

NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 8 settembre 2010/febbraio 2011

The Ultimate
Endo-Restorative Dentistry

Viaggio

all'interno delle nuove frontiere

in Endodonzia e Conservativa

092010

- **Dr. Enzo Lamorgese**
Rifacimento
con tecnica diretta di
vecchio restauro di un
21
- **Scientifica**
Le nuove rassegne
bibliografiche scientifi-
che di Endodonzia e
Conservativa
- **Dr. L. Biscaro, Dr. A.
Becattelli, Odt. M.
Soattin**
Riabilitazione implanto-
protesica contempora-
nea delle due arcate
con carico immediato
- **Incontro annuale
Odontoiatri e
Odontotecnici
Augusto Biaggi in
memoria di Franco
Brega**

numeri uno è il magazine di


sweden & martina

 Associazione
Amici di Brugg



NUOVE PROSPETTIVE E STRUMENTAZIONI INNOVATIVE PER UN APPROCCIO PERSONALIZZATO ALLA MALATTIA PARODONTALE



Due Carrare (PD)

Centro Corsi Sweden & Martina - Via Veneto, 10 - 35020 Due Carrare (PD)

Dr. Daniele Cardaropoli

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria con Lode e Dignità di Stampa e perfezionato in Parodontologia presso l'Università di Torino. Direttore Scientifico di PROED, Società per la Ricerca e l'Educazione in Odontoiatria. Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia, della European Federation of Periodontology e della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata, International Member della American Academy of Periodontology. Consulente odontoiatrico della Juventus Football Club e dei Piloti Collaudatori Sperimentatori di Alenia Aeronautica. Consulente scientifico del National Dental Pulp Laboratory. Ha conseguito il diploma di Perfezionamento "Harvard Longitudinal Course in Periodontology and Implantology" presso la Harvard Dental School di Boston ed il diploma di Perfezionamento in "Eccellenza in Biomeccanica" presso l'Università di Siena. Vincitore del Premio Goldman per la ricerca clinica al XI Congresso Nazionale SIDP e del Premio Nazionale SIDO in Ortodonzia Clinica "Case Report" al XVIII Convegno Internazionale SIDO. Membro dell'Editorial Review Board di American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics e di Journal of Implant and Advanced Clinical Dentistry, Reviewer ad hoc per Journal of Periodontology e Angle Orthodontics, Referee per Progress in Orthodontics. Relatore in Congressi Nazionali ed Internazionali, ha presentato studi clinici durante le sessioni di ricerca al XI Congresso Internazionale SIDP, ad Europerio 4 e ad Europerio 5, all'89° ed al 90° AAP Annual Meeting, all'8° International Symposium on Periodontics and Restorative Dentistry e ad Osteology 2007. È autore di numerose pubblicazioni internazionali su temi di parodontologia, implantologia ed orto-perio. Libero professionista in Torino, si occupa di Parodontologia, Implantologia e trattamenti combinati ortodontico-parodontali.



19 Novembre 2010

- 08.30 Registrazione dei partecipanti
- 09.00 La malattia parodontale: epidemiologia, diagnosi e classificazione. Evoluzione nei protocolli diagnostici: l'anamnesi, la raccolta dei dati, la cartella parodontale semplificata, i test microbiologici, le analisi genetiche.
- 10.45 Coffee Break
- 11.15 L'albero decisionale: obiettivi della terapia causale e rivalutazione. Differenti approcci terapeutici nel paziente con parodontite aggressiva vs parodontite cronica. Il controllo dell'infezione con terapia combinata meccanica ed antimicrobica: la "full-mouth disinfection".
- 13.00 Lunch Break
- 14.00 Innovazioni nella strumentazione ultrasonica della superficie radicolare: protocolli di utilizzo dell'Odontogain®. Efficacia dell'oscillazione rotatoria ad alta frequenza nella decontaminazione delle tasche profonde. La terapia non-chirurgica minimamente invasiva prima della chirurgia, in alternativa alla chirurgia. Il rispetto dei tessuti molli.
- 15.30 Break
- 16.00 Approccio multidisciplinare: il recupero estetico e funzionale dei casi gravemente compromessi mediante terapia combinata. La sopravvivenza degli elementi dentari come indice di successo della terapia parodontale. Terapia di mantenimento e follow-up.
- 18.00 Conclusione dei lavori. Test di verifica ECM

**Il corso si svolge nell'arco di un incontro con il seguente orario:
dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00.**

**Per maggiori informazioni: numero verde 800-010789
o visitate il sito www.sweden-martina.com sezione corsi ed eventi**



04

Case report
Riabilitazione impianto protesica delle due arcate con carico immediato: protocollo di lavoro con l'utilizzo della tecnica del modello unico e della sistematica PAD
Dr. L. Biscaro, Dr. A. Becattelli, Odt. M. Soattin



08

Case report
Rifacimento con tecnica diretta di vecchio restauro di un 21
Dr. E. Lamorgese



11

Case report
Ruolo della strumentazione nella rifinitura apicale
Prof. V. A. Malagnino



12

Intervista
Il futuro dell'implantoprotesi
Dr. S. Lombardo



14

Impianti Sweden & Martina e Switching Platform: sinergia vincente



16

Reparti produttivi
"In principio era la barra" ...
Breve cronaca di una guerra quotidiana contro un nemico micidiale



18

Eventi internazionali



19

Il sistema implantare Premium Kohno protagonista alle manifestazioni per il 110° Anniversario della facoltà di Odontoiatria dell'Università dell'Avana
Prof. U. Covani



20

Eventi



21

Novità di mercato
Sistema di otturazione a caldo DOMINO

Un ricordo del Dr. O. Martini
Dr. F. Morelli



22

Recensioni



24

Calendario Corsi 2010/2011



28

Lo stato dell'arte in Odontoiatria





Dr. Leonello Biscaro

Laurea in odontoiatria con lode presso l'Università di Bologna nel 1985, ha frequentato, nel triennio 1988-1990 il corso di Ortodonzia presso il CISO di Verona curato dal Prof. Duchateau, dell'Università di Nantes, nel biennio 1991-1992 il corso di Parodontologia tenuto dal Dott. Gianfranco Carnevale, nel biennio 1993-1994 il corso di Protesi fissa tenuto dal Dott. Gianfranco Di Febo, nel triennio 1998-2000 il "Center for functional occlusion" dei San Francisco diretto dal Prof. Ronald Roth e dal Dott. Robert Williams, conseguendo il diploma nell'agosto 2000.

È socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia, dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica ed è socio straordinario della Società Italia di Ortodonzia. È membro del Consiglio Direttivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica.

È stato eletto Presidente dell'Accademia italiana di Odontoiatria Protesica per il biennio 2013-2014.

Esercita la libera professione in Adria (RO) dedicandosi prevalentemente agli aspetti chirurgici e protesici delle riabilitazioni complesse.



Dr. Alberto Becattelli

Laureato in medicina e chirurgia, ha frequentato negli anni 85-86 la clinica di Göteborg frequentando i corsi del Prof P-I Branemark e del Prof. Van Steenberghe.

Da allora ha proseguito la sua formazione in campo implantare con corsi in Italia e all'estero.

Coautore con il Dott. Biscaro e la Dott.ssa Poggio del capitolo "Le riabilitazioni complesse del paziente totalmente edentulo" del libro "Il carico immediato" di Testori T., Galli F., Del Fabbro M., si dedica esclusivamente alla chirurgia implantare nel suo studio di Villa Bartolomea (VR) e collabora da molti anni con il Dott. Biscaro nella gestione chirurgica delle riabilitazioni complesse.

Odt. Massimo Soattin

Nato a Monza nel 1967, si è diplomato in odontotecnica presso l'Istituto "E. Fermi" di Este (PD) nel 1986.

Ha collaborato con il Laboratorio di Franco Rossini dal 1987 e dal gennaio 2000 ne è diventato socio.

Ha frequentato vari corsi tra cui il corso di protesi fissa tenuto dal Sig. Roberto Bonfiglioli e il corso di estetica presso il laboratorio del Sig. Willy Geller a Zurigo.

Socio A.N.T.L.O. e socio attivo A.I.O.P., si dedica prevalentemente a ricostruzioni in metallo ceramica e su impianti nel laboratorio di Este (PD).

È stato eletto Dirigente dell'Accademia italiana di Odontoiatria Protesica per il biennio 2013-2014.



04

Riabilitazione implanto-protesica delle due arcate con carico immediato: protocollo di lavoro con l'utilizzo della tecnica del modello unico e della sistematica PAD

La terapia implantare di ambedue le arcate dentali impone il raggiungimento di obiettivi non solo clinici, ma anche riferibili più specificatamente al paziente: soddisfare gli obiettivi clinici, infatti, non comporta necessariamente il raggiungimento degli obiettivi del paziente. Le esigenze del paziente non si limitano al ripristino nel tempo della funzione e dell'estetica, che sono i principali obiettivi clinici, ma includono fattori riguardanti la qualità di vita durante la terapia quali:

- riduzione della durata del trattamento
- riduzione del numero globale di sedute
- riduzione del numero di sedute chirurgiche
- avere sempre una protesi fissa efficiente durante la terapia

La procedura di carico immediato, che trova la sua principale indicazione proprio nelle riabilitazioni delle arcate edentule o potenzialmente edentule è in grado di soddisfare gli obiettivi globali della terapia. Per poterne sfruttare appieno le potenzialità, soprattutto in relazione alla riduzione della durata del trattamento e del numero globale di sedute (che si traduce anche in una migliore gestione ergonomica della terapia) il carico immediato deve essere considerato una procedura non soltanto chirurgica, ma anche e soprattutto protesica: il suo fine ultimo, infatti, è la costruzione di una protesi, provvisoria o definitiva, che, oltre a connettere rigidamente gli impianti, deve essere ben integrata nel contesto oro-facciale del paziente.

In quest'ottica la procedura deve poter sfruttare, REALMENTE, tutte le informazioni iniziali, in particolar modo se il carico immediato

deve interessare contemporaneamente le due arcate in pazienti potenzialmente edentuli. Nel momento in cui la dentatura residua viene estratta, si inseriscono gli impianti e si prendono le impronte per la costruzione della o delle protesi, le informazioni prechirurgiche non possono più essere usate: avremo bisogno di una nuova seduta per il rilevamento delle relazioni intermascellari e dei rapporti dento-facciali che dovranno poi essere trasferiti nel modello di lavoro. Se tale seduta viene fatta qualche ora dopo la chirurgia (il tempo necessario alla costruzione del modello), la situazione del paziente ne rende impossibile la corretta esecuzione (per la presenza di anestesia, gonfiore o disagio del paziente), se viene procrastinata di qualche giorno, viene meno la funzione fondamentale del carico immediato, che è quella di fornire al paziente la protesi o immediatamente o poco dopo la chirurgia: in ogni caso ogni informazione presente prima della chirurgia viene perduta.

Una tecnica per poter REALMENTE sfruttare, sia nelle edentulie attuali che potenziali, le informazioni prechirurgiche nella costruzione della protesi nell'arco temporale richiesto dal carico immediato è quella del modello unico: consiste sostanzialmente nel far coincidere il modello di studio, dove il caso è stato preimpostato in termini funzionali ed estetici, con il modello di lavoro con l'utilizzo di uno strumento che è la placca di trasferimento. *Int J Periodontics Restorative Dent. 2009 Jun;29(3):307-13. The one-model technique: a new method for immediate loading with fixed prostheses in edentulous or potentially edentulous jaws. Biscaro L, Becattelli A, Poggio PM, Soattin M, Rossini F.*

Scopo del presente case-report è illustrare l'applicazione della tecnica del modello unico alla metodica PAD nella riabilitazione contemporanea di due arcate potenzialmente edentule.

Visione iniziale del caso (fig. 1 e 2)



Fig. 1.



Fig. 2.

La paziente di anni 58, in condizioni di perfetta salute generale, asintomatica dal punto di vista neuromuscolare, fumatrice, chiedeva se fosse possibile riabilitare la bocca con soluzioni protesiche di tipo fisso. La dentatura residua (valutabile clinicamente essendo le protesi da tempo decementate) era irrecuperabile, ma dalla radiografia panoramica si può notare come la situazione anatomica fosse favorevole per una riabilitazione a supporto implantare. Dopo aver informato la paziente sulla natura della terapia implantare, sull'importanza del controllo dell'igiene orale e dell'eliminazione di fattori di rischio quali il fumo per il mantenimento nel tempo dell'osteointegrazione, è stato proposto un piano di trattamento (accompagnato dal relativo preventivo di spesa) consistente nell'estrazione degli elementi dentari residui, nell'inserimento di 4 impianti inferiori e di 6 impianti superiori da caricarsi il giorno dopo l'intervento con protesi provvisorie di tipo fisso, seguite, dopo 5 mesi, dalla sostituzione con protesi in porcellana ed in resina per l'arcata superiore ed inferiore rispettivamente. Nelle situazioni cliniche come quella del caso in esame il nostro protocollo prevede sempre il ricorso a tre differenti fasi, ciascuna con obiettivi definiti:

- FASE PRECHIRURGICA
- FASE CHIRURGICO PROTESICA
- FASE POSTCHIRURGICA

Obiettivi della **FASE PRECHIRURGICA** sono:

- valutazione anatomica tridimensionale delle arcate
- ceratura del caso e sua duplicatura in silicone
- costruzione della placche di trasferimento

La valutazione anatomica tridimensionale delle arcate dentarie viene eseguita sulla base della TAC, che nella procedura di carico immediato deve essere sempre eseguita prima dell'intervento, e dell'analisi dei modelli montati su un articolatore a valori medi. La TAC ha confermato le valutazioni desumibili dall'ortopantomografia dando però le fondamentali valutazioni tridimensionali dell'anatomia apicale agli elementi residui e dei settori posteriori.



Fig. 3.



Fig. 3a.

I modelli (fig.3 e 3a), ricavati da impronte in alginato delle arcate dentarie particolarmente accurate a livello della volta palatina e delle zone edentule posteriori inferiori, dovendo anche essere utilizzate per la costruzione delle placche di trasferimento, vengono montati in un articolatore a valori medi con l'ausilio di una cera di centrica alla dimensione verticale esistente, giudicata normale. L'analisi dei modelli ha evidenziato rapporti dentali di prima classe, scheletrici tendenti alla seconda classe che non avrebbero posto particolari problemi spaziali per una riabilitazione di tipo fisso. Sui modelli è stata fatta la ceratura sulla base dei dati ricavabili dall'analisi dento-facciale iniziale.



Fig. 4.

La visione con le labbra a riposo (fig. 4) serve per determinare la posizione in senso apico-coronale degli incisivi superiori (normalmente per le donne di 50-60 anni vi è un'esposizione di 1-2mm): l'esposizione a riposo degli incisivi esistenti è stata giudicata normale.



Fig. 5.

La visione di profilo con le labbra a riposo (fig. 5) serve per valutare la posizione del margine incisale in senso vestibolo-palatale (normalmente contenuta all'interno del bagnasciuga del labbro inferiore): anche la posizione in senso sagittale del margine incisale è stata giudicata normale. L'analisi fonetica dei fonemi M, S, I, F e V hanno confermato che la posizione degli incisivi e la dimensione verticale erano accettabili.



