COSMETIC & ENDO TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE ITALIA · ANNIVERSARIO 20 · 2005 - 2025 ·

The World's Dental Newspaper

GIUGNO 2025 www.dental-tribune.com ANNO XXI, N. 6

Formazione ECM: scadenze e opportunità per i professionisti sanitari

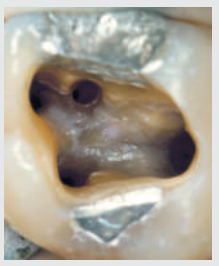
Redazione Tueor Servizi

Il 31 dicembre 2025 segnerà la fine del triennio formativo ECM. Come accade a ogni scadenza, i professionisti del settore medico si stanno mobilitando per completare il proprio percorso formativo. Quest'anno, come accaduto in passato, avranno anche la possibilità di recuperare eventuali crediti mancanti relativi ai trienni precedenti.

In una recente intervista pubblicata su *Quotidiano Sanità*, Roberto Monaco, presidente del Cogeaps (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), ha fatto il punto sulla situazione attuale della formazione continua in medicina.

Secondo Monaco, la consapevolezza degli operatori sanitari riguardo ai propri obblighi formativi è in crescita. Tuttavia, una parte ancora significativa – trasversale a tutte le professioni sanitarie – non ha completato il proprio fabbisogno formativo. Una situazione che impone una riflessione sul futuro dell'aggiornamento professionale, oggi più che mai fondamentale.

Pagina 3



LE NUOVE PUNTE DA ULTRASUONI PER LA RIFINITURA DELLA CAVIT D'ACCESSO A-C TIPS

Gli ultrasuoni, in endodonzia, offrono vantaggi superiori rispetto alle frese tradizionali, grazie alla loro efficienza modulabile, al maggiore controllo e alla migliore visibilità operativa. Queste caratteristiche li rendono uno strumento sicuro, efficace ed economico.

Pagina 5

"L'odontoiatria va oltre il forare, otturare e fatturare"

Iveta Ramonaite, Dental Tribune International

Gestire uno studio dentistico è un'attività complessa che richiede non solo eccellenti competenze cliniche, ma anche una solida conoscenza imprenditoriale. In questa intervista con Dental Tribune International, la rinomata dentista estetica, la dott.ssa Rhonda Kalasho, condivide alcuni dei fattori chiave che stanno alla base del successo del suo studio - TruGlo Modern Dentistry, situato a Los Angeles, negli Stati Uniti. Dando priorità alla valorizzazione e alla formazione del personale, agli investimenti in tecnologia e a una filosofia di lavoro incentrata sul paziente, la dott.ssa Kalasho ha costruito uno studio sostenibile che offre cure eccezionali in un'esperienza di lusso, ma a costi accessibili.

Pagina 12

Adv

L'INTERVISTA
Rischi organizzativi, sicurezza dei collaboratori e dei pazienti, uso corretto dell'IA: senza formazione non può esserci sicurezza 4

GESTIONE DELLO STUDIO
Il Business Model Dental Management oggi è pronto: un unico "foglio" per controllare organizzazione e risultati dello studio in tempo reale 13

Dalla digitalizzazione la tavola rotonda unitaria dell'Expodental Meeting di Rimini scivola sull'accesso alle cure odontoiatriche

Patrizia Gatto

Nel corso dell'Expodental Meeting di Rimini, sabato 17 maggio si è tenuto il più importante appuntamento istituzionale ovvero la tavola rotonda dal titolo "Odontoiatria e Ortodonzia, tra digitalizzazione e multidisciplinarietà: un presente/futuro tra Clinica, Etica, Economia e Tecnologia dinamica interattiva. La squadra è pronta per le sfide del Cambiamento?", evento organizzato da UNIDI e SUSO (Sindacato Italiano Specialità Ortognatodonzia), presentato da Fabio Velotti, Presidente UNIDI e Pietro di Michele, past president SUSO, introduzione di Antonio Pelliccia e conduttori i giornalisti di medicina Margherita De Bac e Giuliano Giubilei.

L'UNIDI lo ha definito "un vivace momento di confronto sulle evoluzioni del settore" e concordo sul fatto che il dibattito tra operatori istituzionali del settore abbia fatto emergere punti di vista differenti.

Pagina 2

Adv

Dalla digitalizzazione la tavola rotonda unitaria dell'Expodental Meeting di Rimini scivola sull'accesso alle cure odontoiatriche

Pagina 1

Tali prospettive sono state sollecitate sia dai giornalisti, che si rivolgono direttamente ai cittadini italiani, sia dalle criticità evidenziate dal rappresentante di Federconsumatori, portavoce non tanto dei pazienti quanto dei numerosi "non pazienti".

Il punto chiave emerso da questa tavola rotonda – anche se forse gli organizzatori avevano in mente obiettivi diversi – è che i cittadini (Federconsumatori specifica: tutti coloro che si trovano sul territorio italiano) incontrano da sempre notevoli difficoltà nell'accesso alle cure odontoiatriche. Negli ultimi anni, il susseguirsi di crisi economiche e l'inflazione rischiano di rendere questo accesso, già oneroso, ancora più difficile, considerando che appena l'1% delle spese odontoiatriche è coperto dal sistema sanitario pubblico. Un tema non recente ma antico, io ne sento parlare da 20 anni, da quando sono entrata nel mondo del dentale.

Di tavole rotonde sul tema se ne sono tenute molte; il problema è stato sollevato più volte, anche dai sindacati e dalla CAO, ma troppo spesso le parole sono finite nel dimenticatoio – o, peggio ancora, nel cestino dei desktop di tutti. Soprattutto delle politiche di governi nazionali e regionali bipartisan, che oggettivamente non hanno budget per l'odontoiatria, troppo costosa ma neppure per un sistema di gestione delle emergenze odontoiatriche (tranne poche esperienze regionali) e, cosa gravissima come sostenuto nell'intervento della Professoressa Gianna Nardi, per la prevenzione (con l'assunzione sul territorio di igienisti dentali per esempio) che a fronte di pochi investimenti garantirebbe grandi risultati; al contrario anche il mese della prevenzione fu inventato dall'industria. Può la tecnologia abbattere i costi? La risposta è sì, nel lungo periodo, ma l'investimento iniziale resta significativo. Del resto, come sottolinea Fabio Velotti, i costi di materiali e attrezzature sono aumentati a causa dell'inflazione e del rincaro delle materie prime e dell'energia, che incide fortemente sui costi di produzione. L'inflazione colpisce anche i pazienti, il cui potere d'acquisto – salari o pensioni – è in calo costante, e gli studi odontoiatrici, che vedono ridursi i margini di profitto, non potendo aumentare i listini per evidenti ragioni. È aberrante sentire ancora, dopo oltre vent'anni, parlare del "turismo odontoiatrico" come di un demone, come se fosse la causa di tutti i mali o sinonimo di cure di scarsa qualità erogate all'estero. L'Italia eccelle certamente nell'odontoiatria, ma prestazioni modeste non si trovano solo nei Paesi dove le cure costano meno: esistono anche nel nostro. Posso testimoniarlo personalmente, avendo visitato studi odontoiatrici in alcuni Paesi dell'Est Europa, dove ho riscontrato strutture di altissimo livello, sia tecnologico che clinico. I costi più bassi sono legati a fattori fiscali e al cambio favorevole in nazioni che non adottano l'Euro, non a una minore qualità. Fortunatamente, qualcuno ha iniziato a parlare anche di incentivare il cosiddetto turismo odontoiatrico inverso, che peraltro è già una realtà in crescita.

Uno dei punti fondamentali trattati è stato il tema della comunicazione, sia verso i cittadini che all'interno dello studio, nei confronti del paziente. Oggi gran parte della comunicazione è veicolata direttamente dall'industria, che sollecita la domanda dei pazienti soprattutto in relazione ai trattamenti estetici e all'uso di tecnologie avanzate. In alcuni casi, si tratta di un vero e proprio martellamento mediatico, rivolto persino ai minori, da parte di aziende che promuovono sbiancamenti, faccette e ortodonzia. È evidente la necessità di regolamentare questa comunicazione aggressiva, puntando invece a sviluppare una maggiore consapevolezza nel cittadino: da un lato, sull'importanza della salute orale e della sua connessione con le patologie sistemiche; dall'altro, sul valore dell'eccellenza odontoiatrica italiana. Come ha sottolineato il giornalista Giubilei, è fondamentale anche rivalutare l'immagine del dentista, che svolge un ruolo essenziale a favore della salute pubblica.

Oggi, le singole associazioni intervengono in modo sporadico su questo fronte, ma la vera novità emersa da questa tavola rotonda è stato proprio l'intento condiviso da tutto il comparto di progettare un investimento comune e strutturato per informare i cittadini. Come ha sollecitato anche De Bach, tale comunicazione potrebbe eventualmente coinvolgere il servizio pubblico, ma non deve in alcun modo mirare a creare nuovi bisogni: ce ne sono già troppi, spesso frustrati, soprattutto in ambito odontoiatrico.

In tal senso è stato efficace l'intervento di Elena Pozzi, Amministratore unico della Leone Spa — azienda produttrice da oltre 90 anni di dispositivi ortodontici e implantari, ora alla terza generazione — che ha citato Antonio Pelliccia: "I bisogni si devono creare e non solo soddisfare". Ha poi aggiunto: "Io mi sento un produttore di dispositivi medici ed eticamente mi metto a disposizione per soddisfare bisogni".

