

Ha 8 mesi e ancora non ha nessun dentino.
I denti di mio figlio stanno crescendo storti.
Quando mio figlio sorride ha uno spazio davanti.
Mia figlia non ne vuol sapere di lavare i denti col dentifricio.

Che fare?

Ecco dei consigli per rispondere ad alcune delle domande più frequenti che le mamme e i papà si pongono in merito alla salute orale dei propri figli.



075.39.62.30



www.famadental.com



info@famadental.com



Via A. Manzoni, 82
Ponte San Giovanni, Perugia



FAMADENTAL
STUDI DENTISTICI SPECIALISTICI
GIUSEPPE MARIA FAMA

Denti e Bambini

le risposte alle domande delle mamme e dei papà



QUANDO SPUNTANO I PRIMI DENTINI



Il primo dentino spunta generalmente intorno ai sei mesi, ma c'è chi lo mette già a quattro mesi e mezzo e chi, invece, non ne ha neppure uno ad un anno. Di solito le mamme e i papà si preoccupano per un ritardo di eruzione, non per un anticipo, ma in un caso o nell'altro non c'è da preoccuparsi perché la nascita dei denti è scritta nel nostro codice genetico e può esserci una grande variabilità tra bimbo e bimba.

Solitamente, quando i dentini spuntano, si osserva una maggiore salivazione e la tendenza a mettere tutto in bocca: sono sintomi locali tipici dell'eruzione ed oggi in farmacia si trovano tanti giochini da mordere (da tenere in freezer) per alleviare un po' il fastidio.

Nel periodo in cui stanno erompendo i denti, si tende ad attribuire qualsiasi forma di malessere del bambino alla dentizione ma non ci sono evidenze scientifiche che collegano la comparsa dei primi dentini alla febbre, alla diarrea, ecc...

QUANTI SONO I DENTI DA LATTE



FAMADENTAL
STUDI DENTISTICI SPECIALISTICI
GIUSEPPE MARIA FAMÀ

Sono 20 e spuntano gradualmente, dai 6 mesi ai due anni e mezzo [anche in questo caso ricordiamo che può esserci una grande variabilità tra bimbo e bimba]. L'ultimo a spuntare è il secondo molaretto.

CRONOLOGIA DELL'ERUZIONE DEI DENTI DA LATTE

- Incisivi centrali e laterali: dal 3° al 12° mese
- Primi molari decidui: dal 12° al 18° mese
- Canini: dal 18° al 24° mese
- Secondi molari decidui: dal 24° al 30° mese



Incisivi



Molari



Canini

QUANDO COMINCIANO A CADERE I DENTI



I primi denti da latte a cadere sono gli incisivi inferiori centrali, di solito intorno a sei anni ma ad alcuni bambini [precoci] cadono già a cinque mentre ad altri [tardivi] a sette anni.

Verso i 6 anni inizia l'eruzione dei denti permanenti che si completa mediamente intorno ai 13 anni.

Dalla caduta del dente da latte possono passare anche dei mesi prima che compaia il dente permanente soprattutto nel caso degli incisivi laterali superiori, e dei canini superiori... In questa fascia di età, oltre ad iniziare la permuta dei denti, compare il primo molare permanente, che spesso viene scambiato per un dente da latte.

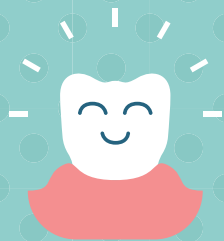
Attenzione: spesso è il primo dente che si caria. Lavatelo bene!



I denti hanno una forma diversa perché hanno una funzione diversa:

- gli incisivi, a forma di scalpello, con il margine tagliente, sono i denti anteriori che si usano per tagliare gli alimenti;
- i canini, di forma conica, servono per strappare;
- i premolari presentano due cuspidi e servono per strappare e triturare il cibo;
- i molari, che si trovano in fondo alla bocca, servono per triturare il cibo durante la masticazione.