Fig. 6.

La visione frontale con il massimo sorriso (fig. 6) serve per valutare i rapporti della dentatura con le linee orizzontali e verticali di riferimento: idealmente bisognerebbe avere un parallelismo fra piano oclusale, linea bi pupillare, commessurale ed orizzonte, ed una coincidenza fra linea mediana del viso e linea interincisale. Nel caso in esame la linea bi pupillare non è parallela all'orizzonte, quindi si sceglie l'orizzonte come riferimento orizzontale. Il piano oclusale si trova comunque parallelo all'orizzonte ed alla linea commessurale che potrà essere usata come riferimento per la riabilitazione, mentre la linea mediana dentale è leggermente deviata verso sinistra rispetto alla linea mediana del viso, cosa non percepita dalla paziente. Nel secondo quadrante si può notare una leggera esposizione del margine gengivale di cui tener conto in fase chirurgica: la transizione implanto-protesica dovrà infatti essere posizionata apicalmente al labbro superiore durante il massimo sorriso.



Fig. 7.

La ceratura (fig. 7) è stata eseguita sulla base delle informazioni cliniche iniziali apportando quelle modifiche che erano risultate necessarie, come la centratura della linea mediana dentale, evidenziata dal segno blu. Tale ceratura è stata duplicata con mascherine in silicone riposizionabili grazie a della tacche scavate nella base del modello (fig. 8 e 8a).



Fig. 8.



Fig. 8a.

Sui modelli sono state costruite le placche di trasferimento in resina che serviranno per riposizionare gli analoghi sui modelli di studio trasformandoli in modelli di lavoro: la placca superiore è stata costruita usando come riferimento il palato, la placca inferiore, pur precisa a livello delle zone edentule posteriori, aveva come riferimento i due primi premolari esistenti. Le placche sono state consegnate allo studio il giorno dell'intervento.

Obiettivi della **FASE CHIRURGICO-PROTESICA** sono:

- Posizionamento degli impianti con la necessaria stabilità per poter procedere con il loro carico immediato
- Avvitamento degli abutment, se necessario
- Collegamento dei transfert alle placche

La scelta del tipo di impianto è fondamentale ogniqualvolta si debba procedere con la procedura di carico immediato. Condicio sine qua non per il successo del carico immediato è infatti il raggiungimento di un'adeguata stabilità primaria degli impianti. La macro e micro geometria dell'impianto, oltre alla tecnica chirurgica, sono fattori determinanti per il raggiungimento della stabilità primaria.

La scelta è caduta sugli impianti Kohno, che in funzione della loro forma conica e del particolare andamento delle spire (macrosuperficie) risultano particolarmente adatti per il carico immediato non solo dell'arcata superiore, ma anche dell'arcata inferiore dove, notoriamente, la forma conica può porre problemi in fase di inserimento implantare in presenza di osso di qualità 1-2. Durante l'intervento sono stati inseriti 7 impianti Kohno nell'arcata superiore (uno in più rispetto a quanto programmato, nella zona superiore di sinistra), tutti da 15 mm di lunghezza e di diametro variabile in funzione dell'anatomia esistente (due da 3.8 quattro da 4.25 e uno da 5) dei quali 6 sono stati immediatamente caricati: non sono stati utilizzati PAD in

considerazione del fatto che gli impianti erano sufficientemente paralleli fra loro; i transfert sono stati quindi avvitati direttamente alla testa dei 6 impianti, collegati fra di loro con filo ortodontico e Pattern Resin (GC, TM) e sono stati, a loro volta, collegati alla placca con la resina mantenendola perfettamente in posizione a livello della volta palatina. Dopo aver svitato i transfert la placca è stata rimossa e sono stati avvitati agli impianti altri 6 transfert e collegati fra loro come visto in precedenza. Nell'arcata inferiore sono stati inseriti dapprima due impianti Kohno 4.25-15 nella zona frontale, cui sono stati avvitati due PAD dritti da 3 mm avvitati a 15 NW; dopo aver avvitato i transfert ai PAD ed averli collegati fra loro con filo ortodontico e Pattern Resin (GC, TM), è stata posizionata la placca usando come riferimento i due primi premolari e le selle edentule: tenendola perfettamente in posizione i transfer sono stati collegati alla placca con la resina. Sono stati quindi estratti i denti residui e sono stati inseriti due impianti posteriori, Kohno 4.25-15, inclinati di 30 gradi, secondo la procedura all on four*. Sono stati quindi avvitati due PAD a 10 NW, con inclinazione di 30 gradi ed altezza di 3mm, scegliendone la posizione in modo che i fori d'accesso cadessero all'interno del corpo protesico. A questo punto sono state collegate due nuove serie di transfert ai 4 PAD. Al laboratorio sono state inviate le placche con i transfert collegati e tutte le ferule di controllo (fig. 9).



Fig. 9.

06

Obiettivi della FASE POSTCHIRURGICA:

Obiettivi della fase post-chirurgica sono, dal punto di vista tecnico, la costruzione della protesi replicando la ceratura eseguita nell fase pre-chirurgica e, dal punto di vista clinico, la consegna al paziente nei tempi stabiliti.

ARCATA SUPERIORE (fig. 10-10a-10b-10c).

Gli analoghi sono stati avvitati ai transfert e, dopo aver eliminato il gesso in corrispondenza del processo alveolare, la placca è stata riposizionata sul modello avendo cura che non vi fossero interferenze fra gli analoghi ed il gesso che ne potessero impedire il corretto alloggiamento: è stato colato il gesso e gli analoghi sono così inglobati nel modello, diventato MODELLO DI LAVORO. Con la seconda ferula è stata controllata la precisione della posizione degli analoghi.

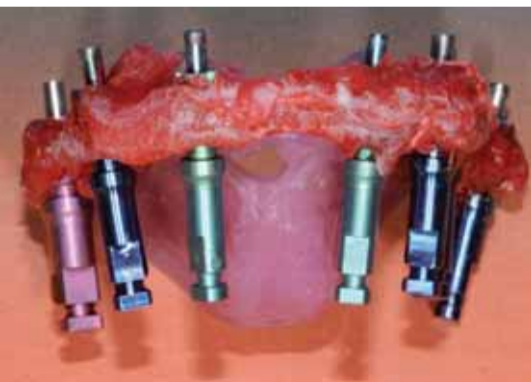


Fig. 10.



Fig. 10a.

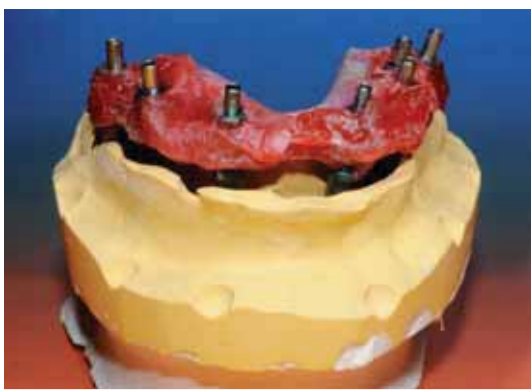


Fig. 10b.



Fig. 10c.

ARCATA INFERIORE (fig. 11-11a-11b)



Fig. 11.



Fig. 11a.

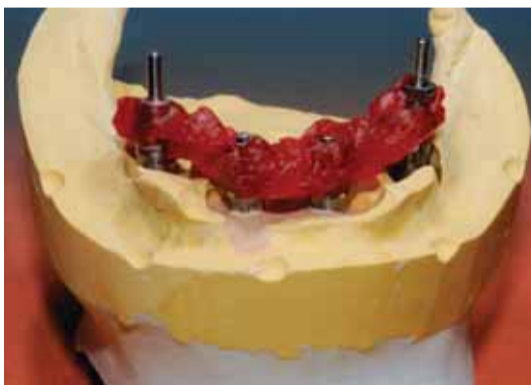


Fig. 11b.

Dopo aver collegato gli analoghi ai transfert collegati alla placca ed aver eliminato il gesso nella regione frontale, la placca è stata riposizionata sul modello usando i due premolari e le selle come riferimento; è stato colato il gesso in modo da inglobare i due analoghi nel modello. Quindi è stato eliminato il gesso posteriormente in corrispondenza dei due premolari che erano stati usati come riferimento per posizionare i primi due analoghi, sono stati avvitati gli analoghi ai transfert posteriori di una delle due ferule. Usando i due impianti centrali come riferimento, sono stati posizionati nel modello i due analoghi posteriori, trasformando così anche il modello di studio inferiore in MODELLO DI LAVORO; con la seconda ferula è stata controllata la precisione della posizione degli analoghi.

(fig. 12-12a-12b)

Riposizionate sui modelli le mascherine in silicone, duplicato della ceratura eseguita in fase prechirurgica, è stata dapprima costruita l'armatura, quindi è stata completata la resinatura dei provvisori che avrebbero rispecchiato la ceratura costruita in fase prechirurgica.



Fig. 12.



Fig. 12a.



Fig. 12b.

(fig. 13-13a)



Fig. 13.



Fig. 13a.

Il giorno dopo i provvisori sono stati avvitati in bocca e l'occlusione controllata sia dal punto di vista statico che dinamico: i punti sono stati rimossi 10 giorni dopo l'intervento. Grazie alla programmazione iniziale ed alla possibilità di trasferire le informazioni raccolte in fase prechirurgica nel modello di lavoro si può notare come i provvisori siano ben integrati nel contesto oro-facciale del paziente, e pur bisognosi di qualche modifica, potranno essere usati come valido riferimento per la costruzione della protesi definitiva.

* All-on-4™ by Nobel Biocare è la soluzione clinica sviluppata dal Dr. Paulo Maló presso la Clinica Maló di Lisbona, Portogallo.



Fig. 14.

COSTRUZIONE DELLA PROTESI DEFINITIVA

I provvisori, smontati dalla bocca, sono stati avvitati sui nuovi modelli master (fig. 14), impostando tridimensionalmente l'articolatore sulla base dei provvisori funzionalizzati. Sono stati duplicati con delle mascherine in silicone in modo che, colando la cera al loro interno, ne sono state riprodotte forme e volumi, da cui partire per apportare le necessarie modifiche rese evidenti dopo 5 mesi di osservazione clinica.

Sulla base della modellazione definitiva e della conseguente progettazione tecnica si è avuta la conferma che la soluzione protesica più adatta fosse per l'arcata superiore una protesi direttamente avvitata in ceramica (su struttura in zirconia), mentre per l'arcata inferiore si è optato per una protesi direttamente avvitata, con denti in resina del commercio, ma su struttura in titanio; per la realizzazione di queste sottostrutture sono state utilizzate le nuove tecnologie Cad-Cam per i vantaggi in termini di precisione e passivazione che esse offrono (fig.15-15a); è stata eseguita dapprima una scansione dei modelli con la gengiva, seguita da una seconda serie di scansioni dei modelli con appositi transfert che serviranno per allineare in maniera corretta la posizione degli impianti all'interno di un modello virtuale creato dal software.



Fig. 15.



Fig. 15a.

Nell'arcata superiore, per poter modellare una struttura per la ceramica conforme, abbiamo bisogno anche di un'ulteriore scansione dei modelli con la ceratura definitiva inserita. Con il mouse è stata modellata virtualmente la struttura sottraendo dalla ceratura il millimetro necessario per garantire uno spessore uniforme alla ceramica (fig. 16-16a).



Fig. 16.



Fig. 16a.

Per l'arcata inferiore invece, non permettendo il software attuale di disegnare virtualmente la struttura in titanio, questa è stata dapprima costruita in resina, poi scansionata ed importata nel software (fig. 17-17a).



Fig. 17.

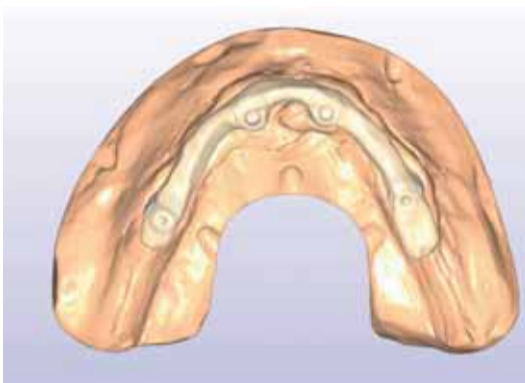


Fig. 17a.

Ricevute dal centro di produzione le strutture e verificate la precisione sui modelli, la struttura superiore è stata rivestita in ceramica (fig.18-18a), sfruttando le mascherine in silicone, mentre inferiormente sono stati riposizionati sulla barra in titanio i denti da protesi mobile del commercio.



Fig. 18.



Fig. 18a.

Dopo la prova del Biscotto che ha permesso di finalizzare definitivamente l'estetica e l'occlusione, il lavoro è stato consegnato, a distanza di 6 mesi dall'inizio della terapia (fig. 19-19a). Per ovviare a problemi dovuti alla scheggiatura di alcune porzioni di zirconia a livello della connessione implanto-protesica abbiamo preferito realizzare la connessione implanto-protesica con abutment standard in metallo incollati alla struttura in zirconia.



Fig. 19.

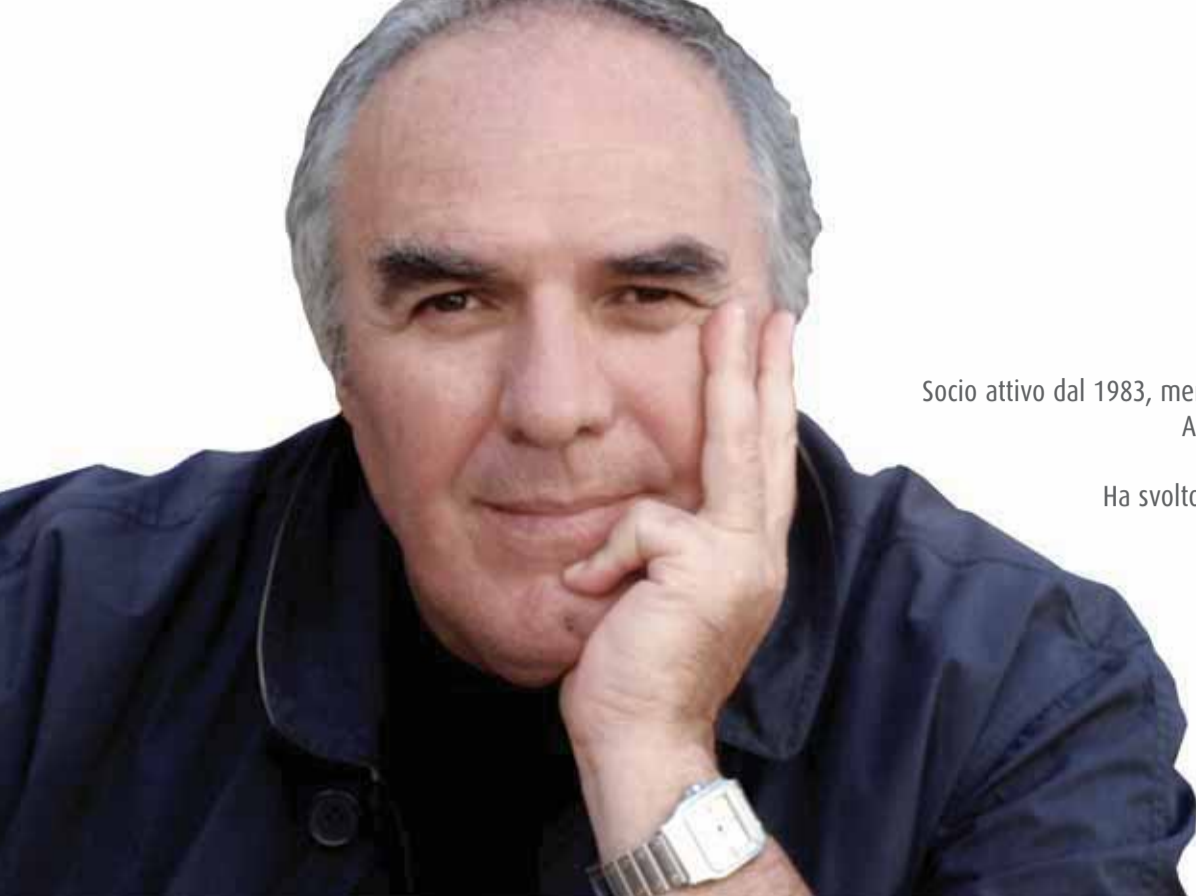


Fig. 19a.

