

Rocanal[®]

Cemento Endocanalare

3 buoni motivi per scegliere Rocanal[®]

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

disponibilità immediata

medirel www.medirel.com



Erierto Bressan
Presidente Iao

Congresso Iao promuove un’implantologia integrata, con approccio multidisciplinare

Questa edizione del congresso veicola la visione dell’implantologia contemporanea secondo l’Italian Academy of Osseointegration: integrata, fondata sulla cooperazione tra discipline, volta a realizzare trattamenti minimamente invasivi, biologicamente sostenibili e orientati alla personalizzazione terapeutica. Perché nei quadri clinici complessi la collaborazione interdisciplinare non rappresenta una pos-

sibilità facoltativa, ma una condizione necessaria per garantire l’efficacia e la predicibilità della terapia. Per questo l’implantologo moderno non può più operare in modo isolato, ma deve integrarsi all’interno di un team clinico in cui dialoga costantemente con chi gestisce il controllo delle infezioni orali, l’equilibrio oclusale e biomeccanico e con chi si occupa dello stato di salute sistemica del paziente.

Clinic manager: l’amministratore delegato dello studio dentistico



Tecnica Mios, la chirurgia ortognatica mininvasiva



DENTAL EVIDENCE



DentalAcademy.it



AUTORE Aldo Crespi
Datata ricostruzione in amalgama sostituita con onlay



AUTORE Lelio Leli
Disinclusione chirurgico-ortodontica bilaterale dei canini superiori in una paziente di 13 anni

ULTIMI POST

Corona metallo-ceramica a soli € 55.00

DIADEMADENT
la qualità al Primo Posto

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

Corona in zirconio integrale a soli € 59.00

Compositi Universali

RISULTATI **BRILLIANT**



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

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



BRILLIANT EverGlow

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

BRILLIANT Bulk Fill Flow

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

BRILLIANT EverGlow Flow

- Altamente stabile, ma molto scorrevole
- Risultati altamente estetici

Implantologia si fa in squadra: la visione del congresso Iao

L'implantologia moderna è integrata e fondata sulla cooperazione tra discipline. «Non significa avere tutte le specializzazioni “in house”, ma saper costruire una rete di collaborazione stabile, basata su protocolli condivisi e obiettivi comuni»



Eriberto Bressan

Oggi le esigenze dei pazienti spingono verso un'odontoiatria d'eccellenza, dove l'obiettivo è ottenere il massimo risultato funzionale ed estetico con il minimo livello di invasività e con il massimo rispetto della salute generale e orale del paziente. Solo un approccio realmente multidisciplinare consente di raggiungere questo equilibrio. È il tema del congresso dell'Italian Academy of Osseointegration (Iao), che si tiene a Padova dal 2 al 4 ottobre.

«La multidisciplinarietà in odontoiatria non è un concetto astratto, ma una modalità concreta di affrontare la complessità clinica, dove ogni disciplina viene espressa ad alto livello – ci ha detto il presidente Iao Eriberto Bressan, professore di Implantologia e Parodontologia e direttore del master in Implantologia digitale presso l'Università di Padova –. Significa integrare competenze diverse – chirurgiche, protesiche, ortodontiche, parodontali e di mantenimento – all'interno di un piano di trattamento coerente, condiviso e centrato sul paziente. Ogni specialista non lavora in modo isolato, ma partecipa attivamente alla diagnosi, alla pianificazione e all'esecuzione del trattamento, secondo una logica di complementarità e sinergia».

Professor Bressan, in quali situazioni cliniche è fondamentale l'interazione tra professionisti?

È imprescindibile ogniqualvolta ci si trovi ad affrontare quadri clinici complessi che superano la semplice sostituzione di un singolo elemento dentario. Mi riferisco, ad esempio, a pazienti con esiti estesi di carie destruenti o malattia parodontale avanzata, a casi di agenesie multiple o a traumi dento-alveolari che richiedano interventi rigenerativi ossei e muco-gengivali di elevata complessità. In tali contesti, la collaborazione interdisciplinare non rappresenta una possibilità facoltativa, ma una condizione necessaria per garantire l'efficacia e la predicibilità della terapia. L'implantologo moderno non può più operare in modo isolato, ma deve integrarsi all'interno di un team clinico in cui dialoga costantemente con chi gestisce il controllo delle infezioni orali, l'equilibrio occlusale e biomeccanico, nonché – aspetto sempre più rilevante – con chi si occupa dello stato di salute sistemica del paziente. Questa è la visione promossa dalla Iao: un'implantologia contemporanea, integrata e

fondata sulla cooperazione tra discipline, volta a realizzare trattamenti minimamente invasivi, biologicamente sostenibili e orientati alla personalizzazione terapeutica.

Nei pazienti con storia di parodontite, la gestione multidisciplinare può fare la differenza. Ma è sufficiente coinvolgere il parodontologo o ci sono altre figure chiave?

La parodontite non si limita alla sola perdita di supporto osseo e di elementi dentari, ma si associa frequentemente ad alterazioni dell'occlusione, migrazioni dentarie patologiche e quadri di usura dentale severa. In questi pazienti la sola gestione parodontale, pur fondamentale, non è sufficiente a garantire una riabilitazione completa, stabile e funzionale. Accanto al parodontologo, è essenziale coinvolgere il protesista o il restauratore per ripristinare forma, funzione ed estetica dei denti compromessi, e l'ortodontista, soprattutto nei casi in cui siano presenti spostamenti dentari secondari o alterazioni dell'asse degli elementi residui. Infine, il ruolo dell'igienista

dentale è cruciale sia nella fase causale, per il controllo dell'infezione, sia nel mantenimento a lungo termine dei risultati ottenuti. Solo l'integrazione coordinata di tutte queste figure consente di trattare il paziente parodontale in modo predicibile e biologicamente sostenibile.

Per curare casi complessi si richiede un alto livello di preparazione e un team di professionisti preparati in ogni disciplina. Non c'è il rischio che questa eccellenza sia di difficile realizzazione nello studio privato?

È una riflessione legittima, ma che va superata. L'eccellenza non è legata al contesto in cui si lavora, ma al metodo con cui si affrontano i casi clinici. Ciò che fa la differenza non è avere tutte le specializzazioni “in house”, ma saper costruire una rete di collaborazione sta-

bile, basata su protocolli condivisi, comunicazione efficace e obiettivi terapeutici comuni. Un ruolo fondamentale, in questo senso, lo giocano le società scientifiche: è sempre più necessario riferirsi a realtà in grado di offrire una formazione etica, pratica e al tempo stesso fondata sull'evidenza. Solo così i diversi professionisti possono parlare un linguaggio clinico comune, sviluppare una cultura interdisciplinare solida e mantenere alta la qualità anche nella quotidianità dello studio. L'odontoiatria contemporanea richiede di uscire dalla logica dell'operatore unico e di abbracciare un modello integrato, anche nel setting privato, fermo restando che ogni singolo clinico, una volta acquisita la necessaria preparazione, può interpretare con competenza e consapevolezza più ruoli disciplinari, gestendo direttamente alcune fasi del trattamento in funzio-

ne delle proprie capacità ed esperienza.

Il titolare di studio odontoiatrico, impegnato anche in attività extracliniche, oggi avverte una necessità di semplificazione. La multidisciplinarietà non può essere vista come “complicazione”?

La semplificazione, in ambito clinico, non può e non deve essere intesa come riduzione o omissione. Un'odontoiatria “semplificata” che rinuncia a una corretta diagnosi, a una pianificazione rigorosa o a terapie conservative e riabilitative fondate sull'evidenza non è una semplificazione, ma una scorciatoia non etica. L'approccio multidisciplinare, quando ben compreso, rappresenta al contrario un'opportunità per migliorare l'efficienza clinica e l'organizzazione del lavoro, non una complicazione. Multidisciplinarietà non significa necessariamente coinvolgere un professionista diverso per ogni disciplina. Significa, piuttosto, adottare una visione globale e integrata del caso clinico. Il caso complesso non può essere banalizzato con approcci demolitivi o riduttivi. La vera semplificazione consiste nel raggiungere un livello di competenza tale da rendere affrontabile e gestibile con predicibilità anche la situazione clinica più articolata.

Se dovesse dare alcuni consigli pratici a un clinico che vuole introdurre o potenziare la multidisciplinarietà nel proprio studio, da dove partirebbe?

Direi: prepararsi, organizzarsi e comunicare. Credo che il punto di partenza sia sempre la preparazione, intesa non solo come formazione clinica nella propria disciplina, ma anche come apertura verso le competenze degli altri. Conoscere il linguaggio e le logiche operative di ortodontista, protesista, parodontologo o igienista permette di costruire una visione comune e condivisa del caso, e questo è il vero

fondamento di un approccio multidisciplinare efficace. Il secondo aspetto è l'organizzazione di un workflow chiaro, che definisca le fasi del trattamento, la loro sequenza, i tempi e le responsabilità. Questo richiede anche la capacità di riconoscere, con consapevolezza, i propri limiti clinici e di costruire attorno a sé un team di professionisti in grado di completare il percorso terapeutico in modo integrato. Non si tratta di colmare delle “mancanze”, ma di valorizzare ogni competenza. Infine, tutto questo presuppone una comunicazione costante e strutturata tra i membri del team.

Qual è il ruolo del digitale nell'unire le diverse figure del team e facilitare i flussi multidisciplinari?

Il digitale ha rivoluzionato il modo in cui pianifichiamo e comunichiamo, diventando uno strumento fondamentale proprio per favorire il lavoro di squadra. Oggi, grazie all'integrazione di dati radiografici, fotografici, scansioni intraorali e modelli virtuali, possiamo parlare di “virtual patient”, una rappresentazione digitale completa e condivisa del caso clinico che consente a tutti i membri del team di lavorare sulla stessa base informativa, anche a distanza. Questo consente una diagnosi più accurata, una pianificazione protesico-chirurgica integrata e una simulazione preventiva dei trattamenti, riducendo margini di errore e migliorando l'efficienza. Un altro grande vantaggio è legato alla comunicazione immediata: il digitale permette ai vari specialisti coinvolti – anche se non operano nello stesso studio – di confrontarsi in tempo reale, scambiarsi file, valutare opzioni terapeutiche e prendere decisioni condivise, senza necessariamente essere presenti fisicamente nello stesso momento o luogo. In questo senso, la tecnologia non sostituisce la multidisciplinarietà, ma la abilita e la potenzia, rendendola più fluida, più precisa e più accessibile anche nello studio privato.

Renato Torlaschi

CONGRESSO IAO, I FONDAMENTI PER LA CREAZIONE DI UN TEAM IMPLANTARE MULTIDISCIPLINARE

La creazione di un team in grado di gestire la cura del paziente complesso è una sfida stimolante e di grande valore etico e professionale. Ma da dove possono partire i colleghi che hanno questa ambizione? Secondo Eriberto Bressan la risposta è scontata: dal congresso internazionale della Iao, che quest'anno si tiene a Padova dal 2 al 4 ottobre e che ha come tema centrale proprio la multidisciplinarietà. Sarà un'occasione concreta per confrontarsi con i punti di vista e le esperienze cliniche di professionisti che operano in ambito implantologico, parodontale, protesico, ortodontico, prevenzione e mantenimento. Il congresso non si limiterà a offrire contenuti teorici, ma proporrà un vero e proprio percorso formativo che potrà ispirare e guidare chi desidera costruire, o rafforzare, un team capace di affrontare la complessità con una visione condivisa e un linguaggio clinico comune. «Credo fortemente – afferma il presidente Iao – che l'odontoiatria di eccellenza non si costruisca da soli, ma insieme: condividendo esperienze, costruendo una cultura interdisciplinare, superando la frammentazione tra specialità. Un grande insegnamento recita: “nessuno di noi conosce più di tutti noi messi insieme” – ed è proprio questa la potenza del lavoro di squadra. Come si diceva una volta, l'unione fa la forza, e mai come oggi questo vale anche nella nostra professione».

Germania, prevenzione: in 35 anni forte riduzione di edentulie e carie

Lo studio Dms 6, che registra dati dal 1989, certifica i grandissimi risultati degli investimenti fatti in prevenzione orale negli ultimi 35 anni. Fondamentale è la copertura obbligatoria statale e il coinvolgimento degli studi dentistici privati



L'andamento della diffusione delle malattie orali tra uomini, donne e bambini; relazioni tra salute orale e salute complessiva dei residenti di 90 città comprensive di aree rurali; gli effetti di 36 anni di politiche sanitarie; i cambiamenti della bocca nel tempo; le caratteristiche individuali legate a stati di migliore o peggiore salute orale. Sono gli ambiti indagati regolarmente dal 1989 dall'Institute of German Dentists, su un campione rappresentativo della popolazione tedesca. Dalla riunificazione, il "Deutsche Mundgesundheitsstudie" o Dms è uscito dapprima all'incirca ogni 5 anni e ora esce ogni 10.

Il campione
Giunto nel 2025 alla sesta edizione (ma l'elaborazione dei dati, di settembre 2023, ha preso oltre un anno), lo studio dettaglia le condizioni di quattro età-filtro: 695

bambini tra 8 e 9 anni, 958 pre-adolescenti (12 anni), 927 adulti fra 35 e 44 anni e 797 anziani "giovani" tra 65 e 74 anni. Nell'edizione del Dms-6 uscita quest'anno, a fianco dei nuovi reclutati il board guidato dai professori **Rainer Jordan, Jorg Wiltfang, Werner Geurtsen e Guido Heydecke** ha richiamato i partecipanti del precedente censimento 2014 per costruire un'indagine longitudinale, che segue gli stessi pazienti nel tempo, integrando le coorti con i nuovi ingressi. Le tabelle che pubblichiamo mettono a confronto bambini e adolescenti (la prima) e adulti e anziani (la seconda) in base a patologie compresenti, stili di vita, status sociale e comportamenti d'igiene orale, che sembrano contare più di ogni altra variabile.

I risultati
In 40 anni sono stati com-

piuti passi avanti eccezionali. Nel gruppo dei dodicenni, il 78% degli esaminati è ormai privo di carie. Nel gruppo dei 35-44enni, dal 1989 ad oggi il riscontro della patologia si è dimezzato, con un crollo del 90% tra i bambini di 8-9 anni. Sulle parodontiti, se è pur vero che almeno 14 milioni di persone, un tedesco su sette, hanno un'evidente malattia, grazie a 40 anni di copertura sanitaria pubblica, la percentuale di "nuovi anziani" sotto i 75 anni senza denti è diminuita dell'80%. Impressiona la sensibilità di questa categoria, persino a un uso del filo interdentale più diffuso che tra i giovani. Oggi solo il 5% dei 65-74 enni è senza denti, contro il 25% di 30 anni fa. E si è ridotta del 30% la quota spese per le prestazioni sostenuta dalla Gkv, l'assicurazione sanitaria obbligatoria che, a differenza dell'Italia, non è finanziata dalle tasse ma da

un premio il cui costo è condiviso tra lavoratore e datore di lavoro. Rispetto al 1989, anno in cui circa 30mila studi dentistici privati sono stati convenzionati all'assicurazione obbligatoria per offrire più accessibilità alle cure, le otturazioni si sono ridotte del 54%, le estrazioni del 37%, le protesi dell'11%. Tra il 2019 e il 2023, la spesa per le cure è aumentata dell'8% e quella per la prevenzione addirittura del 50%.

I questionari
La successione dei Dms – il primo del 1989, il secondo del 1992 post-unificazione, il terzo del 1997, il quarto del 2005 e il sesto del 2014 – è avvenuta a suon di questionari somministrati a tutte le fasce d'età. All'intervista, raccolta da un membro del team di ricerca previo consenso del paziente e integrata sia dagli esiti della visita odontoiatrica sia da test di spazzolamento, si

aggiungono un questionario "computer assisted" per rilevare la compresenza di protesi, stati e comportamenti patologici, e da quest'anno un secondo modello compilato a mano per indagare se ci sono condizioni di status, disabilità, etniche sfavorevoli una corretta presa in carico, oltre che il consumo di zuccheri e l'"ansia" da dentista. Con l'intervistato si crea un contatto che dura l'arco di circa 15 giorni.

