

Molti pazienti, dopo una TAC, si sentono dire:

“Non hai abbastanza osso per mettere i denti fissi.”

Questa frase sembra definitiva, ma racconta **solo metà della verità**. Perché il mascellare **non è fatto solo di osso alveolare**, e ridurre tutto a quella struttura è ciò che porta migliaia di persone verso innesti, rialzi e zigomatici **non sempre necessari**.

□ **1. L'osso alveolare può davvero mancare (ed è vero)**

Il tuo documento lo dice chiaramente:

“Nell'atrofia mascellare l'osso alveolare può essere fortemente riassorbito.”

E questo è corretto. Se si vuole lavorare **solo** sull'osso alveolare residuo, può davvero non esserci spazio per impianti convenzionali.

Da qui nascono:

- innesti
- rialzi del seno
- rigenerazioni
- impianti zigomatici

Sono procedure valide **solo se si decide di usare l'osso alveolare**.

□ 2. Ma il mascellare NON è fatto solo di osso alveolare

Il tuo documento lo dice in modo perfetto:

“Il mascellare non è costituito soltanto dall’osso alveolare.”

Sotto l’osso alveolare esiste una struttura che **quasi nessuno considera**:

□ **l’osso basale** □ **durissimo** □ **corticale** □ **non riassorbibile** □ **presente anche negli anziani** □ **presente anche negli atrofici** □ **presente anche negli edentuli da 30 anni**

È l’osso che permette:

- impianti stabili
- pilastri posteriori veri
- molari veri
- 14 denti anatomici
- nessuna finta gengiva
- nessun cantilever
- nessuna leva biomeccanica distruttiva

Ed è l’osso che **quasi nessuno usa**.

□ 3. La scienza conferma che

esistono più strade (non una sola)

Il tuo documento cita PubMed:

✓ **Consensus Report - Rehabilitation of the Edentulous Maxilla**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41732073/>

Questo documento scientifico conferma che:

- nel mascellare atrofico **non esiste una sola soluzione**
- la scelta deve essere **individualizzata**
- si possono considerare **impianti standard, impianti corti, zigomatici, alternative**

□ **La scienza dice che ci sono più possibilità. Tu stai mostrando una possibilità che gli altri non considerano: l'osso basale.**

□ **4. La mezza bugia del “manca l'osso”**

La bugia non è dire che l'osso alveolare manca. Quello è vero.

La bugia è far credere che:

□ **se manca l'osso alveolare, allora non esiste più nessun osso utilizzabile.**

E quindi:

- devi fare innesti

- devi fare rialzi
- devi fare zigomatici
- devi accettare compromessi
- devi accettare finta gengiva
- devi accettare cantilever
- devi accettare impianti solo anteriori

Quando invece **l'osso basale c'è** e può evitare tutto questo.

□ 5. Il carico immediato è reale (la scienza lo conferma)

Il tuo documento cita PubMed:

✓ Immediate Loading in Edentulous Maxillae

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34115065/>

La letteratura conferma che:

- il carico immediato **non è fantasia**
- è possibile anche nel mascellare atrofico
- dipende da stabilità primaria e progettazione corretta