CONCLUSIONI

Nelle edentule totali la procedura di carico immediato non deve essere considerata una fase a se stante del trattamento, ma deve far parte di una globale filosofia operativa che deve avere come obiettivo finale una gestione del caso ottimale, sia dal punto di vista ergonomico che del paziente.

Il caso in esame è stato gestito in sei mesi, con un'unica fase chirurgica ed un numero limitato di sedute: ciò è possibile soltanto se il carico immediato viene considerato una procedura non soltanto chirurgica, ma soprattutto protesica: la tecnica del modello unico consente, da questo punto di vista, un'ottimale gestione anche dei casi più complessi.



Dr. Enzo Lamorgese

Laureato in Medicina nel 1976, specializzato in Odontostomatologia presso l'Università di Roma nel 1979.

Socio attivo A.I.C. Accademia Italiana di Conservativa dal 1984.

Socio attivo dal 1983, membro del Consiglio Direttivo dal 1990 al 1994 e membro della Commissione Accettazione Soci dal 1996 al 2004 della S.I.E. Società Italiana di Endodonzia.

Socio attivo della S.I.D.O.C. Società Italiana di Odontoiatria Conservativa.

Ha svolto attività didattica presso la Università di Roma "La Sapienza" nei master di Endodonzia e di Odontoiatria Adesiva.

Ha partecipato come relatore a più di 200 congressi.

Svolge la libera professione a Roma limitando la propria attività all'Endodonzia e alla Conservativa.

Autore di articoli scientifici inerenti l'Endodonzia e la Conservativa.

È socio fondatore del centro di aggiornamento professionale

Emea Dental service (www.emeadentalservice.it).

Relatore di corsi nazionali ed internazionali.

Rifacimento con tecnica diretta di vecchio restauro di un 21

08

Abstract

Data l'impossibilità di avere a disposizione un materiale composito che riesca a ricreare nello stesso spessore di smalto e dentina gli effetti che questi due tessuti creano nella loro sovrapposizione quando colpiti dalla luce, viene proposta una stratificazione basata sull'utilizzo di masse composito scelte più per il grado di opacità e traslucenza piuttosto che per il colore. Spesso, infatti, quando abbiamo sufficiente spessore, può capitare di dover utilizzare masse opache in superficie e masse traslucide in profondità. Altro aspetto del restauro estetico diretto è lo studio e la realizzazione delle caratterizzazioni che personalizzano il restauro contribuendo all'integrazione dello stesso con gli altri elementi dentali.

Sequenza operativa

Si presenta alla nostra osservazione un paziente che intende sostituire un vecchio restauro incongruo del 21 (**Figura 1 e 2**) per motivi estetici. Per la realizzazione del caso si procede così alla pianificazione delle varie fasi: le fotografie preliminari, la scelta corretta del colore prima di posizionare la diga di gomma, lo studio della forma e delle caratterizzazioni.



Fig. 1. Fotografia pre-operatoria in cui si nota il vecchio restauro in composito sul 21 che non soddisfa più le richieste estetiche del paziente.



Fig. 2. Immagine pre-operatoria più nel dettaglio delle caratterizzazioni presenti sul dente di riferimento.

Si procede quindi con particolare attenzione all'isolamento del campo operatorio dell'intero sestante anteriore (**Figura 3**). Si rimuove il precedente restauro con fresa da turbina a grana grossa sotto abbondante irrigazione. Si esegue poi sulla superficie vestibolare un bisello di 1 mm ottenuto prima con una fresa a pallina a grana grossa montata su turbina (**Figura 4**) rifinito poi con frese a football ad anello giallo (**Figura 5**).



Fig. 3. Isolamento con diga di gomma del campo operatorio.



Fig. 4. Fotografia eseguita durante la preparazione del bisello vestibolare con una fresa a pallina. Si raccomanda il raffreddamento con abbondante getto d'acqua o con soffio di aria continuo da parte dell'assistente.



Fig. 5. Rifinitura del bisello con fresa a grana fine anello giallo.

Per la rifinitura della superficie interprossimale si utilizza una fresa multilama a fiamma con punta sottile per salvaguardare il dente adiacente. La preparazione viene rifinita e lucidata con gommini e spazzolini sotto abbondante getto d'acqua (Figura 6). L'utilizzo di un divaricatore di Ivory ci permetterà di lavorare in sicurezza e comodamente nello spazio interprossimale (Figura 7).



Fig. 6. Lucidatura della superficie della cavità con un gommino.



Fig. 7. La superficie del dente perfettamente liscia dopo le manovre di rifinitura e lucidatura della cavità.

Si passa quindi alle manovre adesive in questo caso condotte con sistema adesivo automordenzante applicando così il primer e l'adesivo in un unico passaggio (All Bond SE, Bisco). Con questi sistemi adesivi è comunque consigliata una mordenzatura selettiva dello smalto per 15 secondi (Figura 8). Dopo aver risciacquato accuratamente l'acido per una decina di secondi, prima del passaggio del primer, è stato effettuato un lavaggio con il Cavity Cleanser (Bisco), un liquido a base di clorexidina al 2% (Figura 9), efficace nel migliorare la resistenza alla degradazione a lungo termine del legame adesivo. Quindi, dopo aver asciugato, si mescolano le due parti dell'adesivo e lo si applica sulla superficie dentale con un brush ben impregnato strofinando energicamente; lasciato in posa alcuni secondi si asciuga accuratamente e a lungo per eliminarne gli eccessi (Figura 10).



Fig. 8. Mordenzatura selettiva dello smalto per 15 secondi con acido ortofosforico al 32% (Uni-Etch, Bisco).



Fig. 9. La clorexidina al 2% utilizzata durante le fasi adesive (Cavity Cleanser, Bisco).



Fig. 10. L'adesivo (All Bond SE, Bisco) viene passato energicamente in 2-3 strati sulla superficie, lasciato riposare qualche secondo e soffiato via delicatamente eliminando gli eccessi.

Si polimerizza l'adesivo per 30-40 secondi con una lampada ad alta potenza con un programma ad intensità incrementale (Figura 11).

La tecnica di stratificazione utilizzata prevede l'utilizzo di una massa ad elevata opacità per sostituire la dentina naturale, in questo caso rappresentata dalla massa 3 del composito Adonis (Figura 12).

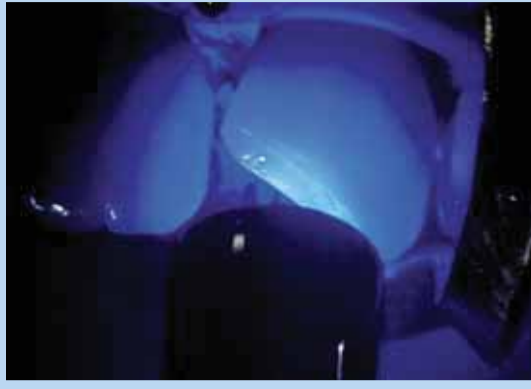


Fig. 11. L'adesivo viene polimerizzato (30-40 secondi) con lampada a LED ad alta intensità.



Fig. 12. La massa 3 di composito Adonis (Sweden & Martina) viene stratificata per ricreare il corpo dentinale.

La parte di cresta marginale che in natura è costituita da solo smalto, viene eseguita con una massa ad elevato valore ed opacità: la XW extreme white dell'Adonis (Figura 13). Per ricreare la trasparenza dell'aureola incisale presente sul dente di riferimento viene utilizzata la massa T, trasparente (Figura 14).

La XW viene nuovamente riutilizzata per evidenziare il margine incisale e creare contrasto con la zona di trasparenza subito a ridosso precedentemente eseguita (Figura 15).



Fig. 13. La massa XW di composito Adonis viene stratificata per ricreare la cresta marginale.



Fig. 14. La massa T Adonis viene stratificata per ricreare la trasparenza dell'aureola incisale.



Fig. 15. La massa XW viene nuovamente utilizzata per ricreare il margine incisale.

Per mascherare meglio il passaggio tra cavità ed otturazione, sul bisello, a tutto spessore, stratifichiamo la massa 1 opaca quindi coprente (Figura 16). Terminiamo la stratificazione del restauro con una unica massa di smalto traslucente W (Figura 17).



Fig. 16. Una massa 1 di Adonis viene utilizzata sul bisello per mascherare il margine della ricostruzione.



Fig. 17. Con la massa smalto W Adonis si ricostruisce lo strato più superficiale dell'otturazione.

Passiamo così alla fase di sgrossatura e rifinitura con una fresa a grana grossa che servirà per ricreare la microgeografia di superficie e la particolare incisura sul margine incisale presente sul dente di riferimento. Per la caratterizzazione da ipocalcificazione biancastra viene asportata una porzione di materiale tale da ottenere lo spessore necessario all'applicazione prima della resina fluida super colorata bianca opaca stemperata con dell'adesivo, che servirà anche a fissarla sulla superficie per mezzo della polimerizzazione, poi da un strato di smalto W che proteggerà la caratterizzazione dall'usura da spazzolamento (Figura 18-19-20).

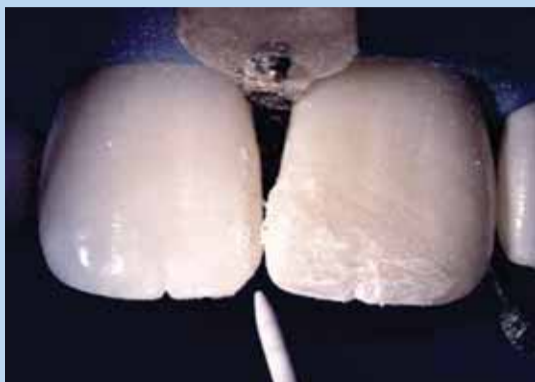


Fig. 18. L'incisura presente sul margine incisale del dente di riferimento viene ricreata con una fresa diamantata.



Fig. 19. Una resina supercolorata bianca viene utilizzata per ricreare la caratterizzazione a livello dell'incisura del margine incisale.



Fig. 20. Con la massa smalto W si ricopre la caratterizzazione.

Prima di rimuovere il divarcatore continuiamo la rifinitura con strisce abrasive a grana decrescente per rifinire la zona interprossimale del restauro (Figura 21). Con una sequenza di gommini con abrasività decrescente ammorbidiamo la microgeografia di superficie (Figura 22).



Fig. 21. La rifinitura interprossimale viene effettuata con strisce abrasive.



Fig. 22. Gommini abrasivi in silicone vengono utilizzati per le prime fasi di lucidatura.

In ultimo le setole e feltrini pre-impregnati di pasta diamantata (Figura 23) concludono la lucidatura. Una volta rimossa la diga, se necessario, possiamo utilizzare setole più morbide per la brillantatura finale (Figura 24) e approfondiamo l'incisura sul margine incisale con un disco diamantato a grana fine (Figura 25).



Fig. 23. Un feltrino imbevuto di pasta diamantata viene utilizzato a secco per la fase di brillantatura.



Fig. 24. Un moscione a setole morbide è stato utilizzato per la brillantatura finale.



Fig. 25. Con un disco diamantato a grana fine si rifinisce la caratterizzazione di forma del margine incisale.

Le caratterizzazioni di forma e di colorazione hanno personalizzato il restauro rendendolo molto più naturale, come si può riscontrare dalle immagini finali a confronto con l'iniziale (Figure 26, 27 e 2).



Fig. 26. Fotografia post-operatoria.



Fig. 27. Dettaglio del restauro finale.



Fig. 02. Immagine pre-operatoria a confronto

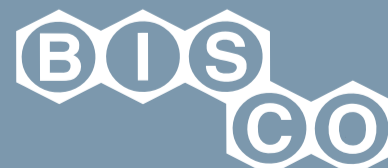
10

Dr Enzo Lamorgese
Corso teorico pratico di
odontoiatria conservativa di-
retta: come creare la giusta
illusione

4 e 5 marzo 2011
18 e 19 marzo 2011
1 e 2 aprile 2011

PERUGIA
Smile Art s.n.c. di Liberti e Mariani
Via Valtiera
06135 Perugia
Tel. 075.5998313

39 crediti ECM



Bringing Science to
the Art of Dentistry™

Per informazioni ed iscrizioni chiamate il nostro

800-010789

Prof. Vito Antonio Malagnino

Medico Chirurgo Odontoiatra

Professore Ordinario di Endodonzia presso l'Università degli Studi "G. D'Annunzio" di Chieti.
Past-President S.I.E. (Società Italiana di Endodonzia). Past-President S.I.D.O.C. (Società Italiana di Odontoiatria Conservatrice).

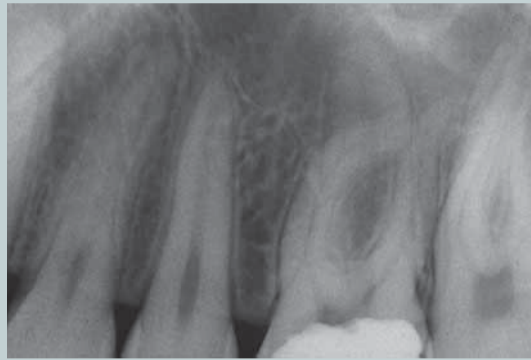
Membro d'onore della Società Francese di Endodonzia. Co-editor del "Giornale Italiano di Conservativa". Autore di più di 100 pubblicazioni in campo endodontico, conferenziere in congressi nazionali ed internazionali. Tra i primi al mondo ad adottare la strumentazione in Ni-Ti sia manuale che meccanica.



