

IMPLANTOLOGIA A CARICO IMMEDIATO

DALLE ORIGINI DELL'IMPLANTOLOGIA MODERNA
ALLA PRATICA CLINICA DI OGGI

Dott. Giuseppe Francesco Cimmino
con la collaborazione della Dott.ssa Roberta Cimmino

*Studio Dentistico Cimmino
Roma · Salerno · Lioni*

PRIMA EDIZIONE 2026

Colophon e responsabilità editoriale

© 2026 Dott. Giuseppe Francesco Cimmino. Tutti i diritti riservati.

Testo divulgativo a cura del Dott. Giuseppe Francesco Cimmino, con la collaborazione della Dott.ssa Roberta Cimmino. Revisione finale a cura della Dott.ssa Roberta Cimmino.

Il volume integra contenuti derivati da una conversazione professionale rilasciata dal Dott. Giuseppe Francesco Cimmino nel 2026. Le informazioni autobiografiche e le stime di esperienza clinica vengono presentate come memoria professionale dell'autore, non come registro clinico certificato o studio retrospettivo.

I marchi citati appartengono ai rispettivi titolari. I riferimenti a Intra-Lock, Straumann, Neodent e ad altri sistemi implantari hanno finalità storica, tecnica e divulgativa. Non costituiscono promozione commerciale, raccomandazione personalizzata o affermazione di superiorità assoluta di un dispositivo rispetto ad altri.

Questo libro non contiene fotografie cliniche identificabili, promesse di risultato, confronti denigratori, offerte, sconti o indicazioni che possano indurre un ricorso improprio a trattamenti sanitari.

Avvertenza clinica

Le informazioni contenute in questo libro hanno finalità esclusivamente divulgativa e culturale. Non sostituiscono visita odontoiatrica, diagnosi, piano di cura, consenso informato o relazione diretta con il professionista sanitario.

L'implantologia a carico immediato richiede anamnesi, visita, esami diagnostici, pianificazione chirurgica e protesica, valutazione dei rischi, consenso informato e controlli nel tempo. Indicazioni, tempi, benefici, limiti e possibili complicanze cambiano da paziente a paziente.

In presenza di dolore, gonfiore, mobilità dentale, sanguinamento, protesi instabili, perdita di elementi dentari o qualunque sintomo del cavo orale, è necessario rivolgersi a un odontoiatra per una valutazione individuale.

Nota dell'autore

Questo libro non è un bilancio di fine carriera. Nasce da un lavoro che continuo a svolgere oggi, in studio, davanti ai pazienti, alle radiografie, alle impronte, ai piani protesici e alle decisioni che una riabilitazione complessa richiede.

Ho iniziato a esercitare l'odontoiatria nel 1982. In quegli anni l'implantologia non era ancora il linguaggio quotidiano dello studio dentistico. Non aveva la diffusione, la documentazione, le superfici, le connessioni e la pianificazione che conosciamo oggi. Esistevano tecniche che appartengono alla storia, come le lame di Linkow, e c'erano clinici che cercavano risposte per pazienti che non accettavano più protesi instabili o denti non recuperabili [3].

Per questo posso dire, con misura, di avere visto nascere e crescere l'implantologia moderna nella pratica quotidiana. Non l'ho incontrata quando era già ordinata, codificata e raccontata nei video promozionali. L'ho vista entrare nello studio, cambiare materiali, cambiare linguaggio, cambiare pretese e cambiare responsabilità.

Questo non è un primato da urlare. È una responsabilità. Chi ha attraversato una tecnica fin dai suoi anni meno standardizzati sa che ogni innovazione può aiutare molto, ma può anche essere usata male se viene staccata dalla diagnosi.

Per un lungo periodo ho lavorato con la sistematica Intra-Lock. In quella fase ho maturato esperienza nel carico immediato, nei protocolli full arch, nel Flat One Bridge e nei mini impianti.

Ho tenuto anche corsi per colleghi. Secondo la mia memoria professionale, in alcune di queste aree ho fatto parte dei clinici che hanno adottato e trasmesso precocemente quei protocolli in Italia. Da diversi anni utilizzo anche soluzioni Straumann e Neodent, dentro una implantologia più tracciabile, internazionale e protocollata. Il fornitore cambia, il criterio clinico deve restare. Un sistema può offrire componenti e protocolli. La decisione resta del clinico. Il carico immediato non è una frase pubblicitaria.

