

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



Roberto Rosso
Presidente Key-Stone

Gli italiani dal dentista: prevenzione, spesa e nuove sfide per gli studi odontoiatrici

L'istituto di ricerca Key-Stone presenta una fotografia aggiornata delle abitudini degli italiani relativamente alla loro salute orale. «La traiettoria è chiara – spiega **Roberto Rosso** –: meno trattamenti invasivi, più continuità di cura, maggiore attenzione a estetica e durata delle soluzioni riabilitative, soprattutto tra gli anziani attivi». Così le agende degli studi odontoiatrici si riempiono

di attività meno remunerative, con il rischio di saturare risorse e tempi clinici senza un corrispondente incremento dei ricavi. Dalla ricerca OmniSalus di Key-Stone emerge anche la prima misurazione della spesa odontoiatrica degli italiani: 10 miliardi all'anno vanno al dentista. Ma la gran parte dei pazienti in un anno spende meno di 300 euro a testa.

Corrado Bondi si candida alla presidenza Andi nazionale



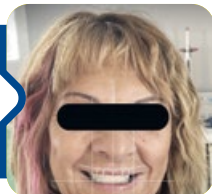
Come affilare curette e scaler: indicazioni pratiche e video



Come monitorare l'acqua del riunito: test e procedure



DentalAcademy.it



AUTORE Selvaggia Brigo
**Un caso di odontoiatria
multidisciplinare con Invisalign Go
Plus e Invisalign Smile Architect**



AUTORE Aldo Crespi
**Ritrattamento di 4.6
e fallimento a vent'anni**

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!

HyFlex EDM OGSF
Ora disponibile anche
da 31mm

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

Inquadra per consultare
il protocollo di utilizzo



Più prestazioni a minore complessità clinica, meno remunerative

Una dinamica virtuosa sul piano deontologico e della salute pubblica, che sposta l'attenzione su prevenzione e mantenimento, ma che impone di ripensare i modelli organizzativi dello studio dentistico e a mettere in campo azioni correttive concrete

Questo articolo rielabora i risultati delle più recenti rilevazioni **OmniSalus di Key-Stone**, un osservatorio continuativo sul rapporto tra cittadini e cure odontoiatriche. L'indagine, articolata in quattro rilevazioni trimestrali nell'arco di dodici mesi, ha coinvolto **10.880 adulti tra 20 e 79 anni**. La dimensione e la struttura del campione consentono di leggere con precisione abitudini di accesso, mix di prestazioni e comportamenti di spesa presso gli studi dentistici italiani.

La valenza dell'indagine

Nonostante l'elevato campione della ricerca, va comunque ricordato che un universo di circa 3 milioni di famiglie appartenenti alle fasce più povere della popolazione è escluso dalla rilevazione, non per scelta ma in quanto non raggiungibile in modo omogeneo tramite i canali telefonici e online utilizzati per il sondaggio. Gli indicatori – in particolare quelli relativi all'accesso alle cure e, ancor più, alla spesa – sono in ogni caso da considerarsi pienamente affidabili per oltre l'88% delle famiglie italiane, quelle che comunque rappresentano il target abituale degli studi dentistici nel Paese. Tale aspetto è stato tenuto in considerazione dai ricercatori al fine di realizzare – per la prima volta – una stima affidabile della spesa complessiva degli italiani per le cure dentistiche, includendo anche una valutazione relativa alle famiglie in condizione di povertà assoluta o relativa.

Accesso e frequenza: più controlli, ma una quota ampia resta "occasionale"

Oltre il 60% degli adulti dichiara una visita odontoiatrica nell'ultimo anno (grafico 1). La cadenza si consolida su base annuale per il 52% dei pazienti; il 17% riferisce controlli ogni tre mesi; il 14% si colloca su intervalli di due-tre anni. Nonostan-

te la crescita della regolarità, persiste uno "zoccolo duro" – oltre un terzo del campione – che si rivolge allo studio solo quando emerge un problema. È un comportamento sintomo-guidato, tipico delle situazioni in cui la prevenzione non è ancora interiorizzata come buona abitudine di salute.

Le differenze territoriali sono contenute ma significative: tra Nord e Sud lo scarto medio è nell'ordine di cinque punti percentuali, una discrepanza che diventa rilevante se si considera il peso delle famiglie in condizione di disagio socioeconomico, molto più presente nel Sud Italia. In generale, dove l'offerta è più densa (all'aumentare del numero di dentisti in determinate zone aumenta anche la domanda) e il reddito pro capite più alto, l'accesso tende a essere più regolare. La distribuzione è generalmente omogenea per classi d'età, ma gli over 60 presentano la minore aderenza ai richiami: la quota di visite annuali scende sotto il 50%, combinazione di ostacoli economici e logistici e di una certa sottovalutazione dei sintomi.

Il più forte discriminante resta comunque lo status socioeconomico: nel segmento medio-basso (bassa scolarizzazione e redditi contenuti) l'accesso regolare si ferma

intorno al 50%, mentre sale fino all'80% tra i cittadini con scolarità universitaria e redditi medio-alti. In sintesi, la prevenzione è un comportamento "abilitato" da risorse culturali e materiali.

Questi pattern hanno implicazioni gestionali: una quota non trascurabile di pazienti entra nel percorso di cura in modo tardivo e disomogeneo, con maggiore probabilità di prestazioni correttive.

Dalla cura alla prevenzione: il cambio di paradigma si consolida

Tra chi ha effettuato almeno una visita nell'ultimo anno, il 70% ha svolto una seduta di igiene orale (grafico 2). Il dato cresce del +7,5% rispetto ai dodici mesi precedenti (63%) e si accompagna a un calo delle prestazioni più invasive. A fronte dell'aumento dell'igiene, si osserva, infatti, una riduzione delle prestazioni a maggiore invasività o legate a quadri clinici più compromessi, come ad esempio le otturazioni/ricostruzioni (-7,4%), estrazioni (-4,6%). Altre variazioni sono indicate nel grafico 2. Chiaramente, ci si riferisce alla percentuale di pazienti che dichiarano di aver effettuato determinati trattamenti, e non una tendenza necessariamente di tipo economico.

La ricerca non pretende infatti di valutare una eventuale flessione "economica" delle specialità complesse, bensì una riduzione della quota di pazienti che riferiscono di averne avuto bisogno, coerente con una migliore salute orale media, con l'effetto dei richiami di prevenzione e con l'aumentato desiderio degli italiani di avere un sorriso più smagliante.

Il confronto con il triennio 2021-2023 conferma lo spostamento del baricentro: più igiene orale, maggiore attenzione al mantenimento, minore incidenza di quadri clinici che richiedono interventi correttivi. Il contesto aiuta a leggere il fenomeno: nel biennio 2020-2021 la pandemia ha provocato rinvii sistematici (circa il 20-25% della popolazione ha posticipato le visite), generando un "effetto recupero" e un aumento di casi più severi fino al 2023, con carie, incidenza della parodontite quasi raddoppiata ed estrazioni in forte crescita in quel periodo. Oggi il comparto appare in assestamento: oltre 27 milioni di pazienti nell'ultimo anno, ma con una crescita a valore più contenuta, per l'effetto combinato di prevenzione e miglioramento del quadro clinico medio.

Accanto a ciò emerge una domanda più consapevole anche sul fronte estetico e protesico:



EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra

DAL DENTISTA COME DAL CONFESSORE

Potrebbe sembrare curioso considerando che la pratica odontoiatrica è concentrata sulla bocca e che questa è indispensabile per poter parlare, ma i pazienti che hanno fiducia nel loro odontoiatra trovano comunque spazi per conversare.

Spesso confidano al professionista realtà personali, vedendolo come una figura in grado di comprendere il loro sfogo. Si potrebbe pensare che si tratti di eccezioni, o che il dentista abbia tempo da perdere o comunque poco da lavorare, ma non è così. La seduta odontoiatrica è composta da regole ben definite, ma esistono comunque spazi in cui inserire rapporti interpersonali con il paziente.

L'ingresso nella sala operativa presuppone un saluto e da lì, alcuni traggono lo spunto per iniziare un colloquio che alcune volte siamo costretti con garbo a interrompere per non compromettere gli altri appuntamenti.

Vi è poi l'inevitabile attesa dopo aver somministrato l'anestetico, e anche questo è un altro classico momento in cui il paziente comunica o, in altri casi, è proprio il dentista che cerca un argomento leggero per distrarre l'attenzione prima di procedere con la terapia. Può capitare che i pazienti si facciano prendere la mano, sconfinando dai tempi previsti. L'esperienza ci permette di inserirci con delicatezza per informare che è arrivato il momento di procedere alle terapie.

Da qui in poi, la bocca aperta, l'uso della diga di gomma e le conseguenti cure impediscono ogni scambio verbale, anche se ci è capitato, nel corso degli anni di professione, di trovare alcuni indomiti pazienti che riuscivano a parlare anche attraverso la diga.

L'ultima fase, quella del congedo, più facilmente può dilatarsi coinvolgendo il medico che, per delicatezza ed educazione, non può che dar seguito alla voglia di parlare del suo paziente.

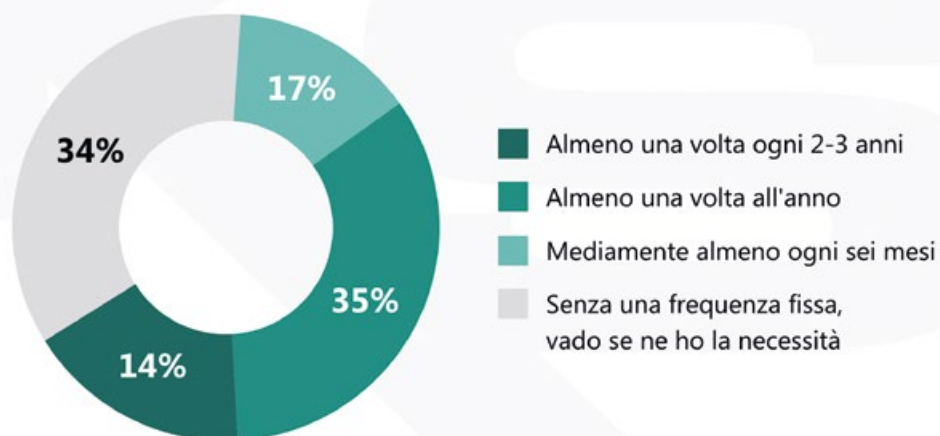
La nota più singolare è che alcuni, specie quando vi è un "ascolto attivo", si lasciano andare in confidenze famigliari per così dire delicate che possono diventare, in alcuni casi, imbarazzanti. Vero è che il professionista è tenuto al segreto professionale e che il paziente merita di essere ascoltato per l'assoluto rispetto del suo sfogo, anche se può accadere che il suo totale trasporto inconsapevole passi la misura.

In questi casi non è sempre facile il disimpegno. L'arma di interruzione che solitamente funziona è rappresentata da «è stato un piacere ascoltarla e approfondiremo la prossima volta, perché non vorrei far aspettare il prossimo paziente». Può apparire scontata ma è una frase collaudata nel corso di molti anni di professione e si è sempre rivelata particolarmente efficace. Lascia anche spazio a un prossimo eventuale approfondimento che potrebbe essere di interesse reciproco.

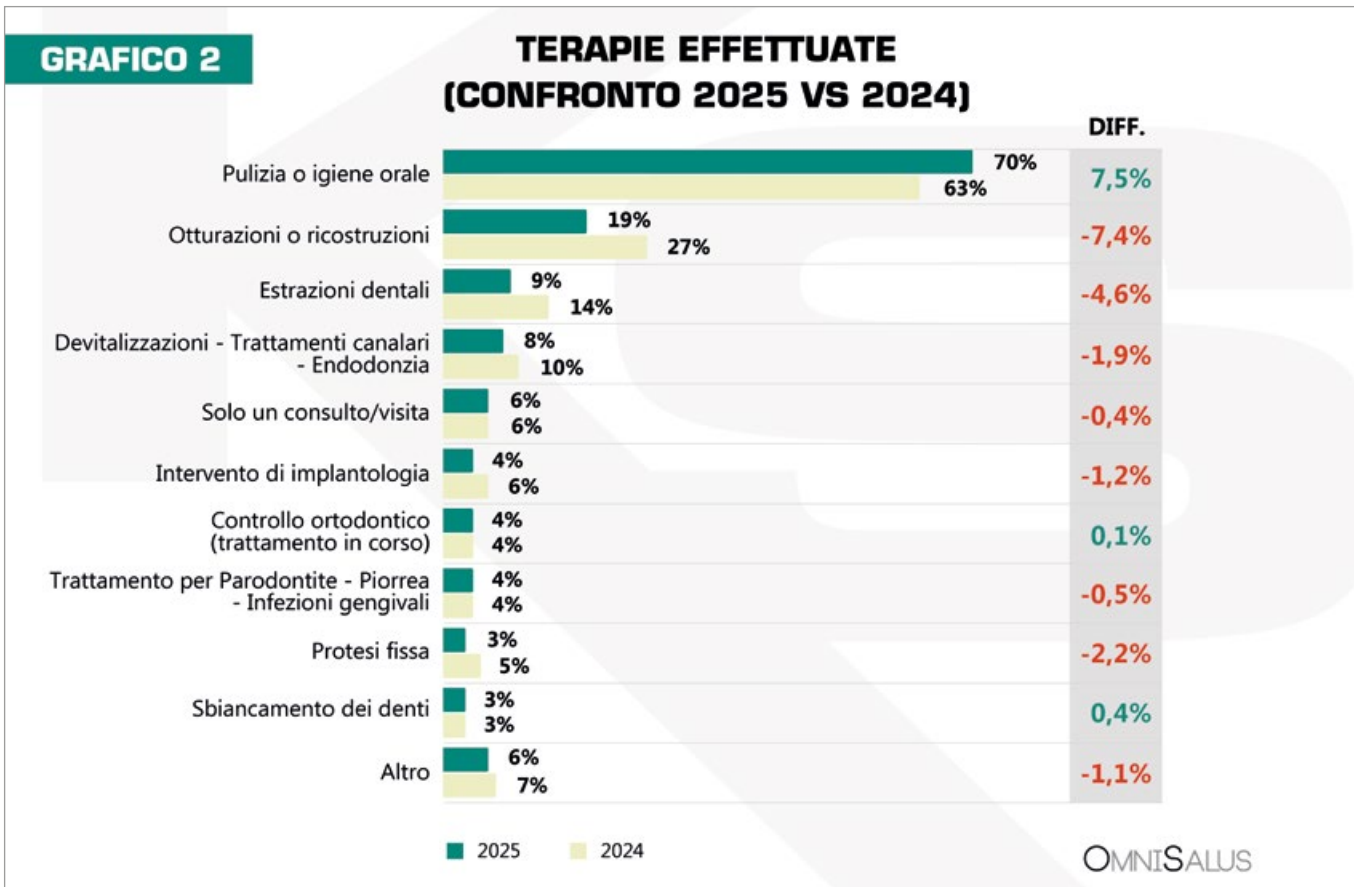
Del resto, questi spazi comunicazionali fanno parte integrante della professione e della professionalità, che viene compromessa quando per esigenze "gestionali" il rapporto con il paziente assume i connotati della catena di montaggio, cosa che qualche operatore è costretto a fare in alcune strutture dove la risorsa tempo è prioritaria.

Ognuno è libero di gestire come crede la propria attività, raccogliendo oneri e onori. Ricordiamo però che anche noi siamo pazienti e quando un collega ci fa sentire importanti e non un semplice numero, innalza tutta la bellezza della professione e condiziona favorevolmente il nostro modo di affrontare le cure.

GRAFICO 1 FREQUENZA DI VISITA DAL DENTISTA



OMNISALUS



soprattutto tra gli anziani attivi aumenta la richiesta di soluzioni durature e di qualità, in linea con l'allungamento dell'aspettativa di vita e con l'importanza dell'integrazione sociale legata al sorriso. Per gli studi, questo significa calibrare con attenzione il mix di competenze e di offerta, bilanciando igiene e mantenimento con trattamenti ad alto valore aggiunto quando indicati.

Effetti economici: ticket medio in calo e saturazione operativa

La crescita delle attività preventive produce due effetti strutturali. Da un lato, riduce il ticket medio: l'igiene e le prestazioni a basso valore unitario abbassano la spesa media per paziente. Dall'altro, aumenta i volumi: **le agende si riempiono di attività numerose ma meno remunerative, con il rischio di saturare risorse e tempi clinici senza un corrispondente incremento dei ricavi.** È una dinamica virtuosa sul piano

deontologico e della salute pubblica, ma che impone di ripensare i modelli organizzativi.

La spesa media per l'ultimo ciclo di cure si attesta a 462 euro, in calo rispetto ai 509 euro della rilevazione precedente (-9,2%). Oltre il 55% dei pazienti ha speso meno di 300 euro negli ultimi quattro mesi, mentre l'11% ha usufruito di cure senza costi diretti. Esaminando i dati sociodemografici, emergono alcune tendenze significative:

- gli individui con più di 60 anni hanno sostenuto una spesa media di circa 590 euro (più alta di un 28% rispetto alla media);
- i pazienti con un basso livello di istruzione hanno riportato una spesa media di 585 euro, superiore alla media complessiva (+27%), ma si tratta di pazienti con una frequenza di visita al dentista di gran lunga inferiore alla media.

A questo proposito, va sottolineato che circa il 70% di chi si è recato dal dentista nell'ultimo anno ha speso meno di

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



LA LINEA SI COMPLETA
CON IL GEL E LO SPRAY
AMINOGAM

Fabbricante



Documentato clinicamente. Sono Dispositivi Medici di Classe IIa

CE 0373 - Leggere le istruzioni di utilizzo.

1.T. Ruggiero et al. - Use of sodium hyaluronate and synthetic amino acid precursors of collagen for the symptomatic treatment of mucositis in patients undergoing haematopoietic stem cell transplants -Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agent, -vol. 30, no. 3, 889-894 (2016)
2.T. Ruggiero et al. - Prevention and treatment of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation with sodium hyaluronate and collagen precursors - Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy 2022; - 13(3):54-58.



TRADURRE L'ANALISI IN AZIONI CONCRETE: LE ISTRUZIONI OPERATIVE PER LO STUDIO DENTISTICO

Da questa fotografia emergono alcune linee guida pratiche di possibile aiuto per lo sviluppo delle strategie dello studio dentistico.

1. Progettare percorsi di mantenimento come cuore del servizio

Gli studi dovrebbero considerare la prevenzione e i richiami periodici non come attività accessorie, ma come la parte più stabile e continuativa della relazione con i pazienti. Un piano di igiene e controlli regolari permette non solo di mantenere la salute orale, ma anche di costruire un rapporto di continuità che rafforza la fiducia e la fidelizzazione nel tempo.

2. Misurare e raccontare i risultati clinici in modo chiaro

Non è sufficiente registrare dati clinici: è importante tradurli in informazioni comprensibili per i pazienti. Mostrare, ad esempio, come siano diminuiti i siti sanguinanti, come la placca sia sotto controllo o come i denti siano più stabili rispetto all'anno precedente, anche attraverso grafici, colori o schede semplici. Coinvolgere maggiormente il paziente con strumenti digitali di supporto può aumentare consapevolezza e compliance. Questo aiuta a percepire il valore concreto del percorso intrapreso e motiva a proseguire con la prevenzione.

3. Ingegnerizzare le agende per gestire meglio i volumi e la sostenibilità

Con il crescente peso delle attività preventive, le agende rischiano di saturarsi con prestazioni indispensabili ma a valore economico unitario inferiore. È quindi fondamentale rivedere la pianificazione di flussi e processi: dedicare slot specifici all'igiene (e, nelle grandi strutture, risorse dedicate), riservare finestre sia alle urgenze sia alle prime visite, introdurre percorsi più veloci per i controlli di routine,

300 euro (grafico 3). Si tratta soprattutto di pazienti che mantengono una frequenza regolare, almeno una volta all'anno, e che riportano quindi una spesa contenuta. Il rovescio della medaglia, per gli studi odontoiatrici, è che i volumi di visite e prestazioni aumentano, ma il valore medio tende a ridursi in modo progressivo e strutturale.

Assicurazioni e fondi: accesso ampliato, nuovi vincoli relazionali

Un rispondente su quattro ha usufruito di agevolazioni per sé o per familiari attraverso assicurazioni o fondi integrativi, con rimborsi diretti o indiretti. Tra chi ha beneficiato di tali vantaggi, oltre la metà ha utilizzato convenzioni dirette (assenza di costi o ticket ridotto con pagamento o integrazione da parte del terzo pagante), mentre l'altra parte ha ottenuto rimborsi indiretti, di norma parziali. Da notare che il 9% di chi potrebbe accedere a convenzioni sceglie di non utilizzarle, pre-

ferendo la continuità con il proprio dentista non convenzionato: un segnale forte del peso della relazione di fiducia nella decisione. Per gli studi la questione è duplice: le convenzioni dirette consentono di reclutare nuovi pazienti, ampliano l'accesso e stabilizzano i flussi, ma introducono vincoli tariffari talvolta molto stringenti e limitano la scelta del paziente imponendo elenchi predefiniti di studi convenzionati.

Quanto vale il mercato: stima della spesa delle famiglie

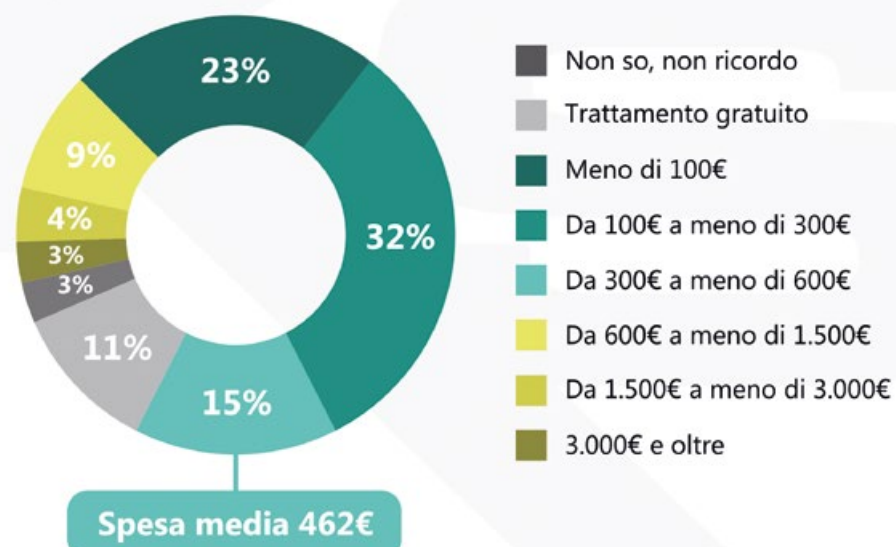
Ponderando i risultati su un campione di oltre 10.000 famiglie, Key-Stone è riuscita a stimare per la prima volta la spesa complessiva degli italiani per le cure odontoiatriche. Si tratta di un passaggio importante, perché permette di misurare le reali dimensioni del mercato senza doversi affidare esclusivamente ai dati Coicop di Istat, spesso difficili da interpretare. Nonostante alcuni recenti miglioramenti

nei questionari, queste rilevazioni mostrano infatti forti oscillazioni da un anno all'altro, poco coerenti con l'andamento reale dei consumi odontoiatrici.