CRONOLOGIA DELL'ERUZIONE DEI DENTI PERMANENTI



- Primi molari permanenti: intorno ai 6 anni. **Il primo molare è il primo dente permanente** che non prende il posto di nessun dente da latte
- **Incisivi centrali e laterali:** tra i 6 e i 7 anni
- **Canini:** dai 9 agli 11 anni
- **Premolari permanenti:** 10 - 11 anni
- **Secondi premolari permanenti:** 12 - 13 anni

QUANDO INIZIARE A LAVARE I DENTI



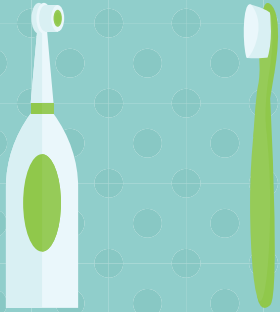
I denti si iniziano a lavare subito fin dalla comparsa del primo dentino. Bisogna utilizzare spazzolini adeguati: se ne trovano diversi in farmacia adatti a questa età. Fino ai due anni non serve usare il dentifricio ma è sufficiente spazzolare a secco. In seguito si raccomanda l'uso di un dentifricio al fluoro [all'inizio la quantità di dentifricio deve essere pari a un pisello surgelato] dato che **le ultime linee guida nazionali non indicano più la somministrazione di fluoro per via sistemica (in altre parole, le pasticche di fluoro) ma per via topica**, per prevenire la formazione della carie.

La fluoroprofilassi, intesa come prevenzione della carie attraverso l'utilizzo del fluoro, rappresenta la pietra miliare di prevenzione della carie

È importante curare fin dall'inizio l'igiene orale per evitare la formazione della placca e il ristagno di batteri cariogeni in bocca. Per questo è importante che i bambini e le bambine familiarizzino con un gesto che deve diventare una sana abitudine quotidiana, da ripetere più volte nel corso della giornata, dopo i pasti. Inizialmente, quindi, l'appuntamento con lo spazzolino dovrebbe essere un piacevole momento condiviso con la mamma o con il papà.

Per la salute orale dei bambini sarebbe altresì importante evitare di passare, accidentalmente, i batteri cariogeni dalla propria bocca a quella dei bambini: quindi no all'abitudine di mettere in bocca il ciuccio, se è caduto a terra, e no all'abitudine di assaggiare il cibo con lo stesso cucchiaino con cui poi lo si darà a [o mangerà] lui o lei.

SPAZZOLINO ELETTRICO O SPAZZOLINO MANUALE



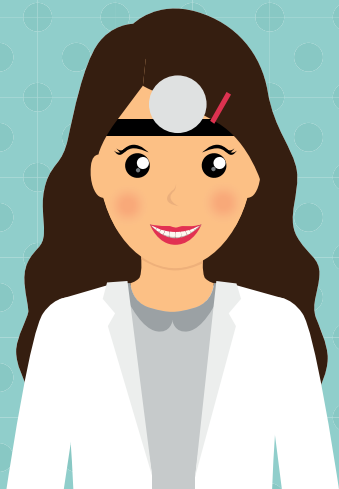
Lo spazzolino manuale va benissimo. Iniziate a lavare i dentini con quello manuale, sarà poi il dentista a consigliare uno o l'altro. Un consiglio: almeno fino agli 8 anni, la sera spazzolate prima voi a secco [senza dentifricio] i denti dei vostri figli arrivando, scrupolosamente, ai denti posteriori, perché a quell'età non sanno ancora eseguire quei movimenti fini che consentono di spazzolare adeguatamente tutta la dentatura poi mettete un pò di dentifricio al fluoro sullo spazzolino e lasciate che il bimbo faccia da solo per prendere familiarità con questa pratica

QUANDO INIZIARE A USARE IL FILO INTERDENTALE



Dato che l'uso del filo interdentale richiede una discreta manualità, per una corretta igiene orale si consiglia di introdurne l'uso a partire dai 12-13 anni quando sono in arcata tutti i denti permanenti.

QUANDO FARE LA PRIMA VISITA DAL DENTISTA

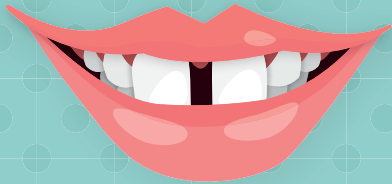


Si consiglia la prima visita dal dentista pediatrico intorno ai due anni e poi di ripetere i controlli ogni sei mesi. Sarà in ogni caso il proprio dentista a dare le successive indicazioni per un adeguato monitoraggio della salute orale del bambino.

