

Adv

LINEA IMPLANTARE  
**CORE-X®**



**STABILITÀ X-TRA**

**IL TRATTAMENTO IDEALE NEI CASI DI BASSA DENSITÀ OSSEA E ALVEOLI POST-ESTRATTIVI**

**IL TRATTAMENTO IDEALE NEI CASI DI BASSA DENSITÀ OSSEA E ALVEOLI POST-ESTRATTIVI**

bti-biotechnologyinstitute.com  
Tel.: (39) 02 7060 5067







**SPECIALE COSMETIC & ENDO TRIBUNE**

L'evoluzione del settore odontoiatrico sta portando nuovamente in auge i temi della preservazione dei denti naturali e degli aspetti estetici. Queste tematiche saranno affrontate all'interno dello speciale presente nel numero di giugno.



Pagina 9

Adv

**TePe®** 

**TePe® Hydrating Spray**

Stimola la saliva e dona freschezza.

**Novità**



Per saperne di più 

**La qualità delle cure**

Intervista al prof. Francesco Cairo, Presidente SIdP

**Patrizia Biancucci**



Il Professor Francesco Cairo è conosciuto in Italia e all'estero. È un parodontologo di chiara fama, ha degli incarichi importanti, è docente di parodontologia all'Università di Firenze, è direttore del master di parodontologia, un master di secondo livello internazionale, ma è diventato anche presidente della SIdP, Società Italiana di Parodontologia, società che vanta migliaia di soci, e che all'ultimo congresso a Rimini, ha visto la presenza di tremila partecipanti, un record assoluto.

Pagina 4

**GESTIONE DELLO STUDIO**  
Focus sui giovani dentisti al meeting CED di Atene: solo uno su dieci vuole aprire lo studio 3

**RUBRICA**  
Figli d'arte 7

**INDUSTRY REPORT**  
Riabilitazione implantare immediata nei settori posteriori 17

## Pianificazione finanziaria per le donne dentiste

Intervista a Ted Buckley

Iveta Ramonaite



Ted Buckley è un consulente finanziario senior, relatore acclamato e l'autore del libro "Retired! What Do You Want to Do for the Next 30 Years?". In questa intervista a Dental Tribune International, fa luce sugli ostacoli che le dentiste devono affrontare nella loro professione. Discute del divario retributivo tra i sessi, della complessità dell'equilibrio tra vita professionale e vita privata e offre consigli su come affrontare queste sfide al fine di ottenere un futuro finanziario sicuro e una vita post-carriera appagante.

Signor Buckley, quali sono alcune delle sfide finanziarie più importanti che le dentiste devono affrontare nella loro professione?

Le dentiste, come molte donne in altri campi professionali, devono spesso affrontare sfide finanziarie uniche rispetto a quelle affrontate dai

loro omologhi maschi. Tali sfide comprendono il divario retributivo tra uomini e donne, l'equilibrio tra vita professionale e vita privata e un accesso equo a risorse quali prestiti e altre opportunità.

Pagina 2

**DIRECT-R GOLD**

€25 €25 €25 €25 €40 €50

**SOLUZIONE ECONOMICA ALTERNATIVA AGLI STRUMENTI RECIPROCANTI**

Costantemente protesa verso l'innovazione, DirectEndodontics ha sviluppato una soluzione di trattamento termico che rende gli strumenti in NiTi ancora più flessibili. Direct-R Gold è un'alternativa reciprocante agli strumenti „blu“ e reciprocanti.

**BEST SELLER**

IN GERMANIA, FRANCIA E ITALIA  
**35,88€ / conf. da 6pz**

**SISTEMA A LIMA SINGOLA**

- SEZIONE A S
- MATERIALE NITI TRATTATO TERMICAMENTE
- MOVIMENTO RECIPROCANTE

**CONICITÀ VARIABILE**  
25/08 V • 40/06 V • 50/05 V





Adv

# Pianificazione finanziaria per le donne dentiste

## Intervista a Ted Buckley

Pagina 1

Le donne inoltre mediamente vivono più a lungo, quindi dovrebbero essere considerate delle risorse supplementari di reddito.

Qual è un consiglio che darebbe alle donne dentiste che stanno appena iniziando a concentrarsi sul loro futuro finanziario, e quali strategie potrebbero aiutarle a raggiungere i loro obiettivi finanziari all'interno del settore odontoiatrico?

Direi loro di iniziare subito a pensare al futuro! Nessuno che fa attenzione al proprio piano finanziario o pensionistico ha mai detto: "Oh, vorrei aver iniziato il mio piano pensionistico/finanziario più tardi". Anche se avete bollette e impegni, iniziare a pensare al futuro anche un po' prima può aiutare ad aumentare i risparmi. Albert Einstein è citato per aver detto che l'interesse composto è l'ottava meraviglia del mondo a causa del fantastico impatto che può avere nel tempo nell'aiutare ad aumentare i propri risparmi.

Considerando il divario nelle prestazioni pensionistiche tra uomini e donne, come possono le donne pianificare una pensione finanziariamente sicura?

Le dentiste devono diventare più consapevoli di alcune delle sfide che potrebbero affrontare, come le interruzioni di carriera. Le donne possono prendersi del tempo libero o ridurre l'orario di lavoro per occuparsi dei figli o dei parenti anziani, con conseguenti interruzioni della loro carriera professionale e con il passare del tempo la loro retribuzione potrebbe ridursi. In aggiunta le dentiste possono avere un debito studentesco più elevato a causa di fattori quali la maggiore durata del rimborso del prestito o il fatto di guadagnare meno durante la specializzazione e le fasi iniziali della carriera. Inoltre, le donne hanno generalmente risparmi pensionistici inferiori rispetto agli uo-

mini a causa dei salari più bassi nell'arco della vita, delle interruzioni di carriera e dell'allungamento dell'aspettativa di vita.

Le sfide possono comprendere la difficoltà nell'accesso ai finanziamenti per avviare o espandere le loro attività a causa di discriminazioni o pregiudizi da parte dei finanziatori. Infine, conciliare le esigenze professionali con le responsabilità familiari può essere particolarmente difficile per le dentiste, con un impatto sulla loro capacità di concentrarsi sulla pianificazione finanziaria e sull'accumulo di ricchezza.

Come immagina il pensionamento ideale per chi lavora nel settore odontoiatrico?

In qualità di consulente finanziario specializzato, mi è capitato spesso che le clienti donne che erano in procinto di andare in pensione mi chiedessero di consigliare loro libri che fornissero suggerimenti su come andare in pensione con successo. Non ne ho mai trovato uno che mi sembrasse in grado di offrire informazioni sufficientemente utili. Così, invece di consigliare libri di scarso valore, ho deciso che c'era un gran bisogno di scrivere una guida completa che aiutasse le persone a prepararsi mentalmente a godersi la pensione al massimo e vivere il periodo più bello della loro vita. Il mio libro non tratta di soldi. Si concentra sull'essere felici in pensione.

Tante dentiste di successo sono laboriose e ottime risparmiatrici. Hanno trascorso molti anni nel costruirsi un tesoretto. Sono eccezionali in questo. Tuttavia, esse non sono sicure di come pianificare l'attività sociale e le sfide che accompagnano un lungo periodo di assenza dal lavoro.