Tornando ai risultati dell'ampia ricerca, **la spesa complessiva delle famiglie italiane per le cure odontoiatriche nell'ultimo anno si è attestata a circa 9,8 miliardi di euro, pari a circa 375 euro per famiglia** (considerando tutte le famiglie italiane, non solo quelle che hanno avuto accesso alle cure). La media crolla a 30 euro per i più di tre milioni di famiglie in povertà assoluta e/o relativa e sale a 423 euro per i nuclei non in condizioni di disagio. La forte riduzione della spesa per le famiglie più disagiate dipende soprattutto dall'elevata quota di coloro che non si recano dal dentista se non in caso di estrema necessità o riescono ad accedere, spesso con difficoltà, al sistema pubblico.

Tenendo conto dell'impatto delle convenzioni dirette – stimabili con metodologia dedicata in circa 500 milioni – il giro d'affari complessivo si colloca intorno ai 10,3 miliardi di euro. È un valore in linea con gli anni immediatamente precedenti, nonostante **un incremento medio dei listini del 2,5% annuo nell'ultimo quinquennio** (dato proveniente da un'altra ricerca Key-Stone su un campione rappresentativo di circa 400 studi dentistici) e un numero di pazienti in lieve ma strutturale aumento. La lettura è coerente con lo spostamento del mix verso la prevenzione: più pazienti, ticket medio più leggero, crescita nominale contenuta.

GRAFICO 3 SPESA MEDIA DELL'ULTIMO CICLO DI CURE



OMNISALUS

Uno sguardo avanti: organizzazione, qualità e risorse professionali

Il quadro che emerge è quello di una domanda più consapevole e matura, che sposta il baricentro dalle cure riabilitative alla prevenzione, riduce la spesa media e rende più prevedibili i percorsi di trattamento per una parte significativa della popolazione. D'altro canto, l'orientamento all'estetica e lo sviluppo delle necessità degli anziani rappresentano indubbiamente grandi opportunità. Restano, tuttavia, forti differenze socioeconomiche nell'accesso e nella regolarità delle visite, con conseguenze cliniche ed effetti di equità che il sistema non può permettersi di trascurare.

Anche le stime di Key-Stone sulla spesa complessiva delle famiglie confermano questa tendenza: nonostante un au-

mento medio dei prezzi delle prestazioni di circa il 2,5% l'anno nell'ultimo quinquennio, il giro d'affari del settore – poco oltre i 10 miliardi di euro – si mantiene sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti. Un dato che va letto alla luce di un fenomeno parallelo: il numero di pazienti continua a crescere, ma con una complessità clinica media più bassa e ticket sempre più contenuti.

Sul fronte delle risorse, un fattore strutturale non va trascurato: nei prossimi 3-7 anni è attesa la quiescenza di almeno 30.000 dentisti (relativi al doppio albo), in gran parte nati tra il 1957 e il 1960 (fonte: Fnomceo). Questo trend limiterà la disponibilità complessiva di clinici, rendendo fondamentale l'organizzazione del lavoro e la valorizzazione delle competenze, anche non mediche, tramite un sistema

professionale di gestione delle risorse umane.

Per gli studi odontoiatrici si apre quindi una fase cruciale di ottimizzazione organizzativa, integrando la prevenzione in un modello sostenibile. La traiettoria è chiara: meno trattamenti invasivi, più continuità di cura, maggiore attenzione a estetica e durata delle soluzioni riabilitative, soprattutto tra gli anziani attivi.

In questo scenario, gli studi che sapranno combinare qualità clinica, efficienza gestionale e comunicazione trasparente avranno un vantaggio competitivo decisivo, perché saranno in grado di intercettare una domanda che cresce in consapevolezza e che sceglie di fidelizzarsi sulla base della fiducia e dei risultati concreti.

Roberto Rosso
Presidente Key-Stone

integrare l'attività con strumenti digitali e applicazioni di telemedicina. Questo approccio consente di migliorare l'efficienza complessiva e al tempo stesso garantire una migliore esperienza al paziente.

4. Valutare con attenzione l'adesione alle convenzioni

Le assicurazioni e i fondi integrativi in forma diretta rappresentano un canale di accesso e di acquisizione pazienti di grande rilievo, ma non sempre le condizioni economiche e organizzative sono favorevoli per lo studio. È quindi necessario valutare caso per caso, scegliendo di aderire solo quando tariffe e vincoli risultano compatibili sia con la qualità clinica garantita, sia con il livello di saturazione della struttura. Quando i trattamenti in convenzione presentano caratteristiche particolari (operatori, tempi, materiali o tecniche diverse), spiegare con trasparenza ai pazienti pro e contro rafforza la fiducia e consente di mantenere un posizionamento coerente.

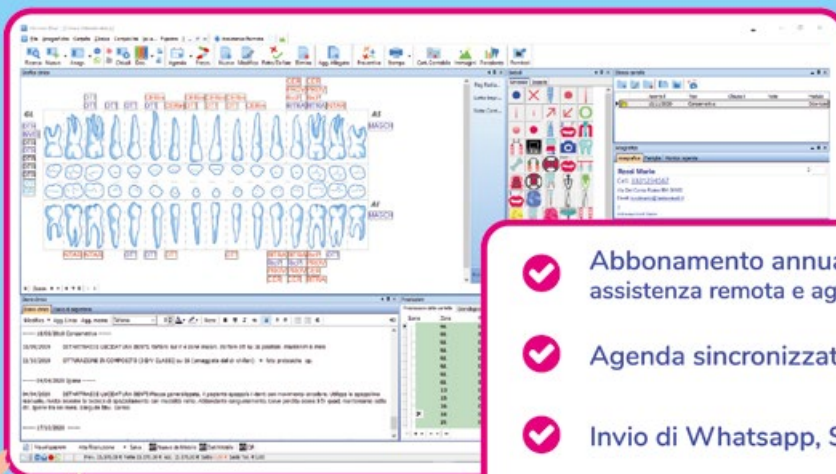
5. Investire sulle persone e sulle competenze organizzative

Il futuro porterà inevitabilmente a una riduzione del numero complessivo di dentisti, per effetto dei pensionamenti e dei limiti agli accessi universitari, ampliati solo di recente. Se da un lato ciò ha evitato un eccesso di offerta, dall'altro non consente un ricambio generazionale adeguato dal punto di vista quantitativo. Diventa quindi strategico valorizzare al massimo tutte le figure professionali dello studio – collaboratori, igienisti, assistenti di studio odontoiatrico, segreteria – rafforzando competenze organizzative e comunicative oltre a quelle cliniche. Sarà necessario sviluppare metodi efficaci di gestione delle risorse umane, dal reclutamento alla formazione, dai sistemi premianti fino alla fidelizzazione.

Key-Stone Academy



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

Waterlase
ReNewTM
SKIN RESURFACING

with Waterlase iPlus[®] and the Waterlase Fractional HandpieceTM



Corrado Bondi si candida alla guida di Andi nazionale

La sua candidatura è sostenuta dall'esecutivo uscente. Il programma si basa su una «continuità strategica», introducendo un meccanismo di maggiore collegialità delle decisioni e più autonomia e risorse per le sezioni territoriali



Corrado Bondi

Presidente Cao Bologna da due mandati e attuale vicepresidente vicario Andi, **Corrado Bondi** è il primo in ordine di tempo ad aver presentato la candidatura alla presidenza dell'Associazione nazionale dentisti italiani. «Un compito non facile – ci ha detto Bondi –. Ne sento tutta la responsabilità ma, al tempo stesso, sento forte il desiderio e l'auspicio di poter contribuire, con l'aiuto di tutti, alla ulteriore crescita di Andi nel rispetto dei suoi valori, delle sue esperienze e di servizi sempre più distintivi. L'obiettivo che intendo perseguire è quello di proseguire il prezioso percorso di successo intrapreso in questi ultimi anni da Andi, privilegiando ulteriormente un ascolto attento e costante delle esigenze di ognuno di voi e implementando gli ottimi risultati finora raggiunti durante i due mandati del presidente **Carlo Ghirlanda**». Le elezioni si svolgeranno a Roma nel maggio del 2026, quando l'assemblea nazionale dei delegati, composta dai delegati eletti nelle assemblee provinciali e che rappresentano quindi gli iscritti al sindacato, eleggerà il nuovo presidente Andi.

Dottor Bondi, qual è il bilancio dei suoi due mandati nell'esecutivo guidato da Carlo Ghirlanda? Quale sfida fondamentale vi sentite di avere vinto e quale problematica invece rimane ancora da risolvere?

In questi anni, prima come segretario sindacale e poi come vicepresidente vicario, ho contribuito a una fase di crescita straordinaria per Andi. Abbiamo superato la soglia dei 28.000 iscritti, riorga-

nizzato la struttura interna e, soprattutto, consolidato la nostra azione politico-sindacale in ogni ambito. L'avvio di progetti strategici, come il fondo integrativo (Fas), dimostra la nostra capacità di interpretare il futuro della sanità intermediata nella nostra professione, offrendo ai pazienti la libera scelta del proprio dentista, un concreto supporto economico e ai colleghi la possibilità di mantenere il loro tariffario. La sfida più importante tra quelle vinte è aver posizio-

nato Andi al centro del comparto odontoiatrico. Nella nostra qualità di sindacato maggiormente rappresentativo assumiamo gli interessi morali e materiali dell'intera categoria, con voce autorevole in tutte le sedi istituzionali. Questo ruolo si estende anche al sociale, perché per Andi la centralità è il paziente. Dal punto di vista sindacale abbiamo lavorato per contrastare gli adempimenti burocratici non giustificati e per offrire ai nostri iscritti un'assistenza e una formazione costante sulla corretta applicazione delle normative, un aspetto fondamentale per tutelare la professione.

Le problematiche che ci attendono sono complesse: l'eccessiva burocrazia, il confronto con il libero mercato e la battaglia contro la commercializzazione dell'odontoiatria, le crescenti esigenze di una popolazione che invecchia, le dinamiche del passaggio generazionale e le esigenze di una professione sempre più declinata al femminile e, non ultima, la necessità di difendere il reddito in un contesto economico difficile. Il nostro obiettivo è guidare la professione in queste «acque agitate» non solo con una forte azione politica, ma ascoltando e valorizzando le esigenze specifiche di ogni territorio.

La sua candidatura è sostenuta dall'esecutivo uscente. Il suo programma politico sarà in piena continuità con il recente passato? Con quali differenze?

Il mio programma si basa su una continuità strategica: manteniamo gli obiettivi vincenti che hanno reso Andi un'associazione più forte. Il cambiamento sarà rappresentato dalla condivisione, dalla collegialità delle decisioni, dall'autonomia dei componenti dell'esecutivo nazionale per portare a termine le loro deleghe.

La parola chiave sarà «sussidiarietà», ispirata all'articolo 118 della Costituzione italiana. Questo significa che le decisioni e le iniziative non saranno imposte dai vertici, ma verranno attuate secondo il modello della *multilevel governance*.

I presidenti provinciali e le sezioni territoriali avranno più autonomia e più risorse per agire, fornendo risposte mirate alle istanze dei propri iscritti. La presidenza nazionale avrà un ruolo di indirizzo, coordinamento e supporto. Accorciare le distanze tra l'attività dell'esecutivo nazionale e i territori permetterà di essere più vicini ai nostri iscritti e offrire soluzioni per le loro necessità.

Andi in questi anni ha orientato molte risorse ed energie all'attività di lobbying sui decisori politici, portando a casa risultati degni di nota. In virtù di quei successi, rivendica questo orientamento o propende per canali più istituzionali?

L'attività di lobbying e il dialogo con i decisori politici a ogni livello sono un'esigenza imprescindibile. A tal proposito, è importante sottolineare che il presidente Ghirlanda si è messo a disposizione del prossimo esecutivo. La sua esperienza e la sua rete di contatti saranno strategicamente importanti per la nostra associazione. L'obiettivo è lavorare in sinergia, utilizzando tutti i canali istituzionali, per raggiungere traguardi condivisi che rispondano alle esigenze concrete dei nostri associati.

Affiancheremo alla nostra azione centrale, che continuerà a essere forte, un'intensificazione dell'azione politica a livello regionale e locale. Per farlo pensiamo a un ufficio politico in grado di coadiuvare i rappresentanti territoriali attivando anche, ove necessa-

rio, i canali di interazione con il decisore politico. In questo modo, Andi sarà un interlocutore autorevole e capillare, in grado di portare le istanze dei dentisti direttamente ai tavoli decisionali più vicini ai professionisti.

Negli ultimi anni sono emerse in seno all'associazione alcune posizioni critiche verso l'attuale esecutivo. Se verrà eletto, coinvolgerà in qualche modo le minoranze?

Il confronto sugli obiettivi e la condivisione sulle finalità vedranno un'interazione costante e costruttiva tra esecutivo nazionale e Consiglio delle Regioni che, con l'entrata in vigore del nuovo statuto, avrà un ruolo di maggiore rilievo.

La mia presidenza sarà all'insegna del principio: «continuità dove necessario, cambiamento quando necessario». Il nostro obiettivo è unire l'esperienza e la solidità del passato con l'energia e le idee innovative per il futuro, per una Andi ancora più forte e inclusiva.

Andrea Peren

ANDI COMPIE OTTANT'ANNI: IL 2026 SARÀ UN ANNO DI CELEBRAZIONI

Il 2026 segnerà un traguardo importante per Andi: l'ottantesimo anniversario della sua fondazione. «Un'occasione straordinaria per riflettere sul cammino percorso e proiettarci verso il futuro – ci ha detto il vicepresidente vicario Andi, **Corrado Bondi** –. Il 2026 sarà un anno di celebrazioni che, oltre a commemorare la nostra storia, metteranno in luce il ruolo di Andi come motore di innovazione e punto di riferimento per l'odontoiatria italiana».

Il 64° congresso scientifico Andi «Connessioni – Scienza&Professioni», che si terrà a Roma il 22 e 23 maggio 2026, sarà l'evento culminante di questo percorso. «Sarà un'occasione di grande rilevanza scientifica e professionale, che ospiterà anche le elezioni per il rinnovo del presidente e dell'esecutivo nazionale – spiega Bondi –. Il mio auspicio è che la futura leadership, rafforzata e unita, continui a guidare la professione attraverso le sfide emergenti. Oggi, dopo 80 anni di storia, Andi è più che mai viva, dinamica e fondamentale per tutti i professionisti del settore».

DentalAcademy.it

700
CASI CLINICI ONLINE!

LEGGI E COMMENTA

Congresso scientifico Andi: cultura, elezioni e celebrazioni per gli 80 anni

Nel maggio 2026 si terrà il congresso scientifico Andi sul tema “connessioni”. Al programma congressuale partecipano le società scientifiche. A margine, gli 80 anni di Andi e le elezioni del nuovo esecutivo nazionale



Bruno Oliva

L'edizione 2026 del congresso scientifico dell'Associazione nazionale dentisti italiani (Andi) si ispira a un concetto che ha caratterizzato il suo percorso recente: le connessioni. «In questi anni, Andi ha saputo interagire con i decisori politici, le istituzioni, l'università, le società scientifiche, le aziende, gli enti previdenziali e assicurativi e i cittadini – spiega **Bruno Oliva**, segretario culturale nazionale Andi –. Andi è un sistema complesso e multidimensionale, dotato di società controllate e partecipate. Un sistema complesso e connesso ad altri sistemi complessi, come quello politico, quello scientifico, quello sanitario, quello economico e quello sociale. In questo “universo Andi” tutto è fluido, in continuo cambiamento e per questo è necessario avere capacità, strumenti, risorse e una forte motivazione a rimodularsi per poter far fronte ai repentini mutamenti. Il valore delle connessioni e la capacità acquisita di gestirle: di questo deve essere oggi consapevole Andi e questo cercherà di comunicare il congresso scientifico del 2026».

Il congresso è in programma il 22 e 23 maggio a Roma presso l'Auditorium Parco della Musica Ennio Morricone. Al programma congressuale partecipano molte società scientifiche di area odontoiatrica. L'iscrizione è gratuita per i soci Andi e per gli studenti. Info sul sito www.congressoscientifico.andi.it

Dottor Oliva, il programma del congresso sarà espressione delle società scientifiche, con le quali Andi ha collaborato molto in questi anni. Quali risultati avete raggiunto insieme sul territorio e quali obiettivi vi ponete con il congresso?

Abbiamo svolto circa 50 corsi di formazione in presenza in due anni su tutto il territorio nazionale in collaborazione con le società scientifiche e con alcune di esse abbiamo registrato e reso disponibili ai nostri soci corsi online accreditati.

La procedura ha funzionato abbastanza bene. La società scientifica ha indicato i temi che riteneva importante esporre; le sezioni provinciali e i dipartimenti regionali Andi hanno scelto uno o più argomenti in elenco, quindi la società ha individuato il relatore, che ha svolto il corso senza alcun compenso. Il vantaggio non è tanto e solo l'aspetto economico, ma il messaggio informativo che è garantito dalla società scientifica e pertanto basato sull'evidenza.

Al congresso ci sarà spazio per tutte le discipline odontoiatriche, dalla parodontologia alla restaurativa. Quale sarà il filo conduttore?

Il filo conduttore non sarà un argomento clinico specifico. Non è mia intenzione replicare quello che altri congressi già fanno e tanto meno sovrappormi al compito delle società scientifiche. Come ho già detto, l'obiettivo è un cambiamento culturale significativo. Ogni società scientifica avrà l'occasione di rivolgersi al grande pubblico degli odontoiatri Andi esponendo il “core” delle più recenti conoscenze scientifiche che ritengano debba essere uno standard di cura. La connessione tra i risultati della scienza e la professione è consentita dal rispetto dei ruoli di ogni attore: dalle società scientifiche, che devono orientare e sostenere la ricerca clinica, traducendola in raccomandazioni di buona pratica clinica, e da Andi, che ne consente l'ampia diffusione. Questo è il filo conduttore dell'offerta formativa, non un argomento in sé, ma la modalità con cui l'argomento, la disciplina viene

esposta, viene diffusa, con l'intento di cambiare o orientare la pratica clinica. Il valore della connessione deve essere compreso e sviluppato da tutti i partecipanti al processo di cura, sia direttamente che indirettamente. È questo valore che cercheremo di trasmettere a tutti, dai produttori di strumenti e tecnologie agli odontoiatri e a tutti i collaboratori, con l'unico obiettivo di realizzare un “ambiente” idoneo ad erogare cure efficaci ed eccellenti.

Perché Andi ha scelto le società scientifiche?

Potremmo dire semplicemente che le società scientifiche hanno risposto a un'esigenza manifestata dai soci Andi e che deriva dal cambiamento di una serie di variabili cliniche ed extracliniche che alla fine generano una maggiore complessità delle cure.

Andi è un'associazione professionale numerosa (circa 28.000 soci, ndr), costituita da odontoiatri di ogni età, genere, competenza ed esperienza,

compresi specialisti, ricercatori universitari e soci attivi di società scientifiche. Dire che Andi è costituita da “generalisti” è sicuramente riduttivo e a volte anche pregiudizievole. Non tanto nel termine in sé, ma nel significato che gli si attribuisce.

Generalista vuol dire che il professionista esegue prestazioni di tutte le discipline, ma non per questo le esegue in modo improprio o meno efficace. Per cui la sua necessità formativa non è inferiore rispetto allo specialista, semmai non esegue alcune prestazioni complesse, ma quelle che esegue le deve svolgere con le stesse competenze dello specialista o del cosiddetto esperto.

Perché invece le società scientifiche hanno aderito al progetto?

L'entrata in vigore del Decreto del Ministero della Salute del 2 agosto 2017, che istituisce l'elenco delle società scientifiche accreditate, le identifica quali garanti di una compe-

tenza specifica professionale che, nel caso delle linee guida, si traduce in raccomandazioni giuridicamente vincolanti, che quindi devono essere diffuse a tutti i sanitari coinvolti e non ai soli associati.

Ritengo, quindi, che le società abbiano un ruolo importante nella costruzione del “core” delle conoscenze della disciplina di loro competenza e nella traduzione dei risultati della ricerca in pratica clinica in quanto la garanzia di equità delle cure è un principio che è alla base dell'atto medico e non può far parte dell'attività di promozione (advocacy) della società, che deve essere riferita alla disciplina e non al socio. È la visione della professione e della disciplina che deve essere sostenuta e difesa, non la comunicazione e la formazione.

Le società scientifiche fungono da garanti della qualità e della competenza scientifica con l'obiettivo di diffondere la conoscenza agli operatori sanitari e al pubblico generale, stimolando la curiosità e il

pensiero critico e ostacolando il più possibile i messaggi non corretti che oggi frequentemente vengono veicolati da piattaforme social.

È ampiamente riconosciuto ed è esperienza di ogni odontoiatra che buona pratica clinica vuol dire anche ambiente consono a operare in sicurezza per i pazienti e per gli operatori. Questo vuol dire che il messaggio di cura eccellente veicolato dalle società scientifiche può trovare riscontro in un contesto in cui la professione sia tutelata da ogni punto di vista, e questo è quanto ha fatto e sta facendo Andi.

L'apertura delle società scientifiche al Congresso Scientifico Andi evidenzia la consapevolezza di quanto esposto. Andi ha le risorse e la struttura per diffondere le informazioni e per verificarne provenienza e adeguatezza. Le società scientifiche sviluppano il “core” delle conoscenze e le diffondono con l'obiettivo comune di ottenere un cambiamento culturale significativo.

