



#1 SPAGNA
#58 MONDIALE

STANFORD UNIVERSITY

LA NUOVA EDIZIONE DELLA STANFORD RANKING CONSOLIDA EDUARDO ANITUA COME IL DENTISTA SPAGNOLO PIÙ AUTOREVOLE AL MONDO

Dr. Eduardo Anitua
Presidente di BTI

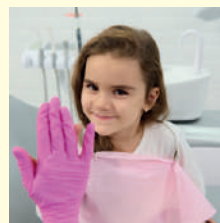
bti-biotechnologyinstitute.com

SPECIALE ODONTOIATRIA PEDIATRICA

Aggiornamenti in odontoiatria pediatrica

Nel numero di Aprile di Dental Tribune Italia proponiamo ai nostri lettori uno speciale dedicato all'odontoiatria pediatrica. Nelle pagine seguenti troverete una serie di contenuti e interviste a esperti della materia.

da pagina 3



Riprende la fiducia nelle potenzialità delle prestazioni dentali e ortodontiche

Patrizia Biancucci

L'Align Italian Summit 1-2 aprile 2022 al Lingotto di Torino si apre con i passi di danza dei ballerini che volteggiano sul palco al ritmo di una musica portatrice di sogni, davanti al doppio schermo su cui appare enorme lo slogan di due sole parole "Growing Together" seguito da un suggestivo filmato dell'azienda.



> pagina 26



TePe
Implant Orthodontic Brush™
Il tuo alleato in ortodonzia

Una scelta che conta

Made in Sweden

INDUSTRY REPORT

Odontoiatria digitale e intarsi: un flusso di lavoro vincente 24

GRANDI EVENTI

Perché il 65° corso Castagnola ha ancora tanto successo 27

FORMAZIONE

La Bone, Biomaterials & Beyond Academy lancia la sua piattaforma di formazione internazionale 30

SPECIALE ODONTOIATRIA PEDIATRICA

La salute orale nei primi 1000 giorni di vita

Intervista al prof. Paglia

Patrizia Biancucci



Il Prof. Luigi Paglia, direttore del Dipartimento di Odontoiatria Materno-Infantile dell'Istituto Stomatologico Italiano di Milano, sostiene che l'odontoiatra pediatrico viene contattato troppo tardi, quando la patologia cariosa è già in stato avanzato, per cui auspica campagne informative durante i corsi pre e post-partum in collaborazione con ostetriche, ginecologi e pediatri, allo scopo di fornire informazioni sulla salute orale durante la gravidanza di mamma e bambino, già nei primi 1000 giorni di vita.

Prof. Paglia, lei che è anche specialista in chirurgia maxillo-facciale, com'è approdato all'Odontoiatria pediatrica, o se

preferisce materno-infantile?

Dopo gli anni di formazione universitaria mi sono dedicato allo studio delle terapie chirurgiche odontoiatriche nei soggetti in crescita. Il focus principale dei miei interessi clinici e scientifici in quegli anni è stato proprio il trattamento chirurgico di soggetti in crescita con traumi dento-alveolari. In questo contesto si colloca la specializzazione prima in Odontoiatria e poi in Chirurgia Maxillo-Facciale e risale a questo periodo, assieme al prof. Giovanni Damia, l'introduzione della sedazione cosciente inalatoria in Italia, la quale avrebbe poi trovato ampia diffusione nel trattamento dei piccoli pazienti non collaboranti.

> pagina 3



btk  **Implanting Trust, Smile Again!**

ULTRA

IL POST ESTRATTIVO RISOLUTIVO




visit **btk.dental**

La prevenzione del contenzioso inizia dalla cartella clinica

Giulia Cortazza, Laurea in Servizio Sociale; consulente di organizzazione degli studi odontoiatrici.

Tutti gli operatori del settore sono abituati a parlare ai propri pazienti di prevenzione. Ottimo, la prevenzione è fondamentale in ogni settore, che sia medico o meno.

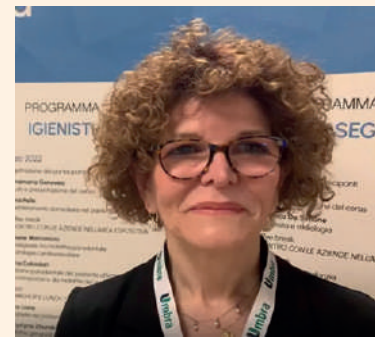
Ma i titolari di studio odontoiatrico che rapporto hanno con la prevenzione? Preciso che non sto parlando della prevenzione nella salute orale, ma di quella legata alla "salute" dello studio. Quanto si è realmente pronti ad affrontare qualunque tipo di problematica possa palesarsi con i nostri pazienti?

La reputazione di uno studio odontoiatrico si costruisce in anni di sacrifici e di duro lavoro. Anni in cui ci si spende per i pazienti facendo l'impossibile perché siano tutti soddisfatti e affrontando numerosi ritrattamenti e rifacimenti lavori, con conseguente

esborso di tempo e denaro (in termini di impegno, forza lavoro, costi di laboratorio raddoppiati ed occupazione della poltrona), per evitare di andare verso un eventuale contenzioso che, nella maggior parte dei casi, porterà inevitabilmente il titolare ad un risarcimento dei danni. Ciò è evitabile con qualche accortezza in più. Oggi, con il proliferare di cliniche odontoiatriche e catene low cost, si è notato anche un moltiplicarsi di studi legali agguerritissimi che attraggono pazienti insoddisfatti (per loro clienti portatori di guadagno certo) con campagne pubblicitarie massive, soprattutto sui social media. E vincono. Spesso, anzi, spessissimo, vincono.

La mancanza di prevenzione spesso fa sì che non si arrivi nemmeno ad un vero e proprio contenzioso in tri-

bunale il quale sarebbe, nella stragrande maggioranza dei casi, comunque perso, ma porta comunque al risarcimento del paziente con conseguente aumento del premio della polizza assicurativa nella migliore delle ipotesi. Ciò avviene non sempre perché è stato effettivamente arrecato un danno al paziente, ma semplicemente perché gli studi non arrivano pronti all'evenienza non applicando la prevenzione alla cartella clinica. Infatti, ritrovarsi con una cartella clinica mal gestita, con un diario clinico mal compilato e senza la documentazione radiografica necessaria, porta direttamente al risarcimento del supposto danno al paziente. Nello stesso modo in cui è fondamentale in qualunque ambito medico/chirurgico la compilazione attenta e scrupolosa della cartella cli-



nica, non si capisce per quale motivo nel settore odontoiatrico questa azione venga molto spesso affrontata in modo superficiale.

