

Nicola Perrini (Amici di Brugg) invoca una ricerca scientifica “vera”, non di facciata

Rifacendosi all'*Economist* dell'ottobre 2013, Nicola Perrini, stimato presidente degli Amici di Brugg e noto studioso, riflette sul fatto che molte scoperte «sono il risultato di esperimenti di scarsa qualità e di analisi mediocri. La probabilità che una ricerca scientifica sia falsa – osserva – è che molte difficilmente possono essere replicate da altri ricercatori, mentre la riproducibilità di un esperimento (cioè la mancanza di studi di conferma) è alla base del metodo scientifico moderno; la non replicabilità di certe ricerche è in realtà la conseguenza di una strategia di convenienza che mira a presentare come conclusivi degli studi basati solo su ricerche preliminari realizzate attraverso una valutazione statistica formale». Sfortunatamente c'è la convinzione diffusa che gli articoli debbano essere interpretati nel modo più appropriato solo tramite valori statistici: in base a questi criteri, stando al modo in cui sono progettati e impostati gli studi, nella maggior parte dei casi i risultati tendono ad essere più falsi che veri. Il lavoro scientifico tende pertanto ad essere falso (scienza e falsificazione della scienza) quando gli studi sull'argomento sono pochi, pochi gli effetti dimostrati e quand'è testato solo un numero piccolo di campioni (la statistica invece è la scienza dei grandi numeri) e dietro allo studio c'è un forte interesse economico o di altro tipo. Talvolta la progettazione dello studio, i dati, l'analisi e la presentazione sono perfetti ma ci può essere una manipolazione a livello dell'analisi e della presentazione dei risultati, quando il risultato della ricerca risulta negativo. Per esempio con l'inclusione o esclusione di certi elementi nel gruppo dei campioni in esame o nel gruppo di controllo oppure con la ricerca di differenze non specificate all'inizio.

I risultati delle ricerche con esiti “negativi” sono rappresentati solo marginalmente sulle pubblicazioni delle riviste scientifiche: sapere che cosa è negativo, in ambito scientifico (e non solo) è importante quanto conoscere ciò che è positivo. Le riviste dovrebbero tornare a pubblicare con maggior costanza le ricerche che hanno fallito nel provare le teorie di partenza. La pubblicazione dei fallimenti potrebbe purtroppo significare che i ricercatori sprecano denaro e risorse degli sponsor per esplorare vicoli ciechi senza vantaggi economici. L'apice delle ricerche false si raggiunge su quella che molti ricercatori definiscono “ricerca per antonomasia”. Cioè praticata, con tecniche raffinate, su gruppi di animali resi ammalati artificialmente o sottoposti ad interventi di diverso tipo, paragonati con gruppi di animali sani per acquisire dati da riversare sulla specie umana. In seguito a nuove conoscenze e a revisioni sistematiche più recenti e corrette, sono sorti invece molti dubbi sulla rilevanza del modello animale per la specie umana. Sorvolando sulla validità o meno di questo tipo di ricerca, spessissime volte le immagini istopatologiche sono assenti o scarsamente indicative oppure interpretate in maniera superficiale e spesso fantasiosa. Per il ricercatore il reperto istopatologico obiettivo deve essere espressione del senso di responsabilità delle proprie affermazioni. Il desiderio di chiarezza deve essere una dote connaturata in chi si dedica a trasmettere le proprie acquisizioni scientifiche e questo comporta una costante e serena apertura ai problemi della ricerca. Il ricercatore non deve proporsi con meschini mezzi di promozione alla comunità scientifica e tanto meno con parole magiche (false) che

gli aprano l'ingresso ad una casta, ma sentirsi partecipe di certe scelte, conquistate con il duro lavoro di sperimentazione, lo studio e la riflessione. Scriveva Galileo Galilei nel “Saggiatore” che era sua «prima intenzione [...] di promuovere quelle dubitazioni che ci è paruto che rendano incerte l'opinioni avute sin qui e di proporre alcune considerazioni di nuovo, acciò sia esaminato e considerato se vi sia cosa che possa in alcun modo arrear qualche lume e agevolare la strada al ritrovamento del vero». Tutte le branche mediche in genere rappresentano una dialettica tra le “sense esperienze” e la “certe dimostrazioni” messe continuamente a confronto reciproco. Questo deve comportare una cultura fondata soprattutto sulla logica ma anche sulla disponibilità a mantenere suscettibili di critica gli ultimi risultati. Fra tanta disinformazione, tanta povertà scientifica mediata dall'inquinamento commerciale, in un mondo condizionato dall'apparenza e non dalla sostanza, se i giovani fossero invitati ad esprimere le loro aspirazioni di fondo sulla corretta strada da seguire, suggerirei loro – dice Perrini – di chiedere come il cieco di Gerico: «Domine, ut videam», Signore, fa che io veda (Luca 18, 41).



Dental Tribune

Perplexità su un'indagine Cochrane

La morfologia dell'impianto incide sulla sua durata?



