

Rocanal[®]
Cemento Endocanalare

3 buoni motivi per scegliere Rocanal[®]

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

www.medirel.com

medirel

MOST TRUSTED BRAND



Italian Dental JOURNAL

Anno XXI Numero 2/2026



Leonardo Trombelli
Presidente Sidp

Congresso Sidp spinge verso un modello clinico più essenziale, con processi clinici semplificati

Messaggio etico dal congresso della Società italiana di parodontologia e implantologia: un richiamo esplicito alla necessità di riportare appropriatezza, proporzionalità e misura al centro delle decisioni cliniche, in un contesto professionale sempre più dominato da complessità tecnologica e a rischio di ipertrattamento.

«Dobbiamo privilegiare ciò che è realmente efficace, minimizzare l'invasività e contenere i carichi biologici – dice il professor **Leonardo Trombelli**, presidente Sidp –. In questo senso, la semplicità non è una riduzione delle ambizioni cliniche, ma una loro forma più evoluta: più appropriatezza, più precisione, meno ridondanza».

Alovex[®]

Quando le afte disturbano i tuoi pazienti, puoi consigliare **Alovex Protezione Attiva**

Per richiedere una campionatura gratuita inquadra il QR Code e compila l'apposito form




- ✓ Protegge la bocca
- ✓ Riduce il dolore
- ✓ Favorisce la cicatrizzazione

Sono dispositivi medici CE 0477.
Leggere attentamente le avvertenze o le istruzioni per l'uso.

RECORDATI

DentalAcademy.it



AUTORE Aldo Crespi
Lesione endo-perio in 4.1



AUTORE Bruno Marcelli
Frenulectomia linguale con laser a diodo in una paziente di 9 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

ISO 9001



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

3M™ Clinpro™ Clear Trattamento al fluoro

Fluoro, semplificato. Cambiamo la storia.

Trattamento al fluoro a base d'acqua, efficace, rapido
e gradevole per la protezione dello smalto dentale.



SCOPRI DI PIÙ

 solventum

3M Health Care è ora Solventum

@ Solventum 2025. Solventum, il logo Solventum, il logo S, Clinpro sono marchi registrati di Solventum o delle sue affiliate. 3M e il logo 3M sono marchi registrati 3M. Le linee di prodotti presenti sono dispositivi medici marcati CE. Materiale tecnico scientifico riservato al personale sanitario.

Congresso Sidp insegna a «fare di più con meno»

Fare di più con meno, fare di meno e meglio: al congresso della Società italiana di parodontologia e implantologia si scoprono percorsi e opportunità verso un'odontoiatria più sostenibile ed efficiente, per clinici e pazienti

Dal 19 al 21 marzo Rimini diventa il punto di riferimento per la comunità odontoiatrica italiana con il 24° Congresso Nazionale della Sidp, ospitato al Palazzo dei Congressi. Il filo conduttore dell'edizione 2026 è "Less is more", un richiamo esplicito alla necessità di riportare appropriatezza, proporzionalità e misura al centro delle decisioni cliniche, in un contesto professionale sempre più dominato da complessità tecnologica e a rischio di ipertrattamento. «Oggi l'odontoiatria dispone di strumenti potenti, ma proprio per questo è chiamata a usarli con maggiore discernimento – spiega il professor **Leonardo Trombelli**, presidente Sidp, direttore del Centro di ricerca sulle malattie parodontali e peri-implantari dell'Università di Ferrara e direttore dell'Unità operativa complessa di Odontoiatria provinciale dell'Ausl di Ferrara –. "Less is more" non è una semplificazione riduttiva, ma una strategia clinica: significa privilegiare ciò che è realmente efficace, minimizzare l'invasività, contenere i carichi biologici ed economici e migliorare la qualità delle cure garantendo la centralità del paziente».

Presidente, in che modo il congresso declina concretamente il tema "Less is more"?

Il congresso è costruito come un percorso critico sui modelli di cura contemporanei, mettendo a confronto strategie terapeutiche ad alta efficacia ma a basso impatto biologico, tecniche chirurgiche orientate alla minima invasività e percorsi clinici più sostenibili nel lungo periodo. L'obiettivo è mostrare come le migliori evidenze scientifiche supportino approcci più essenziali e come l'innovazione, quando ben integrata, possa semplificare i processi invece di appesantirli. In questo senso, la semplicità non è una riduzione delle ambizioni cliniche, ma una loro forma più evoluta: più appropriatezza, più precisione, meno ridondanza.

Al congresso si prova anzitutto a declinare la semplificazione nella diagnosi e nella terapia causale. Quali novità ci sono nella strumentazione delle tasche parodontali?

Nel solco del "less is more", la vera novità non è tanto "uno strumento nuovo", quanto la maturazione di un modello clinico più essenziale: diagnosi standardizzata e terapia

causale erogata per step, con obiettivi misurabili e rivalutazione precoce.

In questo modello, la strumentazione sottogengivale resta centrata su rimozione efficace del biofilm e controllo dell'infiammazione, evitando escalation tecnologiche non supportate da un vantaggio clinico consistente nei casi standard.

La letteratura di riferimento, compendiata nelle linee guida ministeriali sul trattamento della parodontite, descrive esplicitamente una terapia non chirurgica strutturata (motivazione/istruzione, controllo dei fattori di rischio, strumentazione sopra e sottogengivale) come prima scelta, riservando lo step chirurgico ai siti residui dopo rivalutazione.

Sul piano operativo, semplificare significa anche scegliere set strumentali razionali (manuali e/o meccanici) e lavorare su ergonomia, accesso e tempo clinico adeguato piuttosto che moltiplicare device e materiali ancora in fase di valutazione.

Il messaggio che passerà in congresso nella sessione dedicata alla semplificazione in diagnosi e terapia causale è proprio questo: appropriatezza, efficacia e sostenibilità come criteri di scelta clinica, non come rinuncia.



Leonardo Trombelli

Come declinare la semplificazione in chirurgia parodontale?

La semplificazione in chirurgia parodontale parte da un principio: indicazione più selettiva, dopo terapia causale ben condotta e rivalutazione, intervenendo solo sui siti con necessità residua documentata. Questo approccio "stepwise" è coerente con le linee guida, che collocano la chirurgia come step successivo e mirato, non come automatismo terapeutico.

Sul piano tecnico, "less is more" si traduce in accessi più conservativi, gestione più parsimoniosa dei lembi, attenzione alla preservazione dei tessuti e riduzione della morbidità, mantenendo però obiettivi biologici e clinici chiari e documentati da metriche precise.

Nel programma congressuale la semplificazione viene declinata nel dettaglio per procedure (resettiva, rigenerativa, terapia delle lesioni di forcazione, chirurgia plastica ricostruttiva), a sottolineare che l'essenzialità non è una tecnica, ma un criterio trasversale di pianificazione e di esecuzione.

Quali suggerimenti invece per le procedure implantari e per le malattie perimplantari?

Per l'implantologia, la semplificazione più importante è spostare il baricentro dalla soluzione (impianto) al processo: selezione del paziente, con-

trollo dei fattori di rischio pre, intra e post posizionamento dell'impianto, pianificazione protesicamente guidata e strategia per il mantenimento della salute dei tessuti perimplantari nel tempo. Non a caso il congresso dedica una sessione specifica alla semplificazione delle procedure in ambito implantare (inclusi ruolo del digital workflow e impianto immediato post-estrattivo), per ricondurre anche le procedure avanzate dentro un quadro di semplificazione nel rispetto dell'appropriatezza.

Le linee guida Efp sulla prevenzione e trattamento delle malattie perimplantari indicano che la prevenzione inizia prima del posizionamento (valutazione e riduzione dei rischi, stato parodontale stabile) e prosegue dopo il carico protesico con un programma di terapia di supporto personalizzato.

In chiave "less is more", questo porta a privilegiare workflow (anche digitale quando utile) che riducano errori e variabilità, senza trasformare la tecnologia in un fine, ma in un'arma fondamentale per aumentare prevedibilità e sostenibilità. L'impostazione raccomandata è graduata: monitoraggio dello stato dei tessuti perimplantari, controllo del biofilm, gestione dei fattori predisponenti e, quando indicato, terapie selezionate in base alla severità e tipologia delle lesioni, evitando approcci "one size fits all".

Andrea Peren



EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra

RICETTA BIANCA DEL DENTISTA: PRESCRIZIONE DI UN FARMACO È MOMENTO SOLENNE

Senza presunzioni statistiche, abbiamo condotto una ricerca tra le cartelle dei pazienti per scoprire quanti e quali farmaci abbiamo prescritto negli ultimi cinque anni. Non che la cosa possa stupire, ma le molecole prescritte tendono inevitabilmente a ripetersi, com'è del resto ragionevole.

Così percentualmente gli antibiotici più prescritti sono stati: amoxicillina + acido clavulanico (Augmentin), azitromicina (Zitromax), amoxicillina (Zimox e Velamox), claritromicina (Klacid), metronidazolo (Flagyl) in caso di predominanza di batteri anaerobi; gli analgesici antinfiammatori: nimesulide (Aulin), ketoprofene (Oki, Orudis retard), diclofenac (Sinflex 550 forte), in alcuni casi paracetamolo (Tachipirina 1000) e, naturalmente, l'efficace cortisone (Bentelan, Decadron, Prednisone), fino agli oppioidi nei casi più gravi. Tra i miorilassanti più impiegati troviamo tiocolchicoside (Flexiban) e meloxicam (Expose). Non mancano gli ansiolitici classici, come il collaudato diazepam (Valium) e altre benzodiazepine, da personalizzare a seconda dell'anamnesi del paziente.

Per non scrivere della moltitudine di collutori che hanno certamente in comune la molecola principe rappresentata dalla clorexidina in diverse percentuali, nonché una quantità di farmaci per le problematiche fungine e aftose.

Immaginiamo che alcuni colleghi potranno riconoscersi in alcune prescrizioni in quanto particolarmente note, ed altri avranno i loro farmaci preferiti, probabilmente diversi in base al proprio percorso professionale.

Nel ricordo dei tempi passati, i medici di base più che i dentisti, venivano visitati dagli informatori scientifici che proponevano una certa molecola, comunque efficace, ma se prescritta garantiva un certo tipo di ritorno da parte dell'azienda produttrice, ovvero certificato di stima e non solo. Ironia a parte, la prescrizione di un farmaco è un momento solenne che per consumata abitudine può essere in alcuni casi sottovalutato. Si tratta al contrario di un vero e proprio atto medico, con conseguenze da non sottovalutare. A parte i classici fenomeni allergici, vi possono essere importanti interazioni farmacologiche da chiarire con un'attenta anamnesi, che in qualche caso, per fretta e abitudine, può essere data per scontata.

La disciplina odontoiatrica è composta, come altre specialità, da una importante componente dedicata alla più fine delle manualità, ma include preziosa attività intellettuale come la pianificazione di piani terapeutici, accurate diagnosi e la prescrizione farmacologica, che necessita delle stesse valutazioni cliniche che si propone un medico internista. Con la routine quotidiana, questo tipo di considerazione rischia di diventare scontata, sottraendo l'importanza a un atto prescrittivo particolarmente delicato. Un ultimo suggerimento proviene direttamente dal farmacista, ovvero scrivere in modo chiaro e leggibile, intestare sempre la ricetta, indicare data e luogo di emissione, nome del farmaco e soprattutto la posologia: sia paziente che farmacista apprezzeranno.

Tomaso Conci candidato alla guida di Andi nazionale

La sua candidatura è sostenuta dal gruppo Orizzonti. Il programma si basa sulla centralità dell'azione sindacale e sul rilancio dei territori. «Vogliamo introdurre un modo diverso di governare Andi: più trasparente, più aperto, più condiviso»



Tomaso Conci

Orizzonti, un gruppo di odontoiatri che si propone per governare Andi «riportando con responsabilità al centro della missione il sindacato, le competenze e i territori, con gestione trasparente delle risorse e ampia condivisione di idee», ha indicato in **Tomaso Conci** il suo candidato presidente alle prossime elezioni di maggio, con **Federico Zanetti** candidato alla carica di vicepresidente vicario.

Attuale presidente di Andi Trento e segretario dell'Accademia italiana di odontoiatria estetica (Iaed), Conci nel 2021 ha ricevuto il riconoscimento di Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana per la sua dedizione al sociale e ai programmi di prevenzione odontoiatrica a favore delle categorie più fragili.

Dottor Conci, la vostra visione per Andi mette in primo piano l'azione sindacale. Quali aspetti della vita professionale vorreste assolutamente migliorare?

L'azione sindacale deve tornare a essere il cuore pulsante di Andi. Oggi gli odontoiatri affrontano criticità sistemiche: carichi burocratici asfissianti, un mercato frammentato e

pazienti spesso disorientati da logiche più commerciali che sanitarie.

Noi vogliamo restituire dignità e forza ai professionisti. La nostra sfida è riprogettare un sindacato capace di affrontare le sfide contemporanee con competenza e innovazione.

Le nostre priorità includono:

- > semplificazione radicale degli adempimenti burocratici;
- > rappresentanza autorevole presso i tavoli istituzionali;
- > equità fiscale e operativa, azzerando le disparità di accesso agli incentivi tra professionisti e società di capitali;
- > supporto strategico su sostenibilità economica, nuove tecnologie e gestione dello studio. L'obiettivo è far sì che ogni odontoiatra possa sentirsi parte di una comunità professionale coesa e tutelata.

Vogliamo introdurre un modo diverso di governare Andi: più trasparente, più aperto, più condiviso.

Negli ultimi anni si è percepita una certa distanza tra vertice e base, con decisioni talvolta percepite come calate dall'alto. Noi vogliamo ribaltare questo paradigma, promuovendo una cultura della partecipazione attiva, del confronto costruttivo e della responsabilità diffusa.

Sul piano operativo, intendiamo rivedere la gestione delle risorse economiche in chiave di massima trasparenza e rendicontazione; rafforzare i rapporti istituzionali in modo unitario e autorevole; riportare la missione sindacale al centro, evitando derive politiche o personalistiche.

La nostra idea è che Andi torni a essere "casa comune" di tutti i dentisti, non solo di una parte.

Il vostro programma prevede anche di rivitalizzare l'azione dei territori. Nei vostri progetti avranno effettivamente più risorse, più spazi operativi, più voce in capitolo?

Absolutamente sì. Riteniamo che la vera forza di Andi siano i territori, dove si costruiscono relazioni, si ascoltano i bisogni reali dei colleghi e si attivano iniziative concrete.

Intendiamo garantire una governance più partecipata, con maggiore autonomia decisionale e risorse dedicate alle sezioni provinciali e regionali. Vogliamo che i territori tornino a essere laboratori di idee, capaci di dialogare in modo diretto con l'esecutivo nazionale. Ciò significa più ascolto, più sostegno economico per i progetti locali e più momenti di confronto reale sui grandi temi che riguardano la professione.

L'azione politica dovrà essere concertata e condivisa con i dipartimenti per poi essere declinata efficacemente nei territori.

Rispetto agli ultimi anni di governance di Andi, su quali aspetti il vostro programma è davvero alternativo? Cosa vorreste cambiare profondamente?

Se eletti, con quale spirito intendete relazionarvi con gli altri attori dell'odontoiatria italiana e in particolare con la Cao nazionale?

Con spirito di collaborazione, nel rispetto dei ruoli. L'odontoiatria italiana necessita oggi più che mai di unità, dialogo e visione condivisa.

Nei confronti della Cao nazionale intendiamo stabilire un rapporto costruttivo, basato sulla chiarezza delle competenze e sull'impegno comune per la tutela della professione e della salute orale.

Allo stesso modo vogliamo mantenere relazioni solide e propositive con università, società scientifiche, altre associazioni e sindacati di categoria e, ovviamente, con le istituzioni.

Siamo convinti che solo un fronte che condivide valori e obiettivi possa affrontare con efficacia le grandi sfide del futuro: dalla digitalizzazione alla sostenibilità, dalla prevenzione alla valorizzazione dei giovani colleghi in un'ottica di un passaggio generazionale che tuteli sia chi subentra, sia chi lascia una professione che tanto ha amato e a cui tanto ha dato.

Andrea Peren



**PIÙ FACILE
DI COSÌ?
PAGODIL**

**ZERO COSTI PER I TUOI CLIENTI,
ZERO PENSIERI PER TE.**

PagoDIL by Cofidis è la soluzione di credito che permette ai tuoi clienti di pagare a rate senza interessi, e a te di incassare subito l'intero importo senza rischi.
Facile, veloce, PagoDIL.



Il clinic manager odontoiatrico in una professione che cambia. Presentati i testi di riferimento

La gestione dello studio odontoiatrico non è più solo questione di organizzazione: è diventata un elemento centrale per la qualità dell'assistenza, l'efficienza clinica e la sostenibilità delle attività professionali. È partendo da questa consapevolezza che da più parti si prova a valorizzare il ruolo del clinic manager odontoiatrico, una figura di raccordo tra organizzazione, comunicazione e qualità clinica per valorizzare il lavoro del team odontoiatrico e rendere possibili risultati sostenibili e di alta qualità. Apripista sulla formazione di questa nuova figura è **Paride Zappavigna**, odontoiatra e direttore della Dental Team Academy, ente formativo accreditato in Regione Lombardia specializzato nella formazione del team odontoiatrico e nello sviluppo di figure professionali come appunto il clinic manager odontoiatrico. «Il clinic manager è la persona a cui delegare gran parte della gestione dello studio dentistico: è colui che risolve i problemi, che si occupa delle scadenze burocratiche, che si



rappresenta con commercialisti e consulenti del lavoro, che organizza l'agenda, il tempo, i flussi – spiega Paride Zappavigna –. Può essere una figura extraclinica formata ad hoc, ma può anche essere l'Aso di riferimento dello studio, che magari già in parte svolge questi compiti e che ha solo bisogno di ricevere una formazione specifica per farlo a un livello superiore,

più efficace».

