

Al termine del triennio il presidente Vinci "lascia": è tempo di bilanci

Raffaele Vinci



L'esperienza vissuta in questi ultimi tre anni come presidente SIdCO da un lato potrebbe essere semplicemente riassunta con alcuni aggettivi quali: stimolante, esaltante, gratificante. D'altro canto, non farebbe giustizia nei confronti del Consiglio direttivo tutto, che tanto si è prodigato per l'ottenimento dei migliori risultati possibili in questi tre anni contrassegnati da una pandemia bene nota a tutti noi.

Sicuramente la riattivazione delle scuole di specializzazione, ed in particolare quelle di chirurgia orale, ha largamente contribuito all'affermazione e all'espansione della società in virtù dell'immissione di nuova linfa vitale.

È sempre stata nostra profonda convinzione che il sapere scientifico e coloro che si prodigano nella sua applicazione clinica debbano adoperarsi con atteggiamento multidisciplinare. Intendendosi con ciò di avere le capacità di sapersi affiancare e collaborare con colleghi di altre discipline affini nel conseguimento del miglior trattamento possibile per i nostri pazienti.

Non solo, ma sapendo anche maturare un proprio sapere interdisciplinare in grado di offrire la miglior sintesi per un approccio diagnostico/terapeutico ottimale.

Tutti i congressi tenutisi in questo triennio sono

stati ideati e svolti su questo ideale. Ciò ha permesso da un lato di offrire le più aggiornate proposte diagnostiche terapeutiche per coloro che si sono da poco accostati a questa disciplina. E dall'altro lato, ai più esperti, di confrontarsi in modo paritetico sulle diverse tematiche cercando di maturare una sempre miglior visione d'insieme.

L'ultimo congresso ha visto la partecipazione di più di 500 persone, mentre la società annovera circa 400 iscritti di cui più di 50 soci attivi.

Nell'ottica di un corretto adeguamento di SIdCO a questa nuova realtà numerica abbiamo promosso una riforma statutaria che porta alla durata di tre anni la presidenza al fine di garantire anche una ancora miglior omogeneità di conduzione.

Al contempo, è stata istituita una commissione consultiva dei past-president nella profonda convinzione che la condivisione delle esperienze maturate precedentemente siano il miglior presupposto per un ancor più grande e consolidata espansione societaria.

Grandi energie sono state riservate, con Giacomo Oteri e Luigi Laino, al fine di poter integrare SIdCO nella European Federation Of Oral Surgery culminata con la partecipazione del Coordinatore Jacques Henry Torres alle tre giornate del XVI congresso.

Per ultimo, ma non per importanza, è sempre stata mia volontà riuscire a ben delineare le competenze ed i percorsi formativi riservati al chirurgo orale. Se ne è discusso al Congresso nella Tavola Rotonda che ho avuto il piacere di coordinare e alla quale hanno preso parte tre Magnifici Rettori di "area odontoiatrica".

Precisamente Roberto Di Lenarda (Trieste) presidente del Collegio dei docenti di Odontoiatria, Pier Francesco Nocini (Verona) presidente del Collegio dei Docenti Universitari di discipline Odontostomatologiche ed Enrico Gherlone (San Raffaele, Milano) membro del Consiglio Superiore della Sanità, coordinatore del Tavolo tecnico sull'Odontoiatria, da poco nominato Referente per l'Odontoiatria al Ministero della Salute.

All'unanimità si è affermato che sarebbe auspicabile delineare un percorso comune tra i corsi di laurea in Medicina e quelli in Odontoiatria della durata di 2 o 3 anni terminato il quale differenziare i due percorsi formativi.

Così facendo medici e odontoiatri avrebbero la possibilità di acquisire maggiori conoscenze e superiori capacità interdisciplinari.

Non da meno agevolerebbe la possibilità per lo specialista in chirurgia maxillo-facciale, laureandosi in Odontoiatria, di esercitare tutte le attività in ambito odontoiatrico. Per contro al chirurgo orale, laureatosi in Medicina, di estendere le proprie competenze in un percorso il più simmetrico e biunivoco possibile. ✍️

Bardolino: i punti fermi di un congresso

Massimo Boccaletti

Tre giornate intense con lectio magistralis di relatori eminenti, una pluralità di relazioni, vivaci Tavole Rotonde e interventi di personalità eccellenti. Ma quel che forse conta di più, anche un'ottima presenza di partecipanti al Congresso della Società italiana di Chirurgia Odontostomatologica (20/22 ottobre) a Bardolino del Garda. Ispirato all'Interdisciplinarietà, coincidente con il "quasi fine mandato" (31 dicembre) della presidenza Vinci, anche questa XVI edizione, come capita nei "Congressi seriali", spicca per una sua personalità, possiede un'anima. Insomma ha una sua storia. Di qui l'intenzione di fissarne, nell'inesorabile decorso del tempo, i momenti salienti, farne dei punti fermi più significativi. È quello che abbiamo cercato di realizzare con questo SPECIALE di cui vi auguriamo una buona lettura, nella speranza che non sia speciale solo di nome. ✍️

Solide radici e con lo sguardo rivolto al futuro

Luigi Laino



Con grande emozione mi accingo a ricoprire la carica di Presidente della Società Italiana di Chirurgia Odontostomatologica dopo un triennio incredibile, guidato dall'amico e Maestro Raffaele Vinci.

Incredibile, perché nel triennio più difficile degli ultimi decenni la Società è stata catapultata in una dimensione nuova e virtuosa che l'ha resa protagonista nel panorama scientifico formativo nazionale. Solide radici, perché SIdCO ha una storia di cui essere fieri e che va ricordata e trasmessa alle nuove generazioni. La fortuna di avere Maestri con cui confrontarsi, che hanno fatto la storia di questa disciplina è un valore aggiunto che rivendico con orgoglio. Lo sguardo è rivolto al futuro perché una società è viva se ha una visione futura e un fermento culturale continuo, caratteristiche palpabili appena si entra nella grande famiglia SIdCO.

Il prossimo triennio la Società sarà impegnata su numerosi fronti. Il fil rouge che la caratterizzerà sarà sempre l'interdisciplinarietà che vede in SIdCO la sintesi di vari saperi che identificano il mondo chirurgico odontoiatrico. Grande importanza verrà data all'aspetto "medico" del chirurgo orale e ai rapporti con le altre specialità come anatomia patologica, radiologia, farmacologia, oncologia...

L'interdisciplinarietà verrà declinata in tutti i suoi ambiti dando un ruolo centrale all'impatto delle nuove tecnologie sulla pratica clinica quotidiana, analizzando le potenzialità, ma anche i limiti attuali e le problematiche correlate ai vari approcci senza dimenticare le basi della nostra disciplina.

