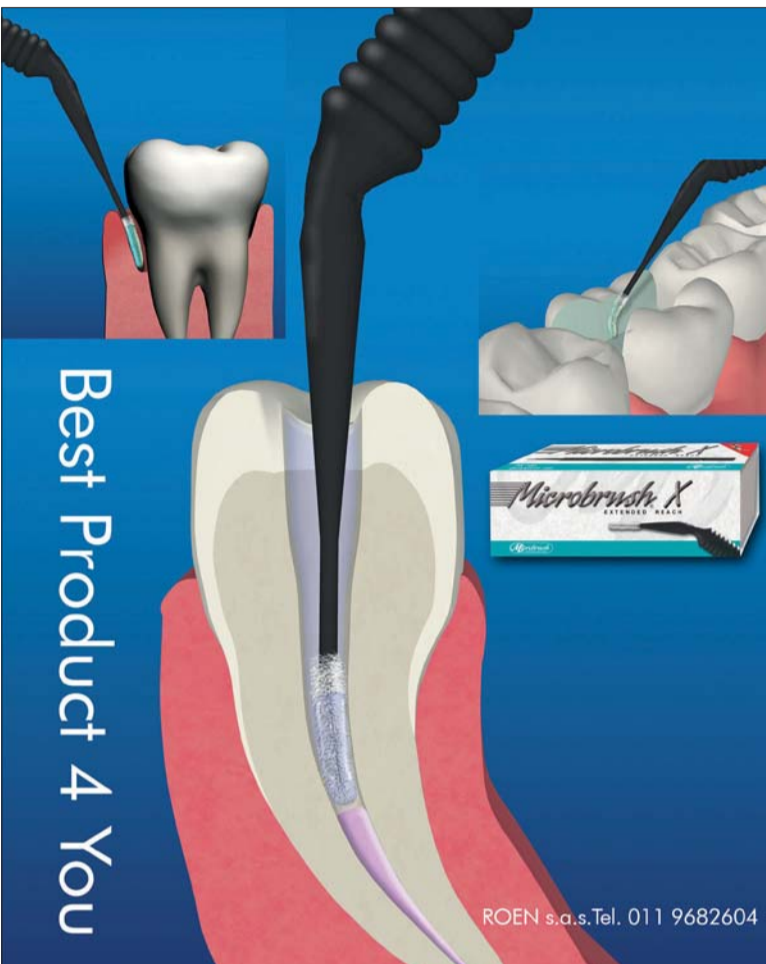


Adv



Best Product 4 You

ROEN s.a.s. Tel. 011 9682604

SENNA NUOVO PRESIDENTE DELLA CAO NAZIONALE
Andrea Senna, laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria, ha immediatamente espresso una visione orientata all'unità tra le diverse componenti della professione medica.

Pagina 2

Adv



TePe

Lo scovolino preferito dagli igienisti dentali!

N°1 consigliata dagli igienisti dentali*

Made in Sweden

Previsioni per il settore odontoiatrico nel 2025

Dr. Maurizio Quaranta, Advisor ADDE e Dental Business Consultant

Per fare delle previsioni per il 2025 non posso esimermi da una retrospettiva che ci indica come la dinamica deflazionistica, attivata nel 2023 e proseguita per quasi metà del 2024, dovrebbe aver concluso la sua fase discendente cosa che, unitamente ad un PIL attestatosi intorno all'unità percentuale, ha fatto sì che il 2024 sia stato un anno segnato da

una stabilizzazione. I segnali di ripresa ci sono stati e sono stati anche evidenti, ma il settore ha dovuto misurarsi con sfide importanti per il cittadino italiano che hanno ulteriormente segmentato il mercato odontoiatrico con significative differenze non più solo tra Nord e Sud, bensì tra grandi città ed aree meno centrali, in mezzo a nuove sfide demografiche...

Pagina 2

ATTUALITÀ

La relazione dell'UE sulla salute delinea le sfide del mercato dentale 3

NEWS & COMMENTI

Perché la sanità pubblica ha a che vedere con l'accesso alle cure odontoiatriche 4

MEDICINA INTERDISCIPLINARE

La medicina traslazionale a supporto delle cure mirate sul paziente 8

Tutelare il servizio sanitario pubblico

Patrizia Bianucci



Abbiamo intervistato Giudo Giustetto, presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino e Provincia, nonché neo eletto come componente della commissione per gli iscritti all'albo dei Medici Chirurghi della FNOMCeO. Con lui affrontiamo il tema del sistema sanitario nazionale a 360°, analizzandolo sia dal punto di vista dei medici che da quello dei pazienti.

Dott. Giustetto, è recentissimo il botta e risposta tra il presidente Anelli della Federazione Nazionale degli Ordini e il ministro Schillaci il quale sostiene la FNOMCeO non deve intervenire come se fosse un sindacato, ma Anelli risponde che la situazione sta diventando grave. Infatti già da qualche anno assistiamo alla fuga del personale ospedaliero dal settore pubblico, mentre si parla di rinnovo del contratto e di rendere la vita più facile ai medici che rimangono nel servizio sanitario nazionale, peraltro sempre più impoverito. In qualità di neo eletto anche al Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli ordini cosa ne pensa?

In primo luogo, la posizione assunta dal ministro riguardo alla manifestazione tenutasi a Roma sabato 25 gennaio è curiosa. Il ministro dovrebbe sapere, e sicuramente lo sa, che il compito fondamentale degli

Ordini dei medici, e quindi della Federazione, non è la difesa dei medici, cosa che rientra nelle competenze sindacali, ma è la difesa e la tutela della salute dei cittadini. L'Ordine però non ha degli ambulatori in cui curare la gente, quindi come può difendere la salute dei cittadini? Lo fa tutelando l'atto medico, garantendo cioè che il medico possa lavorare bene. Perciò un medico che non si senta garantito - apro solo una parentesi e la chiudo subito, della violenza nei confronti del personale sanitario, fatto gravissimo - e tutelato, perché si sta creando un circolo vizioso in cui si vedono ad esempio due colleghi che preferiscono andare a lavorare all'estero o nel privato e gli altri che rimangono devono lavorare come se ci fossero ancora quei due, e...

Pagina 4

3M Healthcare è ora Solventum

Scopri la potenza della precisione stampata in 3D

3M™ Clarity™ Precision Grip Attachments

Estremamente preciso

Gli attachment Clarity Precision Grip, pre-caricati, stampati in 3D e completamente polimerizzati, sono progettati e sagomati in modo ottimale per aumentare la consistenza e la prevedibilità del processo di bonding degli attachment. Questa tecnologia rivoluzionaria cambierà il tuo modo di lavorare, per sempre.