MELBOURNE (Australia), MANCHESTER (UK) – Sul mercato ci sono più di 1300 impianti dentali per un valore di 3,4 miliardi di dollari (2011), numero destinato a raddoppiare nei prossimi 5 anni. Secondo i ricercatori del Cochrane Oral Health Review Group di Melbourne e di Manchester in termini di successo a lungo termine non c'è differenza per forma d'impianto o materiale utilizzato. L'unica differenza riguarderebbe le superfici: quelle lisce appaiono meno inclini delle ruvide alla perdita d'osso e conseguenti perimplantiti, ma sembrano meno inclini anche a fallire prima. I ricercatori hanno esaminato 38 impianti, più di 1500 pazienti, dagli '80 fino al 2014. I risultati sono da valutare con cautela, dicono gli autori, dati gli scarsi partecipanti e i brevi follow-up. «Le analisi su piccoli studi non possono prevedere i risultati di ricerche più ampie», afferma Stefan Holst, responsabile Ricerca e Scienza della Nobel Biocare, tra i leader mondiali in implantologia – «con 38 diversi impianti con caratteristiche e vari protocolli, le variabili sono diverse». Secondo Straumann i risultati sono messi in forse dall'aver preso in considerazione solo 38 impianti. «L'indagine ha escluso ricerche che noi e altri riteniamo di grande interesse – dice un portavoce dell'azienda –. Né ha considerato indagini pre-cliniche con differenze significative». Il dentista giapponese Yatoro Komiyama si dice impressionato dall'indagine, chiedendosi se non sia il caso di cominciare a usare i cosiddetti “easier and cheaper implant systems” (sistemi implantari più facili e convenienti), ma spera che nessun dentista interpreti l'indagine in questo modo. «L'indagine non si è basata su “tutti” i sistemi implantari, ma solo su una parte dei 1300 in uso. Le proprietà della guarigione non differiscono tra i sistemi. Dobbiamo individuarne uno basato sulla ricerca scientifica, proprietà incontaminate delle superfici e precisione, applicando il concetto di fail-safe (garanzia del risultato)». L'utilizzo di impianti torniti presenta un'osteointegrazione più difficile che nelle superfici mediamente rugose. Ma perché? Con un'osteointegrazione stabile, i 31 anni di esperienza del dentista dicono che l'infiammazione del tessuto circostante è rara. «I dentisti dovrebbero guardare al lungo periodo nella scelta dell'impianto, perché il fatto che sia nuovo non è significativo e noi dovremmo badare di più alle cognizioni scientifiche di base, rivalutando il protocollo proposto da Brånemark».

Patrizia Biancucci

aminogam®

SODIO JALURONATO + AMINOACIDI

Medical Device di classe IIa CE 0373

tubo da 15 ml
confezione prescrivibile



flacone da 15 ml
confezione prescrivibile



Gel coadiuvante nei processi di rigenerazione della mucosa orale

CONFEZIONI AMBULATORIALI

tubo da 5 ml
in confezione da 20 pezzi



siringhe sterili da 2 ml
in confezione da 2 siringhe



ACQUISTABILI dal sito
www.aminogam.it

Medicina rigenerativa e cellule staminali adulte da polpa dentaria: aspetti tecnici

F. Di Scipio, A.E. Sprio, M. Carere, G.N. Berta

La medicina rigenerativa rappresenta una delle più affascinanti sfide che la scienza e le tecnologie dovranno affrontare nel prossimo futuro. La filosofia di base è quella di ottenere popolazioni di cellule

autologhe da utilizzare in caso di patologie o deiscenze, sostituendo gli elementi cellulari danneggiati o mancanti con elementi staminali in grado di autorinnovarsi e differenziarsi. Negli ultimi decenni, l'i-

dentificazione di cellule staminali in tessuti adulti ha rappresentato un importante passo avanti per il raggiungimento di questo obiettivo. Infatti, esse permetterebbero di evitare i problemi etici e morali

legati alle cellule staminali embrionali, garantendo contemporaneamente la loro compatibilità con il paziente.

