



IL REPORT

Il Corso per Odontoiatri “*IL WORKFLOW DIGITALE IN IMPLANTOLOGIA. DESCRIZIONE DI TUTTE LE TAPPE*” è iniziato giovedì sera con un dopocena amichevole in perfetto stile “*lockdown attivo SIDP*”!

L’implantologia digitale riduce gli errori di programmazione e quelli relativi alla gestione manuale della chirurgia, permette di fare una diagnosi e una programmazione virtuale, a cui può seguire la realizzazione del progetto e delle guide chirurgiche: così l’esordio del Prof. **Andreas Bindl**. La programmazione chirurgica pianificata da’ delle importanti informazioni, serve a guidare l’inserimento dell’impianto anche se spesso comunque richiede comunque l’incisione dei lembi. L’obbiettivo è quello di programmare con precisione la posizione ideale chirurgica e protesica dell’impianto. La guida può essere prevista per tutti i diametri necessari ad inserire l’impianto oppure solo per la prima fresa di inclinazione seguita poi dall’inserimento a mano libera. In condizioni normali con osso di giusta durezza si può inserire immediatamente anche un provvisorio o addirittura il definitivo.



La pianificazione implantare con guida consente la realizzazione di una protesi avvitata su impianti sia singoli che multipli specifica il secondo ospite, il Dr. **Tommaso Cantoni**: si possono valutare correttamente sia il profilo di emergenza che lo spessore dei tessuti duri e molli, la profondità dell’impianto, il tipo di pilastro, la angolazione del foro di accesso nonché il tipo di lembo.

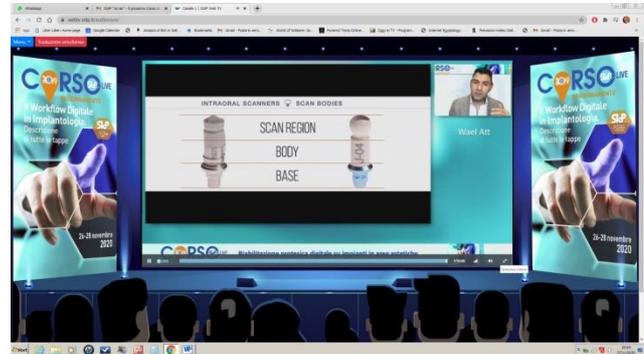
Si spinge oggi per soluzioni one-abutment con MUA: una volta inserito non va rimosso il pilastro, in questo modo la gengiva verrà guidata ad una guarigione definitiva e più stabile.

La dima chirurgica “pilota” da’ vantaggi: stabilità primaria, spazi ridotti, costo limitato e flessibilità di posizionamento, la full-guided dà come vantaggio il posizionamento totale dell’impianto, ma è decisamente più costosa.

I lavori riprendono, venerdì, con una “*apericena*”: il Dr. **Mauro Merli** apre la sessione ricordando i pionieri della tecnica ed esortando a non confondere la chirurgia guidata con la chirurgia flapless, suggerendo che è necessario conoscere esattamente i vantaggi e gli svantaggi associati al suo utilizzo.

L’attuale presidente eletto, il dr. **Nicola Sforza** centra in pieno il punto della domanda e parlando della Chirurgia Computer Guidata (Statica) elenca in maniera chiara i pregi e i difetti di questa tecnica, senza nascondere le possibili criticità legate alla grande esperienza chirurgica richiesta e alla necessità, ma anche difficoltosa, di seguire gli stringenti protocolli terapeutici associati.

Si va nel futuro prossimo con il Prof. **Serge Dibart**, che a una numerosa platea di navigatori digitali, mostra i progressi della robotica e della sua applicazione nella navigazione dinamica applicata alla chirurgia implantare. La sua esperienza nel campo è palese, per questo tutti sono concordi nell'accettare i suoi suggerimenti sull'accuratezza della tecnica dinamica come anche la sua affermazione che per il momento non esiste evidenza scientifica solida che lo confermi. La progettazione protesica della riabilitazione impianto-supportata nel paziente completamente edentulo richiede grande esperienza: un grande esperto quale il Prof. **Wael Att** afferma a tal proposito, che il successo protesico della chirurgia guidata richiede una provvisorizzazione anch'essa guidata.