In sede di contenzioso, la cartella clinica è l'unico documento ufficiale a cui fare riferimento. La parola del professionista, se non supportata da riscontro in cartella e nel diario clinico, vale esattamente come quella del paziente. Anzi, ad essere precisi, vale decisamente meno, anche solo per il fatto che non può dimostrare di avere agito con perizia, prudenza e diligenza. Il paziente dovrà anche firmare sempre i consensi informati che andranno compilati, datati e firmati prima di eseguire la prestazione e mai dopo. Gli esami radiografici sono fondamentali per una corretta diagnosi e per confermare la riuscita di alcuni trattamenti, ad esempio quelli endodontici. Per la valutazione implantare, oltre ad un esame radiologico (ortopantomografia) è caldamente consigliabile un esame di secondo livello (TAC) per una più corretta e completa valutazione di qualità e quantità dell'osso. Altro capitolo fondamentale è l'anamnesi del paziente e l'elenco dei farmaci assunti. È noto che alcuni farmaci ed alcune patologie possono rappresentare controindicazioni alla chirurgia implantare, alcuni tanto da escluderla totalmente. Sarebbe infatti opportuno rimandare i pazienti a rischio ad un consulto con il proprio specialista di riferimento chiedendo di farsi rilasciare il nulla osta da conservare con i documenti del paziente. Per alcune categorie di farmaci e di patologie sono invece consigliati alcuni esami per valutare, ed eventualmente correggere, sempre tramite lo specialista di riferimento, alcuni valori da tenere strettamente sotto controllo prima di programmare un intervento di chirurgia implantare.

Chiaramente la corretta procedura può apparire complessa al punto da determinare un'eccessiva perdita di tempo, ma, vista in prospettiva del crescente numero di richieste di risarcimento danni, vale la pena dedicare qualche minuto e qualche accortezza in più nella compilazione completa della cartella e alla sua corretta gestione. Ricordiamoci che in alcuni casi si è arrivati a procedimenti penali nei confronti del professionista (art. 583 Codice Penale), ma anche in caso di condanna in sede civile, le conseguenze possono essere altrettanto devastanti, sia in termini di esborso economico immediato (anche se coperto da assicurazione) ma, soprattutto in termini di reputazione dello studio/professionista, in quanto gli accadimenti negativi viaggiano tramite il passaparola molto più velocemente di quelli positivi.

DENTAL TRIBUNE

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER - Torsten R. Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER - Claudia Duschek

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH

Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany

Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173

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. © 2022 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.

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XVIII Numero 4, Aprile 2022

MANAGING EDITOR - Patrizia Gatto

COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa

COMITATO SCIENTIFICO

G. Barbon, G. Bruzzzone, V. Bucci Sabatini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, A. Greco Lucchina, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.C. Pescarmona, G.E. Romanos, P. Zampetti

COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA

L. Aiazzi, P. Bianucci, 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. Bianucci, E. Ciccarelli, P. Gatto, L. Gribble, M. Martini, P. Visalli.

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

Reggiani Print S.r.l.

Via D. Alighieri, 50

21010 Brezzo di Bedero (VA)

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

Fax: 011 3097363

segreteria@tueorservizi.it

Copia singola: euro 3,00

ESACROM
electronics and medical devices

KIT S.U.S.

SURGERY ULTRASONIC SITE

BY DR. MARCO MOZZATI



Il primo Kit **T-Black** per la preparazione del sito implantare biologicamente guidata.

Disponibile solo con i dispositivi **Surgysonic®**

ONE MORE STEP IN ULTRASONIC SURGERY

Via Zambrini 6/A - 40026 Imola (Bo) Italy
Tel. +39 0542 643527 - Fax +39 0542 482007
esacrom@esacrom.com
www.esacrom.com



Follow us on



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.

La salute orale nei primi 1000 giorni di vita

Intervista al prof. Paglia

< pagina 1

Negli anni 2000, dal vecchio reparto di Pedodonzia dell'ISI completamente rinnovato, è nato il nuovo Dipartimento di Odontoiatria Materno-Infantile, attualmente molto attivo e propositivo nel panorama nazionale ed internazionale; questo grazie anche alla collaborazione con la Società Italiana di Odontoiatria Infantile (SIOI) e con le diverse cliniche odontoiatriche internazionali con cui ci interfacciamo attraverso la rivista *European Journal of Pediatric Dentistry (EJPD)*.

“Salute orale di mamma e bambino nei primi mille giorni di vita” è infatti il titolo della sua relazione al 9° congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano “Pedodonzia: un approfondimento dalla prevenzione alla terapia”. Cosa si fa o si potrebbe fare realmente nei primi mesi di vita?

Si può fare e si deve fare molto. I primi mesi di vita sono fondamentali per la salute orale del bambino e del futuro adulto. I pilastri della prevenzione primaria sono essenzialmente 3: alimentazione sana e bilanciata, igiene orale e visita specialistica odontoiatrica precoce.

L'allattamento e lo svezzamento accompagnano il bambino verso la formazione del gusto, l'acquisizione di abitudini alimentari e lo sviluppo di nuove funzioni psicomotorie che influenzeranno fortemente il suo stile di vita; devono essere condotti in maniera consapevole e, perché no, con il supporto di neonatologi, consulenti per l'allattamento e pediatri. La poppata o il pasto devono sempre essere seguiti da una accurata igiene orale, condotta dal genitore o caregiver sin dai primi mesi di vita. È raccomandabile pulire le gengive, la lingua e la bocca del piccolo paziente anche quando non sono ancora erotti i primi denti da latte mediante garzina o quantini appositi, per poi passare allo spazzolino una volta comparsi i denti. Non dimentichiamo, infine, che non è mai troppo presto per una prima visita odontoiatrica. Personalmente ritengo che la visita e la consulenza neonatale odontoiatrica debbano entrare di routine tra i controlli consigliati durante i primi mesi di vita del bambino.

Ritiene che si possa intervenire efficacemente già prima della nascita in termini di prevenzione delle malattie orali?

Il primo imprinting sulla salute orale del bambino ha inizio già nell'utero materno. Intervenire efficacemente ancor prima della nascita, e quindi durante la gravidanza, si può. In che modo? Semplicemente spiegando alle future mamme che è fondamentale prendersi cura della propria bocca. In questo modo possono evitare la pericolosa diffusione dei batteri associati alle più comuni malattie orali, come

parodontiti e carie, in grado di aumentare il rischio di aborto, il ritardo di crescita intrauterina, il parto prematuro durante la gravidanza e la carie precoce nel bambino dopo la nascita. Anche curare l'alimentazione è importante. La donna in gravidanza, a causa dei

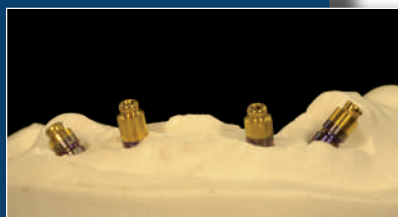
complessi cambiamenti fisiologici cui è soggetta, deve essere considerata ad alto rischio per le patologie del cavo orale e necessita pertanto di controlli odontoiatrici più frequenti. Per noi odontoiatri è fondamentale essere a conoscenza della programmazione o

dello stato di gravidanza, raccogliere informazioni sulla sua evoluzione e fornire i consigli e le opzioni terapeutiche più idonei.