Andrea Peren

DAL COVID AL CONGRESSO CON I GIOVANI DI ANDI: IL BILANCIO DEL SEGRETARIO CULTURALE ANDI

La collaborazione con le società scientifiche e il riconoscimento del ruolo di Andi nel percorso formativo può già essere considerato un traguardo. Ma, con l'ausilio del comitato scientifico, dei sottosegretari, di Andi Servizi, dell'ufficio stampa e di tutta la segreteria culturale abbiamo fatto tanto altro.

Abbiamo attraversato la fase del post Covid, che ha visto notevoli cambiamenti sociali ed economici. Abbiamo continuato a sviluppare corsi online con modalità più attuali e fruibili, utilizzando video più che testi e suddividendo i corsi in più moduli di durata inferiore. Abbiamo portato le informazioni sui social differenziando i contenuti dei messaggi rivolti ai soci da quelli rivolti ai pazienti, raggiungendo un numero elevato di letture che ci consente di ostacolare la diffusione di fake news.

Nel 2023 abbiamo organizzato a Napoli il Congresso Andi con i giovani in collaborazione con la Digital Dentistry Society, che ha avuto ampia partecipazione di studenti e giovani odontoiatri.

Stiamo lavorando a un nuovo progetto editoriale della *Rivista Italiana di Stomatologia* in collaborazione con Quintessenza Edizioni e saremo pronti a pubblicare 4 numeri nel 2026.

Con un gruppo di lavoro dell'esecutivo nazionale e della segreteria sindacale – i dottori Giorgio Inglese Ganora, Valerio Fancelli, Lauro Ferrari, e Fabio Scaffidi Domianello – abbiamo sviluppato il progetto “Aggregazione e

subentro generazionale”, producendo strumenti, manuali e conoscenze utili a mantenere il modello professionale attuale, guidando anziani e giovani verso le scelte più opportune.

Queste attività sono solo le più evidenti, altre sono di supporto alla struttura complessa che oggi è Andi e altre sono in fase di progettazione e sviluppo.

Il bilancio è positivo, ma non per questo escludo la possibilità che ci siano errori o margini di miglioramento. Una delle criticità è il tempo, i risultati di molte di queste attività saranno valutabili nel tempo o richiederanno aggiustamenti, per cui è opportuno che si creino i presupposti per una continuità. È necessario trasformare il tutto in procedure e affidarne la responsabilità per competenze, in modo che la sostituzione del singolo non pregiudichi il processo in evoluzione.

Andi compirà 80 anni il prossimo anno e il congresso sarà occasione per celebrare questo evento: 80Andi. Per l'occasione stiamo cercando di “regalare” ad Andi una struttura organizzativa più flessibile, più adeguata alla velocità con cui bisogna rispondere ai cambiamenti. Meno burocrazia potrebbe esporre a errori, ma dobbiamo accettare il rischio se vogliamo avere una struttura agile e attuale, meno impastoiata da eccessivi vincoli.

Bruno Oliva

Segretario culturale nazionale Andi

SORRISO A RISCHIO

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



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

SCEGLI LA PREVENZIONE

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



Guarda il video



CURASEPT
PREVENT

www.curaseptspa.it

GENGIVE SANGUINANTI AZIONE D'URTO

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



2 SCIACQUI
AL GIORNO



3 VOLTE
AL GIORNO

Forhans
ZincoCloruro

www.uragmeonline.com



dal 1951



Farmaci odontoiatrici: compatibilità con l'allattamento al seno

La maggior parte dei farmaci prescritti dall'odontoiatra sono compatibili con l'allattamento al seno, senza necessità di sospensione. Via libera ad anestetici locali, paracetamolo, Fans e antibiotici. Ma non all'aspirina e alla codeina



Stefano Daniele

Nella pratica clinica l'odontoiatra si trova spesso nella situazione di suggerire o prescrivere farmaci e non è una situazione infrequente quella in cui il soggetto a cui è destinato il farmaco sia una neo mamma in fase di allattamento al seno.

In simili situazioni spesso il clinico si trova di fronte al dubbio se consigliare alla paziente di sospendere temporaneamente l'allattamento al seno, prelevando un quantitativo sufficiente di latte materno prima della somministrazione del farmaco, per poi riprendere l'allattamento al seno ad avvenuta clearance del farmaco.

L'esempio più calzante della situazione sopracitata è quello legato all'esecuzione dell'anestesia locale durante le procedure odontoiatriche, la prescrizione di sedativi degli stati dolorosi (antidolorifici) e degli antibiotici.

Un documento derivante da un consensus statment, sulla base di evidenze scientifiche, formulato dagli anestesisti della Gran Bretagna e Irlanda ha stilato delle linee guida che correlano i farmaci di stretto impiego odontoiatrico con l'allattamento al seno, valutando la quota di farmaco che si ritrova successivamente nel latte materno e il suo potenziale effetto sul lattante.

Gli autori hanno considerato diverse classi di farmaci in riferimento alla percentuale di legame con le proteine plasmatiche e di conseguenza la quota di principio attivo libero che può passare nel latte materno, nonché l'emivita del farmaco stesso.

Si è stabilito, in questo modo, che la frazione di farmaco libero superiore al valore 1 è inadatto ad essere somministrato a una donna in fase di allattamento.

Di seguito sono riportate le principali classi di farmaci impiegati dall'odontoiatra, gli eventuali effetti sul neonato attraverso il latte materno e la necessità o meno di sospendere l'allattamento al seno durante la terapia farmacologica della mamma.

Anestetici locali

Gli anestetici locali impiegati in odontoiatria sono dei principi attivi appartenenti alla classe delle amino amidi e sono dotati di una spiccata liposolubilità. Essendo il latte materno particolarmente ricco di lipidi, teoricamente la quota di anestetico locale non legato alle proteine plasmatiche potrebbe ritrovarsi nel latte materno in discrete quantità.

Tuttavia i principi attivi degli anestetici locali hanno un alto legame con le proteine plasmatiche e, dunque, si ritrovano in piccole quantità nel latte materno.

Dunque, gli anestetici locali possono essere impiegati in sicurezza nelle donne in fase di allattamento senza bisogno che la stessa interrompa l'allattamento al seno.

Paracetamolo

Il paracetamolo ha un basso legame con le proteine plasmatiche e la quota di principio attivo che si può ritrovare nel latte materno è discreta.

Tuttavia il livello di paracetamolo che si può ritrovare nel latte materno, in seguito all'assunzione dello stesso da parte della mamma, è inferiore alla dose terapeutica che normalmente è prescritta dal pediatra per diverse condizioni patologiche dell'infante, ad esempio stati febbrili.

Dunque, il paracetamolo può essere assunto dalla mamma in fase di allattamento senza sospensione dello stesso.

Fans

Gli antinfiammatori non steroidei sono tra i farmaci maggiormente prescritti dagli odontoiatri per il controllo degli stati dolorosi di origine odontogena e sono rappresentati da diverse molecole.

L'ibuprofene ha un alto legame con le proteine plasmatiche, una emivita non particolarmente lunga e la quota di farmaco libero che si ritrova nel latte materno è generalmente inferiore al valore 1.

Dunque, l'ibuprofene è un



principio attivo che può essere prescritto senza alcun problema alla mamma in fase di allattamento, in assenza di effetti avversi per il piccolo.

Anche il diclofenac può essere prescritto senza preoccupazioni alle donne in fase di allattamento e non è necessaria la sospensione dell'allattamento al seno così come per la molecola di naprossene sodico, seppur quest'ultima presenta un'emivita decisamente più lunga rispetto all'ibuprofene.

L'acido acetil salicilico (aspirina), invece, non dovrebbe essere impiegato come farmaco antidolorifico in fase di allattamento a causa di possibili effetti avversi al bambino attraverso il latte materno.

L'impiego dell'aspirina come agente antiaggregante piastrini-

co da parte della mamma, in basse dosi, deve essere valutato attentamente e prescritta solo in caso di stretta indicazione da parte del medico curante.

Corticosteroidi

Questi farmaci possono essere impiegati senza la necessità di sospendere l'allattamento al seno da parte della mamma. Non sono presenti dati di trasferimento nel latte materno dello steroide desametasone.

Antibiotici

Sono farmaci comunemente impiegati in odontoiatria, anche durante il periodo di allattamento al seno e non esistono evidenze di effetti dannosi, della quota che si

ritrova nel latte materno, per l'infante.

Le penicilline, aminopenicilline, beta lattamine addizionate con acido clavulanico, cefalosporine, macrolidi e metronidazolo a dosaggi, al limite, inferiori al dosaggio raccomandato (mantenendo comunque il loro indice terapeutico) sono considerati appropriati per un uso terapeutico per le donne che allattano.

I fluorochinoloni non devono essere somministrati come trattamento di prima linea, ma se indicati in maniera specifica l'allattamento al seno non deve essere interrotto in quanto il rischio di effetti avversi per il bambino è basso e i rischi sono giustificati.

Sedativi

Le benzodiazepine sono impiegate in odontoiatria per le procedure di sedazione cosciente e come premedicazione ansiolitica per i pazienti con un importante stato ansioso verso le manovre odontoiatriche.

Il midazolam, spesso impiegato per la sedazione cosciente (farmaco ad esclusivo uso ospedaliero) è un farmaco sedativo ipnotico dotato di una breve emivita e rapido metabolismo, rispetto ad altre benzodiazepine, anche in seguito a una somministrazione venosa.

La percentuale di principio attivo che si può ritrovare nel sangue del bambino dopo l'allattamento è bassa e, secondo gli autori, l'allattamento stesso può essere ripreso al termine della procedura di sedazione cosciente non appena la mamma è in grado di allattare.

Il diazepam è il farmaco di elezione per la premedicazione ansiolitica prima delle procedure odontoiatriche. Il farmaco produce dei metaboliti attivi con una prolungata emivita che si possono ritrovare nel latte materno.

L'impiego del diazepam, in singola dose, nelle donne in allattamento deve essere considerato nel singolo caso clinico in relazione al dosag-

gio necessario e, secondo gli autori, può essere somministrato alle donne in fase di allattamento in dosaggi bassi.

Antiemetici

Tra i principi attivi maggiormente impiegati in odontoiatria ritroviamo il metoclopramide.

I farmaci a base di metoclopramide possono essere impiegati nelle donne che allattano al seno.

Oppioidi

In odontoiatria alcuni oppioidi come la codeina sono aggiunti al paracetamolo al fine di aumentare l'effetto analgesico.

La codeina è un precursore della morfina in seguito al suo metabolismo da parte dell'enzima citocroma p450 a livello epatico.

La morfina si lega poco alle proteine plasmatiche, è molto liposolubile e si può ritrovare, in forma attiva, in una alta concentrazione a livello del latte materno e di conseguenza nel bambino con un alto rischio di depressione delle attività fisiologiche neonatali e possibile decesso dell'infante. Nel caso che la mamma abbia stretta indicazione di assumere la codeina è consigliato attendere almeno 15 ore prima di riprendere l'allattamento, in maniera tale da avere una completa clearance del farmaco e ritrovare dosi insignificanti a livello del latte materno.

Stefano Daniele
Odontoiatra

1) Mitchell J, Jones W, Winkley E, Kinsella SM. Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020: Guideline from the Association of Anaesthetists. Anaesthesia. 2020 Nov;75(11):1482-1493.

2) Bar-Oz B, Bulkowstein M, Benyamini L, Greenberg R, Soriano I, Zimmerman D, Bortnik O, Berkovitch M. Use of antibiotic and analgesic drugs during lactation. Drug Saf. 2003;26(13):925-35.

FARMACI CHE POSSONO ESSERE SOMMINISTRATI DURANTE L'ALLATTAMENTO

- Anestetici locali
- Paracetamolo
- Fans
- Corticosteroidi
- Antibiotici
- Sedativi, con precauzione in merito al principio attivo diazepam
- Antiemetici

FARMACI CHE NON DEVONO ESSERE SOMMINISTRATI DURANTE L'ALLATTAMENTO

- Acido acetilsalicilico (aspirina) a dosi terapeutiche (non come antiaggregante piastrinico)
- Codeina come principio attivo aggiunto al paracetamolo



Bioactiva®

Innovations and Biotechnologies for health



PARADISE

DENTAL TECHNOLOGIES



**UNICA
SOLUZIONE**
per strumenti
sempre efficaci,
efficienti e
performanti

La guida più semplice ed efficiente per l'**affilatura** e la **rifinitura**
di strumenti in **acciaio inossidabile**.



info@bioactiva.it



+39 0444 963261

Affilatura manuale di curette e scaler: una procedura semplice ed efficace

Indispensabile per essere efficaci in parodontologia, l'affilatura di curette e scaler è da eseguire ogni volta che lo strumento perde efficacia, anche durante la seduta. Ecco una procedura semplice ed efficace, frutto dell'esperienza clinica



Marco Salin
Odontoiatra



Sara Rossi
Igienista dentale

Una corretta affilatura di curette e scaler è fondamentale per ottenere il successo in parodontologia. Per questo l'affilatura deve essere eseguita dall'operatore ogni volta che lo strumento perde efficacia, anche durante la seduta, senza procrastinarla.

L'affilatura di questi strumenti è considerata una pratica complessa poiché le tecniche manuali conosciute si affidano molto all'esperienza dell'operatore e, del resto, l'utilizzo di macchine per affilatura meccanica, se adoperate in maniera incongrua, alterano la forma dello strumento, rendendolo inefficace.

La scelta della pietra

L'obiettivo principale è avere la possibilità di creare un angolo corretto tra la parte attiva dello strumento e la pietra.

La scelta della pietra deve essere mirata: una grana fine permette la sola rifinitura; una grana media consente il ripristino del bordo tagliente, anche in strumenti più usurati.

Negli ultimi anni le pietre di origine naturale, come l'Arkansas e l'India, il cui utilizzo

richiede la lubrificazione con olio o vaselina, sono state affiancate da pietre di origine sintetica pronte all'uso, di più facile impiego durante la pratica clinica.

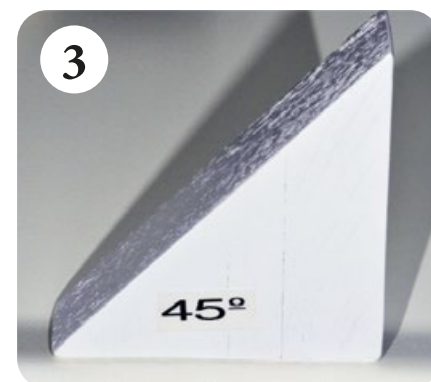
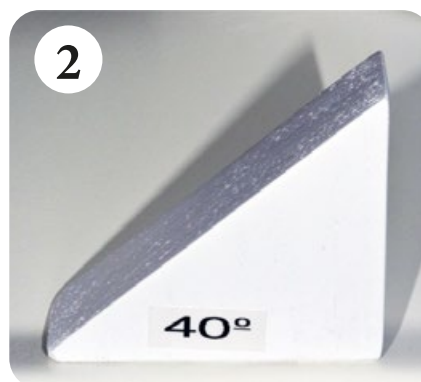
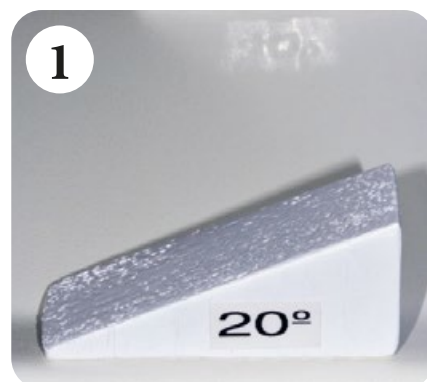
Come affilare: il razionale

Come noto gli strumenti di uso comune sono le curette di Gracey e gli scaler.

Le curette di Gracey hanno un solo bordo tagliente per ogni lato, costituito da un angolo di taglio tra la superficie frontale e la laterale dello strumento che misura 80°, in cui la lama è posizionata off set rispetto al terzo inferiore del gambo, ossia inclinata di 70°. Posizionando il manico dello strumento perpendicolare al pavimento, la parte affilata è quella che risulta più in basso.

Gli scaler invece sono strumenti a due bordi taglienti per ciascun lato, risultanti da angoli di taglio tra la superficie frontale e le laterali di 70°; se il manico dello strumento viene posizionato perpendicolare al pavimento, allora anche la superficie frontale risulta tale.

Per affilare in maniera effica-



ce è necessario posizionare la parte tagliente dello strumento e la pietra in modo da ottenere un angolo di taglio tra i 70° e gli 80°, ossia porre la pietra in posizione complementare, cioè tra i 110° e 100° rispetto alla superficie frontale.

Indicazioni pratiche

Riprodurre queste posizioni non è semplice, sia per l'im-

possibilità nel visualizzare e mantenere la corretta angolazione complementare durante il movimento tra superficie frontale degli strumenti e pietra, sia per le dimensioni estremamente ridotte delle estremità lavoranti.

Questi problemi sono stati inizialmente risolti dagli autori in due modi: in primo luogo cambiando punto di riferimento per trovare la posizione dello strumento rispetto alla pietra, ossia non più la superficie frontale ma il terzo inferiore del gambo, una parte più facile da visualizzare e di cui è noto il rapporto d'angolo con la prima, cioè 70° per le curette di Gracey e 90° per gli scaler. In secondo luogo attraverso la costruzione di tre angoli tridimensionali (figg. 1, 2 e 3) che permettevano di mantenere lo strumento e la pietra nella medesima posizione durante il movimento (video 1 e 2).

Un dispositivo per guidare l'affilatura

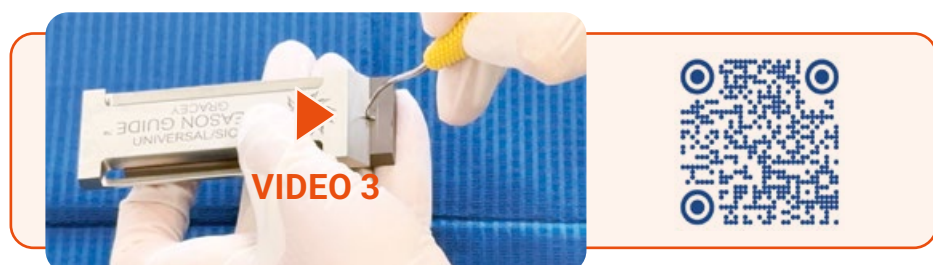
La Gleason guide (PDT Dental) è un dispositivo che consente di ottenere un'affilatura manuale tramite una guida metallica, da appoggiare sopra la pietra, dotata di scanalature su cui posizionare lo strumento (fig. 4). La grande intuizione di questo kit è la possibilità di individuare immediatamente la posizione corretta tra le due parti coinvolte e di eliminare l'errore durante il movimento dello strumento sulla pietra, poiché la curette o lo scaler si appoggiano saldamente alla scanalatura della guida, che garantisce l'inclinazione uniforme della superficie frontale degli strumenti a 110° sulla superficie affilante. La regola aurea per l'affilatura viene così rispettata.

Sulla guida metallica le scanalature sono tre, posizionate a diverse inclinazioni: – 45° per affilare la punta del-

le curette di Gracey (fig. 5); – 40° per affilare il bordo tagliente delle curette di Gracey (fig. 6); – 20° per affilare i bordi taglienti dello scaler (fig. 7). La pietra in dotazione è in ceramica, a grana più o meno fine (fig. 8). Non deve essere lubrificata e attraverso pochi movimenti, senza eccessiva pressione, restituisce efficacia allo strumento (video 3).

Bibliografia

- 1) Pattinson AM, Pattison GL. Periodontal instrumentation. 2nd edition. Ed. Norwalk, Conn. : Apple-ton & Lange, 1992.
- 2) Phagan-Schostok P, Maloney KL. Igiene dentale: attività clinica contemporanea. Ed. Saccardin Scienza e Tecnica Dentistica Edizioni Internazionali, 1992.
- 3) Wilkins EM. La pratica clinica dell'igienista dentale. Ed. Piccin, 2001.



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.

Come monitorare l'acqua del riunito: l'esperienza di uno studio dentistico

Una struttura privata odontoiatrica del Nord Italia, che eroga prestazioni pluridisciplinari con tecnologie avanzate, dieci specialisti e quattro Aso, ha condiviso il suo protocollo di monitoraggio dell'acqua



Livia Barengi
Università degli Studi di Milano
Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche



Alberto Barengi
Università degli Studi di Milano
Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche
Studio Integrated Orthodontic Services srl, Lecco

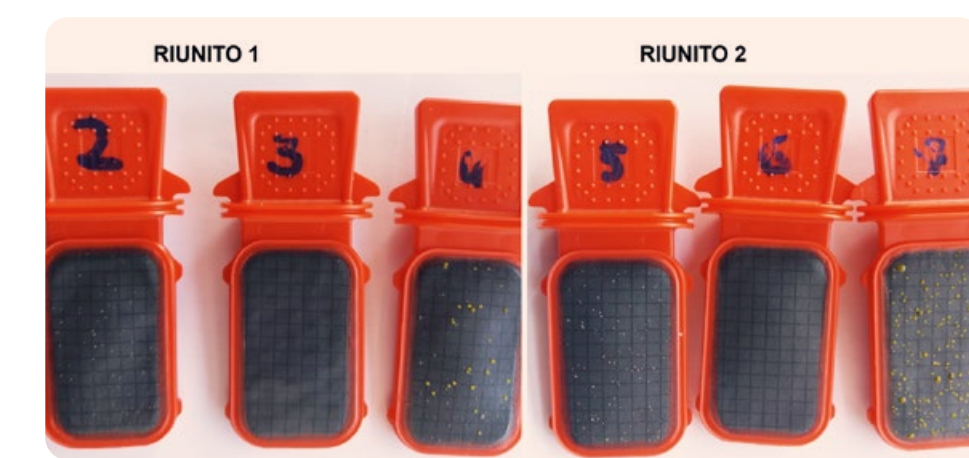
Le indicazioni generali per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici sono contenute in due documenti di riferimento (1,2). Un piano operativo per la qualità dell'acqua, erogata per cure odontoiatriche dal riunito dentale, prevede attività di prevenzione e autocontrollo (monitoraggio). Alla luce delle attuali conoscenze, è necessario integrare diverse strategie efficaci che prevedono: l'uso di acqua purificata, uso costante di un prodotto atosico con azione disinfettante e antiadesiva, trattamento di sanificazione intensiva e periodica per rimuovere il biofilm e la manutenzione delle valvole anti-reflusso. Studi diversi mostrano una efficacia limitata del flussaggio per contenere la formazione del biofilm e ridurre la contaminazione batterica rilasciata; inoltre, l'uso integrato dei filtri o cartucce antimicrobiche (dette anche antilegionella) è utile, ma può diventare costoso.

