

Rocanal[®]
Cemento Endocanalare

3 buoni motivi per scegliere Rocanal[®]

- **SEMPLICE**
da applicare e da rimuovere
- **SICURO**
affidabile e efficace
- **ECONOMICO**
prezzo vantaggioso!
(ca. oltre 40 trattamenti per confezione)

disponibilità immediata

medirel www.medirel.com



Italian Dental JOURNAL

Anno XX Numero 7/2025



Congresso Sirio rilancia la visione dell'odontoiatria come scienza medica

La gestione del paziente complesso rappresenta una delle sfide più grandi e più stimolanti per l'odontoiatria dei prossimi anni. Se ne parla al congresso della società scientifica Sirio, che ha l'obiettivo di promuovere un approccio al paziente che valorizzi l'odontoiatria come scienza medica, contrapposta a una visione che riduce la disciplina a un approccio prevalentemente tecnico.

«Dovremo trattare sempre più pazienti a rischio emorragie, interazioni farmacologiche, complicanze sistemiche e infettive; dovremo rinverdire i nostri studi giovanili e riappropriarci delle competenze mediche che purtroppo la routine professionale ci ha fatto dimenticare» spiega Roberto Pistilli, presidente Sirio –. Dobbiamo essere medici a tutti gli effetti».

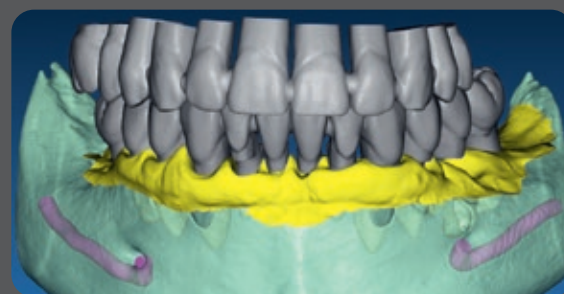
Sipro e la nuova protesi: «è cultura clinica integrata»



Decreto acque: la posizione dei sindacati e il parere dell'esperta



Casi clinici SPECIALE IMPLANTOLOGIA



DentalAcademy.it



AUTORE Aldo Crespi
Dalla conservativa all'impianto
in 20 anni di storia clinica



AUTORE Luca Salimbeni
Infezione da Sars-Cov-2
con coinvolgimento del cavo
orale e labiale

ULTIMI
POST

DIADEMA DENT
La Qualità al Primo Posto

Via Ennio Bonifazi, 47 00167 Roma (RM)
06/97858717 - 351/9985219
diademadent.it@gmail.com
www.diademalab.it

VITE IMPLANTARE CON MONCONE INCLUSO
€55,00*
*Si applicano termini e condizioni

Impianti dentali con la superficie Pure&Porous: la soluzione sicura e affidabile per un ripristino perfetto della funzionalità e del sorriso.

- ✓ Superficie trattata per essere porosa e pulita allo stesso tempo, determinando un'ottimale osteointegrazione
- ✓ Componentistica adatta a qualsiasi tipo di soluzione protesica
- ✓ Diadema Dent offre personale altamente qualificato per dare il miglior servizio vendita e post vendita

EDM NiTi FILE SYSTEM

HyFlex EDM – Sequenza OGSF

Il Controllo nelle Tue Mani!



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

 **COLTENE**

Congresso Sirio, «l'odontoiatria va praticata come scienza medica»

«Dobbiamo essere medici a tutti gli effetti» dice Roberto Pistilli. «I nostri pazienti devono avere la percezione di avere di fronte un professionista preparato, che sappia collaborare con gli internisti, i cardiologi e i geriatri che li seguono»

“L'odontoiatria come scienza medica: la pratica quotidiana tra nuovi paradigmi e conoscenze consolidate”: è questo il titolo scelto per il congresso internazionale 2025 della società scientifica Sirio, in programma il 14 e 15 novembre a Roma (Auditorium Antonianum). Un evento capace di riunire ogni anno più di 500 persone.

«Sarà un'edizione particolare – ci ha detto **Roberto Pistilli**, presidente Sirio e del congresso –, molto ricca di video e con un'impostazione che saprà esaltare gli aspetti più pratici ma anche complessi della nostra clinica quotidiana».

Pistilli, che è docente di Patologia speciale odontostomatologica all'UniCamillus di Roma e direttore f.f. UOC maxillo-facciale dell'Azienda San Camillo-Forlanini di Roma, oltre che odontoiatra libero professionista, ha deciso di puntare per questa edizione del congresso Sirio su un approccio al paziente che valorizzi l'odontoiatria come scienza medica, contrapposta a una visione che riduce la disciplina a un approccio prevalentemente tecnico.

Professor Pistilli, l'aspetto scientifico e tecnico della cura dentale ha sicuramente un grande peso nel determinare il successo o l'insuccesso delle terapie. Ma forse oggi non basta più. Cosa significa e perché è necessario praticare l'odontoiatria come scienza medica?

Ridurre una prestazione odontoiatrica a un intervento tecnico finalizzato a risolvere un dolore o a migliorare un aspetto estetico vuol dire non rendersi conto che la bocca non è un organo a se' stante, ma un organo vitale, parte integrante della salute generale del nostro paziente. Ne sono un esempio i recenti lavori scientifici che dimostrano come una corretta riabilitazione protesica su impianti, e quindi il ripristino di una corretta masticazione, stimoli l'asse ipotalamo-ipofisario e il locus coeruleus, prevenendo l'invecchiamento cerebrale e migliorando le condizioni di un paziente affetto da Alzheimer. La bocca inoltre è il campanello di allarme di tante patologie sistemiche e l'odontoiatra deve essere il primo professionista a intercettare le lesioni del cavo orale che nascondono un carcinoma ed è grazie alla sua professiona-

lità che noi chirurghi maxillo-facciali possiamo intervenire in fasi precoci salvando vite umane. In un'epoca in cui l'apparenza viene spesso superficialmente associata all'estetica, l'odontoiatra deve sempre ricordare al suo paziente che la forma è parte della funzione, e la possibilità di masticare, parlare, respirare e sorridere dipende da un equilibrio straordinario tra anatomia, fisiologia ed emozione.

Il paziente in questi anni è cambiato molto e in parallelo l'odontoiatra deve rimodulare il suo approccio. A cosa bisogna prestare più attenzione rispetto al passato?

Il paziente di oggi, figlio del web, non è più un soggetto passivo che entra in uno studio per lasciare che il dentista scelga il trattamento da eseguire. L'odontoiatra deve ascoltare attentamente quali siano le esigenze individuali di ogni singolo paziente e le sue aspettative in relazione alle condizioni generali e alle singole possibilità economiche.

Nelle conferenze sulle riabilitazioni implanto-protesiche, in cui il nostro credo è stato sempre parlare di implanto-

logia protesicamente guidata, oggi a me piace fare riferimento a un'implantologia eticamente guidata. Quindi oggi l'odontoiatra deve concentrarsi su una comunicazione chiara e trasparente, proponendo piani terapeutici personalizzati.

Sempre più di frequente sono candidati a trattamenti invasivi molti pazienti con pluripatologia e in regime di politerapia farmacologica. È questa la sfida più grande per l'odontoiatria del futuro?

L'aumento dell'età media ci impone di trattare pazienti sempre più avanti con gli anni, inevitabilmente affetti da pluripatologie croniche e quindi in trattamento farmacologico politerapico. Dovremo trattare sempre più pazienti a rischio emorragie, interazioni farmacologiche, complicanze sistemiche e infettive; dovremo rinverdire i nostri studi giovanili e riappropriarci delle competenze mediche che purtroppo la routine professionale ci ha fatto dimenticare. Dobbiamo essere medici a tutti gli effetti e i nostri pazienti devono avere la percezione di avere di fronte un professionista preparato, accompagnato dalla modestia di saper collaborare con gli internisti, i cardiologi e i geriatri che li seguono.

La gestione del paziente complesso rappresenta una delle sfide più grandi e più stimolanti per l'odontoiatria dei prossimi anni.

Come integrare nel proprio studio nuove competenze come quelle in patologia maxillo-facciale, medicina orale, microbiologia e medicina interna?

Proprio per quanto detto in risposta alla precedente domanda, vista la necessità di dover dialogare con figure professionali appartenenti ad altre discipline, poterle integrare nel proprio studio sarebbe la soluzione ideale. Avremmo la possibilità di poter diagnosticare precoce-

mente patologie sistemiche, manifestazioni orali di malattie generali, gestire a 360 gradi i pazienti difficili offrendo terapie mirate, consentendoci di lavorare in modo sicuro per il bene del nostro paziente e per la nostra serenità.

Come avete strutturato questa edizione del congresso Sirio?

Nella giornata di venerdì simuleremo sul palco, con ampio uso di video pre-registrati, il percorso di cura di alcuni pazienti che si presentano in studio per sottoporsi a trattamenti odontoiatrici invasivi o comunque complessi.

Tutto inizia con una corretta procedura per l'accoglienza in studio e subito dopo segue la prima visita, con la redazione di una scrupolosa anamnesi, visita e diagnosi. Per ogni trattamento che analizzeremo – estrazione di ottavo incluso, chirurgia mucogengivale, rialzo di seno, ecc. – daremo molto peso a come preparare il tavolo, a come ci si lava nel rispetto della sterilità e a tutti gli aspetti preparatori che possono fare la differenza tra il buon esito del trattamento e la complicità, prevedibile e non. Ogni intervento sarà mostrato con ampio uso di videoregistrazioni, spiegando passo passo come impostarlo e quali problematiche può riservare.

Ma dobbiamo essere pronti anche a gestire le emergenze: per questo nel corso di ogni intervento simuleremo una problematica, lieve o severa, a cui va incontro il nostro paziente. A quel punto l'odontoiatra-anestesista **Claudio Di Maria** e l'anestesista-tossicologa **Marzia Niso**, autori del libro “Prevenzione e gestione delle emergenze nello studio odontoiatrico”, intervengono per spiegarci cosa è successo al paziente e come intervenire: con quali tempistiche e con quali presidi.

Il giorno successivo ci dedicheremo invece a una live surgery di implantologia a carico immediato, con protesi contestuale.

Andrea Peren



EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra

IL CONTROTRANSFER IN ODONTOIATRIA

La qualità delle relazioni interpersonali tra medico e paziente rappresenta non solo un elemento chiave per il successo economico, ma è soprattutto un fattore determinante di prestigio professionale.

Non vogliamo soffermarci sul tema della comunicazione, quanto piuttosto su quel pensiero quasi intimo che si forma dentro di noi nei confronti dei pazienti che entrano per la prima volta nel nostro studio. Diversamente, per i pazienti abituali, è naturale presumere che nella nostra mente si sia già delineata un'immagine chiara. Sappiamo ad esempio che Rossi ha paura dell'anestesia e quindi lo abbiamo inconsciamente catalogato come un paziente pauroso. Allo stesso modo sappiamo che Bianchi ha la fobia del soffocamento, perché ogni volta che ci accingiamo a montargli la diga si agita, diventa irrequieto, e quindi sta nel nostro cassetto mentale dei pazienti ansiosi. Sono piccoli esempi di questo inquadramento psicologico che inevitabilmente ciascuno di noi compie, chi più, chi meno, spesso in modo inconsapevole, ogni volta che si trova di fronte a un paziente.

Ma in che modo questo fisiologico pensiero introspettivo si inserisce nel nostro rapporto con il paziente? E, soprattutto, quanto incide sulla percezione che il paziente stesso ha di noi e della relazione che si va instaurando? Questo fenomeno è noto come controtransfer e si riferisce alla tendenza, spesso involontaria, a proiettare sui pazienti emozioni e vissuti personali. Se il nostro stile caratteriale è improntato alla precisione, alla puntualità, al rigore e a un alto livello di esigenza, può accadere di sviluppare giudizi impliciti, che ci portano a etichettare o sottovalutare chi abbiamo di fronte. Questo atteggiamento, sebbene non sempre consapevole, viene spesso percepito dal paziente, e così hanno origine fraintendimenti relazionali che, a prima vista, possono sembrare del tutto immotivati. È facile intuire quanto questo aspetto possa influenzare l'intera rete di relazioni che si sviluppano all'interno dei nostri studi: non solo con i pazienti, ma anche con il personale, i collaboratori esterni, i fornitori e altri interlocutori. Per evitare di cadere nelle dinamiche del controtransfer, gli esperti sottolineano l'importanza di analizzare consapevolmente il fenomeno, sforzandosi di riconoscere e comprendere il mondo interno dell'altro.

Non è facile, possono mancare gli strumenti per affrontare questo tipo di analisi, ma a volte non ci si pone nemmeno il problema, scivolando in una visione soggettiva e arbitraria della realtà. Un errore che, in tanti anni di professione, ho visto commettere anche da colleghi esperti, talvolta inclini all'irascibilità. Al contrario, non si può che restare ammirati davanti a quei colleghi capaci di sorprendere per la loro pacatezza e semplicità nel rispondere anche a domande particolarmente provocatorie o irritanti. Ed è quasi magico assistere, nel giro di pochi secondi, al cambiamento radicale dell'atteggiamento del paziente: da indisponente a collaborativo, semplicemente grazie al tono della risposta. E allora, non resta che tornare a guardarci dentro, e provare, ogni giorno, a trattare pazienti e collaboratori come vorremmo essere trattati noi. Non sarà la soluzione a tutto, ma è senz'altro il primo passo nella direzione giusta.

Sipro: riorganizzare l'approccio a protesi e riabilitazione orale

Per Enrico Gherlone oggi c'è la necessità di andare oltre il semplice atto tecnico-protetico: «occorre un approccio integrato in cui la gestione dei tessuti molli e duri diventi parte del progetto protesico fin dall'inizio»



Enrico Gherlone

Rettore dell'Università San Raffaele di Milano, professore ordinario di Malattie Odontostomatologiche, membro del Consiglio Superiore di Sanità, **Enrico Gherlone** è anche presidente della Società italiana di protesi dentaria e riabilitazione orale (Sipro). Lo abbiamo intervistato alla vigilia del congresso della società scientifica, che si tiene a Milano dal 9 all'11 ottobre, partendo dal titolo scelto per l'evento: "Prosthesis or oral rehabilitation? A reorganized approach". «Il congresso si rivolge all'intera comunità odontoiatrica – ci ha detto Gherlone –, dai giovani studenti agli specialisti più esperti, perché il

cambiamento riguarda tutti e coinvolge trasversalmente ogni livello della professione. Non è un evento pensato soltanto per i protesisti, ma anche per gli igienisti dentali, i parodontologi, gli ortodontisti, gli implantologi». Il messaggio che si intende trasmettere è chiaro: «la protesi non è più soltanto tecnica, ma cultura clinica integrata. Vogliamo promuovere un approccio riorganizzato, multidisciplinare, tecnologico ma al tempo stesso umano, in cui ogni figura professionale contribuisca in modo sinergico a un obiettivo comune: la salute, la funzione e l'estetica del paziente».

Professor Gherlone, il titolo del congresso Sipro suggerisce una riflessione su un cambio di paradigma. Cosa si intende esattamente con approccio riorganizzato?

Il concetto di approccio riorganizzato nasce dalla necessità di andare oltre il semplice atto tecnico-protetico. Oggi la riabilitazione orale non può essere considerata soltanto una sostituzione di denti mancanti o compromessi, ma un percorso terapeutico complesso che deve tener conto della funzione, dell'estetica e soprattutto della salute a lungo termine dei tessuti. Questo significa integrare le conoscenze delle diverse discipline e riorganizzare il processo clinico in maniera sistematica e predicibile, sempre con al centro il paziente.

In un caso complesso, il protesista non può lavorare senza il parodontologo, così come l'ortodontista e l'igienista dentale diventano parte integrante del percorso. La collaborazione è molto più stretta che in passato, favorita anche dagli strumenti digitali che permettono a diversi specialisti di condividere informazioni in tempo reale, pianificando il trattamento in modo coordinato. Il risultato è una terapia più precisa, stabile e predicibile.

Uno dei focus del congresso è la sinergia tra tecnologia digitale e approccio conservativo nei restauri protesici. Qual è il valore aggiunto dell'integrazione digitale nella protesi moderna?

Il digitale ha rivoluzionato la nostra disciplina. Non si tratta semplicemente di introdurre nuovi strumenti, ma di ripensare l'intero approccio clinico in chiave conservativa e predicibile. Oggi le tecnologie digitali ci permettono di ridurre l'invasività dei trattamenti, preservare più tessuto sano e progettare restauri estremamente precisi e personalizzati. L'integrazione

A proposito di questa integrazione delle conoscenze: come sta cambiando la collaborazione tra protesisti, parodontologi, ortodontisti e igienisti dentali nella pratica clinica quotidiana?

La multidisciplinarietà non è più un'opzione, ma una ne-

TURBO SMART TS: L'EVOLUZIONE CONTINUA.

NUOVO DESIGN, FLESSIBILITÀ DI UTILIZZO, RIDUZIONE ECCEZIONALE DELLA CONTAMINAZIONE E DELL'AEROSOL BATTERICO, COSTI DI ESERCIZIO RIDOTTI

Turbo Smart TS è tecnologia innovativa al servizio del professionista.

E' **flessibile**, la versione a 3 posti può essere trasformata in ogni momento a 5 posti.

E' **reattivo**, entra in auto protezione attiva in presenza di difficoltà di utilizzo.

E' **efficiente**, riduce i consumi di energia adeguandosi, grazie all'inverter, all'effettivo impiego.

E' **interconnesso**, con SmatApp il professionista può controllare e modificare a distanza il funzionamento dell'aspiratore.

E' **sostenibile**, grazie a meno energia consumata e alla ottimizzazione dei materiali impiegati.

Dal 2005 innoviamo il settore dell'aspirazione dentale, ne siamo orgogliosi.



TURBO SMART TS



DISCOVER THE **SMARTAPP**



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

Facciamo ricerca: questo ci permette di avere a nostra disposizione tecnologie di ultima generazione.

Aumentiamo le prestazioni: le tecnologie informatiche ed elettroniche aumentano le prestazioni e la sicurezza delle nostre macchine.

Riduciamo i costi: meno costi di manutenzione meno spese di energia: nel rapporto costi benefici siamo sempre i più convenienti.

Riduciamo l'impatto ambientale: risparmiamo il 50% di materie prime, facciamo risparmiare a voi dal 30% al 50% di energia elettrica.

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

Constant research: this enables us to apply the latest technology to all of our products and solutions.

We enhance performance: electronic and information technology enable us to enhance the performance and reliability of our products.

We reduce costs: less maintenance and lower energy costs mean that we are always the most economical on a cost-benefit analysis.

We reduce environmental impact: we save 50% on raw materials, and allow you to save between 30% and 50% on electrical consumption.



digitale offre inoltre la possibilità di simulare e verificare il risultato prima ancora di intervenire, migliorando la comunicazione con il paziente e rendendolo partecipe delle scelte terapeutiche. Il valore aggiunto, tuttavia, non è solo nella rapidità o nell'efficienza dei flussi di lavoro: è nella capacità di coniugare scienza e umanità, tecnologia e tradizione. Le basi della protesi classica restano fondamentali: la conoscenza dei principi biomeccanici, occlusali e dei protocolli tradizionali rappresenta il terreno sul quale si innesta l'innovazione digitale. È questa integrazione che consente di aumentare la qualità, la predicibilità e la durata dei trattamenti, ottenendo risultati estetici e funzionali più naturali, armonici e soprattutto stabili nel tempo.

In diverse sessioni si parla dell'impatto dell'intelligenza artificiale nella pianificazione implantare e protesica. Quanto è concreto oggi questo contributo, e quali scenari futuri intravede?

L'intelligenza artificiale è già una realtà concreta: ci aiuta a elaborare grandi quantità di dati, a identificare pattern clinici e a migliorare l'accuratezza diagnostica e predittiva. Nella pianificazione implantare e protesica consente simulazioni estremamente sofisticate e modelli di previsione dei risultati. Credo che nei prossimi anni diventerà uno strumento insostituibile, capace di supportare il clinico in scelte sempre più mirate e personalizzate, senza sostituirne il ruolo, ma amplificandone le competenze. È importante però distinguere tra due tipologie di intelligenza artificiale: quella che auto-apprende in modo autonomo (machine learning non supervisionato) e quella che si sviluppa sulla base degli insegnamenti e dei dati forniti dall'essere umano (apprendimento supervisionato). Personalmente ritengo che quest'ultima rappresenti il vero valore aggiunto per la medicina e per l'odontoiatria. Una IA allenata e guidata dall'esperienza clinica del professionista, dai suoi criteri diagnostici e terapeutici, non sostituisce il medico ma ne potenzia le capacità, mantenendo al centro la responsabilità e la consapevolezza umana.

Tra i temi più innovativi c'è anche l'interazione tra protesi e parodontologia. Come si costruisce oggi un risultato estetico stabile nel tempo, a partire dalla salute dei tessuti di supporto?

La salute parodontale è il presupposto indispensabile di qualsiasi riabilitazione. Non esiste una protesi esteticamente valida se i tessuti che la sostengono non sono stabili. Oggi parodontologia e protesi non possono più essere considerate discipline separate: occorre un approccio integrato in cui la gestione dei tessuti molli e duri diventa parte del progetto protesico fin dall'inizio.

La gestione del bruxismo e l'occlusione stanno ricevendo sempre più attenzione in ambito protesico. Quanto incidono questi aspetti sul successo a lungo termine delle riabilitazioni?

Incidono in maniera determinante. Il bruxismo e le disfunzioni temporo-mandibolari rappresentano fattori critici che possono compromettere gravemente il successo delle riabilitazioni protesiche, indipendentemente dalla qualità tecnica del manufatto. Molto spesso queste condizioni traggono origine da una mancanza di stabilità occlusale: un'occlusione non bilanciata genera sovraccarichi funzionali che, nel tempo, si traducono in parafunzioni e patologie articolari. Oggi disponiamo di strumenti diagnostici digitali avanzati che permettono di registrare i movimenti funzionali e condilari con elevata precisione e ripetibilità. L'integrazione di tali dati con indagini di imaging come la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica nucleare consente di ottenere un quadro dettagliato non solo della componente scheletrica e articolare, ma anche dei tessuti molli e delle strutture muscolari coinvolte. Questo approccio combinato fornisce indicazioni fondamentali per pianificare una riabilitazione realmente predicibile, soprattutto nei pazienti disfunzionali. Garantire una corretta posizione di riferimento e recuperare una stabilità occlusale attraverso protocolli supportati da dati clinici, digitali e radiologici significa proteggere la riabilitazione nel tempo, ridurre il rischio

di recidive e restituire al paziente non solo una funzione efficiente, ma anche comfort e qualità di vita.

Il ruolo dell'igienista dentale viene valorizzato in modo sempre più centrale. In che modo può diventare una figura chiave nella gestione clinica dei pazienti riabilitati protesicamente?

L'igienista dentale è una figura cardine per la stabilità dei risultati protesici. Non è più un ruolo accessorio, ma parte integrante del piano terapeutico. È colui che accompagna il paziente nel tempo, garantendo il mantenimento dei tessuti di supporto, la prevenzione delle complicanze e il monitoraggio costante dello stato di salute orale. Uno degli obiettivi fonda-

mentali che l'igienista deve centrare è l'intercettazione precoce di eventuali problematiche protesiche o di altre patologie del cavo orale, che vanno opportunamente segnalate al clinico. Questo rende l'interazione tra igienista e protesista non solo utile, ma assolutamente strategica per la longevità delle riabilitazioni. Tale collaborazione deve basarsi su una solida conoscenza degli aspetti protesici: un igienista ben formato è in grado di riconoscere segni precoci di fallimento, disfunzioni occlusali, problematiche parodontali o usura dei manufatti.

