



**TERAPIA NON CHIRURGICA
PARODONTALE
E PERIMPLANTARE**

Facilita la decontaminazione
delle tasche parodontali e perimplantari
e ne accelera la guarigione.

REGE DENT
smart regeneration

Richiedi
gli studi

Italian Dental JOURNAL

Anno XIX Numero 2/2024



Francesco Cairo
Presidente Sidp

Congresso Sidp: «eccellenza ed evidenza scientifica devono guidare la nostra clinica»

Il 60% degli italiani ha problemi parodontali, lievi o severi, e circa 12 milioni di italiani sono edentuli, parziali o totali.

La parodontologia italiana, guidata dalla Società italiana di parodontologia e implantologia (Sidp), si muove «in questo contesto di modernità clini-

ca complessa, dove saper scegliere delle terapie efficaci, prevedibili nel lungo termine e orientate al rispetto del paziente è davvero fondamentale» riflette Francesco Cairo alla vigilia del congresso “La terapia contemporanea: qualità delle cure e prognosi in parodontologia e implantologia”.

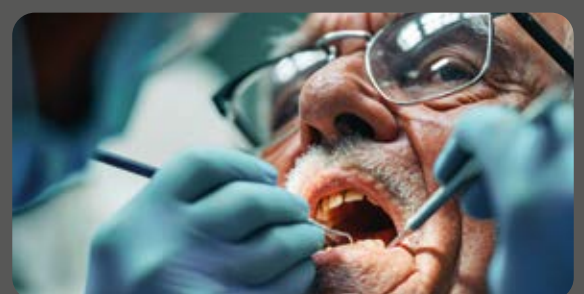
Ccnl studi professionali sdogana il Cso



Acido ialuronico per parodontiti e perimplantiti: le indicazioni



Dolore orale acuto: ossicodone, idromorfone e buprenorfina



DentalAcademy.it



AUTORE Leonardo Palazzo
Enucleazione chirurgica di odontoma composto con ausilio della stampa 3D



AUTORE Aldo Crespi
Protesi senza igiene e controlli: le conseguenze in un follow-up a 27 anni

ULTIMI
POST

**SIVP DENTAL
LA MIGLIORE
SOLUZIONE**

**DIGITALE
E ANALOGICA**

OFFERTA SPECIALE
STAMPA MODELLO CAD-CAM
SUPERIORE E INFERIORE 10€



LABORATORIO DI PROTESI DENTALI

06 997 808 35

sivpdental.it



Per maggiori info
scansiona questo codice



Ti presento Lumoral®

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

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

Elimina oltre il 99% dei batteri presenti nella placca.



zero
Plaque
by **Lumoral.**

Terapie personalizzate per una prognosi parodontale di successo

Pazienti anziani, patologie sistemiche, terapie farmacologiche: «scegliere la terapia appropriata allo specifico scenario clinico è indispensabile per raggiungere l'efficacia a lungo termine delle nostre terapie»

“La terapia contemporanea: qualità delle cure e prognosi in parodontologia e implantologia” è il titolo del congresso nazionale Sidp che si tiene a Rimini dal 21 al 23 marzo. «Rappresenta la prima manifestazione culturale del mio biennio di presidenza – ci ha detto **Francesco Cairo** –. Eccellenza ed evidenza saranno le due parole chiave del biennio che si sta aprendo, fondamentali in un contesto di modernità clinica complessa, dove saper scegliere delle terapie efficaci, prevedibili nel lungo termine e orientate al rispetto del paziente è davvero fondamentale. Saranno le due parole chiave del congresso, tre giorni bellissimi e coinvolgenti, nella consueta tradizione della comunità Sidp, che vuole riunire i clinici e i ricercatori migliori sul palco assieme al contributo attivo della platea».

Presidente, il congresso Sidp e il suo biennio di presidenza sono orientati a eccellenza ed evidenza scientifica. Come si declinano questi due concetti in parodontologia?

In un mondo della professione che vuole correre velocemente verso il risultato e che sembra trovare con grande difficoltà dei punti di riferimento, la Sidp vuole provare ad andare in direzione contraria. Cercare di essere un riferimento culturale e scientifico per erogare cure di qualità, in cui il fattore tempo sia un alleato biologico, un necessario e ineludibile compagno di viaggio per centrare il risultato. Un compagno da rispettare rigorosamente in un mondo iper veloce. In questo contesto, eccellenza significa provare a fare bene le procedure cliniche, evidenza significa cercare di fare delle procedure prevedibili ed efficaci. Ecco, il messaggio che vorremmo condividere in questo congresso è che il paziente sia al centro dello scenario terapeutico, e che il clinico moderno deve usare procedure di comprovata efficacia nel lungo termine, sempre.

Di che livello è la qualità media delle cure parodontali sul territorio? In quali casi serve un parodontologo esperto?

La mia percezione è che negli ultimi 10-15 anni la me-

dia delle cure si sia molto elevata, per merito di molti sedi universitarie che hanno aperto percorsi post laurea in parodontologia e per merito anche della Sidp, che ha contribuito a diffondere a clinici e popolazione i concetti di diagnosi e terapia. Tenendo conto che circa il 60% degli italiani ha problemi parodontali, questo quadro può ancora migliorare.

Il parodontologo come figu-

ra specialistica è importante in tutti i casi di parodontite per effettuare una corretta diagnosi e prognosi del caso, ed è decisivo per la terapia chirurgica degli stadi più avanzati, integrando le moderne chirurgie ricostruttive parodontali con l'uso corretto degli impianti dentali. Inoltre, lo sviluppo della figura dell'igienista dentale ha permesso nei fatti di migliorare ulteriormente la qualità delle cure parodontali, visto che è l'operatore fondamentale per la terapia non chirurgica e per l'esecuzione del sistema di mantenimento, che determina realmente l'efficacia a lungo termine delle nostre terapie.

La prognosi a lungo termine delle terapie parodontali è influenzata da molteplici fattori. Quali sono i più rilevanti e quanto contano le condizioni sistemiche dei pazienti?

È evidente che i fattori legati al paziente, come fumo, dia-

bete e predisposizione genetica, siano fondamentali e da tenere in considerazione per definire la prognosi del caso e quindi il piano di terapia. L'invecchiamento della popolazione ci offre sempre più spesso un quadro di patologie sistemiche e farmaci con il quale accordare le nostre terapie. Il numero di questi pazienti crescerà molto nei prossimi dieci anni e il parodontologo dovrà agire sempre con grande concretezza, coniugando l'evidenza allo scenario clinico, scegliendo cioè la terapia più appropriata per il singolo caso e per tutto lo scenario dei fattori prognostici che esso si porta dietro.

In particolare la chirurgia parodontale migliora sempre la prognosi a lungo termine o va riservata a casi selezionati?

La terapia non chirurgica e il controllo di placca sono decisivi per migliorare la prognosi della parodontite. In particolare, in un caso di parodontite, la terapia non chirurgica è in grado di risolvere circa il 70% delle tasche iniziali. La terapia chirurgica è decisiva per salvare alcuni denti con lesioni complesse dopo che il controllo di placca è stato raggiunto, e di fatto permette di risolvere il 30% residuo delle lesioni che non è guarito completamente nella prima fase.

Le nostre chirurgie hanno raggiunto risultati incredibili, con performance cliniche ed estetiche su denti e impianti che forse dieci anni fa nemmeno immaginavamo, e i ricercatori clinici pubblicano sulle migliori riviste internazionali i dati corrispondenti, che sono di riferimento per migliorare la nostra professione.

Ecco, se posso trovare un significato più profondo al nostro congresso, direi che assieme alla necessaria qualità di cure ci sia un'idea di condivisione profonda della cultura, e che il miglioramento della professione passi sempre dalla passione e dalla ricerca.

Andrea Peren



EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra

LA TERZA DIMENSIONE CON LE RADIOGRAFIE ENDORALI: L'ESPEDEINTE DELL'INCIDENZA ECCENTRICA

Per far comprendere ai pazienti quanto sia importante la radiologia in ambito odontoiatrico, azzardiamo un paragone con altra specialità in cui resta un esame principe, ricordando loro che nessun ortopedico si pronuncerebbe con certezza senza prima aver visionato una radiografia, una Tac o una Rmn.

Analogamente, i dentisti del nostro millennio possono avvalersi di indagini strumentali in grado di svelare immagini anatomiche che in passato si faticava a ottenere o, per meglio dire, era quasi impossibile avere, se non in rari casi.

In alcuni casi di riabilitazioni complesse con impianti o in situazioni endodontiche, in cui l'anatomia valutata con radiologia tradizionale non fornisca dati certi, è ormai d'uso ricorrere a indagini tridimensionali come la cone beam. Tuttavia, nella pratica di tutti i giorni, abbiamo anche la possibilità di ottenere più informazioni con la semplice "incidenza eccentrica". Bastano due semplici scatti con il centratore sul piano orizzontale, uno in direzione mesio-distale e uno disto-mesiale (tecnica semplificata).

Le informazioni che si possono trarre da questa tecnica radiologica sono preziose: con due radiografie endorali che irradiano al "minimo sindacale", si ha quasi l'illusione della terza dimensione, o quantomeno si possono ottenere certamente maggiori informazioni. In effetti, molte terapie canalari, affrontate magari con leggerezza, si sono poi palesate come un vero e proprio rompicapo per la mancata identificazione spaziale delle radici, ben rappresentate dalle note tavole di W. Hess.

L'ortopantomografia, esame ormai routinario e apprezzato sia dai pazienti, per la sua semplicità, che dai colleghi, per le tante informazioni che è in grado di offrire grazie a una visione generale dell'apparato stomatognatico, delle articolazioni temporo-mandibolari, dei seni mascellari, compreso il primo screening per le neoformazioni tumorali e molto altro, assicura, nella maggior parte dei casi, una irradiazione che rientra nei principi di ottimizzazione. Tale esame, tuttavia, da solo non è in grado di assolvere a tutti i quesiti diagnostici, come quelli di fine interpretazione, come la ricerca della patologia cariosa interprossimale e di altre patologie che richiedono la perfetta risoluzione del minimo dettaglio, cosa che garantiscono, ad esempio, le bite-wing. Pertanto, qualche radiografia endorale in più, se correttamente eseguita e non solo in campo endodontico, danneggia i nostri pazienti meno di quanto li danneggerebbe un errore diagnostico.

La proiezione delle endorali rappresenta allora un piccolo espediente in più per arrivare a una diagnosi corretta. Del resto, è sempre buona norma partire sempre dall'esame più semplice e meno irradiante per il paziente e solo quando questo non è chiarificatore passare a quello successivo.

Problem solving in parodontologia: competenze per fare le scelte migliori

Al corso di alta formazione di Ferrara si imparano a riconoscere, gestire e trattare le problematiche cliniche del paziente con parodontite. «Avere competenze in parodontologia vuol dire soprattutto saper fare le scelte più idonee»



Leonardo Trombelli



Luigi Minenna

“Problem solving in parodontologia: riconoscere e trattare le problematiche cliniche del paziente con parodontite”: il titolo dell’ottava edizione del corso di alta formazione in parodontologia in programma a Ferrara da metà maggio a metà dicembre (www.parodontologiaferrara.it) ne riflette l’aspetto clinico-pratico, interamente basato sui problemi diagnostici e terapeutici associati al paziente con compromissione severa dello stato parodontale. Diretto da **Leonardo Trombelli** e **Luigi Minenna** dell’Università di Ferrara, il corso sarà condotto con approccio problem-solving, metodo didattico che prevede la partecipazione attiva dei discenti nella ricerca delle soluzioni di problematiche parodontali di comune riscontro clinico. Il percorso didattico mima quello che dovrebbe accadere quotidianamente in studio: una prima fase (diagnostica) di definizione del problema, seguita da un’attenta analisi dello scenario clinico in cui il problema si manifesta, fino alla formulazione di ipotesi per la risoluzione del problema presentato (opzioni terapeutiche).

Professor Trombelli, professor Minenna, quali sono i primi passi fondamentali da compiere sul paziente affetto da parodontite?

Il primo passo è riconoscerlo. È nostra responsabilità includere in ogni prima visita uno screening delle malattie parodontali, oltre al fondamentale

screening per il cancro orale. È estremamente semplice e rapido intercettare un caso di parodontite, spesso è addirittura sufficiente l’anamnesi, un’intervista sui sintomi o l’ispezione attenta del cavo orale. Il secondo passo dello screening prevede un rapido utilizzo della sonda in tutti i solchi parodontali alla ricerca

di tasche. In caso di presenza di tasche occorre informare il paziente della necessità di un approfondimento diagnostico. Tutto ciò avviene in pochi minuti durante la prima visita, eppure non sembra essere ancora routine. Solo il 9% della popolazione riceve infatti diagnosi di parodontite, quando sappiamo che in Italia un adulto su due ha disturbi parodontali. Un italiano su dieci soffre di parodontite severa ed è a rischio di perdere denti, e assieme a loro estetica, funzione, autostima.

Sonda e radiografia sono gli strumenti base per la diagnosi parodontale. Quali altri strumenti abbiamo a disposizione per completare il quadro nei casi più complessi?

L’approfondimento diagnostico a cui accede il paziente dopo la fase di screening avviene in genere in una seconda seduta di raccolta dati. In realtà gli strumenti per la diagnosi e la cura della parodontite sono sempre gli stessi, anche per i casi complessi: sonda ed esame radiografico bidimensionale, completo periapicale in tutti i casi avanzati è necessario.

Ci sono dei parametri clinici irrinunciabili in tutti i casi perché sono i target di trattamento, ovvero quei parametri la cui modifica comporta una variazione della prognosi della malattia. Tra questi: tasche, sanguinamento al sondaggio, forcazioni, mobilità. Il livello di attacco clinico – più complesso da rilevare – e il livello osseo radiografico – più semplice e rapido – sono altri due parametri fondamentali di valutazione.

Quando si ha la possibilità di scegliere tra diverse opzioni terapeutiche, quali sono le variabili non strettamente cliniche che entrano nel processo decisionale?

Le opzioni terapeutiche nella cura delle malattie parodontali sono varie. Le attuali linee guida ministeriali, adattate dalla Sidp da quelle redatte dalla Federazione europea di parodontologia (Efp) aiutano il clinico nella scelta in funzione di parametri fondamentali come gli obiettivi terapeutici, le condizioni anatomiche e i fattori di rischio.

Ci sono tuttavia delle variabili extra cliniche che condiziona-

no la scelta: esigenze estetiche, età del paziente, condizioni di salute sistemica, fattori di rischio non controllabili. Il nostro corso punta anche molto sull’affinamento della sensibilità dei clinici sulle scelte terapeutiche considerando tutte le variabili, cliniche ed extra cliniche.

Tasche profonde. Quali sono le indicazioni per un trattamento corretto?

La prima cosa che ci sentiamo di dire è che le tasche vanno sempre trattate, in particolare le tasche sanguinanti; queste infatti caratterizzano in siti più propensi a progressione della parodontite. E per essere trattate devono essere misurate al baseline, cioè in un cavo orale che non ha ricevuto alcun trattamento o strumentazione.

Il primo step della terapia parodontale prevede il trattamento non chirurgico delle tasche, che ha generalmente un’efficacia enorme sulla loro riduzione, influenzata da diversi fattori, come l’efficacia nell’eliminazione dei fattori di rischio, la capacità del paziente nel controllo domiciliare del biofilm e la destrezza nel clinico nel controllo dell’infezione subgingivale. Alla fine di ogni fase di terapia, anche in questa, il percorso prevede un controllo qualità, che comprende una misurazione delle tasche, confrontando i valori con il baseline.

In pazienti che hanno un buon controllo di placca, tasche residue superiori a 4 millimetri devono essere considerate siti a rischio e in quanto tali candidati a una correzione chirurgica. Quest’ultima può essere di tipo conservativo, resettivo o rigenerativo. I criteri di scelta sono sia sito specifici (entità dei difetti associati, anatomia dei difetti sovra o infraossei, presenza di lesioni di forcazione) che paziente specifici (salute sistemica, esigenze estetiche, disponibilità economica). Avere competenze in parodontologia vuol dire soprattutto saper fare le scelte più idonee per quello specifico difetto in quello specifico paziente.

In che modo si può mantenere a lungo termine il risultato terapeutico ottenuto?

Questo è il punto cruciale: la parodontite è una malattia cronica degenerativa a eziologia multifattoriale e come tale va trattata. È il paziente che va considerato e non un difetto, un dente, un sestante... e il paziente deve essere trattato per tutta la vita. Infatti la terapia attiva termina necessariamente con una rivalutazione dei parametri biometrici che sono degli indicatori oggettivi di stabilità. In aggiunta, una valutazione del profilo di rischio di progressione – il metodo più affidabile secondo gli studi è proprio quello messo a punto dalla nostra scuola – consente di confermare o meno la quiescenza della parodontite.

In caso di conferma inizia per il paziente l’ultimo step, la terapia parodontale di supporto che lo accompagnerà per tutta la vita. Questa fase di terapia è troppo spesso sottovalutata, portando al fallimento a lungo termine della terapia parodontale complessiva, scoraggiando sia clinici che pazienti. Perché sia efficace, è indispensabile un’organizzazione dello studio odontoiatrico adeguata alla terapia delle malattie croniche. Siamo così convinti di questo che dedichiamo buona parte del primo modulo del corso alla continua valutazione diagnostica e prognostica e alle fasi organizzative della terapia non chirurgica, vero segreto del successo della terapia parodontale.