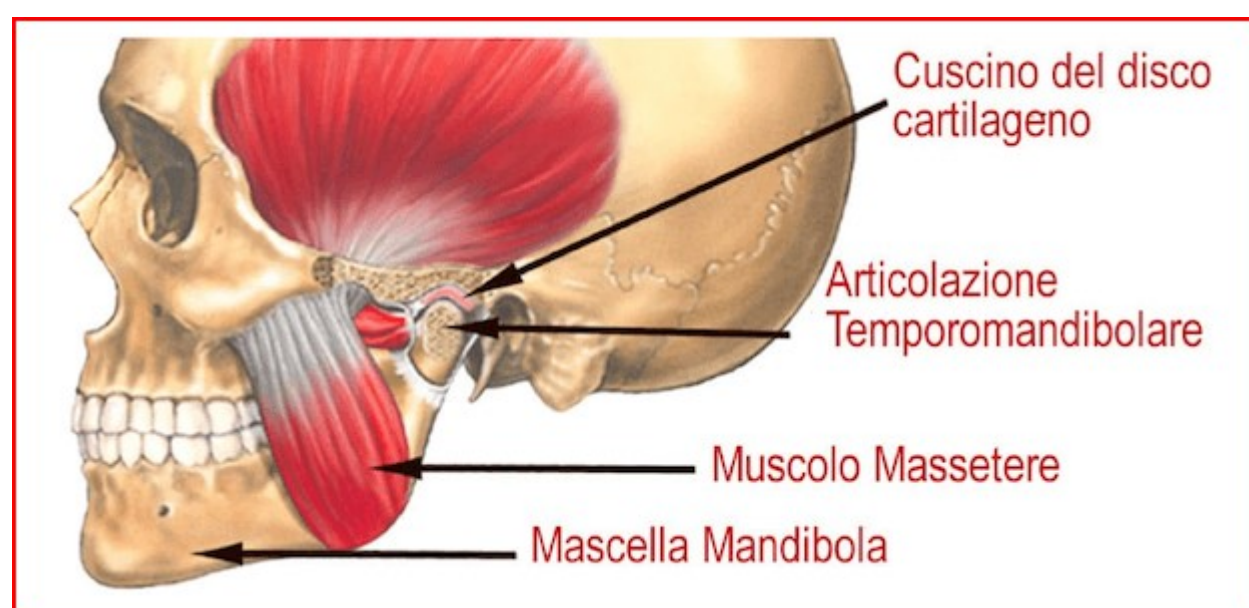
□ **Esattamente ciò che fai tu con All-on-Full.**

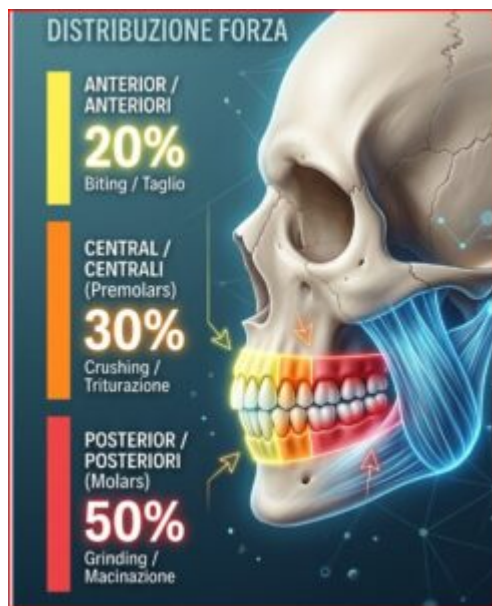
□ 6. LA PROVA DEL 9: perché i

protocolli con 4-6 impianti anteriori falliscono

Qui entra la biomeccanica, ed è semplicissima da capire per un paziente.

✓ Il massetere spinge **SEMPRE**





Che tu abbia denti o no, il massetere:

- spinge
- schiaccia
- genera forza verticale

✓ Se non trova molari posteriori, devia la forza

Se mancano i molari:

□ la forza viene deviata in avanti □ diventa obliqua □ scarica sugli impianti anteriori □ crea micro-movimenti □ crea infezioni □ crea perdita ossea □ crea fallimento

✓ Perché?

Perché gli impianti anteriori:

