

Adv



## Ora-Aid

**Il primo cerotto intraorale suturabile**  
Biodegradabile | economico | adesivo | suturabile





Sopra la sutura resiste 6 ore    Sotto la sutura resiste 10 gg.    Guarda il video

Distributore: ROEN s.a.s. per informazioni info@roen.it o contattare il numero: 011.9682604

SPECIALE TECNOLOGIA E IA IN IGIENE ORALE

L'onnipresenza dell'IA e l'evoluzione delle nuove tecnologie ha portato con sé numerose trasformazioni in tutte le professioni sanitarie. In questo numero di Hygiene Tribune parleremo dei cambiamenti in atto nella professione dell'igienista dentale.

Pagina 7

Adv



**TePe**  Made in Sweden

**Bocca secca?**  
Abbiamo nuove proposte per i tuoi pazienti!

NOVITÀ

## Assicurazione per responsabilità professionale odontoiatrica

Nicola Di Gennaro

Il 1° marzo 2024, a distanza di quasi 7 anni dall'emanazione della legge Gelli-Bianco, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il relativo decreto attuativo "assicurativo" che, fra l'altro, indica i requisiti minimi delle polizze per le strutture e per gli esercenti le professioni sanitarie.



Pagina 4

### TRENDS

L'EFPP rivela l'incredibile costo globale di gengiviti, carie e perdita di denti 2

### GESTIONE DELLO STUDIO

Il consenso informato nelle cure odontoiatriche pediatriche 6

### NOTIZIE DALLE AZIENDE

20

### MEETING & CONGRESSI

22

## Dolori alla schiena e al collo in odontoiatria: una nuova realtà

Iveta Ramonaite



Timothy Caruso è un fisioterapista con oltre 30 anni di esperienza, specializzato in ortopedia ed ergonomia. In questa intervista con Dental Tribune International offre approfondimenti sul problema comune ma spesso trascurato del dolore cervicale e lombare tra i professionisti dentali. Si sofferma inoltre sull'impatto profondo che il dolore cronico può avere sulla vita personale e professionale dei dentisti, portando potenzialmente a un abbreviamento della carriera o addirittura a una disabilità, e discute alcune misure preventive che possono essere integrate nella pratica quotidiana senza sacrificare l'efficienza del lavoro.

Signor Caruso, può dirci quanto siano comuni i dolori alla schiena e al collo tra i dentisti? Quali fattori contribuiscono al dolore cervicale e lombare in odontoiatria?

A seconda della fonte di informazione, il range di prevalenza del dolore alla schiena e al collo è compreso tra il 50% e l'80%. I disturbi alla schiena e al collo sono ripartiti quasi equamente. Nell'ultimo anno, se-

condo un sondaggio condotto dall'American Dental Association (ADA), l'84% dei dentisti ha riferito dolore o disagio durante il lavoro. Il collo, la parte bassa e alta della schiena e le spalle sono stati indicati come i punti più comuni di disagio.

Pagina 6

## GESTIONE DEL PERCORSO CHIRURGICO IMPLANTARE NEI PAZIENTI CON MALATTIE SISTEMICHE

Marco MOZZATI

Federica RUSSO, Renato POL, Giuliana MUZIO

Il testo descrive il percorso di presa in carico del paziente con patologie sistemiche, dalle prime fasi di ragionamento clinico-teorico alle fasi di implementazione.

Lo scopo è di indirizzare il professionista verso la scelta del piano di trattamento implantoprotesico più appropriato, in modo da offrire un percorso terapeutico personalizzato, che riduca al minimo i rischi a esso correlati e che fornisca la maggiore predicibilità di successo.

**Acquista il libro e otterrai 50 crediti ECM con tre semplici step:**

- 1) leggi il libro;
- 2) accedi ai contenuti e al questionario online;
- 3) ottieni i crediti formativi.



**50  
ECM**

436 pagine  
1100 immagini a colori  
Prezzo: € 190



Scopri di più

**Per ordini e informazioni**  
Tueor Servizi Srl  
Tel. 011 311 06 75  
info@tueorservizi.it - shop.tueorservizi.it

# L'EFP rivela l'incredibile costo globale di gengiviti, carie e perdita di denti

BRUXELLES, Belgio: Un white paper commissionato dalla Federazione Europea di Parodontologia (EFP) ha rilevato che il 4,9% della spesa sanitaria globale è destinata al trattamento di gengiviti, carie e perdita di denti. L'autorevole rapporto della piattaforma Economist Impact ha rilevato come un approccio preventivo che affronti la progressione della carie nei gruppi economicamente più svantaggiati porterebbe a un sostanziale risparmio sui costi del trattamento nel lungo termine.

Il documento intitolato "Time to Put Your Money Where Your Mouth Is: Addressing Inequalities in Oral Health", riconosce come la prevalenza globale combinata della carie dentale e della parodontite grave abbia superato quella dei disturbi mentali, delle malattie cardiovascolari, del diabete, delle malattie respiratorie croniche e del cancro, colpendo circa la metà della popolazione mondiale. Il documento analizza le disparità nella salute orale, esplorando i fattori che vi contribuiscono ed evidenziando le potenziali opportunità per migliorare e uniformare i risultati.

La prof.ssa Nicola West, docente di odontoiatria restaurativa presso l'Università di Bristol e rappresentante dell'EFP per il Regno Unito, ha spiegato in occasione di un evento lanciato a Bruxelles che il documento adotta un nuovo approccio nell'affrontare le disuguaglianze sulla salute orale. Ha dichiarato: «Abbiamo preso il modello economico sulla parodontite dal nostro primo white paper e lo abbiamo combinato con il nostro modello economico sulla carie per fornire un rapporto integrato che esamini le disuguaglianze



L'ultimo white paper dell'EFP ha valutato i costi diretti della gestione della carie nella popolazione globale di età compresa tra i 12 e i 65 anni in 357 miliardi di dollari.

relative alla salute orale. Abbiamo esaminato le disuguaglianze, esaminando i fattori che contribuiscono a tale differente onere e abbiamo suggerito delle opportunità per il livellamento».

Il documento esamina i costi diretti della gestione della carie per gli individui di età compresa tra i 12 e i 65 anni in diversi Paesi e gruppi socio-economici. Il dott. Iain Chapple, membro del EFP e professore titolare della cattedra di parodontologia presso la Scuola di Odontoiatria dell'Università di Birmingham, ha spiegato: «Abbiamo preso in considerazione sei Paesi diversi, quattro Paesi europei con economie consolidate, il Brasile e l'Indonesia, in modo che, essenzialmente, ciò che l'Economist ha fornito è stato, se volete, un gruppo molto ampio e diversificato di paesi con differenti sistemi sanitari, dimensioni della popolazione, redditi pro capite, strutture, etc.».