> pagina 4



OT Bridge



La protesi fissa offre una soluzione all'edentulismo migliorando sensibilmente la qualità di vita del paziente. Il progetto nato nei laboratori di ricerca Rhein83 in collaborazione con alcune tra le Università italiane più prestigiose ha sviluppato la sistemica OT BRIDGE. Il risparmio di materiali, strumenti e tempi di lavoro sono gli aspetti fondamentali per la clinica e il laboratorio che possono contare sull'utilizzo del sistema OT EQUATOR – OT BRIDGE anche con tecnica digitale con i più avanzati software cad-cam.



Usa questo QR-code
per il programma corsi/eventi Rhein83



Usa questo QR-code
per scaricare i cataloghi/listini Rhein83

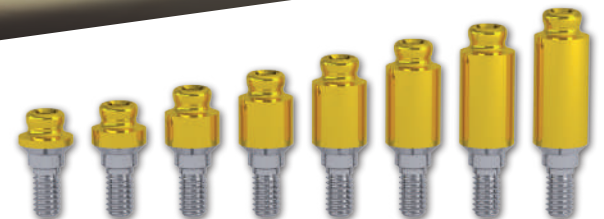
la protesi fissa
di Rhein83



inserzioni passive fino a 80° di divergenza



foto di C. Borromeo



L'attacco Ot Equator è per tutti gli impianti, altezze disponibili fino a 7mm. Per ordinare indicare sempre: la marca dell'impianto, il diametro dell'impianto e l'altezza del bordo di guarigione.

RHEIN83

Via E. Zago 10/abc 40128 Bologna (Italy) Tel. +39 051244510
www.rhein83.com • marketing@rhein83.it

Sempre più prevenzione con la metodologia CRA valutazione rischio carie individuale in età pediatrica

Stefano Checchi, Docente presso Università degli studi di Torino Corso di Laurea in Igiene Dentale; Igienista Dentale libero professionista e consulente aziendale.

La carie è una patologia orale tra le più diffuse al mondo assieme alle affezioni parodontali; sono infatti le condizioni prevalenti per le quali si rendono necessarie terapie e causa primaria della perdita dei denti. Circa la patologia cariosa nel 2018 l'OMS stimava un coinvolgimento di 2,4 miliardi di persone a livello globale di cui 480 milioni di bambini con lesioni cariose già a carico della dentatura decidua, con evidente compromissione della salute orale e generale e della qualità di vita.

A questi dati risulta utile porre in relazione quelli economici: a livello globale il 45% dei costi per il recupero della salute orale sarebbero imputabili alla carie e sue complicanze, con un valore stimato di 245 miliardi di dollari annui di cui 161 di costi diretti per le cure e 84 di costi indiretti riconducibili anche alla perdita di produttività (dati ACFF Alliance for a Cavity-Free Future 2015). Le informazioni disponibili indicano la necessità di interventi urgenti di carattere preventivo comunitario mirati a ridurre la prevalenza della patologia cariosa (e con essa i suoi segni e sintomi) in tutte le fasce di popolazione, partendo proprio da quelle più fragili come quella pediatrica, oltre a mitigarne l'impatto socio economico. Della patologia cariosa è riconosciuta da tempo la natura multifattoriale ove il rapporto tra batteri e denti rappresenta solamente una parte di un complesso sistema i cui elementi sono stati studiati e rappresentati mediante diagrammi, funzionali a evidenziare i rapporti tra loro (triade di Keys, diagramma Selwitz-Ismail-Pitts). Da questi elementi e dalle loro relazioni variabili derivano le note criticità in ambito sia terapeutico che preventivo nonché l'esigenza di un approccio specialistico. La cariologia è nata quindi come disciplina odontoiatrica in risposta a questa esigenza, ed il suo sviluppo e affermazione è culminato nella redazione e adozione nel 2011 di un curricula europeo in cariologia e nel 2018 all'adozione della sua versione italiana, ritenuta oggi standard di

riferimento. Pur rimanendo l'intercettazione precoce delle lesioni cariose (sintomo della malattia) fondamentale per assicurare il minore livello di intervento necessario (MID) e una migliore prognosi, il fo-

fo da J. Featherston et All. (2003 ed il 2007). Nella pratica il CRA prevede la raccolta strutturata di informazioni rilevanti circa fattori di rischio individuali del paziente riconducibili a 3 macro aree:

ne di esprimersi.

Le informazioni sono raccolte mediante colloqui con i pazienti/familiari/care giver, compilazione di questionari comportamentali, diari alimentari, schede anamnestiche

sitivi mobile (Cariogram Bratthal et All.1997-2019, childrenandcaries.com A. Butera et all.) in grado di analizzare e ponderare i dati al fine di rendere oggettivi i livelli di rischio individuati, evidenziare i fattori cri-



Fig. 1 - CRA Caries Risk Assessment per la definizione del rischio carie.



Fig. 3 - Effetti patologia cariosa: lesioni capitate.

cus attuale si è spostato sulla valutazione quanto più anticipata possibile del rischio individuale di sviluppo della patologia e dell'attivazione di azioni atte a ridurre o eliminare tale rischio prima che insorgano gli effetti tipici della malattia quali appunto lesioni da demineralizzazione e cavità a carico dei denti (da classificare con sistema ICDAS, non più con criteri topografici di Black). I principi per l'individuazione del rischio individuale carie CRA Caries Risk Assessment e sua conseguente gestione, rientrano nella metodica CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment), proposta e svilup-

1. Fattori personali tra questi: stato socio-economico, livello di educazione, conoscenze generali e sulla salute orale, attitudini e comportamenti in merito anche all'igiene orale.
2. Fattori locali cavo orale: saliva (quantità-flusso-pH-capacità tampone), uso prodotti fluorati, antimicrobici, antiaggreganti batterici, etc..
3. Fattori diretti: stato/condizione dei denti, presenza biofilm batterici cariogenici, dieta (assunzione carboidrati fermentabili), intervallo di tempo durante il quale i vari fattori hanno avuto occasio-



Fig. 2 - Effetti patologia cariosa: demineralizzazione dei tessuti duri.