Uno dei tessuti più promettenti da cui è possibile ottenere cellule

staminali adulte è rappresentato dalla polpa dentale, sia di denti permanenti sia di denti decidui. L'accessibilità al sito di prelievo e la relativa facilità di estrazione, nonché l'elevata capacità proliferativa e la plasticità dimostrate da queste cellule, rappresentano importanti vantaggi nei confronti di altre cellule staminali provenienti da altri tessuti (quali per esempio midollo osseo o tessuto adiposo). Per queste ragioni, molti autori sono concordi nel ritenerle un'importante risorsa per una futuribile terapia cellulare sostitutiva. A questo riguardo, anche il nostro gruppo di ricerca ha contribuito all'avanzamento delle conoscenze scientifiche inerenti le cellule staminali della polpa dentaria (DPSC). Abbiamo infatti definito un protocollo operativo atto all'isolamento e alla selezione di cloni particolarmente interessanti di DPSC (umani e murini), alla loro espansione in vitro, alla caratterizzazione fenotipica e molecolare, e al differenziamento verso vari istotipi cellulari (osseo, cartilagineo, adipogenico, cardiomiogenico, nervoso). Allo stato attuale delle conoscenze, l'ipotesi più realistica di un utilizzo autologo di cellule staminali prevede il prelievo del tessuto adulto, il suo processamento, l'ottenimento dei cloni staminali, la loro caratterizzazione, l'espansione, l'eventuale criopreservazione, e il loro trapianto a fini terapeutici o preventivi. Per ciò che concerne le DPSC, le fasi iniziali di isolamento prevedrebbero un ruolo rilevante del medico dentista. Innanzitutto, dal momento che ha il primo contatto con il paziente, sarà suo il compito di informarlo di tutti i vantaggi che potrebbero derivare dal preservare le proprie cellule staminali e di quanto questo possa rappresentare un futuribile investimento per la salute. Successivamente, egli si dovrà occupare specificatamente del prelievo del tessuto in termini di pulpectomia endo- ed extra-orale. Al momento, poiché i protocolli sono in via di definizione e non praticabili clinicamente, il prelievo di tessuto pulpare è ottenuto da elementi dentari avulsi per motivi ortodontici o funzionali (extra-orale). In futuro, se la procedura dovesse dimostrarsi particolarmente vantaggiosa, si potrebbe ipotizzare un eventuale prelievo pulpare anche endo-oralmente da denti sani. Il contributo del medico dentista sarà inoltre essenziale per la corretta preparazione e processazione dei campioni tissutali. Infatti, per realizzare una coltura cellulare (espansione dei cloni prelevati), è necessario che le cellule ottenute dai tessuti siano sterili.



Società Italiana
di Endodonzia

con il patrocinio del



CONGRESSO INTERNAZIONALE SIE
**Vantaggi biologici
nel mantenimento
del dente naturale**
PARMA
6-8 novembre
2014
Auditorium Nicolò Paganini
Via Toscana, 5/a

**7-8.11.2014
CONGRESSO**

Elisabetta Cotti | Strategie operative e diagnostiche nei riassorbimenti cervicali invasivi

Gilberto Debelian | Treatment decision making in Endodontics using the CBCT technology

Roeland J. G. De Moor | The power of the bubble. Comparing ultrasonic and laser activated irrigation

Cristiano Fabiani | Nuove tendenze nell'irrigazione in endodonzia?

Gianluca Gambarini | Attualità in tema di preparazione canalare

Fabio Gorni | I criteri decisionali nel recupero del dente gravemente compromesso: ritrattamento vs chirurgia

Vasilios Kaitsas, Giovanni Olivi, Stefano Benedicenti | L'irrigazione canalare laser assistita con il protocollo della tecnica PIPS: aggiornamenti e nuovi sviluppi di ricerca

Francesco Maggiore | Ritrattamenti Endodontici: approccio microchirurgico per la risoluzione della patologia periapicale

Domenico Ricucci | Localizzazione del biofilm batterico nel sistema canalare quale fattore cruciale nel successo delle procedure di disinfezione

Filippo Santarcangelo, Raniero Barattolo | Sagomatura Canalare: controversie, possibilità e limiti

Luigi Scagnoli | Etica e deontologia nella valutazione del ritrattamento endodontico

Gottfried Schmalz | Pulp regeneration: cell-free or cell-based approach

Aviad Tamse | Diagnosis of vertical root fractures (VRF) in endodontically treated teeth

6.11.2014

CORSO PRE CONGRESSO

Strategie operative per il restauro del dente trattato endodonticamente

Coordinatore | Pio Bertani
Relatori | Giovanni Cavalli,
Antonio Cerutti, Ignazio Loi

E INOLTRE...

Premio miglior tesi di laurea
Premio Francesco Riitano
Premio Giorgio Lavagnoli
Premio Riccardo Garberoglio
Tavole cliniche
Master Clinician Session a cura di
Simit Dental e Dentsply Italia