In quest'ottica, è dovere dell'università e di attività formative come il congresso Sipro, fornire agli studenti di igiene dentale un'adeguata preparazione specifica in ambito protesico. Solo così

l'igienista potrà svolgere pienamente il proprio ruolo di "sentinella clinica", diventando un vero alleato del protesista e garantendo al paziente un percorso di mantenimento realmente efficace e predicibile.

Guardando al futuro: qual è la sfida principale che la protesi dovrà affrontare nei prossimi anni per continuare a essere efficace, predicibile e centrata sul paziente?

Oggi abbiamo a disposizione strumenti digitali, intelligenza artificiale, nuovi materiali e tecniche di imaging che stanno rivoluzionando la disciplina, ma il rischio è di concentrarci solo sull'aspetto tecnologico dimenticando i fondamenti: stabilità occlusale, rispetto dei tessuti di

supporto, fisiologia articolare, funzione masticatoria. La protesi del futuro non sarà soltanto più tecnologica, ma soprattutto più umana. La vera sfida sarà coniugare innovazione e tradizione, capacità predittiva e sensibilità clinica, senza mai dimenticare che al centro c'è il paziente, con la sua storia e i suoi bisogni. Solo così la nostra disciplina continuerà a essere efficace, sicura e capace di restituire non soltanto denti, ma salute, armonia e qualità di vita. È questo il messaggio che desidero lasciare alle nuove generazioni: usare la scienza come strumento, ma la visione e l'etica come guida.

Renato Torlaschi

Usura dentale: terapia per step, dalla conservativa alla protesi

Il congresso dell'Accademia italiana di odontoiatria protesica (Aiop) prova a fornire le giuste indicazioni per un percorso terapeutico graduale, dalla mininvasività della conservativa alla soluzione protesica



Gaetano Noè

Le strategie conservative, restaurative e protesiche non sono categorie rigide, ma tappe di un continuum terapeutico. Il compito del clinico è interpretare di volta in volta il confine, che non è fisso né universale, ma cambia con il paziente e con la prognosi. Se ne parlerà a Bologna dal 13 al 15 novembre, al 44esimo congresso internazionale dell'Accademia italiana di odontoiatria protesica (Aiop) dedicato alla "Usura dentale: un percorso per comprenderne eziologia, prevenzione, evoluzione e trattamento".

Ne parliamo con il presidente della società scientifica **Gaetano Noè**, che presiederà il congresso insieme al dirigente della sezione odontotecnica **Nicolino Angeloni**.

Dottor Noè, quale ruolo hanno le strategie di trattamento conservative?

Le strategie conservative rappresentano il primo gradino dell'approccio terapeutico e incarnano l'essenza dell'odontoiatria minimamente invasiva. Con il termine conservativo non intendiamo solo una disciplina, ma un vero e proprio principio clinico: preservare quanto più tessuto sano possibile, intervenendo con il minimo sacrificio biologico necessario. L'approccio conservativo ha vantaggi evidenti: la massima preservazione dei tessuti naturali; la reversibilità del trattamento; la versatilità, essendo indicato sia nei settori anteriori per esigenze estetiche, sia nei posteriori per piccole o medie ricostruzioni; e infine il favorevole rapporto costi/benefici, in termini sia biologici sia economici.

Quali sono i limiti oltre i quali non è possibile prenderlo in considerazione?

I limiti della conservativa emergono quando la perdita di sostanza dentale supera una certa soglia. Nei casi in cui le cuspidi sono indebolite, le pareti residue troppo sottili o la dimensione verticale compromessa, il restauro diretto diventa poco predicibile. Anche il contesto funzionale va considerato. Nei pazienti con parafunzioni marcate, come il bruxismo, un restauro diretto in composito su un elemento già compromesso

rischia di fallire precocemente. Allo stesso modo, nei casi di erosione diffusa con esposizione ampia di dentina, i compositi diretti possono non garantire tenuta e resistenza sufficienti.

Quali sono invece le strategie di trattamento restaurative?

Le strategie restaurative si collocano in posizione intermedia tra conservativa e protesica. Quando la perdita di sostanza è troppo estesa per un

restauro diretto, ma non così grave da richiedere la copertura totale del dente, la soluzione è rappresentata da un restauro indiretto minimamente invasivo. In questo modo, il clinico riesce a garantire maggiore stabilità e resistenza meccanica, mantenendo comunque un approccio rispettoso della biologia.

I vantaggi delle terapie restaurative sono molteplici. Il restauro viene realizzato extraoralmente, con tecniche di laboratorio o Cad/Cam, garantendo adattamento e contatti occlusali perfetti, ossia una grande precisione; inoltre, materiali come ceramica e disilicato di litio offrono stabilità e durata nel tempo, ossia una buona resistenza; dal punto di vista estetico, la lavorazione extraorale consente risultati cromatici e morfologici eccellenti; permette anche una invasività ridotta: rispetto alla protesi tradizionale, si conserva molta più struttura sana. La restaurativa, quindi, è la vera terra di mezzo: consente di fare un passo avanti rispetto alla conservativa, senza cadere nella demolizione tipica delle protesi complete.

USURA DENTALE: I PROTOCOLLI STEP BY STEP

La sessione pregressuale presenta i protocolli step by step, proposti da **Didier Dietschi**, che rappresentano una vera bussola per il clinico. Il loro obiettivo è fornire una sequenza ordinata che guidi le scelte terapeutiche senza bruciare tappe né rimanere indietro.

- **Stadio iniziale:** quando l'usura è lieve, si adottano restauri diretti additivi e misure preventive (counselling, controllo dieta, bite).
- **Stadio moderato:** quando la perdita di sostanza è maggiore, si passa a restauri indiretti adesivi minimamente invasivi (intarsi, onlay, overlay, faccette).
- **Stadio severo:** quando la compromissione è grave e i margini biologici sfavorevoli, l'opzione più predicibile è la riabilitazione protesica completa.

Il valore di questi protocolli è duplice: da un lato standardizzano i criteri decisionali, rendendo più replicabili le scelte tra clinici diversi; dall'altro consentono al singolo operatore di procedere per gradi, testando la risposta clinica e il feedback del paziente. In questo modo, il passaggio da conservativa a restaurativa, e da restaurativa a protesica, non è più percepito come un salto netto, ma come un percorso graduale fondato su criteri clinici oggettivi.

USURA DENTALE: QUANDO PASSARE ALLA STRATEGIA PROTESICA

La restaurativa diventa protesica quando vengono meno i presupposti per un'adesione predicibile. Il dottor Gaetano Noè individua gli scenari in cui questo accade:

- quando la quantità di smalto residuo nelle zone critiche è insufficiente;
- quando i margini sono troppo profondi o subgingivali e non possono essere isolati correttamente;
- quando la vicinanza pulpare espone a rischi biologici troppo elevati;
- quando l'altezza coronale è così ridotta da non consentire una resistenza strutturale adeguata;
- quando le parafunzioni determinano carichi insostenibili per restauri parziali.

In tutti questi casi, confidare unicamente nell'adesione diventa rischioso. È allora che il clinico deve attraversare il confine e passare alla protesi, non come resa, ma come scelta di tutela per il dente e per il paziente.

Quando invece sono indicate le strategie di trattamento protesiche?

Quando la compromissione dentale è troppo estesa, i margini biologici sfavorevoli e il tessuto residuo insufficiente, entrano in gioco le strategie protesiche.

La protesi odierna, tuttavia, non è più sinonimo di sacrificio indiscriminato: grazie ai materiali integrali e alle cementazioni adesive, anche una corona può essere progettata con un approccio più rispettoso della struttura residua.

In definitiva: la protesi rappresenta il livello finale del percorso terapeutico, non un fallimento, ma la prosecuzione naturale quando le altre opzioni non sono più affidabili.

Qual è il confine tra strategie conservative, restaurative e protesiche nei quadri di usura dentale?

Non esiste un limite rigido, ma piuttosto una zona di transizione, da interpretare caso per caso. Il confine è rappresentato dal punto in cui

le terapie meno invasive non sono più in grado di garantire funzione e durata. Un restauro diretto è conservativo finché i tessuti residui lo consentono; diventa inadeguato quando non può più resistere alle forze occlusali o quando il rischio di fallimento è alto. Allo stesso modo, un restauro indiretto adesivo perde la sua predicibilità quando lo smalto residuo è insufficiente, i margini sono troppo profondi o la struttura troppo compromessa. Qui si oltrepassa il confine e si entra nel campo della protesi.

Questo significa che il confine è dinamico e va continuamente rivalutato. Non è uguale per tutti i pazienti: dipende dall'età, dal grado di usura, dalle parafunzioni, dalla quantità di tessuto residuo e dalla capacità del paziente di mantenere nel tempo i restauri.

Il compito del clinico non è restare sempre dalla parte della conservazione, ma sapere "quando attraversare il confine" per il bene del dente e della prognosi.

Gli strumenti diagnostici sono fondamentali. Le fotografie seriali documentano l'evoluzione nel tempo. Ma lo strumento oggi più potente è rappresentato dalle scansioni digitali intraorali: la possibilità di sovrapporre modelli a distanza di mesi o anni permette di quantificare la perdita di sostanza con precisione sub-millimetrica, offrendo al clinico un criterio oggettivo per decidere quando intervenire.

Waterlase
ReNewTM
SKIN RESURFACING

with Waterlase iPlus[®] and the Waterlase Fractional HandpieceTM



 **MEGA GEN** Italia

megagenitalia.com

Patogeni idrodiffusi, Decreto acque è un nuovo riferimento normativo

Il recente Decreto acque è un nuovo riferimento normativo per la prevenzione della contaminazione di patogeni idrodiffusi nel sistema idrico dello studio dentistico, ecco perché



Livia Barenghi
Prof. a c.
Università degli Studi
di Milano
Dipartimento di Scienze
Biomediche, Chirurgiche
e Odontoiatriche

Agenti infettivi idrodiffusi, in particolare *Legionella* e *Pseudomonas*, possono essere presenti e colonizzare il circuito idrico del riunito dentale e l'impianto dell'acqua potabile di una struttura sanitaria (1-10).

A luglio è entrato in vigore il D. Lgs 102/2025, che stabilisce gli obblighi di qualità delle acque destinate al consumo umano per strutture pubbliche e private. L'atto

normativo indica la necessità di nominare un Gestore idrico della distribuzione interna (Gidi) e raccomanda un «piano di autocontrollo degli impianti idrici interni, con controllo minimo relativo a piombo, *Legionella spp.* e *L. pneumophila*». La valutazione e gestione del rischio relativi ai sistemi di distribuzioni interni per edifici prioritati dovrà essere effettuata per la prima volta dal Gidi entro il

12 gennaio 2029 (articolo 16), verificato annualmente e riesaminato ogni sei anni.

Gli indicatori «sentinella» per la valutazione e gestione del rischio dei sistemi di distribuzione interni sono il piombo (articolo 9) e *Legionella spp.* (articoli 9 e 15), scelti tra i numerosi indicatori di rischio chimico e microbiologico per la salute.

La frequenza di campionamento ed eventuali altri in-

dicatori di riferimento sono sito-specifici e decisi dal Gidi. Per *Legionella spp.* e piombo sembrerebbe necessario un campionamento minimo di almeno una volta all'anno. Tuttavia, per la *Legionella*, la frequenza di campionamento dipende anche dal volume di acqua giornaliero utilizzato dalla struttura sanitaria. Il datore di lavoro e il Gidi devono innanzitutto esigere i risultati dell'analisi annuale dell'acqua potabile condominiale, ed eventualmente provvedere a sistemi interni specifici di decontaminazione.

Si applica anche agli studi dentistici?

Il testo di legge indica che la qualità dell'acqua ad uso clinico specifico nell'ambito di strutture sanitarie e socio sanitarie, inclusi gli studi odontoiatrici (quindi quella erogata dal riunito dentale), non è oggetto della regolamentazione ai sensi di questo decreto (allegato V, articolo 3) e rimanda agli obblighi specifici previsti da altre norme, a partire dal D.Lgs. 81/2008. Quest'ultimo obbliga il datore di lavoro a valutare il rischio legionellosi presso il sito di propria responsabilità e ad attuare misure di sicurezza preventive nei confronti dei lavoratori che lo frequentano. Le indicazioni operative generali sono contenute nelle Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi, allegate all'atto nr. 79/CSR/2015 (11). Inoltre, è indispensabile seguire le

istruzioni per l'uso dei fabbricanti sulla manutenzione (valvole di retroflusso, resine, filtri, trattamenti continui e discontinui, ecc.) di strumenti anche recenti.

Tuttavia per chi scrive, è indispensabile per gli studi odontoiatrici seguire anche le indicazioni del nuovo decreto, per quattro motivi:

- il D. Lgs 102/2025 e il D. Lgs 81/2008 considerano sia il rischio biologico sia quello chimico; la linea guida sulla legionellosi considera solo quello biologico specifico;
- lavoratori e utenti hanno rischi diversi con cause comuni (11). L'obiettivo prioritario del D. Lgs 81/08 è la sicurezza del lavoratore; quello del D. Lgs 102/2025 di tutti gli utenti di una struttura;
- le strutture odontoiatriche non in regime di degenza (permanenza <24h) sono classificate in edifici di classe B e a rischio alto (12);
- l'acqua potabile dell'impianto idrico generale viene utilizzata non solo per rifornire il riunito o altri strumenti separati (ultrasuoni, air flow), quindi «per un uso clinico strettamente specifico», ma anche per il lavaggio delle mani; diluire alcuni prodotti per il processo di sterilizzazione dei dispositivi medici dentali; impastare l'alginato; usare la pentola termostatica; somministrare un farmaco o diluire un collutorio orale, ecc.

In generale, è noto che l'esposizione di pazienti e operatori ad acqua con incerte qualità microbiche è incompatibile con un efficace controllo e prevenzione dell'infezione crociata. Quindi non vanno trascurati i problemi relativi all'infrastruttura di rifornimento idrico potabile e al controllo di qualità dell'acqua in entrata e circolante nella struttura odontoiatrica. Infatti, oltre ai problemi dei vecchi riuniti e impianti idrici, la stagnazione interna (inclusi i serbatoi di accumulo) è dipendente dalla quantità utilizzata e frequenza di utilizzo (ad esempio numero riuniti, autoclavi e strumenti automatici di lavaggio; uso 5/7 giorni o 2 giorni alla settimana; tipologia di cura).

In sintesi, per chi scrive il riferimento legislativo per l'acqua in uscita dal riunito in primo luogo è il D. Lgs 81/2008, mentre per il circuito dell'acqua potabile è il D.Lgs 102/2025.

La figura del Gidi è precisata nel D. Lgs 102/2025, ma già indicata nella linea guida sulla legionellosi come «figura competente, responsabile dell'esecuzione di tale attività» (11). Quindi, ritengo che il ruolo del Gidi possa essere svolto dal datore di lavoro, purché adeguatamente formato e supportato da una consulenza esterna qualificata (12).

Livia Barenghi

LA CONTAMINAZIONE DEL CIRCUITO IDRICO DENTALE

La prevalenza dell'estesa contaminazione microbica di vario tipo, sospesa o organizzata in biofilm, antibiotico resistente, nel circuito idrico del riunito ha diverse cause, ed è comprovata (1-10). In generale, si ritiene che solo il 5% dei microrganismi (batteri eterotrofi di provenienza ambientale e/o umana, *Legionella*, *P. aeruginosa*, micobatteri non tubercolari, funghi, protozoi) si trovino nell'acqua, mentre il 95% sia presente nel biofilm adesivo alle superfici interne dei tubi e può compromettere anche l'impianto idrico generale (1,12).

Recenti review hanno evidenziato una contaminazione da batteri eterotrofici (>100 CFU/mL, 22°C), *L. pneumophila* e *P. aeruginosa* rispettivamente del 32-69%, 12% e 8%, e specie antibiotico resistenti (es. *P. aeruginosa* 30%, *Pseudomonas spp.* 31.8%) (1-3,22).

La contaminazione valutata con i nuovi metodi molecolari, in grado di identificare anche agenti microbici non coltivabili e/o specie poco frequenti, identifica centinaia di generi batterici e funghi (7-9).

Nell'acqua erogata da riuniti dentali, la

contaminazione con *Legionella spp.* con il metodo della PCR quantitativo (di specie vitali) è del 70-100%, rispetto al 7-36% con il metodo culturale (23).

La contaminazione di batteri eterotrofici, *Legionella* e *Pseudomonas*, è spesso accompagnata anche da quella da *E. coli* (24), *Acinetobacter* (25), *Streptococchi fecali* (26), micobatteri a crescita lenta e veloce (4), funghi (6), amebe (1). Un recente lavoro ha mostrato che tutti i campioni di acqua di ingresso e di uscita delle unità chirurgiche e parodontali erano positivi per *Legionella*, *Pseudomonas*, *Coliformi*, *E. coli*, *S. aureus* (5).

In sintesi, la maggior parte dei microrganismi idrodiffusi sono innocui, ma possono essere presenti anche agenti patogeni più pericolosi o patogeni opportunisti o le loro endotossine (fino a 100.000 EU/mL) in concentrazione rilevante. Quindi, la qualità dell'acqua conforme ai due decreti è necessaria per le cure odontoiatriche e per attività extra-cliniche. L'utilizzo di fisiologica sterile in un circuito dedicato è raccomandato per cure chirurgiche (11).

TI SEI PERSO UN NUMERO?

LEGGI L'EDIZIONE DIGITALE

WWW.DENTALJOURNAL.IT/DENTAL-JOURNAL



LEGIONELLOSI: L'EPIDEMIOLOGIA IN ODONTOIATRIA

Il termine legionellosi indica tutte le malattie causate da *Legionella*, batteri patogeni opportunisti con 71 sierotipi. Si manifesta come febbre di Pontiac, con sintomi simili all'influenza, senza polmonite, che si risolve spontaneamente in pochi giorni, oppure con una forma grave (malattia del legionario) di polmonite con possibili conseguenze in più organi. Il periodo di incubazione è di 2-10 giorni e il 70% dei casi sono causati da *L. pneumofila* sierogruppo 1. La legionellosi non trattata peggiora durante la prima settimana e il soggetto viene ospedalizzato. I fattori predisponenti la malattia sono l'età avanzata, il sesso, il fumo di sigaretta, la presenza di malattie croniche, deficit immunitari. La ricerca delle cause inizia subito, e **in caso di cure dentali riferite al ricovero ospedaliero, la segnalazione della struttura odontoiatrica agli organi competenti è rapida poiché la legionellosi è sottoposta a sorveglianza speciale.**

È necessario considerare l'incremento considerevole dei casi di legionellosi dal 2016, a livello globale e nell'UE. Nel 2023, l'Italia ha registrato l'incidenza di casi più alta: il doppio di quella UE (13). La fonte della legionellosi è spesso poco chiara sia per i casi acquisiti nella comunità sia in ambito sanitario (14,15). In Italia nel 2023, solo l'1,62% e lo 0,79% sarebbero dovuti all'esposizione in ambienti dentistici e piscine, rispettivamente.

Nel mondo, a seguito di cure odontoiatriche, due decessi sono stati causati da legionellosi (1); all'opposto, focolai causati da micobatteri non tubercolari hanno provocato gravi infezioni intraorali soprattutto in decine di pazienti pedodontici (4). È noto che la legionellosi venga trasmessa inalando aerosol contaminato o aspirando liquidi e che, in uno studio dentistico, la maggior parte della contaminazione aerea deriva dall'acqua del riunito (16,17). Due lavori suggeriscono un rischio occupazionale più elevato di legionellosi per gli operatori odontoiatrici, ma le evidenze cliniche sono limitate (18,19). Quando l'operatore sanitario indossa una mascherina Ffp2, la probabilità di contagio tramite aerosol è minima (20).

Certamente i pazienti sono più esposti all'aerosol visto che non possono indossare protezioni durante le cure e anche la trasmissione tramite aspirazione è significativa (21). Inoltre, è pericolosa la frequente contaminazione idrica nel riunito anche di altri microbi, in particolare *E.coli*, enterococchi, batteri coliformi, non permessi dal D.Lgs 102/2025.

DECRETO ACQUE, PER ANDI E AIO NON RIGUARDA GLI STUDI DENTISTICI

Il decreto legislativo 102/2025, cosiddetto "Decreto acque", mira a mantenere la qualità delle acque destinate al consumo umano, preservandole da contaminazione chimica e biologica, conosciuta rischiosa per la salute delle persone.

Riguardo all'impatto della normativa sugli studi odontoiatrici, i due sindacati Andi e Aio la vedono allo stesso modo: non riguarda gli studi dentistici, quindi non ci saranno nuovi obblighi da seguire. Un'interpretazione della norma favorevole alla categoria, sulla quale alcuni osservatori avanzano dubbi, nonostante sia la stessa legge, all'articolo 3 dell'allegato 5, ad esplicitare l'esenzione per «uso clinico specifico dell'acqua nell'ambito di strutture sanitarie e socio sanitarie, inclusi studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie». «Dunque, nessun obbligo in più – scrive Aio in una nota –. Rimangono ovviamente in essere le direttive delle Linee guida sulla legionella del 2015, da applicare ai sensi del decreto legislativo 81/2008 e gli obblighi di adeguamento del Dvr connessi a questa normativa di riferimento».

«In sintesi – scrive Andi – la legislazione entrata in vigore a luglio 2025 non prevede alcun obbligo ulteriore da parte degli odontoiatri per la gestione del rischio derivante dalla Legionella rispetto alle raccomandazioni contenute nel documento del 2015 "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi"».

La materia tuttavia è complessa, si presta a diverse interpretazioni anche perché sono da chiarire alcuni fattori che influenzano la stratificazione del rischio: caratteristiche dell'attrezzatura (riuniti vetusti vs recenti, collegati o scollegati dalla rete potabile); frequenza della decontaminazione ordinaria (continua vs discontinua) e della decontaminazione intensiva; frequenza di utilizzo del riunito; frequenza della manutenzione delle valvole di retroflusso; qualità dell'acqua in entrata; presenza o assenza di un sistema di flussaggio automatico per limitare la stagnazione notturna o periodica; organizzazione (studio odontoiatrico monoprofessionale vs ambulatorio odontoiatrico); ruolo del Gidi.

- 1) Szymanska J. Pathogens. 2025;14:512.
- 2) Bayani M et al. BMC Oral Health. 2023;23:158.
- 3) Tesaro M et al. J Oral Microbiol. 2022;14:2107316.
- 4) Vosooghi K et al. Microb Pathog. 2024;196:106963.
- 5) Moradnia M et al. Int J Env Health Eng. 2024;13:28.
- 6) Hoogenkamp MA et al. Water Res. 2021;200:117205.
- 7) Chen P et al. J Oral Microbiol. 2024; 16:2299496.
- 8) Fan C et al. Front Cell Infect Microbiol. 2021;11:670211.
- 9) Dang Y et al. PeerJ. 2022;10:e12723.
- 10) Abdouchakour F et al. Appl Environ Microbiol. 2015;81:7509.
- 11) Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi. Atto nr. 79/CSR/2015.
- 12) Istituto Superiore di Sanità. Rapporti Istisan 22/32.
- 13) <https://atlas.ecdc.europa.eu>, Legionnaires' disease
- 14) Iera J et al. Boll Epidemiol Naz. 2024;5(3):29-38.
- 15) Rota MC et al. I Boll Epidemiol Naz. 2022;3(2):30-37.
- 16) Meethil AP et al. J Dent Res. 2021;100:817-823.
- 17) Allison JR et al. J Dental Res. 2022; 101:1198-1204.
- 18) Bongiovanni A et al. Public Health. 2023;214:31-37.
- 19) Hamilton KA et al. J Occup Environ Hyg. 2021;18(8):378-393.
- 20) Zemouri C et al. J Dent Res. 2020; 99(10):1192-1198.
- 21) Quon H et al. Environ Sci Technol Lett. 2025;12(7):785-791.
- 22) Tuvo B et al. Pathogens. 2020;9(4):305.
- 23) Ditommaso S et al. Int J Environ Res Public Health. 2016; 13(2):11.
- 24) Kader CB et al. Int Dent J. 2025;00:1-18.
- 25) Kengadaran S et al. Indian J Dent Res. 2024;35:80-3.
- 26) Kharma K et al. Int Arab J Dent. 2024;15(2):101.