Bondaggio senza eccesso di composito

Progettati per aderire con agenti di adesione specifici che non lasciano residui di composito



Precisione di stampa 3D

Il primo attachment stampato in 3D al mondo, progettato su misura per ogni paziente e che si adatta all'anatomia individuale dei denti



Ottimizza il tuo tempo

Affida con sicurezza al tuo staff una soluzione semplice da utilizzare che riduce in media di 12 minuti il tempo necessario per ogni appuntamento di bonding

Contatta il tuo rappresentante Solventum per saperne di più o chiama il numero 0282955184

3M Healthcare Italy srl
Dental Solutions
Via Norberto Bobbio 21
20096 Pogliano (MI)

3M Healthcare è ora Solventum
Dispositivi medici marcati CE, ad uso professionale. Informazioni tecnico-scientifiche riservate a medici dentisti. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso

©Solventum 2024. Tutti i diritti riservati. Solventum e Clarity sono marchi registrati di Solventum

Andrea Senna è il nuovo presidente della CAO nazionale e vince la lista “Unità e Cambiamento”

Domenica 26 gennaio si sono svolte le elezioni per i nuovi componenti della Commissione Albo Odontoiatri. Alla presidenza della CAO nazionale è stato nominato Andrea Senna, 50 anni, laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria, che ha conseguito il dottorato in Odontostomatologia Preventiva e di Comunità, già presidente della CAO di Milano e vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano, dal 2021 nella Cao Nazionale. Tra gli altri componenti eletti alla Commissione nazionale Nicola Cavalcanti (CAO Bari) come vicepresidente, Antonio Natale (CAO Siena) segretario, mentre i componenti sono Gian Paolo Damilano (CAO Cuneo), Raffaele Iandolo (CAO Avellino), Albina Latini (CAO Teramo), Mario Marrone (CAO Palermo), Giuliano Nicolini (CAO Venezia) e Brunello Pollifrone (CAO Roma). Si sono confrontate i candidati di due liste “Unità e Cambiamento”, di cui sono entrati nella commissione 8 eletti su 9, e la lista “Orgogliosi” di cui l'unico eletto è l'ex presidente Raffaele Iandolo. I 106 elettori hanno partecipato all'unanimità indicando una scelta inequivocabile di cambiamento.

Le prime parole da presidente della CAO nazionale sono state improntate a una visione di unione con le altre componenti mediche: «Si apre per gli

odontoiatri una nuova stagione – ha affermato Andrea Senna – in sinergia con la componente medica. Tutti insieme dobbiamo lavorare per realizzare il nostro programma e far evolvere le nostre professioni. Prima di tutto ci impegneremo per attivare finalmente il potere sanzionatorio di AGCOM nell'ambito della pubblicità sanitaria e ci occuperemo di contrastare il turismo odontoiatrico.

Il nostro impegno sarà massimo affinché il nuovo mandato della CAO Nazionale sia caratterizzato da unità al nostro interno e verso la componente medica della FNOMCeO. Solo lavorando ponendoci con spirito costruttivo e non come corpo estraneo potremo far convergere la componente medica e odontoiatrica verso obiettivi comuni e raggiungere i tanti traguardi che ancora attendono la nostra Professione.

Una volta ricuciti gli strappi che hanno caratterizzato questi anni dovremo lavorare per una piena autonomia della nostra Professione all'interno della casa comune FNOMCeO che passi anche attraverso una nuova norma di legge che riconosca una maggiore rappresentanza odontoiatrica all'interno degli organi degli Ordini».

Sinergia, determinazione e impegno, promesse che sono state premiate guardando all'esperienza concreta che



Andrea Senna è riuscito a costruire a Milano, di profonda collaborazione tra le varie componenti mediche e odontoiatriche, mentre i dissapori nazionali degli ultimi tempi tra CAO e FNOMCeO hanno portato a scegliere nuove strade.

Sempre negli stessi giorni, si sono tenute le elezioni della FNOMCeO, che unitariamente hanno presentato una sola lista e riconfermato la carica di presidente di Filippo Anelli, con la vicepresidente di Giovanni Leoni, il segretario Roberto Monaco e il nuovo tesoriere Brunello Pollifrone, presidente CAO di Roma.

Tra i punti programmatici del nuovo Comitato Centrale, che rimarrà in carica sino al 2028, l'adozione del nuovo Codice di Deontologia Medica, attualmente in fase di revisione.

La FNOMCeO, così come gli Ordini che la compongono – ha dichiarato Anelli – grazie alla natura di soggetti esponenziali di corpi professionali ad appartenenza necessaria, medici e odontoiatri, hanno contribuito in maniera sostanziale a raggiungere elevati livelli di tutela della salute nel nostro Paese, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale o la libera professione. Ed è proprio il Servizio Sanitario Nazionale a rappresentare uno strumento straordinario di democrazia, in quanto consente ai cittadini di poter ottenere la tutela della salute, diritto fondamentale previsto dalla Costituzione.

Dental Tribune Italia

Previsioni per il settore odontoiatrico nel 2025

Dr. Maurizio Quaranta, Advisor ADDE e Dental Business Consultant

Pagina 1

...come le mutate esigenze in positivo del segmento di mercato relativo silver economy rispetto all'evaporazione di un ceto medio che non riesce più a proiettarsi in ascesa sociale sia per reddito che per consumi effettivi. Tradotto in soldoni, il monitoraggio alla “pompa di benzina” della distribuzione italiana, certifica che nel 2024 le vendite di materiale di consumo hanno confermato i segnali di ripresa per quanto le attrezzature abbiano invece segnato il passo, anche se questo segnare il passo delle vendite sulle attrezzature era previsto e prevedibile dopo tutti questi anni di significativi incentivi. Se le previsioni per il 2024 le avevo rappresentate con un andante ma non troppo, le previsioni per il 2025 le posso definire come moderatamente ottimistiche con un'economia che crescerà sempre intorno all'1%. Questo, ovviamente, nonostante permangano le diverse incognite legate alle divergenti politiche monetarie mondiali che non hanno ancora decisamente imboccato la strada della riduzione dei tassi di interesse, mentre siamo in presenza della potenziale concretizzazione delle politiche sui dazi promesse dal nuovo presidente degli Stati Uniti



d'America ed operiamo in mezzo alle incertezze politiche della locomotiva d'Europa e dei cugini d'oltralpe, senza che si possa trascurare gli effetti delle varie guerre sull'economia. Più in dettaglio, quindi, possiamo prevedere che il fatturato nel 2025 per il settore odontoiatrico si attesterà sulla cifra di un miliardo e quattrocento milioni di euro, ovviamente sempre riferito al monitoraggio a valle del comparto distributivo; consolidamento che, parallelamente, comporta che si possa arrivare a considerare il fatturato del comparto nei confronti del paziente intorno ai nove miliardi di euro. Questa razionalizzazione potrebbe farci pensare che il nostro futuro sia da percorrere comodamente, esattamente come in autostrada; non è così, perché la segmenta-

zione del mercato, la pianificazione gestionale degli studi, la digitalizzazione, il workflow e la prorompente stampa 3D, ancora una volta, saranno fondamentali per il risultato in un mondo odontoiatrico che è già cambiato e che continua a cambiare ad una velocità pazzesca tanto che, multicanalità, IOT (Internet of Things), economia 4.0 ed economia X.O hanno permesso a Margvelashvili Malament (Assistant Professor Tufts University) di affermare che sia i medici che gli odontoiatri non saranno mai sostituiti dai computer, pur comprendendo che sia i medici che i dentisti che non usano le nuove tecnologie saranno sostituiti dai colleghi che invece lo fanno. Infine, proprio mentre salutavamo il 2024, abbiamo visto che sia il concordato preventivo fiscale che

l'agognata neutralità fiscale hanno giocato un ruolo negativo nel 2024, pur producendo nel 2025 effetti positivi proprio grazie al D. Lgs 192/2024.