INFO

Segreteria SIE

Via Pietro Custodi, 3 - 20136 Milano

tel.: 02 8376799

e-mail: segreteria.sie@me.com

www.endodonzia.it

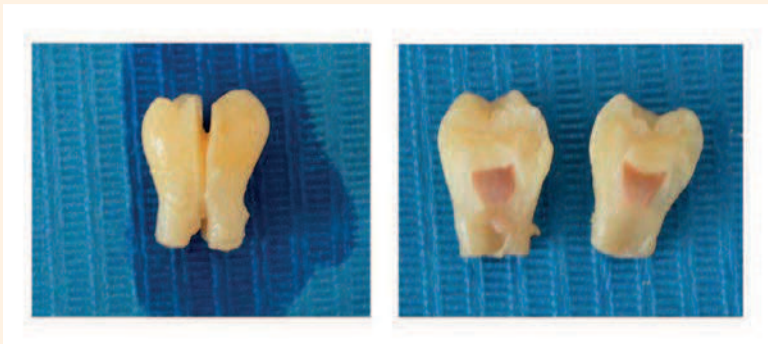


Fig. 1



Fig. 2

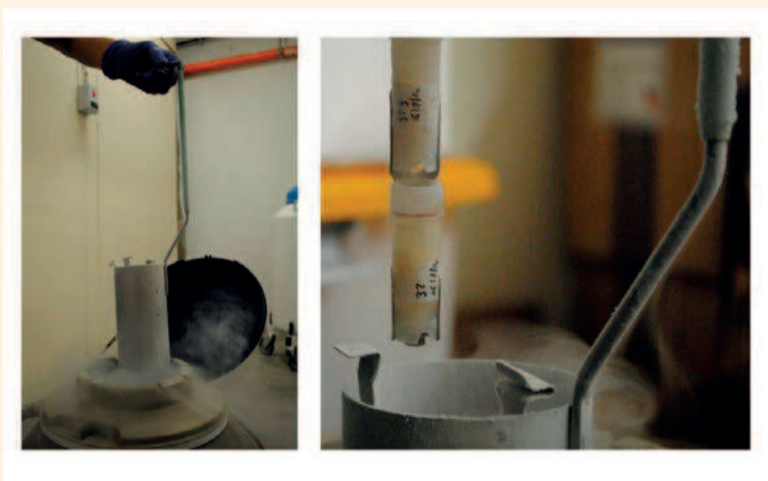


Fig. 3

< pagina 18

Quindi, l'attuazione di tutta una serie di manovre, atte a ridurre l'elevata carica batterica presente a livello della cavità orale, sarà cruciale per l'ottenimento di culture cellulari adeguate: ad esempio, il dente dovrà essere accuratamente disinfettato con idonei antisettici (clorexidina 0,3%, iodio ed etanolo) prima e dopo l'estrazione.

Per facilitare il successivo prelievo della polpa, è fondamentale che il dente estratto sia inciso, utilizzando per esempio un'adeguata fresa da turbina, mantenendo il campione a basse temperature e in soluzione fisiologica (o equivalente) (Fig. 1). Inoltre, la camera pulpare non dovrebbe essere intaccata per garantire una adeguata sterilità. A questo punto, il dente così processato sarà trasportato al laboratorio biologico (preferibilmente a 4-6 °C) nel quale avverranno le successive fasi di isolamento delle cellule staminali. Tutte le manovre dovranno essere effettuate in apposite cappe biologiche protettive (Fig. 2), per garantirne la sterilità. Per liberare le cellule presenti nel tessuto pulpare, esso sarà rimosso dalla corona e dalla radice e sottoposto a digestione enzimatica mediante collagenasi e dispasi a 37 °C per circa un'ora. La sospensione cellu-

lare ottenuta sarà centrifugata e il sedimento ricavato risospeso in adeguato terreno di coltura, addizionato con siero. Una prima selezione per ottenere elementi staminali sarà effettuata in base alle loro dimensioni, utilizzando un "setaccio" cellulare. La sospensione sarà immediatamente posta su piastre da coltura e incubata a 37 °C al 5% di CO₂. Il pool di cellule staminali estratte in questo modo ed espanse in vitro sarà comunque costituito da una popolazione eterogenea di cellule, con diverse caratteristiche e potenzialità differenziate.

La generazione di popolazioni cellulari omogenee e la corretta caratterizzazione delle stesse sono tra i punti basilari per un'eventuale applicazione a fini terapeutici.

È quindi fondamentale ottenere sottopopolazioni di cellule staminali il più omogenee possibili e, a tale scopo, le tecniche impiegate possono essere diverse. Generalmente, esse sono selezionate sulla base di antigeni (marcatori) di superficie mediante cell sorting o mediante tecniche immunomagnetiche con anticorpi legati a microsferi. Nel primo caso, si utilizza uno strumento definito citofluorimetro in cui le cellule sono colpite da un raggio laser, riflettono la luce e in base alla fluorescenza emessa sono suddivise fisicamente

in sottopopolazioni cellulari separate dalla popolazione eterogenea iniziale. Nella seconda metodica, "micro-biglie magnetiche", coniugate ad anticorpi specifici, sono in grado di riconoscere e legare solo le cellule esprimenti gli antigeni corrispondenti. Mentre esiste un gruppo ben definito di marcatori per discriminare le cellule staminali mesenchimali in generale (positività a CD44, CD73, CD90, CD105, CD271, STRO-1, negatività a CD34, CD45, and HLA-DR), non sono ancora stati riconosciuti marcatori specifici che identifichino esclusivamente le DPSC. Spesso queste vengono selezionate per la positività a combinazioni di vari antigeni, come STRO-1, CD29, CD44, CD73, CD90, CD105, CD117, CD146, CD166 e CD271. Ad esempio, di recente è stato riportato in letteratura che DPSC CD34, STRO-1, CD117 positive sono in grado di differenziare sia in senso mesenchimale che neuroectodermico, originando precursori osteoblastici, adipocitari, miocitari e neurali. Altri autori utilizzano marcatori che indichino l'origine embrionale delle cellule staminali della polpa dalla cresta neurale (MSI1, SOX10), oppure tipici marcatori di staminalità (Oct-4, Nanog). Un'altra possibilità di selezione si basa sull'elevato potenziale proliferativo e clonogenico posseduti dalle DPSC: le cellule della polpa sono separate in singole cellule, coltivate, espanse, e si selezionano

i cloni con il tasso di crescita più elevato.

