



Grande successo del 13° International Meeting dell'Accademia il Chirone



p. 3



Come nasce il Progetto Rocco Bergamo



p. 10

ROCCO BERGAMO
Registry Of Coronavirus COmplications

INFORALMEDIX
PROFESSIONAL ORAL HYGIENE

AT.A.S.I.O.

Presidente:
Prof.ssa Gianna Maria Nardi

p. 21



Dal 13 International Meeting dell'Accademia il Chirone

Lesioni dentali traumatiche

Linee guida revisionate per la loro gestione

Prof. Paul Abbot



L'International Association of Dental Traumatology (IADT) ha per la prima volta pubblicato le linee guida per la gestione delle lesioni dentali traumatiche (LDT) in Dental Traumatology nel 2001. Successive revisioni sono state pubblicate nel 2007 e 2012. Le linee guida attuali, ancora una volta rivisitate dai comitati di esperti dell'IADT, sono state pubblicate su Dental Traumatology nell'agosto 2020-4. Queste ultime linee guida sono suddivise in quattro articoli. Il primo articolo presenta informazioni generali relative a tutte le lesioni dentali traumatiche. Il secondo riguarda la gestione delle fratture e delle lesioni da lussazione dei denti permanenti, il terzo articolo riguarda la gestione dei denti permanenti avulsi e il quarto le lesioni alla dentatura primaria. Queste ultime linee guida sono state integralmente pubblicate in un unico numero di Dental Traumatology al fine di fornire un facile accesso ai lettori. Avviene frequentemente che i pazienti abbiano più di un tipo di lesione dentale nello stesso incidente - ad esempio, un dente può essere avulso mentre un dente adiacente può essere lussato lateralmente e avere una frattura della corona.

Molte LDT si verificano nei bambini piccoli con dentizioni miste. Quindi, avere tutte le linee

guida insieme per ogni tipo di lesione semplifica il processo per i medici che necessitano di consultarle all'appuntamento di emergenza immediatamente dopo un trauma.

Le linee guida revisionate sono disponibili sul sito web della rivista Dental Traumatology in "Open Access", ad accesso libero, in modo tale da poter essere scaricate gratuitamente. L'intento dell'IADT è quello di rendere tali linee guida prontamente disponibili a tutti i dentisti ma con l'obiettivo finale di favorire la gente comune che subisca tale lesione dentale traumatica. Chiunque potrà consultare e scaricare le linee guida direttamente dal sito web dell'IADT, anche senza essere socio IADT. Le linee guida disponibili sul sito sono state tradotte in diverse lingue. Traduzioni in altre lingue sono attualmente in fase di preparazione e saranno pubblicate sul sito web IADT una volta completate. L'IADT ritiene che tali linee guida siano estremamente importanti poiché diversi studi effettuati hanno riportato uno scarso livello generale di conoscenza della gestione delle LDT da parte dei dentisti, in tutti i diversi paesi. Le LDT risultano inoltre essere molto frequenti. Un recente rapporto evidenzia infatti che oltre un miliardo di persone nel mondo hanno subito

traumi ai denti in un dato momento, rendendo la LDT la quinta condizione più diffusa, se si considerano tutte le malattie del corpo. Inoltre, il trauma orale è sovra-rappresentato, se si considera che la zona orale costituisce soltanto l'1% della superficie corporea totale, ma ha il 5% di tutti i traumi (e fino al 17% nei bambini piccoli). Le linee guida si basano sulle migliori evidenze disponibili a seguito di ampie revisioni della letteratura, oltre alle opinioni dei membri del comitato, esperti con diverse specializzazioni e ampio background. L'obiettivo principale delle linee guida è fornire ai lettori informazioni di facile accesso che possano essere consultate in caso di lesione dentale traumatica. In particolare, descrivono la gestione dell'emergenza dei vari infortuni e forniscono informazioni generali per la gestione del follow-up e dei vari possibili esiti a lungo termine.

Referenze:

1. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General Introduction. *Dent Traumatol.* 2020; 36: 309-313.
2. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dent Traumatol.* 2020; 36: 314-330.
3. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol.* 2020; 36: 331-342.
4. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol.* 2020; 36: 343-359.

Chirone Academy Award al Prof. Paul Abbott



Prof. Paul Abbott

Winthrop Professor, BDSc W.Aust., MDS Adel., FRACDS (Endo), FPFA, FADI, FICD, FACD Winthrop Professor, Faculty of Health and Medical Sciences, Oral Restorative and Rehabilitative Sciences

Quest'anno il Chirone Academy Award va al professor Paul Abbot per l'innovazione e l'alta qualità del suo lavoro nella ricerca e nella pratica clinica della professione.



Segue a pagina 2

Segue dalla prima

Prof. Paul Abbott

Il Prof. Paul Abbott AO è docente di odontoiatria clinica presso l'Università dell'Australia occidentale.

È un endodontista e lavora anche part-time in uno studio privato.

Prima di assumere una posizione universitaria a tempo pieno nel 2002, ha trascorso 17 anni in Studi privati a Perth e Melbourne.

Il Prof. Abbott ha tenuto numerose conferenze (oltre 1.000 conferenze e corsi) in 43 paesi, ha pubblicato oltre 195 articoli in riviste con referee e 23 capitoli di libri di testo. Da agosto 2015 è Caporedattore della rivista internazionale "Dental Traumatology".

Il professore. Abbott ha fatto parte di comitati e consigli di amministrazione: è stato il presidente della International Federation of Endodontic Associations, presidente della Asia-Pacific Endodontic Confederation e presidente federale dell'Australian Society of Endodontology.

È stato Direttore, Scuola di Odontoiatria UWA; Direttore, Oral Health Center of WA; Direttore della Scuola di specializzazione e ricerca in Odontoiatria UWA; Professorial Fellow, UWA; Docente Senior di Endodonzia, UWA; Professore Associato di Endodonzia all'Università di Melbourne; Senior Fellow, Università di Melbourne.

QR Code e sito

Al termine di alcuni articoli è possibile trovare un QR CODE specifico per leggerli interamente sul sito dedicato al tabloid Infomedix Odontoiatria Italiana

www.infomedixodontoiatria.it



Tutti coloro che vogliono condividere esperienze di trattamenti al cavo orale e peri-orale, maturate e documentate all'interno di studi dentistici privati o di cliniche odontoiatriche possono contribuire contattando la redazione chiamando il numero

+39 0761 352133

o inviando una mail a:

redazione@infomedix.it

La responsabilità degli articoli e dei contenuti appartiene ai rispettivi autori, che ne rispondono interamente.

Non pubblicheremo mai i prezzi dei prodotti. Siamo fermamente convinti che queste informazioni debbano essere sempre lasciate alla discrezionalità del rapporto tra Cliente e Venditore.



DIREZIONE E REDAZIONE

Via dell'Industria 65
01100 Viterbo - Italy
VAT 01612570562

DIRETTORE

Baldo Pipitone

DIRETTORE RESPONSABILE

Silvia Borriello

COORDINAMENTO EDITORIALE

Alberto Faini

Paola Uvini

CONSULENZA SCIENTIFICA

Gianna Maria Nardi

Luca M. Pipitone

REDAZIONE

Nadia Coletta

Manuela Ghirardi

GRAFICA

Silvia Cruciani (Coordinamento)

Antonio Maggini

UFFICIO STAMPA

Claudia Proietti Ragonesi

Carlotta Caroli

WEB

Massimiliano Muti

PUBBLICITÀ

Riccardo Bonati (Coordinamento)

Ilaria Ceccariglia

Cristina Garbuglia

AMMINISTRAZIONE

Fausta Riscaldati

SEGRETERIA

Veronica Viti

STAMPA

Graffietti Stampati Snc,

S.S. Umbro Casentinese Km. 4,500

Montefiascone (VT)

BIMESTRALE - ANNO II - N. 4 del 2020

Aut. Trib. VT n° 528 del 21/07/2004

Un ringraziamento speciale alla prof.ssa Gianna Maria Nardi per la sua preziosa collaborazione.

Per informazioni, richieste e invio materiale da pubblicare contattaci:

@ redazione@infomedix.it

Whatsapp: +39 366 7456196

T. +39 0761 352133

infomedixodontoiatria.it



Publishing House
Infomedix

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE DI SETTORE

Aderente a: Confindustria Cultura Italia



Azienda certificata dal 26/11/2004, per la realizzazione ed erogazione di sistemi di comunicazione di marketing multicanale secondo la norma ISO 9001:2015. Certificato n. CERT-15119-2004-AQ-ROM-SINCERT

DENTECOM, presente sul mercato dell'Odontoiatria di Roma e del Lazio dal 1976, offre le proprie competenze nel settore dell'implantologia per la maggior parte delle piattaforme in commercio.

Offriamo consulenza finalizzata alla soluzione dei problemi di protesi implantare anche e soprattutto su fixture non inserite nel vostro Studio.

Da maggio a settembre è in corso una promozione straordinaria di filler estetici della nota linea "MY FILLER" per lo Studio Odontoiatrico. Presentiamo inoltre un'offerta sulla gamma "OSTEOBIOL" (Gen-Os, membrane Evolution e Derma, GTO, putty, lamine, Gel-40). I prodotti Osteobiol conservano la matrice di collagene indispensabile per una rigenerazione ossea efficace e sicura.

DENTECOM inoltre, mette a disposizione la sua esperienza per avviare il **percorso digitale** del vostro Studio e Laboratorio. Per contatti ed informazioni siamo presenti in Sede dal lunedì al venerdì nei seguenti orari: 09,00-13,00 / 14,30-18,30

Dentecom Srl

Via Francesco Saverio Sprovieri, 35

00152 Roma (RM)

T. +39 06 58330870 - T. +39 392 6060066

dentecom.srl@gmail.com

I nostri marchi:

IMPLANTOLOGIA:

ANTEEA
Bredent Medical
FDS76
IDC
Maco Dental Care

New Ancorvis
Noris Medical
Rhein83
UNOR

RIGENERAZIONE:

Roen Osteobiol
Rigenera

ESTETICA:

MyFiller





13th International Meeting Accademia il Chirone

Grande successo del 13^o International Meeting dell'Accademia il Chirone

Grande successo del 13^o International Meeting dell'Accademia il Chirone dal titolo "Siamo tutti Pazienti Special Needs. La personalizzazione della strategia terapeutica" organizzato dall'Accademia di Studi e di Ricerca di Odontostomatologia e Prevenzione Odontostomatologica Il Chirone. La Manifestazione è stata patrocinata dall'Associazione Italiana Odontoiatri; della Associazione Nazionale Dentisti Italiani; della Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap; del Collegio dei Docenti Universitari di discipline Odontostomatologiche; della Accademia Tecnologie Avanzate nelle Scienze di Igiene Orale; della Associazione Igienisti Dentali Italiani; della Unione Nazionale Igienisti Dentali.

Dopo il saluto di benvenuto del Prof. Ugo Covani, presidente dell'Accademia, l'auto-revole contributo scientifico della prof. Antonella Polimeni, presidente dell'evento, ha dato il via ad una serie di interessantissime relazioni sull'argomento tema dell'incontro. Un'attenzione particolare va all'intervento del prof. Giancarlo Montedoro, Consigliere di Stato che ha affrontato i temi legati ai profili giuridici dei rapporti tra paziente e cura e al dott. Marco Magi pres.te della SIOH.

La Special Guest di questa edizione è stata lo scultore Enzo Guaricci scultore di chiara fama, autore della scultura in copertina del programma di questo Congresso che, affetto da una sindrome neurodegenerativa grave ha affidato alla voce della prof. Gianna Maria Nardi un saluto ai partecipanti e la filosofia che trasferisce attraverso le sue opere scultoree. L'acclarato appello dei dott.ri Aureli e dott.ssa Figlia, non solo da operatori sanitari ma soprattutto da genitori di pazienti special needs ha creato un grande momento emotivo e di riflessione, al pari della casistica clinica mostrata dal dott. Eugenio Raimondo. In questo difficile momento di disagio ambientale creato dal Covid 19, che ha modificato significativamente gli stili di vita di tutti noi, anche l'attività di aggiornamento congressuale ha subito il cambiamento.

La modalità web live è sicuramente un'incognita, che crea stress agli organizzatori, ai relatori ed ai partecipanti e richiede uno sforzo immane per il team di regia. Se dalle 8,30 fino alle 20 di sera i partecipanti hanno mantenuto il collegamento attivo, lo si deve alla tematica importante ed alla miscellanea di relatori autorevoli che hanno regalato ai 500 collegati iscritti il loro

prezioso contributo, che ha mostrato quanto la prevenzione sia vera terapia, con la promozione della salute e terapie personalizzate per le differenti tipologie di pazienti special needs. Si è parlato di efficace management di prevenzione primaria secondaria e terziaria, presentando aggiornate evidenze scientifiche, avanzati protocolli clinici e tecnologie sofisticate che permettono adozione di protocolli diagnostico-te-

rapeutici riabilitativi che migliorano la gestione della malattia e delle sue complicanze.

Il ringraziamento dell'Accademia IL CHIRONE a tutti gli autorevoli relatori, agli organizzatori, alla regia web, e un ringraziamento particolare a tutti i brand aziendali che grazie al loro contributo hanno permesso un grande aggiornamento per la professione odontoiatrica.

Arrivederci al prossimo Chirone 2021 a ROMA.



**LA PIATTAFORMA WEB SCELTA
PER IL CONGRESSO È STATA REALIZZATA
DA INFOMEDIX CHE HA SVILUPPATO
IL NUOVO SERVIZIO**

**SMART
MEDICAL
FAIR**

Programma

Ore 08.30 Registrazione dei partecipanti

Moderatori: **Roberto Di Giorgio, Fabrizio Guerra
Marta Mazur, Gianna Maria Nardi**

09.00 Apertura dei lavori
Ugo Covani

09.10 Il paziente special needs: approccio
transdisciplinare
Antonella Polimeni

09.30 La centralità della persona nella relazione di
cura: profili giuridici
Giancarlo Montedoro

09.50 I soggetti fragili nel Codice di Deontologia
Medica: il ruolo della S.I.O.H.
Esperienze cliniche
Marco Magi

10.10 Il paziente oncologico come paziente
speciale: prevenzione e gestione
delle problematiche odontoiatriche
Umberto Romeo, Gianluca Tenore

10.30 Special Guest Chirone 2020

Moderatori: **Denise Corridore, Roberto Di Giorgio,
Fabrizio Guerra, Marta Mazur**

10.50 Il management e comunicazione nelle
disabilità sensoriali
Livia Ottolenghi

11.10 Pazienti HIV+: sono (ancora) pazienti special
needs?
Michele Giuliani

11.30 La non invasive treatment in odontoiatria
pediatrica
Maria Grazia Cagetti

11.50 Il management del paziente affetto da
ipertrofia e iperplasia gengivale da farmaci
Roberto Grassi, Gianna Maria Nardi

12.10 Progetto OdontoAUTria: guida dentale per
famiglie di bambini autistici
Alberto Aureli

Word from Technology
(coordinato da Atasio)

12.30 L'evoluzione della tecnologia per il controllo
precoce del film batterico
Francesco Reale

12.45 Chirone Award 2020
Introducing the Revised Guidelines for
Managing Traumatic Dental Injuries
Paul V. Abbott

13.30 Pausa

Moderatori: **Roberto Di Giorgio, Fabrizio Guerra
Marta Mazur, Gianna Maria Nardi**

14.00 Il difetto parodontale infraosseo: un
approccio terapeutico da personalizzare
Claudio Mongardini

14.20 Il paziente speciale: modalità di approccio
clinico e anestesilogico e soluzioni
terapeutiche concrete
Eugenio Raimondo

15.00 Respirare bene nel bambino
Luca Levrini

15.20 C'era una volta Franci, un bambino speciale
Luigina Figlia

15.40 L'integrazione dell'igienista dentale nei
percorsi assistenziali ospedalieri: vantaggi e
risultati
Giacomo Oldoini

Word from Technology
(coordinato da Atasio)

16.00 Ma il fumatore è uno "special needs"?
Luigi Godi

16.30 Salute orale e tecnologie avanzate:
supporto marginale o aiuto concreto?
Alessandro Quattrini

16.50 Lesioni dello smalto, quali interventi
Piero Tralbalza

17.00 Ozonoterapia per l'igiene orale domiciliare
Ottavio Podda

17.20 Porta l'innovazione in studio: Smart
Technology al servizio dell'igienista dentale
Sabina Floridaia

17.40 L'importanza dell'igiene orale domiciliare nel
paziente parodontale. Analisi di un caso
clinico
Giorgio Stroppa

17.50 L'evoluzione nel controllo chimico della
placca
Giordano Bordini

18.00 Bioptron and its applications in dentistry
Denise Helbling

18.30 Chiusura dei lavori

Il prof. Pietro Bracco ci ha lasciati. Un grande Maestro, un insegnamento sempre attuale

Prof. Maria Grazia Piacino
Professore Associato di Ortognatodonzia, Dental School, Università di Torino

L'eredità umana e professionale di un vero Maestro dell'Ortognatodonzia nel ricordo della prof.ssa Maria Grazia Piacino

Il Prof. Pietro Bracco si è spento all'età di 79 anni lasciando un ricordo indelebile negli allievi, colleghi e pazienti che l'hanno conosciuto.