Ma l'altro tema importante è la comunicazione con il paziente attraverso la tecnologia, che se da un lato risulta facilitata dall'altro può creare nel paziente un'aspettativa di risultato. La dott.ssa Ceretti, presidente SIOF, Società Italiana di Odontoiatria Forense, mette in guardia per prevenire il contenzioso, cioè una situazione di incomprensione e insoddisfazione del paziente spesso derivante dallo scollamento tra risultato e aspettativa: specie in ortodonzia il contenzioso sta molto aumentando.

La Ceretti ricorda "non abbiamo un dovere di garantire il risultato, ma solo di impegnarci con tutti i mezzi; tuttavia, se mostriamo il risultato e lo promettiamo, allora diventa un impegno vincolante". Ecco quindi emergere il tema della tecnologia e del governo della stessa. In ortodonzia già da 20 anni si fa uso dell'intelligenza artificiale. Per acquisire conoscenze è necessario studiare fin dalla scuola e proseguire all'Università. Come hanno sottolineato Bussolari e Cefla, riferendosi anche all'industria: "la scuola prepara meno rispetto a Paesi come Cina o Giappone, dove la laurea corrisponde quasi a un diploma; gli studenti di tutte le facoltà escono dall'Università con carenze sia nelle competenze teoriche sia in quelle applicative".

Molto toccante è stato l'intervento delle ASO, sollecitato dalla giornalista De Bach, che le ha definite gli "angeli dello studio". Sono loro le vere protagoniste della comunicazione con il paziente e della comunicazione interna allo studio. Rappresentano oltre 90.000 persone, ma nonostante le grandi competenze e le molteplici attività che svolgono, questa categoria è ancora fortemente sottoinquadrata e sottopagata.

Questi ultimi due temi saranno certamente approfonditi da Francesco Riva, intervenuto in qualità di Consigliere del CNEL e coordinatore di un gruppo di lavoro recentemente incaricato dal Ministero della Salute di occuparsi della formazione di tutto il personale sanitario italiano.

Insomma, De Bach e Giubilei, insieme a Federconsumatori hanno drasticamente deviato un discorso che poteva restare "per addetti ai lavori" per sollecitare delle risposte: l'Art. 32 della costituzione parla del diritto fondamentale alla salute.

Questo diritto è esigibile da tutti o no? L'odontoiatria solleva purtroppo il grande tema della disuguaglianza: la spesa privata in sanità è del 25 per cento e per la maggioranza in odontoiatria, ricorda il rappresentate di Federconsumatori. "Il punto della questione, continua, è che non si riesce a garantire l'accesso alle cure, e una percentuale sempre più alta di persone rinuncia, generando disuguaglianze sociali e regionali: "Le cure se le paga chi se le può permettere."

Anche i prossimi tavoli tecnici di tutto il comparto — e questa unità è una buona notizia — difficilmente riusciranno a fornire risposte concrete e a breve termine.

Nota editoriale

Hanno partecipato Fabio Velotti (Presidente UNIDI) e Pietro di Michele (esponente SUSO), Antonio Pelliccia, i giornalisti Margherita De Bac e Giuliano Giubilei, il Presidente CAO (Commissione Albo Odontoiatri) Andrea Senna, il Consigliere CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) Francesco Riva, il Presidente ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) Carlo Ghirlanda, il Presidente AIO (Associazione Italiana Odontoiatri) Gerhard Seeberger, il Presidente CDUO (Collegio dei Docenti Universitari di discipline Odontostomatologiche) Lorenzo Lo Muzio, il Presidente SUSO Fabrizio Sanna ed i rappresentanti delle principali società scientifiche ed associazioni di settore SIDO, SIOF, AIOP, SIDP, SIPMO, U.N.I.D., ATASIO, AIDI, SISIO, IDEA, AIASO, FNO - TSRM – PSTRP, ANTLO, CNA-SNO, ORTEC, i rappresentanti dei produttori dentali CEFLA, ADVAN, LEONE, ALIGN TECHNOLOGY, CARESTREAM DENTAL e Federconsumatori.

Patrizia Gatto

IMPRINT

INTERNATIONAL HEADQUARTERS

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER: Torsten Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER: Claudia Duschek

Dental Tribune International GmbH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4847 4302
Fax: +49 341 4847 4173
General requests: info@dental-tribune.com
Sales requests:
mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. ***Dental Tribune*** is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2025 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' product news accurately but cannot assume responsibility for the validity of product claims or for typographical errors. The publisher also does not assume responsibility for product names, claims or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH

dti Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XXI Numero 6, Giugno 2025

MANAGING EDITOR - Patrizia Gatto
Coordinamento tecnico-scientifico - Aldo Ruspa

COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, P. Biancucci, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, A. Greco Lucchina, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.E. Romanos, P. Zampetti.

COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, E. Campagna, P. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit, C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, B. Rapone, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, A. Trisoglio.

CONTRIBUTI
M. Bucci, A. Castellucci, F. Cellino, P. Gatto, I. Ramonaite.

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Coordinamento: Adamo Buonerba
Editor: Carola Murari
C.so Enrico Tazzoli 215/13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363

GRAFICA - Tueor Servizi Srl

GRAPHIC DESIGNER - Caterina Larobina

STAMPA
Roto3 Industria Grafica s.r.l.
Via Turbigo 11/B – 20022
Castano Primo (MI)

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ
Alessia Murari [alessia.murari@tueorservizi.it]

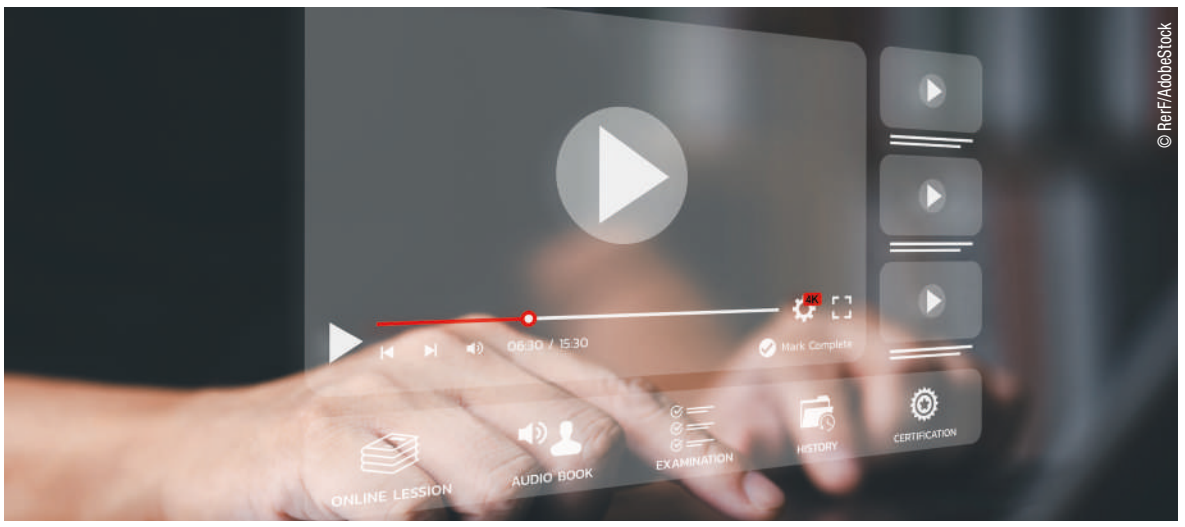
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
C.so Enrico Tazzoli 215/13
10137 Torino
Tel.: 011 3110675
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00

FSC www.fsc.org MISTO Carta da fonti gestite in maniera responsabile FSC® C102788

Dental Tribune Edizione Italiana fa parte del Gruppo Dental Tribune International che pubblica in 25 lingue in oltre 90 Paesi.

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Formazione ECM: scadenze e opportunità per i professionisti sanitari



© RerF/AdobeStock

Pagina 1

Nel frattempo, il Cogeaps sta inviando alle Federazioni nazionali – le quali provvederanno a loro volta a inoltrare le informazioni ai singoli Ordini – comunicazioni personalizzate sulla posizione formativa di ogni iscritto. L'obiettivo è quello di favorire il contatto diretto tra gli Ordini e i professionisti non ancora in regola con i crediti ECM.

Questa iniziativa mira anche a ricordare che, a partire dal 2026, la mancata regolarità nella formazione potrà comportare conseguenze concrete, che vanno da sanzioni disciplinari fino all'impossibilità di ottenere una copertura assicurativa. A tal proposito, Monaco ha dichiarato:

«Dal 2026, chi non ha almeno il 70% dei crediti non potrà essere coperto da un'assicurazione professionale. È la legge a stabilirlo».

Una condizione che potrebbe compromettere l'esercizio della professione.

«Oggi più che mai, formarsi non è solo un dovere etico, ma anche un obbligo giuridico», ha aggiunto. Parlando nello specifico del triennio in corso, Monaco ha chiarito: «Per questo triennio non sono previsti crediti compensativi. Il 31 dicembre 2025 rappresenta una scadenza definitiva».

Ricordiamo che, per il triennio in corso 2023-2025, è confermato l'obbligo formativo di 150 crediti ECM (salvo esoneri, esenzioni o altre riduzioni), da conseguire tra il 1° gennaio 2023 e il 31 dicembre 2025.