Mantenere relazioni è parte integrante nel fronteggiare la solitudine della vita in pensione. Qual è il suo consiglio per i dentisti che vanno in pensione senza un partner o i cui interessi sociali sono principalmente all'interno della comunità dentale?



Sviluppare una stretta rete o un gruppo di amicizie con amici e familiari è certamente importante, ma si può anche guardare all'esterno della comunità, a esempio a gruppi e organizzazioni di beneficenza, e scegliere di sostenere una causa particolare. Unirsi a tali gruppi può essere significativo e di grande aiuto.

Partecipare a vari gruppi sociali e impegnarsi in hobby o sport può essere impegnativo e potrebbe non sempre essere d'interesse, quindi è importante essere pazienti con se stessi. Bisogna riconoscere che gli interessi possono cambiare, per questo è utile esplorare una serie di attività e tenere a portata di mano alcune opzioni da provare.

Vuole aggiungere qualcos'altro?

Il mio libro copre molte delle idee discusse in questa intervista e fornisce numerosi altri esempi dettagliati, che fungono da cassa di risonanza e da guida per le numerose sfide che i professionisti dentali dovranno affrontare. La pensione non è come andare al campo estivo. Include alti e bassi, momenti divertenti e tristi, problemi di salute e tutta una serie di eventi della vita normale, ma può anche essere un momento molto appagante. Dedicate del tempo a voi stessi per darvi l'opportunità di farlo al meglio.

**Iveta Ramonaite**  
Dental Tribune International

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. © 2024 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 XX Numero 6, Giugno 2024

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

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  
F. Beier, P. Biancucci, D. Di Stefano, P. Gatto, A. Hall Hoppe, G. M. Nardi, F. Orlando, I. Ramonaite, A. Scalabrino.

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

GRAFICA - Tueor Servizi Srl  
GRAPHIC DESIGNER - Giulia Corea

STAMPA  
Vela Web S.r.l.  
Via Nicolò Copernico, 8  
20082 Binasco (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



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 duplicazioni, 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 erranee.

# Focus sui giovani dentisti al meeting CED di Atene: solo uno su dieci vuole aprire lo studio

Crescono non solo in Italia, ma in tutta Europa le difficoltà dei giovani odontoiatri nell'aprire uno studio dentistico. E se l'Olanda fosse il termometro del continente, come spesso è, dei neolaureati, solo uno su dieci è intenzionato a lavorare in proprio.

I restanti nove partono metà convinti di volere/dovere dipendere da catene o società, e l'altra metà è di "agnostici", che rinviando la scelta imprenditoriale a quando avranno risorse per il grande salto. Sono i dati di scottante attualità che emergono dal meeting del Council of European Dentists tenutosi ad Atene nei giorni scorsi. Il collegio che fa da consulente per le politiche comunitarie alla Commissione di Bruxelles, guidato dal danese Freddie Sloth-Lisbjerg, e dove siedono i delegati delle 33 associazioni odontoiatriche di 31 stati membri in rappresentanza di 340 mila professionisti, è stato ospite dell'Associazione Ellenica guidata da Athanasios Devliotis. Per Associazione Italiana Odontoiatri, erano presenti i delegati Stefano Colasanto e Pierluigi Delogu. Tre i focus: le elezioni europee, sulle quali il CED ha rinnovato la disponibilità a collaborare tecnicamente e senza preclusioni con lo schieramento politico vincitore; la legislazione da scrivere (specie in tema di digitale ed intelligenza artificiale); e il destino dei giovani odontoiatri nell'era dell'avanzata dei grandi capitali.

«La relazione finale della Task Force on Internal Market si è soffermata soprattutto su un sondaggio dell'EDSA-European Dental Students' Association. Realizzata su tutte le università europee e aggiornata ad aprile di quest'anno, la ricerca ha dato risultati sorprendenti», dice Pierluigi Delogu, presidente AIO dal 2010 al 2016. «Nella maggior parte dei paesi i docenti non sono valutati dalla professione e, per coprire le materie specifiche, vi è carenza di insegnanti espressi dal mondo universitario. Inoltre, nei corsi di odontoiatria del Vecchio Continente in genere scarseggiano investimenti per una formazione clinica di alto livello. Troppe facoltà di odontoiatria, disseminate in varie sedi, portano ad un numero eccessivo di studenti. Causa limitate disponibilità, la formazione è teorica e poco pratica. Sono pochi i pazienti e gli spazi per la pratica clinica». Risultato: «A fronte del considerevole sforzo economico che lo attende, il giovane non si sente abbastanza competente né pronto, ed è scarsamente motivato a mettersi in proprio».

In questo panorama si innesta il sondaggio realizzato in Olanda, dove il governo mira a ridurre il corso di laurea da 6 a 5 anni. «Solo il 10% dei giovani vuole aprire lo studio, il 45% aspetta tempi migliori e il 45% è orientato a dipendere da società spesso di capitali», dice Stefano Colasanto. «Il timore di cimentarsi in una dimensione imprenditoriale riguarda in realtà tutti i settori produttivi, ma nel nostro si accentua. Il CED è sulle nostre posizioni, non vuole un'odontoiatria dei capitali ma un professionista che si rifaccia a valori

etici a tutela della salute del suo paziente. E sta progettando nelle facoltà, o subito dopo la laurea, un mentoring per spiegare ai giovani quale potrebbe essere il modello

elettivo di esercizio della professione a fronte delle attività svolte e delle discipline intraprese, così da contemporaneamente scelte deontologicamente valide e soddisfazione professionale.

L'Unione Europea, l'Italia e AIO non vogliono un'odontoiatria dove comandano i grossi investitori e i loro capitali».



AIO Da sinistra Stefano Colasanto e Pierluigi Delogu.

## XCN<sup>®</sup>

### 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](http://www.leone.it)

**Leone<sup>®</sup>**

# La qualità delle cure

Intervista al prof. Francesco Cairo, Presidente SIDP

Pagina 1

All'ultimo Congresso della SIDP avevate parlato, oltre che delle cose specifiche, della qualità delle cure. In riferimento ai low cost, al turismo odontoiatrico etc. Qual è la vostra visione in merito?

*Siamo assolutamente coscienti del contesto in cui giustamente le persone guardano alla spesa come una legittima esigenza, in cui sicuramente molte famiglie hanno dei problemi economici. Pertanto l'idea è che quando si viene sottoposti alle cure odontoiatriche, la qualità di queste cure, di queste terapie, non debba essere mai secondaria. Perciò il nostro pensiero è di supportare il fatto che un processo di terapia, che si basa sulla logica delle cose, sia di qualità e rispettoso delle esigenze del paziente, di tutti i pazienti, a prescindere dalla loro situazione economica legittima. Abbiamo cercato di portare al centro dell'attenzione la qualità nel fare bene le cose giuste e questa è stata l'idea di fondo del congresso, cioè di privilegiare delle terapie che abbiano delle solide fondamenta e che funzionano veramente molto bene nel lungo termine, se la ricetta della terapia è applicata in maniera corretta, il che significa anche che se un paziente ha pochissime possibilità di spesa, ma si sottopone ruttinariamente a delle ottime sedute di igiene orale, potrà mantenere i denti nel lungo termine.*

*Così come un paziente che invece ha più possibilità economiche, che può mettere un impianto o sostituire un dente mancante, deve aver la possibilità di avere degli standard di cura minimi per poter fare un impianto dentale di ottima qualità, quali ad esempio la qualità dei biomateriali, il controllo dell'infezione, la qualità della protesi etc. Tutto ciò secondo la Società che mi onoro di presiedere, la quale ritiene oggi i concetti di qualità al centro del processo di terapia moderna e assolutamente inscindibili.*

La malattia parodontale è una malattia subdola. Ci sono molti pazienti che non sanno neanche di averla. Il dentista curante dovrebbe essere in grado d'intercettare questa patologia. Lei parla di questioni economiche. Se la malattia viene intercettata e si possono eseguire tutte le cure preventive del caso va bene, ma chi ha veramente bisogno di trattare una malattia che è inguaribile ma che si può curare per mantenere i denti per tutta la vita e viene mandato dal professor Caio o dal prof. Zucchelli, a questo punto servono i soldi. Quindi come si può conciliare la qualità o l'alta qualità con la capacità di spesa del cittadino italiano?