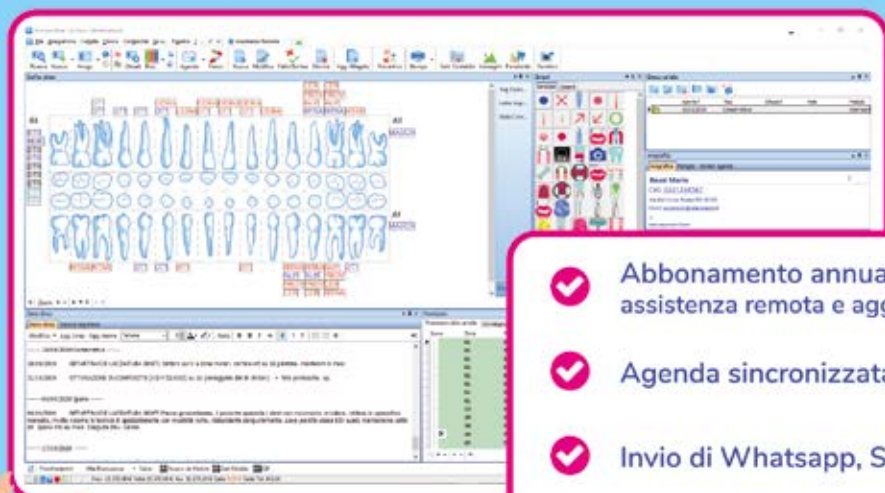
Come risolvere i difetti di tessuto molle su denti e su impianti?

Le tecniche sono molteplici e variano soprattutto in funzione degli obiettivi: copertura radicolare, copertura implantare, incremento dello spessore, modifica della qualità dei tessuti molli... difficile riassumerli. La domanda però ci fa piacere riceverla perché riguarda un modulo del corso (l’ultimo) che, forse anche un po’ per moda, è sempre molto apprezzato.

Renato Torlaschi



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**

Contratto collettivo nazionale di lavoro per gli studi professionali sdoganana il Cso

Da marzo via libera al Collaboratore di studio odontoiatrico (Cso). Può eseguire attività di supporto all'odontoiatra, ad esclusione dell'assistenza diretta alla poltrona e delle procedure di validazione e controllo della sterilizzazione

Fumata bianca per il Ccnl degli studi professionali. Dopo una lunga trattativa, nella serata di venerdì 16 febbraio Confprofessioni, per la parte datoriale, e le organizzazioni sindacali di Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs hanno firmato l'ipotesi di rinnovo del contratto, scaduto nel 2018, che ha una durata triennale e coinvolge circa un milione di lavoratori degli studi professionali. Il nuovo Ccnl entra in vigore l'1 marzo 2024 e avrà durata fino al 28 febbraio 2027. Il documento riprende l'impianto di quello scaduto nel 2018, con alcune innovazioni, e lo aggiorna all'attuale contesto socioeconomico.

«È stata una trattativa lunga e complessa, anche a causa di un contesto economico e sociale condizionato dalla pandemia e dalle spinte inflattive causate dalle crisi internazionali che hanno avuto un forte impatto sugli studi professionali. Il risultato dell'intesa è senza dubbio soddisfacente, perché è stato trovato un punto di equilibrio tra le diverse esigenze di lavoratori e datori di lavoro – ha dichiarato il presidente di Confprofessioni **Gaetano Stella** –. L'aumento retributivo ha tenuto conto delle dinamiche inflattive e dei cambiamenti in atto nel mercato del lavoro che impattano sugli studi professionali. Una particolare attenzione è stata posta sul welfare, che è stato ulteriormente rafforzato e che da sempre caratterizza la storia contrattuale degli studi professionali».

In sostanza è stato necessario trovare un punto di equilibrio tra la necessità di riconoscere l'oggettiva perdita di valore delle retribuzioni del personale impiegato e quella di consentire agli studi professionali la sostenibilità dei nuovi costi. Gli aumenti previsti sono attorno ai 200 euro per i lavoratori inquadrati nei livelli 3 e 4; è inoltre prevista un'indennità "una tantum" di 400 euro per qualsiasi livello contrattuale, che può essere anche ricompresa in attività di welfare, a compensazio-

ne del periodo dei sei anni di vacanza contrattuale pregressa.

Definito il profilo del Cso

Da Andi (tra i soci fondatori di Confprofessioni) riferiscono che «parte integrante del nuovo contratto collettivo è l'introduzione, nell'area medico-sanitaria e odontoiatrica e in modo permanente, della figura del Collaboratore di studio odontoiatrico (Cso) già introdotta nell'accordo sul personale odontoiatrico del 12 dicembre 2018. Detta figura è così definita: «a seguito del percorso formativo teorico-pratico specificamente disciplinato nell'allegato che è parte integrante del presente Ccnl, sulla base delle istruzioni e disposizioni dell'odontoiatra e sotto il suo diretto controllo esegue attività di supporto allo stesso odontoiatra in studi/strutture odontoiatriche autorizzate, se previste dalla legislazione regionale e in ogni caso non appartenenti al Ssn, partecipa ai flussi di lavoro come definiti dall'odontoiatra e prende parte all'accoglienza della persona assistita contribuendo al mantenimento, riordino, allestimento e cura degli spazi, attrezzature e dello strumentario, oltreché della documentazione clinica, amministrativa e contabile». La formazione del Cso è a carico dell'associazione datoriale (Andi) e comprende 90 ore complessive di formazione, delle quali 55 per formazione teorica e 35 per formazione pratica.

Un traguardo fortemente voluto da Andi, che sulle pagine di *Italian Dental Journal* aveva già denunciato una preoccupante carenza di personale negli studi per la difficoltà a reperire sul mercato del lavoro gli assistenti di studio odontoiatrico in regola con la normativa attuale. «La figura del Cso è stata voluta e fortemente sostenuta da Andi perché, da subito, sono apparse come limitanti le criticità del percorso formativo dell'Aso così come previsto dal Dpcm del 2018



e del 2022, in particolare da quando è decaduta la norma transitoria» precisa Andi in una nota e intanto ricorda che il Cso, come del resto l'Aso di prima assunzione, viene introdotto al quarto livello contrattuale. «Non si tratta di una figura sovrapponibile all'Aso – spiegano – né in opposizione ad essa; il Cso può, tuttavia, svolgere le mansioni di base dell'attività di suppor-

to dell'odontoiatra, ad esclusione dell'assistenza diretta alla poltrona e delle procedure di validazione e controllo della sterilizzazione degli strumenti riutilizzabili». Non ne sono convinti però i sindacati degli assistenti, che leggono nel Cso una figura in sovrapposizione o in sostituzione dell'Aso, e promettono battaglia.

Andrea Peren




Il nostro impegno, il tuo successo

Scegliendo un impianto Dental Tech assicurati ai tuoi pazienti la qualità di prodotti consolidati, ma anche perfezionati attraverso un'innovazione costante.

Soluzioni per far evolvere la tua pratica professionale.



Dental Tech
A colorful future

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

INFIAMMAZIONI GENGIVALI E PARODONTALI? LA SOLUZIONE!



Forhans **Clorexidina**

- ▶ COMBATTE LE INFEZIONI BATTERICHE
- ▶ RIDUCE LE INFIAMMAZIONI DEL CAVO ORALE
- ▶ TRATTAMENTO POST-OPERATORIO



dal 1951

URAGME Srl

Seguici su



www.uragmeonline.com



Acido ialuronico per parodontiti e perimplantiti: le indicazioni

L'acido ialuronico reticolato ad alto peso molecolare non presenta controindicazioni e nell'ambito della terapia non chirurgica della parodontite consente di accelerare la guarigione dei tessuti, favorendo l'angiogenesi



Vincenzo Iorio Siciliano

Con un'attenzione particolare alle tre specialità della chirurgia parodontale, della rigenerazione ossea guidata e delle infezioni perimplantari e parodontali, il 19 e 20 aprile avrà luogo a Barcellona il simposio Regedent "Novel regenerative concepts for dentistry". In quest'ambito **Vincenzo Iorio Siciliano**, professore a contratto di Parodontologia presso la scuola di specializzazione in Chirurgia odontostomatologica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, parlerà (tra le altre cose) dell'utilizzo dell'acido ialuronico in odontoiatria.

Ancora relativamente poco conosciuto, gli studi clinici hanno dimostrato che il trattamento con acido ialuronico è efficace nel ridurre la profondità delle tasche gengivali, migliorare l'attacco clinico e ridurre il sanguinamento al sondaggio. L'acido ialuronico è sicuro e ben tollerato dalla maggior parte dei pazienti.

Professor Iorio Siciliano, quando e per quali tipi di pazienti è indicato il trattamento non chirurgico con acido ialuronico di parodontite e perimplantite?

Nell'ambito del simposio Regedent verranno analizzati i protocolli di terapia non chirurgica sia per il trattamento delle parodontiti sia per quello delle perimplantiti. L'associazione dell'acido ialuronico con la strumentazione sotto-gengivale è indicata per tutti i pazienti affetti da parodontite. Inoltre, risultati soddisfacenti si sono registrati anche nel trattamento della mucosite perimplantare e della perimplantite. Questo presidio, oltre ad essere utilizzato

nel trattamento non chirurgico che è alla base della terapia parodontale, è raccomandato anche durante le fasi della terapia di mantenimento quando viene diagnosticata una recidiva.

Quali sono le controindicazioni?

Non ci sono controindicazioni specifiche nell'utilizzare l'acido ialuronico e non sono stati riportati eventi avversi in letteratura scientifica, come per esempio in termini di sovradosaggio.

Quali sono i vantaggi rispetto agli altri trattamenti abituali?

Premesso che la terapia non chirurgica della parodontite

(Step1 e Step2) senza presidi aggiuntivi è efficace nel ridurre il numero e la profondità delle tasche, l'aggiunta di acido ialuronico reticolato ad alto peso molecolare consente di accelerare la guarigione dei tessuti parodontali favorendo l'angiogenesi. Inoltre, riducendo i processi infiammatori, allevia il dolore post trattamento.

Come si esegue il trattamento non chirurgico?

Sia per il trattamento della parodontite che per quello delle perimplantite, l'acido ialuronico deve essere sempre associato alla strumentazione sotto gengivale non chirurgica (Step2), che potrà essere eseguita sia con strumenti ultrasonici che manuali oppure con una combinazione di entrambi. Al termine della strumentazione, l'acido ialuronico viene applicato all'interno della tasca in modo da sigillarla. Al termine della terapia il paziente non dovrà risciacquare.

Dal momento che l'acido ialuronico attrae e stabilizza il coagulo, in caso sia necessaria l'anestesia, si consiglia di non utilizzare un anestetico con vasocostrittore.

Quali principi biologici sono alla base dell'efficacia di questo trattamento?

L'acido ialuronico reticolato, grazie alle sue proprietà bio-

logiche, stabilizza il coagulo ed accelera l'angiogenesi così da ottenere una migliore vascolarizzazione dei tessuti. Inoltre, ha la capacità di attrarre i fattori di crescita che sono alla base della guarigione delle ferite. Grazie alle sue caratteristiche e alla sua lenta degradazione, riesce a rimanere in situ durante tutte le fasi del processo di guarigione.

Esistono dati in letteratura a supporto dell'efficacia del trattamento? Qual è la sua diffusione clinica?

Absolutamente non si tratta di un trattamento sperimentale dal momento che da molti anni sono presenti numerosi studi sia istologici e che trial clinici sul suo utilizzo in parodontologia. I dati scientifici riportano risultati soddisfa-

centi sia nella terapia non chirurgica che nelle procedure chirurgiche delle parodontiti. La questione resta aperta nel trattamento della perimplantite, dove è necessario implementare le evidenze scientifiche come del resto per tutte le altre terapie per il trattamento della malattia perimplantare. L'utilizzo dell'acido ialuronico reticolato sta avendo una grande diffusione nel mondo della parodontologia, non solo per i risultati clinici, ma soprattutto perché il dolore post trattamento è notevolmente ridotto grazie al suo elevato peso molecolare.

Qual è la sua esperienza in merito?

Sono molto soddisfatto dei risultati che riesco a ottenere nel trattamento non chirur-

gico della parodontite, sia da un punto di vista clinico sia per quanto riguarda la soddisfazione dei pazienti. La mia esperienza come clinico e come ricercatore e i risultati clinici che ho ottenuto con questo tipo di trattamento sono in linea con quanto riportato dagli studi scientifici in letteratura.

Per quanto riguarda il trattamento della perimplantite, sebbene siano necessarie ulteriori evidenze scientifiche, posso affermare che i risultati clinici e radiografici sono molto promettenti e soddisfacenti.

Renato Torlaschi





QUICK NO STIRO, LA DIVISA CHE NON STIRO.

Quick Medical Uniform è la scelta di ogni dentista alla ricerca di un capo sempre pronto all'uso.
Un tessuto funzionale innovativo che offre il massimo in ogni momento,
garantendo un notevole risparmio di tempo.

INQUADRA
E SCOPRI DI PIÙ



02 96.91.836
www.quickmedicaluniform.com

Quick Medical Uniform è un marchio registrato di Confezioni Cappello srl - Solaro (MI)

 **QUICK**
MEDICAL UNIFORM

Implantologia, mercato maturo Demografia ne guida lo sviluppo

In un mercato ormai maturo, l'attuale domanda di cure implanto-protesiche potrà essere sostenuta in futuro dalla popolazione immigrata. Un pieno passaggio al digitale sembra però fondamentale per offrire cure economicamente sostenibili



Roberto Rosso

Se vogliamo parlare di domanda odontoiatrica, soprattutto in riferimento allo sviluppo dell'implantologia in Italia, è di fondamentale importanza considerare il fattore demografico. Negli ultimi cinquant'anni l'invecchiamento della popolazione italiana è proceduto strutturalmente, e si stima che nel 2050 la quota di coloro con età uguale e superiore a 65 anni ammonterà al 34,9% della popolazione totale (nel 2000 tale percentuale era quasi la metà), con una longevità media attesa di 82,5 anni. Questo aumento progressivo della popolazione anziana determina anche maggiori esigenze di riabilitazioni implantoprotesiche e rifacimenti, che rientrano sempre di più a pieno diritto nella cosiddetta "silver economy".

Interesse per riabilitazioni durature ed estetica

All'aumento dell'aspettativa di vita (*lifespan*), allungata di oltre 15 anni negli ultimi 50, non è corrisposta una parallela crescita della speranza di vita in buona salute (*healthspan*), ovvero il lasso temporale vissuto senza il manifestarsi di patologie, indice di qualità della vita. Il divario tra i due indici è di 14 anni (fig. 1). Nasce quindi una nuova consapevolezza, un bisogno di longevità sana, di appartenenza e inclusione sociale, per una "terza età" da vivere in salute e, spesso, con maggiori disponibilità economiche.

Questa necessità di benessere psico-sociale condiziona in modo strutturale la domanda odontoiatrica e implantologica. Infatti, stiamo osservando una diminuzione piuttosto significativa delle protesi mobili e, allo stesso tempo, un aumento dei procedimenti di protesi fissa, implantologia e ortodonzia, oltre ai trattamenti di cosmetica dentale. Ad esempio, nella recente ricerca OmniVision Implant realizzata da Key-Stone e condotta su 400 implantologi, il 35% degli intervistati ha riscontrato un aumento di pazienti over 70 anni che si sottopongono a trattamenti di implantologia. Ciò non toglie che per una

parte della popolazione la concreta possibilità di affrontare la spesa per un trattamento implanto-protesico rimane un ostacolo.

Sostenibilità economica

Quanto descritto non può farci dimenticare che una parte cospicua della popolazione italiana vive, in ogni caso, una condizione economica difficile, e ciò determina maggiori necessità di cure relative a quelle che potremmo definire come patologie primarie, carie e parodontiti in primis, che spesso non vengono affrontate se non quando le esigenze riabilitative divengono ormai indispensabili.

La situazione è peraltro acuita dalla lenta ma strutturale crescita della popolazione immigrata (oltre 5 milioni, quasi il 9% dei residenti in Italia) che, se da un lato contribuisce in sostanziale al mantenimento dei saldi demografici (se il Paese si basasse sui soli saldi, le dimensioni della popolazione crollerebbero al ritmo di circa lo 0,6% all'anno), dall'altro svolge generalmente lavori meno remunerati, sia pur indispensabili al funzionamento economico e sociale del Paese. Questa parte di popolazione rappresenta, quindi, un target rilevante anche per le cure dentistiche.

Voglio soffermarmi sul tema migratorio, che peraltro ci riguarda anche per le decine di migliaia di giovani italiani in uscita ogni anno, poiché i tassi di natalità sono sostenuti soprattutto dalla popolazione straniera residente in modo stabile in Italia. La popolazione straniera residente in Italia è caratterizzata da tassi di natalità più elevati. L'incidenza degli stranieri residenti sul totale della popolazione italiana è particolarmente rilevante, infatti, nella fascia dell'età evolutiva (14%), con picchi di oltre il 25% di bambini nati da madre straniera in alcune regioni del Nord Italia (Lombardia ed Emilia-Romagna in particolare).