Intelligenza artificiale, chirurgia robotica, integrazione dei flussi di lavoro digitali aprono la strada ad una Odontoiatria sempre più personalizzata, predicibile e preventiva. L'obiettivo della Società è contribuire in maniera importante al loro sviluppo enfatizzando anche le indicazioni reali per determinati approcci terapeutici.

Da anni SIdCO rappresenta anche la casa comune delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Orale: questo contribuisce a dare continua linfa vitale alla Società grazie al contributo dei nostri giovani colleghi. Favorire una interazione concreta tra le Scuole rappresenta un momento di crescita e confronto importante dal punto di vista umano e formativo.

Nell'ultimo triennio SIdCO ha fatto uno sforzo enorme per ricreare un punto di incontro anche a livello europeo. L'internazionalizzazione rappresenta un ultimo punto fondamentale sul quale il prossimo Board lavorerà. Essere un punto di riferimento della disciplina a livello internazionale è il modo migliore per crescere e confrontarsi in armonia con altre Società europee. Interdisciplinarietà, internazionalizzazione, interazione tra i soci attivi e le Scuole di specializzazione italiane, intelligenza artificiale e nuove tecnologie segnano la rotta per il prossimo triennio. Concludo ringraziando ancora una volta tutti i Soci SIdCO per la fiducia, con l'augurio di continuare a crescere insieme. ✍️

Chirurgia estrattiva pro e contro

Ectopia dei molari mandibolari. Una sfida diagnostica e biomeccanica

Aldo Giancotti



La relazione è stata centrata sul trattamento delle ectopie dei secondi molari mandibolari. La prevalenza di ritenzione/inclusione del secondo permanente inferiore molare è stato riportato come tra 0,06 e 0,3%, mentre Baccetti ha trovato un tasso di prevalenza di 1,7% fallimento di eruzione di entrambi i primi e secondi molari. Inoltre, Evans ha mostrato in un campione selezionato un aumento della prevalenza di incluso/ritenuto 2° molare inferiore tra gli anni 1976 e 1986.

Definizioni dei disturbi da eruzione

Ritenzione primaria: interruzione del processo eruttivo di un dente normalmente collocato e normalmente sviluppato prima dell'emergenza gengivale senza un fisico riconoscibile nel percorso eruttivo.

...e secondaria: interruzione del processo eruttivo di un dente dopo l'emersione senza una barriera fisica o posizione ectopica del dente. Dal punto di vista terapeutico, i risultati mostrano che non c'è una soluzione condivisa e protocollata per trattare i secondi molari ectopici, ma in generale si ritiene che le indicazioni al trattamento risiedano nella presenza di:

1. Malocclusione da trattare
2. Carie e/o patologie parodontali
3. Riassorbimento dei denti contigui
4. Infiammazione pericoronale
5. Cisti follicolari

Le opzioni terapeutiche dipendono dalla severità dell'inclusione secondo il seguente quadro sinottico.

1. Lieve: in questa condizione la risoluzione può essere spontanea semplicemente rimuovendo la gemma del terzo molare corrispondente o applicando un semplice elastico separatore.
2. Moderata: l'inclusione è più profonda e genera una maggiore complessità biomeccanica così da richiedere l'applicazione di apparecchiatura fissa multibande associata molle di uprighting e/o cantiliver capaci di sviluppare le coppie di forze necessarie per il raddrizzamento ed il successivo allineamento dell'elemento incluso.
3. Severa: in questo caso le convenzionali procedure biomeccaniche mostrano evidenti limitazioni dovute alla difficoltà di raggiungere l'elemento incluso ma anche alla complessità nella applicazione degli attacchi (bottoni o bracktes). In tali condizioni cliniche l'avvento di tecniche con l'applicazione di microviti in titanio ha cambiato radicalmente sia la biomeccanica che la prognosi riducendo anche i tempi di trattamento talvolta estremamente lunghi nei casi più complessi. ✍️

Mantenere o estrarre un elemento dentale parodontalmente hopeless?

Luca Landi



Formulare un piano di trattamento in un paziente affetto da parodontite significa in realtà essere in grado di eseguire una diagnosi corretta e assegnare una prognosi adeguata sulla base degli elementi tangibili e non di ogni caso. Nella letteratura vari autori si sono cimentati nel tentativo di ordinare la formulazione prognostica secondo criteri oggettivi e parametri clinici e radiologici che indichino la probabilità di un elemento di essere mantenuto in salute nel cavo orale. In modo schematico i fattori chiave sono raggruppabili in elementi relativi al paziente e quelli alle condizioni del singolo elemento dal punto di vista endodontico, restaurativo e parodontale. A tali valutazioni si devono poi aggiungere quelle che tengono conto del valore strategico del dente, dell'abilità del clinico o del team di eseguire correttamente le procedure richieste oltretutto, nei settori anteriori, della valutazione estetica del caso.

Nonostante questo, gli algoritmi proposti non sono stati in grado di predire accuratamente la prognosi di un elemento dentale a meno che non sia del tutto sano o con lesioni molto lievi. Di qui la nostra capacità di assegnare una prognosi hopeless ad un elemento parodontalmente compromesso prima di aver testato la capacità di rispondere alle manovre terapeutiche. In studi longitudinali denti considerati hopeless erano stati mantenuti ben oltre i 10 anni grazie alla terapia parodontale e all'inserimento dei pazienti in protocolli di mantenimento individualizzati.

Nella valutazione parodontale 3 sono gli aspetti più critici nella formulazione prognostica: 1) perdita di attacco clinico 2) presenza di lesioni della forcazione di II e III Classe 3) ipermobilità dentale. Non si possono considerare in modo assoluto e disgiunto ma tra fattori di rischio e di suscettibilità individuale, in relazione agli aspetti anatomici specifici, alle valutazioni generali del piano di trattamento e anche a quelli definiti i Patient Reported Outcomes, ossia le percezioni dei pazienti delle terapie proposte ed effettuate.

In sintesi la scelta di mantenere o estrarre un elemento dentale hopeless dal punto di vista parodontale si deve confrontare con la possibile terapia sostitutiva. Nel paziente con parodontite, in particolare nello stadio III e IV, gli impianti hanno es. un rischio più alto di andare incontro a complicanze peri-implantari o ad un fallimento precoce. Inquadrate il paziente dal punto di vista diagnostico e formulare una prognosi iniziale significa avere una prospettiva dinamica del paziente dove il controllo dei fattori di rischio generali e locali e l'efficacia delle terapie parodontali devono essere analizzati e rivalutati in una finestra temporale sufficientemente lunga per evitare decisioni affrettate e irreversibili. Possono infatti condurre a trattamenti più complessi ed esporre il paziente a maggior rischio di complicanze. ✍️

Dente con lesione endodontica: tolgo o tratto?