L'ultima giornata del corso di aggiornamento per Odontoiatri, moderata dal Presidente Eletto della società il Dott. **Nicola Sforza** inizia poco dopo la colazione dei Soci collegati alla webTV: tutti attenti per l'esecuzione di un intervento in "live surgery", un'occasione di confronto didatticamente molto efficace che ha visto protagonista il Dott. **Mauro Merli** collegato dalla clinica di Rimini.



In studio insieme al dott. **Nicola Sforza** durante la chirurgica erano presenti il Dott. **Tommaso Cantoni** e l'Odt **Lorenzo Giberti**.



Il dott. **Mauro Merli** ha presentato in maniera impeccabile un caso clinico nella sua completezza affrontando tutte le tappe diagnostiche e terapeutiche che hanno preceduto l'evento live. Il caso clinico, relativo ad una paziente di 46 anni con un'edentulia parziale superiore sinistra

che prevedeva l'inserzione in chirurgia guidata di due impianti in posizione 2.4 e 2.6. In posizione 2.6 l'atrofia ossea rendeva necessario un rialzo di seno mascellare con approccio laterale. Ha dato un saggio delle sue abilità cliniche e didattiche mostrando tutte le fasi con estrema chiarezza: il disegno del lembo in posizione crestale senza svincolo verticale, l'estrazione atraumatica di un frammento radicolare in posizione 2.5 mediante l'utilizzo di uno strumento piezoelettrico, il rialzo del seno mascellare con antrostomia laterale minimamente invasiva mediante l'utilizzo di strumenti appositamente disegnati, l'inserzione implantare chirurgicamente guidata, la rigenerazione ossea guidata contestuale attraverso l'utilizzo di osso bovino deproteinizzato e membrane in emoderivato CGF (Concentrate Growth Factors), le tecniche di passivazione e allungamento del lembo e la sutura a più strati per la chiusura per prima intenzione della ferita chirurgica.

Al termine dell'evento live ha preso la parola il **Presidente Luca Landi** che ha presentato gli eventi SIDP del prossimo anno con un portfolio davvero ricchissimo e con un video di repertorio di un evento in presenza come auspicio per il prossimo futuro.



È seguita una discussione con varie domande tra le quali l'utilizzo dei fattori di crescita. Il Dott. **Merli** ha spiegato in modo dettagliato la regolamentazione di utilizzo degli emoderivati e ha presentato un lavoro originale del suo gruppo di ricerca, in via di pubblicazione, sull'utilizzo di membrane in CGF confrontate all'utilizzo di DBBM con dati molto confortanti.