Utilizzando un nuovo modello per valutare i costi diretti a lungo termine per la gestione della carie dentale nella popolazione mondiale di età compresa tra i 12 e i 65 anni, il documento ha stimato la spesa annuale per il trattamento a 357 miliardi di dollari (331 miliardi di euro), pari al 4,9% della spesa sanitaria globale. La perdita di produttività associata alla carie, alla parodontite grave e alla perdita di denti è stata stimata in 188 miliardi di dollari all'anno.

Il costo diretto del trattamento della carie dentale nelle persone di età compresa tra 12 e 65 anni varia da 10.284 miliardi di dollari in Italia a 36.231 miliardi di dollari in Brasile, una varianza attribuibile in parte alle differenze di dimensione della popolazione. Il Regno Unito sostiene i costi pro capite più elevati legati alla carie, con 22.910 dollari, mentre l'Indonesia ha riportato il più basso, con 7.414 dollari. Fatta eccezione per l'Indonesia e la Germania, dove i meno svantaggiati economicamente hanno sostenuto i costi più elevati legati alla carie, seguiti da vicino dai più svantaggiati, l'onere economico della carie colpisce prevalentemente i gruppi più svantaggiati in tutti gli altri Paesi esaminati.

In occasione dell'evento di lancio, il prof. Nigel Pitts del King's College di Londra ha spiegato che il rapporto propone due scenari per delineare le strategie preventive per le malattie orali. Il primo propone interventi mirati a lungo termine. «Si tratta di tutto ciò che si può fare per la prevenzione: a monte, a metà e a valle», ha detto il prof. Pitts. Ha aggiunto che il secondo scenario utilizza un approccio di livellamento verso l'alto o di universalismo proporzionato, in cui «si presta maggiore attenzione a coloro che hanno il peso maggiore». La modellizzazione ha rivelato che il primo scenario, che mira a ridurre i tassi di progressione della carie del 30%, potrebbe portare a una riduzione di circa 5.000 dollari per persona in merito ai costi di trattamento in quattro dei sei Paesi. «Ma se ora guardiamo all'approccio di livellamento verso l'alto, vedremo un quadro piuttosto diverso, con una drastica riduzione massima dei costi per persona per i

gruppi più svantaggiati», ha detto il Prof. Pitts, sottolineando che il risparmio per questi gruppi era particolarmente significativo, con circa 15.000 dollari a persona per il Regno Unito, l'Italia e la Francia. Ha affermato che le correlazioni tra questi Paesi e il Brasile e l'Indonesia sono difficili, ma l'unica caratteristica coerente in tutti i dati è che «per il gruppo più svantaggiato, il beneficio in termini di risparmio è tre volte maggiore rispetto al beneficio in termini di risparmio per il secondo gruppo più svantaggiato in tutti i Paesi». Quindi, l'approccio del livellamento verso l'alto sembra poter avere benefici economici molto significativi.

Riassumendo i messaggi chiave del rapporto, la prof.ssa West ha sottolineato che la diagnosi precoce della carie è fondamentale per il successo nell'attuazione dei programmi di prevenzione. Ha spiegato che l'indice DMFT dei denti cariati, mancanti o otturati, ampiamente utilizzato, presenta gravi limiti. «È facile da usare, è riproducibile, ma non rileva le carie precoci, bensì la cavitazione. I nostri esperti hanno suggerito di abbandonare il DMFT e di utilizzare altre misure efficaci per consentire una cura meno invasiva e più preventiva».

Il passaggio a un modello preventivo richiederebbe anche la responsabilizzazione delle popolazioni con informazioni a sostegno del cambiamento comportamentale e l'instaurazione di buone abitudini di salute orale fin dall'infanzia, ha affermato la prof.ssa West.

Il white paper può essere consultato scansionando il qr code.



Jeremy Booth  
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 4, Aprile 2024

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

COMITATO SCIENTIFICO  
G. Barbon, P. Bianucci, G. Bruzzone, V. Bucci Sabatini, 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  
L. Bonfante, J. Booth, S. Cosola, P. Gatto, N. Di Gennaro, A. Genovesi, C. Lorenzi, G. Oldoini, I. Ramonate, M. Roncati.

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 - Giulia Corea

STAMPA  
Vela Web S.r.l.  
Via Niccolò Copernico, 8  
20082 Binasco (MI)

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE  
ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ  
Alessia Murari | alessia.murari@tueorservizi.it

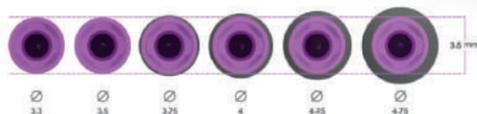
UFFICIO ABBONAMENTI  
Tueor Servizi Srl  
C.so Enrico Tazzoli 215/13  
10137 Torino  
Tel.: 011 3110675  
segreteria@tueorservizi.it  
Copia singola: euro 3,00

## BTI CORE®

Linea implantare con 6 diversi diametri e varie lunghezze (da 4,5 mm. a 15 mm.), che consentono di risolvere la maggior parte dei trattamenti richiesti nel proprio studio dentistico.

### SPRUTTA TUTTI I SUOI VANTAGGI

- Morfologia conica
- Superficie UNICCA®
- Numero ridotto di componenti
- Tenuta e adattamento passivo (Bioblock®)
- Componentistica protesica unificata per tutti i diametri implantari



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

SCIENZA ED  
ESPERIENZA  
CONDIVISA CON TE



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 erranee.

# Il primo studio a esaminare l'uso di farmaci anti-invecchiamento per il trattamento della malattia parodontale

SEATTLE, USA: L'invecchiamento influisce notevolmente sulla salute generale ed è il principale fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, il morbo di Alzheimer e la malattia parodontale. Tuttavia, queste condizioni vengono spesso trattate caso per caso, anziché intervenire sul processo di invecchiamento che ne è alla base. Ora, la US Food and Drug Administration (FDA) ha approvato uno studio unico nel suo genere che valuterà l'effetto della rapamicina negli adulti più anziani con malattia parodontale.

La rapamicina è un farmaco approvato dalla FDA che viene spesso utilizzato nella ricerca anti-invecchiamento e ha dimostrato di prolungare la durata della vita e migliorare il decorso della salute in diverse specie. Precedenti studi hanno dimostrato che la rapamicina può migliorare il processo di invecchiamento nei topi inibendo un processo, chiamato mTOR, che le cellule usano per controllare la crescita e il consumo di energia in base ai nutrienti e ai segnali che ricevono dal loro ambiente. Sebbene alcuni studi abbiano già utilizzato la rapamicina e i suoi derivati sull'uomo, l'attuale studio è il primo ad essere approvato dalla FDA per esaminare i suoi effetti sulla salute orale e sulla malattia parodontale.

