

Organo di informazione, partecipazione e contaminazione

Direttore Giovanni Gagliardi

SIdP trentanove anni...siamo cresciuti



**Editoriale
del Presidente**

“Think perio”

a pag. **2**



**Due anni intensi
e gioiosi**

a pag. **9**

Lato parodontale. *in*



**Parodontologia
e Ortodonzia:
prove di
matrimonio!**

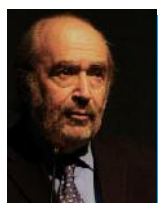
a pag. **6**

Invito alla Lettura



**M. Aglietta
G.M. Mariani
M. Stefanini**

a pag. **10**



**Gli Italiani a Chicago
tra EFP e AAP**

a pag. **4**



**Intervista a
Pier Paolo
Cortellini**

**Fuori dal Podio
Intervista a un Top Speaker**

a pag. **17**

L'angolo della cravatta

Elogio della bocca

a pag. **18**



**Editoriale
del Direttore**

**La Parodontologia
come il Latino**

a pag. **3**

Lato implantare. *in*



**Protesi
implantare
cementata a
rischio di
peri-implantite:
cosa c'è di vero**

a pag. **7**

• E molto altro ancora

- Tra il perio e il faceto a pag. **5**
- Formazione e in.formazione a pag. **15**
- Sidp Giovani a pag. **19**
- Backstage a pag. **21**
- Nuovi Soci Attivi a pag. **22**
- Sidp Academy a pag. **24**
- Dalla: Futura e Disperato Erotico Stomp a pag. **26**
- Fuori di studio a pag. **27**



Editoriale del Presidente

“Think Perio”

Cari Amici, trovarmi a scrivere questo primo Editoriale come Presidente della SIdP è un onore ma è altresì un onere. Che cosa deve scrivere un Presidente ai Colleghi? Mi piace iniziare esprimendo quello che è il mio concetto della SIdP.

È la Società di riferimento in Italia e una delle più autorevoli al mondo nel comunicare la centralità della Parodontologia e dell'Implantologia. Ha nel suo patrimonio genetico valori etici, autorevolezza, rigore scientifico e qualità clinica di assoluto livello. Il mio mandato parte da una visione condivisa con il patrimonio storico della Società e ha un respiro strategico che pone le sue basi sulla continuità, valore che ritengo molto importante.

Nel prepararmi a questo biennio ho studiato non poco. In questo sono stato supportato. L'amico Claudio Gatti e tutto il precedente Consiglio di Presidenza, mi sono stati molto vicini nel prepararmi adeguatamente a questi due anni di lavoro. In questo, l'analisi delle principali Società di area medica, mi è stata molto utile per cercare di individuare nuove proposte rivolte a procedere nella direzione della tutela alla salute. Ho ritenuto fossero maturi i tempi per assumere la responsabilità di provare a fare compiere a una Società Scientifica di area odontoiatrica quello che ritengo un altro passo in avanti. Comunicare direttamente alle persone, al massimo livello possibile, nell'unico ed esclusivo interesse

della salute pubblica e a tutela di odontoiatri e igienisti dentali che conducono la loro professione in modo etico saranno i due principali aspetti del mio mandato. Mi spiego.

Nell'alveo progettuale di comunicazione, sviluppato durante gli ultimi quattro anni, il 2018 vede nascere il nuovo Canale Salute



Denti e Gengive, inserito nella Sezione Salute e Benessere dell'ANSA. Credo sia superfluo spiegare il peso editoriale di ANSA. Mi preme invece porre l'accento come l'autorevolezza espressa dalla SIdP di fronte alle Istituzioni, ci abbia portati a essere scelti come partner d'informazione sanitaria di area odontoiatrica inserita tra le principali altre Società di area medica. Dare la possibilità a milioni di persone al mese di conoscere una posizione “istituzionale” mi sembra un passaggio importante.

La parodontite, in effetti, è una malattia sociale e comporta costi rilevanti. Ogni anno comporta un esborso di 2,5 miliardi di euro per le sole spese odontoiatriche e ha un enorme impatto economico per le patologie associate, non ancora quantificato in Italia.

Il costo globale per la sola perdita di redditività a causa della parodontite grave calcolato negli USA nel 2010 è stato di 54 miliardi di dollari all'anno.

Queste criticità si riferiscono alla cura di una malattia che colpisce in forma severa e avanzata tra il 12 e il 15% della popolazione. Tuttavia solo 1 italiano su 4 (dati certificati Keystone) è consapevole di essere malato di Parodontite e ne conosce le conseguenze, il 90% di coloro che soffrono di disturbi riconducibili alla parodontite non ha ricevuto una corretta diagnosi, solo 1 Italiano su 100 viene sottoposto a terapie parodontali (ISTAT).

Manca infine quasi completamente la comunicazione e una collaborazione con gli

altri specialisti di area medica per quanto riguarda la correlazione tra parodontite e malattie sistemiche.

Conosciamo bene le molteplici problematiche di natura economica, commerciale e di non corretta informazione che ci coinvolgono, ma i più aggiornati dati ISTAT, secondi i quali soltanto l'1.4% della popolazione italiana riceve terapie parodontali se si eccettuano le “genericamente” definite sedute di “pulizia dei denti” (27% ISTAT) credo mettano le sue fondamenta su basi molto complesse. Spiegare “l'enormità” di questi dati soprattutto se messi tra loro a confronto è per me materia delicata. Ritengo sia però nostro dovere prenderne coscienza per interrogarci se e come sia possibile rinforzare il nostro ruolo nel cercare di amplificare il messaggio di un'odontoiatria etica, basata su conoscenze e competenze e che sappia sempre mettere al “centro” il paziente. La mancanza dei denti è riconosciuta dall'OMS come una disabilità con effetti invalidanti non solo a livello funzionale generale, ma anche nella sfera psico-emotiva del paziente e avere un buono stato di salute orale è molto più che avere denti sani.

Spetta a noi trovare le giuste soluzioni per portare questi aspetti a un livello di corretta e adeguata percezione non solo tra gli Odontoiatri e gli Igienisti Dentali. Stiamo lavorando con grande determinazione, intensità e serenità per mettere in campo opportunità per tutti loro che pensano di potersi riconoscere in questo progetto. Basta dedicare pochi minuti sul nostro sito web per rendersi conto di quante soluzioni la Società abbia confermato, implementato e realizzato per affiancare e supportare il maggior numero possibile di odontoiatri, parodontologi, igienisti dentali e studenti dei rispettivi Corsi di Laurea per mezzo di programmi di formazione, supporti e iniziative.

A tale riguardo l'obiettivo è procedere affinché SIdP sia percepita sempre più la Casa “fisiologica” di Odontoiatri e Igienisti dentali che ambiscono a essere sanitari etici e riconoscibili e stiamo lavorando per dare loro valore.

Ritengo che formazione scientifica e valori clinici per la formazione dei nostri Soci, comunicazione istituzionale verso la popolazione e giusta evidenza del valore di chi si



aggiorna possano rappresentare un forte contributo di tutela nei confronti di tutti, con una crescente attenzione verso i colleghi più giovani che devono affrontare problematiche nuove rispetto al passato e su cui pone le sue fondamenta l'accordo siglato con AISO. Questo è un progetto che, anche come Accademico, mi sta particolarmente a cuore. L'offerta di quattro borse di studio per la partecipazione gratuita al corso annuale, la nascita di programmi formativi anche pratici mirati alle esigenze dei più giovani e la loro interazione dinamica all'interno di quello straordinario progetto che è SIdP Giovani, per citare le iniziative più rilevanti, vanno in questa direzione.



Lo slogan "Think Perio", a contraddistinguere questi prossimi due anni, pone le sue basi su queste riflessioni.

Sono sereno, orgoglioso di far parte di questa Società cui devo certamente molto, impegnato, ma con spirito di servizio, per fare il meglio possibile. Avere poi al mio fianco un Consiglio Direttivo di persone prima di tutto per bene e Manuela Bertelli con i suoi Collaboratori, è un vantaggio di cui ho il grande privilegio di godere. Confrontarsi con lealtà e rispetto, contando su competenza ed equilibrio, sono un valore indispensabile cui tengo molto. ●

Mario Aimetti
Presidente SIdP



Editoriale
del Direttore

La Parodontologia come il latino

Nei giovanilissimi anni del liceo Classico, ai primi approcci allo studio della Filosofia, un detto ricorrente sulle bocche dei meno "umanisti" era: "la filosofia è una cosa con la quale o senza la quale la vita scorre tale e quale" !!, così come alle prime conversioni ed abboccamenti alla Parodontologia, molti colleghi poco "umanisti" e molto



"materialisti" solevano lasciarsi sfuggire, non senza un atteggiamento di superiore sufficienza: "la parodontologia è una specialità con la quale o senza la quale, la odontoiatria funzione tale e quale" !!. E diciamo che, dati alla mano (fonte Gagliardi), per la maggioranza degli Odontoiatri (darei Dentisti) al mondo questa convinzione ri-

mane molto ben radicata e difficile da sradicare.

Filosofia, Parodontologia e poi il Latino, anche esso accomunato dalla modernità a lingua inutile.

Poi, semmai mai convinto di queste "inutilità", ti imbatti in una lettura: "Viva il Latino, storie e bellezze di una lingua inutile", di Nicola Gardini, e approfondendo la lettura soprattutto nella sue pagine introduttive, poi confermate da quelle dedicate monograficamente, ai maggiori Autori, da Cicerone, a Catullo, Tacito, Virgilio, Orazio e molti altri ancora, avverti, percepisci che il concetto "Latino" lo puoi mutuare nel concetto "Parodontologia".

E allora come scrive l'autore "dire latino significa prima di tutto dire un impegno totale a organizzare il pensiero in discorsi equilibrati e profondi, a selezionare i significati nella maniera più pertinente possibile, a coordinare i vocaboli in assetti armonici, a esprimere verbalmente anche gli stati più fuggevoli dell'interiorità, a credere nell'espressione e nella dimostrazione, a registrare il contingente e il transeunte in un linguaggio che duri oltre le circostanze."

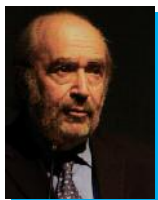
Così dire Parodontologia significa prima di tutto *dire un impegno totale a organizzare il pensiero diagnostico in discorsi equilibrati, sulla base di dati oggettivi: sondaggio e rilievo degli indici di malattia, e profondi, dalla gengiva alla persona, dalla salute orale alla salute sistemica, a selezionare i significati, cioè a spiegare il percorso terapeutico, nella maniera più pertinente possibile, a coordinare i vocaboli, a coordinare cioè la successione del percorso terapeutico, in assetti armonici, a credere nell'espressione, a credere nella qualità della interrelazione paziente/team, e nella dimostrazione e certificazione della scomparsa della malattia, a registrare il contingente, lo stato di salute raggiunto dopo il trattamento attivo, e il transeunte, durante la fase del mantenimento, in un linguaggio che duri oltre le circostanze, in un linguaggio che duri tutta la vita.* ●

"La squisita perfezione della lingua latina"
(Giacomo Leopardi)

La squisita utilità della Parodontologia.

Giovanni Gagliardi

1) La parodontite comporta un esborso di 2,5 miliardi di euro per le sole spese odontoiatriche e ha un enorme impatto economico per le patologie associate, non ancora quantificato in Italia.



Gli Italiani a Chicago tra EFP e AAP

Ho avuto l'onore di essere coinvolto nella stesura della nuova Classificazione delle malattie parodontali e, quando ho ricevuto l'invito, naturalmente ne sono stato lusingato, ma anche un po' intimorito; ho partecipato nel passato a molte Consensus Conferences organizzate dalla EFP, ma mai ad un evento congiunto AAP-EFP per una motivazione così importante: aggiornare la classificazione delle malattie parodontali. Qualcosa che resterà fermo nella nostra pratica quotidiana come pure nella ricerca clinica come riferimento per decenni, una pietra miliare nel nostro cammino professionale.

E a questa grande responsabilità si aggiungeva la partecipazione dei 140 più grandi ricercatori e clinici nel mondo con cui confrontarsi.

Dal 9 all'11 Novembre ci siamo incontrati, divisi per aree di competenza in 4 gruppi di lavoro, così articolati:

Working Group 1: Gingival Diseases, chaired by Iain Chapple and Brian Mealey

Working Group 2: Periodontitis chaired by Panos Papapanou and Mariano Sanz

Working Group 3: Developmental and acquired conditions and periodontal manifestations of systemic diseases, chaired by Jack Caton and Søren Jepsen

Working Group 4: Peri-Implant Diseases and Conditions, chaired by Gary Armitage and Tord Berglundh

Io ho partecipato al gruppo 3 cui era stata affidata la discussione dei position paper relativi a *Developmental and acquired conditions and periodontal manifestations of systemic diseases* e quindi recessioni, trauma occlusale, rapporti protesi-parodonto, diabete e, fra le altre cose, si è occupato di discutere le recessioni e l'ampiezza biologica.

Del gruppo facevano parte:

Søren Jepsen, Dept. of Periodontology, Operative and Preventive Dentistry, University of Bonn, Bonn, Germany

Jasim M. Albandar, Department of Periodontology and Oral Implantology, Temple University School of Dentistry, Philadelphia, PA, USA

Nabil Bissada, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA

Philippe Bouchard, U.F.R. d'Odontologie, Université Paris Diderot, Hôpital Rothschild AP-HP, Paris, France

Pierpaolo Cortellini, Private Practice, Firenze, Italy, European Research Group on Periodontology, Bern, CH

Korkud Demirel, Istanbul University, Turkey

Massimo de Sanctis, Department of Periodontology, Università Vita e Salute San Raffaele, Milano, Italy

Carlo Ercoli, University of Rochester, Prosthodontics, Eastman Institute for Oral Health, Rochester, NY, USA

Jingyuan Fan, University of Rochester, Periodontics, Eastman Institute for Oral Health, Rochester, NY, USA

Nico Geurs, Department of Periodontology, University of Alabama at Birmingham, School of Dentistry, Birmingham, USA

Francis Hughes, Dental Institute Kings College London, Guys Hospital, London, UK

Lijian Jin, Discipline of Periodontology, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Prince Philip Dental Hospital, Hong Kong

Alpdogan Kantarci, Forsyth Institute, Cambridge, MA, USA

Evie Lalla, Columbia University College of Dental Medicine, Sect. of Oral, Diagnostic and Rehabilitation Sciences, Division of Periodontics, New York, NY, USA

Phoebus N. Madianos, Dept. of Periodontology, School of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Debora Matthews, Faculty of Dentistry, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada

Michael K. McGuire, Private practice, Perio Health Professionals, Houston, Texas, USA

Michael P. Mills, Department of Periodontics, University of Texas Health Science Center at San Antonio, Texas, USA

Philip M. Preshaw, Centre for Oral Health Research and Institute of Cellular Medicine, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK



Mark A. Reynolds, University of Maryland, School of Dentistry, Baltimore, Maryland, USA

Anton Sculean, Department of Periodontology, University of Bern, Switzerland

Cristiano Susin, Dept. of Periodontics, Augusta University Dental College of Georgia, Augusta, USA

Nicola X. West, Restorative Dentistry and Periodontology, School of Oral and Dental Sciences, Bristol Dental School & Hospital, Bristol, UK

Kazuhisa Yamazaki, Research Unit for Oral-Systemic Connection, Division of Oral Science for Health Promotion, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Niigata, Japan

Jack Caton, University of Rochester, Periodontics, Eastman Institute for Oral Health, Rochester, NY, USA

Un bel gruppo di giganti della letteratura con i quali mi sono confrontato per tre giorni alternando sedute di gruppo a sedute plenarie.