Inoltre, grazie alla Legge n. 15 del 21 febbraio 2025, che ha convertito il Decreto-Legge n. 202 del 27 dicembre 2024, è stata prevista la proroga al 31 dicembre 2025 del termine per l'assolvimento dell'obbligo formativo ECM relativo al triennio 2020-2022.

Trienni precedenti

La normativa sopra citata prevede anche la possibilità di conseguire crediti compensativi riferiti ai trienni 2014-2016, 2017-2019 e 2020-2022, secondo criteri e modalità definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

Per i professionisti che non fossero in regola con gli adempimenti formativi, è possibile consultare l'elenco aggiornato dei corsi ECM disponibili sul portale formativo di Tueor Servizi, scansionado il qrcode.

Redazione Tueor Servizi

XCN®
Impianto Narrow 2.9
Minima invasività, massima affidabilità

Colletto cilindrico

Innovativo macro-design

Apice conico

Scopri l'impianto Narrow:
l'unico protesizzabile con l'intera gamma
di monconi del sistema implantare

www.leone.it

Leone®

Adv

Rischi organizzativi, sicurezza dei collaboratori e dei pazienti, uso corretto dell'IA: senza formazione non può esserci sicurezza

A seguito del recente incarico ricevuto nell'ambito del CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) abbiamo il piacere di rivolgergli alcune domande in tema di formazione e sicurezza del lavoro, in particolare in tema di professioni sanitarie e studi odontoiatrici. Il Professor Riva è stato in passato direttore dell'Eastman di Roma, ha maturato una lunga esperienza sia nel settore pubblico che privato, in ambito odontoiatrico e maxillo-facciale, ed è attualmente Consigliere del CNEL, con delega alla salute e agli stili di vita.

Oggi ci concentreremo sul nuovo gruppo di lavoro che lei coordina all'interno del CNEL, un gruppo che vede anche la partecipazione di rappresentanti del Ministero della Salute. Può raccontarci di cosa si tratta?

Certamente. Questa iniziativa nasce da un accordo interistituzionale tra il CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) e il Ministero della Salute, siglato alcuni mesi fa. In base a questo accordo, il Ministero ha chiesto al CNEL di esprimere pareri e fornire supporto tecnico-scientifico su tematiche cruciali, tra cui il ruolo delle professioni sanitarie nei sistemi socio-economici moderni. Ieri si è svolto il primo incontro operativo presso il CNEL, alla presenza del Segretario Generale, dottor Monanni, dei consiglieri coinvolti – tra cui io, che coordino il gruppo di lavoro sul ruolo delle professioni sanitarie – insieme ai colleghi Biasioli e Stella, e con la partecipazione del Professor Walter Mazzucco dell'Università di Palermo, in rappresentanza del Ministero. Parallelamente è stato attivato anche un gruppo di lavoro sulla digitalizzazione e sull'intelligenza artificiale, coordinato dalla collega Ivana Pais. L'obiettivo è far dialogare questi due ambiti: la formazione professionale e l'innovazione tecnologica.

Le professioni sanitarie in Italia coinvolgono oltre un milione e duecentomila persone. Parliamo di un settore imponente, composto da medici, odontoiatri, ma anche da figure meno visibili come gli assistenti di studio o gli igienisti dentali.

Esattamente. È fondamentale riconoscere il contributo di tutte le professionalità sanitarie, non solo dei medici, ma anche delle figure tecnico-assistenziali, spesso trascurate, come appunto gli assistenti di studio e gli igienisti. Nel nostro gruppo di lavoro, ciascun consigliere porterà avanti un progetto specifico. Io, ad esempio, ho evidenziato la necessità di un fascicolo sanitario digitale unificato a livello nazionale, che attualmente manca, nonostante alcune sperimentazioni positive nella sanità militare e alcuni casi territoriali. Le nostre attività porteranno alla formulazione di proposte concrete per il Ministero della Salute. Potrebbero tradursi in un disegno di legge o, quantomeno, in una serie di raccomandazioni ufficiali.

Lei ha una lunga esperienza anche nella gestione di strutture sanitarie, pubbliche e private. Quali sono oggi, secondo lei, i principali rischi organizzativi e di sicurezza negli studi odontoiatrici?

La sicurezza è un tema prioritario. Nel settore sanitario, il rischio coinvolge non solo gli operatori, ma anche i pazienti. Negli studi odontoiatrici, che sono vere e proprie "micro-cliniche", i rischi riguardano le infezioni, le malattie trasmissibili, l'uso dei dispositivi, l'ergonomia, ecc. Proprio per questo, la formazione del personale è fondamentale. Con l'AIO e altri sindacati, abbiamo recentemente firmato un contratto per le assistenti di studio, introducendo elementi importanti come la quattordicesima e percorsi di formazione obbligatoria. Senza formazione non può esserci sicurezza. E ogni giorno purtroppo assistiamo a infortuni e morti sul lavoro, anche per carenze in questo ambito.

Lei ha lavorato anche all'estero, recentemente in Iraq. La formazione, quindi, è una necessità globale?

Sì, ho partecipato a un progetto per l'efficientamento di un ospedale in Iraq. La formazione, il management, l'organizzazione: sono temi universali. Anche nel nostro Paese, serve investire nella formazione continua, non solo tecnica ma anche manageriale, per garantire efficienza, qualità e sicurezza.

Negli ultimi anni si è discusso molto del livello della formazione universitaria italiana. Alcuni sostengono che i nostri titoli non siano più competitivi rispetto a quelli di altri Paesi. Lei cosa ne pensa?

Penso che la formazione universitaria italiana sia di buon livello e non abbia nulla da invidiare ad altri sistemi. Tuttavia, spesso manca la componente pratica, operativa. Formare un medico o un odontoiatra significa anche metterlo in grado di agire concretamente, di affrontare situazioni reali. La mia esperienza in Svizzera, ad esempio, è stata molto positiva: non ho avuto difficoltà a inserirmi. Quello che talvolta manca è l'addestramento "di prima linea". Su questo possiamo e dobbiamo migliorare.

Il gruppo di lavoro del CNEL si occupa anche di digitalizzazione. Ritiene che la formazione italiana sia pronta ad affrontare la sfida dell'intelligenza artificiale?

La risposta è no, siamo ancora indietro. Oggi l'IA è già utilizzata in ambiti come la radiologia o l'anatomia patologica, ma serve un uso consapevole e soprattutto etico. Il problema non è tanto la tecnologia in sé, ma chi inserisce i dati e con quali criteri. A fine mese parteciperò a un congresso a Catanzaro proprio su questi temi, e sarà presente anche Padre Benanti, responsabile per l'intelligenza artificiale sia per lo Stato italiano che per il Vaticano. Serve un'etica della digitalizzazione, che parta dalla consapevolezza di chi gestisce le informazioni.

Concludiamo con un'ultima domanda: come giudica oggi lo stato della formazione continua in medicina? Il sistema ECM funziona? Cosa manca?

La formazione non può essere solo teorica. Deve essere attiva, interattiva, coinvolgere casi clinici, esperienze reali. In passato abbiamo lavorato insieme su format basati proprio su questo approccio: casi chirurgici, video formativi, confronti diretti. L'ECM deve diventare una formazione dinamica, anche a distanza, ma con un'interazione reale tra docente e discente. Occorre una rivoluzione: meno burocrazia, più contenuti, più confronto, più qualità.

Patrizia Gatto

Tante tecnologie e "live stage" all'expodental di Rimini, con la partecipazione speciale delle istituzioni

L'edizione 2025 di Expodental Meeting, che si è tenuta dal 15 al 17 maggio scorso, è stata caratterizzata da 3 significativi elementi molto positivi: una crescita, secondo i dati ufficiali forniti dalla Promunidi, una maggiore attenzione da parte delle istituzioni e i corsi "live on stage", in particolare in medicina estetica.

Per quanto riguarda la crescita la fiera ha ospitato 400 espositori, segnando una crescita notevole rispetto all'anno precedente. Si è confermata una solida presenza internazionale, con una forte partecipazione di Germania e Cina, e un totale di 19 Paesi rappresentati. Un segnale di dinamicità è l'aumento dei nuovi espositori, passati da 82 a 90, e l'incremento del 10% della superficie espositiva netta. Anche il numero dei visitatori ha registrato un incremento del 5%, con 21.000 presenze nei tre giorni.

Una nuova maggiore attenzione delle istituzioni si rileva nella partecipazione del Sottosegretario di Stato alla Salute On. Dott. Marcello Gemmato, che oltre a visitare la fiera espositiva con i suoi prodotti ad alto contenuto tecnologico ed innovativo, ha presenziato alla tradizionale presentazione dell'analisi congiunturale presentata il venerdì mattina dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani. Molto partecipata da tutte le associazioni di categoria, la Cao Nazionale e le principali associazioni scientifiche la tavola rotonda del sabato mattina presentata dal presidente dell'Unidi Fabio Velotti e da Pietro di Michele Past President Suso, a cui si rinvia per i dettagli all'articolo pubblicato a pagina 2.

Tanti gli eventi scientifici organizzati in primis dall'associazione Amici di Brugg, dalle associazioni di laser e di igiene dentale, e molti altri a cura di associazioni e aziende, con ampia scelta per i visitatori anche giornalieri che hanno visitato una delle maggiori fiere espositive europee.

Il giovedì pomeriggio si è svolta una breve tavola rotonda per ricordare e celebrare i 20 anni della Dental Tribune Italiana, con i protagonisti e fondatori di ieri e di oggi (vedi i servizi pubblicati sul Dental Tribune di maggio), precedendo gli eventi che continueranno nel corso dell'anno.

