scientifica internazionale; il consenso ottenuto in questo studio rappresenta un'importante base di riferimento per orientare la pratica clinica e lo sviluppo futuro delle terapie ortodontiche.

Giampiero Pilat

Franchi L et al. Skeletal versus conventional anchorage in dentofacial orthopedics: an international modified Delphi consensus study. *Prog Orthod*. 2025 Mar 3;26(1):9.



Esempio radiografico della possibile relazione anatomica tra il nervo alveolare inferiore e i terzi molari inferiori

rapie possono migliorare il deficit neurosensoriale, i pazienti spesso riportano un peggioramento della qualità della vita. Per questo motivo, i chirurghi dovrebbero prioritariamente prevenire tali complicanze attraverso indagini preoperatorie approfondite. Le terapie conservative possono essere tentate per mitigare questa condizione medica.

La ricerca evidenzia fattori di rischio specifici per le complicanze neurologiche post operatorie. L'uso della terapia laser a bassa intensità (LLLT) per il trattamento delle lesioni nervose contribuisce a migliorare la pratica clinica e a ridurle, e hanno un loro ruolo anche i farmaci per la gestione del dolore e la fisioterapia. «I professionisti del settore odontoiatrico – affermano gli specialisti pugliesi – possono applicare le conoscenze acquisite da questo studio nella loro pratica clinica attraverso una pianificazione chirurgica più accurata e l'adozione di tecniche avanzate per minimizzare il rischio di lesioni nervose. Inoltre, l'implementazione di esami radiografici più dettagliati, come la TC, può migliorare la previsione e la prevenzione delle complicanze. La consapevolezza delle potenziali complicanze e della loro gestione consente ai clinici di informare adeguatamente i pazienti e di fornire un follow-up post operatorio mirato».

Giampiero Pilat

Mancini A, Inchingolo AM, Blasio MD, de Ruvo E, Noia AD, Ferrante L, Vecchio GD, Palermo A, Inchingolo F, Inchingolo AD, Dipalma G. Neurological complications following surgical treatments of the lower molars. *Int J Dent*. 2024 Sep 9;2024:5415597.

MAXI SMART: LA NOSTRA PIÙ ALTA ASPIRAZIONE.

COSTI D'ESERCIZIO RIDOTTI, RISPARMIO DI ENERGIA E DI MATERIALE, SVILUPPO SOSTENIBILE.

Maxi Smart è una centrale di aspirazione chirurgica consigliata **fino a 15 riuniti in funzione contemporanea** ed è il primo grande impianto che oltre alla prevalenza controlla anche la portata. Maxi Smart è di facile installazione infatti è completamente premontato, è senza vaso separatore e possono essere collegate fino a 4 unità in parallelo senza accessori.

Siamo soddisfatti di Maxi Smart, abbiamo migliorato il lavoro dei professionisti e contribuito ad una crescita sostenibile.

Scopri i dettagli su www.cattani.it



COSTIAMO MENO DEGLI ULTIMI E SIAMO TRA I PRIMI DEL MONDO! ECCO PERCHÉ:

Facciamo ricerca: questo ci permette di avere a nostra disposizione tecnologie di ultima generazione.
Aumentiamo le prestazioni: le tecnologie informatiche ed elettroniche aumentano le prestazioni e la sicurezza delle nostre macchine.
Riduciamo i costi: meno costi di manutenzione meno spese di energia: nel rapporto costi benefici siamo sempre i più convenienti.
Riduciamo l'impatto ambientale: risparmiamo il 50% di materie prime, facciamo risparmiare a voi dal 30% al 50% di energia elettrica.

HOW IS IT WE LEAD IN OUR FIELD, WHEN WE COST LESS THAN THE ALTERNATIVES? THIS IS HOW:

Constant research: this enables us to apply the latest technology to all of our products and solutions.
We enhance performance: electronic and information technology enable us to enhance the performance and reliability of our products.
We reduce costs: less maintenance and lower energy costs mean that we are always the most economical on a cost-benefit analysis.
We reduce environmental impact: we save 50% on raw materials, and allow you to save between 30% and 50% on electrical consumption.

Azienda con Sistema di Gestione Qualità certificato = ISO 9001 = e = ISO 13485 = Company with Quality System certified = ISO 9001 = and = ISO 13485 =

Via Natta 6/A 43122 Parma - Italy T +39 0521 607604 F +39 0521 607628 info@cattani.it



WWW.CATTANI.IT

Ivoclar ha presentato Tetric plus: il nuovo composito universale che semplifica la conservativa

In un evento esclusivo a Rimini, a margine di Expodental Meeting, Ivoclar Italia ha presentato ufficialmente Tetric plus, il nuovo composito universale progettato per semplificare e velocizzare i trattamenti di restaurativa diretta.

Nel corso della serata, ospitata nella location del Ristorante Frontemare di Rimini, si è svolta la presentazione dei relatori, il dottor **Riccardo Ammannato** (Genova), il dottor **Daniele Gensini** (Roma), il dottor **Nicola Ragazzini** (Bologna) e il dottor **Martin von Sontagh** (Lustenau, Austria),

con un format originale e divertente. I clinici infatti si sono esibiti in una messa in scena teatrale: quattro amici al bar che discutono dei loro casi clinici, tra un drink e una battuta. Il numero quattro non è casuale, e ricorrerà per tutta la serata. Il nome Tetric plus si ispira infatti al prefisso greco "tetra", ovvero "quattro", numero al centro delle caratteristiche principali del prodotto: 4 colori, 4 mm di spessore dello strato, utilizzo nei 4 quadranti, tecnologia ottimizzata a 4 riempitivi.

Per i quattro esperti, che hanno potuto utilizzare il composito sui loro pazienti nella fase pre-marketing, Tetric plus con solo 4 tinte è in grado di ridurre i tempi alla poltrona, offrendo allo stesso tempo risultati quasi sovrapponibili alle procedure di stratificazione più complesse, soprattutto dedicando il giusto tempo alla lucidatura con l'accortezza di non usare troppa pressione.

«È indicato sicuramente per i posteriori, ma anche per gli anteriori» hanno detto i relatori durante l'incontro. «Dopo un mese dall'applicazione l'effetto camaleontico migliora e si stabilizza» affermano, sottolineando poi un'altra caratteristica non da poco: «è un materiale che perdona: anche se commetti un errore nella scelta della tinta, il composito si mimetizza bene con gli altri elementi».



Congresso Biomax Verona 2025: due eventi in uno, all'insegna dell'eccellenza in implantologia e ortodonzia



Dal 9 all'11 ottobre Verona ospiterà il 27esimo Congresso internazionale di terapia implantare e il secondo Forum di ortodonzia, organizzati da Biomax. Un'occasione per odontoiatri, implantologi e ortodontisti di aggiornarsi sulle più recenti innovazioni cliniche, con il contributo di esperti di fama internazionale. Le sessioni saranno caratterizzate da approfondimenti teorici, discussione di casi clinici reali e momenti interattivi, offrendo ai partecipanti strumenti concreti per elevare la propria pratica professionale.

Il congresso si articola in due eventi paralleli, nella stessa sede e negli stessi giorni, consentendo ai partecipanti di scegliere il percorso più affine ai propri interessi.

Il congresso di terapia implantare (tre giorni) esplorerà le ultime tecnologie e strategie per una riabilitazione implantare sempre più efficace, minimamente invasiva ed estetica. Saranno affrontati temi cruciali come la stabilità dei tessuti perimplantari, la chirurgia guidata e l'approccio multidisciplinare per il trattamento dei pazienti con esigenze complesse, ma anche protesi su impianti con flusso digitale e registrazione dei movimenti articolari.

Il Forum di ortodonzia (due giorni) si concentrerà sulle moderne terapie ortodontiche personalizzate, con focus su biomeccanica, allineatori, trattamenti interdisciplinari e protocolli digitali per migliorare estetica e funzione.

Congresso europeo di implantologia ceramica: dalla biologia alla pratica clinica



Con il titolo "Facts of Ceramic Implants Part III", la European Society for Ceramic Implantology (Esci) ha organizzato la terza edizione del congresso europeo di implantologia ceramica, che si terrà dal 25 al 27 settembre a Horgen/Zurigo (www.esci-online.com/congress).

In un contesto in cui i vantaggi degli impianti in ceramica stanno diventando sempre più evidenti nell'uso clinico e l'interesse dei pazienti è in costante aumento, l'evento offre una piattaforma per lo scambio delle ultime scoperte scientifiche e degli sviluppi clinici nel campo degli impianti in ceramica. I relatori coinvolti affronteranno l'argomento in tre capitoli principali: materiali, biologia e applicazione clinica.

Da segnalare durante il congresso la celebrazione dei 60 anni dell'implantologia: «Per-Ingvar Branemark ha posizionato il primo impianto dentale 60 anni fa, esattamente nella data del congresso Esci» spiegano gli organizzatori, che hanno invitato quello che è stato il suo allievo, il professor **Tomas Albrektsson**, per una lezione magistrale.