«Se la malattia parodontale è correlata all'età, e la rapamicina può mirare al processo di invecchiamento e migliorarlo, allora vogliamo scoprire cosa succede alla malattia parodontale quando si usa la rapamicina», ha commentato il dottor Jonathan An, assistente professore di scienze della salute orale presso l'Università di Washington.

Nello studio, i ricercatori forniranno la rapamicina a pazienti che hanno più di 50 anni e che hanno avuto la malattia parodontale per più di otto settimane. I partecipanti si sottoporranno quindi a pulizia dentale professionale.

«Attualmente, se viene diagnosticata la malattia parodontale, il paziente riceve lo stesso trattamento che abbia 40 anni o che ne abbia 50 o 60 anni», ha osservato il dott. An. «Quindi, per i più anziani, se diamo loro la rapamicina in anticipo, potremmo essere in grado di alterare le loro risposte immunitarie in modo da ottenere un risultato migliore rispetto al semplice alleviamento dei sintomi a livello superficiale».

Inoltre, i ricercatori hanno in programma di lavorare con cliniche locali e gruppi di ricerca per studiare l'impatto della rapamicina sulla salute sistemica dei partecipanti. Ad esempio, analizzeranno i marcatori per l'invecchiamento biologico e il microbioma orale.

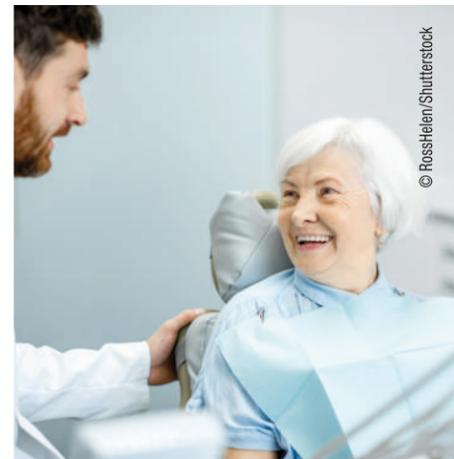
«La malattia parodontale è ritenuta correlata alle malattie cardiache, al diabete e al morbo di Alzheimer, tutte accomunate dal fattore di rischio dell'età», ha commentato il Dott. An. «Trattare la malattia parodontale con la rapamicina potrebbe non solo cambiare il modo con cui facciamo l'odontoiatria, ma potrebbe anche avere un impatto positivo

sull'invecchiamento a livello globale».

Secondo i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie, la malattia parodontale colpisce oltre il 70% degli adulti di età superiore ai 65

anni. Il costo stimato della malattia parodontale non trattata negli Stati Uniti è di 154 miliardi di dollari (138 miliardi di euro).

Dental Tribune International



© Rosshelen/Shutterstock

## REMINERALIZZAZIONE ALL'ENNESIMA POTENZA



- RAPIDA
- DURATURA
- BREVETTATA
- CLINICAMENTE DIMOSTRATA

**CURASEPT**  
**BIOSMALTO** LINEA CARIE ABRASIONE EROSIONE

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



### LA SCIENZA NON MENTE

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



curaseptspa.it

# Assicurazione per responsabilità professionale odontoiatrica

Nicola Di Gennaro, Odontoiatra Forense e Socio SIOF

Pagina 1

La legge Gelli ha cambiato le regole della responsabilità civile professionale, assegnando la maggior parte degli oneri alle strutture sanitarie, prima solo in parte coinvolte nei procedimenti civili, e lasciando agli operatori i soli riconducibili a condotte gravemente colpose o dolose.

Si è trasferita buona parte dei costi dell'errore medico su chi fattura la prestazione, costringendo le strutture, grandi e piccole, a fare i conti con questa ulteriore voce di spesa, con conseguenti ricadute sulle tariffe delle cure e/o sui compensi previsti per i collaboratori.

È inoltre divenuta obbligatoria la tipologia di polizza tipo claims made che garantisce la copertura anche di periodi precedenti non assicurati, nonché tutelati da compagnie non più operanti nel settore Medical Malpractice (MEDMAL) o che sono uscite dal mercato.

Questa clausola costituisce nel complesso un vantaggio per il dentista, che però non deve dimenticarsi di rinnovare la propria polizza: infatti

nel caso in cui questi dovesse ricevere una richiesta di risarcimento in un periodo non assicurato, anche per un paziente curato in un periodo assicurato, la compagnia rigetterà il sinistro negandogli qualsiasi tutela.

Attenzione anche a escludere garanzie per attività che non si intendono più svolgere, quali a esempio direzione sanitaria, medicina estetica, implantologia. Se infatti venisse avanzata una richiesta di risarcimento da parte di un paziente curato quando la polizza includeva la garanzia necessaria, ma successivamente all'eliminazione della condizione di tutela, il sinistro verrebbe respinto dalla compagnia in essere al momento della sua notifica; per il principio del claims made occorre infatti essere assicurati non tanto quando si esegue l'intervento ma quando il paziente lo contesta.

Conformemente al principio claims made risulta inoltre necessario mantenere la copertura assicurativa anche una volta terminata l'attività professionale. La legge Gelli prevede al riguardo un periodo di "postuma", che si attiva alla fine dell'attività pa-



© ANDRANIK HAKOBIAN/Shutterstock

gando un premio alla cessazione della stessa. Questa copertura serve a tutelare per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti generatori

della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza.

Anche per la direzione sanitaria è applicabile il concetto di claims made e quindi, una volta cessato l'incarico presso una struttura, è importante verificare che nella propria polizza R.C. professionale o in quella analoga della struttura sia presente una postuma per il direttore sanitario. La garanzia postuma, se correttamente applicata, è un'ottima soluzione ma nasconde un'insidia: le compagnie assicurative infatti spesso fanno corrispondere la cessazione dell'attività con la cancellazione dell'iscrizione all'Albo professionale ma non sempre i dentisti si depongono dall'Ordine quando smettono di esercitare.

Con l'entrata in vigore della legge Gelli, tutte le strutture sanitarie pubbliche e private (studi professionali compresi), devono obbligatoriamente essere provviste di copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (R.C.T.), nonché provvedere a stipulare una polizza (R.C.O.) per la tutela del personale a qualunque titolo operante nel proprio ambito, sia dipendente che in regime di collaborazione libero professionale. È quindi importante sapere che esistono due polizze obbligatorie:

- la R.C.T. (responsabilità civile verso terzi) che copre i danni a persone e cose;
- la R.C.O. (responsabilità civile verso prestatori di lavoro) che, integrando la tutela sociale INAIL, garantisce gli operatori della struttura.