*La risposta a questa domanda è nella diagnosi precoce. La parodontite colpisce in Italia il 60% delle persone e quello che lei oggi vede come un caso grave di parodontite, cioè di una persona che sta per perdere i denti, quindi uno Stadio 3, Stadio 4, o che ha perso già dei denti, come lo chiamiamo noi Stadio 3, Stadio 4, era 3, 4, 5 anni fa uno Stadio 1, uno Stadio 2, cioè una parodontite iniziale.*

*Il vero problema è questo, che fare diagnosi precocissima della parodontite implica delle cure molto semplici che si basano in gran parte poco più sull'igiene orale e di bassissimo costo. Questa è la vera battaglia da fare. La battaglia da fare non è sostenere chirurgie super sofisticate e raffinate ma è condividere con più dentisti possibili l'importanza della diagnosi precoce delle parodontite.*

Io ho sempre sostenuto che ogni dentista dovrebbe essere anche un po' parodontologo. Cioè il dentista comune che vede tanta gente deve fare da sentinella anche alla malattia parodontale iniziale. Questo lavoro sui colleghi viene fatto dalla SIDP?

*In questo momento la nostra Società è impegnata con un bellissimo progetto che si chiama progetto CaO-SIDP sulla diffusione e divulgazione delle linee guida. Noi crediamo così tanto nel ruolo dell'odontoiatra generalista che è una definizione un po' fumosa ma secondo me bellissima, cioè di un medico odontoiatra che si occupa delle cure di tutte le patologie del cavo orale.*

*Crediamo moltissimo che l'odontoiatra generalista debba, anche per un obbligo medico legale e per un discorso etico, identificare appunto tutti gli stadi di malattia ed essere in grado di curarli, per esempio col supporto precoce degli igienisti. Quindi la visione della SIDP, se così si può dire, è che essendo una malattia così diffusa non solo nel nostro Paese, ma in tutti i Paesi occidentali, tutto l'esercito di dentisti debba essere assolutamente pronto a curare la parodontite, soprattutto nelle forme diciamo meno complesse, e quindi dare una risposta proattiva alla popolazione. In chiavi di costi, io amo sempre dire ai miei pazienti, per esempio anche nel pubblico, nell'università dove lavoro, che i costi che si devono affrontare per trattare una parodontite sono di gran lunga minori rispetto ai costi della sostituzione con un impianto. Quindi è assolutamente una terapia che ha un rapporto costo beneficio drammaticamente a favore del salvare i denti.*

Le faccio i miei complimenti di cuore. Come presidente della SIDP penso che possa portare avanti questa che possiamo defi-

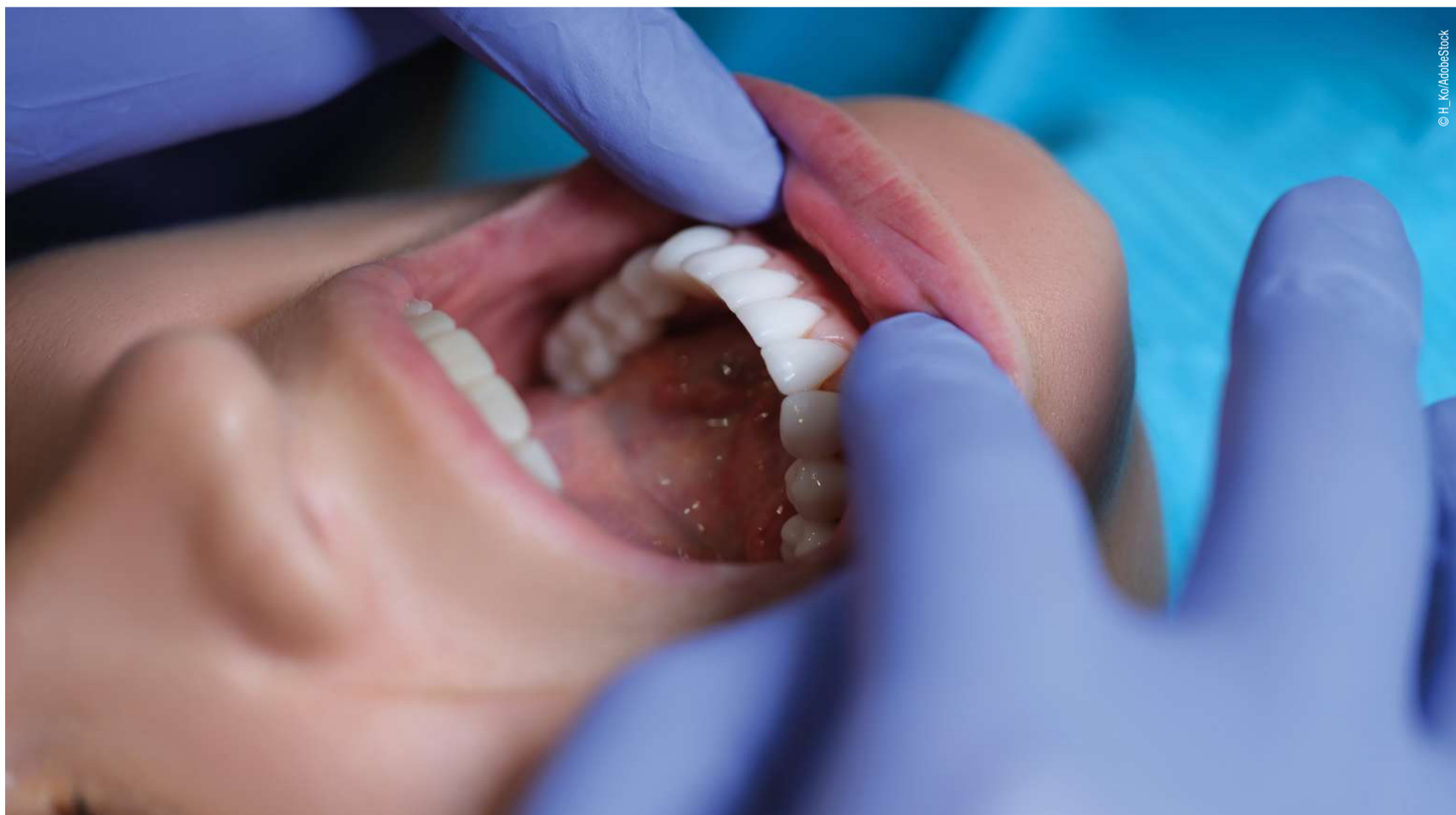


nire una sorta di "parodontologia sociale". Per sociale intendo la divulgazione e fare acquisire le competenze ai generalisti per intercettare la malattia parodontale, ritornando pertanto al solito discorso della prevenzione.