È importante ricordare che siamo obbligati legalmente e operativamente a seguire scrupolosamente le istruzioni per l'uso del fabbricante del riunito e dei sistemi di purificazione dell'acqua. E per il monitoraggio? In UE e in Italia, l'analisi colturale della Legionella sull'acqua erogata è obbligatoria almeno annualmente tramite laboratorio accreditato, o in presenza di un'infezione iatrogena (1,2). Tuttavia, a nostra esperienza, è indispensabile e molto utile monitorare le conte totali microbiche di batteri eterotrofici, vitali e aerobici (coltivati a 22°C), utilizzando ogni 3-4 mesi i test ampiamente impiegati negli studi odontoiatrici

dei paesi anglofoni seguendo le raccomandazioni internazionali (3-7). Nonostante le perplessità derivate dai limiti di accuratezza rispetto al metodo colturale di riferimento ed evidenze contraddittorie rispetto ai livelli di Legionella o altri patogeni idro-diffusi concomitanti (8-12), i test in-office (cioè che si eseguono autonomamente nello studio odontoiatrico) sono una soluzione facile ed economicamente sostenibile per monitorare la contaminazione e scoprire durante l'anno eventuali errori nella procedura (ad esempio scarsa pulizia/contaminazione della bottiglia del "clean water", esaurimento delle resine, manutenzione delle valvole di non ritorno, usura di valvole nella faretra o di guarnizioni e o-ring, diluizione impropria del prodotto antimicrobico) o problemi dell'acqua potabile comunale (vedi immaginette in questa pagina). Nonostante i limiti di questi test, al momento sono l'unica opportunità disponibile per test in-office; in un certo senso, in modo analogo svolgono la funzione dei controlli biologici sull'autoclave di classe B.

Un caso esempio

A scopo esemplificativo, nella tabella sono mostrati gli strumenti e materiali, i tempi del piano di autocontrollo dal 2014 al 2023 di una struttura privata odontoiatrica monospecialistica, esistente a Lecco (Nord Italia) dal 1993, climatizzata, periodicamente aggiornata (ad esempio sostituzione dei 3 riuniti A-dec) e con tecnologie odontoiatriche avanzate (informatizza-



Esempi di contaminazione da batteri vitali eterotrofici (3,4) dell'acqua erogata da due riuniti dentali.

Test 2 e 5: campionamento effettuato (dopo 2 minuti di flussaggio) dopo uso clinico per tre mesi, con trattamento costante con ICX. Da notare colonie piccolissime (a lenta crescita) e biancastre.

Test 3 e 6: campionamento effettuato dopo il trattamento intensivo. Notare l'assenza di colonie.

In quel periodo, l'acqua dei rubinetti (vedi test 4 e 7) era di scarsa qualità (colonie gialline) a causa di problemi della rete dell'acqua potabile comunale (19)

zione, Cone-Beam CT, Cad/Cam, laser), cure svolte con un approccio clinico interdisciplinare (dall'ortodonzia alla chirurgia guidata), gestita da un direttore sanitario, dieci professionisti delle varie discipline che si alternano e quattro Aso. Inoltre, la struttura è frequentata da molti pazienti pediatrici ortodontici ed è noto il pericolo di focolai, che si sono verificati in numerosi pazienti pedodontici, di infezioni causate da micobatteri non tubercolari, che colonizzavano il circuito idrico del riunito (6).

Il monitoraggio si inserisce nelle attività di controllo e prevenzione dell'infezione crociata. Inoltre, il monitoraggio è stato importante alla luce di alcuni risultati pubblicati, relativi in generale alle difficoltà comuni di contenere la contaminazione in diverse marche di riuniti, ed in particolare ad una ridotta efficacia di ICX (prodotto per disinfezione continua, A-dec) basata su

dati piuttosto ambigui (9,12-18). I problemi hanno radici comuni: istruzioni per l'uso non sempre chiare e dettagliate e/o attività dell'operatore non adeguata e/o problemi di approvvigionamento di banali pezzi di ricambio e di conformità del prodotto (ICX) durante Covid19. Infine, ci sono incertezze sulla qualità dell'acqua potabile; a Lecco, le perdite di rete dell'acqua potabile sono nell'ordine del 44,8% rispetto alla dispersione media in Lombardia inferiore al 35% e nazionale del 42,4% (19). La soluzione è stata quella di avere un dispositivo di purificazione generica sull'impianto idrico potabile e di utilizzare, anche per i riuniti, l'acqua purificata per le autoclavi, e addizionata con ICX (A-dec).

Risultati nel tempo

La valutazione su 37 tornate di valutazioni svolte dal 2014 al 2023, effettuate dopo tre/quattro mesi di uso clinico dei riu-

niti (usati per tutte le tipologie di cure odontostomatologiche), prima e dopo il trattamento intensivo. Prima del trattamento intensivo periodico, l'88,8% dei campioni presentava un livello microbico inferiore a 100 UFC/mL (5). Solo l'11,4% presentava un livello compreso tra 100 e 200 UFC/mL (standard europei) (7), comunque ben lontano dai limiti stabiliti dal Cdc americano (300-500 UFC/mL) (16). Spesso i valori elevati erano legati a problemi dell'acquedotto, di manutenzione (guarnizioni, o-ring usurati, resine in scadenza) o a problemi di approvvigionamento/qualità di ICX (A-dec) e di pezzi di ricambio del riunito durante Covid19.

Dopo il trattamento intensivo, i livelli microbici sono stati sempre inferiori a 5 UFC/mL. I test annuali per la Legionella effettuati da un laboratorio accreditato hanno sempre dato esito negativo, livelli della contaminazione eterotrofica

a 22°C analoga alle prove interne; anche la contaminazione eterotrofica a 37°C era conforme ai limiti (<20 CFU/mL) di riferimento e quindi compatibile con la corretta manutenzione delle valvole di retroflusso e delle procedure ICP.

In conclusione, il piano di autocontrollo adottato è efficace e funzionale (20) per contenere al minimo il rischio sito specifico, con ogni dovuta diligenza e provato da documentazione scritta e fotografie dei test. A nostra esperienza, i test in-office sono stati e sono tuttora molto utili e fattibili per contenere la contaminazione e valutare la frequenza dei trattamenti intensivi. Nella nostra realtà, confermiamo una efficacia adeguata di ICX con periodici trattamenti intensivi, inoltre non abbiamo notato interferenze sull'azione dei bonding dentali, così importanti in ortodonzia e conservativa.

Il costo dei materiali per i controlli interni per la qualità dell'acqua erogata da 3 riuniti e 2 fonti di acqua (acqua potabile in locale sterilizzata (4 volte/anno) e acqua purificata (2 volte/anno) è di circa 330 euro all'anno. Questo ci permette di affrontare la valutazione annuale per la Legionella tramite laboratorio accreditato "in serenità" e scongiurare problemi medico legali.

Inoltre, poiché il 78% della contaminazione da aerosol è causata dall'acqua utilizzata per le cure odontoiatriche (21), ci conforta che la presenza continua del disinfettante ICX nel circuito idrico del riunito dentale riduca anche la contaminazione aerea virale come da simulazione (22).

TI SEI PERSO UN NUMERO?

LEGGI L'EDIZIONE DIGITALE

WWW.DENTALJOURNAL.IT/DENTAL-JOURNAL



STRUMENTI, MATERIALI E PROCEDURE EFFETTUATE

Periodo: dal 2014 al 2023		Dettagli
Riuniti dentali	Sempre 3 riuniti sostituiti nel tempo (A-dec) Attualmente: Serie Performer 3, 334 e 532 Vetustà: 4-12 anni	2 riuniti completamente sganciati dalla rete idrica (A-dec 334 e 532) con clean water (bottiglia) 1 riunito (Performer 3) con bottiglia, ma collegabile anche alla rete idrica potabile N.B. Tutti i riuniti non hanno la sputacchiera e l'erogatore dell'acqua del bicchiere
Utilizzo acqua nelle bottiglie	Utilizzo di acqua purificata (usata anche per le autoclavi classe B), che ha ridotte impurità, sali inorganici e microrganismi e con valore di conducibilità < 60 µS/cm	Manutenzione resine del sistema di purificazione dell'acqua secondo istruzioni per l'uso del produttore
Disinfezione continua con prodotto atossico	1 pastiglia di ICX corrispondente al volume della bottiglia (17)	Secondo istruzioni per l'uso del produttore (17), attenzione a: - non rabboccare mai il volume della bottiglia; - rispettare la scadenza di ICX in pastiglia e del prodotto diluito; - evidenziare con pennarello il volume sulla bottiglia
Trattamento intensivo	- Negli anni sono cambiati prodotti e procedure (Sterilex Ultra, Green&Clean BR, ICX Renew) - Procedura su tutti i cordoni della faretra e siringa A/A del professionista odontoiatrico e Aso - Seguire le istruzioni per l'uso del produttore, in particolare rispettare il tempo di contatto - Evitare spruzzi e areosol	- Frequenza ogni tre o quattro mesi e dopo periodi di stagnazione di almeno due settimane (2) - Seguire istruzioni del fabbricante - Attenzione alla scadenza dei prodotti e in particolare di ICX Renew - Durante il tempo di contatto, flussare il prodotto per 10-15 secondi ogni 15 minuti per evitare intasamenti - Dopo il trattamento intensivo risciacquare il circuito a lungo
Pulizia e disinfezione della bottiglia (Clean water) e parti terminali dei cordoni della faretra	- Pulizia e disinfezione periodica della bottiglia - Siringa A/A sterile con puntale sterile - Disinfezione delle parti terminali dei cordoni - Pulizia e disinfezione della parte terminale del cordone dell'ablatore	- Disinfettanti per superfici ad alto contatto clinico, ampio spettro di azione, tempo di contatto 1-2 minuti - È preferibile usare salviette in TNT pre-imbevute di disinfettante - Evitare le salviette in carta - Per la parte terminale del cordone dell'ablatore usare un microbrusch impregnato di disinfettante

PROCEDURE PER LA VALUTAZIONE DELLA CONTAMINAZIONE MICROBICA

Periodo: dal 2014 al 2023		Dettagli
Quando campionare	Inizio mattina, dopo stagnazione notturna, dopo flussaggio per 2 minuti e prima e dopo il trattamento intensivo	Questo effluente è considerato il campione più "vicino" al biofilm, che ha proprietà viscoelastiche
Materiali per campionamento	Campionamento in bottiglie sterili da 250 ml contenenti tiosolfato di sodio per neutralizzare il cloro Raccolta: - riunito con 5 cordoni; 50 ml per cordone - riunito con 4 cordoni; 100 mL dal cordone della turbina e 50 mL dalle altre	- Bottiglie sterili per campionamento acque in PP con tiosolfato - Campionamento asettico, quindi è necessaria la disinfezione superficiale scrupolosa della faretra - Costi: bottiglia circa 1 euro/test)
Materiali per test della contaminazione batterica vitale eterotropa	- Campionatori per conte totali HPC (codice MHPC10025, Merck) (4)	- Campionatori per conte totali (codice MHPC10025, Merck): circa 10 euro/test - I test MHPC10025 permettono di identificare la contaminazione nell'intervallo 10-300 CFU/mL - Incubazione 80-120 ore alla temperatura dello studio a seconda della stagione (4)
Manodopera per trattamento intensivo per 3 riuniti	- Circa 2 ore	- Aso adeguatamente istruita e aggiornata
Manodopera per trattamento intensivo per 3 riuniti + monitoraggio su 11 campioni (6 per i riuniti; 3 per i rubinetti sala operativa, 2 per il rubinetto sterilizzazione e acqua purificata)	- Circa 5 ore; trattamento intensivo + campionamento + preparazione e inizio test - Circa 45/60 minuti: dopo 3-6 giorni per lettura piastre e stesura rapporto	
Dpi per campionamento e procedura dei test	- Guanti senza polvere - FFP2 - Visiera - Camice e cuffietta monouso	- Igiene delle mani indispensabile e scrupolosa
Valutazione della contaminazione eterotropa dell'acqua del rubinetto del locale adibito alla sterilizzazione e dell'acqua osmotizzata	- Pulizia o sostituzione del frangiflutto del rubinetto e della parte interna dell'erogatore dell'acqua purificata - Campionamento e costi come sopra	- Valutazione prevista 2 volte all'anno per acqua purificata e 4 volte all'anno per acqua potabile - Procedura come sopra
Lavoratori coinvolti	Per le responsabilità e competenze specifiche: direttore sanitario, Gidi, Aso, Rsl	Verificare prima che la manutenzione ordinaria sia stata effettuata secondo procedure

Bibliografia

1) AA. Atto n° 79/CSR/2015.
2) Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Covid19 n. 27/2020.
3) Barenghi L. Verifica e monitoraggio dell'acqua erogata dal riunito. Cosa fare? Dic 20, 2017. <https://blog.dentaltre.it>
4) Sampler and swab test kits-U-ser guide. www.sigmaaldrich.com
5) Health Technical Memorandum 01-05: decontamination in primary care dental practices. www.england.nhs.uk
6) Cdc, Usa. 2016. Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care
7) Ada Recommendation. www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/dental-unit-waterlines
8) Int J Environ Res Public Health. 2016 Feb 6;13(2):211.
9) J Water Health 2019;17(4):

532–539.
10) Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2023;42:1235–1244.
11) Data Brief. 2021 Jun 12;37:107221.
12) Int. J. Environ. Res. Public Health 2015;12:2344-2358.
13) Military Medicine, 2015;180:10:1098.
14) BMJ Open Quality 2022;11:e001685.
15) BMC Microbiol 2024;24:529.
16) Pathogens 2025;14(6):512.
17) A-dec, USA. ICX and ICX Renew. <https://dental.a-dec.com/clean-and-maintain/icx>
18) Int Arab J Dent 2024;15:101.
19) Ancora troppe perdite nelle reti idriche di Lecco e Sondrio. www.laprovinciaunicatv.it
20) BMC Oral Health 2023;23:867.
21) J Dent Res. 2021;100:817-823.
22) J Dent Res 2022;101:1198–1204.

Italian Dental Journal
Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria
Anno XX - numero 8 - novembre-dicembre 2025
Numero chiuso in redazione il 23 ottobre



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 Barenghi, 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

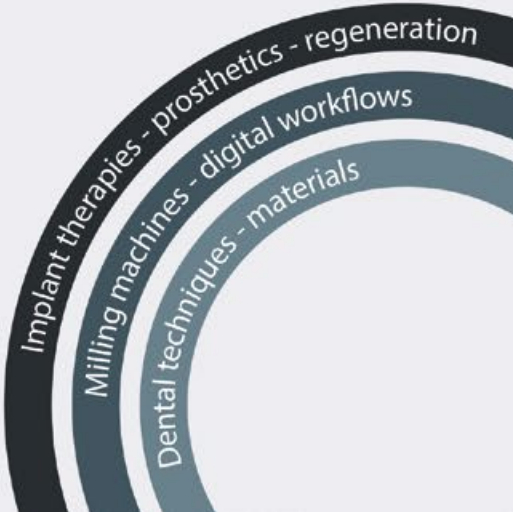


EDITORE: Griffin srl unipersonale
Via Don Luigi Meroni 58 - 22060 Figino Serenza (Como)
Tel. 031.789085
www.griffineditore.it - customerservice@griffineditore.it
www.dentalacademy.it - redazione@dentaljournal.it

Stampa
Tipolitografia Pagani, Brescia
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.



Innovazione nella cura domiciliare delle malattie parodontali: studio clinico



Chiara Occhipinti

Professore a contratto in Scienze dell'Igiene Dentale e Cariologia
Corso di laurea in Igiene Dentale
Università degli Studi di Milano

La malattia parodontale

La parodontite è una malattia infiammatoria cronica dei tessuti di supporto dei denti (gengiva, legamento parodontale e osso alveolare) che, oltre a compromettere la salute orale ed essere una delle principali cause di perdita dentale negli adulti, è frequentemente correlata a comorbidità sistemiche come malattie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie (1, 2) e può essere associata a complicazioni durante la gravidanza (3). Si caratterizza per la distruzione dell'apparato di supporto dei denti.

Clinicamente, si manifesta con perdita di attacco (PAC) (ossia la profondità di sondaggio sommata alla distanza tra il margine gengivale e la giunzione amelo-cementizia, CEJ), un indicatore chiave della parodontite (4). Altri segni della malattia includono il riassorbimento osseo, la formazione di tasche parodontali, la mobilità dentale e, talvolta, la formazione di recessioni gengivali.

La parodontite, secondo la Federazione Europea di Parodontologia (EFP), come riportato nella classificazione del 2017, può essere classificata a seconda del grado di severità, di complessità, di distruzione e di rapidità di progressione. La classificazione prevede 4 stadi (da 1 a 4) e 3 gradi (da 1 a 3). L'estensione della malattia può essere generalizzata se coinvolge più del 30% dei siti, oppure localizzata se interessa meno siti o solo incisivi-molari (EFP).

Quando l'infiammazione interessa solo la gengiva marginale, si parla di gengivite, una forma reversibile di malattia parodontale che può precedere la parodontite. Se non trattata, la gengivite può causare danni permanenti ai tessuti di supporto e portare alla perdita di uno o più elementi dentali (5). La prevenzione della gengivite è considerata la principale forma di prevenzione della parodontite (6). La gengivite può manifestarsi clinicamente con sanguinamento (spontaneo o dopo sondaggio parodontale), edema e, talvolta, ipertrofia gengivale (7). Secondo la classificazione delle malattie parodontali del 2017 (EFP), si parla di gengivite quando più del 10% dei siti presenta sanguinamento al sondaggio. Se la percentuale di siti con sanguinamento è tra il 10% e il 30%, si parla di gengivite localizzata, altrimenti si considera una gengivite generalizzata.

Le apparecchiature ortodontiche favoriscono l'accumulo di biofilm batterico, soprattutto quando i portatori sono poco istruiti e motivati all'igiene orale domiciliare (8).

Concorrono alla genesi di questa malattia i microrganismi patogeni, insieme a fattori genetici, malattie dermatologiche, reumatologiche, ematologiche, granulomatosi, immunosoppressive e neoplastiche, oltre a fattori ambientali e abitudini viziate, in particolare l'uso del tabacco (9).

La diagnosi precoce e l'intervento tempestivo nelle malattie parodontali sono fondamentali, come sottolineano i dati Istat 2021, gli studi presenti in letteratura e l'Oms, poiché se non trattate, queste malattie possono portare a gravi conseguenze, tra cui la perdita dei denti.

La gestione delle malattie parodontali è evoluta significativamente negli ultimi decenni, passando da approcci puramente chirurgici a trattamenti multidisciplinari che integrano interventi non chirurgici, farmacologici e rigenerativi. Un aspetto

cruciale è la gestione post-trattamento delle malattie parodontali (10) attraverso il miglioramento dell'igiene orale, la rimozione del biofilm batterico, il controllo dell'infiammazione e l'uso di trattamenti locali a breve e a lungo termine, come collutori e gel.

Nuovi prodotti per il controllo della gengivite

Recentemente, alcuni studi hanno esplorato l'efficacia di formulazioni alternative di collutori che combinano componenti funzionali diversi per trattare la gengivite, contrastare la formazione della placca e ridurre la sintomatologia dolorosa, sintomo associato alle malattie parodontali, ma non sempre presente. In particolare, due studi di Boccalari et al. del 2022 e del 2024 (11, 12) hanno investigato l'efficacia di un dispositivo medico collutorio con acqua ossigenata, acido ialuronico e glicina (H_2O_2 + HA + glicina) nel trattamento della gengivite, nella guarigione dei tessuti dell'alveolo estrattivo e nel controllo della sintomatologia dolorosa (*Euclorina Gengive*, Dompé Farmaceutici). **I risultati di questi studi sono promettenti: il collutorio ha mostrato di ridurre significativamente l'infiammazione gengivale, il sanguinamento al sondaggio e la placca, con un miglioramento evidente dei parametri clinici già dopo poche settimane di utilizzo nella guarigione dei tessuti e nell'alleviare il dolore.**

L'acido ialuronico (HA), un glicosaminoglicano, principale componente della matrice extracellulare, è presente in diversi tessuti e ha a un ruolo importante nei processi di riparazione, modulando le interazioni cellula-cellula e cellula-matrice, l'idratazione dei tessuti e l'angiogenesi. Inoltre, promuove lo sviluppo del tessuto di granulazione e stimola la proliferazione, migrazione e differenziazione cellulare (13, 14). L'HA si è dimostrato efficace nell'inibire la crescita della placca in uno studio in vivo, analogamente alla clorexidina (15), e nel ridurre il dolore, grazie alle sue capacità idratanti e filmogene (16, 17). È stato altresì dimostrato che l'HA riduce la risposta infiammatoria in aggiunta alle terapie parodontali non chirurgiche e chirurgiche, evidenziato dal miglioramento dei parametri clinici, sanguinamento al sondaggio (BOP) e profondità di sondaggio (PD) (18, 19). Inoltre, l'HA contribuisce a proteggere la mucosa orale, favorendo la ritenzione di altri principi attivi nel sito d'azione per prolungarne l'effetto.

L'altro componente della soluzione è l'acqua ossigenata H_2O_2 , che possiede una forte capacità ossidativa e attività proinfiammatoria, utile per disinfettare le ferite (in soluzioni allo 0,5-3%). Studi recenti hanno evidenziato che l' H_2O_2 svolge molteplici funzioni anche nella guarigione delle ferite, regolando l'espressione dei geni correlati all'infiammazione e la sintesi di citochine proinfiammatorie, come TNF- α , IL-1 β , IL-5 (20). Inoltre, l' H_2O_2 svolge un ruolo nella fase infiammatoria, inducendo la chemiotassi e l'adesione di neutrofili e macrofagi (21). Questi, a loro volta, hanno attività battericida ed eliminano eventuali microrganismi attraverso la formazione di proteasi ed elastasi. A basse concentrazioni (250 μ M), l' H_2O_2 promuove anche la ripitelizzazione tramite la migrazione dei cheratinociti nel sito di guarigione (22).

Infine, la glicina, un amminoacido che favorisce la guarigione dei tessuti, è un altro componente che potrebbe migliorare ulteriormente l'efficacia terapeutica nei trattamenti locali per la gengivite (23).