Tutta questa attività si è svolta presso il Gleacher Center University of Chicago, un bellissimo edificio con numerose sale e una bellissima "Aula magna".



Camminare nel corridoio del piano che ci era stato dedicato era di per sé abbastanza scioccante, tutto il lungo corridoio era de-



corato dalle fotografie dei premi Nobel dell'Università.

Presto potrete leggere nel dettaglio tutto ciò che è stato discusso e il consensus che ne è derivato. Ma vorrei sottolineare alcuni aspetti che non sono secondari.

È stata accettata una nuova classificazione delle recessioni gengivali, massimamente italiana, ispirata da Francesco Cairo che pure non ha potuto partecipare fisicamente per problemi famigliari.

È stato "cancellato" il termine "ampiezza biologica" intesa come dimensione relativa ad una unità funzionale epitelio-connettivale. Non è infatti un organo che risponde

agli stimoli infiammatori e che perciò richiede il mantenimento di uno spazio biologico per allocarne la dimensione, ma la sola componente connettivale che può essere permanentemente danneggiata da eventi traumatico-infiammatori e che a sua volta provoca un riassorbimento osseo.

Come pure il termine biotipo o morfotipo utilizzato per descrivere le caratteristiche tissutali di un paziente (biotipo sottile o spesso) è stato sostituito dal termine fenotipo e quindi da utilizzarsi nella descrizione delle caratteristiche tissutali del dente specifico in quanto numerosi fattori locali possono influenzare l'espressione fenotipica del genotipo.

Per la prima volta è stata introdotta la valutazione delle perimplantiti come entità patologiche da classificare. Mentre la parodontite non viene più distinta in cronica e aggressiva, ma classificata in quattro stadi di progressione, stadi ai quali si aggiungono le caratteristiche di severità, estensione e complessità che permettono una più articolata e precisa valutazione della malattia. Questo approccio più pratico ed obiettivo permette una valutazione più precisa ed anche di inquadrare il caso con maggior precisione per il terzo pagante.



Vedremo l'efficacia di questo sistema molto presto in clinica e nei nostri studi.

Per quanto riguarda i lavori nel complesso, la rappresentanza italiana è stata numerosa e di altissima qualità. Stiamo diventando sempre più la nazione di riferimento per la Parodontologia clinica e in questo senso la Società Italiana di Parodontologia ne è il centro di aggregazione e il motore principale. ●

Massimo de Sanctis

Tra il perio e il faceto

il Direttore... Crea

ogni dentista ha i pazienti che si merita

ho scoperto che... la sonda scende più in profondità nei pazienti degli altri che nei miei

ho scoperto che... c'è più titanio nella bocca dei pazienti che in quella degli implantologi

ho scoperto che... ai pazienti totalmente edentuli da 20 anni è venuta un'improvvisa voglia di carico immediato in 24h

Il socio attivo all'interno della Sidp, e il socio attivo all'esterno della Sidp... oh yes

Lato parodontale. *in*



Parodontologia e ortodonzia: prove di matrimonio!

Siamo oramai tutti d'accordo sul fatto che la quota di pazienti che si presenta nei nostri studi chiedendo risultati, non solo funzionali, ma anche estetici è in continuo aumento. E siamo anche d'accordo sul fatto che la quota di pazienti adulti disposti a sottoporsi a trattamenti ortodontici a fini estetici sia parimenti in continuo aumento. Si stima che la percentuale di pazienti adulti che si sono sottoposti a trattamento ortodontico sia passato da un 5 ad un 30% nel giro di 20 anni. Da qui l'importanza direi fondamentale di saper coniugare le conoscenze diagnostico-terapeutiche parodontali con quelle ortodontiche, senza però cadere nel grave e ricorrente errore di terapie multidisciplinari piuttosto che interdisciplinari. Quante volte ci sarà capitato di assistere (se non di innescare) a "pellegrinaggi" terapeutici a cui i nostri pazienti sono sottoposti, senza che questi (i pazienti, ma a volte anche gli operatori) avessero ben chiaro in mente cosa esattamente fare e con quale logica sequenziale!

L'Odontoiatra si ritrova quindi interpellato da pazienti adulti sempre più esigenti nell'ottenere risultati estetico-funzionali a dare risposte certe e nel minor tempo possibile. Aggiungiamo il fatto che, dinanzi a pazienti di media età, la probabilità di diagnosticare un quadro polipatologico sarà certamente maggiore. In epoca di ultra specializzazione, l'odontoiatra dedito alla Parodontologia avrà quindi necessariamente bisogno di interfacciarsi con il collega ortodontista, se non conservatore o protesista, e dare vita quindi a rapporti "professionalmente" stabili. Si configura pertanto una condizione di necessario confronto tra professionisti che sarà alla base di scelte terapeutiche appropriate per i nostri pazienti.

Il problema però è che in letteratura paro-

dontale ed ortodontica ben poco è stato discusso e tanti aspetti, sia diagnostici che terapeutici, rimangono tutt'ora dibattuti e fonte di mal interpretazione. Particolare interesse, ad esempio, suscita la tempistica di esecuzione delle terapie delle due diverse specialità. In altre parole, il "Timing": chi inizia prima? E a fare cosa?

Una piccola risposta a queste grandi domande ci arriva da un lavoro di recente pubblicazione (Zasčurinskienė E, Basevičienė N, Lindsten R, Slotte C, Jansson H, Bjerklind K. *Orthodontic treatment simultaneous to or after periodontal cause-related treatment in periodontitis susceptible patients. Part I: Clinical outcome. A randomized clinical trial.* J Clin Periodontol. 2018;45:213-224) in cui gli autori hanno avuto come obiettivo quello di capire se vi fossero differenze significative in termini parodontali tra l'eseguire la terapia parodontale in pazienti adulti affetti da parodontite e richiedenti terapia ortodontica, prima o durante la stessa terapia ortodontica.

Lo studio è di tipo randomizzato basato, a detta degli autori, su precise regole-guida stabilite a livello internazionale (CONSORT). Tuttavia, a un occhio e a una lettura particolarmente attenta, si possono evincere una serie di disattenzioni metodologiche che ne attestano la non precisa conformità a un corretto studio randomizzato (esaminatore e operatore rappresentati dalla stessa persona, criteri di inclusione non chiari, più centri coinvolti - uno universitario e due privati - dove non risulta chiaro chi abbia fatto cosa, calibrazione del o dei misuratori non chiara, ecc.). Ciononostante, interessanti "indicazioni" ne possono essere tratte.

Due gruppi di 25 pazienti affetti da malocclusione (non chiaramente specificata) e problematiche parodontali sono stati selezionati: i pazienti assegnati casualmente al gruppo test furono sottoposti a trattamento contestuale ortodontico e parodontale (non chirurgico e chirurgico), mentre i pazienti assegnati al gruppo controllo furono sottoposti a trattamento parodontale prima (non chirurgico e chirurgico) e ortodontico dopo (circa 2-4 settimane dopo il termine della terapia parodontale). Il trattamento non chirurgico fu eseguito mediante strumenti manuali e ultrasonici in 4

sedute, ad appuntamenti settimanali; mentre il trattamento chirurgico si basava sull'esecuzione di Lembi di Widman Modificato esclusivamente su siti con profondità di tasca $\geq 6\text{mm}$ con associato sanguinamento al sondaggio.

Dai risultati dello studio si osservava come il tempo medio di trattamento era di 21.68 ± 1.23 mesi per il gruppo test e di 25.73 ± 1.00 mesi per il gruppo controllo, con una differenza di 4.05 ± 1.59 mesi che risultava statisticamente significativa. Ma alla domanda se vi fosse realmente una differenza significativa in termini di guarigione dei tessuti parodontali (guadagno o perdita di attacco clinico) a seguito dell'approccio standard (trattamento parodontale prima e ortodontico dopo) o di quello sperimentale (trattamento contestuale ortodontico e parodontale), i risultati ottenuti dall'analisi dei dati registrati in questo studio manifestano un'assenza di differenza statisticamente significativa. In altre parole, il suggerimento terapeutico che ne deriva è che, dinanzi a pazienti affetti da parodontite e con evidenti necessità terapeutiche di tipo ortodontico (chiusura di spazi o riallineamenti di denti malposti), la terapia combinata ortodontico-parodontale risulta essere ugualmente risolutiva rispetto all'approccio convenzionale, con un aggiuntivo beneficio in termini di guadagno di tempo (circa 4 mesi!). Tuttavia, un maggior numero di siti con tasche di 4-6mm venivano ridotte nel gruppo controllo rispetto al gruppo test.

Compito del clinico sarà ora quello di trasferire questi risultati nella propria pratica clinica quotidiana. E qui alcuni dubbi iniziano a sorgere: siamo davvero sicuri che un paziente in trattamento ortodontico, e quindi in presenza di brackets ortodontici e fili possa essere in grado di mantenere un controllo di placca ottimale durante la terapia parodontale non chirurgica prima, e chirurgica dopo? Nell'ottica della filosofia moderna dell'ottenere tutto e subito, siamo davvero sicuri che, a fronte di un risparmio di soli 4 mesi di tempo, i nostri pazienti siano davvero contenti di complicare il proprio iter terapeutico andando a sovrapporre più terapie e quindi più impegni a cui dovranno corrispondere? Consideriamo anche il fatto che il tipo di malocclusione presente inizialmente non è stato descritto, il che implicherebbe la possibilità che casi

più complessi possano essere finiti nel gruppo controllo, richiedendo un più lungo tempo di trattamento.

Certamente il fattore tempo rappresenta oggi un fattore determinante nell'ambito della programmazione del nostro piano di lavoro, ma in tal caso siamo davvero sicuri che il vantaggio superi lo svantaggio? E come la mettiamo con il fatto che i siti maggiormente affetti da malattia, sembrano rispondere meglio alla terapia convenzionale rispetto a quella sperimentale? Come per tutti gli studi pionieristici che si rispettino, anche in tal caso la famigerata frase "ulteriori studi sono necessari per..." appare d'obbligo.

Una certezza sembra venire chiaramente alla luce: la condivisione di conoscenze comuni tra parodontologo e ortodontista è oggi fondamentale, e un cammino comune verso "matrimoni" consolidati appare ineluttabile. ●

Roberto Rotundo

Lato implantare. *in*



Protesi implantare cementata e rischio di perimplantite:

cosa c'è di vero?

È tuttora oggetto di discussione se la scelta di eseguire protesi avvitata piuttosto che cementate sugli impianti inseriti sui nostri pazienti, possa in qualche modo influenzare il successo a lungo termine della terapia implanto-protetica.

Se da una parte appaiono chiari i vantaggi della protesi avvitata in termini di possibilità di reintervento in caso di complicazioni implantari e/o protesiche, l'impiego di protesi cementate sui pilastri implantari offre il vantaggio di poter utilizzare pilastri individualizzati che, compensando inclinazioni implantari sfavorevoli, rendono possibile il raggiungimento di un risultato estetico ottimale.

Se ci riferiamo alla letteratura che ha com-

parato protesi avvitata e protesi cementata, mostrandone i risultati e le possibili complicanze, 2 recenti *systematic reviews* (Sailer et al. 2012; Wittneben et al. 2014), hanno evidenziato come in protesi avvitata le più frequenti complicanze siano di tipo biomeccanico, come allentamenti delle viti protesiche e fratture del rivestimento protesico; al contrario nelle protesi cementate si riscontra una maggiore incidenza di perdita di ritenzione della protesi oltre che di allentamenti/fratture della vite del pilastro. Le due revisioni mostrano inoltre una più elevata incidenza di complicanze biologiche come fistole, suppurazioni e perimplantiti nel caso di protesi cementata, rispetto ai restauri avvitati.

Di certo il dibattito è apertissimo perché a fronte dei risultati mostrati nelle due pubblicazioni citate, una revisione sistematica ugualmente recente (de Brandao, 2013) mette in discussione queste conclusioni, non evidenziando di fatto alcuna differenza, in termini di perdita ossea marginale perimplantare, tra le due metodiche di ritenzione delle protesi sugli impianti.

E quindi? Nessuna differenza? O ci sono

CORSO AGGIORNAMENTO
rivolto a Odontoiatri e Studenti del CLMOPD

SALUTE PARODONTALE E TERAPIA RESTAURATIVA. EVIDENZA SCIENTIFICA ED ESPERIENZA CLINICA
Tutto quello che l'Odontoiatra deve sapere

Accreditato ECM

FIRENZE, 26-27 ottobre 2018
Palazzo dei Congressi

Coordinatori: **Alberto Fonzar** Campotermico UD, **Fabio Toffenetti** Gallarate VA

Relatori: **Alessandro Agnini** Modena, **Mario A. Allegri** Verona, **Massimo de Sanctis** Milano-Firenze, **Guido Fichera** Monza, **Massimo Fuzzi** Bologna, **Carlo Ghezzi** Settimo Milanese MI, **Gaetano Paolone** Roma, **Roberto Pontoriero** Milano, **Giano Ricci** Firenze

CORSO AGGIORNAMENTO
rivolto a Igienisti Dentali e Studenti del CLID

SALUTE PARODONTALE E TERAPIA RESTAURATIVA. EVIDENZA SCIENTIFICA ED ESPERIENZA CLINICA
Tutto quello che l'Igienista Dentale deve sapere

Accreditato ECM

FIRENZE, 26-27 ottobre 2018
Palazzo degli Affari

Coordinatore: **Claudio Greco** Milano

Relatori: **Chiara Camorali** Parma, **Carlo Ghezzi** Settimo Milanese MI, **Matteo Marzadori** Medicina BO, **Giano Ricci** Firenze, **Mascia Ronconi** Bologna, **Germana Uliana** Campotermico UD

aspetti clinici che possono influenzare i risultati e conseguentemente darci delle indicazioni utili per la salute dei nostri pazienti?