Joint meeting

INNOVAZIONE E SFIDE PER LA RIGENERAZIONE MODERNA

Chairmen Scientifici

Francesco Cairo e Istvan Urban

Relatori e Moderatori

Serhat Aslan (Turchia)
Gustavo Avila-Ortiz (Spagna)
Giacomo Baima
Antonio Barone
Mario Beretta
Daniele Cardaropoli
Paolo Casentini
Raffaele Cavalcanti
Matteo Chiapasco
Pierpaolo Cortellini
Alessandro Cucchi

Maria Di Martino
Luca De Stavola
Alberto Fonzar
Santo Garocchio
Fulvio Gatti
Paolo Ghensi
Luca Gobatto
France Lambert (Francia)
Luca Landi
Mauro Merli
David Palombo
Andrea Pilloni

Federico Rivara
Isabella Rocchietta
Mario Rocuzzo
Marco Ronda
Nicola Sforza
Massimo Simion
Martina Stefanini
Cristiano Tomasi
Grazia Tommasato
Leonardo Trombelli
Marco Zeltner (Svizzera)
Giovanni Zucchelli

INQUADRA
E SCOPRI IL
PROGRAMMA!



24-25 OTTOBRE
SESSIONE
IGIENISTI



HAI MENO DI 45 ANNI?



PARTECIPA A
OYVA

Osteology Young Video Award



Scopri qui
come iscriverti!

National
Osteology
Symposium

Firenze

23-25 ottobre 2025

Innovazione e sfide per la
rigenerazione moderna

Cadaver lab Aie: a novembre un corso pratico di microchirurgia endodontica su preparati anatomici umani

L'Accademia italiana di endodonzia (Aie) prosegue nell'organizzazione di quello che rappresenta il primo cadaver lab in Italia in endodonzia. Questo corso pratico di microchirurgia endodontica su preparati anatomici umani si pone l'obiettivo di analizzare in modo approfondito ogni singolo passaggio delle procedure di endodonzia chirurgica utilizzando preparati anatomici umani di elevata qualità, per permettere anche ai meno esperti di approcciare tali tecniche con maggiore consapevolezza, tranquillità e conoscenza di tutto lo strumentario specialistico più moderno.

Il cadaver lab, giunto quest'anno alla sua quarta edizione, si terrà **dal 27 al 29 novembre** confermando come sede la prestigiosa Iclo Teaching and Research Center San Francesco di Sales a **Verona**. Anche questa edizione è stata accreditata con 37,5 Ecm.

La giornata del giovedì, completamente teorica e di preparazione ai due giorni pratici successivi, sarà tenuta da due dei relatori italiani

più quotati sull'argomento, **Emanuele Ambu** e **Piero Alessandro Marcoli**, che descriveranno in modo dettagliato tutte le procedure e lo step by step della microchirurgia endodontica mediante l'uso delle tecniche e degli strumenti più all'avanguardia. La scelta di relatori con un'esperienza clinica ultraventennale nel settore consentirà, oltre a una completa e ampia dissertazione sui vari passaggi quali scolamento del lembo, allestimento della breccia ossea, preparazione retrograda e sigillo tridimensionale, la conoscenza di quei piccoli trucchi che possono fare la differenza nell'ottenere il miglior risultato possibile e che sono spesso frutto di anni di affinamento della tecnica, di errori e di valutazioni puramente cliniche spesso dimenticate nei trattati accademici.

Le giornate di venerdì e sabato vedranno invece l'applicazione sul campo da parte dei partecipanti delle procedure specialistiche endodontiche descritte. Le dissezioni anatomiche saranno guidate da Fabrizio Nicoletti, esperto di chirurgia, clinico di esperienza e

referente scientifico di numerosi corsi di anatomia. Verranno anche descritte le posizioni e come affrontare in sicurezza le varie strutture vascolo-nervose riscontrabili nei principali interventi di chirurgia endodontica quali nervo alveolare inferiore, forame mentoniero, branche vascolo-nervose maggiori e minori dei mascellari, le principali arterie e il seno mascellare.

Ogni partecipante verrà inoltre seguito direttamente da uno o più tutor soci attivi di Aie praticanti di chirurgia endodontica, che saranno di ausilio a una corretta gestione del preparato anatomico e di supporto nelle procedure di dissezione.

Il cadaver lab rappresenta un fiore all'occhiello nella programmazione culturale dell'Accademia ed è un corso unico nel suo genere sul panorama nazionale.

L'Accademia promuove sul territorio numerose altre iniziative, dagli Study Club annuali, eventi giornalieri focalizzati ogni anno su un differente argomento specifico dell'endo-



donzia, e che quest'anno avranno come topic le tecniche per la preservazione della polpa vitale, ai numerosi approfondimenti online che consentono un costante aggiornamento e confronto senza la necessità di viaggi e spostamenti, fino agli eventi di aggregazione e divulgazione più importanti ovvero il congresso nazionale e il corso di aggiornamento annuale. A questo denso calendario di eventi e incontri, completamente gratuiti per i soci, si unisce il corso di educazione continua "Vivendo", pensato e progettato per gli odontoiatri che desiderano perfezionare le proprie competenze e rimanere all'avanguardia in un campo in continua evoluzione come l'endodonzia.

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria

Anno XX - numero 5 - giugno-luglio 2025

Numero chiuso in redazione il 9 giugno



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: Cosma Capobianco, Aldo Crespi, Stefano Daniele, Mauro Miserendino, 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.

aminogam®

collutorio

COADIUVANTE NEI PROCESSI DI RIGENERAZIONE DELLA MUCOSA GENGIVALE

Aminogam® collutorio è formulato con acido ialuronico, tra i maggiori componenti del tessuto connettivo e aminoacidi.

Acido ialuronico

+

Aminoacidi

Coadiuvare il processo di rigenerazione tissutale favorendo una veloce guarigione delle aree di lesione e la contemporanea riduzione del dolore.



PRINCIPALI CAMPI D'IMPIEGO

- infiammazioni croniche
- glossiti
- stati irritativi della mucosa orale
- sindrome della bocca urente
- protezione ferite chirurgiche

Fabbricante



Documentato clinicamente. Sono Dispositivi Medici di Classe IIa

IN FARMACIA

LA LINEA SI COMPLETA CON IL GEL E LO SPRAY AMINOGAM



CE 0373 - Leggere le istruzioni di utilizzo.

I.T. Ruggiero et al. - Use of sodium hyaluronate and synthetic amino acid precursors of collagen for the symptomatic treatment of mucositis in patients undergoing haematopoietic stem cell transplants - Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agent, - vol. 30, no. 3, 889-894 (2016)

T.T. Ruggiero et al. - Prevention and treatment of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation with sodium hyaluronate and collagen precursors - Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy 2022; - 13(3):54-58.



CONSERVATIVA

Venus Diamond Flow Pure Shades

Kulzer amplia il suo portfolio Venus Pure con Venus Diamond Flow Pure Shades. Le quattro nuove tonalità fluide Venus Pure Shades, Light, Medium, Dark e Bleach, offrono ai dentisti un'alternativa semplificata ed efficiente alle tecniche multistrato. La loro fluidità ottimizzata ne facilita l'applicazione, in particolare nelle aree di difficile accesso mentre la consistenza tissotropica ne assicura una facile manipolazione, mantenendo forma e posizione dopo l'applicazione e rendendoli ideali per restauri di V Classe e di III Classe minimamente invasive.

Le quattro tinte che coprono tutti i colori della scala colori Vita si integrano con il colore naturale del dente offrendo un equilibrio ottimale tra traslucenza, tonalità e croma, anche utilizzati in ricostruzioni monocromatiche nella regione anteriore. Con un'eccellente lucidabilità, elevata resistenza alla flessione e basso stress da contrazione, le nuove tinte Venus Diamond Flow Pure Shades offrono un'estetica naturale e risultati affidabili, semplificando al contempo il flusso di lavoro restaurativo.

A seconda della situazione clinica o delle preferenze personali, i dentisti possono scegliere tra una consistenza del composito ad alta viscosità (Venus Pure Shades) o fluida (Venus Diamond Flow Pure) nei quattro colori semplificati adatti sia per ricostruzioni su regioni anteriori che posteriori.



I Venus Diamond Flow Pure Shades sono disponibili in siringa da 1,8 g o nei nuovi Collection kit in abbinamento al composito in pasta Venus Pure.

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

IGIENE ORALE

Curaprox Perio Plus Zero

Perio Plus Zero di Curaprox è il primo collutorio basato sul nuovo brevetto CitroX, una formula innovativa senza clorexidina che protegge efficacemente dalla carie. Grazie all'azione sinergica di CitroX e polilisina, offre un potente effetto antibatterico selettivo, sicuro per l'uso prolungato. Perio Plus Zero preserva così l'equilibrio del microbioma orale, evitando irritazioni alle mucose e contrastando esclusivamente la proliferazione dei batteri patogeni.

Si tratta di una formula dalla comprovata efficacia antiplacca e antibatterica, in grado di offrire una elevata protezione contro lo Streptococcus mutans e le colonie di batteri responsabili della carie.