Le ultime linee guida nazionali consigliano la prima visita dal dentista a 2 anni indipendentemente dalla presenza o meno di problematiche dentali.

La prima visita e poi i controlli regolari nel tempo, sono importanti per diagnosticare eventuali problemi (caries, malocclusioni...) ed intercettare eventuali cattive abitudini e, di conseguenza, ricevere consigli utili per una corretta igiene orale e alimentare (lo zucchero che si deposita sui denti alimenta la carie, quindi meglio stare alla larga dalle bevande zuccherate!) e informazioni sui tempi di caduta dei denti da latte e di sostituzione con quelli permanenti, sul comportamento da adottare in caso di traumi dentali e sulle migliori misure di prevenzione.

PERCHÉ MIO FIGLIO
QUANDO SORRIDE HA
UNO "SPAZIO"
DAVANTI?



Una delle cause principali è la deglutizione atipica infantile, la deglutizione infatti merita specialmente nei bambini un discorso particolare. Questa infatti varia a seconda della consistenza dei cibi e dell'età del bambino. Alla nascita, nei primi mesi di vita la deglutizione è detta infantile ed interessa prevalentemente i liquidi, durante il secondo semestre di vita con la maturazione di diverse componenti anatomofunzionali si assiste al generale cambiamento dello schema di deglutizione in concomitanza con lo svezzamento. Intorno ai 20 mesi avviene una transizione che porta ad una evoluzione della deglutizione stessa che diventa definitiva e viene ultimata intorno ai 5-6 anni. Da questo momento in poi si parla di deglutizione adulta.

PERCHÉ A VOLTE LA DEGLUTIZIONE INFANTILE NON EVOLVE NATURALMENTE



ABITUDINI ALIMENTARI:

- Allattamento prolungato
- Svezamento ritardato

ABITUDINI VIZIATE:

- Succhiamento pollice
- Succhiamento lingua
- Mangiare le unghie
- Uso prolungato del ciuccio o del biberon
- Digriagnare i denti (bruxismo)

PATOLOGIE:

- Adenoidi ipertrofiche
- Respirazione orale
- Tonsille infiammate ed aumentate di volume
- Frenulo della lingua corto
- Otite
- Anomalie posturali

QUALI SONO LE CONSEGUENZE



Il mancato trattamento della deglutizione atipica può provocare conseguenze come : **denti sporgenti, la recidiva ai trattamenti ortodontici, palato stretto ed alto, problemi di masticazione. Possono esserci anche delle conseguenze secondarie come squilibri posturali, disturbi della fonazione ed alterazioni estetiche.**

COME FACCIAMO A SAPERE SE LA NOSTRA DEGLUTIZIONE È SCORRETTA

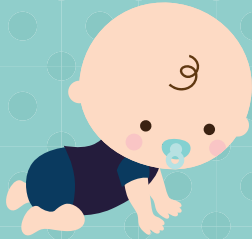


Dalla posizione della lingua. Nell'adulto a riposo la punta della lingua tocca la papilla retroincisale, nella deglutizione deviata spesso spinge contro gli incisivi superiori ,si evidenzia la contrazione delle labbra e del muscolo mentoniero come invece non dovrebbe accadere in situazioni fisiologiche. La lingua spesso si interpone tra i denti a sopperire al morso aperto.



FAMADENTAL
STUDI DENTISTICI SPECIALISTICI
GIUSEPPE MARIA FAMÀ

COME SI INTERVIENE



Il primo passo è sicuramente quello di capire la causa dell'errato posizionamento della lingua. La valutazione è dunque multidisciplinare e può coinvolgere **l'otorinolaringoiatra** nel caso di una respirazione orale, **l'ortodontista** per la valutazione di eventuali malocclusioni e problemi posturali. Sono inoltre da ricercare tutte quelle abitudini che sarebbero di ostacolo al successo della terapia come respirazione orale residua, succhiamento del pollice, ecc.