In uno studio clinico recente (Jepsen et, 2015), è stato dimostrato come l'eccesso di cemento subgingivale, se non rimosso dopo la cementazione della protesi implantare, possa rappresentare un indicatore di rischio per lo sviluppo delle malattie perimplantari; ciò perchè l'adesione del biofilm batterico aumenta con la ruvidità del cemento e la detersione meccanica domiciliare e professionale risulta spesso di difficile accesso nella mucosa perimplantare.

Sul ruolo svolto da un eccesso di cemento nello sviluppo di una perimplantite, è stata pubblicata pochi mesi fa una *systematic review* da un gruppo di ricercatori dell'Università di Basilea (Staubli et al, 2017) la cui lettura mi ha fornito alcuni spunti di riflessione che mi piacerebbe condividere.

Questa pubblicazione si basa sull'analisi di 26 studi di cui 10 studi prospettici, 8 retrospettivi e 8 case reports per un totale di 945 soggetti con protesi parziali su impianti per un totale di 1010 impianti e con un follow-up di osservazione, variabile da studio a studio, da alcune settimane fino a 15 anni.

Come spesso accade quando si esamina la letteratura, si evidenzia una marcata eterogeneità degli studi che ha reso impossibile eseguire una metanalisi dei risultati, riducendo di fatto la potenza delle conclusioni ed evidenziando la necessità di produrre in futuro degli studi clinici prospettici ben disegnati per poter eseguire delle comparazioni statistiche.

Tuttavia i risultati derivanti dall'analisi dei singoli studi sono certamente degni di considerazione. Vediamoli insieme:

1. In protesi cementata la prevalenza di mucositi e perimplantiti varia a seconda degli studi esaminati dall'1.9% al 75% degli impianti, con percentuali variabili dal 33% al 100% nei siti associati ad eccesso di cemento.

2. Negli studi inclusi nella revisione sistematica in cui siano stati previsti controlli clinici e radiografici precoci, è stato possibile intercettare una mucosite allo stadio iniziale.

2. Posizione del margine protesico ed eccesso di cemento: il reperimento di cemento in eccesso è indipendente dal tipo di abutment se standard o individualizzato; al contrario la percentuale di siti con cemento in eccesso tende ad aumentare man mano che aumenta la profondità di posizione del margine protesico in sede sub mucosa. (100% dei casi in profondità di solco >3mm - Linkevicius 2013).

3. Il reperimento radiografico dell'eccesso di cemento, anche se radiopaco, è comunque molto scarso (7-11% dei siti mesiali e distali).

4. Esiste una forte correlazione tra tempi brevi di guarigione dei tessuti molli e malattie perimplantari associate all'eccesso di cemento; nei casi di carico immediato o di cementazione della protesi provvisoria subito dopo il rientro chirurgico con approccio 2-stage, l'assenza di una maturazione dei tessuti rappresenta un fattore clinico significativamente sfavorevole.

Ora quali sono le possibili conclusioni e i suggerimenti clinici che possiamo trarre da questo studio?

In primo luogo che l'eccesso di cemento rappresenta un indicatore di rischio per lo sviluppo di una malattia perimplantare.

La modulazione del rischio deve tuttavia essere valutata anche sulla base della suscettibilità del paziente a sviluppare la malattia. Infatti mentre alcuni studi clinici inclusi nella *systematic review* (Wilson 2009), mostrano una correlazione tra il cemento in eccesso e i siti perimplantari infiammati, altri studi mettono in evidenza la possibilità di siti positivi alla presenza di eccessi di cemento pur in assenza di segni clinici di infiammazione, anche se non così frequentemente (Linkevicius et al, 2013).

Ciò significa evidentemente che l'eccesso di cemento non rappresenta l'unico elemento in grado di sviluppare un'infiammazione perimplantare: in un paziente con parodonto sano, l'eccesso di cemento in un sito implantare può permanere anche anni senza determinare problemi; al contrario in un paziente parodontalmente compromesso, tale evenienza rappresenta un fattore di rischio elevato per la maggiore

suscettibilità di quel paziente a sviluppare malattie perimplantari.

Il secondo aspetto degno di nota per la ricaduta clinica è di utilizzare pilastri con un margine di chiusura prossimo al margine tissutale, per facilitare la rimozione del cemento. Spingersi con i margini di chiusura in profondità, significa senza dubbio andare a cercarsi delle rogne!

Eeguire sempre un controllo precoce, entro 1-2 settimane dalla cementazione per intercettare eventuali segni di mucosite correlati a un eccesso di cemento, è certamente un ottimo consiglio. In tutti gli studi in cui è stato previsto, il problema è stato intercettato!

È senz'altro ragionevole attendere la maturazione dei tessuti molli perimplantari prima della cementazione di una protesi su un pilastro. Evitiamo quindi di cementare protesi immediatamente o entro poche settimane dalla seconda chirurgia. Attendendo qualche mese, con la maturazione dei tessuti molli perimplantari, potremo garantire una più elevata resistenza del "manicotto" fibroso perimplantare, riducendo concretamente i rischi di incorporazione di eccesso di cemento.

Per concludere... dobbiamo preferire la protesi avvitata alla cementata per ridurre il rischio di perimplantite?

Sono convinto che le scelte cliniche debbano essere guidate, oltre che dalla letteratura esistente, peraltro ancora controversa sull'argomento, anche dalle esigenze del piano di trattamento, dalla conoscenza del paziente e dalle preferenze e operatività dell'operatore.

Forse dovremmo spostare il problema dal tipo di ritenzione protesica di per sé, agli accorgimenti per ridurre gli eventuali rischi di ritenzione del cemento, perchè quest'ultimo sì, ne siamo certi, rappresenta un rischio nel paziente suscettibile alla parodontite.

E quindi come sempre, il segreto è: "fare bene le cose giuste!" ●

Nicola M. Sforza



Due anni intensi e gioiosi

E così sono trascorsi velocemente 2 anni intensi e gioiosi in cui ho maturato nuove esperienze emozionanti e acquisito nuovi amici sinceri.

Quando ero giovane i “vecchi” della mia famiglia dicevano: *“caro Claudio vedrai che sorprese ti riserverà la vita: fino ai 40 anni il tempo sembra non passare mai, tutto avanza lentamente. Dopo i 40 ti accorgerai che il tempo diventa più veloce; ti ritroverai da un Natale all’altro, da una estate all’altra...quasi senza accorgerti...”* È stato proprio così: questi 2 anni (più 2 a scuola come Presidente Eletto) sono passati con la velocità del fulmine, eppure hanno lasciato in me un segno profondo!

Mi hanno proposto la presidenza a 60 anni già compiuti. Ricordo bene: mi consideravo ormai fuori dai giochi, troppo vecchio, e alla prima offerta ho rifiutato. Poi alcuni soci autorevoli della nostra società hanno insistito; a quel punto ho consultato la famiglia (*“ti stanno offrendo un grande onore...è un coronamento della tua carriera professionale...”*) e così, con qualche titubanza, ho accettato. Titubanza causata dai commenti di qualche “amico” (*non sarei stato adeguato... non conoscevo l’inglese...avrei dovuto pensare prima alla carriera di mio figlio...*) che però si è dileguata alla mia nomina ottenuta con la quasi totalità dei consensi dei Soci attivi.

Devo sinceramente confessare che all’inizio mi sono sentito un po’ inadeguato. Di fronte al Presidente di allora (Maurizio Tonetti, uno scienziato riconosciuto in tutto il mondo) mi consideravo poca cosa e pensavo che sarebbe stato arduo stargli dietro e poi succedergli. Sono così trascorsi i primi sei mesi da Presidente Eletto, come fossi uno scolarotto. E’ necessario considerare che ero stato catapultato dall’esterno in seno al Consiglio Direttivo, senza che avessi potuto sostenere precedentemente nessun incarico all’interno di esso e quindi

a digiuno di tutti i meccanismi complessi che oggi è assolutamente necessario conoscere per dirigere una società così importante, grande e autorevole.

Trovo indispensabile che in futuro il Presidente Eletto debba già aver fatto parte del CD. Io sono stato una anomalia poiché la mia età e la mia condizione professionale mi hanno consentito di dedicare molto più tempo e vita a questo ruolo. A chi mi chiedeva quale sarebbe stato il mio progetto rispondevo che non ne avevo. Ritenevo sufficiente e già molto impegnativo poter portare avanti i progetti in essere (fra i quali quello sulla qualità e sicurezza in terapia parodontale e implantare e gli Study Club). Poi è arrivata l’intuizione di rendere la parodontologia e la SIdP più popolare, più conosciuta anche dal pubblico. Siamo sinceri, i più ci consideravano una casta, una setta che si diletta di lunghe dissertazioni in parte inutili. Intendiamoci non era affatto vero: la SIdP già si occupava con competenza della ben più importante salute orale e generale delle persone, ma quello che i dentisti italiani percepivano era altro, un piccolo gruppo di scienziati o supposti tali che se la cantavano e se la suonavano.

Così, cogliendo anche alcuni suggerimenti di Maurizio Tonetti, è partito il progetto comunicazione SIdP; sono nati www.give.org, www.impiantidentali.org le campagne di comunicazione con i Media, le ricerche demoscopiche, i poster, le pubbli-

cazioni, le prese di posizione su argomenti scottanti e di attualità (Laser...) e tanto altro ancora. Tutto questo ha comportato un enorme impegno del Consiglio Direttivo e della Segreteria: Mario Aimetti, Giulio Rasperini, Luca Landi, Francesco Cairo, Manuela Bertelli, Lorenzo Benedetti (con il contributo fondamentale della Commissione Editoriale magnificamente coordinata da Alessandro Crea) si sono visti sommersi da una quantità esagerata di impegni che a volte hanno comportato decisioni difficili, da prendere in tempi rapidissimi. Due anni entusiasmanti, vissuti con fatica ma con uno spirito di corpo davvero superlativo. Peccato aver avuto qualche piccolo problema di salute (3 stent cardiaci, mezzo ginocchio di titanio e altri piccoli infortuni che evito di elencare per non tediarvi) che comunque non mi hanno impedito di risposarmi e, fortuna che auguro a tutte le persone che ho più care, di avere una bellissima nipotina, Lavinia.

In questi anni SIdP non ha trascurato i suoi programmi culturali, da sempre di altissimo livello e molto apprezzati; ora maggiormente modellati sulle esigenze professionali di chi esercita tutti i giorni, in linea con i tempi e le necessità della popolazione. Congressi, corsi di aggiornamento, corso annuale, SIdP Giovani hanno riscontrato un enorme successo come testimoniato dall’incredibile aumento dei soci. Rimarranno per me un ricordo bellissimo le giornate



Claudio Gatti, Mario Aimetti e Luca Landi a Uno Mattina



trascorse con gli amici della Commissione Culturale e le grandi sale congressuali di Torino e Rimini piene all'inverosimile, con tantissimi giovani assetati di parodontologia. Tutto questo è stato possibile grazie al contributo della parte migliore della nostra società. Tantissimi i soci attivi e ordinari, Dentisti e Igienisti, che dovrei ricordare e ringraziare, in primo luogo tutti i componenti delle Commissioni.

Fra le tante iniziative e i momenti belli non posso dimenticare i due ultimi incontri dei soci attivi (Baveno e Calvagese della Riviera), la missione dei volontari SIdP nelle

zone terremotate del Centro Italia in occasione della giornata Europea delle gengive sane a maggio 2017 e infine l'ultimo incontro di questo biennio a Napoli, per il corso di aggiornamento e l'assemblea straordinaria a seguito della quale ci siamo finalmente dotati di un Codice Etico. Momenti indimenticabili nei quali una straordinaria atmosfera di amicizia e collaborazione ha prevalso su tutto.

Che dire, sono contento di essere arrivato così alla fine del mio mandato. Ho tanti amici veri in più, ritengo di essere un uomo migliore e per questo ringrazio di cuore tutti i soci attivi che mi hanno voluto come presidente e sostenuto.

Ora la nostra società ha alla guida un gruppo straordinario che ha dimostrato negli anni il suo valore: Mario Aimetti, Luca Landi, Nicola Sforza, Francesco Cairo, Francesco Ferrarotti e tutti i componenti delle Commissioni sapranno sicuramente condurre con competenza la nostra società nel prossimo biennio. Sono stato fortunato ad avere avuto con me in questi anni due persone di grandissimo spessore culturale e umano: i prossimi presidenti SIdP, Mario e Luca, sono eccezionali, due persone per bene che faranno prima di tutto l'interesse della SIdP.

Grazie amici per questi anni meravigliosi. Vi abbraccio tutti. ●

Claudio Gatti

Invito alla Lettura



In questo numero accogliamo i suggerimenti di:

Marco Aglietta
Giulia Maria Mariani
Martina Stefanini



Marco Aglietta

Quo vadis? Come cambia la professione del parodontologo.

È molto interessante trovare al termine di uno dei volumetti del Periodontology 2000 un articolo dedicato alla professione che cambia.

Da parecchi anni la categoria degli odontoiatri si trova a fare i conti con una società in forte evoluzione dal punto di vista sociale, economico e tecnologico, a cui conseguono nuove esigenze (talvolta indubbiamente contrastanti) nel campo della salute e della medicina. Se ne sente parlare in continuazione sui giornali, in televisione, tramite internet, e se ne discute molto, anzi moltissimo, tra colleghi.

La parodontologia e la professione del parodontologo non fanno eccezione.

Tuttavia, siamo abituati a confrontarci con riflessioni per lo più legate ad aspetti economici e gestionali del nostro lavoro.