È un atto clinico da meritare caso per caso. Quando è indicato può cambiare molto nella vita di un paziente. Quando non è indicato deve essere rimandato, modificato o escluso. Ancora oggi arrivano pazienti giovani con elementi fratturati, adulti con selle edentule, persone con edentulie singole o multiple, pazienti parodontopatici con perdita di cresta ossea e pazienti anziani che desiderano una protesi più stabile. Ogni caso va letto nel presente, non nel ricordo di casi simili. Secondo la mia memoria professionale, negli anni ho inserito alcune migliaia di impianti. Non presento questa stima come registro pubblicato.

La presento per ciò che significa nella pratica: tante bocche diverse, tante decisioni, tante responsabilità. Se questo volume ha un senso, è questo: far capire che l'esperienza non appartiene al passato. Serve oggi, ogni volta che bisogna decidere se operare, aspettare, modificare un piano o dire a un paziente che una soluzione rapida non è la soluzione giusta.

Dott. Giuseppe Francesco Cimmino

Nota della Dott.ssa Roberta Cimmino

Collaborare a questo volume significa provare a tradurre una lunga esperienza clinica in un linguaggio comprensibile, senza semplificarla fino a renderla commerciale.

L'implantologia non dovrebbe essere raccontata al paziente come una promessa rapida, ma come un percorso.

Una parte importante del lavoro odontoiatrico contemporaneo consiste nel far capire. Capire perché un trattamento è possibile, perché talvolta non lo è, perché una protesi provvisoria non è il punto di arrivo, perché la manutenzione non è un dettaglio, perché i controlli contano anche quando il paziente sta bene.

Il valore di questo libro non è proporre una tecnica a tutti. È mettere ordine tra parole che il paziente sente spesso, come impianto, carico immediato, full arch, osso, provvisorio, definitivo, mini impianto, rigenerazione. Quando le parole sono chiare, anche la visita diventa più consapevole.

Dott.ssa Roberta Cimmino

Indice

1. Perché parlare di carico immediato
2. Il 1982 e l'implantologia prima dei protocolli moderni
3. Dalle lame di Linkow all'osteointegrazione contemporanea
4. Che cosa significa davvero carico immediato
5. La diagnosi prima della tecnica
6. Chi arriva alla valutazione implantologica
7. Monoedentulie, selle edentule e impianti postestrattivi
8. Il paziente parodontopatico e la perdita di cresta ossea
9. Full arch: quando un'arcata va pensata come sistema
10. Flat One Bridge e passività protesica
11. Intra-Lock, formazione e trasmissione ai colleghi
12. Straumann, Neodent e la scelta dei fornitori oggi
13. Mini impianti e stabilizzazione della protesi mobile inferiore
14. Stabilità primaria, diametri, lunghezze e prudenza chirurgica
15. La paziente di 84 anni: età anagrafica ed età clinica
16. Provvisorio, definitivo e manutenzione
17. Complicanze, peri-implantiti e responsabilità del follow-up
18. Alcune migliaia di impianti: esperienza, memoria e documentazione
19. Parlare al paziente senza vendere illusioni
20. Conclusione: immediato è il tempo, non il giudizio

Appendice A. Glossario essenziale

Appendice B. Domande utili durante una valutazione implantologica

Appendice C. Cronologia professionale ragionata

Appendice D. Profilo dell'autore

CAPITOLO I

Perché parlare di carico immediato

"La domanda non è: si può fare subito? La domanda è: si può fare subito in modo responsabile?"

Il carico immediato è una delle espressioni più delicate dell'implantologia moderna. Al paziente parla di tempo. Al clinico parla di stabilità, osso, protesi, occlusione, igiene, rischio e controllo. Questa differenza di significato spiega molti malintesi.

Nel linguaggio scientifico, il carico immediato viene comunemente definito come il collegamento degli impianti a una protesi in occlusione con l'arcata antagonista entro 72 ore dal posizionamento implantare [1,2]. La definizione è temporale, ma il trattamento non può essere ridotto al calendario.

Il tempo breve ha valore solo se le condizioni cliniche lo permettono. Una protesi fissa consegnata rapidamente, quando il caso è ben selezionato, può aiutare il paziente a ritrovare funzione, fonazione, vita sociale e sicurezza. La stessa scelta, se forzata, può aumentare il rischio di complicanze.