La polizza R.C.T. a sua volta è costituita da due frazioni:

- il ramo R.C. professionale che copre i danni ai pazienti conseguenti a malpractice;
- il ramo R.C. di conduzione che tutela quelli causati a terzi (non necessariamente pazienti) per un evento verificatosi nel contesto ambientale in cui si opera.

Per portare alcuni esempi, la polizza R.C. per conduzione assicura il paziente che scivola in sala d'attesa, il furto da questi subito durante la sua permanenza nei locali dello studio, i

danni da allagamento di appartamenti contigui per rottura di tubazioni. Spesso noi dentisti confondiamo la copertura R.C. professionale con quella R.C. per conduzione, poiché entrambe sono presentate genericamente dagli assicuratori come "Responsabilità civile per lo studio", e quindi è sempre necessario verificare il contratto che ci viene proposto in relazione ai massimali di copertura.

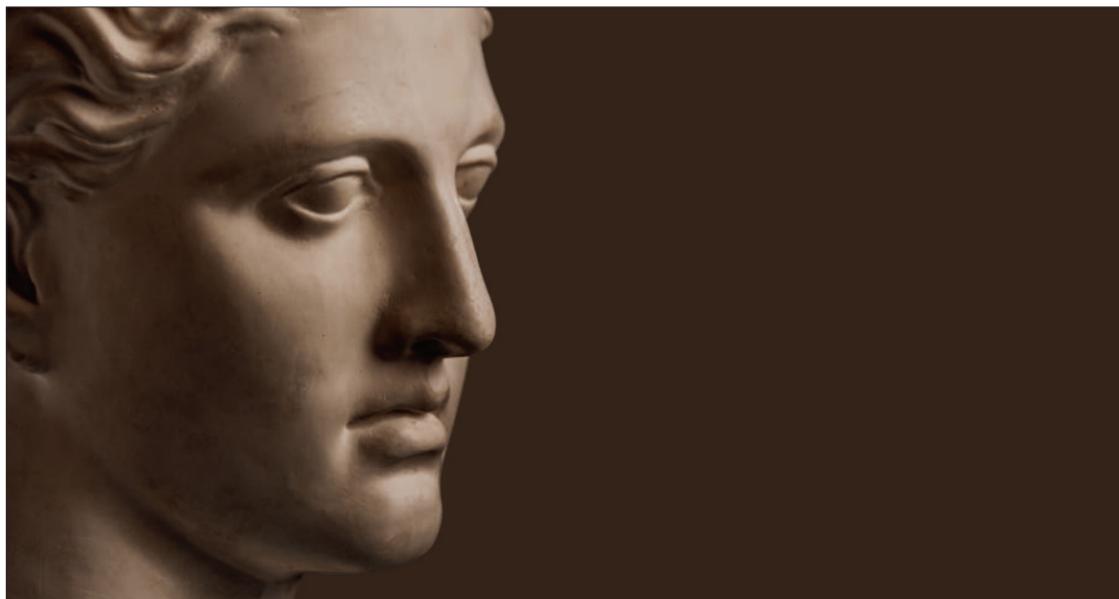
Particolare menzione meritano gli Studi Associati, che agli effetti della Legge Gelli sono equiparabili a Società e quindi in caso di sinistro a essere chiamato è il Legale Rappresentante, che non sempre è dotato di una polizza personale adeguata. Se per esempio quello di uno studio associato che eroga prestazioni di implantologia è un ortodontista che, in quanto tale, ha stipulato una polizza personale R.C.T. che non contempla gli impianti, qualora pervenisse una richiesta danni allo studio associato a seguito di intervento implantare, si troverà non tutelato. È quindi necessario che ogni studio associato stipuli una polizza ad hoc, che preveda garanzie per tutte le tipologie di prestazioni eseguite nella struttura.

La scelta della polizza R.C. professionale richiede quindi attenzione e bisogna studiarne le clausole senza farsi condizionare dal prezzo.

Questo vale per le strutture ma anche per l'odontoiatra che esercita in qualità di collaboratore: ma quale polizza assicurativa è opportuno stipuli un dentista non dotato di studio proprio?

A "rigor di Legge", qualora questi sia un collaboratore puro, potrebbe dotarsi di una polizza ad esclusiva garanzia della colpa grave. Personalmente però non opterei per questa scelta, orientandomi invece verso una copertura per colpa generica, perché diversamente non mi troverei tutelato in caso di azione da parte del paziente nei miei confronti.

Questa evenienza potrebbe verificarsi qualora la struttura non gestisca il sinistro: ne sono esempi i falli-



## CORSO AVANZATO DI MEDICINA ESTETICA MININVASIVA

Ed. 2024  
5 moduli

Relatori:

Tiziano Testori, Giovanna Perrotti,  
Gabriella Grassi, Giorgio Carta, Giuseppe Bellucci,  
Mariella Giannattasio, Roberto Ferrari, Pier Bardoscia



LakeComoInstitute



© H\_Ko/Shutterstock

Pagina 4

menti e le chiusure improvvise, come purtroppo si è visto accadere recentemente. Peraltro riguardo la tutela in ambito sanitario, come in tutte le altre tipologie di assicurazione privata, dovrebbe valere la regola: più paghi e più sei tutelato. In realtà non è sempre così!

Oggi sul mercato assicurativo italiano buona parte delle polizze R.C. professionale proposte ai dentisti libero-professionisti tutelano richieste di risarcimento danni anche per colpa lieve e quindi contemplan premi più alti rispetto alle polizze a sola copertura della colpa grave.

Il collaboratore puro quindi paga il corrispettivo che onorava prima dell'avvento della legge Gelli ma in caso di sinistro l'assicurazione oggi non lo assiste più. L'auspicata riduzione dei premi assicurativi per i collaboratori puri, conseguenza naturale della riduzione di responsabilità e quindi di rischio assicurativo, purtroppo non sta avvenendo. Intanto le ricadute della legge Gelli sull'odontoiatria sono quelle di una "tempesta perfetta" durante una navigazione: in caso di richiesta danni infatti la struttura richiede la partecipazione al collaboratore, il quale attiva la sua compagnia convinto di esserne tutelato, ma questa rigetta il sinistro in quanto non ravvisa colpa grave. La struttura pretende comunque un contributo economico dal collaboratore il quale si trova di fronte ad un bivio: accettare di contribuire di tasca propria per salvaguardare il rapporto con la struttura oppure rifiutarsi rischiando di comprometterlo.