Kornman, Giannobile e Duff (2017) pongono invece l'accento nel loro articolo su aspetti principalmente clinici, partendo dalla seguente riflessione: in un mondo dove molti trattamenti parodontali di base

2) Il costo globale per la sola perdita di redditività a causa della parodontite grave calcolata negli USA nel 2010 è stato di 54 miliardi di dollari all'anno.

3) la parodontite colpisce in forma severa e avanzata tra il 12% e il 15% della popolazione.

4) solo 1 italiano su 4 (dati certificati Keystone) è consapevole di essere malato di parodontite e ne conosce le conseguenze.

sono ormai alla portata dell'odontoiatra generico, e dove, contestualmente, l'implantologia offre in diverse situazioni un'alternativa ai trattamenti parodontali avanzati, dove si colloca la figura dello specialista in parodontologia?

Che si voglia o meno condividere dal punto teorico questi due assiomi, non si può negare che dal punto di vista pratico questa è la realtà.

Quale sarà dunque (o forse qual è) la nuova "mission" del parodontologo? Dove ci collochiamo nel panorama medico e odontoiatrico?

Il punto di partenza per dare una risposta a questa domanda viene da una considerazione clinica: al pari delle principali patologie cronico-degenerative (Ismail et al 2016), i pazienti affetti da parodontite sembrano trovarsi su due tipi principali di binari. Alcuni, infatti, manifestano sintomi relativamente lievi, con lento sviluppo e sono abbastanza semplici da trattare ("Path A"). Altri, al contrario, hanno un decorso clinico molto più aggressivo e presentano recidive nonostante la corretta esecuzione dei trattamenti convenzionali ("Path B").

Seguendo l'esempio di altre branche mediche (oncologia, cardiologia etc.), la parodontologia dovrebbe venir applicata secondo i principi della "P4 medicine" (Personalization, Prediction, Prevention, Participatory).

Intercettare e stabilizzare precocemente i soggetti a rischio di parodontite e quelli con una forma a evoluzione aggressiva ("Path B"), e individuare i casi in cui la patologia influisce su altre condizioni mediche, deve diventare compito del parodontologo tanto quanto l'esecuzione di avanzate procedure chirurgiche e non per il trattamento delle malattie parodontali.

Questo richiede naturalmente che la ricerca in campo parodontale fornisca dei supporti intellettuali e tecnologici appropriati (e.g. test di screening di relativa semplice ed ampia applicazione).

Una caratteristica che rimane invariata e, anzi, si accentua nel futuro del parodontologo, è la sua dipendenza da un network lavorativo che coinvolge dentisti generici, igienisti dentali e medici specialisti.

Egli assume infatti il ruolo di regista nella gestione del paziente coordinando l'applicazione

delle procedure terapeutico-riabilitative orali e la gestione medica sistemica del paziente.

Quella che emerge dalle righe dell'articolo di Kornman et al. 2017 è una figura professionale altamente specializzata, capace non solo di applicare procedure tecniche sofisticate ma anche in grado di sintetizzare informazioni provenienti da diverse branche mediche per inquadrare e gestire una patologia complessa e poco prevedibile.

Bibliografia

Kornman KS, Giannobile WV, Duff GW. *Quo vadis: what is the future of periodontics? How will we get there? Periodontol 2000. 2017 Oct;75(1):353-371.*

Ismail K, Nussbaum L, Sebastiani P, Andersen S, Perls T, Barzilai N, Milman S.

Compression of morbidity is observed across cohorts with exceptional longevity. J Am Geriatr Soc 2016; 64: 1583, 1591.



Giulia Maria Mariani

Tooth loss in generalized aggressive periodontitis: Prognostic factors after 17 years of supportive periodontal treatment

Christian Graetz, Sonja Sälzer, Anna Plauermann, Peter Schlattmann, Maren Kahl, Claudia Springer, Christof Dörfer, Falk Schwendicke

Perdita dentaria nella parodontite aggressiva generalizzata (GAgP): fattori prognostici dopo 17 anni di terapia parodontale di supporto.

La parodontite è una delle malattie croniche più diffuse ed è fra le principali cause di perdita dei denti nella popolazione

adulta. Questa menomazione può influenzare negativamente la salute orale, ma anche la qualità della vita con ripercussioni a livello sanitario, sociale ed economico da non sottovalutare.

Molti studi hanno messo in evidenza che i soggetti sottoposti a terapia parodontale e inseriti in programmi di terapia di supporto personalizzati possono manifestare un arresto nella progressione della malattia e un relativamente basso rischio di perdere degli elementi dentari. Le variabili da considerare sono molteplici a livello del paziente e del dente (tipo di dente, posizione in arcata, livello di attacco clinico, mobilità, grado di coinvolgimento delle biforcazioni...). Le patologie parodontali attualmente vengono classificate in base a un percorso diagnostico costituito da anamnesi, raccolta di dati biometrici e analisi radiografica. Nel novembre dello scorso anno si è tenuto a Chicago un workshop internazionale volto a redigere la nuova classificazione delle malattie parodontali, che probabilmente terrà in considerazione anche la gravità del quadro clinico. Il classificare la malattia permette non solo di avere un'indicazione sull'eziopatogenesi della forma clinica che ha colpito il paziente, ma aiuta il clinico a impostare un piano di trattamento personalizzato.

La classificazione cui oggi facciamo riferimento definisce la parodontite aggressiva (GAgP) come una varietà di parodontite severa e rapidamente progressiva che affligge prevalentemente, ma non esclusivamente, i giovani (Armitage 1999).

La forma localizzata (LAgP) è piuttosto rara, colpisce specificamente primi molari e incisivi con perdita di attacco interprossimale su almeno due di questi denti e non coinvolge più di due denti diversi da questi. Invece la forma generalizzata (GAgP) colpisce almeno tre denti diversi da primi molari e incisivi. (Lang 1999).

Similmente alla parodontite cronica (CP) l'interazione tra agenti batterici e risposta immunitaria dell'ospite gioca un ruolo nell'eziologia mentre la predisposizione genetica sembra avere un ruolo significativamente più rilevante nell'insorgenza e nella progressione della malattia (Genco 2013, Schaefer 2014).

Secondo una recente meta-analisi la percentuale di successo a lungo termine nel

mantenimento di denti colpiti da GAgP sembra sostanzialmente sovrapponibile a quella di denti colpiti da CP (Nibali 2013). In letteratura sono presenti numerosi studi che valutano la sopravvivenza dentaria nel medio e lungo periodo nei pazienti affetti da parodontite cronica mentre pochi sono i dati, soprattutto a lungo termine, sulla sopravvivenza nella GAgP (Baumer 2011, Diaz-Faes 2016, Kratka 2007, Mros 2010, Waerhaug 1977, Nibali 2013).

Lo scopo principale di questo lavoro retrospettivo che vi propongo è stato di valutare, in un periodo di osservazione piuttosto lungo, il rischio di perdita dentaria in pazienti affetti GAgP e sottoposti a terapia parodontale. Sono inoltre stati valutati i fattori prognostici circa la perdita dentaria.

Il campione di questo studio è costituito da pazienti con diagnosi di GAgP trattati tra il 1982 e il 1998 presso il Dipartimento di Parodontologia della Christian Albrechts University di Kiel (Germania). I pazienti inseriti nello studio dovevano presentare una perdita ossea (BL) $\geq 50\%$ su almeno due denti. Sono stati considerati solo i pazienti che, dopo terapia attiva, avevano aderito ad un programma di terapia di supporto (SPT) per almeno 9 anni con almeno una visita annuale e con documentazione clinica e radiografica completa al baseline (TO) e al termine del followup (T2) (cartella parodontale completa ed esame sistematico endorale).

Dei 2564 pazienti parodontali presenti nel database del dipartimento ne sono stati identificati 239 affetti da GAgP. Di questi, 175 avevano una documentazione clinica o radiografica incompleta e 7 avevano diagnosi di LAGP e così sono stati esclusi. Un totale di 57 pazienti rispondevano ai criteri di inclusione richiesti.

La terapia parodontale attiva (APT) ha previsto trattamento parodontale non chirurgico con, se indicato, accesso chirurgico a lembo. La durata dell'APT (TO-T1) è stata di $1.3 \pm 0,8$ anni.

La SPT (SRP, motivazione e detartrasi) ha previsto richiami ad intervalli di tempo personalizzati tra i 3 e i 12 mesi.

Sono stati registrati la PPD, la mobilità (in 1°, 2°, 3° grado, secondo Lindhe), il BL (suddiviso in quattro gruppi: < 25%, < 50%, < 70%, >70%), il coinvolgimento delle biforcazioni (FI) è stato valutato secondo la clas-

sificazione di Hamp (1975). Sono stati inseriti nell'analisi statistica per ciascun dente solo il valore più alto di PPD e di FI.

A livello paziente è stata valutata l'abitudine al fumo ed i soggetti sono stati divisi in tre categorie: non fumatore, ex-fumatore, fumatore (Lang, Tonetti 2003).

Nessun paziente incluso nello studio era affetto da diabete mellito o da altre patologie sistemiche conosciute per avere influenza sulla parodontite.

La SPT ha avuto una durata media di 17.4 ± 4.8 anni con una media di 2.3 ± 0.7 visite per anno.

È stata effettuata un'analisi statistica descrittiva utilizzando SPSS 20 (SPSS, Chicago, IL, USA), l'analisi di regressione è stata eseguita utilizzando Stata 14 (Stata-Corp, College Station, TX, USA). Per identificare i fattori prognostici di perdita dei denti è stata eseguita un'analisi di regressione utilizzando un modello di rischio proporzionale di Cox.

I risultati di questo studio evidenziano che durante la terapia attiva 42 pazienti (74%) sono stati trattati esclusivamente con terapia parodontale non chirurgica, mentre 15 (26%) hanno necessitato anche di terapia antibiotica sistemica aggiuntiva. Non sono state effettuate procedure parodontali di tipo rigenerativo. Quattro pazienti sono stati trattati esclusivamente con terapia non chirurgica, mentre 53 sono stati trattati anche chirurgicamente con procedure di levigatura a cielo aperto, resezione radicolare o tunnellizzazione.

Durante la terapia di supporto 13 pazienti (23%) hanno necessitato di terapia antibiotica sistemica oltre alla ristrumentazione dei siti che hanno manifestato una recidiva di malattia.

La PPD di tutti i 1505 denti investigati è diminuita durante APT da 6.1 ± 2.3 (TO) mm a 3.6 ± 1.2 mm (T1) e ancora durante SPT fino a 3.4 ± 1.1 mm (T2). I denti estratti mostravano una PPD iniziale (TO) di 7.16 ± 2.18 mm che si riduceva dopo terapia attiva (4.63 ± 1.66 mm) per poi aumentare nuovamente durante la terapia di supporto (T1-T2).

Il riassorbimento osseo al baseline era superiore al 50% per circa il 42 % degli elementi dentari esaminati. Durante la terapia di supporto il 16.5% dei denti ha mostrato un peggioramento nella perdita ossea, il 65.3 % degli elementi rimaneva stabile e il

18.2% mostrava un miglioramento.

Complessivamente, 98 e 134 denti sono stati persi durante APT e SPT, rispettivamente, con $0,14 \pm 0,18$ denti persi per paziente e anno. Durante SPT, tre pazienti (5%) hanno perso ≥ 10 denti, 14 (25%) hanno perso 4-9 denti, 40 (70%) hanno perso 0-3 denti, rispettivamente. Un terzo (n = 19) di tutti i pazienti non ha perso denti. In questo studio retrospettivo è stato osservato un basso tasso (0.14%) di perdita dentaria annuale per paziente. Assumendo che al momento della diagnosi la durata rimanente di vita sia 45 anni (essendo l'età media dei pazienti esaminati di 35 anni) la perdita dentaria stimata per ciascuno è di 6/7 denti. Questo dato è in linea con quanto riportato in letteratura sia in studi con lungo follow-up (Diaz-Faes 2016, Graetz 2011, Saxwen 1986, Waeraug 1977) che studi con follow-up più breve (Albandar 1996, Baumer 2011, Dopico 2016). È anche interessante notare che il tasso di perdita annuale dei denti si correla al numero di elementi colpiti al baseline.

Inoltre è bene sottolineare che la regolarità e la qualità dell'SPT possano avere un ruolo importante sui risultati nel mantenimento degli elementi dentari in pazienti affetti da GAgP come evidenziato in altri studi a lungo termine presenti in letteratura.

La perdita dentaria in pazienti affetti da GAgP è sostanzialmente sovrapponibile a quella riportata in pazienti affetti da CP (Graetz 2016), inoltre non sembra subire una accelerazione nel corso degli anni, mantenendosi piuttosto costante nel tempo.

Passando all'identificazione dei fattori prognostici alcuni si sono rivelati significativamente associati alla perdita dentaria. A livello del dente i fattori prognostici più rilevanti sembrano essere la posizione del dente in arcata (i denti superiori risultano a più alto rischio), la profondità di tasca residua, il grado di coinvolgimento delle biforcazioni e il grado di mobilità.

La BL iniziale non viene annoverata fra i fattori prognostici significativi in quanto si è evidenziato che un'ampia percentuale dei denti sopravvissuti (442 su 1273) mostrava una BL al baseline > al 50% che andava migliorando con il tempo. Invece la BL dopo APT risulta correlata alla sopravvivenza dentaria.

A livello paziente il fattore prognostico più rilevante sembra essere il fumo che quadruplica il rischio di perdita dentaria.

Nella valutazione prognostica la presenza contemporanea di più fattori può comportare un incremento di rischio cumulativo o persino moltiplicativo.

Questo studio presenta alcuni limiti fra cui il disegno di tipo retrospettivo, la mancanza di identificazione delle cause di estrazione degli elementi dentari persi, l'impossibilità di paragonare diverse modalità di trattamento parodontale e il tipo di campione costituito da una popolazione di pazienti selezionati, particolarmente motivati e sensibilizzati, trattati in una struttura universitaria specializzata.

Una considerazione interessante che emerge da questo studio è la necessità di una diagnosi precoce per intraprendere un trattamento attivo e di supporto personalizzato che permettano di mantenere la maggior parte degli elementi dentari nel tempo. A tal fine utili potrebbero essere metodi di screening parodontale. Inoltre è importante sottolineare che nei pazienti affetti da GAgP le estrazioni precoci andrebbero evitate in quanto potrebbero rivelarsi premature. Dai risultati di questo lavoro, infatti, si evince che elementi dentari con riassorbimento osseo avanzato (>50%) o con profondità di sondaggio residua possono essere mantenuti purché non vi siano segni clinici di attività di malattia (sanguinamento al sondaggio o essudato purulento).