Ciò determina una proiezione di aumento del peso di popolazione di origine straniera a prescindere dalle future politi-



Fig. 1

che di controllo dell'immigrazione, e i cittadini di origine straniera, sia pur socialmente integrati, presentano generalmente un livello di reddito inferiore alle medie italiane, il che contribuisce alla necessità di sviluppo di una odontoiatria "sostenibile" per determinati segmenti di popolazione. Tutte queste dinamiche influenzano la domanda di cure odontoiatriche e la tipologia di pazienti. Da una parte si trovano le fasce più agiate della popolazione, caratterizzate da un basso tasso di natalità. Questo segmento è probabilmente più legato a necessità di prevenzione, con un maggiore impatto delle problematiche odontoiatriche da patologie indirette (disturbi sistemici con relativo impatto a livello di patologia gengivale/parodontale) e caratterizzato da una forte attenzione all'estetica. Dall'altra parte si trovano gli individui appartenenti alle fasce socio-economiche più basse, culturalmente meno evolute e caratterizzate da un alto tasso di natalità. Questo segmento, come anticipato, è maggiormente soggetto a problematiche di edentulia.

A questo proposito la ricerca Key-Stone OmniVision Salus dimostra che il 70% di coloro che hanno un reddito inferiore a 1.000 euro mensili presenta edentulie totali o parziali che vengono risolte solo quando le condizioni economiche lo permettono.

Tecnologie e prodotti

In questo contesto di eterogeneizzazione delle necessità si può più facilmente rispondere grazie all'evoluzione tecnologica, che consente la creazione di un contesto moderno di cure dentali di qualità e accessibili alla popolazione. L'impatto dell'attuale trasformazione digitale è particolarmente evidente nei settori delle protesi su impianti, dell'ortodonzia con gli allineatori (trattamenti sempre più interconnessi in una logica multidisciplinare), delle restaurazioni indirette ad alto livello estetico, come nel caso delle faccette dentali. In questi trattamenti il flusso digitale influisce su tutto il processo: dalla diagnosi, passando per la pianificazione del trattamento e la chirurgia guidata nel caso degli impianti, fino alla produzione diretta di

dispositivi.

Secondo diverse ricerche di Key-Stone, i dentisti che utilizzano tecnologie digitali confermano notevoli miglioramenti nella qualità della chirurgia orale ed estetica grazie alla pianificazione digitale, allo sviluppo di opportunità di lavoro multidisciplinare (ad esempio, allineamenti precedenti alla protesi) o alla possibilità di utilizzare materiali protesici più estetici e durevoli. Anche per quanto riguarda gli aspetti economici, la maggior parte dei dentisti "digitalizzati" conferma un significativo risparmio di tempo e riduzione delle fasi chirurgiche e protesiche, la realizzazione di protesi con un impatto economico inferiore anche per il paziente o la possibilità di fabbricare "in-house" alcuni dispositivi. Senza dimenticare altri possibili risparmi e il comfort per il paziente nelle fasi successive grazie alla teleodontoiatria e a una più efficace accettazione dei piani di trattamento, frutto di una migliore comunicazione attraverso i sistemi di simulazione dei risultati clinici. Possiamo quindi affermare con certezza che la trasformazione digitale è da considerarsi oggi il primo fattore di sviluppo dell'implantologia.

Impatto sullo sviluppo dell'implantologia

Indubbiamente, la principale modalità per analizzare la domanda di trattamenti implantari è strettamente connessa al consumo di impianti a volume da parte degli studi dentistici italiani, che Key-Stone misura trimestralmente su un panel

di fabbricanti che copre oltre il 70% del mercato, e che consente di proiettare tali vendite sul mercato totale di impianti in Italia.

La fase pandemica è stata caratterizzata da una forte tendenza a posticipare i trattamenti odontoiatrici da parte della popolazione. Tale tendenza ha generato un importante "effetto rimbalzo". Come si può osservare nel grafico (fig. 2), le terapie rimandate nel 2020 e durante la prima metà del 2021 hanno iniziato a mostrare una ripresa nella seconda metà del 2021; anno che ha mostrato una notevole crescita nella domanda di servizi odontoiatrici, con un aumento che si è consolidato anche nel 2022. Pertanto, il posticipo delle terapie ha determinato un aumento della domanda per far fronte alla proliferazione di alcune patologie, in particolare la parodontite, ma anche le carie, con la conseguente necessità di estrazioni dentali. Questo aumento delle estrazioni e dei trattamenti parodontali è stato confermato anche dagli studi recenti di Key-Stone.

La situazione attuale, specialmente dopo la seconda metà del 2023, è a tutti gli effetti una "nuova normalità" successiva alla pandemia, in cui si riscontra una crescita limitata della domanda, ma comunque a livelli superiori rispetto al 2019. Il mercato degli impianti in Italia può comunque essere tecnicamente definito "maturo", poiché il picco massimo di impianti venduti è probabilmente stato raggiunto nel 2019. Tra il 2021 e il 2023 è stato registrato un forte aumento dei trattamenti implantari, che in gran parte può essere attribuito al calo del 2020. Nel 2023 si è registrata un'ulteriore piccola crescita, ma considerando che nel biennio 2020-2021 si sono collocati oltre 450.000 impianti in meno rispetto ai trend storici previsti, possiamo confermare che i risultati recenti sono dovuti, a tutti gli effetti, al recupero tecnico del mercato e non a una fase espansiva.

Roberto Rosso
Presidente Key-Stone



Fig. 2: quantità di impianti (in milioni) venduti in Italia

Aisod e il ruolo del sedazionista: «sedazione cosciente riduce i rischi»

Per l'Associazione italiana sedazionisti odontoiatri, autrice delle linee guida italiane sull'argomento, la sedazione cosciente è sicura, può essere praticata in autonomia dagli odontoiatri e riduce il rischio di complicanze perioperatorie



«I dentisti hanno il dovere di assicurare, e i pazienti il diritto di ottenere, cure prive di dolore e di ansia. I metodi farmacologici per il controllo del dolore e dell'ansia includono l'anestesia locale e le tecniche di sedazione cosciente» (General Dental Council, 1997).

Tra le prestazioni di competenza del medico odontoiatra vi è l'anestesia locale, e il pro-

fessionista sceglie la tecnica più adatta al caso specifico e alle necessità del paziente. Rientra altresì tra le competenze del medico odontoiatra la sedazione cosciente, una procedura che non aggiunge ulteriori rischi, semmai li riduce. Si tratta di una metodica indispensabile per la formazione del medico odontoiatra, già inserita nella direttiva europea del 25 luglio 1978

(78/687/CEE), concernente «il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per le attività di dentista».

La legge 24 luglio 1985, n. 409 che istituì la professione sanitaria di odontoiatra, all'articolo 2, prevede che gli odontoiatri possano «prescrivere tutti i medicinali necessari all'esercizio della loro professione». Consistendo la

sedazione cosciente nell'utilizzo di tecniche farmacologiche con rischio pari se non inferiore a quello determinato dalla somministrazione dell'anestetico locale, si ritiene che la metodica della sedazione cosciente possa rientrare nell'accezione dei medicinali necessari all'esercizio della professione.

Inoltre è opportuno ricordare che praticare la sedazione co-

sciente è un dovere per il medico odontoiatra quando sussistono le indicazioni al suo utilizzo, e che la sua applicazione è permessa all'odontoiatra in completa autonomia.

Le tecniche di sedazione per l'odontoiatria

Come noto la sedazione cosciente è una tecnica che induce il rilassamento del paziente senza perdita della coscienza e può essere realizzata mediante uno o più farmaci somministrati per via inalatoria, enterale o endovenosa. I farmaci utilizzati in ambito odontoiatrico (protossido di azoto e benzodiazepine) agiscono sul sistema nervoso centrale e, ai dosaggi utilizzati, determinano prevalentemente ansiolisi e lieve alterazione della coordinazione motoria, mantenendo la coscienza e i riflessi protettivi delle vie aeree. Il paziente in sedazione cosciente risponde infatti in modo appropriato ai comandi verbali e/o tattili.

La sedazione cosciente, riducendo l'ansia e il disagio, permette al paziente di tollerare anche interventi indaginosi o di lunga durata. I farmaci e le tecniche impiegate per indurre la sedazione cosciente odontoiatrica assicurano la stabilità delle funzioni vitali, evitando la sedazione profonda e la perdita di coscienza. Pertanto non vi può essere confusione o sovrapposizione di competenze con il medico anestesista: la sedazione odontoiatrica, proprio in quanto rimane nell'ambito della coscienza, è di pertinenza dell'odontoiatra, mentre la sedazione profonda è di pertinenza dell'anestesista.

Nello specifico, le tecniche di sedazione cosciente consentite all'odontoiatra sono:

- la sedazione cosciente inalatoria, che prevede l'utilizzo di una miscela di protossido di azoto e ossigeno mediante l'utilizzo di una "sedation machine";
- la sedazione cosciente enterale, che prevede la somministrazione di una singola dose di farmaco ansiolitico;
- la sedazione cosciente en-

dovenosa, che prevede la somministrazione per via venosa di una benzodiazepina ad azione ansiolitica/sedativa.

Linee guida Aisod sono il punto di riferimento

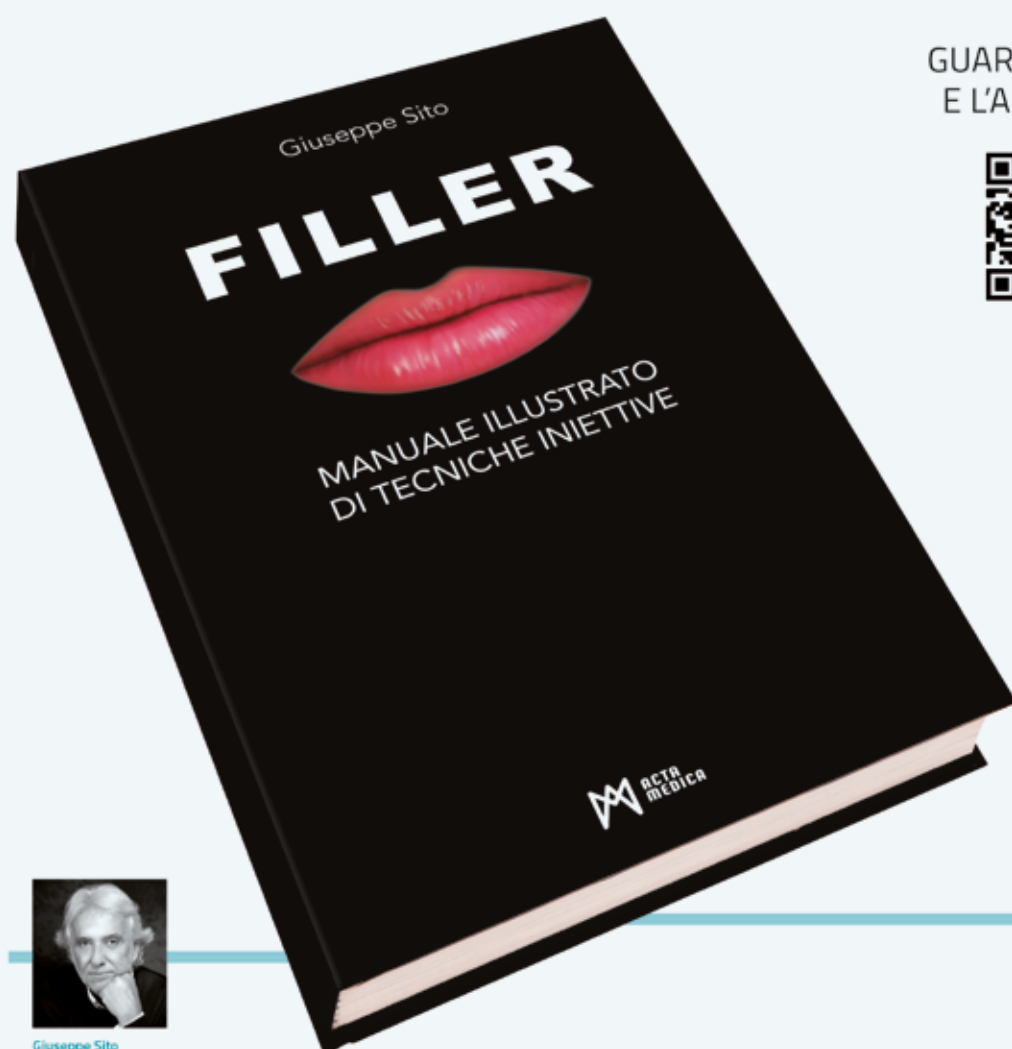
La metodica della sedazione cosciente in odontoiatria ha trovato la sua prima contestualizzazione ufficiale nelle linee guida dell'Associazione italiana sedazionisti odontoiatri (Aisod) pubblicate nel 2021 nel Sistema nazionale linee guida (www.aisod.it/linee-guida). È stato così possibile iniziare un concreto percorso con prospettive future, culturali e di ricerca, in ambito specialistico interdisciplinare.

La sedazione cosciente in odontoiatria viene praticata in autonomia dai medici odontoiatri ed è uno strumento per aiutare il paziente a superare le proprie paure, per ridurre il rischio di complicanze perioperatorie e per fornire prestazioni odontoiatriche maggiormente sostenibili sia dal punto di vista economico che biologico.

L'ansia è fonte rilevante di disagio perché peggiora la qualità della vita, aumentando la percezione del dolore e scatenando reazioni emodinamiche nel paziente che possono esporlo al rischio di incidenti cardiovascolari. Questi ultimi possono essere prevenuti da un trattamento odontoiatrico effettuato in ansiolisi e la sedazione cosciente deve quindi essere parte integrante di questo trattamento. Particolare importanza assume la sedazione cosciente praticata in ambiente ospedaliero, quando diventa strumento indispensabile per l'accesso alle cure di pazienti fragili che presentano elevato rischio anestesilogico, perché consente di ridurre tale rischio allargando la platea dei pazienti trattabili ambulatorialmente, con grande vantaggio economico per il servizio sanitario nazionale.

Associazione italiana sedazionisti odontoiatri

SECONDA EDIZIONE



GUARDA L'INDICE
E L'ANTEPRIMA



Formato 17x24 cm
224 pagine
132 illustrazioni,
144 fotografie,
33 video
Seconda edizione
marzo 2024



Giuseppe Sito

«Mi sono reso conto che quello che manca a noi medici estetici è un libro con nozioni pratiche che descrivano esattamente "dove, come e che cosa", un volume che ci porti per mano e con le giuste illustrazioni spieghi fin dove dobbiamo arrivare e cosa creare, perché l'uso dei filler è un'arte che ci spinge e ci aiuta a creare, a svelare la bellezza che è già nei nostri pazienti, a riportarla a galla, così come lo scultore muove lo scalpello su di un marmo solo apparentemente inanimato.

Ho voluto inserire nel volume dei video in alta definizione che davvero possano mostrare a ciascuno di voi come e dove mettere le mani e la siringa, così che le vostre manovre siano innanzitutto scerve di pericoli e diano a tutti noi, anche a me, la soddisfazione di veder nascere un'opera d'arte».

prezzo di copertina
109 euro

Acquista la tua copia su
WWW.GRIFFINEDITORE.IT



Disordini temporo-mandibolari: da Gsid un decalogo per il clinico

Per gli esperti del Gruppo di studio italiano dolore orofacciale e disordini temporo-mandibolari (Gsid), la correzione di presunte anomalie occlusali non deve essere considerata un target terapeutico per queste condizioni cliniche



Daniele Manfredini

I pazienti che soffrono di disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare potrebbero avvertire dolore e rigidità dei muscoli masticatori, mal di testa cronico, dolore al collo e alle spalle, mobilità limitata o blocco della mandibola, dolore alle orecchie o ronzio nelle orecchie, vertigini, rumori a livello dell'articolazione quando si apre o si chiude la bocca. «Il grosso della sintomatologia è legata a una forma di sovraccarico, che deve essere correttamente gestita in primis ragguagliando il paziente della problematica, per poi procedere nella maggior parte dei casi a una gestione conservativa, controllando il dolore e riducendo il carico muscolo-scheletrico» suggeriscono gli esperti del Gruppo di studio italiano dolore orofacciale e disordini temporo-mandibolari (Gsid), che ha messo a punto un decalogo di comportamento nei casi con disordini temporo-mandibolari rivolto ai colleghi odontoiatri. In dieci punti gli autori vogliono offrire al professionista che si trova alle prese con un paziente con disordini temporo-mandibolari i dogmi basati sull'evidence based medicine per il corretto inquadramento e la gestione

del caso, allo scopo di evitare inutili sovratrattamenti.

Il decalogo è stato scritto dagli esperti del Gsid e dalla collegata Orofacial Pain Academy, coordinati dal professor **Daniele Manfredini**, titolare della cattedra di Fisiologia stomatognatica all'Università di Siena, tra i massimi esperti internazionali in materia di dolore orofacciale. Riportiamo di seguito i punti del decalogo, pubblicato sul sito della società scientifica (www.gsid.academy).

I punti del decalogo Gsid

- 1) I disordini temporo-mandibolari sono un gruppo di condizioni che possono causare dolore o altra sintomatologia di origine muscolo-scheletrica.
- 2) L'eziologia dei disordini temporo-mandibolari è multifattoriale, legata a una combinazione di fattori di rischio locali e sistemici.
- 3) In assenza di patologie sistemiche o condizioni primarie, la fisiopatologia dei disordini temporo-mandibolari è legata a fenomeni di sovraccarico.
- 4) La diagnosi è anamnestico-clinica: ciò che il paziente dice, indirizza il percorso diagnostico, e il cervello dell'operatore lo guida.