Piero Alessandro Marcoli



La relazione ha analizzato possibilità e limiti del ritrattamento endodontico in caso di fallimento di una terapia. Se la letteratura dice che un ritrattamento ortograde ha buone percentuali di successo (tra il 70 e l'85%), i fallimenti ortogradi possono essere gestiti successivamente con l'endodonzia chirurgica, ottenendo percentuali di successo sino al 90%. Risultati resi possibili dall'utilizzo di tecniche evolute e strumentazioni performanti quali microscopio operatorio ed ultrasuoni a facilitare enormemente il compito. Per questo, da un punto di vista strettamente endodontico, non esistono alla fine fallimenti non suscettibili di un reintervento. Anche situazioni che in passato avrebbero suggerito un'estrazione (perforazione, presenza di un grosso perno fuso o una lesione di grandi dimensioni) sono endodonticamente trattabili. Alla fine, quindi, il dente non può essere considerato intrattabile, da estrarre per motivi endodontici, ma solo per motivi parodontali (assenza di supporto) o restaurativi (struttura residua inadeguata). ✍️

Reimpianto post avulsione: vantaggi e svantaggi

Nicoletta Zerman



Dopo un excursus delle variabili che influenzano la prognosi di un reimpianto (tempo extra orale, mezzo di trasporto e danno al ligamento) e degli svantaggi più importanti (costi diretti e indiretti e complicanze quali anchilosi e obliterazione pulpale) vengono messi in luce i vantaggi del reimpianto. In primis il recupero dello status quo ante e l'impatto positivo sulla qualità di vita.

A fronte di studi recenti che evidenziano una sopravvivenza a lungo termine molto bassa e imprevedibile, viene proposta una "road map" che attribuendo un punteggio ai principali parametri clinici che condizionano la scelta terapeutica (tempo extra orale, medium di trasporto, tipo di occlusione, stato dei denti adiacenti, compliance) permette di calcolare l'indice di probabilità di successo di un reimpianto, identificando l'area di rischio corrispondente al caso clinico.

La Tavola rotonda ha evidenziato il necessario approfondimento nella gestione di soggetti in età evolutiva, tematica del prossimo seminario SITD, svolta in collaborazione con SidCO. ✍️

Chirurgia estrattiva pro e contro

Lo specialista in chirurgia orale nella gestione dei pazienti oncologici e prevenzione della Mronj

Michele Davide Mignogna



Il sostanziale progresso nella comprensione dell'oncogenesi ha portato, nell'ultimo decennio, all'emergere di numerose terapie antitumorali mirate. I loro effetti terapeutici derivano principalmente dall'inibizione di specifici recettori molecolari e vie di segnalazione intracellulari coinvolte nella progressione del tumore. Tali trattamenti tuttavia non sono selettivi per le vie di segnalazione coinvolte nel pathway oncologico, ma agiscono anche sulle fisiologiche funzioni omeostatiche dell'organismo.

Tra le tossicità orali indotte da farmaci rientra l'osteonecrosi delle ossa mascellari farmaco-relata (MRONJ), cioè di un segmento osseo caratterizzata da un danno osseo progressivo come complicanza dopo l'esposizione a farmaci anti-riassorbitivi (bifosfonati e il Denosumab) e farmaci non anti-riassorbitivi, i principali dei quali sono anti-angiogenetici, inibitori della tirosina chinasi, inibitori di mTOR.

L'eziologia della MRONJ, seppur nell'ambito di una genesi multifattoriale, non è ancora stata completamente chiarita. Diversi meccanismi patogenetici sono stati considerati quali l'inibizione degli osteoclasti con il conseguente arresto del riassorbimento osseo, processi infettivi, l'effetto anti-angiogenico dei farmaci sopra descritti, disregolazione del sistema immunitario e altri possibili co-fattori, come microtraumi, alterazioni della dinamica vascolare, alterazioni metaboliche.

Ne risulta, dunque, che l'odontoiatra e in modo particolare lo specialista in chirurgia orale rivestono un ruolo fondamentale nella gestione dei pazienti oncologici e nella prevenzione della MRONJ che impatta significativamente sulla qualità di vita dei pazienti affetti. La conoscenza delle terapie effettuate dal paziente, la corretta scelta del timing per eseguire il trattamento odontoiatrico specialistico e la presa in carico complessiva del paziente da parte dello specialista sono presupposti imprescindibili per garantire affidabilità nelle cure e migliorare la sua qualità di vita. ✍️

Nella tecnica chirurgica l'IPA, ancora una volta, è culla dell'innovazione

Umberto Pratella



Oggi è indispensabile approcciare i piani terapeutici, dai più semplici ai più complessi, con la multidisciplinarietà che caratterizza il panorama odontoiatrico. Anche la chirurgia necessita di più figure e punti di vista per una "multidisciplinarietà nella multidisciplinarietà". Attraverso i suoi meeting la Società Italiana di Chirurgia Odontostomatologica (SIdCO) è molto attenta, a creare le basi per questa filosofia e renderla fruibile. Negli ultimi tre anni coincisi con il mandato di Raffaele Vinci in SIdCO e del mio nell'International Piezoelectric Surgery Academy (IPA), abbiamo condiviso aspetti di un percorso comune, pur nell'autonomia delle proprie Società scientifiche.

Bardolino, atto finale di una concertazione che ha raccolto tante Società, Scuole e organi istituzionali, ha di nuovo portato alla ribalta l'importanza che anche la chirurgia estrattiva, erroneamente considerata una branca di quella orale meno interessata dalla modernizzazione, sia affrontata in modo analitico, attuale e protocollato.

Sabato mattina la relazione di Jason Motta Jones, Socio attivo e Fondatore dell'IPA, è stata una sorta di Lectio Magistralis soprattutto per i molti giovani sempre presenti agli eventi SIdCO, ma anche occasione per i meno giovani di un sano riepilogo del corretto approccio alla chirurgia estrattiva dei terzi molari, troppo spesso confinata alle capacità e "coraggio" dell'operatore. Motta Jones ha esposto il metodo scientifico per inquadrare i casi clinici e sviscerarne in anticipo difficoltà, strategie operative e prevedibilità del post operatorio. Come in ogni ambito medico, l'atto fondamentale rimane in particolare il diagnostico: una diagnosi accurata con strumenti tecnologici a disposizione e utilizzati con il criterio di giustificazione e ottimizzazione, dà la possibilità, nei casi più complessi, di previsionare modelli 3D ottenuti al CAD-CAM.