Non dimentichiamo poi che prima di aprire il sinistro il collaboratore deve operare un'adeguata analisi del proprio coinvolgimento, onde evitare di vedersi in seguito disdetta la polizza per eccessiva sinistrosità (a riguardo il nuovo decreto attuativo fortunatamente limita le possibilità di recesso da parte della Compagnia). Infatti è ormai prassi consolidata per le strutture odontoiatriche che ricevono richieste di risarcimento, tentare di coinvolgere la

totalità degli odontoiatri che hanno partecipato al trattamento clinico contestato: si sceglie di chiamare tutti per evitare di non colpire colui che ha effettivamente commesso l'errore!

Questa eventualità si sta imponendo anche in campo ortodontico, laddove non è raro che diversi operatori si avvicendino nella gestione di un medesimo caso. In questi frangenti il professionista può quindi decidere di non attivare la propria compagnia, con il rischio di ricevere in seguito un atto giudiziario vedendolo dalla stessa respinto in quanto in precedenza non coinvolta, oppure di aprire il sinistro per poi trovarsi disdetto per elevata sinistrosità, a prescindere dal fatto che vi sia stato o meno un suo reale coinvolgimento diretto.

In buona sostanza a sette anni dalla sua entrata in vigore non ritengo che la legge Gelli abbia giovato all'Odontoiatria: a trarne vantaggio sono state solo le Compagnie che riscuotono molti premi per polizze a copertura globale ma molto spesso partecipano al risarcimento solo in presenza di colpa grave. Danneggiati sono in primo luogo i pazienti che vedono dilatarsi i tempi di risoluzione del contenzioso a causa del ricorso sempre più frequente a soluzioni giudiziali, laddove le compagnie dei collaboratori non partecipano alle iniziative conciliative pre-contenzioso. Danneggiate sono inoltre le Strutture, costrette quasi sempre a risarcire autonomamente il danno, ma anche gli odontoiatri collaboratori che non hanno beneficiato di diminuzione dei premi assicurativi, seppur con riduzione di responsabilità e che dovranno sostenere costi sempre più elevati per assicurarsi, a causa dell'indiscriminato tentativo di coinvolgimento da parte delle strutture.

Auspicio si provveda quanto prima a riformare queste disposizioni legislative adattandole al peculiare contesto della nostra professione che, per tipologia di prestazioni e soprattutto per contesti di attuazione, si discosta profondamente dalle altre specialità mediche.

Adv

05-2018

WE LOVE WHAT WE DO.

## ARIA COMPRESSA SECCA DI ELEVATA QUALITÀ E PUREZZA. DA OLTRE 50 ANNI INNOVIAMO LA TECNOLOGIA DELL'ARIA.

Il compressore a secco Cattani si evolve: il nuovo look "total black", le dimensioni compatte e l'evoluzione tecnologica migliorano l'estetica e le performance di questo prodotto. È in grado di fornire aria compressa secca di elevata purezza grazie all'assenza di lubrificazione ad olio e alla presenza dei filtri e dell'impianto di essiccazione.

La manutenzione semplice e la comprovata affidabilità consentono una garanzia di tre anni.



**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, so that you can save between 30% and 50% on electrical consumption.

**CATTANI**  
AIR TECHNOLOGY

Azienda con Sistema di Gestione Qualità certificato =ISO 9001= e =ISO 13485= Company with Quality System certified =ISO 9001= and =ISO 13485=

Via Natta 6/A 43122 Parma - Italy T +39 0521 607604 F +39 0521 607628 info@cattani.it

WWW.CATTANI.IT

# Il consenso informato nelle cure odontoiatriche pediatriche



© wavebreakmedia/Shutterstock

CAPE TOWN, Sudafrica: Quando si tratta di cure odontoiatriche pediatriche, la comprensione del consenso informato varia da Paese a Paese. Sebbene l'American Academy of Pediatric Dentistry fornisca linee guida specifiche per garantire il consenso informato ai pazienti pediatrici, strumenti simili spesso non sono facilmente reperibili in altri Paesi. Un

nuovo studio multinazionale approfondisce la complessità dell'ottenimento del consenso informato nelle cure odontoiatriche, in particolare nel contesto dell'odontoiatria pediatrica, dove il consenso e l'assenso assumono dimensioni uniche a causa del coinvolgimento dei minori e dei loro tutori.

Il consenso informato svolge un ruolo fondamentale nell'assicurare l'autonomia del paziente e un trattamento etico. Basato sulle risposte provenienti da tutto il mondo, lo studio fa luce sulle sfide e le variazioni nell'ottenimento del consenso informato per le cure dentali pediatriche, evidenziando l'importanza di un intervento dentale precoce per migliorare i risultati di salute.

I dati sono stati raccolti tramite un sondaggio online tra i dentisti di 13 Paesi. Gli autori hanno confrontato e analizzato i diversi approcci e quadri giuridici che disciplinano il consenso informato in questi Paesi. Hanno riscontrato notevoli diversità nelle pratiche di consenso informato. In alcuni casi l'età è l'unico criterio per determinare la capacità di dare il consenso, mentre in altri si tiene conto di fattori aggiuntivi, tra cui la comprensione e la maturità del bambino.

Particolarmente degno di nota è la discrepanza tra i Paesi esaminati per quanto riguarda l'età legale del consenso. Ad esempio, Tanzania, Sudafrica, India, Kenya, Malesia e Brasile

fanno affidamento sull'età come fattore determinante principale, mentre a Singapore, nel Regno Unito e negli Stati Uniti si applica il concetto di competenza di Gillick, che valuta la capacità di comprensione del bambino indipendentemente dall'età.

Le norme sull'annullamento del consenso in situazioni di emergenza, in cui il dentista agisce nel miglior interesse del paziente, variano e spesso non sono chiaramente definite, il che porta a dilemmi etici e legali. Le credenze e le pratiche culturali in Paesi come la Nigeria, la Tanzania e il Sudafrica pongono ulteriori sfide all'ottenimento del consenso informato, a volte in conflitto con gli standard etici professionali. Inoltre, Paesi diversi richiedono procedure diverse quando i genitori non danno il loro consenso o quando non sono d'accordo. La questione del consenso potrebbe anche essere portata in tribunale come caso di potenziale negligenza, qualora il dentista stabilisca il trattamento indispensabile.

Il documento suggerisce la necessità di linee guida globali più

chiare per specificare quando i dentisti possono agire nel miglior interesse del paziente, per stabilire cosa costituisce un'emergenza dentale e per determinare il processo di annullamento del consenso. Sottolinea inoltre la complessità e la variabilità delle pratiche di consenso informato nell'odontoiatria pediatrica a livello globale e la necessità di orientamenti più chiari e di ulteriori ricerche per garantire cure odontoiatriche etiche ed efficaci per bambini e pazienti special needs. Gli autori hanno sottolineato il ruolo critico del consenso informato nell'intersezione tra diritti legali, pratica etica e cura del paziente.