Uno studio su 104 pazienti

Questo articolo si propone di esplorare l'approccio terapeutico personalizzato di casi clinici di malattie parodontali rappresentativi, nel trattamento, nel post trattamento e nel mantenimento della salute orale, valutando un dispositivo medico sotto forma di collutorio e gel, con la formulazione H_2O_2 + HA + glicina studiata da Boccalari et al. (2022-2024), confrontandola con placebo o con formulazioni più tradizionali contenenti clorexidina o acido ialuronico.

Sono stati selezionati 104 soggetti affetti da malattie parodontali di entrambi i sessi e di età maggiore di 18 anni, suddivisi in tre differenti protocolli clinici (A, B e C) basati su studi randomizzati in doppio cieco. Il reclutamento dei partecipanti



EUCLORINA® GENGIVE

“ Attraverso tre trial clinici è stata valutata una formulazione oromucosale, in gel e in collutorio, contenente acqua ossigenata, acido ialuronico e glicina, confrontata con formulazioni discusse in letteratura e comunemente utilizzate. I risultati sono sorprendenti e indicano una maggiore capacità del prodotto test nell’alleviare la sintomatologia dolorosa, nel ridurre l’infiammazione gengivale e parodontale, nel controllo della placca e nel contrastare le infezioni batteriche ”

è iniziato a giugno 2018 ed è terminato a novembre 2022. Sono stati inclusi coloro che, dopo aver espresso il consenso, soddisfacevano contemporaneamente i criteri di inclusione ed esclusione degli studi di riferimento. I soggetti con malattie parodontali sono stati assegnati a uno dei seguenti protocolli.

- Protocollo A: studio clinico sulla parodontite di stadio 3 e grado 3, con 50 pazienti (28 femmine, 22 maschi), di età superiore a 18 anni, fumatori (meno di 8 sigarette al giorno).
- Protocollo B: studio clinico sulla gengivite localizzata, con 36 pazienti (20 femmine, 16 maschi), di età superiore a 18 anni, fumatori (meno di 8 sigarette al giorno).
- Protocollo C: studio clinico sulla gengivite localizzata non correlata a placca, con 18 pazienti fragili (13 femmine, 5 maschi), non fumatori.

Tutti i pazienti sono stati esaminati al tempo basale (T0), dopo 7 giorni (T1) e a 21 giorni di follow-up (T2). Al tempo T0 sono stati sottoposti a screening parodontale tramite il Periodontal Screening Recording (PSR), per suddividere i soggetti affetti da gengivite da quelli affetti da parodontite. Successivamente sono stati rilevati gli indici di placca semi-quantitativo di Silness & Loe (IP), tramite pastiglia rilevatrice, e l’indice di sanguinamento al sondaggio semi-qualitativo di Silness & Loe (IS), tramite sonda parodontale millimetrata e standardizzata (CP15).

Nel protocollo B è stata valutata la sintomatologia dolorosa, chiedendo ai pazienti di segnare con una X lungo il segmento della scala VAS (Visual Analog Scale) la quantità di dolore percepito. A sinistra (0) indicava “dolore assente”, a destra (10) indicava “dolore massimo”.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a una seduta di igiene orale professionale. I soli soggetti affetti da parodontite sono stati successivamente trattati con scaling e root planing. Inoltre, a tutti i partecipanti è stato somministrato un collutorio o un gel, in base al protocollo di appartenenza, senza che i pazienti e l’operatore conoscessero il contenuto del trattamento. Sono state impartite istruzioni sull’utilizzo del prodotto assegnato: ogni 12 ore, dopo le normali manovre di igiene orale domiciliare. Nel caso del collutorio, i pazienti dovevano effettuare uno sciacquo con 10 ml di liquido per 30 secondi; nel caso del gel, era necessario massaggiare 1 cm di gel per 30 secondi sulle mucose gengivali.

Dopo l’utilizzo di entrambi i prodotti, è stato chiesto ai partecipanti di non sciacquare, bere o mangiare per almeno 60 minuti.

Dopo una settimana (T1) e dopo 21 giorni dal trattamento (T2), i soggetti arruolati sono stati sottoposti a rivalutazione utilizzando gli stessi indici clinici del tempo T0.

A ciascun partecipante è stato assegnato un flacone di collutorio o un tubetto di gel, a seconda del protocollo di appartenenza.

- Protocollo A: collutorio contenente acqua ossigenata + acido ialuronico + glicina (H₂O₂ + HA + glicina) o placebo.
- Protocollo B: gel contenente acqua ossigenata + acido ialuronico + glicina (H₂O₂ + HA + glicina) o placebo, o acido ialuronico (HA) o clorexidina 1% (CHX 1%).
- Protocollo C: collutorio contenente acqua ossigenata + acido ialuronico + glicina (H₂O₂ + HA + glicina) o placebo, o clorexidina 0,2% (CHX 0,2%).

Randomizzazione

I pazienti sono stati selezionati per seguire un protocollo clinico in base alla loro problematica parodontale e a ciascuno è stato assegnato un trattamento domiciliare (collutorio o gel) mediante un processo di semplice randomizzazione. Ogni formulazione è stata confezionata in modo tale da impedire sia ai ricercatori clinici che ai partecipanti di riconoscere le

differenze tra i trattamenti.

Un investigatore non coinvolto nell’esame clinico ha diviso in modo casuale e assegnato un codice numerico a ciascuna confezione. I codici sono stati quindi assegnati ai pazienti tramite un generatore computerizzato di numeri casuali e i prodotti sono stati successivamente consegnati agli investigatori clinici, che non hanno potuto riconoscere gli agenti terapeutici contenuti. Sia i partecipanti che gli investigatori clinici sono rimasti all’oscuro dell’assegnazione del gruppo di studio e degli attivi contenuti nel prodotto assegnato.

Criteri di inclusione ed esclusione

I soggetti idonei a partecipare ai trial clinici dovevano essere in grado di fornire il consenso informato scritto e presentare una delle seguenti diagnosi: parodontite di stadio 3 e grado 2; parodontite di stadio 3 e grado 3; gengivite localizzata indotta da placca; gengivite localizzata non indotta da placca. Sono stati esclusi dallo studio tutti i soggetti che non hanno firmato il consenso informato per qualsiasi motivo. Inoltre, sono stati esclusi i soggetti: sieropositivi; con epatite; in trattamento farmacologico topico o sistemico; incapaci a effettuare l’igiene orale domiciliare.

Risultati

104 pazienti hanno partecipato allo studio, di cui 61 femmine e 43 maschi, e tutti hanno completato l’esame di follow-up. Nei trial clinici, i valori degli indici di placca e di sanguinamento sono diminuiti significativamente in tutti i gruppi trattati rispetto ai valori registrati in T0, con una differenza statisticamente significativa nei gruppi trattati con i prodotti test contenenti H₂O₂ + HA + glicina. Nel trial clinico B, il gruppo trattato con il prodotto test ha registrato valori sovrapponibili a quelli del gruppo trattato con il gel di CHX 1% per l’indice di placca e di sanguinamento. La valutazione della risoluzione della sintomatologia dolorosa, quando previsto dai protocolli, ha dato esito positivo nei gruppi in trattamento con i prodotti test.

Discussione

In questo studio sono stati esplorati diversi approcci terapeutici, come le differenti situazioni cliniche analizzate nei tre trial clinici proposti. Per questo scopo è stata utilizzata una formulazione contenente H₂O₂ + HA + glicina, sotto forma di collutorio o gel, con gli stessi componenti funzionali investigati da Boccalari et al. (11, 12). L’efficacia di questi componenti è stata valutata singolarmente, confrontata con altri attivi tradizionali, come CHX 0,2%, CHX 1%, HA, e confrontata con placebo. Con questo approccio è stato raggiunto il primo obiettivo dello studio, ossia valutare la formulazione utilizzata da Boccalari et al. rispetto agli attivi ampiamente discussi in

letteratura e comunemente utilizzati nella pratica clinica quotidiana, evidenziando l’integrazione di diverse strategie terapeutiche per ottimizzare i risultati a lungo termine, prevenire le recidive e migliorare il benessere del paziente. I risultati ottenuti hanno confermato l’efficacia dell’azione sinergica di H₂O₂ + HA + glicina, come riportato da Boccalari et al. Inoltre, è stata evidenziata una differenza statisticamente significativa sul controllo dell’infiammazione, sulla gestione della sintomatologia dolorosa e sulla riduzione della placca nei gruppi trattati con i prodotti test (collutorio o gel contenente H₂O₂ + HA+ glicina), rispetto ai gruppi trattati con placebo, con CHX 0,2% e con HA, in T1 e in T2. Infatti, i pazienti che utilizzavano il collutorio con H₂O₂ + HA + glicina presentavano valori più bassi degli indici di sanguinamento e di placca, rispetto al gruppo trattato con prodotto placebo e un punteggio inferiore sulla scala VAS. Nel protocollo B, la formulazione in gel di H₂O₂ + HA + glicina ha mostrato un’efficacia migliore nel controllo della sintomatologia dolorosa, ma sovrapponibile al gel di CHX 1% nel controllo dell’infiammazione e nella riduzione della placca. Questi dati confermano i risultati ottenuti da altri autori che hanno valutato l’efficacia di formulazioni contenenti HA nell’inibire la crescita della placca in vivo, analogamente alla clorexidina (15), e nel ridurre il dolore, grazie alle capacità idratanti e filmogene (16, 17). La formulazione test, sia in collutorio che in gel, aggiunta alle terapie professionali, si è mostrata efficace nel ridurre la risposta infiammatoria, attribuibile all’azione dell’HA presente, come suggerito da Bertl et al. (18) ed Eliezer et al. (19).

Nell’utilizzo delle formulazioni con H₂O₂ + HA + glicina non sono stati segnalati effetti collaterali, come pigmentazione estrinseca su tessuti duri e molli, dai pazienti durante il periodo di studio, affermando che, a differenza dei più comuni collutori contenenti clorexidina, le macchie sui denti non sono un effetto collaterale di questa nuova formulazione. Non sono state segnalate lesioni dei tessuti molli, grazie alle basse concentrazioni di H₂O₂ utilizzate, in accordo con la letteratura precedente.

Inoltre, come negli studi di Boccalari et al., non è stato possibile valutare l’efficacia della formulazione test per lungo periodo, poiché nelle varie situazioni cliniche proposte il periodo massimo di prova considerato è stato di 21 giorni.

In conclusione, in assenza di effetti collaterali nel breve e in un più lungo utilizzo di 21 giorni, sia il collutorio che il gel con H₂O₂ + HA + glicina, si sono dimostrati efficaci nel ridurre l’infiammazione gengivale/parodontale, nel controllo della placca, nel contrastare le infezioni batteriche e nella gestione della sintomatologia dolorosa, anche rispetto al prodotto placebo e a CHX 0,2%.

Bibliografia

- 1) Periodontal diseases. Lancet. 2005 Nov 19;366(9499):1809-20.
- 2) J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172.
- 3) Matern Child Health J. 2022 Dec;26(12):2419-2443.
- 4) Lindhe J, Lang NP. Clinical periodontology and implant dentistry. Ed. Wiley-Blackwell 2015.
- 5) J Clin Periodontol. 2018 Feb;45(2):167-187.
- 6) J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 Suppl 16:S71-6.
- 7) J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S68-S77.
- 8) Monogr Oral Sci. 2021;29:201-213.
- 9) Biomed Pharmacother. 2018 Mar;99:883-893.
- 10) J Clin Periodontol. 2020 Jul;47 Suppl 22:239-256.
- 11) Clin Exp Dent Res. 2022 Jun;8(3):673-679.
- 12) Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2024 Jul;28(13):3946-3957.
- 13) Wound Repair Regen. 1999 Mar-Apr;7(2):79-89.
- 14) Wound Repair Regen. 2006 May-Jun;14(3):252-8.
- 15) Oral Health Prev Dent. 2010;8(4):389-94.
- 16) J Oral Maxillofac Surg. 2010 Sep;68(9):2159-63.
- 17) Expert Opin Drug Deliv. 2017 Aug;14(8):973-982.
- 18) J Clin Periodontol. 2015 Mar;42(3):236-46.
- 19) Clin Oral Investig. 2019 Sep;23(9):3423-3435.
- 20) Int Immunopharmacol. 2016 Feb;31:9-14.
- 21) Biochim Biophys Acta. 2008 Nov;1780(11):1348-61.
- 22) Biochem Biophys Res Commun. 2012 Jun 29;423(2):253-8.
- 23) Nutrients. 2018 Oct 12;10(10):1485.

EUCLORINA® GENGIVE



FORMULA UNICA
PEROSSIDO DI IDROGENO **ACIDO IALURONICO**
IALUVANCE™ COMPLEX
GLICINA

SOLLIEVO IMMEDIATO DAL DOLORE¹

crea una barriera protettiva che¹



riduce il
sanguinamento^{1,2}



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



previene
le infezioni orali^{1,2}



con azione
antisettica³



COLLUTORIO

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



GEL

DISPOSITIVI MEDICI

1. Euclorina® Gengive Collutorio - foglietto illustrativo. 2. Euclorina® Gengive Gel- foglietto illustrativo. 3. Studio in vitro - Data on file BMG.
Materiale ad esclusivo utilizzo dell'operatore sanitario IT-EUL-2200058



IMPLANTOLOGIA

Perimplantite, terapia laser non è più efficace della decontaminazione meccanica non chirurgica

Nel trattamento della malattia perimplantare, la terapia laser offre risultati migliori rispetto ad altre metodiche? E qual è l'efficacia delle diverse modalità terapeutiche oggi disponibili? A queste domande risponde una revisione sistematica con metanalisi pubblicata sul *Journal of Dentistry* a cura di un gruppo internazionale di studiosi, tra cui gli italiani **Umberto Romeo** e **Piero Papi** dell'Università Sapienza di Roma.

Nel trattamento della perimplantite, gli approcci non chirurgici sono spesso preferiti per la loro natura minimamente invasiva e il minor rischio di complicanze. In particolare, la terapia laser è emersa come una possibile opzione di trattamento non chirurgico grazie alla sua potenzialità di ridurre la carica batterica, favorire la guarigione dei tessuti e migliorare gli esiti clinici. Diversi tipi di laser sono stati ampiamente studiati per la gestione della perimplantite, tra cui il laser a erbio:ittrio-alluminio-granato (Er:YAG), il laser a erbio, cromo:ittrio-scandio-gallio-granato (Er,Cr:YSGG), il laser a neodimio:ittrio-alluminio-granato (Nd:YAG), i laser a diodo e la terapia laser a bassa intensità (Lllt).

La revisione mostra l'utilità di queste tecniche ma ne evidenzia anche i limiti, sostenendo la necessità di protocolli standardizzati, parametri laser uniformi e criteri omogenei di valutazione clinica, tali da migliorare la comparabilità tra gli studi.

Gli autori hanno selezionato 15 studi clinici randomizzati, che coinvolgevano 540 pazienti e 658 impianti, dieci dei quali idonei per le metanalisi.



Per quanto riguarda la prima delle due domande che si sono poste gli autori, in generale le terapie laser hanno mostrato di non essere superiori rispetto alla sola decontaminazione meccanica non chirurgica o alla sua combinazione con altre terapie. Tra i risultati più interessanti, viene riportata la terapia con laser Er:YAG, che ha ridotto significativamente il sanguinamento al sondaggio del 35,6% e la profondità di sondaggio di 0,65 mm. Ancora migliore potrebbe essere la combinazione di decontaminazione meccanica e terapia con laser Er,Cr:YSGG, che ha migliorato la profondità di sondaggio di 1,23 mm e ri-

dotto il sanguinamento del 47,3%. Tuttavia, nessuna delle terapie ha mostrato un vantaggio significativo nella prevenzione della perdita di osso crestale. Nel complesso, i ricercatori concludono che «la monoterapia laser o l'uso aggiuntivo del laser non supera in modo consistente le altre strategie non chirurgiche nella gestione della perimplantite».

Questi risultati sono coerenti con studi clinici randomizzati e revisioni sistematiche precedenti, in particolare quelli caratterizzati da follow-up più lunghi. Tuttavia, alcuni studi hanno effettivamente indicato che le terapie laser offrono alcuni benefici aggiuntivi rispetto ad altri protocolli non chirurgici, suggerendo un potenziale ruolo in scenari clinici specifici o come terapie complementari.

Per quanto riguarda la seconda domanda, i risultati hanno dimostrato che sia la sola decontaminazione meccanica che le terapie laser sono efficaci nel migliorare i parametri di sanguinamento al sondaggio e profondità di sondaggio nella gestione della perimplantite. Tuttavia, nessuno dei due approcci è stato sufficiente a contrastare la progressione della perdita di osso crestale.

Renato Torlaschi

Srinivasan M, Kamnoedboon P, Papi P, Romeo U. Efficacy of non-surgical laser therapy for the management of peri-implantitis: a systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2025 Mar;154:105562.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

DIAGNOSI DELLE LESIONI CARIOSE: INTELLIGENZA ARTIFICIALE HA SENSIBILITÀ 76% E SPECIFICITÀ 91%

Condizione clinica

L'applicazione dell'intelligenza artificiale in medicina ha coinvolto anche l'odontoiatria, compresa la diagnosi delle lesioni cariose. Altri campi dell'odontoiatria possono avvalersi dell'intelligenza artificiale, come la diagnosi di anomalie dentali e la presenza di patologie periapicali di origine endodontica.

Nonostante una crescita d'impiego dell'intelligenza artificiale nella medicina e nell'odontoiatria esistono, ad oggi, delle riserve in merito al suo utilizzo come strumento che possa affiancare il clinico nei processi diagnostici.

Le principali riserve fanno riferimento alla presenza di diverse piattaforme che possono essere impiegate dall'intelligenza artificiale nei processi diagnostici, le tecniche di elaborazione dei dati e un insufficiente training, da parte degli utilizzatori, nell'interpretare i dati rilevati dall'intelligenza artificiale stessa.

Questi aspetti sollevano preoccupazioni etiche e di regolamentazione riguardo una completa introduzione dell'intelligenza artificiale a supporto del clinico nella diagnosi delle lesioni cariose iniziali o sospette. Una recente revisione sistematica e metanalisi australiana ha valutato e confrontato l'intelligenza artificiale in relazione alla sua performance nel porre diagnosi di lesione cariosa partendo da supporti convenzionali normalmente impiegati per la diagnosi della lesione cariosa come le radiografie e le immagini cliniche.

Dati di evidenza scientifica

La selezione degli studi ha permesso di includere 45 lavori che riportano i dati provenienti dall'intelligenza artificiale nella valutazione delle radiografie dentali e delle immagini cliniche nella diagnosi della lesione cariosa. Nello specifico, 33 studi hanno considerato l'uso radiografie per l'intercettazione della lesione cariosa (radiogrammi bitewing, radiogrammi periapicali, radiografie panoramiche, Cbct), mentre 12 studi hanno valutato l'utilizzo delle immagini cliniche, scattate con macchina fotografica reflex digitale, sensore fotografico dello smartphone o provenienti da una telecamera intraorale.

La revisione sistematica o analisi qualitativa ha rilevato una capacità da parte dell'intelligenza artificiale di intercettare la lesione cariosa in un intervallo compreso tra il 41,5% e il 98,6%, con una notevole variabilità in base alla piattaforma elettronica impiegata. I dati medi conclusivi riportano che l'intelligenza artificiale ha una sensibilità pari al 76% (95%, ci: 65%-85%) e una specificità pari al 91% (95%, ci: 86%-95%). I valori di specificità nella diagnosi della lesione cariosa appaiono omogenei tra loro impiegando sia le immagini radiografiche sia le immagini cliniche, mentre è stata osservata una maggior sensibilità se l'intelligenza artificiale analizzava immagini cliniche nella diagnosi della lesione cariosa.

Implicazioni cliniche

- 1) L'intelligenza artificiale può, e potrà in seguito a miglioramento, rappresentare un supporto supplementare per il clinico nella diagnosi, la più accurata possibile, della lesione cariosa.
- 2) Il potenziale diagnostico dell'intelligenza artificiale nei confronti della lesione cariosa appare variabile e dipendente dal tipo di piattaforma elettronica impiegata.

Fonte: Abbott LP, Saikia A, Anthonappa RP. Artificial intelligence platforms in dental caries detection: a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract.* 2025 Mar;25(1):102077.

RISCHIO PROFESSIONALE

Politiche vaccinali per gli operatori odontoiatrici non sono allineate alle indicazioni dell’Oms

Nel 2023 è stata condotta un’indagine su scala europea per analizzare le politiche vaccinali rivolte ai dentisti e agli altri operatori dell’odontoiatria. I dati raccolti in 21 Paesi hanno confermato l’esistenza di politiche vaccinali per i professionisti del settore in tutti i paesi partecipanti, seppure con significative differenze sia nel numero di vaccinazioni previste sia nella loro natura, ovvero obbligatorie o raccomandate. Secondo quanto riportato pochi mesi fa su *Expert review of vaccines* (1), le vaccinazioni contro epatite B, Covid19 e influenza sono risultate le più diffuse. Molto meno frequenti le politiche vaccinali contro morbillo, parotite, rosolia, varicella, difterite, tetano, poliomielite, pertosse e tubercolosi, nonostante le in-

dicazioni dell’Oms e le raccomandazioni dell’Unione Europea sull’immunizzazione degli operatori sanitari e i recenti focolai di malattie prevenibili con i vaccini. Lo studio ha il merito di offrire una panoramica aggiornata e dettagliata della questione. Gli autori dell’indagine sollecitano l’adozione di un programma vaccinale di base comune a livello europeo, in grado di armonizzare gli interventi e garantire sicurezza sia agli operatori che ai pazienti. L’adozione di politiche obbligatorie negli ultimi anni è stata favorita sia dal riemergere di malattie infettive, sia dalla crescente esitazione a vaccinarsi anche tra gli operatori sanitari. Va inoltre segnalato che in diversi Paesi i costi delle vaccinazioni ricado-



no sui singoli, in particolare per i liberi professionisti, con effetti negativi sulle adesioni. L’accesso gratuito e facilitato si conferma invece un fattore determinante per aumentare la copertura vaccinale. Due studi europei recenti (2,3) hanno inoltre evidenziato carenze immunitarie e scarsa consapevolezza sul proprio stato vaccinale tra studenti di odontoiatria, sottolineando la necessità di intercettare tempestivamente i futuri clinici.