*Assolutamente, d'accordissimo. Secondo me la mission principale che abbiamo in questo momento. Quello a cui cerchiamo di lavorare ogni giorno. L'Italia è un Paese fortunato perché probabilmente è la culla della parodontologia clinica e in questi anni, insieme a grandissimi professionisti del mondo della libera professione, devo dire le università, i nostri atenei, sono cresciuti in maniera strepitosa. Ci sono università incredibili che fanno della formazione ad altissimo livello, che fanno ricerca ad altissimo livello.*

*Io sono molto orgoglioso di questo. Quindi i pazienti hanno comunque modo di trovare anche in condizioni economiche più difficili un riferimento pubblico per trovare una risposta ai loro problemi.*

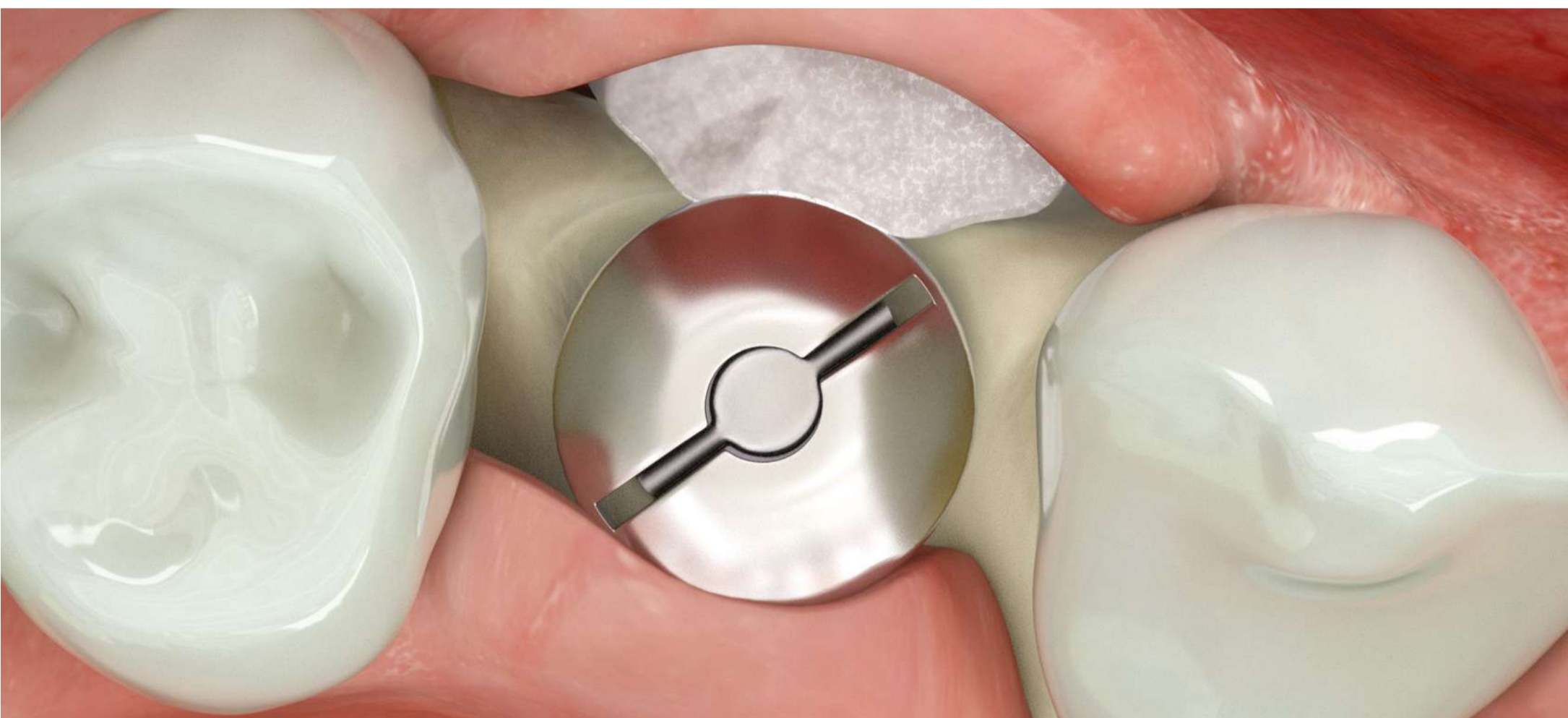
Patrizia Bianucci





# OsteoBiol® Derma

MATRICE DERMICA SUINA COLLAGENATA  
*origine naturale eterologa*



## Evidenza clinica:

- Rigenerazione tissutale orizzontale attorno agli impianti<sup>(1,2)</sup>
- Alternativa all'innesto di connettivo autologo<sup>(3)</sup> per migliorare la qualità del tessuto cheratinizzato<sup>(4)</sup>
- Protezione prolungata dell'innesto sottostante nelle procedure di socket preservation, anche con guarigione per seconda intenzione<sup>(5)</sup>



- (1) Fischer KR et al. Clin Implant Dent Relat Res, 2019 Oct;21(5):923-930  
(2) Verardi S et al. J Periodontol, 2020 Aug;91(8):1011-1017  
(3) Fickl S et al. Clin Oral Implants Res, 2015 Jul;26(7):799-805  
(4) Fischer KR et al. Quintessence Int, 2014 Nov-Dec;45(10):853-60  
(5) Tallarico M et al. Eur J Oral Implantol, 2016;9(3):263-275

# Odontoiatria tra nuove tecnologie e vecchi concetti

Antonio Scalabrino, dentista, nutrizionista, posturologo in Torino

Se penso al mio percorso di Medico Odontoiatra non posso che tornare indietro di quarant'anni e tuffarmi in un passato che per alcuni versi sembra medioevale. Lo studio dentistico del mio primo maestro (1976 dott. Leopoldo Vetere) era formato da una poltrona tipo barbiere, un servomobile con dentro un set di pinze e leve per estrazioni, una scodella per impastare l'alginato, un trapano a corda (Doriò) e una luce fiocha per guardare in bocca i pazienti.

"Apra la bocca, chiuda... per metterle la bocca a posto ci vuole..." frase tipica dopo una sommaria visita e un preventivo fatto solitamente su di un foglio di ricettario.

Le targhe di colleghi, anche famosi, postulavano trapano indolore (la turbina), protesi fisse e mobili, rx e cure conservative, ortodonzia.