In conclusione, dai risultati di questo studio retrospettivo, si evince che il mantenimento a lungo termine e possibilmente per tutta la vita dei denti in pazienti con GAgP sia possibile purché la diagnosi avvenga in fase precoce e che sia impostato un corretto piano di trattamento al termine del quale risulta necessaria una terapia di supporto personalizzata che accompagni il paziente per tutta la vita.

Bibliografia

Albandar, J. M., Brown, L. J., & Loe, H. (1996). Dental caries and tooth loss in adolescents with early-onset periodontitis. *Journal of Periodontology*, 67, 960-967. doi:10.1902/jop.1996.67.10.960

Albandar, J. M., & Tinoco, E. M. (2002). Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontology 2000*, 29, 153-176.

Armitage, G. C. (1999). Development of a classification system for peri odontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology*, 4, 1-6. doi:10.1902/annals.1999.4.1.1

Bäumer, A., El Sayed, N., Kim, T. S., Reitmeir, P., Eickholz, P., & Pretzl, B. (2011). Patient-related risk factors for tooth loss in aggressive periodontitis after active periodontal therapy. *Journal of Clinical Periodontology*, 38, 347-354. doi:10.1111/j.1600-051X.2011.01698.x

Bäumer, A., Pretzl, B., Cosgarea, R., Kim, T. S., Reitmeir, P., Eickholz, P., & Dannewitz, B. (2011). Tooth loss in aggressive periodontitis after active periodontal therapy: Patient-related and tooth-related prognostic factors. *Journal of Clinical Periodontology*, 38, 644-651. doi:10.1111/j.1600-051X.2011.01733.x

Carnevale, G., Cairo, F., & Tonetti, M. S. (2007). Long-term effects of supportive therapy in periodontal patients treated with fibre retention osseous resective surgery. I: Recurrence of pockets, bleeding on probing and tooth loss. *Journal of Clinical Periodontology*, 34, 334-341. doi:10.1111/j.1600-051X.2007.01051.x

Dannewitz B, Zeidler A, Husing J, Saure D, Pfefferle T, Eickholz P, Pretzl B. (2016). Loss of molars in periodontally treated patients: results 10 years and more after active periodontal therapy *Journal of Clinical Periodontology*, 43, 53-62. doi: 10.1111/jcpe.12488

Diaz-Faes, L., Guerrero, A., Magan-Fernandez, A., Bravo, M., & Mesa, F. (2016). Tooth loss and alveolar bone crest loss during supportive periodontal therapy in patients with generalized aggressive periodontitis: Retrospective study with follow-up of 8 to 15 years. *Journal of Clinical Periodontology*, 43, 1109-1115. doi:10.1111/jcpe.12596

Dopico, J., Nibali, L., & Donos, N. (2016). Disease progression in aggressive periodontitis patients. A Retrospective Study. *Journal of Clinical Periodontology*, 43, 531-537. doi:10.1111/jcpe.12533

Genco, R. J., & Borgnakke, W. S. (2013). Risk factors for periodontal disease. *Periodontology 2000*, 62, 59-94. doi:10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x

Graetz, C., Dörfer, C. E., Kahl, M., Kocher, T., Fawzy El-Sayed, K., Wiebe, J. F., Rühling, A. (2011). Retention of questionable and hopeless teeth in compliant patients treated for aggressive periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 38, 707-714. doi:10.1111/j.1600-051X.2011.01743.x

Graetz, C., Plaumann, A., Schlattmann, P., Kahl, M., Springer, C., Sälzer, S., Schwendicke, F. (2016). Long-term tooth retention in chronic periodontitis results after 18 years of a conservative periodontal treatment regimen in a university setting. *Journal of Clinical Periodontology*, n/a-n/a., doi:10.1111/jcpe.12680

Hamp, S. E., Nyman, S., & Lindhe, J. (1975). Periodontal treatment of multicrooked teeth. Results after 5 years. *Journal of Clinical Periodontology*, 2, 126-135.

Lang, N., Bartold, P., Cullian, M., Jeffcoat, M., Mombelli, A., Murakami, S., Van Dyke, T. (1999). Consensus report: Aggressive Periodontitis. *Annals of Periodontology*, 4, 53.

Lang, N. P., & Tonetti, M. S. (2003). Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health & Preventive Dentistry*, 1, 7-16.

Kratka, Z., Bartova, J., Krejsa, O., Otcenaskova, M., Janatova, T., & Duskova, J. (2007). Interleukin-1 gene polymorphisms as assessed in a 10-year study of patients with early-onset periodontitis. *Folia Microbiologica (Praha)*, 52, 183-188. doi:10.1007/BF02932157

Mros, S. T., & Berglundh, T. (2010). Aggressive periodontitis in children: A 14-19-year follow-up. *Journal of Clinical Periodontology*, 37, 283-287. doi:10.1111/j.1600-051X.2009.01526.x

Nibali, L., Farias, B. C., Vajgel, A., Tu, Y. K., & Donos, N. (2013). Tooth loss in aggressive periodontitis: A systematic review. *Journal of Dental Research*, 92, 868-875. doi:10.1177/0022034513501878

Saxen, L., Asikainen, S., Sandholm, L., & Kari, K. (1986). Treatment of juvenile periodontitis without antibiotics. A follow-up study. *Journal of Clinical Periodontology*, 13, 714-719.

Schaefer, A. S., Jochens, A., Dommisch, H., Graetz, C., Jockel-Schneider, Y., Harks, I., Loos, B. G. (2014). A large candidate-gene association study suggests genetic variants at IRF5 and PRDM1 to be associated with aggressive periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 41, 1122-1131. doi:10.1111/jcpe.12314

Waerhaug, J. (1977). Plaque control in the treatment of juvenile periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 4, 29-40.



Martina Stefanini

Is the use of different magnitude of CAL gain appropriate for making conclusions on the efficacy of non-surgical therapeutic means?

Cristiano Tomasi & Jan L. Wennström
J Clin Periodontology 2017;44:601-602.

“Invitare alla lettura” i miei colleghi della SidP mi ha creato non poche preoccupazioni. Notti insonni a pensare a quale brillante articolo proporre. Non troppo conosciuto e banale, ma allo stesso tempo metodologicamente corretto ed ovviamente pubblicato su una rivista ad alto impatto. Mi sarebbe piaciuto anche un argomento particolarmente all'avanguardia, o magari con alto significato sociale. L'ideale sarebbe stato anche un lavoro innovativo, che proponesse una nuova tecnica chirurgica o un nuovo approccio terapeutico. Perfetto poi sarebbe stato se gli autori ne avessero anche comprovato l'efficacia attraverso un confronto rando-

mizzato in doppio cieco con un gruppo controllo.

Insomma amici miei, dopo giorni di “navigazione” tra Pubmed ed Embase, quando ormai avevo perso ogni speranza di trovare l'*articolo perfetto* in grado di soddisfare tutte le menti... ho trovato l'editoriale di Cristiano, sì, del nostro Cristiano Tomasi. Allora la folgorazione. Mi ero limitata fino a quel momento a leggere gli articoli da proporvi. Ma questo non era abbastanza.

“La semplice lettura non basta” è la morale di questo breve editoriale: quando ci si inoltra nel folto del mondo scientifico, sia come lettori che come ricercatori, dobbiamo restare vigili, perché le trappole sono nascoste ad ogni angolo. La mente si arrovella sui risultati statisticamente significativi, si incanta davanti ai forest plot, si lascia imbrigliare dai materiali e metodi ed il rischio è quello di perdere di vista la destinazione finale del viaggio.

Qual è l'obiettivo finale della nostra terapia parodontale non chirurgica?

Quando ci accingiamo ad intervenire sui nostri pazienti, abbiamo chiari, nella nostra mente, gli obiettivi che ci prefiggiamo di ottenere? Siamo sicuri dei parametri clinici sui quali basarci, per valutare in modo oggettivo e riproducibile nel tempo l'eventuale successo della nostra terapia e comunicarlo efficacemente ai pazienti stessi?

Siamo certi che le linee guida per il trattamento non chirurgico della malattia parodontale (John et al. 2017) ci forniscano dati dirimenti sulle successive scelte terapeutiche, prendendo in esame, come parametro di efficacia di varie terapie aggiuntive al SRP, un guadagno di CAL di un terzo di millimetro nell'arco di 6-12 mesi? Ed una terapia aggiuntiva potrà davvero considerarsi più efficace rispetto ad un'altra (agli occhi dei clinici, non parliamo poi del punto di vista dei pazienti!) avendo questo come unico parametro di riferimento?

Posto che molto difficilmente dalla terapia non chirurgica esiterà un nuovo attacco connettivale, è corretto considerare il CAL gain, fortemente dipendente dalla profondità di tasca iniziale ed indicativo del solo stato di infiammazione dei tessuti molli attorno ai denti, come il miglior out-

come surrogato?

O forse valutare la sola variazione del CAL a seguito della terapia non chirurgica non è indicativo rispetto al reale ed ultimo obiettivo del trattamento parodontale nel suo complesso, ovvero il mantenimento dei denti?

Il clinico decide se intervenire chirurgicamente, a seguito di SRP, in base alla presenza di tasche patologiche residue, vale a dire tasche profonde e presenza di sanguinamento al sondaggio. In assenza di questi parametri non si procederà alla chirurgia, viceversa si potrà spiegare al paziente in termini più “tangibili” di frazioni di millimetro il perché vi sia necessità di intervenire.

Se restassero dubbi sull'opportunità di assumere una riduzione della profondità di sondaggio come outcome surrogato della terapia non chirurgica, basti ricordare il rapporto tra questo parametro e l'obiettivo finale della terapia parodontale: una PPD di 5mm significa un rischio di perdita del dente con un odds ratio di quasi 8, rispetto ad un dente sano; con un PPD di 6mm arriviamo ad un odds ratio di 11 e con PPD>7mm a 64 (Matulienė et al. 2008).

Vogliamo prendere in esame l'eliminazione del sanguinamento al sondaggio?

In uno studio longitudinale della durata di 26 anni, paragonando un dente privo di infiammazione gengivale ed uno reiteratamente BOP+, il secondo presenta un rischio 46 volte maggiore di essere perso (Schätzle et al. 2004).

Possiamo quindi considerare l'assenza di sanguinamento al sondaggio e l'eliminazione di tasche profonde (PPD <4mm) come gli obiettivi finali di una terapia non chirurgica di successo; avremo inoltre dati di immediata interpretazione e applicazione pratica, nonché facilmente comunicabili al paziente e per lui comprensibili e valutabili. Non sempre il parametro apparentemente più esaustivo (CAL) è necessariamente lo strumento più idoneo a valutare l'esito della nostra terapia.

Affidarci in maniera cieca e passiva ad un risultato, per quanto ottenuto da una perfetta network meta-analisi, condotta con rigore metodologico e scientifico, senza chiederci se la meta che ci siamo prefissati sia quella giusta, può essere pericoloso e può portarci fuori strada.

Forse nel districarsi tra la letteratura scientifica bisogna tornare ad essere un po' “bambini” e non vergognarsi di chiedere sempre “perché?” ●

Bibliografia

1. John, M., Kotsakis, G., & Haitao, C. (2017). Network meta-analysis of studies included in the clinical practice guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, *44*, 1122-1127. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12726>

2. Matulienė, G., Pjetursson, B. E., Salvi, G. E., Schmidlin, K., Brägger, U., Zwahlen, M., & Lang, N. P. (2008). Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: Results after 11 years of maintenance. *Journal of Clinical Periodontology*, *35*, 685-695.

3. Schätzle, M., Loe, H., Lang, N. P., Bürgin, W., Anerud, A., & Boysen, H. (2004). The clinical course of chronic periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, *31*, 1122-1127.

5) il 90% di coloro che soffrono di disturbi riconducibili alla parodontite non ha ricevuto una corretta diagnosi.

6) solo 1 Italiano su 100 viene sottoposto a terapie parodontali (ISTAT).

Formazione e *in* formazione.

SldP Study Club Odontoiatri e Study Club Igienisti Dentali: un'opportunità da non perdere!

Anche per il 2018 la Società Italiana di Parodontologia e Implantologia offre ai propri Soci Odontoiatri la possibilità di *partecipare gratuitamente a 3 incontri in uno degli Study Club (SC)*, istituiti sul territorio nazionale, per trasmettere i principi di un corretto approccio alla professione e al paziente.

Gli Study Club costituiscono un'opportunità unica per dare continuità alla propria appartenenza alla Società e da non perdere per sviluppare e incrementare, in un ambiente informale, il valore dello stare insieme con una partecipazione attiva da parte di tutti i membri.

Numero limitato, approccio amichevole, confronto diretto con un Collega esperto, condivisione di esperienze cliniche, offrono ai partecipanti una imperdibile possibilità formativa.

Gli Study Club sono affidati a "Responsabili", scelti tra Soci Attivi e Soci Certificati, una vera e propria task force di colleghi di

STUDY CLUB SldP

Riservati agli Igienisti Dentali

STUDY CLUB SldP

Riservati agli Odontoiatri

Ecco le città!
Scegli quella più vicino a casa tua.

Società Italiana di Parodontologia e Implantologia

elevato profilo scientifico e culturale, costituita da clinici e opinion leader di riferimento in Parodontologia e Implantologia. Visto il favore con cui questo progetto culturale è stato accolto dai Soci Odontoiatri, il Consiglio di Presidenza ha deciso di offrire questa *opportunità di aggiornamento* anche ai *Soci Igienisti Dentali*.

La conduzione è affidata a una coppia composta da un Odontoiatra e un'Igienista. Sarà l'Igienista, quale Responsabile SC, a condurre l'incontro e la discussione, affiancato/a dall'Odontoiatra nella preparazione dei contenuti. ●

Nel 2018 sarà pubblicata la versione in lingua inglese del Testo Atlante SldP

Le schede ad uso dei nostri pazienti

Informazioni semplificate, ma controllate da SldP per correttezza e aggiornamento, su argomenti di interesse quotidiano durante la nostra attività clinica.

www.sidp.it

Formazione e *in* formazione.