Ad oggi in Italia le indicazioni vaccinali per gli odontoiatri sono quelle mostrate in tabella. **Livia Barengli**, esperta di prevenzione dell’infezione crociata dell’Università degli Studi di Milano, per una decisione personalizzata sulla propria campagna vaccinale, rimanda alle raccomandazioni presenti nella sezione “Vaccinazioni per gruppi di popolazione: gruppi a rischio” dell’Istituto Superiore di Sanità (4), in particolare alla sezione “Soggetti a rischio per esposizione professionale” e a quelle del Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2023-2025 (5). «Infine, la decisione contro che cosa vaccinarsi va presa dall’operatore sanitario dentale dopo aver consultato il medico competente e il medico di base, non solo in base alla prevenzione del rischio o del pericolo infettivo personale e specifico nel luogo di lavoro (disciplinato dal Decreto legislativo 81/2008), ma anche per proteggere indirettamente le persone care, spesso fragili, con cui viviamo» ci ha detto Barengli.

Infine l’esperta di rischio clinico fornisce una precisazione importante nei confronti della raccomandazione relativa alla vaccinazione antitetanica. Per quanto i casi di tetano associati all’odontoiatria siano rari (6), occorre ricordare che il *Clostridium tetani* è un batterio anaerobio sporigeno e che, soprattutto, altri batteri della stessa specie (*Clostridium difficile*, *Clostridium botulinum*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium Aminobutyricum*, *Clostridium ssp*, *Clostridioides*), spesso antibiotico resistenti, e/o le loro spore sono presenti nell’apparato gastro-intestinale, sulla pelle e variamente coinvolti in malattie dentali; sono noti per colonizzare un sito chirurgico, il biofilm sub gengivale, la carie dentale, probabilmente la polpa dentaria, e gli aligner dentali e il circuito idrico del riunito. Quindi, possono essere presenti nell’ambiente odontoiatrico (superfici, aria, acqua) (7,8). Il vaccino, spiega Livia Barengli, offre una protezione mirata alta (97,8%) contro il *Clostridium tetani*, ma non protegge dagli altri clostridi. Poiché normalmente la disinfezione superficiale avviene con disinfettanti con efficacia di medio livello, essi non sono efficaci sulle spore, che resistono fino a 6 mesi sulle superfici inanimate. È quindi necessario fare molta attenzione per prevenire danni percutanei (7) e all’igiene delle mani e ricordare la contaminazione microbica considerevole su superfici odontoiatriche ad alto contatto clinico, ad esempio di tutti i materiali di ortodonzia in confezioni sfuse, sia ricevute dal fabbricante sia in uso; poltrona, manico della lampada, lampade di polimerizzazione; telefoni e tastiere PC; l’acqua erogata per cure dentali.

Renato Torlaschi

1) Maltezou HC et al. Vaccination policies for dentists and other dental professionals in Europe: a systematic report. *Expert Rev Vaccines*. 2025 Jun 5.
2) Maltezou HC et al. Attitudes toward Vaccinations and Vaccination Coverage Rates among Dental Students in Greece. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 1;19(5):2879.
3) Zeller B, et al. Awareness of vaccine-preventable diseases and self-reported immune status of Swiss dental healthcare workers. *Swiss Med Wkly*. 2021 Sep 28;151.
4) www.epicentro.iss.it/vaccini/gruppirischio
5) www.epicentro.iss.it/vaccini/piano-nazionale-vaccini-2023-2025
6) Baviskar PS et al. Tetanus of suspected dental causality. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2021 Feb;122(1):115-118.
7) Kannan I et al. Evaluation of surface contamination of bacteria in various dental clinics with special reference to obligate and facultative anaerobic spore bearing Bacilli. *International Journal of Medical Research & Health Sciences* 2014;3(3):554-559.
8) Infection Control In Practice Team Huddle. Vaccine-Preventable Diseases–Updates. 2025 agosto; 24(4):1-23.

Si fa presto a dire impianto ma sistematica è tutta un’altra storia...



ecco perché:

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



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



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

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

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

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

Curasept S.p.A.
Via G.Parini, 19 - Saronno
www.curaseptspa.it



Ricerca del Dna nei denti per l'identificazione individuale

I denti sono un'eccellente fonte di Dna sia nucleare che mitocondriale e sono stati utilizzati con successo nell'identificazione forense di resti scheletrici umani compromessi. La selezione dei denti però deve seguire regole precise

Nei casi di identificazione forense, in cui i resti umani sono estremamente danneggiati o degradati, le ossa, ma soprattutto i denti, sono spesso le uniche fonti disponibili di Dna.

Attualmente la tipizzazione con ripetizioni in tandem brevi, meglio conosciute come short tandem repeats (STRs) del Dna nucleare è la tecnica più frequentemente utilizzata per l'identificazione umana.

Nei casi forensi con resti umani molto danneggiati o degradati, i denti sono una fonte preziosa di Dna e possono essere utilizzati per l'identificazione umana attraverso l'analisi del Dna nucleare (tecnica standard delle Str); in caso di scarsità di Dna nucleare, ci si può affidare al Dna mitocondriale (mtDNA). Nuove metodologie, quali SNPs e Next Generation Sequencing (Ngs) sono alternative potenzialmente utili, sebbene ancora non testate per l'uso forense. L'impiego del Dna dai denti avviene in particolare nell'identificazione di resti umani precedentemente considerati troppo compromessi per l'analisi genetica, ad esempio a causa di un intervallo post-mortem prolungato o a seguito dell'esposizione ad ambienti estremi o nei casi di riconoscimento o riconoscimento di paternità in cadaveri.

Dente è scrigno del tempo del Dna

Sia il Dna nucleare che quello mitocondriale sono stati recuperati con successo da resti scheletrici umani centinaia o migliaia di anni dopo la morte, un lasso di tempo che supera di gran lunga i requisiti forensi (spesso inferiore a 100 anni).

I denti sono una fonte scheletrica preziosa per ricavare il Dna da analizzare. Grazie alla loro composizione unica e alla posizione all'interno delle ossa mascellari, sono ampiamente protetti dalle condizioni ambientali e fisiche che agiscono per accelerare i processi di decomposizione post

mortem e decadimento del Dna; possiamo definire il dente come uno scrigno prezioso per conservare e preservare il Dna nucleare.

Lo smalto, il tessuto più duro del corpo umano che riveste la corona del dente, fornisce una barriera fisica protettiva contro agenti esterni come calore, luce UV, umidità e microbi, e può anche proteggere il Dna dall'essere degradato. Questa qualità protettiva, in particolare contro i contaminanti ambientali, rende il Dna estratto dai denti di qualità superiore e meno soggetto a contaminazione rispetto a quello ricavato dalle ossa o dai muscoli.

Una squadra multidisciplinare

I tassi di successo di queste indagini dipendono dai protocolli di campionamento ed estrazione del Dna, rendendo l'identificazione umana un problema complesso; per tale motivo l'analisi deve essere performata da un team multidisciplinare che includa biologi, odontoiatri, antropologi e chimici.

L'odontoiatra è il professionista che utilizza il confronto dentale per le indagini forensi sui casi di identificazione personale, ottenendo una percentuale altissima di successo, soprattutto in situazioni di disastri di massa.

Il chimico si avvale dell'analisi della datazione al radiocarbonio dello smalto dei denti per indicare non solo l'anno di nascita (dopo il 1943) ma anche in alcuni casi l'anno di morte di un individuo. Il biologo e l'antropologo possono avvalersi dell'analisi morfologica e del Dna per identificare un resto cadaverico o un cadavere.

Serve un protocollo ad hoc

I protocolli utilizzati per il campionamento e l'estrazione dei tessuti dentali rispecchiano prevalentemente quelli utilizzati per l'osso, nonostante questi due tessuti siano morfologicamente e biochimicamente diversi. Il protocollo

dovrebbe invece prevedere un attento studio della morfologia del dente e della distribuzione relativa di minerali, proteine e presenza di Dna nei tessuti.

I minerali possono inficiare la quantità di Dna estratto; i tessuti dentali contengono grandi quantità di calcio e collagene, che se co-estratti potrebbero comportare problemi nella fase dell'amplificazione del Dna, metodo che viene esperito mediante reazione a catena della polimerasi (Pcr). Il protocollo di estrazione dai denti dovrebbe prevedere una analisi e un campionamento di tessuto ricco di Dna, come ad esempio le radici dei denti, composte da cemento e dentina/polpa, che contiene odontoblasti (cellule che formano la dentina), fibroblasti, cellule di difesa (ad esempio istiociti e macrofagi), plasmacellule, cellule nervose e cellule mesenchimali indifferenziate. Diversi studi hanno dimostrato che, anche nei denti con polpa presente, la resa di Dna dalla corona è dieci volte inferiore a quella recuperata dalle radici.

Le cellule che si trovano in numero maggiore nel tessuto pulpare sono gli odontoblasti, che sono circa 11.000 per mm² e i fibroblasti, che sono stati stimati a 1.000 per mm²; tale dato rende conto di come il dente possa essere considerato una fonte preziosa per il recupero di Dna, posto che con i recenti progressi sono sufficienti 7 cellule per fornire la quantità minima di Dna richiesta per la tipizzazione Str.



Campioni di elementi dentari per la ricerca del Dna

Altre fonti di Dna

Altra fonte per il recupero di Dna, in questo caso Dna mitocondriale, è la dentina, un tessuto perforato da tubuli paralleli, circondati da minerali, che attraversano la dentina dalla camera pulpare; questi tubuli contengono processi cellulari odontoblastici ricchi di mitocondri situati lungo tutta la loro lunghezza fino al fronte mineralizzante della dentina.

Anche il cemento, un tessuto mineralizzato avascolare, che ricopre le radici dei denti è una fonte di Dna in quanto contiene cementociti all'interno della matrice extracellulare, in spazi paragonabili alle lacune osteocitiche con una struttura laminata.

Ulteriori fonti di Dna associate al cemento sono inclusioni di tessuti molli, residui di sangue, vasi che attraversano i canali accessori, tessuti parodontali aderenti e frammenti di osso intrappolati tra le radici dei molari.

No a denti trattati endodonticamente

In sintesi, la polpa e il cemento sono chiaramente le fonti più preziose di Dna nucleare nel dente e sia questi tessuti che la dentina sono buone fonti di mtDNA. Lo smalto è importante per la conservazione della dentina e della polpa, ma è privo di Dna.

Nella fase di recupero dei denti, è bene ricordare che è consigliabile estrarre denti che non siano stati sottoposti a terapia endodontica; durante



Mauro Pesaresi

Professore associato di Medicina Legale
Sezione di Medicina Legale
Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica
Università Politecnica delle Marche



Simone Aspriello

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

questo trattamento viene rimossa anche la superficie pulpare della dentina e il sistema canalare viene ripetutamente irrigato con ipoclorito di sodio, rendendo improbabile la sopravvivenza del materiale organico nella dentina.

Il contenuto totale di Dna dei denti varia considerevolmente da individuo a individuo e anche tra denti dello stesso individuo. Alcuni dei fattori che influenzano il contenuto di Dna includono il tipo di dente, l'età cronologica del donatore e lo stato di salute del dente. Ognuno di questi fattori influenza le proporzioni relative di Dna presente nella corona e nella radice, e nella polpa, nella dentina e nel cemento.

Dai denti multiradicati si recupera più Dna rispetto ai denti monoradicati, pertanto la selezione dei denti per il campionamento dovrebbe mirare ai denti con il maggiore volume di polpa e la maggiore superficie radicolare, con i molari come candidati principali.

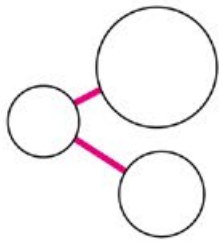
L'avanzare dell'età porta a una diminuzione del contenuto di Dna e a un cambiamento nella distribuzione del Dna in tutto il dente; anche in questo caso i molari sarebbero ancora i denti di scelta.

Le malattie dentali compromettono l'analisi del Dna perché riducono la quantità di materiale genetico disponibile e aumentano il rischio di contaminazione, rendendo i denti intatti e privi di malattia l'ideale per l'analisi. In assenza di denti sani, i denti malati e quelli sottoposti a trattamento odontoiatrico possono comunque fornire Dna sufficiente per l'estrazione e l'amplificazione, ma è necessaria un'attenta valutazione dell'estensione della malattia e dei tessuti specifici da colpire.

È chiaro che una conoscenza approfondita della struttura e della composizione del dente, nonché del processo di diagenesi nei denti, è fondamentale per reperire Dna in buono stato di conservazione e quantità sufficiente alla determinazione di un profilo genetico.

Bibliografia

- 1) Rohland N, Hofreiter M. Ancient DNA extraction from bones and teeth. Nat Protoc. 2007;2(7):1756-62.
- 2) Schwartz TR et al. Characterization of deoxyribonucleic acid (DNA) obtained from teeth subjected to various environmental conditions. J Forensic Sci. 1991 Jul;36(4):979-90.
- 3) Alvarez García A et al. Effect of environmental factors on PCR-DNA analysis from dental pulp. Int J Legal Med. 1996;109(3):125-9.
- 4) Gilbert MT et al. Biochemical and physical correlates of DNA contamination in archeological human bones and teeth excavated at Matera, Italy. Journal of Archaeological Science 32 (2005) 785-793.
- 5) Pretty IA, Sweet D. A look at forensic dentistry--Part 1: The role of teeth in the determination of human identity. Br Dent J. 2001 Apr 14;190(7):359-66.
- 6) Ubelaker DH, Parra RC. Radiocarbon analysis of dental enamel and bone to evaluate date of birth and death: perspective from the southern hemisphere. Forensic Sci Int. 2011 May 20;208(1-3):103-7.
- 7) Spalding KL et al. Forensics: age written in teeth by nuclear tests. Nature. 2005 Sep 15;437(7057):333-4.
- 8) Rohland N. DNA extraction of ancient animal hard tissue samples via adsorption to silica particles. Methods Mol Biol. 2012;840:21-8.
- 9) Gaytmenn R, Sweet D. Quantification of forensic DNA from various regions of human teeth. J Forensic Sci. 2003 May;48(3):622-5.
- 10) Vaypotic M et al. Characteristics of the number of odontoblasts in human dental pulp post-mortem. Forensic Sci Int. 2009 Dec 15;193(1-3):122-6.
- 11) Murray PE et al. Age-related odontometric changes of human teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Apr;93(4):474-82.
- 12) De Leo D, Turrina S, Marigo M. Effects of individual dental factors on genomic DNA analysis. Am J Forensic Med Pathol. 2000 Dec;21(4):411-5.
- 13) Higgins D, Austin JJ. Teeth as a source of DNA for forensic identification of human remains: a review. Sci Justice. 2013 Dec;53(4):433-41.



xHyA

Cross-linked Hyaluronic Acid

PER UNA NUOVA IDEA DI RIGENERAZIONE

- Stabilizza il coagulo
- Attrae i fattori di crescita
- Ottimizza la guarigione della ferita
- Agisce positivamente sul gonfiore e sul dolore
- Indicato in terapia paradontale chirurgica e non



Casi
clinici



Documentazione
scientifica



Anche l'abito fa il medico

Riflessioni sull'aspetto esteriore

Abbigliamento, tatuaggi e aspetto fisico fanno ancora la differenza nella percezione delle persone nei confronti dei sanitari. Un limite, seppur flessibile e mutevole, è il concetto di “decoro professionale” del codice deontologico



Ai dentisti può sembrare un argomento insignificante, dato che nessuno lavorerebbe mai in giacca e cravatta, se non altro per elementari norme di igiene, ma l'abbigliamento professionale è spesso oggetto di discussioni, controversie e perfino di sentenze (vedi box). A tale questione si affianca quella più variopinta che riguarda l'aspetto della persona (è socialmente accettabile che un professionista sanitario sia tatuato fino a sembrare un affresco?) e si estende al di fuori della sede di lavoro sui cosiddetti “social” (è accettabile che una professionista pubblichi foto vestita in modo provocante? non per l'ordine degli avvocati di Torino).

Anche il presidente dell'ordine dei medici di Padova, tre anni fa, innescò un fuoco di mezza estate minacciando di non rilasciare il tesserino se la foto non veniva eseguita con abbigliamento decoroso, capelli in ordine e senza elementi di body art. Prevedibile la reazione di un'associazione di giovani medici: «è intollerabile che un collega indichi come vestirsi, come apparire esteriormente, e lo ponga quale marchio di professionalità». Il codice deontologico è però chiaro, almeno a parole, ma il significato di “decoro” è cronologicamente mutevole, come quello di eleganza.

Variabili epoca-dipendenti

Se, giustamente, pelle scura, capelli turchini e l'aspetto esteriore in generale non devono essere motivi di di-

scriminazione (né possono garantire la buona qualità di un servizio), è anche vero che buongusto e senso della misura dovrebbero guidare le scelte individuali, per lo meno nelle attività aperte al pubblico.

La previsione di chi scrive è che, come per tante altre mode (l'orecchino maschile, ad esempio), anche piercing, tatuaggi e chiome arcobaleno perderanno gradualmente il loro fascino trasgressivo diventando meno attraenti per chi li apprezza e meno repellenti per chi li disdegna. Come sempre, la divisione tra libertari (nella vita privata mi addobbo come mi pare) e regolamentari (anche nella vita privata mi addobbo come si dovrebbe) tende a riprodurre la demografia: da una parte i giovani più sensibili alle mode dirompenti, dall'altra i meno giovani.

Secondo le statistiche disponibili (Istituto Superiore di Sanità, 2015), quasi il 13% della popolazione italiana portava almeno un tatuaggio, con leggera prevalenza femminile e con un 30% di laureati; simile la percentuale media in Europa, mentre in Usa era del 20% e in Canada del 24%. Né PubMed né IA hanno fornito dati sui professionisti sanitari.

Camice bianco come uniforme

Nonostante la tendenza a tatuarsi sia in aumento, le ricerche evidenziano uno stigma negativo: chi è tatuato viene percepito come meno affidabile e meno competente; un

giudizio che vede d'accordo la popolazione generale e quella professionale. In fin dei conti, l'aspetto fisico e l'abbigliamento si possono considerare parti della comunicazione non verbale che intercorre tra pazienti e sanitari: per quanto non siano una garanzia, continuano a trasmettere un messaggio di affidabilità che molti pazienti apprezzano.

Le ricerche pubblicate negli ultimi vent'anni attestano che il personale sanitario non tatuato infonde più fiducia nei pazienti (1); un giudizio che si ripete in senso inverso con i professionisti sanitari e, in percentuali inferiori, gli studenti in medicina e scienze infermieristiche, che valutano più negativamente le persone con tatuaggi. Lo stesso succede nella popolazione generale, che considera meno affidabile un individuo qualunque se è portatore di tatuaggi (2-4). Non sorprende, quindi, che molte scuole per igienisti negli Usa obblighino gli studenti a coprire i tatuaggi visibili (5), ma la tendenza che si intravede è l'ampliamento dell'accettazione sociale, come indica un'indagine svolta in Polonia su quasi 700 studenti, di cui 500 delle facoltà mediche: anche per il 75% di chi non è tatuato, un professionista sanitario con tatuaggi visibili non è un problema (6). L'abbigliamento di lavoro formale di colore bianco continua, invece, a essere quello preferito, come dimostra una revisione sistematica su 32 studi svolti in 13 nazioni diverse (7). Una ricerca australiana su 1.680 pazienti ha

perfino quantificato in due capi di abbigliamento (camice più pantaloni o gonna) il “numero aureo” necessario per ispirare fiducia. Alcuni studi suggeriscono che il bianco è un colore più ansiogeno mentre azzurro, verde e blu sono rilassanti, ma è difficile accertare quale sia l'effettiva utilità di indossarli quando si tratta di pazienti ansiosi, tante le variabili che possono influire. Dove, invece, un abbigliamento meno formale si rivela utile è la pedodonzia: camici colorati e con disegni graditi ai bambini in età prescolare sono significativamente più ben accetti, come dimostra una recente metanalisi (8).

Cosma Capobianco
Odontoiatra

Bibliografia

- 1) González Martínez B et al. Opinion of a group of patients about health professionals with tattoos. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019 Sep-Oct;29(5):313-317. English, Spanish.
- 2) Zestcott CA et al. What do you think about ink? An examination of implicit and explicit attitudes toward tattooed individuals. *J Soc Psychol*. 2018;158(1):7-22.
- 3) Stuppy DJ et al. Attitudes of health care providers and students towards tattooed people. *J Adv Nurs*. 1998 Jun;27(6):1165-70.
- 4) Broussard KA. Tattoo or taboo? Tattoo stigma and negative attitudes toward tattooed individuals. *J Soc Psychol*. 2018;158(5):521-540.
- 5) Search KR et al. A Study of Visible Tattoos in Entry-Level Dental Hygiene Education Programs. *J Dent Hyg*. 2018 Feb;92(1):6-15.
- 6) Paprocka-Lipińska A et al. Can medical staff have visible tattoos? A survey study among students. *Eur J Transl Clin Med*. 2019;2(2):23-26.
- 7) Kim J et al. Patient perception of physician attire: a systematic review update. *BMJ Open*. 2025 Aug 12;15(8):e100824.
- 8) Kastelic DR et al. Do Children and Adolescents Prefer Pediatric Attire over White Attire during Dental Appointments? A Meta-analysis of Prevalence Data. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021 Jan-Feb;14(1):14-29.

L'ABBIGLIAMENTO E IL CODICE DEONTOLOGICO

Articolo 1: «Il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa».

Articolo 2: «Ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari».

“Decoro” condivide l'etimologia con “decenza”, cioè dignità nell'aspetto e nei modi convenienti alla condizione sociale di una persona (dizionario Treccani). È una parola poco usata ma anche poco definibile, perché la sua percezione muta nel tempo. Lo stesso codice di deontologia medica non ci si addentra; la Corte di Cassazione ha più volte affermato che è un illecito disciplinare il comportamento tenuto anche al di fuori della professione, se questo ne pregiudica il decoro.

L'ABBIGLIAMENTO, IL LOOK E LA LEGGE

Il codice civile è chiaro: non si può imporre un determinato abbigliamento se non per giustificati motivi come, per esempio, la prevenzione di infortuni o malattie secondo l'articolo 2087, che stabilisce i principi generali di tutela dei lavoratori. Il datore di lavoro può, tuttavia, chiedere al lavoratore di vestirsi in un determinato modo per motivi tecnico-organizzativi in base all'obbligo della “diligenza richiesta dalla natura della prestazione dovuta e dall'interesse dell'impresa” (articolo 2104) e in base all'obbedienza dovuta alle “disposizioni per l'esecuzione e per la disciplina del lavoro”.