Cosa è successo? È successo che nel 2024, questi due provvedimenti, hanno contribuito a far segnare il passo agli investimenti in attrezzature mentre nel 2025, soprattutto grazie alle aggregazioni di studi monoprofessionali o di studi associati in società, verranno riconsiderati tutti o quasi gli investimenti tenuti in sospeso nel 2024. Sono infatti parecchi gli studi sopra citati che, forti del fatto che questo D.Lgs 192/2024 non avrebbe più assoggettato a tassazione il valore dichiarato dal libero professionista in fase di trasformazione piuttosto che di conferimento, si trasformeranno definitivamente in STP societarie. Non c'è più nulla da aggiungere perché oggi, e finalmente, è lampante il fatto che il libero professionista possa liberamente trasformare la sua attività monoprofessionale o di studio associato in una società senza più vedersi riprendere a tassazione i valori di queste operazioni. Lo stesso dicasi per i conferimenti. La neutralità fiscale viene quindi finalmente a sanare una sperequazione di trattamento fiscale che vedeva sfavoriti i liberi professionisti, rispetto alle società. Non resta che agire.

IMPRINT
INTERNATIONAL
HEADQUARTERS

PUBLISHER AND CHIEF
EXECUTIVE OFFICER: Torsten Oemus
CHIEF CONTENT OFFICER: Claudia Duschek

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

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

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

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

dti Dental
Tribune
International

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XXI Numero 1+2, Gennaio+Febbraio 2025

MANAGING EDITOR - Patrizia Gatto
Coordinamento tecnico-scientifico - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, P. Biancucci, 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
P. Biancucci, E. Foce, P. Gatto, D. Palaganas, D. Patarino, A. Pian-toni, M. Quaranta, D. Rizzo, G. Tarquini.

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

GRAFICA - Tueor Servizi Srl
GRAPHIC DESIGNER - Caterina Larobina

STAMPA
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



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.

La relazione dell'UE sulla salute delinea le sfide del mercato dentale

PARIGI, Francia: un nuovo rapporto sullo stato dell'assistenza sanitaria nell'UE ha evidenziato che la carenza di personale e l'invecchiamento della popolazione stanno contribuendo a "spostare l'equilibrio" tra la domanda e l'offerta di servizi sanitari nel continente. Pubblicato dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) e dalla Commissione Europea, il rapporto evidenzia le significative disuguaglianze nell'accesso alle cure dentistiche nei Paesi dell'UE, determinate da fattori quali le disparità di reddito e la copertura assicurativa pubblica. I risultati invitano a concentrarsi in modo equilibrato su finanziamenti equi, distribuzione strategica dei dentisti e iniziative di prevenzione.

Il rapporto "Health at a Glance: Europe 2024" ha rilevato che il numero di dentisti varia notevolmente tra i Paesi dell'UE, con valori compresi tra 0,5 e 1,3 dentisti ogni 1.000 abitanti. Grecia, Cipro, Portogallo, Bulgaria e Romania hanno registrato il numero più alto di dentisti pro capite, anche se i dati relativi a Grecia e Portogallo potrebbero essere gonfiati, in quanto includono tutti i dentisti abilitati (quindi anche quelli in pensione o emigrati). A livello europeo, la disponibilità di dentisti è aumentata in modo modesto, passando da 0,7 a 0,8 dentisti ogni 1.000 abitanti tra il 2010 e il 2022, tranne che in Danimarca, dove si è osservato un calo.

Nel 2022, i residenti nell'UE hanno effettuato in media 1,2 visite odontoiatriche all'anno, con un numero di consultazioni che varia significativamente da 0,3 in Romania a 3,3 nei Paesi Bassi. Il basso utilizzo in Romania, nonostante l'elevata disponibilità di dentisti, riflette i limitati finanziamenti pubblici e gli elevati costi esterni, che spingono molti residenti a rinunciare alle cure odontoiatriche. In Romania, il finanziamento pubblico rappresenta solo il 7% della spesa odontoiatrica, rispetto al 65% di Francia e Germania. Al contrario, i Paesi Bassi, nonostante l'assistenza odontoiatrica non sia coperta in modo completo per gli adulti, hanno raggiunto un alto tasso di consultazioni grazie a programmi educativi incentrati sulla prevenzione, come l'iniziativa nazionale "Hou je mondgezond!" (Mantieni la tua bocca sana!), che promuove la consapevolezza precoce e le cure di routine nei bambini. Anche la Croazia è stata osservata come esempio di efficace promozione della salute orale precoce, evidenziando il ruolo degli sforzi sistemici nel migliorare la salute dentale.

Nonostante la salute dentale sia un elemento fondamentale per il benessere generale, il rapporto ha evidenziato che nel 2023 il 6% delle persone che necessitavano di cure dentistiche ha dichiarato di non averne bisogno, con un aumento che supera il 12% tra le popolazioni a rischio di povertà. Inoltre, i bisogni insoddisfatti di cure odontoiatriche sono risultati maggiori rispetto a quelli di cure mediche, principalmente a causa del fatto che le spese odontoiatriche sono escluse o coperte solo parzialmente dai programmi di sanità pubblica. «Nel 2023, più dell'8% delle persone in Grecia, Lettonia, Portogallo e Danimarca ha dichiarato di aver bisogno di cure dentistiche non soddisfatte per ragioni legate all'organizzazione e al funzionamento dei servizi sanitari, prin-

cipalmente per motivi finanziari», scrivono gli autori del rapporto.

«L'Europa si trova in un momento cruciale nell'evoluzione dei sistemi sanitari in tutto il continente», affermano gli autori, aggiungendo che il panorama

sanitario è in rapido cambiamento. L'invecchiamento della popolazione, il calo delle nascite e la carenza di forza lavoro stanno mettendo a dura prova i servizi sanitari e di assistenza a lungo termine europei. Allo stesso tempo, i progressi

tecnologici, come l'intelligenza artificiale e la sanità digitale, offrono promettenti opportunità, ma sollevano problematiche di equità. Il rapporto evidenzia inoltre che i cambiamenti climatici stanno aggravando i rischi per la salute

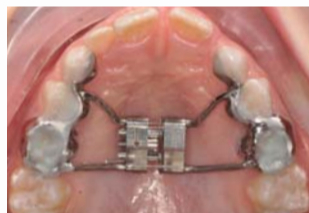
e rendono più urgente la necessità di garantire un'assistenza sanitaria resiliente e sostenibile.