Ma cultura ed aggiornamento scientifico devono andare oltre all'utilizzo delle macchine: la classificazione dei denti del giudizio in base alla difficoltà operativa pone la scelta se intervenire o meno e se il beneficio terapeutico compensa l'entità del rischio.

Fatta la scelta nella direzione interventista, dobbiamo programmare l'intervento step-by-step, preparare il paziente a quanto andrà incontro, sia farmacologicamente che in consenso "evoluto" e approntare le tecniche chirurgiche più indicate. Nella fattispecie, in termini di tecnica chirurgica, ancora una volta l'IPA fa da culla dell'innovazione, poiché nel suo seno sono storicamente nate e cresciute tecnologie e paradigmi innovativi per il trattamento chirurgico dei casi più complessi: dagli strumenti piezoelettrici, nati oltre 20 anni fa, ad oggi con lo sviluppo di inserti dedicati per compiere procedure estrattive estremamente sicure e predicibili. ✍️

LA PAROLA A...

Il COVID secondo Burioni un dramma in tre atti



Roberto Burioni

La pandemia di COVID-19 è stato un evento drammatico, che possiamo dividere in tre parti. Partiamo dalla seconda: è quella iniziata nel gennaio 2021, quando – con un miracolo laico operato dalla scienza – è stato disponibile in pochi mesi quello che in passato richiedeva anni per la messa a punto: un vaccino sicuro ed efficace.

Da quel momento in poi abbiamo avuto in mano un'arma potentissima per combattere il virus e non abbiamo dovuto più giocare in difesa. In breve, l'arrivo altrettanto "miracoloso" di farmaci antivirali ci ha fornito strumenti ancora più efficaci che, insieme al vaccino, ci hanno consentito di affrontare ben attrezzati la terza parte, quella iniziata nel gennaio 2022 quando è arrivata la variante omicron.

Un virus meno pericoloso, ma immensamente più contagioso che se avesse incontrato una popolazione non vaccinata avrebbe causato molti milioni di morti. Ma il vaccino c'era, e quasi tutti si erano vaccinati. Dunque, in questo momento, se non per le persone fragili, il COVID è per la gran parte dei pazienti una malattia non grave, soprattutto se vaccini e farmaci antivirali vengono utilizzati estesamente e senza rifiuti ideologici.

Però bisogna ricordare anche la prima parte, quella iniziata – in Italia – il 20 febbraio 2020, quando ci accorgemmo in una sola notte che il virus era già qui, si stava diffondendo e non ce ne eravamo accorti. Non c'è bisogno di ricordare a dei sanitari cosa sia stata la nostra vita nei mesi seguenti a quel terribile 20 febbraio, che segna un prima e un dopo.

Città chiuse e completamente vuote, silenzio squarciato dal suono continuo delle ambulanze, morti, camion con le bare, il Papa che da solo celebrava in una Piazza San Pietro che sembrava essere stata trasportata sulla Luna, i riti della Pasqua.

In quei momenti in molti abbiamo avuto paura. Anche io. Da virologo mi rendevo conto che era irreversibilmente passato nell'uomo un virus contagiosissimo e capace di causare malattie molto gravi, contro il quale non avevamo nessuna arma efficace e che potevamo combattere solo con gli strumenti a disposizione secoli fa: isolamento e quarantena.

Ma, accettabili nell'antichità, nel mondo del 2020 significavano la catastrofe sociale, culturale, economica, che peraltro non avrebbe in alcun modo risolto il problema facendo sparire il virus, ma solo rallentato la sua corsa, dandoci comunque il modo di curare più persone evitando la saturazione degli ospedali e – auspicabilmente – trovando qualche farmaco efficace tra quelli a disposizione, perché svilupparne di nuovi avrebbe richiesto troppo tempo. E tempo non ce n'era.

In questo scenario drammatico un ulteriore problema: le altre malattie non erano scomparse. Il mio pensiero andava ai colleghi che si dovevano esporre, per curare i loro pazienti, a rischi personali molto gravi. In particolare mi immaginavo il dramma di quelli che non potevano utilizzare la mascherina, perché, senza di essa, non avrebbero potuto curare. Prima tra tutti gli odontoiatri e gli igienisti dentali, costretti a lavorare letteralmente di fronte alla fonte del virus.

Per fortuna, a posteriori, quella paura è stata eccessiva: la pronta messa a punto di protocolli rigorosissimi implementati con grande professionalità ha limitato di gran lunga la diffusione del virus in questo primo terribile periodo: dai pazienti agli odontoiatri e quindi dagli odontoiatri ai loro pazienti.

È stato un esempio di coraggio ed abnegazione che da soli non sarebbero bastati, ma che uniti al rigore scientifico e alla professionalità sono riusciti a controllare la diffusione virus in un momento in cui le armi a disposizione erano veramente poche e poco efficaci.

La nostra gratitudine nei confronti degli odontoiatri non deve essere dovuta solo al fatto che con coraggio e a rischio della propria salute personale hanno continuato a curare i loro pazienti, facendo il loro dovere quando era difficile e pericoloso farlo. Ma ci hanno mostrato che con la scienza e la professionalità si possono affrontare con successo anche situazioni estremamente difficili.

Sperando che non ci sia bisogno in futuro, sappiamo però che si può fare. Perché è stato fatto. ✍️

LA PAROLA A...

Tavolo tecnico per la simulazione in ambito sanitario per definire protocolli migliori e obiettivi più efficaci

Pier Paolo Sileri



L'attuale formazione in chirurgia non può prescindere da una curva di apprendimento che preveda step adeguati in base ai vari gradi di complessità che la prestazione prevede. Del resto, obiettivo della formazione è diminuire quanto più possibile il margine di errore legato a tutti gli aspetti della procedura chirurgica. Per questo è sempre più importante basarsi su una fase di simulazione, con l'obiettivo di ricreare ogni attività che l'equipe chirurgica svolge, per valutare nel modo più accurato l'appropriatezza, l'efficacia e le eventuali criticità. Un ruolo principale è inoltre svolto dalla simulazione degli aspetti comunicativi: solo attraverso questi passaggi si potrà ottenere un effettivo miglioramento della qualità dell'attività chirurgica.