Negli ambienti in cui l'aspetto dei lavoratori è importante per l'interesse dell'impresa (come quello di uno studio professionale), il datore di lavoro, anche attraverso il contratto di lavoro collettivo, può imporre l'obbligo di vestirsi in modo decoroso e di curare il proprio aspetto sempre evitando di eccedere con “limitazioni alle libertà che risultino prive di fondamento logico o del tutto avulse dalle ragioni attinenti all'organizzazione, alla disciplina e all'attività produttiva” (Corte di Cassazione, 18 febbraio 2000, n. 1892). Se è previsto l'obbligo di vestirsi in un certo modo, il tempo necessario per indossarlo rientra nell'orario di servizio. Inammissibili e sanzionabili sono gli obblighi se discriminatori per sesso, etnia o religione in base al Codice delle pari opportunità (D.Lgs. 198 del 2006) oltre che alla Costituzione. Analogo orientamento segue la legge in Francia, dove la Corte di Cassazione (28 maggio 2003) si è espressa però in modo da limitare gli eccessi, affermando che «la libertà di abbigliamento sul luogo di lavoro non rientra tra quelle fondamentali», rievocando l'anacronistica norma, abolita solo nel 2013, che vietava alle donne di indossare i pantaloni. La medesima Corte ha convalidato il licenziamento di una lavoratrice che indossava camicie trasparenti ma non il reggiseno.

Il divieto di discriminazione è stato recentemente ribadito, e a caro prezzo, a uno studio odontoiatrico in North Carolina. Una dipendente era stata licenziata perché per motivi religiosi si era rifiutata di indossare camice e pantaloni, chiedendo di usare la gonna. Di fronte alla certezza di soccombere in tribunale (in base al Civil Rights Act del 1964), lo studio ha chiuso la controversia in via extragiudiziale versando un risarcimento di 61 mila dollari.

In ambito extralavorativo, invece, ha fatto notizia due anni fa la sospensione di 15 mesi inflitta dall'ordine degli avvocati di Torino a una professionista che appariva sui social vestita in modo provocante; le motivazioni: lesione dell'immagine della categoria e pubblicità occulta.

Ti presentiamo
Midas



Progetta e
stampa le tue
protesi in pochi
minuti

IGIENE ORALE

Mentadent Professional Gengive Forti

Dalla ricerca di Mentadent Professional, linea expert dello storico brand oral care di Unilever, nasce Mentadent Professional Gengive Forti, una linea di dentifrici sviluppata per rinforzare le gengive e proteggerle da infiammazione e sanguinamento, contribuendo alla salute parodontale, nel breve e lungo termine.

I dentifrici Mentadent Professional Gengive Forti si avvalgono di una tecnologia brevettata basata su una combinazione di tre enzimi (amiloglucosidasi, lattoperossidasi, glucosio ossidasi) e tre proteine (lattoferrina, lisozima, colostro come fonte di IgG), già presenti nella saliva umana. Le nuove formule ne potenziano la concentrazione naturale, contribuendo a mantenere l'equilibrio del microbiota orale, sostenendo la proliferazione dei batteri benefici e riducendo quelli associati alla malattia parodontale. Uno studio sul microbioma orale ha inoltre evidenziato un miglioramento dell'equilibrio batterico, con riduzione dei patogeni associati alla parodontite e incremento delle specie protettive.

La linea è pensata per tutti i bisogni, dalla prevenzione a quadri di infiammazione gengivale in corso, fino a chi deve subire interventi odontoiatrici. La linea di dentifrici Gengive Forti, infatti, non interagendo con l'azione della clorexidina, può essere utilizzata in combinazione con il collutorio Men-



tadent Professional Azione Intensiva Gengive nei trattamenti domiciliari post-intervento, come coadiuvante nelle fasi acute di infiammazioni e sanguinamento gengivale. Al termine del trattamento, il dentifricio può essere utilizzato come mantenimento in caso di pazienti con tendenza a infiammazione e sanguinamento gengivale, fumatori, diabetici e/o in caso di cambi ormonali o disbiosi.

La linea Mentadent Professional Gengive Forti si declina in tre referenze per rispondere a diverse esigenze dei consumatori, pur assicurando la stessa efficacia clinica e un profilo sensoriale studiato per garantire una freschezza duratura e una piacevole sensazione di pulizia: Protezione Completa, Bianco Intenso, Antiplacca.

Grazie all'assenza di Sls (sodio lauril solfato), le formule sono ancor più delicate e poco schiumogene. Completano la formula 1.450 ppm di fluoro per rinforzare lo smalto.

i Unilever
Numero verde
800.800121
www.mentadent.it

ENDODONZIA

HyFlex Edm



La gamma di strumenti canalari HyFlex Edm di Coltène si amplia con l'introduzione della nuova lunghezza da 31 mm. Questa nuova misura si affianca alle lunghezze da 21 mm e 25 mm già esistenti, offrendo ai professionisti una maggiore versatilità e accessibilità anche nei canali radicolari più lunghi o difficili da raggiungere.

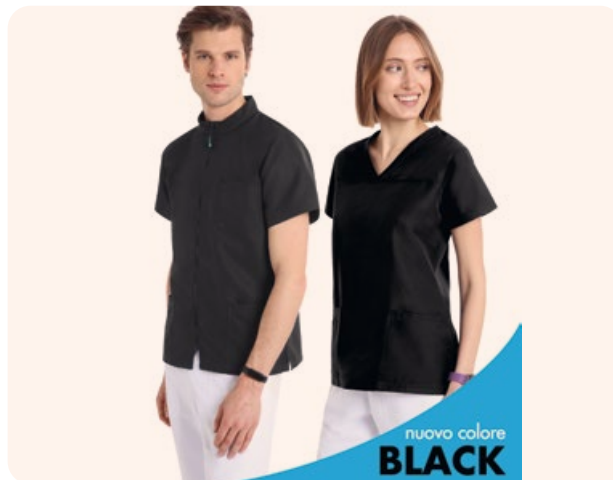
Gli strumenti canalari HyFlex Edm, con trattamento termico a memoria controllata, prodotti attraverso l'innovativo processo di elettroerosione (Edm), sono noti per le loro caratteristiche di elevata resistenza alla frattura, flessibilità ed efficienza di taglio.

Oltre a queste caratteristiche, grazie alla nuova Sequenza OG-SF, sono progettati per essere utilizzati con un unico protocollo semplice, al fine di ottenere una curva di apprendimento breve e un trattamento semplificato.

i Coltène Italia
Tel. 0362.626732
info.it@coltene.com
www.coltene.com

ABBIGLIAMENTO

Quick Medical Uniform



Quick Medical Uniform è la linea pensata per chi lavora in ambito medico e odontoiatrico e cerca praticità, stile e igiene.

L'ultima novità della linea è il nero, un colore che unisce eleganza e autorevolezza, oggi a grande richiesta disponibile per le divise Quick Medical Uniform. Perfetto per gli studi dentistici, trasmette professionalità e attenzione al dettaglio. Il nero è molto più di una tendenza: è una scelta consapevole per distinguersi e valorizzare l'immagine dello studio.

Quick è una linea No-stiro, ispirata al mondo dello sport, con tessuti tecnici traspiranti, freschi e leggeri. Pensata per il comfort durante tutta la giornata lavorativa, garantisce massima libertà di movimento e un aspetto sempre ordinato, anche dopo ore tra un paziente e l'altro.

Nessuna piega, nessuna perdita di tempo: si lava, si stende, si indossa. La manutenzione è minima, l'effetto è sempre impeccabile, anche a fine giornata.

Dai nuovi capi in nero, ai classici bianchi e alle tonalità vivaci disponibili nella palette, ogni colore rimane intenso e brillante anche dopo moltissimi lavaggi a temperature elevate (fino a 90°) e con candeggina.

La linea comprende casacche e pantaloni in nove varianti colore, con camici coordinati, tutti con cuciture rinforzate e tasche resistenti, pensati per chi non si ferma mai.

In più, la possibilità di personalizzazione con nome o logo rende la divisa uno strumento di riconoscibilità all'interno dello studio dentistico.

i Quick Medical Uniform
Tel. 02.9691836
WhatsApp 375.7024882
info@confezionicapello.com
www.quickmedicaluniform.com

ATTREZZATURE

Ulticlean UC500L

Henry Schein Krugg ha aggiunto al suo assortimento il nuovo dispositivo di profilassi di B.A. International. Il dispositivo compatto Ulticlean UC500L copre un'ampia gamma di indicazioni (sopra e sottogengivali) grazie alla combinazione di ablatore a ultrasuoni per la rimozione del tartaro e pulizia a getto di polvere.

Nella pratica quotidiana, l'apparecchio si distingue per la semplicità di utilizzo tramite display touch, la flessibilità nell'erogazione dell'acqua e la pulizia automatica in soli 30 secondi.



Henry Schein Krugg supporta i team degli studi odontoiatrici che utilizzano B.A. International Ulticlean UC500L con servizi personalizzati. Ciò include consigli di esperti, contratti di manutenzione per la conservazione dell'apparecchio, nonché riparazioni rapide da parte di tecnici esperti e certificati. Se richiesto, Henry Schein Krugg può fornire attrezzature a noleggio per garantire il corretto svolgimento dei trattamenti in caso di guasto.

Il dispositivo Ulticlean UC500L viene fornito con un ampio pacchetto di accessori che contiene una gamma completa di accessori iniziali, tra cui vari manipoli e punte. Sono disponibili separatamente un carrello compatto per l'uso mobile e accessori aggiuntivi, nonché due polveri per la profilassi appositamente adattate all'apparecchio: la polvere per profilassi BA Ulticlean Standard a base di idrogeno carbonato di sodio per l'utilizzo sopragengivale e la polvere Perio Plus a grana particolarmente fine a base di tagatosio per un uso delicato sotto e sopragengivale.

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

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

INFIAMMAZIONI GENGIVALI?

DIAMO IL GIUSTO PESO ALLA TERAPIA MECCANICA



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

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

Video utilizzo
corretto spazzolino



CURASEPT
FIRST BECAUSE WE CARE

www.curasept.it

Valutazione clinica dell'efficacia dello spazzolino elettrico Oral-B Kids iO nella riduzione della placca in età pediatrica: studio pilota



Mariantonietta Arrica
Odontoiatra libera professionista a Sassari
Dottore di ricerca in Odontoiatria Estetica
Adesiva e Preventiva
Università degli Studi di Sassari

L'igiene orale quotidiana è essenziale per prevenire carie e gengivite. Negli ultimi decenni numerosi studi hanno evidenziato la maggiore efficacia degli spazzolini elettrici, in particolare di quelli oscillanti-rotanti rispetto a quelli manuali nel ridurre placca e infiammazione gengivale. Tale vantaggio riguarda anche la popolazione pediatrica, nella quale la manualità ancora immatura e la scarsa motivazione rendono più difficile mantenere una corretta igiene orale. L'aspetto ludico e tecnologico dello spazzolino elettrico favorisce inoltre la partecipazione e la costanza dei bambini nella routine quotidiana.

Sulla base di queste premesse, è stato condotto uno studio pilota per valutare l'efficacia dello spazzolino elettrico **Oral-B Kids iO** in una coorte di bambini di età compresa tra 6 e 10 anni. L'ipotesi di lavoro è che tale dispositivo possa rappresentare una strategia preventiva valida anche in età evolutiva, in particolare nei soggetti con ridotta manualità o motivazione e in contesti familiari di bassa compliance alle istruzioni di igiene orale.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto presso lo Studio Odontoiatrico Associato Murtas-De Giorgio (Sassari) tra aprile e maggio 2025 per quattro settimane. I pazienti, selezionati casualmente dai database clinici, dovevano soddisfare i seguenti criteri: età 6-10 anni, buona salute generale, presenza di placca su almeno una superficie dentale, minimo 16 denti naturali valutabili, nessuna igiene professionale nei tre mesi precedenti, uso di spazzolino manuale e assenza di apparecchi fissi. Tutti presentavano bassa motivazione all'igiene orale e ridotta aderenza domiciliare.

Dopo le istruzioni cliniche e la rilevazione fotografica della placca mediante colorante, sono stati registrati i valori di placca per ciascuna superficie (buccale, palatale, linguale) e arcata, distinguendo tra: assente (N), limitata al margine gengivale (G) o estesa oltre (E). La salute gengivale è stata classificata come: sana (H), moderata (M) o severa (S).

La coorte finale comprendeva cinque bambini (tre di 6 anni, uno di 8 anni, uno di 10 anni). Dopo la valutazione iniziale (baseline), a ciascuno è stato richiesto di utilizzare esclusivamente lo spazzolino elettrico **Oral-B Kids iO** con testina *gentle care* per quattro settimane, due volte al giorno per almeno due minuti, eventualmente con l'ausilio di pastiglie rivelatrici di placca.

I dati sono stati analizzati mediante statistiche descrittive e *t-test* accoppiati per confrontare i valori di placca prima e dopo l'intervento, considerando le differenti superfici dentali e le due arcate.



Immagine intraorale di un piccolo paziente al baseline e dopo quattro settimane di utilizzo dello spazzolino elettrico Oral-B Kids iO



Immagine intraorale di un piccolo paziente al baseline e dopo quattro settimane di utilizzo dello spazzolino elettrico Oral-B Kids iO

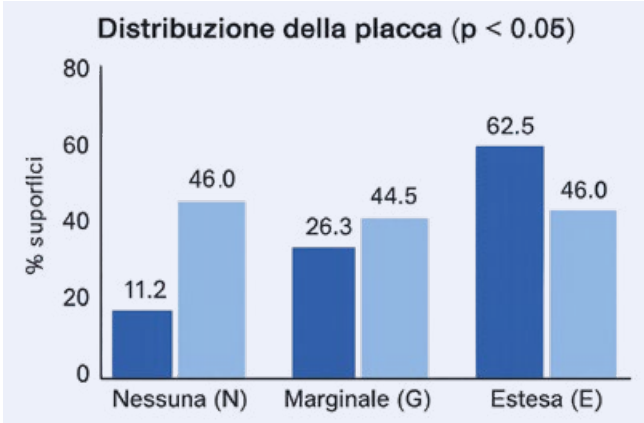


Risultati

L'analisi ha evidenziato una marcata riduzione della placca dopo l'introduzione dello spazzolino elettrico. Le superfici prive di placca (N) sono aumentate dall'11,2% al 46%, mentre quelle con placca estesa (E) sono diminuite dal 62,5% al 46%. Le superfici con placca limitata (G) sono passate dal 26,3% al 44,5%, indicando un generale spostamento verso forme di accumulo meno estese. Il *t-test* accoppiato ha mostrato differenze statisticamente significative ($p < 0,05$).

La riduzione della placca è risultata più evidente nell'arcata inferiore e sulle superfici buccali, tradizionalmente più difficili da detergere con lo spazzolino manuale.

La salute gengivale ha mostrato un miglioramento medio del 10%: le gengiviti moderate si sono ridotte dal 21% all'11%, mentre nessun caso di gengivite severa è stato rilevato. Pur non raggiungendo la piena significatività statistica ($p \approx 0,09$), il trend conferma un miglioramento complessivo.



Distribuzione delle superfici dentali per grado di placca (N, G, E)

Parametro	Baseline (media ± DS)	4 settimane (media ± DS)	Δ%	p-value
Nessuna (N)	11.2 ± 3.1	46.0 ± 5.4	+34.8	<0.05
Marginale (G)	26.3 ± 4.2	44.5 ± 4.7	+18.2	<0.05
Estesa (E)	62.5 ± 5.3	46.0 ± 5.2	-16.5	<0.05

Indice medio di placca per arcata e superficie dentale

Parametro	Baseline (media ± DS)	4 settimane (media ± DS)	Δ%	p-value
Arcata superiore	58.0 ± 4.8	43.5 ± 4.1	-14.5	<0.05
Arcata inferiore	65.0 ± 5.2	46.5 ± 4.8	-18.5	<0.05
Superficie buccale	63.0 ± 5.0	45.0 ± 4.5	-18.0	<0.05
Superficie linguale	56.0 ± 4.7	42.0 ± 3.9	-14.0	<0.05

Trend complessivo di miglioramento

Parametro	Baseline (media ± DS)	4 settimane (media ± DS)	Δ%	p-value
Superfici prive di placca	11.2 ± 3.1	46.0 ± 5.4	+34.8	<0.05
Superfici con placca estesa	62.5 ± 5.3	46.0 ± 5.2	-16.5	<0.05
Infiammazione gengivale moderata	21.0 ± 2.5	11.0 ± 2.0	-10.0	≈0.09
Superfici completamente sane	79.0 ± 3.0	69.0 ± 2.8	-10.0	≈0.09

I CASI CLINICI DI

DentalAcademy.it

ESPERIENZE CLINICHE IN ORTODONZIA

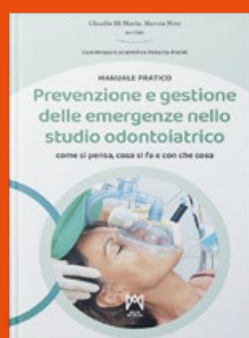


Espansione lenta del mascellare con Leaf Self Expander Anatomico in un paziente di 4 anni



Trimline alta: game changer in un caso di espansione con allineatori

IN LIBRERIA



Autori:
Claudio Di Maria
Marzia Niso

Coordinatore scientifico:
Roberto Pistilli



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



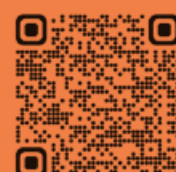
Autore: Vittorio Favero



**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

Espansione lenta del mascellare con Leaf Self Expander Anatomico in un paziente di 4 anni

I genitori accompagnano alla nostra attenzione clinica la paziente G. R., di 4 anni e 10 mesi, razza caucasica, per una visita ortodontica, espressamente richiesta a seguito delle loro preoccupazioni riguardo alla condizione di apnee ostruttive del sonno di cui la bambina è affetta. Tale problematica è stata rilevata dall'otorinolaringoiatra in seguito a una visita specialistica e all'esecuzione di un esame polisonnografico. All'esame clinico extra-orale (fig. 1), in visione frontale la paziente mostra una spiccata asimmetria facciale causata da una latero-deviazione funzionale mandibolare a sinistra. Buone le proporzioni verticali, con una divisione del volto in terzi equa. Il profilo si mostra piatto con l'angolo nasolabiale aperto.

Il gradino labiale risulta positivo, accompagnato da un labbro superiore tonico e ben strutturato ma con poco sostegno dalla sostanza dentale.

Le labbra sono competenti a riposo.

All'esame intraorale (fig. 2) si evidenzia una dentizione decidua, cross bite laterale sinistro con interessamento di 62, 63, 64 e 65, non coincidenza delle linee mediane con la linea mediana superiore deviata a destra di 2 mm.

I rapporti occlusali si presentano di Classe I canina e molare decidua a destra e sinistra. Overjet di 1,32 mm e overbite di 1,45 mm.

Non si apprezzano lesioni cariose.

L'analisi dei tessuti molli mostra mucose integre, i frenuli risultano normoinseriti e normotrofici.

Dall'analisi dell'ortopantomografia (fig. 3) si evidenzia un marcato affollamento dentale sia nell'arcata superiore che in quella inferiore, oltre alla presenza delle gemme dei secondi molari in fase di sviluppo.

Lo studio dei modelli evidenzia una arcata mascellare e mandibolare simmetrica.

Dall'analisi funzionale si evidenzia una mancata coincidenza delle linee mediane in parte dovuta a latero deviazione mandibolare sinistra di tipo funzionale.

Sintomi di patologie articolari assenti.

Lo studio cefalometrico mette in evidenza rapporti scheletrici di tendente Classe III (ANPg -0.71°) in paziente ipodivergente (S.N/Go.Gn $23,26^\circ$).

Piano di trattamento

La terapia del caso della paziente G. R. ha previsto la sola applicazione di un espansore Leaf Self Expander Anatomico (Leone) sui secondi molari decidui:

- l'espansione lenta del mascellare è stata effettuata per migliorare i diametri trasversali superiori e permettere di risolvere il cross bite laterale sinistro;
- la forma d'arcata superiore appare migliorata e i rapporti occlusali congrui;
- si assiste a una progressiva e spontanea normalizzazione dell'overbite.

Dall'analisi dei risultati (figg. 5 e 6) si evidenzia:

- il raggiungimento di una buona estetica e il recupero di



Maria Elena Grecolini
Specialista in Ortognatodonzia
Università degli Studi di Modena



Cristiana Nocco
Specialista in Ortognatodonzia



Valentina Lanteri
Specialista in Ortognatodonzia
Specialista in Odontoiatria pediatrica
PhD in Oral Sciences
Professore Associato all'Università degli Studi di Modena

Si ringrazia l'odontotecnico
Mimmo Castellana di Mola di Bari

un bel sorriso sostenuto da una corretta posizione degli elementi dentali;

- rapporti di Classe I a livello canino e molare a destra e sinistra; linee mediane quasi coincidenti;
- buoni i rapporti di overjet e overbite.

Sarà necessario seguire la piccola paziente G. R. nella sua crescita e rivalutare il caso nel tempo.

Il matching finale (figg. 7 e 8) mette a confronto la situazione pre-trattamento con la situazione post-trattamento, evidenziando l'espansione raggiunta.



Fig. 1: foto extraorali della paziente G. R.

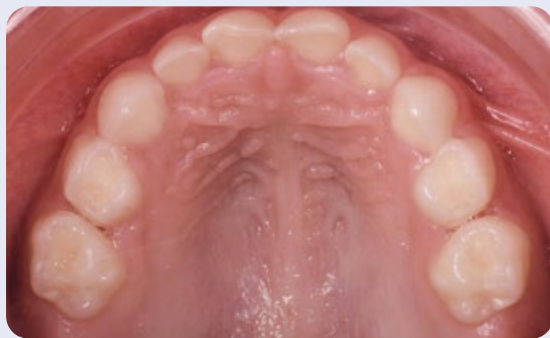


Fig. 2: foto intraorali della paziente G. R.