Per questo il carico immediato deve essere spiegato partendo dalla prudenza. Non è una scorciatoia. Non è un diritto automatico. Non è una promessa da brochure. È un protocollo che richiede diagnosi, manualità, laboratorio, componentistica, paziente collaborante e controlli.

Questo libro non nasce per convincere un paziente a scegliere una tecnica. Nasce per dare parole corrette a una domanda frequente: quando si può tornare ad avere denti fissi in tempi rapidi e quando, invece, è meglio non correre?

CAPITOLO 2

Il 1982 e l'implantologia prima dei protocolli moderni

Il 1982 non è solo una data biografica. È un punto di osservazione. Iniziare la professione in quegli anni significa avere conosciuto l'odontoiatria prima della sua trasformazione digitale e prima della normalizzazione dell'implantologia nella pratica quotidiana.

Il paziente arrivava spesso con meno informazioni, meno aspettative estetiche e una maggiore abitudine alle soluzioni rimovibili. L'implantologia esisteva, ma non era ancora il riferimento comune che molti pazienti immaginano oggi. Anche tra i clinici, ogni passaggio richiedeva studio, cautela e capacità di distinguere entusiasmo e prudenza.

Si utilizzavano anche forme implantari che oggi si studiano soprattutto per comprendere la storia della disciplina. Le lame di Linkow, presentate alla fine degli anni Sessanta, furono una tappa importante nello sviluppo delle soluzioni endosse per creste sottili o situazioni difficili [3].

Dire che un clinico ha visto nascere una parte della implantologia moderna non significa trasformarlo in un monumento. Significa riconoscere che ha attraversato una fase in cui molte certezze di oggi non erano ancora diventate routine.

Dal 1982 a oggi sono cambiate superfici implantari, connessioni, disegni, protocolli di guarigione, immagini diagnostiche, materiali protesici e rapporto con il laboratorio. È cambiata anche la responsabilità del clinico: oggi il paziente legge, confronta, cerca recensioni, guarda video, arriva in studio con parole che spesso conosce prima ancora di conoscerne il significato.

La risposta del medico non può essere più veloce della spiegazione. La tecnica va spiegata, ma va anche contenuta nei suoi limiti. È qui che l'esperienza lunga diventa attuale: non serve a dire sempre sì, ma a capire quando il sì è fondato.

L'esperienza del Dott. Giuseppe Francesco Cimmino si colloca in questo arco lungo. Non nasce dentro un singolo marchio o una singola fase tecnologica. Parte da un'odontoiatria analogica e arriva a una implantologia in cui pianificazione, componenti, follow-up e manutenzione sono parte del linguaggio clinico.

Questa continuità è uno dei punti centrali del libro. Non racconta un professionista che ha operato nel passato. Racconta un clinico che ha visto la disciplina formarsi, ne ha seguito l'evoluzione e continua a usarla oggi con strumenti contemporanei e giudizio maturato in anni di casi reali.

CAPITOLO 3

Dalle lame di Linkow all'osteointegrazione contemporanea

Le lame implantari appartengono a una stagione in cui l'implantologia cercava risposte diverse da quelle che oggi consideriamo standard. Il riferimento a Linkow non serve a nobilitare tecniche superate, ma a ricordare che l'implantologia moderna nasce da tentativi, correzioni, fallimenti e progressi successivi.

Chi ha cominciato in quegli anni ha visto cambiare la domanda stessa del trattamento. Non si trattava soltanto di sostituire denti mancanti. Si trattava di capire come rendere più stabile una protesi, come restituire funzione, come evitare che una soluzione tecnica diventasse un problema biologico o protesico nel tempo.

Con l'evoluzione degli impianti osteointegrati, il rapporto tra impianto e osso è diventato il centro della disciplina. La forma della fixture, la superficie, la connessione protesica, la stabilità primaria e la gestione delle forze hanno progressivamente cambiato il modo di progettare le riabilitazioni.

Nel racconto dell'autore, questo passaggio non è teorico. È stato vissuto in studio: prime esperienze, anni di utilizzo dei sistemi Intra-Lock, maturazione verso protocolli full arch e carico im-

mediato, quindi adozione di soluzioni Straumann e Neodent negli anni più recenti.

È qui che la biografia clinica diventa un elemento di autorevolezza. Un conto è arrivare a una tecnica quando il mercato l'ha già resa familiare. Un altro conto è averla vista crescere, averne conosciuto i limiti, aver cambiato materiali e protocolli senza perdere il filo del ragionamento clinico.