Soddisfatti gli organizzatori hanno anticipato la data del prossimo anno: 14-16 maggio 2026

Dental Tribune Italia

Cosmetic & Endo Tribune

The World's Cosmetic & Endodontic Newspaper

Giugno 2025 www.dental-tribune.com Anno VII, N. 1

Le nuove punte da ultrasuoni per la rifinitura della cavità d'accesso A-C Tips

Dott. Arnaldo Castellucci M.D., D.D.S.

Sommario

Gli ultrasuoni si sono rivelati in endodonzia nettamente superiori alle frese montate su manipoli ad alta o a bassa velocità. L'efficienza nel taglio che può essere modulato variando la potenza, il maggior controllo (gli ultrasuoni non ruotano a grande velocità) dato dalle precise capacità di taglio e dall'ottima visibilità rendono questo sistema sicuro efficace ed economico, vista anche la riduzione dei tempi di lavoro.

La Woodpecker ha recentemente introdotto una nuova serie di 5 punte da ultrasuoni per endodonzia: le A-C Tips. Questi nuovi inserti sono destinati non solo all'Endodontista ma soprattutto al dentista generico.

Le loro caratteristiche salienti sono:

- ogni punta ha la sua applicazione;
- la parte lavorante è caratterizzata da microlame;
- sono presenti le aperture per l'irrigazione (water port);
- sono disponibili con attacco EMS o Satelec;
- sono molto resistenti;
- non sono costose.

I più diffusi campi di applicazione degli ultrasuoni in endodonzia sono[1]:

1. Rifinitura della cavità d'accesso, reperimento di canali calcificati, rimozione di calcificazioni.
2. Rimozione di ostacoli intracanalari (strumenti fratturati, perni radicolari, coni d'argento, perni metallici fratturati).
3. Attivazione delle soluzioni irriganti.
4. Condensazione ultrasonica della guttaperca.
5. Posizionamento del mineral trioxide aggregate (MTA).
6. Endodonzia chirurgica: preparazione della cavità retrograda e posizionamento e rifinitura del materiale retrogrado.

Gli obiettivi di un trattamento endodontico di successo sono:

1. l'esecuzione di una corretta cavità di accesso in continuità con le pareti della camera pulpare senza alterazioni del pavimento;
2. la localizzazione di tutti gli imbocchi canalari;
3. la realizzazione di un accesso rettilineo al canale senza pericolose interferenze che possano impedire di raggiungere il forame apicale o peggio determinare la frattura degli strumenti endodontici;
4. l'esecuzione di una sagomatura mini-invasiva dei canali radicolari in armonia con l'anatomia originaria[2];
5. la detersione e otturazione nelle tre dimensione del complesso sistema canalare.

La convinzione degli enormi vantaggi nell'utilizzo degli ultrasuoni ha spinto la Woodpecker a realizzare un nuovo set di punte da ultrasuoni per endodonzia composto di 5 inserti: le A-C Tips (Fig. 1). L'obiettivo del progetto era di realizzare un set di punte semplici da utilizzare, dedicate non solo all'Endodontista bensì soprattutto al dentista generico. Ogni punta da ultrasuoni per endodonzia A-C Tip ha la sua specifica applicazione clinica.

Pagina 8

Approccio clinico e strumentale alla pulpite irreversibile di un molare inferiore con anatomia atipica in età pediatrica

Dott. Marco Bucci

Presentazione

Paziente di sesso femminile, 12 anni, si presenta alla mia osservazione per dolore a livello del quarto sestante. In merito alla sintomatologia, la paziente riferisce dolore spontaneo, pulsante, esacerbato in clinostasi e dall'esposizione al freddo, senza riuscire a individuare l'elemento coinvolto. L'esame obiettivo mostra la presenza di lesioni cariose occlusali a carico degli elementi 3.5, 3.6 e 3.7 (Fig. 1), mentre l'esame radiografico evidenzia lesioni cariose a livello della dentina su 3.5 e 3.7; inoltre, è presente una carie penetrante che lambisce il cornetto pulpare distale di 3.6 (Fig. 2).

Il test di sensibilità con cloruro di etile sugli elementi del sestante identifica in maniera precisa il primo molare come responsabile della sintomatologia. La diagnosi è di pulpite irreversibile a carico dell'elemento 3.6. L'analisi della radiografia endorale indica la presenza di una radix entomolaris.

Pagina 6

Approccio clinico e strumentale alla pulpite irreversibile di un molare inferiore con anatomia atipica in età pediatrica

Dott. Marco Bucci, libero professionista in Milano

Pagina 5

Materiali e metodi

Si procede pertanto alla terapia previa anestesia con articaina con andrenalina 1:100000 ed isolamento multiplo con la diga di gomma.

La rimozione del tessuto carioso evidenzia il coinvolgimento esteso della dentina profonda e del tessuto pulpare; una volta rimossa completamente la lesione cariosa si perfeziona l'accesso camerale mediante frese multilama al carburo di tungsteno e inserti ultrasonici.

L'anatomia camerale mostra quattro imbocchi canalari distinti (due mesiali e due distali) (Fig. 3).

Dopo la completa rimozione della polpa camerale si procede a un sondaggio manuale preliminare dei canali radicolari con un K-file di misura 10; nel canale corrispondente alla radix entomolaris non è possibile raggiungere l'apice. Si rileva quindi la lunghezza di lavoro degli altri tre canali tramite l'utilizzo di un rilevatore apicale elettronico.

La sagomatura dell'endodonto viene eseguita con la sistematica Hyflex EDM di Coltene.

Dopo aver posizionato ipoclorito al 5% nella camera pulpare si esegue un preflaring del terzo coronale con strumento rotante in NiTi Opener (dimensioni 18.11); il preflaring è volto a eliminare le interferenze coronali che possono precludere la possibilità di procedere con gli strumenti manuali o rotanti lungo il canale.

Lo step successivo prevede la creazione di un glide path (percorso di scorrimento); questa procedura può essere eseguita manualmente o con strumenti meccanici: in questo caso è stato possibile farlo con lo strumento Glider della sequenza OGSF: le dimensioni (15.03) associate alla sezione e al particolare trattamento termico della lega NiTi lo rendono sufficientemente flessibile per affrontare i canali ma allo stesso tempo resistente allo stress da fatica ciclica.

Dopodiché si procede all'allargamento dei canali con i successivi due strumenti della sequenza: lo Shaper (18.045) ed il Finisher (30.04).

Terminare la sequenza iniziale a 30.04 permette di portare gli irriganti in zona apicale e quindi operare una migliore disinfezione del sistema endodontico.

Nel canale disto-linguale (corrispondente alla radix entomolaris) è stato utilizzato un diverso approccio per la fase di sagomatura. Non potendo stabilire un glide path fino in apice in prima istanza si è preferito usare la tecnica "step-down"; dopo l'iniziale preflaring coronale con l'Opener è stato possibile sondare circa metà della lunghezza del canale; si è proceduto a eseguire un allargamento del terzo medio fino alla dimensione di 30.04; una volta guadagnato l'apice la sequenza di sagomatura ha richiesto di intercalare uno strumento facente parte della "estensione di linea" degli Hyflex EDM Coltene: dopo il Glider (15.03), per ridurre ulteriormente le interferenze coronali, è stato eseguito un preflaring profondo con uno strumento 10.05. Dopodiché sono stati utilizzati lo Shaper (18.045) ed il Finisher (30.04).

La rilevazione del diametro apicale mediante K-files in NiTi ha richiesto una sagomatura fino a 40.04 nei canali mesiali.

Una volta terminata la fase di sagomatura l'endodonto è stato irrigato con EDTA liquido al 17% per 2 minuti con attivazione sonica. Dopo asciugatura dei canali con coni di carta il protocollo di irrigazione ha previsto l'utilizzo di ipoclorito di sodio al 5% attivato anch'esso con manipolo sonico.

Il sigillo apicale è stato ottenuto mediante coni di guttaperca dedicati e cemento bioceramico premiscelato. La radiografia periapicale di prova cono (Fig. 4) ha dato indicazioni sulla coerenza tra sagomatura e fitting dei coni di guttaperca.

La tecnica di chiusura utilizzata è stata la monocono a freddo con cemento bioceramico.

In seguito al sigillo dei canali e alla radiografia di verifica della chiusura è stata pulita la camera pulpare e sabbiata per poi eseguire la ricostruzione post endodontica mediante mordenzatura selettiva dello smalto, adesivo universale One Coat di Coltene e composito bulk della medesima casa produttrice.

Nella stessa seduta si esegue la preparazione dell'elemento per la ricopertura mediante overlay in composito e la scansione sotto diga (precedentemente era stata eseguita una scansione preoperatoria dell'intera bocca).

Rimosso l'isolamento è stata posizionata un'otturazione provvisoria con materiale fotopolimerizzabile.

In un secondo appuntamento è stato cementato l'overlay (sotto isolamento con diga di gomma) con composito fotopolimerizzabile scaldato (Fig. 5) e in seguito eseguita una radiografia di controllo d ricostruzione e cementazione (Fig. 6).

Oltre ai controlli routinari verranno eseguite rx di follow up con cadenza annuale.