A fine gennaio Zappavigna ha presentato, presso l'Istituto Stomatologico Italiano di Milano, i volumi Clinic Manager Odontoiatrico – Tomi I (Customer care e comunicazione) e II (Organizzazione e ottimizzazione di struttura), che saranno i testi di riferimento in questo ambito per gli anni a venire. I due volumi

sono stati curati da Paride Zappavigna, che ha coordinato un ampio gruppo di autori. L'evento ha posto al centro la riflessione sulla necessità crescente di competenze non cliniche nella professione odontoiatrica, una dinamica comune a molte altre specialità mediche dove il clinic manager è già una realtà. «La sfida del futuro è guardare al costo della non qualità, che è molto più alto del costo della qualità e questi nuovi libri vanno proprio in questa direzione» ha commentato **Luigi Paglia**, direttore scientifico de *Il Dentista Moderno* e autore della prefazione dei due volumi. Nel suo saluto istituzionale Alberto Clivio, presidente dell'Istituto Stomatologico Italiano, ha evidenziato come la formazione manageriale sia ormai imprescindibile per sostenere l'innovazione e garantire l'eccellenza organizzativa nelle strutture sanitarie, sottolineando che l'apertura a strumenti strategici e operativi è un investimento fondamentale per lo sviluppo della professione.

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria
Anno XXI - numero 2 - marzo 2026
Numero chiuso in redazione il 27 febbraio



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: Simone Aspriello, 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.



PIANO FORMATIVO 2026

Un percorso di crescita professionale Step by Step.

Con Dental Tech non scegli semplicemente un corso... scegli dove vuoi arrivare.



**SIAMO AL TUO FIANCO OGGI,
PER COSTRUIRE IL PROFESSIONISTA DI DOMANI.**

2026
DENTAL TECH EDUCATIONAL

INQUADRA IL QR CODE E TROVA IL CORSO ADATTO A TE




dentaltechitalia.com | info@dental-tech.it | ph +39 02 96720218
 



Dentisti fuori dall'iperammortamento. L'analisi di Aio: «penalizza l'accesso alle tecnologie avanzate»

È da poco terminato l'iter di approvazione della Legge di Bilancio 2026, con la pubblicazione dei relativi decreti attuativi. Tra le misure più rilevanti per gli odontoiatri figura la riduzione dell'aliquota Irpef del secondo scaglione dal 35% al 33%. «L'intervento, pensato per sostenere il ceto medio, produce tuttavia un beneficio limitato: per un professionista con un utile di 50.000 euro il risparmio massimo è di circa 440 euro annui.

Ben più rilevante e deludente è invece l'esclusione dei professionisti dall'iperammortamento, misura destinata a sostituire Industria 4.0 e 5.0. Lo strumento consente di dedurre investimenti fino a 2,5 milioni di euro con una maggiorazione del 180%, in 3 o 6 anni, per l'acquisto di beni tecnologici indicati negli allegati 3-bis e 3-ter, effettuati nel periodo compreso tra il primo gennaio 2026 e il 30 settembre 2028.

La manovra 2026 limita l'accesso all'iperammortamento alle sole imprese, escludendo i professionisti e portando di fatto alla luce una serie di mancate applicazioni di normative vigenti. La scelta di riservare la misura esclusivamente alle imprese contrasta infatti nettamente con il Codice degli incentivi (decreto legislativo 184/2025), che ha introdotto il principio di equiparazione tra lavoratori autonomi e imprese nell'accesso ai benefici fiscali e finanziari.

Nel testo del decreto è inoltre prevista una definizione di "impresa" che include qualsiasi soggetto, compreso il lavoratore autonomo, che eserciti un'attività economica, a prescindere dalla forma giuridica. Il legislatore, nel ridisegnare il sistema degli incentivi, ha quindi riconosciuto implicitamente che la forma giuridica (società versus libero professionista) non rappresenta di per sé un criterio valido per escludere soggetti dalla partecipazione ai regimi di sostegno pubblico, quando l'attività economica svolta è comparabile, allineandosi così alle raccomandazioni della Commissione Europea. Il diritto europeo, attraverso la Raccomandazione CE n. 2003/361/CE, ridefinisce chiaramente all'articolo 1 il concetto di impresa: «Si considera impresa ogni entità, a prescindere dalla forma giuridica rivestita, che eserciti un'attività economica. In particolare, sono considerate tali le entità che esercitano un'attività artigianale o altre attività a titolo indi-

viduale o familiare, le società di persone o le associazioni che esercitano un'attività economica». Questa definizione, utilizzata ai fini dell'accesso ai fondi e agli incentivi dell'Unione Europea, sostiene un'interpretazione ampia del concetto di impresa, nella quale i liberi professionisti rientrano pienamente qualora svolgano un'attività economica.

Infine, non da ultimo, la Costituzione italiana prevede all'articolo 3 il principio di uguaglianza. Un'esclusione normativa – come quella dall'iperammortamento – che tratta in modo diverso soggetti che, sotto il profilo economico e contributivo, svolgono attività analoghe può configurare una violazione di tale principio costituzionale.

L'assenza di correttivi nei decreti attuativi ha quindi confermato l'esclusione dei professionisti che operano in forma individuale, nonostante le pressioni esercitate da Aio e dalla categoria. Pur sostenendo da sempre l'organizzazione degli studi in forma societaria, Aio riconosce che in molte realtà la ditta individuale resta la soluzione più adeguata. L'attuale impianto normativo genera pertanto una concorrenza sleale tra società e partite Iva che operano nello stesso settore, incentivando gli investimenti di alcuni e penalizzando quelli di altri. L'esclusione dei professionisti da alcune misure incentivanti può tradursi in un ostacolo economico che limita la capacità di crescita e di sviluppo professionale, impedendo una piena partecipazione allo sviluppo economico del Paese.



Graziano Langone
Segretario sindacale nazionale Aio



Laura Anna Melone
Segretario sindacale Aio Torino-Cuneo

Andi celebra 80 anni a Roma con il 64esimo Congresso scientifico

Il 64esimo Congresso scientifico nazionale Andi si terrà il 22 e 23 maggio presso l'Auditorium Parco della Musica Ennio Morricone di Roma (congressoscientifico.andi.it). L'evento di quest'anno mette al centro il concetto di "Connessione", interpretato come la capacità del sistema Andi di interagire in modo dinamico con le società scientifiche, le istituzioni e i sistemi decisionali. In un contesto professionale sempre più complesso, l'obiettivo è trasformare le interazioni tra diverse discipline in vantaggi concreti per l'odontoiatria e, di riflesso, per la salute dei cittadini.

Il valore del congresso 2026 risiede nella partecipazione corale di oltre venti società scientifiche. Questa sinergia permetterà ai partecipanti di accedere a percorsi formativi multidisciplinari di alto livello, essenziali per affrontare le sfide cliniche moderne con competenze trasversali e aggiornate. Il cammino verso Roma è peraltro già iniziato con un ciclo di webinar pregressuali di grande successo che, fino all'apertura dei lavori, offrono un'anteprima delle tematiche e dei relatori di fama internazionale che animeranno le sessioni romane.

L'evento abbraccia l'intero ecosistema dello studio professionale. Grande attenzione è rivolta al personale di studio, con sessioni formative gratuite dedicate agli assistenti di studio odontoiatrico, valide per l'aggiornamento annuale obbligatorio. Parallelamente, una vasta area espositiva sarà dedicata alle aziende partner e agli sponsor, prota-



gonisti del settore che presenteranno le ultime frontiere tecnologiche, i nuovi materiali e le soluzioni digitali d'avanguardia.

L'appuntamento romano si inserisce nelle celebrazioni per l'ottantesimo anniversario della fondazione di Andi e ospiterà anche le elezioni per il rinnovo del direttivo nazionale.

Fnomceo: via libera a medici e dentisti per altre attività imprenditoriali



Un parere epocale, quello reso dalla Fnomceo all'Omceo di Torino, a seguito di un quesito posto da **Laura Anna Melone**. Il medico e il dentista liberi professionisti possono essere contemporaneamente amministratori di società che operano in ambiti diversi rispetto a quello della salute. A patto che non antepongano ai loro interessi primari – cura dei pazienti, formazione e ricerca – interessi secondari, economici o d'altro tipo.

Il quesito di Melone, segretaria sindacale Aio Torino, alla Commissione albo di Omceo Torino riguardava la richiesta di un socio odontoiatra intenzionato ad aprire una srl immobiliare per gestire parte di patrimonio per affitti a reddito: attività incompatibile o no con quella di dentista? «Fin qui alcune Cao rispondevano di no, un iscritto all'albo non poteva guidare una srl e ciò poteva causare penalizzazione per i professionisti sanitari – spiega Melone –. Stavolta la Commissione albo risponde diversamente, ciò che conta non è la forma societaria o il ruolo ricoperto, ma evitare la compromissione dei valori cardine della professione».

Per prima cosa è arrivato il parere della Cao presieduta dalla dottoressa **Marta Mello**: si può essere dentisti e insieme amministratori di società. «Esatto. In primo luogo – spiega Melone – manca nel nostro ordinamento una norma specifica che impedisca all'iscritto di costituire una società con un oggetto diverso da quello sanitario. Ciò premesso, i paletti per il camice sono tre: non deve compromettere l'autonomia, la dignità e l'indipendenza professionale; non si devono generare conflitti di interesse con l'attività sanitaria; non vanno violati i principi del codice deontologico o della legge professionale. Questo orientamento è destinato a incidere su molte società già esistenti e su molte scelte future dei medici e odontoiatri, restituendo certezza giuridica e serenità decisionale».

Consapevole che nei singoli ordini vi possono essere risposte divergenti, l'Ordine torinese dopo la risposta Cao ha chiesto anche alla Federazione, per avere un indirizzo univoco. E l'indirizzo conferma la posizione dell'Ordine di Torino. «Nulla osta che il medico e/o odontoiatra libero professionista ricopra un ruolo imprenditoriale in ambiti che esulano da quello sanitario, se adempie agli interessi istituzionali primari legati al paziente, nel rispetto dei principi deontologici di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità» scrive la Fnomceo.

Diverso il discorso per medici e odontoiatri dipendenti del Servizio sanitario nazionale: qui vige l'esclusività del rapporto di lavoro intercorrente con l'azienda sanitaria e in ogni caso «occorre verificare nello specifico quanto stabilisce il regolamento dell'azienda sanitaria alle cui dipendenze il sanitario presta la propria attività lavorativa, ovvero in materia di incarichi extraistituzionali quali cariche societarie attengono al novero delle attività oggetto di divieto assoluto e quali necessiterebbero di apposita autorizzazione da parte dell'azienda stessa».

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:

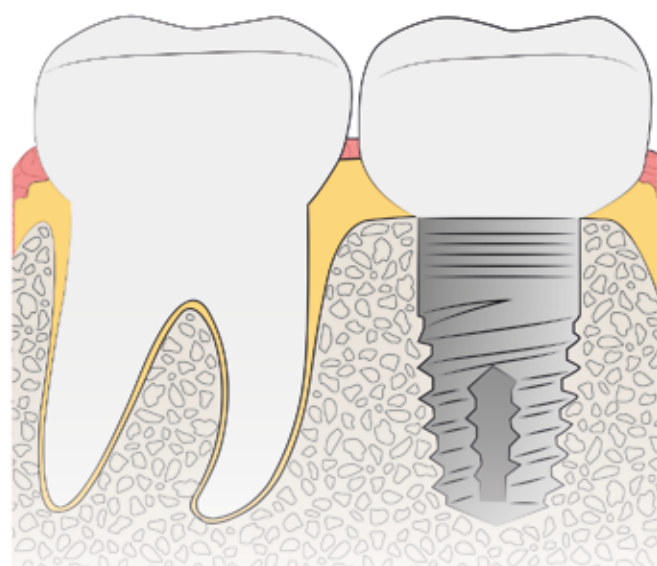
- > Nessun riempimento continuo e faticoso delle bottiglie.
- > Decontaminazione automatica e permanente, senza necessità di intervento da parte dell'operatore.
- > Protezione efficace contro Legionella, Pseudomonas ed Escherichia coli.
- > Previene la formazione di incrostazioni di calcare.

PREVENZIONE E CURA PER UNA VITA PIÙ SANA

Salute orale

APPROVED BY
CLEAN®
IMPLANT

L'importanza della salute orale viene spesso sottovalutata, sebbene influisca significativamente sulla salute generale. In particolare, parodontopatie e patologie perimplantari non agiscono solo a livello locale, ma possono avere effetti di più ampia portata sull'intero organismo. È qui che entra in gioco l'innovativa terapia HELBO, che offre una soluzione efficace per combattere queste malattie, senza effetti collaterali!!



Parodontite e patologie perimplantari

La parodontite è una malattia infettiva batterica che colpisce il parodonto. Se non trattata, può causare la perdita dei denti. Le patologie perimplantari, come ad es. la perimplantite, interessano il tessuto intorno agli impianti dentali e possono avere gravi conseguenze, che causano la perdita dell'impianto. Le forme gravi di queste malattie stanno assumendo proporzioni pandemiche, poiché la loro prevalenza è stata stimata fino al 20% in tutto il mondo*.

La correlazione tra salute orale e quella generale

Studi scientifici hanno dimostrato che una salute orale deficitaria aumenta il rischio di diverse malattie sistemiche, come le malattie cardiovascolari, il diabete e le malattie delle vie respiratorie**. I batteri provenienti dal cavo orale possono entrare nel flusso sanguigno e favorire l'insorgenza di infezioni nell'organismo. Ciò può causare infarti, ictus e altri gravi problemi di salute.

Una buona igiene orale e il trattamento della parodontite e delle patologie perimplantari sono quindi fondamentali per il mantenimento della salute generale dell'organismo!

Terapia HELBO: Una soluzione innovativa

La terapia HELBO offre un metodo efficace e delicato per il trattamento della parodontite e delle

patologie perimplantari. Si basa sulla terapia fotodinamica antimicrobica (aPDT), che, come è stato dimostrato, permette di distruggere in modo mirato i batteri patogeni, ripristinando così l'equilibrio fisiologico nel cavo orale. Questo protocollo prevede l'utilizzo di una sostanza colorante (blu) fotosensibile che colora i batteri. Grazie a un'adeguata esposizione del colorante alla luce laser, si forma ossigeno singoletto altamente reattivo che distrugge i batteri in modo irreversibile.

Alcuni vantaggi della terapia HELBO:

- ✓ **Efficacia:** efficace contro un ampio spettro di microrganismi
- ✓ **Delicato e sicuro:** mininvasivo senza danni ai tessuti o resistenza batterica
- ✓ **Bioattivo:** favorisce la guarigione della ferita e lenisce il dolore grazie all'azione della luce rossa del laser a bassa potenza
- ✓ **Evidenze scientifiche:** quasi 200 studi ne dimostrano l'efficacia e la sicurezza

Conclusioni

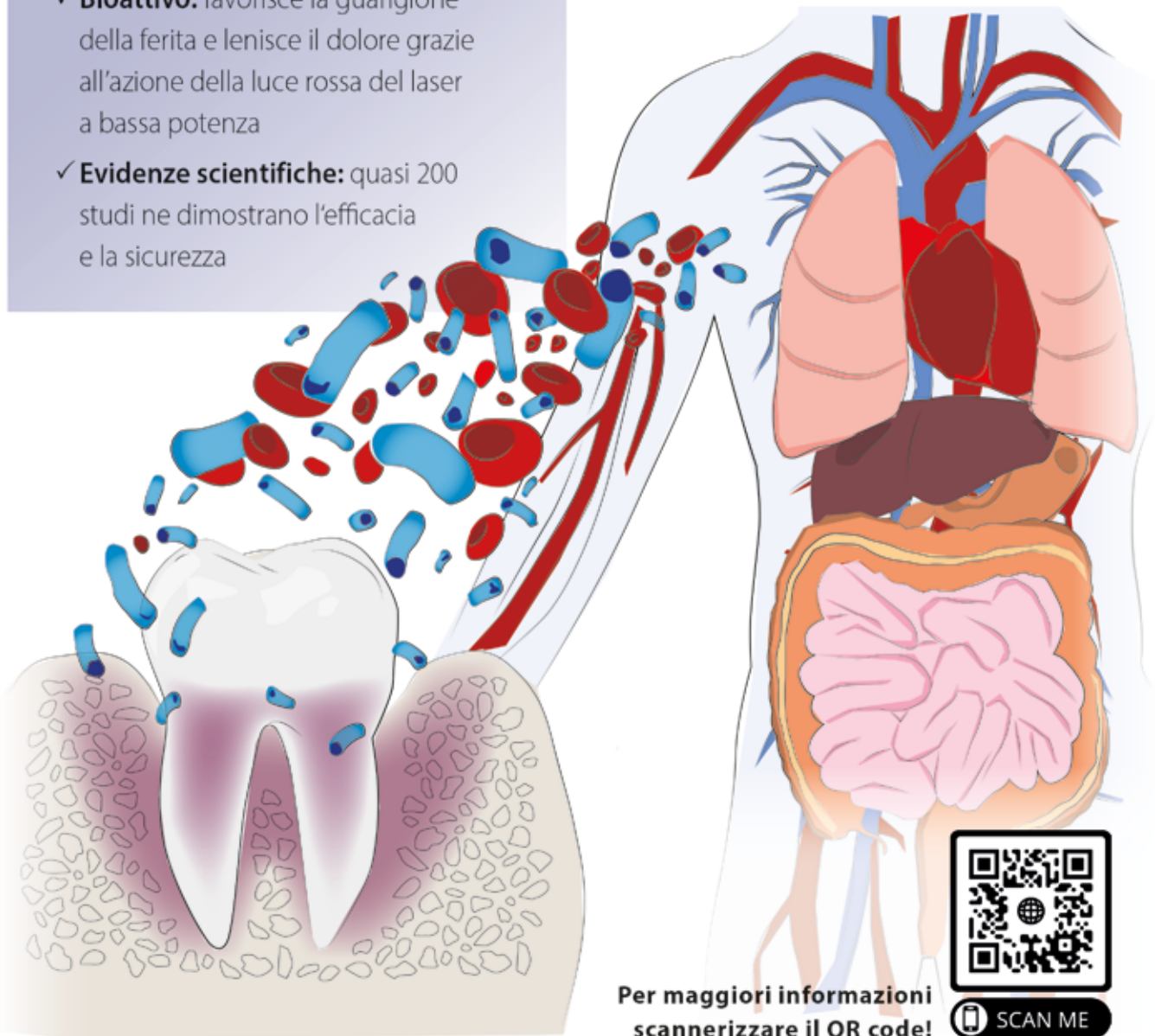
La terapia HELBO rappresenta un metodo innovativo per il trattamento della parodontite e delle patologie perimplantari. Grazie alla distruzione mirata dei batteri patogeni e a una rapida guarigione delle ferite, contribuisce in modo significativo al miglioramento della salute orale.