Anche per il 2018 SIdP ripropone i **Corsi Annuali** nella sua programmazione culturale rivolta agli **Odontoiatri** e agli **Igienisti Dentali**. Perché riproporre questi corsi che richiedono così tante energie?

Trasferire in forma organica e continuativa conoscenze e competenze in **Parodontologia** e **Implantologia** ritengo sia un modo significativo per supportare tutti noi che



desideriamo migliorare nella nostra Professione. Offrire alle rispettive crescite professionali percorsi formativi completi e integrati, con un'impostazione che offra tutti gli elementi utili ad una professione etica basata su solide conoscenze, è espressione di una Società al servizio di odontoiatri e igienisti dentali. Quest'anno poi abbiamo voluto offrire un'opportunità anche agli studenti del Corso di Laurea in Odontoiatria. L'interazione con AISO, nell'ambito di una più ampia strategia, ha permesso di identificare 4 giovani in procinto di laurearsi a cui offrire la partecipazione al Corso. Proprio in virtù della coscienza di una SIdP autorevole e indipendente, ritengo molto importante proporre offerte formative che, in affiancamento all'Accademia, facilitino le nuove generazioni a orientarsi nel loro percorso di avvicinamento alla professione. Tutto questo con sempre maggiore attenzione alla competenza.

Non a caso le parti pratiche sono state ulteriormente implementate. Consentire un'indispensabile presa di coscienza degli aspetti tecnici lo ritengo doveroso per chi vuole migliorarsi in una professione radicalmente cambiata rispetto a pochi anni fa. Per ottenere risultati "in linea" con gli standard SIdP abbiamo chiesto e ottenuto la partecipazione di molti. Soci Attivi, Soci Certificati, Soci Igienisti e Tutors, mossi dal solo spirito di servizio, hanno riconfermato la disponibilità ad offrire il loro tempo, conoscenze e competenze al servizio di chi vuole crescere e a beneficio di una professione etica. Insomma un grande progetto che, anche per 2018, ha visto andare sold out entrambi i corsi a poche settimane dall'apertura delle iscrizioni. Un progetto che ci onora di fare parte della SIdP. E abbiamo iniziato a lavorare per il 2019! ●

Think Perio!

Mario Aimetti



SIdP
Società Italiana di Parodontologia e Implantologia
ATA
EIP

V CORSO ANNUALE 2018

DI PARODONTOLOGIA E IMPLANTOLOGIA

FIRENZE

Educatore del Fuligno Via Faenza, 48

6 incontri di 2 giorni
Lezioni teoriche
Esercitazioni pratiche

23-24 febbraio / 6-7 aprile / 15-16 giugno / 12-13 ottobre / 9-10 novembre / 30 novembre-1 dicembre

SIdP
Società Italiana di Parodontologia e Implantologia
ATA
EIP

2018

CORSO ANNUALE

DI PARODONTOLOGIA

Riservato agli Igienisti Dentali

3 incontri di 2 giorni
Lezioni teoriche
Esercitazioni pratiche

12-13 ottobre
9-10 novembre
30 novembre-1 dicembre

TORINO
C.I.R. Dental School
Via Nizza, 230



Intervista a Pier Paolo Cortellini

Fuori dal Podio Intervista a un Top Speaker

Ho piacere e interesse a porre alcune domande a Pier Paolo Cortellini, detto Sandro, uno dei Top Speaker più impegnati nel campo della Parodontologia, sia come clinico, sia come ricercatore.

Mi piacerebbe conoscere, sperando di incontrare anche l'interesse dei colleghi, alcuni degli aspetti della sua vita, fuori dal podio.

Il podio, il momento della comunicazione, il momento in cui si trova davanti a platee che possono variare da 20/100 colleghi (nei corsi di aggiornamento) a 2000/3000 nei maggiori Congressi internazionali, rappresenta certamente il momento culminante, e a mio avviso esaltante, della vita di un relatore, e questi momenti li viviamo noi con loro.

A me interessa indagare tutto il mondo che anticipa quel momento, dalla vita affettiva, intima e familiare, fino alla preparazione di quel momento.

Comincerei dalla vita affettiva, intima e familiare.

D. Sandro, molto spesso immagino, un Top Speaker ha tutti i weekend impegnati, con termine dei lavori e rientro a casa, al più tardi, il sabato pomeriggio.

Riesci a trovare, con soddisfazione e certezze, il tempo ed il modo per un benefico relax, coniugato alla attenzione verso gli affetti familiari?

R. Caro Giovanni, la mia vita è molto articolata e l'equilibrio fra attività professionali e vita familiare è complesso e delicato. Come sai, vivo la parte "professionale" della mia vita all'interno di quello che definisco il mio "triangolo magico": attività clinica sui pazienti nel mio studio multidisciplinare a Firenze (... e qui interviene la prima intersecazione con mia moglie, protesista, che è una delle strutture portanti della nostra attività professionale), attività di ricerca clinica in ERGOPerio (accademia di ricerca che condivido con Maurizio To-



netti, Klaus Lang a Mariano Sanz), e attività didattica in Italia e all'estero. Tutto questo mi impegna enormemente, spesso anche nel fine settimana. Mi chiedi se trovo il tempo per me e per la famiglia nel fine settimana. Non sempre Giovanni, ma ci provo: cerco di essere a casa, per quanto possibile, sabato pomeriggio e domenica. Spesso questo "tempo" è troppo breve per recuperare energie, anche perché quando torni a casa hai comunque desiderio di partecipare alla vita della famiglia e questo richiede ulteriori energie. Il riposo, soprattutto di "testa" è fondato su una regola: in famiglia non si parla di lavoro!.

D. Il lunedì mattina riprende l'attività professionale, riesci a star concentratissimo alle molteplici e complesse vicende dello studio professionale, senza avere l'attenzione rivolta alla prossima Relazione, che pur richiede un tempo di concentrazione e preparazione?

R. Il Lunedì (ma includi anche Martedì e Mercoledì, giorni in cui lavoro in studio) mi aiuta la mia capacità di essere "multitasking". Da sempre riesco a fare varie cose contemporaneamente, senza perdere la concentrazione e l'attenzione per ognuna di queste. Così, mentre tratto pazienti, penso tranquillamente alla possibilità di utilizzare i casi che sto trattando in una delle mie presentazioni, pianifico con le

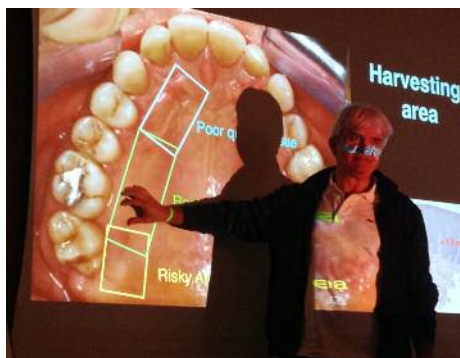
mie assistenti i prossimi casi clinici, discuto con le mie segretarie i prossimi impegni didattici o di ricerca, prenoto voli e alberghi, rispondo a e-mail e telefonate. Per ora funziona

D. Io penso che il materiale di presentazione riesca a mantenere l'interesse attivo del relatore, senza scadere nella ripetitività, se viene continuamente aggiornato, nella clinica e nelle voci bibliografiche. Quando trovi il tempo e la concentrazione per dedicarti a questo fondamentale aspetto del tuo lavoro di Speaker?

R. Uno dei tanti vantaggi che deriva dalla mia attività di ricerca e didattica è quello di rimanere aggiornato. La seconda parte della mia settimana è dedicata a questo: aggiornamento, ricerca, didattica. Da oltre 30 anni, da quando ho iniziato la mia professione di parodontologo, ho ritagliato questo spazio di 3 giorni che è stato ed è fondamentale per sviluppare e aggiornare il mio materiale clinico - scientifico. Ovviamente non tutti i fine settimana sono dedicati a ricerca e didattica: alcuni rimangono liberi per me e la mia famiglia!

D. Oltre che un brillante clinico, sei anche un acuto e molto articolato ricercatore, e questo lavoro lo svolgi spesso in accordo e sintonia con altri Ricercatori. Quando e come vi dedicate a questo lavoro

di ricerca, di confronto e di discussione dei vostri dati?



R. L'attività di ricerca si sviluppa, come ti ho già detto sopra, all'interno di ERGOPerio, in particolare attraverso una interazione quasi quotidiana con Maurizio Tonetti. Negli anni ho collaborato e continuo a collaborare con tanti ricercatori e clinici straordinari in Italia e all'estero. Alcuni sono stati fondamentali per la mia maturazione e crescita, primo fra tutti Giampi Pini Prato a cui devo enorme gratitudine e affetto.

D. Sandro il tempo vola e i calendari fitti danno ancora di più il senso del correre del tempo. Avrai dovuto fare delle rinunce. Quali ti sono pesate di più?

R. Rinunce? Tante, ma mi ritengo così fortunato e privilegiato dalla buona sorte da rendere i rimpianti vaghi e pressoché indolori. D'altronde riesco a collocare in questa vita intensa molte cose piacevoli: tennis,



sci, viaggi, mare, montagna, amici e continuo a coltivare la mia passione per la campagna e per la cucina. Come sai mi considero superiore in cucina che con il bisturi in mano: presunzione? Ma se ho tantissimi amici che fanno la fila alla mia tavola! Giovanni, tutto questo, a partire dalle "feste" in casa con gli amici per finire con la mia vita di girovago della parodontologia è possibile perché ho una moglie

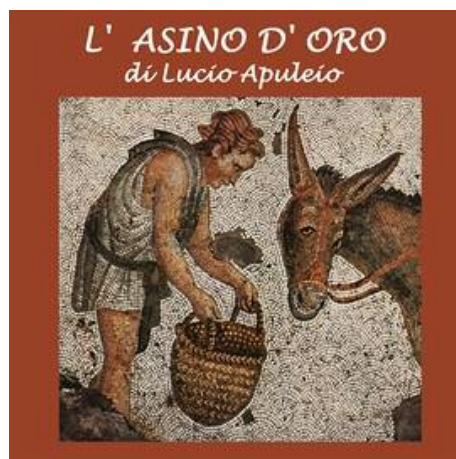
straordinaria che mi aiuta e mi supporta in ogni momento; e quattro figli altrettanto straordinari che hanno capito le motivazioni che muovono la mia esistenza. Ovviamente cerco di rendere tutti loro partecipi per quanto possibile anche della parte professionale della mia quotidianità. Ti confido un ultimo segreto che contribuisce a mantenere vivo in me quello che chiamo "il fuoco dentro": raramente guardo indietro, continuamente guardo avanti, sono un ottimista impenitente, vedo sempre il bicchiere mezzo pieno e, di solito, me lo bevo quel mezzo bicchiere! ●

L'angolo della cravatta



Elogio della bocca

da L'asino d'oro di Apuleio (125-170 ca d.C.)



Crimen haud contemnendum philosopho, nihil in se sordidum sinere, nihil uspiam corporis apertum immundum pati ac fentulentum, praesertim os, cuius in propatulo et conspicuo usus homini creberrimus, sive ille cuiuspiam osculum ferat seu cum quicquam sermocinetur sive in auditorio dissertet sive in templo preces alleget. Omnem quippe hominis actum sermo praedit, qui, ut ait poeta praecipuus, dentium muro proficiscitur. Dares nunc aliquem similiter grandiloquum: diceret suo more cum primis cui ulla fandi cura sit impensius cetero corporeo os colendum, quod esset animi vestibulum et oratio-

nis ianua et cogitationum comitium.

Ego certe pro meo captu dixerim nihil minus quam oris illuviem libero et liberali viro competere. Est enim ea pars hominis loco celsa, visu prompta, usu facunda. Nam quidem feris et pecudibus os humile est et deorsum ad pedes deictum, vestigio et pabulo proximum; numquam ferme nisi mortuis aut a morsum exasperatis conspicitur. Hominis vero nihil prius tacentis, nihil saepius loquentis contempler.



Accusa non spegevole per un filosofo, niente di sozzo permettere in sé, niente di sporco tollerare in alcuna parte del corpo scoperto e niente di puzzolente, specie la bocca, il cui uso all'aperto e in vista è frequentissimo per l'uomo, sia che dia un bacio a qualcuno sia quando discorre di qualcosa sia che parli in pubblico sia che faccia preghiere nel tempio. Infatti ogni azione dell'uomo la parola precede, la quale, come disse il sommo Omero, esce dal muro dei denti. Immagina ora uno ugualmente magniloquente: direbbe alla sua maniera con i primi che colui che ha qualche cura del dire deve dedicarsi alla bocca con più impegno che al resto del corpo, poiché è vestibolo dell'anima e porta del discorso e luogo di raccolta dei pensieri. Io certo per quanto mi concerne direi che niente si addice a un uomo libero e liberale meno del sudiciume della bocca. Infatti è quella parte dell'uomo alta di collocazione, la prima a vedersi, all'uso facunda. Infatti alle fiere e agli animali la bocca sta in basso e prona giù fino alle zampe, prossima all'orma e all'erba; mai si vede se non quando sono morte o sono eccitate a mordere. Dell'uomo che tace invece niente puoi vedere prima, niente più spesso se parla ●

Giovani.



Caro Direttore,

Il tuo invito a scrivere ancora sulla rivista che magistralmente dirigi mi fa piacere e mi inorgoglisce nello stesso tempo, a maggior ragione se mi chiedi di fare un'analisi sull'attività di SIdP Giovani.

Sono passati quattro anni esatti da quando Maurizio Tonetti fece a me e Diego Capri quella telefonata che, allora non lo sapevamo, avrebbe aperto un intero capitolo della storia della nostra amata società.

L'idea era di creare, all'interno del corso pre-congressuale, sia uno "spazio" dedicato alla ricerca che uno "spazio" dedicato ai giovani.

Naturalmente eccitati per l'incarico ricevuto, Diego ed io abbiamo iniziato a lavorare sodo sul progetto, scoprendo contestualmente una straordinaria affinità caratteriale e professionale che ha cementato una splendida amicizia.

Abbiamo iniziato a pensare che per i giovani fosse necessario un linguaggio adeguato, una comunicazione più fresca, una didattica interattiva. E per realizzare un qualcosa di veramente nuovo, non sarebbe bastata la nostra buona volontà ma avremmo avuto bisogno di una squadra e di un mezzo di comunicazione potente.