Ruolo della strumentazione nella rifinitura apicale

Gli studi sui diametri degli ultimi millimetri canalari hanno evidenziato che nella stragrande maggioranza dei casi i diametri maggiori ad 1 e 2 millimetri dall'apice sono compresi fra 35-40 e 50-60 centesimi di millimetro. Essi sono cioè superiori a quanto immaginato dai Clinici di fronte alla difficoltà di portare strumenti poco flessibili (soprattutto strumenti in acciaio) superiori a 25-30 all'apice o a ridosso.

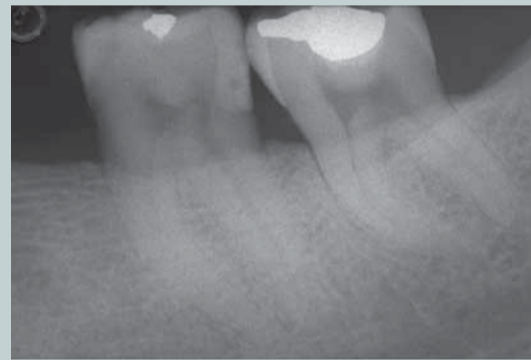
Con una corretta strumentazione NiTi è possibile "aprire" lo spazio canalare fino all'apice e consentire una strumentazione della porzione apicale fino ai diametri in essa realmente esistenti. Il trattamento sistematico dei canali seguendo questi principi porta alla evidenziazione di casi in cui negli ultimi millimetri la completa preparazione e debridement porta all'apertura di spazi "accessori" del sistema endodontico quali bi e triforcazioni apicali. Nel caso n°1 si tratta di un 1.6 con triforcazione apicale del canale palatino. Nel caso n°2 si tratta di un 3.7 con triforcazione apicale del canale distale. Entrambi i casi sono stati preparati secondo i principi della "Tecnica Simultanea" usando il Sistema Mtwo; l'otturazione è stata eseguita con tecnica Microseal.



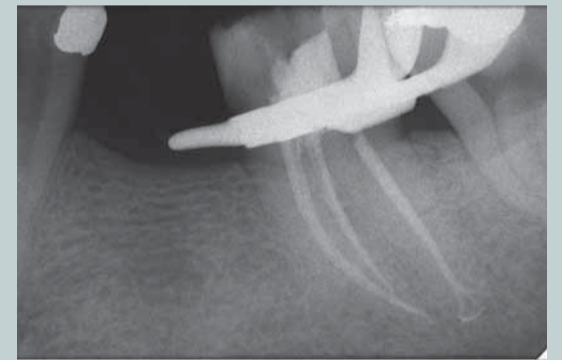
Caso 1A Caso n°1 rx pre-operatoria



Caso 1B Caso n°1 rx post-operatoria



Caso 2A Caso n°2 rx pre-operatoria



Caso 2B Caso n°2 rx post-operatoria

E' uscita la nuova **Rassegna Bibliografica [SCIENTIFICA]** dello strumento **Mtwo**.

SCIENTIFICA sottolinea l'interesse destato a livello mondiale dall'innovativo approccio proposto con la tecnica simultanea, nonché la diffusione che Mtwo ha raggiunto quale sistema di preparazione (circa 20 pubblicazioni), usato anche in studi finalizzati a scopi diversi da essa. Contiene

**APRI GLI OCCHI,
OGGI IL NUMERO 1 È ITALIANO.**

Lo strumento endodontico più efficace e venduto in Italia con un'ampia bibliografia internazionale.



approfondimenti specifici sulle caratteristiche meccaniche dello strumento (12 pubblicazioni), quali la resistenza alla fatica ciclica, la flessibilità, la resistenza alla torsione e la capacità di taglio; raccoglie poi studi sull'utilizzo degli strumenti Mtwo specifici per ritrattamento e per rifinitura apicale (10 lavori), nonché lavori che impiegano gli strumenti Mtwo per la successiva valutazione di diverse tecniche di otturazione. Lavori di referenziati autori pubblicati da autorevoli riviste internazionali. Ma anche lavori di ricercatori, studiosi, utilizzatori che hanno apprezzato la semplicità d'uso dello strumento, la sua velocità, l'efficacia di taglio. È pubblicata inoltre una sezione di poster e abstract di relazioni congressuali. E' possibile richiedere la raccolta Scientifica utilizzando il modulo di pagina 28.



Dr. Stefano Lombardo

12

Nell'attuale panoramica implantoprotesica le nuove tecnologie (CAD/CAM, 3d imaging, ecc) si sviluppano in maniera rapida e diffusa: quali sono a suo parere gli esiti più interessanti?

Lo sviluppo e l'affinamento delle conoscenze implanto-protesiche ha prodotto importanti cambiamenti nella formulazione del piano di trattamento restaurativo/protesico. Quasi sempre è possibile sostituire elementi dentali mancanti senza coinvolgere i denti adiacenti alla lacuna mediante protesi ancorate a fixture osteointegrate. Si attua sempre meno il sacrificio biologico della protesizzazione di elementi naturali sani o comunque ripristinabili in modo conservativo, al fine di fungere da pilastro di ponte per tradizionali protesi fisse.

La rivoluzione tecnologica dell'informatica che stiamo vivendo in ogni frangente della nostra vita quotidiana e professionale ha portato numerosi contributi positivi alle procedure diagnostiche e riabilitative, e l'impiego delle nuove tecnologie digitali costituisce un reale vantaggio per il team implanto-protesico. Il 3D imaging con-



sente di ottenere un'enorme quantità di dati, sottoponendo il paziente a minime esposizioni radianti. Software dedicati possono acquisire e processare i dati ottenuti al fine di trasformarli in un modello virtuale tridimensionale, ove poter pianificare il posizionamento ottimale degli impianti.

Procedimenti analoghi sono applicabili alla fase di progettazione e realizzazione della struttura protesica, utilizzando il supporto delle tecnologie CAD/CAM, grande innovazione tecnologica di derivazione ingegneristica che sta rivoluzionando l'attività dei laboratori odontotecnici mirando a migliorare la qualità dei restauri, standardizzando i processi produttivi riducendone i tempi di lavorazione e i costi di produzione. L'elevata precisione di questi sistemi, abbinata alla riduzione dell'effetto operatore/dipendente, giustifica lo sforzo delle aziende a perfezionare sistemi sempre più competitivi, e rende il ricorso alle nuove tecnologie appetibile da parte dei clinici più esigenti.

La fabbricazione di travate protesiche CAD/CAM con tecniche sottrattive sfrutta la lavorazione a freddo di blocchi pieni di materiali di altissima qualità ed omogeneità come il titanio, la zirconia, le leghe vili e le resine. Tali procedure impediscono le alterazioni fisico-chimiche ed eliminano le incognite legate alle tecniche "artigianali" di fusione e saldatura, garantendo ottimi livelli di precisione e standardizzando i protocolli, rendono più predicibile

il procedimento riabilitativo, snellendo i tempi esecutivi.

L'offerta merceologica inerente queste tecnologie è in esponenziale aumento, ma la scelta dovrebbe ricadere verso quelle aziende che investono in termini economici e di ricerca nella lavorazione in outsourcing, vale a dire che offrono la possibilità di gestire in laboratorio la parte CAD (Computer Aided Design: acquisizione tramite scanner e progettazione tramite software), ma che affidano la delicata parte CAM (Computer Aided Manufacturing) della realizzazione del prodotto finito ai milling centre, che ottengono elevati standard di precisione, non raggiungibili e soprattutto non mantenibili nel tempo anche dai più sofisticati fresatori acquistabili privatamente.

La realizzazione di protesi a supporto naturale e/o implantare non può prescindere dalla scrupolosa conoscenza delle svariate tecniche e dei molteplici materiali a disposizione del team implanto-protesico. Queste nuove tecnologie permettono di creare tra il laboratorio, lo studio e il paziente una fitta rete di scambi di informazioni digitali inerenti alle prove estetiche, ai wax-up e mock-up diagnostici, ai file della progettazione virtuale (CAD), al fine di realizzare strutture protesiche con procedure robotizzate sempre più performanti (CAM). Il frutto di questa collaborazione coinvolge il paziente in modo interattivo già nelle fasi diagnostiche e di formulazione del piano di trattamento affinché possa godere di restauri protesici altamente tecnologici e perfettamente integrati nel cavo orale.

Qual è il ruolo della zirconia nel futuro della protesi odontoiatrica?

La zirconia (biossido di zirconio) è di certo il materiale da restauro protesico che oggi attira maggiormente l'attenzione dei ricercatori, dei clinici e delle aziende produttrici. Si tratta di un ossido ceramico stabilizzato con ossido di Ittrio, dalle proprietà meccaniche eccezionali, tanto da essere denominata da tempo "acciaio bianco" e da trovare negli utilizzi industriali e aereo-spaziali applicazioni svariate. La sua stabilità strutturale e la sua inerzia chimica da cui deriva un'elevata biocompatibilità l'hanno fatta conoscere anche in campo medico, dapprima nel settore protesico/ortopedico e solo in seguito all'affinamento delle tecnologie CAD/CAM, anche in quello odontoiatrico. Nel nostro settore ha riscosso da subito notevole interesse per gli indiscussi vantaggi estetici derivati dall'uso di travate protesiche altamente resistenti di colore chiaro, e solo più tardi se ne sono apprezzate anche le doti biologiche e di scarsa adesività batterica aprendole le porte dei settori implantologici, restaurativi e protesici.

Al suo colore originale bianco lattescente oggi si affiancano diverse gradazioni cromatiche che possono migliorare ulteriormente il mimetismo dei restauri che sfruttano la presenza della zirconia nel core protesico. L'opacità che caratterizza questi nuclei ad alta resistenza, se da un lato garantisce il mascheramento anche di forti discromie dei pilastri protesici, dall'altro non consente di ottenere gradi di traslucenza paragonabili alle ceramiche integrali.

Queste ultime rappresentano tuttora il gold-standard in termini di compliance estetica, ma potrebbero essere sorpassate dalla zirconia in termini di efficienza biomeccanica nell'ambito dei restauri metal-free.

L'abilità artigiana e la sensibilità artistica dell'odontotecnico nel finalizzare qualsiasi riabilitazione protesica imprimono nel rivestimento estetico delle anche più avveniristiche sottostrutture quelle caratterizzazioni che nessuna macchina è oggi in grado di realizzare. La capacità di osservare, studiare e riprodurre i dettagli morfologici e colorimetrici degli elementi dentali naturali al fine di rendere invisibili i restauri protesici resta, per ora, appannaggio umano, ed è tuttora questo che qualifica e diversifica un abile tecnico da un potentissimo fresatore industriale. La progettazione delle travate mediante i moderni software CAD non esula da conoscenze altamente qualificate in tema di ceramizzazione. Il criterio secondo il quale la modellazione in cera delle travate per la metallo-ceramica prevede spessori calibrati da destinare al rivestimento estetico va applicato ancora più rigidamente se la struttura da ceramizzare è in zirconia. L'unione tra la ceramica e la zirconia sfrutta il solo principio della compressione sulla travata che il materiale da rivestimento esercita in fase di raffreddamento, ed è quindi obbligatorio utilizzare ceramiche con adeguati coefficienti di espansione e non lasciare notevoli spessori di ceramica non sostenuta, evitando l'instaurarsi di quei fenomeni di "chipping" che in passato hanno messo in discussione la validità stessa della metodica.

Senza dubbio è presto per poter affermare che la zirconia rappresenta il futuro della protesi dentale e il grande entusiasmo che suscita nel settore andrà validato a lungo termine dalla letteratura scientifica.

Come è cambiata l'odontoiatria nell'era dell'estetica del sorriso? La sinergia tra chirurgo e protesista ha cambiato il lavoro quotidiano dello studio odontoiatrico?

Il Prof. Peter Schärer dell'Università di Zurigo ci ricorda che nonostante il termine di "odontoiatria estetica" sia stato coniato negli USA, è ormai generalmente accettato in tutto il mondo ed è divenuto uno dei maggiori campi di interesse clinico, coinvolgendo quasi tutte le branche dell'odontoiatria. Dalla ricerca di nuovi materiali da restauro alle tecniche di cementazione, dal bleaching alla restaurativa, dalla parodontologia classica alla chirurgia muco-gengivale,



dalla rigenerazione guidata dei tessuti e dell'osso fino all'implantologia protesicamente guidata, tutto volge alla restituito ad integrità dei tessuti orali, al fine di rendere invisibile l'intervento odontoiatrico.

Il costante sviluppo tecnologico mirato all'ottenimento di un'estetica naturale si avvale degli sforzi delle aziende e della ricerca scientifica per la produzione di materiali sempre più performanti. Nel campo dei restauri metal-free esistono



ormai svariate metodologie con cui realizzare nuclei ad alta resistenza su cui ceramizzare materiali da rivestimento dedicati. I compositi, dal canto loro, si avvalgono del supporto delle nanotecnologie per ottenere caratteristiche di superficie sempre più performanti in termini di lucidabilità, brillantezza e resistenza al-



l'usura. L'adesione smalto-dentinale ha inoltre rivoluzionato le tecniche di cementazione della maggior parte dei manufatti protesici, soprattutto metal-free, coinvolgendo l'interesse dei clinici in continui sviluppi chimici, biologici e tecnologici.

Ai fini di una corretta riabilitazione implanto-protesica, conoscere e rispettare i canoni estetici dettati in modo esemplare dalla scuola svizzera è importante quanto l'aver padronanza delle discipline di base come l'igiene, la parodontologia, l'endodonzia, la conservativa, la chirurgia e la gnatologia. Le più importanti aspettative dei pazienti e le crescenti esigenze estetiche conducono i moderni odontoiatri a formulare piani di trattamento multidisciplinari, per la cui esecuzione diversi operatori si succedono, al fine di garantire al paziente la migliore competenza in ogni step terapeutico, rendendo sempre meno "generica" la figura professionale dell'odontoiatra.

Sono quindi gli specialisti delle varie discipline che interagendo in fase diagnostica e terapeutica possono risolvere al meglio quella che è la sfida odontoiatrica più complessa: la riabilitazione implanto-protesica delle gravi edentulie.

13



Dr. Stefano Lombardo

Nato a Torino il 27-12-1973. Nel 1997 si laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli studi di Torino con punti 110/110 con lode e dignità di stampa. Dal 1997 al 2009 ha svolto attività didattica, assistenziale e di ricerca clinica presso la Cattedra di Protesi Dentaria della Clinica Odontostomatologica diretta fino al 2006 dal Prof. Giulio Preti e dal 2006 dal Prof. Stefano Carossa. Dal 1999 al 2001 è stato Professore a Contratto nell'ambito dell'insegnamento di Protesi Fissa del CLOPD di Genova. Dal 2002 al 2007 è stato Professore a Contratto nell'ambito dell'insegnamento di Odontoiatria Restaurativa del CLOPD di Torino.

Dal 2007 al 2009 è stato Professore a contratto nell'ambito dell'insegnamento di Protesi Dentaria del CLID di Torino. Autore di pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali e relatore a diversi corsi e congressi.

Coautore del capitolo sull'edentulismo parziale lacunare e Autore dei capitoli dell'igiene e del follow-up nel libro del Prof. Giulio Preti "Riabilitazione Protesica Vol. 1,2".