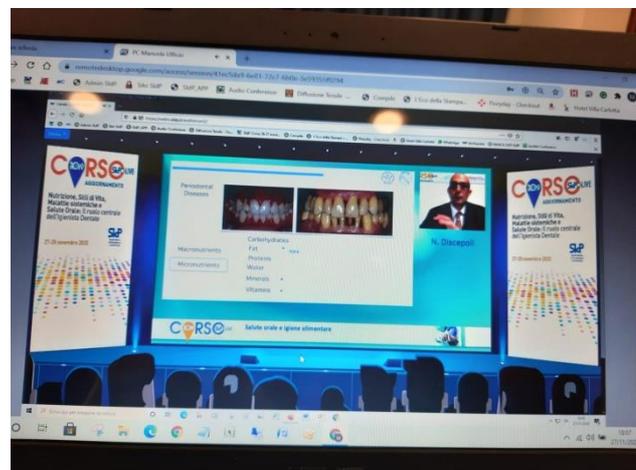
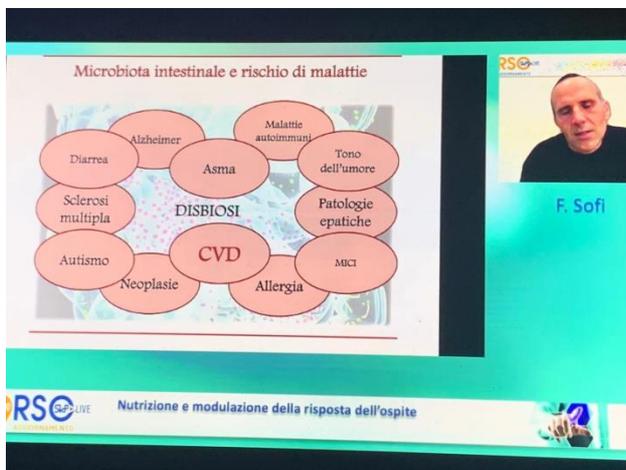
A conclusione della giornata e del Corso stesso il Dott. **Nicola Sforza** ha preso la parola e ha tracciato il cosiddetto "taking home message": ha ribadito come il workflow digitale sia una realtà attuale nella pratica quotidiana anche se in casi complessi non sia sempre possibile applicarlo. È assolutamente importante la stabilizzazione della dima durante tutte le fasi chirurgiche e il mantenimento di una zona di sicurezza fino a 2 mm rispetto alle strutture anatomiche sensibili.

Sul canale 2 della programmazione WebTV SIDP andava in onda il Corso di Aggiornamento rivolto agli Igienisti Dentali "*NUTRIZIONE, STILI DI VITA, MALATTIE SISTEMICHE E SALUTE ORALE: IL RUOLO CENTRALE DELL'IGIENISTA DENTALE*" iniziato il venerdì pomeriggio con il Prof. **Francesco Sofi** e la sua relazione dal titolo "*Nutrizione e modulazione della risposta dell'ospite*". I lavori di entrambe le mezze giornate sono stati coordinati dalla Prof.ssa **Claudia Dellavia**, amabile interprete delle due chiacchierate scientifiche.

La relazione tra alimentazione e patologie sistemiche, ricorda **Sofi**, è ormai nota e trae origine nel secondo dopoguerra quando, il benessere della popolazione ha portato ad un eccesso alimentare e l'insorgenza di malattie non infettive.

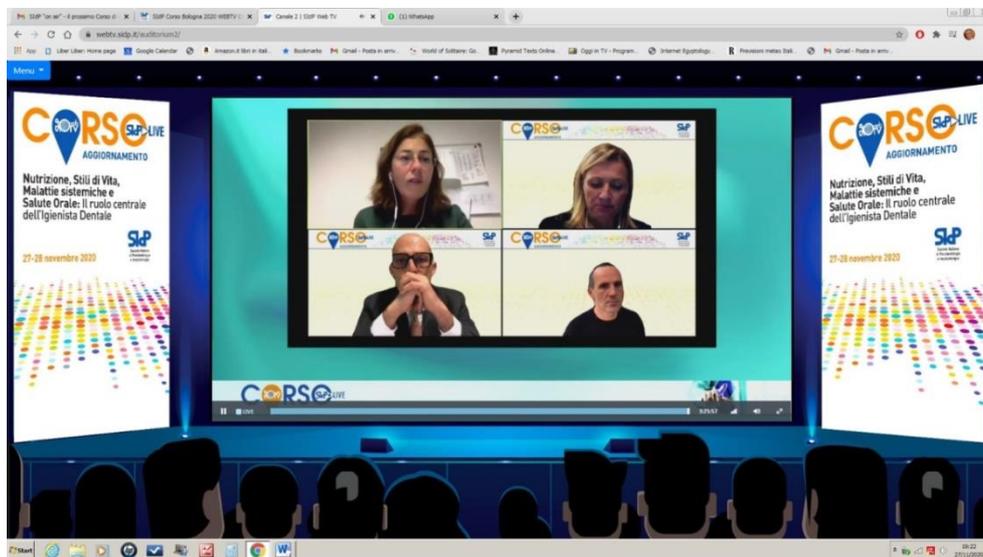
Il primo studio epidemiologico è nato negli anni '60 e ha preso in esame la popolazione del Sud Italia (più longeva ed in salute) ed altre sette popolazioni di diverse nazioni, per analizzare la relazione tra stile di vita e l'incidenza di malattie cardiovascolari e neoplastiche. Le attuali conoscenze scientifiche sui benefici dell'alimentazione mediterranea sono basate su questo studio pionieristico nel campo dell'alimentazione: essa è basata sull'assunzione di carboidrati complessi, legumi, verdura, frutta, carne e pesce due volte alla settimana. A differenza, il consumo di alimenti ultra processati è associato ad una maggiore esposizione ai fattori di rischio come l'obesità, il diabete, la dislipidemia e la sindrome metabolica. Un trials clinico su 233