Lo studio, intitolato "A pilot study on the global practice of informed consent in paediatric dentistry", è stato pubblicato il primo marzo 2024 su *Frontiers in Oral Health*.

**Anisha Hall Hoppe**  
Dental Tribune International

# Dolori alla schiena e al collo in odontoiatria: una nuova realtà

I fattori che più spesso contribuiscono al dolore e al disagio sono la scarsa illuminazione, la postura scorretta del medico, l'uso di lenti d'ingrandimento e l'accesso limitato alla cavità orale.

**In che modo il dolore cronico può influire sulla vita personale e professionale dei dentisti?**

Inizialmente, ci può essere un aumento della fatica, rigidità e dolori in tutto il corpo. Nel corso del tempo, ciò può portare a dolore cronico, disturbi muscoloscheletrici e limitazioni nell'uso di determinate tecniche e nell'esecuzione di determinate procedure. Nel peggiore dei casi, il dolore cronico può portare alla riduzione della propria carriera o alla disabilità.

**Perché la forza e la flessibilità sono importanti per i professionisti del settore dentale? Puoi consigliare esercizi per migliorare questi aspetti?**

Assumere una postura equilibrata e lavorare con questa postura durante la giornata può essere di grande aiuto, così come un buon sonno riposante la notte per ricaricare il corpo per il giorno successivo.

Alcuni esercizi generali sono un buon inizio per migliorare la forza e la flessibilità degli operatori. I dentisti più entusiasti dovrebbero considerare la possibilità di fare yoga, nuoto e pilates. Il sito web ADA offre alcune ottime risorse per migliorare la salute fisica e l'ergonomia dei professionisti dentali.

**Quali terapie specifiche per i dentisti sono attualmente disponibili per la gestione del dolore cervicale e lombare?**

La ricerca di un professionista qualificato nella cura del dolore alla schiena e al collo è un ottimo punto di partenza. I dentisti dovrebbero sempre orientarsi verso i trattamenti conservativi prima di considerare l'intervento chirurgico a meno che

non ci siano circostanze di emergenza.

Senza compromettere l'efficienza del lavoro, quali misure preventive possono adottare i dentisti per evitare l'insorgenza di dolori al collo e alla schiena?

I dentisti devono monitorare la postura di lavoro durante tutto il giorno. Dovrebbero includere esercizi alla seduta durante la giornata la-

vorativa, così come svolgere un regolare esercizio fisico, prendere delle pause di riposo, e bilanciare trattamenti difficili e facili. Inoltre, i dentisti possono adattare l'ambiente di lavoro per migliorare la postura e ridurre lo sforzo, migliorando l'assetto ergonomico della sala operatoria e facendo attenzione a mantenere una corretta postura per tutto il giorno.

**Come vede il progresso dell'ergonomia in odontoiatria?**

Ora, più che mai, stiamo lavorando più duramente che in passato. Le spese di gestione di uno studio e i vincoli di assicurazione e rimborso creano una nuova realtà, forse una nuova sopravvivenza dei più in forma.

**Iveta Ramonaite**  
Dental Tribune International



© Marcin Balcerzak/Shutterstock

Adv



**aminogam<sup>®</sup>**  
*collutorio*

Coadiuvante nei processi di  
rigenerazione della mucosa gengivale

IN FARMACIA  
DISPOSITIVO MEDICO  0373

È un Dispositivo Medico di Classe IIa  
 0373 – Leggere le istruzioni di utilizzo.

Fabbricante  
 professional dietetics

Distributore  


Materiale destinato all'operatore sanitario. Vietata la diffusione e la presentazione al pubblico.

## Mucosite peri-implantare: trattamento con un nuovo hydrogel collagenico

Marisa Roncati

### Descrizione

La mucosite è una malattia peri-implantare che si caratterizza per un'infiammazione gengivale iniziale, reversibile, che si localizza nei tessuti molli peri-implantari, senza perdita di struttura ossea. La principale caratteristica clinica della mucosite peri-implantare è il sanguinamento dopo un sondaggio delicato. L'articolo presenta il caso di una paziente di 64 anni di età, che durante una visita di richiamo mostrava sanguinamento al sondaggio a livello dell'impianto in posizione 25 e una profondità di tasca di 5 mm sia a livello mesiale che distale. La successiva radiografia periapicale mostrava l'assenza di perdita ossea e confermava la diagnosi di mucosite peri-implantare.

Quest'ultima veniva trattata non-chirurgicamente con un nuovo hydrogel collagenico (H42, Bioteck) in seguito alla rimozione della placca

batterica mediante l'impiego di un laser Er: YAG.

A seguito del trattamento meccanico, il sito veniva mantenuto asciutto durante l'applicazione dell'hydrogel, il quale veniva estruso direttamente dalla siringa attraverso opportuno ago cannula da 25 gauge, partendo dal fondo della tasca e riempiendola fino al margine gengivale. A questo punto il sito veniva mantenuto asciutto per 5 minuti mediante l'utilizzo di un aspiratore ad alta velocità e la paziente veniva dimessa senza limitazioni nell'igiene orale e nell'alimentazione. I follow-up a 1 settimana e a 3 mesi mostravano il miglioramento significativo delle condizioni cliniche del sito, la riduzione della profondità di tasca da 5 mm a 3 mm e a 1 mm, sull'aspetto mesiale e distale, rispettivamente. Il miglioramento dei parametri paradontali era associato alla

completa guarigione dei tessuti peri-implantari.

### Introduzione

Negli ultimi decenni, la riabilitazione implantare è diventata una procedura diffusa e sempre più prevedibile, grazie all'evoluzione dei protocolli chirurgici e protesici oltre che dei materiali usati per la realizzazione degli impianti<sup>1-4</sup>. Al contempo, l'incremento delle riabilitazioni implantari ha portato all'aumento delle patologie peri-implantari come la mucosite e la peri-implantite. Entrambe le patologie peri-implantari originano principalmente dall'accumulo di biofilm batterico che innesca l'infiammazione dei tessuti gengivali e il progressivo danneggiamento dell'osso alveolare<sup>5</sup>.

Pagina 8

## Educare alla salute nell'era digitale. Gli strumenti per creare la concordance

Intervista alla Prof.ssa Gianna Maria Nardi.

Redazione Tuor Servizi

In un periodo in cui il digitale è diventato una parte fondamentale della vita quotidiana, è importante prestare attenzione a come la tecnologia possa diventare sempre più uno strumento a supporto della salute. In questo panorama, l'educazione al benessere assume una rilevanza particolare. Di questo

argomento ne parliamo con la Prof.ssa Gianna Maria Nardi, che durante il congresso dell'A.T.A.S.I.O ha affrontato questo argomento nella sua relazione dal titolo "Educare alla salute nell'era digitale. Gli strumenti per creare la concordance".