LE BUONE ABITUDINI NELLE ETÀ PIÙ GIOVANI

	8-9 anni	12 anni
Sovrappeso e obesità in percentuale del campione		14,4%
Autopercezione della propria salute generale:		
- buona o molto buona	91,1%	94,8%
- migliorabile ("moderate")	8,9%	5,2%
Autopercezione della propria salute orale:		
- buona o molto buona	67,1%	77,1%
- migliorabile ("moderate")	31,4%	21,7%
Autopercezione di poter fare meglio	91	75,4%
Uso dei servizi odontoiatrici:		
- per regolari controlli preordinati	81,6%	90%
- per check-up occasionali	9,9%	3,9%
- solo al bisogno	8,5%	6,1%
Frequenza delle visite dal dentista:		
- 1 volta ogni 6 mesi	59,9%	77,2%
- 1 volta l'anno o più	26,9%	17,8%
- meno di 1 volta l'anno	5,5%	0,7%
- solo in caso di problemi	7,8%	4,3%
Presenza di copertura sanitaria:		
- nazionale	84,9%	74,8%
- con assicurazione supplementare	4,4%	11,7%
- con assicurazione privata	10,7%	13%
Frequenza di spazzolamento:		
- 3 volte al giorno	2,7%	5,6%
- 2 volte al giorno	78,3%	78,7%
- 1 volta al giorno	17,3%	13,1%
- meno di 1 volta al giorno/mai	1,7%	2,5%
Frequenza uso filo interdentale:		
- 1 volta al giorno		14,9%
- più di 1 volta a settimana		9,8%
- meno di 1 volta a settimana		12%
- mai		63,3%

LE BUONE ABITUDINI DI ADULTI E ANZIANI

	33-44 anni	65-74 anni
Livello di istruzione medio-alto vs basso	90,8% vs 10%	79,1% vs 20,9%
Status socioeconomico medio-alto vs basso	80,1% vs 19,9%	80,8% vs 19,2%
Reddito mensile netto	€ 2.433 (da 1.000 a 3.800)	€ 1.996 (da 950 a 3.040)
Consuetudine al fumo:		
- mai fumato	54,6%	48%
- fumatore occasionale/ha fumato	25,6%	39,3%
- fumatore quotidiano	19,8%	12,8%
Malattie cardiovascolari (no vs sì)	95,8% vs 4,2%	72,7% vs 27,3%
Body Mass Index (BMI)	26,2	27,4
Autopercezione della propria salute generale:		
- buona o molto buona	87,8%	70,4%
- da migliorare, non buona o pessima	12,2%	29,6%
Autopercezione della propria salute orale:		
- buona o molto buona	72,9%	63,9%
- da migliorare, non buona o pessima	27,1%	36,1%
Autopercezione di poter fare molto meglio	83,2%	73,6%
Uso dei servizi odontoiatrici:		
- per regolari controlli preordinati	79,4%	83,7%
- per check-up occasionali	7,4%	3,3%
- solo al bisogno	13%	13%
Frequenza delle visite dal dentista:		
- 1 volta ogni 6 mesi	46,4%	53,9%
- 1 volta l'anno o più	40,2%	33,7%
- meno di 1 volta l'anno	4,3%	2,2%
- solo in caso di problemi	9,2%	10,2%
Uso trattamenti parodontali	12,7%	32,3%
Presenza di copertura sanitaria:		
- nazionale	61,2%	62%
- con assicurazione supplementare	28,1%	22,6%
- con assicurazione privata	9,5%	14,8%
Frequenza di spazzolamento:		
- 3 volte al giorno	5%	11%
- 2 volte al giorno	77%	72%
- 1 volta al giorno	15%	12,5%
- meno di 1 volta al giorno/mai	2,8%	4%
Frequenza uso filo interdentale:		
- 1 volta al giorno	24,3%	38%
- più di 1 volta a settimana	21,6%	16,8%
- meno di 1 volta a settimana	20,6%	8,4%
- mai	33,5%	36,7%
Frequenza pulizia professionale denti:		
- ogni 6 mesi	19,3%	25,8%
- più di 1 volta l'anno	34,9%	29,7%
- meno di 1 volta l'anno	12,6%	10,1%

RAINER JORDAN: «IN 36 ANNI ABBIAMO PORTATO I CITTADINI TEDESCHI A SIGNIFICATIVI MIGLIORAMENTI NELLA SALUTE ORALE, A TUTTE LE ETÀ»



Rainer Jordan

Direttore scientifico dell'Institut der Deutschen Zahnärzte

«Le politiche di prevenzione orale in Germania sono state accompagnate da significativi cambiamenti negli studi dentistici, a partire dalla formazione degli assistenti, che oggi possono diventare assistenti alla profilassi o anche igienisti dentali e rilevare compiti di profilassi nelle strutture. Anche la formazione dell'odontoiatra è stata rinforzata con nozioni di corretta comunicazione al paziente». Il professor **Rainer Jordan**, direttore scientifico dell'Institut der Deutschen Zahnärzte (Idz) di Colonia, che dal 1989 conduce lo studio Dms, riassume così la "rivoluzione" che ha portato i cittadini tedeschi a significativi, estesi miglioramenti nella salute orale, a tutte le età.

A differenza dell'Italia che dispone di un Fondo nazionale

sostenuto dalle tasse, per l'assistenza sanitaria la Germania utilizza capienti fondi assicurativi, le Krankenkassen, che rimborsano in media il 50% delle spese sostenute dal paziente. Nel 1989, alla vigilia della riunificazione, il governo nazionale ha introdotto il Bonusheft, il libretto della salute dentale: i pazienti che si sottopongono a regolari controlli (annuali per gli adulti, semestrali dai 6 ai 18 anni) per almeno 5 anni consecutivi ricevono una copertura aggiuntiva del 20% per eventuali spese protesiche; l'incentivo sale al 30% se la frequenza dei controlli è regolare da 10 anni.

«I giovani pazienti – continua Jordan – sono tenuti ad attivare misure di pulizia assidue a casa, con regolari esercizi di spazzolamento e check-up dentali nelle scuole che rinviando al dentista in caso di problemi. Nei due appuntamenti annuali previsti in chiave di prevenzione, sono incluse le istruzioni per l'igiene orale, il trattamento intensivo con fluoro, la sigillatura dei molari. La partecipazione è volontaria, ma l'adozione delle misure a casa è incentivata da benefici assicurativi».

I benefici si sono visti subito, ma dagli anni Duemila si vedono sia eccellenti risultati nel lungo periodo sia i risparmi per le casse pubbliche. «Solo negli ultimi 20 anni – riporta Jordan – le spese odontoiatriche coperte dall'assicurazione sanitaria nazionale sono diminuite del 12% in termini reali. Invece (in medicina, ndr) le spese per le visite specialistiche sono cresciute del 17% e quelle per i ricoveri del 23%».

Quale potrebbe essere il messaggio per l'odontoiatria italiana? «Il sistema sanitario tedesco presuppone che i cittadini partecipino alla spesa in quanto corresponsabili per la loro salute, ma questo postulato non si applica ai bambini e a molti pazienti vulnerabili. Per queste fasce il governo ha attivato un'assicurazione obbligatoria a livello nazionale. La nostra esperienza dimostra che questa spesa in più genera salute e insieme risparmi, sia negli importi complessivi delle fatture emesse ai pazienti sia in termini di rimborsi a questi ultimi da parte delle casse pubbliche».

Mauro Miserendino

Carie

Lo studio censisce denti cariati, persi e otturati (indice DMFT), la presenza di sigillature, il numero di denti sigillati, il root caries index. La tendenza a perdere denti è in declino in tutte le classi di età, a 70 anni in media risultano mancare 9 denti in meno rispetto a dieci anni fa. E a 12 anni un ragazzo tedesco ha fatto esperienza di otturazioni o traumi su mezzo dente anziché su 5, come avveniva 20 anni fa. Per la prima volta, nel volume Dms-6, sette pre-adolescenti su cento non hanno mai visto la carie; tra le ragazze la prevalenza di carie è 10 punti percentuali in meno che tra i maschi. Negli over 35, l'indice DMFT sale a 8,3: per 6,8 denti si tratta di restauri, per 0,5 di carie attiva e solo per un dente di rimozione. Tra i "senior" l'indice raddoppia a 17,4.

Ma sul destino dei denti più che i comportamenti incidono livello di studi e reddito: tra chi ha alle spalle solo le scuole dell'obbligo l'indice DMFT a 65-74 anni è 18,7, e di questi 11 sono denti mancanti; tra chi ha proseguito gli studi, l'indice è 16,9 e 11 sono denti otturati. Chi ha studiato di più ha più denti, e già a 12 anni sono 84 su 100 gli intervistati "caries free" contro il 59% di chi si avvia ad avere un grado di istruzione più basso.

Parodontiti

Il questionario riporta i casi di sanguinamento gengivale, la stadiazione in base a numero e profondità di tasche parodontali e il livello di attacco clinico. Le nuove linee guida 2021 consentono di inter-

cettare le tasche a uno stadio precoce. Su un numero medio di 26 denti negli adulti e 20 negli anziani, sono state riscontrate rispettivamente 5,6 e 8,3 tasche, con una media di tre oltre i 5 mm di profondità tra gli over 65: purtroppo – unica "red flag" dello studio – in lieve aumento. Il 30% degli anziani ha una parodontite severa e il 49% ne ha una moderata. Rispetto al resto del mondo, dove il numero di tasche cala tra gli anziani, in Germania cresce, anche in relazione al maggior numero di denti conservati.

Categorie a rischio

L'ipomineralizzazione di incisivi e molari è stata riscontrata in un adolescente su sette. Le erosioni riguardano il 49% di tutto il campione maschile e il 38% di quello femminile. La relazione tra abuso di zucchero e carie/gengiviti, valutata su due sottocampioni (uno con dieta corretta/restrittiva, l'altro che "indulge" ai dolci) pare netta non tra adolescenti e giovani, ma all'inizio della terza età. Si conferma anche la maggior incidenza di carie e parodontiti tra fumatori che in un 20% di casi in più percepiscono un peggior stato di salute orale.

I dati raccolti infine mostrano che tra i figli di migranti l'accesso al dentista resta più difficile e i benefici degli interventi posti in atto sembrano meno duraturi. Tra i fattori di rischio di peggior salute orale, scarse conoscenze scientifiche e bassa istruzione pesano quanto cattivi comportamenti e basso reddito, se non di più.

Mauro Miserendino

EUCLORINA® GENGIVE

SOLLIEVO IMMEDIATO DAL DOLORE¹

crea una barriera protettiva che

riduce il sanguinamento^{1,2}

contrasta l'insorgere della placca^{1,2}

previene le infezioni orali^{1,2}

con azione antisettica³

COLLUTORIO

GEL

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

DISPOSITIVI MEDICI

Dompé

Sugar tax, effetti nel mondo

In Italia in vigore forse dal 2026

La sugar tax in Italia, rimandata fino a oggi, dovrebbe entrare in vigore nel 2026 a cifre simboliche, che difficilmente cambieranno le abitudini dei consumatori. È già applicata in molti Paesi, ma scarseggiano gli studi sui benefici per la salute



Inserita nella legge di bilancio del 2019 ma ancora nel limbo dei rinvii, la cosiddetta *sugar tax* con i suoi 10 centesimi/litro non riesce a sfondare il muro degli interessi economici. Da una parte produttori e distributori che temono un calo dei ricavi e prevedono la perdita di posti di lavoro, dall'altra l'ampia coalizione di chi vuole prevenire le patologie notoriamente associate all'eccesso di glucidi e calorie sempre più diffuse e sempre più precoci. A nulla è servita anche la ragionevole proposta di aliquote proporzionali alla concentrazione di zuccheri, che aumenterebbero i prezzi da 2 a 18 centesimi con un'entrata fiscale che potrebbe arrivare a 200 milioni di euro annui. All'opposizione dei produttori contribuisce l'aumento degli inevitabili adempimenti burocratici che, secondo l'associazione di categoria Assobibe, richiedono un documento excel con 500 parametri qualitativi per ogni bevanda.

Taxe soda, Zuckersteuer, Oplata cukrowa: le tasse all'estero

La situazione italiana non è isolata: un'impasse uguale si ha pure in Canada, dove l'ordine dei dentisti, insieme con quello di igienisti e dietologi, ha lanciato in aprile un appello alle autorità alle quali ricordano che la carie e le sue complicità sono una delle prime cause di ospedalizzazione dei bambini. Anche in Germania si susseguono appelli simili: in marzo l'ordine degli odontoiatri ha chiesto al governo non solo la tassa ma pure il divieto di pubblicità per le bevande zuccherate ricordando che ci sono 9 milioni di diabetici e 20 milioni di persone in iperglicemia prediabetica; una richiesta che, secondo i sondaggi, trova favorevole la maggioranza dei cittadini. Tre mesi dopo le associazioni dei pediatri delle nazioni di lingua tedesca hanno rilanciato l'appello, aggiungendo un'originale classifica delle pubblicità alimentari più ingannevoli. La Germania, in verità, non è finora rimasta a guardare:

nel 2015 si è posta l'obiettivo di ridurre, con l'accordo volontario dei produttori, il contenuto di zucchero nelle bevande del 15% nell'arco di 10 anni ma il calo si è fermato a un modesto 2% contro il 29% del Regno Unito, dove la *sugar tax* è in vigore dal 2018. Parallelamente il consumo pro-capite di bevande dolci è diminuito solo del 3,6% e lo zucchero in esse contenuto è la metà del limite raccomandato di 50 g/die per un adulto. In Polonia, invece, la tassa (circa 12 centesimi/litro) ha impiegato ben sei anni prima di entrare in vigore nel 2021 e si applica pure ai dolcificanti come xilitolo e aspartame; le relative entrate sono destinate a finanziare le spese sanitarie. Finora, ha portato alla riduzione del 20% delle vendite (e a un aumento del 36% dei prezzi) ma non sono ancora noti i benefici per la salute. Interessanti alcuni effetti collaterali della tassa in Belgio, dove è in vigore dal 2016: alla riduzione dei consumi di circa il 30% si è accoppiato un aumento degli acquisti in Germania, dove la tassa non si applica, e nei Paesi Bassi, dove è minore ma, dato interessante e sconcertante, ha aumentato la spesa per le famiglie a basso reddito, confermando l'associazione tra cattive abitudini alimentari e stato socio-economico. Il consumo di zucchero si è ridotto di soli 0,7 g/die ma anche in questa nazione non sono noti i reali benefici per la salute.

Un'inspiegabile mancanza che interessa anche la Francia, nonostante la *taxe soda* esista dal 2012; inizialmente pari a 7 centesimi/litro (che vengono poi trasferiti al servizio sanitario nazionale), quest'anno è stata rimodulata in tre scaglioni in base al contenuto di zucchero, analogamente a quanto avviene nel Regno Unito dove parte da circa 18 centesimi/litro.

Negli Usa non esiste una regolamentazione nazionale: alcuni stati la applicano così come alcune città tra cui San Francisco, che esige l'1% dal 2018. Infine, la Danimarca che costituisce un caso unico aven-

do anticipato le raccomandazioni dell'Oms del 2017 di quasi un secolo: risale infatti al 1922 la tassa su cioccolato e dolciumi, al 1946 quella sui gelati e al 2011 sui grassi; e con tanto onorevole curriculum, ha tuttavia abolito la tassa sulle bevande dolcificate nel 2014 per evitare la perdita di posti di lavoro e gli acquisti oltre frontiera. Incerti, finora, i benefici per la salute a parte un lieve calo del rischio di cardiopatia ischemica attribuito alla tassa sui grassi.

La tassa non fa solo cassa

Come si è detto, vi sono pochi dati sui benefici per la salute: la tassa è nota ma non le sperabili riduzioni dei tassi delle patologie zucchero-collegate. Tra i pochissimi studi disponibili, si segnalano quelli pubblicati da autori britannici (1, 2) che hanno analizzato l'andamento dei ricoveri ospedalieri per bonifica orale nei bambini affetti da carie destruenti (prima causa di ospedalizzazione nella fascia di età tra 5 e 9 anni) tra il 2012 e il 2020. Questo tipo di patologia, anche tra i sudditi di re Carlo, si conferma correlata al livello socioeconomico colpendo le famiglie più povere. In seguito all'introduzione nel 2018 della *soft drink industry levy* (così nell'inglese britannico, *sugar tax* in inglese italiano) molti produttori hanno ridotto le percentuali di zucchero, il che ha portato a un -12% dei ricoveri per carie infantili e a un -8% di bambine obese, con percentuali anche maggiori nelle aree più povere.

Nessun effetto misurabile, invece, sulla percentuale di bambini obesi. Leggendo i risultati per fasce di età, spicca la differenza tra quella dei piccoli (5-9 anni) e piccolissimi (0-4 anni): infatti, nei primi i ricoveri risultano in calo del 5,5%, mentre nei secondi la differenza s'impenna al 28,6%. Logicamente si può spiegare con la maggiore difficoltà a curare i piccolissimi senza sedazione e con la minore resistenza dello smalto dei denti decidui; inoltre, si possono aggiungere la minore disponibilità di pedodontisti e, soprattutto, la scarsa attenzione per la salute orale tipica delle famiglie con basso livello socioeconomico. È nell'album dei ricordi di ogni dentista la madre che descrive la carie da biberon del figlio di due anni dicendo «quando gli sono usciti erano già tutti neri così».

La maggiore cariorecettività della dentizione decidua può spiegare anche l'esito parzialmente negativo di una ricerca svolta a Philadelphia dopo l'introduzione della tassa nel 2017. Nonostante il calo delle vendite di circa un terzo, gli autori (3) non hanno rilevato differenze nell'indice DMFT nella popolazione generale su un totale di 83.260 pazienti (circa il 5% dei residenti). I dati raccolti da 50 studi professionali e cliniche universitarie riguardavano l'intervallo di tempo 2014-2016 e l'anno 2019 ma erano divisi in pazienti minori di 15 anni e maggiori di 15 anni. Risultava invece una differenza si-

gnificativa per i minori curati come pazienti Medicaid, cioè appartenenti a famiglie a basso reddito che beneficiano di cure gratuite, con un calo del 20% dell'indice Dmft.

Tra gli effetti di una tassa sullo zucchero ve ne sono alcuni definibili come socio-comportamentali, ben descritti da una ricerca svolta in alcune città della California (4) tra cui San Francisco, dove è in vigore dal 2017. Sono state intervistate più di novemila persone cercando di capire se la tassa avesse modificato il modo in cui vengono considerate le bevande dolci/gasate. Si è visto che le persone percepivano una riduzione di circa il 30% dei consumi ma continuavano a considerarle come naturali o energizzanti, un effetto sicuramente dovuto ai messaggi pubblicitari, con la sola eccezione di San Francisco dove bevande energizzanti e succhi di frutta venivano giudicati meno sani. Pertanto, concludono gli autori, è necessario agire su più fronti come per la lotta al tabacco: non solo tasse ma anche informazione partendo dalle scuole, in sintonia con quanto propone **Elena Dogliotti**, biologa nutrizionista della fondazione Veronesi (5). Nell'attesa che la tassa arrivi, l'Italia si deve accontentare dei positivi risultati di una simulazione dei suoi effetti (6) che ha calcolato una riduzione di 0,07 punti del DMFT e un risparmio di costi sanitari e non pari a 38,6 milioni di euro nel decennio 2025-2034, in particolare nelle regioni meridionali dove la carie è più frequente e l'accesso alle cure più difficile.