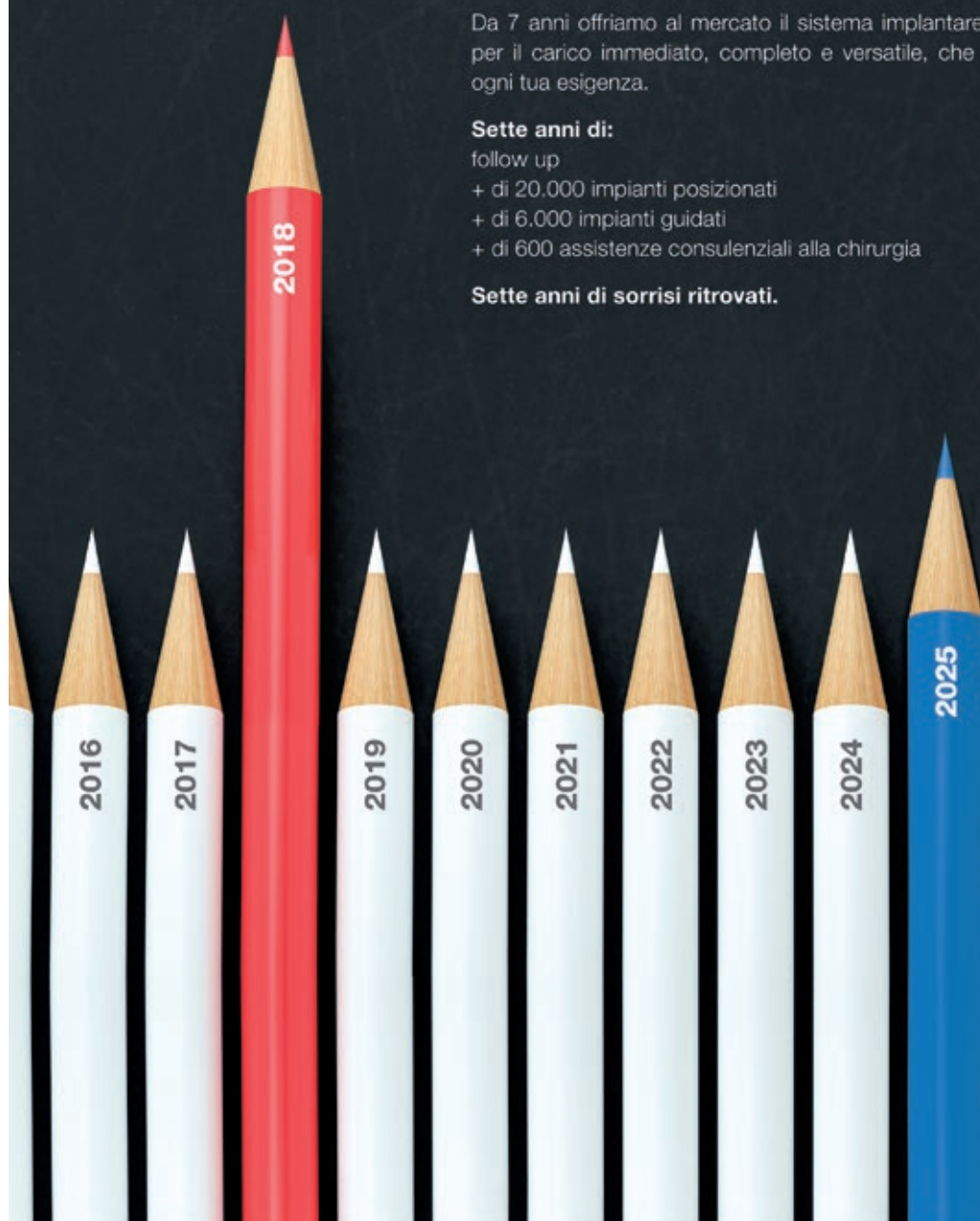
nel frattempo... abbiamo scritto una **storia**

Da 7 anni offriamo al mercato il sistema implantare **Fixo** ideale per il carico immediato, completo e versatile, che risponde ad ogni tua esigenza.

Sette anni di:

- follow up
- + di 20.000 impianti posizionati
- + di 6.000 impianti guidati
- + di 600 assistenze consulenziali alla chirurgia

Sette anni di sorrisi ritrovati.



PERCHÉ
SOLO
FIXO È
fixo

NOVITÀ EDITORIALE

**Dall'esperienza sul campo dei Ctu,
una guida pratica contro le richieste di risarcimento:
i consigli operativi per prevenire e gestire
il contenzioso in odontoiatria**

AUTORI

Juliano Di Matteo, Michele Farinacci

Prefazione di Roberto Pistilli

volume cartonato

formato 17x24 cm

200 pagine senza
immagini, ma piene
di spunti

Sono le 19. Dopo una giornata di lavoro intenso in studio, aprendo la Pec, compare una pretesa di risarcimento danni per svariate migliaia di euro. La sensazione di stupore lascia velocemente il posto a un misto di preoccupazione, ansia, scoramento. Il pensiero va immediatamente all'operatività quotidiana, alla quale si dovrà sottrarre tempo prezioso per impiegarlo in una materia peraltro ostica e spinosa. Gli autori "prendono per mano" il lettore per indicargli la strada tecnica verso l'organizzazione di una legittima ed efficace difesa legale. Il professionista, ritrovata la serenità, con grinta e determinazione comincerà ad organizzare la propria opposizione per dimostrare la correttezza diagnostico-terapeutica del proprio operato.



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



Prezzo di copertina

79 euro

Come opporsi nel contenzioso: strumenti e consigli per il dentista

Il nuovo libro “Starter kit per opporsi nel contenzioso” contiene consigli pratici per impostare la pratica clinica anche in ottica di protezione medico-legale, per prevenire e gestire piccole e grandi richieste risarcitorie e preservare la reputazione dello studio



Giuliano Di Matteo

In un clima di caccia alle streghe e liti temerarie intentate da pazienti spesso spinti da audaci team di avvocati e medici legali, l'unico modo per difendere la professione, l'attività e la reputazione è agire clinicamente con diligenza, prudenza e perizia, nonché documentare tutto con accuratezza. “Starter kit per opporsi nel contenzioso” è un manuale pratico per l'odontoiatra, ma anche per tutti gli esercenti la professione sanitaria e gli operatori del settore legale e forense, che fornisce strumenti e consigli utili per impostare la propria pratica clinica anche in ottica di protezione medico-legale.

Gli autori sono **Giuliano Di Matteo**, odontoiatra, ctu odontoiatra del Tribunale di Teramo e professore a c. al Master di II livello in Medicina forense all'Università di Teramo, e **Michele Farinacci**, docente di Medicina Legale all'Università di Teramo e all'Unicamillus di Roma presso il corso di laurea in Odontoiatria e ctu medico-legale al Tribunale di Teramo. Accanto a loro, il chirurgo generale, vascolare e Clinical Risk Management **Pasquale Appierto** e anche lo psichiatra-psicoterapeuta **Domenico Di Sante**, che porta alla luce un aspetto emergente: la simulazione o l'esagerazione del paziente dei sintomi psichici a fini risarcitori.

Dottor Di Matteo, come bisogna porsi nei confronti di una inaspettata richiesta risarcitoria che arriva a fine giornata sulla propria Pec?

So bene quanta ansia può creare, anche per averla sperimentata tanti anni fa in prima persona, la ricezione di una Pec con richiesta risarcitoria, magari di una cospicua somma. Nel mio caso, dopo dieci anni di causa civile, il giudice ha rigettato la domanda di un paziente che voleva un risarcimento per ipotetico danno odontoiatrico. È stata riconosciuta l'assenza di responsabilità professionale per mancanza di nesso di causalità medico-legale, *conditio sine qua non* in tutti i procedimenti giudiziari. Chi mi accusava, quindi, alla fine ha dovuto pagare con migliaia di euro le consistenti spese legali stabilite dal giudice.

Un'esperienza formativa direi, che mi ha appassionato all'odontoiatria-legale e, io che sino ad allora ero teso quasi esclusivamente all'attività clinica, realizzai che i tempi stavano cambiando e forse anche a causa della crisi economica, qualche paziente poteva scivolare verso le lusinghe di un possibile guadagno monetario accusando ingiustamente me-

dici e dentisti.

Noi sanitari mai dobbiamo sottrarci al dovere di rispondere del nostro operato come pure, però, il paziente deve sottostare alle norme contrattuali che spesso colpevolmente disconosce. Il nostro libro quindi si rivolge agli operatori della salute, in primis agli odontoiatri, competenti, responsabili, onesti, attenti, sensibili alle norme codicistiche e deontologicamente perfetti, insomma a quelli comunemente detti “quelli bravi”.

Da dove si inizia?

La partita si gioca tutti i giorni in studio, ben prima di ricevere la pretesa risarcitoria. La nostra attività va impostata secondo certe regole, per orientare la documentazione clinica anche in ottica medico-legale. Questo significa semplicemente costruire per ogni paziente un archivio documentale completo, di pronta e immediata consultazione, che sarà indispensabile per dimostrare la correttezza di quanto odontoiatricamente operato secondo scienza e coscienza, o meglio secondo la medicina legale, le leggi vigenti, nonché le linee guida adeguate al caso concreto.

Con questi strumenti nelle no-

stre mani, potremo affrontare con sufficiente serenità qualsiasi richiesta risarcitoria.

Deve essere chiaro ai colleghi anche cosa non fare quando si riceve una contestazione formale da parte del paziente. Non ignorate o sottovalutate la contestazione: fare finta di nulla rischia solo di far perdere tempo nell'organizzazione della difesa e di innervosire la controparte, spingendola magari a “saltare le tappe” di un possibile tentativo di conciliazione stragiudiziale o extra-giudiziarie e rivolgersi direttamente alle vie giudiziarie.

Il secondo consiglio è quello di non prendere iniziative autonome nella gestione della contestazione, né replicare – specialmente per iscritto – alla controparte senza prima aver

consultato i propri consulenti legali e peritali: il coinvolgimento personale può far talvolta incorrere in ingenuità che possono pregiudicare una futura difesa. Sotto questo profilo, non dimenticate che anche l'uso delle email, dei social e delle app di messaggistica (come sms, WhatsApp e Messenger) è da considerarsi a tutti gli effetti uno scritto che può essere utilizzato in tribunale come mezzo di prova. L'informalità dei nuovi mezzi di comunicazione può far sottovalutare l'importanza e le possibili ripercussioni dei messaggi scambiati tramite di essi. Ogni messaggio che scrivete e inviate tramite questi canali, può essere considerato come una lettera scritta, stampata e firmata di vostro pugno.



Roberto Pistilli

Direttore f.f. UOC maxillo-facciale dell'Azienda San Camillo-Forlanini di Roma
Odontoiatra libero professionista a Roma
Docente di Patologia speciale odontostomatologica all'Unicamillus di Roma

Abbiamo imparato nel tempo che essere dei bravi clinici, scrupolosi ed eticamente corretti può non bastare ad evitare un contenzioso odontoiatrico e, nell'arco di una lunga vita lavorativa, solo chi non lavora può raccontare di non aver commesso un errore professionale. Nessuno di noi è infallibile, così come nessun intervento è esente da possibili complicanze. Inoltre, può a volte capitare che quello che a noi sembra essere un grande risultato clinico, possa essere valutato in maniera diversa dal nostro paziente. E c'è anche chi prova ad approfittarsene, intentando delle liti temerarie.

Gli autori di questo libro hanno la capacità di guidare il lettore verso una pratica clinica e professionale orientata anche in senso medico-legale, ovvero organizzata per la prevenzione ed eventuale successiva gestione del contenzioso odontoiatrico. L'obiettivo non è mai quello di sottrarsi alle responsabilità, ma piuttosto quello di difendere la propria professione da attacchi ingiusti, cosa che possiamo fare solo documentando con precisione tutto il percorso diagnostico-terapeutico effettuato, i motivi che l'hanno ispirato e tutti gli eventi che lo hanno condizionato.

Il libro così fornisce, oltre a una serie di nozioni teoriche medico-legali, molti consigli operativi e strumenti pratici per poter affrontare con equilibrio e un minimo di serenità le richieste di risarcimento. Uno per tutti è la cartella clinica. La mia lunga esperienza ospedaliera me lo conferma: è questo lo strumento indispensabile per garantire al paziente un efficace iter diagnostico-terapeutico e per documentare la correttezza e le motivazioni cliniche del proprio operato.

Perché, quando convinti del proprio operato, è importante “combattere”?

Purtroppo oggi crescono come funghi, quotidianamente, associazioni ovvero team di avvocati e medici legali che esortano – ma sarebbe più corretto dire istigano – i pazienti a intraprendere azioni tese al risarcimento di un presunto danno, addirittura cercando di esaminare comunque la documentazione clinica nella speranza di “trovare qualcosa”, facendo balenare la possibilità di un facile e cospicuo guadagno. Ciò in virtù di una legislazione che non tutela il professionista, il quale, nelle migliori ipotesi, si trova a dover affrontare lunghi procedimenti, sostenere spese di consulenze tecniche e legali che poi non sempre gli verranno risarcite, oltre a sottrarre molto tempo alla sua attività clinica.

Suggerisco di autorizzare le transazioni proposte dall'assicurazione soltanto se le cifre non umiliano la dignità professionale e non risultano lesive come immagine o reputazione del professionista e del suo studio. In caso contrario, per cifre ritenute incongrue, in possesso di documentazione probatoria dirimente ed efficace, è preferibile perseguire legittimamente giustizia nel processo civile di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis conciliativo (obbligatorio per la procedibilità della domanda secondo la legge Gelli-Bianco) e, se con esito negativo, a quello ordinario, ove il dentista, sicuro della correttezza del proprio operato, dimostrabile tramite perfette allegazioni, darà un'immagine di forza e autorevolezza che scoraggerà in itinere la pretesa risarcitoria del paziente stesso. Spegnerà inoltre sul nascere anche inutili tentativi opportunistici di quanti verranno a conoscenza dei fatti, ovvero di coloro che equiparano le assicurazioni dei professionisti a una sorta di bancomat.

In sintesi, in mancanza di documentazione probatoria è vantaggioso tentare una conciliazione equilibrata e dignitosa nei tempi brevi attraverso un accordo bilanciato tra le parti, ovvero con salvaguardia della

reputazione professionale. In possesso di allegazioni probatorie invece, che quasi sempre consentono di far distinguere un eventuale errore (evento prevedibile e prevenibile) dalla complicità (evento possibile ma non prevenibile e non evitabile), ragionevolmente si possono affrontare i gradi di giudizio in tribunale con tranquillità.

Quali sono i consigli pratici per essere in grado di affrontare con fiducia un eventuale contenzioso?

Dopo aver ritrovato la giusta serenità, magari con l'ausilio di un collega psicoterapeuta (mindfulness, se ne parla nel libro), di fronte allo shock da pec di esagerata pretesa risarcitoria, consiglio l'apertura del sinistro entro breve presso la propria assicurazione di responsabilità civile verso terzi e di tutela legale; occorre poi raccogliere i cosiddetti strumenti indispensabili, dirimenti e decisivi per la vittoria, ampiamente illustrati nel nostro libro. Questi sono:

- cartella clinica e/o scheda odontoiatrica di efficacia e valore probatorio;
 - diario clinico;
 - modulistica personalizzata di consenso informato (scritto o videoregistrato);
 - indagini strumentali con relativi referti;
 - iconografia del caso clinico;
 - modelli in gesso;
 - scansioni digitali;
 - fascicoli tecnici direttiva CEE 93/42;
 - flusso digitale del caso clinico tramite gestionale di buon livello;
 - copia contabile e relative fatture fiscali;
 - sintetica narrazione dei fatti da inoltrare al proprio legale e consulente tecnico di parte.
- Naturalmente poi riferirsi ad un consulente tecnico di parte esperto in odontoiatria legale, come pure a un medico legale con esperienza in responsabilità professionale con i quali assemblare una forte difesa, o meglio opposizione tecnico-scientifica, il tutto da fornire a un buon avvocato di fiducia... e il contenzioso non farà più paura.

Andrea Peren

Molestie sul luogo di lavoro: accade anche nello studio dentistico

Non mancano casi di molestie sessuali anche nel mondo medico e odontoiatrico, dove la vittima è (quasi) sempre una donna. Spesso non hanno il coraggio di denunciare e in questo non vengono aidate da chi condivide il luogo di lavoro



Secondo uno studio condotto nell'Unione Europea, al di fuori dell'ambiente domestico (dove si verifica la maggioranza dei casi), il 29% delle donne ha subito una molestia fisica, il 24% verbale, l'11% con mail o post social. L'autore delle molestie è solitamente un uomo che nel 32% dei casi condivide l'ambiente di lavoro della vittima. In Italia secondo un

report Istat sulle molestie del 2024, nel periodo 2022-2023 il 13,5% delle donne ha subito molestie sessuali sul lavoro (soprattutto le minori di 24 anni, 21,2%) e così anche il 2,4% degli uomini; circa la metà dei casi avviene tramite canali digitali. Il comparto sanitario non è purtroppo esente e, anzi, la facoltà di medicina, non solo in Italia, è tra quelle più

a rischio come dimostrano clamorosi casi recenti, tra cui il direttore di una scuola di specializzazione a Torino condannato a un risarcimento di 300mila euro oltre che a 18 mesi di reclusione.

Un fenomeno che non risparmia le nazioni solitamente ai vertici delle classifiche sulla qualità della vita come Svezia e Svizzera e può essere causa di disturbi come

stress post traumatico, ansia, depressione, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze.

A Occidente nulla di diverso

All'estero l'ultimo caso di cronaca arriva dalla Francia dove un dentista è stato radiato in seguito a condanna per molestie sessuali lo scorso 20 febbraio. Le vittime erano sue as-

sistenti e lo hanno denunciato per comportamenti "umilianti e a carattere sessuale", come cambiarsi senza chiudere la porta e diffondere video a contenuto pornografico attraverso Bluetooth. Il dentista ha fatto ricorso e per il momento può continuare a esercitare. Come per i casi di violenza contro i sanitari, anche per le molestie la Francia si dimostra particolarmente a rischio, tanto che l'ordine nazionale dei dentisti vi ha dedicato la copertina di un numero del suo mensile con un titolo eloquente: "Romper la legge del

silenzio". Non è la prima volta che si occupa di questi reati e nell'editoriale si legge che, sempre più spesso, le vittime sono odontoiatre che non trovano il coraggio di denunciare e in questo non vengono aidate da chi condivide il luogo di lavoro, citando il caso di un dentista che ha potuto molestare per ben dieci anni le sue assistenti. Per arginare il fenomeno in ogni ordine regionale è disponibile da tempo un referente incaricato di seguire le segnalazioni. Un caso simile è quello del dentista tedesco radiato e

Cento pagine per gestire l'imprevisto

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



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



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

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

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



PREZZO DI COPERTINA

74 euro

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria

Anno XX - numero 7 - ottobre 2025

Numero chiuso in redazione il 22 settembre



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: Livia Barengchi, Cosma Capobianco, Aldo Crespi, Stefano Daniele, 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.

condannato per avere installato una videocamera nello spogliatoio riservato a dipendenti e collaboratrici, godendosi lo spettacolo per anni prima di essere scoperto; radiazione e condanna penale anche per il collega che, più prosaicamente, l'aveva nascosta nel bagno.

Due anni di reclusione e 8mila euro di risarcimento, invece, per un altro dentista che, non accontentandosi di contemplare la bellezza di una paziente, l'aveva violentata dopo averla sedata per l'estrazione di un dente del giudizio. Pene molto più pesanti, invece, quelle applicate da un giudice di Madrid contro un dentista cinquantenne che filmava le sue assistenti mentre si cambiavano: tre anni di reclusione e 60mila euro di risarcimento, come pure quella di 8 anni di reclusione emessa da un giudice brasiliano contro un dentista, già radiato nel frattempo, che aveva abusato di una minorenne.

Anche in Polonia la giustizia ha pesantemente punito un dentista, colpevole di molestie su due pazienti: tre anni di reclusione, sospensione dalla professione per altri sei, 5mila euro di risarcimento e divieto di avvicinarsi al luogo di residenza delle vittime.

Dal Belgio proviene, infine, un esempio di giustizia “alternativa”: un dentista 36 enne con l’abitudine (seriale) della “mano lunga” è stato condannato al pagamento dei danni morali e a non potere più curare pazienti donne; alla base della sentenza la perizia psichiatrica secondo la quale la causa delle molestie non era uno stimolo libidinoso ma un disturbo della personalità. Simile la condanna per un dentista cileno che aveva molestato due minorenni: tre anni di reclusione, interdizione perpetua alla cura di minori e schedatura del suo profilo genetico.

Si è invece punito tragicamente un dentista nel Maryland suicidandosi dopo essere stato denunciato dalle sue assistenti, che avevano scoperto una videocamera nel loro spogliatoio; «il mio carattere debole e stupido mi ha portato qui» ha scritto nel biglietto di addio alla famiglia.

Da molestia a violenza

Nel nostro ordinamento giuridico si definisce molestia ogni azione o discriminazione a sfondo sessuale che offenda la dignità di una persona, ad esempio un giudizio verbale sull'aspetto fisico o una richiesta di atti sessuali. È considerata invece violenza sessuale ogni atto compiuto

con costrizione fisica o minaccia o abusando della propria posizione, come nel caso di un medico.

La definizione di atto sessuale comprende qualsiasi azione, anche fugace, che comporta il contatto corporeo violando la libertà di autodeterminazione della persona offesa. Per questo motivo sono stati riconosciuti colpevoli un dentista di Rubiera che aveva baciato una paziente (pena di un anno e due mesi di reclusione confermata in Cassazione) e un dentista di Varese che, con il pretesto della visita, aveva palpeggiato seno e cosce di una minorenne (pena di un anno e sei mesi di reclusione). Come è intuibile, in certi casi può essere impossibile accertare i fatti, come in quello verificatosi in un ambulatorio pubblico di Parma dove una giovane donna denunciò anni fa un dentista sessantenne con l'accusa di concentrarsi più sulla scollatura del vestito, allargandone i bordi, che sul suo dente cariato. Dopo una lunga serie di udienze e rinvii, l'odontoiatra fu assolto perché la ricostruzione dei fatti non convinceva neppure il pubblico ministero.

Le molestie iniziano a scuola

In base alle ricerche svolte la percentuale di studentesse (ma anche studenti) vittime di molestie sessuali nelle facoltà mediche è del 45% negli Usa, quasi il doppio delle altre; supera invece la metà in Svizzera, dove da alcuni anni le matricole vengono istruite sui comportamenti da tenere e come segnalare. Iniziative simili sono state adottate da molte università all'estero e anche in Italia cominciano a diffondersi come il progetto europeo UNI4Equity, cui partecipa l'università di Verona. Tra gli obiettivi vi sono la diffusione della conoscenza del fenomeno, la formazione del personale e il supporto a vittime e testimoni.