Fondatore e direttore della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia dell'Università di Torino dal 1999 al 2010, fu clinico, Ordinario titolare della Cattedra di Ortognatodonzia e Gnatologia del corso di laurea di Odontoiatria dal 1989 al 2011. Presidente CLOPD dal 1992 al 1997, primario della S.C.D.U. Ortognatodonzia e Funzione Masticatoria dal 1996 al 2011, la sua è stata una vita caratterizzata da un profondo senso delle Istituzioni e dedicata totalmente alla professione. In particolare alla conoscenza ed al rispetto costante dell'Armonia della funzione, concetto alla base della Scuola da lui fondata e magistralmente trasmesso a generazioni di studenti e professionisti.



di migliorare e mai di peggiorare la funzione. Una delle sue più grandi preoccupazioni era mettere i giovani in condizioni di "non nocere" e per questo spiegava spesso che uno dei pregi delle apparecchiature funzionalizzanti da lui profondamente studiate e magistralmente messe a punto era l'assenza di rischi collaterali. Questa rara preoccupazione spiega bene la sua levatura morale e capacità professionale.

"L'ordine potenzia il lavoro, facilita la memoria, economizza il tempo"

Questa frase lo caratterizzava in modo inequivocabile: a fronte di un'attività continua circondato da allievi e colleghi in occasione di congressi, serate, incontri e momenti di festa, aveva un approccio organizzativo rigoroso, nulla era lasciato al caso, tutte le regole che stabiliva avevano un senso clinico, umano e professionale.

"Non è mozzo di stalla chi striglia il suo cavallo" - "La perfezione non è un particolare, ma sono i particolari a fare la perfezione" - "Poco da dire, molto da lavorare" - "Scienza non fa, senza lo ritenere, l'aver inteso" - "Non far del bene se vuoi ricevere gratitudine"

Questo era il suo modo per spronare i ragazzi a non aver mai paura di lavorare: curare i casi, studiarli, dedicarsi gratuitamente senza remore e senza pretendere di ricevere gratitudine, ma per serietà professionale; conser-

vare e avere cura della documentazione che non vuol dire fare un lavoro di scarsa importanza, ma è solo attraverso la cura dei particolari che si raggiunge il massimo, la...quasi perfezione. Scienza non fa l'aver inteso senza studio, senza impegno non si va da nessuna parte, non si stancava mai di spronarci

"Il meglio è nemico del bene"

Questa frase è rimasta impressa nella mente di moltissimi ortodontisti perché la ripeteva spesso e perché i concetti funzionali devono essere la guida del trattamento ortognatodontico, mentre l'isteria della ricerca della perfezione estetica può essere una nemica del bene che è l'armonia della funzione.

"Arlecchino ridendo si confessa"

A fronte di grande impegno e lavoro durissimo, di giorno e di notte, non si fermava mai, aveva sempre qualche idea nuova, precorreva i tempi in modo ineguagliabile e chi lo circondava doveva correre per realizzare le novità con i mezzi tecnologici limitati del tempo, non mancavano i momenti di divertimento e svago, insieme, in tanti, sempre. E anche questi momenti erano occasioni di insegnamento e di approfondimento della conoscenza dell'animo umano.

"Jealousy is disease"

Detestava l'invidia e la gelosia, le considerava un male ineguagliabile e un'enorme, inconcepibile, inutile perdita di tempo che si frapponesse al raggiungimento dei traguardi professionali e di ricerca.

La ricerca era per lui un sogno nel senso che le sue idee erano troppo avanzate per le possibilità tecnologiche del tempo, ma aveva la capacità di concepire innovazioni cliniche radicate nel rispetto della fisiologia e della funzione così come innovazioni organizzative rispettose della precisione dei dati, dell'essere umano, della sua unità psico-fisica,

del "primum non nocere".

La ricerca internazionale attuale gli sta dando ragione dimostrando gli stretti legami tra masticazione, memoria e attività cognitiva, ovvero sta dimostrando l'importanza della fisiologia della funzione per la qualità della vita di tutti noi.

"Se il giovane sapesse e il vecchio potesse"

Si rendeva conto della voglia di fare dei giovani, ricordava benissimo la sua esuberanza degli anni passati, le possibilità che aveva avuto conoscendo e frequentando di persona i padri dell'odontoiatria della Lomalinda University dai quali aveva assorbito i concetti di funzione e gnatologia e conosceva i rischi che si corrono in una materia complessa come l'Ortognatodonzia..."primum non nocere"

Un ultimo ricordo in occasione della scrittura del libro pubblicato negli Stati Uniti d'America, quando si illuminò guardando il capitolo dedicato all'apparecchiatura funzionalizzante e, soprattutto, all'interpretazione diagnostica cefalometrica con le immagini dei muscoli e dei vettori di forza che si sviluppano in modo patologico in alcune strutture craniche e che solo le sue apparecchiature funzionalizzanti sono in grado di contrastare, controllare e correggere. Era raro vederlo soddisfatto, vedeva sempre oltre, sempre di più, non bastava mai, ma quelle immagini, finalmente, avevano colto il suo pensiero.

A lui un grande grazie per tutto quello che ci ha insegnato e che è ancora oggi del tutto attuale, da scoprire e riscoprire per molto tempo ancora, e a tutti noi l'augurio di saper portare avanti con la sua stessa passione, serietà e leggiadria le terapie Ortognatodontiche funzionalizzanti nel rispetto dell'Armonia della funzione, caposaldo dell'Armonia della vita di tutti noi.

"Primum non nocere"

Questa è una frase molto significativa che lui ripeteva spesso agli studenti poiché era conscio delle capacità di compenso spontaneo di un sistema complesso come la bocca e, di conseguenza, dei rischi di un intervento terapeutico che deve essere sempre in grado

77° Mostra Internazionale d'Arte Cinematografica: chi è stata la "vera star" sul red carpet?

Gianna Maria Nardi

77° Mostra Internazionale d'Arte Cinematografica organizzata dalla Biennale di Venezia si è svolta come di consueto al Lido di Venezia dal 2 al 12 settembre 2020.

La Mostra vuole promuovere la conoscenza e la diffusione del cinema internazionale in tutte le sue forme di arte, di spettacolo e di industria, in uno spirito di libertà e di dialogo e organizzazione di retrospettive e omaggi ad artisti che hanno contribuito a scrivere la storia del cinema.

La Giuria di questa edizione era presieduta da **Cate Blanchett** e composta da **Matt Dillon, Veronika Franz, Joanna Hogg, Nicola Lagioia, Christian Petzold** e **Ludivine Sagnier**, dopo aver visionato i 18 film in competizione ha deciso di assegnare **LEONE D'ORO** per il miglior film a **NOMADLAND** di Chloé Zhao (USA), e la **COPPA VOLPI** per la migliore interpretazione maschile a **Pierfrancesco Favino** nel film **PADRENOSTRO** di Claudio Noce (Italia).

Gli applausi più lunghi sono stati riservati al film italiano **Notturmo**, realizzato in 3 anni di lavoro dal regista G. Rosi, una meravigliosa regia che racconta con una fotografia incredibile e delicata una tremenda realtà di popoli e soprattutto di adolescenti senza speranza...un film che ti fa apprezzare di vivere in Italia...comunque...

Ma l'opera cinematografica **Le sorelle Maluso** con la regia di E. Dante è stata vera poesia, dimostrando come i sentimenti di dolore, amore, odio e difficoltà vissuti in famiglia, diventano comunque collante della stessa, anche quando hai rinunciato per la condivisione delle difficoltà ai tuoi sogni e a pezzi di vita.

Le attrici di teatro bravissime tutte ma sul red carpet la vera star di questa 77° Mostra Internazionale è stata... la mascherina!!!

Obbligatoria, come la distanza che ha dimezzato la platea delle proiezioni, la misurazione della temperatura e l'igienizzazione delle mani in maniera severa i controlli sull'indos-



sare la mascherina in tutto il percorso delle aree della mostra e durante la proiezione dei film e se per un attimo provavi a spostarla per migliorare la respirazione, il servizio d'ordine si avvicinava per invitarti a coprire il naso.

Vedere scendere le star internazionali con la mascherina chirurgica è stato un momento

particolare che ha fatto pensare... sarà sicuramente un'edizione da ricordare.

Forse tanti di noi professionisti in ambito medico e sanitario non avevamo mai considerato la sua importanza, faceva parte della nostra routine...ma ora, guai a dimenticarla!!! Sei out!

Speriamo di ritornare ad indossarla solo durante il nostro amato lavoro, ma per ora INDOSSIAMOLA!

SAVE THE DATE



14th International Meeting Accademia il Chirone



Presidenti del Congresso
Prof. Ugo Covani
Prof.ssa Antonella Polimeni

Coordinatore Scientifico
Prof.ssa Gianna Maria Nardi

Comitato Scientifico
Prof. Roberto Di Giorgio
Prof. Felice Roberto Grassi
Prof. Fabrizio Guerra
Prof. Livia Ottolenghi

**Mutamenti: evoluzione delle
conoscenze sui sistemi biologici,
tecnologie e approcci terapeutici**

Roma, 17-18 settembre 2021

Per iscriversi al 14th International Meeting Accademia Il Chirone 2021

accedi e registrati alla pagina:

<https://iscrizioni.meeting-planner.it/cmsweb/Login.asp?IDcommessa=xxx&Lang=IT>

Docenti e studenti universitari si preparano ad affrontare il nuovo Anno Accademico

Dr.ssa Michela Rossini

Vice Presidente della Commissione Nazionale dei Corsi di Studio in Igiene Dentale

Sebbene l'e-learning sia una modalità di formazione a distanza da circa due decenni, mai come nel periodo del lockdown per l'emergenza Coronavirus, è stata utile e indispensabile per garantire la prosecuzione del percorso accademico di tutti gli studenti, evitando così un vuoto formativo totale. Per gli studenti dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie, compreso quello di Igiene dentale, indubbiamente l'e-learning ha offerto una buona opportunità per proseguire sia le lezioni teoriche sia per integrare gli obiettivi di tirocinio raggiunti fino alla fine di febbraio attraverso la Didattica Pratica a Distanza ("Linee di indirizzo per la ripresa delle attività formative professionalizzanti - tirocinio per i corsi di Laurea e di Laurea Magistrale delle professioni sanitarie in tempi di COVID-19", Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle Professioni Sanitarie).

I Direttori della didattica professionalizzante, in accordo con i rispettivi Presidenti dei Corsi di Laurea in Igiene Dentale, hanno riprogettato il tirocinio, attraverso tutte le tecniche utili per acquisire le conoscenze, le abilità relative all'ambito delle attività didattiche tecnico-pratiche indispensabili ai fini dell'esercizio della professione. Fanno parte di queste attività le sessioni di briefing, debriefing, discussione di casi clinici, discussione di problemi a valenza

etica, risoluzione di esercizi/problemi con guida/supervisione, risoluzioni di casi dati/scenari o su pazienti simulati, simulazione a distanza (casi/procedure virtuali), analisi critica di testimonianze di esperti (pazienti, operatori) sia in modalità sincronica che asincrona. Oltre a ciò, viene riconosciuto anche lo studio individuale per l'elaborazione di un report e la realizzazione di un pacchetto di auto-apprendimento.

È noto e ben documentato come non tutti gli studenti imparano tramite la stessa tecnica di apprendimento aperto e non esiste una tecnica particolare che faciliti l'apprendimento in tutti.

Ci sono diversi fattori che influenzano la capacità di studio dello studente.

Apprendimento pratico, interazione, conoscenze pregresse, capacità analitiche e motivazioni sono alcuni dei fattori.

I nostri studenti, con estrema chiarezza, hanno fatto una valutazione del periodo particolare vissuto e hanno evidenziato come aspetti negativi quelli legati all'improvvisa e inaspettata cessazione di ogni attività in presenza, data dalla situazione emergenziale. Inoltre, per il carattere telematico delle lezioni, queste sono

risultate essere molto meno interattive e, per certe materie, questo è sicuramente un punto negativo. Questa peculiarità è stata evidenziata soprattutto dagli studenti del primo anno, rispetto a quelli del secondo e terzo anno. In generale tutti gli studenti hanno patito la mancanza di contatti, di confronto e di relazioni quotidiane con i propri compagni e con i docenti e l'impossibilità di lavorare direttamente sui pazienti, con la preoccupazione di perdere esperienza clinica diretta e manualità. Molti, comunque, sono stati gli aspetti positivi. Sebbene infatti la situazione si sia dovuta affrontare con uno spirito di emergenza, cercando soluzioni dove prima non esistevano, l'anno accademico è stato prontamente salvato e quasi tutte le attività si sono svolte regolarmente permettendo agli studenti di usufruire della didattica e di dare gli esami, rimanendo così in corso e non perdendo l'anno accademico. Un lato positivo delle lezioni in telematica è stato sicuramente il poter accedere alla didattica dalla propria abitazione facendo risparmiare a molti tempo prezioso e denaro per gli spostamenti. Oltre a questo, è stato segnalato positivamente la possibilità di confronto con i docenti e con il Direttore delle Attività professionalizzanti su come stesse andando il corso. Tutto questo per dire che



Dr.ssa Michela Rossini

Coordinatore delle Attività Didattiche Professionalizzanti
Università degli Studi dell'Insubria-Scuola di Medicina
Corso di Laurea in Igiene Dentale

ora che riparte l'A.A. 20-21 si dovrà, oltre che garantire le condizioni di sicurezza degli studenti, avere consapevolezza dell'esperienza di questi mesi attraverso la valutazione obiettiva della qualità delle competenze raggiunte dagli studenti così da comprendere l'efficacia delle tecniche messe in atto in risposta alla situazione emergenziale e valutarne le potenzialità da implementare anche nel futuro.

UNITÀ COMBINATA PIEZOELETTRICO E MOTORE PER CHIRURGIA E IMPLANTOLOGIA

Lo staff di progettazione **MARIOTTI** presenta il nuovo dispositivo di ultima generazione con luce led ad alta intensità.

Massime prestazioni ed alta affidabilità.



The High Quality
MADE IN ITALY



UNIKO PZ
SURGERY

MARIOTTI & C. SRL

Implant-surgery motors and piezoelectric - manufacturer since 1973

Via Seganti 73 - 47121 Forlì - Italy

Tel. 0543781811

3938460818

info@mariotti-italy.com - www.mariotti-italy.com

Mariotti & C. Italy

UNIDI
THE ITALIAN DENTAL
INDUSTRY ASSOCIATION



CE
0476



Carbon®

Il potere della stampa 3D: rimodellare l'odontoiatria digitale

Carbon offre soluzioni uniche per elevare le attività dei laboratori odontotecnici. Il nostro approccio, basato sul processo Carbon Digital Light Synthesis™ (Carbon DLS™), ha la versatilità per soddisfare tutte le esigenze della produzione dentale in laboratorio.

Nonostante i progressi, la produzione additiva tradizionale impone ancora un compromesso tra la finitura delle superfici e le proprietà meccaniche. Le parti tradizionali stampate in 3D sono notoriamente incoerenti. Le loro proprietà meccaniche variano a seconda della direzione in cui le parti sono state stampate a causa dell'approccio strato su strato.

Al contrario, il processo Carbon DLS è una tecnologia

rivoluzionaria che utilizza proiezione digitale della luce, ottiche permeabili all'ossigeno e resine liquide di livello tecnico per produrre parti isotropiche coerenti e prevedibili con eccellenti proprietà meccaniche, risoluzione e finitura superficiale.

Le nostre soluzioni sono costruite per affrontare ogni sfida sui prodotti di qualsiasi scala. Il processo Carbon DLS consente ai laboratori odontotecnici di stampare modelli dentali accurati e di alta qualità fino a dieci



volte più velocemente rispetto ad altri metodi. Aumentando la produttività, Carbon consente la creazione di grandi volumi di modelli di allineatori trasparenti termoformati e fornisce risultati superiori nella produzione di bite occlusali, impronte di bondaggio indiretto, guide chirurgiche, corone e ponti temporanei, stampi per modanature e protesi.