Il collutorio è particolarmente indicato in caso di alitosi, bocca secca e problemi gengivali, così come durante il trattamento ortodontico o trattamenti parodontali non chirurgici. Perio Plus Zero è disponibile in farmacia.



i Curaprox Italia
Tel. 051.0543480
info@curaprox.it
www.curaprox.it

ATTREZZATURE

Straumann Signature Midas

In occasione dell'International Dental Show 2025 di Colonia, Straumann Group ha presentato la stampante 3D Straumann Signature Midas, frutto della nuova collaborazione tra Straumann e SprintRay, azienda statunitense tra i pionieri della stampa 3D dentale. La nuova stampante è una versione co-branding della nuova Midas Digital Press, progettata per la stampa rapida e ad alta precisione di componenti protesici – come corone, inlay e onlay – in meno di 10 minuti.

La stampante si integra perfettamente con la piattaforma Straumann AXS (la piattaforma Straumann che consente una gestione fluida e interconnessa di tutte le fasi cliniche, dalla scansione alla pianificazione, fino all'esecuzione) e con lo scanner intraorale Sirios, creando un flusso di lavoro completamente digitale



“chairside”. Questa soluzione consente di realizzare trattamenti in singola seduta, migliorando l'efficienza clinica e l'esperienza del paziente.

Straumann Signature Midas è attualmente disponibile in preordine e la piena immissione sul mercato è prevista per giugno 2025.

i Straumann Italia
Numero verde 800.810500
info.it@straumann.com
www.straumann.it

SBIANCAMENTO

Tailor



White Beauty Professional presenta una novità nel mondo dello sbiancamento dentale domiciliare: Tailor, un sistema di sbiancamento professionale brevettato per il trattamento domiciliare pensato su misura per il paziente.

Il professionista può scegliere tra due concentrazioni: 10% o 16% di perossido di carbammide, entrambi utilizzabili con mascherine, allineatori e tray a seconda della tipologia del paziente.

Il gel sbiancante viene preparato direttamente dal professionista nello studio odontoiatrico, con il metodo di miscelazione White Beauty Professional a due siringhe, un procedimento brevettato e sicuro, e al tempo stesso semplice e veloce che ottimizza il potere del perossido di carbammide. Una volta ottenuto il gel sbiancante, viene inserito all'interno del dispenser Tailor airless e viene consegnato al paziente che lo porterà a casa per completare il trattamento.

White Beauty Professional Tailor Airless, il dispenser che contiene il gel sbiancante, è un contenitore senza aria e questo aiuta a mantenere la qualità del prodotto, garantendo la conservazione del gel sbiancante per un lungo periodo di tempo. Le normali siringhe invece prevedono un'apertura e chiusura ripetuta, lasciando spesso il prodotto esposto all'aria; in questo modo aumenta il rischio di decadimento dei componenti al suo interno riducendo così l'azione sbiancante del prodotto. Il dispenser Tailor airless, una volta caricato con il gel sbiancante direttamente dal professionista che lo ha appena formato, viene chiuso ermeticamente isolando il gel dall'aria, mantenendolo stabile e puro a lungo tempo, consentendo al paziente di portare con sé il prodotto ovunque e senza problemi.

White Beauty Professional Tailor airless contiene 9-10 ml di gel sbiancante, una quantità che permette un trattamento di lunga durata ed è dotato di un beccuccio che permette l'estrusione diretta e nel giusto dosaggio del prodotto nelle mascherine.

i Miromed Group
info@miromedgroup.ch
www.whitebeautyprofessional.com

SISTEMA PROFESSIONALE
PER LO SBIANCAMENTO DEI DENTI

BRILLIANT Lumina

Natural
Bright Smile

BRILLIANT Lumina

Una soluzione innovativa per lo sbiancamento dentale in studio

- ▶ Formula senza perossido di idrogeno e perossido di carbammide.
- ▶ Principio attivo PAP (acido ftalimidoperossicaproico). La sua formulazione unica permette di mantenere la concentrazione di PAP abbastanza alta da ottenere un sorriso naturalmente più bianco.
- ▶ Pazienti soddisfatti: nessuna sensibilità dei denti durante o dopo il trattamento.
- ▶ Delicato sui tessuti duri dentali - gli esami delle superfici dentali dimostrano che BRILLIANT Lumina non erode la struttura dentale.
- ▶ Protocollo di trattamento semplice.

PAP

Il futuro
dello sbiancamento
dentale professionale



SCANSIONA E
VISITA IL SITO



www.coltene.com

 **COLTENE**

IGIENE ORALE

3M Clinpro Clear



Solventum, già 3M Health Care, ha presentato il nuovo trattamento al fluoro 3M Clinpro Clear.

Per decenni le vernici, i gel e i risciacqui al fluoro hanno fornito un'importante cura preventiva, ma con esperienze di trattamento non piacevoli e confortevoli. Oggi, il trattamento al fluoro Clinpro Clear offre ai pazienti un'esperienza di trattamento migliore grazie a una serie di nuove caratteristiche:

- miglioramento del gusto, dell'odore e della sensazione in bocca;
- tempo di contatto minimo di soli 15 minuti che consente di mangiare e bere subito dopo il trattamento;
- assorbimento efficace del fluoro a dosaggio inferiore;
- formula priva di resine e di allergeni comuni.

Il prodotto è disponibile in tre gusti: anguria, menta e insapore. Il miglioramento dell'esperienza del paziente deriva dalla formula semplificata a base d'acqua, priva di colofonia, resina appiccicosa, che richiede lunghi tempi di contatto e provoca una sensazione di disagio in bocca. Il trattamento al fluoro Clinpro Clear garantisce un assorbimento del fluoro simile a quello di una tradizionale vernice al 5%, ma con una soluzione di solo 2,1% di fluoruro di sodio.

Il trattamento al fluoro Clinpro Clear è disponibile in confezione monodose L-Pop, che rende l'applicazione facile e veloce per i dentisti. A differenza della colofonia tradizionale, questo trattamento non ostruisce le linee di aspirazione.

SBIANCAMENTO

Kulzer Vivida



Kulzer Vivida è un sistema di sbiancamento domiciliare che soddisfa la crescente richiesta di soluzioni sbiancanti dei pazienti evitando i temuti effetti collaterali come la sensibilità post trattamento o risultati non uniformi.

Grazie alla formulazione brevettata Hydrogen Peroxide Superior (HPS), Kulzer Vivida consente uno sbiancamento affidabile e delicato con un tempo di applicazione ridotto di soli 15-30 minuti, una consistenza stabile del gel per un'applicazione precisa e la conservazione a temperatura ambiente: una combinazione che offre vantaggi sia per i dentisti che per i loro pazienti. Il sistema è stato sviluppato appositamente per l'uso sotto la supervisione di un dentista che monitora l'intero processo di sbiancamento. Ciò garantisce che il trattamento sia adattato alle rispettive esigenze dei pazienti, assicurando uno sbiancamento uniforme. Kulzer Vivida Home Kit contiene tutti i prodotti necessari per uno sbiancamento domiciliare sicuro ed efficace. Il dentifricio pre-sbiancamento prepara i denti al trattamento rimuovendo le discromie superficiali e ottimizzando il va-

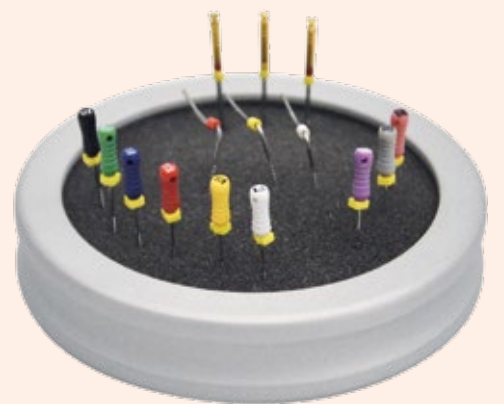
lore del pH. Il gel sbiancante al 6% di perossido d'idrogeno con tecnologia HPS consente uno sbiancamento uniforme, mentre il balsamo per denti aiuta a ridurre al minimo l'ipersensibilità dopo il trattamento. Grazie alla mascherina su misura realizzata dal dentista, alla distribuzione uniforme e semplice del gel e al breve tempo di applicazione di soli 15-30 minuti, il successo del trattamento è alla portata di tutti i pazienti. Come complemento del trattamento, Kulzer offre anche il kit Vivida Prophy Pen, un trattamento sbiancante introduttivo da utilizzare in studio subito dopo la pulizia professionale dei denti. La penna per profilassi consente lo sbiancamento iniziale in soli 15 minuti e funge da efficace introduzione al sistema di sbiancamento domiciliare al paziente. Grazie alla sua applicazione precisa e alla facilità d'uso, i pazienti hanno un'impressione immediata dell'effetto del sistema prima di continuare il trattamento con l'Home Kit.

ENDOEASY, IL MIGLIOR VASSOIO PER GLI STRUMENTI ENDODONTICI

Ogni endodontista cerca la maniera migliore possibile per realizzare quell'immagine finale di perfetto riempimento radiopaco che, per gli appassionati della specialità, rappresenta un vero traguardo professionale. Quelle immagini di complesse arborizzazioni con curve sinuose e sbuffi come nuvole appagano il grande impegno investito per ottenerle.