Una curiosa eccezione proviene da una ricerca svolta nella facoltà di odontoiatria a san Paolo del Brasile: su 208 questionari raccolti anonimamente (65,9% donne) i più molestati sono risultati gli studenti (15,5%) contro solo il 5,9% delle studentesse. Tra gli autori delle molestie non solo docenti e compagni di corso, ma pure pazienti. Nella stessa metropoli si ha notizia di un altro caso di molestie, in cui questa volta era una dentista ad aver palpeggiato i suoi dipendenti, obbligati anche ad alzarle la gonna e a toccarla, insultando chi si rifiutava.

Complimenti o molestia?

Qualcosa della “pruderie” di epoca vittoriana è ancora presente nell’attuale Regno Unito, come dimostra il caso di un dentista sospeso per 12 mesi dopo avere, secondo lui, fatto due “complimenti” a un’assistente alla poltrona appena assunta che, invece, le ha ritenute contrarie alla deontologia. La soglia tra una molestia verbale e un complimento con citazione letteraria e sottilmente allusivo (e in questo caso pure divinatorio) può essere scivolosa ma, nel caso di *Alberts vs General Dental Council* (ente che sovrintende a tutte le professioni odontoiatriche sul cui sito è consultabile la versione integrale del procedimento) la sanzione inflitta appare decisamente sproporzionata, almeno nel nostro fuso orario. Le nostre lettrici diranno se presenterebbero una

querela per queste frasi: «*How lovely your eyes are*», «*Your eyes are like the snake from the Jungle Book. If I look into them for too long, I'll get into trouble*». Il parlamento britannico ha approvato col Worker Protection Act del 2023 una serie di norme che obbligano qualunque datore di lavoro ad attuare una serie di misure per prevenire le molestie.

Dalle caverne a oggi

Alla base di queste azioni c'è anche l'ancestrale posizione di subalternità della donna risalente ai tempi in cui l'uomo era cacciatore (in tutti i sensi) e la donna custodiva prole e fuoco nella caverna. Tale modello preistorico ancora sussiste negli ambienti con forte struttura gerarchica dove il capo (primario, direttore generale, comandante della caserma, ecc.) è attorniato da

gregari che obbediscono fedelmente e ne imitano i comportamenti, tutti sicuri della protezione garantita dalla cultura del silenzio che condanna chi parla. A questo in Italia si aggiungevano fino a poco tempo fa norme e sentenze più favorevoli all'aggressore che alla vittima; basti pensare al fatto che la violenza sessuale era considerata reato contro il buon costume e non contro la persona fino al 1996 o alla famigerata sentenza di un tribunale del 1999, quando uno stupratore fu assolto perché «i jeans non possono essere sfilati nemmeno in parte se chi li indossa non dà una fattiva collaborazione». La Cassazione provvide poi a fare chiarezza stabilendo che la testimonianza di una donna «non può essere messa in dubbio perché indossava i pantaloni e per esserseli sfilati». La cul-

tura del silenzio è comunque un fenomeno complesso, come dimostra un'interessante ricerca (1) condotta nelle università svedesi appena pubblicata che conferma i risultati disponibili per gli Usa. Infatti, tra i lavoratori solo il 38% delle vittime ne parla con qualcuno (familiari, colleghi, ecc.), mentre tra gli studenti la percentuale scende all'11,2% e chi denuncia è soltanto il 17,3% dei lavoratori e il 4% degli studenti.

Cosma Capobianco
Odontoiatra

1) Östergren PO et al. What determines the 'culture of silence'? Disclosing and reporting sexual harassment among university employees and students at a large Swedish public university. PLoS One. 2025 Mar 26;20(3):e0319407.

aminogam[®]

collutorio

COADIUVANTE NEI PROCESSI DI RIGENERAZIONE DELLA MUCOSA GENGIVALE

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

Acido ialuronico

+

Aminoacidi

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

PRINCIPALI CAMPI D'IMPIEGO

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



Fabbricante



IN FARMACIA



**LA LINEA SI COMPLETA
CON IL GEL E LO SPRAY
AMINOGAM**

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 hematopoietic 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.





Vuoi approfondire il
mondo Geistlich ONE?
Inquadra il QR code!



Geistlich

Mastelli
At the origin of regeneration



Geistlich ONE

Le soluzioni sicure che
guidano l'innovazione!



MCbio

PRUDENTIX
Innovative dental products



IL FUTURO DELL'ODONTOIATRIA RIGENERATIVA E IMPLANTARE, PENSATO PER OFFRIRE RISULTATI UNICI E DURATURI.

La sinergia tra prodotti d'eccellenza come Geistlich Bio-Oss® e Geistlich Bio-Gide®, innovazioni all'avanguardia come i polinucleotidi contenuti in REGENFAST®, l'approccio rivoluzionario alle malattie peri-implantari di PreBiomics Implant Test™, le griglie in titanio personalizzate Yxoss CBR® e l'impianto digitale TRI matrix®, ridefinisce il futuro dell'odontoiatria rigenerativa e implantare.

Un approccio unico che combina avanzamento tecnologico e risultati clinici del più alto livello.

Un approccio integrato, fondato su valori concreti:



PREDICIBILITÀ



SICUREZZA E
QUALITÀ



EFFICIENZA



ESTETICA



PERSONALIZZAZIONE

IL FUTURO OGGI!

Geistlich
leading regeneration

Diagnosi di Mih, migliore classificazione è quella Eapd

La classificazione clinica più semplice ed efficace dei casi di molar incisor hypomineralization è quella proposta dalla European Accademy of Paediatric Dentistry, che distingue in quadri di Mih lieve e severa

La molar incisor hypomine-ralization (Mih) è una condi-zione patologica pre-eruttiva, che si manifesta in età pedia-trica, interessante lo smalto dentale. È definita come una condizione caratterizzata dal-la presenza di una o più aree di smalto dentale ipominera-lizzato che si rende manifesta a carico dei primi molari per-manenti, con una frequente associazione dello stesso di-fetto a livello degli incisivi centrali permanenti.

Il grado di severità del quadro clinico è variabile e dipende da come si presentano l'area o le aree di smalto dentale ipomineralizzato. All'osservazione è possibile notare un'area di smalto ipomine-ralizzato caratterizzato dalla presenza di macchie di colore bianco-brunastro (proble-ma estetico), fino ad arrivare a situazioni dove lo smalto dentale affetto da Mih si dis-sgrega, soprattutto a livello dei molari quando trovano il contatto occlusale con gli elementi dentali antagonisti (post eruptive breakdown). Nelle situazioni di disgrega-zione dello smalto dentale ipomineralizzato si assiste, inevitabilmente, all'esposi-zione della dentina e dunque



Fig. 1: quadro di Mih severo con disgregazione dello smalto dentale a carico del primo molare inferiore permanente

alla comparsa di fenomeni di ipersensibilità dentinale. Nelle zone dove lo smalto dentale affetto da Mih si disgrega, si generano dei contorni frastagliati con superfici dentali irregolari o addirittura cavitare, condizioni che predispongono allo sviluppo di una lesione cariosa con esiti che possono anche portare alla perdita dell'elemento dentale.

La classificazione Eapd
La European Accademy of Paediatric Dentistry (Eapd) è stata la prima associazione scientifica, nel suo seminario e workshop di Helsinki nel 2010, a pubblicare una classificazione dei quadri clinici di

Mih con precise indicazioni di trattamento. Nel tempo sono molte le classificazioni comparse in letteratura scientifica, considerando diversi outcome clinici. Alcune di queste, tuttavia, appaiono abbastanza complicate e per nulla intuitive per poter classificare in maniera chiara e semplice il quadro clinico. Nel 2019 la Eapd ha incaricato due esperti di aggiornare la guida clinica prodotta in passato focalizzando l'attenzione su due aspetti: i possibili fattori eziologici responsabili della comparsa dei quadri di Mih e le diverse soluzioni terapeutiche applli-

cabili in base alla severità del quadro clinico. Dopo otto mesi di lavoro per realizzare due revisioni sistematiche e metanalisi sul panorama clinico della Mih (1, 2), gli autori hanno valutato ogni singola procedura operativa. Dopo il consenso da parte dell'Eapd, i due lavori sono stati impiegati per produrre una nuova guida di pratica clinica sulla classificazione, le ipotesi eziologiche e i migliori approcci di trattamento dei quadri di Mih. Ne è uscita una classificazione semplificata e intuitiva dei diversi quadri di Mih e del loro grado di severità. Nello specifico, gli outcome

considerati sono stati la presenza di macchie bianche/brunastre sullo smalto dentale piuttosto che la disgregazione dello stesso, la presenza importante o meno di fenomeni di ipersensibilità e per ultimo l'impatto estetico. Tramite questi tre semplici outcome, i quadri di Mih sono stati classificati in lievi o severi.

Stefano Daniele
Odontoiatra

1) Somani C, Taylor GD, Garot E, Rouas P, Lygidakis NA, Wong F. An update of treatment modalities in children and adolescents with teeth affected by molar inci-

sor hypomineralisation (MIH): a systematic review. Eur Arch Paediatr Dent. 2022 Feb;23(1):39-64. 2) Garot E, Rouas P, Somani C, Taylor GD, Wong FSL, Lygidakis NA. An update of the aetiological factors involved in molar incisor hypomineralisation (MIH): a systematic review and meta-analysis. Eur Arch Paediatr Dent. 2022 Feb;23(1):23-38. 3) Lygidakis NA, Garot E, Somani C, Taylor GD, Rouas P, Wong FSL. Best clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar-incisor-hypomineralisation (MIH): an updated European Academy of Paediatric Dentistry policy document. Eur Arch Paediatr Dent. 2022 Feb;23(1):3-21.



Stefano Daniele

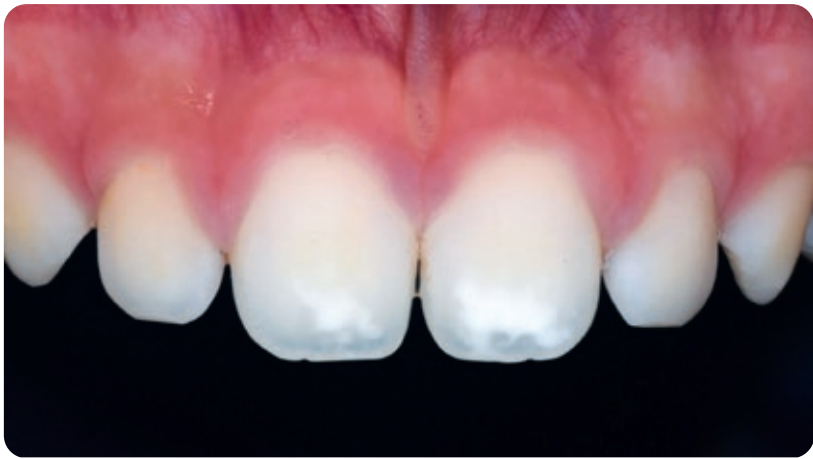


Fig.2: lo stesso bambino che evidenzia opacità marcate a carico degli incisivi frontali, che possono rappresentare un problema estetico di relazione sociale

SEVERITÀ	CARATTERISTICHE
Quadri di Mih lieve	- Aree di smalto dentale opaco (bianco/brunastro) demarcato ma senza perdita di sostanza (enamel breakdown) - Ipersensibilità dentinale indotta da stimoli evocativi esterni (aria e acqua fredda) ma non conseguente allo spazzolamento dei denti - Lievi problemi estetici di discolorazione sugli incisivi centrali
Quadri di Mih severa	- Aree di smalto dentale opaco brunastro /marrone con perdita di sostanza dentale (enamel breakdown) e presenza di lesione cariosa. - Ipersensibilità dentinale spontanea e persistente in grado d'influenzare la funzione dentale del bambino (masticazione, spazzolamento dei denti). - Importanti problemi estetici sugli incisivi centrali in grado d'influenzare la vita di relazione sociale del bambino.

Classificazione Eapd dei quadri clinici di Mih (Oslo 2022)

DentalAcademy.it

700

CASI CLINICI ONLINE!

LEGGI E COMMENTA

Ti presentiamo
Midas



Progetta e
stampa le tue
protesi in pochi
minuti

DENTALEVIDENCE

REVIEW DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

ODONTOIATRIA PEDIATRICA

Ansia odontoiatrica, anche il colore del camice conta

Uno studio turco, comparso sulle pagine di *Bmc Oral Health*, ha indagato in modo approfondito l'influenza del colore del camice del dentista sull'ansia nei bambini, utilizzando una combinazione di metodi psicometrici, proiettivi e fisiologici per ottenere una valutazione quanto più completa possibile. I partecipanti, bambini di età compresa tra 6 e 12 anni, sono stati divisi in due gruppi in base al colore del camice dell'odontoiatra, bianco o colorato (rosa), e sono stati sottoposti a due appuntamenti distinti: una visita di controllo e un trattamento preventivo non invasivo.

I risultati mostrano in modo significativo che i livelli di ansia erano maggiori nei bambini visitati da dentisti in camice bianco rispetto a quelli del gruppo con camice colorato, sia prima della visita che prima del trattamento. Anche i disegni realizzati dai bambini hanno evidenziato punteggi di ansia inferiori dopo il trattamento nel gruppo del camice colorato. Dal punto di vista fisiologico, la frequenza del polso prima e dopo entrambi gli appuntamenti risultava costantemente più alta nel gruppo del camice bianco, a indicare una maggiore attivazione simpatica legata allo stress. Sebbene non siano emerse differenze significative nei valori di pressione arteriosa sistolica e di saturazione di ossigeno, i valori di diastolica risultavano più variabili nel gruppo colorato, probabilmente per fattori individuali non direttamente controllabili nello studio.

L'importanza della componente visiva nella percezione del dentista da parte del bambino è stata sottolineata anche dalla



scelta del colore rosa come camice testato, sulla base di precedenti ricerche che associavano questo colore a emozioni positive e rassicuranti. La letteratura, infatti, evidenzia che le uniformi vivaci e amichevoli, come il rosa o l'azzurro, sono generalmente preferite dai bambini e aiutano a contenere stati d'ansia, soprattutto nei soggetti più suscettibili o con esperienze odontoiatriche pregresse negative. Lo studio ha volutamente escluso trattamenti invasivi o dolorosi e ha utilizzato la tecnica "tell-show-do", proprio per isolare l'effetto del colore del camice come variabile di interesse.

I risultati confermano dunque che anche elementi apparentemente secondari, come l'abbigliamento del clinico, possono influenzare significativamente l'esperienza del paziente pediatrico. Nonostante alcune limitazioni, come l'uniformità del sesso e dell'abbigliamento dell'operatore e la provenienza del campione da un unico centro universitario, lo studio rappresenta un contributo innovativo, essendo il primo a integrare tre diverse modalità di valutazione dell'ansia legata all'aspetto del medico. In un'ottica preventiva e non solo terapeutica, questi dati invitano a una riflessione più ampia sulla comunicazione visiva e simbolica in ambito pediatrico.

Giampiero Pilat

Kilic E, Aydinoglu S, Gunacar DN. White vs. colored coats: Which reduces dental anxiety better? *BMC Oral Health*. 2025 Apr 29;25(1):661.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

RESTAURI PARZIALI IN DISILICATO DI LITIO: PARI MERITO TRA PRESSOFUSIONE E BLOCCHI FRESATI

Condizione clinica

Il disilicato di litio è un materiale ceramico a matrice vetrosa impiegato da alcuni anni in odontoiatria per la realizzazione di manufatti protesici metal free parziali o completi, sia dei settori anteriori che posteriori. La produzione dei manufatti a base di disilicato di litio può avvenire mediante due procedure di laboratorio completamente diverse tra loro. Il disilicato di litio pressofuso è fornito sottoforma di cialde che vengono riscaldate ad alta temperatura, portate allo stato liquido e successivamente iniettate in uno stampo riproducibile, in negativo, la forma del manufatto protesico metal free. Il procedimento ricorda quello della

fusione a cera persa ove, tuttavia, al posto della lega metallica è presente un materiale ceramico reso fluido dalle alte temperature. Nell'altra procedura di manipolazione, i manufatti sono prodotti a partire da un blocco di disilicato di litio che, attraverso procedure di fresatura, subisce una riduzione sottrattiva del materiale fino ad ottenere il manufatto finale. Il disilicato di litio pressofuso presenta migliori proprietà meccaniche rispetto alla manipolazione per fresatura, mentre il vantaggio della procedura di fresatura dei blocchi è una maggior velocità nella produzione del manufatto, sia per i procedimenti di fresatura sia per l'intero flusso di lavoro gestito attraverso procedimenti Cad/Cam.

Dati di evidenza scientifica

Uno studio clinico randomizzato con gruppo di controllo, con follow-up ultimo a 4 anni, ha valutato la sopravvivenza e il successo di manufatti protesici parziali in disilicato di litio realizzati con le due metodiche sopra descritte. Sono stati reclutati 60 soggetti coinvolti nella realizzazione di un restauro parziale in disilicato di litio, 29 su premolari e 31 su molari permanenti. Tra i criteri d'inclusione sono stati presi in considerazione un buon livello d'igiene orale, un buono stato di salute parodontale (sanguinamento al sondaggio < 10%), l'assenza di lesioni cariose penetranti, l'assenza di fenomeni di parafunzione masticatoria e infine uno spessore di dentina residua tra lo spazio pulpale e il tetto della camera pulpale non inferiore a 0,5 mm. Il gruppo studio era rappresentato da 30 manufatti parziali realizzati con la procedura di pressofusione del disilicato di litio, mentre il gruppo controllo da 30

manufatti parziali realizzati mediante fresatura. Per successo s'intendeva la permanenza in situ del restauro senza aver manifestato alcuna complicanza biologica (di natura pulpale) o meccanica (frattura parziale, scheggiatura o decementazione), mentre per sopravvivenza s'intendeva la permanenza in situ del restauro sul quale, però, è stato necessario intervenire per complicanze biologiche (terapia canalare) o meccaniche (riparazione di aree scheggiate o fratturate). I risultati dello studio clinico hanno mostrato, al follow-up ultimo a 4 anni, una percentuale di sopravvivenza dei restauri parziali pari al 100% senza significative differenze statistiche ($p < .05$) tra le due procedure di manipolazione del disilicato di litio. Una sopravvivenza pari al 90% è stata individuata per i manufatti di entrambi i gruppi.

Implicazioni cliniche

- 1) I restauri parziali in disilicato di litio possono essere realizzati sia impiegando una procedura di pressofusione sia impiegando metodologie Cad/Cam di fresatura di blocchi precostituiti di materiale.
- 2) I manufatti parziali in disilicato di litio presentano una percentuale di sopravvivenza pari al 100% dopo 4 anni di servizio clinico, senza differenze significative dal punto di vista statistico tra le due modalità di lavorazione.

Fonte: Ferrari-Cagidiaco E, Verniani G, Keeling A, Zarone F, Sorrentino R, Manfredini D, Ferrari M. A randomized controlled clinical trial on press and block lithium disilicate partial crowns: A 4-year recall. *Am J Dent*. 2024 Apr;37(2):85-90.

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

1A

→

1B

←

2A

2B

3A

3B

4

5

IMPLANTOLOGIA

Microparticelle di titanio sono presenti nei tessuti perimplantari, ma sembra non abbiano alcun impatto clinico

La presenza di microparticelle di titanio nei tessuti molli perimplantari è un fenomeno costante, riscontrabile anche in assenza di segni clinici di infiammazione. È quanto emerge da uno studio condotto presso la Sahlgrenska Academy dell'Università di Göteborg, recentemente pubblicato su *Communications Medicine*. Oltre a produrre una documentazione istologica della presenza di particelle, i ricercatori hanno individuato 14 geni con espressione modulata in relazione alla concentrazione di titanio nel tessuto, suggerendo un possibile impatto biologico locale ancora da chiarire.

Lo studio ha incluso 21 pazienti con impianti dentali multipli adiacenti. Sono stati prelevati campioni biotici da siti affetti da perimplantite e da siti clinicamente sani, all'interno dello stesso paziente, permettendo un controllo intra-individuale. L'analisi della distribuzione e densità delle particelle di titanio è stata eseguita in collaborazione con l'Università di Uppsala tramite tecnologia μ -Pixe (micro-particle induced X-ray emission), in grado di mappare con alta precisione la presenza di metalli nei tessuti biologici.

Ebbene, le microparticelle di titanio sono state rilevate in tutti i campioni analizzati, indipendentemente dalla presenza di infiammazione o perdita ossea. La densità delle particelle variava significativamente tra i pazienti, ma non tra i siti infiammati e quelli non infiammati all'interno dello stesso soggetto, tanto che lo studio conclude dicendo che «I risultati attuali indicano che le microparticelle di titanio si trovano comunemente nei tessuti che circondano gli impianti dentali e non sono associate all'insorgenza di perimplantite».



Inoltre, mediante analisi trascrittomica, è stata osservata una modulazione dell'espressione genica in relazione alla carica di titanio tissutale. In particolare, sono stati identificati 14 geni con espressione alterata, la maggior parte dei quali coinvolti nei pathway dell'infiammazione e della riparazione tissutale. L'identificazione di particelle di titanio anche in siti clinicamente sani solleva interrogativi circa il ruolo che tali microparticelle potrebbero avere nella modulazione della risposta immunitaria locale e nella predisposizione alla malattia.

Secondo **Tord Berglundh**, professore di parodontologia e responsabile dello studio, «il titanio rimane un materiale altamente biocompatibile e sicuro, ma è fondamentale com-

prendere meglio il destino e gli effetti delle sue microparticelle rilasciate durante l'inserimento implantare o a seguito di micromovimenti meccanici e fenomeni tribocorrosivi».

Un ulteriore elemento di interesse riguarda la variabilità osservata nella densità delle particelle in funzione del sistema implantare utilizzato, suggerendo che le caratteristiche della superficie implantare possano influenzare il rilascio di microdetriti metallici. Questo aspetto potrebbe assumere rilevanza nella scelta del tipo di impianto in pazienti predisposti a reazioni infiammatorie.

Anche se i risultati dello studio non suggeriscano un rischio clinico immediato, pongono le basi per future ricerche sui meccanismi molecolari alla base della risposta ai detriti metallici. Resta da determinare se le differenze osservate nell'espressione genica siano causalmente legate alla presenza di titanio o rappresentino una variabilità individuale nei pattern infiammatori.

Lo studio rilancia l'interesse per il ruolo dei materiali nella biologia perimplantare e conferma l'importanza di un approccio multidisciplinare – clinico, istologico, molecolare – nella valutazione degli impianti dentali a lungo termine.

Renato Torlaschi

Dionigi C, Nagy G, Derks J, Ichioka Y, Tomasi C, Larsson L, Primetzhofer D, Berglundh T. Titanium micro-particles are commonly found in soft tissues surrounding dental implants. *Commun Med (Lond)*. 2025 Mar 18;5(1):78.

RISCHIO PROFESSIONALE

Ogni dentista produce oltre 880 kg di rifiuti polimerici l'anno con impatto ambientale e sull'inquinamento indoor

Nella pratica odontoiatrica moderna, i materiali polimerici sono onnipresenti: dispositivi di protezione individuale, barriere contro le infezioni, confezionamenti e strumenti intraorali derivano tutti da composti monomerici polimerizzati. L'emergenza Covid19 ha accentuato l'uso di articoli monouso, generando un aumento dei rifiuti e difficoltà nella filiera di approvvigionamento.