5) L'unico ausilio strumentale di comprovata efficacia prescrittiva in casi selezionati è la diagnostica per immagini: risonanza magnetica come gold standard, Cbct per specifiche indicazioni.

6) Nessuno strumento tecnologico ha accuratezza diagnostica sufficiente per discriminare i sani dai malati.

7) La terapia dei disordini temporo-mandibolari è in-

dirizzata alla gestione dei sintomi e, ove possibile, al controllo dei fattori causali e predisponenti. Essa riconosce nel controllo del dolore, nel riposo muscolo-scheletrico e nel ristoro funzionale i tre obiettivi principali.

8) La maggioranza dei pazienti risponde a terapie conservative incentrate su approcci cognitivo-comportamentali, fisioterapici, far-

macologici e sull'impiego del bite come stampella provvisoria. La chirurgia trova indicazione in casi selezionati.

9) La presenza di dolore cronico deve far sospettare una componente neuropatica con sensitizzazione centrale e/o far riconsiderare l'impianto diagnostico.

10) La correzione di presunte anomalie occlusali (anche strumentalmente "diagnosti-

cate") non deve essere considerata un target terapeutico per i disordini temporo-mandibolari.

11) L'evidenza scientifica e l'etica professionale impongono di mettere il paziente (e il motivo della visita) e non l'odontoiatra (e i suoi tecnicismi) al centro della visita e del programma di cura.

Andrea Peren



Più tessuto osseo
Più pazienti
Più trattamenti

Backtaper
Superficie microstrutturata
Posizionamento subcrestale
L'evoluzione del platform switching -
Bone Growth Concept
di bredent medical



SCAN ME!



360° IMPLANTOLOGY



Bone Growth Concept

Open for next

Distributore per l'Italia:
bredent s.r.l.

DENTAL INNOVATIONS
SINCE 1974

bredent GROUP

Bredent srl - Via Roma, 10 - 39100 Bolzano - Italia - T. +39 0471 469576 / +39 0471 400781 - F. +39 0471 469573 - www.bredent.it - info@bredent.it
PIVA - Codice Fiscale R.I. di Bolzano N. 02240570214 - Cap. Soc. IV. Euro 50.000 - REA n. BZ-165004

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

CHIRURGIA

Aumento tessuti molli perimplantari: confronto tra materiali e tempistiche

Qual è la soluzione migliore per ripristinare i tessuti molli perimplantari, un innesto di connettivo autogeno o un biomateriale xenogenico? Un team di ricercatori dell'Università medica di Wrocław, in Polonia, ha provato a rispondere a questa domanda, presentando sul *Journal of Clinical Medicine* i risultati a cinque anni di un trial randomizzato.

Le ricerche hanno dimostrato che un corretto spessore orizzontale e verticale del tessuto connettivo gengivale è uno dei fattori di successo nella chirurgia implantare e ricostruttiva dentale. Una buona qualità del tessuto molle determina la possibilità non solo di ottenere una chiusura completa della ferita primaria durante la ricostruzione del difetto osseo, ma assicura anche un trattamento implantare efficace. Inoltre, è molto importante garantire il corretto profilo emergente del restauro supportato dall'impianto, che offre l'opportunità di ottenere il migliore risultato estetico. Nel lungo termine, la larghezza e lo spessore corretti del tessuto cheratinizzato attaccato alle filettature dell'impianto sono il punto chiave per assicurare la posizione stabile della linea gengivale intorno al collo dell'impianto. Quando si trova tessuto sottile, possono essere utilizzati diversi metodi per aumentare lo spessore della gengiva, che agiscano sia sul volume che sul miglioramento della qualità del tessuto. Ne sono stati descritti molti, tra cui le tecniche chirurgiche con lembi peduncolati (lembi spostati coronalmente o lembi ruotati) o gli innesti di tessuto autogeno. Tuttavia, il prelievo di innesti di tessuto connettivo comporta un ulteriore onere per il paziente, principalmente sotto forma di un secondo sito operatorio e del dolore che questo comporta. Come alternativa al tessuto del paziente, possono essere uti-



lizzati materiali xenogenici per il trapianto. La questione fondamentale è scegliere un materiale che garantisca il massimo effetto terapeutico, riducendo al minimo l'influenza negativa sulla salute del paziente.

Lo scopo dello studio polacco è stato il confronto tra le procedure di aumento gengivale utilizzando un trapianto di tessuto connettivo palatale o un sostituto di tessuto molle xenogenico,

valutando anche se la tempistica della chirurgia di trapianto influenzasse gli esiti clinici.

Lo studio originale è stato un trial controllato randomizzato con un totale di 75 impianti posizionati. I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi. Nel primo non è stata applicata nessuna tecnica di aumento gengivale. Nel secondo, l'intervento di ispessimento dei tessuti molli è stato effettuato tre mesi prima del posizionamento dell'impianto; nel terzo, tre mesi dopo. I pazienti del secondo e terzo gruppo sono stati ulteriormente suddivisi in sottogruppi in base al tipo di materiale utilizzato per l'aumento gengivale: un innesto di tessuto connettivo o una matrice di collagene xenogenico.

In entrambi i casi si sono osservati risultati clinici migliori nel mantenere il livello dell'osso alveolare e lo spessore della gengiva aderente rispetto al gruppo di controllo senza aumento gengivale. La matrice di collagene xenogenico ha mostrato un buon rendimento clinico rispetto al controllo; tuttavia, l'aumento dei tessuti molli con il tessuto connettivo palatale prima del posizionamento dell'impianto è risultato essere il metodo più efficace in termini di aumento stabile dello spessore del tessuto: durante l'intero periodo di osservazione, si è avuto il maggior aumento di spessore (1,035 mm).

Giampiero Pilat

Hadzik J, Błaszczyzyn A, Gedrange T, Dominiak M. Soft-tissue augmentation around dental implants with a connective tissue graft (CTG) and xenogeneic collagen matrix (CMX)-5-year follow-up. *J Clin Med*. 2023 Jan 24;12(3):924.

THE BEST OF EVIDENCE BASED DENTISTRY



a cura di
Stefano Daniele
odontoiatra

NASCITE PRETERMINE: RISCHIO TRE VOLTE SUPERIORE NELLE DONNE CON MALATTIA PARODONTALE

Condizione clinica

Si stima che la nascita prematura interessi circa 15 milioni di nati nel mondo, la maggior parte dei quali presenta anche una condizione di sottopeso, vale a dire inferiore a 2500 grammi al momento della nascita. Alcuni studi hanno correlato la presenza di malattia parodontale nelle donne in gravidanza con le condizioni, spesso letali, di nascita prematura e sottopeso del

nascituro. I meccanismi che associano tra loro queste condizioni non sono ancora ben chiariti ma si ipotizza una migrazione diretta di batteri parodontali patogeni verso il feto attraverso il circolo ematico oppure – o in combinazione – una reazione infiammatoria placentare come conseguenza della diffusione dei mediatori infiammatori parodontali attraverso il circolo sanguigno. Una recente umbrella review ha raccolto evidenze sul fatto che una prevenzione, oppure una cura, della malattia parodontale nelle donne in gravidanza riduca il rischio di nascita prematura e sottopeso del nascituro.

Dati di evidenza scientifica

Per preparare la struttura della revisione sono stati impiegati i quesiti Pico e, nello specifico:

- P (popolazione): donne in gravidanza che hanno dato alla luce un nascituro prematuro e sottopeso;
- I (intervento): donne in gravidanza affette da malattia parodontale;
- C (confronto): donne in gravidanza sane e non affette da malattia parodontale;
- O (outcome): associazione tra donne in gravidanza affette da malattia parodontale e nascita prematura (inferiore alle 37 settimane) o sottopeso (2.500 grammi).

La selezione degli studi ha permesso di includere 15 revisioni sistematiche (studi clinici controllati e randomizzati) per l'analisi qualitativa e 7 revisioni

sistematiche per l'analisi quantitativa o metanalisi.

La sintesi dei risultati ha messo in evidenza che la malattia parodontale presente nelle donne in gravidanza è associata con il rischio di avere una nascita prematura o sottopeso del nascituro, oppure le due condizioni in concomitanza tra loro.

Implicazioni cliniche

- 1) Esistono evidenze riguardo l'associazione tra donne in gravidanza affette da malattia parodontale e situazioni di nascita prematura o/e sottopeso del nascituro con un livello di rischio che è di circa tre volte superiore rispetto alle donne in gravidanza non affette da malattia parodontale.
- 2) È importante nelle giovani donne in età fertile enfatizzare la cura dei tessuti parodontali oppure, se già affette da malattia parodontale, intervenire in maniera precoce con la terapia causale della malattia, in maniera particolare se le aspettative della donna sono correlate alla procreazione.

Fonte: Padilla-Cáceres T, Arbildo-Vega HI, Caballero-Apaza L, Cruzado-Oliva F, Mamani-Cori V, Cervantes-Alagón S, Munayco-Pantoja E, Panda S, Vásquez-Rodrigo H, Castro-Mejía P, Huaita-Acha D. Association between the risk of preterm birth and low birth weight with periodontal disease in pregnant women: an umbrella review. *Dent J (Basel)*. 2023 Mar 7;11(3):74.

CHIRURGIA

Estrazioni prima della radioterapia sono un fattore di rischio per l'osteoradionecrosi

Nel trattamento del cancro testa-collo, la radioterapia primaria o adiuvante, da sola o in combinazione con la chemioterapia, può produrre effetti collaterali anche gravi. Tra questi, il più importante è l'osteoradionecrosi, di cui gli studi riportano un'incidenza molto variabile, in funzione della popolazione esaminata e delle diverse definizioni diagnostiche. Questa complicanza provoca la morte del tessuto osseo e sintomi che vanno dal dolore o gonfiore nella zona della mandibola alle fratture dell'osso mascellare.

Un gruppo di ricerca italiano, il cui primo autore è **Carlo Lajolo** dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha pubblicato su *Oral Diseases* una revisione sistematica, condotta allo scopo di stimare il tasso di osteoradionecrosi nei pazienti con cancro testa-collo a causa di estrazioni dentali eseguite prima della radioterapia e di identificare possibili fattori di rischio.

Secondo la letteratura il tasso di incidenza di osteoradionecrosi è del 2,2% nei pazienti sottoposti a estrazione dentaria prima della radioterapia; si tratta pertanto di una questione critica da considerare e discutere con i pazienti. «Il trattamento dell'osteoradionecrosi è difficile, frustrante e richiede tempo – ricordano gli autori –. Molti fattori di rischio sono stati individuati, anche se il loro ruolo non è stato completamente chiarito».

In generale, la raccomandazione clinica è quella di rimuovere le foci dentali prima dell'inizio della radioterapia: in particolare la recrudescenza di una malattia dentale, specialmente un ascesso odontogeno, potrebbe interferire pesantemente con il programma di radioterapia, riducendo potenzialmente il tasso di sopravvivenza dei pazienti. Per questo motivo, l'estrazione dei denti è spesso raccomandata prima della radioterapia, ma non risulta al momento disponibile un algoritmo decisionale che aiuti a deter-



Paziente in radioterapia per carcinoma orale a cellule squamose con osteoradionecrosi mandibolare
Fonte: Biomedicines 2023 Dec 18;11(12):3339.

minare quali denti dovrebbero essere estratti e neppure un protocollo chirurgico ben definito che potrebbe ridurre l'incidenza dell'osteoradionecrosi.

Inoltre, solo pochi studi ne specificano il momento dell'insorgenza. Alcuni clinici hanno stimato che la diagnosi avvenga mediamente tre mesi dopo la radioterapia, mentre altri hanno riportato casi di diagnosi avvenuta dopo 30 e 40: sarebbero necessari studi con un follow-up più lungo per definirne chiaramente il tasso a seguito di estrazioni dentali.

Riguardo ai fattori di rischio, non si possono trarre conclusioni chiare, ma il sito di estrazione del dente e il motivo dell'estrazione sembrano essere i più rilevanti. La mandibola è di gran lunga più colpita rispetto alla mascella, forse per la sua maggiore densità ossea e il minor supporto vascolare.

Anche se sembra ragionevole credere che allungare il lasso di tempo tra l'estrazione del dente e l'inizio della radioterapia possa portare a una riduzione del rischio, questo lasso di tempo è troppo lungo per i pazienti oncologici.

Un'altra considerazione clinica dovrebbe essere fatta sui dati riguardanti lo stato di igiene orale dei pazienti sottoposti a estrazioni dentali prima della radioterapia. Nessuno degli studi inclusi in questa revisione sistematica prende in considerazione adeguatamente questa variabile, ma c'è chi suggerisce la malattia parodontale come possibile fattore di rischio.

Renato Torlaschi

Lajolo C et al. Tooth extraction before radiotherapy is a risk factor for developing osteoradionecrosis of the jaws: a systematic review. *Oral Dis.* 2021 Oct;27(7):1595-1605.

IGIENE ORALE

Polmoniti ospedaliere, igiene orale con spazzolamento dei denti è misura efficace di prevenzione

I risultati di una revisione sistematica e metanalisi di 15 studi clinici randomizzati, con una popolazione effettiva di 2.786 pazienti, suggeriscono che lavarsi i denti quotidianamente può essere utile per ridurre in modo significativo il rischio di contrarre polmonite in ospedale. Come si legge su *Jama Internal Medicine*, l'effetto è particolarmente significativo nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica e in terapia intensiva: la durata della ventilazione stessa si riduce, la degenza in terapia intensiva è più breve e anche i tassi di mortalità di abbassano.

«Il segnale che abbiamo osservato in direzione di una minore mortalità è sorprendente: suggerisce che spazzolare regolarmente i denti in ospedale potrebbe salvare vite – ha affermato l'autore corrispondente **Michael Klompas**, epidemiologo ospedaliero e medico specializzato in malattie infettive presso l'Istituto di assistenza sanitaria Harvard Pilgrim di Boston, nel Massachusetts –. È raro nel mondo della medicina preventiva ospedaliera trovare qualcosa di così efficace e poco costoso. Invece di un nuovo dispositivo o farmaco, il nostro studio indica che qualcosa di così semplice come lavarsi i denti può fare una grande differenza».

La polmonite acquisita in ospedale si verifica quando batteri presenti nella bocca entrano nelle vie respiratorie di un paziente e infettano i polmoni. I pazienti più fragili e quelli con un sistema immunitario indebolito sono particolarmente suscettibili allo sviluppo di questa complicanza, temuta e relativamente frequente durante i ricoveri ospedalieri. Tuttavia, adottare una routine quotidiana di spazzolamento dei denti può ridurre la quantità di batteri nella bocca, potenzialmente diminuendo il rischio di sviluppare la polmonite acquisita in ospedale.

Per realizzare la revisione sistematica e metanalisi, il team di ricerca ha utilizzato una varietà di database, raccogliendo e analizzando dati da trial clinici randomizzati provenienti da tutto il mondo, che confrontavano l'effetto della cura orale regolare con lo spazzolamento dei denti rispetto alla cura orale senza spazzolamento dei denti sull'insorgenza di polmonite acquisita in ospedale e su altri esiti.

La maggior parte degli studi nella revisione del team ha esplo-



rato il ruolo di una routine di pulizia dei denti negli adulti in terapia intensiva. Solo due dei 15 studi inclusi nell'analisi hanno valutato l'impatto dello spazzolamento dei denti in pazienti non ventilati. I ricercatori ritengono probabile che l'effetto protettivo dello spazzolamento dei denti si estenda anche ai pazienti non in terapia intensiva, ma sono necessari ulteriori studi focalizzati su questa popolazione per chiarire se questo sia effettivamente il caso.

«I risultati del nostro studio sottolineano l'importanza di implementare una routine di igiene orale che includa lo spazzolamento dei denti per i pazienti ricoverati. La nostra speranza è che questo studio contribuisca a promuovere politiche e programmi per garantire che i pazienti ricoverati spazzolino regolarmente i loro denti. Se un paziente non può svolgere il compito da solo, consigliamo l'assistenza di un membro del team di cura del paziente» ha dichiarato Klompas.

Giampiero Pilat

Ehrenzeller S, Klompas M. Association between daily toothbrushing and hospital-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Jama Intern Med.* 2023 Dec 18:e236638.

Italian Dental Journal

Mensile di attualità clinica, scientifica e professionale in odontoiatria
Anno XIX - numero 2 - marzo 2024
Numero chiuso in redazione il 1 marzo



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, Monica Oldani, Giampiero Pilat, Renato Torlaschi

PUBBLICITÀ

Direttore commerciale

Giuseppe Roccucci g.roccucci@griffineditore.it

Direttore vendite

Stefania Bianchi s.bianchi@griffineditore.it

Direttore marketing

Paola Cappelletti p.cappelletti@griffineditore.it



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

Stampa

Caratteri Mobili srl - www.caratterimobili.eu

Tiratura del presente numero: 12.000 copie

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

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

REMINERALIZZAZIONE ALL'ENNESIMA POTENZA.