Coautore dei capitoli sui materiali ceramici, compositi e sulla ricostruzione del dente trattato endodonticamente nel libro del Prof. Giulio Preti "Riabilitazione Protesica Vol 3". Coautore del capitolo di Protesi Parziale Fissa e Coautore dei capitoli di Odontoiatria conservatrice e Procedure cliniche conservative del Trattato di Clinica Odontostomatologica del Prof. Remo Modica. Si occupa prevalentemente di odontoiatria restaurativa e protesica oltre che di chirurgia orale e implanto-protesica.



IMPIANTI SWEDEN & MARTINA E SW

Lo switching platform è una tecnica di riabilitazione protesica che prevede l'uso di abutment di diametro inferiore rispetto alla piattaforma implantare al fine di migliorare la distribuzione biomeccanica del carico protesico, ma soprattutto per distanziare la connessione protesica dall'osso cervicale. La giunzione abutment-impianto viene oggi indicata come uno dei fattori responsabili del riassorbimento osseo cervicale, poichè può innescare reazioni infiammatorie.

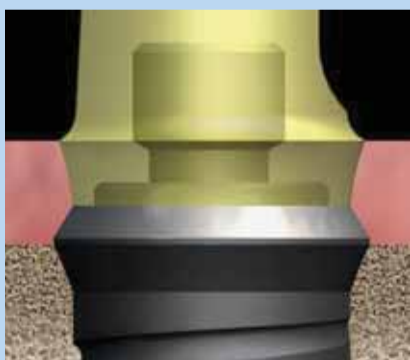
Le evidenze cliniche relative all'uso di impianti Sweden & Martina con tecnica Switching Platform confermano che il concetto funziona sia quando applicato alla morfologia della spalla dell'impianto (Switching Platform implantare), sia quando ottenuto protesizzando un impianto standard con abutment di diametro inferiore a quello previsto dalla piattaforma di connessione (Switching Platform protesico).

Ricci M., Tonelli P., Barone A., Covani U., **Ruolo del platform switching nel mantenimento dell'osso perimplantare**, Dental Cadmos 77(9), 2009: 31-39

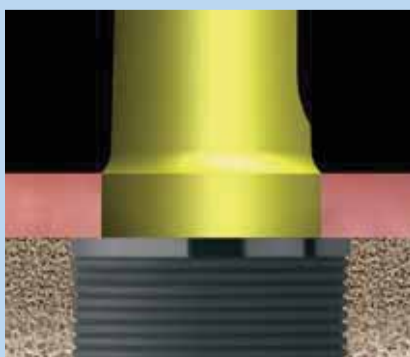
Due gruppi di 20 pazienti ciascuno hanno ricevuto un impianto* in sito edentulo, riabilitato in secondo tempo chirurgico con un abutment standard (gruppo controllo) e con tecnica Switching Platform (gruppo test). A un anno dal carico protesico il gruppo test mostrava una perdita ossea crestale significativamente minore rispetto al gruppo controllo.

Canullo L., Pace F., Coelho P.G., Sciubba E., Vozza I., **The Influence of Platform Switching on the Biomechanical Aspects of the Implant-Abutment System. A Three Dimensional Finite Element Study**, Accepted Med Oral Pat Or Cir Buc, 2010.

Un'analisi a elementi finiti ha comparato il comportamento meccanico di un impianto* caricato con un moncone tradizionale rispetto all'uso di un moncone Switching Platform. L'esame della distribuzione degli stress nell'osso perimplantare era notevolmente inferiore nella soluzione Switching Platform a beneficio dell'osso crestale.



Switching Platform implantare, insito nella morfologia dell'impianto



Switching Platform protesico: è legato alla scelta di un pilastro di un diametro più stretto rispetto alla piattaforma implantare.

EVIDENZE CLINICHE:

Canullo L., Quaranta A., Teles R.P., **The Microbiota Associated With Implants Restored With Platform Switching: A Preliminary Report** J Periodontol 2010;81:403-411

In 18 pazienti, 33 impianti* sono stati restaurati con tecnica Switching Platform e 15 impianti* con tecnica standard. A 36 mesi le riabilitazioni con Switching Platform mostravano un mantenimento del livello osseo significativamente migliore di quelli tradizionali. L'analisi del microbiota perimplantare non ha rilevato differenze nei due casi, indicando così che il principio di funzionamento dello Switching Platform non è da ascrivere al profilo microbiologico.

Canullo L., Iurlaro G., Iannello G., **Double-blind randomized controlled trial study on post-extraction immediately restored implants using the switching platform concept: soft tissue response. Preliminary report**, Clinical Oral Implant Research 2009; 20:414-420.

22 pazienti con altrettanti impianti*, 11 protesizzati con moncone da 3.80 mm, 11 con moncone da 5.50 mm, al follow-up di 25 mesi hanno dimostrato che il gruppo riabilitato con tecnica Switching Platform mantiene una migliore stabilità dei tessuti perimplantari molli e duri in maniera statisticamente significativa, implicando benefici estetici oltre a quelli funzionali.



Immagine al SEM di 4 impianti Global di diversi diametri, con lo stesso abutment da 3.80 mm: si notino i diversi mismatching dello Switching Platform



Abutment da 3.80 mm su impianto da 3.80 mm: nessun Mismatching

Abutment da 3.80 mm su impianto da 4.30 mm: Mismatching di 0,25 mm

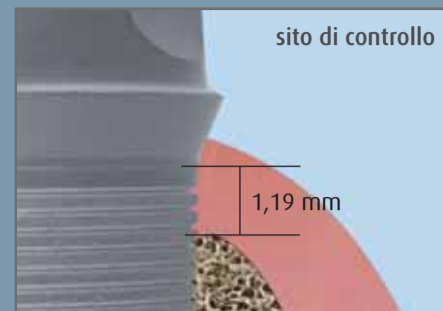
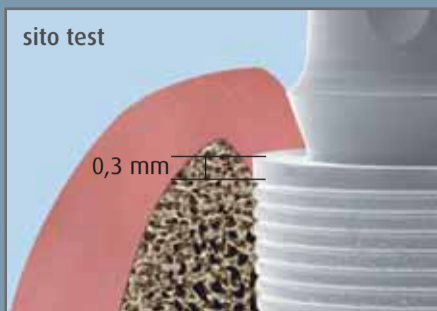
Abutment da 3.80 mm su impianto da 4.80 mm: Mismatching di 0,50 mm

Abutment da 3.80 mm su impianto da 5.50 mm: Mismatching di 0,85 mm

ITCHING PLATFORM: SINERGIA VINCENTE

AL MOMENTO DELL'INSERIZIONE

DOPO IL CARICO PROTESICO



Dai dati dello studio pubblicato su *Int J Prosthodont* 2009; 277-282, rielaborati graficamente in queste immagini, si evince che il riassorbimento osseo perimplantare di impianti protesizzati con tecnica Switching Platform (siti test) è inferiore a quello riscontrabile con impianti protesizzati con protocollo standard (siti di controllo).

PERCHÈ FUNZIONA?



GLOBAL

Canullo L., Goglia G., Iurlaro G., Iannello G., **Osservazioni a breve termine del livello osseo associato a "platform switching" in impianti mascellari singoli inseriti e restaurati immediatamente: un rapporto preliminare**, *Int J Prosthodont* 2009;22:277-282.

22 impianti*, la metà dei quali protesizzati con protocollo convenzionale e l'altra metà con tecnica Switching Platform, sono oggetto di questo protocollo protesico in casi di post-estrattivi immediati in sede mascellare restaurati immediatamente, evidenziando come la tecnica Switching Platform contribuisca ad una maggiore stabilità del livello dell'osso alveolare perimplantare.

Canullo L., Rossi Fedele G., Iannello G., Jepsen S., **Platform Switching and marginal bone-level alterations: the results of a randomized-controlled trial**, *Clinical Oral Implant Research*, 21, 2010, 115-121

Con questo studio su 80 impianti*, divisi in 4 gruppi e riabilitati con mismatching crescente da 0 a 0,85 mm, per la prima volta si stabilisce una relazione tra l'estensione dello Switching Platform e la perdita dimensionale di osso marginale, mettendo in relazione questo dato con il riposizionamento orizzontale dell'ampiezza biologica, nonché con una diversa distribuzione dello stress sull'osso perimplantare.

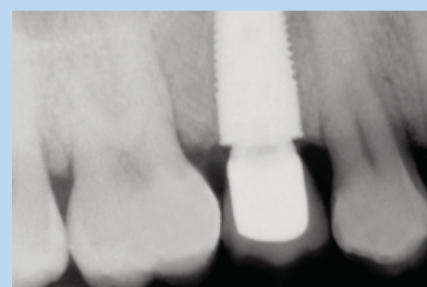


Kohno

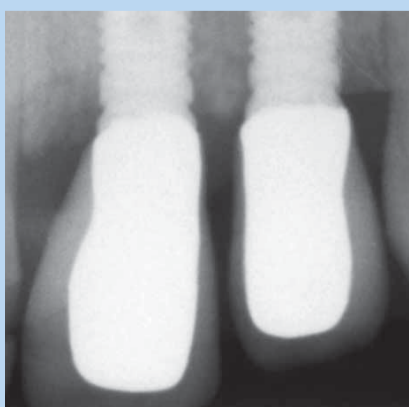
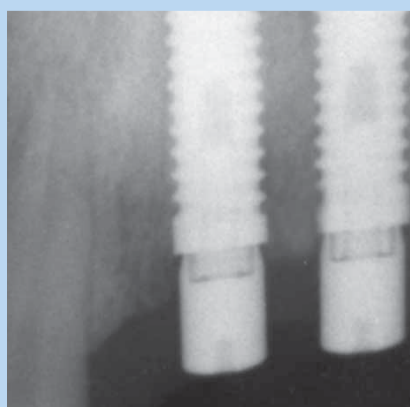
Atieh MA, Ibrahim HM, Atieh AH, **Platform Switching for Marginal Bone Preservation Around Dental Implants: A Systematic Review and Meta-Analysis**, *J.Periodontol.* 2010 Jun 24. [Epub ahead of print]

Gli autori hanno condotto un'estensiva revisione della letteratura sull'uso delle tecniche di Switching Platform per verificare il mantenimento dell'osso perimplantare. Hanno analizzato 10 studi che hanno coinvolto 1.239 impianti; di questi, 3 studi riguardavano impianti Global e Outlink, per un totale di 132 impianti. La meta analisi dei dati ha dimostrato che la tecnica Switching Platform è mediamente in grado di preservare l'altezza ossea e i livelli dei tessuti molli perimplantari.

* Tutti gli studi sono stati condotti su impianti Sweden & Martina



Caso clinico su impianto Global Ø 5.50 mm e l. 13 mm con abutment Ø 3.80. Per gent. conc. del Dr Luigi Canullo



Caso clinico su impianti Outlink Switching Platform Ø 4.10 l. 13mm. Per gent. conc. del Dr. Marco Csonka

sweden & martina



“IN PRINCIPIO ERA LA BARRA”
BREVE CRONACA D’UNA GUERRA QUOTIDIANA CONTRO UN NEMICO MICIDIALE



In visita all’Area Sistemi Implantologici della Sweden & Martina un giornalista riferisce le sue impressioni.

16

“In principio era la barra” Potrebbe intitolarsi così l’avventura di una visita all’Area Sistemi Implantologici della Sweden & Martina alla scoperta dei misteri di qualità negli impianti che ivi si producono. In principio, dicevamo, era la **barra di titanio**, lunga ed esile, con una già lunga storia alle spalle, tuttavia. Perché quegli steli argentei affastellati su vari ripiani in un lato dell’“Area” arrivano da oltreoceano (**Stati Uniti**) e giungono qui allo stabilimento di Due Carrare dopo una sosta che definiremo, di **“prima nobilitazione” in Germania**, a cura del fornitore tedesco. Nell’“Area”, reparto forse tecnologicamente più di punta dello stabilimento, quegli steli provenienti da lontano affrontano la loro mutazione più nobile ed impegnativa trasformandosi da semplice pezzo di metallo, utilmente biocompatibile, in un impianto di qualità che non esiteremo a definire dato l’insieme, “maniacoalmente perseguita”. Vediamo perché.

Prima di iniziare una nuova vita nella bocca del paziente diventando una cosa sola con essa, chi immaginerebbe che quel **frammento di barra**, lunga ed esile debba misurarsi con un processo articolato e supertecnologico per guadagnarsi, sul campo, la promozione al ruolo di “impianto”? Dalla sua prima trasformazione visiva in tre fasce esteriori (lucida, semiruvida e ruvida) corrispondenti a diversi compiti da svolgere, la complessa procedura della **sterilizzazione-decontaminazione** cui deve sottostare prima

dell’inserimento in bocca al paziente, assume più che altro l’aspetto di una guerra con l’uso di armi “micidiali” (in senso buono) contro nemici “micidiali” anch’essi (in senso cattivo), ossia batteri e contaminanti duri a morire.

E’ una guerra senza quartiere che si rinnova tutti i giorni all’interno dell’“Area” coinvolgendo, uno per uno i 250 mila impianti (cifra stimata per l’anno 2010) prodotti dalla Sweden & Martina. Puntualmente documentato “il conflitto” si svolge all’insegna di quel che appare innanzitutto un valore, prima che un’esigenza giuridico-amministrativa, ossia la “tracciabilità”: in caso di complicazioni (poiché l’assoluto non esiste) si può risalire mediante il codice a barre fino all’impianto incriminato, salvaguardando in tal modo l’utente finale (il paziente) e lasciando spazio ad interventi correttivi e/o futuri miglioramenti. Quegli stessi quotidianamente realizzati nell’“Area” grazie anche ad una **macchina da prototipi gestita da un operatore** dedicato, forse l’unica, oggi, nel panorama produttivo italiano.

Ma “tracciabilità” non è altro che un aspetto specifico di quella qualità che contraddistingue l’Azienda come scelta strategica di fondo. Termine logorato dall’uso, qualità alla Sweden & Martina diviene invece realtà effettiva se si considerano i controlli diretti eseguiti, giorno per giorno, sul 100 per cento dei semilavorati, se si considera l’entrata in gioco di micrometri, comparatori di planarità, proiettori di

REPARTI PRODUTTIVI



Uno sguardo di controllo alla fase di attrezzaggio svolta in modo completamente autonomo all’interno, ad opera del tornio a controllo numerico.



Il controllo visivo degli elementi dev’essere più che accurato in un Reparto di prima linea come il Controllo Qualità. Perché un termine così abusato sia conforme alla realtà e non un semplice slogan, come spesso capita.



Il tornio a controllo numerico è una macchina di alta precisione che occorre programmare. Nell’immagine, un momento della delicata operazione



Nella “Camera Bianca” il microscopio elettronico a scansione svolge un compito eccellente (in genere esaustivo) nel rivelare eventuali criticità del “pezzo”, che non sfuggiranno tuttavia all’operatrice.

profili, **microscopi ottici e a scansione elettronica**, apparecchiature ottiche automatiche per misure micrometriche ed infine **l'impiego di 8 persone appositamente addette al controllo**. Ma qualità è anche e soprattutto operare in conformità ai severi standard UNI EN ISO 9001 e UNI CEI EN ISO 13485 relativi ai dispositivi medici in ottemperanza alla Direttiva 93/42/CEE.