Le otturazioni sugli incisivi venivano eseguite con ritenzioni a coda

di rondine per evitare che si staccassero e il materiale usato era un composito francese di nome Merdon (*nome nomen*). Non esistevano sistemi di adesione, bonding mordenzante e nè lampade per polimerizzare. L'endodonzia era una branca medica, eugenolo, cresolo, sandracca, antipulpitico, devitalizzante 3-8-15 giorni a secondo della tossicità. La parodontologia non esisteva, i colleghi più esperti parlavano di "paradentologia" e la sonda parodontale era sconosciuta. Le pinze estrattive la facevano da padrone, teoria della malattia focale...via il dente via il dolore. La quasi totalità dei manufatti protesici era mobile, parziale o totale, quelle fisse erano per pochi super specialisti e pochi laboratori odontotecnici disponevano di un forno per ceramica. L'implantologia era una branca mal vista in ambito scientifico e universitario ed era riser-

vata a pochi pionieri sognatori che "inventavano" il loro impianto con tanto di nome del professionista. Tutto obsoleto e da buttare? Dopo quarantacinque anni direi di no; chi come il sottoscritto, frequentava, sotto consiglio del mio maestro, laboratori odontotecnici per capire le difficoltà di lavorazione e di esecuzione dei manufatti protesici, avendo magari la fortuna, come per l'appunto il sottoscritto, di frequentare Signori della protesi (il dott. Carpinieri di Torino) si capiva che la strada sarebbe stata lunga e che nessun frutto sarebbe maturato in un'ora; la precisione dei bordi di preparazione (Fig. 1), l'accurata presa delle impronte (anelli di rame e pasta di Kerr o idrocolloidi). Se osservavi un ponte, una corona o un intarsio in oro veniva immediatamente all'occhio l'accuratezza del clinico e dell'odontotecnico (oppure no), in altre parole era un

opera d'arte firmata come un quadro d'autore (Fig. 2, 3). Io personalmente mi recai in California in quel di Pasadena (Los Angeles) dal prof. Contino e frequentai il suo studio per molti anni, portai con me il mio odontotecnico (sig. Cristiano Vallero) e negli anni costruimmo un team alla ricerca della precisione e della biocompatibilità dei manufatti protesici. Nel gruppo di studi del GAO del prof. Ceria (TO) si confrontavano i vari manufatti e la precisione dei bordi protesici la faceva da padrone e noi giovani cultori disquisivamo quale tipo di preparazione fosse la migliore (spalla, bisello, chanfer, spalla con bisello).

Oggi l'avvento della tecnologia (CAD/CAM, fresatori, stampanti 3D) se da una parte ha velocizzato e per-

fezionato sistemi di produzione che sono passati da artigianali a industriali, dall'altra ha appiattito il risultato finale, le corone sono tutte uguali, senza "anima", per analogia una buona percentuale di queste corone assomigliano a delle pentole riempite e cementate con della resina! Pensiamo che la "macchina" sia migliore dell'uomo, che l'odontotecnico non serva più... tanto abbiamo la stampante, il fresatore che fa tutto! Io penso e sostengo che la tecnologia va benissimo, ma l'intuito umano e il nostro sapere dovranno sempre fare la differenza, nessuna macchina è e sarà in grado di fare diagnosi e terapia, nemmeno l'AI, ovvero l'intelligenza artificiale.

Adv

09-2021

WE LOVE WHAT WE DO.

## TURBO SMART HP ALTE PRESTAZIONI

UTILIZZANDO SOLO LA POTENZA RICHIESTA!

Turbo Smart HP è il nostro NUOVISSIMO sistema di aspirazione ad alta efficienza. Grazie al nuovo profilo brevettato delle giranti dei due Uni Jet 75 che lo caratterizzano, Turbo Smart HP raggiunge prestazioni eccezionali che lo rendono perfetto in qualsiasi condizione di lavoro. E' in grado di fornire un flusso elevato d'aria così da migliorare la visibilità e ridurre il rischio di contaminazione crociata ed i 340 mbar di vuoto massimo lo rendono in grado di affrontare le situazioni più impegnative.

Ha le stesse caratteristiche dei nostri sistemi Turbo Smart e Turbo Smart 2V, inclusi:

- Livello di vuoto programmabile, in modo che il vuoto viene regolato automaticamente in base alle esigenze e risponde a qualsiasi variazione di utilizzo richiesta.
- Separatore di amalgama integrato.
- Display digitale multifunzione che informa l'utilizzatore riguardo il livello di vuoto, la temperatura, la necessità di manutenzione, la separazione dell'amalgama, la diagnosi dei guasti e la programmazione.

Turbo Smart HP permette la connessione in modalità wireless consentendo ai professionisti di controllare e regolare l'aspirazione senza lasciare lo studio. Turbo Smart HP rappresenta l'alternativa ideale a qualsiasi sistema ad anello liquido.

Separazione amalgama al 98,1% certificata TÜV.



**COSTIAMO MENO DEGLI ULTIMI E SIAMO TRA I PRIMI DEL MONDO! ECCO PERCHÉ:**

**Facciamo ricerca:** questo ci permette di avere a nostra disposizione tecnologie di ultima generazione.

**Aumentiamo le prestazioni:** le tecnologie informatiche ed elettroniche aumentano le prestazioni e la sicurezza delle nostre macchine.

**Riduciamo i costi:** meno costi di manutenzione meno spese di energia: nel rapporto costi benefici siamo sempre i più convenienti.

**Riduciamo l'impatto ambientale:** risparmiamo il 50% di materie prime, facciamo risparmiare a voi dal 30% al 50% di energia elettrica.

**HOW IS IT WE LEAD IN OUR FIELD, WHEN WE COST LESS THAN THE ALTERNATIVES? THIS IS HOW:**

**Constant research:** this enables us to apply the latest technology to all of our products and solutions.

**We enhance performance:** electronic and information technology enable us to enhance the performance and reliability of our products.

**We reduce costs:** less maintenance and lower energy costs mean that we are always the most economical on a cost-benefit analysis.

**We reduce environmental impact:** we save 50% on raw materials, and allow you to save between 30% and 50% on electrical consumption.





# Figli d'Arte



A cura di

Gianna Maria Nardi



Prof. Farronato Davide (DDs, PhD, PD, AP)

Laureato in Odontoiatria con il massimo dei voti e lode a Milano, è dottorato di ricerca in "Tecniche Innovative in Implantologia Orale e Riabilitazione Implantare Protetica" e specializzato in chirurgia orale con lode sotto la guida del prof. Maiorana. Membro attivo della IAO (Accademia Italiana di Osteointegrazione), del MINEC (MegaGen International Network of Education and Clinical Research), socio fondatore della SISCOO (Società Italiana Specialisti in Chirurgia Orale). È professore associato presso l'Università dell'Insubria, Italia, presidente del corso di laurea in Igiene Dentale e direttore del centro di ricerca ITEB (Centro di Tecnologie Innovative e Biomateriali Ingegnerizzati). È progettista di impianti per molteplici aziende e il suo lavoro scientifico principale è finalizzato alla comprensione delle variabili che influenzano la stabilità dei tessuti perimplantari nel lungo termine.