Una lunga esperienza insegna che nessun sistema, da solo, sostituisce il giudizio. Il marchio può offrire componenti, superfici, strumenti, protocolli. La decisione resta del clinico, che deve adattare la tecnica alla diagnosi e non la diagnosi alla tecnica.

Questa è una delle differenze tra implantologia come prodotto e implantologia come disciplina. Il prodotto si acquista. La disciplina si costruisce con casi, controlli, errori evitati, pazienti richiamati, protesi mantenute, complicanze riconosciute e decisioni talvolta conservative.

Per questo il punto non è dire che tutto era migliore prima. Non lo era. Il punto è dire che chi ha attraversato più stagioni della implantologia può riconoscere più rapidamente ciò che è davvero progresso e ciò che è soltanto una semplificazione commerciale.

CAPITOLO 4

Che cosa significa davvero carico immediato

Nel carico immediato la protesi viene collegata agli impianti in tempi rapidi. In questo volume il riferimento operativo è una protesi in occlusione entro 72 ore dal posizionamento implantare [1,2]. Questo non significa che la guarigione sia conclusa. Significa che la funzione protesica viene anticipata rispetto a protocolli più lunghi.

La biologia, però, non si accorcia per desiderio del paziente o per abilità del chirurgo. L'osso deve rispondere, i tessuti molli devono guarire, la protesi provvisoria deve proteggere e non disturbare, l'occlusione deve essere controllata. Una riabilitazione immediata non è un gesto isolato. È una sequenza.

Per il paziente la parola immediato è comprensibile. Per il clinico deve restare una parola condizionata. Condizionata alla stabilità primaria, alla qualità ossea, alla distribuzione implantare, alla possibilità di splintare gli impianti, alla pulibilità, all'assenza di infezioni non controllate e alla collaborazione del paziente.

In alcuni casi il carico immediato ha un impatto umano enorme. Una persona che entra con una dentiera instabile o con denti non più recuperabili può vivere la protesi fissa provvisoria come una restituzione di dignità. Ma proprio per questo la comunicazione deve essere sobria. Il bisogno del paziente non au-

torizza il clinico a trasformare l'aspettativa in garanzia.

Il carico immediato corretto non è quello che promette meno tempo. È quello che sa spiegare perché quel tempo è compatibile con quel caso.

- immediato riguarda il momento del carico, non la fine della guarigione;
- il provvisorio non è un accessorio, ma parte del progetto;
- il paziente deve comprendere limiti, controlli e manutenzione;
- quando le condizioni non sono adeguate, attendere è una scelta clinica, non un fallimento.

CAPITOLO 5

La diagnosi prima della tecnica

La visita implantologica seria inizia prima dell'impianto. Inizia dall'anamnesi, dalla storia odontoiatrica, dalle radiografie quando indicate, dalla valutazione parodontale, dal motivo della perdita dentale e dal tipo di protesi che dovrà essere realizzata.

Un impianto inserito bene ma progettato male può diventare un problema protesico. Un impianto stabile ma difficile da pulire può diventare un problema di mantenimento. Un carico immediato tecnicamente riuscito ma non seguito nel tempo può perdere parte del suo valore.

Il Dott. Cimmino insiste su un punto che attraversa tutta la sua esperienza: non si cura il foro lasciato da un dente, si cura un equilibrio. Il dente mancante è il segno più evidente, ma dietro possono esserci trauma, carie, frattura, malattia parodontale, vecchie protesi, abitudini funzionali o anni di controlli mancati.

La diagnosi deve distinguere ciò che è urgente da ciò che è importante, ciò che è possibile subito da ciò che deve essere preparato. A volte il paziente desidera una soluzione rapida, ma prima servono igiene, stabilizzazione gengivale, cura di infezioni, estrazioni programmate, rigenerazione ossea o una diversa progettazione protesica.

Un'istituzione clinica si riconosce anche da questo: non trasforma ogni paziente nel candidato ideale del trattamento più richiesto. Sa dire sì, sa dire non ancora, e quando serve sa dire no.

CAPITOLO 6

Chi arriva alla valutazione implantologica

Nell'esperienza riferita dall'autore, i pazienti che più frequentemente richiedono trattamenti implantari sono spesso adulti tra i 25 e i 50 anni. Non è però una regola. L'implantologia attraversa molte età: il giovane con un elemento fratturato, l'adulto con una sella edentula, il paziente parodontopatico, l'anziano con protesi mobile instabile.