Per **Livia Barenghi**, esperta di sicurezza in ambito odontoiatrico, a seguito dell'obiettivo indicato dall'UE di ridurre l'inquinamento da microplastiche del 30% entro il 20230 per gli effetti sulla salute umana, è cresciuto l'interesse di strategie per ridurre l'impatto sul cambiamento climatico (impronta di carbonio) a seguito di cure dentali professionali e dell'igiene orale domiciliare (1,2) e dei rifiuti, in particolare dei materiali plastici polimerici utilizzati e dei loro prodotti di degradazione, micro ($\varnothing < 5$ mm) e nanoplastiche ($\varnothing < 1$ μ m) e additivi chimici (carcinogeni, neurotossine, disturbarori metabolismo endocrino). Infatti, ridurre l'utilizzo di monouso in materiale polimerico non biodegradabile, ridurrebbe la necessità del loro incenerimento e quindi la presenza di inquinanti aerei tossici (come la diossina) e/o la presenza di microplastiche nell'ambiente terrestre e acquatico, recentemente associate al problema dell'antibiotico-resistenza.

BDJ Open ha riportato una revisione sistematica (3) condotta presso l'Università Artica della Norvegia che ha evidenziato come la quantità di rifiuti polimerici prodotti dalle cliniche odontoiatriche sia considerevole e ancora poco studiata in maniera omogenea. I dati disponibili, raccolti da trenta studi internazionali, mostrano una produzione giornaliera variabile tra 81 e 384 grammi di rifiuti polimerici per sala operativa, con notevoli differenze dovute ai protocolli adottati e ai tipi di intervento. Non solo: particelle micro e nanometriche di ma-

teriali plastici sono state rilevate nell'aria interna alle cliniche, sollevando interrogativi sull'esposizione professionale e sull'inquinamento indoor.

La complessità della questione è aggravata dalla frammentazione dei metodi di rilevazione: pesatura diretta, conteggio degli articoli usati, inventari pre/post intervento o consultazione di documenti di smaltimento. Nessuna di queste modalità si è affermata come standard, e la mancanza di distinzione tra polimeri monomateriali riciclabili e materiali compositi ne complica ulteriormente l'analisi. Inoltre, molti audit ignorano l'incidenza ambientale di imballaggi e barriere protettive, sottostimando il carico effettivo dei rifiuti. In parallelo, il livello di conformità dei professionisti alla corretta separazione e conferimento dei materiali è scarsamente documentato, pur essendo un fattore cruciale nella gestione sostenibile del flusso dei rifiuti.

Le discrepanze tra studi pubblici e privati, tra contesti urbani e

rurali, e tra normative nazionali, rendono difficile confrontare i dati su scala internazionale. Nello specifico caso norvegese, si stima che un dentista produca oltre 880 kg di rifiuti polimerici l'anno, che possono salire a 1650 kg in condizioni pandemiche. Tra i materiali più problematici figurano gli elastomeri per impronta: siliconi, polisolfuri e poliesteri progettati per non degradarsi, spesso usati in combinazione con portaimpronte monouso, che complicano ulteriormente lo smaltimento.

Non meno critico è il tema della produzione: i dispositivi odontoiatrici a base polimerica richiedono processi industriali ad alta intensità energetica per garantire purezza e biocompatibilità, con un impatto ambientale significativo. Purtroppo, l'assenza di dati pubblici sull'impronta ecologica di tali prodotti rende difficile una valutazione consapevole da parte dei professionisti.

Alla luce di queste evidenze, emerge con chiarezza la necessità di un cambiamento strutturale ed organizzativo. Secondo gli autori della revisione, occorre promuovere pratiche cliniche più sostenibili, investire in materiali più facilmente riciclabili e sviluppare protocolli di gestione dei rifiuti che tengano conto della composizione chimica, oltre che del rischio biologico.

Giampiero Pilat



1) Guerra M et al. Integrating sustainability in dentistry: a pathway towards achieving the UN 2030 agenda. *Front Oral Health*. 2025;6:1549020.

2) Bolten A et al. The carbon footprint of the operating room related to infection prevention measures: a scoping review. *J Hosp Inf*. 2022;128:64-73.

3) Gussgard AM, Jokstad A. Polymer waste and pollution in oral healthcare clinics: a systematic review. *BDJ Open*. 2025 May 25;11(1):52.

LA SENSIBILITÀ HA I MINUTI CONTATI.

REMINERALIZZA E MANTIENE A LUNGO I RISULTATI.



ATTIVITÀ
• REMINERALIZZANTE
BIOMIMETICA.

AZIONE
• DESENSIBILIZZANTE
PROLUNGATA.

• 3 BREVETTI E
24 STUDI CLINICI.

CURASEPT BIOSMALTO LINEA DENTI SENSIBILI

Numerosi studi clinici attestano che la linea **CURASEPT BIOSMALTO Denti Sensibili** grazie alla sua formulazione brevettata con Idrossiapatiti parzialmente sostituite e sali di Potassio **occlude i tubuli dentinali sin dal primo trattamento** con una riduzione quasi immediata della sensibilità. È dimostrata inoltre una **remineralizzazione duratura** delle superfici dentarie e una resistenza prolungata agli attacchi acidi.



LA SCIENZA NON MENTE

Inquadra il QR Code e registrati alla sezione contenuti extra. Potrai consultare il folder clinico Biosmalto con gli studi scientifici di riferimento.



curaseptspa.it

Diabete e malattia parodontale: dall'evidenza scientifica alla gestione clinica personalizzata

Dottorssa Ferrara, dal suo punto di vista, come si applica l'evidenza scientifica attuale sulla relazione tra diabete e malattia parodontale nel management del paziente?

La forza della ricerca nel generare *insight* da dati medici complessi per guidare le decisioni cliniche deve essere bilanciata dalla valutazione individuale del paziente, che comporta l'analisi dei rischi per esprimerne una stratificazione che guidi il clinico verso la comprensione dei fattori che modellano anche relazioni complesse con altre comorbidità legate al diabete, monitorando la risposta al trattamento e fornendo un iter terapeutico personalizzato.

Una corretta anamnesi con l'attenzione al tempo di insorgenza della malattia diabetica e valori di laboratorio, congiuntamente a una scrupolosa valutazione parodontale, completano un'azione transdisciplinare centrata sul paziente per la gestione della malattia parodontale con diagnosi di diabete integrando dati clinici con fattori di rischio non tradizionali. Il ripristino della salute parodontale in un soggetto affetto da diabete o ad alto rischio di insorgenza della patologia metabolica ha il potenziale di mitigare il carico infiammatorio sistemico, determinante nella compromissione dell'azione dell'insulina.

Quali sono le manifestazioni orali tipiche nel paziente affetto da diabete a cui porre attenzione?

Oltre la malattia parodontale, principale complicanza ora-

le attribuita al diabete, la letteratura scientifica mostra una elevata prevalenza di alterazioni correlate allo scarso controllo glicemico, quali: infezioni fungine orali come la candidosi orale, ipofunzione salivare, che può essere responsabile della xerostomia e alterazioni della composizione della saliva, una maggiore suscettibilità all'insorgenza di carie, nonché una maggiore prevalenza di lesioni periapicali.

I possibili meccanismi che spiegherebbero l'aumentata predisposizione alle complicanze orali includono le tipiche caratteristiche fisiopatologiche del diabete, tra cui la disregolazione immunitaria, la vasculopatia e la neuropatia.

Cosa cambia nella gestione clinica del paziente diabetico rispetto al paziente sano?

Il diabete evidenzia un'epidemia crescente, pertanto si parla di una condizione relativamente comune che impone in primo luogo la conoscenza della gestione delle alterazioni fisiopatologiche che influiscono sull'insorgenza della malattia parodontale e delle alterazioni orali succitate. La ridotta capacità di difesa dell'ospite che include la soppressione della produzione di citochine, difetti nella fagocitosi, disfunzione delle cellule immunitarie e incapacità di eliminare agenti patogeni, coinvolge tutti i distretti corporei e le strutture di supporto parodontale sono direttamente coinvolte.

La malattia, insieme alle sue molteplici complicanze, pone la necessità di agire con una strategia ben definita che si



Elisabetta Ferrara
Igienista dentale presso
l'UOC di Odontostomatologia
dell'Ospedale S.S. Annunziata
di Chieti
Professore a contratto presso
l'Università G. D'Annunzio
di Chieti

differenza dal paziente sano per una maggiore incisività e un monitoraggio a intervalli ravvicinati laddove si assista alla manifestazione di una parodontopatia in un paziente con scarso controllo glicemico.

È opportuno che il trattamento professionale sia sostenuto da un controllo domiciliare da parte del paziente con l'ausilio di dispositivi medici favorenti la guarigione tissutale, come un collutorio a base di perossido d'idrogeno, acido ialuronico e glicina.

Perché prescrive Euclorina Gengive al paziente affetto da diabete?

L'istruzione e formazione del paziente, nel contesto più ampio della motivazione, consolidano i risultati di un buon trattamento professionale; a questo però vanno sempre associati degli ausili non soltanto meccanici, ma che abbiano la capacità di sostenere il processo di guarigione dei tessuti. Il paziente diabetico in particolare, necessita di soluzioni che accelerino la fase di rigenerazione tissutale.

Nell'ultimo anno ho avuto modo di sperimentare l'efficacia del collutorio Euclorina Gengive nel trattamento del paziente affetto da diabete. Clinicamente ho riscontrato una contrazione sensibile dei tempi di risoluzione della flogosi in seguito a trattamento parodontale non chirurgico che, notoriamente, richiede tempi di guarigione dilatati nel soggetto diabetico, e un'aderenza alla terapia domiciliare elevata in ciascun paziente, grazie alla significativa riduzione del dolore in tempi brevi e alla sensazione di benessere immediata.

La possibilità di poter protrarre i risciacqui con Euclorina Gengive per 30 giorni, offre al paziente e al clinico la sicurezza di un supporto benefico al trattamento ambulatoriale. Inoltre, l'assenza di pigmentazioni e ulteriori effetti collaterali garantisce un utilizzo appropriato da parte del paziente.

Bibliografia

- 1) Arkan MC, Hevener AL, Greten FR, Maeda S, Li ZW, Long JM, Wynshaw-Boris A, Poli G, Olefsky J, Karin M. IKK-beta links inflammation to obesity-induced insulin resistance. *Nat Med*. 2005 Feb;11(2):191-8.
- 2) Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Mankrikakis K, Taylor R. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*. 2012 Jan;55(1):21-31.
- 3) Persson GR. Diabetes and periodontal disease: an update for HealthCare Providers. *Diabetes Spectrum*. 2011;24(4):195-8.
- 4) Loe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1993 Jan;16(1):329-34. PMID: 8422804.
- 5) Battancs E, Gheorghita D, Nyiraty S, Lengyel C, Eördegh G, Baráth Z, Várkonyi T, Antal M. Periodontal Disease in Diabetes Mellitus: A Case-Control Study in Smokers and Non-Smokers. *Diabetes Ther*. 2020 Nov;11(11):2715-2728.



Alert dalla European Society for Ceramic Implantology: «problemi di approvvigionamento degli impianti ceramici»



La European Society for Ceramic Implantology (Esci) segnala l'attuale carenza di fornitura degli impianti ceramici.

Per l'Esci negli ultimi anni la richiesta di impianti in zirconia è aumentata in maniera significativa; il conseguente incremento della domanda, associato a interruzioni delle catene di approvvigionamento e a limitate capacità produttive, ha portato oggi a significative difficoltà nella distribuzione. In aggiunta, due produttori leader nel settore hanno contribuito a generare incertezza sul mercato: CeramTec Schweiz GmbH ha cessato la vendita diretta del sistema implantare Zeramex XT, mentre il Gruppo Straumann ha ritirato dal mercato l'impianto ceramico Pure, noto e supportato da solide evidenze scientifiche.

«Questi sviluppi hanno avuto ripercussioni sul trattamento dei pazienti che necessitano di una soluzione implantare metal-free – scrive l'European Society for Ceramic Implantology in una nota –. Alcune misure implantari e componenti protesici comunemente utilizzati risultano attualmente disponibili solo in quantità limitate o addirittura irrimediabili, compromettendo così la pianificazione terapeutica, la sicurezza della terapia e la fiducia dei pazienti sia nei confronti del clinico sia dell'implantologia ceramica. Inoltre, l'intero settore si trova a dover affrontare un interrogativo cruciale circa la propria rilevanza, se anche sistemi consolidati vengono improvvisamente ritirati dal mercato o resi indisponibili per cessazione delle vendite dirette da parte dei produttori».

L'Esci afferma di essere in stretto contatto con i produttori e i distributori e segue con attenzione l'evoluzione della situazione. In particolare, sottolinea il ruolo di CeramTec Schweiz GmbH, che non solo produce e commercializza il sistema Zeramex XT, ma è anche il produttore dei sistemi Ceralog Progressive-Line (Camlog AG), NobelPearl (Nobel Biocare) e SICwhite (SIC invent). «A causa dei colli di bottiglia produttivi di CeramTec, anche questi brand risultano indirettamente coinvolti, con potenziali ricadute sulla fiducia dei pazienti finali e sull'immagine dei rispettivi marchi». Alla luce dell'aumento della domanda globale, della limitata disponibilità delle materie prime e della necessità di riorganizzare i processi produttivi, CeramTec Schweiz GmbH sta attualmente investendo in modo significativo nell'ampliamento della propria capacità produttiva e si prevede una normalizzazione entro la fine del 2025. Per concentrare risorse su tali attività strutturali, l'azienda ha interrotto la vendita diretta del sistema Zeramex XT. Il Gruppo Straumann avrebbe invece deciso di interrompere la produzione della linea implantare Pure per motivazioni strategiche interne e di mercato, proponendo solo il sistema ceramico bifasico Neodent.

«L'attuale "fase di flessione" dell'implantologia ceramica non è determinata da scarsa domanda, da difetti qualitativi o da esperienze cliniche negative, ma al contrario da un eccesso di domanda in rapida crescita, incontratasi con colli di bottiglia nell'approvvigionamento delle materie prime, capacità produttive non ancora adeguate e processi di ristrutturazione aziendale» scrive l'Esci, che raccomanda a tutti i clinici, in questa fase transitoria, di rimandare le terapie implantari o comunque di procedere all'inserimento di impianti ceramici solo se l'intero set di componenti protesici necessari è già disponibile in studio o garantito a breve termine. L'Esci, ove possibile, faciliterà lo scambio solidale di componenti tra colleghi, in collaborazione con le aziende produttrici, pur non svolgendo direttamente funzioni distributive.

Indagine Aio-Pierrel su 500 pazienti: tumori del cavo orale sono asintomatici e non sempre legati a fattori di rischio

Ogni anno, oltre 4.000 italiani ricevono una diagnosi di tumore del cavo orale, una delle minacce più insidiose per la salute pubblica. Le ricerche ne collegano l'insorgenza a diversi fattori: virus come il papilloma, predisposizione genetica e familiarità, consumo di alcol e fumo, scarsa igiene orale, uso di protesi incongrue o un elevato apporto di zuccheri. Tuttavia, una parte significativa dei pazienti non presenta alcun fattore di rischio noto. Eppure, può svilupparsi – se non tumori – condizioni precancerose o comunque meritevoli di attenzione clinica. Inoltre, questi disturbi si manifestano raramente con sintomi evidenti. Per questo, lo studio del dentista di fiducia può diventare un vero "salvavita", soprattutto quando, oltre alla visita a occhio nudo, si avvale anche di tecnologie avanzate per individuare precocemente eventuali anomalie.

Lo conferma il progetto di screening "Oral Care - Total Care", promosso da Pierrel in collaborazione con Aio. Condotto tra gennaio 2023 e dicembre 2024 da 20 odontoiatri Aio su tutto il territorio nazionale, sotto il coordinamento del vicepresidente nazionale **David Rizzo**, il progetto aveva un duplice obiettivo: rafforzare la consapevolezza clinica sull'importanza dello screening precoce delle lesioni del cavo orale e valutare l'efficacia del dispositivo medico,

basato sulla tecnica dell'autofluorescenza, nell'individuazione precoce di lesioni sospette delle mucose orali.

Gli odontoiatri coinvolti, dopo una fase di formazione, si sono impegnati a eseguire, nell'arco di sei mesi, lo screening su almeno 20 pazienti a rischio, selezionati in base a età (oltre i 40 anni), abitudini (fumo, masticazione di tabacco, consumo di superalcolici) o condizioni specifiche (protesi incongrue, presenza di papilloma virus, malattie autoimmuni, esposizione solare prolungata). Il protocollo applicato ha previsto dapprima l'ispezione visiva delle mucose orali, per poi procedere con l'utilizzo della tecnica dell'autofluorescenza, che ha permesso di individuare alterazioni potenzialmente maligne da rivalutare dopo 15 giorni e/o sottoporre a biopsia, non sempre individuabili a occhio nudo.

I risultati dello studio

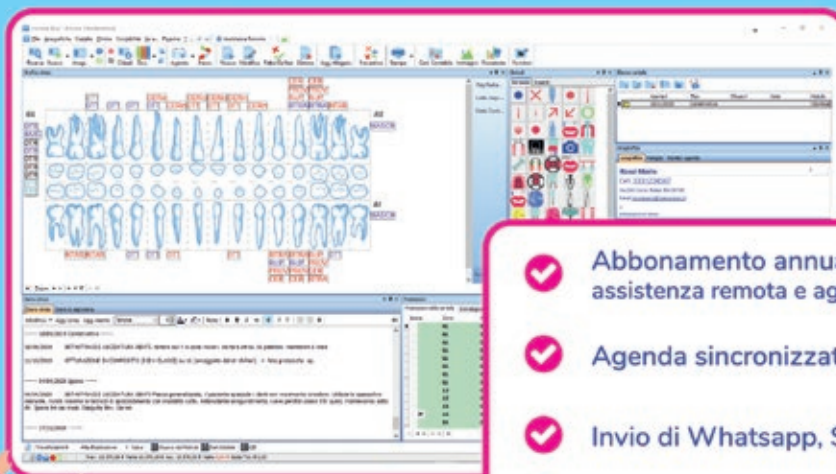
Su circa 500 pazienti sono stati individuati ben 117 casi di lesioni persistenti, il 60% sottoposte a biopsia. «I pazienti individuati come portatori di lesioni persistenti – in genere eritroplachie, leucoplachie, papillomi – spesso non si aspettavano di dover approfondire la visita, sia perché non avevano abitudini di

igiene orale scorretta e non erano esposti a fattori di rischio, sia perché non presentavano sintomi al momento della visita», dice il presidente nazionale Aio **Gerhard K. Seeberger**. «Tra i pazienti con lesioni – alcune delle quali risultate tumorali – il 70% non fumava, nessuno faceva uso di tabacco da masticare, due terzi non consumavano alcolici e sei su dieci non presentavano patologie sistemiche. Inoltre, l'88% non aveva una storia di tumori delle alte vie aeree e la dieta, nella maggior parte dei casi, era povera di carne o cibi conservati; oltre il 73% dichiarava un consumo regolare di frutta e verdura».

«Nei pazienti sottoposti a visita odontoiatrica, è stato possibile intercettare le lesioni sospette in una fase non ancora avanzata e grazie all'autofluorescenza, individuare lesioni da sottoporre a biopsia», sottolinea Rizzo. «I fattori di rischio non sempre sono presenti. Ad esempio, la maggioranza dei portatori di lesioni (80%) non portava protesi incongrue. Ma soprattutto oltre il 70% dei pazienti non presentava sintomi al momento della visita: il 68,6% non avvertiva dolore, il 92% non riferiva xerostomia (bocca secca) e il 90% non lamentava difficoltà nella deglutizione». Gli esiti dello studio hanno rappresentato un campanello d'allarme anche per i dentisti. Tra i partecipanti – in gran parte con oltre vent'anni di esperienza – solo il 62% eseguiva già screening periodici delle mucose orali, nella maggioranza dei casi (56%) esclusivamente a occhio nudo. «L'introduzione di un dispositivo efficace basato sull'autofluorescenza ha cambiato l'approccio clinico di molti professionisti, rendendo possibile uno screening sistematico, senza incidere significativamente sul tempo della visita», conclude David Rizzo.



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

Restituire il sorriso ai più fragili: Premio Micheletti a due odontoiatri che dedicano la professione all'odontoiatria speciale e sociale

Ci sono anche due odontoiatri tra i professionisti insigniti alla Camera del Premio intitolato a Geppino Micheletti, il "medico eroe venuto dall'Istria" che, per 48 ore, continuò senza sosta a soccorrere e operare i feriti nella strage di Vergarolla, nonostante sapesse di aver perso i due figli, il fratello e la cognata.

Si tratta di **Paolo Ottolina** e di **Andrea Oltolina**. I nominativi sono stati segnalati dalla Cao nazionale, tra gli organizzatori del Premio, promosso dall'onorevole **Andrea Mascaretti**.

«In un mondo che accende i riflettori su ciò che non funziona – sottolinea **Andrea Senna**, che della Cao azionale è il presidente – rimarcando impietosamente i malfunzionamenti della nostra sanità, è bello evidenziare che ci sono figure eroiche, che mettono la loro vita professionale al servizio dei più fragili, incarnando i principi del codice deontologico e del giuramento e facendo onore alla nostra professione».

Paolo Ottolina è il presidente della Sioh (So-

cietà italiana di odontoiatria per l'handicap), società scientifica che proprio quest'anno festeggia i 40 anni di attività e che è impegnata principalmente nella formazione dell'equipe medica che deve farsi carico della persona con disabilità, adattando l'ambiente e l'organizzazione dello studio alle esigenze del paziente.

«Con dedizione, competenza e profondo spirito di servizio – motiva Senna – il dottor Ottolina ha saputo trasformare la sua professione in una missione, promuovendo un'odontoiatria inclusiva, accessibile e rispettosa della dignità di ogni persona. Il suo impegno volontario, portato avanti con costanza e sensibilità, rappresenta un esempio concreto di solidarietà e innovazione sociale, contribuendo a colmare un vuoto assistenziale troppo spesso trascurato. Attraverso la guida della Sioh e la promozione di buone pratiche in ambito clinico e formativo, ha saputo dare voce a bisogni complessi, rendendo visibili e tutelati i diritti di una fascia fragile della popolazione».

Andrea Oltolina è invece direttore dell'ambulatorio di Odontoiatria della Fondazione "Frattelli di San Francesco D'Assisi", sempre a Milano. A lui si rivolgono i fragili, i senza fissa dimora che, nonostante la nuova legge, il Servizio sanitario nazionale fatica a intercettare e a prendere in carico, ma anche gli anziani con la pensione minima, i pazienti psichiatrici lievi, gli stranieri che trovano difficoltà con la lingua o le procedure burocratiche. La Fondazione ha un poliambulatorio con quasi mille medici volontari, di cui 25 odontoiatri. Per funzionare si affida a convenzioni, al Banco farmaceutico e ad accordi con aziende e ospedali, alleviando il Servizio sanitario nazionale di costi non irrilevanti, in quanto i fragili, non riuscendo spesso a usufruire dell'assistenza di base, si rivolgerebbero al Pronto soccorso, quando magari la patologia si è aggravata. 50mila l'anno le persone prese in carico dal poliambulatorio.

«Abbiamo proposto per questo riconoscimento il dottor Andrea Oltolina – spiega Senna –



per l'esemplare impegno umano e professionale dimostrato nel prestare, in forma totalmente volontaria, cure odontoiatriche a favore delle persone più fragili e bisognose. Attraverso la sua costante attività presso la Fondazione, ha messo le proprie competenze al servizio di chi resta ai margini dei percorsi di cura e assistenza, incarnando i valori più alti della solidarietà e dell'inclusione. Con discrezione, generosità e profondo senso civico, ha contribuito in modo tangibile al benessere e alla dignità di molte persone, offrendo non solo cure, ma anche ascolto e rispetto. Per la dedizione, l'etica professionale e l'impegno concreto nel contrastare le disuguaglianze sanitarie, il dottor Oltolina rappresenta un modello di riferimento e un esempio di autentico servizio alla comunità».