La rubrica Figli d'Arte nasce con l'intento di mostrare i percorsi professionali seguiti dai "figli" di prestigiosi professionisti, donne e uomini di scienza, che hanno dedicato la loro vita alla professione, all'approccio clinico e/o all'insegnamento della medicina odontoiatrica. In questo numero editoriale abbiamo intervistato il prof. Davide Farronato, figlio del prof. Giampietro Farronato, professore di prima fascia dal 1997 al 2001 presso Università degli Studi di Bari e dal 2001 al 2022 presso l'Università degli Studi di Milano; direttore del dipartimento di Odontoiatria e Chirurgia dal 1998 al 2001 presso l'Università degli Studi di Milano; presidente del Corso di Laurea in Igiene Dentale (CLID) dal 2002 al 2014 presso Università degli Studi di Milano; presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dal 2014 al 2017 presso l'Università degli Studi di Milano; direttore della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia dal 2008 al 2014 e dal 2017 al 2020 presso l'Università degli Studi di Milano; presidente della Società Italiana di Ortodonzia (SIDO) nel 2015; presidente incaricato dell'Organizzazione del Congresso Nazionale Docenti Universitari di Discipline Odontostomatologiche nell'anno 2020 e 2021; in quiescenza per raggiunti limiti di età dal 2022.

Ricordo ancora, terzo anno di Corso di Laurea, beato anonimo tra anonimi, primo giorno del corso di Ortodonzia. Era ancora il periodo dei ricorsi e l'aula era piuttosto affollata. Tra molti avevo legato con un gruppetto, brave persone, capaci a studiare e a divertirsi in modo semplice, stavo proprio bene. Ecco che entra mio papà, si presenta con un sorriso pacifico e mezza classe gira il capo verso la zona anteriore destra dell'aula, ecco fatto! Fine della pacchia. Non avevo mai parlato della mia famiglia, generazioni di dentisti tra genitori, zii, cugini e parenti ancor più lontani. Fin da piccolo sono cresciuto tra il profumo dell'eugenolo e il ronzio delle turbine, giocando a bagnare le assistenti con la pistola d'acqua e modellando palline rimbalzanti con i siliconi profumati. Era un ambiente familiare, nulla di strano per me. Non ho sempre desiderato fare l'Odontoiatra, forse perché ogni zia, con un buffetto sulla guancia, ostentava simpatia nel predire una carriera nel campo odontoiatrico. Solo più avanti ho capito che mi piaceva, dai primi laboratori, dai primi pazienti, e tantissimo anche. Fino ad allora mi

sono semplicemente fidato dei consigli dei miei genitori e del mio istinto. Odontoiatria contemplava tutti gli aspetti che mi attraevano: micro-chirurgia, ingegneria e psicologia. Tutti in uno, perfetto!

Ma in quel terzo anno molte cose sono cambiate per sempre, come se si generassero due fazioni, una ostica, l'altra guardinga, meno delle persone contate da una mano, tra un centinaio, rimanevano semplicemente spontanee con me, indipendente dal mio cognome. Era importante legare coi compagni, oltre a esplorare una dimensione sociale gratificante vi era un preziosissimo scambio di appunti, di sbobinature e gruppi di studio. Da allora ho imparato a mantenere profili anonimi e a non prendermela per coloro che si immaginavano che essere "figlio di" significasse avere solo porte aperte e nessuna difficoltà. Dovevo addirittura sostenere gli esami due volte, la seconda in modo più o meno esplicito poiché i miei compagni bramavano la dimostrazione che i voti fossero commisurati. Beh, questo mi ha fatto reagire positivamente e ha promosso un senso competitivo e di fair-

play. Progressivamente scoprivo sempre più che le materie cliniche mi affascinavano e studiare ciò che piace mette di certo una marcia in più.

Mi sono laureato col massimo dei voti, sudando come tutti, e probabilmente anche più per il fatto che rimanevo elemento di attenzione speciale da parte dei colleghi studenti, soprattutto da coloro che poco mi conoscevano.

L'inizio in studio è stato stupendo, ancora oggi ricordo i miei primi pazienti, cosa ho fatto e cosa ci siamo detti... nel tempo le memorie perdono di luminosità e sedimentano un bistrotto emozionale, ma i primi, quelli no, quelli rimangono ancorati a fatti nitidi e miliari.

La nuova sfida era decidere in cosa specializzarmi: una comoda strada in Ortognatodonzia, col maestro in casa ma con un'insuperabile concorrenza, o altro, che mi definisse in modo più distintivo e indipendente, verso aspetti odontoiatrici non familiari? Per chi mi conosce, sa che non adoro le strade in discesa, e poi ero molto attratto dalla chirurgia implantare. Ero cosciente che in studio il co-

re-business fosse la materia di mio padre, e che la strada sarebbe stata in salita, ma ero troppo attratto dall'idea di potermi svincolare gnoseologicamente da una comfort-zone, o, semplicemente, mi piaceva di più.

Di lì in poi, la più grande fortuna, è stata quella di trovare un maestro, esigentissimo, preparatissimo, severo, finalmente noncurante del mio cognome. Ero entrato in un reparto fantastico, vigeva un regime militarizzato tra generale, comandante, tenenti e sottotenenti. Io, matricola, ho apprezzato il lavoro duro e le continue sfide. Tosto lo è stato di certo, ma ho assorbito attivamente e entropicamente la professione, l'arte, la tecnica e la scienza: in ogni secondo di quei dieci anni, in un reparto guidato magistralmente, con colleghi da cui potevi solo che imparare. Finalmente ero semplicemente Davide. Di lì in poi, con la guida di maestri e forte dei preziosissimi consigli di mio papà, ho avuto la fantastica opportunità, per fatto, di iniziare a costruire individualmente il mio profilo, distinguendomi nell'altro Farronato. In un ambiente, soprattutto all'estero, dove nessuno conosceva il mio cognome, né le mie origini.

Per molti essere "figlio di" equivale al secondo film di uno di grande successo, spesso scadente e privo di originalità. Personalmente l'ho trovato complesso: tra pregiudizi e assunti, rimani un diverso. Ma esiste anche un lato fondamentale: l'ispirazione! Mi sono addormentato lungo tutta la mia infanzia sentendo i ticchettii delle diapositive, che di notte mio papà ordinava sui carousel, per preparare lezioni e conferenze. C'era sempre qualche foglio con disegnata una cefalometria da qualche parte per casa e quell'ambiente, lo studio, era un ambiente semplicemente domestico, dove una professione così familiare, mi ha fatto innamorare. Ne è un po' gelosa mia moglie, ma le sono grato, poiché mi incoraggia lo stesso e mi supporta negli impegni, spesso gravosi.

Il più grande valore di esse "figlio di" è di avere affianco qualcuno che ti vede, ti comprende, ti guida e ti trasmette l'amore della professione. La mia più grande soddisfazione? In giro per l'Italia mi chiedono sempre se sono il figlio di Farronato Giampietro. Adesso, quando mio papà relaziona all'estero, gli chiedono se è il papà di Farronato Davide, e lui risponde orgoglioso, sì! Grazie Papà.



Da sinistra: Davide Farronato e Giampietro Farronato.

## La cura della malattia parodontale riduce le recidive di fibrillazione atriale

HIGASHIHIROSHIMA, Giappone: Sebbene la parodontite non sia attualmente considerata un fattore di rischio modificabile per la fibrillazione atriale (FA), un recente studio ha esaminato se il trattamento parodontale possa migliorare i risultati dell'ablazione cardiaca, una procedura minimamente invasiva per correggere la FA. Lo studio ha rilevato che il trattamento della malattia parodontale pochi mesi dopo l'intervento può ridurre l'infiammazione orale e la ricorrenza di questo ritmo cardiaco irregolare e spesso rapido nei pazienti. Lo studio è tra i primi a indagare il potenziale impatto del trattamento della malattia parodontale sulla FA.