Poiché la salute orale è strettamente correlata a quella generale dell'organismo, la terapia HELBO può anche contribuire a ridurre il rischio di malattie sistemiche.

Prendetevi cura efficacemente della salute orale dei Vostri pazienti e approfittate dei numerosi vantaggi della terapia HELBO.

* Rapporto globale sullo stato di salute orale. OMS, Ginevra 2022; ISBN 978-92-4-006148-4. & Lee C. T. et al. J Dent, 2017;62:1-12.

** Kurtzman G. M. et al. Medicine (Baltimore), 2022;101(46): e30517

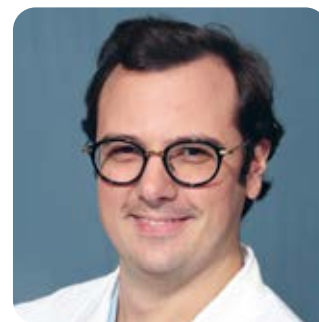


50 years of bredent

bredent
medicalbredent
group

Fratture di condilo mandibolare: gestione chirurgica e riabilitativa

Il libro “Le fratture di condilo mandibolare” tratta l’argomento in tutti i suoi aspetti, con le migliori evidenze scientifiche: anatomia, classificazione, diagnosi, trattamenti chirurgici e conservativi, riabilitazione ortodontica e fisioterapia



Vittorio Favero



Stefano Lorini

Le fratture del condilo mandibolare rappresentano una delle lesioni più comuni nell’ambito della traumatologia maxillo-facciale. Queste fratture possono verificarsi a seguito di traumi facciali, influenzando la funzionalità della mandibola e causando dolore e disagio significativo per i pazienti. La gestione efficace di tali fratture è quindi di fondamentale importanza per ripristinare la normale funzionalità mandibolare e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

«Il ruolo dell’odontoiatra è quello di individuare un possibile quadro di frattura condilare per porre diagnosi precoce e inviare tempestivamente il paziente all’attenzione di un reparto di ospedaliero di chirurgia maxillo-facciale» spiega **Vittorio Favero**, professore di Chirurgia Maxillo-Facciale presso il dipartimento di Neuroscienze dell’Università degli Studi di Padova, autore del libro “Le fratture di condilo mandibolare”, edito da Griffin-Acta Medica.

Ma l’odontoiatra entra in gioco anche sul fronte terapeutico, oltre che diagnostico: «Un ruolo importante può averlo anche l’ortodontista, nei casi in cui è indicato il trattamento ortodontico-funzionale come approccio conservativo o a seguito della chirurgia per stabilizzare l’articolazione temporo-mandibolare, ripristinare la funzionalità e la mobilità mandibolare e ripristinare l’occlusione dentale pre-trauma» puntualizza **Stefano Lorini**, specialista in Ortognatodonzia presso l’Università degli Studi di Padova, anche lui autore del libro, che svolge attività scientifica e clinica in collaborazione con la chirurgia maxillo-facciale sullo studio dei meccanismi di adattamento mandibolare, con particolari interesse per i disordini temporo-mandibolari post traumatici e per la riabilitazione funzionale delle fratture condilari.

Non esistono linee guida

La gestione delle fratture del condilo mandibolare richiede un approccio terapeutico ap-

propriato e tempestivo. Tuttavia, nonostante i progressi nella diagnosi e nelle tecniche chirurgiche, esiste ancora una certa incertezza riguardo alle scelte terapeutiche ottimali per ciascun paziente. «La carenza di linee guida specifiche e di un consenso su un protocollo standardizzato può portare a una variabilità nella pratica clinica e a risultati eterogenei – scrivono i due autori del libro –. Attualmente, le decisioni sulla gestione delle fratture del condilo mandibolare si basano principalmente sull’esperienza clinica e sul giudizio del chirurgo. La mancanza di evidenze scientifiche solide e di linee guida standardizzate può rendere difficile la scelta del percorso terapeutico più appropriato per ciascun paziente. È necessario un approccio basato sull’evidenza per sviluppare un protocollo di gestione delle fratture del condilo mandibolare che sia condiviso e costituisca lo stato attuale della pratica clinica». Standard che la nuova pubblicazione prova a definire, raccogliendo le migliori informazioni disponibili in letteratura e integrandole con l’esperienza maturata nella pratica clinica.

Come fare diagnosi

Nelle fratture condilari la diagnosi precoce è di cruciale importanza per l’impostazione di un piano terapeutico adeguato.

I sintomi delle fratture condilari sono la rigidità articolare dell’Atm, una riduzione della funzionalità masticatoria e fonatoria e movimenti asimmetrici della muscolatura masticatoria e oro-facciale. Vi sono poi tutta una serie di segni e sintomi, più o meno sfumati, di sovraccarico muscolare e articolare nelle fratture di condilo, ben descritti nel libro da un contributo del professor **Daniele Manfredini**, docente all’Università di Siena ed Editor-in-Chief della rivista internazionale *Cranio*.

La diagnosi iniziale punta a discriminare tra le fratture mono e bicondilarie, anzitutto con l’ispezione extraorale. Un’accurata ispezione intraorale permette poi spesso di confer-

FRATTURE DI CONDILO: L’EPIDEMIOLOGIA

La frattura del condilo mandibolare rappresenta una delle fratture maxillo-facciali più comuni e la sua incidenza aumenta ulteriormente nel caso in cui il traumatismo mandibolare avvenga in un paziente edentulo.

La maggior parte degli individui che subiscono fratture condilari sono individui maschi e giovani, con un’età media compresa tra i 20 e i 40 anni.

Negli ultimi anni si è registrato un aumento significativo del numero di casi di fratture mandibolari, con un picco di fratture condilari anche nelle donne, le quali sono coinvolte con un’età media di 37 anni.

In età pediatrica le fratture mandibolari coinvolgono fino al 52% l’area condilare.

Il trattamento ospedaliero ha una durata media di 12,5 giorni: questo intervallo di tempo include il periodo tra il trauma e il ricovero e tra il ricovero e l’intervento chirurgico.

mare il sospetto diagnostico di frattura del condilo. In ogni caso, come spiega Vittorio Favero, per porre una diagnosi di certezza, per individuare con esattezza la sede della frattura e la direzione delle rime di frattura e per valutare infine l’eventuale grado di dislocazione dei monconi fratturati, è sempre necessario sottoporre il paziente a indagini radiografiche. «Attualmente, un’ortopantomografia in combinazione con la tomografia computerizzata – proiezioni coronale e assiale obbligatorie, preferibilmente integrate con una in sagittale – sono considerate il gold standard nella diagnostica delle fratture del processo condilare».

La chirurgia

Nel libro “Le fratture di condilo mandibolare” gli autori presentano le vie d’accesso chirurgiche codificate, le tecniche chirurgiche, i dispositivi di osteosintesi, le strategie farmacologiche di supporto e anche le possibili complicanze. Prima ancora, mostrano in modo chiaro l’anatomia dell’articolazione temporo-mandibolare, la cui intima conoscenza è un prerequisito per qualsiasi approccio chirurgico all’area. «L’osservazione stratigrafica dei piani fasciali e dei rapporti neurovascolari costituisce la base per ogni approccio chirurgico

sicuro al condilo mandibolare – spiegano gli autori –. La conoscenza anatomica delle strutture funzionali dell’Atm e dell’interazione tra capsula, disco, condilo e muscoli masticatori è indispensabile non solo ai fini chirurgici, ma anche per la corretta interpretazione delle varianti anatomiche e delle alterazioni traumatiche dell’articolazione. Nel libro lo abbiamo ben illustrato grazie alla penna del bravissimo disegnatore anatomico Massimiliano Crespi della scuola del Rizzoli di Bologna, e grazie a un dettagliato video in cui mostriamo l’anatomia chirurgica dell’Atm attraverso una dissezione preauricolare».

La terapia ortodontica

Se il trattamento è prevalentemente chirurgico, anche il trattamento ortodontico trova indicazione in pazienti selezionati, in alternativa o successivamente alla chirurgia. Ad esempio il trattamento ortodontico-funzionale delle fratture del processo condilare dislocate nei bambini ha un esito soddisfacente sulla funzionalità mandibolare a lungo termine, nonostante l’elevata frequenza di alterazioni rilevate radiologicamente.

Con il termine di “trattamento ortodontico-funzionale” in caso di frattura di condilo mandibolare, si intende una condizione riabilitativa condilare e occlusale che utilizza come mezzo un dispositivo ortodontico fisso bi-arcato, con o senza impiego di ancoraggio scheletrico. Tale trattamento non prevede quindi correzione e/o allineamento della dentatura come nella sua comune accezione. Spesso si ricorre dunque anche al termine di trattamento “chiuso” o “funzionale”.

«Nell’ambito della traumatologia condilare, gli obiettivi del trattamento ortodontico-funzionale possono essere la stabilizzazione dell’articolazione temporo-mandibolare, il ripristino dell’occlusione dentale pre-trauma, il ripristino della funzionalità e mobilità mandibolare, l’auspicabile riduzione delle complicanze a lungo termine» spiega Stefano Lorini,

che sottolinea anche come l’ortodontista potrebbe essere un punto di riferimento nella gestione di alcuni tipi di fratture mandibolari e non solo condilari.

Qualche indicazione pratica: «Generalmente non è consigliabile iniziare il trattamento ortodontico prima di 14 giorni dal trauma o dall’intervento chirurgico – scrive Lorini nel libro –. Prima di questo periodo, infatti, il dolore, le lesioni cutanee o intraorali, nonché l’edema e l’emartro, che tendenzialmente affliggono questi pazienti, rendono impossibile un bandaggio ortodontico, che richiede mediamente dai 90 ai 120 minuti».

Il ruolo della fisioterapia

Ampio spazio nel libro viene dato al ruolo della fisioterapia, che contribuisce in maniera importante al recupero della funzionalità mandibolare dopo un trauma con frattura del condilo. La fisioterapia post-trauma/post-intervento mira infatti a ripristinare la normale funzione di tutti i movimenti mandibolari e a migliorare il trofismo dei tessuti per contrastare il dolore da fibrosi. Con una serie di video esplicativi Favero e Lorini presentano il corretto schema di esercizi per riabilitare la funzionalità articolare sulla base di quello elaborato da Mariano Rocabado.

Andrea Peren



**Bookshop
Griffin Editore**

Filo interdentale sottoutilizzato: nuove strategie per il counseling

Per convincere i pazienti a utilizzare il filo interdentale si può ricorrere ai test sulle abilità manuali e ai video tutorial su YouTube. Ma a fare la differenza è la convinzione di dentista e igienista dentale: chi lo usa regolarmente, lo consiglia ai propri pazienti



Non è un invito ma un vero e proprio ultimatum quello che l'associazione dei dentisti olandesi ha lanciato lo scorso agosto da un quotidiano: «Basta con i pazienti che non usano il filo. D'ora in poi deve essere chiaro a tutti che è obbligatorio. I pazienti non sanno di che cosa siamo capaci».

Che il filo interdentale non sia l'oggetto del desiderio per molte persone non è una novità: la destrezza manuale richiesta non è trascurabile e così il tempo necessario per usarlo. Problemi che affliggono anche i professionisti, come dimostra una ricerca su 255 dentisti indiani dalla quale emergono dati ingloriosi: il 15,3% non lo usava affatto, il 46,3% in modo occasionale e solo il 22% lo usava tutti in giorni. Prassi che tendono poi a trasferirsi ai pazienti, stando alle conclusioni di una ricerca su 291 dentisti giapponesi: chi lo usa regolarmente senza incontrare difficoltà lo consiglia ai propri pazienti molto più spesso di chi lo trova scomodo e, analogamente, chi lo ritiene molto utile nel prevenire la carie ne raccomanda l'uso tre volte di più. Non sorprendono quindi statistiche sull'uso del filo, come quelle australiane, dove gli strumenti per l'igiene interdentale vengono usati almeno una volta al giorno solo dal 55% del campione studiato, con una prevalenza sensibilmente maggiore tra le donne e le persone di livello socioeconomico più elevato.

L'importanza dell'educazione continua manuale

Se, quindi, il filo deve essere usato regolarmente, è necessario che dentisti e igienisti si dedichino di più a insegnarne l'uso, iniziando magari con una valutazione preliminare delle abilità manuali del paziente con un test come il Purdue Pegboard, basato su materiali semplici acquisibili anche online, oppure

l'Oral Hygiene Performance Test per i soggetti più anziani. A ogni controllo è consigliabile, inoltre, verificare che il paziente stia imparando a padroneggiarlo, monitorando i suoi progressi e rinforzandone la motivazione.

I metodi didattici, oltre che sulla dimostrazione diretta, possono includere sistemi che permettono di risparmiare tempo portando egualmente a un buon apprendimento, come i video tutorial disponibili su YouTube realizzati da alcune aziende di prodotti per igiene orale. Secondo un'indagine svolta in Germania su 94 soggetti, un video ben fatto può tranquillamente sostituire l'abituale dimostrazione operativa, anche se su questi risultati e conclusioni ha sicuramente influito l'età media del campione (24 anni) e il fatto che si trattasse di studenti universitari (per quanto di area non sanitaria).

Tecnologie a confronto

Sogno di tanti pazienti (e anche di qualche dentista), l'apparecchietto facile da usare che spazza via la placca con un getto fluido o quelli che replicano il movimento manuale del filo non offrono vantaggi supplementari se non la comodità. E, forse, non ci arriveranno mai se si considerano la delicatezza dell'epitelio papillare e l'energia che un getto fluido dovrebbe avere per rimuovere placca e resi-

dui alimentari (quella erogata dagli idropulsori, in base alle informazioni disponibili, può variare da 1,3 a 8 bar, limite ben superiore a quello necessario per una turbina, che non supera i 3).

I passafili automatici di nuova generazione, invece, si basano sulla tecnologia sonica che fa oscillare il filo decine di migliaia di volte al minuto creando un'onda in modo analogo agli ablatori del tartaro. Il giudizio di non superiorità, almeno per il momento, arriva da due metanalisi della letteratura che hanno riassunto i dati sperimentali disponibili: la prima ha preso in esame la popolazione dei pazienti ortodontici confrontando gli idropulsori col filo e non riscontrando benefici aggiuntivi in termini di indice di placca né di indice di sanguinamento. La seconda ha invece considerato tutti gli studi comparativi disponibili, giungendo a conclusioni sostanzialmente uguali. Più in dettaglio, la coppia idropulsore più spazzolino non riduce la placca interprossimale più del solo spazzolino ma riduce il sanguinamento interprossimale; invece, l'idropulsore insieme al filo ottiene risultati simili per entrambi i parametri parodontali. Prevedibile la preferenza accordata dai pazienti all'idropulsore, tranne che in una ricerca in cui si sono registrati traumi dei tessuti molli (unico effetto avverso osservato).

Il filo non solo per igiene

La ricerca negli ultimi anni sta esplorando nuove possibili applicazioni del filo interdentale, tra cui le più promettenti sono quelle diagnostiche e preventive. In particolare, si segnala un filo "smart" elaborato negli Usa per rilevare lo stress attraverso la misura delle concentrazioni salivari di cortisolo grazie a speciali polimeri integrati nella sua struttura. Inserendolo in bocca la saliva risale per capillarità nel filo, terminando sugli elettrodi contenuti nel manico e fornendo i dati della misura in circa dieci minuti. La precisione si è dimostrata paragonabile alla metodica Elisa usata su campioni di sangue. Proseguendo su questa via, i ricercatori sperano di mettere a punto una serie di fili in grado di sostituirsi alle più lente e costose analisi di laboratorio per una serie di parametri come la glicemia, facilitando la gestione dei malati cronici e la telemedicina.

Un altro promettente campo di applicazione del filo è quello dei vaccini, per i quali sono già state sperimentate la via sublinguale e quella orale. Sfruttando l'alta permeabilità dell'epitelio giunzionale, ricercatori americani hanno ottenuto una valida risposta immunitaria contro il virus dell'influenza in un campione di ratti, superando quella ottenuta per via sublinguale e uguagliando la via intranasale. Nell'uomo è iniziata la sperimentazione con l'obiettivo

di affiancare e in prospettiva sostituire la tradizionale somministrazione intramuscolare.

Infine, merita di essere riportato un uso non convenzionale "off label" che vede il filo come prezioso ausilio nella chirurgia dell'apparato gastrointestinale, dove viene impiegato per rimuovere le neoplasie della mucosa per via endoscopica.

Il lato insicuro del filo

Chi non ama il filo potrà usare anche un'argomentazione tossicologica basandosi sul rischio rappresentato dai Pfas, una grande famiglia di composti chimici presente anche in prodotti per l'igiene personale. Negli ultimi anni sono aumentati i sospetti sul rischio di effetti nocivi per la salute umana e si sta cercando di eliminarli per precauzione; per questo alcuni stati degli Usa li hanno banditi anche dal filo interdentale oltre che dagli attrezzi da cucina.

Gli Usa sono anche la terra natale del filo interdentale: le fonti indicano in un dentista di New Orleans l'inventore del primo filo in seta nel 1815. La produzione su scala industriale iniziò nel 1882 e nel 1898 fu rilasciato il primo brevetto alla Johnson & Johnson; la seta fu poi sostituita nei primi decenni del nuovo secolo dalla fibra artificiale del nylon ma, con l'obiettivo di ridurre gli inquinanti, non è da escludere

che si ritorni nuovamente alle fibre naturali.