QUANDO METTERE L'APPARECCHIO



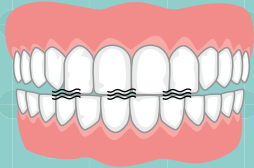
I regolari controlli dal dentista pediatrico sono importanti proprio **per intercettare tempestivamente eventuali problemi ed intervenire di conseguenza:**

- maggiore e più puntuale igiene orale per prevenire le carie,
- eventuale applicazione di apparecchi ortodontici per risolvere problemi di malocclusione: morso inverso, incrociato, aperto, affollamento (denti storti)...

L'età in cui mettere l'apparecchio ortodontico dipende dalla malocclusione, perché alcuni vanno trattati precocemente, anche a cinque anni, in altri casi è preferibile intervenire più avanti negli anni (a 12-13 anni).



COSA FARE SE DIGRIGNA I DENTI



Il bruxismo, come il sonnambulismo, è considerato normale fino a sei-sette anni: nel 90% dei casi infatti l'abitudine di digrignare i denti durante la notte sparisce con la crescita. Dopo questa età, una visita ortodontica può valutare eventuali problemi di malaocclusione che possono provocare questo disturbo e, di conseguenza, può essere utile per identificare quali interventi adottare.

COSA FARE IN CASO DI TRAUMI



Se un bambino cade e batte i denti da latte le sequele possono essere molto variabili e talvolta possono coinvolgere i denti permanenti che in quel momento si stanno ancora formando. **In caso di traumi che coinvolgono i denti è sempre opportuno far visitare, prima possibile, il bambino da uno specialista che valuterà l'accaduto e potrà consigliare i genitori su come dovrà essere controllata nel tempo l'eventuale comparsa di complicanze.**

Nel caso di denti permanenti (bambini tra i 6 e i 12 anni), se durante il trauma viene perso un pezzo o un intero dente, occorre recuperare il frammento o il dente, evitare di maneggiarlo o tentare di ripulirlo portandolo invece dal dentista dei bambini (pedodontista) il più presto possibile. Il dente o il frammento vanno conservati all'interno di soluzione fisiologica, latte o semplice acqua.

Un dente permanente reimpiantato entro un'ora dal trauma ha le migliori possibilità di successo e prognosi.

E ANCORA... SAPEVATE CHE C'È UNA STRETTA CORRELAZIONE TRA OCCLUSIONE E POSTURA

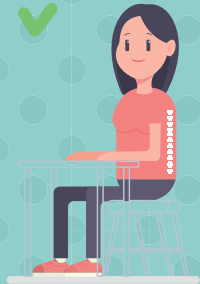
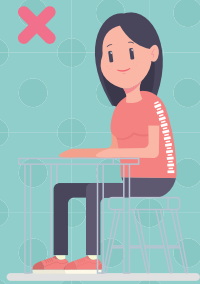


Una malocclusione porta il bambino ad assumere degli “atteggiamenti posturali” errati, conseguenti ad un malposizionamento della mandibola rispetto alla mascella.

Questo causa una contrazione anomala dei muscoli del collo e conseguentemente di tutta la colonna vertebrale e viceversa.

Spesso correggendo le malocclusioni si risolvono i problemi posturali del bambino che presi in tempo evitano di peggiorare.

COME STA SEDUTO TUO FIGLIO SUI BANCHI DI SCUOLA



“State composti nel banco!”, è una delle classiche raccomandazioni degli insegnanti, riferendola ad un atteggiamento rispettoso da mettere in atto.

Non solo: stare seduti ben dritti a scuola è anche un modo per tutelare la salute della propria schiena. I bambini, in effetti, trascorrono sui banchi una notevole parte della giornata [dalle sei alle otto ore]. A queste vanno aggiunte i momenti dello studio pomeridiano. Eppure è proprio dai cinque ai sei anni e fino ai tredici – quattordici che la colonna vertebrale va incontro al massimo sviluppo. Per questo anche nella posizione seduta è importante assecondare le curve fisiologiche della colonna: quella lombare, quella dorsale e quella cervicale.

È consigliabile in età evolutiva scolastica effettuare una visita specialistica presso un Ortodonsista esperto anche in problematiche posturali.