Non ci sono più i Masai di una volta

Difficile immaginare un popolo di pastori come i Masai a rischio di carie e obesità per colpa delle bevande dolcificate; eppure, anche questo popolo longilineo e seminomade, sparso tra Kenya e Tanzania e famoso per l'agilità nei salti, sta cambiando in peggio le sue abitudini alimentari come dimostra una ricerca di pochi anni fa (7). I

risultati dicono che circa 1/3 degli adolescenti beve regolarmente succhi di frutta e/o bevande gasate con un conseguente aumento di carie ed erosioni dentali. La pervasività maligna di queste bevande si accanisce sulle popolazioni più povere e meno informate del pianeta, col risultato che le patologie nelle quali sono coinvolte (tra cui diabete e malattie cardiovascolari) sono in aumento in America Latina, Africa sub sahariana e nazioni caraibiche.

Cosma Capobianco
Odontoiatra

1) Rogers NT et al. Estimated impact of the UK soft drinks industry levy on childhood hospital admissions for carious tooth extractions: interrupted time series analysis. *BMJ Nutr Prev Health*. 2023 Dec;6(2):243-252.

2) Rogers NT, Cummins S, Forde H, Jones CP, Mytton O, Rutter H, Sharp SJ, Theis D, White M, Adams J. Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: an interrupted time series analysis of surveillance data. *PLoS Med*. 2023 Jan 26;20(1):e1004160.

3) Petimar J et al. Changes in Dental Outcomes After Implementation of the Philadelphia Beverage Tax. *Am J Prev Med*. 2023 Aug;65(2):221-229.

4) Altman E, Schillinger D, Villas-Boas S, Schmidt L, Falbe J, Madsen KA. De-normalizing sugar-sweetened beverage consumption: effects of tax measures on social norms and attitudes in the California Bay Area. *BMC Public Health*. 2024 Nov 25;24(1):3263.

5) La Sugar Tax funziona? Sì, ma da sola non basta. www.fondazioneveronesi.it

6) Lamloom D et al. Effects of a Sugar-Sweetened Beverages Tax on Caries in Italy: A Modelling Study. *Caries Res*. 2025 Apr 1:1-9.

7) Simangwa LD, Åström AN, Johansson A, Minja IK, Johansson AK. Oral diseases and oral health related behaviors in adolescents living in Maasai population areas of Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*. 2019 Aug 7;19(1):275.



Immagine intraorale di una ragazza di 12 anni che beve coca con la cannuccia sempre sullo stesso lato

Esaudisce ogni desiderio



COMPOSITO UNIVERSALE COMPATTABILE FINO A 4 MM DI SPESSORE IN 5 CLUSTER-SHADES

- **Universale:** sia per anteriori che per posteriori
- **Nessuna stratificazione:** spessore degli incrementi fino a 4 mm
- **Stabilità e resistenza:** più elevata con il 91 % in peso di riempitivi
- **Estetica eccellente:** perfetta lucidabilità
- **5 cluster-shades:** che includono tutti e 16 i colori VITA® classical



GrandiSO Unlimited



VOCO

I DENTALISTI

Industria dentale: crescita stabile trainata da export e domanda estetica

Il dentale conferma una crescita stabile, ben al di sopra del Pil nazionale. A trainare è il digitale customizzato (+10%), continua il rallentamento dei radiografici (-24%) a seguito della forte impennata degli anni precedenti



Il settore dentale italiano nel 2024 conferma la sua tenuta strutturale, consolidando i risultati raggiunti nel biennio post-pandemico e traccia un nuovo equilibrio, una nuova "fase di normalità", tra domanda, innovazione e posizionamento sui mercati internazionali. Lo scenario emerge dalla consueta analisi congiunturale di Key-Stone per Unidi, presentata quest'anno da **Simone Gala**, Head of business development di Key-Stone, in occasione dell'annuale incontro Unidi a Milano.

A fronte di un contesto macroeconomico ancora incerto, con un Pil italiano che al netto dell'inflazione si mantiene sostanzialmente ai livelli del 2007, il comparto dentale si distingue per un andamento strutturalmente più solido: il Cagr 2011-2024 si conferma al +5%, ben al di sopra della crescita media nazionale.

Produzione industriale stabile e oltre i livelli pre-Covid

Nel dettaglio, la produzione industriale italiana del dentale si attesta nel 2024 su oltre 1,3 miliardi di euro, con una crescita dell'1% rispetto al 2023 e una performance strutturalmente oltre il 30% rispetto ai valori del 2019. Una conferma della capacità di tenuta del comparto manifatturiero, che mantiene la leadership europea su diversi fronti, pur con dinamiche differenziate.

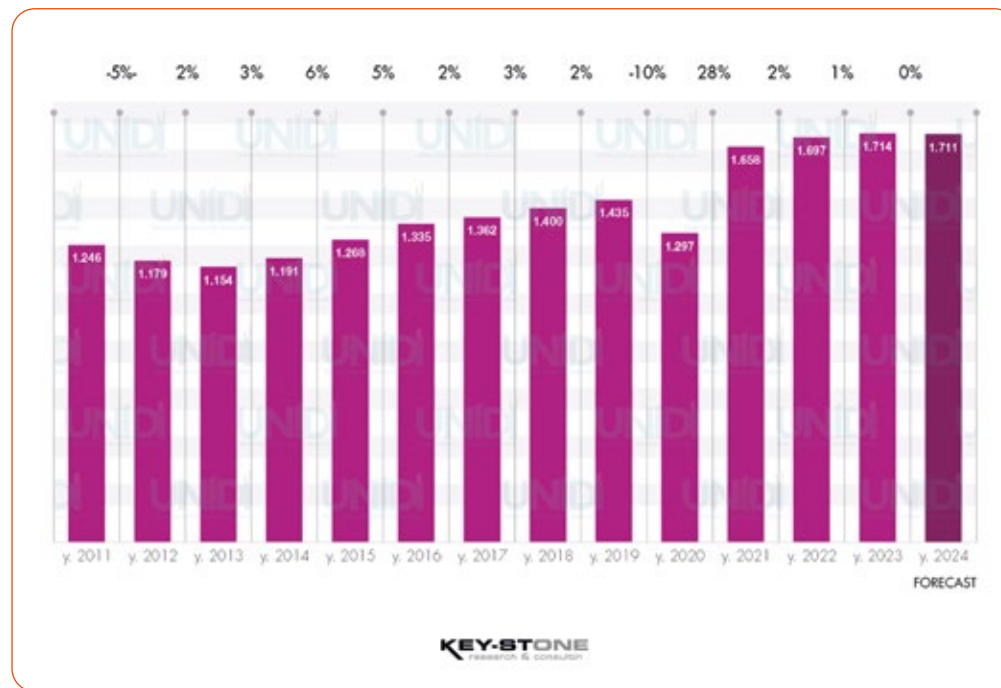
Se il mercato interno ha mostrato una lieve flessione del 2%, è ancora una volta l'export a fungere da motore per la crescita complessiva: rappresenta il 64% del totale produttivo, con un incremento del 3% nei valori assoluti e un valore stimato di oltre 900 milioni. Tuttavia, anche sul fronte estero si registrano segnali di raffreddamento su alcuni segmenti: riuniti e radiografici calano rispettivamente del 7% e del 24%, evidenziando la fase di

normalizzazione dopo il boom avuto nel biennio 2021-2022.

Mercato interno: fisiologica stabilizzazione e nuova domanda

L'indagine, realizzata su un campione di 335 aziende (149 analizzate direttamente, per un peso del 70% del mercato italiano), evidenzia come il fatturato complessivo del settore sia stabile a 2,38 miliardi di euro. Il dato di sell-out, ovvero gli acquisti effettuati da studi odontoiatrici e laboratori, si mantiene attorno a 1,7 miliardi di euro, consolidando una posizione di stabilità post-Covid.

La fase attuale viene definita dagli analisti come un "new normal": un contesto in cui i grandi picchi di spesa degli studi dentistici, legati al recupero post-pandemico, hanno lasciato spazio a dinamiche più fisiologiche. La differenza sostanziale è che, rispetto a prima del 2020, il



Valore delle vendite dei prodotti odontoiatrici sul mercato professionale italiano
Valori in milioni di euro

valore totale del business si è posizionato su un livello notevolmente più alto.

«Durante le crisi degli ultimi anni (2012-2013 e 2020) se è vero che il settore dentale ha registrato perdite superiori a

quelle dell'economia nazionale – ha sottolineato Simone Gala – è altresì vero che però i successivi rimbalzi positivi hanno sempre generato una risposta a maggior valore aggiunto, riposizionandosi

su livello di equilibrio nettamente più alti».

In questo quadro, il comparto delle attrezzature registra un rallentamento: un dato emblematico è il calo superiore al 10% degli scanner intraorali nel 2023, tendenza che sembra confermata anche nel 2024, con un mercato che sembra essersi assestato entro le 3.500 unità annue. Si tratta però di un trend complessivo fisiologico dopo i grandi investimenti accelerati dagli incentivi statali negli anni precedenti, che hanno portato a un processo di forte ammodernamento e digitalizzazione, in particolare negli studi dentistici.

Anche sul fronte della domanda, i segnali di riequilibrio sono evidenti: il cosiddetto "polmone implantologico", alimentato dai trattamenti rinviati durante la pandemia, si è esaurito. L'implantologia così si stabilizza, con una lieve flessione del 2%, mentre si segnala un sempre più consolidato orientamento dei pazienti verso prestazioni di igiene e prevenzione, in particolare le terapie sbiancanti, in crescita costante. Le visite odontoiatriche si mantengono stabili a 67 milioni nel 2024 (il 60% della popolazione adulta si stima sia stata dal dentista

almeno una volta negli ultimi 12 mesi), di cui 22 milioni dedicate a igiene e profilassi.

Estetica e digitale: gli unici comparti in crescita

Nonostante il rallentamento di alcune tecnologie digitali (le elaborazioni Cad/Cam registrano un -6%), a distinguersi per dinamismo è ancora il segmento degli allineatori ortodontici, che segna un'ulteriore crescita del 10%, superando ampiamente i 170 milioni di euro di valore, come già fatto anche nel 2023. Un dato questo che riflette la crescente domanda estetica dei pazienti, ma anche la capacità degli studi di integrare soluzioni digitali in modo strategico. «Il mercato si sta spostando verso una dimensione di prevenzione, comfort e qualità percepita – ha osservato l'analista – e questo è evidente nelle scelte di consumo, sempre più orientate a trattamenti minimamente invasivi e a soluzioni personalizzate, piuttosto che a grandi interventi invasivi».

Prospettive

L'attuale fotografia restituisce l'immagine di un settore maturo, resiliente e ben posizionato a livello internazionale, ma in fase di ridefinizione. I prossimi anni saranno decisivi per capire se i trend già osservati nel 2023 e nel 2024 rappresenteranno una nuova stabilità di lungo periodo o il preludio a una successiva evoluzione tecnologica e organizzativa. L'attenzione crescente verso intelligenza artificiale, semplificazione operativa e nuove esigenze del paziente suggerisce che la vera sfida per l'odontoiatria italiana non sarà solo quella di mantenere i volumi, ma di interpretare il cambiamento con strumenti nuovi, mantenendo il vantaggio competitivo costruito negli anni grazie alla qualità percepita del Made in Italy.

Luca Marelli

QUANTO SPENDONO GLI ITALIANI DAL DENTISTA? OGNI PAZIENTE VALE 500 EURO

Simone Gala, Head of business development di Key-Stone, ha presentato i dati sull'andamento della spesa odontoiatrica dei pazienti italiani, elaborati attraverso il sistema di rilevazione continuativa OmniVision Salus, sviluppato da Key-Stone. Si tratta di un'indagine condotta su base nazionale tramite interviste rivolte a un campione rappresentativo della popolazione adulta (18-79 anni), con circa 2.500 individui coinvolti per ciascuna rilevazione.

Nel 2025, la spesa media sostenuta dai pazienti per le cure dentistiche nel primo quadrimestre si è attestata a 470 euro, in leggera flessione rispetto ai 509 euro registrati nel 2024. Più della metà degli intervistati (56%) ha dichiarato di aver speso meno di 300 euro totali, mentre quasi un paziente su dieci ha usufruito di trattamenti gratuiti.

L'analisi per fasce d'età e variabili socio-demografiche restituisce un quadro articolato: i pazienti over 60 presentano una spesa media significativamente più alta (633 euro), mentre nella fascia 40-49 anni si osserva una media più contenuta (352 euro). Anche i residenti del Centro Italia risultano aver sostenuto costi inferiori alla media nazionale (388 euro), così come i pazienti con un basso livello di istruzione, per i quali la media si attesta a 590 euro.

Quando si prende in considerazione la tipologia di trattamento ricevuto, la spesa varia sensibilmente: i pazienti sottoposti a interventi di implantologia riportano infatti una media pari a 2.174 euro.

Nel complesso, si conferma la tendenza verso un progressivo riequilibrio del mix terapeutico, con una riduzione dei trattamenti più invasivi, in particolare implantari. Nelle catene odontoiatriche la spesa media per paziente risulta inferiore solo del 5% rispetto alla media nazionale, soprattutto a causa della diminuzione degli interventi di implantologia rispetto al passato.

L. M.

CURASEPT[®] DRYMOUTH

SOLLIEVO IMMEDIATO E DURATURO
IN CASO DI BOCCA SECCA

PROTEZIONE DALLE IRRITAZIONI E DALLA CARIE



L'unica linea che
affronta il problema
in modo differenziato,
con **5 prodotti**.

La linea **Curasept Drymouth** è caratterizzata da un equilibrato mix di sostanze idratanti **MHS** (Mouth Hydrating System) e componenti presenti naturalmente nella saliva che garantiscono **sollievo immediato** e **duraturo** in caso di bocca secca, proteggendo le mucose orali dal rischio di irritazioni, candidosi e carie. **Le compresse**, grazie alla tecnologia brevettata **FizzFRAPTech[®]**, stimolano la salivazione ripristinando i livelli fisiologici di saliva.

Clinic manager: l'amministratore delegato dello studio dentistico

La figura professionale è utile in società, Stp, studi associati e studi monoprofessionali, dove solleva l'odontoiatra dai compiti extraclinici ed è indispensabile in vista di una cessione, trasformazione societaria o nel processo di aggregazione con un collega



Paride Zappavigna

Nel mondo dell'odontoiatria moderna, profondamente trasformato da innovazioni tecnologiche, digitalizzazione, crescente complessità gestionale, si fa sempre più spazio una nuova figura professionale: il clinic manager odontoiatrico. Anche lo sviluppo di catene odontoiatriche sul territorio, la trasformazione di studi monoprofessionali in srl e l'aggregazione di diversi professionisti in studi associati spinge verso la necessità di una gestione anche manageriale dei servizi odontoiatrici, con figure che possiedano le giuste competenze.

«Il clinic manager odontoiatrico è un ruolo nato dalla necessità concreta di rispondere alle sfide organizzative di un settore in costante evoluzione, e che si sta rapidamente

affermando come elemento strategico all'interno delle strutture sanitarie» ci ha spiegato **Paride Zappavigna**, odontoiatra e direttore della Dental Team Academy, scuola che due anni fa ha attivato questo percorso formativo dedicato (www.clinicmanager.academy). Il corso per clinic manager odontoiatrico è strutturato in tre moduli indipendenti, ciascuno dei quali rilascia competenze certificate da Regione Lombardia (tramite l'ente accreditato Techne Medica) e riconosciute su tutto il territorio nazionale. «L'obiettivo è formare professionisti capaci di agire da veri e propri amministratori delegati dello studio odontoiatrico, in grado di portare valore aggiunto concreto, migliorando la sostenibilità dell'attività, l'efficienza interna e la soddisfazione dei pazienti».

Dottor Zappavigna, in quale contesto nasce il clinic manager odontoiatrico?

Tra tutte le branche della medicina, l'odontoiatria è stata tra le prime a percepire l'importanza di una trasformazione organizzativa, investendo in tecnologie, infrastrutture e capitale umano. Questo è particolarmente evidente nel settore privato, dove gli studi si sono progressivamente trasformati da realtà monoprofessionali a vere e proprie micro-aziende, strutturate e complesse.

Oggi, il successo di uno studio dentistico non può più basarsi esclusivamente sulla qualità clinica. Il professionista sanitario, sebbene ancora fulcro della prestazione terapeutica, si trova sempre più spesso a dover gestire aspetti amministrativi, normativi, economici e comunicativi, che occupano fino al 40% del tempo lavorativo. Un compito difficile, se non impossibile da sostenere in solitaria, soprattutto considerando che solo una piccola parte dei nuovi odontoiatri intende avviare un'attività in proprio. È in questo scenario che prende forma il profilo del clinic manager odontoiatrico.

Qual è il suo ruolo e quali competenze deve possedere?

Alla Dental Team Academy, l'unica a offrire un percorso di questo tipo, abbiamo pensato a un professionista con competenze trasversali e certificate, in grado di presidiare i principali ambiti extra-clinici, affiancando efficacemente l'odontoiatra e liberandolo dalle incombenze gestionali. Le competenze chiave del clinic manager odontoiatrico, come delineate nel percorso formativo di Dental Team Academy, si sviluppano su quattro assi strategici. Per quanto riguarda il customer care e la comunicazione, il clinic manager non è un semplice responsabile dell'accoglienza: gestisce strategicamente la relazione col paziente, costruisce la reputazione dello studio e implementa strategie comunicative integrate, che spaziano dal passaparola al digital marketing, nel pieno rispetto delle norme deontologiche. Per l'organizzazione della struttura, si occupa dell'ottimizzazione dell'agenda, dei flussi di lavoro e delle risorse umane, di gestione documentale e rispetto delle normative vigenti: il clinic

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**

Coadiuvante 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

aminogam[®] collutorio
Coadiuvante nei processi di rigenerazione della mucosa gengivale

aminogam[®] spray
Coadiuvante nei processi di rigenerazione della mucosa gengivale

aminogam[®] gel
Gel coadiuvante nei processi di rigenerazione della mucosa orale

IN FARMACIA

LA LINEA SI COMPLETA CON IL GEL E LO SPRAY AMINOGAM

Fabbricante
professional[®] dietetics

Documentato clinicamente. Sono Dispositivi Medici di Classe IIa

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)
2.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.