Tornando ai giorni nostri, non possiamo non raccontare un caso limite: un'infermiera in servizio in un ospedale degli Usa è stata ripresa in video mentre stava usando il filo proprio a fianco del letto di un paziente. Nel video diffuso in rete e diventato subito virale, si vede l'operatrice intenta nell'operazione di pulizia orale. È stata subito sospesa e poi licenziata dall'azienda sanitaria.

Cosma Capobianco
Odontoiatra

- 1) Sanoudos M, Christen AG. Levi Spear Parmly: the apostle of dental hygiene. J Hist Dent. 1999 Mar;47(1):3-6.
- 2) Madan C, Arora K, Chadha VS, Manjunath BC, Chandrashekar BR, Rama Moorthy VR. A knowledge, attitude, and practices study regarding dental floss among dentists in India. J Indian Soc Periodontol. 2014 May;18(3):361-8.
- 3) Nakamura F, Hirayama Y, Morita I, Nakagaki H. Factors associated with Japanese dentists encouraging patients to use dental floss. Community Dent Health. 2011 Mar;28(1):111-5.
- 4) Jung K, Schmidt SC, Luka B, Schlueter N, Ganss C. Impact of video instructions and additional hands-on instructions on the dental flossing performance - an observational study. Clin Oral Investig. 2024 Nov 28;28(12):666.
- 5) Luzzi L, Chrisopoulos S, Kappelas K, Brennan DS. Oral hygiene behaviours among Australian adults in the National Study of Adult Oral Health (NSAOH) 2017-18. Aust Dent J. 2020 Jun;65 Suppl 1:S79-S84.
- 6) Edlund P, Bertl K, Pandis N, Stavropoulos A. Efficacy of power-driven interdental cleaning tools: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Dent Res. 2023 Feb;9(1):3-16.
- 7) Yiamwattana I, Kaomongkolgit R, Jaikumpun P, Sang-Ngoen T, Teerawong C, Tosasukul J, Sadaeng W. Oral irrigator versus dental floss in orthodontic patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Dent Hyg. 2026 Feb;24(1):85-93.



GENGIVE SANGUINANTI

Forhans
ZincoCloruro



Riduce
la placca batterica



Combatte
le infezioni gengivali



Azione astringente



Uso quotidiano



AZIONE D'URTO

www.uragmeonline.com



dal 1951



Salute orale e tecnologia digitale: un nuovo standard di cura con Align Oral Health Suite

La salute orale è molto più di un fattore estetico: è il riflesso del benessere generale dell'organismo. Respirare, mangiare, parlare e persino dormire dipendono da una bocca sana. Trascurare la salute orale significa quindi esporre il corpo a rischi che vanno oltre carie e gengiviti: studi scientifici hanno dimostrato correlazioni tra malattie parodontali e patologie sistemiche come diabete e malattie cardiovascolari (Tonetti et al., *Journal of Clinical Periodontology*, 2017). Inoltre, problemi occlusali possono incidere sulla qualità del sonno e sulla respirazione (Huynh et al., *Sleep Medicine Reviews*, 2016). Per questo motivo, la diagnosi precoce e la prevenzione sono pilastri fondamentali nella pratica odontoiatrica moderna.

Tuttavia, **molte patologie iniziali sono invisibili a occhio nudo**. Qui entra in gioco la tecnologia digitale, che consente di individuare anomalie in fase precoce e pianificare trattamenti mirati. Strumenti avanzati come gli scanner intraorali e le piattaforme integrate consentono di ottenere una visione completa e dettagliata della salute orale del paziente, migliorando la precisione diagnostica e la comunicazione alla poltrona.

Il ruolo di Align Oral Health Suite nella diagnosi e nella personalizzazione delle cure

Align Oral Health Suite è una soluzione digitale integrata nello scanner intraorale iTero Lumina che offre una valutazione immediata e completa della salute orale. Integra immagini intraorali HD, tecnologia iTero NIRI (Near Infra-Red Imaging), modelli 3D e foto del sorriso in un'unica piattaforma, con report personalizzati e facilmente condivisibili. Questo approccio favorisce la comprensione da parte del paziente e aumenta l'adesione alle cure: il 90% dei professionisti ha riscontrato un incremento nell'accettazione dei trattamenti. Queste caratteristiche non solo migliorano la precisione diagnostica, ma favoriscono **l'educazione del paziente e la sua partecipazione attiva al percorso di cura**. La possibilità di mostrare in tempo reale lo stato di salute orale aumenta la fiducia e l'accettazione del trattamento.

Benefici clinici e gestionali per lo studio odontoiatrico

L'integrazione di strumenti come Align Oral Health Suite nello studio odontoiatrico porta vantaggi tangibili.

- > **Diagnosi più accurate:** la combinazione di immagini multimodali e analisi digitali riduce il margine d'errore.
- > **Pianificazione predicibile:** ogni scansione diventa parte di un archivio digitale che consente di monitorare l'evoluzione nel tempo.
- > **Efficienza operativa:** consolidamento dei dati e semplificazione della comunicazione con il paziente.



Verso un'odontoiatria più personalizzata e sostenibile

La digitalizzazione non è solo una tendenza tecnologica: è un passo verso una medicina più predittiva, personalizzata e sostenibile. Grazie a strumenti come Align Oral Health Suite, l'odontoiatra può offrire cure di eccellenza, basate su diagnosi precise e comunicazione trasparente. Il risultato? Pazienti più consapevoli, trattamenti mirati e una salute orale che diventa parte integrante del benessere generale.

«La Align Oral Health Suite dello scanner iTero trasforma la scansione digitale in un potente strumento di comunicazione e valorizzazione clinica, capace di rendere la salute orale immediatamente visibile, comprensibile e strategica, migliorando l'esperienza del paziente e supportando la crescita dello studio» spiegano i clinici Andrea e Alessandro Agnini.



PER APPROFONDIRE:

itero.com/it/grow-your-practice/diagnostics



RICERCA

Abaloparatide, possibile approccio innovativo nella prevenzione delle deiscenze parodontali

L'osso alveolare è un tessuto specializzato con un ruolo essenziale nella stabilità dentale e nella salute parodontale, caratterizzato da una notevole capacità di rimodellamento in risposta a stimoli meccanici come la masticazione o le forze ortodontiche. Difetti in questa struttura possono causare deiscenze parodontali con esposizione radicolare, recessioni gengivali e ipersensibilità dentinale. Inoltre, uno spessore osseo ridotto aumenta il rischio di deiscenza durante i movimenti ortodontici, spesso richiedendo interventi di innesto osseo. Recenti ricerche hanno esplorato l'impiego dell'abaloparatide, analogo sintetico del peptide correlato al paratormone già utilizzato nell'osteoporosi, per stimolare la neoformazione dell'osso alveolare. Restavano però irrisolte due domande: se una somministrazione locale intraorale fosse sufficiente a indurre nuova formazione ossea e se gli effetti osservati a livello labiale potessero replicarsi anche nelle regioni buccali. Come riporta *International Journal of Oral Science*, un gruppo della cinese Sichuan University ha sviluppato modelli animali basati sul movimento dentale indotto. Nei ratti, il movimento labiale degli incisivi mandibolari è stato ottenuto con una

placca inclinata, associando al carico meccanico un'iniezione submucosa di abaloparatide. Dopo due settimane, le analisi micro-Ct hanno mostrato un aumento significativo dello spessore osseo alveolare solo nel gruppo trattato con farmaco più forza ortodontica. Le indagini istologiche hanno evidenziato una maggiore larghezza ossea e un incremento delle cellule periostali, mentre l'espressione di osteocalcina risultava potenziata esclusivamente nella combinazione farmaco-movimento. Un ulteriore modello con espansione mascellare dei molari ha confermato l'efficacia dell'associazione, con ispessimento crestale nel gruppo combinato, mentre l'abaloparatide da solo induceva un aumento limitato allo spessore intermedio della cresta alveolare. Per chiarire i meccanismi molecolari, l'analisi di sequenziamento dell'mRna ha mostrato un arricchimento di geni implicati nella migrazione cellulare, nello sviluppo scheletrico e nella mineralizzazione ossea. In particolare è risultata attivata la via delle adesioni focali, con una marcata espressione della chinasi Fak. Studi in vitro su cellule staminali periostali hanno confermato che l'inibizione di Fak compromette proliferazio-



ne, migrazione e sintesi di matrice, indicando che l'osteogenesi indotta dall'abaloparatide dipende da questo pathway. I risultati delineano un approccio terapeutico innovativo per ottenere un aumento osseo in situ tramite somministrazione locale del farmaco, potenzialmente utile nella prevenzione e nel trattamento delle deiscenze parodontali e nella riduzione della necessità di procedure rigenerative invasive.

Giampiero Pilat

Wang R, Li Y, Tan B, et al. Local abaloparatide administration promotes in situ alveolar bone augmentation via FAK-mediated periosteal osteogenesis. *Int J Oral Sci.* 2025 Sep 2;17(1):63.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

ALTA STABILITÀ CROMATICA A MEDIO E A LUNGO TERMINE DELLE AREE DI SMALTO DENTALE INFILTRATE IN RESINA

Condizione clinica

La procedura clinica dell'infiltrazione resinosa è stata inizialmente introdotta in odontoiatria con la finalità di arrestare la progressione della lesione cariosa iniziale confinata nello spessore dello smalto. Questa proprietà è da attribuire alla bassa viscosità della resina infiltrante, in grado di penetrare lo smalto superficiale e sub-superficiale demineralizzato dal processo carioso, poroso e di colore biancastro, fino ad una profondità intorno ai 450 micron. L'infiltrazione resinosa della lesione cariosa iniziale è in grado di arrestare il processo, rinforzare lo smalto dentale demineralizzato dagli acidi prodotti dai batteri cariogeni e generare un effetto di mascheramento visivo dell'area biancastra. In un momento successivo all'impiego dedicato alla lesione cariosa iniziale, la procedura dell'infiltrazione resinosa è stata presa in considerazione anche per mascherare i difetti ipomineralizzati pre-eruttivi dello smalto, come ad esempio i quadri di fluorosi dentale che, almeno nei quadri non severi, appaiono come macchie

e striature di colore bianco opaco sulla superficie dello smalto dentale. L'aspetto bianco di queste lesioni è dovuto alla presenza, all'interno delle aree ipomineralizzate, di micro porosità e fluidi acquosi in grado di far subire al fascio di luce incidente ripetuti fenomeni di rifrazione e riflessione interni al difetto stesso. La resina infiltrante è in grado di riempire le micro porosità, sostituendo il fluido acquoso presente, e generare un indice di rifrazione dello smalto dentale interessato dal difetto pari a 1.52 che appare molto simile a quello dello smalto sano (1.62), con un conseguente effetto di mascheramento dell'area ipomineralizzata ex biancastra. Veguer et al. hanno condotto una revisione sistematica per ottenere dei dati in merito alla stabilità cromatica dell'infiltrante resinoso a medio a lungo termine sia quando impiegato per arrestare la lesione cariosa iniziale demineralizzata, sia quando impiegato per mascherare i difetti ipomineralizzati pre-eruttivi.

Dati di evidenza scientifica

La revisione sistematica è stata condotta impiegando i pico questions, vale a dire una popolazione (p) rappresentata da pazienti che presentavano un'area demineralizzata (processo carioso) o ipomineralizzata pre-eruttiva nello spessore dello smalto dentale, tale da compromettere l'aspetto estetico del sorriso. L'intervento (i) considerato è stato la procedura d'infiltrazione resinosa del difetto, la comparazione (c) da pazienti che non hanno subito alcun trattamento del difetto ed infine l'outcome (o) rappresentato dal risultato estetico ottenuto in seguito all'infiltrazione resinosa e il mantenimento di tale risultato a medio e lungo termine. Al termine della selezione la revisione ha incluso 15 studi clinici (studi controllati con o senza randomizzazione dei campioni) per un numero totale di 1.518 elementi dentali (difetti) in 374 pazienti. Gli strumenti impiegati per valutare la stabilità cromatica

dell'area di smalto infiltrata in resina sono stati l'analisi spettrofotometrica (8 articoli, 53,3% dei campioni), un sistema standardizzato di fotografie (8 articoli, 53,3% dei campioni) e l'ispezione visiva mediante i parametri del sistema Icdas-II (2 articoli, 13,3% dei campioni). Il periodo di osservazione post trattamento delle aree di smalto infiltrato in resina è stato pari al breve termine (meno di 3 anni), medio termine (tra 3 e 5 anni) o lungo termine (maggiore di 5 anni). Le conclusioni della revisione sistematica sono state che le aree demineralizzate da acidi organici (lesione cariosa iniziale) o ipomineralizzate pre-eruttive (ex fluorosi) trattate con il procedimento d'infiltrazione resinosa rimangono stabili negli anni in merito alle caratteristiche cromatiche ed estetiche ottenute. Due studi inclusi riportano conclusioni a lungo termine in merito alla stabilità cromatica dello smalto infiltrato in resina. Uno studio incluso riporta che a 6 anni le aree di smalto infiltrato in resina erano impercettibili all'occhio umano rispetto allo smalto sano periferico.

Implicazioni cliniche

- 1) L'infiltrazione resinosa è una procedura comprovata per arrestare la lesione cariosa in fase iniziale confinata nello spessore dello smalto e per mascherare i difetti pre-eruttivi dello smalto, di colore biancastro e abbastanza superficiali, rendendo il loro colore simile a quello dello smalto sano adiacente.
- 2) I difetti ipomineralizzati dello smalto infiltrati in resina si mantengono stabili riguardo le proprietà estetiche ottenute (mascheramento del difetto) nel medio e nel lungo termine.

Fonte: Véguer M, Garot E, Manton DJ, Kérouédan O. Postoperative stability of aesthetic outcomes following resin infiltration of hypomineralized and demineralized enamel lesions: a systematic review. *J Evid Based Dent Pract.* 2025 Mar;25(1):102052.

GNATOLOGIA

Disturbi temporo-mandibolari: terapia con bite potrebbe migliorare anche la funzione visiva

Uno studio prospettico interventistico di coorte ha indagato i possibili effetti della terapia con placca oclusale (bite) sulle capacità visive in pazienti affetti da disturbi temporo-mandibolari, date le connessioni anatomiche, neurologiche e funzionali tra sistema stomatognatico e apparato visivo.

Pubblicato su *Bdj Open* da ricercatori dell'Università di Milano, il lavoro ha indagato sulle interrelazioni neuroanatomiche tra afferenze trigeminali provenienti da recettori parodontali, polpa dentaria, muscoli masticatori e recettori dell'articolazione temporo-mandibolare e i nuclei oculomotori, con possibile modulazione del tono della muscolatura estrinseca oculare e delle funzioni di convergenza e accomodazione.

Sono stati arruolati 42 soggetti di età inferiore a 55 anni con disturbi come bruxismo, contrattura muscolare e dislocazioni discali riducibili e non riducibili, candidati a trattamento con bite; sono stati esclusi pazienti con artrosi dell'Atm, necessità di infiltrazioni intrarticolari, patologie oculari o traumi facciali. Dopo esame gnatologico completo, comprensivo ove necessa-

rio di ortopantomografia, stratigrafia dell'Atm e risonanza magnetica, i pazienti sono stati sottoposti a valutazione ortottica mediante test di convergenza e di accomodazione con stick di Duane, eseguiti in tre posizioni mandibolari a tre mesi, sei mesi e un anno.

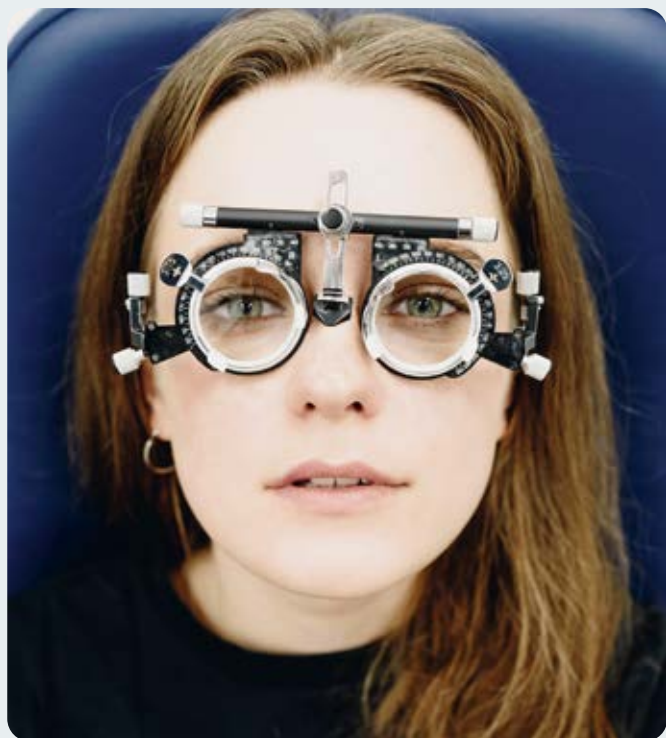
Dopo sei mesi di terapia con placca oclusale, si è rilevato un miglioramento della convergenza e dell'accomodazione in massima intercuspidação e in posizione di riposo; tuttavia, solo la convergenza ha raggiunto la significatività statistica. Nessuna differenza significativa è emersa invece in posizione di bocca aperta né al follow-up a un anno, verosimilmente anche per la ridotta numerosità del campione.

I test di Wilcoxon e Mann-Whitney non hanno evidenziato differenze significative legate al sesso, e l'analisi di correlazione ha mostrato una bassa relazione lineare tra età, genere e parametri ortottici. L'applicazione di un modello Random Forest ha evidenziato una correlazione positiva moderata tra trattamento con placca e parametri misurati, suggerendo una capacità esplicativa moderata del modello.