FAMADENTAL
STUDI DENTISTICI SPECIALISTICI
GIUSEPPE MARIA FAMÀ

CHE COSA SI RISCHIA SE CI SI SIEDE MALE



Stare seduti troppo a lungo senza controbilanciare l'immobilità con una adeguata attività sportiva può favorire l'insorgere di una schiena in cui le curve dorsali e lombari appaiono meno accentuate: è il segnale di una schiena con una muscolatura poco sviluppata, che può andare incontro a dolori.

Il primo sistema per prendersi cura della schiena è quindi sedersi in modo corretto, sia quando si è a scuola, sia quando si fanno i compiti a casa. E' necessario insistere molto sulla seduta corretta e proporre al ragazzino del sano movimento. I bambini e i ragazzi devono quindi poter correre e giocare liberamente all'aperto, usando l'intera muscolatura del corpo. Insomma, dobbiamo vigilare sulla corretta postura e garantire un sano movimento muscolare a livello globale

IL BAMBINO RUSSA
TROPPO?
HA UN SONNO AGITATO E
MAGARI FA LA PIPÌ A LETTO?
É IPERATTIVO ED IRRITABILE
DI GIORNO ED HA QUALCHE
DIFFICOLTÀ SCOLASTICA?



Potrebbe soffrire di sindrome dell'apnea ostruttiva nel sonno (OSAS), una condizione che potrebbe avere importanti conseguenze sulla sua salute. Per fortuna, esistono diversi modi per intervenire: dall'asportazione di tonsille e adenoidi all'applicazione di particolari dispositivi ortodontici.

Queste apnee sono interruzioni della respirazione durante il sonno, causate da un blocco temporaneo del passaggio dell'aria nelle vie aeree superiori, quelle che stanno appena dietro al naso e alla bocca e possono durare da una decina di secondi a qualche minuto e possono ripetersi anche più volte all'ora.

QUALI SONO LE
CONSEGUENZE DELLA
SINDROME DELLE APNEE
OSTRUTTIVE



Se non viene trattata, la sindrome può comportare ritardi nella crescita del bambino, un aumento del rischio di andare incontro a otiti e, nei casi più gravi, anche un aumento del rischio di diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari come aritmie, aterosclerosi e il cosiddetto cuore polmonare, un ingrossamento del ventricolo.

COME FARE AD ACCORGERSI SE IL PROPRIO BAMBINO SOFFRE DI APNEA OSTRUTTIVA NEL SONNO



Se per la diagnosi serve il parere del medico, e anche il risultato di qualche indagine strumentale, ci sono sicuramente dei **segnali** che possono far sospettare ai genitori che c'è qualcosa che non va nel sonno del proprio bambino.

Per esempio:

- **Russamento non occasionale ma abituale che si verifica quasi tutte le notti** [almeno tre alla settimana]. Anche in questo caso non è detto che il bambino soffra per forza di OSAS. In effetti, russano in modo abituale tra il 3% e il 21% dei bambini, ma solo l'1-6% presenta le apnee
- **Sonno agitato**, con frequenti cambi di posizione, oppure sonno in posizioni particolari che facilitano l'ingresso dell'aria, per esempio da seduti
- **Tendenza alla respirazione con la bocca**
- **Pipì a letto**
- **Cefalea mattutina**
- **Anomalie comportamentali durante il giorno**, come iperattività, aggressività, scarsi risultati scolastici
- **Scarsa capacità di attenzione e di concentrazione.**

CAUSE E FATTORI DI RISCHIO



FAMADENTAL
STUDI DENTISTICI SPECIALISTICI
GIUSEPPE MARIA FAMÀ

Come abbiamo detto, le apnee si verificano perché c'è una temporanea ostruzione - completa o parziale - delle vie aeree aeree, che impedisce il normale flusso dell'aria.