Infatti, avere dei modelli didattici basati su simulatori, che possano "mimare" quanto più possibile l'attività quotidianamente svol-

ta, è dirimente per ottenere un elevato standard qualitativo di tutto il processo diagnostico terapeutico. A maggior ragione in chirurgia dove la capacità tecnica e manuale è rilevante. Proprio per l'importanza che ricopre quanto sopra descritto, a livello del Ministero della Salute è stato istituito un Tavolo tecnico per la simulazione in ambito sanitario: fortemente voluto dal sottoscritto durante il ruolo che ho ricoperto fino a poche settimane fa, ha l'obiettivo di stabilire i migliori protocolli attualmente in essere e definire gli obiettivi della simulazione in maniera efficace ed efficiente.

In conclusione, si può affermare come tale iniziativa implementi ai massimi livelli l'attività di simulazione nel percorso formativo chirurgico, disciplinando il tipo di addestramento, al fine ultimo di garantire una maggiore sicurezza per l'operatore e per il paziente, a tutela della salute pubblica del cittadino. ✍

SidCO: un congresso nazionale ma con un tocco d'internazionalità

Jacques-Henri Torres



Malgrado la denominazione ufficiale di "Nazionale", la XVI edizione del Congresso SidCO, dedicata all'Interdisciplinarietà, ha avuto un prestigioso tocco di internazionalità per la partecipazione, emblematica, oltretutto rappresentativa, di un figura di peso internazionale come il presidente dell'EFOS (European Society of Oral Surgeons), Jacques-Henry Torres, di cui riportiamo qui alcune brevi dichiarazioni. "A Bardolino - ha detto - ho respirato un autentico clima europeo, il che mi allietta per più di un motivo: un'ottica comunitaria è infatti il presupposto di collaborazione e amicizie future, dalle quali i professionisti e chirurghi orali europei non potranno che trarre vantaggio". L'EFOS di cui Torres è attuale presidente, raggruppa Società di chirurgia orale disseminate in sei Paesi europei: Portogallo Spagna, Germania, Gran Bretagna, Francia e naturalmente l'Italia. Tra i suoi obiettivi c'è innanzitutto la promozione di scambi tra i membri dei Paesi aderenti, ma al tempo stesso anche il riconoscimento nel quadro delle direttive comunitarie, della chirurgia orale come specialità, laddove questo in Europa ancora non avvenga.

Altri obiettivi importanti: la promozione formativa dei chirurghi orali (medici e odontoiatri), lo sviluppo della ricerca in quest'ambito, la promozione di raccomandazioni nella pratica clinica di chirurgia orale non solo a professionisti, medici e odontoiatri, ma indirizzate ad altre Associazioni mediche europee. Significativo anche un esame che da accesso all'EBOS (EUROPEAN BOARD IN ORAL SURGERY), ossia il riconoscimento di qualità della pratica clinica nel tentativo di armonizzare gli standard ora in vigore nei vari Paesi europei. ✍



La presa in carico del paziente implantare tecnologie a disposizione dell'igienista dentale

Maurizio Luperini

Il Congresso ha riservato una sessione dedicata ai dottori in igiene dentale quali figure di spicco all'interno del team odontoiatrico. In ambito chirurgico ed in particolare in implantologia, l'operato dell'igienista risulta fondamentale per la preparazione del cavo orale del paziente candidato all'intervento ed il successo a lungo termine nella sua riabilitazione.

Studi clinici dimostrano che la stabilità degli impianti dentali a dieci anni è assestata tra il 91,5 e il 96%; in cui 91,5% è riconducibile esclusivamente a pazienti di 65 anni d'età al momento dell'atto chirurgico (Howe MS, Keys W, Richards D. Long-term (10-year) dental implant survival: a systematic review and sensiEvity meta-analysis. J Dent. 2019 May;84:9-21).

È evidente l'importanza della presa in carico da parte dell'igienista dentale del paziente destinato alla chirurgia già al momento di studio del caso per decontaminare i tessuti e diminuire gli indici infiammatori locali e sistemici.

È stato ampiamente dimostrato il nesso causale tra l'accumulo di placca batterica in zona iuxta-implantare e lo sviluppo di alterazioni infettivo-infiammatorie a carico dei tessuti molli (mucosite perimplantare) e/o di quelli ossei più profondi (perimplantite) circostanti la fixture.

Attraverso l'applicazione di protocolli specifici di decontaminazione e bonifica del cavo orale, grazie ad azioni di "scaling", "root planing", "air polishing" eseguite con l'ausilio di tutte le tecnologie a disposizione dell'igienista, il paziente sarà seguito durante tutte le fasi della terapia, definita per

l'appunto di supporto implantare.

Dovrà avere infatti un costante monitoraggio nel tempo, per consolidare tra l'igienista e il paziente un'alleanza terapeutica tale da assicurargli una possibilità concreta di salute orale ed anche sistemica, a lungo termine.

L'intervento professionale dell'igienista prevede quindi diversi step correlati ad un percorso chirurgico di successo: preparazione dei tessuti orali per migliorare la risposta della condizione clinica infettivo infiammatoria possibile causa di perdita dell'impianto; creazione di progetti di prevenzione alla salute orale per favorire una forte adherence alla terapia di mantenimento domiciliare e di recall attraverso la motivazione personalizzata all'adozione di sani stili di vita. ✍

Nella SIDCO, giovani ed... attivi

Massimo Boccaletti



Di solito la consegna di un 'onorificenza o anche di un semplice attestato è una cerimonia che si svolge "dopo" l'evento che l'ha provocata. Se si tratta di concedere la medaglia ad un campione olimpico, occorre prima che la gara l'abbia vinta. E se si consegna ad uno studente un diploma professionale, occorre che prima abbia frequentato i corsi e superato esami, e via esemplificando. Eppure alla XVI edizione del Congresso si è assistito ad un vero e proprio capovolgimento di tale procedura. Cioè prima è arrivata la medaglia (pardon, l'attestato) e poi si è preso... l'impegno.

A questo punto meglio chiarire. Al termine di una cena dichiaratamente indetta a tale scopo, la SIDCO, attraverso il suo presidente consegna, uno per uno, ad un certo numero di partecipanti alla cena, un attestato di "socio attivo". Si tratta di una sorta di certificato che il destinatario mostra di ricevere con grande soddisfazione. Quella definizione, tuttavia, non è destinata tanto a premiare l'"attività" svolta quanto (è qui la cosa insolita) quella che dovrà svolgere d'ora in poi.