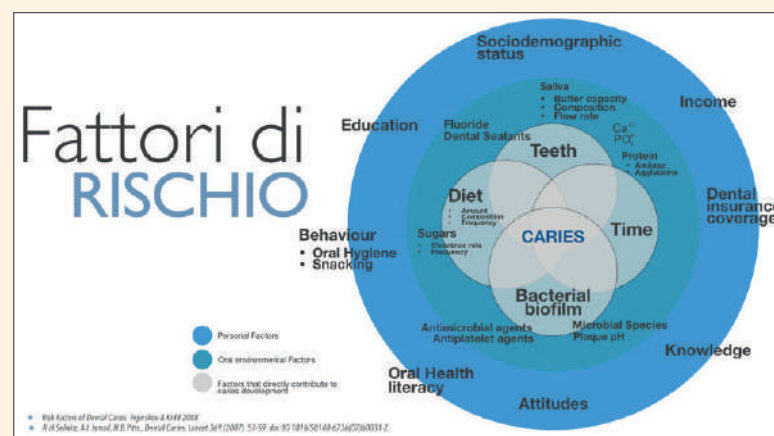


Fig. 4 - Diagramma fattori di rischio di Selwitz-Ismail-Pitts.

dedicate, valutazione condizioni di salute del cavo orale e stato dei tessuti duri del dente (con il supporto di tecnologie quali transilluminazione, difoti, fluorescenza laser) da parte dell'Odontoiatra o dell'Igienista Dentale nell'ambito di visite cariologiche. A ciascuna informazione viene attribuito un valore oggettivo e un punteggio che ne descrive il livello di criticità. Dalla somma dei valori ottenuti e dalla loro analisi critica deriva la stima del livello di rischio per l'insorgenza o sviluppo della patologia cariosa. Quale supporto alla metodica CRA sono stati sviluppati software e applicazioni per dispo-

stici su cui intervenire, rendere dati e informazioni facilmente comprensibili all'operatore e ai pazienti grazie a rappresentazioni grafiche, contribuendo ad aumentare consapevolezza e partecipazione al programma di prevenzione, controllo e cura.

In conclusione la metodica CRA rappresenta uno strumento validato, in grado di incrementare la capacità di diagnosi e prognosi nonché l'efficacia delle misure preventive definite sulla base delle specifiche caratteristiche di rischio dei pazienti soprattutto in un gruppo di popolazione ad elevata critica per la patologia cariosa quale la fascia pediatrica.

< pagina 3

Dal suo osservatorio risulta che le neo mamme siano sufficientemente informate riguardo l'igiene orale come strumento di prevenzione? Ad esempio nei corsi pre e post-partum?

Da uno studio recentemente pubblicato sull'European Journal of Pediatric Dentistry, condotto dal Dipartimento di Odontoiatria Mater-

no-Infantile dell'Istituto Stomatologico Italiano di Milano, risulta che le neo-mamme non sono abbastanza consapevoli riguardo l'importanza della prevenzione delle malattie odontostomatologiche. È fondamentale che tutte le figure professionali che ruotano attorno alla gestante prima e alla neo mamma dopo (addetti ai corsi pre e post-partum, ginecologi, neonatologi, pediatri, odontoiatri, e altri) facciano conoscere alle giovani donne le criticità

che possono presentarsi durante la gravidanza e nei primi anni di vita del bambino e diano loro una serie di istruzioni a partire da nozioni basilari, come modalità e frequenza di spazzolamento e corretto utilizzo dei dentifrici fluorati.

Prof. Paglia, esistono delle linee guida specifiche che coinvolgono anche l'Ostetricia?

Nel 2014 un gruppo multidisciplinare di esperti scelto dal Ministero della

Salute ha formulato le "Raccomandazioni per la promozione della salute orale in età perinatale" allo scopo di promuovere il miglioramento della salute orale delle donne in gravidanza, la prevenzione delle malattie orali nei bambini piccoli, la diffusione di informazioni accurate e l'erogazione di cure odontoiatriche appropriate nelle donne gravide. Nell'ambito di un progetto del Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, ho recentemente pub-

blicato in collaborazione con il prof. Roberto Gatto, direttore della Scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica dell'università dell'Aquila, il testo divulgativo "Salute orale di mamma e bambino nei primi 1000 giorni di vita".

Patrizia Biancucci

Odontoiatria pediatrica: da cenerentola a fulcro dell'odontoiatria italiana



Fino a qualche anno fa, quando si chiamava ancora Pedodonzia, era la cura del dente da latte. Oggi l'Odontoiatria Pediatrica sembra essersi affrancata da un ruolo a dir poco minimale. L'odontoiatria infantile, meglio definita "Odontoiatria Pediatrica", sta all'odontoiatria come la pediatria sta alla medicina ed è la disciplina che si occupa delle problematiche del bambino a 360 gradi, con il compito aggiuntivo di educarli alla salute orale. Purtroppo in passato questa branca dell'odontoiatria è stata trascurata nel nostro Paese, considerata secondaria, forse perché meno remunerativa. L'Odontoiatria Pediatrica è cresciuta tantissimo negli ultimi vent'anni e, sebbene siano ancora pochi gli odontoiatri che si dedicano a questa specifica branca, attualmente sembra attrarre nuovi interessi. Infatti, se un tempo era il dentista generico a occuparsi dei bambini, negli anni le cose sono fortunatamente cambiate: oggi chi tratta il bambino è un professionista formato sotto il profilo delle competenze ma anche dal punto di vista dell'approccio psicologico.

Gianmaria Fabrizio Ferrazzano, past president SIOI e attuale presidente nazionale della Accademia Italiana di Odontoiatria Pediatrica, laurea in Odontoiatria, Cattedra Unesco in Health Education and Sustainable Development presso l'Università Federico II di Napoli, ha focalizzato la clinica, la docenza e la ricerca proprio sull'Odontoiatria infantile a partire dagli anni 2000, fino a diventare uno dei massimi esperti in Italia di questa disciplina. Con lui andiamo a conoscere lo stato dell'arte di una branca che, fino a poco tempo fa, era la "cenerentola" dell'odontoiatria.

Prof. Ferrazzano, come possiamo definire l'Odontoiatria Pediatrica?

L'Odontoiatria Pediatrica è la disciplina che si interessa di prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie del cavo orale nei soggetti in età evolutiva, quindi in un arco temporale che va da 0 a 18 anni. Siamo anche abituati a chiamarla Pedodonzia, ma forse la definizione più giusta nel futuro sarà Clinica pedodontica. Con tale accezione si comprende bene come l'Odontoiatria pediatrica compendi in sé tutte le branche dell'Odontoiatria, ma interamente dedicate al piccolo e giovane paziente. In tale ottica, l'Odontoiatra Pediatrico è un professionista che ha condotto un lungo percorso formativo, con una visione ben diversa da come eravamo abituati anche solo 10-15 anni fa in Italia. Non è un caso che il legislatore circa 5 anni fa abbia sentito la necessità di istituire la scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica, consentendo così anche all'Italia di allinearsi agli altri Paesi.

In Italia è la SIOI ad occuparsi di sviluppo e ricerca in ambito di odontoiatria infantile. Giusto?