Un ragazzo o un adulto giovane può arrivare per un trauma, una frattura verticale, un dente non recuperabile, un fallimento endodontico o una agenesia già nota. In questi casi l'obiettivo è conservare quanto possibile e sostituire solo ciò che non ha prognosi ragionevole.

L'adulto arriva spesso con problemi accumulati. Può avere denti mancanti da anni, vecchi ponti, mobilità, perdita di osso, difficoltà a masticare da un lato, paura del dentista o vergogna. Il trattamento implantare, quando indicato, deve essere inserito in un piano più ampio.

L'anziano non va escluso per età. Va valutato con ancora più attenzione. Conta lo stato generale, la terapia farmacologica, la capacità di mantenere l'igiene, la collaborazione, il rischio chirurgico, la qualità dei tessuti, l'obiettivo funzionale. Un paziente di 84 anni può essere candidabile se le condizioni lo permettono. Un paziente più giovane può non esserlo, se il rischio è alto o il

quadro non è controllato.

Questa distinzione è fondamentale per evitare due errori opposti: negare possibilità utili a chi è avanti con l'età, oppure proporre un trattamento complesso a chi non ha condizioni favorevoli solo perché anagraficamente giovane.

CAPITOLO 7

Monoedentulie, selle edentule e impianti postestrattivi

Nel linguaggio del paziente esiste spesso una frase semplice: mi manca un dente. Per il clinico quella frase apre domande diverse. Da quanto manca? Perché è stato perso? Com'è l'osso? Quali sono i denti vicini? Che spazio protesico c'è? L'occlusione è stabile? Le gengive sono sane?

La monoedentulia, cioè l'assenza di un singolo dente, può essere risolta in alcuni casi con un impianto. Ma l'impianto singolo non è banale. Deve rispettare estetica, papille, spazi, rapporto con i denti vicini e carichi masticatori. Un dente anteriore e un molare non pongono gli stessi problemi.

Le selle edentule, cioè tratti di arcata privi di più elementi, richiedono una valutazione protesica più ampia. Il numero di impianti non si decide contando semplicemente i denti mancanti. Si decide pensando alla protesi, alla distribuzione delle forze e al mantenimento.

L'impianto postestrattivo, inserito nella stessa seduta dell'estrazione, può essere valutato in casi selezionati. Non è sinonimo automatico di carico immediato. Può esserci impianto postestrattivo senza carico immediato, così come possono esserci protocolli diversi in base al caso.

Nella memoria clinica del Dott. Cimmino ricorrono proprio queste situazioni: elementi singoli fratturati, monoedentule, selle edentule e riabilitazioni postestrattive. Sono casi apparentemente diversi, ma legati da un principio comune: prima si progetta la riabilitazione, poi si sceglie l'impianto.

CAPITOLO 8

Il paziente parodontopatico e la perdita di cresta ossea

Una parte importante dell'implantologia riguarda pazienti che hanno perso denti per malattia parodontale. In questi casi non basta sostituire i denti persi. Bisogna capire e controllare il motivo della perdita.

Il paziente parodontopatico cronico può presentare mobilità, tasche, perdita di cresta ossea, infiammazione gengivale, migrazioni dentali, alitosi, sanguinamento e difficoltà masticatorie. Se l'infiammazione non viene controllata, anche la riabilitazione implantare può essere esposta a rischio biologico maggiore.

Le linee guida della European Federation of Periodontology sulle malattie peri-implantari sottolineano l'importanza della prevenzione, del controllo dei fattori di rischio, dell'informazione del paziente e della manutenzione [5]. Questo è un punto decisivo: l'impianto non rende immune una bocca dalla malattia.

Nella pratica, il paziente che arriva con perdita avanzata di cresta ossea richiede una progettazione prudente. Possono essere necessari esami tridimensionali, rigenerazione ossea, scelta di impianti con diametri o lunghezze adeguate, inclinazioni particolari, protesi avvitate e controlli ravvicinati.

La parodontite non è un dettaglio progressivo. È una storia clinica che deve accompagnare la pianificazione implantare. Il pazien-

te deve saperlo, perché la manutenzione non viene dopo il trattamento. Ne fa parte.