La conoscenza dell'anatomia, le competenze, la manualità, la pazienza e la perseveranza aggiunte alla passione per la professione sono ovviamente i requisiti indispensabili. Inoltre, nell'ultimo decennio la ricerca ha fatto molti passi avanti in questo settore, compiendo una grande svolta tecnica nell'alesatura meccanica, nella disinfezione e nel riempimento tridimensionale del canale.

Non si deve trascurare il fatto che ogni professionista cerca di organizzare il miglior campo ergonomico per semplificare il continuo cambio strumentale. Può apparire banale ma, anche l'appoggio "transitorio" degli strumenti, sia rotanti che manuali, rende più pratica l'operatività e può cambiare anche i tempi operativi, specie se le dimensioni di appoggio sono ampie e la base è molto stabile.



Da tali presupposti, semplici ma pratici, è nato EndoEasy, concepito proprio per offrire un'ottima stabilità sia nell'inserimento che nell'estrazione degli strumenti, semplificando gli inevitabili passaggi impiegati in endodonzia. Il medico e l'assistente beneficeranno di un pratico layout in grado di semplificare tale procedura.

Un particolare studio è stato riservato ad aumentare il grip della base che risulta antiscivolo, come anche gli angoli raggiati per una facile detersione; l'interno non presenta anfratti che potrebbero essere *pabulum* ideale per la proliferazione batterica, ragione per cui è facilmente igienizzabile. La superficie opacizzata evita riflessi sotto la luce della scialitica.

Con l'acquisto di EndoEasy sono fornite anche le speciali spugnette di ricambio monouso. Dal momento che è realizzato con alluminio (UNI 9006/4 EN 573-1 ENAW-6082) anodizzato a 12 micron, non subisce alcun mutamento nei cicli di sterilizzazione e garantisce una facile igienizzazione. Questo è solo uno dei molti e validi appoggi per strumentari endodontici presenti sul mercato, forse uno dei pochi che ha una tale ampiezza di appoggio, cosa che si è rivelata particolarmente utile e apprezzata da chi ne fa uso. EndoEasy è disponibile nel catalogo Henry Schein Krugg.

Aldo Crespi
Odontoiatra



Solventum

Tel. 02.38584090

www.solventum.com



Kulzer

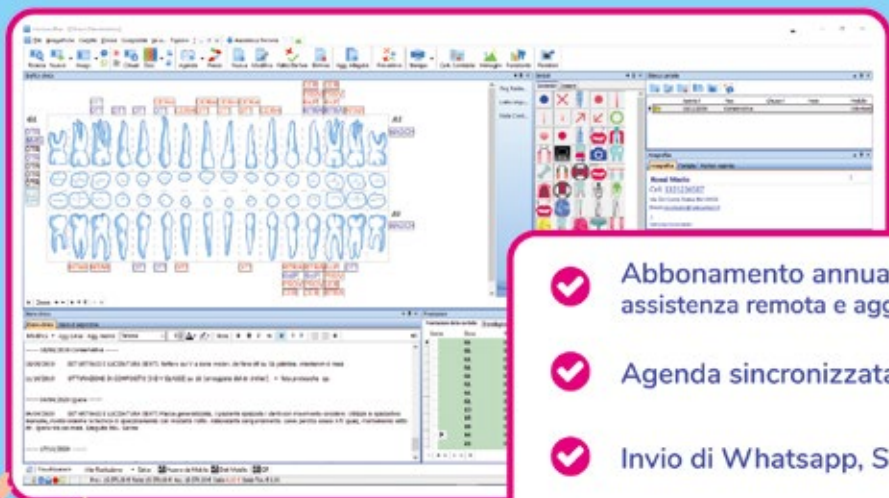
Tel. 02.2100941 - info-italy@kulzer-dental.com

www.kulzer-dental.it/vivida-kit



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

Ti presento Lumoral®

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

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

Elimina oltre il 99% dei batteri presenti nella placca.



zero
Plaque
by **Lumoral.**

I CASI CLINICI DI

DentalAcademy.it

ESPERIENZE CLINICHE IN ORTODONZIA



Protesi full-arch conometrica con chirurgia guidata associata alla tecnica Weld



Riabilitazione implantare con protesizzazione immediata in settore estetico: caso clinico



Riabilitazione mascellare con tecnica mista: inserimento combinato di impianti convenzionali e impianti transinusali

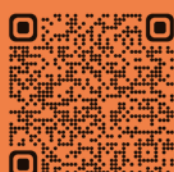
IN LIBRERIA



Autori:

Claudio Di Maria
Marzia Niso

Coordinatore scientifico:
Roberto Pistilli



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



Autore: Vittorio Favero

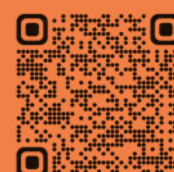


**Medicina interna per
l'odontoiatra. Gestione
del paziente con
malattie sistemiche**



Autori:

Marco Salin
Mario Scilla
Alessio Casucci
Francesco Di Gioia



**Allungamento
chirurgico
di corona clinica**

CASO CLINICO

Protesi full-arch conometrica con chirurgia guidata associata alla tecnica Weld

Nel panorama in continua evoluzione dell'odontoiatria moderna, l'adozione della chirurgia guidata e delle tecnologie avanzate sta rivoluzionando il trattamento delle edentulie. Uno degli sviluppi più interessanti in questo settore è l'uso delle protesi a connessione conometrica su impianti inseriti tramite chirurgia guidata. Se a questo aggiungiamo la realizzazione di una struttura in titanio mediante tecnica di saldatura intraorale, otteniamo un manufatto estremamente stabile che solidarizzerà saldamente gli impianti durante le prime fasi dell'osteointegrazione. Queste tecniche, che combinano precisione chirurgica e soluzioni protesiche innovative, sono in grado di garantire risultati clinici eccellenti, riducendo i tempi di trattamento e la morbidità, aumentando notevolmente la soddisfazione del paziente.

Caso clinico

Paziente donna di 74 anni, portatrice di protesi totale mobile realizzata in seguito all'estrazione di un bloccaggio storico oro-resina. Trascorsi 4 mesi dalle estrazioni, nella Cbct si evidenziano quote ossee non uniformi e soprattutto assenza di altezza adeguata in sede 1.6 e 2.6 (fig. 1), mentre clinicamente si apprezzano abbondanti quantità di mucosa cheratinizzata. La necessità di inserire impianti evitando interventi chirurgici invasivi, come potrebbe essere il grande rialzo di seno mascellare, ci fa optare per una chirurgia guidata per l'inserimento di impianti Leone Max Stability, andando a sfruttare nel miglior modo possibile l'osso che abbiamo a disposizione; su questi verrà poi realizzato un carico immediato mediante un provvisorio in PMMA su struttura in titanio.

La prima fase operativa prevede un'accurata pianificazione del caso. La protesi mobile viene ribasata con tecnica diretta e dopo l'applicazione di reperi radiopachi la paziente effettua un esame Cone Beam indossando la protesi. Si esegue anche la scansione della protesi per ottenere un file STL. Si caricano i file Dicom e STL sul software dove vengono uniti in modo da poter pianificare la posizione degli impianti in maniera protesicamente guidata. In questo caso ho utilizzato RealGuide 3Diemme (fig. 2), affidandomi alla ventennale esperienza dell'odontotecnico Bruno Scarfò per la realizzazione della guida chirurgica. Finita la fase di pianificazione, il laboratorio ci fornisce anche un modello digitale che permette di scegliere i monconi MUA più idonei prima della chirurgia e di sagomare la barra che verrà utilizzata per il carico immediato (fig. 3), risparmiando così molto tempo durante la fase chirurgica.

La prima fase con il paziente in poltrona consiste nel verificare il perfetto adattamento della guida chirurgica sulle mucose e con l'arcata antagonista mediante l'utilizzo di un check occlusale; solo dopo questo passaggio si anestetizza l'area da trattare, avendo cura di non imbibire i tessuti molli dove poggia la guida. Tenendo appoggiata la guida chirurgica si eseguono le mucotomie e dopo aver rimosso i tasselli di gengiva si fissa la guida con gli ancor pin con l'ausilio del check occlusale (fig. 4). A questo punto inizia la procedura di preparazione dei siti implantari in chirurgia guidata, seguendo scrupolosamente il report di fresaggio che ci è stato consegnato dal tecnico che ha realizzato la guida chirurgica (fig. 5). Terminato l'inserimento degli impianti, vengono posizionati i monconi MUA scelti in fase di pianificazione e su questi si avvitano gli adattatori Conic, avendo cura di serrare a 20 Ncm mediante il cricchetto dedicato (fig. 6). Completato il serraggio di tutti gli adattatori Conic, si attivano le cappette da saldatura sui monconi con un colpo di percussione e si accoppia la barra in titanio che è già stata sagomata in fase di pianificazione. Terminata la procedura di saldatura intraorale, la struttura viene rimossa per essere rifinita in laboratorio. Dopo aver posizionato e attivato in bocca la struttura rifinita (fig. 7), inizia l'ultima fase della procedura che consiste nella ribasatura del provvisorio. Il provvisorio in PMMA ha dimensioni adatte per accogliere agevolmente la struttura appena realizzata al suo interno. Dopo la ribasatura il provvisorio viene modificato e rastremato per avere una migliore resa estetica (fig. 8). Infine si posiziona il provvisorio rifinito e lucidato nel cavo orale e si attiva la connessione conometrica mediante l'utilizzo del percussore Leone con punta in PEEK; dopo un ultimo controllo dell'occlusione la paziente viene congedata (figg. 9 e 10).