Sì, giustissimo. La SIOI, (Società Italiana Odontoiatria Infantile) è l'unica Società Scientifica del settore operante in Italia. È una realtà molto prestigiosa, con oltre 65 anni di storia alle spalle, e dunque la più antica del mondo nel settore odontoiatrico. La SIOI è accreditata presso il Ministero della Salute, opera sul territorio nazionale in maniera capillare attraverso le sue Sezioni regionali ed ha forti sinergie con l'EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry) e con l'IAPD (International Association of Paediatric Dentistry), i due organismi internazionali, rispettivamente europeo e mondiale. Inoltre, la SIOI detiene l'intera proprietà dell'European Journal of Paediatric Dentistry, che da anni si colloca tra le prime riviste scientifiche nel mondo.

Finalmente e dopo anni passati a considerare la Pedodonzia la cenerentola nel settore odontoiatrico, siamo arrivati ad avere diverse scuole di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica. Cosa ne pensa?

Beh, un traguardo davvero importante. Innanzitutto, e finalmente, consente di avere un percorso che consentirà, a chi lo intraprende, di accrescere notevolmente le proprie conoscenze nella disciplina, e ciò a tutto vantaggio dei nostri piccoli pazienti. L'altro effetto l'avremo sul territorio, perché, come è già accaduto negli scorsi decenni per l'Ortodonzia, l'istituzione della specializzazione cambierà la percezione stessa dell'Odontoiatria Pediatrica nella popolazione: presto i caregiver, quando si tratterà di affidare un bambino alle cure di un Odontoiatra, cercheranno e vorranno avere un Odontoiatra Pediatrico. Avverrà un cambiamento di paradigma che trasformerà l'Odontoiatria italiana nel breve tempo, ponendo la Pedodonzia al centro dell'intero 'mondo' odontoiatrico. Le Scuole di specializzazione italiane hanno anche la possibilità di accreditarsi a livello europeo tramite l'EAPD, il cui Education Committee, di cui mi onoro di far parte, dopo una fase di severa istruttoria, può rilasciare il riconoscimento europeo che attesta il livello di formazione su standard internazionali definiti e comuni. Un grande salto di qualità per i nostri Atenei!

Considerando il panorama internazionale come si collocano la SIOI e l'Odontoiatria pediatrica italiana?

Lo standard qualitativo dell'offerta pedodontica italiana, sia assistenziale che scientifica, si è elevato notevolmente negli ultimi decenni, colmando il gap che ci separava dai maggiori Paesi occidentali. Tutto ciò è saltato agli occhi degli osservatori internazionali e credo che la più concreta dimostrazione sia rappresentata dal XXI Congresso Nazionale SIOI svoltosi a fine 2021. Per la prima volta l'Italia ha organizzato un Congresso di valenza mondiale, in partnership con l'IAPD e l'EAPD e con oltre 20 Società scientifiche italiane. È stato un vero successo internazionale. Oltre 80, tra Relatori e Moderatori, da ogni angolo del pianeta, hanno offerto una panoramica esaustiva e di altissima qualità sullo stato dell'arte della disciplina. Oltre 1.600 partecipanti, odontoiatri, igienisti e pediatri hanno decretato un successo planetario che

colloca di diritto l'Odontoiatria Pediatrica italiana ai vertici mondiali.

Prof. Ferrazzano, quale futuro prevede per questa disciplina?

Il futuro è davvero roseo e ormai la rivoluzione culturale è iniziata. Sono certo che entro i prossimi 10 anni l'Odontoiatria italiana non sarà più come la conosciamo, e la differenza sarà rappresentata proprio dall'Odontoiatria Pediatrica. Si

affermerà una visione totalmente preventiva, in cui impareremo sempre più a prenderci cura del piccolo paziente sin dalla tenera età, a eseguire tutte le manovre preventive e terapeutiche, a fidelizzarlo e a consegnarlo SANO all'età adulta. Sarà un vero cambiamento culturale, che deve portare ad investire risorse sui nostri bambini e riuscire a sensibilizzare operatori e decisori politici. Tutto ciò è già successo decenni fa

in molti Paesi occidentali avanzati e adesso tocca a noi. Per questo mi sento di dire ai giovani, studenti e colleghi, di dedicarsi e di innamorarsi dell'Odontoiatria Pediatrica, in primis perché è bellissima, e poi perché rappresenta il futuro, che va intercettato e non subito facendosi superare dagli eventi con atteggiamenti attendisti.

> pagina 6

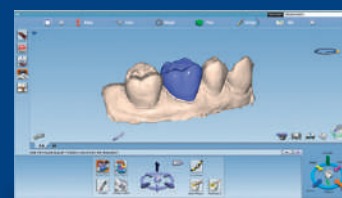
AD



PLANMECA FIT,

SCOPRI L'INTEGRAZIONE PERFETTA

- Scansione intraorale ultra veloce
- Design 3D sofisticato e fresaggio chairside di alta precisione
- Workflow completamente integrato nel software Planmeca Romexis®



Scansione

Progettazione

Fresaggio

Dental Network Srl - Agenzia Planmeca per l'Italia
Viale del Lavoro 36/38, 36100 Vicenza
Tel 0444-963200, fax 0444-658586
info@dentalnetwork.it, www.planmeca.com/it

PLANMECA FIT®

Inflammation gengivale, gengivite e parodontite: anche per i pazienti pedodontici screening e sondaggi

Il Prof. Filippo Graziani, Ordinario dell'Università di Pisa, parodontologo di fama internazionale, ha partecipato al 9° Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano che quest'anno si è focalizzato sulla pedodonzia. Quale il suo apporto a questo evento formativo?

Sicuramente lo scopo fondamentale è quello di passare ai colleghi la nostra esperienza sui dati clinici e ribadire l'importanza di eseguire screening di salute gengivale anche sui bambini. Bisogna sfatare il mito del dolore perché anche sui pazienti pedodontici il sondaggio parodontale è un'operazione semplicissima e non dolorosa, basta stare attenti.

In che modo il dentista generico può regolarsi e intercettare queste patologie?

È importante che qualsiasi collega implementi più che può tutto il percorso diagnostico e di screening perché sono tante le patologie che si possono intercettare e che hanno bisogno di cure odontoiatriche. La mancanza di intercettazione significa un danno per la salute del paziente e in ultimo anche per lo studio.

Ci sono delle patologie più



comuni che necessitano di essere intercettate in età evolutiva?

In età evolutiva, e soprattutto in adolescenza, si deve prestare molta attenzione al sanguinamento gengivale dipendenti dall'igiene orale ma anche dai grandi sbalzi ormonali tipici di questo periodo evolutivo.

L'individuazione del sanguinamento gengivale non corrisponde a fare una diagnosi di gengivite, è corretto?

L'infiammazione gengivale non coincide con la gengivite. Per una diagnosi di gengivite bisogna riscontrare un'infiammazione gengivale superiore al 10% dei siti della

bocca. Dopo aver definito la gengivite si può gestire la patologia in quanto tale. Un'infiammazione gengivale può non avere bisogno di nulla ma personalmente la tratterei sempre: è un trattamento indolore e non invasivo.