Dental Tribune International

Brevettato
Leaf Expander Series

no home activation

Per gentile concessione della Dott.ssa V. Lanteri



INIZIO TRATTAMENTO



FINE TRATTAMENTO



Scopri di più



*“Utilizzo con successo la **Leaf Expander**® ogni volta che devo risolvere una discrepanza trasversale nei pazienti giovani e adulti. Le balestre in nichel-titanio offrono forze calibrate e continue che consentono un'espansione prevedibile e indolore. Inoltre, poiché non devo fare affidamento sulla collaborazione dei genitori, riesco a ridurre drasticamente il numero delle visite di controllo, ottimizzando il tempo alla poltrona, con reciproco vantaggio della clinica e dei genitori.”*

Prof.ssa **Valentina Lanteri**

Professoressa Associata in Ortodonzia | UNIMORE Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Leone®

Leone S.p.A.
Via Ponte a Quaracchi 5050019
Sesto Fiorentino - Firenze - ITALIA

Ufficio Vendite Italia
055 3044600 - italia@leone.it
leone.it

Tutelare il servizio sanitario pubblico: intervista al dott. Guido Giustetto

Pagina 1

...questo provocherà che ce ne sarà un terzo che non ce la farà più e andrà via.

A ciò si aggiunge il fatto che gli stipendi dei nostri ospedalieri sono equivalenti a quelli dell'Europa dell'Est e molto inferiori rispetto a quelli di Francia e Germania. È d'accordo che sia un aspetto da non sottovalutare?

Certo, non è assolutamente da sottovalutare perché si tratta di un mancato riconoscimento della responsabilità e della qualità del lavoro dei medici. Questo vale sia per l'ospedale che per i medici territoriali. Quindi, mi sembra strano che il ministro si stupisca dello schieramento della Federazione degli ordini a fianco dei sindacati, proprio perché si tratta di tutelare la salute dei cittadini, che è un diritto costituzionale.

Si parla di due miliardi di investimento che sarebbero assolutamente insufficienti. È d'accordo con questa osservazione?

Si certamente, perché in realtà quelle cifre sono già quasi del tutto finalizzate in parte al rinnovo dei contratti dei medici e in parte all'aumento del costo della vita, che al momento non è elevato, ma che è stato molto elevato nell'anno precedente. In sostanza, quel denaro non esiste in quanto è presente nel bilancio ma non nelle tasche.

Riferendosi invece alle liste d'attesa e agli ingorghi che si verificano negli ospedali con barelle sparse un po' ovunque, in una recente intervista su Rai 3 Piemonte lei ha parlato di medicina territoriale. Ci può riportare il suo pensiero in merito? La medicina territoriale è una criticità?

È una grande criticità per questi motivi. Il problema delle liste d'attesa è dovuto anche al fatto che la medicina territoriale non lavora come dovrebbe. C'è un documento dell'Unione Europea relativo alle possibilità della medicina territoriale che però non vengono sfruttate. Se a livello



territoriale il medico potesse avere una strumentazione adeguata e un incentivo per assumere personale di studio, segreteria e infermieri, potrebbe svolgere molte delle attività che oggi vengono demandate allo specialista. Pensate per esempio alla possibilità di effettuare delle consulenze in via telematica, quindi con modalità di telemedicina. Perché il paziente non può sempre essere costretto a rivolgersi a uno specialista visto che sono io come medico curante a conoscerne la storia, salvo il fatto che poi posso parlarne con il collega che a sua volta mi darà un consiglio.

Quindi sarà il medico a decidere se visitare fisicamente il paziente?

Ma ci mancherebbe, è ovvio e non si discute assolutamente. Però io credo che con un sistema di quel tipo si possano già eliminare una certa quota di visite. Ma l'esempio più eclatante è un altro. C'è una legge finanziaria del 2019 che ha messo in bilan-

cio 219 milioni per dotare tutti gli studi dei medici di famiglia delle attrezzature di base, come un ecografo, un elettrocardiografo e alcuni esami di laboratorio, proprio per poter passare da un sospetto diagnostico a una diagnosi più certa. Spesso, quello che non facciamo in studio lo carichiamo poi a livello di ospedale o poliambulatorio.

Vuole dire che questi soldi possono ancora essere utilizzati o sono rimasti fermi?

Noi non li abbiamo mai visti! Sono stati deliberati nella legge finanziaria del 2020 e approvati nel dicembre del 2019. Nel 2022 sono passati due anni e in quel momento sarebbero proprio servite quelle attrezzature in studio. Nel 2022 è stato emesso il decreto attuativo. Sono passati altri due anni e negli studi dei medici non è arrivato nulla.

Si parla tanto di malasanità e la percezione comune è che i medici non

facciano il loro dovere malgrado il più delle volte si facciano in quattro per assistere i pazienti. In qualità di medico di medicina generale cosa ne pensa di farli diventare medici dipendenti?

La premessa che faccio è questa: prima di decidere se un medico deve essere convenzionato come dipendente, bisogna capire qual è il suo ruolo nel servizio sanitario nazionale, altrimenti si rischia di fare un discorso un po' ideologico e teorico, ma senza una base pratica concreta. Oggi la situazione prevista dalla convenzione attualmente in atto è già molto avanzata, perché prevede una cosa molto particolare che cambia completamente il ruolo del medico di famiglia. E cioè, cosa succedeva in precedenza? Aprivo il mio studio e cominciavo gradualmente ad acquisire dei pazienti. Per ogni paziente mi arrivava un compenso. Si tratta di un compenso a quota capitaria. Più pazienti, più compenso. Ma io quando mi sono inserito nel settore, ho impiegato quasi due

anni per raggiungere uno stipendio che mi permettesse di pagare le spese proprio perché bisogna procedere gradualmente. Oggi nella convenzione non si prevede più che ci siano medici a quota capitaria o a orario. Quali sono i medici a orario? Per esempio le guardie mediche che vengono pagate per le 12 ore di lavoro durante la notte. Ci sarà un solo tipo di medico che dovrà lavorare 38 ore alla settimana. Quando apre il suo studio, quel medico lavorerà una o due ore per i pazienti che si rivolgono a lui, nel senso che ne avrà pochi. Le altre ore le deve destinare al servizio sanitario, ovvero alle cosiddette case della comunità. Man mano che aumentano le sue prestazioni, diminuiscono le ore che deve fornire alle case della comunità, ma il suo stipendio rimane fisso. Per concludere, secondo me non è ipotizzabile che i medici di famiglia diventino dipendenti.

Patrizia Biancucci



Perché la sanità pubblica ha a che vedere con l'accesso alle cure odontoiatriche

Questo commento prende spunto dall'intervista riportata qui sopra, realizzata precedentemente alla nomina di Giustetto nel direzione nazionale FNOMCeO, a seguito delle elezioni tenutesi nell'ultimo week end di gennaio.

Ci si potrebbe chiedere come l'intervista a cura di Patrizia Biancucci, relativa alla sanità pubblica e alle sue gravi criticità, abbia a che fare con l'odontoiatria, il settore medico più privato o solo quasi privato (3-4% a gestione pubblica) da sempre.

Forse è meglio chiarire quanto invece un settore di sanità pubblica carente possa influire in numeri sempre più importanti sull'accesso alle cure odontoiatriche o meglio della salute orale.