Fig. 1

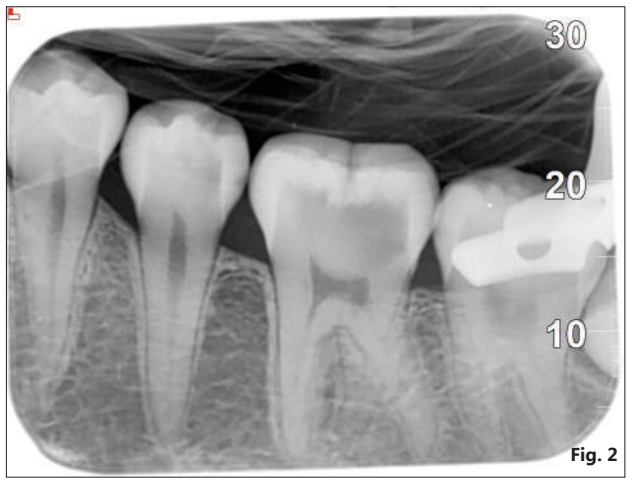


Fig. 2

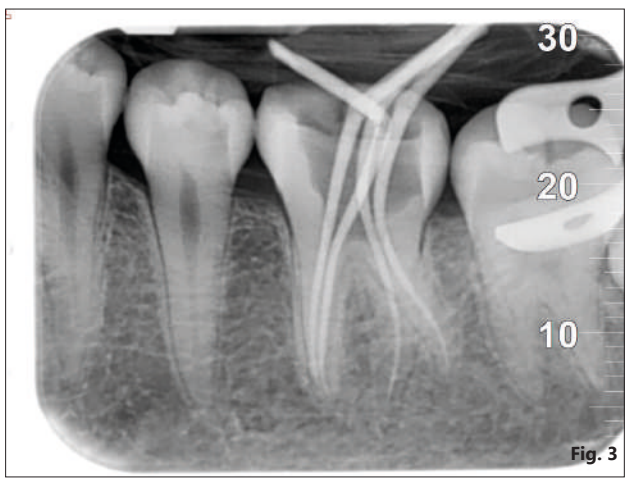


Fig. 3

Fig. 4

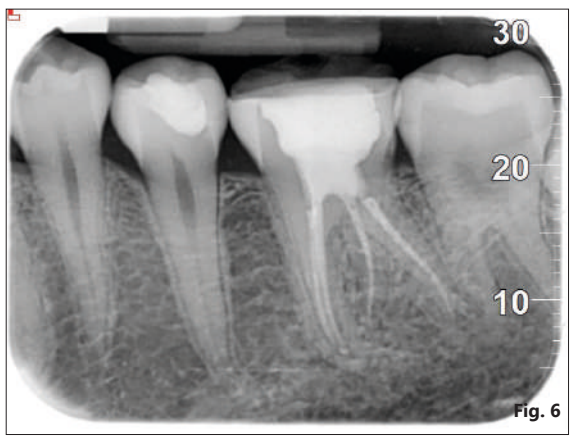
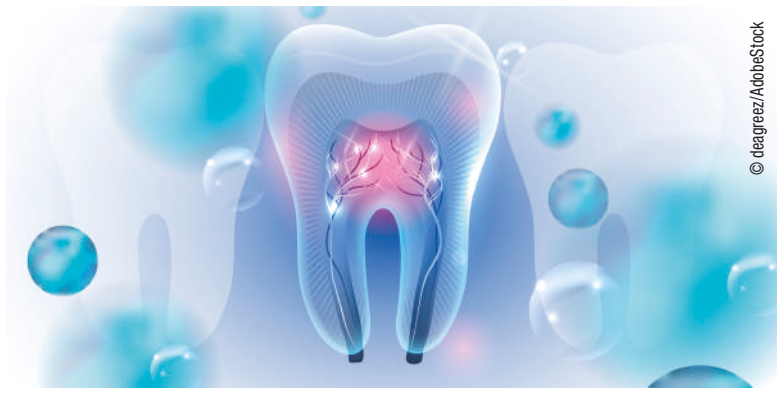


Fig. 6

Fig. 5

Fig. 1 - Foto preoperatoria con isolamento con diga di gomma applicato; **Fig. 2** - Radiografia periapicale preoperatoria; **Fig. 3** - Foto dell'accesso camerale con gli imbocchi canalari in evidenza; **Fig. 4** - Rx intraoperatoria di prova cono; **Fig. 5** - Foto post cementazione dell'overlay con l'isolamento ancora in sede; **Fig. 6** - Rx post cementazione dell'overlay dove si evidenzia la particolare anatomia radicolare.

Un nuovo consenso di esperti propone una guida completa alla microchirurgia apicale



© deagreez/AdobeStock

XI'AN, Cina: ad oggi, non esistono consenso, linee guida o raccomandazioni di esperti sulla microchirurgia apicale. Per risolvere questo problema e standardizzare il trattamento clinico della microchirurgia apicale, l'Associazione Stomatologica Cinese ha convocato un gruppo di esperti in endodonzia, parodontologia e chirurgia orale per sviluppare un consenso sulla procedura, standardizzando le indicazioni, le controindicazioni, i protocolli chirurgici e i criteri di valutazione. Le linee guida mirano a migliorare i risultati del trattamento e a preservare i denti naturali.

La microchirurgia apicale ha un tasso di successo superiore al 90%. Tuttavia, gli autori della linea guida spiegano che la variabilità nella consapevolezza e nella tecnica dei medici continua a portare a una selezione inadeguata dei casi, a protocolli chirurgici incoerenti, a gravi complicazioni e a una scarsa efficacia. Fornendo questo quadro strutturato, il team ha cercano di migliorare la coerenza nella selezione dei casi, nell'esecuzione della procedura e nel monitoraggio a lungo termine.

Il nuovo consenso fornisce chiare indicazioni sulla procedura, incluse situazioni in cui i sintomi persistono nonostante la terapia canalare o quando questa o il ritrattamento non sono fattibili. Spiega inoltre le controindicazioni, tra cui le condizioni sistemiche come l'ipertensione non controllata e il diabete, nonché le sfide anatomiche come la vicinanza a strutture vitali. Per valutare il caso in relazione alle indicazioni e alle controindicazioni, il consenso definisce le linee guida per l'esame preoperatorio, sottolineando l'importanza di una diagnostica per immagini accurata, compresa la CBCT, per valutare il sito chirurgico e garantire la sicurezza del paziente.

Vengono inoltre sottolineate le migliori pratiche per il design del lembo, l'osteotomia, la resezione e la preparazione dell'estremità radicolare e il riempimento posteriore in bioceramica. Sono inoltre fornite indicazioni sul posizionamento del microscopio e sulle tecniche emostatiche.

Il consenso sottolinea l'importanza della gestione post-operatoria, concentrandosi sulla prevenzione delle infezioni, sulla riduzione del dolore e sulla garanzia di una corretta guarigione attraverso un follow-up a lungo termine. A tal fine, vengono raccomandate valutazioni radiografiche e cliniche a tre, sei, 12 e 24 mesi dopo l'intervento per valutare l'andamento della guarigione. Vengono inoltre indicate le potenziali complicanze, tra cui la perforazione del seno mascellare, le lesioni nervose e le infezioni del sito chirurgico, e la loro gestione.

Il documento di consenso sottolinea l'importanza di una formazione strutturata per i medici che si occupano di microchirurgia. Esorta inoltre a proseguire la ricerca sulle tecnologie in continua evoluzione, come la chirurgia piezoelettrica, le procedure guidate dalla realtà aumentata e la robotica, che potrebbero ulteriormente perfezionare le tecniche microchirurgiche.

Con questo protocollo, supportato da esperti del settore, la microchirurgia apicale è pronta a contribuire ulteriormente alla cura endodontica, offrendo una soluzione affidabile e minimamente invasiva per i pazienti che devono affrontare condizioni periapicali complesse.

Lo studio, intitolato "Expert consensus on apical microsurgery", è stato pubblicato online il 2 gennaio 2025 sull'*International Journal of Oral Science*.

Dental Tribune International

Adv

Le nuove punte da ultrasuoni per la rifinitura della cavità d'accesso A-C Tips

Dott. Arnaldo Castellucci M.D., D.D.S.

Assistant Professor at Boston University
Henry Goldman Scholl of Dental Medicine
Honorary Diplomate Indian Board of Endodontics

Pagina 5

La superficie di taglio non è più diamantata come tutte le punte da ultrasuoni per endodonzia oggi disponibili sul mercato, ma è formata da tante microlame (Fig. 2). Ciò facilita anche l'autodetersione delle punte che sotto irrigazione si autodetergono durante lo stesso loro utilizzo.

Le A-C Tips sono estremamente resistenti alla frattura, possiamo affermare che la frattura di una A-C Tip, se correttamente utilizzata, è un avvenimento eccezionale. Inoltre sono vantaggiose anche dal punto di vista economico costando circa il 50% in meno rispetto alle altre punte disponibili oggi sul mercato.

Tutte le punte sono costruite con una lega di acciaio e hanno l'apertura per l'irrigazione. Possiamo così utilizzare le punte con irrigazione o a secco. Senza irrigazione il taglio è certamente più efficiente, ma abbiamo due inconvenienti: l'accumulo di detriti sulle superfici taglienti e l'eccessivo surriscaldamento dell'inserto e del tessuto o del materiale (dentina, smalto, perni in metallo) aggredito dagli ultrasuoni. È quindi importante alternare il lavoro con irrigazione per detergere e raffreddare e il lavoro a secco per aumentare l'azione di taglio e ridurre così i tempi di lavoro o tagliare materiali particolarmente resistenti (smalto, metalli).