soggetti, ha valutato l'efficacia di tre tipologie di diete: basso apporto di carboidrati, ipolipidica e mediterranea. Nei primi sei mesi la dieta con basso apporto di carboidrati determinava una maggiore riduzione nel peso corporeo ma, dopo dieci mesi le due diete si equiparavano nella perdita di peso corporeo e, solo la dieta mediterranea mostrava una riduzione anche dei parametri infiammatori. In conclusione migliorando l'alimentazione, è possibile modificare il microbioma intestinale e modulare la risposta dell'ospite verso i fattori di rischio soprattutto quelli cardiovascolari.



Il Dott. **Nicola Discepoli** affronta, a seguire, la tematica “*Salute orale e igiene domiciliare*”. L'assenza di salute orale può determinare un decremento delle capacità nutritive dell'individuo con conseguente malnutrizione ed una maggiore possibilità di sviluppare malattie croniche. Sappiamo che, per la cura della malattia parodontale è necessario intervenire sui fattori di rischio modificabili e che questi sono strettamente legati agli stili di vita: la corretta alimentazione è ai primi posti tra i fattori di rischio che, se modificati intervengono nel processo di riduzione dell'infiammazione. Un trial clinico randomizzato ha dimostrato come l'implemento nello schema nutrizionale di due kiwi al giorno (ricco in Vit. C e antiossidanti) ha portato ad una riduzione di circa il 10% del sanguinamento al sondaggio. L'atteggiamento che possiamo avere verso i pazienti è quello di fornire un buon counseling nutrizionale facendoci promotori di corretti schemi nutrizionali che riducano soprattutto l'assunzione giornaliera di zuccheri.

Nell'ultima relazione, della sessione “aperitivo”, quasi giunti all'ora di cena, la Prof.ssa **Maria Grazia Cagetti** illustra “*Il ruolo dei probiotici nel controllo del microbioma orale*”. Si definisce microbiota la popolazione di microrganismi che colonizza un sito mentre il microbioma è la totalità del patrimonio genetico che appartiene al microbiota. Il microbiota è soggetto ad accomodamenti nel corso della vita dettati da cambiamenti di abitudini o climatici e, in equilibrio con l'organismo, permette all'individuo di essere in salute. Il microbiota orale e intestinale è in continuo mutamento: sin dalla nascita e fino ai 4 anni d'età è dipendente dal microbiota materno, successivamente sarà definitivo ma soggetto a continui cambiamenti dettati dallo stile di vita. Lo strumento necessario per l'accrescimento del microbiota è il probiotico, ovvero una sostanza indigeribile che se introdotta con la dieta crea un substrato favorevole alla sua crescita. Il probiotico deve sopravvivere al tratto gastrico per poter svolgere le sue azioni: protettiva, strutturale e metabolica. La funzione protettiva è svolta con molteplici meccanismi tra cui la competizione dei nutrienti rispetto ai patogeni e l'induzione dell'effetto “barriera” che stimola le cellule epiteliali a produrre il muco necessario a creare una barriera verso i patogeni. Inoltre i probiotici sono importanti per la sintesi di vitamine del gruppo B e K e stimolano la formazione di sostanze definite “battericide” ovvero molecole in grado di indurre il sistema immunitario a combattere gli eventuali invasori patogeni. A livello del cavo orale, i probiotici, riducono la quantità di streptococco mutans, riducono il sanguinamento gengivale e riducono i composti solforati migliorando l'alitosi.