- RAPIDA
- DURATURA
- BREVETTATA
- CLINICAMENTE DIMOSTRATA

CURASEPT[®] BIOSMALTO LINEA CARIE ABRASIONE EROSIONE

Numerosi studi internazionali attestano che la linea **CURASEPT BIOSMALTO Carie, Abrasione & Erosione** grazie alla sua formulazione brevettata con Idrossiapatiti Parzialmente Sostituite *“dimostra una remineralizzazione di smalto e dentina sin dai primi trattamenti. La superficie dentaria, osservata al microscopio, appare ricoperta da una fase minerale neoformata di notevole consistenza e spessore.”*



LA SCIENZA NON MENTE

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



curaseptspa.it

Il sorriso nell'arte: un coro a bocca chiusa

Nell'epoca pre odontoiatrica si sorrideva pochissimo in pubblico, anche per l'impossibilità di restaurare denti compromessi da carie o traumi. Per questo nella pittura il sorriso a labbra aperte è rarissimo

L'abitudine, talvolta quasi ossessiva e tanto faticosa per i muscoli mimici, di mostrare i denti per apparire più attraenti o per catturare l'attenzione altrui è cosa piuttosto recente. Nei tempi passati, complice anche l'impossibilità di restaurare denti compromessi da carie o traumi, le labbra restavano ben chiuse anche per giovani cavalieri gagliardi e belle dame. Aprendo i cassetti della nostra memoria identitaria nazionale alla voce "ritratti celebri femminili" non appare neppure una donna ridente; se ne vede solo qualcuna sorridente.

La più famosa è sicuramente lei: Monna Lisa, la *Gioconda*, col suo sorriso enigmatico. Non ridono pure le altre due primedonne della nostra pittura: la *Venere* e la *Primavera* di Botticelli. Solo della Primavera, col sorriso nel pensiero, si intravedono i margini degli incisivi superiori ma, se è permesso muovere un appunto al maestro, padre delle più belle creature femminili della pittura italiana, il colore grigiastro li rende praticamente invisibili, creando un buco nero nella solarità del volto ovale che trasmette una sensazione di edentulia, acuita dalla sproporzione del vermiglio superiore che è circa la metà di quello inferiore. Bocca cucita, invece, per la vicina Venere, di cui colpiscono l'asimmetria delle palpebre superiori e il dislivello della linea bipupillare. Grigiastri e appena visibili anche i centrali superiori di Flora, alla sinistra di Venere, che però riescono meno spiacevoli grazie al contrasto cromatico col suo vicino, l'inquietante Zefiro verde livido. "Difetti" che non affliggono l'altra Venere di Botticelli, trasportata da una gigantesca conchiglia: vermigli perfetti e appena dischiusi, un esempio di stile per tante aspiranti celebrità a bocca aperta che affollano cataloghi e pubblicità.

Tali particolari, poco apprezzabili direttamente a causa anche dello schermo che protegge il dipinto esposto agli Uffizi, sono invece ben visibili sui siti web haltadefinizione.com e artesselvelata.it. Qui si

può vedere come Caravaggio abbia superato Botticelli da questo punto di vista. Osservando il *Fanciullo con canestra di frutta* che tiene le labbra semiaperte, si intravede il margine occlusale dei centrali superiori, ma l'equilibrio tra i vermigli e la punta della lingua, che copre gli inferiori, attenuano il gradiente di luminosità tra i denti e il volto, che pure è quasi completamente illuminato come raramente capita nei dipinti del maestro del chiaroscuro. Il tutto rende la bocca del fanciullo decisamente più sensuale di quella delle donne di Botticelli, tanto che un critico si è spinto a proporre un'interpretazione omoerotica.

Inutile poi cercare un sorriso nella processione dei seri e noiosi personaggi della pittura di epoca medievale, neppure nella *Madonna dei denti* di Vitale da Bologna, detta così perché stava nell'oratorio di sant'Apollonia: sembrano tristi anche quando si tratta di un matrimonio. Una cerimonia che, a dire la verità, non pare tanto festosa neppure in epoca rinascimentale: nello *Sposalizio della vergine* (1503-4), una delle opere più famose di Raffaello, l'unico personaggio che pare quanto meno intenzionato a sorridere è il rabbino, che tiene la mano destra della seria Maria mentre riceve l'anello da Giuseppe che, forse, sotto i baffi e la barba, è meno triste di quanto sembra, e sicuramente più allegro e vivo dei personaggi alle sue spalle. Non si sorride neppure davanti a un bambino appena nato, forse perché la sua natura divina incute timore reverenziale: nell'*Adorazione dei magi* di Filippino Lippi (1496) le labbra semiaperte e l'incisivo laterale di uno dei tre re denotano più stupore che allegria, mentre nelle due adorazioni di Botticelli (*Adorazione del bambino* e *Adorazione dei magi*) è tutta una fila di bocche cucite.

Mostrare i denti col sorriso era una cosa sconsigliata, soprattutto per donne onorate; eppure in un altro famoso dipinto di Raffaello, la *Fornarina*, mostra disinvoltamente

ben altro, fingendo pure di volersi coprire con una veste semitrasparente. Denti invisibili anche nei bambini, tranne rare eccezioni: il Gesù di Raffaello, biondo e bello come sua madre (la *Madonna della seggiola*) che lo tiene in braccio, è assorto e guarda verso il lato opposto mostrando un gomito ossuto che contrasta con gli opulenti diametri di coscia e gamba, mentre il bambino della *Madonna Niccolini*, pur avendo evidentemente superato l'età in cui erompono gli incisivi decidui, non li lascia vedere e sorprende l'osservatore con l'asimmetria dei suoi padiglioni auricolari. Si distingue il bambino di Neri di Bicci, pittore poco noto del Quattrocento (Roma, palazzo Barberini). E nelle occasioni conviviali non va meglio: può esistere un banchetto con decine di invitati senza che qualcuno rida? Difficile, ma succede nelle *Nozze di Cana* (1563) di Paolo Caliari detto il Veronese, dove al titolo evangelico si contrappone una scena ben più terrena, con tanti commensali elegantemente vestiti più un gruppo di musicisti in un'ambientazione classica tra statue, colonne e caraffe di vino.

Colpa della Chiesa cattolica e dei suoi asfissianti veti se in Italia i pittori non osavano? Non sembra così andando a vedere i ritratti degli artisti fiamminghi, nelle terre "liberate" da Martin Lutero. L'*Adamo* di Lucas Cranach il vecchio (1528) si copre a malapena il pube con un ramoscello ma ha le labbra socchiuse e i due piccoli riflessi chiari in sede incisivo laterale fanno pensare più a una protesi metallica che a denti veri. E il celebre *Cavaliere sorridente* di Frans Hals (1624), elegantissimo e ben pasciuto, ha le labbra chiuse tra un imponente paio di mustacchi a U e una mosca curatissima. Hanno l'espressione seria anche i *coniuigi Arnolfini*, ricchissimi mercanti toscani che a metà del '400 potevano permettersi di farsi ritrarre da un pittore del calibro di Jan van Eyck, autore di un dipinto magistrale con dettagli che sembrano eseguiti

al microscopio. E nell'*Adorazione dei pastori* di Anton R. Mengs (1764) si vede solo un bambino che sorride a denti coperti. Allora si deve aspettare l'epoca del Liberty per vedere un sorriso dentale e non solo mimico? No, non se ne vedono neppure tra le signore dell'alta società ritratte dal famoso Giovanni Boldini: la raffinata *Franca Florio* (1921) e l'elegante *Elizabeth W. Drexel* (1905) ammaliano lo spettatore, ma a labbra chiuse. Se ne vede qualcuno tra le opere di pittori meno noti come la *Signora dall'oppio* di Enrico Lionne, pittore di fine '800, o Gian Emilio Malerba (*Maschere*, 1922).

Risus abundat

Sono i personaggi di basso livello socioeconomico a mostrare più spesso i loro incisivi. Sono quelli che esercitano mestieri manuali, come *Il ciabattino* di Antonio Cifrondi, pittore bresciano di fine



Nascita di Venere, Botticelli



Il concerto, 1626 circa, di Hendrick ter Brugghen



Vanitas, 1620 circa, di Angelo Caroselli

'600, ritratto con una suola tra i denti, o i pescivendoli e macellai dipinti da Bartolomeo Passerotti, pittore bolognese del '500 (Roma, palazzo Barberini) o creduloni che si fanno leggere la mano da un'indovina malandrina mentre una sua complice gli sfilava i soldi dalla borsa (Simon Vouet, *La buona ventura*, 1617). Ci sono poi figure di natura evidentemente malvagia come quelle della *Salita al calvario* di Hieronymus Bosch (1510 circa), dove una galleria di personaggi più o meno edentuli è ritratta con espressioni al limite della caricatura o ancora *Gli usurari* di Quentin Massys, pittore fiammingo del '500 (galleria Corsini, Roma). Per il piacere degli osservatori non mancano, anche se non abbondano, sorrisi aperti di personaggi più attraenti ma che, per la morale dell'epoca, presentano comunque uno stigma negativo legato a vizi e peccati. È il caso del dio Bacco ritratto con un bevi-

tore che sembra già vacillare (Bartolomeo Manfredi, pittore del '600), oppure della prosperosa suonatrice di liuto con un raro sorriso a doppia arcata in cui si vedono anche gli incisivi inferiori e un'abbigliamento che, per dimensioni ridotte e semitrasparenze, lascia presagire qualche fuori programma (*Il concerto*, Hendrick ter Brugghen, pittore olandese del '600). Ma questo messaggio è ancora più chiaro in *Vanitas* (galleria Corsini, Roma) di Angelo Caroselli, pittore romano del '600, dove la commissura labiale arretra fino al secondo premolare in una donna di aspetto giovanile ma dai capelli già tendenti al grigio, ritratta mentre affigge un foglio sul quale si legge una frase biblica in latino che tradotta suona: "Vanità delle vanità, tutto è vanità". Un monito per chi si affanna stoltamente a rincorrere beni e piaceri della vita terrena.

Cosma Capobianco
Odontoiatra

Sistemi d'Aspirazione **EXCOM** hybrid

>> efficienti
ed affidabili



PERICOLO AEROSOL:

Il giusto sistema d'aspirazione come parte della soluzione al problema!

Una minimizzazione dei rischi derivanti dagli aerosol può avvenire con un potente sistema d'aspirazione che fornisca il necessario volume d'aria di 300l/min. I differenti aspiratori **EXCOM hybrid** garantiscono alle cannule un volume d'aria di 300l/min, garantendo così un importante sostegno nella riduzione di emissioni di particelle nocive inalabili attraverso aerosol.

Aspiratori **EXCOM hybrid METASYS:**

- >> Aspirazione a secco e ad umido con lo stesso aspiratore
- >> Depressione elevata fino a 180 mbar con regolazione tramite inverter* (*per EXCOM hybrid 5)
- >> Se necessaria, aspirazione completa di separazione d'amalgama per adempiere alla legge vigente

**Odontoiatri
Igienisti Dentali**

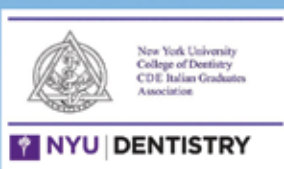
ASO

**e20
eventi s.r.l.**

CON IL PATROCINIO DI



COMUNE DI ALASSIO



NYU DENTISTRY
Lifelong Continuing Dental Education Program

Allassio & L'ARTE DEL SORRISO

11-12 OTTOBRE 2024
PALASPORT DI ALASSIO

11,2 CREDITI ECM ODONTOIATRI E IGIENISTI DENTALI
10 ORE DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA PER ASO

Modalità di iscrizione:

www.e20srl.com



WhatsApp
366 6985470



Chiamaci
010 5960362

"GLI ERRORI PIÙ COMUNI NELLA MIA CLINICA QUOTIDIANA"

Tavole Cliniche

VENERDÌ 11 OTTOBRE
dalle 14.00 alle 18.00

- Alberto Pitino
- Roberto Garrone
- Fabrizio e Fabio Perret
- Luca Roberi
- William Fiorani e Massimo Ranaudo
- Allegra Comba
- Enrica Tessore e Valentina Lanteri
- Davide Bianco
- Patrizia Lucchi
- Stefano Gelli
- Jordi Manauta e Walter Devoto
- Francesco Zingari
- Oscar Malaguti

Sessione Odontoiatri

SABATO 12 OTTOBRE
ORE 8.30 - 14.30

Presenta e modera:
Dott. Davide Foschi

- Filippo Graziani
- Gioacchino Canizzaro
- Davide Farronato
- Fabio Gorni
- Luca Tacchini

Sessione Igiene Dentale

SABATO 12 OTTOBRE
ORE 8.30 - 14.30

- Filippo Graziani
- Marisa Roncati Parma Benfenati

Sessione ASO

SABATO 12 OTTOBRE
ORE 8.30 - 14.30

- Carlo Guastamacchia
- Leo Altamura e
Piergiuseppe Vesentini
- Arcangelo Zullo
- Giuseppe Porta

ISCRIZIONI:
A partire da 90 € + iva

La sorpresa di quest'anno sarà un bellissimo omaggio che riceverete non più all'atto dell'ingresso al Palasport ma vi verrà inviato, via corriere, quando vi iscriverete.

Avrete tempo dal dicembre 2023 fino al 30 di luglio 2024 per ricevere l'omaggio! Un berretto storico riprodotto per e20 in esclusiva. Con il berretto potrete fare bellissime foto da postare sui social, taggando e20, fino al 30 di settembre! Al Congresso tutti con il vostro berretto, che sarà il vostro badge congressuale, troverete una giuria di amici: Massimo Gagliani, Andrea Baruffaldi, Mimmo Nuvina che premieranno la foto più bella tra quelle postate con un premio di 1.500€ in materiale odontoiatrico.



Codici UDI, sondaggio AlfaDocs.com: tutti conoscono l'obbligo, ma solo il 43% degli studi è in regola

Rispondendo a un sondaggio realizzato da AlfaDocs.com, azienda proprietaria di un gestionale in cloud per gli studi dentistici, oltre la metà degli odontoiatri ha ammesso che il proprio studio non è ancora attrezzato per rispettare gli obblighi di conservazione elettronica dei codici UDI stabiliti dall'articolo 15 del dlgs 137/2022.

Il sondaggio ha coinvolto un campione non rappresentativo di circa 6.500 odontoiatri di tutta Italia pochi giorni dopo l'entrata in vigore dell'obbligo. Solo il 43,2% di chi ha risposto, circa 400 professionisti, ha dichiarato di essere in regola con gli obblighi di conservazione elettronica dei codici UDI dei dispositivi impiantabili. Oltre la metà degli studi odontoiatrici (56,8%), dunque, al momento risulterebbe inadempiente in caso di controlli e correrebbe il rischio di incorrere nelle sanzioni previste dalla normativa. Eppure il 90,9% di chi ha risposto alle domande ha detto di essere stato al corrente della data di entrata in vigore della norma. Ma quali sono le ragioni del mancato adeguamento degli studi? I dati raccolti da AlfaDocs.com indicano come causa principale la mancanza di informazione. Il 44% di chi ha ammesso di non essere conforme sostiene infatti di non aver compreso la portata del cambiamento in arrivo e quindi di essere giunto al 15 gennaio, data di entrata in vigore, del tutto impreparato. In sostanza quasi tutti sapevano del decreto, ma non tutti l'avevano compreso.

La mancanza della tecnologia necessaria è la principale ragione per cui molti non si sono ancora adeguati o non possono adeguarsi alle nuove norme. Ben il 36% degli odontoiatri (tra quelli che hanno partecipato al sondaggio) ha infatti dichiarato di affidarsi ancora al cartaceo

per l'archiviazione dei dati della propria attività e dunque di non essere attrezzato per la conservazione elettronica. A questi si aggiunge un 2% di dentisti che utilizza ancora i faldoni e la carta non per il fascino della tradizione o per ragioni di costo, ma perché proprio non si fida dei software gestionali e teme falle nella sicurezza. Infine, l'8% di chi è in ritardo sul decreto, si è giustificato con l'inadeguatezza tecnica del proprio software gestionale, al quale mancherebbe la funzione necessaria all'archiviazione dei codici UDI.

«Con questo sondaggio, inviato agli iscritti alle nostre newsletter e ai nostri materiali informativi, abbiamo voluto indagare come gli odontoiatri che non usano la nostra piattaforma stessero affrontando i nuovi obblighi di conservazione digitale dei codici UDI» ha spiegato **Fabian Zolk**, uno dei fondatori di AlfaDocs.com. «Sebbene i dati non siano statisticamente del tutto significativi, evidenziano il sussistere di una "resistenza" al passaggio al digitale. È un problema grave, perché la mancanza di innovazione non espone solo al rischio di sanzioni, come in questo caso specifico, ma può anche diventare un rischio per il futuro stesso degli studi odontoiatrici. Aggiornarsi è vitale in un'epoca dove la digitalizzazione è diventata uno strumento di crescita e sviluppo al pari di altri e della pratica medica» ha concluso Zolk.