Polifarma
Benessere



CLINIC MANAGER: I COSTI E L'INQUADRAMENTO

Per gli aspiranti clinic manager quali sono i costi per completare tutto il percorso formativo? «Il percorso formativo per diventare clinic manager è pensato in modo flessibile e accessibile – risponde Paride Zappavigna –. Si articola in tre moduli indipendenti, ognuno dei quali può essere frequentato anche singolarmente. Il costo per ciascun modulo è di 600 euro, mentre per chi sceglie di seguire l'intero percorso annuale, il costo complessivo è di 1.700 euro. Trattandosi di corsi erogati da un ente accreditato in Regione Lombardia, sono esenti da Iva». Un aspetto molto interessante è che il corso è finanziabile tramite Fondoprofessioni, un fondo interprofessionale a cui aderiscono la maggior parte degli studi dentistici: grazie a questo canale, è possibile ottenere un rimborso fino all'80% del costo totale. Questo rende il percorso formativo non solo qualificante, ma anche sostenibile oltre che detraibile per lo studio dentistico». Lato dentista, come è inquadrabile contrattualmente questa figura e quanto costa? «Per quanto riguarda l'inquadramento contrattuale – ci ha detto Zappavigna –,

il clinic manager può essere assunto con diversi contratti, in base alla struttura e al ruolo. Negli studi privati si utilizza spesso il Ccnl Studi Professionali, con un livello 1 o 2, mentre nelle cliniche accreditate o strutture più complesse si può arrivare anche a inquadramenti da quadro o dirigente, secondo i contratti della sanità privata o del commercio».

C'è poi un'altra possibilità, sempre più diffusa: il clinic manager come libero professionista con partita Iva. «In questo caso, può collaborare con più studi o cliniche offrendo consulenza gestionale e organizzativa. Il codice Ateco consigliato è il 70.22.09, che riguarda l'attività di consulenza imprenditoriale e gestionale. È una formula molto apprezzata, soprattutto quando si ha bisogno di un supporto qualificato ma non continuativo. In sintesi, che sia inserito in organico o operi da consulente esterno, il clinic manager rappresenta oggi un investimento strategico per ogni studio che voglia crescere con metodo e visione».

A. P.

di intervenire anche come consulente esterno, proprio nei momenti di transizione. In pratica può diventare un facilitatore, una figura di supporto temporaneo ma strategico, capace di guidare e accompagnare lo studio nei passaggi più complessi. E considerato che situazioni di questo tipo – cessioni, aggregazioni, riorganizzazioni – saranno sempre più frequenti, è facile intuire quanto sarà preziosa una figura in grado di muoversi con competenza tra amministrazione, gestione e relazione.

Il clinic manager in sanità rappresenta una professione emergente?

In un momento in cui il settore odontoiatrico si confronta con sfide demografiche, economiche e organizzative sempre più complesse, il cli-

nic manager rappresenta non solo una risposta, ma anche un'opportunità. Per gli studi professionali è una risorsa preziosa. Per chi intraprende questo percorso formativo, è una professione emergente con concrete prospettive di crescita, spendibile in tutto il territorio nazionale. L'evoluzione dello studio odontoiatrico passa anche da qui: da una nuova sinergia tra competenze cliniche e gestionali, dove il benessere del paziente si coniuga con l'efficienza dell'organizzazione. E dove, grazie al supporto di figure come il clinic manager, l'odontoiatra può tornare a concentrarsi su ciò che davvero conta: curare con passione, aggiornarsi con continuità e vivere la propria professione con serenità.

Andrea Peren

manager garantisce ordine, efficienza e qualità operativa in tutte le attività quotidiane dello studio.

In amministrazione e contabilità si occupa dalla pianificazione economica all'analisi dei costi, fino al controllo di gestione: il clinic manager è un supporto fondamentale nella lettura dei dati, nella programmazione e nelle scelte strategiche dello studio. Infine, il social media management: in un contesto sempre più digitale, il clinic manager è anche il regista della presenza online dello studio: promuove il brand, fidelizza i pazienti e garantisce una comunicazione etica e professionale in linea con le norme deontologiche.

A quale contesto di studio dentistico è adatta questa figura?

Il suo è un ruolo flessibile, che ben si adatta a diverse realtà, dallo studio monoprofessionale alla clinica complessa. È importante sottolineare che la figura del clinic manager può declinarsi con modalità diverse a seconda della complessità organizzativa della struttura in cui opera. Nello studio odontoiatrico tradizionale, di dimensioni medio-piccole, il clinic manager può abbracciare direttamente tutte le competenze necessarie, assumendo un ruolo polivalente e trasversale. In questo contesto, la sua versatilità rappresenta un valore aggiunto per il buon funzionamento dello studio. Nelle strutture più complesse, come poliambulatori, studi associati o reti di cliniche, invece, le stesse competenze possono essere distribuite

tra più figure specializzate. Si possono quindi trovare declinazioni verticali del ruolo, con profili dedicati rispettivamente alla gestione amministrativa, alla comunicazione digitale, alla compliance normativa o alla gestione delle risorse umane. Questo permette di costruire team manageriali integrati, con un alto livello di competenza in ciascun ambito e una visione strategica condivisa.

Quanto può essere utile il clinic manager in particolari momenti della vita dello studio dentistico, come la preparazione alla cessione o alla trasformazione in srl o ancora al momento di aggregazione con un collega?

È proprio in questi momenti che la presenza di un clinic manager ben formato può fare una grande differenza. Quando uno studio affronta un passaggio importante come la cessione o decide di trasformarsi in una società, oppure valuta un'aggregazione con un collega, entrano in gioco una serie di aspetti organizzativi, documentali e strategici che spesso travalicano le competenze dell'odontoiatra. Avere già all'interno dello studio una figura che conosce a fondo i flussi gestionali, i dati economici e il funzionamento interno, facilita moltissimo questi processi. Si lavora con maggiore chiarezza, ordine e visione d'insieme. In più, non dimentichiamoci che il clinic manager può operare non solo come dipendente, ma anche come libero professionista, con partita Iva. Questo gli permette



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

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

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

Tecnica Mios, la nuova chirurgia ortognatica mininvasiva

La tecnica di chirurgia ortognatica mininvasiva Mios e il protocollo Surgery First aprono a una vera collaborazione tra chirurgo e ortodontista, fin dalla pianificazione del caso. La tecnica riduce le complicanze e velocizza la guarigione



Valerio Ramieri

La chirurgia ortognatica è una risorsa per correggere le dismorfosi scheletriche che l'ortodonzia da sola non può risolvere. Spesso però la proposta di un approccio chirurgico viene percepita come una soluzione "estrema" o riservata a pochi casi selezionati, talvolta persino temuta dai pazienti e sottoutilizzata dagli stessi ortodontisti. Eppure, l'integrazione tra ortodonzia e chirurgia maxillo-facciale non solo consente di affrontare le malocclusioni più complesse con risultati estetici e funzionali superiori, ma oggi – grazie alle tecniche mininvasive – può essere ripensata in chiave moderna, più accessibile e condivisa. In questo contesto, la Mios (Minimally Invasive Orthognathic Surgery) rappresenta un reale avanzamento sul piano tecnico-chirurgico, ma soprattutto nel modello di collaborazione tra ortodontista e chirurgo. Più che una nuova tecnica, la Mios è un'opportunità concreta per sviluppare una sinergia operativa che semplifica la pianificazione dei casi, accorcia i tempi di trattamento, migliora l'esperienza del paziente e valorizza le competenze di entrambi i professionisti coinvolti. «Per l'ortodontista conoscere e proporre la chirurgia ortognatica – soprattutto in questa nuova forma – significa ampliare le proprie opzioni terapeutiche, differenziarsi sul mercato e rispondere in modo più completo alle esigenze di una popolazione adulta sempre più attenta all'estetica, alla funzionalità e alla qualità complessiva del percorso terapeutico» spiega il dottor **Valerio Ramieri**, chirurgo maxillo-facciale specializzato in questo approccio mininvasivo.

Dottor Ramieri, può spiegarci cos'è la Mios?

La Mios è un approccio chirurgico sviluppato per ridurre l'invasività delle tradizionali procedure ortognatiche. Nata dal lavoro pionieristico di alcuni centri europei, asiatici e sudamericani, oggi è una tecnica codificata che consente l'accesso osseo con incisioni ridotte, minore scollamento mucoso e tecniche di osteotomia più conservative. A differenza degli approcci classici, che implicano un'ampia esposizione chirurgica, la Mios punta a preservare la vascolarizzazione periostale, ridurre il trauma tissutale e accelerare i tempi di recupero, mantenendo la precisione e l'efficacia dell'intervento. La Mios rappresenta quindi una delle innovazioni più significative nel panorama della chirurgia maxillo-facciale degli ultimi anni. Questa tecnica si propone non solo di migliorare la qualità di vita del paziente, ma anche di ottimizzare il flusso operativo tra ortodontista e chirurgo,

aprendo nuove possibilità di trattamento interdisciplinare più snello, predicibile e sicuro. Un cambio di paradigma che ogni ortodontista dovrebbe conoscere.

Quali sono i benefici concreti di questa tecnica?

La Mios porta con sé una serie di vantaggi clinici e gestionali. Il primo è rappresentato dalla minore invasività chirurgica, che si traduce in una riduzione significativa dello scollamento mucoso, del trauma tissutale e del sanguinamento intraoperatorio. Questo approccio consente di preservare maggiormente la vascolarizzazione periostale, favorendo una guarigione più rapida e con minori complicanze postoperatorie. Il secondo vantaggio è di tipo funzionale e organizzativo: la Mios si integra perfettamente con la pianificazione digitale tridimensionale, permettendo una progettazione più accurata delle osteotomie e una collaborazione ortodontico-chirurgica basata su flussi Cad/Cam, guide chirurgiche

personalizzate e simulazioni virtuali.

Tutto ciò si traduce in tempi di trattamento più brevi, maggiore precisione nei movimenti scheletrici e una stabilità occlusale ottimizzata nel lungo termine.

Infine, dal punto di vista del paziente, la tecnica Mios offre un'esperienza decisamente migliorata: meno dolore, minor edema, degenza più breve e un recupero psicofisico più rapido, con un ritorno tempestivo alla normale vita quotidiana e alla collaborazione attiva con l'ortodontista nella fase post operatoria.

Perché interessa e coinvolge gli ortodontisti?

Nel trattamento delle malocclusioni scheletriche, la sinergia tra ortodontista e chirurgo rappresenta il fulcro dell'intero percorso terapeutico. È in questo contesto che la Mios introduce un cambio di passo significativo, capace di coinvolgere direttamente anche l'ortodontista.

Uno dei principali vantaggi riguarda la riduzione dei tempi di trattamento ortodontico prechirurgico: grazie alla pianificazione digitale avanzata e alla maggiore stabilità post operatoria ottenuta con l'approccio mininvasivo, diventa possibile anticipare la fase

chirurgica rispetto a quella ortodontica. Questo ha ripercussioni importanti non solo sul piano clinico, ma anche su quello psicosociale del paziente, che può beneficiare più rapidamente dei miglioramenti estetici e funzionali, sperimentando così un "early benefit" che spesso si traduce in una maggiore motivazione e adesione al trattamento.

La pianificazione digitale integrata è un altro elemento chiave della chirurgia Mios. Attraverso flussi Cad/Cam e sistemi di prototipazione virtuale, l'ortodontista ha la possibilità di partecipare attivamente alla progettazione chirurgica in tempo reale, collaborando in modo diretto e continuo con il chirurgo. Questo approccio condiviso consente di ridurre la necessità di compensi ortodontici esasperati e rende l'intero processo più lineare e predicibile, con vantaggi tangibili sia per il professionista che per il paziente.

Un ulteriore beneficio riguarda la riduzione del rischio di recidiva e il miglioramento della stabilità occlusale. Il minor trauma chirurgico associato alla Mios sembra infatti favorire un controllo più efficace della muscolatura periorale nel periodo post operatorio, contribuendo a una gestione più stabile delle forze

ortodontiche e a un mantenimento più duraturo dei risultati raggiunti.

Infine, va sottolineato che l'approccio mininvasivo migliora sensibilmente la gestione complessiva del paziente. I tempi di degenza risultano più brevi, l'edema post operatorio è minore, così come il dolore e il disagio psicologico. Tutto ciò si traduce in una più rapida ripresa della collaborazione attiva del paziente con l'ortodontista, favorendo la continuità del trattamento e migliorando l'efficacia dell'intervento multidisciplinare.

Tecnica Mios e protocollo Surgery First sono il connubio vincente?

La tecnica Mios è spesso associata al protocollo Surgery First, sempre più richiesto da pazienti adulti motivati, per i quali l'impatto estetico è un fattore prioritario. Questo approccio prevede l'esecuzione della chirurgia prima dell'ortodonzia correttiva, riducendo complessivamente la durata del trattamento.

Per l'ortodontista, ciò implica una sfida progettuale ma anche una grande opportunità: la possibilità di intercettare pazienti chirurgici che in passato avrebbero rifiutato trattamenti lunghi o esteticamente penalizzanti.

Quali sono le difficoltà e le criticità?

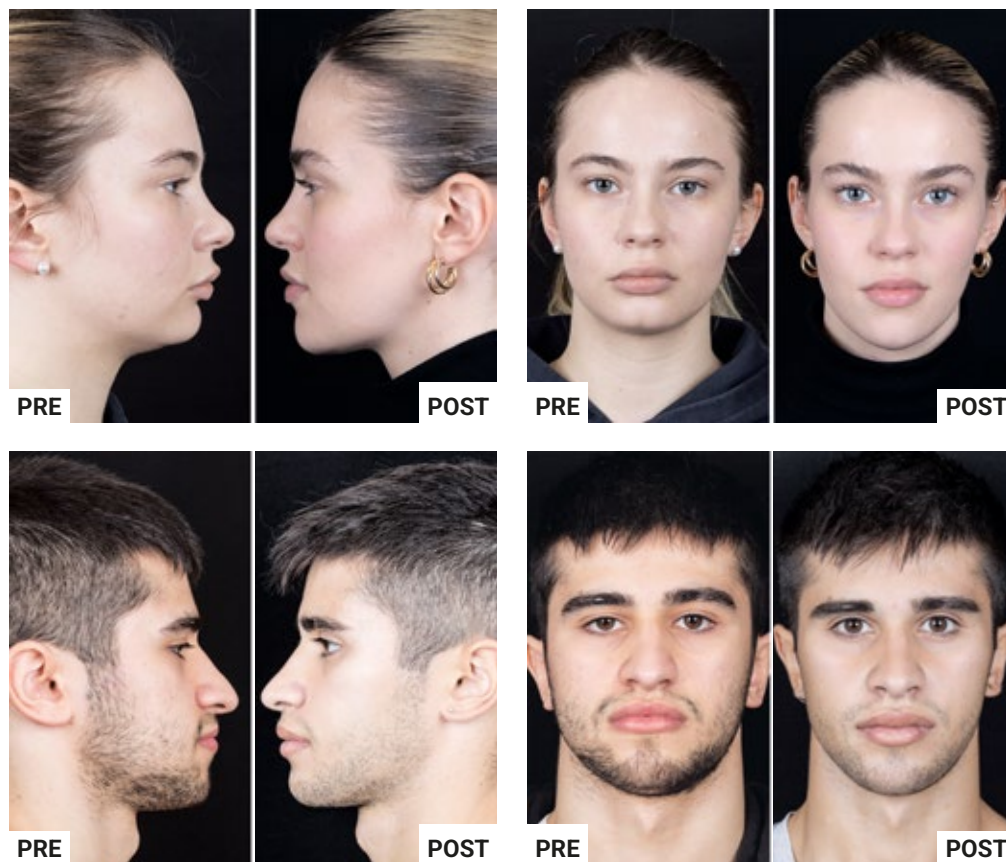
Sebbene si presenti come una tecnica promettente e innovativa, la Mios richiede competenze avanzate, una solida sinergia interprofessionale e l'impiego di strumenti digitali altamente sofisticati. Dal punto di vista chirurgico, comporta una curva di apprendimento elevata, che impone al professionista un continuo affinamento delle proprie abilità tecniche. Per l'ortodontista, ciò si traduce in una serie di responsabilità nuove e sfidanti che non possono essere delegate o rimandate.

Diventa fondamentale aggiornarsi costantemente sui protocolli chirurgici più recenti, comprendendone a fondo le implicazioni biomeccaniche e le ricadute sul piano ortodontico. Questo non può prescindere da una partecipazione attiva ai meeting prechirurgici con il team di chirurgia maxillo-facciale, in cui la condivisione dei dati clinici, delle strategie terapeutiche e delle aspettative funzionali ed estetiche diventa il presupposto per una pianificazione efficace.

Inoltre, è sempre più necessario per l'ortodontista sviluppare una vera padronanza degli strumenti digitali, in particolare dei software di simulazione occlusale e di analisi cefalometrica in 3D. Questi strumenti non sono più semplici supporti alla diagnosi, ma veri e propri ambienti di co-progettazione, in cui ogni scelta ha un impatto diretto sul piano chirurgico e sul risultato finale. Solo integrando queste competenze l'ortodontista può contribuire in modo attivo e consapevole all'approccio Mios, garantendo una gestione ottimale del caso sin dalle prime fasi del percorso terapeutico.

La Mios non è solo una tecnica chirurgica: è una nuova filosofia di trattamento. Per l'ortodontista moderno, integrarsi in un team che adotta questo approccio significa offrire ai propri pazienti un trattamento più breve, più confortevole e più predicibile.

Marco Zorretto





Italia 2025

Palariccione
26-27 settembre



Scopri di più

Experience
the future
of connected
dentistry



@dentsplysirona.italia

www.dentsplysirona.com/dsworlditaly

GENGIVE LESIONATE?