Carbon offre la più ampia gamma di applicazioni per i laboratori odontotecnici stampate in 3D.

Collaboriamo con alcune delle aziende di materiali dentali più avanzate al mondo, ricercando e sviluppando continuamente nuove resine ottimizzate per la velocità e la precisione in modo che i nostri clienti possano rimanere sempre all'avanguardia della tecnologia dentale.

Recentemente, Carbon ha collaborato con Dentsply Sirona per fornire la soluzione di protesi digitale più avanzata fino ad oggi. In esclusiva per la piattaforma Carbon, il sistema include il materiale Lucitone Digital Print™, la prima resina per basi protesiche che supera gli standard ISO di elevata resistenza agli urti e alla torsione. Con Carbon, i produttori segnalano un costo del materiale ridotto di oltre il 30% rispetto alle protesi fresate e tempi di elaborazione ridotti fino al 50% rispetto alla fabbricazione di protesi tradizionali.

I professionisti dentali possono ora fornire una protesi con materiali di proprietà ineguagliabili

in termini di resistenza, precisione ed estetica.

Classificato al primo posto nella soddisfazione dei clienti in un sondaggio del laboratorio odontotecnico del 2019, * l'hardware di stampa 3D Carbon è veloce, connesso e robusto, con tempi di costruzione più rapidi rispetto ad altri metodi, i massimi rendimenti e la migliore operatività della stampante. Ci impegniamo a investire in ricerca e sviluppo per consentire la più ampia gamma di produzione di parti stampate in 3D.

Ogni abbonamento Carbon include l'accesso continuo a un servizio predittivo leader del settore, una gamma completa di materiali e un software di nuova generazione continuamente aggiornato.

A differenza di altre soluzioni di stampa 3D, la piattaforma Carbon migliora nel tempo, fornendo il meglio della tecnologia di oggi e di domani e proteggendo i laboratori dall'obsolescenza tecnologica.

* Indagine sulle tendenze della stampa 3D, fonte: NADL, agosto 2019

Sei interessato a saperne di più? Contatta il Carbon Dental Team alla mail: dental@carbon3d.com per una consulenza gratuita. www.carbon3d.com

La stampante 3D per professionisti del dentale #1 nella soddisfazione dei clienti

Fonte: NADL, agosto 2019. Sondaggio sul trend delle stampanti 3D

I laboratori dentali hanno classificato Carbon al numero 1 nella soddisfazione dei clienti con un punteggio **Net Promoter Score (NPS) of +89** — 86.9 punti oltre la media generale di settore, che è di +21.

Unisciti ai tanti laboratori che stanno trasformando il loro business attraverso la piattaforma Carbon.



BITE OCCLUSALI - KEYSPLINT SOFT CLEAR



Ricevi un bite occlusale gratuito!



Best in Class Materials



BITE OCCLUSALI - KEYSPLINT SOFT CLEAR



BASE PER PROTESI: STAMPA DIGITALE LUCITONE



MODELLI: DPR 10



GUIDE CHIRURGICHE: WHIPMIX



PROTESI DENTCA



STAMPI: DREVE FOTODENT



IMPRONTE DENTALI: DREVE FOTODENT TRAY



IMPRONTE DI BONDAGGIO INDIRETTO: DREE FOTODENT IBT



MASCHERA GENGIVALE: DREVE FOTODENT GINGIVA

Carbon[®]

WWW.CARBON3D.COM

SMART 

MEDICAL

FAIR



Benvenuti a Smart Medical Fair.
Visita il sito www.smartmedicalfair.com
e scopri la nostra fiera virtuale aperta tutto l'anno.

Visita la mostra virtuale organizzata per categorie.

- fai una passeggiata virtuale
- leggi di più sui prodotti
- verifica qual è il prodotto più interessante per te
- contatta i produttori direttamente

Tutte le aziende presenti ti aspettano.

SMART 

MEDICAL

FAIR

**Smart Medical Fair è la piattaforma scelta
da Infomedix Odontoiatria Italiana per i suoi eventi.**

Quale il futuro della nostra professione?

■ Dott. Luigi Veronesi

Quale il futuro della nostra professione? Da alcuni anni mi pongo questo quesito titolo di questa mia comune riflessione, sia da sindacalista, ruolo ricoperto per svariati anni, che da ordinista per quindici anni e attualmente in carica (CAO Brescia) e coinvolto nella Commissione nazionale quale Coordinatore del gruppo di lavoro: rapporti CAO nazionale con l'esterno.

Come sarà tradotta la nostra professione attraverso la crisi multi fattoriale che ci investe e ci coinvolge all'interno della più ampia internazionale?

Molte le sigle importanti che si affacciano nel nostro panorama, ma nessuna che si lanci in un vaticinio che possa mettere le coscienze in pace e avviarci verso il destino stabilito. Di contro, però, sigle meno note, spesso esterne alla professione e guru talvolta improvvisati di indicazioni ne danno, ricche di spunti e di certezze economico matematiche che pare non lascino dubbi in merito. L'università licenzia giovani odontoiatri ricchi di nozioni, ma poveri di intraprendenza e questa triste considerazione ha aumentato il desiderio di capire e di cercare di scrutare cosa ci fosse dietro l'angolo. La verità fuori dalla portata della visuale frontale all'orizzonte. Ritorniamo per un attimo all'Università; i corsi di studi certamente molto più ricchi e professionalizzanti di quanto potessimo reperire noi medici/odontoiatri prodotti con il vecchio conio, preparano in modo puntuale e profondo gli studenti. Alcuni Atenei, facendo propri i dettami europei sulla necessaria pratica clinica, danno l'opportunità di sviluppare una curva di apprendimento sotto la guida di tutor che step by step fanno crescere i giovani in modo protetto direttamente sui pazienti.

Eppure, diversamente da noi, della generazione passata, lasciati alla ricerca di una professionalità costruita con le proprie mani e le proprie scelte votati alla libera e indiscussa professione, oggi i giovani carichi di esperienza già nel post laurea, intraprendono strade limitate e limitanti soffocando e mortificando potenzialità che potrebbero generare un ulteriore balzo in avanti di un'odontoiatria, la nostra, fra le migliori, o la migliore al mondo. Perché? A mio avviso perché troppo si spinge sull'indispensabilità di cimentarsi esclusivamente nell'ultra specializzazione, separando in blocchi isolati e non comunicanti le diverse branche dell'odontoiatria. Chirurgo, ortodontista, endodontista, protesista e conservatore, ognuno con la propria scelta e l'impossibilità di coniugarle in un'unica professionalità personale. A chi poi il ruolo del decisionista nei casi multi-



disciplinari? Oggi tale ruolo è demandato al veterano, quello che come me ha vissuto e vive l'odontoiatria generica, fatta di capacità medio alte in tutti i settori e magari uno più degli altri affine per ideali, taglio o semplice passione coltivato con maggior interesse, ma cosa accadrà quando tali "onniscienti" figure non ci saranno più? Ecco venirci incontro il nuovo modello di professione futura: "la clinica", che di clinica non ha nulla essendo tale termine codificato per tutt'altra attività, ma per intenderci potrà tornare utile.

Un gruppo di professionisti, ognuno ingessato nella propria specialità, con difficoltà alla comunicazione, senza possibili soluzioni multiple da lui stesso gestite e pazienti che, alla maniera del film "Tempi moderni" di Chaplin passano di mano in mano per igiene, estrazioni, conservativa, implantologia e protesi, passando però, prima, per l'ufficio preventivi vero decisionista posto a vedetta

fra diagnosi e terapia.

Questo il primo tassello del puzzle. Per poter organizzare un lavoro fatto di discipline tenute volutamente separate occorre quindi allestire una struttura che possa dare spazio e organizzazione alla complessità gestionale. Ecco allora che il capitale inventa la "clinica", struttura iper organizzata munita di consulente aziendale (guru) che valutando il management risk, il business planing e le necessità di cash flow, seguendo un algoritmo già fatto circolare in certe università estrapolerà terapie da consigliare, sconsigliare e proporre da calare poi sulla manovalanza professionale che le renderà fattibili. Modelli matematici fondati su complessi algoritmi accessibili solo a titolati di altissimo prestigio, che però di contro stanno producendo fallimenti roboanti.

Pessima odontoiatria, insoddisfazioni professionali, danni economici e pazienti lasciati senza cure con pagamenti già effettuati o impegni contrattuali con società finanziarie.

Questo un possibile futuro, che spero trovi sempre meno consensi, specialmente nei giovani colleghi.

Ma un'alternativa esiste? Partiamo allora anche noi da un algoritmo fatto di dati veri e non rimaneggiati.

Gli esercenti l'odontoiatria sono meno di 45000 e non i 63000 sbandierati da guru, più furbi che onesti. Nei prossimi 5/6 anni i figli del boom degli anni '80 della scelta professionale, andranno in pensione ed il numero riportato scenderà ulteriormente. Gli studi monoprofessionali in Italia sono ancora 40000 a fronte di 4000 società, delle quali solo il 20% strutturate come "cliniche". Al fallire continuo e cadenzato di queste società si contrappone una politica monoprofessionale che negli ultimi anni ha incrementato i propri guadagni (indicazioni Eures 2018) sia in ambito di attività singola che coniugata come studi associati. Secondo tassello.

Sono convinto e spero di trovare consensi sulla strategia di un rinnovamento organizzativo, quello sì, dello studio monoprofessionale, avvantaggiandosi magari con STP, nell'immediato presente, ma la vera speranza è di vedere esaltata e premiata la scelta della vera professione dove il sanitario mette nome, faccia e professionalità orgoglioso di essere ciò che è, senza strani nomi di fantasia, tutelato da leggi che, nel proteggere la professione, permettano ai professionisti di avere sgravi fiscali superiori alle società e non debbano cadere nella necessità o tentazione di trasformarsi in esse. Terzo tassello.

Come nasce il Progetto ROCCO BERGAMO

■ Dott. Luca Vitali



ROCCO BERGAMO

Registry Of Coronavirus COmplications

Mi chiamo Luca Vitali ho 34 anni e sono un bergamasco, un marito, un orgoglioso papà di due bambini e un Medico Odontoiatra. Con queste righe, voglio raccontarLe l'esperienza che stiamo vivendo io e mia sorella Monica Vitali, Dottoressa in ostetricia e specialista nella riabilitazione del pavimento pelvico.

Nel periodo di lock-down abbiamo vissuto rinchiusi nelle nostre case, increduli per tutto quello che stava accadendo. Sofferenza e paura dilagavano a vista d'occhio, in particolar modo nella nostra Bergamo.

Linee del 118 intasate, ospedali che non riuscivano a dare assistenza, medici di base nel panico per la paura di contagiarsi e il dubbio di essere asintomatici portatori, con il rischio di contagiare pazienti anziani o affetti da altre patologie. Non esisteva alcuna linea guida. Insomma, il collasso totale di tutto il sistema sanitario.

A quel punto, il senso di abbandono si è aggravo a tutti quei sentimenti terribili e fino ad allora sconosciuti, facendo sembrare buio e triste ogni nostro pensiero.

Sentendoci quotidianamente, io e Monica ci aggiornavamo con notizie agghiaccianti, spesso interessanti nostri pazienti, conoscenti, amici... non potevamo stare a guardare e, da buoni attivisti crocerossini, abbiamo iniziato a dirci "dobbiamo fare qualcosa!".

Un giorno un collega mi propose di entrare a fare parte di un call center organizzato da Rotary Club Distretto 2042, composto da 100

medici, per dare supporto ad AREU (118) nel filtrare le richieste provenienti dal territorio. Accettai subito, coinvolgendo anche Monica, per iniziare a dare il nostro contributo.

Non potendo prescrivere trattamenti farmacologici, offrivamo principalmente il piano di cura più indicato al momento, comprensione e vicinanza a tutte quelle persone che, impaurite e spaesate, ci chiamavano in cerca di conforto e di aiuto. Monitorando giornalmente i parametri dei nostri interlocutori, notavo che il bisogno primario e più grande era quello dell'ascolto. Era bello poter regalare un minimo di sollievo e, forse, riuscire a strappare loro anche un sorriso.

Il Call Center Rotary 2042 riscontrava, già dai primi giorni, un buon feedback e lo stesso sentimento era condiviso da ognuno dei 100 medici partecipanti. Senza vizio di ostentazione, ci siamo resi conto di essere stati dei piccoli angeli che hanno portato un minimo di luce, in un cammino, aimè, per qualcuno conclusivo.

Qualche settimana dopo l'avvio della nostra "avventura", durante una delle nostre telefonate, Monica ebbe un'idea grandiosa: se gli ospedali, e i medici di base erano così oberanti di lavoro e in difficoltà nel ricevere sempre più persone, si doveva trovare il modo di curare i pazienti a domicilio, intervenendo, quindi, sul territorio.

La prima idea, avviata in collaborazione con ATS Bergamo, vedeva impegnati medici volontari chiamati USCA (Unità Speciale di Continuità Assistenziale) ma il loro numero ridotto e le varie difficoltà derivanti dall'organizzazione dei professionisti divennero ben presto un problema.

A quel punto, con l'appoggio del Dottor Maurizio Maggioni, responsabile Call Center Ro-

tary 2042, abbiamo reclutato altri 13 medici volontari e ideato un piano di supporto completo agli USCA. Ottenuta l'approvazione da parte di ATS, siamo partiti.

Abbiamo diviso la provincia di Bergamo in 6 aree, creando gruppi di due medici con il compito di processare le richieste di intervento di ogni singolo distretto.

Con il nostro supporto, ogni medico USCA è passato dall'offrire 2 visite al giorno, come da originario piano in collaborazione con ATS, ad impegnarsi per 8/10 visite giornaliere. Grazie ad una precisa organizzazione, curavamo in primis l'invio dei dati clinici rilevati dal medico di base, il quale richiedeva l'attivazione del "servizio"; seguiva poi la gestione dei monitoraggi dei parametri vitali di ogni paziente visitato. Il monitoraggio giornaliero si concludeva poi con l'invio immediato di tutti i dati agli stessi medici di base.

Iniziamo a "tirare" un sospiro di sollievo. Con il passare del tempo l'emergenza, un poco alla volta, rientrò, ma la nostra Bergamo ne uscì purtroppo sconfitta. Sentivamo però il bisogno di rialzarci, di creare qualcosa che avrebbe portato alla rinascita della nostra splendida Città.

Seguendo la proposta del Dottor Massimo Allegri, Medico Anestesista, Terapista del Dolore, abbiamo deciso di avviare il progetto di ricerca tramite lo studio di GLICOMICA, che portasse a capire quale era l'evoluzione di tutte quelle patologie emerse successivamente il contagio, riconducibili al Covid-19.

Da buoni bergamaschi, abbiamo deciso di

impegnarci, ancora una volta, "abbassando il crapone e sò a laurà".

Da qui nasce il Progetto Rocco (Recovery Of Corona virus COmplication).

Il nostro è un Progetto di grande importanza e valore scientifico, dove tutti i medici di ogni specialità, ramo e settore possono dare il loro contributo nella raccolta di dati clinici, potenzialmente utili per analizzare e capire quello che, ad oggi, è ancora dubbio e incomprensibile.

Oltre a questo, il Progetto Rocco vuole essere di conforto per tutte quelle persone travolte da una paura incontrollabile e mai provata prima, permettendo di condividere e raccogliere le loro sensazioni ed esperienze, con la certezza di trovare l'empatia, il conforto e la vicinanza di una Città intera.

Non possiamo sapere cosa nasconda il nostro futuro, ma è indiscutibile che, unendo le forze e riuscendo ad affrontarlo tutti insieme, uniti, quella paura che ci ha dominato per tanti mesi non potrà più avere il sopravvento. Nessuno più, dovrà sentirsi solo

ROCCO BERGAMO
Progetto di Ricerca Scientifica
e Supporto del Territorio di Bergamo
via Zalasco 1, 24122 Bergamo
info@roccobergamo.it
www.roccobergamo.it

Presentazione del Progetto ROCCO BERGAMO

Dott.ssa Monica Vitali



Il progetto socio-sanitario e di ricerca 'ROCCO' (Registry Of Coronavirus COmplications), patrocinato dal Distretto Rotariano e affiancato da Rotary Distretto 2042, lavora sul territorio della provincia di Bergamo per monitorare nell'arco di un anno 500 pazienti che sono stati infettati da Covid-19 e che hanno avuto differenti gradi di gravità clinica, a seguito dell'approvazione del comitato etico dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII.