Ci sono varie condizioni che predispongono alle apnee, e in particolare:

- **Ingrossamento (ipertrofia) di tonsille e adenoidi**
- **Asma e rinite allergica**
- **Presenza di anomalie nella struttura del cranio o della faccia o nella disposizione dei denti:** ad esempio un viso particolarmente allungato, una mandibola piccola, un mento all'indietro, un palato piccolo, un maggior affollamento dei denti nelle due arcate, superiore e inferiore
- **Obesità**
- **Sindrome di Down o altre sindromi genetiche.**

COME SI INTERVIENE



Poiché diverse sono le condizioni che possono facilitare l'insorgenza delle apnee, il trattamento dipende da bambino a bambino, anche in base alla gravità della situazione. Per molti, il trattamento d'elezione è rappresentato **dall'asportazione chirurgica di tonsille e adenoidi**, un intervento ormai considerato di routine. Non sempre, però, questo intervento è risolutivo, quindi gli esperti consigliano di verificare bene prima dell'operazione che non siano presenti altri fattori anatomici che possono predisporre alle apnee e, dopo, di controllare con una **polisonnografia** che la situazione sia stata effettivamente risolta.

Come sottolineato dalle linee guida ministeriali, **in alcuni casi il trattamento si basa sull'utilizzo di dispositivi odontoiatrici che permettono la correzione delle anomalie coinvolte nel fenomeno, per esempio dispositivi per l'espansione del palato o la correzione della retrusione della mandibola.**

In alcuni casi, inoltre, può essere d'aiuto un trattamento farmacologico con antinfiammatori. E ovviamente, in caso di obesità, occorre cercare di intervenire sul peso del bambino.

PAURA DELLE RADIOGRAFIE DENTALI NEI BAMBINI



La paura delle radiografie coglie spesso molti genitori alle prese con le cure dentali dei propri piccoli: “Sarà pericoloso?” “Quante radiazioni assorbirà?” “E ancora, sono proprio necessari tutti gli esami radiografici prescritti dal dentista?”

Tutte queste domande sono legittime ma è importante fare chiarezza sull'utilità degli esami e sull'effettiva dose di radiazioni a cui esponiamo i nostri bambini per aiutare i genitori a superare con serenità questi timori. **Oggi le moderne tecnologie ci vengono in aiuto garantendo, rispetto ai vecchi sistemi, la riduzione dei dosaggi di Raggi X di oltre la metà nelle radiografie tradizionali e di quasi 10 volte nel caso delle TAC eseguite con strumentazione a raggio conico (Cone Beam), risultando dunque molto sicure anche per i pazienti più piccoli.**

continua...



Un confronto, che ci può far capire quanto basse siano le dosi di radiazioni ionizzanti che si ricevono durante una radiografia dentale, è quello che considera i livelli delle radiazioni ambientali, come quelle cosmiche o terrestri, cui ogni giorno il nostro corpo è esposto, rispetto a quelli di una piccola radiografia endorale: una settimana in alta montagna espone il corpo a radiazioni 4 volte superiori a quelle della radiografia dentale, mentre un volo Roma – New York a dosaggi 9 volte superiori. Valori questi che dovrebbero tranquillizzare sulla sicurezza delle radiografie che ci espongono a radiazioni irrisorie se comparate e molte attività quotidiane come guardare la televisione o leggere a computer.

MA QUANDO SI RICHIEDONO LE RADIOGRAFIE E PER QUALE SCOPO



Eccovi i casi più frequenti per orientarvi in modo semplice tra le differenti tipologie richieste dai dentisti.

1 Le **RADIOGRAFIE DIGITALI BITEWING** sono **piccole radiografie endorali, consigliate ogni 6 mesi/1 anno in base alla carioricettività del paziente**. Esse servono a verificare la presenza di carie tra un dente e l'altro e solitamente vengono effettuate a destra e sinistra a livello dei molari e dei premolari. Non sempre, infatti, le carie si possono diagnosticare con il semplice esame obiettivo indossando gli occhiali ingranditori perché quando sono visibili le lesioni cariose sono già in fase avanzata.

2 Le **RADIOGRAFIE PERIAPICALI DIGITALI** sono **anch'esse piccole radiografie endorali che consentono di vedere i denti interessati in maniera completa (corona, radici e tessuti circostanti)**.

Consentono di verificare eventuali fratture dopo un trauma, la presenza di lesioni a livello della radice di un dente, oppure la vicinanza di un dente permanente alla radice di un dente da latte. Altre volte si utilizzano per controllare la corretta eruzione di un dente che tarda ad uscire o diagnosticare l'errata posizione dei denti permanenti.

continua... 