Alcune operazioni dell'articolato processo avente luogo quotidianamente nell'"Area" rasentano decisamente la fantatecnica. Ad esempio, il lavaggio degli impianti di titanio dall'olio di lavorazione mediante alcool modificato con riutilizzo completo del residuo e conseguente risparmio energetico. Ma non basta: nella **"camera bianca"** il pezzo entra infatti, pulito alla vista ma non a livello molecolare. Occorre decontaminarlo con sabbatura subatomica ed uso di solventi. Alla fine sarà un microscopio a scansione elettronica dall'occhio impietoso a controllarlo, porzione per porzione, impianto per impianto, prima dell'inserimento in fiala sotto una cappa a flusso lamellare e del **confezionamento finale**.

A monte della polivalente attività dell'"Area" c'è l'input della prestigiosa consulenza di opinion leader odontoiatrici, le sollecitazioni provenienti dalla forza vendita e dagli Agenti sul territorio, le idee e i suggerimenti scaturiti nell'Ufficio Ricerca e Sviluppo, formidabile "retrovia" del "conflitto", ma al tempo stesso anch'essa strategia prioritaria dell'Azienda. Articolati nella produzione di studi sperimentali in vitro, in vivo e clinici, ricerca e sviluppo trovano alimento e ragion d'essere, all'esterno, nel supporto conoscitivo di autorevoli professionisti ed università, nella collaborazione ravvicinata con Enti di ricerca anche internazionali. All'interno, invece, si fondano su una **"task force" di tecnici specializzati in nanotecnologie, in micromeccanica di precisione, in processi e trattamenti chimici**. La produzione viene poi commisurata alle esigenze effettive di vendita da quella vera e propria "cabina di regia" che è l'Ufficio Programmazione. Essendo l'implantologia materia dal divenire tumultuoso, la strategia della decontaminazione/sterilizzazione assoluta



L'assemblaggio degli impianti sotto una cappa a flusso lamellare all'interno della Camera Bianca rappresenta uno degli ultimi atti della "battaglia finale" per la decontaminazione.

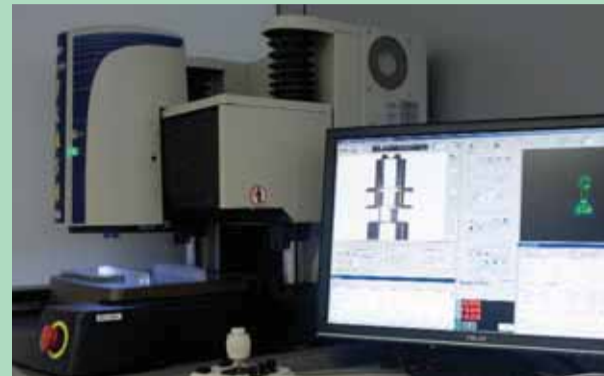


Nella realizzazione di un'attrezzatura si attua il giusto binomio tra la precisione della macchina e l'"impegno informato" dell'operatore

perseguita dalla Sweden & Martina non può che apparire incredibilmente costosa, perché si tratta come si vede, di una guerra assai sofisticata. Come potrebbe non esserlo quando per la duplice operazione necessitano macchine ad alta tecnologia? Come potrebbero non incidere gli aggiornamenti incessanti imposti dal "divenire" tecnologico? Come evitare una formazione continua "a cascata" cui sottoporre il personale all'irrompere dell'innovazione? La rincorsa verso la qualità alla Sweden & Martina appare come una gara ad ostacoli dietro ad un obiettivo in continuo movimento. Ma l'assoluto qualitativo val bene..... la spesa...



Il confezionamento e l'etichettatura degli impianti, ormai personalizzati, igienicamente affidabili viene svolto con la stessa attenzione usata "a monte" nelle varie fasi del processo che li ha preparati a divenire materia viva e vitale.



Apparecchiatura ottica a controllo numerico: un occhio automatizzato ed implacabile, cui non sfuggono eventuali difetti, pur se celati a livello micrometrico



"Panoramica reparto tornerie" - Sguardo d'insieme su reparto torneria, dove la semplice barra di titanio inizia il lungo viaggio verso la sua nobile trasformazione in impianto biocompatibile.

Foto di Giuseppe Armillotta

LA PRECISIONE NELLE RICOSTRUZIONI ESTETICHE.

- > Sei masse dentina ad elevata opacità
- > Quattro masse smalto ad opacità variabile
- > Tre extreme per ottenere effetti e caratterizzazioni

adonis

Composito estetico universale nanoriempito





A 2 anni dall'inaugurazione della filiale spagnola, prosegue l'impegno di **Sweden & Martina** al fine di replicare nella penisola Iberica tutti i successi ottenuti in Italia, incluso il programma di corsi di alto livello che da sempre contraddistingue l'azienda.

È in quest'ottica che si inseriscono le iniziative di grande prestigio organizzate nella prima parte del 2010, come il corso tenuto lo scorso 6 marzo dal **prof. Ugo Covani nel Salón de Grados della facoltà di Odontoiatria della suggestiva sede dell'Università di Siviglia**. La presentazione, dal titolo "L'impianto post-estrattivo: dal dente unitario all'arcata completa", è stata introdotta dal Prof. Eugenio Velasco Ortega, Professore Titolare della cattedra di Odontoiatria Integrata e Direttore del Master di Implantologia Orale presso la Facoltà di Odontoiatria dell'Università di Siviglia.



Prof. Ugo Covani



Dos años después de la inauguración de la filial española, continua el empeño de **Sweden & Martina** de replicar en la Península Ibérica todos los éxitos obtenidos en Italia, incluyendo el programa de cursos de alto nivel que viene distinguiendo a nuestra empresa. Es en este sentido, que han tenido cabida iniciativas de gran prestigio organizadas en la primera mitad del 2010, como el curso impartido el pasado 6 de marzo por el **Prof. Ugo Covani en el Salón de Grados de la facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla**. La presentación, "El implante post-extracción. Del diente unitario a la arcada completa", fue presentada por el Prof. Eugenio Velasco Ortega, Profesor Titular de la cátedra de Odontología Integrada y Director del Master de Implantología Oral que se realiza en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.



Prof. Ugo Covani e Prof. Eugenio Velasco Ortega



Grande successo anche per il corso tenuto dal **Dr. Biscaro a Valencia** lo scorso 8 maggio, che ha visto la partecipazione di oltre 100 odontoiatri presso l'Hotel Aqua di Valencia. Il corso, la cui traduzione in diretta è stata curata dal Dr. Elio Pratico di Madrid, verteva sulla terapia delle edentulie in atto e di quelle potenziali, valutando i protocolli tradizionali e impianti inclinati e approfondendo la fase protesica con sezioni video dedicate alla **sistematica con PAD-KOHNO**. Al termine dell'esposizione, al Dr Biscaro è stata consegnata una targa di ringraziamento dal **Prof. Miguel Peñarrocha Diago** dell'Università di Valencia.



Otro gran éxito fue también el curso impartido por el **Dr. Biscaro en Valencia** el pasado 8 de mayo, que contó con una participación de más que 100 profesionales del sector y que tuvo lugar en el Hotel Aqua de Valencia. El curso, cuya traducción fue realizada por el Dr. Elio Pratico de Madrid, versaba sobre la terapia de las edentulias presentes y de las potenciales, evaluando los protocolos tradicionales y los implantes inclinados y profundizando la fase protésica con una sección de video dedicada a la **sistémica con PAD-KOHNO**. Al finalizar la exposición, al Dr. Biscaro se le hizo entrega por parte del **Prof. Miguel Peñarrocha Diago** (de la Universidad de Valencia), de una placa de agradecimiento.



Il 28 maggio a Madrid è stato invece il **Dr. Francesco Martelli**, impegnato a livello internazionale con l'Accademia Messicana di Endodonzia e presidente onorario della Società Greca di Odontoiatria Microscopica, a presiedere all'incontro dal titolo "Complicanze e Fallimenti in Implantologia". A presentarlo al numeroso consesso di professionisti intervenuti all'evento la **Prof.ssa Sofia Hernández Montero, Direttrice del Master Ufficiale di Implantologia e Protesi dell'Università Alfonso X di Madrid**. Ricordiamo infine il programma di corsi di livello avanzato organizzati nelle maggiori città spagnole, in collaborazione con il **Dr. Giorgio Carusi, Professore di Chirurgia Orale dell'Università di Pisa, membro della IADR (International Association for Dental Research)**, ideatore della tecnica MISE e autore di numerose pubblicazioni in riviste specializzate nazionali ed internazionali e relatore a congressi in tutto il mondo. In seguito al grande successo ottenuto nelle prime sessioni di Madrid, Cordoba e Valencia, l'ufficio corsi Sweden & Martina sta organizzando le nuove date per questo autunno: per ulteriori informazioni contattare infospagna@sweden-martina.com o chiamare il numero verde 900 993 963.



Il Dr. Leonello Biscaro con il Dr. Gianfranco Parente, responsabile commerciale di Sweden & Martina Mediterranea e il Prof. Miguel Peñarrocha Diago al momento della consegna della targa
El Dr. Leonello Biscaro con el Dr. Gianfranco Parente, encargado comercial Sweden & Martina Mediterranea y el Prof. Miguel Peñarrocha Diago al momento de la entrega de la placa de agradecimiento



Da sinistra a destra: Prof. Miguel Peñarrocha Diago, Dr. Gianfranco Parente e Dr. Leonello Biscaro
De izquierda a derecha: Prof. Miguel Peñarrocha Diago, Dr. Gianfranco Parente y Dr. Leonello Biscaro



El 28 de mayo, en Madrid, el **Dr. Martelli**, relacionado a nivel internacional con la Academia Mexicana de Endodonzia y presidente honorario de la Sociedad Griega de Odontología Microscópica, ha presentado un encuentro de título "Complicación y fracasos en implantología". Durante la exposición, realizada delante de un amplio auditorio, ha intervenido la **Profesora Sofía Hernández Montero, Directora del Master Oficial de Implantología y Prótesis de la Universidad Alfonso X El Sabio de Madrid**. Aprovechamos la ocasión para mencionar el programa de cursos de alto nivel organizados en las mayores ciudades de España. En colaboración con el **Dr. Giorgio Carusi, Profesor de Cirugía Oral de la Universidad de Pisa, miembro de la IADR (International Association for Dental Research)**, creador de la técnica MISE y autor de numerosas publicaciones en revistas especializadas nacionales e internacionales, además de ponente en congresos en todo el mundo. Dado el gran éxito de las primeras sesiones realizadas en Madrid, Córdoba y Valencia, Sweden & Martina esta organizando nuevos cursos para el próximo otoño. Para más información, pueden enviar un correo a infospagna@sweden-martina.com o llamar al número gratuito 900 993 963.



Prof.ssa Sofia Hernández Montero con el Dr. Francesco Martelli
Prof.ssa Sofia Hernández Montero con el Dr. Francesco Martelli



Un momento del curso del Dr. Francesco Martelli
Un momento del curso del Dr. Francesco Martelli



Il Dr. Giorgio Carusi durante il corso a Madrid
El Dr. Giorgio Carusi durante el curso en Madrid



Un momento del curso del Dr. Giorgio Carusi a Madrid
Un momento del curso del Dr. Giorgio Carusi en Madrid



Il Dr. Marotto Garcia in visita nei reparti produttivi con la moglie
El Dr. Garcia Marotto con su esposa visita los departamentos de producción



Gruppo di clienti spagnoli nel parco di Sweden & Martina
Grupo de clientes españoles en el parque Sweden & Martina



Lo stand di Sweden & Martina - Expodental Madrid 2010
El estand de Sweden & Martina - Expodental Madrid 2010



Gruppo di clienti spagnoli nei reparti produttivi di Sweden & Martina
Grupo de clientes españoles en los departamentos de producción de Sweden & Martina

Il sistema implantare Premium Kohno protagonista alle manifestazioni per il 110° Anniversario della facoltà di Odontoiatria dell'Università dell'Avana - Prof. Ugo Covani

19

In occasione del 110° Aniversario de la Fundación de la Escuela de Odontología de la Universidad de La Habana sono stati organizzati dal 21 al 25 giugno 2010 nella città cubana una serie di simposi di Società scientifiche internazionali presso il locale Palacio de Convenciones. L'occasione ha visto l'alternarsi sul podio di numerosi oratori provenienti da numerosi paesi.

Nell'ambito del congresso della Sociedad De Implantologia Oral Latinoamericana (SIOLA) il Prof. Ugo Covani, dell'Università di Pisa, ha tenuto una lettura sugli impianti post-

estrattivi immediati illustrando la sua vasta esperienza su questo tema e l'insieme delle sue ricerche che hanno fatto del sistema implantare Premium Kohno uno degli impianti più studiati al mondo per questo utilizzo. Ovviamente grande è stato l'interesse dimostrato dal pubblico, in gran parte spagnolo, a conferma della notorietà del relatore e del successo raggiunto da questo sistema implantare nella penisola iberica.

Il sistema Premium Kohno è stato inoltre protagonista della presentazione del dott. Daniele Botticelli, relatore nell'ambito del Congresso dell'Accademia Italiana di Implantoprotesi, ospitato anch'esso al Palacio de Convenciones. Oggetto della presentazione le recenti e interessanti



I relatori del Congresso Siola, tra i quali il prof. Penarrocha Diago, cattedratico di Valencia, e il prof. Velasco Ortega, cattedratico di Siviglia, utilizzatori dell'Impianto Premium Kohno.

ricerche istologiche che il dott. Botticelli ha portato a termine e che sono in corso di pubblicazione sulle principali riviste internazionali. Tali ricerche contribuiranno certamente a un ulteriore chiarimento dei fenomeni biologici associati alla guarigione dell'alveolo post-estrattivo in presenza di un impianto immediato.



Il Prof. Ugo Covani durante la sua presentazione

In primavera Sweden & Martina ha ospitato con soddisfazione due corsi internazionali di implantologia durante i quali il **Dr. Luigi Canullo** ha illustrato a colleghi provenienti dalla Siria e dalla Turchia le più attuali tecniche di elevazione del seno e di rigenerazione ossea. Tra i partecipanti al corso è stata una piacevole sorpresa ritrovare il **Prof. Issa Wahbe, direttore del reparto di chirurgia maxillo-facciale dell'Università di Damasco nonché dell'Università di Calamoun**, che già aveva visitato l'azienda in passato.