Pagina 10





**DOPO IL SUCCESSO DELLA 1<sup>ª</sup> EDIZIONE UN NUOVO EVENTO GBT + ITOP STA ARRIVANDO**

Articolo a pag. 18

Adv

# Mucosite peri-implantare: trattamento con un nuovo hydrogel collagenico

Dott.ssa Marisa Roncati, libera professionista a Ferrara

Pagina 7

La mucosite ha una prevalenza di circa il 43% degli impianti<sup>6</sup> e rappresenta lo stadio che precede la peri-implantite<sup>7</sup>. La mucosite è caratterizzata da un'infiammazione gengivale iniziale, reversibile, ma senza la perdita di tessuto osseo che invece si osserva nella peri-implantite. È dunque importante intervenire precocemente con il trattamento delle mucositi al fine di prevenire la loro evoluzione in peri-implantiti. La diagnosi di mucosite prevede la presenza di sanguinamento al sondaggio delicato e segnali clinici di infiammazione, eritema, gonfiore/ipertrofia e/o suppurazione<sup>8</sup>. Spesso, a questi segnali clinici si associa un aumento della profondità di sondaggio, conseguente a tumefazione e/o diminuzione della resistenza al sondaggio<sup>9</sup>. Tutti i protocolli non chirurgici in caso di malattie peri-implantari devono prevedere le seguenti fasi: a) aggiornamento della valutazione diagnostica, b) ri-motivazione del paziente, c) decontaminazione, d) detossificazione<sup>9</sup>. In caso di mucosite il protocollo non chirurgico risulta l'approccio più indicato e dovrebbe associarsi a una prognosi alquanto favorevole, a patto che il clinico riesca a decontaminare e detossificare il sito implantare<sup>9</sup>. Le malattie peri-implantari, compresa la mucosite, sono patologie importanti, per l'elevato indice di prevalenza e per l'assenza di una terapia standard<sup>10</sup>. L'obiettivo principale del trattamento è quello di rimuovere il biofilm ed eventuali depositi calcificati, senza alterare

la superficie implantare, con il fine ultimo di recuperare le condizioni di salute dei tessuti peri-implantari<sup>9</sup>. Nel seguente caso clinico si è utilizzato un nuovo hydrogel a base collagenica (H42, Bioteck) al termine delle procedure di decontaminazione e detossificazione, per sigillare il sito e prevenire una reinfezione dei tessuti peri-implantari e per favorire la guarigione dei tessuti peri-implantari.

## Caso clinico

In occasione di un appuntamento di richiamo della paziente, il clinico aggiornava la diagnosi della salute orale con un sondaggio circonferenziale di tutti gli elementi presenti. L'analisi evidenziava sull'impianto in posizione 25 valori di sondaggio di 5 mm associati a sanguinamento sia sull'aspetto mesiale, che su quello distale (Figg. 1, 2). I tessuti gengivali apparivano clinicamente edematosi e gonfi (Fig. 1). La successiva radiografia periapicale confermava l'assenza di perdita ossea (Fig. 3), eseguita contestualmente alla diagnosi di mucosite peri-implantare.

Dopo il trattamento meccanico con laser Er: YAG (Pluser, Doctor Smile, Lambda), il sito veniva asciugato ripetutamente, sia con microbrush, che con coni di carta (Figg. 4, 5). Successivamente, la tasca peri-implantare veniva riempita completamente con H42, veicolando il prodotto con ago cannula da 25 gauge, partendo dal fondo della tasca fino a raggiungere il margine gengivale (Figg. 6, 7). Du-

rante l'estrusione del prodotto e per i successivi 5 minuti (denominato "setting time"), il sito veniva mantenuto asciutto mediante l'uso di un aspiratore ad alta velocità. Il tempo di "setting" favorisce l'adesione di H42 ai tessuti connettivi all'interno della tasca. Nei giorni successivi al trattamento, i pazienti non hanno dovuto osservare particolari precauzioni nell'igiene dentale o nella dieta.

Al successivo appuntamento di controllo a una settimana dal tratta-

mento, i tessuti apparivano in condizioni di stabilità clinica (Fig. 8a), verificata anche applicando la sonda perpendicolare all'asse verticale del manufatto protesico sostenuto dall'impianto in posizione 25 (Fig. 8b).

Le immagini cliniche comparative della Figura 1 e della Figura 8b, scattate a una settimana di distanza l'una dall'altra, producono evidenze cliniche di un risultato particolarmente promettente.

Il follow-up a 3 mesi mostrava la guarigione dei tessuti molli e il sondaggio parodontale mostrava la diminuzione della profondità di tasca da 5 mm a 3 mm sull'aspetto mesiale e da 5 mm a 1 mm sull'aspetto distale (Fig. 9). La Figura 10 documenta la stabilità clinica (Figg. 10a-10c) e radiografica (Fig. 10d) del caso a un anno di follow up.

Pagina 9



**Fig. 1** - La sonda parodontale, applicata perpendicolarmente all'asse lungo del manufatto protesico supportato da un impianto permette di mostrare il tono lasso dei tessuti e l'aspetto edematoso; **Fig. 2** - La sonda parodontale rileva 5 mm di profondità di sondaggio sia sull'aspetto mesiale (a) che su quello distale (b) dell'impianto in posizione 25, associato a sanguinamento; **Fig. 3** - La diagnosi di mucosite è confermata dalla radiografia periapicale che evidenzia l'assenza di perdita di tessuto osseo; **Fig. 4** - Trattamento meccanico della tasca peri-implantare affetta da mucosite, mediante laser Er: YAG. Si osservano diversi frammenti di depositi mineralizzati che fuoriescono dal solco peri-implantare infiammato, documentando un'efficace azione meccanica di decontaminazione, conditio sine qua non per poter ottenere la guarigione della mucosite placca-indotta; **Fig. 5** - Il sito trattato viene asciugato tramite microbrush (a) e coni di carta (b) in preparazione del trattamento con l'hydrogel collagenico H42; **Fig. 6** - L'hydrogel collagenico H42 si presenta all'interno di siringhe fornite di attacco luer lock maschio, per poter essere abbinate al più opportuno ago; **Fig. 7** - Riempimento della tasca peri-implantare con l'hydrogel collagenico H42. Quest'ultimo viene estruso tramite ago cannula da 25 G dal fondo della tasca verso il margine gengivale; **Fig. 8** - Aspetto clinico del caso a una settimana di distanza dal trattamento (a). La sonda parodontale, applicata perpendicolarmente all'asse lungo del manufatto protesico supportato da un impianto (b) permette di valutare la stabilità clinica del sigillo mucoso peri-implantare, decisamente soddisfacente già dopo una settimana rispetto alle condizioni cliniche iniziali; **Fig. 9** - A 3 mesi di follow-up, il sondaggio parodontale si è ridotto da 5 mm a 3 mm, sull'aspetto mesiale (a) e a circa 1 mm sull'aspetto distale (b), per cui è stato possibile risolvere con successo la mucosite di questo sito con un approccio non chirurgico salvaguardando la longevità del manufatto protesico supportato da impianto; **Fig. 10** - Immagini cliniche (a-c) e radiografia periapicale (d) ad un anno di follow up, che documentano la stabilità clinica del caso. La sonda parodontale applicata vestibolarmente e perpendicolarmente all'asse verticale dell'impianto documenta la stabilità del sigillo mucoso peri-implantare (a). Si nota l'assenza di sanguinamento al sondaggio (b, c).