Tutte le punte A-C Tips hanno un angolo tra l'attacco al manipolo e la parte lavorante di 110° (Fig. 3). Questo assicura una perfetta visibilità in ogni situazione durante il lavoro. L'operatore potrà così costantemente tenere sotto controllo visivo la punta di ogni singolo inserto. Questo significa poter evitare errori e poter eseguire un intervento veramente preciso e quindi mini-invasivo.

Le superficie di taglio delle A-C Tips sono composte da microlame (micro grinding) piatte simili alle "radial lands" degli strumenti endodontici rotanti NiTi ProFile. Queste lame piatte hanno 3 vantaggi:

1. ogni lama ha due angoli di taglio e una superficie piatta che le unisce. Questo si traduce in un'ottima efficienza e precisione nel taglio;
2. la lama ha un sufficiente spessore che le garantisce una notevole resistenza all'usura;
3. i solchi tra le lame permettono una buona raccolta dei detriti, un buon raffreddamento della punta e un'estrema facilità nella detersione dell'inserto a fine lavoro.

Le A-C Tips sono disponibili con due diversi attacchi: Woodpecker per Satelec e per EMS.

A-C TIP ED51 rifinitura delle pareti della cavità d'accesso (Fig. 4)

Questa punta è stata disegnata per rifinire la cavità d'accesso dei premolari e dei molari (Figg. 5, 6). Ha forma troncoconica. La parte lavorante è lunga 12 mm, la punta ha un diametro di 0,8 mm, il diametro massimo dell'inserto alla fine della parte lavorante è di 1,6 mm. La punta dell'inserto non è attiva, possiamo quindi paragonarla ad una fresa di Batt o alla Endo Z.

La punta A-C Tip ED51 può essere utilizzata sino a circa l'80-90 % della massima potenza raggiungibile con le sorgenti di ultrasuoni dedicate all'endodonzia oggi disponibili sul mercato.

A-C TIP ED52: reperimento del canale mesio-palatino (MB2) (Fig. 7)

Il primo molare superiore deve essere considerato, in base agli ultimi lavori scientifici, un dente con 4 canali (Fig. 8). L'utilizzo della A-C Tip ED52 ci permette contemporaneamente di eliminare la sporgenza di dentina e parte dell'iniziale brusca curvatura coronale. L'imbocco del MB2 viene così trasferito sul pavimento della camera pulpare, consentendo un accesso rettilineo al canale. Questo permette di vedere chiaramente l'imbocco del canale e poterlo poi sondare senza problematiche interferenze coronali.

La A-C Tip ED52 ha forma troncoconica. La parte lavorante è lunga 8 mm, la punta ha un diametro di 1 mm, il diametro massimo dell'inserto alla fine della parte lavorante è di 1,54 mm. La punta dell'inserto è attiva.

La punta A-C Tip ED52 può essere utilizzata sino a circa l'80-90 % della massima potenza raggiungibile con le sorgenti di ultrasuoni dedicate all'endodonzia oggi disponibili sul mercato.

A-C TIP ED53: rimozione di calcificazioni canalari e di perni in fibra (Fig. 9)

La rimozione delle calcificazioni dalla camera pulpare e dall'imbocco dei canali radicolari è determinante per poter reperire tutti gli imbocchi canalari, sondare senza interferenze i canali radicolari, evitare che durante la strumentazione una calcificazione mobilizzata dagli strumenti endodontici possa cadere in un canale e bloccarlo.

La A-C Tip ED53 è una punta sottile e lunga ma estremamente resistente. Ha forma leggermente troncoconica. La parte lavorante è lunga 8 mm, la punta è estremamente acuminata, il diametro massimo dell'inserto alla fine della parte lavorante è di 0,9 mm. Le ridotte dimensioni della punta permettono un lavoro estremamente preciso ed un'ottima visibilità. L'operatore potrà così effettuare un lavoro selettivo, rimuovendo solo le calcificazioni patologiche e non il tessuto dentinale sano. Il risultato sarà un approccio veramente mini-invasivo senza alterazioni dell'anatomia dell'endodontica.

La seconda indicazione per l'utilizzo della A-C Tip ED53 è la rimozione dei perni endocanalari in fibra durante i ritrattamenti endodontici. La punta può essere utilizzata anche a potenze di vibrazione alte senza rischi. È possibile così distruggere in pochi minuti un perno in fibra senza fratturare la punta da ultrasuoni, come succedeva spesso in passato.

La punta A-C Tip ED53 può essere utilizzata sino a circa il 60-70% della massima potenza raggiungibile con le sorgenti di ultrasuoni dedicate all'endodonzia oggi disponibili sul mercato.

A-C TIP ED54: rimozione di perni metallici (Fig. 10)

La A-C Tip ED54 è un inserto privo di lame disegnato per trasferire energiche vibrazioni dove la punta viene applicata. È infatti la decementazione di perni metallici la sua principale indicazione.

L'inserto ha alla sua estremità una pallina di forma romboidale che possiamo quasi paragonare per la sua forma ad una palla da rugby. Questa particolare forma dell'estremità la differenzia dalle precedenti punte da ultrasuoni dedicate al medesimo utilizzo presenti oggi sul mercato. Analizzando la punta possiamo individuare due superfici attive: l'equatore della palla da rugby e le sue superfici laterali piatte.

L'equatore della palla da rugby permette un appoggio quasi puntiforme sulla superficie dove lavora: il risultato è una vibrazione molto potente che viene trasferita sul perno. L'utilizzo di questa modalità di decementazione è particolarmente indicato in perni moncone o in perni prefabbricati in metallo molto resistente all'usura (leghe in acciaio, titanio ecc.) dove la consistenza della lega metallica non permette l'usura del perno ad opera degli ultrasuoni.

Le superfici laterali piatte invece permettono di trasferire una vibrazione leggermente più dolce ma ugualmente efficiente. L'utilizzo di questa modalità di decementazione è particolarmente indicato in perni realizzati con un metallo non particolarmente consistente. In questo caso non corriamo il rischio di consumare il perno con l'azione degli ultrasuoni prima di averlo rimosso.

La punta A-C Tip ED54 può essere utilizzata sino a circa il 90, 100% della massima potenza raggiungibile con le sorgenti di ultrasuoni dedicate all'endodonzia oggi disponibili sul mercato.

A-C TIP ED55: rifinitura del pavimento della camera pulpare

La A-C Tip ED55 è stata disegnata per rifinire il pavimento della camera pulpare (Fig. 11). Può quindi essere utilizzata per eliminare le calcificazioni camerali prima di iniziare la sagomatura dei canali radicolari oppure nei ritrattamenti endodontici può essere utilizzata per eliminare vecchi materiali di restauro o cementi endodontici prima di iniziare il sondaggio dei canali.

La A-C Tip ED55 ha una parte lavorante cilindrica lunga 10 mm. Il diametro è di 1 mm. Molto interessante è l'estremità attiva della punta. Questa ha forma concava per meglio adattarsi alla convessità del pavimento della camera pulpare ed è dotata di micro-piramidi che la rendono particolarmente aggressiva.

La punta è molto sottile (diametro 1 mm) e questo permette un lavoro preciso un'ottima visibilità. La parte laterale lavorante dotata di microlame permette all'operatore di ricollocare e rifinire le pareti della camera pulpare man mano che il lavoro sul pavimento procede.

La punta A-C Tip ED55 può essere utilizzata sino a circa il 70, 80 % della massima potenza raggiungibile con le sorgenti di ultrasuoni dedicate all'endodonzia oggi disponibili sul mercato.