La sanità pubblica italiana è un sistema complesso e articolato che

si fonda su principi di universalità, solidarietà e equità. Istituito con la legge 832 del 1978, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha come obiettivo principale quello di ga-

Pagina 4

rantire a tutti i cittadini l'accesso a cure sanitarie di qualità, senza distinzione di reddito o condizioni sociali.

Già questo concetto ci fa riflettere come per ragioni che lascerei ad altri commentare, la specialità odontostomatologica, sia stata trascurata e relegata a cura "secondaria", meno degna di altre di rientrare a tutti gli effetti nel servizio nazionale. Un lusso per pochi prendersi cura della salute orale, dell'edentulia, delle carie, del tartaro, della malocclusione, delle cure endodontiche, per non parlare delle malattie sistemiche. Certamente le sensibilità sono cambiate da allora e l'attenzione per giovani e diversamente giovani si concentra su estetica, fattore socializzante a tutti i livelli, e funzione. È troppo tardi ora inserire l'importanza della salute orale, che riduce le patologie e quindi la spesa pubblica per la salute, quando i soldi non ci sono più per garantire il sistema di welfare sanitario (che da sempre ha praticamente escluso l'odontoiatria).

Attenzione però all'aggravarsi della situazione della "malasanità pubblica", che non deve intendersi come incapacità clinica in quanto l'Italia è al top delle capacità mediche e odontoiatriche, quanto a non garantire più un sistema di efficienza quantitativa e temporale ai pazienti "universamente garantiti" sul territorio italiano, facendo riversare parte dei pazienti alle strutture private sanitarie.

Il finanziamento della sanità pubblica italiana proviene principalmente da fondi pubblici, attraverso la tassazione generale. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito a un crescente dibattito riguardo alla sostenibilità del sistema, specialmente in seguito alla crisi economica che ha colpito il Paese. È noto come il servizio sanitario pubblico abbia subito tagli ai finanziamenti che hanno influito sulla qualità dei servizi offerti. Anche se ci sono stati aumenti recenti, le risorse sono spesso considerate insufficienti rispetto alle esigenze della popolazione. La carenza di personale medico e infermieristico è un problema significativo. Molti professionisti della salute hanno lasciato il settore per diverse ragioni, inclusi turni di lavoro stressanti e condizioni di lavoro difficili. L'accesso ai servizi sanitari è stato limitato dalle lunghe liste di attesa. Di fronte all'insufficienza della sanità pubblica e alle lunghe attese, molti cittadini scelgono di rivolgersi a strutture private per ricevere cure più rapide, nonostante i costi elevati.

Fino al 2023, l'analisi dell'incremento della sanità privata in Italia mostra una tendenza crescente.

Un'indagine conoscitiva dell'Istat sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria, resa pubblica nel 2023 e che esclude le cure odontoiatriche specificatamente (<https://www.istat.it/it/files/2023/05/Istat-Testo-Commissione-Affari-Sociali-05-maggio-2023.pdf>), ha messo in evidenza questi fenomeni. Da questa indagine, a cui si rinvia per la lettura, emerge una rinuncia alle cure a prestazioni per le lunghe liste di attesa. Si legge tra l'altro:

"Altro aspetto che potrebbe evidenziare una maggiore difficoltà di accesso alle cure è che per soddisfare il bisogno di prestazioni sani-

tarie è stato necessario un maggior ricorso all'"out of pocket" o a spese sanitarie garantite da copertura assicurativa. Nel 2022, la composizione rispetto alla spesa per visite e accertamenti si sposta di alcuni punti percentuali da prestazioni a carico del SSN o gratuite a quelle pagate di tasca propria o con rimborso parziale o totale da parte delle assicurazioni private o aziendali. Rispetto al 2019 aumenta soprattutto la quota di persone che dichiara di aver pagato interamente a sue spese sia per le visite specialistiche (dal 37% delle persone che

dichiarano di aver effettuato visite o accertamenti negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista al 41,8%)".

Cosa ha a che fare tutto questo con l'odontoiatria? Tanto, se si pensa che gli italiani che accedevano alle cure odontoiatriche sono meno del 40%, di cui più del 35% privatamente. Si può ben immaginare le scelte dei cittadini che avevano un budget per la sanità privata per lo più devoluta alle cure dentarie. Il budget è devoluto alle cure sanitarie private un tempo a carico della sanità pubblica! Ecco perché l'argomento coinvolge gli odonto-

iatro, in primis per far valere la salute orale come cura essenziale e, ultimo ma non ultimo, per mantenere in vita il sistema privato odontoiatrico per tutti e non solo per una piccola percentuale di cittadini. Ben venga quindi l'unanimità di elezione della direzione FNOMCeO e il cambio di direzione della Cao a guida di Senna (vedi l'articolo sulla prima e sulla seconda pagina), che pur avendo nel programma la volontà di far contare numericamente la componente odontoiatrica abbraccia a pieno titolo la sinergia con la FNOMCeO e l'eletto presidente

Anelli, con un cambio di prospettiva che vede nella specialità della medicina orale una componente imprescindibile della sanità e delle cure del cittadino, con la benedizione della larga maggioranza che ha fatto eleggere la sua lista.

Le correlazioni sono tanto evidenti e da attenzionare che abbiamo dedicato in questo numero le prime 5 pagine. L'equazione è chiara: - sanità pubblica, + spesa per sanità medica privata (e assistenziale) = - budget per le cure private odontoiatriche.

Patrizia Gatto



chlo-site

per tutte le tasche

Un unico prodotto per tutte le problematiche parodontali

Gel di Xantano con Bi-Clorexidina

| CHLO-SITE | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|---|
|  | GENGIVITE | Paziente parodontale stabile | ✓ |
| | GENGIVITE | Presenza di pseudotasche | ✓ |
|  | PARODONTITE | Stadio I | ✓ |
| | PARODONTITE | Stadio II | ✓ |
| | PARODONTITE | Stadio III | ✓ |
| | PARODONTITE | Stadio IV | ✓ |
|  | MUCOSITE | | ✓ |
| | PERI-IMPLANTITI | | ✓ |
| | IMPLANTOLOGIA PROTESICA | | ✓ |
|  | PRECHIRURGIA PARODONTALE | | ✓ |



Rimane all'interno della tasca per **20+ GIORNI**



PER TUTTO LO STUDIO

È un dispositivo medico che può essere usato anche dall'igienista



Scopri di più **SCARICA LA BROCHURE**

CHLO-SITE 6 QUALE PACCHETTO OFFERTA PREFERISCI?

5+1 STANDARD PACKAGE

- 5 confezioni Chlo-Site 6 siringhe 0,25 ml
- 1 confezione Chlo-Site 1 siringa 1 ml
- Totale - 8,5 ml
- Numero tasche 68

~~€449~~ €335,75 + IVA 10%

7+2 GOLD PACKAGE

- 7 confezioni Chlo-Site 6 siringhe 0,25 ml
- 2 confezioni Chlo-Site 1 siringa 1 ml
- Totale - 12,5 ml
- Numero tasche 100

~~€661~~ €442,40 + IVA 10%

10+5 PREMIUM PACKAGE

- 10 confezioni Chlo-Site 6 siringhe 0,25 ml
- 5 confezioni Chlo-Site 1 siringa 1 ml
- Totale - 20 ml
- Numero tasche 160

~~€790~~ €592,50 + IVA 10%

Acquista i pacchetti direttamente dal nostro sito inquadrando il QR-Code o tramite mail scrivendo all'indirizzo servizioclienti@ghimas.com



ghimas.com

Bondaggio con 3M Clarity Precision Grip Attachments

Descrizione

Anni: 53.