Più che un riconoscimento, quindi, si tratta, in realtà, di un'investitura. Nelle intenzioni della SIDCO infatti l'attestato viene conferito a chi si impegna a fare cose egregie in favore della Società per il conseguimento dei suoi obiettivi. Ma lasciamo ad alcuni di coloro che quella sera hanno ricevuto il diplomino, spiegare cosa significa, alla SIDCO, diventare "socio attivo". ✍️

Nella SIDCO, giovani ed... attivi

La chirurgia orale al centro della professione

Gaetano Isola

Socio attivo SIDCO



Ho deciso di partecipare quale socio attivo SIDCO in quanto il mio ambito clinico/scientifico è di Chirurgia orale e parodontologia, impegno che svolgo al Corso di Laurea in Odontoiatria dell'Università di Catania. A tal proposito, la cosa che più mi ha colpito e mi spinge ad impegnarmi "attivamente", è stato il lavoro e l'impegno che SIDCO applica alla divulgazione clinico scientifica e alla formazione su larga scala nella Chirurgia orale, per diffonderne la conoscenza, tutelarne prestigio ed interessi e promuoverne l'inserimento nelle sedi universitarie e nell'SSN.

La nostra Società vuole dimostrare che tale disciplina "deve" essere al centro della professione. Non esiste buona odontoiatria senza buon approccio chirurgico e parodontale, ma soprattutto non c'è buona prestazione senza un approccio mirato alla pratica delle evidenze scientifico cliniche in nostro possesso. Se tutti gli iscritti SIDCO ci sosterranno con la loro partecipazione, saremo in grado di incidere profondamente sull'attività professionale odontoiatrica del futuro. ✍️

Diventare socio attivo: da 5 anni proteso verso il traguardo

Giuseppe Pio Patianna

Socio attivo SIDCO



Diventare "socio attivo" è stato per me il coronamento di un percorso iniziato dal primo evento SIDCO al quale partecipai 5 anni fa. Da quel momento e durante tutto questo tempo ho sempre considerato diventarlo, il raggiungimento di un traguardo, di un punto di arrivo. Lavorando a stretto contatto con il "quasi" past President Vinci, ho avuto la possibilità di conoscere quanto lavoro ci sia dietro le quinte, oltre alla passione e alla dedizione, che hanno contraddistinto l'organizzazione dei vari eventi societari. Una volta raggiunto il sospirato obiettivo in quel giovedì sera del bellissimo Congresso Nazionale svoltosi a Bardolino ad ottobre, ho realizzato l'esatto contrario: essere socio attivo significa in realtà avviare un altro, nuovo, percorso di crescita dal punto di vista clinico e dal punto di vista umano, per la possibilità di confrontarsi con colleghi più esperti. Considero la SIDCO una società moderna, estremamente dinamica, capace di unire e mixare le necessità accademiche delle varie Scuole di Chirurgia Orale con quelle legate alla pratica clinica quotidiana, per sua natura interdisciplinare. Il mio impegno, pertanto, sarà di mettermi a disposizione della Società per contribuire a mantenere questo trend innovativo. ✍️

Non sarà solo una spilla sul bavero...

Jason Motta Jones

Socio attivo SIDCO



Sulla soglia dei 50 anni, superati i 25 di professione, mi piace ancora mettermi in gioco nella ricerca dell'eccellenza clinica. In questo la SIDCO mi ha stimolato, acceso la voglia di far gruppo con colleghi d'eccellenza, ma soprattutto con persone che stimano umanamente.

Da socio attivo, fondatore di altre società scientifiche, mi sono subito trovato bene con un gruppo che apre il suo futuro ai giovani chirurghi orali. Al congresso a Bardolino ho avuto l'onore di portare il mio contributo scientifico sul presente e futuro della chirurgia orale in un clima giovane, pieno di energia. Diventare soci attivi vuol dire farsi valutare da una commissione, ma anche credere in un progetto di divulgazione scientifica, "contaminare e contaminarsi" con Scuole di pensiero diverse dall'obiettivo primario, la salute dei pazienti.

Società storica nel panorama accademico/scientifico italiano, SIDCO da sempre è frequentata da accademici di spicco. Di qui questo mio ulteriore passo avanti per dare il mio contributo consapevole dell'importante ruolo del socio attivo. Non sarà solo una spilla sul bavero... Ad majora!! ✍️

Una spilla per entrare a giocare nella serie A dell'odontoiatria

Francesco Pera

Socio attivo SIDCO



Il congresso è stato l'evento in cui si è apprezzato l'incontro, socioculturale, tra "mostri sacri" del mondo accademico odontoiatrico e l'ingresso in campo della nuova generazione di giovani clinici e ricercatori da tutta Italia. Il tutto in spirito di condivisione di concetti d'eccellenza in una delle branche più affascinanti della professione. Credo che questo rappresenti un momento storico unico, o perlomeno di preziosa rarità.

Dal punto di vista personale, appartenendo io alla "seconda generazione", aver l'opportunità di essere accettato a far parte di questa "squadra" col ruolo di socio attivo è particolare motivo di orgoglio oltre che di motivazione a continuare con il massimo impegno nel mio percorso.

L'elezione del nuovo presidente Laino è stato un momento emozionante, a conferma di quanto sostenuto finora. Essermi presentato a Bardolino con un gruppo di 20 colleghi e colleghe (tra specializzandi e giovani strutturati) da Torino, avendo io "tastato" lo spirito di condivisione e sana competizione con cui hanno affrontato il congresso, non vedo l'ora di prendere parte a progetti futuri e prossimi eventi, dando il mio contributo allo sviluppo della nostra Società. ✍️

Nella SIDCO, giovani ed... attivi

Un riconoscimento al lavoro di squadra e alla voglia di crescita

Caterina Buffone

Vincitrice YOUNG SURGEON CONTEST



Essere in formazione specialistica in una delle più giovani Scuole di Specializzazione in Chirurgia Orale, come quella della "Magna Graecia" di Catanzaro (UMG) diretta da Amerigo Giudice, ha acceso l'entusiasmo di partecipare ad un evento di alto livello scientifico, ad un'imperdibile occasione di confronto con le altre Scuole, come lo Young Surgeon Contest SIDCO. Il contributo scientifico presentato è uno studio di espressione genica che ha voluto mettere in luce l'utilità dell'analisi molecolare nell'identificare precocemente alterazioni patologiche della mucosa, predire la prognosi della patologia e la risposta al trattamento. Condotta col Centro Interdipartimentale dei Servizi (CIS) dell'UMG e il gruppo di lavoro del Centro di Ricerca di Biochimica e Biologia Molecolare Avanzata guidato da Flavia Biamonte, la ricerca ha arricchito il mio percorso di crescita fin dalla laurea. Ma non avrebbe avuto un prosieguo senza lo spirito critico, la motivazione e la fiducia che il prof. Giudice ha instillato nel team. Ancor più significativo il clima respirato durante il contest: freschezza ed entusiasmo dei colleghi specializzandi, serenità, condivisione di problemi e soluzioni, capacità di confronto pacato e costruttivo. Per la nostra Scuola, oltre all'inevitabile emozione, il premio ottenuto rappresenta un riconoscimento al lavoro di squadra e alla costante voglia di crescita. ✍️



Ansie, speranze ed orgoglio di una vincitrice

Elena Grasso

Vincitrice YOUNG SURGEON CONTEST



Da sempre la Scuola di Specializzazione di Pisa s' impegna nel fornire il suo contributo e condividere i risultati dei molteplici progetti di ricerca intrapresi con tutta la comunità scientifica internazionale. La scelta di portare un nostro lavoro al Congresso SIDCO di Bardolino nasce mesi addietro, per far sentire la nostra presenza all'interno della Società: di qui, la scelta dell'argomento.