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

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

AUTORI

Marco Salin, Mario Scilla

con la collaborazione di Alessio Casucci e Francesco Di Gioia

volume cartonato

formato 17x24 cm

232 pagine con più di 500
immagini cliniche

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

MANUALE PRATICO Allungamento chirurgico di corona clinica

Presentazione di Adriano Piattelli

Prezzo di copertina

109 euro

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



Senna (Cao nazionale): «troppi 1.774 posti, la plethora odontoiatrica è ormai una realtà»

Troppi, ancora una volta, i posti disponibili per le immatricolazioni a odontoiatria: 1774, vale a dire 239 in più rispetto all'anno scorso e quasi il doppio rispetto al fabbisogno di 970 proposto dalla Commissione Albo Odontoiatri nazionale. A sottolinearlo, la stessa Cao nazionale, che lancia l'allarme per voce del suo presidente **Andrea Senna** in una lettera inviata al ministro dell'Università e della Ricerca **Anna Maria Bernini**.

Per la Cao nazionale si tratta di una situazione che si ripropone da almeno un decennio, e che nel tempo ha portato, in maniera progressiva ed esponenziale, a una vera e propria "plethora odontoiatrica", formando più professionisti rispetto a quelli che possono essere assorbiti dal mercato del lavoro. Con conseguenze facilmente immaginabili: inoccupazione, disoccupazione, sottoccupazione, fughe verso l'estero di professionisti formati con risorse italiane, possibile livellamento verso il basso della qualità delle prestazioni a causa di una concorrenza selvaggia.

«A quanto ci risulta è la prima volta dopo tanti anni – commenta Senna – che un presidente nazionale Cao si rivolge direttamente e formalmente al ministro dell'Università per denunciare la questione, che nasce da molto lontano e che non ha mai trovato una soluzione, rimanendo sinora inascoltati i moniti della professione. Questa lettera ha un intento costruttivo: quello di mettere a disposizione del ministro la nostra analisi dello scenario per addivenire, tutti insieme, a un'adeguata programmazione del fabbisogno formativo odontoiatrico. Una programmazione – aggiunge Senna – che deve tener conto di molteplici fattori: il contesto epidemiologico e demografico in cui, dopo i sei anni di formazione, i nuovi odontoiatri si troveranno a operare, innanzitutto, e il rapporto ottimale tra professionisti e numero di abitanti, già oggi largamente superato, a causa della errata programmazione degli anni precedenti, la distribuzione dei professionisti sul territorio e le forme in cui esercitano. Occorre considerare gli studenti prossimi alla laurea e i laureati all'estero, circa 370 all'anno, che si iscrivono agli albi italiani. Molte Regioni, purtroppo, sovrastimano il fabbisogno formativo territoriale, calibrandolo a volte più sulla capacità formativa delle sedi universitarie, pubbliche e private, che sulle necessità della popolazione».



Andrea Senna

Sondaggio YouGov-Curasept: le frasi da non dire mai al paziente

Un recente sondaggio d'opinione sulla popolazione nazionale condotto da YouGov per conto di Curasept, ha messo in luce come il 78% delle persone si informi da dentisti e igienisti dentali in tema di cura della bocca: un risultato che testimonia l'alta fiducia riposta nelle figure professionali. Soltanto il 15% dei rispondenti ne parla con amici o parenti e solo il 4% si fa ispirare da influencer e social network.

Il sondaggio "Abitudini e curiosità riguardo la cura dell'igiene orale degli italiani" è stato realizzato nel mese di aprile 2025 su un campione di 1.017 partecipanti rappresentativi della popolazione

italiana adulta (18+).

A conferma del ruolo di guida del professionista, lo studio evidenzia come sia il consiglio del dentista o dell'igienista, ma anche del farmacista, a guidare l'acquisto dei prodotti per la routine quotidiana di igiene orale: il 40% si affida al loro parere per la scelta dello spazzolino e il 38% per la scelta del dentifricio.

Le frasi da non dire al paziente

Un aspetto di grande rilevanza è l'esperienza del paziente in studio, dove la dimensione relazionale diventa centrale. Non di rado sottovalutata, la comuni-



cazione tra professionista e paziente è però determinante per favorire le pratiche di prevenzione, l'adesione alle terapie, ma anche per ridur-

re lo stato d'ansia del paziente durante la visita. Nella costruzione di un rapporto di fiducia la scelta delle parole, il tono e l'empatia possono

fare la differenza nel percorso di cura.

Secondo la ricerca YouGov-Curasept, le frasi che trasmettono maggiore tranquillità ai pazienti durante un trattamento sono quelle che esprimono positività, esperienza, cura, ascolto e interesse a terminare in breve tempo: la frase più rassicurante, per il 67% dei rispondenti, è "Stai andando benissimo, ancora pochi minuti e abbiamo finito", seguita da "Se senti dolore, alza la mano", rassicurante per il 52% dei rispondenti, mentre per il 45% risultano rassicuranti anche le frasi "È una procedura di routine, la faccio tutti i giorni" e "Non

preoccuparti, sentirai solo un pizzicotto (con riferimento all'anestesia)".

Al contrario, le frasi che generano più ansia risultano essere quelle che cercano di minimizzare il dolore, come "Non fare caso all'ago, ci metto un attimo", frase ritenuta ansiogena per il 35% delle persone, ma in particolare quelle che richiedono al paziente di resistere o di non muoversi, come nel caso di "Darà un po' fastidio, ma resisti", commento ritenuto non rassicurante per il 39% dei rispondenti e "Mi raccomando, cerca di non muoverti, altrimenti dobbiamo rifarlo", ansiogena per il 43% delle persone.

Smom, campagna fondi per il progetto "Il volto della povertà" in Burundi



«Nelle aree rurali del Burundi incontriamo ogni giorno persone che vivono in condizioni di estrema povertà: camminano scalze, sono spesso malnutrite e non hanno alcuna possibilità di sostenere le spese per accedere nemmeno ai servizi pubblici». Lo scrive l'associazione Smom (Solidarietà medico odontoiatrica nel mondo) che opera in Burundi dal 2012. In questi anni ha formato 53 dentisti e, insieme a loro, ha avviato oltre 20 servizi di salute orale negli ospedali pubblici del Paese. Nonostante questo impegno però, rimane un'ampia fetta di popolazione rurale che non ha risorse neppure per raggiungere questi centri assistenziali.

Per questo l'associazione ha aperto una raccolta fondi per finanziare un progetto che permetterà ai volontari di uscire dagli ospedali distrettuali dove operano da anni per portare prevenzione e cure direttamente nelle comunità rurali più vulnerabili. L'obiettivo è creare le condizioni per interventi educativi, preventivi e terapeutici presso

scuole, villaggi e servizi sanitari periferici.

«Le comunità montane in cui interverremo – spiega Pino La Corte, presidente Smom – sono formate da persone spesso scalze, malnutrite e colpite da malattie come la malaria, che indeboliscono il sistema immunitario e favoriscono l'insorgenza di patologie orali gravi, talvolta mortali, soprattutto nei bambini. Tra queste, il Noma: una malattia necrotizzante dei tessuti orali e periorali, letale in poche settimane e ormai scomparsa in Europa dalla fine dei campi di concentramento. Questo progetto pilota – che prevede attività di screening, prevenzione e cure, anche sul piano nutrizionale – coinvolgerà il personale sanitario locale formato in questi anni da Smom e sarà attivo da novembre 2025 a novembre 2026, in una regione che conta oltre un milione di abitanti».

DONA ORA
su GoFundMe



Cementazione: fine della complessità

Tre soluzioni universali per ottimizzare ogni procedura di cementazione.

PANAVIA™ SA Cement Universal
L'unico cemento autoadesivo universale che non necessita di nessun primer aggiuntivo separato poiché, al suo interno, contiene già tutti i monomeri necessari per creare adesione al dente e a tutti i materiali protesici.

CLEARFIL™ Universal Bond Quick 2
Grazie all'esclusiva Dual-Cure Technology di Kuraray Noritake, utilizzato in combinazione con PANAVIA™ SA Cement Universal, permette due opzioni di cementazione aggiuntive: oltre a quella autoadesiva del cemento, anche quella adesiva e adesiva selettiva (SAL – Selective Adhesive Luting).

KATANA™ Cleaner
L'unico detergente universale per uso sia intraorale sia extraorale che elimina la contaminazione e ottimizza i valori di adesione della cementazione. Agisce in soli 10 secondi.

Kuraray Europe Italia S.r.l.
Telefono: 02/63471228 Email: dental-italia@kuraray.com Sito: www.kuraraynoritake.eu/it
facebook.com/KurarayNoritakeInLab facebook.com/KurarayNoritakeInClinic @ instagram.com/kuraraynoritakeitalia

IA in odontoiatria, tante applicazioni cliniche da mettere alla prova

Il campo più promettente per ora è quello diagnostico, dove l'IA sembra in grado di leggere meglio dei clinici immagini, radiografie e tomografie alla ricerca di carie interprossimali e denti sovranumerari. Riscontri anche su diagnosi parodontale e di patologia orale

Sono oramai quotidiane le novità sulle possibili applicazioni dell'intelligenza artificiale (IA) nelle attività umane, tra cui la medicina. Grazie a sistemi che consentono di apprendere in autonomia, l'IA sarà sempre più presente al fianco dei professionisti sanitari, ma in parallelo con le meraviglie del prossimo futuro crescono anche i dubbi. La sua capacità di metabolizzare enormi quantità di dati e immagini grazie agli algoritmi l'ha resa più precisa e affidabile dell'occhio umano nella diagnosi delle patologie, dove forma e colore sono decisivi come nella diagnosi della retinopatia diabetica (il primo sistema IA approvato dalla Fda negli Usa) o nella lettura della scala dei grigi di radiografie e tomografie. Le reti neurali, attualmente la forma più evoluta di IA, sono in grado di risolvere problemi e prendere decisioni oltre che di apprendere. Un tipo in particolare (Cnn, convolutional neural networks) si è dimostrata più sensibile e più veloce dell'occhio di dentisti esperti nel riconoscere carie interprossimali e denti sovranumerari sulle radiografie (1). Logicamente, non potendo (finora) visitare il paziente, l'IA non arriva a uguali livelli di precisione se si tratta di lesioni cervicali. Anche la diagnosi parodontale è un ambito che può beneficiare dei sistemi di IA come dimostrano, per esempio, alcuni studi nei quali ha dato prova di saper rilevare minime differenze tra le immagini del medesimo paziente in date diverse, potendo così intercettare eventuali evoluzioni del quadro clinico e svolgere un ruolo di sentinella. L'affidabilità dei sistemi più evoluti è stata riconosciuta anche dalla Fda, che ne approvati alcuni specifici come VPA, ideato per la diagnosi parodontale. Partendo dalle immagini ottenute in studio (radiografie endorali e bite-wing), questo sistema misura l'altezza dell'osso alveolare sia in millimetri sia

in percentuale sulla lunghezza radicolare; il sistema si è dimostrato affidabile nei pazienti maggiori di 12 anni. Risultati quasi altrettanto affidabili si sono ottenuti nella cefalometria ortodontica per l'identificazione dei punti di repere, il calcolo di angoli e indici e l'esecuzione del tracciato con la non trascurabile differenza di abbattere il tempo necessario a meno di un minuto. L'IA è invece ancora molto lontana dal sapere impostare un corretto piano di trattamento. Promettenti anche i risultati nella diagnosi parodontale, in particolare l'IA si è dimostrata affidabile nel riconoscere la perdita di osso alveolare, integrando anche i livelli ematici di monociti, eosinofili, linfociti e neutrofili. La superiorità dell'IA nell'analisi delle immagini potrebbe rivelarsi fondamentale nella diagnosi precoce dei tumori e, combinandosi con la telemedicina, potrebbe ridurre esiti invalidanti e mortalità, abbattendo i costi sanitari e sociali. In una ricerca svolta su immagini di campioni citologici la sua precisione ha raggiunto il 93% e buoni risultati si sono avuti anche nell'analisi delle immagini di linfonodi sospetti. Non è più utopistico pensare a modelli di prevenzione e diagnosi precoce basati su pochi specialisti in remoto e molti au-

siliari supportati da IA.

Altrettanto capace si è dimostrata nella diagnosi di osteoporosi nella radiografia panoramica (sensibilità 83%), riducendo notevolmente i tempi rispetto a quelli necessari per calcolare l'indice di Klemetti attualmente in uso (2).

Bisogna, comunque, mettere ulteriormente alla prova questi sistemi con studi più ampi, come ammoniscono gli autori giapponesi di una recentissima metanalisi (3) nella quale l'IA non ha superato il 50% di capacità diagnostica. Gli autori hanno integrato i risultati di 83 ricerche in cui sono stati messi alla prova una dozzina di modelli di IA, compresi tre modelli di Chat Gpt; in 25 di queste non era dato sapere come fosse stato addestrato il sistema di IA (una omissione frequente in questo ambito che non dovrebbe essere più tollerata perché impedisce di ripetere l'esperimento). I quesiti diagnostici variavano dalla medicina generale a quella specialistica, tra cui urologia, dermatologia e psichiatria.

La conclusione degli autori è che, per il momento, l'intelligenza artificiale può soltanto affiancare il medico non specialista, soprattutto nelle aree con scarsa copertura sanitaria. È bene infatti tenere presente il vecchio acronimo Gi-

AVATAR BASATI SU IA PER LA FORMAZIONE DEI MEDICI

Essendo una versione evoluta degli assistenti virtuali che rispondono agli utenti di molti siti internet, non sorprende che i sistemi IA se la cavino molto bene nel simulare comportamenti umani. Un esempio didattico, nel pieno senso dell'aggettivo, viene dall'università svedese di Malmö, dove gli studenti imparano a interagire con i pazienti difficili. Dai semplici soggetti con l'ansia del dentista (che sono il 20% degli svedesi) a quelli con veri e propri disturbi psichici più o meno gravi, gli avatar parlano da uno schermo e gli studenti devono prenderli sul serio, anche se qualcuno ammette di essere stato sul punto di ridere. Gli avatar vengono usati anche per abituare gli studenti al colloquio clinico (anamnesi, ecc.), migliorando le loro capacità di comunicazione.



go (garbage in, garbage out) nato con i primi computer (all'epoca noti come calcolatori elettronici): se li carichi di spazzatura, produrranno spazzatura.

Ai dentisti piace l'IA

Intanto, grazie a un questionario distribuito online dal sito di informazione odontoiatrica Dentaly.org nel 2023, si è scoperto che il 35% dei dentisti su un totale di 1.265 hanno introdotto l'IA nel loro studio. I benefici percepiti, in ordine di gradimento, sono stati: flusso di lavoro più rapido, analisi predittiva dei risultati, diagnosi più accurata, piano di trattamento più dettagliato e personalizzato. Il 47% dei partecipanti ha dichiarato la loro propensione a usare l'IA, mentre il 14% ha risposto in modo contrario.

IA non è solo un freddo calcolatore

Gli esperti si interrogano sulle doti da attribuire alle macchine, in particolare se si possa parlare di intelligenza e perfino di empatia; nell'attesa, ai sistemi di IA si può già riconoscere una qualità umana: la fantasia (e forse pure la furbizia). La prova viene da una causa discussa davanti il tribunale di Firenze all'inizio di quest'anno. In breve, l'avvocato di una par-

te deposita un atto dove cita a suo favore sentenze della Corte di Cassazione, ma il diligente avvocato di controparte scopre che non sono mai state scritte. Il motivo? L'atto era stato scritto con l'aiuto di Chat Gpt, cui non era seguito il doveroso controllo del professionista che il tribunale decide inspiegabilmente di graziare non applicando la sanzione prevista dal codice di procedura civile (negli Usa, invece, casi simili si sono risolti con pagamenti di migliaia di dollari). Nel 2023 la federazione europea degli avvocati ha emanto le prime linee guida sull'uso dell'IA e tra i punti fermi ce n'è uno molto interessante: informare il cliente e assumersi le responsabilità. Un rischio di cui dovranno occuparsi anche le future versioni dei codici deontologici, dato che le questioni sono numerose. Per esempio, il ricorso all'IA in casi di particolare difficoltà diagnostica (come le malattie rare) sarà obbligatorio? Sarà un obbligo anche acquisire le competenze necessarie per usare l'IA in modo non passivo? E la colpa professionale in un caso dove abbia partecipato IA come andrà valutata? Sarà solo del medico o anche di chi ha creato e venduto il sistema?

Cosma Capobianco
Odontoiatra

L'ASPIRANTE DOTTOR GPT

Un'altra ricerca giapponese appena pubblicata (4) ha confermato le doti di apprendimento di Chat Gpt (versione 4/4V) mettendolo alla prova come aspirante medico. I quesiti dell'esame di abilitazione all'esercizio della medicina degli ultimi sei anni sono stati tradotti in formato Java e divisi in due gruppi rispettivamente con (30%) e senza immagini cliniche. Per ogni anno Chat Gpt ha superato la soglia minima richiesta: nel dettaglio, ha risposto correttamente al 73,5 % dei quesiti su materie fondamentali, al 74,7 % di quelli clinici e al 68,7 % di quelli contenenti immagini. Si confermano così i buoni risultati ottenuti da Chat Gpt 4.0 in una precedente ricerca (5) svolta con i quesiti per l'abilitazione all'odontoiatria di Usa e Regno Unito (80% e 62% rispettivamente).

- 1) Surdu A, Budala DG, Luchian I, Foia LG, Botnariu GE, Scutariu MM. Using AI in Optimizing Oral and Dental Diagnoses-A Narrative Review. *Diagnostics* (Basel). 2024 Dec 13;14(24):2804.
- 2) Gaudin R, Vinayahalingam S, van Nistelrooij N, Ghanad I, Otto W, Kewenig S, Rendenbach C, Alevizakos V, Grün P, Kofler F, Heiland M, von See C. AI-Powered Identification of Osteoporosis in Dental Panoramic Radiographs: Addressing Methodological Flaws in Current Research. *Diagnostics* (Basel). 2024 Oct 16;14(20):2298.
- 3) Takita H, Kabata D, Walston SL, Tatekawa H, Saito K, Tsujimoto Y, Miki Y, Ueda D. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance comparison between generative AI and physicians. *NPJ Digit Med*. 2025 Mar 22;8(1):175.
- 4) Kawahara T, Sumi Y. GPT-4/4V's performance on the Japanese National Medical Licensing Examination. *Med Teach*. 2025 Mar;47(3):450-457.
- 5) Chau RCW, Thu KM, Yu OY, Hsung RT, Lo ECM, Lam WYH. Performance of Generative Artificial Intelligence in Dental Licensing Examinations. *Int Dent J*. 2024 Jun;74(3):616-621.
- 6) Khan A, Khan KJ, Ghaza MA, Dave T, Shahnoor S, Khan AM, Oduoye MO, Nafula WP, Ubechu SC. Celebrating breakthrough in dental diagnostics: FDA approval of an AI model for diagnosis of periodontal diseases: a correspondence. *Health Sci Rep*. 2023 Sep 18;6(9):e1573.

CASO CLINICO

Ripristino funzionale ed estetico di 4.6 attraverso trattamento endodontico e successiva terapia protesica adesiva

Paziente maschio, di 30 anni, senza nessuna patologia e non fumatore si presenta presso lo studio dentistico Pezzana e Togni lamentando un forte dolore diffuso, non localizzabile e compatibile con uno stato pulpitico di qualche elemento dentario.

Attraverso indagini cliniche e radiografiche si evidenzia una grossa lesione cariosa a carico dell'elemento dentale 4.6. Tale lesione presenta due caratteristiche:

- molto profonda nei confronti della polpa tanto da necessitare di trattamento endodontico;
- molto profonda nei confronti dei tessuti interprossimali e necessiterà quindi di qualche manovra preventiva al fine di recuperare la porzione sana dell'elemento, ma al contempo garantirne salute parodontale.

Si decide di intervenire, come l'autore esegue di consueto, con isolamento, pulpotomia e successiva detersione della carie.

A pulizia della cavità ultimata e a sanguinamento (derivante dalla camera) terminato si nota un buon isolamento e una perfetta pulizia del margine cavitario. Questo consente di inserire una matrice rettilinea customizzata appositamente

e che in contemporanea al cuneo (non perfettamente inserito ma solo posizionato per stabilizzare la matrice) crea una perfetta chiusura e un corretto profilo di emergenza. Questo consentirà di eseguire una rilocazione coronale del margine con materiale flow **Coltene, Bulk Fill Flow** (in questo caso un pò più estesa coronalmente del solito) al fine di creare il punto di contatto evitare lo spostamento degli elementi dentari nelle settimane operative e al contempo garantire un corretto bacino per i fluidi endodontici.

In un primo appuntamento viene quindi eseguita: detersione della cavità, pulpotomia e rilocazione coronale del margine.

In un secondo appuntamento si è completato il trattamento endodontico ed è stato eseguito il build definitivo e la preparazione stessa sfruttando il margine rilocato. Tale margine viene apicalizzato il più possibile attraverso una preparazione a spalla al fine di dare all'odontotecnico la possibilità di creare un corretto profilo di emergenza ma allo stesso tempo favorire in modo agevole i vari step di impronta e di successiva cementazione. Si è eseguita quindi una preparazione anatomicamente guidata che prevede



Alessandro Pezzana
Odontoiatra libero professionista
a Omegna (Piemonte)

fondamentalmente due tipi di preparazione: alcune parti su piani inclinati, quando lo smalto è solido e ben supportato da dentina oppure a spalla 90° quando non siamo di fronte a questa situazione. Si termina la seduta con una scansione.

Durante il terzo appuntamento si procede alla cementazione adesiva del manufatto protesico.

Il restauro overlay è la scelta più indicata in questo caso (per garantire protezione cuspidale nel tempo) ed è stato ottenuto per fresaggio da un blocchetto di composito altamente caricato **Crios Coltene A2**. Tale manufatto viene progettato e successivamente caratterizzato morfologicamente e cromaticamente da un abile odontotecnico (Odt. Ivan Pazyuk).

La radiografia finale ed il controllo clinico a 3 anni evidenziano come una corretta chiusura e un corretto profilo cervicale incidono positivamente sulla salute parodontale anche in caso di margini profondi al limite con l'allungamento di corona clinica. Al contempo la progettazione e il disegno di preparazione sono fondamentali per il mantenimento funzionale ed estetico nel tempo.