Pagina 9

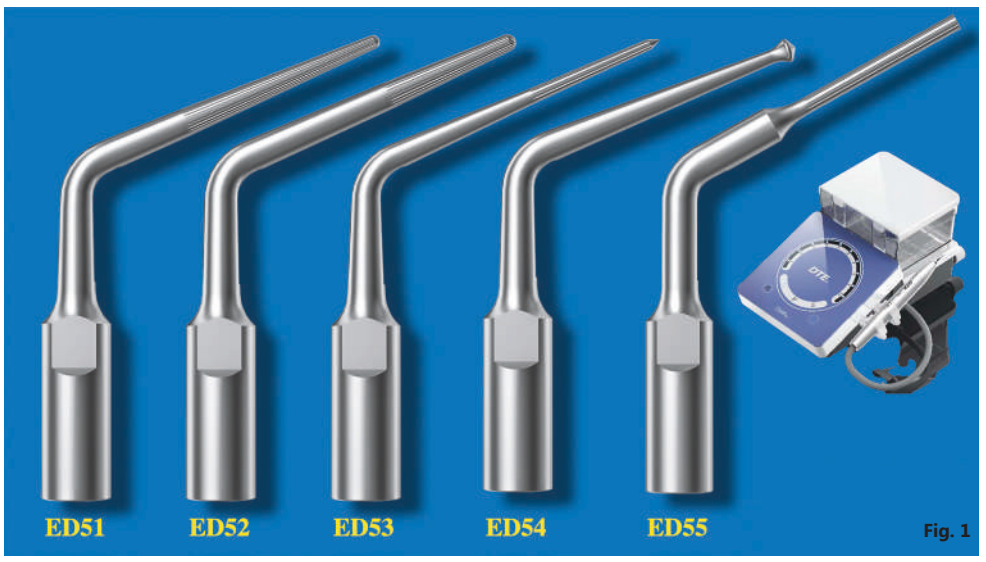


Fig. 1

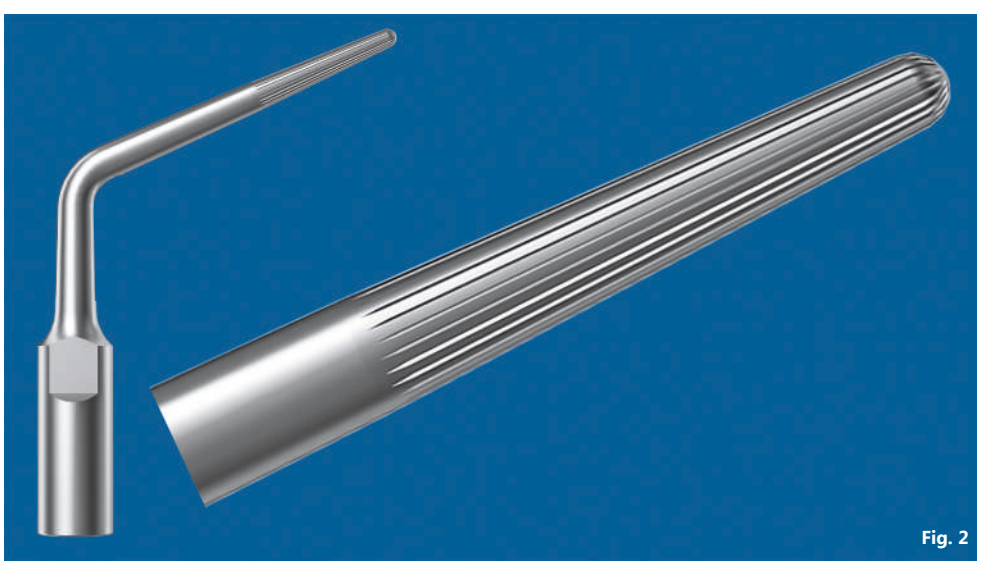


Fig. 2

Pagina 8

Conclusioni

L'introduzione del nuovo set di punte da ultrasuoni per endodonzia A-C Tips della Woodpecker finalmente permette anche al dentista generico di utilizzare gli ultrasuoni in campo endodontico grazie alla semplicità d'uso di ciascun inserto disegnato appositamente per una specifica applicazione, grazie alla loro efficienza, resistenza, lunga durata e basso costo. Essendo esse disegnate per lavorare in camera pulpare o nel terzo coronale dei canali diritti, non hanno bisogno di forti mezzi ingrandenti quali il microscopio, anche se ovviamente non possono fare altro che trarre enormi vantaggi se il loro utilizzo è eseguito sotto ingrandimento.

Anche lo Specialista in Endodonzia che utilizzerà il nuovo set di punte da ultrasuoni A-C Tips sicuramente potrà apprezzarne le caratteristiche specifiche e i costi contenuti.