La fibrillazione atriale colpisce il cuore e provoca un battito irregolare, aumentando così il rischio di ictus, insufficienza cardiaca e persino di morte. Secondo i dati dell'American Heart Association, negli Stati Uniti oltre 12 milioni di persone soffriranno di fibrillazione atriale entro il 2030. Ancora più diffusa della fibrillazione atriale è la malattia parodontale. Secondo i Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie, circa la metà degli adulti americani di età pari o superiore ai 30 anni presenta una qualche forma di malattia parodontale e l'incidenza aumenta con l'età. Pertanto, i ricercatori hanno cercato di verificare se il miglioramento dello stato orale dei pazienti potesse migliorare l'esito dell'ablazione cardiaca.

Lo studio è stato condotto dal 1° aprile 2020 al 31 luglio 2022 e ha incluso 288 adulti con fibrillazione atriale per i quali era prevista l'ablazione cardiaca, procedura che utilizza energia a radiofrequenza per distruggere il tessuto cardiaco che causa la fibrillazione atriale. Tutti i partecipanti sono stati visitati da un dentista prima di sottoporsi all'ablazione cardiaca per la fibrillazione atriale e 97 pazienti hanno ricevuto anche un trattamento per l'infiammazione parodontale.

I ricercatori hanno seguito i pazienti da 8,5 mesi a due anni dopo la procedura di ablazione e hanno scoperto che la fibrillazione atriale si è ripresentata nel 24% dei partecipanti durante tutto il periodo. Inoltre, hanno scoperto che i pazienti con infiammazione parodontale grave che avevano ricevuto un trattamento parodontale dopo l'ablazione cardiaca avevano il 61% in meno di probabilità di avere una recidiva di fibrillazione atriale rispetto ai pazienti che non avevano ricevuto il trattamento parodontale.

«Una corretta gestione della malattia parodontale sembra migliorare la prognosi della fibrillazione atriale e molte persone in tutto il mondo potrebbero trarne beneficio», ha dichiarato in un comunicato stampa l'autore principale, il dott. Shunsuke Miyauchi, professore assistente presso il Dipartimento di Medicina Cardiovascolare dell'Health Service Center dell'Università di Hiroshima in Giappone.

Lo studio ha anche riportato che i soggetti che hanno avuto una recidiva di fibrillazione atriale presentavano una malattia parodontale più grave rispetto a quelli senza recidive.

«Sebbene i principali risultati fossero coerenti con le nostre aspettative, siamo rimasti sorpresi dall'utilità dell'indice PISA, nella pratica clinica cardiovascolare», ha osservato il dott. Miyauchi. Lo studio ha rilevato che un elevato PISA, ovvero la somma di tutte le aree sanguinanti negli epiteli delle tasche parodontali, prediceva la recidiva di FA dopo l'ablazione cardiaca.

«Stiamo ora lavorando a ulteriori ricerche per svelare il meccanismo alla base della relazione tra malattie gengivali e fibrillazione atriale», ha aggiunto.

Lo studio, intitolato "Periodontal treatment during the blanking period improves the outcome of atrial fibrillation ablation", è stato pubblicato online il 16 aprile 2024 sul *Journal of the American Heart Association*.

Dental Tribune International

## “I chirurghi orali hanno un ruolo importante nell'identificare i pazienti a rischio OSA”

Combinando la sua esperienza in chirurgia orale e maxillo-facciale con la medicina del sonno, la presentazione della dott.ssa Mei Hui Tan all'IDEM 2024 ha offerto ai medici la possibilità di comprendere meglio i segni e i sintomi dell'apnea ostruttiva del sonno (OSA) e gli strumenti per identificare le opzioni di trattamento appropriate. Prima della sua presentazione, Dental Tribune International ha parlato con la dott.ssa Tan, la quale ricopre importanti incarichi, consulenze e docenze presso alcune delle più importanti istituzioni di Singapore.

Dott.ssa Tan, con il suo ampio background in chirurgia orale e maxillo-facciale e il suo attuale ruolo di consulente e direttore di organizzazioni mediche e accademiche, come integra la sua esperienza in chirurgia ortognatica ed estetica facciale nella gestione e nel trattamento dell'OSA?

Uno dei principali fattori di rischio per l'OSA è la restrizione cranio-facciale. Per i pazienti affetti da OSA con restrizioni cranio-facciali, la chirurgia di avanzamento maxillo-mandibolare (MMA) sarebbe in grado di correggere la causa di fondo dell'OSA, gestendo così con successo l'OSA per migliorare la qualità del sonno e della vita. Con un'attenta considerazione delle caratteristiche facciali del paziente e delle conoscenze delle varie tecniche osteotomiche disponibili in chirurgia ortognatica, sono in grado di personalizzare l'intervento di MMA per i pazienti affetti da OSA, al fine di ottimizzare il successo del trattamento e ottenere un aspetto facciale equilibrato per il paziente.

Dato il basso livello di consapevolezza e conoscenza dell'OSA tra la popolazione generale di Singapore,

quali strategie ritiene che i chirurghi dentali debbano adottare per migliorare l'identificazione precoce e l'invio di casi sospetti di OSA?

I chirurghi orali hanno un ruolo importante nell'identificazione dei pazienti a rischio di OSA, in quanto sono addestrati nella valutazione delle restrizioni cranio-facciali, che sono uno dei principali fattori di rischio per l'OSA. Inoltre, i chirurghi dentali sono in grado di identificare caratteristiche intra-orali come il palato stretto e arcuato e il grande torus mandibularis, nonché il bruxismo, che sono spesso associati all'OSA. Quando i pazienti presentano tali caratteristiche, l'odontoiatra dovrebbe somministrare il questionario STOP-BANG e sottoporre i pazienti a rischio moderato o grave a uno studio del sonno.

Nella sua presentazione ha illustrato le varie opzioni di trattamento per l'OSA, che vanno dai trattamenti conservativi agli interventi chirurgici. Potrebbe condividere una o due di queste opzioni terapeutiche su misura?

La pressione positiva continua delle vie aeree (CPAP) rimane il gold

standard per l'OSA grazie alla sua elevata efficacia; tuttavia, prevede un dispositivo che deve essere usato per tutta la vita e molti pazienti non sono in grado di tollerarla questa terapia. Per i pazienti che preferiscono un trattamento conservativo alternativo, i dispositivi di avanzamento mandibolare rimangono l'opzione migliore dopo la CPAP. I pazienti più giovani che non vogliono usare la CPAP per decenni possono cercare alternative chirurgiche per gestire l'OSA.

Per i pazienti che presentano restrizioni cranio-facciali che contribuiscono all'OSA, la chirurgia MMA è un trattamento appropriato, poiché la correzione della struttura scheletrica aiuta a far avanzare il tessuto faringeo e la lingua, migliorando così lo spazio delle vie aeree posteriori. Ogni paziente presenta fattori di rischio diversi per l'OSA e l'esame clinico, insieme all'endoscopia nasale, aiuterà a identificare le cause dell'ostruzione. In definitiva, dobbiamo prendere in considerazione le preferenze di ciascun paziente e assicurarci che vengano eseguiti test del sonno di follow-up per garantire il successo del trattamento.