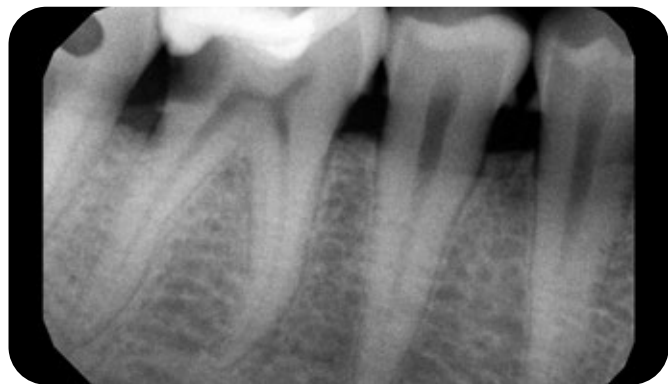


Figura 1: radiografia periapicale iniziale che mostra l'estensione della lesione cariosa



Figura 2: isolamento, detersione, pulpotomia e inserimento della matrice customizzata per eseguire una rilocazione coronale del margine



Figura 3: preparazione per restauro adesivo overlay sabbiata



Figura 4: immagini del restauro ultimato su modello stampato (Odt. Ivan Pazyuk)



Figura 5: restauro centrato a tempo zero sotto controllo occlusale

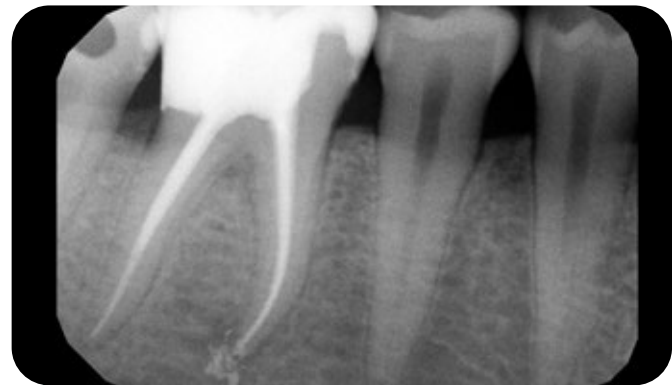


Figura 6: controllo radiografico a 3 anni

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**



La bufala dei guanti green: il nitrile non è biodegradabile

I guanti in nitrile, reclamizzati come biodegradabili, in realtà non lo sono e anzi possono produrre microplastiche. La sostenibilità ambientale si gioca piuttosto su gestione corretta dei rifiuti e riduzione degli sprechi



Negli ultimi anni alcuni produttori hanno iniziato a proporre guanti in nitrile definiti biodegradabili, presentandoli come soluzione per ridurre l'impatto ambientale di un dispositivo largamente utilizzato negli studi medici e odontoiatrici. È bene tuttavia chiarire alcuni punti, perché le aspettative rischiano di essere più legate al marketing che a dati scientifici verificabili.

Il nitrile è un polimero di origine fossile e, per sua natura chimica, non è biodegradabile. Può andare incontro a degradazione, cioè a una progressiva frammentazione, ma questo processo non corrisponde alla biodegradazione, che richiede la completa trasformazione da parte di microrganismi in composti elementari come anidride carbonica e acqua. Ciò che viene talvolta ottenuto è una degradazione accelerata, favorita da additivi, con il risultato però di produrre microplastiche, che rappresentano un problema ambientale e sanitario ulteriore.

Le affermazioni di biodegradabilità riportate su alcuni guanti in nitrile non hanno riscontri in certificazioni internazionali. I test Astm D5511 e D5526, spesso citati, sono soltanto metodi sperimentali condotti in condizioni particolari, non garanzie di biodegradazione reale e completa. Secondo la stessa Astm (American society for testing and materials), i produttori dovrebbero fornire dati in tempo reale e non basati su proiezioni, perché il tasso di degradazione può variare nel tempo e in alcuni casi interrompersi del tutto. Inoltre, i guanti contaminati da saliva, sangue o sostanze chimiche non possono essere comunque destinati a compostaggio o discariche anaerobiche attive: le normative internazionali li classificano come rifiuti sanitari a rischio biologico, da smaltire tramite incenerimento specializzato. Questo aspetto da solo basta a rendere illusoria la promessa di un guanto in nitrile biodegradabile in ambito clinico.

Il dibattito scientifico è stato stimolato da studi recenti (1,2) che hanno mostrato come ceppi di *Pseudomonas aeruginosa* possano in vitro utilizzare il nitrile come fonte di carbonio. Tuttavia, riprodurre queste condizioni in modo controllato e sicuro al di fuori del laboratorio non è realistico, tanto meno in ambienti sanitari, dove la presenza di biofilm e la contaminazione microbica rappresentano già un rischio e non certo una strategia di smaltimento. Al contrario, la degradazione parziale dei guanti in presenza di batteri opportunisti potrebbe favorire la formazione di microplastiche e contribuire a fenomeni complessi come la resistenza antimicrobica. La questione quindi non riguarda soltanto l'ambiente, ma tocca la stessa sicurezza odontoiatrica, in particolare nei contesti dove i guanti sono esposti ad aerosol, saliva e circuiti idrici potenzialmente colonizzati da *Pseudomonas*.

Guanti in lattice sono biodegradabili

Resta l'alternativa dei guanti in lattice naturale, che sono effettivamente biodegradabili grazie alla loro origine vegetale. Ma il lattice, come è noto, non è la scelta preferita in odontoiatria per almeno due ragioni. La prima è il rischio allergico, particolarmente rilevante tra gli operatori sanitari con esposizione prolungata. La seconda è la resistenza inferiore rispetto al nitrile, sia sul piano meccanico sia sul piano chimico, che ne limita l'impiego nelle procedure più complesse e nei trattamenti che richiedono una barriera affidabile e duratura. Di fatto, quindi, l'opzione lattice non appare percorribile su larga scala.

Nitrile costa il 19% in più

Riguardo alle performance, i guanti in nitrile definiti biodegradabili non si discostano significativamente da quelli convenzionali. Uno studio

(3) presentato recentemente all'Apic (Association for professionals in infection control and epidemiology) ha evidenziato spessori e resistenze sovrapponibili, con differenze minime nella capacità di allungamento e nella tenuta meccanica. Ciò che invece risulta evidente è il prezzo, superiore di circa il 19% rispetto ai guanti standard. Una miglioramento che, se proiettata sui volumi di acquisto di una struttura sanitaria, non trova giustificazione concreta, soprattutto in assenza di benefici reali sul piano ambientale.

Sono tutti rifiuti speciali

Il vero nodo della questione resta quindi quello dello smaltimento. Che siano convenzionali o biodegradabili, i guanti usati nello studio dentistico finiscono per legge nei rifiuti speciali a rischio infettivo. Non esiste ad oggi alternativa diversa dall'incenerimento, con costi e procedure che non cambiano in base alla presunta composizione più o meno verde del dispositivo. In questo contesto, parlare di biodegradabilità del nitrile rischia di sconfinare nel greenwashing (la pratica di

comunicazione e marketing ingannevole attraverso cui aziende o istituzioni fanno apparire i propri prodotti, servizi o attività come più sostenibili ed ecologici di quanto siano in realtà), creando aspettative ingiustificate negli operatori e nei pazienti.

L'attenzione va messa nello smaltimento

Ciò non significa che il tema ambientale sia secondario. La sostenibilità in odontoiatria è una sfida crescente e riguarda anche i dispositivi di protezione individuale. La strada più concreta oggi non è illudersi con soluzioni miracolose, ma puntare su una gestione corretta dei rifiuti, su un uso razionale dei Dpi e sulla riduzione degli sprechi. Le aziende produttrici pos-

sono contribuire riducendo l'impatto ambientale dei processi di fabbricazione, come dimostrano iniziative di alcuni gruppi che impiegano energia rinnovabile, riciclo delle acque, packaging riciclabili e impianti certificati "zero waste to landfill". Anche la ricerca di materiali bio-based, come i polimeri compostabili a base di acido polilattico già sperimentati per alcuni guanti, rappresenta una prospettiva più credibile rispetto alla semplice rivendicazione di biodegradabilità del nitrile. In attesa di sviluppi realmente innovativi, la posizione più ragionevole resta quella della prudenza. Come ricordano diversi autori, senza dati solidi validati da enti regolatori internazionali e senza prove evidence-based, il sovrapprezzo dei guanti in nitrile

cosiddetti biodegradabili non è giustificato. Per gli odontoiatri, la scelta consapevole passa oggi non per l'etichetta verde, ma per l'attenzione allo smaltimento e la richiesta di trasparenza ai produttori. La vera sostenibilità non sta nella promessa di un materiale che si autodistrugge, ma nella responsabilità con cui viene gestito il suo ciclo di vita.

Renato Torlaschi

1) Delgado-Nungaray JA, Grajeda-Arias D, Reynaga-Delgado E, Gonzalez-Reynoso O. Biodegradation of Nitrile Gloves as Sole Carbon Source of *Pseudomonas aeruginosa* in Liquid Culture. *Polymers* (Basel). 2024 Apr 20;16(8):1162.

2) Howard SA, de Dios R, Maslova E, Myridakis A, et al. *Pseudomonas aeruginosa* clinical isolates can encode plastic-degrading enzymes that allow survival on plastic and augment biofilm formation. *Cell Rep*. 2025 May 27;44(5):115650.

3) Miller J. Endless glove: Discussing the potential benefits of biodegradable nitrile. Presented at: Association for Professionals in Infection Prevention and Epidemiology; June 16-18, 2025; Phoenix.



MEDICINA ESTETICA, CHIRURGIA PLASTICA E DERMATOLOGIA

ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER



INQUADRA IL QR CODE E REGISTRATI A SKINCHANNEL.IT

DISINFEZIONE

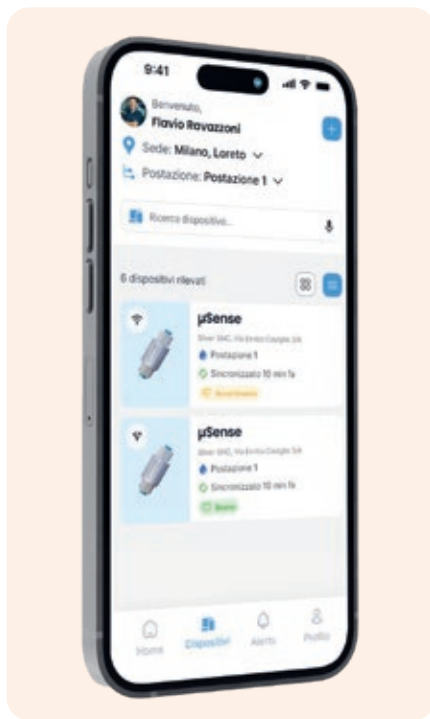
Sentinel

La sicurezza delle linee idriche del riunito e la prevenzione della contaminazione da legionella rappresentano una delle sfide più costanti e delicate per ogni studio odontoiatrico. A queste preoccupazioni di natura sanitaria si sommano gli stringenti adempimenti normativi, che richiedono un monitoraggio rigoroso e una documentazione puntuale da inserire nel Documento di valutazione dei rischi (Dvr).

Le procedure standard, come il flusso quotidiano e la sostituzione periodica dei filtri, sono fondamentali, ma si basano spesso su un'esecuzione manuale e una tracciabilità soggetta a errore umano. Come essere certi che ogni procedura sia stata eseguita correttamente? E come dimostrarlo in modo inconfutabile in caso di un controllo?

È in questo scenario che la tecnologia Sentinel offre un cambio di paradigma. Sviluppata da Silver Italia, Sentinel è una soluzione integrata che mira a trasformare la gestione del rischio idrico da un'attività passiva a un processo attivo, monitorato e automatizzato.

Il sistema si compone di due elementi chiave: il filtro SilverCare e la testa di monitoraggio connessa Sentinel. Il filtro SilverCare è un dispositivo a tre stadi progettato specificamente per le esigenze del riunito, con una membrana a fibra cava da 0,15 micron che garanti-



sce un abbattimento certificato a Log5 (99,999%) del batterio della legionella e uno stadio a polifosfati per proteggere le componenti interne del riunito e prevenire l'intasamento dei manipoli (turbine e contrangoli).

La vera innovazione, però, risiede in Sentinel: il cervello del sistema, gestibile interamente da una app dedicata per smartphone. Tramite l'app, l'operatore può monitorare in tempo reale lo stato

di ogni singolo filtro installato nel proprio studio, visualizzando il consumo giornaliero, la temperatura dell'acqua, la durezza dell'acqua e la vita residua (sia in termini di tempo che di litri filtrati) e accedere all'intero storico dei dati di ogni riunito.

Ma il vero valore aggiunto risiede nella gestione proattiva delle procedure. Il sistema non si limita a registrare, ma interviene. Se, ad esempio, Sentinel rileva che il fondamentale flussaggio mattutino non è stato eseguito, invia immediatamente una notifica push sullo smartphone del medico, che ricorda di effettuare la procedura. Lo stesso meccanismo di allerta si attiva in caso di temperature dell'acqua anomale o quando il filtro si avvicina alla fine della sua vita operativa. A questa gestione quotidiana si affianca l'aspetto della conformità a lungo termine. Il sistema genera in modo automatico un report mensile dettagliato che riassume tutti gli eventi, i flussi, le temperature e gli allarmi registrati. Un documento che diventa un allegato fondamentale e oggettivo per il Dvr.

i Silver Italia
Tel. 02.5392029
info@silversnc.com
www.silversnc.com

ORTODONZIA

Portale Clarity

Solventum, precedentemente 3M Health Care, presenta una piattaforma digitale per la gestione integrata dei trattamenti ortodontici attraverso il portale Clarity: è possibile oggi gestire con successo il sistema di bandaggio digitale indiretto per gli apparecchi fissi, gli allineatori e gli attachment progettati digitalmente e stampati in 3D. Questa nuova libertà di scelta può ora consentire all'ortodontista di offrire al paziente risultati clinici ancora migliori.

Il sistema è costituito da diversi componenti per la pianificazione e l'esecuzione del trattamento.

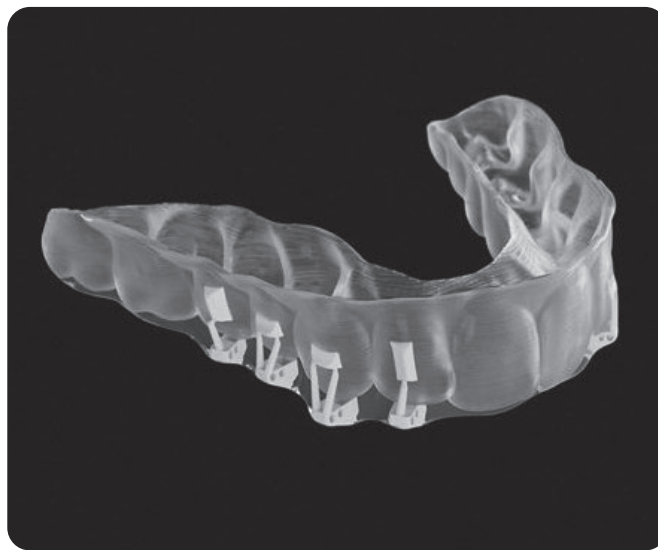
Il portale Clarity di pianificazione del trattamento basato su cloud, consente agli utenti di lavorare con lo scanner intraorale di loro scelta. È facile da usare e garantisce una comunicazione sicura con Solventum.

Gli allineatori Clarity sono disponibili in due varianti: Clarity Aligners Flex e Clarity Aligners Force, due spessori diversi che possono essere combinati secondo le necessità per ottimizzare i livelli di forza.

Il sistema di Clarity Digital Bonding è studiato appositamente per gli attacchi con adesivo predosato 3M APC Flash-Free, che non necessita la rimozione dei residui di adesivo e permette anche la possibilità di trattare un paziente con una soluzione ibrida integrata digitalmente (aligner più bracket).

I nuovi attachments Clarity Precision Grip, i primi attachment stampati in 3D, sono già inseriti nella mascherina di trasferimento per garantire la massima precisione nel posizionamento. Disponibili esclusivamente con gli allineatori Clarity, gli attachments Clarity Precision Grip sono progettati per risolvere una delle maggiori sfide del trattamento con allineatori: la creazione di attachment durevoli, di forma accurata e resistenti alle macchie.

Gli attachments mal posizionati e di forma imprecisa, derivanti dall'approccio convenzionale, possono produrre forze



diverse da quelle previste. Gli attachments stampati in 3D invece sono personalizzati per adattarsi all'anatomia dentale unica di ciascun paziente. Utilizzano riempitivi inorganici e resina organica, abbinati a tecniche di post-elaborazione per garantire che gli attachment siano altamente precisi, durevoli e più resistenti alle macchie rispetto ai principali compositi utilizzati nelle procedure di creazione degli attachment convenzionali.

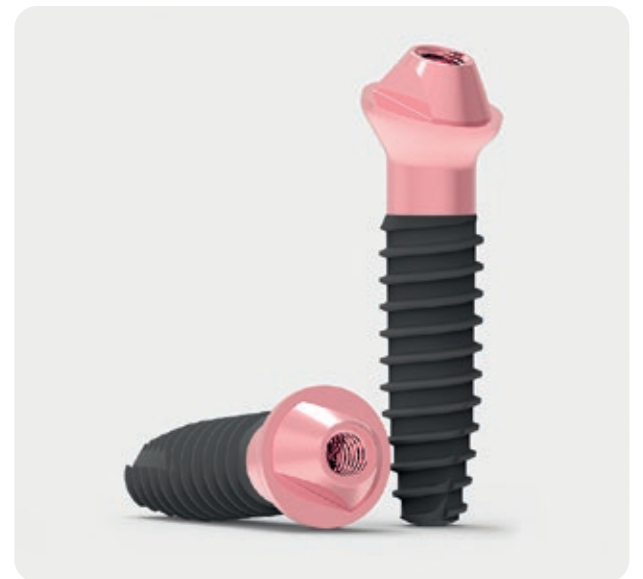
i Solventum Italia
Tel. 02.38584090
customortho@solventum.com
www.solventum.com

IMPIANTI

Fixo

Nel 2018 l'azienda Oxy Implant ha lanciato sul mercato Fixo: la soluzione one-piece ideale per il carico immediato nelle riabilitazioni full arch. «Da qui è iniziata una nuova storia per l'odontoiatria italiana – scrive l'azienda implantare –, un nuovo approccio pensato per migliorare la salute dei pazienti edentuli ed ottimizzare il flusso di lavoro per il team odontoiatrico. Fin da subito con Fixo si è voluto distinguere l'impianto attraverso gli elementi strutturali, rendendolo unico rispetto a tutti gli altri. Questo è stato possibile grazie a intuizioni brillanti che hanno non solo contraddistinto il prodotto, ma anche tutelato le sue caratteristiche distintive. Le successive integrazioni, che rendono oggi Fixo un sistema e non un prodotto, hanno scavato un solco rispetto alle soluzioni già esistenti sul mercato e a quelle da poco commercializzate».

Con Fixo Mini, il sistema è diventato disponibile anche per spazi implantoprotetici molto ristretti. L'introduzione di Fixo Link ha semplificato la gestione protesica nelle riabilitazioni miste, combinando impianti monofasici e bifasici con la stessa uscita protesica. Con Fixo Pterygo e Fixo Zygoma la gamma si è completata offrendo soluzioni efficaci anche nei casi di gravi atrofie mascellari.



Nel 2022 è nato il Dipartimento ODS - Oxy Digital Solutions, segnando un punto di svolta per l'azienda: quello di realizzare l'abbinamento ideale, il binomio tra Fixo e la dima componibile multimateriale Pcube, creando una sinergia vincente scelta oggi da numerosi team odontoiatrici in Italia e all'estero. Attorno a questa dima, il reparto Ricerca & Sviluppo interno all'azienda, ha progettato e sviluppato una serie di dime accessorie rendendo il pacchetto estremamente solido, anche di fronte a innumerevoli tentativi di imitazione.

E per il 2026 cosa riserva Oxy Implant al mercato italiano? Un pacchetto formativo tailor-made, creato in funzione delle reali esigenze del team odontoiatrico e supportato da clinici e tecnici il cui unico obiettivo è condividere esperienze, procedure e processi per migliorare e ottimizzare i flussi operativi odontoiatrici. Eventi formativi pensati per aggiungere nuovi approcci nello studio e per far comprendere come l'implantologia protesicamente guidata possa rappresentare un supporto estremamente utile. Formazioni pratiche volte ad avere una visione chiara e nitida dell'anatomia del distretto facciale, fondamentale per approssimare ogni intervento chirurgico in sicurezza e precisione.

i Oxy Implant
Tel. 0341.930166
info@oxyimplant.com
www.oxyimplant.com

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

Legionella?

La decontaminazione sicura dell'acqua è ora un problema risolto.

Prevenzione con METASYS WEK / WEK Light.

Ma perché l'igiene dell'acqua è così importante?

L'acqua non solo alimenta gli strumenti, ma raggiunge direttamente il paziente. La decontaminazione non è un'opzione, ma un obbligo. L'acqua contaminata può rappresentare un rischio sia per i pazienti che per il personale. Per questo motivo, è fondamentale garantire una decontaminazione dell'acqua costante e affidabile.

Grazie a sistemi automatizzati come METASYS WEK o WEK Light, l'acqua di trattamento viene decontaminata in modo continuo, senza necessità di intervento manuale. La combinazione collaudata di perossido d'idrogeno e ioni d'argento offre una protezione efficace contro i germi e previene l'accumulo di calcare, garantendo così un ambiente sicuro per tutti.



METASYS WEK | WEK Light:

- > Nessun riempimento continuo e faticoso delle bottiglie.
- > Decontaminazione automatica e permanente, senza necessità di intervento da parte dell'operatore.
- > Protezione efficace contro Legionella, Pseudomonas ed Escherichia coli.
- > Previene la formazione di incrostazioni di calcare.



ATTREZZATURE

Turbo Smart TS



Cattani SpA, sempre impegnata nella ricerca e nello sviluppo tecnologico, con Turbo Smart TS compie un altro importante passo in avanti, non solo per quanto riguarda le prestazioni ma anche sul piano della sostenibilità e del risparmio energetico.

Turbo Smart TS è costruito con plastiche completamente riciclate o facilmente riciclabili, è fornito di serie con filtro anti batterico EPA integrato e inoltre tutti i componenti sono spinati e facilmente accessibili per permettere un'agevole manutenzione e/o riparazione sul posto, evitando così un'inutile movimentazione della macchina.

Come tutti i Turbo Smart è dotato di un inverter di ultima generazione che, con la lettura delle correnti separata sulle tre fasi, la gestione della potenza assorbita, il controllo PID della depressione, l'alimentatore switching e il filtro rifasatore PFC (Power Factor Control), consente un risparmio energetico che può arrivare al 30% rispetto a una macchina monofase tradizionale.

Inoltre il nuovo separatore centrifugo, completamente ridisegnato così da ottenere ridotte perdite di carico, e la ventola del gruppo aspirante, con le pale a doppia curvatura capace di alte prestazioni, consentono al Turbo Smart TS di ottenere, a parità di prestazioni, una riduzione dei consumi energetici del 7% rispetto al Turbo Smart in versione A e del 10% rispetto al Turbo Smart in versione B. Diversamente, a parità di consumi energetici, Turbo Smart TS è in grado di aumentare, rispetto a Turbo Smart, i posti di lavoro in uso contemporaneo da 2 a 3 in relazione alla versione A e da 4 a 5 in relazione alla versione B.



Cattani

Tel. 0521.607604

info@cattani.it

www.cattani.it

ATTREZZATURE

cara Print
Cube Kulzer

Cara Print Cube è la nuova stampante 3D di Kulzer, disponibile da marzo 2025.

La sua area di lavoro può ospitare fino a 5 modelli completi e la tecnologia 6K LCD con una precisione pixel di 34,4 micrometri offre un eccellente rapporto qualità/prezzo. Questa nuova soluzione di stampa è stata progettata per raggiungere massima produttività e qualità senza tralasciare l'importanza dell'accessibilità all'acquisto.

Il sistema di stampa 3D comprende il nuovo software cara Print Cockpit, l'unità per il lavaggio cara Print Clean-Up e

per la polimerizzazione cara Print Led Cure.

Anche le resine di stampa dima Print Kulzer sono state rinnovate a completamento del nuovo workflow.