Gli Igienisti Dentali, la Coordinatrice del Corso e gli ospiti del sabato puntualissimi per l'ora del caffè mattutino, per parlare di invecchiamento: primo Relatore, il Prof. **Antonio Carrassi**. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria ha proposto di fissare l'età a 75 anni (per l'allungamento delle prospettive di vita), che in Italia corrisponde all'11,7% della popolazione. I fattori principali legati all'invecchiamento sono 6: composizione corporea, componente cellulare, sistema nervoso centrale, sistema endocrino, ridotta percezione dei suoni alti e sistema immunologico indebolito. Tuttavia, nel corso degli ultimi anni la percezione dello stato di salute degli anziani è migliorato: nel 2019 i soggetti tra i 65 e i 79 anni si sentono meglio e vivono meglio la loro condizione esistenziale. Pensare alla salute orale limitando il ruolo della bocca alla masticazione è qualcosa di estremamente riduttivo. Infatti, essa è legata ad una serie più ampia di fattori, tra i quali la fonasi, la deglutizione e i rapporti psicosociali. Secondo un'indagine condotta dalla World Health Organisation, in Europa il 60% di soggetti anziani - tra i 65 e i 74 anni - dichiara di avere problemi relativi a bocca e denti, che nella maggior parte dei casi si traducono in carie e malattia parodontale. La prima è in assoluto la malattia non comunicabile più frequente al mondo, la seconda invece si posiziona al sesto posto. Salute orale significa molto più che denti e gengive sane, ma interessa i tessuti che contribuiscono ad una serie di attività fisiologiche importanti. Per questo è necessario avere un'anamnesi clinica costantemente aggiornata.

Aubrey Sheiham ha coniato il concetto di Common Risk Factors, indicando la prevenzione come elemento fondamentale non solo per i giovani ma per tutte le età. I fattori di rischio comune sono tabacco, dieta non sana, alcol, igiene, legati non solo alla condizione orale, ma alla salute sistemica. Il nostro compito è dunque salvaguardare la salute generale del paziente.

La bocca è l'elemento chiave nei rapporti psicosociali. Nei pazienti anziani si modificano degli equilibri fisiopatologici e pertanto sono esposti ad una maggiore vulnerabilità alle malattie. L'odontoiatra è un elemento centrale nelle terapie, ma altrettanta attenzione - specialmente negli anziani - andrebbe posta agli interventi di prevenzione e ai contrasti di rischio, che dovrebbero partire nei giovani, ma devono essere presenti in tutte le fasce di età.

La salute orale coincide con la vita delle persone.