Tutte le parodontite sono precedute dalla gengivite.

Esatto. Per questa ragione, tutte le volte in cui ci si trova di fronte ad un caso di gengivite non possiamo essere sicuri che diventi parodontite, ma nel dubbio si trattano per fare un'adeguata prevenzione primaria della malattia.

Patrizia Biancucci

La demineralizzazione: una lesione da prevenire già prima del parto



Il dott. Andrea Butera, ricercatore e igienista dentale molto attivo, ha parlato della demineralizzazione e della remineralizzazione nelle prime fasi dell'età evolutiva durante la sua relazione al 9° congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano.

La mia relazione è stata essenzialmente una riesamina della letteratura sui fattori pre, peri e post natali che inducono l'ipomineralizzazione dello smalto e sui fattori di rischio che tutti i giorni l'igienista, il pedodontista e l'ortodontista devono individuare quando si presentano lesioni a carico degli incisivi e dei primi molari permanenti: si devono attuare delle adeguate indagini anamnestiche per capire l'entità della lesione e la causa. Da un'esamina della letteratura si è visto che i fattori che inducono queste lesioni nel prenatale sono principalmente i fattori genetici, l'allattamento prolungato oltre i 20 mesi consigliati dall'OMS, la presenza di febbre alta durante la gravi-

danza e soprattutto varicella e rosolia. I fattori postnatali, invece, sono dovuti ad abitudini viziate come l'assunzione di bevande edulcorate, zuccheri saturi e insaturi e contatto durante l'allattamento al seno con sostanze alcoliche. L'incidenza di queste lesioni a livello nazionale ed europeo oscilla tra 35 e il 50% ed è compito dell'igienista attuare dei protocolli di remineralizzazione in base all'entità della lesione creando un workflow di lavoro con trattamenti mensili, trimestrali o semestrali.

Lei e il suo gruppo avete mai pensato di tenere un corso per le future mamme?

Tutt'ora lo teniamo. All'interno del percorso universitario di Igiene Dentale dell'Università di Pavia di cui sono Direttore Didattico effettuiamo mensilmente un incontro durante il corso preparato e le istruiamo alle norme basiliche per la gestione della salute orale del nascituro dai primi giorni di vita. Sarebbe auspicabile che in tutti i corsi di laurea e le unità ospedaliere mettessero a disposizione questo servizio così da fornire informazioni fondamentali e incidere sulla diminuzione dell'incidenza delle lesioni a carico dei tessuti duri.

PB

< pagina 5

Quali sono gli attuali trend dell'Odontoiatria Pediatrica?

Beh, ve ne sono molti. Innanzitutto assisteremo sicuramente ad un forte incremento delle attività di prevenzione della carie che, ancora oggi in tutto il mondo, è la patologia cronica a maggiore impatto sociale nell'età evolutiva. Si stanno facendo strada metodiche preventive sempre più mirate ed individuali, basate sulla valutazione periodica del rischio, con drastica riduzione dell'assunzione degli zuccheri e sviluppo di molecole naturali bioattive anticarie. Non dimentichiamo inoltre che i massicci fenomeni migratori che caratterizzano i paesi occidentali porteranno, inevitabilmente, ad un incremento della patologia che va contrastato con strategie innovative e di tutto ciò dovranno farsi carico i Paesi ospitanti. In tale ottica sarà necessario insistere molto sulla prima visita odontoiatrica precoce che va effettuata non oltre i 18-24 mesi di vita e, ancor meglio prima!

Sicuramente si parlerà con maggiore interesse di Ortodonzia pediatrica, ovvero di una visione meno attendista e più precoce, perché molte problematiche possono e devono essere intercettate in fase iniziale, così che la soluzione sarà molto più



semplice.

Un altro aspetto che dobbiamo assolutamente sviluppare maggiormente è l'Odontoiatria degli 'special needs children', ovvero dei bambini che, in genere per gravi disabilità e/o patologie sistemiche, non possono garantirci la loro collaborazione durante le cure. In questi casi, è necessario ricorrere a tecniche sedative, lievi o profonde; un aspetto questo da sviluppare moltissimo in Italia, perché la domanda è di gran lunga superiore all'offerta, sia nel pubblico che nel privato.

Insomma, ci sarà davvero tanto da fare, e i giovani colleghi devono trovarsi in pole position.

Prof. Ferrazzano, finita la sua presidenza SIOI, a cosa pensa di dedicarsi nel prossimo futuro?

In questi giorni è terminato il mio mandato biennale come Presidente della SIOI. È stata un'esperienza molto impegnativa, ma fortemente esaltante e gratificante. Lascio una Società rafforzata nei numeri e nella presenza sul territorio, eppure, malgrado le difficoltà determinate dalla Pandemia Covid-19, sono davvero soddisfatto.

Mi dedicherò subito all'Accademia Italiana di Odontoiatria Pediatrica, di cui sono stato eletto Presidente Nazionale: un gioiello nato da poco come 'braccio d'élite' della SIOI e nel

cui ambito siamo pronti a realizzare molti progetti che meglio si adattano alla sua natura specifica. Saranno delle vere e proprie novità per l'Italia e per l'Europa, alcune delle quali porranno il nostro Paese subito al vertice della Comunità pedodontica internazionale ma...proprio per questo, preferisco non scoprire ancora le carte.

Continuerò comunque le mie attività di docenza universitaria e di ricerca scientifica presso varie università italiane ed estere e, in particolare, quella di Responsabile dell'Odontoiatria Pediatrica presso la Cattedra Unesco in Medicina dell'Università Federico II di Napoli, a

cui tengo particolarmente. Quando tre anni fa le Nazioni unite conferirono tale Cattedra, unica in Europa, in 'Health Education and Sustainable Development', fui profondamente onorato di essere scelto per tale incarico e davvero contento che l'ONU riconoscesse l'importanza e la responsabilità della salute orale per il benessere globale dei bambini e quindi della società a livello mondiale. Siamo gli unici al mondo, in ambito ONU, ad interessarci allo sviluppo scientifico, didattico ed assistenziale dell'Odontoiatria Pediatrica: un onore che cerchiamo di assolvere con il massimo impegno.

Vi è poi un ambito a cui ho dedicato molte energie nell'ultimo decennio, ovvero la Medicina Solidale, che consiste nel riuscire a garantire cure mediche di qualità e totalmente gratuite, a persone che vivono in condizioni di disagio economico e sociale. Siamo riusciti a realizzare molti progetti in Italia, grazie ai quali decine di migliaia di persone, tra cui tantissimi bambini, hanno avuto assistenza medica di qualità, anche odontoiatrica, gratuitamente. Ora è il tempo di estendere tale modello solidale anche a Paesi del terzo e quarto mondo. Per me questo è un imperativo morale.