Gli autori ipotizzano che la riduzione degli stimoli nocettivi a carico del sistema temporo-mandibolare, ottenuta mediante modifica della dimensione verticale e decompressione delle superfici articolari, possa contribuire a normalizzare eventuali alterazioni della conduzione nervosa e del tono dei muscoli estrinseci oculari. Pur in presenza di un risultato statisticamente significativo per la convergenza in massima intercuspidação, i ricercatori milanesi sottolineano la necessità di un'interpretazione prudente, alla luce delle molteplici comparazioni effettuate e della dimensione campionaria limitata, auspicando studi longitudinali controllati e trial clinici di maggiore potenza per chiarire la rilevanza clinica di tali osservazioni e l'eventuale integrazione della valutazione ortottica nella gestione multidisciplinare dei disturbi temporo-mandibolari.

Giampiero Pilat

Khijmatgar S, Tartaglia GM, Sardella A, Marchesi A, Marchesi R, Pellegrini C. Occlusal splint effects on visual capacities in patients with temporomandibular disorders (TMD): a prospective interventional cohort study. *BDJ Open*. 2025 Jun 9;11(1):56.



CHIRURGIA

Estrazione del terzo molare, decorso migliore senza sutura



L'estrazione del terzo molare è tra gli interventi più comuni nella chirurgia orale, ma le sue complicanze post-operatorie – dolore, edema, trisma e, in misura minore, sanguinamento – rappresentano un nodo clinico ancora aperto. Nonostante la sutura sia considerata condotta standard, una revisione sistematica pubblicata su *Clinical Oral Investigations* ha analizzato sette trial clinici randomizzati per confrontare gli esiti infiammatori post-operatori tra pazienti sottoposti a estrazione con e senza sutura successiva.

L'analisi ha incluso un totale di 396 pazienti, sottoposti a 758 estrazioni, con distribuzione pressoché omogenea tra i due gruppi (con sutura e senza). L'età variava tra i 14 e i 52 anni, con una prevalenza femminile del 56%.

I risultati mostrano che l'omissione delle suture si associa a un dolore significativamente inferiore nelle prime 24 e 48 ore postoperatorie. Nello specifico, il dolore era minore al primo giorno nel gruppo senza sutura, mentre non vi erano differenze significative nei giorni successivi. Analogamente, anche l'edema era ridotto nel gruppo non suturato, con differenze significative nei primi due giorni, ma assenti al terzo e settimo giorno. L'edema era misurato in modo eterogeneo tra gli studi: alcuni mediante scale analogiche visive, altri con misurazioni cranio-metriche, rendendo parziale l'uniformità dei dati. Il trisma era valutato in tutti gli studi secondo l'apertura interincisiva massima: anche qui, il gruppo suturato presentava un trisma maggiore al primo giorno, ma senza differenze nei giorni seguenti. Il sanguinamento, invece, non ha evidenziato differenze clinicamente rilevanti tra i due approcci, sebbene solo uno studio abbia misurato quantitativamente questo parametro, limitando la possibilità di una metanalisi robusta.

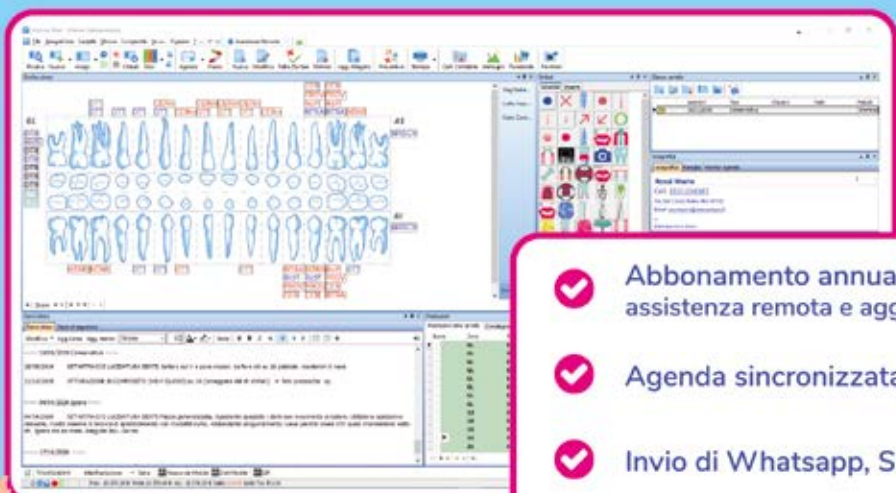
La revisione evidenzia dunque che l'uso delle suture, pur finalizzato a favorire l'emostasi e la chiusura primaria, può invece ostacolare il drenaggio naturale, incrementando l'edema e la pressione tissutale, aggravando così il dolore e il trisma nei primi giorni. Il trauma locale indotto dalla sutura, insieme alla potenziale interferenza con il drenaggio linfatico e venoso, sono considerati meccanismi plausibili alla base di questi effetti. L'eterogeneità metodologica degli studi inclusi, unita alla qualità dell'evidenza classificata come da bassa a molto bassa, impone tuttavia cautela nell'interpretazione dei risultati. Sulla base dei risultati della revisione, appare comunque opportuno interrogarsi sull'effettiva necessità della sutura di routine nell'estrazione dei terzi molari, almeno nei casi non complicati. L'adozione selettiva della chiusura per seconda intenzione potrebbe rappresentare un'alternativa valida, utile a ridurre il carico infiammatorio acuto e a migliorare l'esperienza post-operatoria del paziente, senza aumentare il rischio di complicanze emorragiche.

Renato Torlaschi

Falci SGM, Guimarães MTBÁ, Canarim NM, Falci SE, Martins OBL, de Souza GM, Galvão EL. Comparison of suture and sutureless techniques on postoperative complications after third molar surgery: a systematic review. *Clin Oral Investig*. 2024 Jan 25;28(1):115.



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**

GENGIVE LESIONATE?

Curasept svolge un'azione coadiuvante nella biorigenerazione dei tessuti.

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

ESTRAZIONE

INTERVENTO
IMPLANTARE

CHIRURGIA PARODONTALE



CLOREXIDINA ADS
DNA POLINUCLEOTIDI

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

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

curasept.it

Rubrica a cura di Simone Domenico Aspriello

Impiego dell'acido tranexamico in collutorio: tutte le applicazioni

La formulazione in collutorio dell'acido tranexamico permette una forte biodisponibilità orale e lo rende un prodotto versatile ed efficace in diverse condizioni cliniche, specialmente nei pazienti con difetti della coagulazione



Simone Domenico 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

L'acido tranexamico è un derivato sintetico dell'amminoacido lisina. Induce effetti antifibrinolitici inibendo reversibilmente i siti di legame della lisina delle molecole di plasminogeno. Ha un'affinità di legame che è 6-10 volte superiore a quella dell'acido ε-amminocaproico per il sito di legame plasminogeno/plasmina (1). In precedenza, in questa rubrica, abbiamo analizzato alcune applicazioni dell'antemorragico acido tranexamico in odontoiatria (2). La concentrazione plasmatica media di acido tranexamico raggiunge il suo massimo dopo 120 minuti dalla somministrazione sistemica di 1g per via orale, a circa 7 microgrammi/mL, mentre non è rilevabile in nessuno dei campioni di saliva. Dopo il risciacquo della bocca con 10 mL di una soluzione acquosa di acido tranexamico al 5% peso/volume in collutorio per due minuti, le concentrazioni plasmatiche sono rimaste al di sotto di 2 microgrammi/mL, mentre le concentrazioni riscontrate nella saliva erano inizialmente molto elevate (dopo 30 minuti la concentrazione media era superiore a 200 microgrammi/mL) e si sono mantenute a un livello terapeutico per più di due ore. Questi risultati indicano che la fibrinolisi nel cavo orale può essere inibita solo dalla somministrazione locale di acido tranexamico (3) e la formulazione in collutorio può ottenere benefici terapeutici come ad esempio nella prevenzione e trattamento del sanguinamento nel cavo orale in pazienti con difetti della coagulazione.

Attività antibatterica

La deplezione di lisina compromette la barriera epiteliale parodontale ai prodotti proinfiammatori batterici. L'acido tranexamico inibisce l'assorbimento della lisina batterica riducendo fortemente il biofilm e inibisce leggermente l'enzima lisina decarbossilasi (catalizza la degradazione ossidativa della lisina a cadaverina) di Eikenella corrodens presente nel biofilm dento-gengivale (4). A concentrazioni terapeutiche (10-50 µg/ml) ha bloccato la

fibrinolisi indotta da streptochinasi e Streptococco di gruppo A, ha ridotto il rilascio di D-dimero e ha impedito la fuoriuscita batterica dai coaguli in vitro. Ha compromesso la sopravvivenza dello Streptococco nel sangue umano e migliorato le risposte immunitarie innate, esercitando quindi effetti immunomodulatori oltre che antifibrinolitici (5). L'impiego tre volte al giorno di 20 mL di collutorio a base di acido tranexamico con Cetilpiridinio cloruro (CPC) e dipotassio glicirrinato per 7-10 giorni inibisce la propagazione dei batteri sulle suture del sito di chirurgia impiantare (6). L'uso del collutorio per 2-3 settimane supporta efficacemente le manovre di pulizia meccanica per il mantenimento della buona igiene orale nei pazienti con fissazione maxillo-mandibolare nel periodo perioperatorio, riducendo la formazione della placca (7). Esercita un'azione antibatterica su Staphylococcus spp. e Cutibacterium acnes nella forma planctonica inibendone la crescita, ma non ha effetti antimicrobici contro il biofilm batterico maturo.

In aggiunta alla sua azione antifibrinolitica e di controllo del sanguinamento intra e post-operatorio, può essere usato come agente antibiotico nella prevenzione delle infezioni post-chirurgia implantare (8). È stato proposto come farmaco protettivo contro le infezioni post-chirurgiche di protesi articolare e traumatologia ortopedica, riducendo le complicanze delle ferite chirurgiche e le complicanze infettive. Grazie alle sue attività di inibizione della fibrinolisi del coagulo, formazione di ematomi post-operatori (effetto indiretto), antibatterica contro la capacità di aggregazione batterica e persino formazione di biofilm, favorente la risposta immunitaria dell'ospite e l'azione degli antibiotici, previene l'infezione perimplantare (9) e l'osteite alveolare post-estrattiva (10).

Controllo del sanguinamento

L'impiego di 10 mL di collutorio contenente 0,05% di acido

tranexamico con 0,05% CPC per 20 secondi ripetuto almeno 4-5 volte al giorno in soggetti sani con gengivite è efficace, a 3 e 6 settimane con uso quotidiano, nel controllo dei sanguinamenti e nel miglioramento dei parametri clinici parodontali (11).

Le emorragie gengivali sono piccoli sanguinamenti, molto frequenti nei pazienti affetti da emofilia o altri deficit della coagulazione, che riducono sensibilmente la qualità di vita, rendendo particolarmente fastidiose cure odontoiatriche anche poco invasive. I collutori a base di acido tranexamico garantiscono una sensibile riduzione dei sanguinamenti gengivali dopo le procedure di igiene orale a minima invasività nei pazienti emofilici (12) ed è un'alternativa valida alla terapia sostitutiva dei fattori (FRT) nel controllo del sanguinamento gengivale (13). Dopo l'apertura mantengono per un mese la stabilità del pH e quindi l'efficacia (14).

L'assenza di sanguinamento post-estrattivo in bambini emofilici è stata osservata nel 25% dei soggetti con la sola somministrazione sistemica di acido tranexamico, mentre il concomitante uso del collutorio la portava al 91,6%, confermando l'importanza dell'applicazione topica (15).

Nei pazienti trattati con anticoagulanti orale e INR tra 1.7 e 2.5, il risciacquo con collutorio a base di acido tranexamico (250 mg in 10 mL di acqua) previene l'eccessivo sanguinamento dopo procedure di scaling e root planing o estrazioni dentarie (16). Nei pazienti in terapia con Warfarin l'uso 4 volte/die per 7 giorni di collutorio al 4,8% di acido tranexamico ha la stessa efficacia della colla di fibrina autologa nel controllo dell'emostasi post-operatoria a seguito di estrazioni dentarie (17) e 2 giorni di uso hanno la stessa efficacia di 5 (18).

L'irrigazione del campo operatorio con 10 mL di soluzione di acido tranexamico al 4,8% seguito dall'uso di 10 mL di collutorio per due minuti per 4 volte die per 7 giorni si è dimostrato un protocollo efficace nel ridurre gli episodi di sanguinamento nei pazienti in

COLLUTORIO CON ACIDO TRANEXAMICO: LA FORMULAZIONE GALENICA (50 MG/ML)

ACIDO TRANEXAMICO EP GTDP	4.8-5.0 g
GLICEROLO VEG. 99,7% Ph.Eur. E422 COSMOS	10.0 g
SACCARINA SODICA BP	0.2-0.4 g
AROMA MENTA IDROSOLUBILE 1x400	0.2 g
ACQUA DEPURATA FU ML 1000	qb a 100 mL

Fonte: Rivista Nuovo Collegamento, Utifar. Pillole di galenica di Rosalba Lombardo

terapia anticoagulante continua (non interrotta o ridotta) sottoposti a chirurgia orale rispetto al gruppo senza uso di antifibrinolitico (19).

Dopo chirurgia orale l'irrigazione del sito con acido tranexamico al 5% seguito dall'uso di 10 mL di collutorio per due minuti ripetuto 4 volte die per una settimana ha permesso di ottenere la stessa incidenza del sanguinamento nei pazienti in terapia anticoagulante continua rispetto a quelli in cui veniva ridotta (20).

Con l'uso di collutorio a base di acido tranexamico dopo chirurgia orale nei pazienti in terapia anticoagulante continua l'incidenza di sanguinamento era identica a quella ove era la terapia ridotta (21).

L'uso di collutori emostatici dopo estrazioni dentarie è una misura efficace che permette il controllo dei sanguinamenti locali nei pazienti in terapia anticoagulante continua ovvero senza interruzione temporanea pre-chirurgica (22) o con trombo astenia di Glazmann (23).

L'irrigazione del sito chirurgico con acido tranexamico seguito dall'uso di collutorio (con acido tranexamico) durante la settimana post-operatoria è sicura e riduce il rischio di sanguinamenti nei pazienti in terapia anticoagulante sottoposti a chirurgia orale minore (24).

L'uso di 5 mL collutorio con acido tranexamico al 10% per 7 giorni dopo l'estrazione è un metodo efficace anche per controllare il sanguinamento nei pazienti sottoposti a terapia antiplateletica con un livello di INR terapeutico compreso tra 1,9 e 3,5 ed è un metodo sicuro e accettabile per ridurre al minimo l'essudato post-estrazione (25).

Promozione della guarigione

Nei conigli trattati con l'anticoagulante Warfarin, riconosciuto per la sua capacità di ritardare la chiusura epiteliale delle ferite dei siti post-estrattivi, la somministrazione di acido tranexamico ne normalizza gli effetti riducendo il tempo di guarigione (26). Stimola i fibroblasti (27) e accelera la guarigione della ferita (28), ma una esposizione prolungata può ritardare la riepitizzazione.

L'applicazione in vitro su coltura cellulare di acido tranexamico non ha effetti a 6 ore, mentre dopo 10 giorni di stimolazione ha azione osteoanabolica, antirassorbitiva e antinfiammatoria: incrementa l'espressione dei geni associati alla differenziazione osteoblastica e sintesi della matrice extracellulare; inibisce l'osteoclastogenesi; riduce l'espressione delle citochine infiammatorie prodotte dai macrofagi derivati dal midollo osseo e attivati dal lipopolisaccaride batterico (29).

La somministrazione di una dose unica di 30 mg per kg corporeo di acido tranexamico accelera a distanza di 15 giorni l'iniziale formazione ossea e guarigione delle fratture indotte nei ratti, mentre non vi sono differenze a 30 e 45 giorni rispetto ai controlli (30). La soppressione della fibrinolisi con acido tranexamico non interferisce sulla neoformazione ossea, ma l'applicazione topica alla dose di 10 mg/kg corporeo può rallentare la guarigione ossea nei ratti (31).

Le spugne caricate con acido tranexamico, oltre a ridurre significativamente tempo di sanguinamento e perdita di sangue, determinano una più rapida chiusura della ferita, un aumento della deposizione di

collagene e una riduzione dei livelli di citochine pro-infiammatorie (IL-6 e IL-1β), fornendo una medicazione multifunzionale, in grado di controllare gravi emorragie, prevenire le infezioni e supportare la rigenerazione tissutale (32).

Conclusioni

L'uso topico di formulazioni a base di acido tranexamico (in collutorio o irrigazioni) ha ridotto significativamente le perdite ematiche medie dopo le manovre di igiene orale professionale o chirurgia orale, permettendo una gestione più sicura dei pazienti con emofilia o in trattamento con anticoagulanti orali o antiaggreganti e addirittura di evitarne la riduzione o temporanea sospensione (33). Di chiara, comprovata e sicura efficacia, l'uso topico dell'acido tranexamico per il trattamento del cavo orale è insostituibile con la somministrazione sistemica. Ovviamente si raccomanda l'attenta valutazione della condizione clinica del singolo individuo che comprende: INR e tutti i fattori che concorrono per la formazione di un coagulo stabile e competente insieme; valutazione del rischio tromboembolico con scale come il Caprini Score per il rischio post-chirurgico, il CHA2DS2-VASc Score (raccomandato dalla Società Europea di Cardiologia) per la fibrillazione atriale, il Wells Score per l'embolia polmonare e il Compass-CAT (oncologia) o OnkoTev (pazienti ricoverati) insieme a scale e score clinici che stimano il rischio emorragico, come l'HAS-Bled (per pazienti con fibrillazione atriale e ictus), che aiuta a capire se interrompere la terapia, e score come Herdoo2.

Dopo estrazione dentale l'impiego di spugnette emostatiche impregnate con acido tranexamico, viste le numerose proprietà supportate (antifibrinolitiche, antibatteriche, antiinfiammatorie, immunomodulanti e di accelerazione della guarigione) trova oggi un suo razionale scientifico.