*Last spring Sweden & Martina was satisfied to host two International Courses of Implantology, during which **Dr. Luigi Canullo** explained to colleagues from Syria and Turkey the most recent techniques of Sinus Lift and Bone Regeneration. Among the participants it was a pleasant surprise to find again **Prof. Issa Wahbe, Chief Director of Maxillo-Facial Surgery at Damascus University and Calamoun University**, who had already visited Sweden & Martina in the past.*





**Prof. Leonardo Trombelli
e Prof. Mariano A. Sanz**
Corso sulla Riabilitazione
Implanto-protetica del paziente
parodontalmente compromesso
26 marzo 2010



**Prof. Guido Macaluso
e Dr. Carlo Galli**
il 26 febbraio 2010 in visita
alla Sweden & Martina



**Il Dr. Adamo Monari
il Dr. Paolo Ferrari
e il Dr. Guido Fichera,**
allo stand Sweden & Martina
durante il XIV Congresso
Nazionale AIC – Riva del Garda,
23-24 aprile 2010

Lo stand Sweden & Martina
al 53° Congresso Amici di Brugg
Rimini, 27-29 maggio 2010



Dr. Di Marco e Dr. Motta Jones
Corso di Chirurgia Orale Estrattiva,
Circolo Golf Bogogno (NO),
14 maggio 2010



Nella splendida cornice del Circolo Golf Bogogno (NO) si è tenuto venerdì 14 maggio 2010 il corso di chirurgia orale estrattiva degli elementi dentari inclusi. Questo "one day course", ha avuto come relatori il Dr Alessandro Di Marco e il Dr Jason Motta Jones, entrambi attualmente responsabili del reparto di Chirurgia Orale I e II presso la clinica odontoiatrica dell'Istituto Ortopedico Galeazzi IRCCS Università degli Studi di Milano, coadiuvati dal Dr Stefano Magrin, loro stretto collaboratore. L'obiettivo è stato quello di fornire nozioni di base e avanzate per la corretta pianificazione ed esecuzione dell'avulsione degli elementi inclusi. Per garantire una migliore comprensione del tema e di tutte le problematiche inerenti si è limitata

la partecipazione ad un numero di 15 corsisti. In questo modo i partecipanti hanno potuto interagire attivamente con i relatori e chiarire i loro anche più minimi dubbi, che sono poi quelli che destabilizzano e minano la tranquillità dell'operatore nella pratica quotidiana. Si sono analizzati step-by-step tutti i passaggi fondamentali: dallo studio dell'anatomia chirurgica, alle indicazioni all'avulsione e al suo timing, alla diagnosi radiologica pre operatoria passando per l'analisi delle malattie sistemiche che interferiscono con la guarigione, lo strumentario, la preparazione del campo e dell'operatore e l'approccio farmacologico. Oltre a queste nozioni di base i relatori hanno poi passato in rassegna le metodiche chirurgiche attraverso casi clinici documentati sia con immagini che video, in modo da chiarire al corsista l'effettiva durata dell'intervento e di tutti i suoi passaggi.



Il nuovo sistema di otturazione a caldo Domino rappresenta un'alternativa ai sistemi disponibili per l'otturazione verticale del canale radicolare (cioè ai sistemi che utilizzano l'onda continua di condensazione); esso si fonda sulla comprovata tecnologia di un otturatore centrale flessibile uniformemente rivestito di uno strato di guttaperca termoplastica, opportunamente riscaldata a bassa temperatura. Il sistema Domino con carrier, dedicato alla preparazione dei canali con strumenti Mtwo, non richiede forza di condensazione e temperature elevate, garantendo il veicolo della guttaperca termoplastizzata alla lunghezza di lavoro.

Laddove non sia necessario preparare una cavità per l'alloggiamento di un perno, Domino rappresenta il sistema di otturazione più indicato, rapido e sicuro.

Esso consente di raggiungere un riempimento completo anche di canali laterali e istmi in maniera efficace e con pochi semplici passaggi. Gli otturatori e i verificatori Domino sono particolarmente studiati per una preparazione con strumenti Mtwo.

Gli otturatori endodontici Domino sono carrier ricoperti di guttaperca "alfa"; la scelta dell'otturatore più corretto è facilitata

dal precedente impiego di un verificatore, che indica all'utilizzatore quale misura sia più aderente alle pareti del canale radicolare sagomato, per garantirne un'accurata otturazione. Verificatori e otturatori sono disponibili nelle misure da 020 a 045.

Caratteristiche

- tecnologia e procedura clinica collaudatissima;
- comprovata efficacia nell'otturazione di canali curvi grazie alla flessibilità degli strumenti;
- l'uso degli otturatori Domino non è in alcun modo limitato dalla dimensione o dalla curvatura dei canali;
- elevata capacità di scorrimento della guttaperca "alfa" per garantire anche l'otturazione dei canali laterali ed accessori;
- il materiale di otturatori e verificatori consiste in un composto polimerico non tossico, altamente stabile, usato molto spesso anche in implantologia e fisicamente tollerato dall'organismo in maniera ottimale;
- l'indicazione della misura degli otturatori è fornita attraverso un color-coding che segue gli standard ISO;

Dr. Fabrizio Morelli Un ricordo del Dr. Orazio Martini

Ciao Orazio...

Ciao Orazio, e così anche questa volta sei riuscito a stupire tutti, ci hai, come dire, spiazzati tutti, d'altronde sei sempre stato avanti, con le scelte, con la professione, con l'ironia che ti contraddistingueva, con il sapere circondarti delle cose belle della vita, come le amicizie che sapevi singolarmente sceglierti. Pochi sono coloro che sono riusciti a trasmettere la passione e la professionalità vera, genuina ad altri colleghi, senza nulla chiedere in contropartita, pochi sono coloro che mai ho sentito pronunciare un commento o un giudizio negativo nei confronti dei molti che invece lo avrebbero meritato, ebbene tu sì, tu eri uno di questi pochi! Ciao Orazio, ho impresso nella mente il tuo elegante sorriso, franco, sincero mai di comodo, i tuoi sottili occhi di una intelligenza fuori del comune, ma mai ostentata, la tua gentilezza ferma e non manierata. Ricordi Orazio quanti corsi, congressi e serate abbiamo tenuto insieme, ricordi che dovevamo iniziare una ricerca, una collaborazione insieme, proprio adesso, ricordi quante volte ci siamo reciprocamente insegnati qualcosa, come sempre tenevi a dirmi tu? In realtà adesso che ci penso bene, non so quello che io possa averti insegnato, certo invece che è moltissimo quello che ho ricevuto da te, sapevi proprio insegnare Orazio, perché come diceva S. Agostino: "un buon metodo per imparare è studiare, più efficace è l'ascoltare, ma l'ottimo è insegnare, poiché donare insegna a ricevere, perché insegnare è la base per imparare", e tu devi proprio aver imparato moltissimo...volevo solo pensarlo e non scriverlo, ma accidenti...ci mancherai da morire!

Ciao Orazio...

G. Carusi, A. Sisti, M.P. Mottola, G. Matera, P. Veruggio, L. Gelmi, A. Bailo,
Tecnica di rialzo del seno minimamente invasiva nel trattamento
implantare del mascellare edentulo, Dental Cadmos 2009 (12) , 77 (10)

Questa recente pubblicazione apparsa su Dental Cadmos descrive in modo puntuale la tecnica MISE per il rialzo del seno. Il lavoro illustra gli innumerevoli vantaggi della tecnica di rialzo del seno M.I.S.E. ed ha coinvolto 238 impianti, con una percentuale di sopravvivenza impiantare a 48 mesi del 98.8%.

Sono stati ottenuti rialzi sino a 6 mm e trattate creste residue di altezza ≤ 4 mm. Il lavoro evidenzia come la tecnica MISE sia affidabile e sicura, con ripetibilità dei risultati, anche se eseguita da un operatore con ridotta esperienza in chirurgia impiantare. La tecnica risulta efficace e atraumatica a condizione che venga rispettato rigorosamente il protocollo in tutti i suoi passaggi. Lo studio ha inoltre confermato come la procedura MISE venga molto apprezzata dai pazienti per il ridotto dolore, edema e fastidio rispetto alla tecnica standard.



22



Caneva M., Salata L.A., Scombatti de Souza S., Bressan E., Botticelli D. Lang N.P.,

Hard tissue formation adjacent to implants of various size and configuration immediately placed into extraction sockets. An experimental study, in dogs, Accepted for publication and published on line in ahead of print, Clinical Oral Implants Research, May 2010

Questo studio recentissimo, già sottoposto e accettato da Clinical Oral Implant Research, aveva come obiettivo la valutazione dell'influenza della dimensione e della forma degli impianti immediati post-estrattivi sull'integrazione.

Sono stati usati gli alveoli estrattivi distali dei quarti premolari mandibolari di 6 cani labrador. Nei siti di controllo sono stati installati nel centro dell'alveolo impianti cilindrici di 3.3 mm (Premium, Zirti), che lasciavano un difetto perimplantare residuale di circa 1 mm. Nei siti test sono stati inseriti impianti conici di 5 mm di diametro coronale (Kohno, Zirti) che riempivano completamente l'alveolo.

Dopo 4 mesi, la cresta alveolare ha subito un riassorbimento sia buccale che linguale, ma buccalmente il riassorbimento medio era significativamente più alto nei siti test (2.7 mm) rispetto a quelli di controllo (1.5 mm). Il BIC medio rilevato era 62% nei siti test e 58% nei siti di controllo. Gli autori hanno quindi concluso che la scelta di inserire in situazione post-estrattiva immediata impianti conici e impianti di largo diametro non previene l'inevitabile riassorbimento vestibolo-linguale della cresta alveolare. Ne consegue da un punto di vista clinico che la scelta e il diametro dell'impianto non deve essere fatta sulla base delle misure dell'alveolo ma piuttosto per garantire una stabilità impiantare nell'osso apicale al sito post-estrattivo.

Canullo L., Quaranta A., Teles R.P.,

The microbiota associated with implants restored with platforms switching: a preliminary report, Journal of Periodontology, 2010, 81; 403-411.

Nell'ambito degli approfondimenti sul comportamento impiantare in presenza di Platform Switching, ai numerosi studi clinici che hanno evidenziato un significativo mantenimento della cresta ossea perimplantare, si affianca ora una ricerca che ha valutato le differenze microbiologiche nel solco sub gengivale intorno ad impianti riabilitati con e senza tecnica Platform Switching: Sono stati esaminati 48 impianti Global, inseriti nel mascellare posteriore di 18 pazienti: 33 impianti (d. 4.3, 4.8 e 5.5 mm) sono stati protesizzati con tecnica Platform Switching utilizzando un pilastro di $\varnothing 3.80$ (gruppo test), e 15 impianti (d. 3.8 mm) con tecnica tradizionale, utilizzando anche in questo caso un abutment di 3.8 mm (gruppo controllo). A 36 mesi dal carico, sono stati prelevati dei campioni di placca sub-gengivale dall'area mesio- e disto-buccale di ciascun impianto e da uno dei denti adiacenti in ciascun soggetto.

I campioni sono stati analizzati presso The Forsyth Institute di Boston, mediante la tecnica di ibridizzazione DNA-DNA. Da un punto di vista clinico si è osservata ancora una volta una significativa differenza nel comportamento dell'osso crestale tra il gruppo trattato con platform switching (riassorbimento medio 0.86 ± 0.37 mm) ed il gruppo trattato con impianti tradizionali (1.42 ± 0.42 mm), mentre l'esame della microflora non ha evidenziato quantitativamente e qualitativamente differenze significative tra i gruppi test e i gruppi controllo.

I risultati suggeriscono che, pur nei limiti del protocollo condotto durante questo studio, il meccanismo coinvolto nel minor riassorbimento osseo in presenza di Switching Platform non sia quindi direttamente influenzato dalla microflora impiantare sottomucosa.





Questa microfotografia rappresenta la guarigione dopo 4 mesi di un impianto installato in zona premolare con torque finale alto (gruppo con media di oltre 35 Ncm). Notare l'ottima integrazione dell'impianto.

Pantani F., Botticelli D., Garcia I.R. Jr., Salata L.A., BorgesG.J. e Lang N.P. (2010)

Influence of lateral pressure to the implant bed on osseointegration - An experimental study in dogs. Published on line for publication, Clinical Oral Implant Research

In anteprima vi informiamo circa gli esiti di questo nuovo ulteriore studio sperimentale, già accettato dal Clinical Oral Implant Research. Lo scopo di questo studio sperimentale era di comparare, tramite valutazione istologica a 4 mesi, la guarigione del tessuto osseo in impianti installati con valori di torque finale differenti. Gli impianti (Sweden & Martina, Outlink²) con superficie ZirTI sono stati inseriti bilateralmente in zone edentule molari e premolari di mandibole in 6 cani, adottando le procedure standard in metà dei casi, preparando invece i siti test con una fresa di 0.2 mm di diametro più piccola di quella standard nell'ultimo step chirurgico. Al momento dell'installazione degli impianti il torque finale di inserzione era quindi più alto in maniera statisticamente significativa nei siti test: nelle zone premolari 36 vs 15 Ncm e nelle zone molari 19 vs 7 Ncm.

Dopo 4 mesi, le analisi istologiche non hanno rivelato una differenza statisticamente significativa fra il BIC% di impianti inseriti con differente torque né fra quelli installati in aree diverse (premolari vs molari). Il BIC% medio calcolato a livello delle spire era 60% (range: 53% a 67%). Gli autori hanno concluso che la pressione laterale nel letto implantare non interferiva in maniera significativa con l'osteointegrazione dell'impianto.



Crespi R., Capparè P., Gherlone E., Fresh-socket implants in Periapical Infected Sites in Humans, Journal of Periodontology 2010, vol. 81, 3; 344-349

Recenti studi relativi al riassorbimento osseo nei siti postestrattivi sembravano rilevare che gli impianti postestrattivi siano controindicati ove si presentino lesioni periapicali o parodontali, a causa della possibile interferenza microbica nel processo di guarigione. Altri studi invece riportavano buoni risultati di impianti postestrattivi anche in siti con delle lesioni. Gli autori pertanto si proponevano di verificare e paragonare il risultato di impianti postestrattivi in siti con lesioni periapicali con impianti posizionati in siti postestrattivi senza alcuna lesione. Sono stati quindi valutati 30 siti postestrattivi, 15 dei quali (gruppo di controllo) senza alcuna lesione ma con carie o fratture radicolari e 15 (gruppo test) con lesioni periapicali, ma senza fistole, suppurazioni o dolore, tutti caricati dopo tre mesi dall'estrazione. Gli impianti utilizzati sono ad esagono esterno (Sweden & Martina) di diametro 5 mm e 3.75 mm, tutti di lunghezza 13 mm. A 24 mesi è stata rilevata una sopravvivenza degli impianti del 100% e esaminando il livello del margine gengivale, della mucosa cheratinizzata e della cresta ossea, non è stata notata alcuna differenza significativa tra il gruppo di controllo e il gruppo test. Il lavoro conclude pertanto che l'impianto postestrattivo nei siti infetti non è controindicato se viene eseguita una meticolosa disinfezione e terapia antibiotica prima della procedura chirurgica.

Crespi R., Capparè P., Gherlone E., Osteotome Sinus Floor Elevation and Simultaneous Implant Placement in Grafted Biomaterial Sockets: 3 years and follow-up, J Periodontology, 2010, vol.81, 3.