Tale progetto si propone di valutare, grazie al lavoro volontario del Call center, già precedentemente utilizzato nella fase 1 e fase 2, attualmente con 50 medici che seguiranno telefonicamente i pazienti, gli effetti clinici a lungo termine dell'infezione da Covid-19 e monitorare la presenza/comparsa di dolore cronico e le modalità più appropriate per la riabilitazione dei pazienti con monitoraggio funzionale ogni 2 mesi.

Tra un anno i risultati verranno presentati all'interno di un congresso internazionale che si terrà a Bergamo per discutere dei dati raccolti all'interno



dell'Open Registry, il quale essendo aperto, ciascun ricercatore ne avrà accesso durante l'anno.



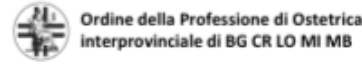
Dott.ssa Monica Vitali

Prevenzione, cura, trattamenti delle disfunzioni pelviche ginecologiche, urologiche, colon-proctologiche, pediatriche, sessuali.

Coordinamento dell'iniziativa:



Partner scientifici:



Partner istituzionali:



Sponsor:



Il Progetto Rocco Bergamo è frutto di passione, dedizione ed energia che è stato reso possibile solo grazie al coinvolgimento e alla proattività di enti, istituzioni e aziende.

L'evento avrà inoltre un'importantissima occasione di visibilità internazionale della nostra città.

La valutazione dei pazienti può ritenersi uno studio innovativo per vari motivi: un'analisi a lungo termine (1 anno) con uno studio di tutti i pazienti contagiati, ovvero non solo quelli ospedalizzati (Ben 2/3 della popolazione studiata) che permetterà di valutare se anche i contagiati paucisintomatici possano avere effetti collaterali a lungo termine, e uno studio di glicomica con lungo follow-up.

La glicomica è una disciplina altamente innovativa che permette di studiare le glicoproteine del soggetto e valutare se tali specificità lo mettano più a rischio di sviluppare la malattia.

Il progetto verrà eseguito con la collaborazione al Dipartimento di Anestesia diretto dal Dott. Lorini Direttore di Terapia Intensiva dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII.

Dalle prime ricerche è stato valutato che il virus ha tropismo non solo sui polmoni, ma su tanti altri organi tra cui i muscoli e il sistema nervoso, a tal proposito identificheremo la popolazione oggetto di studio, non solo identificando i pazienti ospedalizzati, ma anche quelli trattati sul territorio, avendo così un campione più rappresentativo della malattia da Covid-19.

Nella prima valutazione si eseguirà uno screening al fine di valutare l'eventuale necessità di eseguire un approccio fisioterapico gratuito domiciliare o presso uno o due centri specializzati, di cui uno è Gruppo San Donato Smart Clinic.

Tale valutazione e programma fisioterapico saranno poi personalizzati, a seconda delle patologie lamentate, e del danno polmonare subito.

Il Dott. Massimiliano Sacchelli (fisiatra presidente di M3Salus e promotore di un progetto riabilitativo simile presso la città di Parma) coordinerà il progetto, condividendo un percorso comune da perseguire con tutti i pazienti in esame.

Con il Progetto Rocco le persone avranno un team di volontari del call-center che li contatterà ogni due mesi e questo farà sì che non si sentano soli nel lungo percorso, non in ultimo anche psicologico, di uscita da questa grave malattia che ha tanto destabilizzato il nostro territorio.

Inoltre il progetto, grazie alla collaborazione con l'importante gruppo di ricerca Genos, permetterà di essere il primo studio mondiale per la valutazione della glicomica come produttore di gravità a lungo termine nei pazienti affetti da Covid-19.

Tutti i versamenti delle donazioni effettuate, verranno resi pubblici sul sito dedicato:

www.roccobergamo.it



Malattie Rare di interesse odontoiatrico: Il Rachitismo Ipofosfatemico Vitamina D Resistente (VDRR)



Elena Pozzani

Specialista Ambulatoriale ULSS 9
SCALIGERA - Regione Veneto
Segretario Nazionale SIOH (Società
Italiana di Odontostomatologia per
Disabili-www.sioh.it)

Oltre al rachitismo classico, esistono anche il rachitismo ipofosfatemico ereditario resistente alla vitamina D, suddiviso in autosomico dominante, autosomico recessivo e X-linked dominante, il più comune. Il VDRR è conosciuto anche come "ipofosfatemia ereditaria" o "ipofosfatemia familiare" ed è caratterizzato da un disturbo metabolico associato a difetto di mineralizzazione dei tessuti duri ed **ha la prevalenza di circa 1:20.000**.

I soggetti con VDRR hanno molti problemi e limitazioni durante la diagnosi e il trattamento dentale, pertanto l'odontoiatra diventa figura professionale di riferimento per questi pazienti fin ai primi anni di vita; la diagnosi precoce, i controlli periodici e l'approccio multidisciplinare con il pediatra e gli altri specialisti di riferimento sono importanti nella gestione odontoiatrica dei pazienti con VDRR.

Le manifestazioni cliniche principali del VDRR comprendono alterazioni scheletriche, deformità a carico degli arti inferiori, dolori ossei e tendinei, ritardo nella crescita, anomalie dentarie e ascessi dentari. I primi segni e sintomi solitamente iniziano a comparire durante il 1°-2° anno di vita.

Tipiche sono le alterazioni

scheletriche, caratterizzate da ossa deboli, sottili ed incurvate, con ipofosfatemia, iperfosfaturia e diminuito riassorbimento tubulare renale dei fosfati inorganici.

Non rare sono le fratture spontanee ed un anomalo allungamento osseo a livello dell'inserzione muscolare; possono, inoltre, essere presenti crampi muscolari, andatura dondolante, associata ad anomalie dell'articolazione dell'anca, dolore alle ginocchia, ginocchia valghe o vare, sviluppo ridotto (soprattutto delle gambe), sviluppo anomalo del cranio e/o delle coste (pectus excavatum) e possibile stenosi spinale.

Tale malattia rara è caratterizzata dall'alterata regolazione del gene del fattore 23 di crescita dei fibroblasti (fibroblast growth factor 23, FGF23); tale proteina svolge un ruolo centrale nella patogenesi dei rachitismi ipofosfatemici, poiché un aumento dell'attività del gene FGF23 inibisce il riassorbimento del fosfato a livello dei tubuli renali prossimali, con conseguente ipofosfatemia, che porta all'instaurarsi delle lesioni rachitiche. **La diagnosi è basata su dati biochimici e radiologici.** I segni radio-

logici classici del rachitismo sono assottigliamento delle ossa craniche, riduzione della densità ossea, aspetto lamellare del periostio, deformazione a coppa a livello metafisario, osteomalacia e osteoporosi. La diagnosi differenziale si pone con il deficit nutrizionale della vitamina D e la displasia ossea. **L'aspettativa di vita è normale. Il trattamento consiste nell'assunzione per via orale di fosfato e vitamina D**, di solito sotto forma di calcitriolo, fino al completamento della crescita scheletrica. In caso di crescita ossea anomala, il trattamento può essere di tipo chirurgico.

Frequenti sono anche le alterazioni dentali, quali **l'eruzione tardiva dei denti, ipoplasia dello smalto e della dentina, tubuli dentinali allargati, camere pulpari e cornetti pulpari allargati, taurodontismo, radici corte, lamina dura poco definita, bordo alveolare ipoplastico, tendenza allo sviluppo di ascessi spontanei e marcata ipersensibilità dentinale.** I difetti dentali colpiscono in maggior misura i denti decidui; gli ascessi e le fistole gengivali spontanei non sono provocati da carie o traumi pregressi (il test di vitalità della polpa è negativo), ma la necrosi pulpale associata è comunque di origine batterica, poiché l'esiguità dello spessore dello smalto, la sua possibile ipoplasia, i difetti della dentina, che è ipomineralizzata e presenta "schisi dentinali"



Ascesso spontaneo in paziente di 8 anni con VDRR



Fistola formatasi dopo l'evoluzione dell'ascesso



Ortopantomografia dello stesso paziente eseguita a 8 anni



Paziente con VDRR di 28 anni e grave parodontopatia



Ortopantomografia della stessa paziente eseguita a 28 anni



Particolare del danno parodontale a livello del II quadrante sup della stessa paziente

POSSIBILI CARATTERISTICHE DEL DISTRETTO MAXILLO-FACCIALE	<ul style="list-style-type: none"> • cranio sinostosi • lunghezza della base cranica anteriore diminuita • ramo mandibolare più corto • angolo della base cranica diminuito • tendenza alla III classe scheletrica • ipoplasia mascellare • prognatismo mandibolare relativo • morso aperto anteriore
ALTERAZIONI DEI TESSUTI ORALI	<ul style="list-style-type: none"> • ascessi spontanei • fistole dento-alveolari • lingua a carta geografica • aumentato rischio di carie • aumentato rischio di gengivite e parodontite • ipersensibilità dentinale e orale
ALTERAZIONI DELLA CRESCITA CRANIO-FACCIALE E ANOMALIE DENTARIE	<ul style="list-style-type: none"> • ritardo di eruzione • dentina ipofosfatemica • dentina globulare • camere pulpari allargate • cornetti pulpari dilatati • smalto ipoplasico • smalto di spessore ridotto • radici corte e/o displasiche • più frequente taurodontismo • lamina dentaria poco definita • bordo alveolare ipoplastico • tubuli dentinali allargati o con lacune • cornetti pulpari estesi fino alla giunzione smalto-dentinale • necrosi pulpare e lesioni apicali • ascessi dentali • ridotto numero di odontoblasti nella polpa
CONSIGLI DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA	<ul style="list-style-type: none"> • ricerca dell'adeguata collaborazione con la desensibilizzazione in età evolutiva • mantenimento di una scrupolosa igiene domiciliare • utilizzo domiciliare di desensibilizzanti • applicazioni topiche di fluoro periodiche • controllo odontoiatrico ed igiene orale professionale almeno ogni 6 mesi • intensa disinfezione del cavo orale con collutori antibatterici (liquidi/gel/spray) • prevenzione degli ascessi spontanei mediante prevenzione primaria delle carie e chiusura dei solchi dentali con compositi fluidi • trattamento ortodontico intercettivo miofunzionale quando indicato • prevenzione dei danni da bruxismo e prevenzione dell'erosione dentale utilizzando bite occlusali
CONSIGLI DI TERAPIA ODONTOIATRICA	<ul style="list-style-type: none"> • applicazioni topiche periodiche (ogni 4 mesi) di vernici/gel di fluoro per limitare e curare l'ipersensibilità dentinale • cura immediata delle carie già allo stadio incipiente • ablazione tartaro ogni 6 mesi, sempre associate a desensibilizzanti ed eventuale controllo del dolore con anestetici topici • trattamento ortodontico che assicuri un'occlusione fisiologica ed il buon allineamento • cura degli ascessi spontanei con i protocolli in uso in caso di necrosi pulpare (ed eventuale terapia antibiotica di supporto)

e l'allargamento dei tubuli dentinali, nonché l'aumentato volume dei cornetti pulpari, che possono arrivare fino alla giunzione smalto dentinale, **facilitano il passaggio dei batteri del cavo orale alla polpa dentaria, fino a provocarne la necrosi.** Si riscontrano inoltre taurodontismo, camere della polpa gravemente ingrandite, corna della polpa ingrossate e radici corte. Lo smalto si forma regolarmente, ma con lunghe crepe. Poiché i denti sono costantemente esposti alle forze di masticazione, la dentina alterata può essere esposta, con conseguente contaminazione batterica dei tessuti dentali.

L'aumento del contenuto fibrotico della polpa, insieme ad un numero ridotto di odontoblasti,

diminuisce la risposta all'infezione della polpa.

Ancor prima, però, il sintomo clinico più frequente, che caratterizza questi pazienti, è l'ipersensibilità dentinale, che spesso li rende odontofobici e stressati durante il trattamento odontoiatrico anche più semplice, a causa dell'abbassamento della soglia del dolore a livello orale. **L'ipersensibilità dentinale** può giustificare anche la difficoltà a mantenere una corretta igiene domiciliare ed il peggioramento degli indici di salute gengivale e parodontale. Ovviamente aumentato è anche il **rischio di carie.**

A livello istologico, si evidenzia una morfologia dello smalto leggermente ipoplasica, displasia dentinale e dentina scarsamente mineralizzata, sia nei denti decidui e che permanenti, grandi fessure tubulari e lacune,

che si estendono fino alla giunzione smalto dentinale, ampi spazi interglobulari, pieni di matrice organica non mineralizzata, numerose colonie batteriche nella dentina e nella polpa. La lamina dura è poco definita e la cresta alveolare ipoplasica, si riscontrano fessure multiple nei tessuti duri dentali, dentina globulare e larghezza aumentata dello strato di predentina.

I tessuti parodontali sono coinvolti nella loro componente ossea, che può essere ipomineralizzata.

Le caratteristiche ortodontiche più comuni sono: ipoplasia mascellare, prognatismo mandibolare relativo e morso aperto anteriore.

Da quanto sopra esposto, si può affermare che

i dentisti dovrebbero essere consapevoli delle caratteristiche di questo disturbo, perché un intervento precoce, come l'esame orale periodico, il miglior mantenimento di una buona igiene orale e un buon controllo dei batteri orali, applicazioni topiche di fluoro, sigillatura di solchi e fessure dentali, possono prevenire più serie complicanze infettive, che necessiterebbero di cure più invasive e complesse.

Nella VDRR la carie e l'attrito dentale sono frequenti ed i batteri possono facilmente invadere la polpa dentale attraverso i difetti dello smalto e della dentina, con conseguente pulpite.

Prevenire gli ascessi dentali, il trattamento precoce delle patologie orali ed il trattamento preventivo della carie e dell'attrito sono essenziali, utilizzando anche bite occlusali in caso di bruxismo/digrignamento. Data la frequente comparsa di ascessi dentali spontanei, soprattutto nella dentizione decidua, sono molto importanti periodici controlli odontostomatologici, fin dai primi anni di vita. I denti decidui, nel tentativo di prevenire il passaggio dei batteri del cavo orale alla polpa dentaria, possono essere sigillati a livello occlusale.

Il bruxismo può favorire l'erosione dello smalto e il passaggio dei batteri alla polpa dentaria, nonché la presenza di carie incipienti.

La cura consigliata in caso di ascessi spontanei nei denti decidui, se la collaborazione del bimbo lo permette, è la pulpotomia, la medicazione con formocresolo e l'otturazione dei canali cementi a base di ossido di zinco ed eugenolo e pasta iodofornica. È vero anche che gli ascessi spontanei sono più frequenti nel momento dell'esfoliazione dei denti decidui e vanno a risoluzione spontanea con l'eruzione del dente permanente mentre, negli elementi dentari permanenti, va eseguita la tradizionale terapia canale.

Bibliografia

- 1) Paredes SEY, Segato RAB, Moreira LD, Moreira A, Serrano KVD, Rodrigues CT, Almeida LY, León JE. Dentoalveolar Abscesses Not Associated with Caries or Trauma: A Diagnostic Hallmark of Hypophosphatemic Rickets Initially Misdiagnosed as Hypochondroplasia. Head Neck Pathol. 2018 Dec;12(4):604-609
- 2) Souza AP, Kobayashi TY, Lourenço Neto N, Silva SM, Machado MA, Oliveira TM. Dental manifestations of patient with vitamin D-resistant rickets. J Appl Oral Sci. 2013 Nov-Dec;21(6):601-6
- 3) Al-Jundi SH, Dabous IM, Al-Jamal GA. Craniofacial morphology in patients with hypophosphatemic vitamin-D-resistant rickets: a cephalometric study. J Oral Rehabil. 2009 Jul;36(7):483-90
- 4) Sarat G, Priyanka N, Prabhat MP, Raja Lakshmi C, Bhavana SM, Ayesha Thabusum D. Hypophosphatemic Rickets in Siblings: A Rare Case Report. Case Rep Dent. 2016;2016:4803167
- 5) Douyere D, Joseph C, Gaucher C, Chaussain C, Courson F. Familial hypophosphatemic vitamin D-resistant rickets—prevention of spontaneous dental abscesses on primary teeth: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 Apr;107(4):525-30
- 6) Pozzani E, Rachitismo Ipofofosfatemico Vitamina D Resistente. Manuale di Odontoiatria Speciale. EDRA 2019. 106-8



Dott. Roberto Barone
Specialista In Odontomastologia



Dott. Carlo Clauser
Socio attivo della Association for Pediatric Oral Surgery (APOS) e della Società Italiana di Parodontologia

Chirurgia orale: una disciplina sicura e alla portata di tutti.