Bibliografia a disposizione del lettore in redazione



#EM26



EXPO
DENTAL
MEETING | **14-15-16**
MAGGIO 2026
RIMINI - ITALIA

DOVE NASCE L'ECCELLENZA DENTALE

Disegna il futuro e vinci le sfide
di oggi e di domani



registrati!



expodental.it



EXPO DENTAL **LIVE ON STAGE**

EXPO DENTAL **RDH**

EXPO**3D**

TECNO**DENTAL**
FORUM

MEDAESTHETICA

UNIDI
Italian Dental Industries Association

IGIENE ORALE

Gamma Philips Sonicare

Dall'infanzia all'età adulta, dalle prime abitudini ai gesti più consapevoli: i tre spazzolini elettrici della gamma Philips Sonicare personalizzano la routine di igiene orale domiciliare. Con Philips Sonicare For Kids, l'igiene orale diventa un momento educativo e divertente grazie alla tecnologia sonora delicata pensata per i più piccoli e a un design studiato per accompagnare i primi gesti in autonomia. Lo spazzolino interagisce con un'app interattiva e divertente che aiuta i bambini ad apprendere l'importanza dell'igiene orale attraverso un gioco educativo. Sparkly, il simpatico animaletto viola, protagonista dell'app, guiderà i più piccoli nell'utilizzare lo spazzolino più a lungo e nel modo corretto.

La tecnologia Sonicare utilizza una delicata azione a impulsi per pulire in profondità gli spazi interdentali e lungo il bordo gengivale, compensando i piccoli punti che vengono trascurati quando i bambini stanno ancora imparando. Sonicare for Kids aiuta i bambini a spazzolare per i due minuti consigliati e a coprire tutte le zone della bocca con un timer di 2 minuti e uno stimolatore di 30 secondi.

Philips Sonicare 5300 è la scelta per chi cerca una pulizia efficace, immediata e intuitiva. Questo spazzolino elettrico regola automaticamente la potenza assicurando che non vi sia alcun calo nelle prestazioni quando si raggiungono le zone più difficili della bocca. Con 62.000 movimenti delle setole al minuto, offre una pulizia profonda. Un modello equilibrato e affidabile, pensato per integrarsi con naturalezza nelle abitudini personali.

Il modello Philips Sonicare 7100 è per chi vuole una cura del sorriso avanzata, su misura e dalla massima precisione. Dotato della tecnologia Next Generation Sonicare, durante



la pulizia dei denti aiuta a mantenere una pressione, e dunque una performance di pulizia, corretta e uniforme in tutte le aree della bocca, anche quelle più difficili da raggiungere. La speciale azione fluido-dinamica indirizza delicatamente le microbolle di acqua che si formano durante la spazzolatura tra i denti e lungo il bordo gengivale, rimuovendo la placca, mentre la testina Premium Gum Care, morbida e flessibile, si prende cura delle gengive. Per migliorare la routine di igiene orale, viene in aiuto anche l'app Philips Sonicare, cui lo spazzolino può essere facilmente collegato.

i Philips
sonicareitalia@philips.com
www.philips.it/c-m-pe/dental-professionals

PROGETTO32, IL NUOVO GESTIONALE A SVILUPPO COLLABORATIVO

Shugar Lab srl, startup preincubata presso I3P, l'incubatore di imprese del Politecnico di Torino, annuncia Progetto32, un gestionale odontoiatrico di nuova generazione attualmente in fase di sviluppo attraverso un modello collaborativo.

Il progetto nasce da un'intuizione: se singolarmente ogni studio non può permettersi lo sviluppo di un gestionale su misura, associando più studi per co-finanziare il core comune è possibile rendere accessibile ciò che prima era fuori portata, ripartendo i costi. In questo modello, ogni studio partecipante diventa co-proprietario del codice sorgente e può successivamente adattare il software ai propri processi, ribaltando il paradigma tradizionale in cui è lo studio a doversi adattare allo strumento.

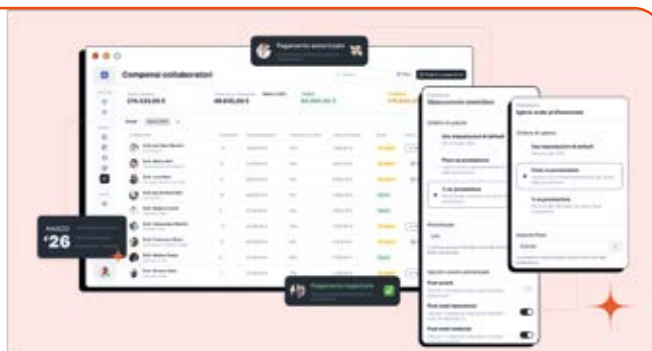
Progetto32 ripensa quindi la gestione dello studio dentistico con un approccio basato su tre pilastri.

Dati più profondi: il software consente di raccogliere dati strutturati altamente personalizzati. Nella realtà di molti studi questi dati oggi non esistono, non perché non siano importanti, ma perché raccogliergli è troppo macchinoso, se non del tutto impossibile.

Migliore UX: un'interfaccia moderna e intuitiva che elimina le frizioni, rendendo naturale raccogliere quei dati durante il normale flusso di lavoro senza rallentare le attività quotidiane.

Maggiore velocità di esecuzione: dati strutturati e interfaccia intuitiva abilitano ad automatizzare task ripetitive e time-consuming, liberando tempo da reinvestire nella relazione con il paziente.

Il progetto copre sia l'ambito clinico che quello extra-clinico, integrando nativamente funzionalità oggi frammentate in diversi strumenti: dalla gestione dei piani di cura e di pagamento alla definizione degli accordi e al calcolo dei compensi dei collaboratori, dalle automazioni di processi alla simulazione di scenari attraverso il controllo di gestione.



Gestionale Progetto32, schermata con i criteri di calcolo e gestione dei compensi dei collaboratori

In questa prima fase di sviluppo, Progetto32 ha adottato un modello di co-creazione che ad oggi coinvolge più di 20 odontoiatri e clinic manager sparsi in tutta Italia. Questi partecipano attivamente alla progettazione delle funzionalità e, in cambio del loro supporto, ricevono una licenza di utilizzo lifetime e la libertà di personalizzare successivamente il software. A testimonianza del valore del progetto, a fine dicembre 2025 c'è stata la chiusura del primo round di investimento che ha visto la partecipazione di investitori strategici che hanno scelto di credere nel progetto non solo finanziariamente, ma anche come co-creatori attivi. Tra questi Mario Cappellin, Fabio Soggia, Settimo Luparelli e Michele Recchia, odontoiatri riconosciuti a livello nazionale per la loro expertise nella gestione extra-clinica e nell'innovazione dei processi di studio. «In un mercato sempre più competitivo, la differenza non la fa più solo la qualità clinica, ma l'intera esperienza che lo studio è in grado di offrire. In questo scenario, il gestionale evolve da semplice strumento operativo a centro di connessione tra lo studio e il paziente: un sistema capace di integrare dati clinici, organizzativi e relazionali per costruire percorsi di cura realmente personalizzati» ha commentato il dottor Michele Recchia di Verona.

La roadmap di sviluppo prevede il completamento della prima fase previsto per la metà del 2026, quando i primi studi partecipanti inizieranno a utilizzare il software nella loro quotidianità clinica ed extra-clinica.

EFP PROBE: NUOVO STRUMENTO INTEGRATO PER LA VALUTAZIONE PARODONTALE

La European Federation of Periodontology (Efp) ha presentato l'Efp Probe, un nuovo strumento diagnostico sviluppato in collaborazione con HuFriedyGroup, in linea con la classificazione parodontale attuale e le linee guida cliniche Efp, rendendo le decisioni diagnostiche più coerenti e immediate per i clinici.

Per decenni, la valutazione parodontale ha richiesto due strumenti distinti: una sonda di screening (basata sui parametri definiti nei primi anni Ottanta) e una sonda terapeutica per misurazioni millimetriche precise. Come spiega il professor Moritz Kebschull, past president Efp, le limitazioni di questo approccio sono diventate sempre più evidenti con l'evolversi delle classificazioni e delle linee guida: «Oggi utilizziamo soglie diagnostiche differenti rispetto a quelle definite più di 40 anni fa – osserva –. Sembrava logico sviluppare un'unica sonda che rispecchiasse le evidenze odierne e supportasse i clinici nell'applicazione delle linee guida in modo più intuitivo».



L'Efp Probe combina il design di screening in stile Who con la sonda UNC 15, ampiamente utilizzata, adattando però le marcature a 4 mm e 6 mm, coerenti con le soglie della classificazione attuale. Questo consente ai clinici di identificare rapidamente se una situazione corrisponde alla salute parodontale, può richiedere terapia non chirurgica, o indica la necessità di un intervento chirurgico.

Inoltre, la sonda funziona pienamente come sonda parodontale, con marcature millimetriche da 1 mm a 15 mm (escludendo 2 mm, eliminato dopo test sul campo). La punta a pallina facilita la rilevazione di sovrastrutture e fattori di ritenzione della placca, aspetti rilevanti in tutte le fasi della cura parodontale.

«Questo strumento è essenzialmente un UNC-15 migliorato con soglie di screening aggiornate – spiega il professor Kebschull –. Offre un metodo pratico per integrare la classificazione e le linee guida nella pratica quotidiana».

Il costo è comparabile a quello di una sonda standard, e sostituire due strumenti separati con uno solo può offrire anche vantaggi pratici.

Rubrica a cura della redazione.

Le recensioni dei prodotti sono realizzate sulla base delle informazioni fornite dalle aziende

CONSERVATIVA

Adhese 2

Adhese 2 è l'ultima novità nella gamma di adesivi Ivoclar. Il nuovo adesivo universale combina in un unico prodotto capacità fotoindurenti e duali.

Grazie alla cannula blu DC è il primo adesivo applicabile direttamente dalla VivaPen in modalità duale senza la necessità di un attivatore aggiuntivo. Se applicato con VivaPen, consente un dosaggio intraorale controllato con risparmio di materiale, permettendo fino a quattro volte più applicazioni su dente singolo per millilitro rispetto ai sistemi in flacone.

Adhese 2 può essere utilizzato con tutte le tecniche di mordenzatura e abbinato a tutti i compositi fotoindurenti e duali, offrendo agli odontoiatri una maggiore libertà di scelta nella pratica clinica quotidiana. La polimerizzazione duale si ottiene con l'utilizzo della cannula blu DC in combinazione con un cemento composito duale. Ciò assicura una polimerizzazione affidabile anche in condizioni di luce limitata, ad esempio nel caso di cementazione di restauri indiretti o perni endodontici. La combinazione di Adhese 2 con cannula blu DC e Variolink Esthetic DC permette di ottenere



un'elevata forza di adesione sia sullo smalto che sulla dentina, indipendentemente dalla tecnica di mordenzatura utilizzata, contribuendo a restauri affidabili e duraturi.

Adhese 2 può essere applicato con uno spessore minimo dello strato di circa 10 µm, favorendo il preciso adattamento dei restauri indiretti e l'integrazione armoniosa dei restauri diretti.

«Con Adhese 2 in formato VivaPen e la nuova opzione per applicazioni duali, ampliamo significativamente l'ambito di utilizzo: ora, gli odontoiatri possono coprire uno spettro ancora più ampio di situazioni cliniche con un unico adesivo. Ciò semplifica i flussi di lavoro clinici e incrementa l'efficienza» afferma Georg Musil, Global Commercial Product Manager di Ivoclar.

i Ivoclar Vivadent
Tel. 051.6113555
www.ivoclar.com/adhese-2

CONSERVATIVA

HySolate SyntX Dam



Coltène amplia la propria gamma di dighe dentali con l'introduzione di HySolate SyntX Dam, la diga senza lattice più evoluta, che facilita le procedure di isolamento, garantendo una retrazione efficace.

Realizzata in poliisoprene, spesso denominato "lattice artificiale", questa diga evoluta offre le stesse prestazioni del lattice naturale, ma senza il rischio di allergie correlate al lattice. Estremamente elastica e resistente, non si lacera durante il posizionamento e garantisce stabilità e un isolamento eccellente.

Anche in situazioni operative complesse, HySolate SyntX Dam viene posizionata in maniera facile e veloce.

Progettata in una tonalità di azzurro ad alto contrasto per migliorare la visibilità, la diga SyntX è pre-marcata su un lato allo scopo di semplificare il flusso di lavoro, accelerando le procedure di isolamento.

Disponibile in spessore medio, offre il giusto equilibrio tra flessibilità e resistenza.

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

64° Congresso Scientifico ANDI

CONNESSIONI
Scienza e Professione

**Auditorium Parco della Musica
Roma 22-23 Maggio 2026**

Lo stato dell'arte dell'odontoiatria nella visione delle Società scientifiche

TUTTI I VANTAGGI IN UN APPUNTAMENTO UNICO

Iscrizione gratuita per i Soci ANDI.

Una sede prestigiosa e accogliente.

Partecipazione di oltre 20 Società scientifiche.

Relazioni e approfondimenti sulle diverse discipline odontoiatriche.

Spazi formativi per il personale di studio.

Formazione gratuita ASO valida come aggiornamento annuale obbligatorio.

Area espositiva dedicata ai partner commerciali.



Per tutte le informazioni
visita il sito

Con il patrocinio di:

ENBAM
PREVIDENZA - ASSISTENZA - SICUREZZA

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

OMCeO Roma
ORDINE PROFESSIONALE
DEI MEDICI ODONTOSTOMATOLOGI
E DEGLI ODONTODONTISTI

CONF PROFESSIONI
Aderenti a

I CASI CLINICI DI

DentalAcademy.it

ESPERIENZE CLINICHE IN ENDODONZIA



**Ritrattamento endodontico complesso
con tecnica personalizzata**

ESPERIENZE CLINICHE IN IGIENE ORALE



**Due casi di sbiancamento in età
adolescenziale: approccio clinico
mininvasivo con formulazioni
domiciliari di nuova generazione**

ESPERIENZE CLINICHE IN ORTODONZIA



**Trattamento ortodontico con allineatori
trasparenti di una malocclusione
di classe II in paziente adolescente
iperdivergente**

ESPERIENZE CLINICHE IN CONSERVATIVA



**Restauro di II classe con Centripetal
Build-up Technique ottimizzata
dai nuovi materiali restaurativi**

ESPERIENZE CLINICHE IN IMPLANTOLOGIA



**Riabilitazione in area estetica 11 e 21
con impianti 3.8 Tapered in paziente
politraumatizzato**

CASO CLINICO

Ritrattamento endodontico complesso con tecnica personalizzata

Scopo di questo caso clinico è mostrare come, nei ritrattamenti complessi con pazienti fortemente motivati al mantenimento dell'elemento dentale naturale, non sempre sia possibile applicare direttamente la tecnica endodontica standardizzata proposta da Coltene (OGSF), ma sia necessario affiancarla ad una versione personalizzata. Sono tuttavia sempre valorizzate le caratteristiche della linea EDM: facilità di penetrazione, efficacia di taglio, preparazione conservativa e preservazione della dentina cervicale.

Caso clinico

Paziente di 26 anni con dolore intermittente e sensibilità alla percussione sul 36. L'esame clinico evidenziava un restauro in amalgama con patches in composito, mentre la radiografia mostrava un trattamento incongruo con coni d'argento in tutti i canali, radici lunghe e curve (26 mm) e canali stretti trattati solo parzialmente (fig. 1).

Dopo isolamento con diga di gomma, il restauro è stato rimosso con frese diamantate. Il materiale presente in camera pulpa-

re (fig. 2) è stato eliminato con punte ad ultrasuoni. La configurazione canalare comprendeva tre canali (MV, ML e D): nella radice mesiale, di tipo II secondo Weine, dove il MV presentava un inizio di falsa strada; la radice distale era di tipo I.

Rimossi i coni d'argento tramite tecnica adesiva con microtubuli (figg. 3 e 4), il sondaggio manuale con K-files sul ML è stato ottenuto dopo varie ricapitolazioni (#06/08/10). L'allargamento coronale è stato eseguito con HyFlex EDM 18/.11, seguito dal glidepath con 15/.03 e EDM 10/.05 fino al terzo medio (sequenza personalizzata), quindi sagomatura con 18/.045 e 30/.04 fino alla LL. Tutti i file erano da 31 mm.

Il MV è stato sagomato con sequenza OGSF fino alla zona bloccata, non essendo necessario riprenderlo ai fini prognostici. Nella radice distale il K-file #10 si bloccava al terzo medio per un gradino; si è quindi proceduto con K-files precurvati #6/8/10 fino a superarlo. L'imbocco, già ampio, non ha richiesto EDM 18/.11, per cui si è passati direttamente a 15/.03 e 18/.45 (31 mm), inseriti a mano precurvati e poi attivati con movimento rotatorio, sfruttando memoria di forma e resisten-



Alberto Rieppi

Libero professionista a Udine

za alla fatica ciclica. Il 30/.04 non superava la curva, pertanto si è adottata la variante OGSF arrivando alla LL con il solo 20/05. L'irrigazione è stata eseguita con NaOCl 5,25% ed Edta 17%, con attivazione finale. Dopo asciugatura, i canali sono stati otturati con cemento bioceramico. La radiografia post-operatoria ha confermato un riempimento omogeneo fino alla LL (fig. 5). La cavità d'accesso è stata sigillata con materiale provvisorio fotopolimerizzabile (DuoTemp, Coltene) e il paziente rinviato al curante.

Conclusioni

La risoluzione dei sintomi e il follow-up radiografico a 6 mesi hanno confermato l'esito favorevole del trattamento. La tecnologia NiTi trattata termicamente ha ridotto il trasporto canalare e migliorato la sagomatura nelle anatomie complesse, superando gradini e curve accentuate.

L'impiego dei file HyFlex EDM con sequenza OGSF e sue varianti ha garantito elevata flessibilità e resistenza alla fatica ciclica, riducendo il rischio di errori procedurali.