Preoccupazione principale: «Voglio riallineare i miei denti, soprattutto i denti anteriori inferiori che si sono affollati dopo che ho smesso di indossare i miei retainers qualche anno fa».

Il paziente ha portato apparecchi ortodontici da bambino e successivamente allineatori da adulto alcuni anni fa.

Diagnosi del caso

Classe scheletrica I, lieve classe dentale II canina, relazione molare di classe II completa. Precedenti estrazioni dei primi premolari superiori e del primo premolare sinistro inferiore. Leggera recessione gengivale generale a causa di abrasione da spazzolino. Overjet di 5-6 mm, overbite profondo al 25%, lieve affollamento superiore e inferiore.

Piano di trattamento

Mantenere l'occlusione di classe II, allineare e praticare IPR sugli anteriori superiori per una leggera riduzione dell'overjet. Procedura di Bondaggio: 10-15 minuti per la preparazione e la procedura di bondaggio

Caso gentilmente fornito da: Dott. Doug Palaganas, Consulente per Solventum New York – USA.

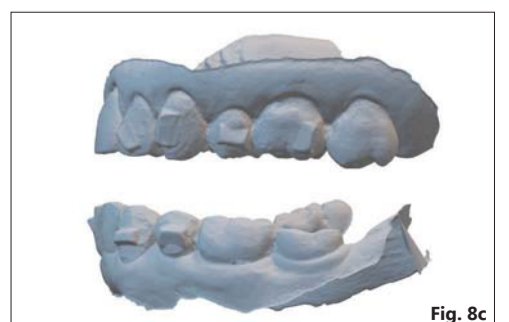
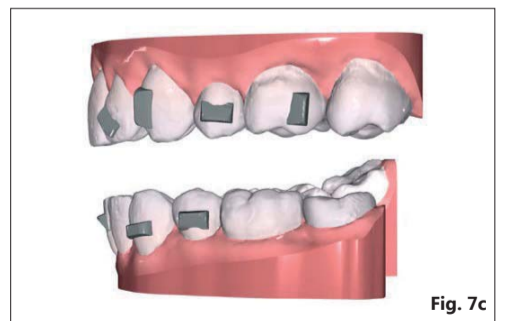
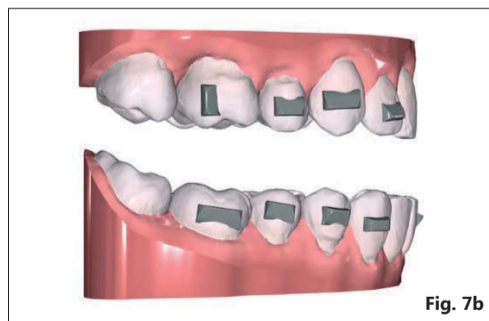


Fig. 1a - Retrazione anteriore: pre-bondaggio; **Fig. 1b** - Retrazione anteriore: attachments fissati; **Figg. 2a-2d** - Retrazione anteriore: 1 mese post-bondaggio / allineatore #5; **Fig. 3a** - Vestibolare destro retratto: pre-bondaggio; **Fig. 3b** - Vestibolare destro retratto: attachments fissati; **Figg. 4a, 4b** - Vestibolare destro retratto: 1 mese post-bondaggio / allineatore #5; **Fig. 5a** - Vestibolare sinistro retratto: pre-bondaggio; **Fig. 5b** - Vestibolare sinistro retratto: attachments fissati; **Figg. 6a, 6b** - Vestibolare sinistro retratto: 1 mese post-bondaggio / allineatore #5; **Figg. 7a-7c** - Piano di trattamento; **Figg. 8a-8c** - Scan post-bondaggio.

 **BOLOGNA2025**



OPEN MEETING

VIENI AL PRIMO GRANDE EVENTO RESIDENZIALE IAO DEL 2025!

Assisti alle 2 LIVE SURGERIES
di riabilitazione implantare a carico immediato e differito.

Scopri tutte le soluzioni terapeutiche
per la gestione dell'elemento compromesso in area estetica.

Partecipa ai WORKSHOP AZIENDALI
dei nostri partner sponsor.

6-8 MARZO



WWW.IAO-ONLINE.COM/BOLOGNA2025



WWW.IAO-ONLINE.COM

*There's more
in the making.*



FRANCIACORTA 2025
23-24 MAGGIO 2025

CLOSED MEETING

Attività scientifica e ludica all'interno della tenuta Ca' del Bosco in esclusiva dei Soci Attivi IAO.



PADOVA 2025
2-4 OTTOBRE 2025

CONGRESSO INTERNAZIONALE

Approccio multidisciplinare al paziente implantare.



La medicina traslazionale a supporto delle cure mirate sul paziente

Intervista al prof. Natalia Malara

La prof. Natalia Malara, oncologa e docente all'Università della Magna Grecia di Catanzaro, è una ricercatrice di fama internazionale e le sue pubblicazioni sono tutte frutto di collaborazioni con scienziati stranieri.

Prof. Malara, lei si occupa di medicina traslazionale. Ci spiega in che cosa consiste?

Nella mia università Magna Grecia di Catanzaro, a cui mi onoro di appartenere, la medicina traslazionale è applicata in molti ambiti, dall'oncologia alla medicina interna alla cardiologia. Il termine "traslazionale" indica la possibilità di fornire cure integrate al paziente. La cura, infatti, non parte e finisce con la visita medica, ma è arricchita da un plus che si sviluppa nell'ambito di un laboratorio. Per eseguire una medicina traslazionale abbiamo bisogno di acquisire delle informazioni sul paziente, informazioni che derivano sia dalle analisi convenzionali, sia da analisi particolari che vengono eseguite su campioni di sangue o su cellule del paziente e che possiamo acquisire dopo un intervento chirurgico, un frammento operatorio o un frammento biotico.

Ai fini pratici, tutto questo lavoro di laboratorio serve per una terapia mirata e super personalizzata?

Spieghiamo bene la differenza: la medicina traslazionale ha dato origine a due branche in particolare, la medicina di precisione e la medicina personalizzata e entrambe sono figlie della medicina traslazionale.

La precisione nasce dalla possibilità di poter mirare la terapia direttamente a un target molecolare che noi verifichiamo con la sua presenza o assenza analizzando il materiale biologico del paziente, sia esso tessuto o sangue, a seconda anche della patologia in atto. Precisione significa mirare con precisione a un target molecolare. La presenza o assenza del biomarcatore mi permette quindi di adottare un approccio che non è personalizzato, ma individualizzato, perché di fatto ci avvaliamo del biomarcatore come guida per trattare quell'individuo. L'individuo diventa persona e quindi la medicina passa dalla precisione alla personalizzazione. Quando ad esempio utilizziamo le cellule del paziente in oncologia le modifichiamo e le usiamo come trattamento. Un esempio è rappresentato dal car-t: se utilizziamo i linfociti T, li modifichiamo per poi tornare al paziente e utilizzare questa terapia nell'ambito dell'oncologia ematologica e di quella solida, e dunque abbiamo cominciato a vedere ottimi risultati. In questo tipo di trattamento certamente l'Italia è all'avanguardia.