La chirurgia guidata, com'è noto ormai da tempo, migliora notevolmente l'atto chirurgico, consentendo al clinico una precisione non raggiungibile a mano libera e una maggior tranquillità durante l'intervento; al tempo stesso riduce pressoché a zero il disagio post operatorio del paziente grazie all'approccio flapless. La scelta di ricorrere alla saldatura intraorale è dettata dalla volontà di ottenere una struttura metallica estremamente stabile che colleghi gli impianti facilitandone l'osteointegrazione. Inoltre il provvisorio così ottenuto può essere mantenuto per molti mesi senza avere il rischio di fratture.

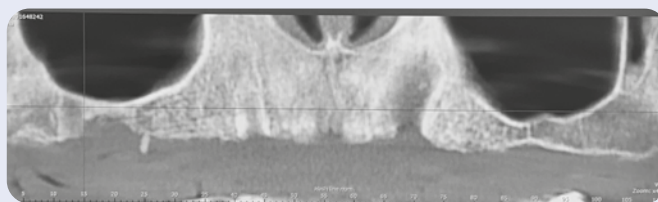


Fig. 1: radiografia panoramica preoperatoria



Fig. 3: scelta e orientamento dei monconi MUA-Conic sul modello digitale e modellazione extraorale del filo in titanio prima dell'intervento chirurgico



Fig. 5: siti implantari preparati in chirurgia guidata



Fig. 7: struttura realizzata tramite saldatura intraorale sulla quale viene ribasato il provvisorio



Fig. 9: provvisorio in PMMA attivato sui monconi MUA-Conic alla fine dell'intervento



Giordano Del Pidio

Libero professionista a Genzano di Roma

Si ringrazia il laboratorio odontotecnico Bruno Scarfò (Roma) per la realizzazione della guida chirurgica e il laboratorio odontotecnico Davide Brillante (Villanova, Roma) per le realizzazioni protesiche

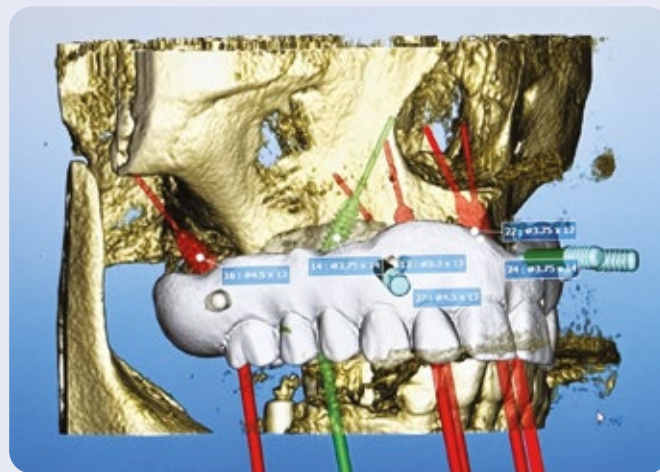


Fig. 2: pianificazione con il software RealGuide



Fig. 4: guida chirurgica fissata con gli ancor pin



Fig. 6: adattatori Conic fissati sui monconi MUA su cui vengono attivate le cappette Weld



Fig. 8: provvisorio in PMMA ultimato

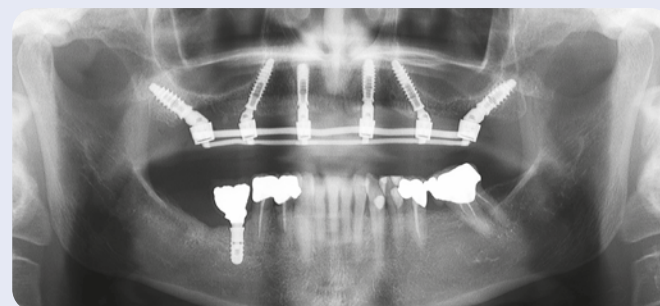


Fig. 10: ortopantomica a distanza di 3 mesi



CASO CLINICO

Riabilitazione implantare con protesizzazione immediata in settore estetico: caso clinico

Gli impianti dentali sono comunemente considerati come la terapia di prima scelta per la riabilitazione di pazienti con dentizione altamente compromessa o aree edentule. In particolare, in presenza di elementi non mantenibili in settore estetico, l'implantologia post estrattiva e, quando possibile, la protesizzazione immediata, sono ritenuti il gold standard per non disattendere le aspettative estetiche dei pazienti. Tuttavia un'approfondita conoscenza di specifici parametri è cruciale per ottenere risultati predicibili ed esteticamente accettabili.

L'implantologia post estrattiva a protesizzazione immediata in settore estetico ha una vasta letteratura a supporto. Il soddisfacimento di parametri biologici riportati in letteratura e un'attenta morfologia delle protesi provvisoria e definitiva risultano cruciali per la stabilità a lungo termine dei tessuti duri e molli perimplantari.

Caso clinico

Un paziente affetto da malattia parodontale controllata, di sesso maschile di 72 anni (Asa 1), non fumatore e di buona salute generale si presenta in visita in ambulatorio per un ascesso parodontale localizzato in zona 1.2.

Gli elementi residui a livello dell'arcata superiore sono da 1.3 a 2.2, mentre a livello dei diatorici sono presenti corone protesiche implanto-supportate.

Il paziente si reca regolarmente alle sedute di igiene professionale e ai controlli clinici e radiografici concordati per il monitoraggio della malattia parodontale (fig. 1). Tuttavia, l'insorgenza di un ascesso in zona 1.2, la comparsa di sintomi algici a carico degli elementi dentari superiori residui

(1.3, 1.2, 1.1, 2.1 e 2.2) e la richiesta di un miglioramento dell'estetica del sorriso, hanno suggerito di sviluppare un piano di trattamento che potesse soddisfare le esigenze estetiche del paziente.

La registrazione dei dati clinici, la documentazione fotografica intra ed extraorale del sorriso (fig. 2) e l'analisi della tac cone beam dell'arcata superiore (fig. 3) hanno condotto all'elaborazione di un piano di trattamento che prevedeva la bonifica degli elementi superiori residui e il posizionamento di tre impianti post estrattivi con protesizzazione immediata.

I parametri ritenuti fondamentali per il posizionamento di impianti post estrattivi in area estetica, come la presenza di un gap di almeno 2 mm tra la corticale vestibolare e la superficie vestibolare dell'impianto, una distanza di circa 3 mm tra il collo dell'impianto e il margine vestibolare del restauro finale predeterminato, 1 mm di spessore della corticale palatale e 4-5 mm di osso residuo oltre l'apice del dente per raggiungere la stabilità primaria, sono stati soddisfatti per i siti 1.3, 1.1 e 2.1. Al contrario, gli stessi parametri nelle zone 1.2 e 2.2 sono stati ritenuti non idonei per il posizionamento di impianti post estrattivi in area estetica.

Dopo aver richiesto la firma del consenso informato, aver illustrato al paziente le istruzioni post operatorie da rispettare e aver somministrato per via orale 2 g di amoxicillina 1 ora prima dell'intervento, è stata effettuata anestesia plessica con articaina con vasocostrittore 1:100.000. In seguito, gli elementi 1.3, 1.2, 1.1, 2.1 e 2.2 sono stati estratti in maniera atraumatica e nei siti post estrattivi 1.3, 1.1 e 2.1 sono stati inseriti rispettivamente tre impianti (ImpLogic AT, Dental Tech) di dimensione 3,75 x 11,5 mm, 3,75 x 10 mm e 3,75 x



Nadim Oliva
Odontoiatra specializzato
in chirurgia orale
Libero professionista



Moreno Caprani
Igienista dentale
Libero professionista
a Castiglione d'Intelvi
(Como)

11,5 mm con un torque compreso tra 45 e 60 Ncm (fig. 4). Osso eterologo in granuli è stato inserito nel gap presente tra la corticale vestibolare e la superficie vestibolare delle fixture per contenere il rimodellamento osseo. Tuttavia, in accordo con il paziente, si è deciso di posticipare il prelievo di innesti di connettivo dal palato per aumentare lo spessore dei tessuti molli, in particolare a livello della zona 1.2. Una protesi provvisoria in resina precedentemente forata è stata bloccata alle torrette su provvisori e poi rifinita in modo tale da concedere spazio ai tessuti molli nella fase di guarigione (fig. 5).

La seguente terapia farmacologica è stata prescritta al paziente: terapia antibiotica (amoxicillina + acido clavulanico 875 mg + 125 mg, 1 compressa ogni 12 ore per 6 giorni), una terapia antidolorifica (ibuprofene 600 mg al bisogno, a stomaco pieno da assumere massimo tre volte al giorno) e una terapia antisettica con collutorio contenente clorexidina 0,12% (sciacqui da 1 minuto 3 volte al giorno per 10 giorni).