Fabian Zolk

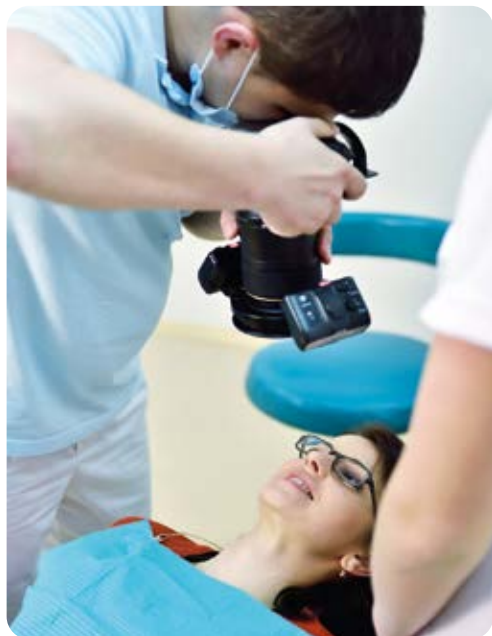
Volto riconoscibile di una paziente sul profilo social del centro medico: sanzionato per violazione della privacy

Riconosce il proprio volto in un video postato sul profilo social del centro di medicina estetica dove si era sottoposto ad alcuni trattamenti al naso. Si rivolge al Garante Privacy, che sanziona il centro medico con una multa di 8mila euro per trattamento illecito di dati sanitari. L'Autorità ha accertato che effettivamente il

video, postato dal centro medico per scopi divulgativi, riprendeva il volto riconoscibile del paziente per più di 30 secondi, senza che l'interessato avesse rilasciato uno specifico consenso alle riprese e alla relativa diffusione. Inoltre, il filmato era rimasto online accessibile a chiunque per 45 giorni, prima di venire rimosso dal centro medico a seguito della richiesta di cancellazione del paziente.

Con il provvedimento sanzionatorio, l'Autorità ha ribadito che è necessario prestare particolare attenzione nel diffondere immagini e informazioni riferite a casi clinici per scopi divulgativi o scientifici. Prima di farlo, occorre sempre accertarsi che il paziente sia stato preventivamente informato, abbia dato il proprio specifico consenso o che i suoi dati siano stati resi anonimi.

Il Garante, nel ricordare che in tale contesto, senza il consenso dell'interessato, è vietata la diffusione video di qualsiasi informazione sullo stato di salute, ha pertanto irrogato al centro medico una sanzione di 8mila euro per trattamento illecito di dati sanitari. L'Autorità ha inoltre ingiunto alla struttura sanitaria l'adozione di misure correttive per conformare l'informativa alla normativa privacy.



Codici UDI, ministero conferma l'obbligatorietà per gli impianti dentali

Riguardo all'obbligo da parte dell'odontoiatra di registrare e conservare in modalità elettronica i codici UDI dei dispositivi medici di classe III (sia impiantabili che non) e IIb (contenuto nel Dlgs 137/22), il ministero della Salute, rispondendo a un quesito tecnico avanzato dall'Andi, conferma che in tale obbligo rientrano gli impianti dentali, mentre sono esclusi materiali di sutura, graffette, materiali di otturazione dentale, apparecchi ortodontici, corone dentali, viti, cunei, placche e protesi, fili, chiodi, clip e connettori.

Il ministero della Salute chiarisce inoltre che, nel caso in cui la terapia implantare venga effettuata da un collaboratore esterno allo studio che esercita la propria attività in regime libero professionale, l'obbligo di legge è onere di quest'ultimo e non della struttura che eroga la prestazione, né del suo titolare: «il decreto ministeriale pone l'obbligo di registrazione e conservazione dell'UDI in capo all'operatore sanitario e non all'isti-



tuzione sanitaria; si intende pertanto che l'obbligo, così come le relative responsabilità conseguenti al mancato rispetto dell'obbligo in questione, debbano ricadere sul collaboratore odontoiatra».

L'odontotecnica a Expodental Meeting di Rimini: debuttano i corsi smart Tecnodental

Attualmente, in Italia, ci sono circa 8.500 laboratori odontotecnici con approssimativamente 37.000 dipendenti e 3.000 professionisti indipendenti. Negli ultimi dieci anni, nonostante l'aumento di odontoiatri e igienisti, si è verificata una diminuzione della forza lavoro nel settore odontotecnico. I laboratori odontotecnici, che una volta impiegavano più di una persona oltre al titolare, oggi sono in calo.

L'aggiornamento professionale, spesso legato al settore commerciale, è molto importante in un mercato in continuo cambiamento. La maggior parte dei corsi e dei congressi riguarda aspetti operativi legati a un'impresa produttrice o commerciale del settore. E questa tendenza ha come controindicazione il fatto che spesso l'aggiornamento è troppo legato a un materiale specifico, non tenendo conto delle diverse esigenze dei professionisti. «Nonostante ciò, ci sono ancora luoghi in cui si offre una formazione culturale indipendente dall'aspetto commerciale, mettendo al primo posto l'acquisizione di tecniche e non il prodotto finale» dicono gli organizzatori di Expodental Meeting, la manifestazione in programma a Rimini dal 16 al 18 maggio, all'interno della quale si tiene il Tecno-



Oliviero Turillazzi

dental Forum, un'iniziativa dedicata al mondo dell'odontotecnica.

«Tecnodental Forum 2024 ha deciso di sperimentare una nuova formula, rivolta non solo ai titolari dei laboratori odontotecnici, ma anche ai dipendenti che desiderano ampliare le proprie conoscenze in ambito digitale o migliorare le competenze nelle tecniche analogiche, attraverso l'organizzazione di corsi pratici, dove i partecipanti potranno interagire con il docente in tempo reale e sperimentare soluzioni specifiche ai problemi quotidiani gratuitamente» annunciano da Expodental. Si tratta dei corsi smart Tecnodental, che saranno organizzati dalle associazioni odontotecnica Antlo, Ciod, Cna Sno, Federodontotecnica,

Ortec, Siced e Dental Labor, le stesse che collaborano alla realizzazione di Tecnodental Forum.

Come ha sottolineato **Oliviero Turillazzi**, ideatore e promotore di questo nuovo approccio congressuale, già incaricato da Unidi di organizzare Tecnodental Forum, «la frammentazione del lavoro nei laboratori ha portato i tecnici a perdere stimoli per approfondire le conoscenze del nostro lavoro. Questo primo esperimento di un congresso diverso potrebbe suscitare perplessità e dubbi, ma è attraverso queste occasioni che si crea un'unità nella categoria odontotecnica e che si sperimenta la partecipazione dei colleghi, il primo passo per dare un'identità unica al lavoro odontotecnico».

Nuovo stop allo studio autonomo in igiene dentale: decreto del Presidente della Repubblica blocca l'autorizzazione

Un decreto del Presidente della Repubblica emanato il 19 febbraio conferma, per lo svolgimento dell'attività di igienista dentale, la necessità della presenza dell'odontoiatra all'interno della medesima struttura o studio professionale. Viene annullata così l'autorizzazione concessa a uno studio autonomo in igiene dentale concessa dall'Azienda sanitaria universitaria del Friuli centrale e dal comune di Tavagnacco, contro la quale avevano presentato ricorso diverse Cao e sezioni Andi e Aio.

Il decreto richiama come fonte normativa il parere del Consiglio di Stato del marzo 2020 che aveva già chiarito come, pur essendosi l'ordinamento «evoluto, affrancando l'igienista dal rapporto di dipendenza e conferendo al medesimo autonomia professionale nelle attività di sua stretta pertinenza (ablazione del

tartaro, levigatura delle radici, ecc.)», tale evoluzione non è arrivata «sino al punto da elidere la necessità della compresenza, all'interno della medesima struttura o studio professionale, dell'odontoiatra».



Congresso Sisio, igienisti dentali fanno il punto sulla prevenzione orale nel bambino

Il XV congresso nazionale della Società italiana di scienze dell'igiene orale (Sisio), in programma il **24 e 25 maggio** presso l'ospedale pediatrico Bambino Gesù a Roma, vuole affrontare con consapevolezza e determinazione quella che deve essere la chiave di svolta per garantire la salute del cavo orale nelle future generazioni: la prevenzione.

«Nel maggio 2021, nelle risoluzioni finali dell'Assemblea mondiale della salute, l'Oms ha proposto un elenco di iniziative e obiettivi per la salute orale da implementare e raggiungere entro dieci anni. Questa richiesta sottolinea la necessità di un approccio preventivo e interdisciplinare in ambito odontoiatrico e noi, igienisti dentali, come professionisti specialisti della prevenzione, siamo chiamati in prima persona a lavorare in questa direzione per gli anni avvenire» ha detto **Silvia Cotellessa**, presidente Sisio, che ha scelto di rispondere all'invito dell'Oms incentrando il congresso sul tema della salute orale nel paziente pediatrico, in un contesto multidisciplinare.

«Il programma sarà un viaggio nell'età evolutiva per fornire al professionista le conoscenze e le competenze necessarie a intercettare e gestire le principali problematiche odontostomatologiche con approcci clinici personalizzati secondo le più recenti evidenze scientifiche – spiega la presidente –. I relatori forniranno indicazioni e procedure cliniche per prevenire le lesioni dei tessuti duri e dei tessuti molli, per intercettare le principali patologie orali nel bambino, per promuovere l'approccio multidisciplinare in equipe, al fine di consentire la crescita e lo sviluppo del cavo orale in salute nell'individuo adulto».



Silvia Cotellessa

A Milano l'identikit dell'igienista dentale nel congresso sul profilo professionale

Erano presenti in più di cento sabato 17 febbraio a Milano per il congresso «Igienista dentale: quale futuro per la professione», organizzato dalla Commissione d'albo igienisti dentali dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (Tsrn e Pstrp) di Milano, Como, Lecco, Lodi, Monza Brianza e Sondrio. Al cuore dell'evento, la relazione dell'avvocato **Fabrizio Mastro** dell'Ordine di Torino, che ha analizzato la sentenza della sezione penale del Tribunale di Messina del 24 novembre 2022 sulla piena autonomia operativa dell'igienista dentale, anche in assenza dell'odontoiatra.

«Il precedente legislativo preso in esame dall'avvocato Mastro assume un rilievo che va ben oltre il perimetro d'interesse dell'igienista dentale – commenta **Diego Catania**,

presidente dell'Ordine Tsrn e Pstrp di Milano –. È un passo nella direzione di un cambio di paradigma necessario, ossia il superamento di ogni presunta gerarchia tra Professioni sanitarie. Eventi come questo ci aiutano a tenere traccia del cambiamento in atto, ormai inarrestabile: siamo a tutti gli effetti professionisti intellettuali e la nostra autonomia non deve più essere messa in discussione, ma solo ratificata».

Nel corso della mattinata, i relatori hanno contribuito a delineare un «identikit» dell'igienista dentale a partire dalle norme di riferimento sull'esercizio della professione, analizzate dall'avvocato **Marco Croce** dell'Ordine di Roma. Emerge una figura portante per la salute orale, che assume un'importanza centrale nella prevenzione delle patologie, come sottolineato dalla presidente della Commissione d'albo igienisti

dentali di Milano, **Giuliana Bontà**: «La direttrice principale dello sviluppo futuro della professione è la prevenzione. Risale a tre giorni fa la pubblicazione di un paper della European Federation of Periodontology, in cui vengono evidenziati i costi derivanti dalla mancanza di una cultura preventiva sull'igiene dentale, ben 544 miliardi di dollari in tutto il mondo. Se si pensa che la quasi totalità dei costi sono dovuti a carie e malattia parodontale, è chiaro come investire sulla prevenzione possa rivelarsi decisivo».

Sul ruolo dell'igienista dentale è intervenuta anche la presidente della Commissione d'albo nazionale degli igienisti dentali, **Caterina Di Marco**, che ha commentato: «Queste occasioni ci aiutano a consolidare la nostra consapevolezza di quanto sia importante la dignità della professione, su cui stiamo lavorando

Smom in Burundi per diagnosticare e curare il noma, il volto della povertà



Il noma è una patologia orale necrotizzante in età pediatrica, con esordio parodontale e rapida evoluzione nei tessuti periorali. Una patologia sconosciuta in Europa dalla chiusura dei campi di concentramento, caratterizzata dall'estrema povertà, che colpisce bambini malnutriti e immunodepressi. La patologia, se non trattata, è mortale nell'80% dei casi.

In questi anni gli odontoiatri volontari dell'associazione italiana Smom onlus nella sola provincia sanitaria di Ngozi, nord del Burundi, hanno trattato tre casi di noma e nel 2024 darà vita al progetto «Il volto della povertà» per la prevenzione e cura delle patologie orali, con particolare attenzione proprio alla prevenzione e cura del noma. Un progetto promosso insieme all'Université de Berne e al ministero della Salute burundese, per la formazione del personale sanitario locale.

L'intervento di Smom onlus in Burundi iniziato nel 2013, dopo aver supportato gli ospedali nazionali, regionali e distrettuali, punta ora a raggiungere gli ultimi due livelli del sistema sanitario burundese, prossimi alla popolazione rurale: i Centre de Santé e gli Agenti sanitari comunitari, formando personale locale sulla diagnosi e interventi di primo soccorso delle patologie orali più comuni. «Migliorare la resilienza dei popoli africani, non costringerli a una drammatica migrazione, è possibile – ci ha detto **Pino La Corte**, presidente Smom –. Il volontariato odontoiatrico italiano è impegnato da oltre trent'anni in progetti di cooperazione allo sviluppo in collaborazione con le istituzioni locali, rafforzando i sistemi sanitari nazionali per la salute orale e promuovendo lo sviluppo sociale ed economico in diversi paesi».

Nel 2024 Smom incrementerà il proprio impegno nella formazione universitaria dei futuri dentisti burundesi inviando diversi volontari che raggiungeranno in Burundi due odontoiatre, le dottoresse **Chiara Cattaneo** ed **Elisa Carati** che vi risiederanno per buona parte dell'anno.

«Per realizzare tutte queste attività di cooperazione occorrono volontari, risorse strumentali ed economiche – spiega Pino La Corte –. Sino ad oggi i progetti in Burundi si sono resi realizzabili solo grazie alle risorse economiche dell'8x1000 della Chiesa Evangelica Valdese - Unione delle Chiese Metodiste e Valdesi e dal 5x1000 della dichiarazione dei redditi devoluto a Smom» (codice fiscale 97372180154).



senza sosta sul piano istituzionale. Ai progressi conquistati dal punto di vista legislativo e normativo deve corrispondere l'agire quotidiano dell'igienista dentale, sempre più soggetto autorevole e cosciente delle competenze che lo contraddistinguono».

La professoressa **Laura Strohmenger**, professore ordinario di Odontoiatria di Comunità presso l'Università degli Studi di Milano, ha evidenziato come «le patologie orali non trattate possono anche

incrementare i costi di concomitanti patologie sistemiche» e si è soffermata su alcuni punti critici, ad esempio «le difficoltà legate alla scarsità di bandi pubblici e la valorizzazione ancora troppo deficitaria della figura dell'igienista dentale in Italia». Ha concluso con l'auspicio di imparare dai Paesi che perseguono correttamente l'obiettivo della prevenzione odontoiatrica primaria, stanziando adeguate risorse economiche e organizzative.

Scopri le differenze! Scegli le caratteristiche esclusive della Radiologia PLANMECA

Enjoy the
DIFFERENCE!



ProFace

ProCeph

Planmeca ProMax® 3D Classic



120 kV
tube

ProFace

ProCeph

Planmeca ProMax® 3D Plus



120 kV
tube

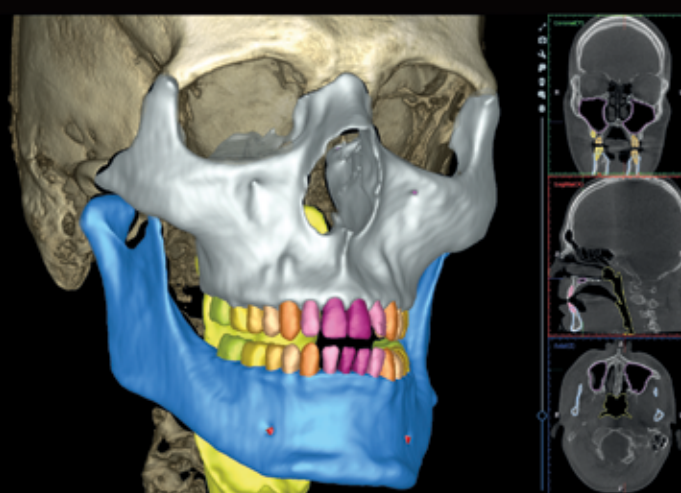
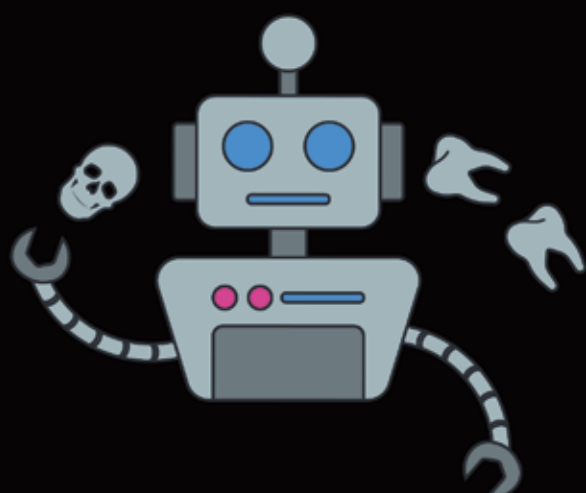
ProFace

ProCeph

Planmeca ProMax® 3D Mid

Romexis® Smart NEW

SMART-working, non hard-working... con l'aiuto dell'Intelligenza Artificiale



Questo nuovo modulo software consente la segmentazione e il riconoscimento automatici delle anatomie di denti, nervi, mandibole, vie aeree e seni. Con l'aiuto dell'intelligenza artificiale il sistema riconosce automaticamente la numerazione dentale e permette di esplorare un volume CBCT con un semplice clic sulla tabella dei denti.