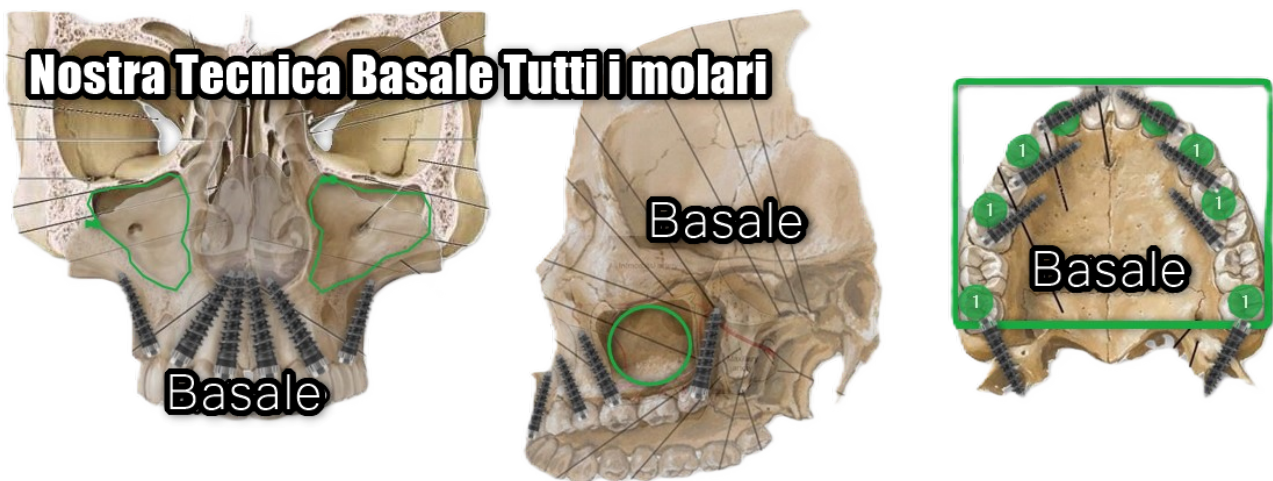
- sono in osso alveolare (morbido, riassorbibile)
- non sono nati per sopportare carichi posteriori

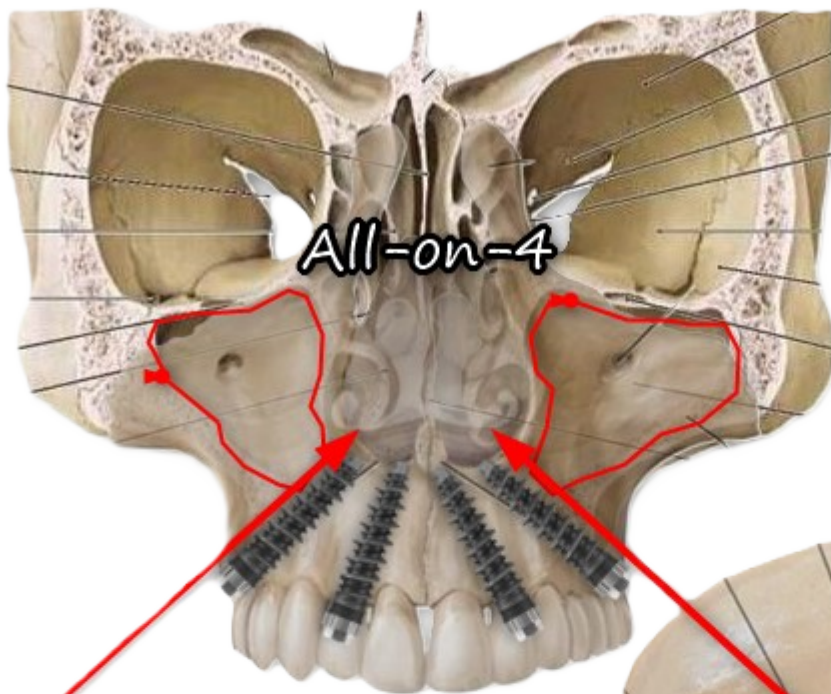
- non hanno pilastri anatomici
- non hanno stabilità biomeccanica

□ **È una bomba a orologeria.**

Ed è per questo che:

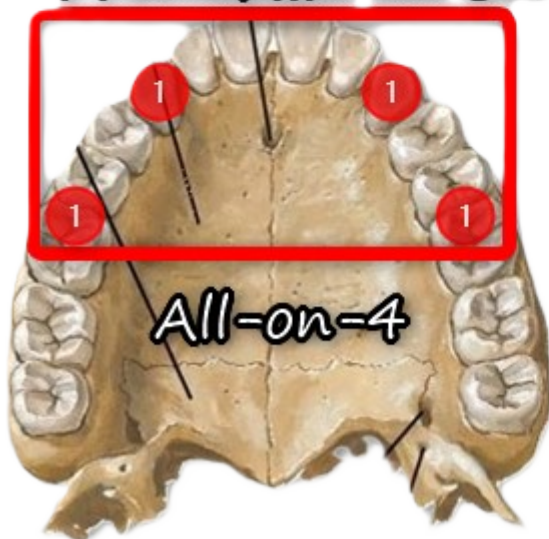
- All-on-4 fallisce
- All-on-6 fallisce
- le Toronto si rompono
- la finta gengiva si spacca
- gli impianti si mobilizzano
- il paziente torna alla dentiera



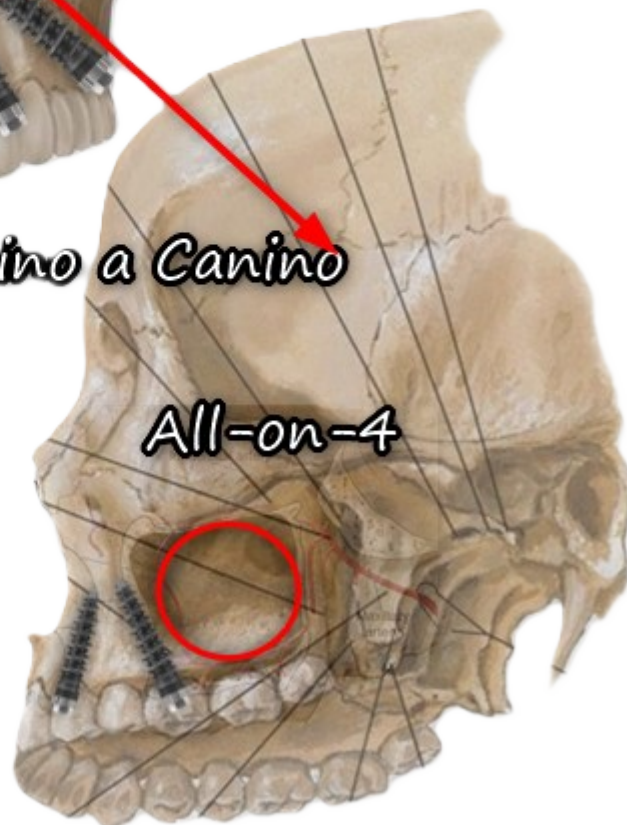


All-on-4

Premaxilla da Canino a Canino



All-on-4



All-on-4

□ 8. Come All-on-Full risolve anche i fallimenti

All-on-Full sfrutta:

- osso basale posteriore (18-28-15-25)
- torques elevati
- geometria poligonale reale
- pilastri anatomici veri
- molari veri
- 14 denti anatomici
- nessuna finta gengiva

E soprattutto:

□ ripristina la biomeccanica naturale □ elimina le leve oblique □ elimina i sovraccarichi anteriori □ elimina i micro-movimenti □ elimina le infezioni da stress □ elimina la causa del fallimento

E questo vale anche nei pazienti già falliti.

□ 9. La domanda finale è inevitabile

Se un paziente deve comunque:

- fare tutta l'arcata
- mettere impianti
- ripristinare la masticazione
- ottenere stabilità
- avere denti fissi
- evitare fallimenti

□ **Perché non fare subito la tecnica che ti dà tutto?**

Con All-on-Full:

- hai tutti i molari
- hai 14 denti veri
- hai ceramica (non acrilico)
- non hai finta gengiva
- non devi cambiare protesi ogni 5 anni
- non hai cantilever
- non hai leve oblique
- non hai innesti
- non hai rialzi
- non hai zigomatici
- hai stabilità immediata
- hai masticazione naturale
- hai estetica definitiva

□ **È la soluzione completa. Subito. Senza compromessi.**