A distanza di 4 mesi è stata presa un'impronta ed è stato duplicato il profilo di emergenza della protesi provvisoria in modo da inviare queste registrazioni al laboratorio odontotecnico per la realizzazione della protesi definitiva (figg. 6 e 7).

Alla consegna della protesi definitiva è stata effettuata una radiografia endorale (fig. 8).

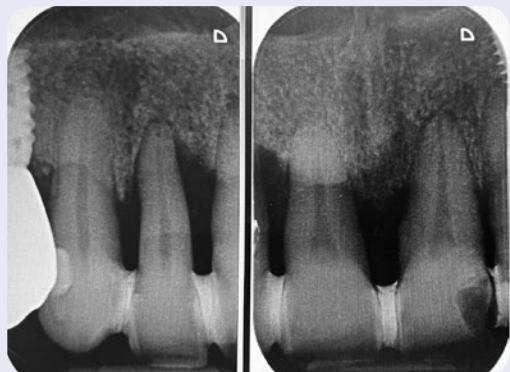


Fig. 1: radiografie endorali preoperatorie



Fig. 2: foto intraorale frontale preoperatoria

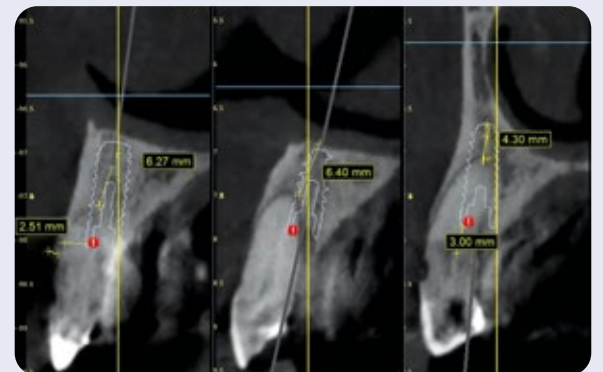


Fig. 3: sezioni sagittali della tac cone beam riguardanti gli elementi 1.1, 2.1 e 1.3 e analisi dei parametri per implantologia post estrattiva



Fig. 4: visione occlusale degli impianti post estrattivi posizionati in zona 1.3, 1.1 e 2.1



Fig. 5: protesi provvisoria immediata



Fig. 6: ceramica grezza su modello per la prova



Fig. 7: protesi definitiva consegnata a distanza di 4 mesi

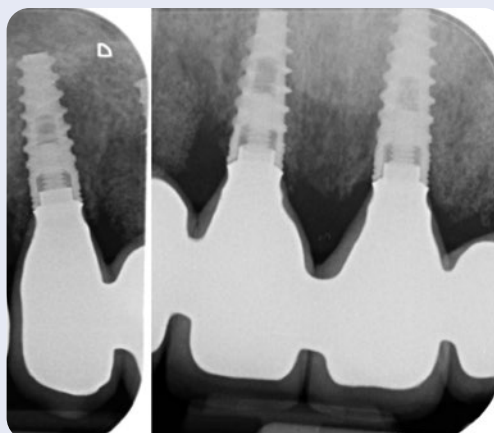


Fig. 8: radiografia endorale della protesi definitiva consegnata a distanza di 4 mesi

Riabilitazione mascellare con tecnica mista: inserimento combinato di impianti convenzionali e impianti transinusali



Luca Palumbo
Libero professionista a Brescia

Il presente caso documenta la riabilitazione implantare del mascellare superiore mediante l'inserimento combinato di impianti convenzionali e transinusali. L'obiettivo era ripristinare la funzione masticatoria in un paziente con edentulia parziale e ridotto volume osseo posteriore.

Dopo attenta valutazione clinica e radiografica pre operatoria (fig. 1), è stato pianificato l'impiego di impianti IS+ (BTK) nei settori anteriori e di impianti BT-Rhyno (BTK) in regione posteriore con tecnica transinusale, al fine di evitare la rigenerazione ossea maggiore e ridurre i tempi complessivi di trattamento.

L'intervento è stato condotto in anestesia locale. Si è proceduto con un lembo a tutto spessore per l'esposizione del mascellare. Nei settori anteriori è stata seguita una procedura convenzionale di preparazione del sito implantare. Gli impianti IS+ sono stati inseriti (fig. 2) con buona stabilità primaria, grazie alla presenza di osso residuo sufficiente.

Nei settori posteriori, caratterizzati da una marcata atrofia ossea e pneumatizzazione del seno mascellare, è stato necessario un approccio transinusale. È stata realizzata una botola laterale per il sollevamento della membrana di Schneider (fig. 3), operazione eseguita con estrema cautela per preservarne l'integrità. Successivamente sono stati preparati i siti implantari con traiettoria inclinata, attraversando la cavità sinusale e ancorandosi nell'osso basale anteriore. Sono stati inseriti due impianti BT-Rhyno (fig. 4), progettati specificamente per il passaggio transinusale e per garantire stabilità anche in presenza di ridotto spessore osseo crestale.

A completamento della fase implantare, si è eseguita una rigenerazione ossea localizzata attorno agli impianti posteriori mediante osso autologo raccolto con bone scraper (fig. 5). Questa procedura ha avuto lo scopo di colmare eventuali gap perimplantari, favorendo l'osteointegrazione e migliorando la prognosi a lungo termine.



Fig. 1

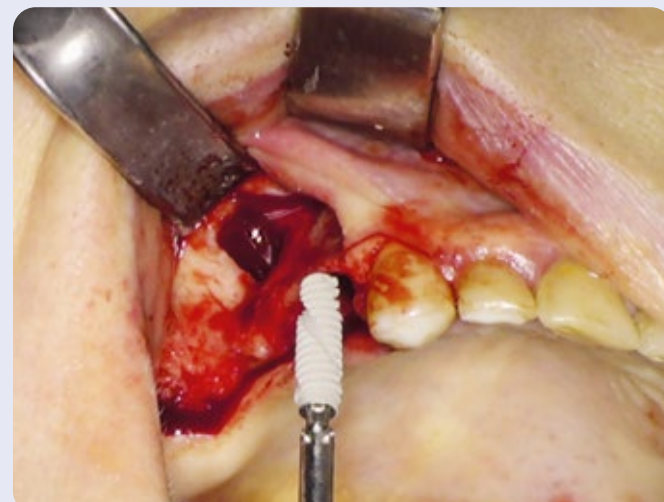


Fig. 2

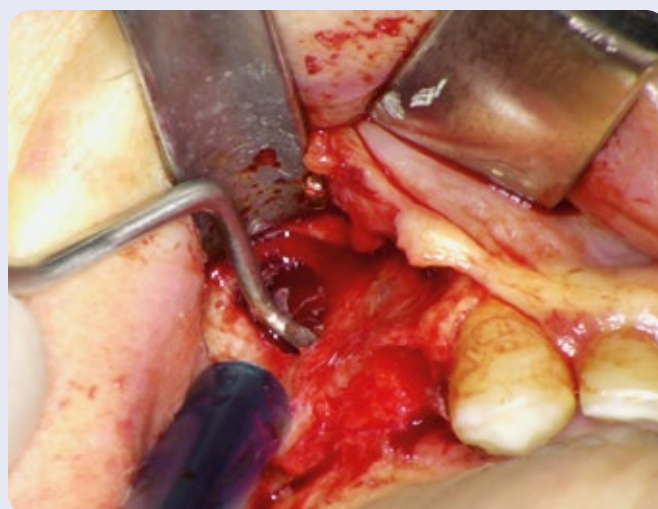


Fig. 3

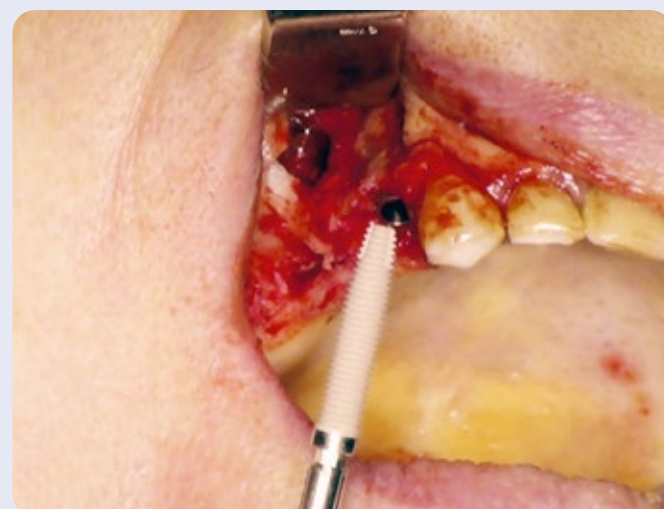


Fig. 4

L'intervento è stato eseguito in un'unica seduta, con minima invasività e rispetto dei tessuti. Le immagini intraoperatorie documentano con chiarezza le fasi chiave del trattamento: l'inserimento degli impianti anteriori IS+, il posizionamento transinusale degli impianti BT-Rhyno e l'utilizzo di osso au-

tologo per la rigenerazione finale (fig. 6).

Questa tecnica mista ha permesso una riabilitazione efficace in un contesto osseo complesso, evitando il ricorso a tecniche rigenerative più invasive e consentendo una futura protesizzazione stabile e predicibile.