Dental Network srl a socio unico
Agenzia esclusiva Planmeca per l'Italia
Tel: 0444963200, email: info@dentalnetwork.it

www.planmeca.it

PLANMECA

Planmeca Oy 0598 Planmeca ProMax 3D 0598 Planmeca ProMax 3D Plus 0598 Planmeca ProMax 3D Mid 0598 Planmeca Romexis

NOVITÀ EDITORIALE

Cento pagine per gestire l'imprevisto

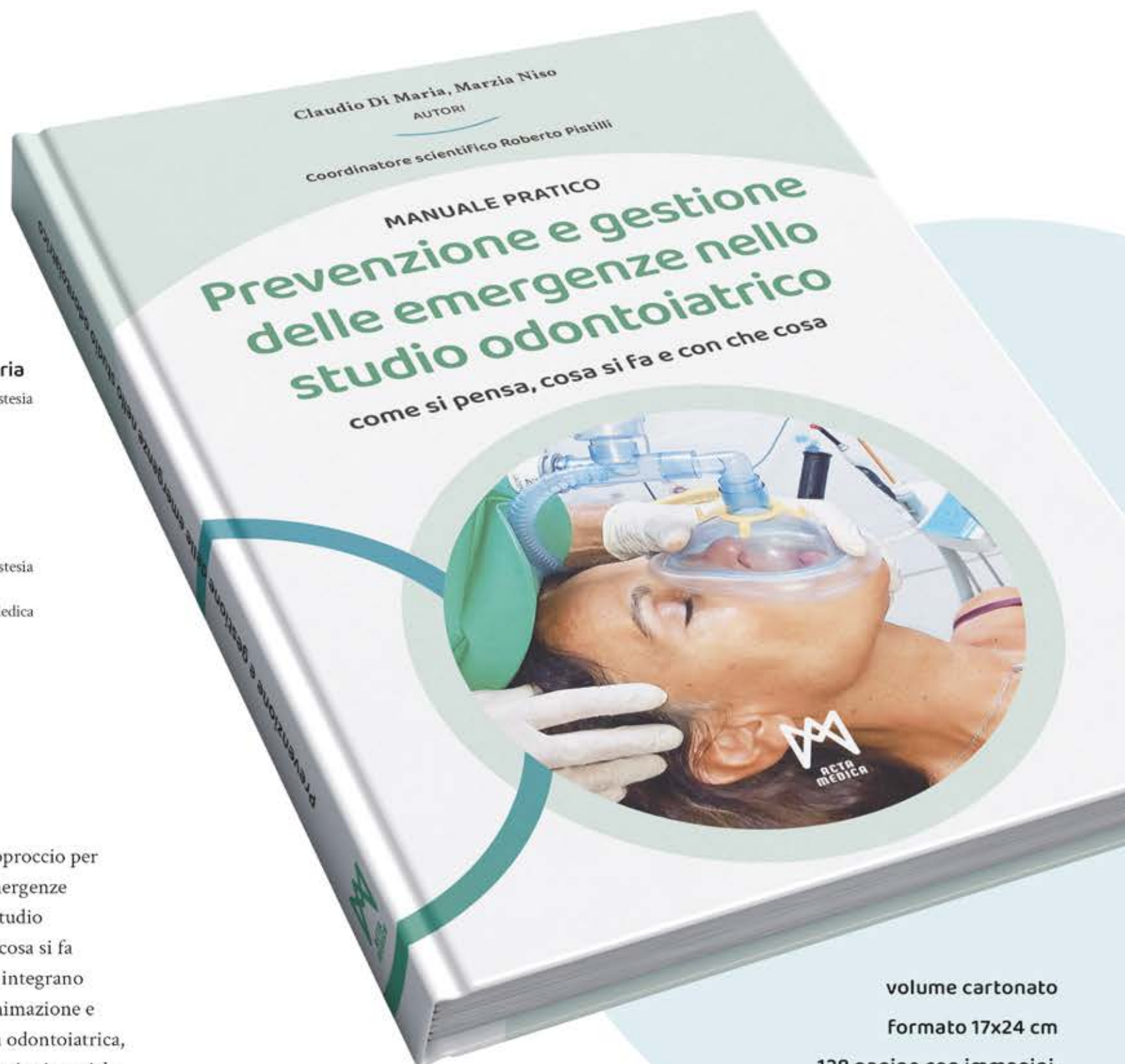
COME SI PENSA, COSA SI FA E CON CHE COSA
IN CASO DI EMERGENZA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO



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

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

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



volume cartonato

Formato 17x24 cm

128 pagine con immagini,
illustrazioni e 12 video

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



PREZZO DI COPERTINA

74 euro

Dolore orale acuto: ossicodone, idromorfone e buprenorfina

Per la gestione del dolore orale acuto da media a elevata intensità l'odontoiatra ha a disposizione tre farmaci oppioidi efficaci: ossicodone, idromorfone e buprenorfina. Attenzione alla posologia, il sovraddosaggio può essere letale



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

Negli Stati Uniti si ritiene siano necessari urgenti interventi basati sull'evidenza da fornire ai dentisti per ridurre l'eccessiva prescrizione di oppioidi per il dolore dentale, in quanto spesso i pazienti ricevono prescrizioni incompatibili con quanto descritto nelle linee guida sull'uso appropriato degli oppioidi per il dolore acuto. L'ossicodone pare sia l'oppioide più prescritto in maniera non appropriata soprattutto negli uomini e nella fascia di età compresa tra 18 e 34 anni (1). In Italia invece l'impiego di farmaci oppioidi per la gestione del dolore acuto moderato-severo in odontoiatria è limitato (2) e sarebbe auspicabile la creazione di linee guida per fornire precise indicazioni alla loro prescrizione.

Ossicodone

L'ossicodone è un oppioide semisintetico derivato dalla tebaina, un alcaloide naturale estratto dal papaverum sonniferum, con un potere analgesico simile a quello della morfina. Il farmaco è indicato per il trattamento degli stati dolorosi d'intensità da moderata a severa e svolge la sua azione antidolorifica interagendo come agonista con i recettori oppioidi μ , inducendo analgesia.

Il farmaco ha un'emivita plasmatica di circa 4 ore, pertanto sono necessarie somministrazioni frequenti ogni 4-6 ore. Per ovviare a questo problema esistono somministrazioni in compresse da 5, 10, 20, 40 oppure 80 mg a rilascio prolungato, da assumere deglutendole intere, 1 ogni 12 ore per il trattamento del dolore severo. Attenzione però: se una compressa viene rotta, frantumata, disciolta o masticata, l'intera dose che copre le 12 ore può essere assorbita rapidamente dal corpo, comportando perdita dell'azione prolungata e soprattutto gravi problemi da sovraddosaggio, fino ad essere letale. Per il trattamento del dolore severo, che può essere trattato adeguatamente solo con gli

oppiacei, esiste una formulazione di ossicodone a rilascio prolungato in combinazione a naloxone per contrastare la stitichezza, rispettivamente da 5 mg + 2,5 mg, 10 mg + 5 mg, 20 mg + 10 mg e 40 mg + 20 mg.

L'ossicodone trova anche impiego nel trattamento del dolore di origine degenerativa da moderato a grave, nelle patologie muscolo-ostearticolari con dolore non controllato dall'associazione di Fans e paracetamolo e infine nel trattamento del dolore di origine oncologica da moderato a grave. La formulazione è in compresse rivestite o effervescenti da 5, 10, o 20 mg, associato a 325 mg di paracetamolo (3).

Idromorfone

L'idromorfone è un oppioide circa otto volte più potente della morfina e due volte di più dell'ossicodone. Viene impiegato nel trattamento del dolore intenso in pazienti adulti. Agisce come agonista selettivo dei recettori oppioidi μ , attivandoli ed esplicando così la sua notevole attività analgesica.

Il farmaco è disponibile in compresse a rilascio prolungato da 4, 8, 16, 32 e 64 mg, adatte alla somministrazione orale; le compresse non vanno masticate, rotte o frantumate, ma deglutite intere con un bicchiere d'acqua per evitare pericolosi effetti collaterali, fino alla morte, da sovraddosaggio

di farmaco per la sua immediata e veloce liberazione nell'organismo. Tale formulazione ha una emivita di 16 ore; il principio attivo viene metabolizzato a livello epatico ed eliminato con le urine sotto forma di idromorfone coniugato, diidrosomorfina e diidromorfina.

In pazienti che non assumono abitualmente altri antidolorifici oppioidi per il trattamento del dolore, la dose solitamente impiegata è di 8 mg al giorno, mentre diversamente il medico può prescrivere un dosaggio iniziale diverso e aumentare la dose a intervalli di almeno 3 giorni, fino a ottenere un adeguato controllo del dolore.

Buprenorfina

La buprenorfina è un analgesico oppioide di origine semisintetica derivato dalla tebaina, indicato dal 2015 per il trattamento del dolore da moderato a severo (sia acuto, sia cronico) e di diversa origine e natura, compreso quello causato da patologie neoplastiche. Essendo un agonista parziale, la buprenorfina è stata approvata sin dal 2002 in adulti e adolescenti con più di 15 anni di età per la terapia della disassuefazione da oppioidi per ridurre i sintomi causati dalla sindrome d'astinenza o da overdose. Si inizia con piccole quantità di farmaco per somministrazione orale per poi aumentarle gradualmente fino al raggiungi-

mento del dosaggio ottimale, associandola a consulenza e terapie cognitivo-comportamentali.

La sua attività analgesica è indotta attraverso l'azione come agonista parziale con elevata affinità sui recettori oppioidi μ e come antagonista dei recettori κ localizzati lungo le vie del dolore presenti nel nostro organismo, con il compito di modulare la neurotrasmissione degli stimoli dolorosi.

La buprenorfina ha una potenza superiore alla morfina da 25 a 100 volte, con una emivita media di 37 ore (24-60 ore). Viene metabolizzata a livello epatico in norbuprenorfina dalla citocromo CYP3A4, senza interferire sull'attività della citocromo CYP450, per poi essere eliminata attraverso le vie biliari dopo glucoronazione, senza rischio di accumulo in pazienti con insufficienza renale.

Per il trattamento del dolore la dose raccomandata è di 1 compressa di buprenorfina da 0,2 mg o 2 compresse insieme da lasciare sciogliere sotto la lingua o tra la guancia (non va né masticata né deglutita), ogni 6-8 ore o secondo necessità e indicazioni mediche.

Il farmaco viene consigliato nella gestione del dolore da deglutizione e per le mucositi orali nei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali (4). La somministrazione parenterale negli adulti prevede una dose di 0,3-0,6 mg di farmaco, per via intramuscolare

o per via endovenosa lenta ogni 6-8 ore, oppure secondo necessità. L'uso del cerotto transdermico da 35 microgrammi/h o 52,5 microgrammi/h o 70 microgrammi/h è indicato per il trattamento del dolore oncologico di media-grave intensità o del dolore grave che non risponde ad altri antidolorifici. Il farmaco a basso dosaggio fornisce un buon controllo del dolore alla deglutizione nei pazienti con orofaringiti a seguito di radioterapia per il trattamento del cancro testa-collo, senza effetti collaterali significativi (5). Il cerotto va applicato in un'area di pelle pulita, piana e senza peli e cambiato ogni 4 giorni o per praticità lunedì mattina e giovedì sera. L'uso invece nelle condizioni di dolore neuropatico necessita ancora di validazione scientifica con studi controllati randomizzati per verificarne efficacia e sicurezza (6, 7).

A cosa prestare attenzione

Durante il trattamento con ossicodone, idromorfone e buprenorfina, per evitare l'insorgenza di pericolosi effetti collaterali e per evitare lo sviluppo di tolleranza e dipendenza, è fondamentale che il paziente segua attentamente le indicazioni prescritte per quanto riguarda la quantità di farmaco da assumere, la frequenza delle somministrazioni, la durata dello stesso trattamento e rispetti la modalità di assunzione prevista, in modo particolare per le compresse a rilascio prolungato che vanno deglutite intere con un bicchiere d'acqua per evitare l'insorgenza di effetti collaterali anche letali.

Questi farmaci alterano la capacità di guidare veicoli e/o di utilizzare macchinari, perciò vanno usati con estrema cautela e possono determinare positività ai test antidoping. Vanno impiegati con molta cautela in pazienti affetti da patologie polmonari per la loro capacità di indurre depressione respiratoria. Possono favorire l'insorgenza di ipotensione, bradicar-

dia, ipotensione ortostatica e collasso circolatorio, oltre a irrequietezza e stato di confusione mentale. Buprenorfina e ossicodone possono provocare anche tachicardia, mentre la buprenorfina può portare ipertensione.

Simone Domenico Aspriello
Odontoiatra

Bibliografia

- 1) Suda KJ, Zhou J, Rowan SA, McGregor JC, Perez RI, Evans CT, Gellad WF, Calip GS. Overprescribing of Opioids to Adults by Dentists in the U.S., 2011-2015. Am J Prev Med. 2020 Apr;58(4):473-486.
- 2) <https://www.dentaljournal.it/oppioidi-odontoiatria-gestione-dolore-acuto/>
- 3) Teoh L, McCullough M, Taing MW. Efficacy of oxycodone for postoperative dental pain: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2022 Oct;125:104254.
- 4) Meyer I, Chan B, Cohen E, Dube E, Hu R, Yeomans M, Pontonio F, Heldreich C, O'Conghaile S, Holmes N, Maroon N, Weinberg L, Tan CO. Use of a buprenorphine-based pain management protocol is associated with reduced opioid requirements and pain on swallowing in oral mucositis: a retrospective cohort study. Support Care Cancer. 2022 Jul;30(7):6013-6020.
- 5) Huscher A, De Stefani A, Smussi I, Borghetti P, Pasinetti N, Bonetti B, Magrini SM. Transdermal buprenorphine for oropharyngeal mucositis-associated pain in patients treated with radiotherapy for head and neck cancer. J Palliat Med. 2010 Apr;13(4):357-8.
- 6) Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Stannard C, Aldington D, Cole P, Knaggs R. Buprenorphine for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 30;2015(9):CD011603.
- 7) Erosa SC, Haffey PR, Mehta N, Gulati A. Tapentadol, Buprenorphine, and Levorphanol for the Treatment of Neuropathic Pain: a Systematic Review. Curr Pain Headache Rep. 2021 Feb 25;25(3):18.



BIOMATERIALI

Linea di biomateriali ZimVie

La linea dei materiali rigenerativi distribuita da Biomax si è allargata e ora, oltre al ben conosciuto particolato di origine bovina Endobon e alle membrane OsseoGuard, sono disponibili diverse soluzioni con un ventaglio di applicazioni tali da soddisfare ogni esigenza. Tantissime sono le novità della linea rigenerativa: dai materiali da innesto a tutta la famiglia di membrane e agli strumenti di fissaggio.

Il materiale da innesto con le indicazioni più ampie è Regeneross. Si tratta di un materiale particolato di origine suina che si caratterizza per

una composizione chimica di carbonato di calcio e un'elevatissima porosità (95%). Queste due caratteristiche si trasformano in evidenti vantaggi clinici. Il carbonato di calcio è un materiale riassorbibile che può essere rimaneggiato dagli osteoclasti e quindi il volume dell'innesto si trasformerà completamente in osso vitale. Dal punto di vista clinico questo è importante, perché l'impianto sarà circondato da tessuto osseo vitale e l'osteointegrazione riguarderà tutta la superficie implantare e non solo una piccola porzione. La grande porosità del materiale garantisce un'elevatissima

osteconduttività e la diffusione dei tessuti vitali nell'innesto stesso. Inoltre, il difetto verrà riempito con una minore quantità di materiale, con un evidente beneficio economico.

Nell'ambito delle membrane invece un prodotto molto interessante è Copios Pericardium, una membrana in pericardio bovino non crosslinkata, trattata con un metodo che consente di evitare le alte temperature durante la fabbricazione e la sterilizzazione, mantenendo tutte le caratteristiche originali del tessuto. La Copios Pericardium è una membrana estremamente



maltrattata e "stirata" senza problemi. Una membrana che può trovare un larghissimo uso in tutte le procedure rigenerative.

Un altro prodotto molto interessante sono le medicazioni chirurgiche in collagene (Collagen Plug, Tape e Patch) per proteggere le ferite chirurgiche, i siti post estrattivi e le sedi di prelievo, che offrono al paziente un decorso post operatorio molto confortevole.

i Biomax
Tel. 0444.913410
info@biomax.it
www.biomax.it

maneggevole che ben si adatta al difetto, non ha verso di utilizzo, svolge una funzione

barriera di tutto rispetto (da 8 a 24 settimane) e ha sufficiente resistenza per essere

BIOMATERIALI

Striate+

BioHorizons Camlog ha annunciato il lancio di Striate+, una membrana di collagene innovativa sviluppata da Orthocell e destinata all'utilizzo nella rigenerazione avanzata di osso e tessuti. Striate+ è prodotta con materie prime selezionate di origine porcina, provenienti da animali australiani certificati da personale veterinario.