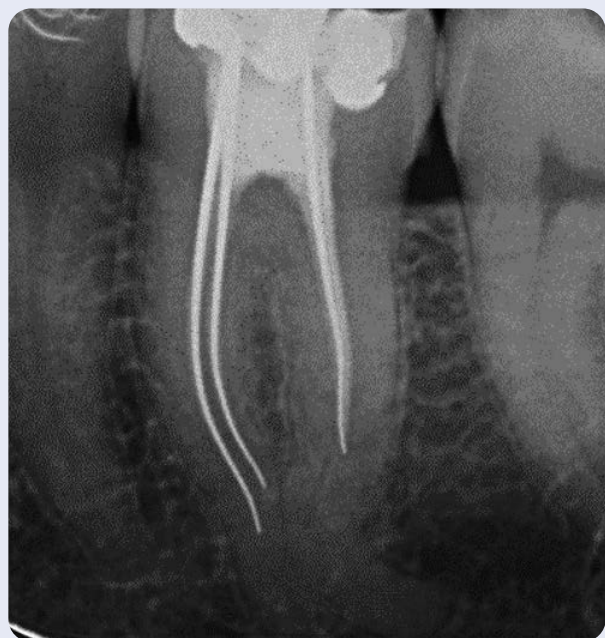


Fig. 1



Fig. 4



Fig. 5

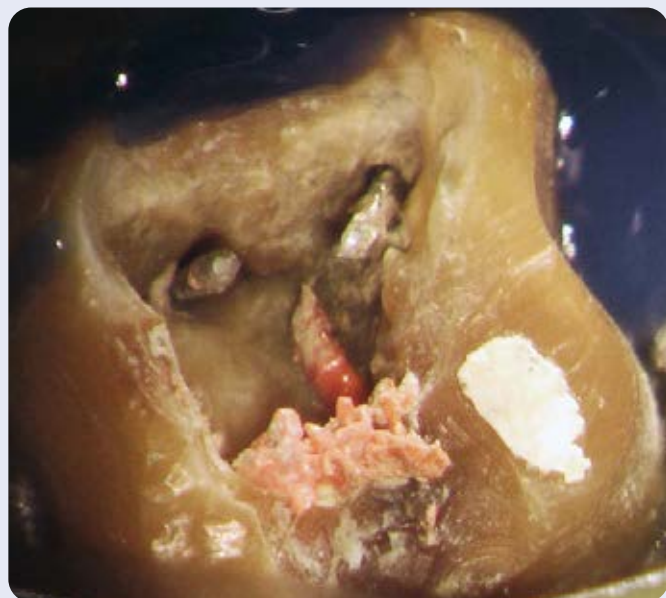


Fig. 2

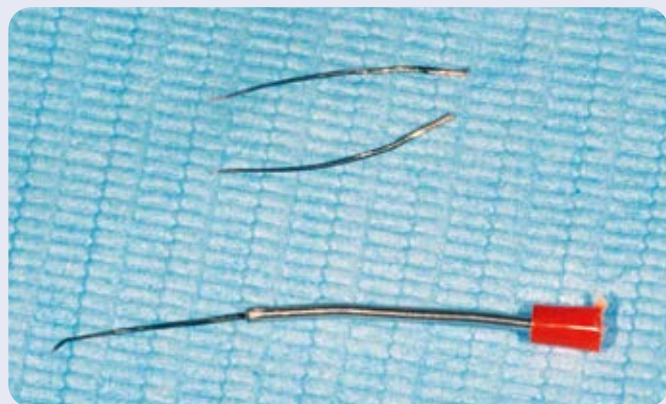


Fig. 3

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

COLTENE GROUP

CASO CLINICO

Due casi di sbiancamento in età adolescenziale: approccio clinico mininvasivo con formulazioni domiciliari di nuova generazione

Lo sbiancamento dentale rappresenta uno dei trattamenti estetici più richiesti in odontoiatria. Nonostante la sua ampia diffusione, persistono incertezze cliniche, soprattutto nella gestione di casi complessi quali pazienti adolescenti con discromie severe o difetti dello smalto. La cura del sorriso influisce infatti non solo sulla salute orale, ma anche sulla qualità di vita del paziente, incidendo sul benessere psicologico e relazionale. In questo contesto, lo sbiancamento dentale si configura come una procedura conservativa efficace per il trattamento delle discromie, grazie al ridotto impatto biologico rispetto a soluzioni più invasive.

L'età adolescenziale rappresenta una fase particolarmente sensibile rispetto all'immagine personale. Studi condotti negli adolescenti mostrano un crescente interesse verso lo sbiancamento dentale, motivato prevalentemente da esigenze estetiche e di autostima. Sebbene manchino dati epidemiologici precisi, l'evidenza clinica suggerisce una diffusione crescente del trattamento in questa fascia d'età.

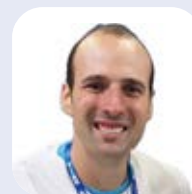
A livello normativo, mentre negli Stati Uniti è consentito l'uso controllato di prodotti a base di perossido a partire dai 12 anni, la normativa europea ne vieta l'impiego estetico nei minori di 18 anni. Tuttavia, la normativa non vieta l'uso del perossido a fini terapeutici, purché adeguatamente giustificati e supervisionati dall'odontoiatra, con documentazione clinica e consenso informato dei genitori. Le indicazioni cliniche includono discromie patologiche o farmacologiche, difetti dello smalto, esiti traumatici e protocolli conservativi integrati. Il trattamento di tali condizioni è associato a un miglioramento significativo della qualità di vita correlata alla salute orale, giustificando un approccio clinico controllato e minimamente invasivo.

Le nuove tecnologie sbiancanti

Le innovazioni tecnologiche hanno reso possibile il trattamento sbiancante di pazienti giovani in modo sicuro e minimamente invasivo, riducendo gli effetti collaterali più comuni quali ipersensibilità dentinale e aumento della rugosità dello smalto. Studi clinici hanno dimostrato come i trattamenti domiciliari a basse concentrazioni di perossido di carbammide siano particolarmente indicati nella gestione dei difetti dello sviluppo dello smalto, mentre concentrazioni più elevate risultano associate a un aumento della sensibilità e a fenomeni di demineralizzazione reversibile, soprattutto nei pazienti con camere pulpari più ampie. Un'ulteriore criticità dei trattamenti convenzionali riguarda l'incremento della rugosità superficiale dello smalto, che può limitare l'indicazione clinica nei soggetti con white spot, ipersensibilità preesistente o recessioni gengivali.

In questo contesto si inserisce la tecnologia brevettata Tooth Rejuvenation, alla base della formulazione Blancone Home Plus Ever (perossido di carbammide 7%, nHAP 1,5%), che consente di associare l'azione sbiancante a un effetto remineralizzante biomimetico. Grazie alla deposizione di nanoparticelle di idrossiapatite e alla riduzione controllata della componente organica dello smalto ipomaturato, Ever favorisce un ambiente rigenerativo che migliora l'omogeneità superficiale e riduce il contrasto ottico dei difetti dello sviluppo dello smalto, svolgendo un ruolo chiave come pre-trattamento nei protocolli conservativi, ottimizzando l'outcome di infiltrazioni resinose e riducendo la necessità di approcci più invasivi.

In conclusione, lo sbiancamento dentale negli adolescenti è sempre più richiesto per motivazioni estetiche e psicologiche. Se eseguito con protocolli controllati e basse concentrazio-



Giuseppe Lipani

Igienista dentale a Siracusa
Professore a c. presso
l'Università Unicamillus



Processo di deproteinizzazione del perossido di carbammide al 7%. Il perossido, che contiene urea, ha lo scopo di rimuovere materiale organico ipomaturato in senso parziale dalla rete organica. Quindi il perossido ha un effetto deproteinizzante sullo smalto ipomaturato potendo migliorare il tasso di penetrazione di eventuali prodotti successivi come le resine infiltranti

ni di perossido, risulta efficace e sicuro. La tecnologia Tooth Rejuvenation Blancone consente un approccio conservativo rispettoso dei tessuti duri rendendosi un valido alleato nel trattamento delle discromie e dei difetti dello smalto in età adolescenziale.

CASO CLINICO

Paziente femmina di 16 anni, si riscontra una lesione ipomineralizzata di origine traumatica a carico del 2.1 (fig. 1). Nell'anamnesi la paziente riferisce un trauma facciale a seguito di caduta accidentale nei primi due anni di vita che si è manifestata nella dentizione definitiva con la presenza di una lesione a carico del 2.1 (figg. 2 e 3).

Si procede con sbiancamento (fig. 4) e infiltrazione resinosa. Si registra assenza di sensibilità dentinale per tutta la durata del trattamento (figg. 5, 6 e 7).



Fig. 1: situazione iniziale



Fig. 2: situazione iniziale in visione polarizzata

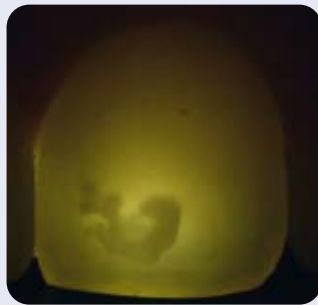


Fig. 3: situazione iniziale in transilluminazione



Fig. 4: immagine al termine del trattamento sbiancante, prima dell'infiltrazione



Fig. 5: foto finale del sorriso



Fig. 6: foto finale del difetto dello smalto post trattamento in polarizzata

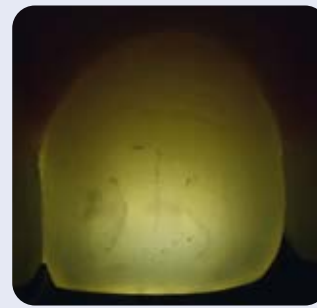


Fig. 7: foto finale del difetto dello smalto post trattamento in transilluminazione



Aldo Mazzella
Igienista dentale a Napoli

CASO CLINICO

Paziente maschio di 12 anni con lesioni lievemente ipomineralizzate post-traumatiche a carico degli incisivi centrali superiori. Nell'anamnesi il paziente riferisce di aver subito da piccolo intorno ai due anni un trauma facciale da caduta che si è manifestato nella dentizione definitiva con la presenza di due brown spot con un lieve difetto quantitativo (figg. 1, 2, 3 e 4).

Nella figura 5, dopo 14 notti le lesioni si presentavano con un colorito più chiaro: il trattamento sbiancante al 7% è riuscito ad eliminare le brown spot e a migliorare l'estetica del sorriso in assenza di sensibilità. Nella figura 6 i vari passaggi effettuati, con la lesione prima e dopo lo sbiancamento e dopo infiltrazione. Nelle immagini 7 e 8, il risultato finale del sorriso post trattamento e visione degli incisivi in polarizzata con scomparsa delle lesioni. Il paziente ha iniziato il trattamento ortodontico 3 settimane dopo l'infiltrazione.



Fig. 1: l'immagine prima del trattamento mostra come si presentava la lesione a carico di 1.1 e 1.2



Fig. 2: visuale in polarizzata dove si apprezza meglio la diffusione e profondità della lesione



Fig. 3: visuale con tecnica di transilluminazione dove si apprezza meglio la diffusione e profondità della lesione



Fig. 4: prova in studio della mascherina morbida per il trattamento domiciliare



Fig. 5: lesioni dopo 14 notti di trattamento



Fig. 7: risultato finale post trattamento



Fig. 6: storico del trattamento con immagine iniziale, dopo sbiancamento e dopo infiltrazione



Fig. 8: foto post trattamento con visione degli incisivi in polarizzata e scomparsa delle lesioni



Tooth rejuvenation™

Lo sbiancamento dentale domiciliare che fa bene ai tuoi denti



Sbiancamento Veloce 45 minuti
HP6% + Acceleratore + VitaminBoost + 0,75% nHAP
Per chi non ha tempo da perdere o non tollera le mascherine notturne



Sbiancamento Notturno
CP12% (HP4,2) + VitaminBoost + 0,75% nHAP
Sbiancamento domiciliare efficace e durevole ristruttura lo smalto e previene la sensibilità



Allineatori Ortodontici e Denti Sensibili
CP7% (HP2,4) + VitaminBoost + ,51% nHAP
Coadiuvata la terapia ortodontica disagregando il biofilm, ristrutturando lo smalto, eliminando la sensibilità e prevenendo l'ingiallimento di denti mascherine





BLANCONE

Il tuo sbiancamento dentale

Ringiovanimento dentale: scopri di più
www.blancone.eu/it/pro/blancone-homeplus

CASO CLINICO

Trattamento ortodontico con allineatori trasparenti di una malocclusione di classe II in paziente adolescente iperdivergente

Laura si presenta alla nostra osservazione all'età di 12 anni, accompagnata dai genitori, i quali riferiscono una precedente terapia ortopedica eseguita circa due anni prima presso altra struttura. La principale motivazione alla visita è rappresentata dalla posizione ectopica degli elementi 1.3 e 2.3, con rilevante impatto estetico.

L'esame clinico extraorale (fig. 1) evidenzia un aspetto gradevole, con volto simmetrico e labbra competenti a riposo. Il sorriso è armonico, sebbene presenti corridoi buccali laterali, linea del sorriso tendenzialmente piatta e lieve discontinuità della linea incisale. Il profilo facciale appare piatto, con mento poco proiettato e solco labio-mentoniero poco marcato, mentre l'aumento del terzo inferiore del volto è compatibile con un pattern scheletrico iperdivergente.

L'esame intraorale (fig. 2) evidenzia una malocclusione dentale di Classe II, molare e canina bilaterale asimmetrica, in assenza di overjet ridotto, associata a deep bite e linee mediane non coincidenti. È presente un affollamento dentale lieve in arcata inferiore, più marcato in arcata superiore. L'arcata mascellare mostra una perdita di ancoraggio asimmetrica, mentre in arcata inferiore la curva di Spee risulta accentuata.

Analisi dei record radiografici

L'ortopantomografia rivela la presenza di tutti gli elementi dentali, compresi i secondi e i terzi molari in formazione. L'analisi cefalometrica preliminare conferma una Classe I scheletrica in paziente iperdivergente, con biretrusione scheletrica. L'inclinazione degli incisivi superiori e inferiori risulta nella norma.

L'anamnesi ortodontica non evidenzia patologie sistemiche né traumi dentali pregressi di rilievo. La paziente dimostra fin dall'inizio una buona collaborazione, elemento determinante nella pianificazione di un trattamento mediante allineatori trasparenti.

Pianificazione digitale del trattamento ortodontico

Si pone dunque diagnosi di asimmetria dento-alveolare mascellare in paziente iperdivergente con biretrusione scheletrica.

È stato pianificato il trattamento non estrattivo con distalizzazione sequenziale dei molari mascellari ed elastici di Classe II considerando la fase di crescita della paziente. Gli obiettivi principali includevano la correzione della discrepanza sagittale dento-alveolare, il miglioramento dell'allineamento dentale, della forma delle arcate, della funzione oclusale e dell'armonia del sorriso, con il raggiungimento di relazioni molari e canine di Classe I stabili, il controllo della divergenza scheletrica, la risoluzione dell'affollamento e il ripristino di overjet, overbite e coincidenza delle linee mediane.

La pianificazione digitale del trattamento, eseguita tramite software ClinCheck (Align Technology), ha consentito di visualizzare in modo dettagliato la progressione terapeutica, includendo:

- > l'espansione controllata delle arcate;
- > la distalizzazione dento-alveolare mascellare;
- > il controllo dell'overjet;
- > il recupero dell'overbite;
- > il mantenimento della posizione e dell'inclinazione degli incisivi superiori e inferiori.

Evoluzione del trattamento

Durante la fase attiva si osserva un netto miglioramento della posizione degli elementi 1.3 e 2.3, associato a un progressivo miglioramento dell'intercuspidazione nei settori latero-posteriori.

A livello intraorale, si rileva una Classe I molare e premolare a sinistra, mentre a destra persiste una relazione di Classe II. Per tale motivo viene programmato l'utilizzo di elastici asim-

metrici (elastici di Classe II a destra ed elastici triangolari di ancoraggio a sinistra).

Completata la fase principale, il trattamento prosegue con la pianificazione di IPR selettivo tra gli elementi 1.3, 1.4 e 1.5, finalizzato alla rifinitura.

Risultati, contenzione e conclusioni

Al termine del trattamento attivo, la paziente presenta un'occlusione di Classe I bilaterale stabile, overjet e overbite nei limiti fisiologici, linee mediane coincidenti e arcate correttamente allineate e livellate, con un sorriso armonico e proporzionato (fig. 3).

L'analisi cefalometrica (fig. 4) e la panoramica (fig. 5) confermano la stabilità scheletrica e dentale, soprattutto sul piano verticale. La contenzione è gestita con retainer rimovibili per entrambe le arcate. A due anni dal termine del trattamento, le fotografie di controllo evidenziano intercuspidazione adeguata e occlusione equilibrata (figg. 6 e 7).

Il trattamento non estrattivo delle malocclusioni di Classe II in pazienti adolescenti iperdivergenti, supportato da diagnosi accurata e controllo biomeccanico, si dimostra efficace. Nel caso presentato, l'utilizzo combinato di allineatori trasparenti, elastici di Classe II e distalizzazione sequenziale dei molari mascellari ha permesso di correggere la discrepanza sagittale, migliorare occlusione ed estetica del sorriso, mantenendo stabile la dimensione verticale e l'inclinazione incisale. La pianificazione digitale ha facilitato il controllo dei movimenti dentari e la previsione degli effetti terapeutici, contribuendo a risultati funzionali ed estetici duraturi. Il follow-up a due anni conferma la stabilità del protocollo, evidenziando l'efficacia degli allineatori come alternativa agli apparecchi fissi nei casi selezionati, in presenza di buona collaborazione del paziente.