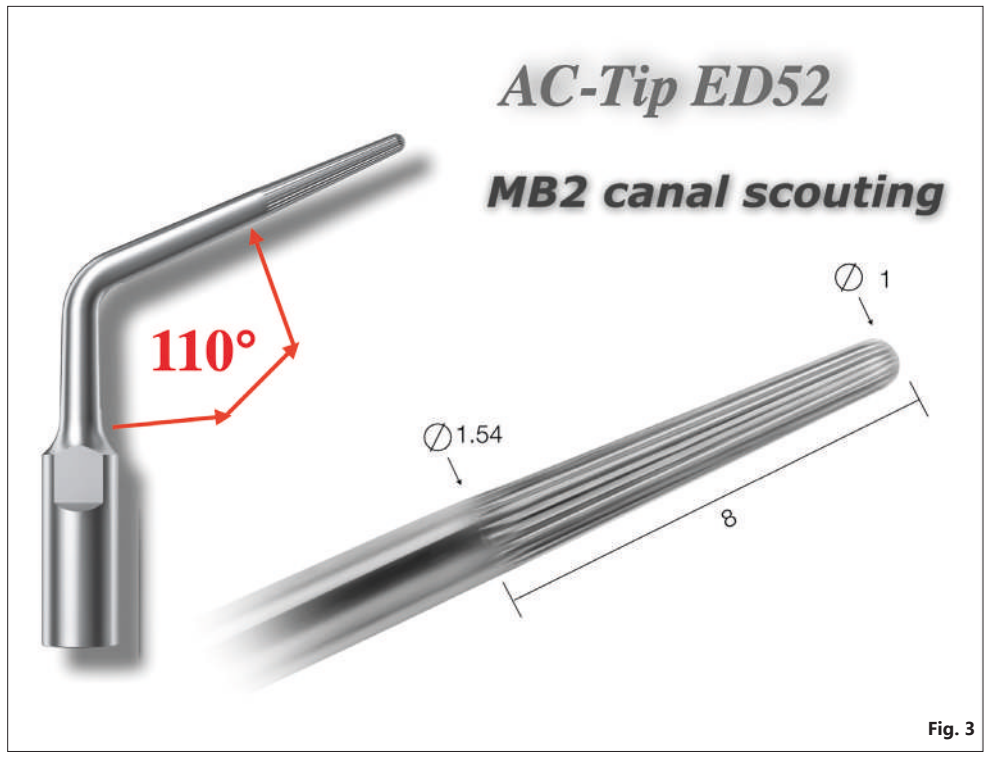


Fig. 3

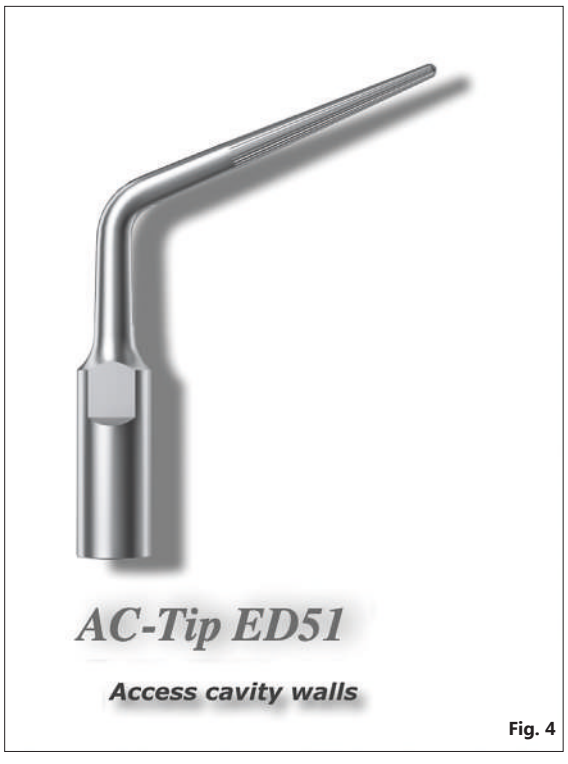


Fig. 4

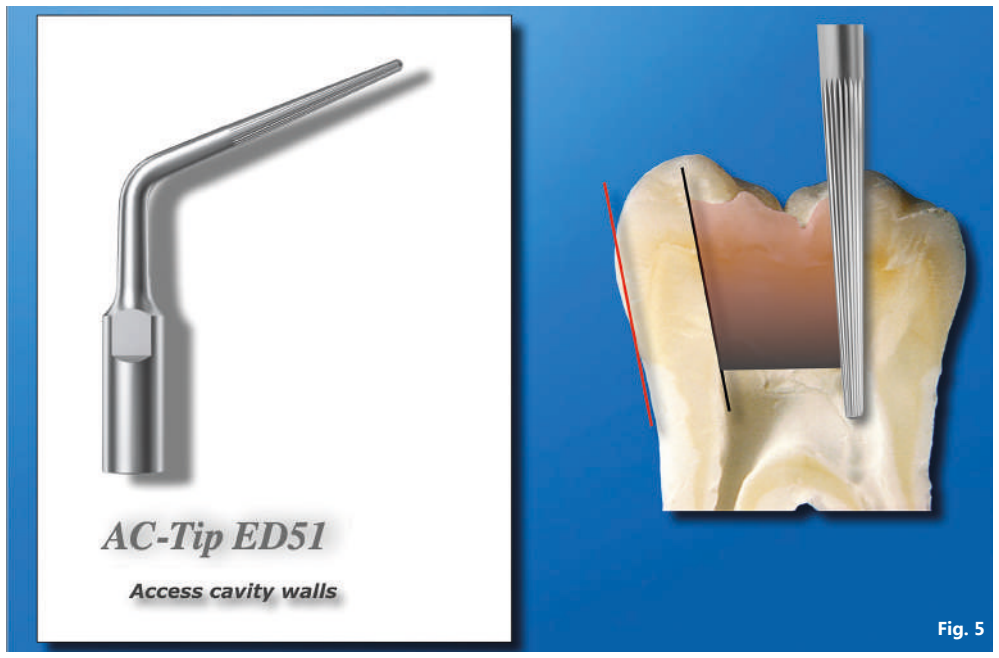


Fig. 5

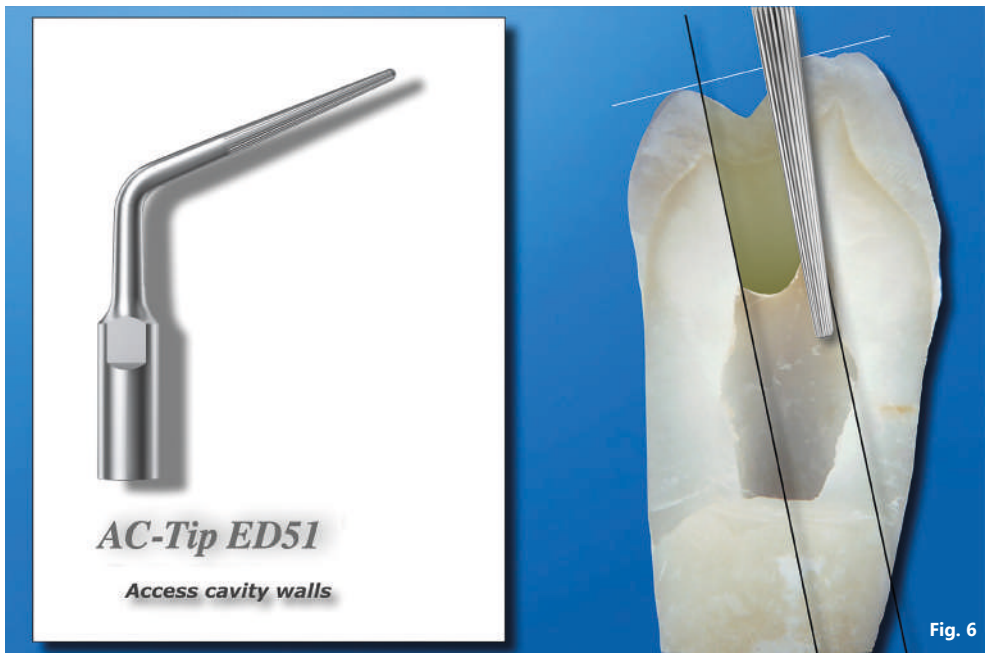


Fig. 6

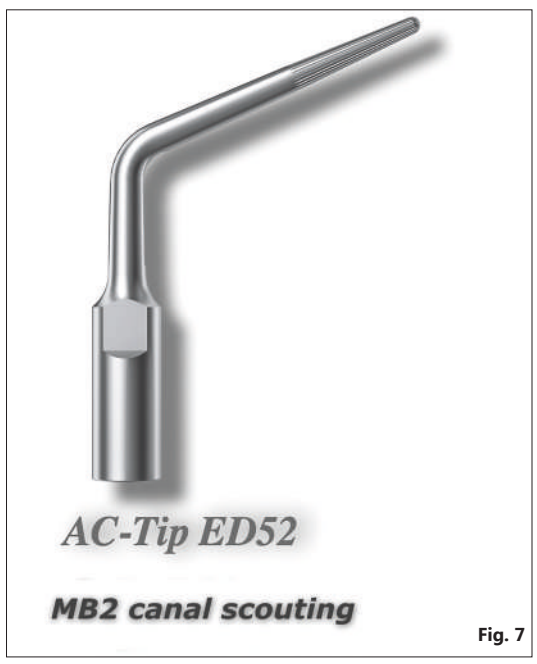


Fig. 7

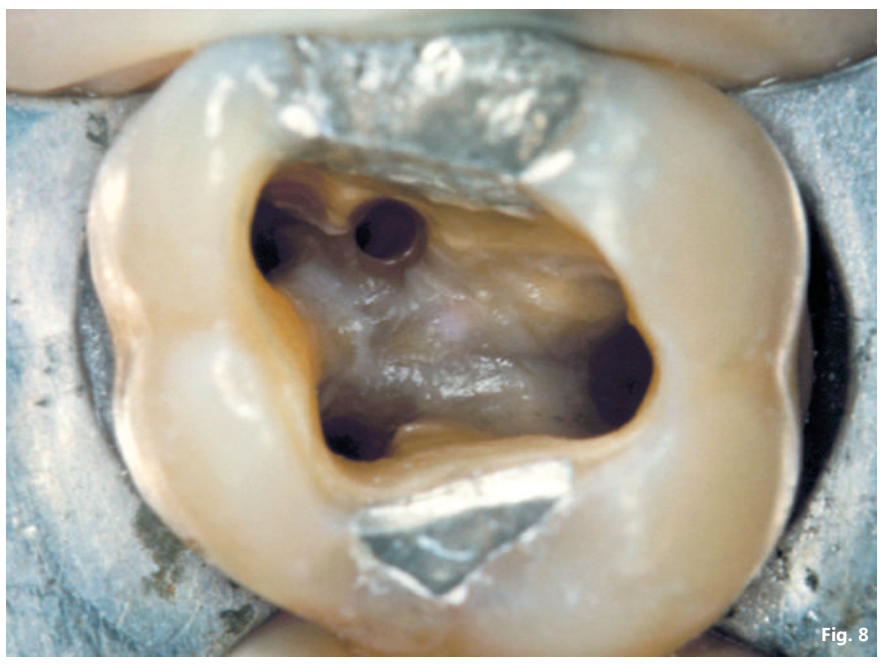


Fig. 8

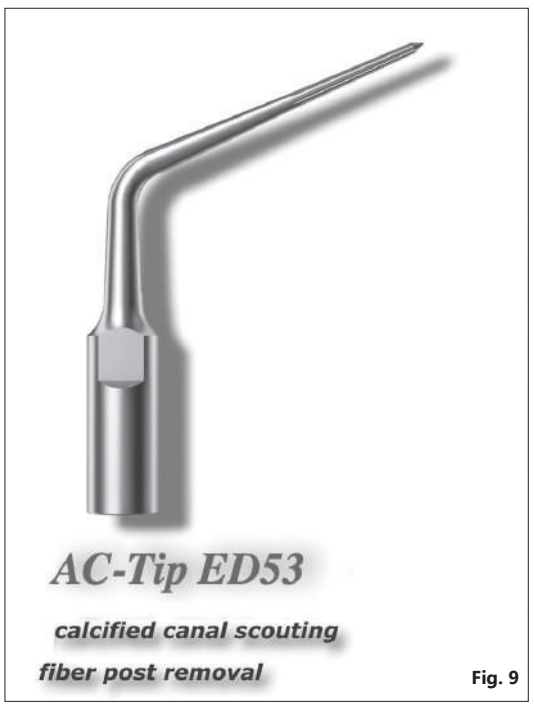


Fig. 9

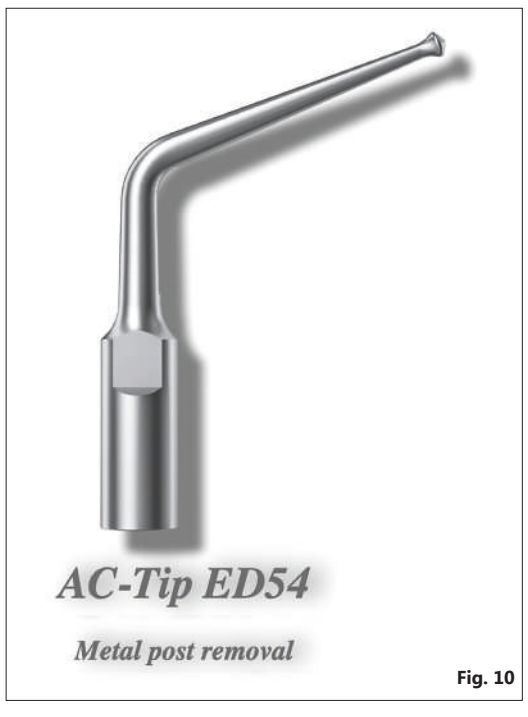


Fig. 10

Fig. 11

Fig. 1 - Le cinque punte da ultrasuoni A-C Tips specificamente disegnate dalla Woodpecker per la rifinitura della cavità d'accesso; **Fig. 2** - Le micro-lame sono la caratteristica delle A-C Tips, responsabili della loro efficacia di taglio; **Fig. 3** -Tutte le A-C Tips presentano un angolo di 110° tra l'attacco al manipolo e la porzione lavorante; **Fig. 4** -La A-C Tip ED51 è disegnata per la rifinitura delle pareti della cavità d'accesso; **Fig. 5** - - La A-C Tip ED51 è disegnata per la rifinitura delle pareti della cavità d'accesso dei molari superiori e inferiori; **Fig. 6** - La A-C Tip ED51 è disegnata per la rifinitura delle pareti della cavità d'accesso dei premolari superiori e inferiori; **Fig. 7** - La A-C Tip ED52 è disegnata per facilitare il reperimento e il sondaggio del canale MB2; **Fig. 8** - I quattro canali di questo primo molare superiore sono stati detersi e sagomati; **Fig. 9** - La A-C Tip ED53 è disegnata per facilitare il sondaggio dei canali calcificati e per rimuovere i perni in fibra; **Fig. 10** - La A-C Tip ED54 è disegnata per la rimozione di perni metallici; **Fig. 11** - La A-C Tip ED55 è disegnata per la rifinitura del pavimento della camera pulpare dei molari superiori e inferiori.

Bibliografia

1. Balamuth, L.: The application of ultrasonic energy in the dental field. In: Brown B, Gordon D, eds. Ultrasonic techniques in biology and medicine. London: Ilife; 1967:194-205.

2. Peters, M.C., McLean, M.E.: Minimally invasive operative care. I. Minimal intervention and concepts for minimally invasive cavity preparations. J Adhes Dent 2001;3:7-16.