Con i progressi negli studi del sonno e negli strumenti diagnostici, come vede svilupparsi il futuro della gestione dell'OSA, in particolare nel contesto della chirurgia orale e maxillo-facciale, e quale ruolo immagina che i professionisti del settore odontoiatrico giochino in questo panorama in evoluzione?

Con un numero sempre maggiore di studi del sonno a domicilio disponibili sul mercato e con la crescente precisione dei dispositivi, ci sarà una migliore diagnosi e quindi un trattamento più precoce per i pazienti con OSA. Stiamo già iniziando a osservare un numero maggiore di ventenni a cui viene diagnosticata l'OSA. I professionisti del settore dentale continueranno a svolgere un ruolo importante nella diagnosi e nell'indirizzare in modo appropriato i pazienti al trattamento. Coloro che sono interessati alla medicina del

sonno possono formarsi per dotarsi delle conoscenze e delle competenze necessarie per gestire i pazienti affetti da OSA. L'OSA sta spingendo un numero sempre maggiore di pazienti a richiedere un intervento chirurgico correttivo di MMA scheletrica e i chirurghi orali e maxillo-facciali svolgeranno un ruolo chiave nel fornire una valida alternativa chirurgica ai pazienti.

Desidera aggiungere altro?

Un buon sonno è un aspetto molto importante della salute e spero che, con una maggiore consapevolezza dell'OSA, i pazienti vengano diagnosticati e trattati precocemente per ridurre i rischi di comorbidità mediche e l'onere complessivo della salute nella nostra popolazione.

Anisha Hall Hoppe  
Dental Tribune International



# COSMETIC & ENDO TRIBUNE

The World's Cosmetic & Endodontic Newspaper 

GIUGNO 2024

www.dental-tribune.com

ANNO 6, N. 1

Adv

SISTEMA PROFESSIONALE  
PER LO SBIANCAMENTO DEI DENTI

## BRILLIANT Lumina

Natural  
Bright Smile



**BRILLIANT Lumina**  
Una soluzione innovativa per lo sbiancamento dentale in studio

**H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>** in passato! | **PAP** Il futuro dello sbiancamento dentale professionale

- ▶ Formula senza perossido di idrogeno e perossido di carbammide.
- ▶ Principio attivo PAP (acido ftalimidoperoisocaproico). La sua formulazione unica permette di mantenere la concentrazione di PAP abbastanza alta da ottenere un sorriso naturalmente più bianco.
- ▶ Pazienti soddisfatti: nessuna sensibilità dei denti durante o dopo il trattamento.
- ▶ Delicato sui tessuti duri dentali - gli esami delle superfici dentali dimostrano che BRILLIANT Lumina non erode la struttura dentale.
- ▶ Protocollo di trattamento semplice.

**Lumina Basic Kit**  
Cod. 65002864  
4 x Vasetti di Gel da 2ml  
1 x Flaconcino di liquido attivatore da 5ml  
1 x Brochure Informativa paziente



www.coltene.com

**COLTENE**

## Clinica e ricerca in endodonzia

Intervista al prof. Gianluca Gambarini  
presidente eletto della European Society  
of Endodontology



Durante il congresso Regionale AIO Sicilia a Catania, abbiamo avuto il piacere di ascoltare la relazione del professor Gianluca Gambarini. Tutti lo conosciamo, un relatore internazionale, 443 pubblicazioni in questo momento, professore ordinario alla Sapienza, ma mantiene ancora con orgoglio anche lo studio professionale di esclusiva endodonzia.

Quale delle due passioni prevale, l'insegnamento o la professione clinica?

Direi che prevale l'insegnamento e la ricerca però la ricerca va fatta anche clinicamente con l'esperienza e questo si può fare ovviamente in ambiente ospedaliero ma anche in ambiente "privatistico" perché si ve-

dono pazienti con differenti necessità e situazioni, quindi si ha un quadro un po' più completo. In realtà penso che se si vuole migliorare la professione si deve migliorare sulla base di quelle che sono le esperienze cliniche. Un clinico ha un problema e allora cerca di risolverlo, cerca di tro-

vare una soluzione che può essere sia operativa ma anche di suggerimento per le ditte produttrici d'innovazione tecnologica, quindi secondo me il connubio clinica e innovazione è fondamentale.

Pagina 14

## Odontoiatria e medicina estetica: un connubio fortemente interconnesso

Intervista alla dott.ssa Paola Campagna

La dott.ssa Paola Campagna si è laureata a Catania in Odontoiatria nel 2015 e si è specializzata in Ortognatodonzia nel 2019. Ha conseguito anche il Master Europeo in Medicina estetica per Odontoiatri ed il Master di II livello in Odontoiatria del Sonno per la prevenzione e la terapia delle Apnee notturne. Oggi la possibilità per tutti gli odontoiatri di effettuare trattamenti estetici non chirurgici su tutto il viso, e non più solo nel terzo inferiore, così come disposto dal cosiddetto "Decreto Bollette" che è andato a modificare, giusto un anno fa, l'articolo 2 della legge 409 permettendo, quindi, allo stesso odontoiatra di proporre al paziente dei protocolli di medicina estetica applicabili su tutto il volto, è stato ed è, dati alla mano, un risultato molto importante per la categoria tutta. Questa modifica legislativa, arrivata dopo anni di battaglie da parte di Società scientifiche e Associazioni, ha certamente incentivato l'amore e la passione per la professione da parte della nuova generazione odontoiatrica che ha visto finalmente riconosciuto quanto era possibile, fino a quel momento fare, solo al laureato in medicina. Una bella espressione ed evidenza di come, con adeguata formazione specifica, una odontoiatra possa dimostrare manualità e conoscenza, meglio di chiunque altro, di quelle particolari zone anatomiche. Facendosi notare negli ultimi anni per competenza e professionalità è certamente Paola Campagna, siciliana, peraltro figlia d'arte di un noto chirurgo orale e implantologo, pratica la medicina estetica in odontoiatria con successo da alcuni anni. «Ho sempre desiderato, sin da piccola, lavorare nel campo medico e in particolare in quello odontoiatrico - spiega Paola Campagna - la passione è nata frequentando gli studi di famiglia. Dopo la laurea, l'interesse per i pazienti più giovani e per l'innovazione e la tecnologia mi hanno motivato e spinto verso la specializzazione in Ortognatodonzia che ho conseguito nei tre anni successivi ritenendo che questa branca potesse permettermi di poter contribuire a rendere perfetti ed armonici i sorrisi dei pazienti».

Pagina 12

## GBT SUMMIT WORLD TOUR



## IL GBT SUMMIT 2024 FA DOPPIA TAPPA A MILANO E ROMA!

- ▶ Interagisci con relatori di spicco
- ▶ Aumenta la profittabilità del tuo studio
- ▶ Trasforma il tuo approccio all'odontoiatria preventiva

UNISCITI A NOI PER  
UN'ESPERIENZA UNICA!

05 OTTOBRE 2024  
09:15 - 19:30  
NHOW MILANO

12 OTTOBRE 2024  
09:30 - 19:30  
CARDO ROMA



SCOPRI DI PIÙ

Adv