PB

NUOVO. DIGITALE. INSIEME.

La nuova dimensione dell'odontoiatria
unificata tra il laboratorio e la pratica.



AG.LIVE
PORTAL
CONDIVISIONE
DEI CASI

DRS CONNECTION KIT



Scanner intraorale, software e
condivisione dei casi clinici su AG.Live
per offrire "Same day dentistry".

DRS PRODUCTION KIT



Fino ai ponti di 3 elementi realizzabili
direttamente in studio nell'arco
di un'unica seduta.

DRS HIGH-SPEED ZIRCONIA KIT



Sinterizzazione della zirconia in
soli 20 minuti con 16 colori VITA
perfettamente corrispondenti.

CURASEPT

Per ogni fase della crescita del bambino, Curasept c'è

Il processo di dentizione è un percorso biologico di evoluzione e maturazione del microbioma orale che accompagna la crescita di ogni persona e ne modifica i comportamenti e l'alimentazione. Ogni tappa di questo percorso è molto importante, ha esigenze e problematiche specifiche che devono essere trattate nel migliore dei modi.

La gamma di prodotti Curasept si rivolge ai bambini dalla nascita fino all'età adulta, con la garanzia di risultati evidenti e affidabili, e la sicurezza di un marchio che da anni si prende cura della salute orale e del sorriso. Grazie a una conoscenza scientifica profonda, Curasept risponde alle peculiari necessità di ogni età: dalla gengiva dei neonati ai primi dentini da latte, dai denti decidui a quelli permanenti, fino ai

Disturbi associati alla prima dentizione

L'eruzione dentaria nel neonato può essere accompagnata da alcuni disturbi:

Sintomi localizzati

- Eccessiva salivazione
- Gengive gonfie e arrossate
- Dolore gengivale

Modifiche del comportamento

- Agitazione e pianto continuo
- Inappetenza
- Sonno disturbato

denti del giudizio e alla dentatura definitiva.

L'eruzione dentaria è generalmente un processo indolore, ma nel neonato può essere accompagnato da diversi disturbi sia a livello localizzato che a livello di comportamento. Nel momento dell'eruzione dei primi denti è importante quindi cercare di dare sollievo al bimbo con prodotti appositi e particolarmente delicati, con componenti vegetali, privi di anestetici locali e privi di componenti zuccherine quali glucosio, fruttosio, saccarosio.

Curasept gel Primi Denti, grazie alla sinergia di acido ialuronico, agenti muco-adesivi ed estratti vegetali, aiuta ad alleviare rapidamente il dolore gengivale e il fastidio legati alla dentizione. Decongestiona le mucose e accelera i tempi di guarigione. Non contiene zucchero né anestetici locali o alcool. Per un'applicazione più semplice ed efficace è possibile utilizzare il massaggia gengive che, grazie alle delicate setole in silicone, permette di

massaggiare le gengive e pulire i primi denti appena erotti.

Già a partire dai 2-3 anni possono poi rendersi evidenti carie dentali, problematiche di crescita dei denti o di malocclusioni dentarie.

È bene quindi spazzolare i denti da latte non appena erompono, utilizzando dentifrici e spazzolini adatti all'età. È raccomandabile seguire un

> pagina 9



La malattia orale in età evolutiva



La Prof.ssa Giuseppina Campisi, Ordinario all'Università di Palermo di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche, ha rilevato alcune criticità sul territorio per quanto riguarda il trattamento di malattie orali sia in adulti che in bambini e soprattutto la mancanza di diagnosi.

Sì, esattamente. Sono molto contenta di aver partecipato al congresso di quest'anno dell'Istituto Stomatologico Toscano con un focus sulla pedodonzia. Il mio è il punto di vista della malattia orale, disciplina fondante dell'odontoiatria, non soltanto di noi che lavoriamo dentro i policlinici universitari, ma per tutta la buona odontoiatria sul territorio. La problematica è sempre la stessa, ovvero la scarsa e carente capacità da parte dell'odontoiatra di confrontarsi con i principi della diagnosi e quindi tende a considerare tutte uguali le patologie e spesso le patologie delle mucose orali vengono fraintese o non diagnosticate. Spesso solo considerate le candidosi o le afte quando invece in odontoiatria dell'età evolutiva, soprattutto, c'è un'ampia presenza e distribuzione di malattie delle mucose orali e di queste non

tutte sono da affidare alle cure domiciliari. Per queste ragioni dobbiamo assolutamente applicare gli stessi principi della diagnosi delle lesioni mucosali. Pertanto maggiore studio e applicazione dei criteri validati. Più strutture di ricerca hanno confermato la diffusione del cancro orale anche tra i ragazzi di 16 anni e questo deve far riflettere sulla responsabilità e sull'importanza di chi si occupa dell'odontoiatria dell'età evolutiva, che non è più solo pedodonzia, ma deve avere uno sguardo a 360°. Ciò che noi medici orali ribadiamo da anni è l'uso della garza senza la quale non è possibile visitare bene le mucose e spostare l'organo della lingua e osservare bene il pavimento linguale, il ventre e il terzo superiore della lingua.

Ringraziamo la prof.ssa Campisi per la sua brillante relazione dal titolo "Patologia orale in età pediatrica" che ha contribuito ad affrontare una tematica spesso trascurata e invece di prezioso contributo per l'odontoiatria e la medicina orale e per ampliare gli orizzonti.

Patrizia Biancucci

L'imprescindibilità del laser

Il dott. Maurizio Maggioni, primo presidente dell'AIO, memoria storica dell'odontoiatria italiana, ha tenuto una relazione al 9° Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano sull'utilizzo del laser in odontoiatria. Cosa dovrebbe fare un odontoiatra pediatrico con il laser?

Dovrebbe e potrebbe. Ormai la laser terapia è una disciplina riconosciuta all'interno dell'odonto-pediatria e di tutta l'odontoiatria. Si parla di laser assistito e ciò significa che non si devono cambiare le modalità terapeutiche ma propedeuticamente introdurre la forza di questa luce che consente di lavorare in tempi minori un grande risparmio biologico, con un migliore confort per il paziente e soprattutto con la possibilità di utilizzo minore di farmaci e di conseguenza indisponendo meno il piccolo paziente.

Il piccolo paziente può essere avvantaggiato perché con l'utilizzo del laser si evitano terapie meno cruente e non si devono mettere i punti?

Esattamente. Significa poter eseguire un intervento di frenulectomia senza dover ricorrere all'anestesia e dover

mettere punti, non avere sanguinamenti oppure poter fare la cura e la preparazione di una cavità di una carie in tempi ridotti, senza vibrazioni, senza dolori, senza necessità di anestesia.

AIOLA sta per Associazione Italiana di Odontoiatria Laser Assistita: che ruolo ha al suo interno?