Una volta ottenute le DPSC, fatte espandere in coltura, verificato che non abbiano subito mutazioni genetiche e che continuino a mantenere l'espressione dei marcatori specifici, il passo successivo è rappresentato dalla crioconservazione a lungo termine delle stesse. La crioconservazione è un processo in cui cellule o tessuti sono preservati a bassissime temperature (tipicamente in azoto liquido a -196 °C) (Fig. 3). A queste temperature, qualsiasi attività biologica, incluse le reazioni biochimiche che porterebbero alla morte cellulare, è interrotta. Se il congelamento è eseguito nel modo corretto (diminuendo gradualmente e lentamente le temperature e utilizzando specifiche soluzioni crioprotettive), le cellule potranno poi essere scongelate (questa volta rapidamente per evitare danni alle membrane plasmatiche) e riprendere le loro normali attività di proliferazione e differenziamento.

Le DPSC sono crioconservabili anche per lunghi periodi di tempo, mostrando, una volta scongelate, un alto tasso di sopravvivenza e mantenendo intatte le capacità differenziate. Un'innovativa e recente metodica di crioconservazione consentirebbe invece la conservazione di denti interi, in modo che sia possibile estrarre le staminali in una fase successiva, solo al

momento di una reale necessità.

Affinché quanto qui esposto diventi pratica clinica quotidiana, occorre comunque acquisire ulteriori informazioni scientifiche sia sulla biologia delle DPSC sia sulla standardizzazione delle metodiche necessarie al loro isolamento, proliferazione e differenziamento in vitro. Nonostante negli ultimi anni siano stati fatti enormi passi avanti nel settore della terapia cellulare, troppi sono ancora gli aspetti da chiarire per ottenere colture cellulari sicure, ma soprattutto per identificare il metodo migliore per re-impianterle nel paziente. Infatti, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche e mediche, chiunque proponga un utilizzo clinico di cellule staminali adulte, non solo non è in grado di garantire l'esito positivo della terapia, ma soprattutto non ne conosce il destino una volta trapiantate.

Ad oggi, l'unica terapia cellulare clinicamente accettata e ben consolidata è il trapianto di midollo per le patologie del sistema ematopoietico, anche se numerosi e promettenti sperimentazioni cliniche (che includono le DPSC) sono in corso per il trattamento di svariate patologie. Molti soggetti contano sull'avanzamento delle terapie cellulari e preferiscono non correre rischi: crioconservano le proprie cellule staminali (incluse quelle provenienti dalla polpa dentale), confidando in un loro prossimo possibile utilizzo.

Dalla ricerca italiana

TECH BIOSEALER

il cemento endodontico che induce la formazione di apatite



- Bioattività con formazione di apatite
- Biocompatibilità
- Stabilità dimensionale (fillosilicato brevettato)
- Indurisce in ambiente umido e in presenza di fluidi biologici
- Attività antibatterica
- Adattamento marginale
- Non si degrada nel tempo
- Adeguata espansione

isasan S.r.l. 22070 Rovello Porro - CO - tel. 02 96 75 4179 - www.isasan.com - info@isasan.com

Carie, una patologia ancora troppo attuale

L'allarme lanciato a Napoli dalla SIOI

Il 21 giugno si è svolto a Napoli, presso il Centro Congressi dell'Università "Federico II", il Primo Convegno Nazionale delle Sezioni regionali SIOI, dedicato all'Odontoiatria pediatrica, da cui prendiamo le mosse per una breve panoramica su un flagello che ancor oggi si dimostra essere la carie (infantile e non).



SEDAZIONE COSCIENTE IN ODONTOIATRIA

Milano, 11-25 ottobre, 15-29 novembre 2014

L. Menozzi - C. Tommasino

A. Bosco - R. Olivì

Responsabile scientifico: Laura Strohmenger



PROGRAMMA DEL CORSO

4 ottobre 2014 - ore 9-17

- Introduzione
- Breve storia della Sedazione Cosciente in odontoiatria.
- Definizioni: sedazione cosciente, iatrosedazione farmacologica per via enterale, parenterale e respiratoria (inalazione).
- Il protossido di azoto (N₂O): farmacodinamica, effetti clinici, tossicità individuale e ambientale, norme e leggi.
- Prova pratica. Sedation machine: componenti tecniche, come si usa, allarmi smaltimento gas residuo, le mascherine nasali.

25 ottobre 2014 - ore 9-17

- La cartella clinica: valutazione clinica e consenso informato. Informazioni per il paziente adulto e pediatrico.
- I pazienti speciali: l'anamnesi, le patologie, le terapie in corso.
- Gli specialisti da interpellare prima del trattamento; dimissioni sicure, l'importanza del rapporto con i genitori.
- L'approccio, il mantenimento e gli attori della sedazione cosciente con N₂O nel bambino e nell'adulto.
- Monitoraggio clinico e strumentale.