Intervista a Roberto Barone e Carlo Clauser

Beam: se troviamo una resistenza diversa, è inutile intestardirsi con manovre programmate che si rivelano inefficaci. Bisogna cambiare strategia. E per poterlo fare al meglio, occorre conoscere le alternative percorribili. Qualche decina di migliaia di estrazioni chirurgiche ci ha messo nelle condizioni di dover risolvere una enorme varietà di imprevisti e di mettere a punto le vie d'uscita dalle difficoltà.

I: In pratica, che cosa intendete trasmettere ai vostri corsisti?

C: Mi ha spiegato un paziente arguto che, per diventare un bravo professionista, occorre sapere, saper fare e avere fatto.

I nostri corsi forniscono le informazioni necessarie per "sapere" e danno occasioni per arrivare a "saper fare", e cioè esercitazioni su modelli e almeno un intervento eseguito nei nostri studi con la nostra supervisione. Per "avere fatto", aiutiamo i corsisti a selezionare gli interventi più semplici e poi affrontare difficoltà crescenti.

R: Insisto sul metodo: i nostri corsi hanno proprio l'obiettivo di trasmettere un metodo. Di fronte ai possibili problemi, noi proponiamo le nostre soluzioni, che non sono ricette preconfezionate sempre buone: il corsista deve capire bene quale è la base razionale di ogni gesto che consigliamo. Questo permette di sfruttare al meglio gli strumenti e le tecniche disponibili e di aggiornare l'armamentario terapeutico man mano che compaiono nuovi strumenti e nuove tecniche operative.

I: Sono 30 anni che i vostri corsi fanno il pieno: avete un segreto?

C: Certamente, e verrebbe voglia di non dirlo. Ma è davvero molto semplice: da sempre ci sforziamo di raccontare le cose esattamente come le facciamo.

R: Per fare i corsi, abbiamo dovuto sviluppare un metodo, che ci permette di affrontare la grande varietà delle patologie chirurgiche. La chiave dei nostri corsi è tutta lì: trasmettere un metodo si può. L'abilità si costruisce anche con l'esperienza, il metodo si può insegnare al tavolino.

I: Mi state dicendo che si può insegnare la chirurgia consegnando un libretto delle istruzioni? Eppure la mano del chirurgo è un'icona di abilità.

C: Le mani vanno solo dove il cervello le guida: prima bisogna avere le idee chiare, poi ci si può preoccupare di affinare l'abilità manuale. La chirurgia non è un gioco di prestigio; è fatta di scelte. Una volta chiarite le idee, qualcuno diventerà più bravo degli altri, ma tutti saranno capaci di affrontare la routine.

R: L'efficacia dei corsi si misura con i risultati. Dopo decenni di corsi, la maggiore soddisfazione per noi è trovare fra i nostri corsisti di oggi i figli dei corsisti di tanti anni fa: è la conferma che i corsi sono stati utili e apprezzati.

I: Insomma, si tratta di proporre dei protocolli razionali.

R: I protocolli sono importanti, ma non bastano: per quanto sofisticate siano le tecniche diagnostiche, la sorpresa è sempre in agguato. Bisogna padroneggiare un protocollo base, ma essere sempre pronti a riconoscere situazioni impreviste e attuare le variazioni necessarie.

C: Tanto per fare un esempio, la forma delle radici può essere molto diversa da quello che si vede anche sulla migliore delle Cone



RX-1 - Il 38 è associato a una lesione radiotrasparente. Il rischio di danneggiare il nervo alveolare inferiore è minimo purché le manovre di distacco della parete cistica siano effettuate con delicatezza. Trascurabile è il rischio di frattura mandibolare purché il dente incluso venga diviso e suddiviso senza impiegare forze eccessive. La complessità può essere scomposta in numerose fasi semplici, da affrontare una per volta. La soluzione chirurgica può essere vista su Zerodonto.



RX-2 - I denti del giudizio inferiori distoinclinati sono di solito i più difficili da asportare. In questo caso, la cisti dentigera associata facilita l'estrazione, lasciando ampio spazio alla lussazione, senza bisogno di resezione ossea estesa.

un dente del giudizio incluso.

C: Non solo noi lavoriamo in studio, ma nel loro studio odontoiatrico fanno tranquillamente chirurgia moltissimi nostri ex-allievi. L'aggettivo "generici" ha una connotazione negativa del tutto fuorviante: il dentista di oggi è un signor professionista, che deve avere numerose e varie abilità. Non si può pretendere che dopo un corso si cimenti in interventi estremamente complessi, ma la stragrande maggioranza degli interventi di chirurgia orale oggi è diventata molto più semplice, grazie alle innovazioni tecnologiche e ai progressi della tecnica.

R: Si è molto ampliata la gamma degli interventi che sono diventati più semplici, veloci e meno invasivi, grazie a un metodo (che ha preso spunto dai miglioramenti in altri settori dell'odontoiatria, come la parodontologia e gli impianti), senza contare una scelta più "furba" degli strumenti. Quello che rende

difficile la chirurgia oggi è la persistenza di antichi pregiudizi. Per esempio, molti colleghi effettuano regolarmente rialzi di seno, ma non si sentono di affrontare l'asportazione di cisti: eppure l'intervento è molto simile e molto più facile, oltre a "perdonare" molti errori tecnici.

Un altro pregiudizio radicato è che le gremectomie e le estrazioni difficili, come il trattamento delle cisti, debbano essere eseguiti in narcosi. Invece la narcosi rende solo più difficile l'intervento ed ha un senso per pazienti che non collaborano o che non possono ricevere l'anestesia locale. A proposito, la padronanza della anestesia locoregionale è un prerequisito essenziale per chi vuole affrontare la chirurgia.

C: Poi ci sono gli aspetti medici e organizzativi, che non vanno mai trascurati dall'odontoiatra, tanto meno quando si tratta di un paziente chirurgico. Nei corsi, infatti, de-



RX-3 e RX-3a - Gli ostacoli meccanici si superano con una odontotomia razionale, effettuata con fresa e poi leva, rispettando la parete distale del settimo, la corticale linguale e la linea obliqua esterna. Anche il chirurgo, come il parodontologo, l'endodontista e il dentista, deve imparare a muoversi in spazi angusti.

dichiamo un tempo importante all'approfondimento dell'anestesia e dei problemi medici, come quelli che derivano da difetti dell'emostasi, cardiopatie, uso di bifosfonati o altri farmaci contro il riassorbimento osseo. Si tratta in gran parte di notizie che dovrebbero interessare ogni dentista, anche solo per le implicazioni sull'anestesia. Noi dobbiamo usare pochi farmaci, ma almeno quelli li dobbiamo conoscere abbastanza bene da sfruttarne appieno le potenzialità, senza far danni.

I: Un deterrente importante per il dentista possono essere i rischi connessi alla chirurgia.

R: Questo è un argomento che mi sta par-

ticolamente a cuore. I rischi sono spesso sopravvalutati e presentati al paziente esagerandoli, per dissuaderlo dall'affrontare un intervento che gli sarebbe utile, ma che qualcuno non si sente di eseguire. Farebbe meglio, chi non si sente di fare chirurgia, ad ammettere che l'intervento è difficile, almeno per lui. Il rischio è soprattutto quello della figuraccia di chi non è in grado di portare a termine un intervento. Mentre il rischio è esagerato e sbandierato, la difficoltà non viene menzionata. Si fa troppo spesso del terrorismo psicologico ingiustificato.

I: Voi vi presentate come innovatori, ma la chirurgia sembra una branca ormai stabile, dove non ci sono novità a getto continuo

come in altre branche dell'odontoiatria.

R: Questa è l'impressione che si ha da YouTube come da gran parte della letteratura "scientifica". Sembra che la chirurgia sia sempre quella di 50 anni fa: stessi strumenti, stesse tecniche, stessa patologia. E invece le novità ci sono, molte provenienti dalle specialità affini. Quando abbiamo cominciato a fare corsi, la turbina in chirurgia era un'eresia; oggi usiamo anche strumenti sonici e ultrasonici. Dividere il dente incluso era un'impresa; ora richiede una manciata di secondi e fa risparmiare osso prezioso. Sono cambiate perfino le leve e i divaricatori, soprattutto per merito dell'amico Baleani, che ormai ci affianca nei corsi da anni.

I: La vostra chirurgia è davvero mini-invasiva?

C: Mini-invasività per noi non significa incisioni più piccole ma una tecnica che minimizza i rischi e i disagi.

R: Il microscopio ci ha consentito di affinare la tecnica chirurgica e soprattutto di produrre filmati di alto valore didattico: è un modo per vedere la chirurgia attraverso gli occhi dell'operatore. I nostri corsisti sono invitati ad assistere di persona agli interventi nei nostri studi, ma a volte il filmato al microscopio è più efficace della visione diretta, soprattutto per le zone meno visibili, come il palato e i settori posteriori.



C'è chi dice che per gli allineatori invisibili non c'è alternativa.



C'è chi ancora non ha provato SMILETECH 3D.



DA PIÙ DI 10 ANNI L'ORTODONZIA DAL CUORE ITALIANO

SMILETECH[®] 3D
facile come un sorriso

Più su www.smiletech.info - info@ortodonticaitalia.it

PROVA OMAGGIO

Valida solo per i nuovi clienti per la realizzazione di un caso di ortodonzia Invisibile Smiletech.
Chiama ora per attivare l'omaggio
 ☎ 06.5750327 **CODICE: INFOMEDIX2020**

SMILETECH è prodotto da  ortodonticaitalia

www.infomedixodontoiatria.it

Referenti Nazionali ANOMeC



Dr.ssa TORTA ILARIA
Piemonte - Valle D'Aosta

Dr.ssa GOTELLI PAOLA
Liguria

Dr. DI FEO ALBERTO
Lombardia - Milano

Dr. RAVERA UGO
Lombardia - Pavia

Dr. MAGGIONI MAURIZIO
Lombardia - Bergamo - Brescia

Dr. VITALI ALESSANDRO
Lombardia - Bergamo - Brescia

Dr. DE VITO ALFREDO
Veneto - Padova

Dr. SCARPELLI FRANCESCO
Friuli - Alto Adige

Dr.ssa VANNETTI MARIA RITA
Toscana - Emilia Romagna

Dr.ssa PIPIA RITA
Sardegna

Dr. SANTILLI FABRIZIO
Lazio - Umbria

Dr. CARUSO DAVIDE
Abruzzo

Dr. DI TORE UMBERTO
Molise

Dr.ssa GIAMMANCO CHIARA
Basilicata - Campania

Dr.ssa INNAMORATO RADA
Campania

Dr. CALÒ LUCA
Puglia

Dr. SACCO MARIO
Calabria

Dr. TRICOMI UMBERTO
Sicilia

Con le assicurazioni confronto costruttivo e dialogo



Il dott. Maurizio Maggioni ha posto alcune interessanti domande alla Dott.ssa Vannetti, Presidente di ANOMeC, l'Associazione Nazionale che rappresenta Odontoiatri e Medici Convenzionati.

1. Dott.ssa Vannetti, ad un anno dalla fondazione di ANOMeC, come è cambiato il rapporto tra odontoiatri, pazienti e terzo pagante?

Le cose purtroppo sono realmente peggiorate: La Società IWS, che ha sostituito FASI, ha esordito sulla scena decurtando del 10% tutti i rimborsi rispetto ai valori precedenti, peraltro fermi da anni.

Ovviamente nessuno di noi ha potuto decurtare del 10% gli stipendi dei dipendenti, gli affitti degli studi, i costi dei materiali. Un fondo del gruppo UNISALUTE ha operato una serie di deconvenzionamenti d'ufficio di molti studi lasciando molti pazienti senza copertura qualora avessero voluto proseguire col curante Prescelto, e permettendosi di consigliare di proseguire le cure presso altri studi scelti dall'Assicurazione, in barba a qualsiasi libera scelta del paziente.

Il gruppo Previmedical ha mandato a più riprese mail annunciando di aver assunto un carico di responsabilità nei confronti della situazione difficile per gli studi causa pandemia, e promettendo pagamenti entro i termini.

Cosa peraltro doverosa e scontata secondo contratto.

A questi proclami non è seguito praticamente nulla e molti studi lamentano crediti datati molti mesi oltre i termini contrattuali e addirittura anni.

È chiaro che molti colleghi si sono trovati nella necessità di sospendere le cure ai pazienti convenzionati per non andare in perdita secca.

2. Come giudica ANOMeC questa scelta?

ANOMeC ha sempre cercato il confronto costruttivo con le Assicurazioni ed il dialogo, e non ha mai proposto scelte di rottura, soprattutto se ne potevano fare le spese i pazienti. È chiaro però che se qualcuno di noi non paga i fornitori, questi sospenderanno le forniture di materiali, se non paghiamo le bollette ci tagliano i fili della corrente, se un paziente non paga, sospendiamo le cure. Non si può dar torto a questi colleghi.

Non si può lavorare gratis e pagare per le spese. Per di più la pandemia ha fatto crescere enormemente i costi di gestione.

Abbiamo chiesto la possibilità di chiedere un

“contributo Covid” ai pazienti sulle tariffe ma ci è stato negato.

3. Cosa avete fatto voi di ANOMeC a fronte di questi problemi?

Abbiamo costantemente cercato di dialogare con le Assicurazioni, facendo presente che le modalità in essere comporteranno problemi sia per noi che per i pazienti: raccomandate, mail, PEC, richieste di incontro... Purtroppo non abbiamo mai ricevuto alcuna risposta. Una conclusione disarmante, che fa capire quanto poco la categoria medica e odontoiatrica sia tenuta in considerazione. Siamo carne da cannone: l'unica modalità di comunicazione che le Assicurazioni propongono è: o così o niente! Procedere o lasciare.

Un far-west selvaggio senza regole dove le Assicurazioni fanno il bello e cattivo tempo senza alcun freno, regola, o limite. Abbiamo organizzato un importante Convegno a Milano dove illustri personaggi del mondo medico ed economico hanno dimostrato chiaramente che le tariffe non possono essere compresse a piacimento, pena il peggioramento della qualità delle cure.

È una conseguenza scontata e logica.

4. Come vede il futuro?

È assolutamente necessario che questa giungla senza regole venga studiata e regolamentata da un legislatore attento alla salute dei cittadini ed al loro diritto di libera scelta del medico curante secondo i principi della costituzione.

A rimborsi indecorosi conseguono cure a livello indecoroso; l'obbligo di rivolgersi ai medici scelti dall'Assicurazione e non dal paziente pena il mancato

rimborso o un suo drastico ridimensionamento è la negazione ad un diritto costituzionale inalienabile.

È tempo che le istituzioni dello Stato ed il Parlamento prendano in esame la questione

prima che sia troppo tardi e molti studi saltino per aria. Ci stiamo muovendo su più piani perché ciò avvenga.

Teniamo aperto il canale del dialogo con le Assicurazioni, ma sembra che dall'altra parte questo non interessi. Non riuscendo a dialogare è chiaro che l'unica possibilità è che qualcuno super partes detti regole che salvaguardino il bene comune salute.

Associazione Nazionale Odontoiatri e Medici Convenzionati ANOMeC

ANOMeC è un'Associazione finalizzata solo ed unicamente alla difesa e alla valorizzazione della professionalità degli Odontoiatri e dei Medici all'interno delle Convenzioni Sanitarie.

Non vuole avere altre prerogative in ambiti diversi.

Auspica la massima collaborazione con altre organizzazioni odontoiatriche e mediche su questo aspetto.

Fondata il 13 settembre 2019, ANOMeC si propone di difendere la

professionalità degli odontoiatri e dei medici che operano in regime di convenzione diretta con le Assicurazioni Sanitarie.

ANOMeC è favorevole alle convenzioni dirette, che aiutano i pazienti ad affrontare i costi delle cure, ma rivendica la necessità da parte degli odontoiatri e dei medici di poter applicare il proprio tariffario, configurando l'intervento delle Assicurazioni come un "contributo" di entità variabile a seconda della polizza stipulata dai fondi sanitari aziendali, che può arrivare, in molti casi, anche a coprire l'intero costo della prestazione.