Curasept svolge un'azione coadiuvante nella biorigenerazione dei tessuti.

Il Trattamento Rigenerante Curasept ADS NEW|DNA con **Clorexidina**, **Polinucleotidi** e **Acido ialuronico**, contribuisce alla biorigenerazione dei tessuti gengivali* lesionati a seguito di intervento chirurgico/implantare o estrazione dentale. I **Polinucleotidi** stimolano i processi di riparazione del tessuto gengivale e riducono i sintomi infiammatori. L'**Acido ialuronico**, grazie alla sua viscosità e ai diversi pesi molecolari, agisce su più livelli della lesione preservando l'idratazione e l'elasticità dei tessuti. La **Clorexidina** svolge una riconosciuta azione antiplacca e antisettica. Il risultato di questa sinergia è la cicatrizzazione delle lesioni in tempi più rapidi.

ESTRAZIONE

INTERVENTO
IMPLANTARE

CHIRURGIA PARODONTALE

CLOREXIDINA ADS
DNA POLINUCLEOTIDI

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

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

curasept.it

Come leggere i risultati di una metanalisi: i punti essenziali

Per leggere in modo critico una metanalisi non basta l'abstract: osservando il forest plot, ovvero la rappresentazione grafica dello studio, è possibile valutare la natura dei dati utilizzati e la loro capacità di offrire una risposta al quesito clinico



Stefano Daniele

La metanalisi è una valutazione di tipo statistico in grado di combinare i risultati di più studi scientifici da un punto di vista puramente quantitativo, vale a dire con dati di tipo numerico.

L'aspetto quantitativo differenzia la metanalisi dalla revisione sistematica che, invece, è un'analisi qualitativa che riporta delle conclusioni di evidenza scientifica senza però riportare dati numerici. La metanalisi considera più studi scientifici che valutano un medesimo risultato (outcome), sommando di fatto il numero di campioni dei singoli studi inclusi nel lavoro. Questa procedura permette di avere una stima più precisa del risultato finale e restringere l'intervallo di valori numerici dove è più probabile trovare il risultato veritiero dell'analisi (si parla a questo proposito di valore puntiforme e intervallo di confidenza).

La metanalisi beneficia quindi di una maggior potenza statistica rispetto ai singoli studi primari inclusi e tale aspetto appare particolarmente utile quando gli studi primari non forniscono ri-

sultati concordanti tra loro, generando quindi incertezza. La peculiarità che distingue la metanalisi da altre analisi statistiche risiede nel fatto che il confronto tra i singoli studi è una media ponderata, nel senso che non tutti gli studi inclusi sono considerati alla stessa maniera. Gli studi con un campione più ampio e con un ristretto intervallo di confidenza, infatti, hanno un peso maggiore all'interno della metanalisi e questo aspetto porta ad attribuire un peso individuale a ogni singolo studio invece che restituire una semplice media matematica dei dati.

Forest plot, misura dell'outcome, valore puntiforme e intervallo di confidenza

Il forest plot è la rappresentazione grafica della metanalisi che permette di visualizzare, in maniera intuitiva e immediata, i risultati devianti dall'analisi (ponderata) degli studi inclusi nella valutazione.

Il forest plot è un grafico con un asse verticale delle ordinate, posto al centro del

grafico, che indica il valore zero (nessun effetto) e un asse delle orizzontale ascisse che permette di attribuire un valore numerico a favore (a sinistra) oppure a sfavore (a destra) rispetto all'outcome considerato. L'outcome considerato può essere diverso e comprendere l'efficacia di un trattamento per una patologia oppure il rapporto di associazione tra due fattori correlati tra loro (ad esempio un agente patogeno e l'insorgenza della malattia).

Il valore attribuito a ogni singolo studio incluso nella metanalisi è rappresentato da un quadrato, che può trovarsi alla destra oppure alla sinistra rispetto al punto zero (asse delle ordinate) e che rappresenta la misura dell'outcome in questione. Questa rappresentazione grafica (quadrato), alla quale corrisponde un valore numerico, è denominato valore puntiforme di ogni singolo studio considerato. La forma del quadrato può essere più o meno grande in base al peso ponderato che lo studio ha all'interno della metanalisi.

Ad ogni valore puntiforme è associato un **intervallo di**

confidenza, rappresentato con una linea che attraversa il quadrato, che stima, con una confidenza del 95%, la possibilità di trovare l'effetto o il risultato all'interno di quell'intervallo.

L'intervallo di confidenza è espresso con un valore numerico puntuale (positivo o negativo a seconda se è a favore oppure a sfavore dell'outcome) e un intervallo numerico incluso tra le parentesi che indica i singoli estremi dell'intervallo stesso, ad esempio: -0.05 (-0.50, 0.40). Se l'intervallo di confidenza è ristretto, l'effetto stimato (il valore puntiforme) è più preciso e probabilmente più vicino al vero effetto sulla popolazione (nel nostro esempio, lo studio 2). In alcuni casi l'intervallo di confidenza è talmente ampio da estendersi notevolmente sia alla destra sia alla sinistra rispetto al valore zero dell'asse delle ordinate e, di conseguenza, non in grado di fornire una interpretazione precisa (a favore oppure a sfavore) della misura dell'outcome (nel nostro esempio, lo studio 1).

La misura dell'outcome deve

prendere in considerazione una metodologia statistica adeguata e tra queste quella più impiegata è l'**odds ratio**, che rappresenta il rapporto di associazione statistica tra due fattori (ad esempio esposizione al fluoro topico e insorgenza della lesione cariosa) oppure, in epidemiologia, la correlazione tra un fattore di rischio e una malattia (ad esempio consumo di zuccheri aggiunti e comparsa della lesioni cariosa).

Tutti i dati dei singoli studi inclusi nel forest plot sono riassunti nella parte bassa dello stesso, dove sono indicati un valore puntiforme a forma di rombo e un intervallo di confidenza al 95% riassuntivi e che rappresentano la reale stima dell'effetto dell'outcome considerato in seguito all'analisi statistica ponderata di tutti gli studi inclusi nell'analisi.

L'eterogeneità degli studi inclusi nella metanalisi

Il valore puntiforme e l'intervallo di confidenza al 95% non sono gli unici fattori da considerare per valutare la misura ponderata dell'effetto dell'outcome in oggetto, ma è necessario prendere in considerazione anche l'eterogeneità degli studi inclusi nella metanalisi. Difatti il valore numerico (rombo conclusivo) della metanalisi è un dato spurio, che non tiene conto delle differenze di metodologia dei vari studi inclusi, anche se considerano lo stesso outcome, e l'errore casuale. Si parla quindi di eterogeneità degli studi inclusi ed errore casuale.

Ogni metanalisi infatti non può prescindere da una valutazione statistica delle differenze tra i singoli studi inclusi e dunque è necessario capire se i valori puntiformi e il relativo intervallo di confidenza finale, che fa il riassunto del confronto ponderato tra i singoli studi, ha confrontato studi non particolarmente omogenei tra loro per metodologia oppure

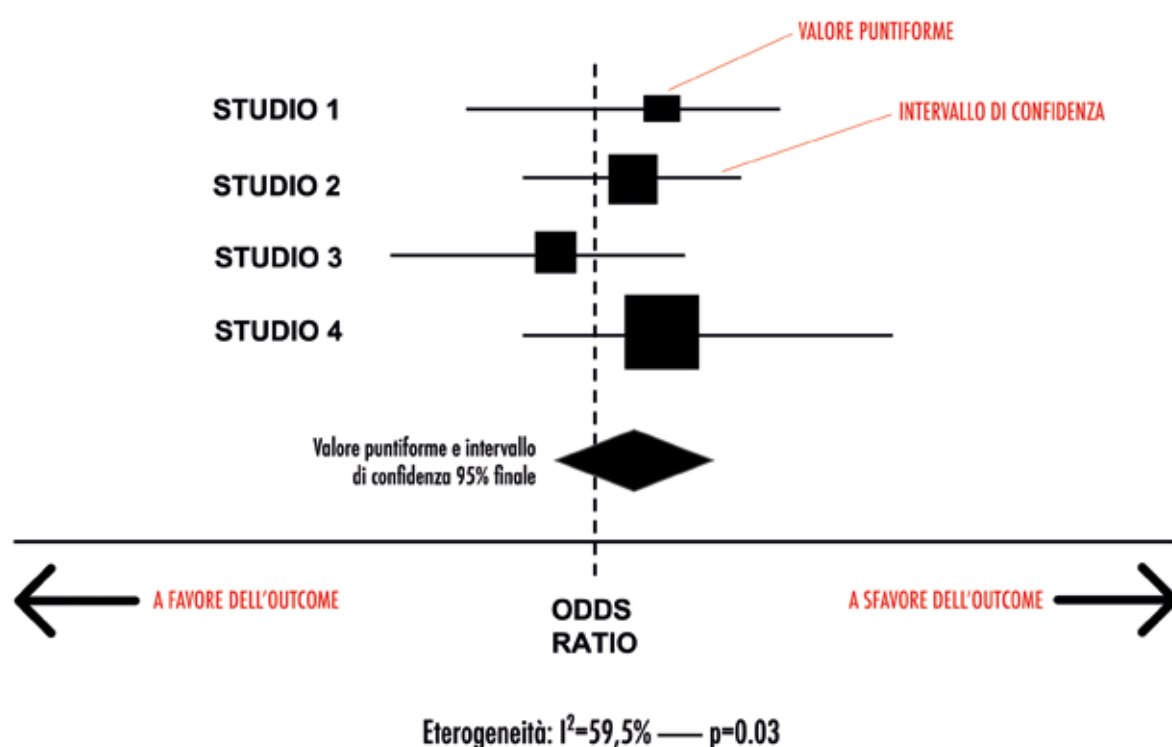
no. Ovvero, in termini semplici, se la metanalisi ha incluso studi troppo eterogenei tra loro, unendo "le mele con le arance" nel risultato finale. Facciamo un esempio pratico e clinico. Uno studio dice che un farmaco per una malattia riduce la mortalità del 30% in tutti i pazienti, mentre un secondo studio afferma che lo stesso farmaco riduce la mortalità in una media del 30%, ma con un effetto che va dallo 0% in alcuni pazienti al 60% in altri. Se i due studi sono inseriti all'interno di una metanalisi non sono, ovviamente, sovrapponibili in quanto esiste eterogeneità tra gli stessi e questo aspetto deve essere considerato nelle conclusioni, nell'effetto del risultato e nelle raccomandazioni cliniche derivanti dalla metanalisi.

Dal punto di vista statistico la quantificazione dell'eterogeneità degli studi inclusi nella metanalisi è espressa in forma numerica attraverso il parametro p oppure il parametro I^2 , che viene riportato al di sotto del forest plot.

Un valore di $p < 0.10$ (non di 0.05 come per la significatività statistica) indica la presenza di eterogeneità degli studi inclusi nella metanalisi, mentre un valore di I^2 pari al 25% indica una bassa eterogeneità degli studi inclusi, un I^2 pari al 50% un valore moderato, mentre un valore di I^2 pari o superiore al 75% è da interpretare come un'alta eterogeneità degli studi considerati. Nel nostro esempio abbiamo un valore medio di eterogeneità indicato da un $p = 0.03$ e un $I^2 = 59,5\%$.

In conclusione, la valutazione del valore di eterogeneità degli studi inclusi nella metanalisi è un parametro sempre da integrare al valore puntiforme e all'intervallo di confidenza conclusivi, per trarre una conclusione sulla stima dell'effetto dell'analisi statistica sull'outcome in questione e la sua possibile ricaduta sulla pratica clinica.

Stefano Daniele
Odontoiatra



Rappresentazione grafica del forest plot di una metanalisi e relativi parametri descritti nel testo

DAILY ROUTINE

GENGIVE INFIAMMATE

- ▶ Riduce la placca batterica
- ▶ Combatte le infezioni gengivali
- ▶ Azione astringente



2 SCIAQUI
AL GIORNO



3 VOLTE
AL GIORNO

Forhans
ZincoCloruro

www.uragmeonline.com



dal 1951



IMPLANTOLOGIA

Perimplantite, ruolo decisivo dei batteri precoci, quelli che si insediano entro le prime 24 ore dalla chirurgia

Un recente studio pubblicato sull'*International Journal of Oral Science* getta nuova luce sulla colonizzazione microbica precoce degli impianti dentali, suggerendo che i primissimi microrganismi a insediarsi sull'impianto potrebbero determinare il suo destino a lungo termine. I risultati dello studio pongono le basi per nuovi approcci alla gestione precoce degli impianti, con l'obiettivo di passare da una logica reattiva a una realmente preventiva della perimplantite.

Utilizzando sequenziamento genomico ad alta risoluzione e un protocollo clinico di osservazione su 12 settimane, i ricercatori hanno monitorato lo sviluppo dell'ecosistema microbico attorno agli impianti dentali in 15 adulti sani. È emerso che la colonizzazione non segue un processo casuale, ma risente fortemente dei microrganismi presenti all'interno della camera della vite di copertura già al momento dell'intervento chirurgico. Questi batteri "pionieri", che si insediano entro le prime 24 ore, assumono un ruolo centrale nel guidare la successiva composizione della comunità microbica. Specie come *Streptococcus mitis* e alcuni membri del genere *Prevotella* si sono dimostrate capaci di insediarsi stabilmente e persistere per tutta la durata dello studio, fungendo da veri e propri hub microbici: attirano o escludono altre specie in base alla similarità filogenetica, in un meccanismo definito "reclutamento nepotistico".

Questo processo deterministico contrasta con la maggiore diversità e plasticità del microbioma dentale naturale, che risulta



più flessibile e adattabile. Gli impianti, invece, ospitano comunità più rigide, la cui struttura appare sorprendentemente resiliente anche in seguito a perturbazioni significative come il posizionamento della corona protesica. Dopo ogni perturbazione, il microbioma perimplantare tende infatti a ritornare rapidamente alla configurazione originaria.

Analisi funzionali hanno rivelato un'iniziale prevalenza di processi anaerobi, pur mantenendo una certa attività ossigeno-dipendente, suggerendo una firma metabolica peculiare rispetto ai denti naturali. Con il passare del tempo, il microbioma di ciascun impianto tende a differenziarsi sempre più da quello dei denti adiacenti, sviluppando caratteristiche personalizzate e specifiche per quel particolare sito. Questo dato mette in

discussione l'ipotesi secondo cui gli impianti ereditino passivamente i batteri dai denti vicini: al contrario, l'insediamento microbico appare come un processo strutturato, autonomo e fortemente influenzato dalla flora batterica già presente nella camera della vite di copertura.

Secondo la professoressa **Purnima Kumar**, autrice senior dello studio, questa scoperta apre nuove prospettive per migliorare la guarigione post chirurgica e aumentare il successo implantare nel lungo periodo. Le implicazioni cliniche sono significative: intervenire precocemente sulla colonizzazione batterica – attraverso strategie antimicrobiche mirate, rivestimenti probiotici o tecniche di priming microbico – potrebbe indirizzare la formazione del microbioma verso uno stato di equilibrio piuttosto che di disbiosi.

Un altro elemento cruciale evidenziato dalla ricerca è la necessità di assicurare un'adeguata salute parodontale prima dell'inserimento implantare: la presenza di un solo ceppo patogeno potrebbe infatti innescare lo sviluppo di una comunità batterica dannosa.

Renato Torlaschi

Kumar P, Dutra T, Robitaille N, alTabtbaei K, Dabdoub S. Community dynamics during de novo colonization of the nascent peri-implant sulcus. *Res Sq* [Preprint]. 2024 Dec 13;rs.3.rs-5390824.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

RINFORZO ANESTETICO NEI MOLARI INFERIORI DOPO LA TRONCULARE: INFILTRAZIONE BUCCALE VS INTRALIGAMENTOSA

Condizione clinica

Il trattamento dei molari inferiori colpiti da un processo di pulpite irreversibile è una condizione, spesso, di difficile gestione clinica. La letteratura riporta che l'anestesia di blocco o troculare ha, in queste situazioni cliniche, una percentuale di successo compresa tra il 19% e il 56% (Claffey E. 2004, Kennedy S. 2003).

Un'incompleta anestesia in caso di pulpite irreversibile impedisce qualsiasi manovra operativa di accesso agli spazi endodontici a causa dell'intenso dolore provato dal paziente. La soluzione tradizionale a questa difficoltà operativa consisteva nel tentare di arrivare, con gli strumenti rotanti, a una minima esposizione pulpare per poi praticare l'anestesia intrapulpale. Significava, tuttavia, sottoporre il paziente a un intenso dolore generato dall'azione degli strumenti rotanti nell'avvicinarsi agli spazi pulpari. In queste situazioni cliniche si rende allora necessario

praticare un rinforzo locale all'anestesia tronculare come l'iniezione di anestetico a livello buccale, oppure all'interno del legamento parodontale (intraglementosa), con successo compreso tra il 42% e il 96%. L'articaína addizionata con epinefrina 1.100.000 si è mostrata la molecola anestetica più efficace per ottenere l'effetto di rinforzo.

Zargar e il suo gruppo di lavoro hanno condotto uno studio clinico controllato e randomizzato per paragonare, come rinforzo anestetico alla tronculare, l'efficacia dell'anestesia buccale rispetto a quella intraglementosa, cercando un'eventuale distinzione di efficacia tra il primo e secondo molare inferiore. Questi elementi, infatti, differiscono per la tipologia di osso che li circonda e di conseguenza per la corrispettiva diffusibilità dell'anestetico locale verso le terminazioni nervose nocicettive in ingresso a livello del forame apicale.

Dati di evidenza scientifica

Per lo studio sono stati reclutati 100 pazienti con un quadro di pulpite irreversibile a carico del primo e secondo molare inferiore e con una certa refrattarietà all'anestesia tronculare. Sono stati selezionati 50 primi molari inferiori e 50 secondi molari inferiori.