PROGRAMMA DEL CORSO

15 novembre 2014 - ore 9-17

- Le tecniche di somministrazione delle benzodiazepine ansiolitiche, il cui impiego è spesso indicato in associazione al N₂O.
- Monitoraggio clinico e strumentale.
- Prove pratiche di somministrazione delle benzodiazepine ad attività ansiolitica per via enterale (orale-rettale-sublinguale) o per via parenterale (venosa-intramuscolare-percutanea-inalatoria-nasale ecc.).

29 novembre 2014 - ore 9-17

- Prove pratiche guidate di sedazione cosciente con il N₂O nel bambino e nell'adulto (due / tre per corsista).

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Sig.ra Emilia Buso
Tel: 02/81843540
Fax: 02/50319040
Email: segr.odonto@unimi.it

SEDE DEL CORSO

Aula Giorgio Vogel,
Clinica Odontoiatrica
Ospedale San Paolo,
via Beldiletto 1/3, 20142 Milano
Orari: 9,00 - 17,00

Costo: 400,00 euro + iva
Max 20 partecipanti
In corso di accreditamento ECM



Secondo gli ultimi dati riportati dall'OMS, la patologia cariosa in Italia colpisce circa 120 mila bambini all'età di 4 anni e 250 mila a 12 anni. Inoltre, il 75% presenta all'età di 4 almeno un processo carioso, mentre a quella di 12 anni il 50% presenta almeno una carie. «Dati sicuramente significativi e allarmanti se si considera che la prevalenza della carie tra i 18 e i 25 anni risulta circa dell'80%», afferma Raffaella Docimo, presidente della SIOI, sottolineando l'importanza della prevenzione, che inizia con l'igiene orale quotidiana già nei primi anni di vita del bambino. Ai fini della prevenzione, le raccomandazioni richiedono l'applicazione di strategie a carattere educativo per apprendere corrette manovre di igiene orale legate fondamentalmente a tecniche di spazzolamento e uso di dentifrici contenenti fluoro, «unico mezzo efficace – conferma Docimo – per la sua azione». Ribadisce inoltre il concetto della precocizzazione della prima visita già nel primo anno di vita, o comunque al completamento della dentatura decidua (3 anni), che permette all'odontoiatra pediatrico di informare, ed eventualmente correggere, i genitori su stili di vita o abitudini alimentari scorrette dei propri figli. Ad esempio, l'utilizzo notturno del biberon o ciuccio con il miele per prevenire processi cariosi precoci sui denti decidui rientranti nella patologia definita come "carie della prima infanzia" (ECC).

«Per tali motivazioni, dove ci sia possibilità terapeutica, la cura dei denti decidui è fondamentale per garantire il corretto sviluppo del cavo orale del bambino», sottolinea la presidente. «La precocizzazione della prima visita permette inoltre di intercettare e, se necessario, di effettuare interventi preventivi per malocclusioni, determinate ad esempio dalla suzione del dito o del ciuccio. Di qui l'importanza del lavoro dell'odontoiatra pediatrico nell'approccio al piccolo paziente, che negli ultimi anni ha subito dei cambiamenti in positivo, e il ruolo svolto dalla collaborazione con i genitori e con i pediatri».

In funzione di tale feconda collaborazione, la presidente SIOI conferma, infine, l'avvenuta stipula dell'accordo tra SIOI e SIMPe (Società italiana medici pediatri)



Raffaella Docimo, Presidente SIOI.

< pagina 20

per rafforzare la sinergia tra pediatri e odontoiatri infantili, per una garanzia di aggiornamento scientifico e un approccio multidisciplinare, al fine di una migliore tutela della salute orale del paziente in età evolutiva.

La SIOI è sul social network

Da quest'anno anche la SIOI apre una pagina web sul social network Facebook. Una decisione questa che, per quanto auspicata da tutti coloro che credono e utilizzano la rete sociale come potenziale multimediativo per la Società, si è resa indispensabile dato il numero elevato e crescente di soci. Come afferma la presidente Raffaella Docimo, essa nasce principalmente con l'auspicio di "rafforzare" la conoscenza e l'amicizia tra i soci, dando loro la possibilità di avere in tempo reale un quadro multimediale sia nell'ambito lavorativo sia in quello personale. L'obiettivo è anche quello di utilizzare tale strumento per la comunicazione e divulgazione di idee, attività, eventi, nonché per la condivisione di esperienze lavorative, al fine di un incontro e confronto immediato che possa completare al meglio la formazione di ciascun socio, rimanendo sempre in linea con gli obiettivi della Società. Si configura quindi come un veicolo fondamentale per la ricerca di informazioni e di approfondimenti: poter disporre di una finestra aperta e diretta sul web attraverso un social network è una nuova opportunità, giovane e moderna, cui guardare per percorsi futuri che valorizzano e potenziano ulteriormente la Società.

La SIOI "partner strategico" di Save the Children

Un milione di bambini in Italia in stato di povertà economica estrema.

Il 12 maggio è stata presentata, nel corso della conferenza stampa nella sala monumentale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la campagna promossa da

Save the Children "Illuminiamo il Futuro" per combattere la povertà educativa di bambini e adolescenti: partner strategico per l'Odontoiatria infantile, la SIOI.