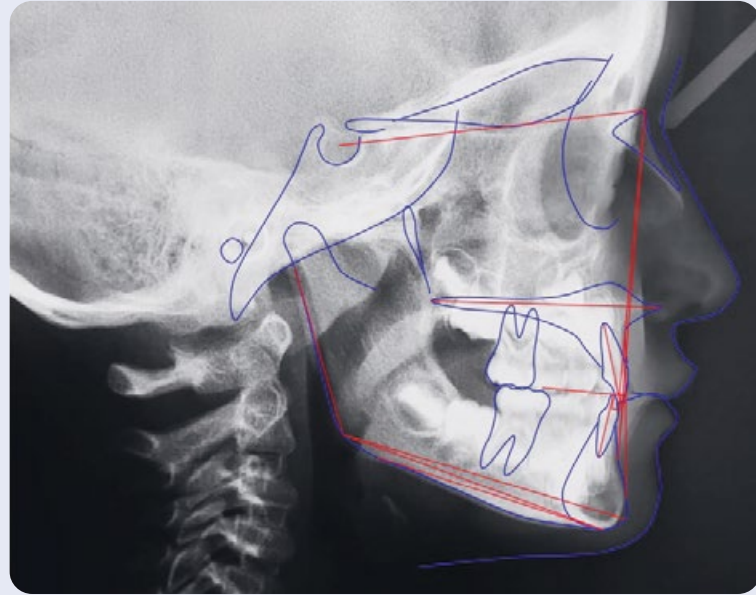
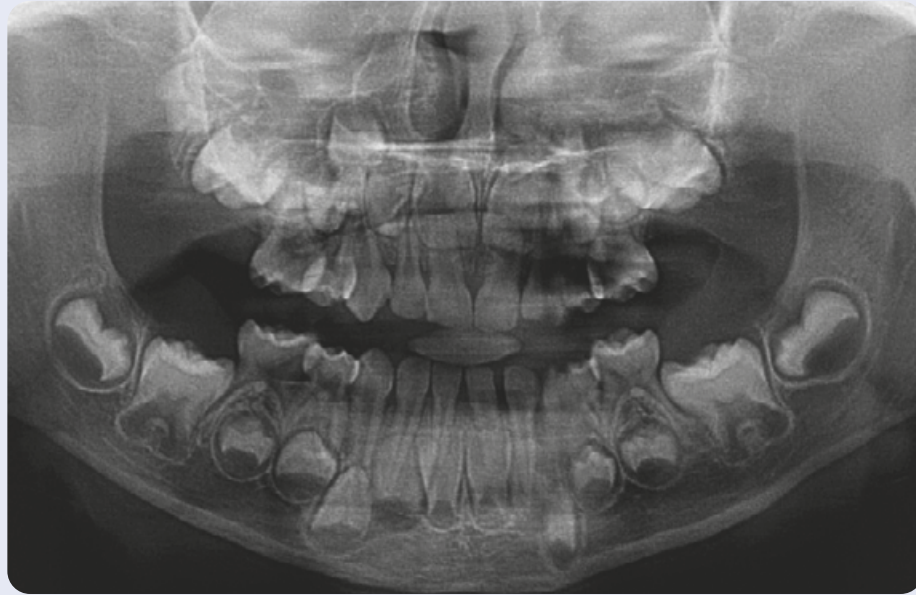


Fig. 3: ortopantomografia e teleradiografia in proiezione latero-laterale destra, con tracciato cefalometrico.



Fig. 4: le immagini documentano il risultato finale dell'espansione del mascellare superiore ottenuta mediante il trattamento con Leaf Self Expander Anatomico (Leone). L'aumento del diametro trasversale dell'arcata superiore è stato completato con successo, riportando la struttura mascellare a una conformazione ottimale. Inoltre, si evidenzia la presenza degli spazi primari, caratteristici della dentatura decidua, segno di un corretto sviluppo dell'arcata dentale

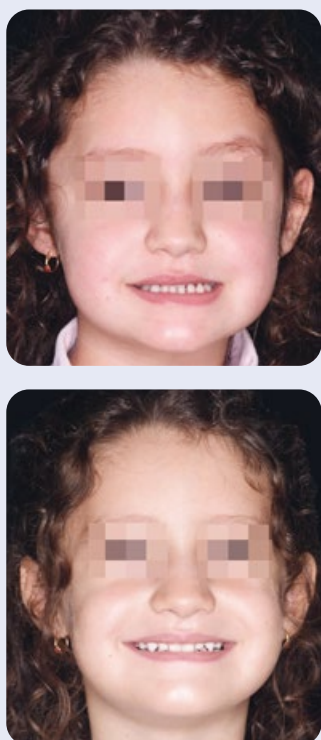


Fig. 5: confronto prima e dopo il trattamento, foto extraorali



Fig. 6: confronto prima e dopo il trattamento, foto intraorali

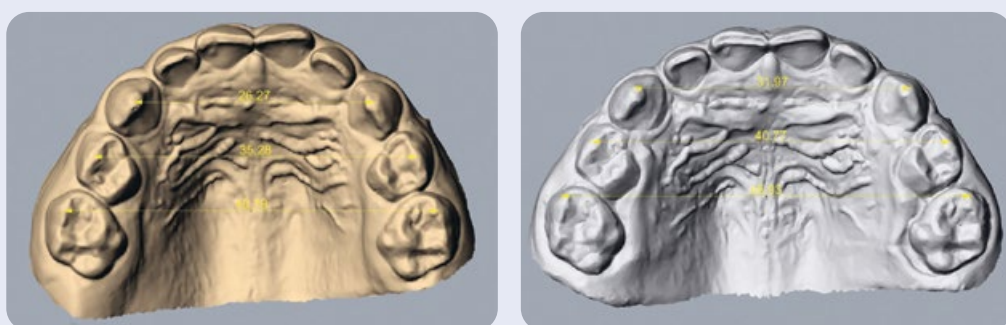


Fig. 7: situazione pre-trattamento (a sinistra), situazione post-trattamento (a destra)

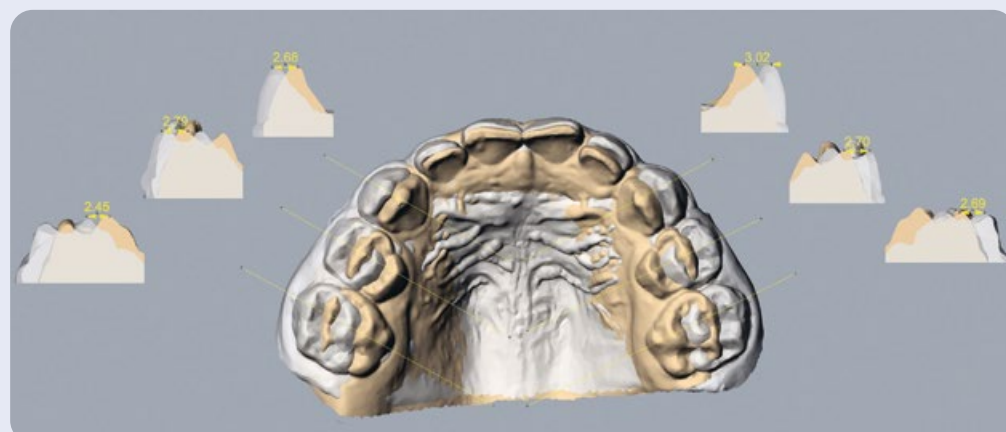


Fig. 8: matching pre e post-trattamento utilizzando le rughe palatine come repere per la sovrapposizione, con il particolare dell'espansione visualizzata in sezione di ogni elemento dentale dei quadranti posteriori; da notare il movimento corporeo

CASO CLINICO

Trimline alta: game changer in un caso di espansione con allineatori

L'espansione delle arcate dentarie rappresenta una sfida di rilievo in ortodonzia, in particolare nei pazienti adulti, nei quali le possibilità di intervento risultano fisiologicamente più limitate rispetto all'età pediatrica.

Si presenta alla nostra osservazione una paziente di 19 anni e 6 mesi per la correzione dell'affollamento presente in entrambe le arcate. Ad un primo esame clinico si evidenzia un'arcata superiore particolarmente contratta (fig. 1), che richiede un'espansione importante con controllo della salute del tessuto parodontale.

Gli esami radiografici (ortopantomografia e TeleRx LL) non evidenziano problematiche degne di nota.

Dopo aver raccolto i dati clinici e radiografici necessari, eseguo diagnosi e pianificazione ortodontica avvalendomi della piattaforma SureSmile Ortho della Dentsply Sirona.

I modelli prototipati e il setup ci inducono a una scelta terapeutica espansiva e conservatrice che permette di recuperare la forma delle arcate dentarie senza comprometterne la funzionalità, l'estetica del sorriso e correggendo trasversalmente coordinando entrambe le arcate.

Per assecondare anche le richieste della giovane paziente, optiamo per un trattamento con allineatori, pur potendo scegliere nella piattaforma SureSmile Ortho la soluzione con IDB, ban-

daggio indiretto digitale.

Una delle caratteristiche di SureSmile è la possibilità di optare per differenti disegni della linea di taglio degli allineatori e in questo caso specifico ho scelto una trimline dritta di altezza pari a 1 mm (figg. 2 e 3), per ripristinare più agevolmente forma e funzione delle arcate avendo maggior controllo su tutta la superficie dento alveolare. Tutto ciò è possibile anche grazie all'efficienza del materiale usato (Essix Ace .030 in/0.75 mm).

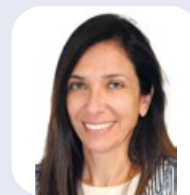
Dopo 19 mesi di trattamento raggiungiamo il risultato programmato, con soddisfazione sia da parte dei clinici che della paziente, ottenendo una corretta occlusione di Classe I, centratatura delle linee mediane e coordinazione delle arcate (fig. 4).

L'espansione dell'arcata superiore con valori particolarmente importanti pari a 4.5 mm a livello dei primi premolari, 5.2 mm a livello dei secondi premolari e 3.7 mm a livello dei primi molari (fig. 5) conferma l'efficienza e l'efficacia degli allineatori SureSmile.

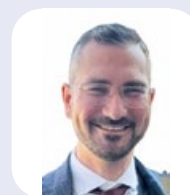
Tale risultato è frutto di una piattaforma all'avanguardia, soddisfacendo le esigenti richieste degli ortodontisti, della possibilità di selezionare la trimline più idonea a risolvere il singolo caso e un materiale che esercita il giusto equilibrio fra elasticità e resistenza per controllare al meglio anche i casi adulti con richieste espansive.



Alessandro Gianolio
Odontoiatra, specialista in Ortodonzia
Libero professionista a Bra (Cuneo)



Claudia Cherchi
Odontoiatra, specialista in Ortodonzia
Libera professionista a Bra (Cuneo)



Eugenio Federico Gambero
Odontoiatra, specialista in Ortodonzia
Libera professionista a Bra (Cuneo)



Matteo Beretta
Odontoiatra, specialista in Ortodonzia
Libero professionista a Varese



Fig. 1

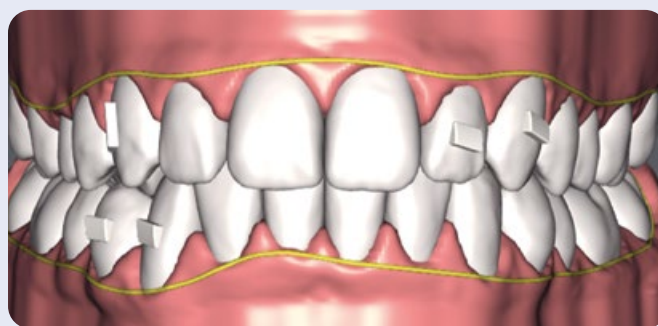


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



SureSmile

Linee di taglio variabili
per migliorare la predicibilità
del trattamento con allineatori

Con **SureSmile® Ortho**
puoi scegliere tra diverse linee di taglio
– dritta, smerlata o ibrida – per adattare
ogni fase del trattamento alle necessità
cliniche del paziente.

SCOPRI DI PIÙ:

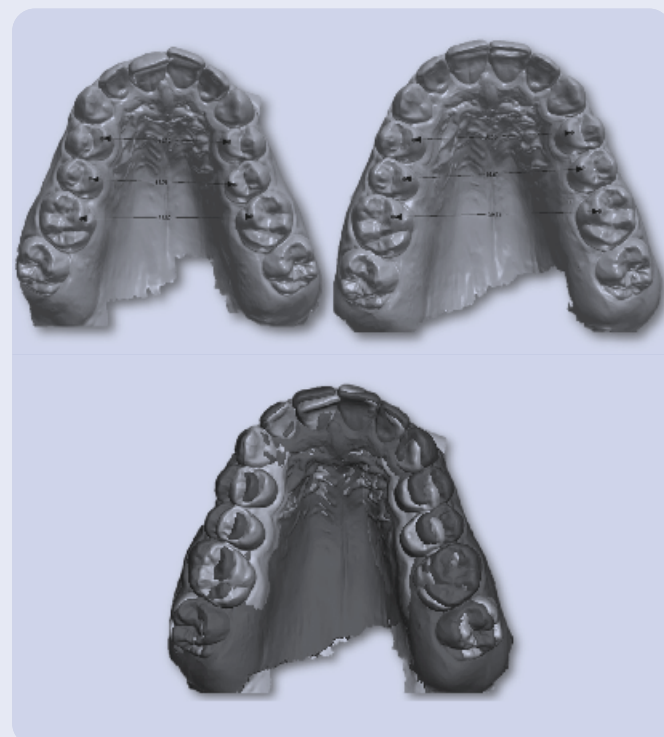


Fig. 5

CONCETTI MODERNI IN IMPLANTOLOGIA

WWW.IAO-ONLINE.COM/ROMA2026



DOVE

Università Cattolica del Sacro Cuore

Policlinico Gemelli - Largo Francesco Vito 1, ROMA



QUANDO

2026

6 incontri da Febbraio a Novembre



RESPONSABILE SCIENTIFICO

Eriberto Bressan



COORDINATORI

Luca Sbricoli • Matteo Cordaro

STRATEGIE CLINICHE
DAL CASO SEMPLICE
A QUELLO COMPLESSO

CORSO ANNUALE

ROMA
FEBBRAIO-NOVEMBRE
2026

50 Crediti ECM

In collaborazione con



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Gemelli

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore



TOPICS

Pianificazione chirurgico protesica e inserimento implantare • Gestione sito post-estrattivo e difetti orizzontali • Incremento e gestione dei tessuti molli • Tecniche di rigenerazione dei tessuti duri e il rialzo del seno mascellare • La riabilitazione dell'arcata completa • Il flusso di lavoro digitale • La protesi su impianti e le complicanze biomeccaniche in impianto-protesi

FACULTY

Fortunato Alfonsi • Alfonso Caiazzo • Fabrizio Colombo • Luca Cordaro • Matteo Cordaro
Luca De Stavola • Danilo Alessio Di Stefano • Guido Galletti • Tommaso Ghedini
Carlo Lajolo • Federico Mandelli • Gianluca Paniz • Alberto Pispero • Roberto Pistilli
Giulio Rasperini • Federico Rivara • Marco Ronda • Cosimo Rupe • Luca Sbricoli
Massimo Simion • Tiziano Testori • Filippo Tomarelli • Cristiano Tomasi • Giovanni Zucchelli

ROMA2026

CONCETTI MODERNI
IN IMPLANTOLOGIA
STRATEGIE CLINICHE
DAL CASO SEMPLICE
A QUELLO COMPLESSO

41° 55' 54.53" N 12° 25' 36.69" E
UNIVERSITÀ CATTOLICA
DEL SACRO CUORE

WWW.IAO-ONLINE.COM

CONTATTI

INFO E ISCRIZIONI

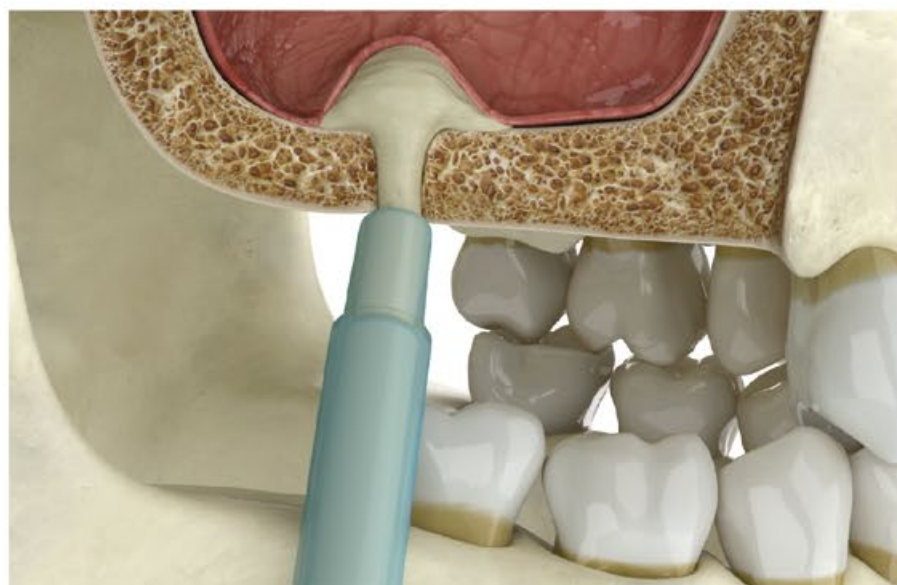
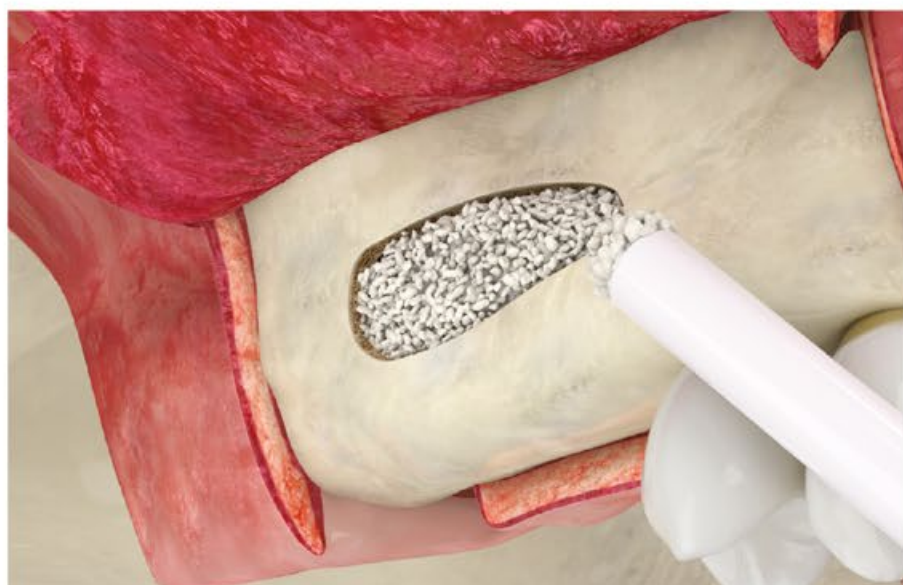
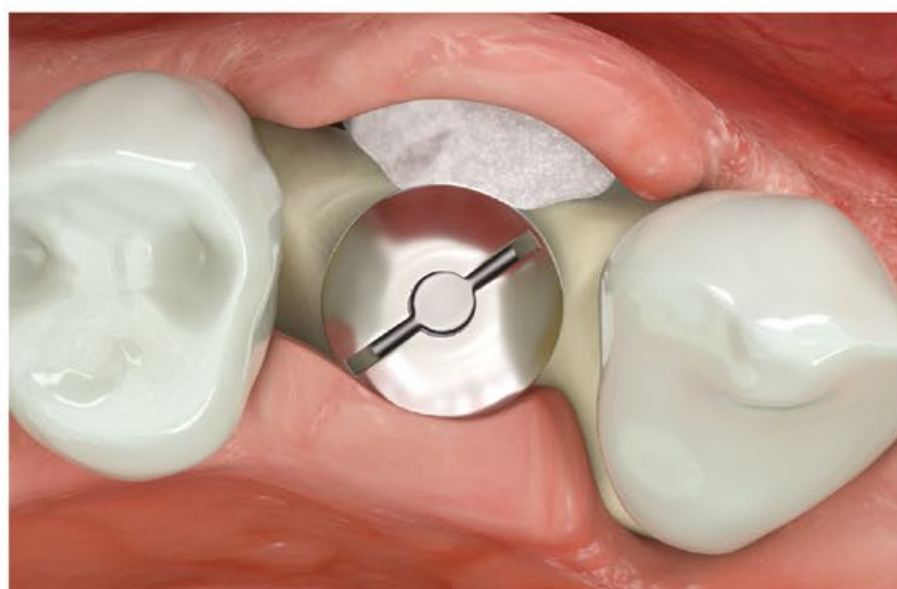
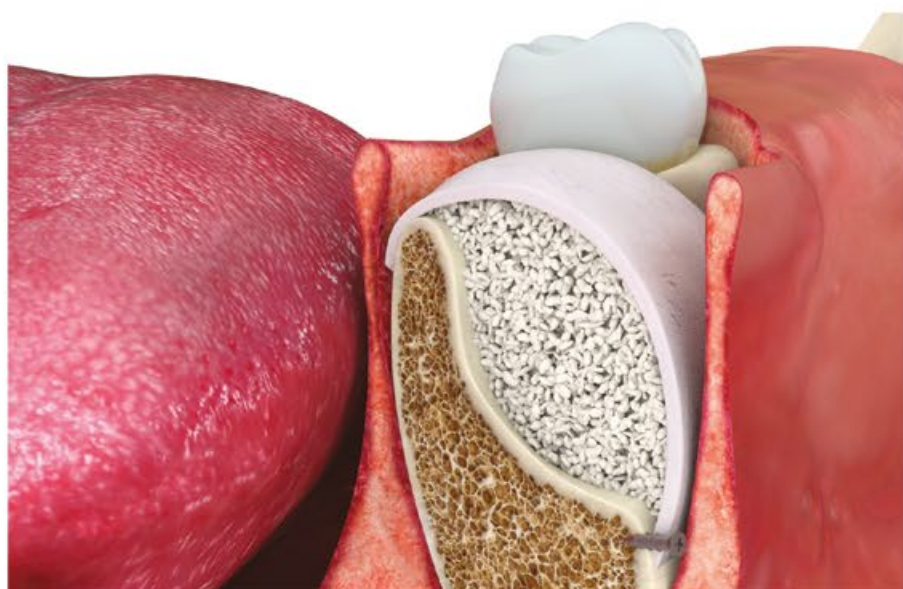
MV CONGRESSI
 +39 349 829 3789
 iaocorso@mvcongressi.it



ITALIAN ACADEMY OF
OSSEOINTEGRATION



OsteoBiol[®]
by TecnoSS



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