Kulzer Italia

Tel. 02.2100941

info-italy@kulzer-dental.com

www.kulzer-dental.it/printsolution

FARMACI

NoGag



Il riflesso faringeo rappresenta da sempre una sfida nella pratica odontoiatrica quotidiana. Difficoltà nel prendere impronte, impossibilità di completare radiografie o sedute di igiene orale, stress per pazienti e operatori: un problema comune, spesso sottovalutato, che può compromettere l'intera esperienza clinica.

NoGag – sviluppato da Orion Innovations e ora distribuito in Italia da 4T – è la soluzione brevettata che cambia radicalmente questo scenario. NoGag è una polvere orale monodose a base di cloruro di sodio e acido citrico, formulata in un rapporto brevettato. Agisce in 10 secondi, sopprimendo il riflesso faringeo per almeno 60 minuti, senza l'uso di anestetici, senza allergeni, né coloranti o aromi.

La sua azione si basa sulla stimolazione del nervo cranico IX, simulando il gesto della deglutizione e bloccando efficacemente il riflesso del vomito. È sicuro per tutte le età, utilizzabile anche in gravidanza, e rappresenta una svolta sia per il paziente che per l'odontoiatra.

Uno studio clinico condotto presso la West Coast University ha dimostrato una riduzione media del 70% del riflesso faringeo, costante da 10 secondi fino a un'ora dopo la somministrazione. I test comparativi con sale e acido citrico da soli, mostrano un'efficacia del 94% superiore per NoGag. NoGag® è disponibile in confezioni da 20 bustine monodose. Ogni bustina contiene 0,5 grammi di prodotto, non richiede refrigerazione e ha una validità di 5 anni dalla data di produzione.



4T

Tel. 02.96409029

info@quattrotti.com

www.quattrotti.com

PROTESI

Medi-Kord

Per ottenere una corretta presa d'impronta, è essenziale garantire la perfetta esposizione del margine preparato. Ciò richiede una retrazione efficace dei tessuti molli, il controllo dell'umidità e l'eliminazione di sangue o saliva dalla zona critica. Le tecniche meccanico-chimiche rappresentano ancora oggi lo standard clinico più affidabile per raggiungere l'obiettivo.

L'utilizzo di un filo retrattore non medicato spesso non è sufficiente a garantire visibilità e controllo emostatico. Studi clinici dimostrano che l'uso del solo filo comporta un rischio elevato di dover ripetere l'impronta, con conseguenti ritardi e imprecisioni.

Medi-Kord è un filo intrecciato in cotone preimpregnato con DL-epinefrina cloridrato (vasocostrittore) e fenolsulfonato di zinco (astringente) e provoca la retrazione della gengiva mobile.



Aggiungendo l'astringente al filo di cotone, è possibile ridurre il contenuto di epinefrina del 75% senza compromettere l'efficacia vasocostrittrice e garantendo al tempo stesso un'elevata compatibilità tissutale.

La normale umidità gengivale attiva i principi attivi favorendo l'immediata retrazione della gengiva mobile, senza danni ai tessuti, ma esponendo completamente il bordo gengivale.

Medi-Kord consente un controllo ottimale del sanguinamento e una visibilità chiara del margine protesico, favorendo le probabilità di successo già al primo rilevamento. Utilizzabile a secco con la tecnica abituale, è disponibile in quattro misure e confezionato in rotoli da 183 cm.



Medirel

info@medirel.ch

www.medirel.ch

BENESSERE ORALE NATURALE

CON LA LATTOFERRINA FORHANS

ANTIBATTERICO
NATURALE

BENESSERE
DELLE MUCOSE ORALI
AZIONE QUOTIDIANA
PREVENTIVA



Forhans
Lattoferrina



dal 1951

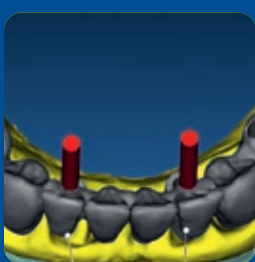
www.uragmeonline.com



I CASI CLINICI DI

DentalAcademy.it

ESPERIENZE CLINICHE IN ORTODONZIA



**Full arch inferiore a carico immediato
in un caso di chirurgia protesicamente guidata**



**Ripristino immediato di creste interforaminali
atrofiche con impianti Narrow 2.9**

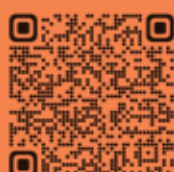
IN LIBRERIA



Autori:

Claudio Di Maria
Marzia Niso

Coordinatore scientifico:
Roberto Pistilli



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



Autore: Vittorio Favero

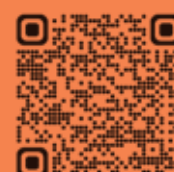


**Medicina interna per
l'odontoiatra. Gestione
del paziente con
malattie sistemiche**



Autori:

Marco Salin
Mario Scilla
Alessio Casucci
Francesco Di Gioia



**Allungamento
chirurgico
di corona clinica**

CASO CLINICO

Full arch inferiore a carico immediato in un caso di chirurgia protesicamente guidata

La chirurgia guidata negli ultimi anni ha raggiunto livelli di precisione e accuratezza prima impensabili; il miglioramento delle performance di calcolo dei software, il supporto dell'intelligenza artificiale, le innovazioni tecnologiche nell'imaging digitale e radiologico, consentono una sempre più accurata programmazione degli interventi di chirurgia protesicamente guidata attestando le riabilitazioni implanto-protesiche a livelli di standard irrinunciabili nella pratica clinica quotidiana.

Va considerato che, al fine di garantire un'alta qualità dei risultati, la supervisione da parte del chirurgo-odontoiatra non può essere sottovalutata.

Lo scopo di questo lavoro è illustrare e attestare la centralità delle competenze del professionista in tutte le fasi di progettazione digitale al fine di ottenere dei risultati clinici implanto-protesici ottimali.

Caso clinico

Il caso in oggetto è una riabilitazione inferiore di un paziente con edentulia parziale e grave compromissione della dentatura residua (fig. 1).

Per la progettazione vengono selezionati impianti, componentistica primaria e secondaria copaSKY Bredent Medical; viene progettato un wax-up iniziale in relazione alla mucosa segmentata con la simulazione delle estrazioni da effettuare, e all'antagonista (fig. 2).

Si virtualizzano nella progettazione 6 impianti, si scelgono le componenti primarie, si effettua una prima valutazione del parallelismo tra gli impianti.

La geometria dell'impianto copaSKY con posizionamento leggermente sottocrestale e il calcolo dell'ampiezza biologica digitale permettono di ottenere in fase di guarigione un sigillo osteo-mucoso estremamente valido.

Si invia al laboratorio il progetto attraverso la condivisione prevista dal software SKY Pro Guide Plan in rigoroso flusso digitale e, in varie fasi successive in condivisione con l'odontotecnico, si ottimizzano i profili di emergenza e il parallelismo.

In questo particolare caso si è riusciti a ottenere un parallelismo "ottimale" tra tutti e 6 gli impianti previsti, con un profilo di emergenza congruo a una riabilitazione protesica estremamente performante in termini di carico protesico, di gestione del cantilever, di estetica (fig. 3).

Grazie al calcolo preliminare del comportamento della mucosa post-estrattiva otteniamo un provvisorio estremamente preciso che permette una guarigione ideale grazie anche alla perfetta detergibilità. Questo risultato è frutto della predicibilità di tutte le variabili digitalmente analizzate e introdotte a sistema.

L'intervento eseguito ha previsto l'estrazione della dentatura residua, l'inserimento degli impianti con dima chirurgica, l'applicazione degli abutment SKY uni.cone, delle torrette (fig. 4), la sutura in materiale riassorbibile.

Il provvisorio armato costruito in Pmma Multilayer breCAM.multiCOM di bredent, viene passivato nel cavo orale, rifinito e avvitato: la figura 5 mostra l'estrema precisione dei contorni cervicali soprattutto nei siti post-estrattivi.

L'Opt di controllo (fig. 6), eseguita immediatamente dopo, mostra il preciso posizionamento sottocrestale degli impianti e la corretta altezza degli abutment SKY uni.cone rispetto ai profili di emergenza.

In conclusione, il caso rappresentato mostra quanto ancora sia imprescindibile e centrale il ruolo del professionista adeguatamente formato nello sviluppo di un corretto progetto implanto-protesico in chirurgia guidata per raggiungere traguardi clinici sempre al passo con il gold standard delle procedure.



Pasquale Comentale
Odontoiatra libero professionista
a Castellammare di Stabia (Napoli)



Fig. 1: situazione iniziale

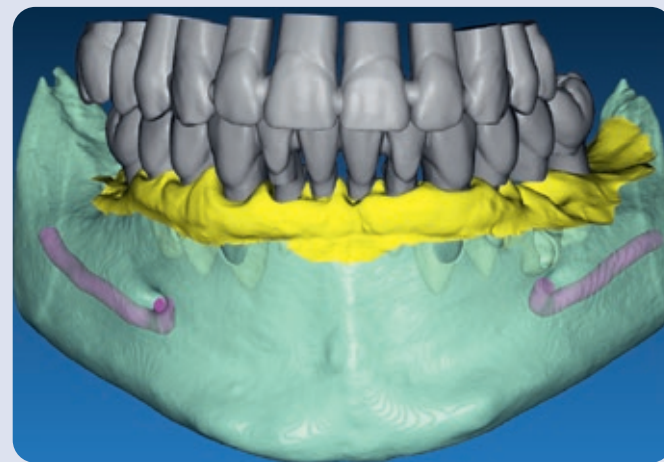


Fig. 2: wax-up digitale

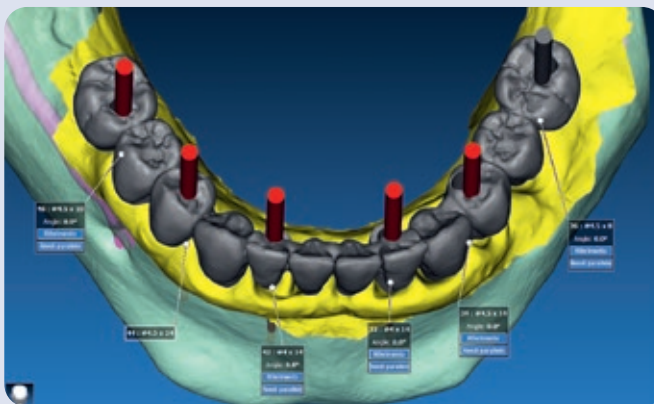


Fig. 3: emergenza impianti e parallelismo



Fig. 4: impianti e torrette in situ



Fig. 5: provvisorio a carico immediato

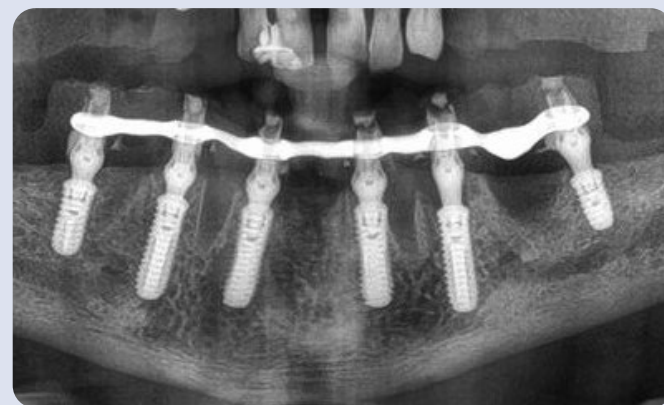


Fig. 6: radiografia di controllo immediatamente dopo la chirurgia



Bone Growth Concept



TRUSTED QUALITY SINCE 2002



copaSKY

Unica connessione e back taper microstrutturato.

Sottile.



3.0 mm

Angolato.



fino a 35°

Ultra short.



5.2 mm

PERFETTO

Per tutte le densità ossee.
Per tutte le indicazioni.
Per le riabilitazioni a carico immediato.
Per il flusso di lavoro digitale.



SCAN ME

50 years of bredent

bredent
medical

bredenti

Distributore per l'Italia: bredent s.r.l. - Via Roma, 10 - 39100 Bolzano - Italia - T: +39 0471 469576 / +39 0471 400781 - F: +39 0471 469573 - info@bredent.it - www.bredent.it
PIVA - Codice Fiscale R.L. di Bolzano N. 02240570214 - Cap. Soc. I.V. Euro 50.000 - REA n. BZ 165004

Sulvo modifiche ed errori

CASO CLINICO

Ripristino immediato di creste interforaminali atrofiche con impianti Narrow 2.9

Il paziente (75 anni) si presenta presso lo studio per sostituire un vecchio ponte in metallo-ceramica ormai obsoleto e non più congruo. Nel corso degli anni la radice in posizione 4.1 è stata estratta per motivi parodontali. Come si può notare dalla Cone Beam il paziente presenta una cresta notevolmente sottile soprattutto in zona 4.3. Dal momento che la letteratura ci dice che un impianto necessita mediamente di almeno 2 mm di osso circonferenzialmente, non è possibile posizionare impianti di diametro "standard" senza aumentare lo spessore della cresta ossea. Venendo incontro alle richieste del paziente di contenere la complessità chirurgica, abbiamo deciso di utilizzare degli impianti a diametro stretto da 2.9 mm, caratteristica peculiare della sistemica XCN Leone. Questo ci ha permesso di escludere terapie rigenerative complesse che avrebbero aumentato la morbilità del caso, la durata e complessità, in generale, del trattamento. La preferenza degli autori è quella di utilizzare protesi a ritenzione avvitata per permettere la facile manutenzione ed eventuali adeguamenti post consegna.

Pianificazione chirurgica

La fase clinica del trattamento è iniziata rimuovendo la vecchia protesi e preparando gli elementi 3.2 e 4.4 per ricevere un provvisorio in PMMA (fig. 1), fedele replica della progettazione eseguita sul software. Questo ha permesso di gestire la fase provvisoria, qualora la procedura chirurgica avesse presentato delle sorprese e non fosse stato possibile posizionare degli impianti. Inoltre, ha permesso di previsualizzare intraoralmente il progetto clinico computerizzato e di ottenere dal paziente l'approvazione della morfologia e della posizione dei denti in modo molto accurato. Grazie alla tecnologia 3D e all'uso di software avanzati, in questo caso Exocad e ExoPlan (fig. 2), è possibile analizzare in dettaglio la struttura ossea, identificare aree critiche come nervi, seni mascellari o spazi ridotti, e determinare con precisione la posizio-

ne, l'angolazione e la profondità ottimali per l'impianto. Questo approccio minimizza il margine di errore, aumenta la sicurezza e consente interventi più predicibili anche in situazioni anatomiche difficili, come questa dove la cresta risulta particolarmente sottile. Inoltre, la guida chirurgica permette di eseguire procedure meno invasive, accelerando i tempi di guarigione.

Una volta ottenuta l'approvazione da parte del paziente e verificata la correttezza del nostro progetto è stata progettata la mascherina chirurgica tenendo in considerazione il design della protesi verificata in bocca. La mascherina a supporto dentale è stata realizzata con finestre di ispezione per verificare la precisione della mascherina chirurgica sugli elementi dentali (fig. 3).

Chirurgia, carico immediato e restauro finale

La preparazione in modo sequenziale del set di frese contraddistinte da un codice colore specifico permette di ridurre al minimo gli errori e ottimizzare i tempi della fase chirurgica. Avendo ottenuto un notevole torque di inserimento, è stato deciso unitamente al paziente di caricare gli impianti immediatamente mediante protesi provvisoria in PMMA avvitata (figg. 4, 5 e 6).

Da molti anni ormai per il trattamento di casi di questo tipo optiamo per restauri metal-free. Questo consente l'ottimizzazione del risultato estetico e di fabbricazione del manufatto senza sacrificare forza e resistenza della protesi. Si può notare come la componentistica Leone sia molto efficace da un punto di vista di dimensioni grazie all'assenza della vite di ritenzione tra moncone protesico e impianto.

In un caso di incisivi inferiori come questo, la sistemica XCN permette di avere morfologie e profili di emergenza adeguati da un punto di vista funzionale, igienico ed estetico. A distanza di 4 mesi dall'intervento abbiamo provveduto alla realizzazione del definitivo partendo da una scansione intraorale diretta sui Mua con Scan Body lunghi. Questo ha permesso la progettazio-

ne Cad/Cam della protesi (fig. 7) e la realizzazione del modello prototipato con lo spazio per gli analoghi digitali per Mua). Il riscontro radiografico a distanza di 4 mesi è indispensabile per valutare la posizione degli impianti, i profili ossei e il loro mantenimento a lungo termine. Inoltre, dalle radiografie si può verificare l'adeguatezza dei profili protesici in modo che questi rispettino i tessuti di supporto profondi e superficiali (figg. 8 e 9).

Conclusioni

La sistemica XCN a connessione cono Morse pura senza vite di serraggio consente l'utilizzo di monconi Mua senza compromettere la biomeccanica protesica e presenta il vantaggio di una notevole facilità di installazione degli stessi in soluzione cement-free. La stessa mancanza della vite di serraggio tra impianto e moncone permette l'utilizzo di componentistiche protesiche molto ridotte nelle dimensioni basali e un miglior risultato protesico estetico e funzionale a livello dei tessuti; così facendo, anche dove abbiamo da replicare degli incisivi inferiori di piccole dimensioni, riusciamo a garantire un buono spazio per le papille interdentali e spazio per una buona igiene.

Nonostante le limitazioni anatomiche e le esigenze del paziente di contenere la complessità del trattamento, una corretta diagnosi e un'attenta pianificazione utilizzando strumenti digitali ha consentito di finalizzare il caso con predicibilità e un numero di appuntamenti molto limitato.

La sistemica XCN ha permesso di utilizzare impianti a diametro molto contenuto senza alcuna perdita di resistenza biomeccanica, grazie alla tipica connessione a cono Morse senza vite. Questo ha consentito una corretta posizione e morfologia protesica nonostante l'utilizzo di monconi Mua. Tutto questo, a beneficio di un workflow semplificato e di un risultato estetico soddisfacente e la semplificazione di eventuali interventi di manutenzione post consegna.



Andrea Ricci

Libero professionista a Firenze

Si ringrazia Massimiliano Pisa del laboratorio Dental Giglio di Firenze per la guida chirurgica e le realizzazioni protesiche



Fig. 1: situazione clinica iniziale dopo aver preparato gli elementi 3.2 e 4.4 a finire per ricevere un provvisorio fisso

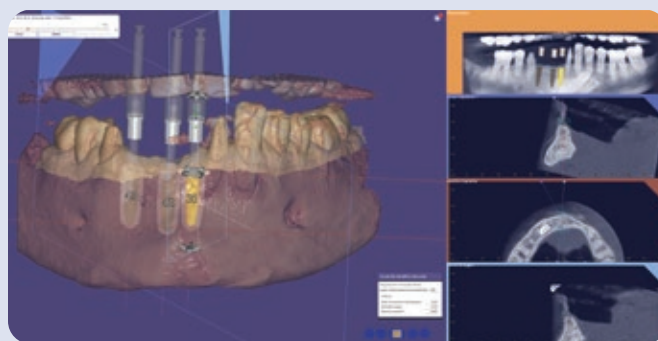


Fig. 2: pianificazione implantare



Fig. 3: verifica della precisione della mascherina chirurgica sui denti mediante finestre di ispezione



Fig. 4: inserimento dell'impianto Narrow 2.9 in posizione 4.1



Fig. 5: bloccaggio del moncone Mua in posizione 3.1



Fig. 6: provvisorio posizionato il giorno stesso dell'intervento chirurgico implantare



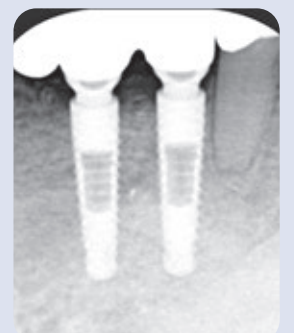
Fig. 7: protesi in zirconia cementata sulle interfacce Cad/Cam per Mua



Fig. 8: restauro finale in situ



Fig. 9: radiografie periapicali degli impianti in posizione 4.3, 4.1 e 3.1 dopo la consegna della protesi definitiva



**CONTENUTO
EXTRA**

VIDEO - Ripristino immediato di creste interforaminali atrofiche con impianti Narrow 2.9



Impianti XCN® Narrow 2.9 e XCN® 3.8 Tapered Series

small  but
strong

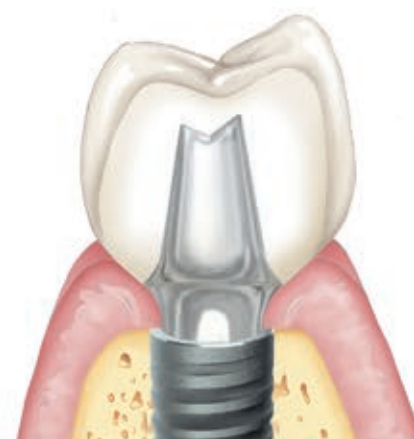
Il sistema implantare che ridefinisce gli standard di resistenza e affidabilità grazie alla **connessione cono Morse autobloccante**



Elevata stabilità meccanica



Assenza di infiltrazioni grazie alla connessione sigillante



Platform switching per gestione dei tessuti molli

Industria odontotecnica digitale e non solo...

Protesi Fissa



Diadema Dent è un'azienda internazionale di produzione industriale di protesi dentali, con sede a Roma, che serve tutto il territorio nazionale.

In anni di esperienza abbiamo sviluppato un sistema di produzione rapido, preciso e di facile utilizzo nei confronti di cliniche e studi odontoiatrici. Il tutto si svolge in poche fasi:

- invio dell'impronta digitale dalla vostra clinica o studio odontoiatrico, siamo presenti nelle principali piattaforme di scanner intraorali.
- Sviluppo modello e progettazione lavoro tramite CAD di ultima generazione.
- Fabbricazione lavoro con le tecniche più aggiornate ed i materiali più innovativi, specifici per ogni soluzione.
- Consegna alla vostra clinica o studio odontoiatrico con corriere espresso.

Eseguiamo lavorazioni anche da impronta fisica.

Dalla ricezione dei file occorrono 5 giorni di laboratorio per la realizzazione di lavori standard, per le impronte fisiche invece serve un giorno in più.

Diadema Dent vanta più di 290 artigiani odontotecnici che si occupano della produzione di protesi dentali, ortodonzia classica ed allineatori invisibili, il tutto nel rispetto delle norme vigenti.

Nelle sedi produttive a Roma, Hong-Kong e Nuova Delhi con oltre 650.000 protesi già realizzate, Diadema Dent garantisce qualità e affidabilità, servendo i professionisti del settore odontoiatrico in tutta Italia.

Ogni protesi è realizzata senza alcun subappalto, sotto il diretto controllo dei nostri responsabili di laboratorio con esperienza trentennale. Usiamo solamente materiali certificati CE e disponiamo di una doppia certificazione ISO (9001 e 13485), che garantisce tracciabilità, sicurezza e standard elevati in ogni fase produttiva.

Il nostro laboratorio con sede a Roma realizza, in poco tempo, non solo tutti i lavori preliminari (porta impronte individuali, cere, modelli di studio ecc.), ma anche riparazioni urgenti.

Grazie ai nostri sistemi organizzativi e produttivi possiamo mantenere prezzi competitivi, garantendo la miglior qualità di mercato. Per il listino prezzi completo o per maggiori informazioni contattateci telefonicamente o semplicemente inviate una e-mail con richiesta "listino prezzi".

Protesi Mobile



Alcuni dei nostri prezzi:

- Corona in Zirconio integrale da file € 50,00 (da impronta tradizionale €59,00)
- Corona in Zirconio-ceramica da file € 70,00 (da impronta tradizionale €79,00)