L'immagine simbolo della campagna è una lampada rossa che proietta come un faro la sua luce su un bambino, che in modo gioioso si rivolge a un giovane adulto. Sullo sfondo una bicicletta abbandonata e l'oscurità della strada e di un grande palazzo con le scritte sui muri. Per combattere quindi

il buio della povertà educativa della popolazione pediatrica nelle aree più disagiate e svantaggiate, Save the Children ha dato avvio ai suoi "punti luce", spazi educativi dove poter offrire servizi e opportunità formative a bambini e adolescenti che potranno qui studiare, giocare, avere accesso ad attività sportive, culturali e creative o soddisfare le necessità più urgenti.

«La SIOI ha quindi aderito a questo progetto, con lo scopo di con-

tribuire alla promozione della salute orale attraverso percorsi di prevenzione e informazione all'interno dei "punti luce". È un progetto nel quale crediamo molto, e la SIOI, con i suoi circa 1000 soci iscritti, è pronta a dare il suo contributo per quanto riguarda sia la prevenzione sia l'aspetto clinico delle patologie più frequenti, come la carie e i traumi», dichiara Raffaella Docimo, presidente SIOI. «La dieta, la scarsa igiene orale, la mancata sensibilizzazio-

ne e informazione, lo stato di salute della bocca dei genitori, sono i responsabili ancora oggi dell'emergenza carie con tutte le complicità di ordine clinico e funzionale che possono manifestarsi. Se è vero quindi che il sorriso illumina il viso - continua la prof.ssa Docimo - la SIOI è pronta con Save the Children a illuminare il futuro dei bambini più sfortunati e svantaggiati».

Martina Bartolino

Opalescence®
Leader nei trattamenti sbiancanti

I nostri prodotti
La vostra esperienza
I loro sorrisi

Aderisci subito
Sbiancamento Dentale
PROGRAMMA OPALESCENCE
Supporto continuo e gratuito
per Professionisti Dentali.
NUMERO VERDE
800 830 715

www.opalescence.it

Ultradent Italia Srl - Via G.L. Bernini, 7 20094 Corsico (MI)
Numero Verde 800 830 715 - www.ultradent.it - info@ultradent.it

ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

L'introduzione della tecnologia nello studio odontoiatrico: la cone-beam CT

Dott. Davide Trisciuglio

Studio odontoiatrico associato Trisciuglio, Milano

La tecnologia negli ultimi anni è entrata nella nostra quotidianità a ritmi che mai ci saremmo immaginati, di conseguenza anche negli studi odontoiatrici per puntare all'eccellenza nella cura dei pazienti non si può fare a meno di confrontarsi con le nuove tecnologie che il mercato ci mette a disposizione.

Una di queste, forse quella che può aiutare maggiormente il clinico nel formulare la diagnosi, a mio giudizio la prima e fondamentale fase della terapia, è la TAC cone-beam (CBCT) (Fig. 1).

La possibilità, infatti, di visualizzare tridimensionalmente le strutture anatomiche e poter "navigare" all'interno dei volumi ossei può essere un ausilio fondamentale per:

- effettuare valutazioni pre-operatorie che permettano all'operatore di studiare un piano di trattamento ideale;
- diagnosticare e risolvere patologie che in passato non saremmo stati in grado di osservare e quindi di curare;
- lavorare con maggiore sicurezza e tranquillità, con un controllo preciso dei trattamenti eseguiti.

"Cone-beam" significa *fascio conico*, gli apparecchi radiologici cone-beam, infatti, emettono raggi X che hanno una forma conica, anziché a ventaglio come gli apparecchi usati per la tomografia computerizzata convenzionale (CT o MSCT).

Il fascio conico attraversa il paziente e colpisce un sensore digitale (Flat Panel a tecnologia CMOS oppure silicio amorfo).

Queste immagini vengono elaborate da un computer e trasformate in un volume (TC volumetrica). Da questo volume possono poi essere estratte tutte le immagini di facile fruibilità per l'odontoiatra.

La CBCT è destinata a sostituire quasi completamente, in odontoiatria, la TC (tomografia computerizzata), conosciuta più comunemente come TAC o dentascan, soprattutto per il notevole risparmio di radiazioni somministrate al paziente e per l'alta qualità delle immagini.

Al contrario della TAC tradizionale, che era appannaggio esclusivamente di centri radiologici o ospedalieri, una apparecchiatura cone-beam si può inoltre integrare molto

facilmente nella dotazione tecnologia di uno studio dentistico. Nel medesimo spazio occupato da un "vecchio" ortopantomografo, una cone-beam offre vantaggi clinici ed economici assolutamente indubbi e facilmente dimostrabili:

- una diminuzione del numero di visite necessarie alla formulazione di diagnosi e piano di trattamento;
- un minor intervallo di tempo tra la prima visita e l'inizio delle terapie;
- la minor possibilità che il paziente si disperda o scelga altre strade durante la fase pre-cure;
- un reddito per lo studio dentistico, al termine dell'ammortamento dell'investimento;
- l'immagine di uno studio moderno e sempre all'avanguardia.

Dal punto di vista prettamente clinico, una visione tridimensionale del nostro paziente garantisce benefici in tutte le specialità odontoiatriche.