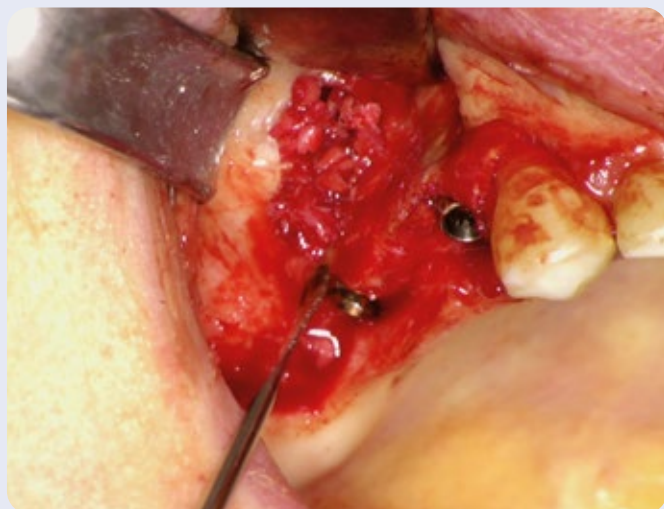


Fig. 5



Fig. 6

www.btk.dental

btk  Implanting Trust, Smile Again!

**COME TO THE ANGLED SIDE.
BEYOND THE SINUS,
STRAIGHT TO THE BONE.**

Scopri la nuova linea di impianti transinusali **ANGOLATI**. La soluzione ideale per i casi di atrofia mascellare, quando il seno non è un ostacolo ma un passaggio. **Stabilità, previsione chirurgica e ancoraggio oltre ogni limite.**

BT ZYGO ROUND **BT ZYGO FLAT** **BT RHYNO SHIFT**

55° 24°

Approfondisci qui 

Utilizzo di terapia aggiuntiva con Pocket-X gel in un caso recidivante di parodontite stadio III

La paziente è una donna adulta di circa 40 anni trattata per parodontite di stadio III e grado C a partire dal 2014 (fig. 1), con il raggiungimento, al termine delle terapie attive, della condizione di stabilità parodontale.

Intercettata per la patologia nel 2014, fu curata in accordo con le attuali linee guida per il trattamento della parodontite di stadio I-III: infatti la paziente, successivamente alle indagini diagnostiche cliniche e strumentali, venne trattata con step 1 e step 2 di terapia. Si iniziò con lo step 1 per raggiungere il controllo dei fattori di rischio comportamentali, locali e sistemici, per poi proseguire con lo step 2 cioè il debridement radicolare e la guarigione che ne consegue in base alla anatomia dei difetti. Alla rivalutazione degli obiettivi, essendo presenti alcuni siti sanguinanti e con profondità di sondaggio ≥ 5 mm, si passò allo step 3 eseguendo chirurgia rigenerativa nei sestanti III-IV e VI (amelogenina addizionata di osso eterologo). Nessun approccio chirurgico nei rimanenti tre sestanti, in virtù della chiusura di tasca ottenuta con lo step 2 eseguito con tecnica Minst.

Attesi i mesi necessari alla rivalutazione e controllati i siti attraverso la rilevazione di una nuova cartella parodontale, il caso risultò stabile, essendo stata raggiunta la chiusura del 100% delle tasche ed essendo il valore del FMBS inferiore al 10%. La paziente veniva sottoposta a terapia ortodontica con utilizzo di allineatori, con sedute di terapia di supporto parodontale mensili fino al raggiungimento della posizione dentale desiderata.

Nella fase di stabilizzazione del risultato ottenuto, la paziente ven-

ne inserita in un programma di richiami di igiene orale professionale quadrimestrali (step 4), avendo raggiunto un adeguato miglioramento comportamentale e FMPS inferiore al 20%. Mantenuta la stabilità (TPS quadrimestrale) per oltre 5 anni, risultava avere una retrocessione dal grado C al grado A di parodontite.

La paziente si presentava nel 2024 ad una seduta di step 4 con peggioramento di alcuni sondaggi (figg. 2 e 3) nei settori diatorici. Oltre alla rilevazione degli indici clinici parodontali, vennero rilevate anche le radiografie periapicali nelle sedi di recidiva di parodontite (fig. 4).

Si è quindi ricominciato dagli step 1 e 2 di terapia. La terapia non chirurgica di debridement sottogengivale è stata eseguita con utilizzo di strumenti ultrasonici con micro inserti e con l'utilizzo del microscopio operatorio ad ingrandimento variabile da 10X a 15X. Tutti i siti sono stati strumentati da un operatore esperto. Successivamente alla fase suddetta, in ogni tasca che presentasse una profondità ≥ 5 mm o ≥ 4 mm BOP+ è stato inserito Pocket-X gel (Tree of life Pharma Ltd.) nelle sedi recidivanti con sondaggio ≥ 5 mm e ≥ 4 mm BOP+ (fig. 5). Questa terapia è considerata aggiuntiva e quindi inserita nello step 3 nell'accezione del retreatment con utilizzo di dispositivi medici all'interno della tasca parodontale. In questo caso, il razionale dell'utilizzo di terapia aggiuntiva si basa sulla presenza nel gel di octenidina HCl, un conservante antimicrobico, acido ialuronico e polossamero 407, un polimero termosensibile in grado di conferire al gel stabilità all'interno della tasca e costituire una barriera fisica temporanea contro i microrganismi.



Silvia Masiero
Odontoiatra libera professionista
a Saronno (Varese)

Sono state successivamente fornite al paziente le indicazioni comportamentali da mantenere nelle ore successive: non alimentarsi e non fare sciacqui per le prime due ore, non assumere bevande calde per almeno 4 ore, spazzolare utilizzando dispositivi soft per almeno due giorni successivi all'inserimento del gel. Tale necessità è in linea con le caratteristiche del prodotto inserito nelle tasche, che necessita di stabilizzarsi nella sua forma fisica più densa, da liquido a gel, e di non subire né alterazioni termiche in eccesso né traumi eccessivi durante l'alimentazione o le manovre di spazzolamento. La paziente come da protocollo è stata controllata nella guarigione sopra gengivale a 1 settimana, ad 1 mese, 3 e 6 mesi. Dopo la rivalutazione a 6 mesi, solo nel sestante III, si è resa necessaria una ulteriore terapia chirurgica rigenerativa poiché l'obiettivo di chiusura della tasca (PD ≥ 4 mm, BOP-) non era stato raggiunto. La cartella parodontale (fig. 6) mostrava il raggiungimento degli obiettivi clinici di guarigione ottenuti in tutti i distretti, nei sestanti I-IV-VI attraverso step 1-2 e step 3 con Pocket-X gel (Tree of life Pharma Ltd.); nel sestante III con medesimi passaggi e successiva terapia rigenerativa con utilizzo di amelogenine addizionate di osso eterologo. Le immagini dei tessuti (fig. 7) sono evidenti per assenza di infiammazione e adeguato tono; il controllo radiografico dei distretti (fig. 8) conferma la stabilità e la maturazione del tessuto parodontale profondo. Sulla base di queste caratteristiche di guarigione e ottenuta la condizione di stabilità parodontale, la paziente viene reintrodotta nella quarta fase di terapia parodontale, cioè quella di supporto quadrimestrale.