Da lì le cose si sono evolute e amplificate, probabilmente perché i presupposti erano solidi e i mezzi e le persone che la società ci ha messo a disposizione.

Oggi SIdP Giovani è, quella parte della società che si occupa di soddisfare al meglio le esigenze dei soci under 40.

È un gruppo composto da un responsabile (il sottoscritto), due coordinatori (Nicola Discepoli e Francesco Ferrarotti per il 2016-17 e Matteo Marzadori e Giorgio Pagni per gli anni 2018-19) e una quindicina di tutor (scelti ogni anno dai coordinatori).

Questo gruppo è ormai consolidato, è investito di grandi responsabilità da parte del Consiglio Direttivo e ha obiettivi precisi:

- Stimolare l'interesse e la sensibilità dei giovani odontoiatri verso la parodontologia e l'implantologia (un'implantologia razionale), mediante un contatto costante e at-



traverso forme di comunicazione cui i giovani sono più sensibili.

- Coinvolgere maggiormente i giovani soci ordinari e i soci studenti, a un confronto informale e paritario, su tematiche di ambito clinico e scientifico.

- Creare programmi culturali dedicati, utilizzando comunicazione e metodi didattici vicini alle esigenze formative degli odontoiatri under 40.

- Creare interscambi nazionali ed internazionali con altri ambienti societari dedicati ai più giovani.

- Offrire momenti di interazione sociale in ambiente rilassato ed informale tra i giovani soci, i tutors, i coordinatori (e tutti gli appartenenti alla SIdP) al fine di creare e rafforzare legami interpersonali (e quindi il legame societario).

I risultati sono clamorosi:

I giovani iscritti alla società incrementati in modo sensibile.

Il gruppo Facebook, che ha raggiunto, ad oggi, quasi 3000 follower, anticipa e prosegue le tematiche trattate durante gli eventi culturali SIdP. Ogni caso clinico condiviso ha una media di 300 commenti e si conclude sempre con i complimenti soddisfatti dell'audience. Le chiavi del suo successo sono da ricercare nella qualità del metodo didattico, nel tipo di comunicazione e nella creatività dei suoi slogan.

L'attività costante di coordinatori e tutor e la disponibilità di alcuni soci attivi che si

sono cimentati nella didattica "Case based learning", secondo il format di SIdP Giovani, hanno mantenuto alto il livello qualitativo delle discussioni clinico-scientifiche.

Il gruppo SIdP Giovani è riconosciuto essere tra i meglio concepiti e organizzati sui social network in campo odontoiatrico, tanto da diventare punto di riferimento ed altre società scientifiche stanno cercando di costruire un percorso simile.

Lo Spazio Giovani, al Congresso annuale, sempre sold out, continua a riscuotere enorme successo, come testimoniato dai questionari di gradimento, così come è sempre apprezzato il workshop dedicato ai giovani che organizziamo in concomitanza del Corso di Aggiornamento di Ottobre.





Nel biennio 2016/17, l'attività di SIdP Giovani è stata considerevole.

2016:

Marzo - Spazio Giovani al Congresso Nazionale di Torino:

Il piano di trattamento iniziale (Corso interattivo a numero chiuso. Sala allestita a tavoli, con un tutor per tavolo): Naturale evoluzione del percorso didattico iniziato con *La Diagnosi* (2014) e *La Valutazione Prognostica* (2015).

Introdotta il "Bar SIdP Giovani" nell'ambito del Perio Party.

Creata la serata "Absolut Perio", importante momento di aggregazione per i Giovani di SIdP. Musica ricercata e allestimenti e grafiche studiati ad hoc.

Ottobre - Workshop SIdP Giovani al corso di aggiornamento di Verona: *"Il posizionamento implantare "dalla A alla C"*. Relatori: Roberto Farina e Giovanni Franceschetti. Sono state illustrate, in modo interattivo, le basi per il posizionamento tridimensionale ideale degli impianti, in funzione della anatomia e della riabilitazione protesica prevista.

Serata con apericena in locale nella splendida cornice di Piazza delle Erbe (grazie alla

collaborazione di Fabio Vignoletti), molto apprezzata anche dai soci attivi.

2017:

Marzo - Spazio Giovani al Congresso Internazionale di Rimini:

Il piano di trattamento chirurgico. (Corso interattivo a numero chiuso. Sala allestita a tavoli, con un tutor per tavolo). Sono stati presentati dai coordinatori due casi clinici, dalla prima visita fino alla rivalutazione post-terapia causale e discusso collegialmente il piano di trattamento chirurgico.

In occasione di questo evento è iniziato un rapporto di collaborazione tra SIdP Giovani, SEPA Jöven e la Sezione Giovani della Società Austriaca di Parodontologia.

I delegati delle società austriaca e spagnola sono stati coinvolti nella discussione collegiale dei casi così come nei momenti ricreativi. I complimenti e i ringraziamenti ricevuti dagli ospiti stranieri, sia in via informale che formale, così come quelli provenienti dai delegati della EFP, sono stati per la società intera un ennesimo motivo di orgoglio.

Il "Bar SIdP Giovani" rappresenta ormai un must all'interno del Perio Party, i suoi barman creano ogni anno eccezionali cocktails con nomi ispirati alle chirurgie parodontali (la società austriaca ha già chiesto di poter replicare l'idea...).

La serata "Absolut Perio", anche grazie alla propaganda mediatica che la precede ogni anno (vedi video trailer realizzato ad hoc dai montatori della serie Gomorra) è ormai diventata un'istituzione. I giovani soci lo ritengono un importante momento di aggregazione ed ogni anno aumentano le aspettative.

Gadget della serata: Cappellino "Sonda" (con logo Honda), la cui immagine, assieme a quella del logo della serata, è diventata "virale" in rete. La foto dei delegati EFP, abbracciati, con cappellino SIdP Giovani rimarrà negli annali di questa società

Ottobre - Workshop SIdP Giovani al corso di aggiornamento di Torino: *"Come cercare, leggere e interpretare un articolo scientifico"*. Relatore: Cristiano Tomasi.

Le note capacità oratorie e didattiche di Cristiano al servizio di SIdP Giovani!

Gli abbiamo chiesto di organizzare una lezione di base e interattiva, su come valu-

tare la qualità della metodologia utilizzata negli studi scientifici e come interpretare i risultati che da essi emergono. Insegnamento fondamentale per la crescita culturale dei nostri utenti e molto richiesto da chi frequenta il nostro gruppo.

In omaggio per i partecipanti, una ristampa del famoso libretto realizzato per SIdP nel 2005 dai proff. Pini Prato ed Esposito, un manuale ancora molto attuale, utile per muovere i primi passi nel mondo della letteratura scientifica, che i giovani soci hanno apprezzato moltissimo.

La giornata è terminata con una serata all'insegna del divertimento e dell'armonia all'interno del gruppo.

Ho cercato di riassumere per punti la nostra attività, ma in realtà dietro questo progetto c'è molto di più.

C'è un lavoro costante portato avanti con passione, dedizione e spirito di servizio alla Società, per il quale sono doverosi alcuni ringraziamenti. Il primo rivolto a chi ha davvero condotto la nostra attività nello scorso biennio, i due coordinatori Francesco Ferrarotti e Nicola Discepoli; qualsiasi decisione è stata presa in comune accordo con loro, ed il successo delle iniziative elencate è dovuto principalmente al loro impegno. Ringrazio tutti i tutor, ragazzi di grande esperienza clinico-didattica-scientifica, neo o futuri soci attivi, sempre disponibili ad ogni iniziativa e praticamente giornalmente sintonizzati sul gruppo, dando la sensazione di un contatto costante tra SIdP e i giovani. La nostra totale riconoscenza va al consiglio direttivo, e ai due presidenti, uscente (Claudio Gatti) ed entrante (Mario Aimetti), per aver sempre creduto non solo nelle potenzialità di questo progetto, ma anche nel modo, spesso arbitrario, che abbiamo utilizzato per farlo crescere.

L'attività di SIdP Giovani nel 2018 si amplificherà ulteriormente, Spazio Giovani si occuperà della riabilitazione del paziente parodontalmente compromesso, ci sarà un Workshop interessantissimo a Ottobre sulla valutazione prognostica dei pilastri protesici e, naturalmente, una intensa attività sul gruppo Facebook e una immanicabile attività ricreativa. Il suggerimento a tutti i giovani è di restare sintonizzati. ●

Luigi Minenna

Backstage

a cura di Michele Posadinu



Io te vurria vasà



Scaldo i motori



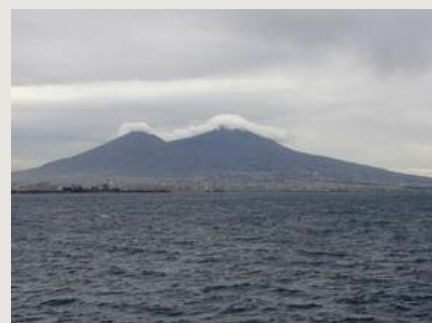
I giovani guardano in alto



Dalla Sardegna con amore



Grazie, Claudio



Vedi Napoli e poi muori



Cultura a Napoli, noi siamo pronti



Crea ascolta e medita



Chieffi sgrana gli occhi



Senza O sole mio



Con O sole mio



Aspettando Napoli-Juve

I nuovi Soci Attivi

fuori dai denti



Nome e cognome: Roberto Abundo

Età: 55

Dove vivi: A Torino

L'ultimo libro che hai letto: La sottile armonia degli opposti (di Nicola Bolaffi)

Il brano musicale preferito: ONE (degli U2)

Il film preferito: EYES WIDE SHUT (di Stanley Kubrick)

La trasmissione televisiva che prediligi: REPORT (in realtà da anni non seguo molto la tv: se però fosse consentito scegliere anche andando indietro nel tempo, sicuramente sceglierei QUELLI DELLA NOTTE)

Il tuo piatto preferito: Spaghetti pomodoro e basilico



Nome e cognome: Francesco Bernardelli

Età: 42

Dove vivi: Un poco complicato. Sono di Modena, ma mi divido tra Rimini dove lavoro e San Benedetto del Tronto dove risiedono mia moglie e i miei due figli

L'ultimo libro che hai letto: La cripta dei cappuccini (di Joseph Roth)

Il brano musicale preferito: "Vorrei" di Guccini "Bohemian Rhapsody" dei Queen

Il film preferito: "The departed" di Martin Scorsese

La trasmissione televisiva che prediligi: "Petrolio", programma approfondimento della Rai

Il tuo piatto preferito: Secondo la tradizione italiana: spaghetti con le vongole e pizza



Nome e cognome: Adriano Fratini

Età: 33

Dove vivi: Orvieto

L'ultimo libro che hai letto: Oltre il confine (Cormac McCarthy)

Il brano musicale preferito: Film Muto (Nobraino)

Il film preferito: Santa Maradona (M. Ponti)

La trasmissione televisiva che prediligi: Propaganda Live

Il tuo piatto preferito: Carbonara



Nome e cognome: Marta Giraudi

Età: 29 anni

Dove vivi: mi divido tra Alba e Torino per amore e lavoro, anche se sono Fossanese di nascita

L'ultimo libro che hai letto: Shantaram, una poesia sull'India

Il brano musicale preferito: La descrizione di un attimo dei Tiromancino... la mia adolescenza

Il film preferito: Into the Wild... essere giovani vuol dire anche avere degli ideali per i quali, in teoria, si è disposti a morire.

La trasmissione televisiva che prediligi: Cuochi e Fiamme... per cercare di imparare a fare meno disastri possibili in cucina

Il tuo piatto preferito: La battuta di fassona piemontese

Torino: il programma di Alta Formazione in Parodontologia è stato accreditato dalla EFP

Il 29 settembre 2017 si è concluso con la site visit presso il C.I.R. Dental School dell'Università di Torino il percorso che ha portato all'accREDITAMENTO da parte della Federazione Europea di Parodontologia (EFP) del programma di Alta Formazione in Parodontologia, diretto dal Prof. Mario Aimetti. L'ateneo torinese, primo in Italia, entra nella rosa delle 16 Università europee ad avere raggiunto questo importante riconoscimento. È stato un lungo percorso. Il progetto nasce nel 2005 con l'istituzione del Master biennale in Parodontologia con i primi due iscritti. Progressivamente il numero degli iscritti aumenta fino a 15 all'anno ed oggi sono più di 100 gli studenti che hanno conseguito il titolo. È nel 2012 che il programma diviene triennale, grazie alla combinazione del Master biennale in Parodontologia e del Master annuale in Bioingegneria parodontale, così articolato in accordo e col supporto del Collegio dei Docenti di Discipline Odontostomatologiche, raggiungendo gli standard qualitativi indicati dall'EFP. La frequenza è giornaliera a tempo pieno e consente il conseguimento di 180 crediti formativi suddivisi in attività didattica, clinica e di ricerca. I corsi sono tenuti in lingua inglese per un numero massimo di 4 studenti per anno.

Al termine del percorso triennale lo studente acquisisce le conoscenze teoriche e le competenze clinico-pratiche per esercitare a livello specialistico la parodontologia e la terapia implantare e per trattare casi complessi e multidisciplinari mediante l'applicazione delle più moderne tecniche di riabilitazione estetico-funzionale dei deficit dento-parodontali e l'inserimento di impianti. Gli studenti sono anche coinvolti in prima persona nella ricerca e, sotto la guida di un tutore, hanno la possibilità di acqui-

sire le capacità di impostare e di svolgere in modo autonomo progetti di ricerca fino all'elaborazione di un articolo scientifico. La realizzazione di un progetto di questa portata non sarebbe stata possibile senza il supporto didattico e clinico di tutta la Scuola di Torino, diretta dal Prof. Stefano Carossa, grazie al quale il C.I.R. Dental School ha potuto ricevere l'accREDITAMENTO (www.parodontologia.unito.it). ●

Commissione per le Attività Editoriali



Sidp Academy

SidP Academy: un grande successo tutto da cavalcare

Fra le tante innovazioni che SidP ha presentato nell'ultimo biennio i più curiosi di voi avranno sicuramente rivolto la propria attenzione ad una sessione denominata SidP Academy. Di cosa si tratta? Facciamo qualche passo indietro o meglio ripercorriamo in briciole alcuni momenti della storia della nostra Società! Per qualsiasi Socio Attivo il momento dell'esame per la sua accettazione ha rappresentato un momento per così dire indimenticabile, per non parlare della attesa prima del confronto con i temutissimi membri della commissione. Primo passo del candidato è quello di essere Socio Ordinario di SidP da almeno quattro anni o di essere Socio Certificato interessato a candidarsi come Socio Attivo, secondo passo quello di aver maturato l'intenzione di rendersi veramente "attivo", quasi un paladino, terzo passo quello di verificare quali siano i membri appunto della Commissione perché...attenzione non tutti gli esaminatori, nel tempo, hanno in effetti seguito gli stessi parametri durante la sessione di confronto, quindi da ultimo, a seconda delle Categorie di appartenenza, la preparazione che per la maggior parte dei candidati implica la presentazione, la documentazione puntigliosa della propria attività clinica parodontale espressa in casi clinici da discutere.