Solo così la libera professione potrà continuare ad essere veramente libera, stimolando, come è sempre stato, il professionista ad aggiornarsi, migliorarsi, dotarsi delle attrezzature più moderne e performanti, per "concorrere e competere" con i colleghi sul piano della qualità, in un circolo virtuoso, di cui beneficeranno tutti:

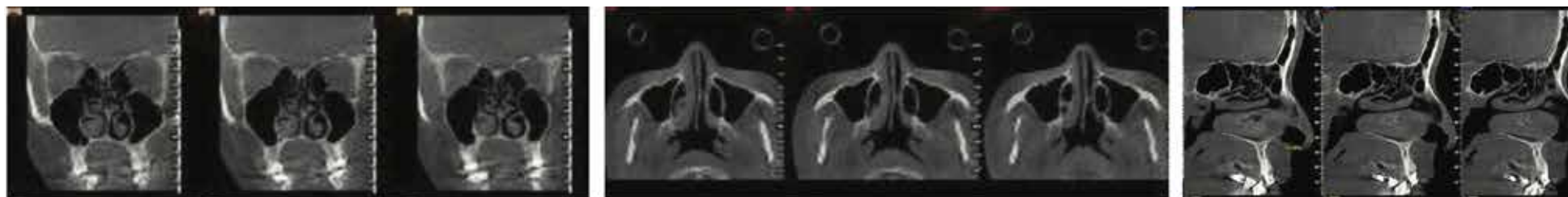
- i pazienti "in primis", che potranno ricevere le cure migliori;
- le assicurazioni, che contribuiranno tanto

quanto il loro budget consente loro di fare;

- i professionisti, che potranno continuare ad essere "liberi professionisti", tesi ad un costante miglioramento e messi nelle condizioni giuste per poter raggiungere risultati di eccellenza sotto ogni aspetto.

Radmedica Bologna è Diagnostica per Immagini

Radmedica Bologna, eccellenza nella radiologia odontoiatrica digitale, offre da sempre servizi innovativi a vantaggio del Medico Odontoiatra.



- Minor danno biologico da esposizione
- Prenotazione esami on line
- Esami stampati su pellicola radiografica High Quality e su CD
- IRad il sistema di gestione delle immagini a disposizione dei Medici Odontoiatri
- Qualità e sicurezza i dati sono trasferiti in modalità certificata, protetta e criptata (https)

Radiologia Odontostomatologica Digitale:

Ortopantomografia Digitale delle arcate dentarie, Teleradiografia Digitale del cranio in diverse proiezioni, Radiografie endorali Digitali secondo tecnica di Rinn, Radiografia mano-polso per valutazione dell'età ossea.

Tomografia Computerizzata Cone Beam (CBCT) che permette di esplorare le strutture anatomiche d'interesse nelle 3 dimensioni

Esami CBCT (Cone beam computed tomography)

- Arcata superiore, arcata inferiore, esame completo
- Studio singolo elemento per endodonzia
- Monoimpianto

- Arcata superiore-seni mascellari
- VIII in disodontiasi e elementi dentari inclusi
- ATM
- Seni paranasali
- Massiccio facciale in previsione di chirurgia ortognatica ortodontica



• Studio del complesso delle cavità nasali, dei seni paranasali e del complesso ostio-meatale di flusso mucoso, indagine ormai imprescindibile nell'accertamento dei sospetti di sinusopatia e certamente da preferire al tradizionale studio radiografico in 3 proiezioni. Lo studio CBCT provvede a informare l'entità e la morfologia della patologia sinusale, con precisa localizzazione delle ipertrofie mucosali e delle ostruzioni da esse determinate, orientando nella pianificazione terapeutica e consentendone il follow-up con successivi rilievi a distanza di tempo.



RADMEDICA BOLOGNA SRL
Via del Porto 1, Bologna

info@radmedicabologna.it
www.radmedicabologna.it

T. 051 4222240 - 051 4228728
Cell. 393 0549 180



Azienda con sistema di qualità certificato UNI EN ISO 9001:2015



RADIOLOGIA ODONTOIATRICA DIGITALE

NUOVA SEDE RADMEDICA BOLOGNA SRL Via Mengolina 33, Faenza

Il ruolo della ecografia nello studio delle neoformazioni parotidiche

Prof. Ferdinando D'Ambrosio



Prof. Ferdinando D'Ambrosio

Professore Ordinario di Radiologia presso l'Università La Sapienza di Roma, Presidente della sezione di Radiologia Testa-Collo e Odontoiatria della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica). Titolare dell'Insegnamento di Radiologia nel corso di Laurea di Medicina e Chirurgia e nel corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi dentale presso l'Università La Sapienza di Roma, Titolare di insegnamento di Diagnostica per Immagini in numerosi corsi di Laurea Professionalizzanti e nelle scuole di specializzazione, di Radiologia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo facciale, Ortodonzia, Chirurgia Orale, Odontoiatria Pediatrica, Primario della U.O.C di Radiologia Testa-Collo e della U.O.C. di radiologia dell'ospedale George Eastman (Policlinico Umberto I di Roma).

www.radiologiadambrosio.it

Le ghiandole salivari possono essere interessate da un gruppo eterogeneo di malattie congenite, infiammatorie e neoplastiche con pattern diffuso o focale.

Le tecniche di studio utilizzate nella diagnosi delle lesioni parotidiche (Ultrasonografia, US; Risonanza Magnetica, RM; agoaspirato, FNAC) hanno elevata sensibilità nel rilevare stati patologici.

L'ecografia rappresenta la prima tecnica di imaging nella valutazione delle patologie salivari, essendo caratterizzata da elevata risoluzione spaziale che consente di evidenziare anche precocemente formazioni neoplastiche anche di piccole dimensioni.

Negli ultimi anni sono state introdotte nuove



Fig. 1 L'ecografia mostra una formazione iso-ipoecogena, a margini polilobati, con singolo segnale vascolare puntiforme centrale. La formazione non infiltrava, ma appare strettamente adiacente a un vaso intraghiandolare ben evidente nell'immagine con il Power-Doppler. I segni sopra descritti sono compatibili con adenoma pleomorfo (confermato all'istologia).

applicazioni tecniche al fine di aumentare l'efficacia e l'accuratezza ultrasonografica nella differenziazione delle neoformazioni

e nella caratterizzazione delle patologie parotidiche quale l'elastosonografia. Questa nuova metodica ecografica, consente di valutare



Fig. 2A All'ecografia basale (b-mode) la lesione polilobata determinante rinforzo acustico posteriore (lato sinistro) mostra scarsi segnali vascolari periferici al power-doppler (lato destro)

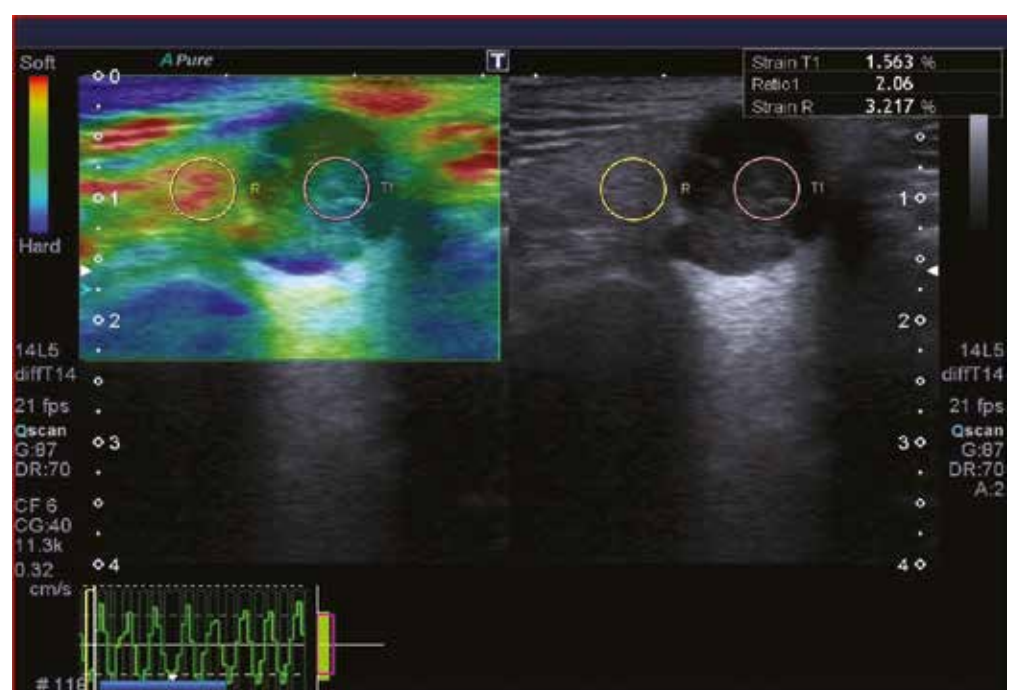


Fig. 2B all'elastosonografia la lesione appare con elasticità intermedia, compatibile con adenoma pleomorfo, come confermato al FNAC.

Si ringrazia per l'elaborazione dell'iconografia il dott. Mario Ciotti.



Fig. 3 All'ecografia basale (B-mode) la lesione appare a margini regolari, caratterizzata da multiple minute aree cistiche interne (lato sinistro) e con accentuata vascolarizzazione (lato destro). Al FNAC la lesione è risultata essere un tumore di Warthin.

la rigidità o deformabilità di una lesione, orientando sulla necessità di integrazione mediante agoaspirato.

L'ecografia definita multiparametrica pertanto svolge un ruolo determinante per rilevare la presenza di una neoplasia parotidea.

L'iter diagnostico prechirurgico deve essere completato da FNAC e da RM con somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico e da TC nel caso di necessità di stadiazione di una lesione maligna.

La RM delle neoplasie delle ghiandole salivari sarà trattata in un prossimo articolo.

Le nuove frontiere nell'imaging odontoiatrico

- ORTOPANORAMICA DIGITALE
- ENDORALE COMPLETO DIGITALE
- TELECRANIO DIGITALE
- CEFALOMETRIA COMPUTERIZZATA
- ELETTROMIOGRAFIA DIGITALE
- RX MANO E POLSO (ETÀ OSSEA)
- 3D CONE BEAM
 - ghiandole salivari
 - arcate dentali
 - ottavi inclusi
 - canini inclusi
 - ATM



Nuovo apparecchio risonanza magnetica alto campo (1.5T) dedicato allo studio delle patologie testa-collo e in particolare delle articolazioni temporo-mandibolari.

We care your health

NUOVA SEDE ANCHE A CERVETERI
Via Settevene Palo, 183

www.radiologiadambrosio.it

ROMA
Studio D'Ambrosio
Via A. Torlonia, 13 | 00161 Roma
T. 06 4420 2722 | 06 4420 2728
info@radiologiadambrosio.it

CERVETERI (ROMA)
Radiologia D'Ambrosio Caere
Via Settevene Palo, 183 - Cerveteri
T. 06 9940653
caere@radiologiadambrosio.it



Una grande opportunità di lavoro culturale/educativo dentro la nostra Società Scientifica, la nascita delle Commissioni Scientifiche S.I.O.H.

Marco Magi
Presidente S.I.O.H.

Carissimi tutti,

consapevoli sia dello stato di emergenza che abbiamo vissuto, e che in parte ancora stiamo vivendo, e sia della attuale criticità economica e sociale del momento, la S.I.O.H. ha seguito con grande attenzione - nei ruoli che ci competevano - l'evolversi della situazione. Lo abbiamo fatto tutti noi, prima come medici odontoiatri, evadendo le urgenze non differibili, ed ora con questa "faticosa" ripartenza, a maggior ragione quando si parla di persone con disabilità.

Di conseguenza, la S.I.O.H. con fatica, e compatibilmente con tutto, ha cercato di continuare il suo lavoro. Con grande piacere, infatti, vi comunico anche la nascita delle **Commissioni Scientifiche S.I.O.H., rivolte ai Soci**, già presentate in Assemblea S.I.O.H. nel 2018 a Trieste e approvate all'unanimità nel 2019 sia dal Consiglio Direttivo e sia dall'Assemblea a Torino nel novembre scorso.

Questo Progetto ha, non solo l'importanza del suo scopo, ma il potenziale di avvicinare all'operatività della nostra Società Scientifica

(oltre al Direttivo e ai Coordinatori regionali e provinciali) tanti soci/colleghi, giovani e meno giovani, con alte conoscenze e competenze in varie tematiche di Odontoiatria Speciale: in sostanza, un patrimonio culturale/educativo che la S.I.O.H. deve riconoscere e non può permettersi di perdere!

Come ogni progetto possiamo, nel tempo, sempre e solo migliorarlo...

Infatti, dopo essere cresciuti fortemente nel numero dei soci e dopo aver promosso e sviluppato il **Manuale di Odontoiatria Speciale** - per valorizzare i tanti colleghi iscritti, giovani e meno giovani, con numerose competenze nella materia dello Special Needs - emerge la necessità di approfondire tematiche inerenti gli scopi della nostra Società Scientifica valorizzando la ricchezza dei nostri soci.

Queste **23 Commissioni Scientifiche Nazionali S.I.O.H.** (sotto elencate) avranno scopi di ricerca, formazione e aggiornamento: mentre scriviamo registriamo circa 180 iscritti alle Commissioni stesse.



Ricordiamo che in un assenso libero, chiediamo a tutti i Soci S.I.O.H. di far pervenire la propria adesione alla partecipazione ad una o più Commissioni a: commissioni.sioh@gmail.com
I LAVORI DELLA COMMISSIONI verranno poi presentate al prossimo XXI Congresso Na-

zionale S.I.O.H. a Padova nell'autunno 2021 come COMUNICAZIONE LIBERA oppure come POSTER e saranno inserite nel nostro sito www.sioh.it
Una grande opportunità di lavoro dentro la nostra Società Scientifica!
Grazie a tutti!

NESSUN COSTO
DI ISCRIZIONE



GREATER
NEW YORK
DENTAL
MEETING
2020
96° Sessione Annuale

UNISCITI A NOI NELLA FIERA VIRTUALE

DATE CONGRESSO:
27 NOVEMBRE - 2 DICEMBRE

WWW.GNYDM.COM

9 INCONTRI DI SPECIALIZZAZIONE APERTI A TUTTI






NESSUN COSTO

REGISTRAZIONE

PROGRAMMI DI FORMAZIONE CONTINUA

VISITE ALLA MOSTRA

SESSIONI POSTER

PROGRAMMI SPECIALI

REGISTRATI DAL 1 OTTOBRE 2020







Accademia
Tecnologie Avanzate
nelle Scienze di Igiene Orale

INFO ORAL MEDIX

PROFESSIONAL ORAL HYGIENE

In collaborazione con Accademia Tecnologie Avanzate nelle Scienze di Igiene Orale



Accademia
Tecnologie Avanzate
nelle Scienze di Igiene Orale

www.atasio.it

Tailor made e management del paziente implantare tra scienza, coscienza e fantascienza

Per i professionisti della prevenzione orale non c'è sfida più ardua della prevenzione in chi è già dovuto ricorrere alla terapia. È il caso del paziente implantare, colui che ha quasi certamente fallito la prevenzione sulla dentatura naturale ed ha dovuto sottoporsi a terapia implantologica.

Se a questi casi aggiungiamo tutti quelli di agenesia e di traumi accidentali, dobbiamo concludere che è assolutamente frequente incontrare pazienti che abbiano almeno un impianto in bocca.

Oltre alla sfida motivazionale per il mantenimento della salute orale attraverso protocolli personalizzati e condivisi con un approccio di coaching costante ed efficace, il professionista deve adattare la personalizzazione anche alle strategie per il management in office del paziente implantare.

L'igienista dentale dovrà conoscere aspetti fondamentali del progetto implanto-protetico, a partire dalle fasi chirurgiche e le tempistiche di posizionamento e carico, per programmare un'adeguata gestione domiciliare con il paziente. Anche l'approccio di igiene professionale dovrà tenere conto dei tempi chirurgici e riabilitativi, per un timing appropriato e ideale.

Alla base di ogni scelta terapeutica di prevenzione deve esserci l'attenta osservazione clinica delle caratteristiche del paziente e della tipologia di impianto e di sovrastruttura protesica con cui è stato riabilitato.

Il professionista dovrà essere a conoscenza dell'impiego di una tecnica tissue level o bone level, dovrà conoscere la lunghezza del collo implantare. È fondamentale sapere correttamente interpretare i valori dei sondaggi perimplantari e saper determinare quale sia il valore soglia tra salute e malattia. È inoltre importante conoscere eventuali tipologie di innesti applicati, ossei o, come molto più frequentemente accade di recente, connettivi. Che si tratti di impianti a collo largo o stretto, singoli o multipli, è fondamentale scegliere strumenti professionali che consentano una perfetta adesione alla superficie implantare, e che abbiano materiali di durezza consona per non sgretolarsi lasciando pericolosi residui sulla superficie o per non graffiarla lesionandola.