Attraverso la randomizzazione i pazienti sono stati trattati, in termini di rinforzo all'anestesia tronculare, con l'anestesia infiltrativa buccale oppure intraglementosa rispettivamente, impiegando l'articaína al 4% addizionata con epinefrina 1.100.000 come molecola anestetica.

Lo studio è stato condotto in cieco: l'operatore che ha valutato il livello anestetico raggiunto (impiegando una scala del dolore ed uno stimolo nocicettivo come il freddo) prima di iniziare le procedure operative era diverso da colui che ha praticato l'anestesia di rinforzo alla tronculare e non era a conoscenza della tipologia di rinforzo anestetico impiegata (buccale o intraglementosa).

I risultati dello studio evidenziano che nei primi molari inferiori affetti da pulpite irreversibile il rinforzo con l'anestesia buccale o intraglementosa è ugualmente efficace nell'aumentare il livello di anestesia ottenuta con la tronculare e dunque permettere l'accesso agli spazi endodontici (nessuna significativa differenza statistica tra le due procedure $p=0.63$).

Nei secondi molari inferiori praticare l'anestesia intraglementosa dopo la tronculare ha evidenziato una più alta percentuale di successo rispetto all'anestesia buccale e la possibilità di ottenere un livello di anestesia sufficiente per l'accesso alla camera pulpare senza difficoltà operative (successo complessivo 64% per anestesia buccale e 92% per anestesia intra legamentosa).

Implicazioni cliniche

- 1) Nei primi e secondi molari inferiori affetti da uno stato di pulpite irreversibile spesso l'anestesia di blocco del nervo alveolare inferiore (tronculare) non è sufficiente per ottenere una valida anestesia al fine di poter accedere agli spazi endodontici.
- 2) In queste situazioni di parziale refrattarietà dell'anestesia tronculare si rende necessario un rinforzo di anestesia mediante infiltrazione buccale o intraglementosa.
- 3) L'anestesia intraglementosa è comparabile a quella buccale come rinforzo per i primi molari inferiori pulpatici dopo la tronculare mentre appare molto più efficace per i secondi molari inferiori rispetto all'infiltrazione buccale.

Fonte: Zargar N, Shojaeian S, Vatankhah M, Heidaryan S, Ashraf H, Akbarzadeh Baghban A, Dianat O. Anesthetic efficacy of supplemental buccal infiltration versus intraligamentary injection in mandibular first and second molars with irreversible pulpitis: a prospective randomized clinical trial. *J Dent Anesth Pain Med*. 2022 Oct;22(5):339-348.

PATOLOGIA ORALE

Osteonecrosi: rischio aumenta con uso concomitante di corticosteroidi e farmaci antirassorbitivi

Uno studio condotto all'Università di Oulu, in Finlandia, ha confermato che alcuni farmaci comunemente utilizzati per il trattamento di patologie ossee possono aumentare in modo significativo il rischio di sviluppare una grave, seppur rara, patologia mandibolare. In particolare, l'associazione tra farmaci antirassorbitivi e corticosteroidi risulta essere un fattore di rischio rilevante per l'insorgenza dell'osteonecrosi della mandibola.

La ricerca, pubblicata su *Scientific Reports*, ha analizzato i dati relativi a quasi 60mila pazienti adulti che avevano iniziato una terapia con farmaci antirassorbitivi come denosumab e bisfosfonati nel periodo compreso tra il 2013 e il 2015. I risultati indicano che l'incidenza complessiva dell'osteonecrosi della mandibola era dello 0,3% tra i pazienti trattati con basse dosi di farmaci antirassorbitivi (quindi per l'osteoporosi), mentre raggiungeva il 9% nei soggetti sottoposti a dosaggi elevati (quindi i pazienti oncologici).

Secondo i ricercatori, il rischio di osteonecrosi mandibolare era significativamente più alto nei pazienti in terapia con denosumab rispetto a quelli trattati con bisfosfonati, con un rischio aumentato fino a cinque volte. L'associazione con corticosteroidi aumentava ulteriormente il rischio: nei pazienti in terapia ad alte dosi di farmaci antirassorbitivi, l'uso concomitante di corticosteroidi raddoppiava il rischio di osteonecrosi, mentre nei

soggetti trattati con basse dosi il rischio aumentava di sei volte. Altri fattori di rischio significativi includevano il sesso maschile e la diagnosi oncologica.

Si tratta del primo studio di popolazione effettuato in Finlandia e uno tra i primi in Europa progettati per indagare l'incidenza e i fattori di rischio dell'osteonecrosi dei mascellari correlata ai farmaci. «Il nostro studio conferma che il denosumab è associato a un rischio significativamente più elevato di osteonecrosi della mandibola rispetto ai bisfosfonati, ma la differenza di rischio tra i due si è rivelata sorprendentemente ampia. È stato inoltre particolarmente sorprendente osservare quanto l'uso simultaneo di corticosteroidi incrementasse il rischio nei pazienti trattati con basse dosi di farmaci ossei», ha dichiarato il primo autore **Miika Kujanpää**, ricercatore e odontoiatra presso l'Università di Oulu.

Gli autori raccomandano di rivedere con maggiore attenzione i piani terapeutici dei pazienti in trattamento con più farmaci, in particolare nelle combinazioni che includono denosumab e corticosteroidi. Sottolineano inoltre il ruolo fondamentale dell'assistenza odontoiatrica nella riduzione del rischio: è infatti consigliabile che le condizioni di denti e gengive vengano valutate prima dell'inizio della terapia con farmaci ossei e monitorate durante il trattamento. Lo studio offre un contributo rilevante



Credit: Vittorio Fovero

alla conoscenza clinica sull'osteonecrosi dei mascellari legata all'uso di farmaci, evidenziando l'importanza dell'interazione tra medicina generale, oncologia e odontoiatria nella gestione dei pazienti a rischio.

Renato Torlaschi

Kujanpää M, Vuollo V, Tiisanoja A, Laitala ML, Sándor GK, Karki S. Incidence of medication-related osteonecrosis of the jaw and associated antiresorptive drugs in adult Finnish population. *Sci Rep*. 2025 May 19;15(1):17377.

PARODONTOLOGIA

Elementi compromessi, follow-up a 20 anni: salvataggio con tecniche rigenerative è vantaggioso rispetto all'estrazione

Uno studio presentato a EuroPerio11 (1), il congresso della Federazione europea di parodontologia (Efp), dimostra che salvare denti con grave perdita ossea attraverso tecniche rigenerative avanzate può offrire benefici pari, se non superiori, alla loro sostituzione con impianti o ponti. Si tratta della prosecuzione nel tempo di uno studio iniziato vent'anni fa (2, 3). Il nuovo studio con follow-up a 20 anni ha confrontato pazienti che si sono sottoposti a rigenerazione parodontale con altri ai quali lo stesso dente gravemente compromesso è stato estratto e sostituito. I risultati sono chiari: mantenere il dente può funzionare altrettanto bene, costa meno nel lungo termine e può rappresentare un'esperienza migliore per alcuni pazienti.

In caso di parodontite avanzata, i tessuti di supporto del dente – incluso l'osso – possono deteriorarsi fino alla radice. Questi denti vengono solitamente considerati “senza speranza” e rimossi, ma la rigenerazione parodontale impiega tecniche chirurgiche e materiali specifici per ricostruire i tessuti perduti, offrendo una possibilità di recupero. «L'idea che un dente con una grave perdita ossea debba sempre essere rimosso non è necessariamente vera – ha affermato il primo autore **Simone Cortellini**, parodontologo fiorentino trapiantato in Belgio, alla KU Leuven –. Questo studio dimostra che la rigenerazione è un'opzione efficace che può consentire ai pazienti di conservare i propri denti per molti anni».

Il trial clinico randomizzato ha coinvolto 50 pazienti affetti da parodontite in stadio III o IV, ciascuno con almeno un dente caratterizzato da perdita di attacco fino o oltre l'apice. I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi: uno trattato con rigenerazione parodontale, l'altro con estrazione e sostituzione del dente. Dopo vent'anni, entrambi gli approcci si sono rivelati efficaci. Solo quattro denti sono andati persi nel gruppo della rigenerazione, mentre nel gruppo dei sostituti si sono verificati due fallimenti implantari. La salute gengivale è rimasta stabile nel tempo nei pazienti che hanno mantenuto i propri denti, con livelli di attacco clinico sani anche a distanza di due decenni. Inoltre, mantenere il dente naturale si è rivelato significativamente meno costoso nel lungo periodo, anche tenendo conto delle cure e manutenzioni successive. Le complicanze e il successo del trattamento si sono rivelati simili in entrambi i gruppi.

«Sostituire un dente non è necessariamente meglio che sal-



varlo – ha spiegato Cortellini –. In entrambi i casi esistono rischi nel tempo, specialmente nei pazienti con una storia di malattia parodontale. Ma se possiamo salvare il dente, rimandiamo l'estrazione di molti anni, e questo è un vantaggio sia per i pazienti che per i sistemi sanitari».

Le procedure rigenerative, oltre a essere meno costose all'inizio, si confermano più vantaggiose anche nel tempo, grazie al minor numero di interventi di riparazione richiesti. «Anche dopo vent'anni, la rigenerazione parodontale si è dimostrata più conveniente – ha aggiunto Cortellini –. Va tuttavia sottolineato che non tutti i pazienti o i denti sono candidati ideali per la rigenerazione: funziona meglio nei soggetti in buona salute generale, non fumatori, motivati e con un'eccellente igiene orale. Si può essere il miglior parodontologo del mondo, ma senza il paziente giusto sarà difficile ottenere un successo a lungo termine. La selezione del paziente, il follow-up e l'adesione alle indicazioni sono essenziali».

Renato Torlaschi

- 1) Cortellini S et al. Periodontal regeneration vs. extraction and replacement of teeth severely compromised by attachment loss to the apex: a 20-year randomised controlled trial. *EuroPerio 11*.
- 2) Cortellini P et al. Periodontal regeneration versus extraction and prosthetic replacement of teeth severely compromised by attachment loss to the apex: 5-year results of an ongoing randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2011 Oct;38(10):915-24.
- 3) Cortellini P et al. Periodontal regeneration versus extraction and dental implant or prosthetic replacement of teeth severely compromised by attachment loss to the apex: a randomized controlled clinical trial reporting 10-year outcomes, survival analysis and mean cumulative cost of recurrence. *J Clin Periodontol*. 2020 Jun;47(6):768-776.

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria

Anno XX - numero 6 - settembre 2025

Numero chiuso in redazione il 25 luglio



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 Roccucci g.roccucci@griffineditore.it

Direttore vendite

Stefania Bianchi s.bianchi@griffineditore.it

Direttore marketing

Paola Cappelletti p.cappelletti@griffineditore.it



EDITORE: Griffin srl unipersonale

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

Tel. 031.789085

www.griffineditore.it - customerservice@griffineditore.it

www.dentalacademy.it - redazione@dentaljournal.it

Stampa

Caratteri Mobili srl - www.caratterimobili.eu

Tiratura del presente numero: 12.000 copie

Italian Dental Journal, periodico mensile - ISSN 1970-7428
Registrazione del Tribunale di Como N. 13/06 del 24.07.2006
Iscrizione Registro degli operatori di comunicazione N. 14370 del 31.07.2006

La proprietà letteraria degli articoli pubblicati è riservata a Griffin srl e il contenuto del giornale non può essere riprodotto in alcuna forma e su qualsiasi supporto. L'editore non è responsabile dei messaggi ospitati negli spazi a pagamento.

Piú tessuto osseo

Backtaper • Superficie microstrutturata • Posizionamento subcrestale

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



copa
SKY
IMPLANT SYSTEM



360° IMPLANTOLOGY
— MORE THAN IMPLANTS —



Bone Growth Concept

50 years of breident

breident
medical

breident

ALLEO®

Complici del
tuo sorriso.



SCOPRI IL SISTEMA
ALLINEATORI LEONE



Leone®

Lipostruttura per gli inestetismi del viso: prelievo e indicazioni

Il prelievo e la successiva espansione in cell factory delle staminali derivate dal tessuto adiposo consente, tramite la tecnica della lipostruttura, di correggere gli inestetismi del volto. In futuro saranno applicabili anche alla rigenerazione ossea

Il tessuto adiposo, tessuto connettivo specializzato di derivazione mesenchimale, avente funzione trofica ovvero di riserva energetica, trova nella cellula adiposa, o adipocita, la sua unità morfo-funzionale. L'adipocita, uniloculare o multiloculare (tessuto bruno termoregolatore), è una cellula specializzata nella sintesi, nell'accumulo e nel rilascio dei lipidi. Recenti studi hanno messo in evidenza che il tessuto adiposo umano dell'adulto rappresenta un'abbondante risorsa di cellule staminali mesenchimali.

Le Adsc

Le cellule mesenchimali nell'adulto ottenute dal tessuto adiposo sono cellule staminali e, in quanto tali, conservano molte delle proprietà caratteristiche delle cellule embrionali e sono conosciute in letteratura anglosassone come adipose-derived stem cells (Adsc). La presenza di markers quali CD24; CD9; CD105; CD73; CD106 (VCAM-1); CD29; CD44 (marker tipico delle cellule staminali mesenchimali) e CD90 riflette la loro plasticità differenziativa. Il profilo immunofenotipico è risultato praticamente sovrapponibile a quello delle cellule staminali mesenchimali di derivazione ossea conosciute in letteratura anglosassone come BM-MSC (bone marrow mesenchymal staminal cells).

La multipotenzialità delle cellule staminali adipose (Adsc) è stata dimostrata in numerosi esperimenti in vitro e grazie alla loro origine mesodermica, hanno la capacità di differenziare in senso adipogenico, osteogenico, condrogenico e miogenico. Inoltre hanno dimostrato una capacità differenziativa anche verso linee cellulari non mesodermiche: neuronali, endoteliali, epiteliali, epatocitarie, pancreatiche ed ematopoietiche.

Esprimono costitutivamente geni codificanti fattori coinvolti nello sviluppo, omeostasi e riparazione tissutale, quali:

- molecole di adesione (integrina alfa 5, integrina alfa V, integrina beta 1, integrina beta 5);

- citokine/chemokine (Cxcl 12/SDF-1; Interleukina 6);
- kinasi inibitorie ciclina-dipendenti (CDK 1A; CDK 1B; CDK2A; CDK 2D);
- fattori di crescita (IGF-1, FGF-2; FGF-16; FGF-5; FGF-6; VEGF; PDGF-A);
- recettori per proteine morfogenetiche dell'osso (BMP-2).

È stata inoltre verificata la presenza di Snail2, una molecola che gioca un ruolo chiave nella migrazione delle cellule della cresta neurale all'interno del mesoderma embrionale e che risulta associata anche alla transizione epiteliale-mesenchimale. Snail2 sembra conferisca quelle caratteristiche di mobilità necessarie alla cellula neoplastica per metastatizzare e la plasticità tipica delle cellule staminali alle Adsc.

Tecnica di prelievo

Le Adsc possono essere ottenute tramite una procedura scarsamente invasiva e largamente praticata quale la liposuzione o la biopsia cutanea, che permette di ottenere, anche in anestesia locale, piccole quantità di tessuto adiposo sottocutaneo, circa 100-200 ml; quantità più che sufficiente se si considera che 1 gr di tessuto adiposo contiene circa 5x10³ cellule staminali. Dunque, per la facilità di accesso e di reperibilità e il considerevole numero di cellule staminali

in esso contenuto, il tessuto adiposo rappresenta una fonte di prelievo ideale.

Il prelievo di tessuto adiposo viene effettuato mediante prelievo biotico, solitamente mediante un'incisione a losanga a livello inguinale, previa infiltrazione con anestetico locale con asportazione di 1-2 cm di cute e pannicolo adiposo sottocutaneo e successiva sutura.

Nella maggioranza dei casi, il prelievo di adipociti viene effettuato tramite la tecnica della liposuzione tumescente, ovvero con aspirazione di tessuto adiposo, dalla regione dei fianchi, dell'addome e degli arti inferiori (regione trocanterica) previa infiltrazione di soluzione di Klein modificata (soluzione fisiologica 500 ml; 10 ml lidocaina 25 mg/ml; 1 ml adrenalina 1 mg/l; 10 ml ropivacaina 7,5 mg/ml; bicarbonato di sodio 6,25 ml) pari alla quantità di grasso da aspirare, che riduce il sanguinamento e le successive ecchimosi, protegge le strutture osteoarticolari e favorisce l'aspirazione del grasso.

Metodica di coltura

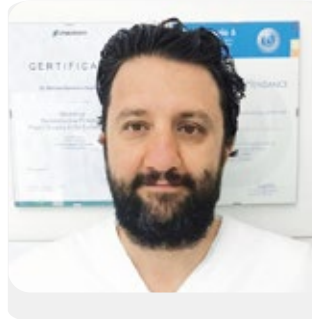
Il prelievo di grasso, una volta effettuato, viene ritirato dalla "cell factory" che provvede ad estrarre le Adsc per poi accedere alle procedure di espansione cellulare e di congelamento. A seguito del prelievo

si potrà decidere se crioconservare le cellule espanse per un eventuale impiego futuro oppure richiedere subito la loro infiltrazione. Per isolare le cellule staminali mesenchimali contenute nel tessuto adiposo, il lipoaspirato viene prima lavato con un tampone fosfato sterile, per rimuovere sangue e detriti, quindi sottoposto a digestione con collagenasi di tipo I allo 0,075% per circa 30-60 minuti. Le cellule della frazione stromale vengono quindi separate mediante centrifugazione, risospese in terreno di coltura e piastrate in apposite fiasche per colture cellulari. Le cellule staminali mesenchimali contenute nella frazione stromale aderiscono sul fondo della fiasca e possono essere mantenute in coltura a 37 °C in un incubatore a CO₂.