L'assenza di alterazioni chimiche o meccanismi di cross-linking favorisce l'integrazione di Striate+ con i tessuti molli circostanti e può contribuire a ridurre al minimo il rischio di deiscenza della ferita.

Striate+ si riassorbe completamente attraverso processi fisiologici entro 26 settimane, quindi non è necessario un secondo intervento chirurgico per rimuoverla.

Striate+ ha dimostrato un'eccellente maneggevolezza e facilità d'uso. Può essere applicata senza idratazione preventiva, si conforma e aderisce delicatamente ai contorni del difetto senza fissazione, ma se necessario può essere stabilizzata con sutura e punti. La membrana assorbe i liquidi per capillarità ma non si gonfia eccessivamente, il che facilita la chiusura



primaria e la rende particolarmente adatta ai pazienti con fenotipi sottili.

Striate+ ha una struttura a due strati con un lato ruvido e uno liscio. Il lato liscio, costituito da fibre di collagene densamente compattate, funge da barriera all'infiltrazione delle cellule gengivali, consentendo al contempo il passaggio di molecole bioattive. Il lato ruvido, al contrario, è composto da fibre di collagene irregolarmente distribuite e fornisce un'impalcatura sulla quale le cellule osteoprogenitrici depositano cellule osteoidi. Ciò favorisce attivamente la formazione dell'osso e consente l'inserimento precoce degli impianti.

i BioHorizons Camlog
marketing.italia@biohorizons.com
www.biohorizonscamlog.com

ATTREZZATURE

iTero Lumina

Align Technology ha annunciato il lancio dello scanner intraorale iTero Lumina. Dotato di un campo di acquisizione tre volte più ampio inserito all'interno di un manipolo più piccolo del 50% e più leggero del 45%, offre una velocità di scansione più elevata, una maggiore precisione, una qualità di visualizzazione superiore e un'esperienza di scansione più confortevole. Progettato con la tecnologia iTero Multi-Direct Capture, che sostituisce la tecnologia di imaging confocale dei modelli precedenti, lo scanner iTero Lumina ha un campo di acquisizione più ampio e una tecnologia di scansione multiangolare che consente l'acquisizione simultanea di immagini da più angolazioni, rendendo possibile l'acquisizione di un maggior numero di denti in un unico movimento ininterrotto e fornendo scansioni più fluide, veloci e accurate. iTero Lumina acquisisce rapidamente e con precisione un maggior numero di dati e di dettagli, offrendo una qualità di scansione elevata e modelli 3D fotorealistici che eliminano la necessità di



utilizzare le ingombranti fotocamere digitali e i divaricatori per le guance necessari per le foto intraorali tradizionali.

i Align Technology
Tel. 02.00623100
itersupport@aligntech.com
www.itero.com/it

CONSERVATIVA

Brilliant Bulk Fill Flow

Brilliant Bulk Fill Flow è la novità Bulk entrata a far parte della linea di compositi Brilliant, a completamento delle indicazioni cliniche quotidiane nell'ambito delle conservativa diretta.

Basati sulla stessa tecnologia, i tre materiali della linea Brilliant – EverGlow, Flow e Bulk Fill Flow – interagiscono perfettamente tra loro e si combinano in un flusso di lavoro lineare.

La tecnologia dei riempitivi Brilliant, basata su particelle sub-microniche, promette un'eccellente lucidabilità e superficie del restauro lucida, resistente e di lunga durata. Inoltre, la tecnologia dei riempitivi sviluppata da Coltene consente un'ottima armonizzazione delle tinte e il mantenimento della lucentezza a lungo termine. Infine, le superfici dei riempitivi sono trattate appositamente per offrire una resistenza ottimale del composi-



to all'interno della matrice resinosa. Nel complesso, il risultato è un materiale affidabile che soddisfa le esigenze del dentista moderno e orientato alla qualità.

Il composito Brilliant Bulk Fill Flow ha una sola tinta multi-shade, che si adatta a tutte le tinte dei denti. L'adattamento

cromatico è molto elevato. Può essere fotopolimerizzato fino a 4 mm in 20 secondi. Non ha bisogno di uno strato di copertura in occlusione, grazie alle sue eccellenti proprietà meccaniche. Brilliant Bulk Fill Flow è indicato come materiale da otturazione per tutte le classi cavitare e, grazie al flusso di lavoro che consente di risparmiare tempo, è particolarmente indicato per restauri nel settore posteriore.

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



**EXPO
DENTAL
MEETING** | **16-17-18
MAGGIO 2024
RIMINI - ITALIA**

Spazio al sorriso

La **più importante
manifestazione** italiana
ed internazionale del
dentale **è tutta nuova.**

EXPO3D

**TECNO DENTAL
FORUM**

Corsi gratuiti e profilati sulle esigenze
di dentisti e odontotecnici e di tutte
le professioni del dentale, novità in
anteprima, networking di alto profilo.

Il futuro è già arrivato e ti aspetta
a Expodental Meeting 2024.

UNIDI
50 Years of Italian Dental Industry

**ITALIAN
EXHIBITION
GROUP**
Pioneering the future



#MYEM



ENDODONZIA

HyFlex Edm, Sequenza OGSF

Il sistema di file HyFlex Edm di Coltene offre una nuova soluzione su misura per una preparazione rapida e affidabile di anatomiche canalari semplici e complesse.

La nuova sequenza OGSF HyFlex Edm comprende un nuovo Opener per il pre-allargamento del terzo coronale, un Glider per il glide path, uno Shaper per la sagomatura dell'intera lunghezza del canale. Infine, il terzo apicale viene preparato con lo strumento Finisher.

HyFlex Edm Sequenza OGSF è di facile comprensione e offre una preparazione confortevole e sicura. L'intero protocollo semplifica la preparazione e riduce la curva di apprendimento. Grazie alla combinazione ottimizzata di misure in punta e conicità, gli strumenti offrono una sensazione di fluidità quando si passa da uno strumento all'altro, favorendo il controllo dell'intero trattamento.

Come tutti gli strumenti HyFlex Edm, già noti per l'elevata resistenza alla frattura, OGSF offre una sequenza completa con solo quattro strumenti, l'efficienza del trattamento canalare, elevate prestazioni di taglio, flessibilità e centratura della preparazione. I file HyFlex Edm si distinguono per la loro durata e l'elevata resistenza alla frattura. Questo risultato è ottenuto grazie a un processo di produzione innovativo che utilizza l'elettroerosione "Electric Discharge Machining" (Edm). Inoltre, gli strumenti HyFlex sono realizzati in lega di nichel-titanio con trattamento termico a memoria controllata.

La combinazione di flessibilità e resistenza alla frattura consen-



te di ridurre il numero di strumenti, senza dover compromettere la preservazione dell'anatomia del canale radicolare.

i **Coltene Italia**
Tel. 0362.626732
info.it@coltene.com
www.coltene.com

IGIENE ORALE

Curaprox Enzycal

Con l'obiettivo di garantire un'igiene orale efficace, atraumatica e gradevole nella pratica, all'insegna di una reale prevenzione, Curaprox adotta da sempre un approccio olistico nello sviluppo dei propri prodotti. Nasce da qui il dentifricio Enzycal che, grazie all'azione combinata di tre enzimi (amiloglucosidasi, lattoperossidasi e glucosidasi) e del fluoruro di sodio, remineralizza lo smalto proteggendo efficacemente i denti dalla carie e ripristinando il naturale equilibrio della flora orale.

Il sistema enzimatico di questo dentifricio inibisce la crescita batterica e ritarda la formazione della placca favorendo le funzioni antibatteriche e remineralizzanti della saliva. In combinazione con il fluoruro di sodio, si è dimostrato efficace nel riparare le lesioni cariose iniziali, agisce ripristinando la cristallinità e la durezza dello smalto. Il prodotto è stato testato in uno studio pubblicato su *Clinical Oral Investigations* che ha valutato tre dentifrici in vitro verificando un'efficace azione



remineralizzante sui denti permanenti con lesioni iniziali dello smalto dopo solo sette giorni di trattamento. In particolare, il dentifricio a base di idrossiapatite parzialmente sostituita con fluoro e quello contenente fluoruro di sodio associato a enzimi hanno capacità comparabili nel recupero della durezza e della cristallinità dello smalto; inoltre, dai risultati ottenuti

dall'analisi micromorfologica e chimica, si evince come l'associazione del fluoruro di sodio ad alcuni enzimi di origine salivare ne potenzi l'azione remineralizzante.

Da un punto di vista di rilevanza clinica, i dentifrici contenenti idrossiapatite parzialmente sostituita con fluoro, i dentifrici a base di monofluorofosfato di sodio con arginina, e i dentifrici al fluoruro di sodio associati a enzimi, usati quotidianamente, rappresentano uno strumento preventivo/terapeutico efficace e non invasivo per remineralizzare le lesioni iniziali dello smalto.

Orilisi G et al. Multidisciplinary evaluation of the remineralization potential of three fluoride-based toothpastes on natural white spot lesions. *Clin Oral Investig.* 2023 Dec;27(12):7451-7462.

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

STRUMENTARIO

Kit Maestro Btk



Biotec, che dal 1999 fornisce soluzioni semplici, intelligenti e all'avanguardia in campo chirurgico odontoiatrico, ha lanciato sul mercato il nuovo kit chirurgico Maestro per la chirurgia guidata.

Con un layout semplice e intuitivo, il kit Maestro permette di eseguire la chirurgia guidata di ben quattro linee implantari: Safe, Plus, IsKone e Nano.

Le frese sono calibrate per tutte le lunghezze implantari, da 6 a 15 mm e dai diametri da 2.9 a 5 mm.

Maestro è compatibile con i principali programmi di progettazione per la chirurgia guidata sul mercato e grazie alla sua elevata precisione consente di eseguire interventi chirurgici precisi e sicuri, con risultati estetici e funzionali duraturi.

Il kit è in offerta lancio fino a fine anno ed è in programma un vasto programma di corsi per la spiegazione della tecnica.

i **Biotec**
Tel. 0444.361251
info@btk.dental
www.btk.dental

IMPIANTI

SwissPlus

L'impianto conico SwissPlus è progettato per essere posizionato a livello tissutale in una procedura chirurgica monofasica. Il collo macchinato funge da estensione transmucosale dell'impianto e alloggia il componente protesico del restauro. La porzione con superficie brevettata MTX microtexturizzata dell'impianto, che comprende l'area filettata, va posizionata sotto la cresta ossea.

L'impianto include una vite di copertura chirurgica e viene fornito fissato a un pilastro multi-use utilizzato per l'inserimento e la presa dell'impronta e come pilastro finale preparabile.

La conicità è presente sull'intera lunghezza dell'impianto SwissPlus, con l'origine alla prima filettatura coronale. Tale conicità rende più facile l'inserimento dell'impianto, aumenta la stabilità primaria ed è adatta per tutte le tipologie ossee. La doppia filettatura dello SwissPlus aumenta del 33% la superficie filettata rispetto a una filettatura singola. Le due filettature iniziano sfasate di 180 gradi l'una dall'altra. Ciò comporta una maggior efficacia di taglio delle spire, per una migliore stabilità primaria dell'impianto.



i **Biomax**
Tel. 0444.913410
info@biomax.it
www.biomax.it



11
15
aprile 2024

open meeting

IL PAZIENTE AL CENTRO DELLA TERAPIA:
trattamento implantoprotesico e gestione delle complicanze

Napoli

Stazione Marittima
Molo Angioino

WWW.IAO-ONLINE.COM

NOVITÀ EDITORIALE

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

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

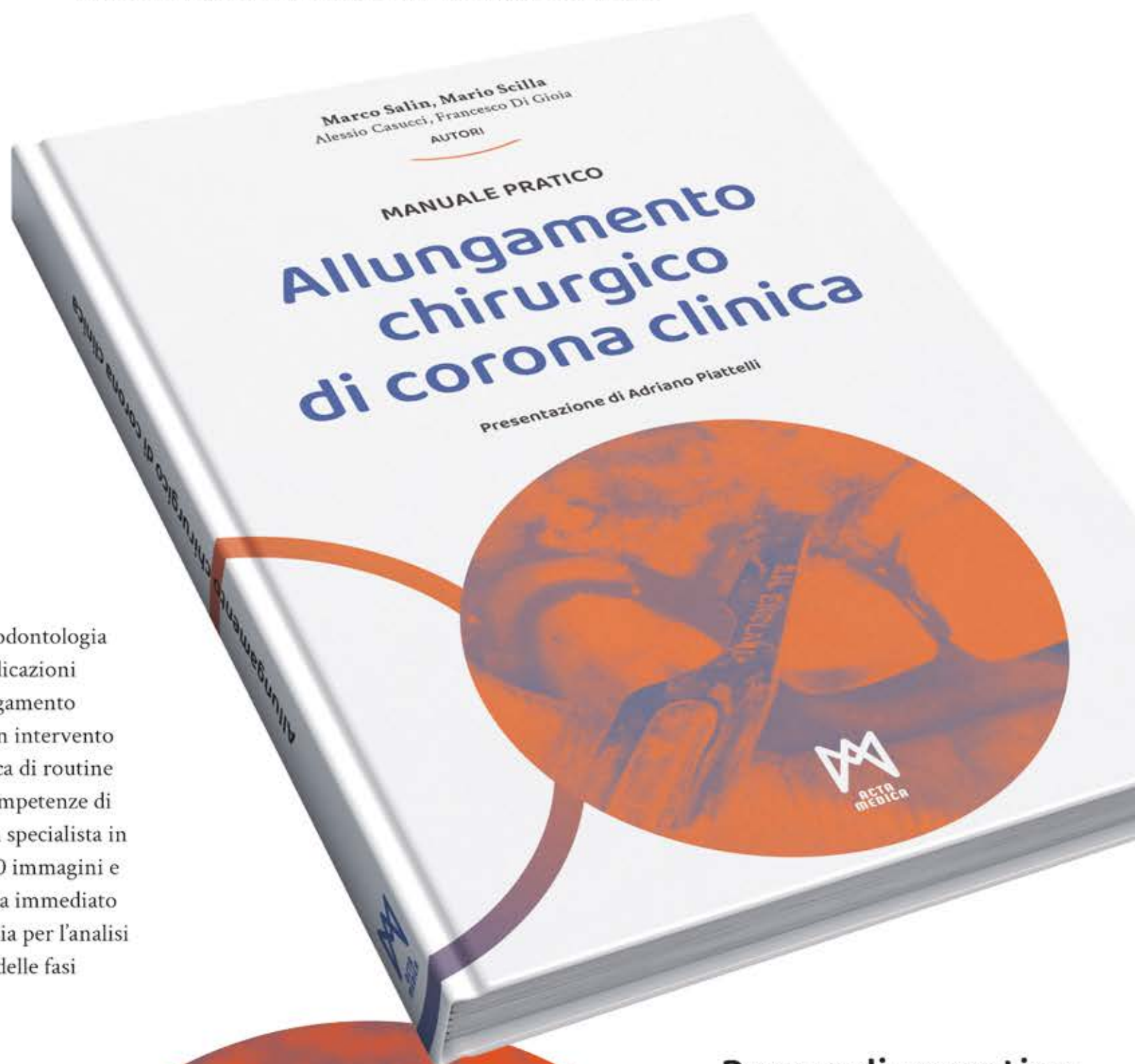
AUTORI

Marco Salin, Mario Scilla

con la collaborazione di Alessio Casucci e Francesco Di Gioia

volume cartonato
formato 17x24 cm
232 pagine con più di 500
immagini cliniche

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



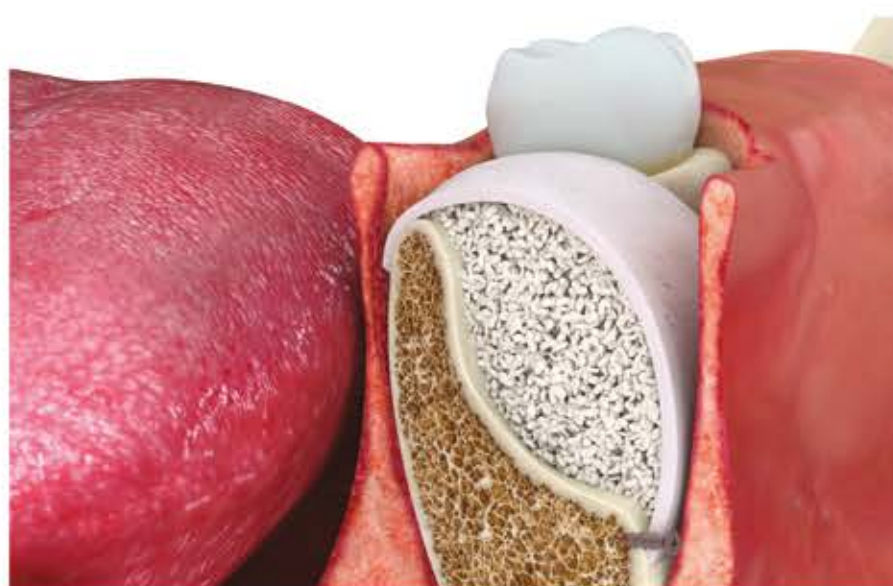
Guarda l'anteprima
e acquista la tua copia su
WWW.GRIFFINEDITORE.IT



Prezzo di copertina
109 euro



OsteoBiol®
by Tecnos



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