La sovrastruttura protesica può essere cementata o avvitata, con diverse implicazioni nella gestione in office e domiciliare. Il di-

verso materiale impiegato (resina, ceramica, zirconia, ecc.) fa propendere per strumenti e frequenza delle sedute professionali diversi, a seconda della capacità ritentiva nei confronti del biofilm dei singoli materiali, oltre che dell'abilità del paziente.

L'osservazione clinica e la conoscenza del caso sono l'essenziale punto di partenza per la scelta di strategie di mantenimento professionale e domiciliare personalizzate ed

efficaci che hanno tutte un unico obiettivo: il mantenimento in salute del complesso impianto protesico e la prevenzione della perimplantite. L'unica vera arma nella gestione di questa situazione clinica irreversibile è la competenza del professionista e la sua vasta conoscenza di strumenti, tecniche e procedure per poter elaborare protocolli personalizzati e condivisi che siano integrati in ogni momento clinico.



III Congresso Nazionale A.T.A.S.I.O.

Tailor made e management del paziente implantare tra scienza, coscienza e fantascienza



Roma, 5-6 febbraio 2021

Save the date

DIRETTIVO

Gianna Maria Nardi - Presidente

Silvia Sabatini - Vice Presidente

Giovanna Acito - Segreteria Generale

Arcangela Colavito - Tesoriere

Lorella Chiavistelli - Consigliere

Iscriversi ad A.T.A.S.I.O.

Ecco come fare



Giovanna Acito
Segretaria ATASIO



Iscriversi ad Atasio è semplice, basta andare sul sito dell'Accademia, www.atasio.it, cliccare sulla voce "iscritti" in alto a destra e scaricare il modulo d'iscrizione, compilarlo ed inviarlo unitamente alla ricevuta del bonifico alla segreteria Atasio: segreteria@atasio.it.

Sul modulo d'iscrizione sono presenti 3 modalità di iscrizione:

- **socio ordinario, riservata a chi ha frequentato il master in "Tecnologie avanzate nelle scienze di igiene orale" presso l'Università sapienza di Roma;**
- **socio sostenitore, ovvero chiunque sia in possesso del titolo di igienista dentale o odontoiatra;**
- **young riservato a studenti in igiene dentale e odontoiatria.**

L'iscrizione dà diritto, per tutte le categorie di soci, alla partecipazione gratuita al congresso annuale organizzato dall'Accademia, oltre a numerosi vantaggi sugli eventi formativi che in itinere verranno organizzati. Tra i vantaggi per i soci ordinari c'è quello di effettuare l'iscrizione una tantum: si iscriveranno una sola volta senza effettuare il rinnovo annuale. I soci sostenitori e young dovranno rinnovare l'iscrizione annualmente ed avranno diritto alla partecipazione gratuita al congresso annuale.



ATASIO LAB

- **Ipersensibilità**
Sabatini, Acito, Pareti
- **Ozono**
Papa, Cesarano
- **Stress ossidativo**
Chiavistelli, Fulgenzi
- **Fototerapia**
Chiavistelli, Petrucci, De Rosa
- **Studenti**
Colavito, Cesarano, Iozzo
- **Comitato Soci**
Antonioni, Fabiani
- **Fotografia**
Rocca, Cannizzaro
- **Stili di vita**
Castaldi Matteo, Giovanna Acito, Dalila Miceli, Fulgenzi Elisa

La lesione precancerosa: come ci comportiamo?

Dott.ssa Isabelle Cerato
Dott.ssa Francesca Fusco



Dott.ssa Isabelle Cerato
Igienista dentale
Master specialistico Università di Roma Sapienza "Gestione della salute orale nel paziente special needs"

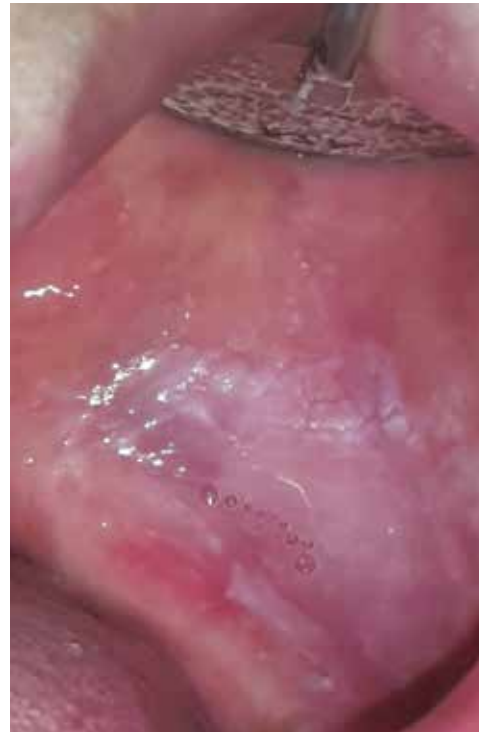
Durante il master specialistico di primo livello offerta formativa dell'Università Sapienza di Roma è stato approfondito il tema delle lesioni riguardanti il cavo orale.

Definiamo le lesioni precancerose come delle alterazioni macroscopiche e microscopiche dei tessuti; essi possono insorgere in qualsiasi tipo di tessuto interno o esterno della cavità orale, compresi tessuto connettivo, ossa, muscoli e nervi.

Si tratta di lesioni non ancora maligne tuttavia se non curate possono diventarlo, per questo motivo visite regolari dal dentista possono aiutare a intercettare in tempo l'insorgere di un possibile tumore del cavo orale. Nelle aree colpite da tali lesioni la probabilità di insorgenza di neoplasie è maggiore rispetto alle aree di tessuto apparentemente sano.

Nel nostro Paese, ogni anno, il carcinoma orale colpisce circa 9mila persone tra i 50-60 anni e il sesso maschile è il più colpito. Le sedi con più alta percentuale di casistica sono: labbra, pavimento della bocca, parti laterali della lingua e sul palato molle.

La presenza sulle mucose del cavo orale di una tumefazione persistente, oppure di una macchia bianco rosastra che non si risolve oppure di una ferita che non si rimargina, è un possibile segnale di allarme, perché potrebbe trattarsi di una lesione pre-tumorale o tumorale del cavo orale.



Courtesy Prof. Umberto Romeo

Tra le lesioni precancerose con elevata incidenza del 5-10% di cancerizzazione troviamo: Leucoplachia e Lichen Planus; mentre tra le lesioni con scarsa tendenza alla cancerizzazione circa 1% troviamo: Fibrosi sottomucosa; Papillomi singoli; Glossiti.

Esistono molti tipi di lesioni e possiamo classificarli in lesioni delle mucose superficiali che si presentano con bolle o ulcere di vario colore: bianche, rosse, bluastre fino ad arrivare ad una pigmentazione nerastra e lesioni al di sotto delle mucose, non superficiali, che gonfiano la lingua, il pavimento orale o la gengiva.

Come distinguiamo una lesione qualsiasi da una precancerosa?

La prima variabile da tenere in considerazione è il tempo.

Se è comparsa da più di 15 giorni e non accenna a scomparire da sola, è consigliato rivolgersi ad uno specialista per una diagnosi più accurata ed un esame obiettivo approfondito che dovrebbe articolarsi nel seguente modo: si inizia dai tessuti peri-orali (labbra), per continuare con i tessuti molli intra-orali (mucosa labiale, mucosa buccalegengive, dorso e ventre della lingua, margini linguali, pavimento della lingua) e si termina con la palpazione dei tessuti del collo (ghiandole, linfonodi) e della cavità orale per rilevare qualunque eventuale lesione.

Queste lesioni possono trasformarsi in cancro quando si presentano situazioni di questo tipo: il consumo di tabacco e l'assunzione cronica di alcool, le irritazioni croniche della mucosa (protesi non congrue, morsi ripetuti), gli stati carenziali (frutta, legumi), i fattori genetici, i disordini metabolici, le infezioni da papilloma virus 16 e 18, alcuni virus, la componente genetica, le sostanze stupefacenti e la scarsa igiene.

Ad oggi, grazie alle nuove tecnologie, è possibile valutare la progressione e i difetti di questo tipo di lesione mediante l'utilizzo di luce ad alta intensità che permette di intercettare le aree alterate con maggior semplicità e precisione prima di arrivare alla terapia chirurgica.

In qualità di professionisti della prevenzione il nostro compito è quello di consigliare ed istruire il nostro paziente ad un corretto stile di vita.

Contaminazione dei presidi di igiene orale domiciliare

Prof. Gianna Maria Nardi* e Lucrezia Carnevale*

* Ricercatore Universitario Confermato Università di Roma Sapienza

** Studentessa III anno corso di studi di Igiene Dentale, Polo B, Cassino Sapienza

Il cavo orale ospita una varietà importante di specie microbiche, oltre 900, che formano il biofilm batterico.

In unione a sangue, saliva, residui alimentari e residui di dentifrici o gel contaminano i presidi utilizzati per l'igiene orale domiciliare, durante le manovre di spazzolamento.

Nel biofilm batterico, una specie microbica particolarmente rischiosa è l'Escherichia Coli che, una volta raggiunto il tratto gastrointestinale può causare:

- Setticemie
- Meningiti neonatali
- Infezioni neonatali
- Gastroenteriti

Per evitare infezioni da parte di questo microorganismo è necessario mantenere alti standard di igiene.



Mikrobiyol Bul, 1984 Jan; 18(1):47-52.

Effects of storage conditions on the rate of disappearance of bacterial contamination of toothbrushes.

Article in Turkish

Misirligil A., Saygun N., Misirligil Z.

Ne è risultato che nei primi vi è una quantità maggiore di microrganismi, ciò mette in evidenza come la sopravvivenza degli stessi sia strettamente legata al metodo di pulizia e di conservazione del presidio. Pertanto, bisogna evitare di utilizzare cappucci per i presidi di igiene orale domiciliare, poiché lasciano le setole umide favorendo la riproduzione batterica.

L'unica via di eliminazione di ogni forma vivente, comprese le spore, è rappresentata dalla sterilizzazione.

Secondo l'ADA (American Dental Association) "Non ci sono prove cliniche sufficienti per sostenere che la crescita batterica degli spazzolini da denti porterà a specifici effetti negativi sulla salute orale o sistemica" pertanto, non è necessario sterilizzare lo spazzolino da denti considerando che non esiste nessun prodotto commerciale capace di sterilizzare uno spazzolino da denti già utilizzato.

Inoltre, I Centri di controllo per la Prevenzione delle Malattie (Centers for Disease Control and Prevention) sconsigliano l'utilizzo di forni a microonde e lavastoviglie per la sterilizzazione degli spazzolini, poiché danneggiano irreversibilmente la microstruttura delle setole degli spazzolini da denti alterandone l'efficacia.

Diversi studi scientifici che dimostrano la presenza di Escherichia Coli sulla superficie dello spazzolino.

Indian J Dent Res Jan-Feb; 22(1):2-5 doi: 10.4103/0970-9290.79965

Assessment of microbial contamination of toothbrush head: an in vitro study.

Karibasappa GN¹, Nagesh L., Sujatha BK.

¹ Department of Preventive and Community Dentistry, Bapuji Dental College and Hospital, Davangere, Karnataka, India.

In particolare una ricerca scientifica ha valutato la contaminazione microbica sulla testa

dello spazzolino, dopo 1 e 3 mesi di utilizzo sia in bagni senza servizi igienici annessi, che in bagni con servizi igienici annessi.

È risultato che negli spazzolini utilizzati da 3 mesi in bagni con servizi igienici annessi vi è una maggiore contaminazione, con presenza di E. Coli, che non è stata rilevata, invece, nei bagni senza servizi igienici annessi.

Ciò fa pensare che a favorire la colonizzazione da parte di questo batterio sia anche la nebulizzazione di sostanze e microrganismi durante lo scarico dei servizi igienici.

Un'ulteriore ricerca ha confrontato il conteggio dei microrganismi su spazzolini tenuti in contenitori chiusi rispetto a quelli tenuti, invece, all'aria aperta.



Contestualizzando il pericolo di questo momento storico causato dal Covid 19 la necessità di igienizzare attentamente ogni presidio assume maggiore importanza.

In base a quanto dimostrato, vi sono degli accorgimenti da mettere in atto nella pratica quotidiana, sufficienti a rendere sicure le pratiche di igiene orale domiciliare:

J. Dent. 2008 Aug;36(8):600-5. doi: 10.1016/j.jdent.2008.04.007. Epub 2008 May 27.

A quantitative approach to the effectiveness of ozone against microbiota organism colonizing toothbrushes

Eugenia Bezirtzoglou, Silvia-Mariana Cretoiu, Mirela Moldovenau, Athanasios Alexopoulos, veronica Lazar, Mela Nakou



Lucrezia Carnevale

Studentessa III anno corso di studi di Igiene Dentale, Polo B, Cassino Sapienza - Presidente Prof. Roberto Di Giorgio

ATASIO LAB
Pazienti Special Needs

Coordinatore dott. Giulio Papa

- Dopo aver utilizzato lo spazzolino, sciacquarlo con cura finché non appare visibilmente pulito
- Una volta utilizzato lo spazzolino, evitare la chiusura dello stesso, lasciandolo asciugare all'aria aperta
- Mantenere lo spazzolino in contenitori chiusi (es: cappuccio) solo ed esclusivamente in condizioni di spostamento
- Lasciare asciugare lo spazzolino in posizione verticale
- Non condividere il proprio spazzolino da denti
- Tenere lontano lo spazzolino il più possibile dai servizi igienici presenti all'interno dei bagni
- Favorire il ricambio d'aria nei bagni
- Sostituire lo spazzolino ogni 2/3 mesi

Alcuni studi hanno valutato l'efficacia dell'ozono come igienizzante per i presidi di igiene orale domiciliare:

In questa ricerca sono stati trattati spazzolini da denti usati con l'ozono. I risultati confermano l'efficacia di questa sostanza, la quale ha ridotto drasticamente la carica microbica presente sulle setole degli spazzolini.

Quindi risulta una buona pratica utilizzare l'ozono per

l'igienizzazione, ciò è possibile anche a livello domiciliare utilizzando un prodotto specifico: ialozon Clean.

Ialozon Clean è una soluzione spray igienizzante, detergente e deodorante per i dispositivi odontoiatrici. Protegge i dispositivi da batteri, funghi, lieviti e virus per lungo tempo. La presenza dell'olio extravergine d'oliva ozonizzato permette l'igienizzazione di spazzolini, scovolini interdentali, bite, mascherine ortodontiche invisibili, protesi dentali.

COME UTILIZZARE IALOZON CLEAN

SPAZZOLINO: dopo il suo utilizzo lavarlo accuratamente con acqua e spruzzare l'igienizzante ialozon Clean sulle setole e sulla testina ad una distanza minima di 5 cm. Non risciacquare e asciugare le setole. Per una perfetta decontaminazione si consiglia di igienizzare tutto lo spazzolino compreso il manico ed eventuale contenitore, almeno 3 volte durante la settimana.

SCOVOLINO INTERDENTALE: dopo il suo utilizzo sciacquare con acqua e successivamente spruzzare Ialozon Clean senza risciacquare.

Con l'ausilio di questo prodotto è possibile ridurre la carica microbica presente sui presidi di igiene



orale domiciliare andando a rendere sicura ogni manovra di igiene effettuata all'interno del cavo orale,

evitando l'esposizione a microrganismi che potrebbero causare problematiche anche sistemiche.

RIVOLUZIONE LA PREVENZIONE ATTRAVERSO L'OLIO EXTRAVERGINE DI OLIVA OZONIZZATO

NON ISTOLESIVO - NON DA RESISTENZA BATTERICA - NON MACCHIA I DENTI



ialozon[®]clean
SPRAY IGIENIZZANTE

IGIENIZZA | DEODORA | DETERGE
Mantiene il colore originale del dispositivo odontoiatrico

- SPAZZOLINI SCOVOLINI
 - BITE
 - MASCHERINE ORTODONTICHE INVISIBILI
 - PROTESI DENTALI
- con OLIO OZONIZZATO



Nuove tecnologie nello Studio Odontoiatrico



In questi ultimi anni abbiamo assistito ad una consistente e continua evoluzione nel mondo dentale. Possiamo parlare di una Rivoluzione che si è venuta realizzando soprattutto con l'implementazione digitale.

Oggi molti Studi sono dotati di apparecchi CBCT e di Scanners intraorali. La combinazione di queste apparecchiature, unita all'evoluzione di software dedicati, permette la progettazione sia di interventi chirurgici che di riabilitazioni protesiche completamente sinergici tra di loro.