Che lavoro presentare che rispecchiasse il tema dell'interdisciplinarietà scelto quest'anno? Optammo per uno studio sull'osteonecrosi delle ossa mascellari da medicamento (MRONJ) associata a perimplantite, tematica emergente e dibattuta in letteratura.

In estate ci fu l'invio dell'abstract. Quando a settembre ricevemmo l'e-mail con l'elenco dei 16 lavori accettati, scoprire che il nostro rientrava nella lista fu già una bella soddisfazione. A questo punto bisognava preparare una presentazione che potesse riassumere in 10 minuti il lavoro di mesi, sempre la parte più difficile, si sa.

Sebbene tutte le Oral Presentations fossero meritevoli, speravo che il nostro lavoro ricevesse almeno una menzione d'onore. Arrivò infine il giorno della premiazione. Vedere la nostra Università vincere il primo premio nella sessione "Implanto-protesi e chirurgia rigenerativa" ci rese tutti lieti ed orgogliosi di aver suscitato interesse verso tale problematica.

Ringrazio l'Università di Pisa per avermi dato l'opportunità di partecipare al Congresso in qualità di specializzanda a rappresentare l'università stessa. E la SIDCO per l'ampio spazio riservato ai giovani che si avvicinano al mondo della chirurgia orale: queste opportunità sono per noi motivanti e sfidanti al tempo stesso. È l'ambizione di poter puntare sempre più in alto. Questa è la vera vittoria. ✍️

WINSIX®
PERFORMING IMPLANT SYSTEM

BIOSAFIN

BIOSAF IN è un'Azienda certificata:

UNI EN ISO 9001 che certifica l'intero processo di lavoro a 360° attestandone la conformità ai canoni qualitativi considerati ottimali, per la tutela dell'Utilizzatore del prodotto - il Professionista - e del fruitore finale - il Paziente.

UNI EN ISO 13485 pertinente in modo specifico alla Qualità dei Dispositivi Medici.

Certificazioni prodotto WINSIX®:

CE

FDA



BIOSAF IN srl
info@biosafin.com
biosafin.com

SEDI IN ITALIA:

MILANO: Via Cagliari 32/44 20060 - Trezzano Rosa
Zona Industriale (MI) - Tel. +39 02 90968692 - Fax +39 02 90968541

ANCONA: Via Tiraboschi, 36/G 60131 - Ancona (AN)
Tel. +39 071 2071897 - Fax +39 071 203261



Confine... mobile e percorso formativo

La tavola rotonda tra i "magnifici tre"

Un percorso biunivoco e simmetrico nel rispetto delle competenze

Roberto Di Lenarda



Il Collegio dei referenti del CDUO si è recentemente espresso all'unanimità a favore di un percorso cd. a Y tra i corsi di laurea in Medicina ed in Odontoiatria di durata da definire (2 o 3 anni). Tra i vantaggi, oltre al risparmio di docenza nelle discipline "precliniche" e quindi una maggior disponibilità di risorse per le discipline professionalizzanti, c'è un ulteriore incremento delle conoscenze "mediche" degli odontoiatri e la possibilità di acquisire il secondo titolo di laurea iscrivendosi al 4° (o al 3°) anno di corso. Occorre però fare chiarezza sul fatto che, nel rigoroso rispetto delle competenze delle due figure, non ci può essere dubbio o incertezza sul fatto che questo percorso si può raggiungere solo se biunivoco e simmetrico. Come l'odontoiatra desideroso di esercitare la chirurgia maxillo facciale dovrà prima laurearsi in Medicina, così il chirurgo maxillo facciale intenzionato a svolgere attività di pertinenza odontoiatrica (Chirurgia orale) non potrà prescindere dall'acquisizione, con percorso simmetricamente accorciato, della laurea in Odontoiatria. ✍

Assolutamente auspicabile la ricerca di una via di maggior condivisione tra i due percorsi

Enrico Gherlone



In qualità di membro dell'Osservatorio Nazionale della Formazione Sanitaria Specialistica nel ruolo di Coordinatore sia della Sottocommissione dedicata alle Scuole di Specializzazione mediche di area chirurgica sia della Sottocommissione dedicata alle Scuole di Specializzazione non mediche, è importante sottolineare come, nell'ambito di tale comitato, sia stato avviato un processo di individuazione di standard e requisiti inerenti le strutture ed il percorso formativo dello specialista in Chirurgia Orale e di revisione di quanto già previsto per lo specialista in Chirurgia Maxillo-Facciale. I lavori sono tuttora in corso. Certamente, numerose sono le aree di intersezione tra Chirurgia Orale e Chirurgia Maxillo-Facciale. Come ipotizzato dai Colleghi Nocini e Di Lenarda, trovare una via comune di maggiore condivisione dei due percorsi sarebbe assolutamente auspicabile per motivi legati sia alla formazione sia alla stretta correlazione, da un punto di vista clinico, tra le due discipline. Ciò, infatti, consentirebbe non solo una offerta formativa nazionale più flessibile per uno studente che voglia interessarsi di entrambe le discipline, ma permetterebbe una maggiore competitività in termini di riconoscimento del titolo ai nostri neo specialisti chirurghi orali o maxillofacciali che vogliono svolgere la propria professione in ambito internazionale. ✍

Per gli odontoiatri un incremento delle "conoscenze mediche"

Pier Francesco Nocini



La Tavola rotonda ha fatto chiaramente emergere la volontà concreta di trovare una soluzione per armonizzare i percorsi formativi di due discipline con diverse intersezioni su numerose patologie ed aspetti clinici. Tale risoluzione, in qualsiasi delle due possibilità proposte venga declinata, porrebbe non solo rimedio ad un vulnus normativo che impedisce ai chirurghi maxillo-facciali di vedere riconosciute le proprie competenze in numerosi Paesi europei ma darebbe l'opportunità agli odontoiatri di acquisire competenze imprescindibili per il trattamento di alcune patologie o per eseguire procedure chirurgiche avanzate di particolare complessità.