Paola Cozza

Specialista in Ortognatodonzia

Past president Sido

Professore ordinario e presidente del corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Unicamillus International University in Roma

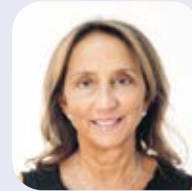


Fig. 1: esame clinico extraorale



Fig. 2: esame clinico intraorale



Fig. 3: la paziente al termine del trattamento



Fig. 4: radiografia telecranio al termine del trattamento



Fig. 5: ortopantomografia al termine del trattamento



Fig. 6: immagini extraorali, follow-up a 2 anni



Fig. 7: immagini intraorali, follow-up a 2 anni



CASO CLINICO

Restauro di II classe con Centripetal Build-up Technique ottimizzata dai nuovi materiali restaurativi



Gianfranco Roselli
Specialista in Ortodonzia
Libero professionista a Bari



Nicola Carretta
Libero professionista
ad Altamura (Bari)

Un paziente di 22 anni ci riferisce ipersensibilità al freddo nel settore superiore II, tra premolari e molari. L'esame clinico evidenzia un ingrigimento dello smalto a livello del secondo premolare. La diagnosi radiografica conferma la presenza di una carie interdentale con demineralizzazione a livello dell'elemento 25. Escluso il coinvolgimento pulpare, si procede con un piano terapeutico che prevede un restauro diretto con tecnica centripeta, rispettando le esigenze funzionali ed estetiche del paziente. A questo segue la gestione delle infiltrazioni di I classe sul 26. Viene eseguita un'anestesia plessica vestibolare e palatale con articaina e adrenalina (1:100.000). Una volta ottenuta l'anestesia, si procede con la prova del gancio 27N e l'applicazione della diga, curando l'invasione del foglio a livello del colletto. Il foglio viene inserito negli spazi interprossimali con l'aiuto del filo interdentale per garantire un accesso ottimale alle frese e si posiziona un fender wedge per proteggere il dente adiacente. L'apertura della cavità è eseguita con una fresa diamantata tron-

coconica a grana media (Komet). Per la rimozione della dentina sclerotica si utilizza una fresa conica a testa piatta con bordo arrotondato (959KR.314.018, Komet), mentre per la rifinitura del fondo cavitario si impiega una fresa diamantata dorata a cono rovesciato (807.314.012, Komet). La pulizia mininvasiva della cavità avviene con una fresa a rosetta in ceramica (ZrO₂, Komet). La rifinitura delle pareti è completata con gommini extrafini in pietra di Arkansas (Komet).

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

La mordenzatura selettiva dello smalto avviene con acido ortofosforico al 35% per 20 secondi. Successivamente, si applica un sistema adesivo universale a doppia polimerizzazione Futura-bond U (Voco), facendo evaporare il solvente con aria compres-

sa per 5 secondi e fotopolimerizzando per 10 secondi.

Il riempimento delle cavità dei due elementi avviene con composito bulk-fill cluster shade Grandioso Unlimited (Voco), seguito da fotopolimerizzazione per 20 secondi. La tecnica di stratificazione semplificata di questi nuovi compositi bulk-fill prevede nelle seconde classi, tre step: ricostruzione della parete interprossimale, stabilizzazione della stessa con flow, superficie oclusale modellata con composito viscoso. La modellazione della superficie oclusale ripristina l'anatomia degli elementi, utilizzando eventualmente un supercolore ocra per evidenziare la morfologia cuspidale.

La rifinitura post ricostruzione avviene con dischetti abrasivi (Sof-Lex, 3M Espe) per perfezionare i contorni e migliorare il passaggio del filo interdentale. La lucidatura finale è eseguita con gommini a coppetta (Greenie cups, Shofu) e pasta diamantata, seguiti da dischetti lucidanti in feltro (Super-Snap Buff Disk, Shofu) e gommini abrasivi diamantati (Dimanto, Voco).



Fig. 1: caso clinico iniziale



Fig. 5: rimozione eccessi adesivo



Fig. 7: anatomia oclusale modellata



Fig. 2: isolamento del campo, detersione cavità e mordenzatura



Fig. 6: parete interprossimale ricostruita



Fig. 8: caso clinico ultimato



Fig. 3: sistema cuneo, anello e matrice inserito



Fig. 4: adesivo universale

Grandioso Unlimited

Esaudisce ogni desiderio

Composito universale compattabile fino a 4 mm di spessore in 5 cluster-shades

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

MADE IN GERMANY 100%

VOCO
DENTALISTI

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Germania · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.dental

CASO CLINICO

Riabilitazione in area estetica 11 e 21 con impianti 3.8 Tapered in paziente politraumatizzato

Il paziente, uomo di 53 anni, si presenta in visita a distanza di alcuni mesi da un incidente stradale in moto con cicatrici a livello del labbro superiore, perdita di mobilità labiale e fratture multiple sugli elementi dentari 13-12-11-21 (figg. 1, 2, 3 e 4). Nello specifico, l'11 presenta una frattura a livello radicolare pari cresta ossea e il 21 mobilità e frattura obliqua a livello del terzo apicale della radice. Gli elementi 11 e 21 non risultano recuperabili, si escludono quindi possibili trattamenti endodontici e/o ortodontici e si opta per l'estrazione degli stessi, con preservazione alveolare e impianti a protesizzazione differita. Sul 13 si effettua una ricostruzione diretta in composito; sul 12 terapia canalare, ricostruzione con perno in fibra e corona

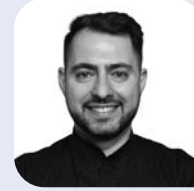
in zirconia-ceramica. La mobilità elevata e il tempo intercorso dal trauma hanno comportato il riassorbimento di una grande porzione della parete ossea vestibolare sul 21 escludendo la possibilità di effettuare un post-estrattivo immediato.

Nel primo step chirurgico vengono quindi estratti gli elementi dentari 11 e 21 (fig. 5) e si esegue una preservazione alveolare tramite l'utilizzo di osso granulato eterologo, lamina di osso corticale eterologo, collagene e colla di fibrina (fig. 6). In questa fase si decide di ricorrere ad una protesi parziale rimovibile. A distanza di 4 mesi, si inseriscono 2 impianti 3.8x12 della sistemica XCN Leone con tecnica bifasica (figg. 7-10). Dopo ulteriori 4 mesi, si procede alla riapertura dei siti implantari

e alla protesizzazione immediata con provvisori su monconi temporanei in Peek. Si finalizza il caso con la realizzazione di tre corone singole in zirconia ceramica sugli elementi dentari 12-11-21 (figg. 11 e 12).

Le foto e le radiografie di controllo a distanza di 18 mesi mostrano un buon mantenimento dei tessuti perimplantari duri e molli (figg. 13 e 14).

Il macrodesign cilindro-conico con spire fino al collo implantare che aumentano la stabilità primaria e la connessione protesica a cono Morse da 3.0 mm rendono l'impianto 3.8 Tapered XCN Leone ideale in queste riabilitazioni, offrendo un equilibrio ottimale tra resistenza meccanica e conservazione dell'osso.



Alessandro Di Nardo

Libero professionista a Lanciano (CH)

Si ringrazia il laboratorio odontotecnico Ezio Flacco di Pescara per le realizzazioni protesiche



Fig. 1: situazione clinica iniziale, fratture a carico di 13-12-11-21

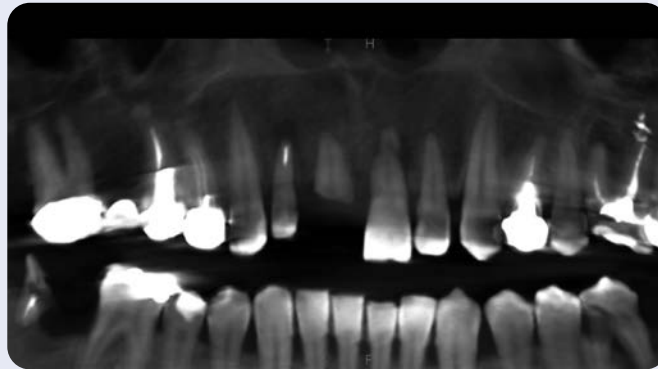
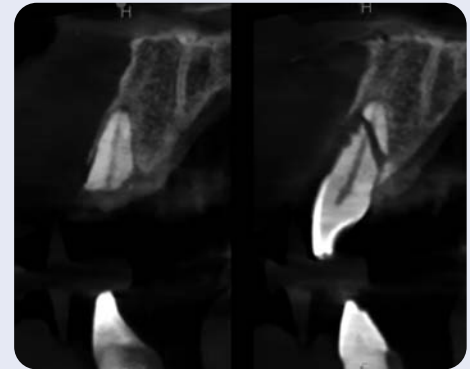


Fig. 2: panorex iniziale



Figg. 3, 4: cross section 11 e 21

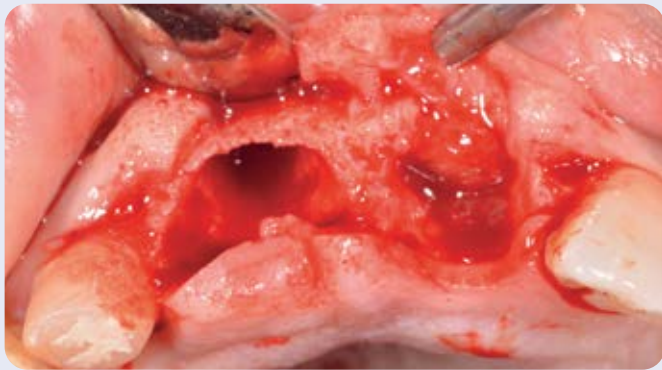


Fig. 5: dopo estrazione di 11 e 21, lembo a tutto spessore. Si evidenzia il deficit osseo vestibolare a carico del 21

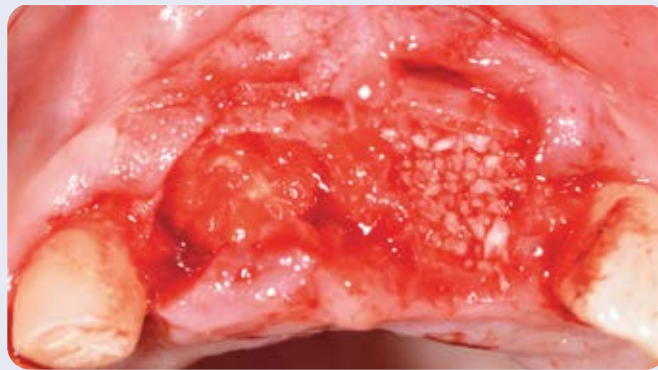


Fig. 6: procedura di preservazione alveolare



Fig. 7: situazione clinica a distanza di 4 mesi

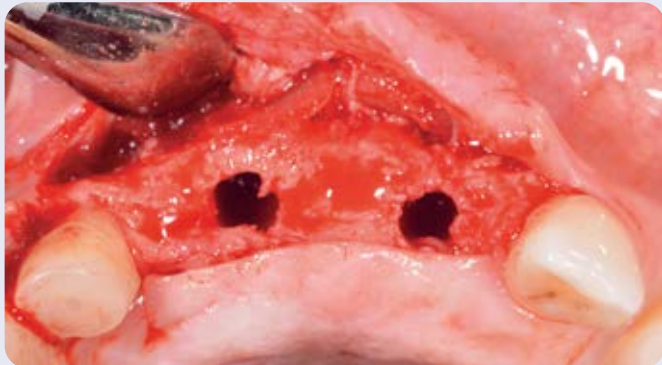


Fig. 8: preparazione dei siti implantari



Fig. 9: visione frontale dopo l'inserimento dei due 3.8 Tapered XCN Leone



Fig. 10: radiografia post-operatoria. Guarigione sommersa con tappi di chiusura

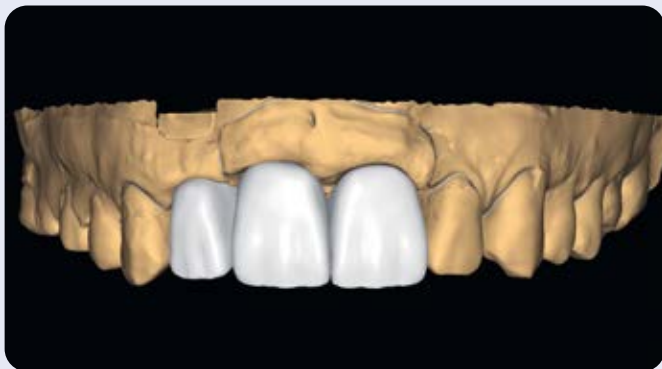


Fig. 11: progettazione Cad corone 12-11-21



Fig. 12: consegna delle corone definitive su 12-11-21



Fig. 13: radiografia di controllo a distanza di 18 mesi



Fig. 14: foto clinica di controllo a distanza di 18 mesi



CONTENUTO EXTRA
Riabilitazione in area estetica 11 e 21 con impianti 3.8 Tapered in paziente politraumatizzato

Alassio e l'arte del sorriso

Quando l'odontoiatria risponde ai quesiti a cui il web non può rispondere

9 - 10 OTTOBRE 2026
PALASPORT DI ALASSIO

10 crediti ECM odontoiatri
e igienisti dentali

10 ore di formazione
obbligatoria per ASO

Tavole cliniche

Venerdì 9 ottobre | dalle 14,00 alle 18,00

LA GESTIONE DELLA PRIMA VISITA

Dott. Riccardo Scarpa

MEDICINA ESTETICA DI PRECISIONE: DIAGNOSI, IMAGING E INTEGRAZIONE ODONTOIATRICA

Dott. Andrea Baruffaldi

COMPOSITO O CERAMICA? INJECTION E FACCETTE: DUE TECNICHE CONFRONTATE...IN MODO PRATICO!

Dott. Edoardo Yang Fossati

LA GESTIONE DEI CASI MULTIDISCIPLINARI CON APPROCCIO FULL DIGITAL

Dott. Fabrizio Perret e Dott. Fabio Perret

RESTITUTIO AD INTEGRUM: PARADIGM SHIFT IN DENTAL TRAUMA, FROM CONCEPT TO CLINIC

Dott.ssa Jessica Giannatiempo

L'ENDODONZIA SEMPLIFICATA: L'AVVENTO DI UN NUOVO SISTEMA ROTANTE

Dott. Andrea Balocco / Shape it

3D NAVIGATOR IN IMPLANTOLOGY. CLINICAL EXPERIENCE

Dott. Davide Bianco

LO SCANNER: PORTA DI INGRESSO ALL'ODONTOIATRIA DIGITALE

Dott. Marco Iorio

7 PILASTRI PER LO STUDIO PROFITTEVOLE CON L'AIUTO DELLA AI

Arcangelo Zullo

CEMENTI BIOCERAMICI, INDICAZIONI ED UTILIZZO CLINICO

Dott. Edoardo Maltagliati

ADHESION EXPLAINED: APPROCCI ATTUALI ALLA CEMENTAZIONE ADESIVA

Dott. Edoardo Mancuso

ALLINEATORI ED ESTETICA: COSA PUÒ FARE OGGI L'ODONTOIATRA

Dott. Massimiliano Ciaravolo

LE RICOSTRUZIONI IN COMPOSITO COME ATTO TERAPEUTICO: PROGETTAZIONE, OCCLUSIONE E DURATA CLINICA

Dott.ssa Chiara Pennacchioni

SESSIONE

Odontoiatri

Sabato 10 ottobre | dalle 8,30 alle 16,30

MANGIAR BENE PER VIVERE MEGLIO. NUOVE RICERCHE SULL'IMPORTANZA DELLA FUNZIONE MASTICATORIA PER LA SALUTE E L'INVECCHIAMENTO

Prof. Maurizio Tonetti

COME POSSO OTTENERE UN'OTTIMA PREDICIBILITÀ DI RISULTATO NEL TRATTAMENTO DI UN SETTORE ESTETICO? FLUSSO DI LAVORO, MATERIALI ED ASPETTI ODONTOTECNICI

Dott. Riccardo Becciani - OTD Roberto Tintinaglia

RIGENERAZIONE OSSEA VERTICALE ED ORIZZONTALE IN ZONA ESTETICA

Dott. Massimo Simion

DOVE PUÒ ARRIVARE L'ENDODONZIA

Dott. Elio Berutti

IL RECUPERO ENDO/RESTAURATIVO DEL DENTE COMPROMESSO: DOVE FINISCE IL PROTOCOLLO E INIZIA L'ESPERIENZA CLINICA

Dott. Fabio Gorni

SESSIONE

Igiene Dentale

Sabato 10 ottobre | dalle 8,30 alle 16,15

MANGIAR BENE PER VIVERE MEGLIO. NUOVE RICERCHE SULL'IMPORTANZA DELLA FUNZIONE MASTICATORIA PER LA SALUTE E L'INVECCHIAMENTO

Prof. Maurizio Tonetti

COMUNICAZIONE DIGITALE NELLA PRATICA DELL'IGIENISTA DENTALE: DALLA RELAZIONE CLINICA ALLA PRESENZA ONLINE

Dott.ssa Denis Calzolari

SE IL PAZIENTE NON CAMBIA, IL CAMBIAMENTO NON INIZIA DA LUI: LA COMUNICAZIONE CHE COSTRUISCE MOTIVAZIONE E ALLEANZA

Dott.ssa Elena Bizzotto

CON IL PATROCINIO DI



MODALITÀ DI ISCRIZIONE Informazioni: www.e20srl.com/prodotti/congresso-2026-alassio-e-larte-del-sorriso/



Sito web
www.e20srl.com



WhatsApp
366 6985470

Telefono
010 5960362

SESSIONE

ASO

Sabato 10 ottobre | dalle 8,30 alle 16,15

L'ARMADIETTO DEI FARMACI: CONOSCENZA E GESTIONE

Dott. Simone Gussoni

UTILIZZO DELLO SMARTPHONE NELLA VITA QUOTIDIANA DELLO STUDIO

Dott. Massimo Nuvina

IMPARIAMO AD USARE IL WORKFLOW DIGITALE: IL FLUSSO STUDIO-LABORATORIO

Dott. Franco Capelli

Compositi Universali

RISULTATI **BRILLIANT**



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

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



BRILLIANT EverGlow

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

BRILLIANT Bulk Fill Flow

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

BRILLIANT EverGlow Flow

- Altamente stabile, ma molto scorrevole
- Risultati altamente estetici