Da ciò derivano dei racconti che via via si sono fatti sempre più coloriti; si narrano delle sessioni d'esame durate ore e ore, volutamente vengono descritte delle richieste di precisione che portano l'immaginario del candidato quasi al limite della sostenibilità.

In effetti il processo di modernizzazione richiesto dal comitato dirigenziale della Società e l'intenzione di rendere quanto più trasparente possibile questo momento di dovuta selezione hanno fatto sì che da una lato l'Assemblea dei Soci attivi abbia recentemente votato e approvato un sistema più articolato di valutazione del Candidato, dall'altro abbia avuto la brillante idea di creare questo momento di confronto, SidP Academy: un Socio Attivo presenta

SidP Società Italiana di Parodontologia e Implantologia

SIDP ACADEMY
TORINO - 18 Ottobre 2017

SidP Academy

PROSSIMI INCONTRI
BOLOGNA - 17 Maggio 2018
FIRENZE - 25 Ottobre 2018

SidP Società Italiana di Parodontologia e Implantologia

un caso clinico documentato come richiesto dalla Società, di fronte a una platea di amici desiderosi di capire come possa svolgersi una seduta di esame.

Che dire... una bella opportunità e sicuramente una forma di grande apertura da parte di una delle Società scientifiche Odontoiatriche più prestigiose in Italia e anche all'estero.

Da una parte il Relatore, già Socio Attivo, messo sotto torchio da chi dall'altra, potrebbe a breve sudare sette camicie per diventarlo: uno contro tutti con la mediazione di un abile Coordinatore.

Nell'ultimo Corso Torinese ho avuto il piacere di "ripresentarmi" all'esame, meno emozionata sicuramente rispetto al mercoledì pomeriggio di quel marzo 2012. Alessandro Crea mattatore dell'arena; più di cinquanta i partecipanti: attenti nel commentare e nel cercare di capire quali possano essere gli eventuali tranelli. Nessun tranello ma la verifica del corretto approccio ai casi parodontali e implantari, nel ri-

spetto delle modalità di documentazione indicate dalla Società, approfondite dalla motivazione delle scelte terapeutiche e dalla evidenza scientifica in merito.

Benvenuti cari Colleghi, chiunque abbia il piacere di condividere questo momento di confronto sta già facendo il primo passo. Il mio, il nostro invito è quello di proporsi alla Società con umiltà, ma con un alto livello di preparazione e di spirito di collaborazione. La Società Italiana di Parodontologia e Implantologia guarda avanti, ma nel rispetto delle regole e nel rispetto della giusta selezione dei propri paladini e SidP Academy è la giusta sintesi. Vi aspettiamo quindi sia ai prossimi incontri della Academy: a Bologna in occasione del Corso di maggio (18-19) e poi a Firenze durante il Corso che si terrà nei giorni 26 e 27 ottobre. È necessario pre-iscriversi con almeno 30 giorni di anticipo, rispondendo all'invito della Segreteria. ●

Silvia Masiero

SidP Società Italiana di Parodontologia e Implantologia

EFIP

BOLOGNA, 18-19 maggio 2018 Palazzo dei Congressi

CORSO AGGIORNAMENTO

rivolto a Odontoiatri e Studenti del CIMOPD

IL MALPOSIZIONAMENTO IMPLANTARE
Come evitarlo e come gestirlo

Accreditato ECM



Futura

Chissà chissà domani
 su che cosa metteremo le mani
 se si potrà contare ancora le onde del mare
 e alzare la testa
 non esser così seria, rimani
 i russi, i russi gli americani
 no lacrime non fermarti fino a domani
 sarà stato forse un tuono
 non mi meraviglio
 è una notte di fuoco
 dove sono le tue mani
 nascerà e non avrà paura nostro figlio
 e chissà come sarà lui domani
 su quali strade camminerà
 cosa avrà nelle sue mani.. le sue mani
 si muoverà e potrà volare
 nuoterà su una stella
 come sei bella
 e se è una femmina si chiamerà futura.
 Il suo nome detto questa notte
 mette già paura
 sarà diversa bella come una stella
 sarai tu in miniatura
 ma non fermarti voglio ancora baciarti
 chiudi i tuoi occhi non voltarti indietro
 qui tutto il mondo sembra fatto di vetro
 e sta cadendo a pezzi come un vecchio presepio.
 Di più, muoviti più fretta di più, benedetta
 più su, nel silenzio tra le nuvole, più su
 che si arriva alla luna, si la luna
 ma non è bella come te questa luna
 è una sottana americana
 Allora su mettendoci di fianco, più su
 guida tu che sono stanco, più su
 in mezzo ai razzi e a un batticuore, più su

son sicuro che c'è il sole
 ma che sole è un cappello di ghiaccio
 questo sole è una catena di ferro
 senza amore, amore, amore, amore.
 Lento lento adesso batte più lento
 ciao, come stai
 il tuo cuore lo sento
 i tuoi occhi così belli non li ho visti mai
 ma adesso non voltarti
 voglio ancora guardarti
 non girare la testa
 dove sono le tue mani
 aspettiamo che ritorni la luce
 di sentire una voce
 aspettiamo senza avere paura, domani

Disperato Erotico Stomp

Ti hanno visto bere a una fontana
 che non ero io
 ti hanno visto spogliata la mattina,
 birichina biricò.
 Mentre con me non ti spogliavi
 neanche la notte,
 ed eran botte, Dio, che botte
 ti hanno visto alzare la sottana,
 la sottana fino al pelo. Che nero!
 Poi mi hai detto "poveretto,
 il tuo sesso dallo al gabinetto"
 te ne sei andata via con la tua amica,
 quella alta, grande fica.
 Tutte e due a far qualcosa di importante,
 di unico e di grande

io sto sempre in casa, esco poco,
 penso solo e sto in mutande.
 Penso a delusioni a grandi imprese
 a una Tailandese
 ma l'impresa eccezionale, dammi retta,
 è essere normale.
 Quindi, normalmente,
 sono uscito dopo una settimana
 non era tanto freddo, e normalmente
 ho incontrato una puttana.
 A parte i capelli, il vestito
 la pelliccia e lo stivale
 aveva dei problemi anche seri,
 e non ragionava male.
 Non so se hai presente
 una puttana ottimista e di sinistra,
 non abbiamo fatto niente,
 ma son rimasto solo,
 solo come un deficiente.
 Girando ancora un poco ho incontrato
 uno che si era perduto
 gli ho detto che nel centro di Bologna
 non si perde neanche un bambino
 mi guarda con la faccia un pò stravolta
 e mi dice "sono di Berlino".
 Berlino, ci son stato con Bonetti,
 era un pò triste e molto grande
 però mi sono rotto,
 torno a casa e mi rimetterò in mutande.
 Prima di salir le scale mi son fermato
 a guardare una stella
 sono molto preoccupato,
 il silenzio m'ingrossava la cappella.
 Ho fatto le mie scale tre alla volta,
 mi son steso sul divano,
 ho chiuso un poco gli occhi,
 e con dolcezza è partita la mia mano

Fuori di studio

Il mistero di cui ciascuno ha esperienza
in ogni istante: il tempo

Anche le parole che ora diciamo,
il tempo nella sua rapina
ha già portato via
e nulla torna

Orazio Odi (I,11)

Questo è il tempo. Familiare e intimo. La sua rapina ci porta. Il precipitare di secondi, ore, anni ci lancia verso la vita, poi ci trascina verso il niente...

Lo abitiamo come i pesci l'acqua. Il nostro essere è essere nel tempo. La sua nenia ci nutre, ci apre il mondo, ci turba, ci spaventa, ci culla. L'universo dipana il suo divenire trascinato dal tempo, secondo l'ordine del tempo.



Se più dolcemente di Orfeo,
che gli alberi anche commosse,
tu modulassi la cetra,
il sangue non tornerebbe
all'ombra vana...
Duro destino,
ma meno grave si fa,
col sopportare,
tutto ciò che far tornare a ritroso
è impossibile

Orazio Odi (I,24)

L'acqua di un fiume scorre lenta accanto alle rive, e rapida al centro, ma è sempre un fluire...

Il tempo non è comunque qualcosa che scorre tutto dal passato al futuro? Passato e futuro sono diversi. Cause precedono effetti. Il dolore segue la ferita, non la anticipa. Il bicchiere si rompe in mille pezzi e i pezzi non riformano il bicchiere. Il passato non possiamo cambiarlo; possiamo avere rimpianti, rimorsi, ricordi di felicità. Il futuro invece è incertezza, desiderio, inquietudine, spazio aperto, forse destino. Possiamo viverlo, sceglierlo, perché ancora non è; tutto vi è possibile...

Il tempo non è una linea con due direzioni uguali: è una freccia con estremità diverse.

È questo che ci sta a cuore del tempo, più che la velocità a cui passa. È questo il cuore del tempo. Questo scivolare che sentiamo bruciare sulla pelle, nell'ansia del futuro, nel mistero della memoria; qui si nasconde il segreto del tempo: il senso di quello che intendiamo, quando pensiamo il tempo.

Danze d'amore intrecciano
fanciulle dolcissime
Illuminate dalla luna
di queste limpide notti

Orazio Odi (I,4)

Il tempo scorre più veloce in montagna e più lento in pianura. La differenza è piccola ma si può controllare con orologi precisi: si osserva il rallentamento del tempo anche fra pochi centimetri di dislivello: l'orologio per terra va un pelino più lento dell'orologio sul tavolo.

Non sono solo gli orologi a rallentare: in basso tutti i processi sono più lenti.

Due amici si separano, uno va a vivere in pianura, l'altro in montagna. Dopo anni si ritrovano: quello in pianura ha vissuto meno, è invecchiato meno, il pendolo del suo cucù ha oscillato meno volte, ha avuto meno tempo per fare cose, le sue piante sono cresciute meno, i suoi pensieri hanno avuto meno tempo per svolgersi...In basso c'è meno tempo che in alto.

Si apre
a questo vento dolce
di primavera
Il chiuso gelo dell'immobile
stagione
E le barche tornano al mare...
adesso dobbiamo intrecciare
corone
e ornarcene il capo.

Orazio Odi (I,4)

Anche la velocità rallenta il tempo.

Dieci anni prima di comprendere che il tempo è rallentato dalle masse, Einstein aveva compreso che il tempo è rallentato dalla velocità. La conseguenza di questa scoperta è la più devastante di tutte, per la nostra intuizione del tempo.

Il fatto in sé è semplice: invece di mandare i due amici di prima in montagna e in pianura, chiediamo a uno di stare fermo e all'altro di camminare avanti e dietro. Il tempo passa più lentamente per l'amico che cammina.

Come prima, i due amici vivono durate diverse: quello che si muove invecchia meno, il suo orologio segna meno tempo, ha meno tempo per pensare, la pianta che porta con sé ci mette di più a germogliare, e così via. Per tutto quanto si muove, il tempo passa più lento.



Marzo 2018 - N.4

Società Italiana di Parodontologia e Implantologia 2018 - 2019

Consiglio Direttivo

Presidente: Prof. Mario **AIMETTI**
Presidente Eletto: Dott. Luca **LANDI**
Vice Presidente: Dott. Nicola Marco **SFORZA**
Tesoriere: Dott. Francesco **CAIRO**
Segretario: Dott. Francesco **FERRAROTTI**

Collegio dei Probiviri

Dott. Claudio **GATTI**
 Dott. Pier Paolo **CORTELLINI**
 Prof. Luca **FRANCETTI**
 Dott. Giovanni **GAGLIARDI** (*supplente*)
 Prof. Giovan Paolo **PINI PRATO** (*supplente*)

Comitato Etico

Dott. Giovanni **BRAGA**
 Dott. Federico **BERNARDI**
 Prof. Giovan Paolo **PINI PRATO**

Commissione Accettazione Soci Attivi

Dott. Stefano **PARMA BENFENATI** (*Coordinatore*)
 Dott. Piero **CASAVECCHIA**
 Dott. Mauro **FARNETI**
 Dott. Alberto **FONZAR**
 Dott.ssa Francesca **MANFRINI**
 Dott. Luigi **MINENNA** (*supplente*)

Commissione Culturale

Dott. Mauro **MERLI** (*Coordinatore*)
 Dott. Diego **CAPRI**
 Dott. Rodolfo **GIANSEIRA**
 Prof. Luca **RAMAGLIA**
 Prof. Leonardo **TROMBELLI**
Rappresentante Igienisti Dentali:
 Dott.ssa Laura **COMMISSO**

Commissione Scientifica

Dott. Cristiano **TOMASI** (*Coordinatore*)
 Dott. Carlo **CLAUSER**
 Dott. Mauro **DONATI**
 Prof. Andrea **PILLONI**
 Prof. Giulio **RASPERINI**

Commissione Editoriale

Dott. Alessandro **CREA** (*Coordinatore*)
 Dott.ssa Silvia Anna **MASIERO**
 Dott. Antonio **RUPE**
 Dott.ssa Martina **STEFANINI**
 Dott. Simone **FABRIZI**
Rappresentante Igienisti Dentali:
 Dott.ssa Elisa **PIEROZZI**

EFP-Membri Rappresentanti

Prof. Filippo **GRAZIANI**
 Prof. Mario **AIMETTI**

CIC-Membri Rappresentanti

Dott. Gianfranco **CARNEVALE** (*Rappresentante*)
 Dott. Francesco **OREGLIA** (*Rappresentante supplente*)



Sede Legale e Operativa:

Via del Gelsomino, 20
 50125 Firenze
 Tel. 055 5530142
 Fax 055 2345637
 E-mail: segreteria@sidp.it

www.sidp.it