Pagina 8

## Discussione e conclusioni

La mucosite è una malattia peri-implantare causata dall'accumulo di placca batterica che innesca una risposta immunitaria che progressivamente danneggia l'epitelio connettivale<sup>5</sup>. Ciò porta alla formazione di tasche peri-implantari che possono evolvere in peri-implantite coinvolgendo l'osso alveolare. È dunque importante intervenire precocemente con il trattamento delle mucositi per prevenire la loro evoluzione in peri-implantiti. Al fine di arrestarne la progressione, le tasche peri-implantari affette da mucosite vengono inizialmente trattate con un approccio non-chirurgico per rimuovere la placca e favorire la guarigione dei tessuti molli. In caso di mucosite, il protocollo non chirurgico risulta l'approccio più indicato e dovrebbe associarsi a una prognosi alquanto fa-

vorevole, a patto che il clinico riesca a decontaminare e detossificare il sito implantare<sup>9</sup>. La procedura standard prevede l'utilizzo di strumentazione meccanica (dispositivi di lucidatura ad aria compressa, laser Er: YAG, curette al titanio e curette a ultrasuoni con manicotto di plastica) per eliminare il biofilm batterico causa dell'infiammazione che danneggia i tessuti gengivali. Tuttavia, una delle sfide più difficili è proteggere il sito trattato dopo la terapia, senza disturbare il naturale processo rigenerativo, che necessita di circa 4 settimane per arrivare a compimento<sup>11</sup>. Diversi prodotti ad azione

locale esercitano la loro funzione mediante antibiotici e/o sostanze battericide, che se da un lato sono efficaci a contrastare una reinfezione batterica, dall'altro possono interferire con il naturale processo di rigenerazione tessutale.

Il collagene è invece la proteina che costituisce la maggior parte dei tessuti connettivi (compreso quello gengivale) e il suo apporto fornisce uno scaffold per la proliferazione dei fibroblasti e delle cellule implicate nella rigenerazione del tessuto gengivale.

Il presente caso clinico mostra l'impiego del nuovo hydrogel colla-

genico (H42) costituito da collagene di tipo I, polimeri riassorbibili e quantità ancillari di vitamina C, a seguito del trattamento meccanico, in una tasca peri-implantare affetta da mucosite. I risultati a 1 settimana di follow-up mostravano i tessuti in condizioni di stabilità clinica e privi dell'aspetto edematoso iniziale. Il controllo a 3 mesi di follow-up confermava la guarigione dei tessuti gengivali e la riduzione della profondità di tasca (ridotta di 2 mm a livello mesiale e di 4 mm a livello distale). Il successivo controllo a 12 mesi mostrava l'ottimo mantenimento dei tessuti peri-implantari e la preserva-

zione dell'osso alveolare (Fig. 10). L'hydrogel H42 ha esercitato la propria funzione occludente, impedendo la ricolonizzazione batterica e, allo stesso tempo, il collagene ha fornito l'impalcatura necessaria ai fibroblasti per colonizzare il difetto e favorire la guarigione dei tessuti gengivali attorno all'impianto. Nessun effetto collaterale è stato osservato.

*Il caso clinico è tratto dal libro di Marisa Roncati "Salute e malattie peri-implantari" (Quintessence Publishing Italia, di prossima pubblicazione).*

### BIBLIOGRAFIA

1. Shiba T, et al. Novel Flowchart Guiding the Non-Surgical and Surgical Management of Peri-Implant Complications: A Narrative Review. *Bioengineering* (Basel), 11, (2), (2024).
2. Duong HY, et al. Oral health-related quality of life of patients rehabilitated with fixed and removable implant-supported dental prostheses. *Periodontol 2000*, 88, (1), 201-237 (2022).
3. Rocuzzo A, et al. Clinical outcomes of dental implants in patients with and without history of periodontitis: A 20-year prospective study. *J Clin Periodontol*, 49, (12), 1346-1356 (2022).
4. Rocuzzo A, et al. Peri-implantitis as the consequence of errors in implant therapy. *Periodontol 2000*, 92, (1), 350-361 (2023).
5. Caton JG, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol*, 45 Suppl 20, S1-S8 (2018).
6. Derks J & Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. *J Clin Periodontol*, 42 Suppl 16, S158-171 (2015).
7. Jepsen S, et al. Primary prevention of peri-implantitis: managing peri-implant mucositis. *J Clin Periodontol*, 42 Suppl 16, S152-157 (2015).
8. Berglundh T, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*, 89 Suppl 1, S313-S318 (2018).
9. M. R & Parma-Benfenati S. Salute e malattie peri-implantari: protocolli clinici non chirurgici Testo Atlante supportato da video. : Quintessence Publishing Italia, Milano; 2024.
10. Figuero E, et al. Management of peri-implant mucositis and peri-implantitis. *Periodontol 2000*, 66, (1), 255-273 (2014).
11. Fraser D, et al. Periodontal Wound Healing and Regeneration: Insights for Engineering New Therapeutic Approaches. *Front Dent Med*, (2022).



**NUOVO  
PRODOTTO**

# H42<sup>®</sup>

## INNOVATIVO HYDROGEL COLLAGENICO

H42<sup>®</sup> è biologico e possiede consistenza, malleabilità e adesività controllate, tali da adattarsi perfettamente alla geometria dello spazio in cui viene inserito.

**PER IL TRATTAMENTO DELLE TASCHE PARODONTALI E PERIMPLANTARI**




**PERCHÉ H42<sup>®</sup> È UN PRODOTTO UNICO**



ADERISCE AI TESSUTI



EVITA LA COLONIZZAZIONE BATTERICA



È RIASSORBIBILE



FAVORISCE LA GUARIGIONE

**BIOTECK<sup>®</sup>**

[www.bioteck.com](http://www.bioteck.com)

Guarda il depliant di H42<sup>®</sup>