Mediante passaggi successivi le cellule vengono espanse fino ad ottenere il numero sufficiente per il reimpianto richiesto nel paziente, senza superare mai il nono passaggio, a causa del rischio di cancerogenicità insito nei processi di replicazione cellulare. Si stima che 1 ml di grasso contiene circa 3.000 cellule staminali adipocitarie (Adsc). Attraverso i processi di espansione, dalla stessa quantità di grasso è possibile ottenere da 3 a 5 milioni di Adsc omogenee. L'intero processo richiede circa 20-30 giorni ed è in grado di fornirci una sospensione di preadipociti in acido ialuronico o, alternativamente, in soluzione fisiologica contenente fino a 4x10⁶ cellule/ml.

Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che una cellula umana posta in azoto a una temperatura di -196 °C interrompe il proprio processo di invecchiamento e sopravvive per almeno 20 anni; il congelamento, infatti, causa l'interruzione delle funzioni metaboliche cellulari e l'inibizione della produzione di radicali liberi. La crioconservazione biologica delle Adsc offre, quindi, la possibilità di ripetere il trattamento anche più di dieci volte, senza dover effettuare ulteriori lipoaspirazioni. I processi necessari allo

Rubrica a cura di Simone Domenico Aspriello



Simone Domenico Aspriello

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



Oriana Simonetti

Università Politecnica delle Marche
Direttrice Clinica Dermatologica Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche

scongelo ed espansione delle Adsc, inoltre, conferiscono una maggiore vitalità alla cellula rispetto al momento del prelievo.

Impieghi clinici

Le Adsc espanse vengono impiegate con innesti adiposi per trattare tutte le patologie e gli inestetismi del viso.

L'innesto adiposo o lipofilling è una tecnica che presentava alcuni limiti dovuti al parziale riassorbimento del grasso innestato e alla scarsa durata della correzione, inoltre poteva andare incontro ad alcune complicanze quali necrosi e infezioni.

La terapia viene migliorata con la lipostruttura, ovvero prelievo del tessuto adiposo con siringhe molto piccole, aspirato a bassa pressione e successivamente centrifugato per separare le cellule adipose integre vitali, in grado di attecchire nella loro nuova sede e sopravvivere da quelle danneggiate e dai loro sottoprodotti. Successivamente l'infiltrazione del grasso avviene mediante molteplici piccolissimi tunnel, in ciascuno dei quali viene depositata una minima quantità (meno di 0,1 ml) di tessuto adiposo. La rete dei tunnel nei quali si infila il grasso crea così una "struttura" disposta su vari strati, da cui ha tratto il nome questa nuova procedura.

L'impiego aggiuntivo delle Adsc espanse agli innesti adiposi (lipostruttura) trova il suo razionale per le particolari potenzialità di queste cellule staminali:

- 1) capacità di differenziarsi e quindi ricostituire la popolazione cellulare adipocitaria in quanto precursori degli adipociti;
- 2) capacità di secernere fattori di crescita angiogenetici e di differenziare esse stesse in cellule endoteliali, sviluppando la vascolarizzazione dell'area innestata;
- 3) capacità di fornire nutrizione alle cellule adipocitarie, au-

mentandone la sopravvivenza e, di conseguenza, la percentuale di attecchimento;

4) capacità di mantenere il pool proliferativo nell'area ricevente e quindi di garantire una maggiore durata dell'innesto grazie alla capacità di divisione asimmetrica, caratteristica delle cellule staminali.

Questa tecnica permette il rimodellamento del viso aggiungendo volume dove necessario, migliorando la consistenza del tessuto cutaneo e il flusso di sangue nell'area trattata, promuovendo la sua rigenerazione (il collagene e l'elastina prodotti dalla naturale attività delle cellule staminali del tessuto adiposo). La pelle apparirà più liscia, più sana e luminosa senza l'uso di alcun componente artificiale né il ricorso ai classici lifting chirurgici.

Adatta a partire dai 30 anni di età, a tutti coloro che desiderano ridonare al proprio profilo una nuova forma, un aspetto più giovanile, eliminare cicatrici (come quelle lasciate dall'acne, traumi o incidenti) e segni del tempo come rughe di diverso spessore (sia sottili sia profonde) e macchie antiestetiche.

I primi risultati, del tutto naturali, possono diventare visibili dopo 2-3 settimane, aumentano nelle settimane successive con il miglioramento della qualità e durano nel tempo. Ulteriori ambiti di applicazione saranno nel campo della rigenerazione ossea (1, 2).

Simone Aspriello

Odontoiatra

- 1) Lau CS et al. Role of Adipose-Derived Mesenchymal Stem Cells in Bone Regeneration. Int J Mol Sci. 2024 Jun 20;25(12):6805.
- 2) Lau CS et al. Alveolar Ridge Augmentation with a Novel Combination of 3D-Printed Scaffolds and Adipose-Derived Mesenchymal Stem Cells-A Pilot Study in Pigs. Biomedicines. 2023 Aug 16;11(8):2274.

Survey AlfaDocs: i medici privati vorrebbero più pazienti fidelizzati, meno burocrazia e un aiuto dall'IA

AlfaDocs (www.alfadocs.com), la piattaforma all-in-cloud per la gestione degli studi medici privati, ha condotto un'indagine su un campione di oltre 500 specialisti di branche mediche diverse, ponendo un'unica domanda a risposta aperta: "Quali sono le opportunità che vorrebbe cogliere, o le inefficienze che vorrebbe superare, per ottimizzare la gestione del suo studio?"

L'acquisizione di nuovi pazienti

Al primo posto tra le aspirazioni dei medici – in maggioranza odontoiatri (48,6%), ma anche psicoterapeuti, fisioterapisti, specialisti in medicina estetica e dermatologia – risulta esserci senz'altro l'aumento del numero di clienti-pazienti.

Circa un quarto delle risposte (24%) aveva "trovare più pazienti" nella prima riga. C'è chi li desidera e basta e chi invece è alla ricerca di strategie per attrarli, o almeno per farsi conoscere. In particolare, il 41% vorrebbe implementare o rendere più efficaci le attività di marketing o le strategie pubblicitarie.

Non meno rilevante è il tema della presenza online. Dalle recensioni, alle pagine social, la gestione dell'immagine digitale è una sfida che i medici privati sentono di dover affrontare con consapevolezza e strumenti adeguati. Per il 27% di coloro che hanno detto di voler acquisire più clienti, la costruzione di una reputazione digitale solida viene considerata un passo indispensabile per emergere in un ambiente competitivo come quello della sa-

nità privata. Un altro 13% cita più genericamente l'ottimizzazione delle strategie digitali, come viatico per trovare nuovi clienti.

L'aspirazione non è soltanto trovare nuovi pazienti, però, ma anche trattenerli. Circa un professionista su dieci sembra avere difficoltà a fidelizzare i pazienti che si affidano al suo studio, dando risposte come "Vorrei trovare clienti che mi seguano per un periodo più lungo" oppure "Vorrei riattivare pazienti dormienti".

Il tempo è prezioso e non basta mai

Un altro dei grandi problemi che gli specia-

listi sanitari aspirano a risolvere è il tempo. Il termine ricorre, in varie declinazioni, nel 21% delle risposte.

Tra le cause di perdita di tempo maggiori, i professionisti segnalano una gestione non ottimale (il 62% di loro vorrebbe imparare a organizzare meglio il proprio lavoro), processi interni complessi (33%) e i tempi morti tra una visita e l'altra (19%).

L'organizzazione delle visite è un'altra priorità molto sentita. Secondo il 57% di chi lamenta problemi di tempo, infatti, migliorare la gestione degli appuntamenti e avere sistemi di prenotazione più efficienti, contribuirebbe a

ridurre drasticamente gli sprechi.

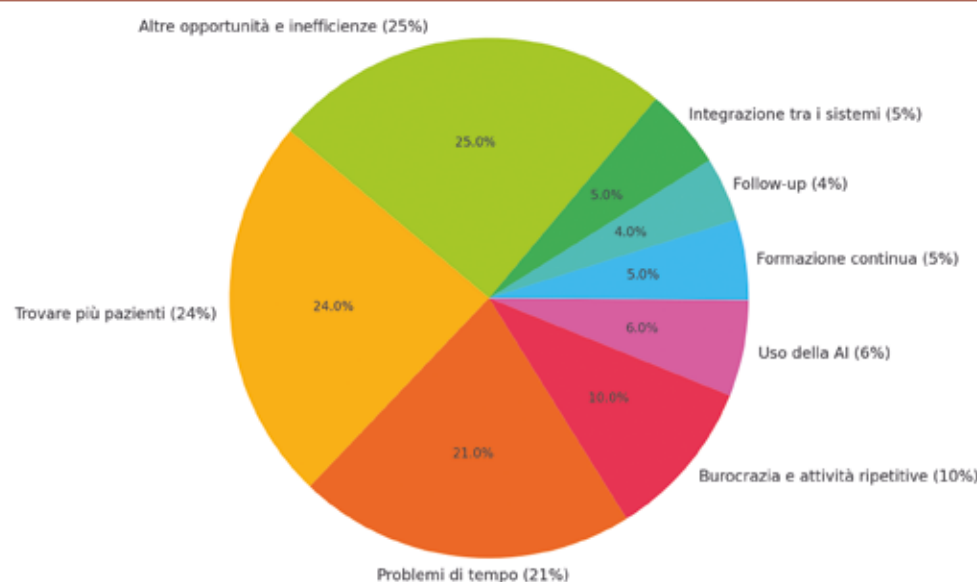
Anche chi non parla direttamente del tempo, comunque, si lamenta delle attività time-consuming. Il 10% dei professionisti vorrebbe ridurre le attività ripetitive (come scrivere ricette e far firmare moduli) o liberarsi dalla burocrazia, per potersi dedicare alla clinica.

L'intelligenza artificiale: una nicchia su cui c'è ancora incertezza

Una percentuale minore dei professionisti (6%) si sta muovendo su un tema molto attuale: l'utilizzo dell'intelligenza artificiale. L'IA appare come un alleato desiderato nella pratica medica quotidiana, anche se la maggioranza di chi ne parla, la relega al ruolo di assistente nelle operazioni di segreteria (mantenimento dell'agenda, trascrizione di cartelle cliniche) o nella gestione degli appuntamenti con i clienti. Compiti che, del resto, abbiamo visto essere critici per i medici e in cui i chatbot IA hanno dimostrato di sapersela cavare molto bene.

Nel campione, invece, si contano davvero sulle dita di una mano (solo 3) i professionisti che prendono in considerazione ChatGpt e simili per compiti più complessi, come la formulazione di diagnosi, il brainstorming clinico, l'automazione di alcuni processi come la compilazione delle anamnesi o un supporto alle decisioni terapeutiche. Segno probabilmente di una certa sfiducia nell'affidabilità dei sistemi di IA, quando si parla della salute dei pazienti.

PROBLEMI E OPPORTUNITÀ PER GLI STUDI MEDICI PRIVATI



Società tra professionisti, serve maggioranza sia di teste che di quote societarie per l'iscrizione all'Albo

Per iscrivere una Società tra professionisti (Stp) nell'Albo dedicato tenuto dagli ordini provinciali, è necessario che tale società veda al suo interno una maggioranza di professionisti iscritti all'Albo dei medici pari a due terzi, sia nel numero di persone che nella quota societaria. Lo conferma la Commissione centrale esercenti professioni sanitarie (Cceps), che con la decisione nr. 2 del 20 maggio 2024 ha respinto il ricorso di una Stp che aveva chiesto l'iscrizione alla sezione speciale dell'Albo delle società tra professionisti presso l'Omceo di Roma, in quanto non in possesso del requisito della maggioranza cumulativa dei due terzi "per teste" e "per quote di capitale".

La Stp in questione ricorreva alla Cceps chiedendo l'annullamento del provvedimento di rifiuto da parte dell'Omceo di Roma adducendo, a sostegno della propria tesi, la posizione assunta dall'Agcm (Autorità garante della concorrenza e del mercato), la quale afferma che il requisito della norma «il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti deve essere tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei



soci» (legge nr. 183/2011, art. 10, comma 4, lett. b) non prevede la sussistenza della contemporaneità del criterio dei due terzi "per teste" e "per quote". Un'interpretazione restrittiva che per l'Agcm sarebbe una «ingiustificata limitazione della concorrenza».

La decisione della Cceps conferma invece la correttezza dell'interpretazione della norma da parte dell'Omceo di Roma, in linea con l'indirizzo espresso dalla Fnomceo, sulla necessità della concomitante prevalenza della maggioranza sia "per teste" che "per quote di capitale" nella compagine sociale della Stp.

«La posizione della Fnomceo, secondo cui la maggioranza dei due terzi dei soci professionisti di una Stp deve ricorrere congiuntamente sia "per teste" sia "per quote societarie", si fonda infatti sul tenore letterale della norma – scrive la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri in una nota –. Da sempre questa Federazione ritiene che sia fondamentale salvaguardare l'indipendenza della professione da ogni criterio di concorrenzialità; ciò per la necessità in ambito sanitario che la distribuzione dei poteri tra i soci e l'organizzazione interna della società debbano esser tali da garantire che tutte le scelte riguardanti l'attività professionale in senso stretto siano assunte direttamente dai soci professionisti, ovvero con la partecipazione determinante dei medesimi sia come numero che come quote detenute di capitale sociale. Solo in questo modo l'attività sanitaria, compiuta mediante lo strumento delle Stp, può restare pienamente coerente con la tutela del diritto alla salute, con la libertà di autodeterminazione del professionista, con le norme deontologiche a presidio dell'attività medica e odontoiatrica».

AI ACCADEMIA ITALIANA ENDODONZIA

Cadaver Lab & Chirurgia Endodontica

ICLO Verona, 27-29 novembre 2025

Corso pratico di microchirurgia endodontica su preparati anatomici umani

37.3 CREDITI ECM

L'ORIGINALE IV EDIZIONE

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.**

Corso di aggiornamento Aie analizza le linee guida internazionali in endodonzia, parodontologia e traumatologia dentale

Le specialità mediche e chirurgiche sono soggette da sempre a un'evoluzione nella conoscenza diagnostica, nelle tecniche operative e negli strumenti e materiali. Tale evoluzione è, soprattutto negli ultimi anni, sottoposta a una rapidità tale che il clinico può trovarsi spiazzato nella scelta più appropriata da attuare per il paziente e la sua problematica. L'Accademia italiana di endodonzia (Aie) ha pensato in quest'ottica per l'argomento cardine del suo annuale corso di aggiornamento, che quest'anno si terrà **a Roma nelle giornate del 26 e 27 settembre** con il titolo "Clinical guidelines".

Attraverso la sua storica e intensa collaborazione con le più importanti società scientifiche sul panorama internazionale, Aie propone nel suo corso di aggiornamento una disamina delle moderne linee guida internazionali nell'ambito dell'endodonzia, della parodontologia e della traumatologia dentale. Tali discipline sono spesso correlate tra loro nella gestione multidisciplinare di numerose patologie dentali, come le lesioni endo-parodontali, le fratture dentali traumatiche, le esposizioni pulpari e la gestione dei margini di chiusura restaurativo-protetici.



Le società scientifiche invitate saranno le protagoniste del corso di aggiornamento e nell'analisi critica e sistematica delle linee guida attuali, da trasferire ai clinici per un'informazione il più esaustiva possibile e di immediato utilizzo pratico.

Venerdì 26 settembre l'endodonzia sarà protagonista con relatori d'eccezione dell'European Society of Endodontology (Ese), tra cui il presidente Hal Duncan. Sabato 27 settembre la European Federation of Periodontology (Efp) e la Società italiana di parodontologia (Sidp) si confronteranno nell'espone le linee guida aggiornate in parodontologia e le loro applicazioni cliniche. A seguire l'International Association of Dental Traumatology (Iadt) e la Società italiana di traumatologia dentale (Sidd) analizzeranno la complessa e multidisciplinare branca della traumatologia dentale.

Il confronto in ogni disciplina tra la società scientifica italiana di riferimento e la società internazionale correlata è un ulteriore valore aggiunto al corso di aggiornamento, dando un peso diverso al confronto e alla possibilità di apprendimento in un'ottica più europea e internazionale, non legata al solo panorama nazionale.

A corollario di un programma già molto denso, per gli iscritti si aggiungeranno tavole cliniche sponsorizzate dalle principali aziende dove poter toccare con mano i nuovi prodotti sul mercato. Inoltre sabato 27, in contemporanea al corso principale, si terrà anche un corso di specializzazione clinica in endodonzia per le assistenti di studio odontoiatrico valido ai fini dell'aggiornamento annuale di 10 ore.

Alessio Buonavoglia
Socio attivo Aie

Iva in medicina e chirurgia estetica: per l'esenzione è necessario lo "scopo terapeutico", da certificare



Una risoluzione dell'Agenzia delle Entrate (la numero 42 del 12 giugno 2025) fa chiarezza sul trattamento ai fini Iva delle prestazioni di medicina e chirurgia estetica.

La fonte normativa principale rimane la cosiddetta "Direttiva Iva", ovvero l'articolo 132 della direttiva 112/CE del 28 novembre 2006, con la Corte di giustizia dell'Unione Europea che ha più volte chiarito che è lo scopo terapeutico «a determinare se una prestazione medica debba essere esentata dall'Iva». Più recentemente è la legge italiana 191/2023 a stabilire che «l'esenzione dall'imposta sul valore aggiunto si applica alle prestazioni sanitarie di chirurgia estetica rese alla persona volte a diagnosticare o curare malattie o problemi di salute ovvero a tutelare, mantenere o ristabilire la salute, anche psico-fisica, solo a condizione che tali finalità terapeutiche risultino da apposita attestazione medica».

Ciò che resta problematico dunque è la definizione del confine tra prestazione a scopo terapeutico e non, ma è la stessa Agenzia delle Entrate a ricordare che tale limite «non va inteso con un'accezione particolarmente rigorosa» e in ogni caso «comprendendo in tale finalità anche quei trattamenti o esami medici a carattere profilattico eseguiti nei confronti di persone che non soffrono di alcuna malattia».