Prof. Malara, lei sta seguendo un progetto. Ci spiega di cosa si tratta?

Sì, noi da anni alla Magna Grecia seguiamo il progetto CHARACTEX che ci permette di isolare e analizzare le cellule tumorali circolanti, quindi la componente non ematologica presente nel paziente oncologico, sempre che il paziente sia affetto da un tumore solido e non da un tumore ematologico.

In qualità di relatrice internazionale la chiamano o fa parte di qualche circuito particolare?

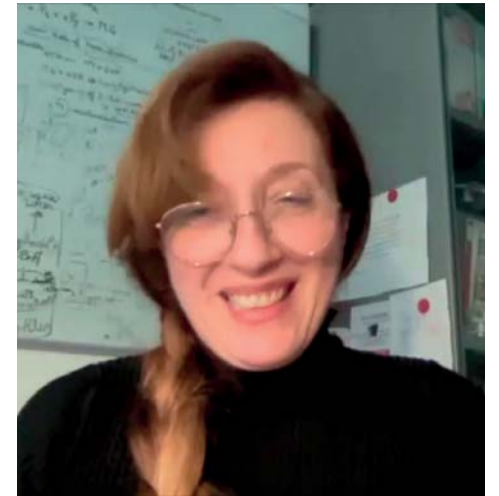
Queste cose coesistono tutte insieme. Ci sono i congressi a cui vengo invitata, i congressi a cui invio i miei lavori e, come per l'ultimo che abbiamo mandato a Houston, siamo stati premiati perché il nostro lavoro è stato scelto per essere pubblicato su una rivista molto prestigiosa.

Si potrebbe quindi dire che la prof. Malara è "indicizzata"?

L'H-Index tiene conto non solo dell'impact factor, ma anche del numero di citazioni che chi pubblica riceve da chi poi lo cita a sua volta nelle proprie pubblicazioni.

Quando nasce la sua passione per la ricerca?

Le posso dire che ho iniziato a 17 anni e dopo quattro anni a una sessione ero già laureata.



Si evinceva già un mio interesse dalla tesi sperimentale della laurea in Medicina dal titolo "Biomodulazione di membrana delle cellule tumorali". Poi la specializzazione, il dottorato, la gavetta da ricercatore sono state tutte esperienze che si sono rivelate molto utili, anche se molto lunghe. Le voglio però dire che mi ha formato e credo che mi abbiano chiamata come professore associato quando ero pronta, non solo dal punto di vista professionale.

Prof. Malara, ritiene che la ricerca debba essere libera, possibilmente anche dai condizionamenti delle aziende?

Uno dei miei maestri mi ha detto: "Ricordati che se vuoi fare ricerca per farla veramente, non devi avere nessun cappello, nemmeno l'adesione a una società o associazione". Infatti, le uniche società a cui aderisco sono quelle mediche legate alla mia professione. Per il resto, sì, mi piace poter dire che mi sento libera di fare.

Dental Tribune Italia



“La ricerca traslazionale come un pilastro inamovibile della cultura odontologica”

Intervista al prof. Marco Tatullo

Il professor Marco Tatullo, in rappresentanza dell'Accademia Barese, è un laureato in medicina e in odontoiatria. A livello accademico, è coordinatore del corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria dell'Università Aldo Moro di Bari e professore ordinario del Dipartimento di Biomedicina Traslazionale e Neuroscienze.

Professore, ho avuto modo di sentirla parlare al dodicesimo congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano a Viareggio. Ha tenuto una relazione dal titolo un po' disorientante: "Oraloma ed estroboloma nella patogenesi delle malattie sistemiche". Oraloma ed estroboloma sono parole non comuni. Di cosa si tratta?

In primo luogo, vorrei dire che il congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano è stato un bel evento in cui la ricerca ha incontrato la clinica, perché non dobbiamo mai dimenticare che la ricerca è la base dell'innovazione clinica. Cosa sono Oraloma ed Estroboloma? Sono esattamente ciò che la moderna ricerca ci impone, ovvero la categorizzazione delle specie batteriche che abitano all'interno del cavo orale.

Nel cavo orale è presente un ecosistema composto da miliardi di patogeni o di commensali, ovvero batteri, virus, funghi e miceti, che sono estre-

mamente vitali e impattano sulla salute del cavo orale. Con una nostra ricerca pubblicata sul Journal of Dental Research, la rivista numero uno al mondo per la ricerca in odontoiatria, abbiamo scoperto che una parte di questi batteri, per capirci il famoso microbiota che tutti sentiamo nominare ormai in tutte le salse, metabolizza gli estrogeni, ormoni tipici delle donne e responsabili, tra le altre cose, di alcuni tumori estrogenodipendenti. All'interno di questa complessa ricerca, che ha coinvolto l'Università di Cagliari, il professor Orrù, l'Università del Michigan e l'Università di Dundee, quindi assolutamente internazionale, abbiamo scoperto che la prevenzione che noi costantemente facciamo nei nostri studi, con l'igienista come primo baluardo, in unione con l'odontoiatra e il patologo orale, in rappresentanza medica della prevenzione odontoiatrica, svolge un'azione che non nasce e muore all'interno del cavo orale, ma che può avere un impatto anche sulle patologie sistemiche ed è molto importante.

Questo credo che ormai sia un elemento su cui molti odontoiatri fanno affidamento e quindi rappresenterebbe un valore aggiunto anche per gli igienisti più preparati. In tutto ciò c'entra la cosiddetta medicina traslazionale in ambito odontoiatrico?

Guardi, dottoressa, tra i vari titoli non mi ha attribuito quello di dottore

in biologia e biochimica medica. Perché lo dico? Perché, in effetti, la traslazionale è assolutamente vitale al giorno d'oggi per comprendere il ruolo delle scienze di base, in particolare la biologia e la biochimica. Spesso queste scienze sono viste come un mondo a parte. In realtà, sono i mattoncini che poi costruiscono la salute non solo del cavo orale, ma di tutto l'organismo. E devo dire che tutte le governance a livello di Ateneo del corso di laurea in Odontoiatria, penso al professor Lo Muzio e alla professoressa Polimeni, che sono ricercatori di fama internazionale, hanno promosso e sostenuto la ricerca traslazionale come un pilastro inamovibile della cultura odontologica.

In pratica, cosa vuol dire traslazionale?

Gli americani usano l'espressione "From bed to bench", quindi il rapporto biunivoco dal laboratorio al letto del paziente è ciò che è la ricerca applicata, per capirci, in modo molto banale ma assolutamente efficace.

Immagino che tutto questo rientri nel vostro corso di laurea. Ci sono delle applicazioni didattiche di questo tipo, perlomeno a Bari?