Da sempre sono fautore di un interscambio tra le due discipline, non vedendole in competizione. L'individuazione di percorsi comuni rappresenterebbe anzi un innalzamento degli standard formativi attualmente erogati. ✍

Novant'anni: non è mai troppo tardi per una seconda laurea (in Odontoiatria)

L'opuscolo congressuale parlava chiaro: "Dalle 13 alle 13.15 di sabato 22 ottobre", terzo ed ultimo giorno del Congresso, nell'Auditorium Gardenia dell'Hotel Caesius al prof. Carlo Guastamacchia verrà conferita la laurea Honoris Causa in Odontoiatria da Enrico Gherlone Magnifico Rettore dell'Università Vita e Salute San Raffaele". Sarà perché era una notizia decisamente ghiotta, sarà per lo "spessore dialettico" della Tavola Rotonda che la precedeva, fatto sta che all'ora stabilita il vasto salone dell'Hotel era colmo. Qualcuno addirittura in piedi, per godersi questa appendice congressuale dal richiamo irresistibile.

Oltre alla Tavola Rotonda anche altri erano i motivi ad inchiodare il pubblico in sala. Innanzitutto, l'età dell'insignito, 90 anni ed una fama professionale conquistata in 70 anni di pratica in quella stessa disciplina di cui stava per laurearsi e per mano, tra l'altro, di un Rettore che 40 anni prima era stato suo allievo.

Troppo interessante. Dopo una rapida ricostruzione dei momenti salienti della sua carriera, fatta con voce squillante ed entusiastica, il neolaureato ha rievocato dinanzi ad un pubblico i momenti forti di una luminosa carriera. Al termine del "come eravamo", con voce sempre squillante e orgogliosa ha fatto notare che a 90 anni, lavorava ancora in studio "30 ore alla settimana, per 5 giorni", proprio come quando ne aveva 30. È stata quest'ultima frase a far scattare il pubblico in piedi in un applauso così intenso così prolungato che a molti dev'essere parso interminabile. ✍



La formazione in chirurgia orale pre-laurea

Lorenzo Lo Muzio



Dopo un breve excursus sulla storia del corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria istituito con DPR 28 febbraio 1980 n.135 secondo le Direttive Europee 78/686 e 78/687 (25 luglio 1978) articolato su 5 anni con 300 CFU/30 esami, lo scrivente, nel suo intervento sul "Presente e futuro della Chirurgia orale italiana" ha ricordato che dall'AA 2009-2010 è in vigore un corso di Laurea Magistrale a ciclo unico.

Della durata di sei anni, secondo l'Ordinamento ex DM 270/04, prevede un numero complessivo di 360 CFU/36: la distribuzione dei 360 crediti formativi è stata determinata nel rispetto delle condizioni previste dagli allegati del DM del 16/03/2007 il quale stabilisce quelli da attribuire agli ambiti disciplinari includenti attività formative "indispensabili" alla formazione dell'odontoiatra.

L'ordinamento prevedeva diversi insegnamenti, come Chirurgia Orale 1 al IV Anno (4 CFU frontali e 1 professionalizzante), il modulo di Chirurgia Orale (2 CFU frontali e 2 professionalizzanti) nell'insegnamento di Patologia e terapia maxillo-facciale al V Anno, il modulo di Chirurgia Orale (2 CFU frontali e 1 professionalizzante) in quello di Implantologia al V anno e il Modulo di Chirurgia Orale (2 professionalizzanti) nell'Insegnamento di Discipline Odontostomatologiche III al VI anno.

Le «Disposizioni in materia di titoli universitari abilitanti» (Legge n.163, dell'8 novembre 2021) ha abolito l'esame di stato per l'odontoiatra riservando almeno 30 crediti formativi ad un tirocinio pratico-valutativo interno ai corsi di studio.

L'attuale organizzazione del corso prevede pertanto, una didattica maggiormente integrata per promuovere negli studenti la capacità di acquisire conoscenze non frammentarie ma coordinate, assicurando nel contempo l'acquisizione teorico pratica delle attività di base di chirurgia orale, indispensabili al neolaureato per affrontare con sicurezza tutte le problematiche chirurgiche routinarie. ✍️

Occorre rinnovare i requisiti e gli standard formativi dello specializzando chirurgo orale

Giacomo Oteri



Dopo il conseguimento della laurea di sei anni in Odontoiatria e Protesi Dentaria e dell'abilitazione professionale, l'odierna formazione del chirurgo orale in Italia si articola in un percorso triennale di specializzazione. Dal punto di vista normativo la specialità in Chirurgia Orale, al pari di quelle in Ortognatodonzia e Odontoiatria Pediatrica, è inserita tra le Scuole di specializzazione sanitarie di area odontoiatrica.

A più di trenta anni dalla prima istituzione, attualmente venti sedi universitarie, distribuite in tutto il paese, erogano questa offerta formativa post-laurea.

Nel corso di questi anni si è assistito allo sviluppo di metodologie sempre più evolute nella diagnosi e nel trattamento delle patologie orali di interesse chirurgico e al perfezionamento di tecniche rigenerative e riabilitative dento-mascellari e dei tessuti peri-orali.

Inoltre, l'avvento delle tecnologie digitali ha prodotto sostanziali innovazioni anche nel campo della chirurgia orale: basti

pensare alla diagnostica 3d, alla chirurgia computer guidata e al prevedibile utilizzo di procedure robotiche e di realtà aumentata. Di qui l'esigenza di un rinnovamento dei requisiti e degli standard formativi dello specializzando chirurgo orale.

I nuovi parametri, proposti dalla conferenza dei Direttori delle Scuole di Specializzazione di Chirurgia Orale italiane, sono conformi ai modelli formativi europei e presentano una impostazione ispirata agli ordinamenti delle Scuole di specialità chirurgiche del distretto testa collo.

In continuità con il percorso didattico biunivoco per studenti in medicina e odontoiatria promosso dal Collegio dei Docenti Universitari di Discipline Odontostomatologiche (CDUO), è auspicabile la promozione di un progetto formativo post-laurea che possa consentire, con step graduali e differenziati, il conseguimento di competenze odontostomatologiche ai laureati in Medicina e chirurgia e, rispettivamente, di competenze di chirurgia maxillo facciale ai laureati in Odontoiatria. ✍️

BIOSAFIN

Partner of



Making Your Life Better.