Ad ogni modo, ai fini dell'esenzione Iva, le prestazioni di medicina e chirurgia estetica devono essere supportate dalla dimostrazione della finalità terapeutica della prestazione; diversamente, saranno riconducibili a finalità puramente cosmetiche, che non possono rientrare nel regime di esenzione Iva e ricadono invece nel regime Iva ordinario.

Ma chi certifica? Per l'Agenzia delle Entrate può essere lo stesso medico o chirurgo estetico: «per quanto attiene al soggetto deputato al rilascio della "apposita attestazione medica", considerato che manca un'esplicita limitazione, da parte del legislatore, dei professionisti abilitati al rilascio della certificazione, si ritiene che non sia possibile escludere a priori che possa essere lo stesso chirurgo (o medico) estetico che esegue l'intervento o trattamento estetico».

Pertanto la finalità terapeutica della prestazione può essere attestata da qualunque medico, compreso il medico che effettua la prestazione di medicina o chirurgia estetica, ma resta fermo che:

- dall'attestazione deve in ogni caso emergere il collegamento tra la patologia del paziente e la prestazione di medicina o chirurgia estetica, quale rimedio terapeutico e/o diagnostico raccomandato;
- ai fini della valutazione dello scopo terapeutico dell'intervento, la semplice convinzione soggettiva che sorge nella mente della persona che si sottopone all'intervento estetico non è di per sé determinante. Infatti, tale valutazione, poiché presenta carattere medico, deve basarsi su constatazioni che hanno tale carattere, effettuate da personale qualificato a tale scopo;
- l'attestazione deve essere antecedente alla data dell'intervento di medicina o chirurgia estetica.

L'eccezione riguarda le prestazioni rese da medici anestesisti nell'ambito di interventi di medicina e chirurgia estetica, anche a finalità puramente cosmetica: per queste è applicabile in ogni caso il regime di esenzione Iva, perché si tratta di «prestazioni comunque caratterizzate da finalità terapeutiche perché volte a tutelare, mantenere e stabilizzare le condizioni vitali del paziente durante l'intervento chirurgico».

Ecm: le date per l'obbligo formativo e i crediti compensativi

La Commissione nazionale Ecm ha approvato una nuova delibera lo scorso 3 luglio, che recepisce quanto previsto dal decreto Milleproroghe, introducendo maggiore flessibilità e tempi più ampi per mettersi in regola con gli obblighi formativi. Si tratta di fatto di un'ulteriore proroga per i non in regola.

La delibera conferma la scadenza al 31 dicembre 2025 per acquisire i crediti del triennio 2023-2025. Stessa scadenza per completare i crediti del triennio precedente, 2020-2022. I crediti ottenuti da qui in avanti potranno essere attribuiti sia al triennio 2020-2022 che a quello in corso, con tempo fino a giugno 2026 per decidere a quale periodo associarli.

La delibera prevede anche la possibilità di colmare i debiti

formativi dei trienni precedenti, a partire dal 2014, attraverso i cosiddetti crediti compensativi, che potranno essere conseguiti fino a dicembre 2028.

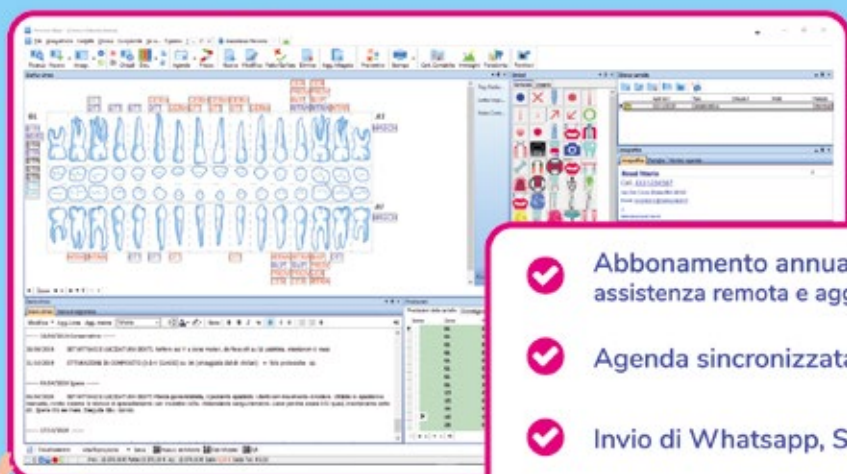
Un automatismo previsto tramite la piattaforma Cogeaps consentirà inoltre di utilizzare eventuali crediti eccedenti, maturati nei trienni dal 2014-2016 in poi, per compensare in tutto o in parte i debiti formativi residui.

È infine previsto un bonus di 20 crediti per chi è in regola con i trienni precedenti al 2023-2025.

Per i professionisti che risultano già certificabili per tutti i trienni precedenti, è previsto un meccanismo premiale: un segnale positivo che riconosce l'impegno costante nella formazione.



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**

NOVITÀ EDITORIALE



Formato 21x29,7 cm
288 pagine
con tabelle riassuntive sulle
interferenze tra farmaci
Prima edizione, maggio 2025



**Vittorio
Favero**

Le manifestazioni orali di malattie sistemiche, le controindicazioni legate alle patologie in atto e gli effetti dei farmaci assunti dal paziente sono aspetti che il professionista non può permettersi di trascurare. Se da un lato ignorare la patologia sistemica del paziente può rappresentare un segno di scarsa professionalità, dall'altro un'eccessiva cautela, dettata da timori infondati, può portare a decisioni inappropriate o rinunce ingiustificate. In realtà, nella maggior parte dei casi, un'attenta valutazione e l'adozione di semplici precauzioni consentono di gestire il paziente in sicurezza, senza compromettere le cure odontoiatriche necessarie. Nei testi di medicina generale risulta spesso difficile reperire indicazioni dettagliate sul management odontoiatrico del paziente con patologie sistemiche. Quest'opera rappresenta invece una guida specifica per l'odontoiatra e la sua équipe.

prezzo di copertina

119 euro

**Acquista la tua copia su
WWW.GRIFFINEDITORE.IT**



Impact factor, la classifica:
Journal of Dentistry
tra le prime dieci



Con un impact factor di 5.5, il *Journal of Dentistry* di Elsevier si conferma tra le prime dieci riviste odontoiatriche al mondo, superando molte pubblicazioni storiche del settore. Un ruolo chiave in questo successo è giocato dalla Digital Dentistry Section, curata dall'italiano **Francesco Mangano**, che guida la sezione dal 2021 e si è dimostrato editor brillante e innovativo. Grazie alla sua direzione, la sezione ha attratto artico-

li di alto livello scientifico e clinico, con contributi che arrivano anche dalla Digital Dentistry Society (Dds). Il *Journal of Dentistry* infatti è la pubblicazione ufficiale della Dds e l'editorial board è diretta espressione della società scientifica. Mangano è il presidente in carica della Digital Dentistry Society, che si appresta a celebrare il suo congresso mondiale a Venezia (Palazzo del Cinema), dal 16 al 18 ottobre.

Journal Name	2024 Impact Factor
PERIODONTOL 2000	15.7
INT J ORAL SCI	12.2
INT ENDOD J	7.1
J CLIN PERIODONTOL	6.8
JPN DENT SCI REV	6.6
DENT MATER	6.3
J DENT RES	5.9
J DENT	5.5
CLIN ORAL IMPLAN RES	5.3
PROG ORTHOD	5.0
J PROSTHET DENT	4.8
J ESTHET RESTOR DENT	4.1
DENTOMAXILLOFAC RAD	4.1
CLIN IMPLANT DENT R	4.0
J ORAL REHABIL	4.0

A Firenze il congresso Osteology-Sidp sulla chirurgia
rigenerativa: «condividiamo e discutiamo le innovazioni»

Il National Osteology Symposium si tiene a **Firenze** (Palazzo dei Congressi) **dal 23 al 25 ottobre** con il titolo "Innovazione e sfide per la rigenerazione moderna". La seguitissima manifestazione scientifica quest'anno sarà un joint meeting con la Società italiana di parodontologia e implantologia (Sidp). Questo congresso rappresenta molto più di un semplice aggiornamento scientifico – ci ha detto **Francesco Cairo**, presidente Sidp –. È la testimonianza concreta di quanto la rigenerazione tissutale abbia trasformato il nostro approccio clinico. Oggi siamo di fronte a possibilità terapeutiche che, fino a pochi anni fa, erano impensabili. Osteology-Sidp è il luogo dove queste innovazioni diventano condivise, discusse, messe a confronto tra esperti internazionali». E tra questi esperti di caratura internazionale, accanto a Cairo a condividere la presidenza scientifica del congresso c'è **Istvan Urban**. «Io e Istvan abbiamo scelto relatori che non solo sono esperti riconosciuti a livello mondiale, ma che portano esperienze cliniche e scientifiche solide, casi reali, approcci innovativi al servizio del partecipante – spiega Cairo –. Il valore aggiunto sarà proprio l'unicità di ogni speaker e il confronto tra loro: ogni sessione sarà una panoramica su come le nuove tecnologie e le tecniche più raffinate possano migliorare ulteriormente i risultati clinici. E i grandi moderatori che arbitreranno le discussioni saranno abili "provocatori" che renderanno il confronto dinamico e costruttivo per il partecipante». Il congresso propone anche sette workshop teorico-pratici per vedere da vicino strumenti, materiali e protocolli clinici,

un ponte tra teoria e applicazione quotidiana. È prevista anche una importante sessione curata da Sidp e dedicata agli igienisti dentali, il cui ruolo nelle terapie è diventato assolutamente centrale. Per Francesco Cairo infatti non si tratta più solo di prevenzione, ma di una vera e propria partecipazione attiva alla gestione e al mantenimento della salute parodontale e implantare affiancando l'odontoiatra. «L'igienista è la figura che accompagna il paziente nel tempo, che intercetta segnali precoci di recidiva, che educa e motiva. Abbiamo voluto dedicare loro una sessione specifica proprio per valorizzare questa collaborazione fondamentale: una sinergia clinica che migliora l'efficacia delle terapie e ne aumenta la durata nel tempo». Il congresso contiene anche un'iniziativa dedicata ai giovani professionisti under 45: l'Osteology Young Video Award. Darà spazio ai giovani odontoiatri offrendo loro un'occasione per mettersi in gioco, farsi conoscere e contribuire con una visione fresca e digitale della chirurgia rigenerativa, ovvero mostrando al congresso un video clinico da loro prodotto sul tema "Digitally Enhanced Bone Augmentation".



Francesco Cairo
e Istvan Urban

Si è chiuso il Congresso Internazionale in Sardegna: ospiti
prestigiosi, confronti internazionali, tanta formazione

Con oltre seicento ospiti da cinque continenti tra relatori e platea, è stato il congresso di odontoiatria più internazionale mai tenuto in Sardegna. Parliamo dell'evento dal titolo "A decade of dental innovation: what next?" che si è tenuto dal 12 al 14 giugno al Forte Village Resort, con il quale Aio Cagliari Oristano ha festeggiato il decimo anniversario dei suoi congressi internazionali. Tre giorni di sessioni teoriche e pratiche, interdisciplinari, con maestri italiani e da tutto il mondo. La manifestazione è stata preceduta, mercoledì 11, dal Dental Social Hub, occasione di incontro e scambio culturale su come in tutto il mondo l'eccellenza si impara applicando una solida preparazione ai casi pratici. Giovedì c'è stato l'esordio in Europa per la Dental Artificial Intelligence Association (Daia), con una sessione gestita da relatori liberi da rapporti aziendali, i cui



temi sono stati in parte ripresi il giorno dopo dalla Digital Dental Society (Dds). Sempre giovedì ha riscosso grande successo l'incoronazione dei "Top doctors", giunta al secondo anno. Alla cerimonia inaugurale, dopo il saluto video del presidente Fdi Greg Chadwick, moderati dall'ideatore dell'evento – il dottor Enrico Lai – hanno portato un saluto tra gli altri la dottoressa Valeria Simbola (Aio Cagliari), il presidente dell'Ordine Emilio Montaldo, il consigliere Cao nazionale Mario Marrone, la professoressa Elisabetta Cotti dell'Università di Cagliari e

leader della Federazione internazionale di endodonzia, Paula Perlea presidente dell'European Regional Organization Fdi, Figen Seymen (International Association of Paediatric Dentistry), Nawal Rabi, presidente dell'Aro (Regione Africana Fdi) e Kianor Shah, organizzatore della cerimonia dei "Top Doctors". Il venerdì, sono partiti i percorsi Ecm e grande spazio è stato dedicato anche alla medicina estetica e alle tecniche "sicure" nel terzo inferiore del volto. Sabato, molti consensi ha riscosso la sessione dei giovani relatori coordinata dal presidente Aio Academy Vincenzo Mussella, preceduti dalla sessione plenaria di estetica, e dai corsi per igienisti dentali e assistenti. Il congresso si è concluso con l'intervento del decano degli odontoiatri professor Carlo Guastamacchia: un contributo inestimabile e autorevole che racchiude l'evoluzione dell'odontoiatria negli ultimi 50 anni.

TI SEI PERSO UN NUMERO?

LEGGI L'EDIZIONE
DIGITALE

WWW.DENTALJOURNAL.IT/DENTAL-JOURNAL

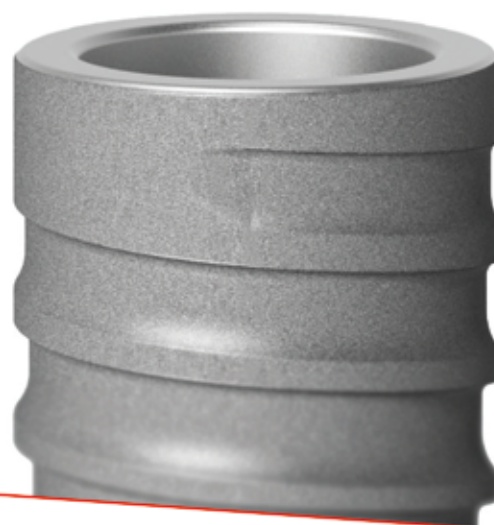


XCN[®]

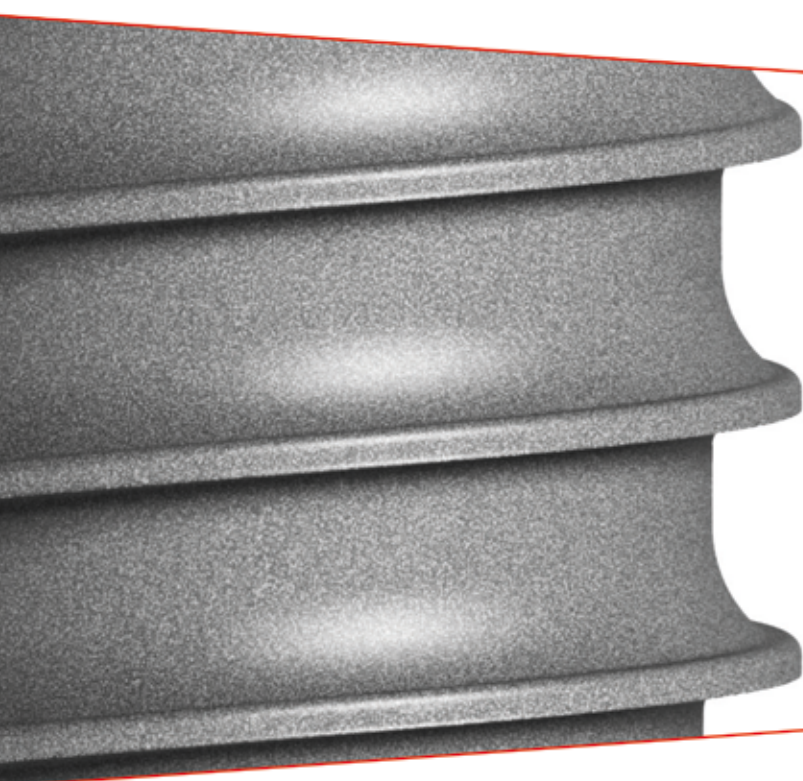
Impianto Narrow 2.9

Minima invasività, massima affidabilità

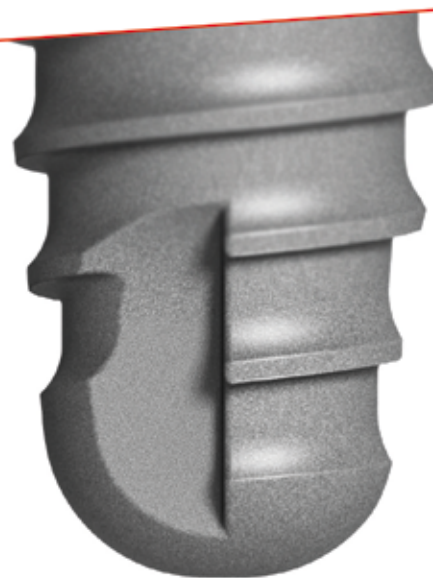
Colletto cilindrico



Innovativo macro-design



Apice conico



Scopri l'impianto Narrow:

l'unico protesizzabile con l'intera gamma
di monconi del sistema implantare

www.leone.it

Leone[®]

INFIAMMAZIONI GENGIVALI?

DIAMO IL GIUSTO PESO ALLA TERAPIA MECCANICA



SPAZZOLINO, SCOVOLINO e FILO sono strumenti indispensabili per la rimozione della placca. Nel trattamento di problematiche parodontali le loro caratteristiche e il loro corretto utilizzo hanno la medesima importanza terapeutica di un collutorio e dentifricio.

Per le sue caratteristiche lo spazzolino **CURASEPT SOFTLINE 0.10** è indicato in presenza di **INFIAMMAZIONE GENGIVALE GRAVE**.

Video utilizzo
corretto spazzolino



CURASEPT
FIRST BECAUSE WE CARE

www.curasept.it