È possibile programmare l'atto chirurgico dopo aver simulato digitalmente la riabilitazione protesica. Attraverso software di Chirurgia Guidata, di CAD e di CAM possiamo ottenere files con cui poi realizziamo dime chirurgiche e manufatti protesici con tecnologie sia additive che sottrattive.

Questa Rivoluzione ha interessato altri campi dell'odontoiatria, una fra tutte la Ortodonzia che con l'uso degli allineatori ha ampliato considerevolmente il campo delle procedure terapeutiche.

Nel mio Studio ormai passo molto tempo al computer a progettare quello che poi molto più facilmente, sicuramente e predicibilmente realizzerò alla poltrona.

Termini nuovi come CBCT, DICOM, Scanner, STL, CAD, CAM,

matching, Scan body, TBase, LED, DLP, LaserMelting fanno ormai parte del lessico quotidiano.

Insieme alla Tecnologia Digitale grande impulso ha avuto e sta tuttora avendo lo sviluppo di nuovi materiali sia in campo protesico che della Adesione.

Non da ultimo per il suo contributo ricordiamo infine il CGF che sta aprendo nuovi orizzonti nel campo della Rigenerazione Tissutale.

Porteremo come esempio alcuni casi in cui abbiamo utilizzato queste nuove tecnologie in sinergia tra di loro.



Dottor Stefano Rosi

*Laureato in Medicina e Chirurgia
Specialista in Odontostomatologia,
Geriatrica e Gerontologia, Pronto
Soccorso e Terapia d'Urgenza
Libero Professionista in Jesi (AN),
Direttore Sanitario di BICE srl
Corso Matteotti, 78 Jesi (An)
T. 0731 203586 / 338 2630790
stefano-rosi@virgilio.it*

>>> **È attiva**



www.silfradent.com

Caso1 GBR con Sticky Bone in Chirurgia Implantare Guidata e successiva protesizzazione con ponte avvitato di tre elementi su due impianti in zona estetica.

CASO 1

Si presenta alla nostra osservazione una donna, LG di anni 62, non fuma, anamnesi negativa per patologia di rilievo, 3° classe scheletrica, presenta il dente 12 mobile per recente ascesso che ha coinvolto anche la radice dell'11 pilastro di ponte 11-xx-22. (foto 01)

Eseguiti i rilievi diagnostici si propone in prima fase la estrazione del 12 e 11 dopo aver tagliato il ponte in bocca, mesialmente all'elemento 22, sostituendo provvisoriamente con protesi mobile gli elementi mancanti. Dopo le estrazioni e a guarigione dei tessuti avvenuta (foto 02), CBCT (foto 03) e rilievo dell'impronta ottica, si progetta l'inserimento di 2 impianti in Chirurgia guidata e contestuale GBR utilizzando sostituto osseo arricchito e inglobato in CGF, quello cioè che chiamasi Sticky Bone. Viene progettato in software di Chirurgia Guidata l'inserimento prima dei denti mancanti e poi dei 2 impianti in posizione ideale per la riabilitazione protesica. (fig. 04-05-06)



Foto 01



Foto 02

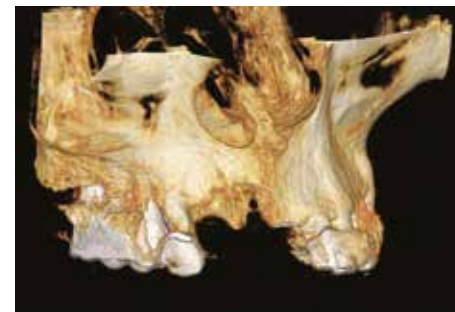


Foto 03

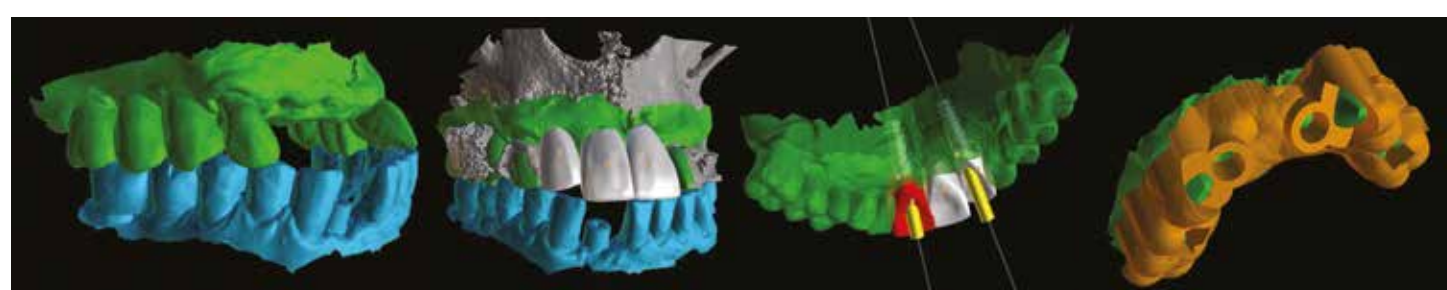


Foto 04-05-06-07

A progettazione implanto-protesica ultimata si disegna una dima chirurgica che poi verrà stampata con Stampante 3D a tecnologia DLP. (fig. 07). L'intervento viene eseguito in anestesia locale con Articaina 1:200.000, si apre un lembo a tutto spessore e si posiziona la dima ad appoggio dentale, si inseriscono gli impianti programmati, si coprono alcune spire implantari esposte e si aumenta il volume osseo vestibolare con Sticky Bone. (fig. 08) A copertura della GBR si posiziona una membrana di CGF. Particolare attenzione viene posta nella sutura a più strati che ci dia contemporaneamente la certezza dell'immobilizzazione dell'innesto e della guarigione per prima intenzione della ferita. (fig. 09-10). Dopo circa 5 mesi si procede con la riapertura degli impianti (fig. 11) e dopo la guarigione dei tessuti si prende impronta ottica con Scan Bodies.



Foto 08



Foto 09



Foto 10



Foto 11



Foto 12



Foto 13

Si portano all'interno del Software CAD i files, si progetta un ponte avvitato che viene poi fresato con una fresatrice a 5 assi. Ottenuto il ponte questo viene poi incollato ai 2 TBase. Il giorno stesso dell'impronta il ponte viene montato in bocca. (fig. 12-13)

01

Riabilitazione implantare associata a Grande Rialzo di Seno e successivamente protesica con Tecnica Adesiva di una grande usura dentale.

CASO 2

Si presenta alla nostra osservazione un uomo, GV di anni 75, non fuma, anamnesi negativa per patologia di rilievo, che presenta forti abrasioni dentarie in assenza di appoggi posteriori in quadrante 2 e quadrante 4 e che lo hanno portato in 3° classe funzionale. (fig. 14-15-16)



Foto 14

Foto 15

Foto 16

Si propone "in primis" intervento implantare per ricostruire gli appoggi posteriori associato ad un Grande Rialzo di seno in quadrante 2, successivamente al rialzo della Dimensione Verticale ricorrendo sui denti naturale usurati alle Faccette Additive fissate con Tecnica Adesiva. Tale Tecnica ci permette di ricostruire parti del dente usurate o fratturate senza alcuna riduzione del tessuto dentario, ma soltanto sottoponendo smalto e dentina ad una lieve mordenzatura dopo processo di sabbatura.

Ovviamente i vantaggi sono enormi sia in termini biologici che di possibilità di reintervento. Le Faccette vengono cementate singolarmente, sotto diga, e vengono facilmente riparate al bisogno.

Raccolto il consenso del paziente si procede col programma iniziando con il Sinus Lift del quadrante 2 eseguito con accesso laterale e utilizzando biomateriale + CGF. (fig. 17-18-19-20-21-22)



Foto 17



Foto 18



Foto 19



Foto 20



Foto 21

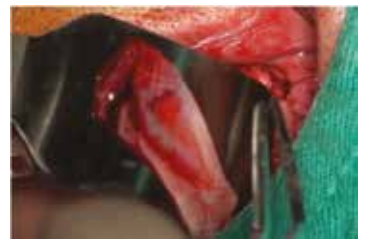


Foto 22



Foto 23



Foto 24



Foto 25



Foto 26

A terapia implantare terminata si procede con individuazione della nuova Dimensione Verticale, (fig. 23) determinata con la palpazione dei muscoli temporali e si procede alla costruzione delle faccette adesive occorrenti. Queste vengono realizzate con Composito da fresaggio. In questo caso si soprassedie in accordo col paziente, alla applicazione di Faccette Estetiche del gruppo frontale superiore. (fig. 24-25) Alla fine del trattamento viene consegnato un Bite con la prescrizione di indossarlo tassativamente prima del riposo notturno. (fig. 26)

Il caso descritto, che è stato completato circa 5 anni fa, ha richiesto sinora solo 2 interventi di riparazione di piccoli frammenti fratturati, dovuti anche alla scarsa collaborazione del paziente che tranquillamente ammetteva di dimenticare spesso di indossare il Bite notturno.

Riabilitazione orale di grave perdita di Dimensione Verticale con inserimento implantare multiplo dei settori posteriori in Chirurgia Guidata e Rialzo di Seno con Tecnica SMS.

CASO 3

Si presenta alla nostra osservazione una donna, GM di anni 50, non fuma, anamnesi negativa per patologia di rilievo, che con la perdita dei denti posteriori ha ridotto gravemente la sua Dimensione Verticale. Presenta il gruppo incisale e canino in corretto rapporto tra i mascellari. (fig. 27-28-29)



Foto 27



Foto 28



Foto 29

Dopo CBCT per valutare l'osso disponibile e dopo Impronta ottica della bocca anche con rialzi posteriori ottenuti con cera rigida e impostati tramite palpazione dei muscoli temporali, si confeziona un Bite con rialzo della Dimensione Verticale. Si invita quindi la paziente ad indossare il Bite qualche ora al giorno continuativamente per 15 gg, per poi relazionarmi sulla portabilità dello stesso. (fig. 30)



Foto 30

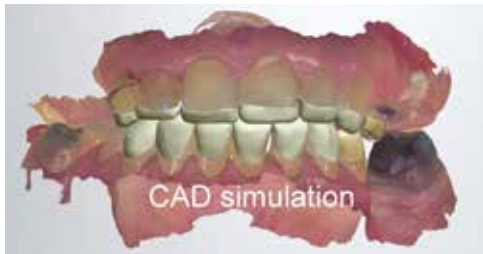


Foto 31

Trascorso tale periodo, la paziente torna informandomi che il Bite è molto confortevole e lo indossa molto volentieri.

Si sottopone alla paziente simulazione CAD del suo progetto protesico consistente nella riabilitazione su impianti dei denti mancanti e nella apposizione di faccette adesive sulle superfici occlusali ed incisali adeguati alla nuova Dimensione Verticale. (fig. 31)

Ottenutane l'approvazione si passa alla fase operativa. Si progetta con Software di Chirurgia Guidata l'inserimento implantare dopo importazione e matching della ceratura diagnostica virtuale già progettata con Software CAD, inserendo 3 impianti nel quadrante 1, 3 impianti in quadrante 2 e 2 impianti in quadrante 3. (fig. 32-33-34-35-36-37)

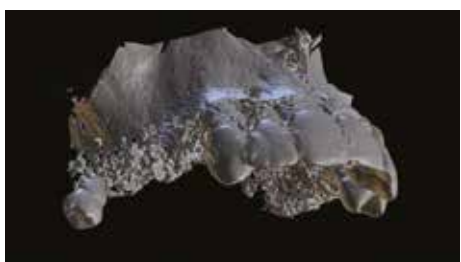


Foto 32

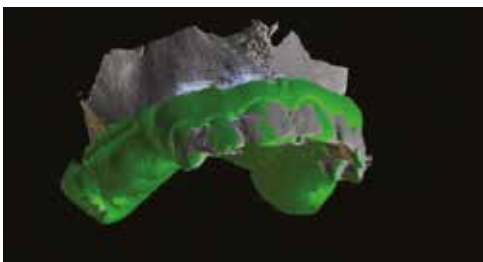


Foto 33

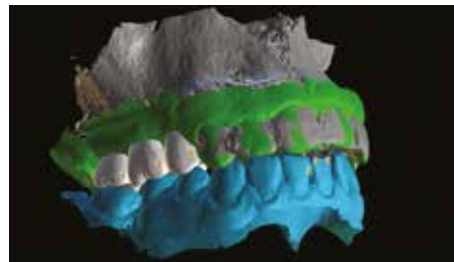


Foto 34

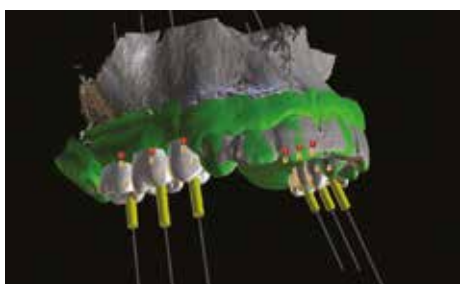


Foto 35

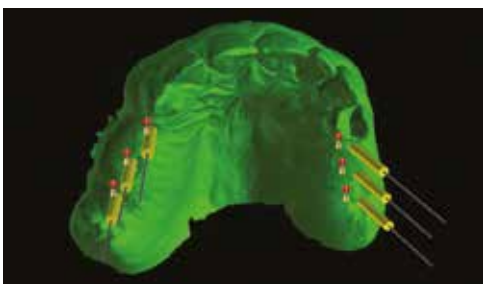


Foto 36



Foto 37

Gli impianti sia in quadrante 1 che in quadrante 2 vengono progettati paralleli tra di loro in modo di poter costruire ponti avvitati senza l'utilizzo di correttori d'inserzione.

In sede 16 viene eseguito Rialzo di Seno con Tecnica SMS (Simple, Minimal, Safe) che, con l'utilizzo del solo CGF ed esclusivamente per via crestale, senza alcun rischio, permette di ottenere Rialzi fino a 10 mm da creste residue anche di 1 solo mm di spessore. (fig. 38)

Eseguita la Chirurgia flapless si chiudono i tragitti mucosi con particelle di Buffy Coat CGF. (fig. 39)



Foto 38



Foto 39



Foto 40

Dopo 4 mesi si procede alla scoperta degli impianti e dopo altri 20 giorni si prende una impronta ottica con l'utilizzo degli ScanBodies. (fig. 40)

Vengono poi fresate con fresatrice a 5 assi sia i ponti su impianti sia le Faccette Adesive che vengono singolarmente posizionate sulle repliche dei Mascellari stampate in 3D.

Sia i ponti che le Faccette sono ottenute da dischi di High Impact Polymer Composite.

Nella penultima seduta vengono avvitati i ponti e sotto diga vengono singolarmente cementate tutte le Faccette Adesive previo trattamento con sabbatura, mordenzatura e silanizzazione. Viene inoltre presa una nuova impronta ottica per la realizzazione di Faccette Estetiche da cementare sul gruppo incisale superiore che verranno montate il giorno successivo a completamento del trattamento implanto-protesico. (fig. 41)



Foto 41

Queste nuove tecnologie hanno creato orizzonti inediti sia diagnostici che terapeutici e profondamente modificato il "modus operandi", aprendo prospettive insospettabili sino a qualche anno fa. Sono davvero divenute irrinunciabili e stanno soppiantando le vecchie metodiche. Di qui l'invito ai Colleghi ancora titubanti ad aggiornarsi perché il treno tecnologico corre sempre più in fretta e salarvi con ritardo diventa sempre più difficile.

ABUTMENT SU MISURA



MESA

PRODUCER OF SPECIAL ALLOYS SINCE 1975



**MAGNUM SPLENDIDUM
CROMO-COBALTO**
anche per sovrافusione

**MAGNUM HYPERONE
TITANIO**

COMPATIBILI CON LE CASE IMPLANTARI PIU' IMPORTANTI A LIVELLO MONDIALE
**ZIMMER BIOMET, SWEDEN & MARTINA, STRAUMANN, MIS,
THOMMEN MEDICAL, NOBEL-BIOCARE, MEGAGEN E MOLTE ALTRE...**

Perchè sceglierli?

- ✓ Connessioni precise e sicure
- ✓ Disponibili sia nella variante rotante che non rotante
- ✓ Ottima resistenza e biocompatibilità
- ✓ Maggior precisione dell'ingaggio



MESA DENTAL ALLOYS
Via dell'Artigianato 35/37/39
25039 Travagliato (BS) - Italy

Website: www.mesaitalia.it
Tel. +39 030 6863251
Email: info@mesaitalia.it