Absolutamente sì. Siamo entusiasti del nuovo ordinamento didattico che ci permette di personalizzare i corsi di laurea in base alle esigenze culturali e didattiche degli studenti. La Scuola di Odontoiatria di Bari è tra le prime che

si è adeguata al decreto ministeriale 133 del 2023, introducendo materie e nozioni che rappresentano oggi il meglio in termini di formazione. Ad esempio, abbiamo introdotto gli insegnamenti di biotecnologie applicate alla diagnosi precoce e alla terapia traslazionale, medicina rigenerativa e tutte le branche delle scienze di base, come le scienze omiche (proteomica, metabolica, etc.), che oggi vengono veicolate esclusivamente nei corsi di biotecnologia. Invece, l'odontoiatra è innanzitutto un medico e l'igienista è un membro sanitario di un team interdisciplinare. Pertanto, ognuno ha la responsabilità di sapere qual è l'avanguardia nella ricerca e nella terapia per il proprio ruolo.

Troppo spesso si tende a considerare la bocca e i denti come qualcosa di estraneo al resto del corpo. Il medico deve avere la capacità di riconoscere i segnali di malattie estremamente pericolose, quali parodontite, diabete o problemi cardiaci. È corretto?

È giustissimo. Io ai miei studenti ridicolizzo ogni volta il termine "Porphyromonas gingivalis", che è un batterio che si trova nelle parodontiti. Dovrebbero chiamarlo "Porphyromonas ubiquitous", perché è stato trovato nelle placche ateromatose dei grossi vasi cardiaci, nella materia cerebrale e in malattie infiammatorie neurodegenerative. È dunque evidente il collega-

mento tra i patogeni del cavo orale e una serie di patologie infiammatorie su base sistemica che non possiamo ignorare.

Dalle sue parole mi è venuto in mente questo. Per me la Puglia e i pugliesi sono all'avanguardia. I pugliesi in generale sono avanti: hanno uno spirito imprenditoriale, sono veloci, ecc. Adesso mi rendo conto che l'accademia barese, sia molto avanti rispetto a tante altre.

Devo ringraziarla per avermi dato la possibilità di parlare dell'Accademia Barese, un'accademia che si distingue per i suoi tanti profili. La nostra scuola di specializzazione in chirurgia orale utilizza il laser comunemente, una tecnologia all'avanguardia, e la nostra scuola di ortodonzia è tra le più attive da un punto di vista congressuale. Tuttavia, non vogliamo essere i primi della classe, perché tutta l'odontoiatria italiana è tra le migliori al mondo, e non da oggi, come è abbastanza acclarato. In America parlano dell'Italian style, non a caso.

Le voglio fare i complimenti più sinceri. Le auguro buon lavoro di continuare su questa strada.

Dental Tribune Italia

Rigenerazione tissutale guidata su difetti intraossei profondi con anatomia complessa

Giacomo Tarquini

Introduzione

Nonostante il buon esito della terapia parodontale di fase 1 e 2, al momento della rivalutazione è frequente osservare la presenza di difetti intraossei quale inevitabile sequela della malattia parodontale: ciò rappresenta un fattore di rischio sito - specifico per la progressione della parodontite¹ poiché in corrispondenza dei siti associati a tali difetti sarà più probabile un processo di reinfezione².

Le tecniche di Rigenerazione Tissutale Guidata (GTR) si rivolgono alla terapia dei difetti intraossei e sono fondate sul principio dell'e-

clusione cellulare selettiva: dopo aver effettuato il *debridement* della lesione intraossea e aver decontaminato la superficie radicolare si procede alla copertura del difetto con una membrana barriera allo scopo di consentire l'accesso e la proliferazione alle sole cellule in grado di ricostruire l'apparato di attacco parodontale³.

Il *debridement* del difetto e la decontaminazione della superficie radicolare sono tradizionalmente eseguiti con strumenti manuali, rotanti o, in alternativa, mediante inserti ultrasonici dedicati.

Viene presentato un caso clinico che illustra la risoluzione di un vasto difetto intraosseo su un molare mandibolare mediante procedura di GTR eseguita con l'ausilio di inserti ultrasonici dedicati e di biomateriali di nuova concezione allo scopo di valutarne l'efficacia e l'affidabilità.

Materiali e metodi

Paziente femmina (età 67 anni) giunge alla nostra osservazione lamentando modesta dolorabilità e sanguinamento a carico dell'ele-



mento 3.7 evocati dalle manovre di igiene orale domiciliare.

Dai sondaggi parodontali e dalle indagini radiografiche di 1° e 2° livello si evidenzia la presenza di un difetto intraosseo ampio e profondo che interessa la radice distale dell'elemento 3.7 nel suo aspetto disto-buccale; è assente il coinvolgimento della forcazione radicolare (Figg. 1-4).

Pagina 14

Rigenerazione ossea orizzontale con lamina corticale collagenata stabilizzata con colla di fibrina e viti da osteosintesi Case report

Domenico Patarino

Introduzione

La riabilitazione orale di pazienti parzialmente o totalmente edentuli con l'utilizzo di impianti endossei è divenuta ormai una metodica molto diffusa e capace di garantire risultati predicibili e affidabili a lungo termine¹⁻¹⁴. Possono comunque verificarsi condizioni sfavorevoli a carico delle creste alveolari come atrofia, malattia parodontale o esiti di traumi, che determinano una insufficiente dimensione ossea verticale e/o orizzontale o una sfavorevole relazione intermassellare, tali da rendere impossibile l'inserimento di impianti endossei o da compromettere il risultato estetico-funzionale della riabilitazione protesica supportata da impianti.

Al fine di risolvere il problema della carenza ossea a livello dei massellari, negli anni numerosi autori hanno utilizzato varie metodiche di

aumento volumetrico di creste ossee atrofiche.

Tra queste la rigenerazione ossea guidata (GBR) è una metodica chirurgica, supportata da numerose pubblicazioni scientifiche e revisioni della letteratura¹⁵⁻¹⁹, pubblicata per la prima volta da Dahlin et al. nel 1989 con uno studio sperimentale su modello animale.

La GBR a scopo implantare è una tecnica chirurgica che prevede l'utilizzo di membrane in associazione a materiali di riempimento, al fine di creare nuovo tessuto osseo nella zona del difetto per poter poi inserire impianti endo-ossei non solo in un adeguato volume osseo che circonda completamente tutta la superficie implantare, ma anche in una posizione ottimale per la successiva riabilitazione protesica.

Pagina 10



CORSO FAD 50 ECM

COME INTERCETTARE E SODDISFARE I BISOGNI DEI PAZIENTI ATTRAVERSO L'ORGANIZZAZIONE DELLO STUDIO ODONTOIATRICO

AUTORI
Patrizia CASCARANO, Franco CELLINO, Patrizia GATTO

PER ISCRIZIONI O MAGGIORI INFORMAZIONI
Tueor Servizi Srl
Tel. 0113110675 - info@tueorservizi.it
corsiecm.tueorservizi.it

tueor SERVIZI
marketing & comunicazione