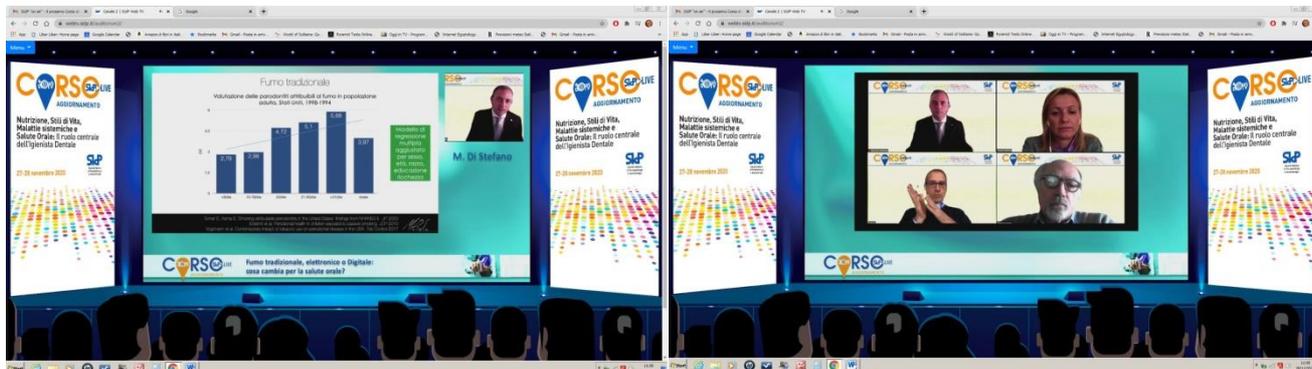


Con la nuova classificazione della parodontite, abbiamo imparato a distinguere severità, complessità ed estensione della malattia: attraverso il grading possiamo classificare il profilo di rischio di progressione o stabilizzazione della malattia parodontale dell'individuo. Con il nostro trattamento i risultati che possiamo raggiungere sono infatti di stabilità o di remissione: così il Prof. **Mario Aimetti** introduce l'argomento *patologia diabetica* che la Società quest'anno ha identificato come tema della Seconda Giornata della Parodontite celebrata il 27 novembre; la parodontite genera una superficie ulcerata intorno ai denti che, attraverso i radicali liberi (chiamati ROS), provoca uno stress ossidativo, causando danni ai tessuti di supporto.

La sindrome metabolica è collegata alla malattia parodontale in modo bidirezionale, e ciò è dimostrato in maniera rilevante con il diabete e in modo meno forte, ma comunque importante, con l'obesità. Il trattamento da parte dell'odontoiatra e dell'igienista può contrastare lo stress ossidativo, con un'azione che interessi il lifestyle del paziente e non solo la salute orale. In Italia i diabetici sono più di 3 milioni, ma nel mondo ci sono circa 5 milioni di morti all'anno per questa malattia, classificata come l'ottava causa di decesso. La malattia parodontale è la sesta complicanza del diabete, che a sua volta provoca un rischio di progressione della parodontite del 86%. La diagnosi del diabete può essere effettuata con un test della glicemia, con una valutazione random del glucosio nel corso della giornata, con le curve da carico glicemico e con l'emoglobina glicata, che rappresenta il dato di laboratorio più sensibile nel monitoraggio del diabete. La glicazione è la responsabile dei cosiddetti Ages, composti che si trovano nel sangue in grado di modificare il comportamento e la funzione immunitaria a distanza. Le terapie parodontali hanno un impatto di tipo sistemico, con effetti positivi sul controllo dell'HbA1c quindi del compenso diabetico.

Diabetologo e Odontoiatra devono informare i pazienti riguardo la bidirezionalità delle patologie, invitandoli ad una maggiore prevenzione e a controlli periodici. E' opportuno anche programmare adeguatamente l'orario dell'appuntamento, il tipo di anestesia e intervento, instaurare se necessario una profilassi antibiotica sistemica ed evitare, per quanto possibile, stress e traumi. Inoltre, è fondamentale prestare attenzione alla terapia anti diabetica e avere in studio un "emergency kit" dedicato.

Il Dott. **Massimo di Stefano** conclude la mattinata con un interessante argomento: *il fumo elettronico*. I danni indotti dal tabacco sono così riassunti: 6 000 000 di morti nel mondo di cui 600 000 a causa del fumo passivo, 93000 morti in Italia. Due grandi categorie per il fumo elettronico: i riscaldatori di tabacco all'interno del quale si inseriscono sigarette costituite da un foglio pieghettato a base di tabacco, glicole ed aromi, e i vaporizzatori, dove il consumatore può variare le combinazioni tra i componenti. Esiste una patologia legata al vaping, l'EVALI (E-cigarette, or Vaping, product use Associated Lung Injury) che ha dimostrato che l'utilizzo di sigarette elettroniche porta a danni a livello del rivestimento epiteliale dell'apparato respiratorio, il presunto sito di danno polmonare. Diversi elementi associano la vitamina E acetato alla patogenesi dell'EVALI. La letteratura non è ancora matura sul tema ma gli studi disponibili dimostrano che l'uso di sigarette elettroniche è anche associato a livelli più elevati di Gram-negativi.