Figura 1



Figura 2

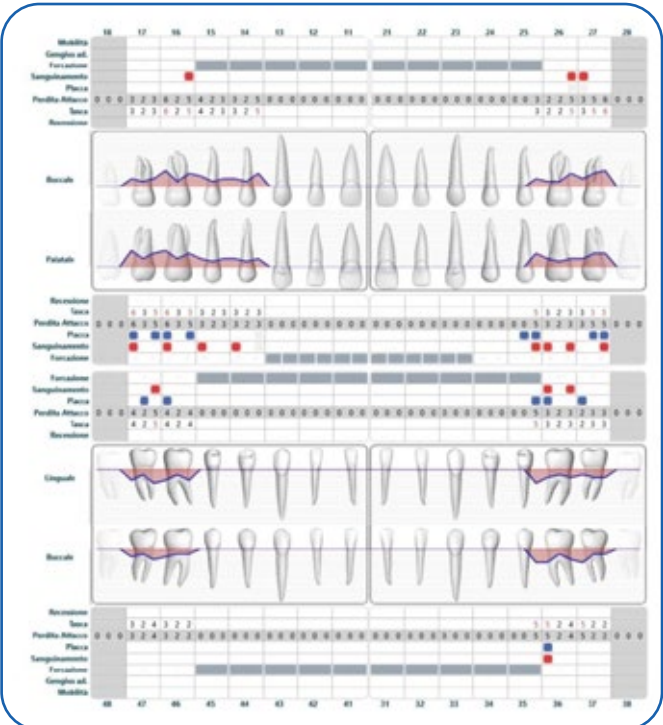


Figura 3

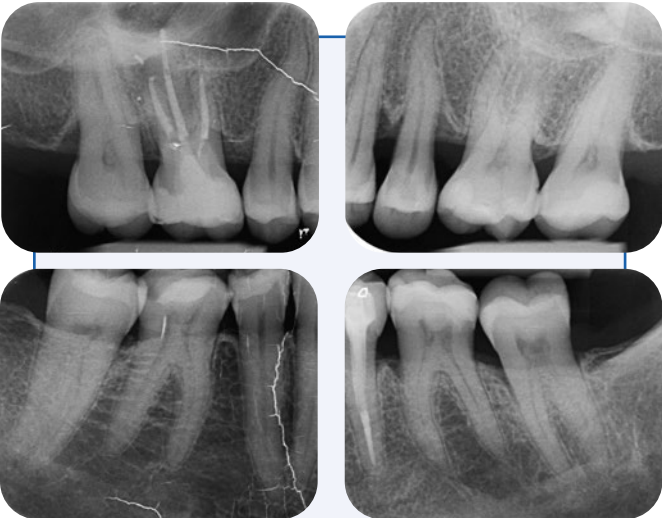


Figura 4



Figura 5



Figura 7

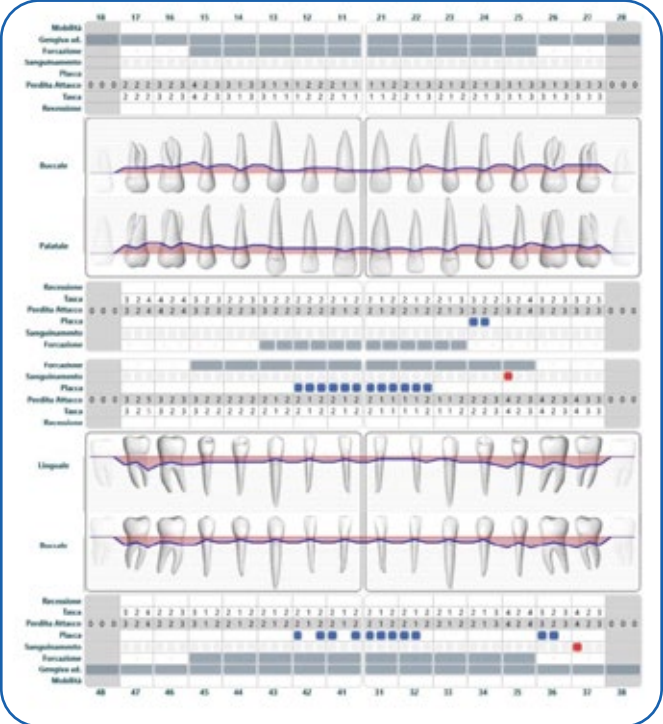


Figura 6

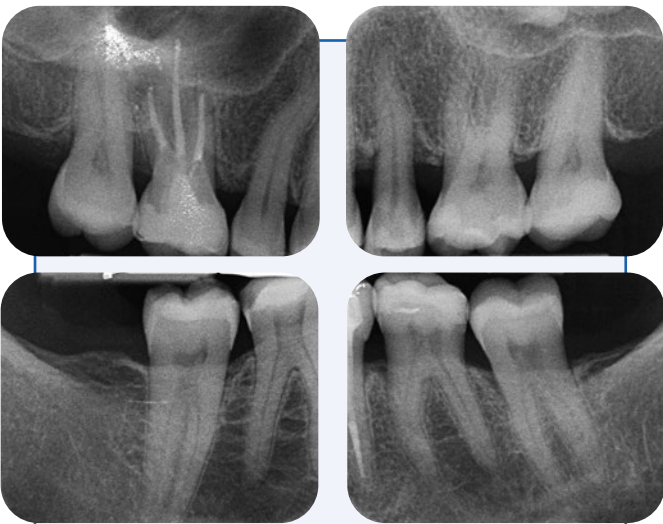


Figura 8

Affidati a Tetric® plus

Tetric® plus Simplified universal composite

- 5 classi cavitare
- 4 colori
- 3 secondi per polimerizzare
- 2 viscosità
- 1 composito universale

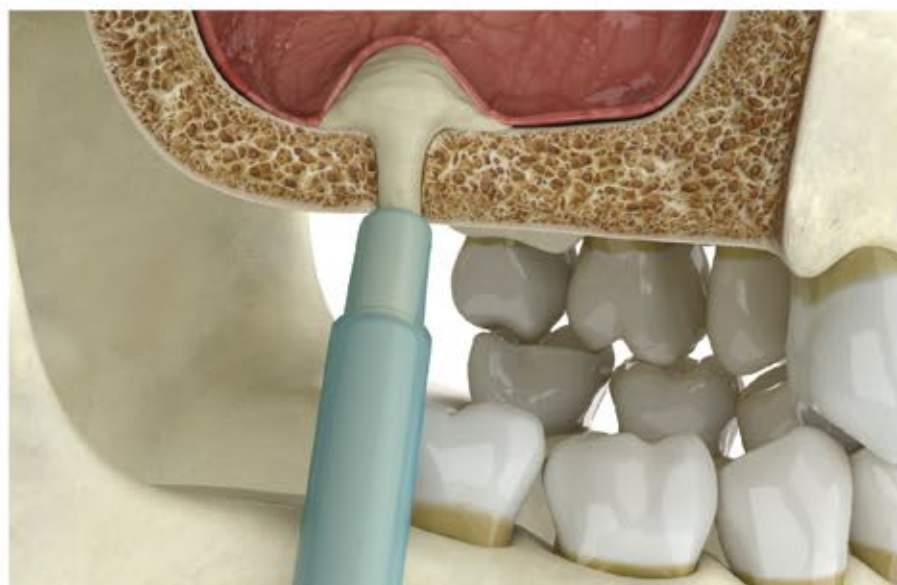
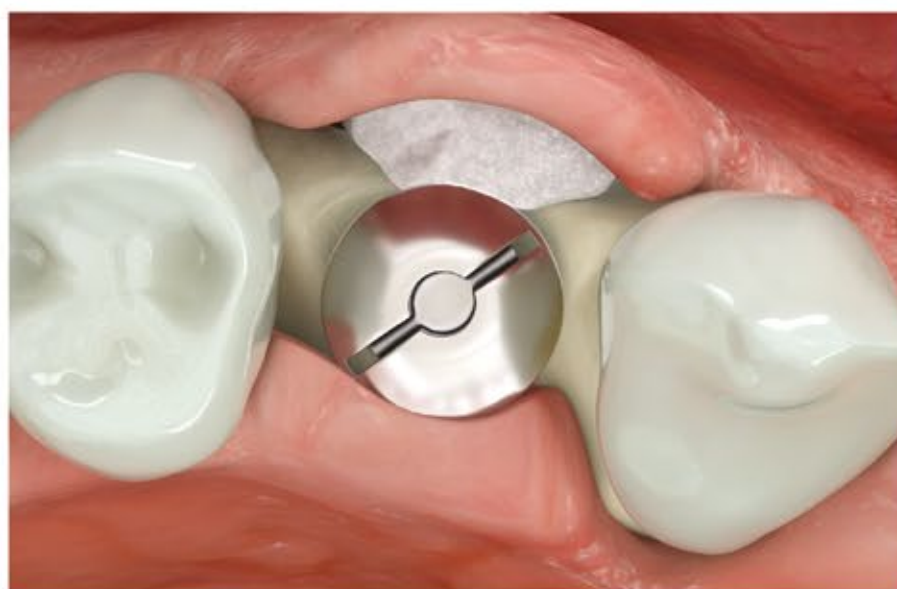
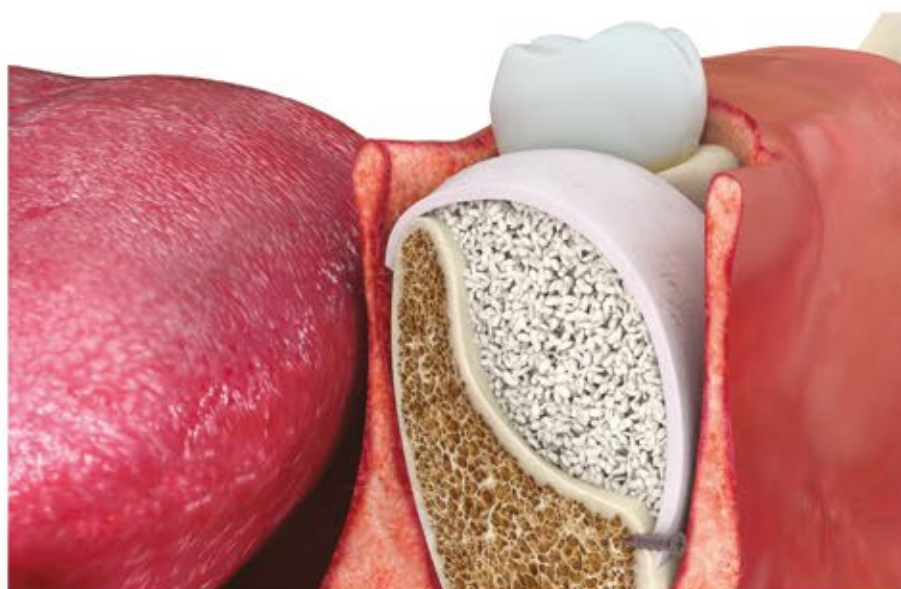
NOVITÀ



Richiedi il tuo
test pack gratuito!



OsteoBiol®
by Tecnos



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