3

La RADIOGRAFIA PANORAMICA, spesso richiesta intorno ai 6/6,5 anni e consigliata ogni 2, è fondamentale per fare una diagnosi precoce di come si sta sviluppando l'intera bocca.

A livello di radiazioni equivale a circa 3 piccole radiografie endorali. È una radiografia extraorale di grandi dimensioni che fotografa tutta la bocca, consentendo di vedere se sono presenti tutti i denti o se ce ne sono in più [sovranumerari], verificare la posizione e la dimensione di quelli non ancora erotti confrontandoli con lo spazio disponibile nell'arcata che dovrà accoglierli, ma anche di diagnosticare la presenza di infezioni o, nei ragazzi più grandi, di controllare la formazione e la posizione dei denti del giudizio.

4

La TELERADIOGRAFIA è un'altra grande radiografia extraorale nella quale si vedono lateralmente le ossa della bocca e del cranio, i denti e il profilo del viso.

Essa viene prescritta prima di iniziare una cura con apparecchi ortodontici perché consente all'Ortodontista di effettuare specifiche misurazioni utili a capire come stanno avvenendo la crescita e lo sviluppo di faccia e denti, oltre a fornire informazioni sulla posizione della lingua e sullo sviluppo delle vie aeree. In Odontoiatria le indagini radiografiche sono uno strumento indispensabile per vedere la presenza di patologie del cavo orale e per effettuare diagnosi certe e sicure.

Tutti i genitori possono pertanto affidarsi con serenità ai propri Ortodontisti e Pedodontisti di fiducia quando questi consigliano dei controlli radiografici.

SUSANNA FAMÀ

Specialista Ortognatodonzia

Master di II° Livello in Neurofisiologia e Patologia delle Posture Statiche e Dinamiche.

Nel 2007 si laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Perugia con la votazione di 110/110 e lode e pubblicazione della tesi.

Interessata alla Ortognatodonzia e alle Patologie dell' ATM frequenta numerosi corsi in Italia e all'estero.

Nel 2008 frequenta il Corso Annuale di Ortodonzia e Gnatologia diretto dal Dr Francesco Bisello.

Sempre nel 2008 diventa Tutor presso la cattedra di Conservativa ed Endodonzia diretta dal Prof. Stefano Eramo presso l'Università degli Studi di Perugia.

Nel 2009 frequenta il Corso di Riabilitazione Neuro - Occlusale [RNO] dell' A.I.P.P. [Associazione Italiana Pedro Planas] con i Dottori Corti, Marcolin e Reali.

Nel 2010 e 2011 frequenta il Corso di Ortopedia Funzionale dei Mascellari secondo l' RNO diretto dalla Prof.ssa Wilma Alexandre Simoes e si perfeziona in Kinesiografia dell'Apparato Stomatognatico applicata alle Problematiche Neuro - Mio - Posturali, secondo la tecnica di Bernard Jenkelson.

Nel 2011 consegue il Master Universitario di II° Livello in " Neurofisiologia e Patologia delle Posture Statiche e Dinamiche " presso l'Università di Pisa.

Nel 2013 - 2014 partecipa al Corso Clinico di filosofia MBT con pazienti, diretto dal Dr Gianluigi Fiorillo.

Nel 2015 partecipa al Corso Clinico-Chirurgico di Implantologia e Piezochirurgia con interventi su pazienti di Siracusa diretto dal Dr. Giuseppe M. Famà.

Nel 2016 si specializza in Ortognatodonzia presso l'Università "G.D'Annunzio di Chieti" con la votazione di 70/70 e Lode.

E' Socia della SIED [Società Italiana di Estetica Dentale].

E' socia della SIDO [Società Italiana di Ortodonzia]

Svolge attività di consulenza in diversi studi italiani e presso l' Eiffel Medical Center di Budapest [HU] limitatamente all'Ortognatodonzia e Patologia Neuro Mio Posturali.



 075.39.62.30

 Via A. Manzoni, 82
Ponte San Giovanni, Perugia

 info@famadental.com

 www.famadental.com