Implantologia:

- valutazione dell'anatomia della cresta ossea (Fig. 2);
- evidenziazione del canale mandibolare;
- rigenerazione ossea;
- anatomia del seno mascellare;
- implantologia computer-guidata.

Parodontologia:

- diagnosi di compromissione delle forcazioni;
- evidenziazione di difetti infra-ossei.

Chirurgia orale:

- estrazione di elementi in inclusione ossea, quali ottavi o elementi ritenuti;
- fratture radicolari;
- cisti.

Endodonzia:

- lesioni apico-periapicali;
- riassorbimenti radicolari;
- chirurgia endodontica.

Ortodonzia:

- chirurgia ortognatica;
- cefalometria tridimensionale.

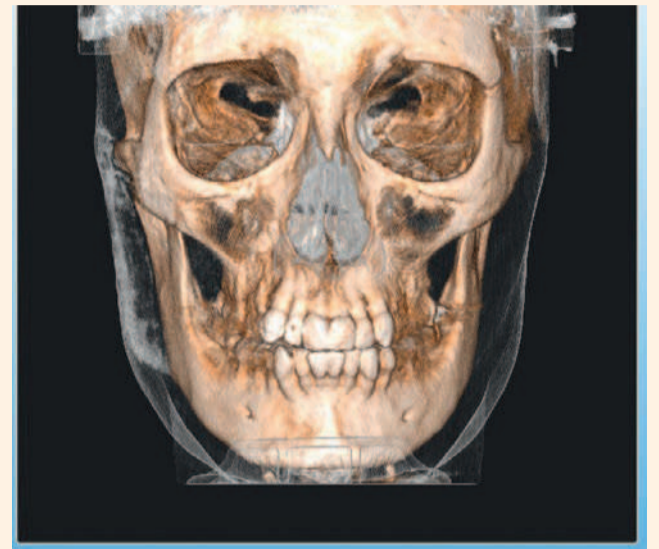


Fig. 1



Fig. 2

Patologia orale:

- diagnosi di tumori o altre lesioni;
- evidenziazione di aree di osteonecrosi da bifosfonati.

Gnatologia:

- valutazione dell'articolazione temporo-mandibolare.

Nuove competenze per gli odontoiatri, non solo cliniche

Aumentano a dismisura i dentisti che si rendono conto che per affrontare la situazione servono competenze nuove, e non solo di tipo clinico

- Sono un professionista, mi occupo della salute dei pazienti, non mi serve sapere di gestione.
- Ma i conti come vanno, dottore?
- Ai conti pensa il commercialista, finora è andato tutto bene, c'è la crisi ma, una volta passata, tutto si sistemerà.

Ecco un esempio di conversazioni raccolte in studi odontoiatrici in giro per l'Italia. E sulle nuove modalità di concorrenza?

- Non mi preoccupano: fornisco una prestazione di qualità superiore, chi viene da me non sceglie solo in base al prezzo

Tutto vero. Eppure, di fatto, il mercato dei servizi odontoiatrici è cambiato radicalmente e l'evoluzio-



zione in atto fa pensare che gli scenari di ieri non ritorneranno più: nuove tecnologie, nuovi concorrenti, un rapporto diverso con il paziente, che oggi ha nuove possibilità di scelta e di cura.

Molti odontoiatri si rendono conto che per affrontare la situazione servono competenze nuove e non

solo di tipo clinico.

La Scuola di impresa dentale si propone di dare supporto gestionale ai medici odontoiatri e ai loro collaboratori, per affiancarli in questo momento di grande cambiamento nel settore e vincere le sfide dell'evoluzione in atto, senza sminuire la loro professionalità, ma anzi potenziandola grazie a nuove competenze di tipo imprenditoriale.

In pratica, come? Prima di tutto in aula (in foto). Nei corsi della Scuola di impresa dentale si impara un metodo pratico per la gestione aziendale.

Ai corsi possono seguire periodi di affiancamento personalizzato

svolto direttamente in studio da parte degli stessi docenti (il tutto anche accreditabile ECM).

Durante i corsi il partecipante riceve strumenti operativi per l'applicazione immediata di quanto appreso (fogli di lavoro) e trova un team di docenti diversi, qualificati e laureati in materie economiche, ognuno esperto nella propria materia, con esperienza di lavoro nella piccola impresa e nel settore dentale.

Alcuni docenti sono autori di libri di successo per la casa editrice FrancoAngeli, tra cui *Marketing low-cost e Pricing: definire i prezzi*. La Scuola di impresa dentale è diretta da Cristina Mariani, laureata in Economia alla Bocconi, già im-



prenditrice, autrice e docente in Confindustria.

Alcuni obiettivi della scuola: promuovere i vari servizi e le competenze dello studio, aumentare il tasso di chiusura dei preventivi, ottimizzare il rapporto con i collaboratori e il personale di studio, utilizzare il web per la comunicazione e l'immagine, gestire con efficienza gli aspetti economici e gli incassi.

Dottorssa Cristina Mariani

PER INFORMAZIONI
www.scuolaimpresadentale.it