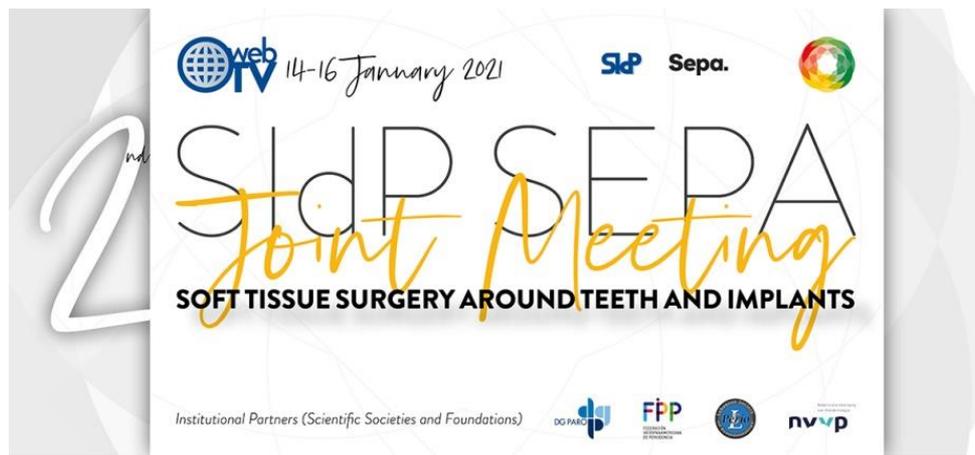


Insieme, i dati metatranscriptomici e microscopici suggeriscono che l'alcol zuccherino (glicerolo e glicole) nell'aerosol della sigaretta elettronica sia una fonte di nutrienti e quindi catalizzatore chiave per alterare la topografia dei biofilm orali. A causa del fumo possono comparire diverse manifestazioni nella cavità orale come: macchia melanconica, stomatite nicotinic, lingua nigra villosa, candidosi, iperplasia o carcinomi della lingua in soggetti fumatori. Per stabilire il grado di dipendenza dei nostri pazienti abbiamo a disposizione dei Test, come quello di Fagerstrom, che ci può aiutare a stabilire quali pazienti, i più dipendenti, dovrebbero essere riferiti ai centri antifumo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che brevi interventi motivazionali siano offerti da tutti gli operatori sanitari: ci sono prove che dimostrano che questo migliori infatti il tasso di cessazione del vizio almeno del 3%.

Ancora una volta, che dire, due CORSI, due successi SIdP!

La Commissione Editoriale SIdP: Silvia A. Masiero (*Coordinatore*), Francesco Bernardelli, Simone Fabrizi, Maurizio Mazzella, Alberto Pulcini, Katia Di Lorenzo (*Rappresentante Igienisti Dentali*)

CONSULTA LA [PROGRAMMAZIONE CULTURALE SIdP 2021](#)



SEGNA SULLA TUA AGENDA L'APPUNTAMENTO DI GENNAIO CON IL

2° Joint Meeting SIdP-SEPA:

consulta il [programma](#) e [iscriviti](#)

Sei già Socio SIdP per il 2021? Iscriviti online accedendo al tuo profilo personale [cliccando qui](#) e collegandoti alla sezione eventi

Rinnova la quota o iscriviti a SIdP per l'anno 2021 e partecipa al Simposio in qualità di Socio: [clicca qui](#)

www.sidp.it