Innanzitutto sono socio fondatore e attualmente ricopro il ruolo di Presidente per il 2022 e il 2023. Siamo una categoria di professionisti, più di 140 colleghi, che quest'anno ha festeggiato i 20 anni di AIOLA a Bergamo l'ottobre scorso.

Dal suo punto di vista tutti gli studi dovrebbero essere dotati di un laser?

Obbligatoriamente. Gli studi dovrebbero essere dotati almeno dotato di una lunghezza d'onda che può essere utilizzata dall'igienista e dall'odontoiatra come quella dei diodi per poi andare a lunghezze d'onda più particolari che presuppongono l'esclusivo utilizzo del professionista.

E i costi per il professionista sono abbordabili?

Sono più che abbordabili. Se parliamo di un laser a diodo che prima media-



mente costava tra i 25 e i 30 mila euro, adesso partiamo dai 6 ai 15 mila euro e con le agevolazioni fiscali del settore si possono avere dei bonus che ci consentono un risparmio di circa il 30-40%.

E a questo dobbiamo aggiungere che il laser si utilizza davvero in molte discipline...

Esatto, dallo sbiancamento, ai trattamenti parodontali non chirurgici, per poi passare alla frenulectomia e a tutta la chirurgia mucogengivale fino ad arrivare a un laser ad erbio per la conservativa e l'endodonzia. Con due lunghezze d'onda possiamo fare a 360° tutto ciò che il laser ci consente e poi siamo nel terzo millennio, quindi: mini-invasività, confort del paziente, scientificità. Se pensiamo che già nel 1916 Einstein parlava di questo, forse dovremmo davvero averlo tutti.

< pagina 8

programma di fluoroprofilassi adeguato come segue: dall'eruzione del primo dentino fino ai 6 anni utilizzare un dentifricio contenente almeno 1.000 ppm di Fluoro 2 volte al giorno, con un attento controllo da parte degli adulti della dose utilizzata sullo spazzolino (fino ai 3 anni il chicco di riso, fino ai 6 anni una lenticchia) in quanto i bambini fino ai 6 anni non controllano completamente la deglutizione. Dai 7 anni in poi si consiglia l'uso di un dentifricio contenente almeno 1.450 ppm di Fluoro 2 volte al giorno. Il dentifricio dovrebbe essere risciacquato il meno possibile per ottenerne il massimo beneficio.

Curasept Biosmalto per l'età evolutiva è una linea di dentifrici e collutori per bambini che contengono una miscela di 2 diverse idrossiapatiti (il tessuto di cui è costituito lo smalto del dente) che possiedono le proprietà biomimetiche necessarie per una remineralizzazione efficace: un'idrossiapatite arricchita con Magnesio, Stronzio e Carbonato coniugata con Chitosano denominata Bioactive-Complex, e una Fluoroidrossiapatite, denominata HAF.

Ma perché arricchire l'idrossiapatite? L'idrossiapatite naturale in realtà non è un minerale molto reattivo: è poco solubile in acqua, presenta una struttura molto compatta e in un ambiente fisiologico non è propensa a degli scambi elettrochimici. Il procedimento brevettato che porta alla presenza di Magnesio, Stronzio e Carbonato nella struttura chimica dell'idrossiapatite di Curasept Biosmalto è in grado di favorire il rapido rilascio degli attivi che portano alla neoformazione di tessuti duri dentali e a una vera remineralizzazione, sfruttando i normali processi biologici e la presenza della saliva. Questo procedimento avviene ad ogni utilizzo di Biosmalto dentifricio e collutorio, e raggiunge il massimo beneficio con un uso prolungato e quotidiano.

La famiglia Curasept Biosmalto si completa anche con una linea di mousse professionali e domiciliari. A differenza dei dentifrici e dei collutori, le mousse sono a base di Calcio-Fosfato amorfo funzionalizzato con Fluoro, Carbonato e Citrato (F-ACP Complex), un composto altamente reattivo sulle superfici dentarie che, convertendosi rapidamente in idrossiapatite, si è dimostrato in grado di riparare le lesioni cariose iniziali, le demineralizzazioni e di rinforzare superficie radicolari esposte ed altre zone a rischio di sviluppare lesioni cariose. Queste caratteristiche rendono le mousse Biosmalto particolarmente indicate quando sia necessaria un'azione d'urto, per trattamenti intensivi in pazienti particolarmente predisposti a lesioni cariose o per il trattamento di lesioni iniziali (white spot) localizzate o diffuse. Le mousse di Biosmalto sono disponibili in diversi gusti, sia in versione professionale, da applicare in studio, sia come prodotti da prescrizione disponibili in farmacia, per continuare l'azione d'urto remineralizzante anche a

domicilio. Bisogna infine ricordare sempre che la patologia cariosa rimane una patologia batterica legata agli squilibri microbiologici all'interno del cavo orale. In questa ottica, l'azione combinata con Curasept Biosmalto Probiotico permette, con l'aggiunta di ceppi batterici, di ostacolare l'azione nociva dei batteri cariogeni, tra cui S. mutans o Lactobacilli e l'acidità che provocano all'interno della placca. I probiotici di Biosmalto supportano la prevenzione delle lesioni cariose, e ancor prima delle demineralizzazioni su smalto e dentina. Azione pre-

ventiva molto importante sostenuta anche dagli obiettivi della OMS che come goal prevede DMFT (indice di esperienza di carie attiva) molto bassi, quasi caries-free in pazienti entro i 12 anni di vita.

Curasept SpA
Via Parini 19
21047 Saronno (VA)
Tel.: 02-9622799



La ricerca a supporto dello **SPECIALISTA**

CURASEPT[®] BIOSMALTO

Il tuo alleato nel trattamento e nella prevenzione di CARIE, ABRASIONE E EROSIONE.

Il caso clinico è stato sviluppato dal **Dott. Sergio Santangelo** su una paziente di **9 anni** che presentava delle aree biancastre generalizzate su entrambe le arcate con in aggiunta delle lacune dello smalto in sede 1.1 e 2.1, con una possibile correlazione con i cortisonici spray utilizzati per l'asma sin dall'età di 3 anni. La paziente è stata trattata con Biosmalto **Mousse** Carie Abrasione & Erosione, eseguendo una sola applicazione al giorno in abbinamento al **dentifricio** Biosmalto Junior. **Dopo 3 mesi all'atto della rivalutazione è stato notato un netto miglioramento delle lesioni dello smalto.** Diverse porzioni delle aree biancastre sono scomparse, con una riduzione dell'opacità generale ed un aumento della traslucenza, anche a livello dei margini delle lacune dello smalto.

CURASEPT BIOSMALTO. L'EVIDENZA È SCIENTIFICA.

Mousse Professionale e Domiciliare

Dentifrici Baby-Kid e Junior

Spazzolini Junior, Kid e Baby

Integratore Alimentare Uso Quotidiano

Sono Dispositivi Medici Leggere attentamente le avvertenze e istruzioni d'uso.