Il lavoro si proponeva di valutare gli esiti di impianti posizionati in alveoli postestrattivi trattati con idrossiapatite arricchita di magnesio subito dopo l'estrazione, mentre in una fase successiva (3 mesi), simultaneamente all'inserimento degli impianti, veniva effettuato il rialzo del seno tramite la tecnica degli osteotomi. 30 alveoli postestrattivi di molari o secondi premolari superiori sono stati trattati con Sintlife in granuli in quanto tutti gli alveoli rilevavano una perdita d'osso tale da non permettere un immediato inserimento degli impianti. A tre mesi dall'estrazione e dal trattamento con Sintlife, sono stati inseriti impianti Outlink² (Sweden & Martina) e subito dopo è seguita la procedura di rialzo del seno con osteotomi. Dopo ulteriori tre mesi, gli impianti sono stati caricati con protesi provvisorie. Il monitoraggio anche attraverso RX, a 6, 12, 24 e 36 mesi dimostrava una sopravvivenza degli impianti del 100% ed un aumento dell'osso alveolare a 6 e 12 mesi, mentre a 24 e 36 mesi il livello osseo si manteneva stabile, a comprova di un ottimo esito sia degli impianti Outlink² che del materiale da innesto Sintlife.



Microsezione istologica di un impianto installato in un sito estrattivo di premolare senza apertura di un lembo. In questo caso si è avuto uno scarso riassorbimento dell'osso marginale. L'integrazione dell'impianto risulta ottimale.

Caneva M., Botticelli D., Salata L.A, Scombatti de Souza, S.L., Bressan E. e Lang N.P. (2010)
Flap versus "flap-less" surgical approach at immediate implants - A histomorphometric study in dogs. Published on line for publication, Clinical Oral Implant Research

Nel panorama del confronto clinico e sperimentale tra le tecniche con sollevamento del lembo e tecniche flapless, annunciamo in anteprima lo studio, già accettato dal Clinical Oral Implant Research, realizzato dal Dott. Marco Caneva e dal Dott. Daniele Botticelli in collaborazione con il Professor Niklaus P. Lang. Con lo scopo di paragonare la guarigione e il riassorbimento crestale di impianti installati in siti estrattivi di premolari mandibolari utilizzando approcci chirurgici con o senza elevazione dei lembi, i ricercatori hanno collocato un impianto Premium (Sweden & Martina) di 3.30 mm di diametro (superficie ZirTi) in ciascuno degli alveoli distali, sollevando da un lato della mandibola un lembo bucco-linguale (sito controllo), e lasciando nella parte contro laterale il sito senza sollevamento di alcun lembo mucoperiostale (sito test). Dopo 4 mesi di guarigione, l'analisi istologica ha permesso di rilevare l'inevitabile riassorbimento della cresta buccale in entrambi i siti: 1,5 mm nel lato test e 1,7 mm nel lato di controllo, dimostrando che i due differenti approcci chirurgici non influenzano in maniera significativa il riassorbimento della cresta alveolare buccale.

Alla luce di questi risultati, i benefici della tecnica flapless, riconducibili a una limitata sofferenza postoperatoria nel paziente e a procedure chirurgiche abbreviate, diventano determinanti nella pianificazione dell'intervento, pur considerando che per l'implantologo diventano imprescindibili esperienza e una certa dose di sensibilità chirurgica.



CONSERVATIVA

Corso teorico di Conservativa Lorenzo Breschi ECM 7 5 novembre 2010	BOLOGNA CC064
Restauri estetici in resina composita sui denti posteriori ed anteriori Roberto Spreafico ECM * 6 novembre 2010	PADOVA CC065
Corso teorico di Conservativa Lorenzo Breschi ECM 7 6 novembre 2010	MILANO CC044
Odontoiatria Conservativa Estetica mediante tecniche indirette Francesco Mangani ECM * 6 novembre 2010	ROMA
Corso teorico pratico - Corso di odontoiatria conservativa diretta: come creare la giusta illusione Enzo Lamorgese ECM 39 4 e 5 marzo 2011, 18 e 19 marzo 2011, 1 e 2 aprile 2011	PERUGIA CC061

ENDODONZIA

Moderni trattamenti e tecniche in endodonzia clinica con la metodica Mtwo Anna Giuliano ECM NO 2 ottobre 2010	ASTI
Corso teorico pratico di Endodonzia Alfio Pappalardo ECM 48 15 e 16 ottobre 2010, 19 e 20 novembre 2010, 17 e 18 dicembre 2010	CATANIA CF494
Corso teorico pratico di Endodonzia Andrea Gesi ECM 45 15 e 16 ottobre 2010, 19 e 20 novembre 2010, 17 e 18 dicembre 2010	PERUGIA CF485
La preparazione simultanea del canale radicolare con metodica Mtwo Aniello Ingenito, Gianmaria Fabrizio Ferrazzano ECM NO 22 e 23 ottobre 2010	NAPOLI CF507
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli ECM 8 30 ottobre 2010	ROMA CF478
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli ECM 8 12 novembre 2010	PADOVA CF479
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli ECM 8 13 novembre 2010	MILANO CF480
Corso teorico avanzato di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli ECM 4 19 novembre 2010	BRESCIA CF511
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli ECM 8 20 novembre 2010	BARI CF481
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare e l'otturazione con l'onda continua di condensazione Andrea Gesi ECM 6 27 novembre 2010	ASCOLI PICENO CF487
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli ECM 8 3 dicembre 2010	NAPOLI CF477
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Vito Antonio Malagnino ECM 7 11 dicembre 2010	ANCONA
Corso teorico pratico di Endodonzia Piero Alessandro Marcoli ECM 50 4 e 5 febbraio 2011, 18 e 19 marzo 2011, 6 e 7 maggio 2011, 17 e 18 giugno 2011	PADOVA

IMPLANTOLOGIA

Corso teorico pratico avanzato di Implantologia - La rigenerazione ossea e il rialzo del seno mascellare per via crestale per la gestione dei volumi ossei inadeguati Giuseppe Corrente, Roberto Abundo ECM * 10 settembre 2010, 1 e 2 ottobre 2010, 5 e 6 novembre 2010	TORINO CA562
Corso di Chirurgia Implantare Agostino Scipioni ECM 41 24 e 25 settembre 2010, 15 e 16 ottobre 2010, 12 e 13 novembre 2010, 3 e 4 dicembre 2010	ROMA CA491
Corso teorico pratico di Chirurgia e Implantologia: dai concetti di base alla chirurgia avanzata Sandro Foddis ECM 50 1 e 2 ottobre 2010, 12 e 13 novembre 2010, 3 e 4 dicembre 2010, 21 e 22 gennaio 2011, 18 e 19 febbraio 2011, 17 e 18 marzo 2011, 15 e 16 aprile 2011	CAGLIARI CA579
Tecnica M.I.S.E. - Minimal Invasive Sinus Elevation: Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi ECM 2 2 ottobre 2010	BRESCIA
Corso di Chirurgia Implantare e Implantoprotesi Giovanni B. Bruschi ECM 41 1 e 2 ottobre 2010, 19 e 20 novembre 2010, 10 e 11 dicembre 2010	ROMA CA498
Corso teorico pratico di Chirurgia Implantoprotesica Antonio Barone, Salvatore Di Martino ECM 13 1 e 2 ottobre 2010, 15 e 16 ottobre 2010, 5 e 6 novembre 2010	TERAMO CA607
Anatomia Chirurgia applicata all'Implantologia Orale e prelievi ossei Salvatore Gabriele ECM NO 7, 8 e 9 ottobre 2010	PARIGI CA578
Corso di Implantologia Chirurgica e Protesica Marco Csonka ECM 41 8 e 9 ottobre 2010, 5 e 6 novembre 2010, 3 e 4 dicembre 2010, 28 e 29 gennaio 2011	PALERMO CA597
Il trattamento implanto-protesico su 4 impianti Roberto Crespi ECM 6 9 ottobre 2010	MILANO CA619
Corso pratico di Implantologia avanzata su tessuti animali Marco Csonka ECM 13 11 e 12 ottobre 2010	PADOVA CA598
Corso base di Implantologia Carlo Gaeta ECM 38 15 e 16 ottobre 2010, 12 e 13 novembre 2010, 10 e 11 dicembre 2010	AVELLINO CA559
Protocolli tradizionali ed innovativi nella riabilitazione delle edentule attuali e potenziali Leonello Biscaro, Alberto Becattelli, Massimo Soattin ECM NO 16 ottobre 2010	BOLOGNA
Tecnica M.I.S.E. - Minimal Invasive Sinus Elevation: Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi ECM 2 22 ottobre 2010	TORINO CA613
Tecnica M.I.S.E. - Minimal Invasive Sinus Elevation: Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi ECM 2 23 ottobre 2010	CATANIA CA617
Corso di Chirurgia e Protesi Implantare Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti ECM 43 22 e 23 ottobre 2010, 26 e 27 novembre 2010, 14 e 15 gennaio 2011, 11 e 12 febbraio 2011	TREVISO CA573
Incontro autunnale odontoiatri e odontotecnici Augusto Biaggi in memoria di Franco Brega Relatori Vari ECM Clinici 3, Tecnici* 23 ottobre 2010	PADOVA CA592
Tecnica M.I.S.E. - Minimal Invasive Sinus Elevation: Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi ECM NO 29 ottobre 2010	MADRID
Corso di Implantologia Chirurgica e Protesica Marco Csonka ECM 41 29 e 30 ottobre 2010, 12 e 13 novembre 2010, 6 e 7 dicembre 2010, 31 gennaio e 1 febbraio 2011	PADOVA CA599
Biomateriali e rigenerazione ossea Anna Tampieri, Fabrizio Morelli, Rodolfo Quarto ECM * 30 ottobre 2010	RAVENNA

Possibilità e limiti delle terapie odontoiatriche: dal singolo elemento all'arcata dentaria
Relatori Vari
ECM *
06 novembre 2010

RIMINI

Tecnica M.I.S.E. - Minimal Invasive Sinus Elevation: Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare
Giorgio Carusi
ECM 2
12 novembre 2010

BOLOGNA
CA520

Tecnica M.I.S.E. - Minimal Invasive Sinus Elevation: Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare
Giorgio Carusi
ECM 2
13 novembre 2010

NAPOLI
CA614

Corso avanzato di Implantologia
Marco Csonka, Maurizio Franco
ECM 21
15, 16 e 17 novembre 2010

PADOVA
CA600

Il piano di terapia in protesi implantare
Ezio Bruna, Marco Salin
ECM 2
19 novembre 2010

BOLOGNA

Corso di chirurgia Implantare
Agostino Scipioni
ECM 41
26 e 27 novembre 2010, 21 e 22 gennaio 2011, 4 e 5 marzo 2011

BOLOGNA
CA603

Tecnica M.I.S.E. - Minimal Invasive Sinus Elevation: Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare
Giorgio Carusi
ECM 2
27 novembre 2010

BARI
CA615

Tecnica M.I.S.E. - Minimal Invasive Sinus Elevation: Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare
Giorgio Carusi
ECM 2
11 dicembre 2010

CAGLIARI
CA616

Corso teorico pratico sulla tecnica M.I.S.E.
Marco Salin
ECM *
11 dicembre 2010

PISTOIA
CA611

Corso teorico pratico di Implantologia - Dai concetti di base alla chirurgia avanzata attraverso le differenti tecniche con approccio a spessore parziale
Ivo Agabiti, Daniele Botticelli, Giovanni B. Bruschi, Enzo De Santis, Paolo Viganò
ECM *
21 e 22 gennaio 2011, 11 e 12 febbraio 2011, 4 e 5 marzo 2011, 1 e 2 aprile 2011, 13 e 14 maggio 2011, 10 e 11 giugno 2011, 1 e 2 luglio 2011

MILANO
CA574

ORTODONZIA

Corso teorico pratico di ortodonzia preventiva e intercettiva
Gianni Manes Gravina
ECM NO
2 ottobre 2010

MESSINA
EA662

Corso teorico pratico di ortodonzia preventiva e intercettiva
Gaetano Ierardo
ECM 7
16 ottobre 2010

ROMA
CE250

Corso teorico pratico di ortodonzia preventiva e intercettiva
Gianni Manes Gravina
ECM 7
16 ottobre 2010

TORINO
CE254

Corso teorico pratico di ortodonzia preventiva e intercettiva
Gianni Manes Gravina
ECM 7
23 ottobre 2010

ROMA

Corso teorico pratico di ortodonzia preventiva e intercettiva
Gaetano Ierardo
ECM 7
6 novembre 2010

MODENA
CE259

Corso teorico pratico di ortodonzia preventiva e intercettiva
Gianni Manes Gravina
ECM 7
13 novembre 2010

FOGGIA
CE261

Corso teorico-pratico di Ortodonzia con la tecnica OCCLUS-o-GUIDE e NITE-GUIDE 2° livello
Antonella Polimeni, Gaetano Ierardo, Gianni Manes Gravina
ECM NO
20 novembre 2010

ROMA
CE251

Corso teorico pratico di ortodonzia preventiva e intercettiva
Gaetano Ierardo
ECM 7
27 novembre 2010

MILANO
CE260

Corso teorico pratico di ortodonzia preventiva e intercettiva
Gianni Manes Gravina
ECM 7
27 novembre 2010

TERAMO
CE262

ODONTOIATRIA ESTETICA

I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso. Corso teorico pratico di liv. BASE
Rosa Maria Gobbi
ECM NO
23 ottobre 2010

MILANO
CI159

I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso. Corso teorico pratico di liv. BASE
Filippo Brighetti
ECM NO
29 ottobre 2010

TORINO
CI170

I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso. Corso teorico pratico di liv. BASE
Filippo Brighetti
ECM NO
30 ottobre 2010

BOLOGNA
CI172

I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso. Corso teorico pratico di liv. AVANZATO
Andrea Corbo
ECM NO
12 novembre 2010

ROMA
CI171

I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso. Corso teorico pratico di liv. BASE
Stefania Bizzarri
ECM NO
13 novembre 2010

ROMA
CI150

I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso. Corso teorico pratico di liv. BASE
Marcello Lo Faro
ECM NO
13 novembre 2010

CATANIA
CI147

I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso. Corso teorico pratico di liv. BASE
Andrea Corbo
ECM NO
27 novembre 2010

ROMA
CI151

I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso. Corso teorico pratico di liv. AVANZATO
Rosa Maria Gobbi
ECM NO
27 novembre 2010

MILANO
CI160

PARODONTOLOGIA

Corso teorico pratico di Parodontologia
Marco Salin
ECM 50
22 ottobre 2010, 26 e 27 novembre 2010, 14 e 15 gennaio 2011, 18 e 19 febbraio 2011, 18 e 19 marzo 2011, 15 e 16 aprile 2011

AREZZO
CA612

Nuove prospettive e strumentazioni innovative per un approccio personalizzato alla malattia parodontale
Daniele Cardaropoli
ECM *
19 novembre 2010

PADOVA
CA544

LASER & TECNOLOGIE

Corso sul corretto utilizzo del laser a diodi in odontoiatria
Giuseppe Iaria
ECM NO
7 ottobre 2010

BRESCIA
CD540

Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite
Luca Lancieri
ECM 9
8 e 9 ottobre 2010

BOLOGNA
CD531

Il laser nel distretto cranio-facciale, limiti e potenzialità
Giuseppe Iaria
ECM *
9 ottobre 2010

MODENA

Corso sul corretto utilizzo del laser a diodi in odontoiatria
Pietro Odorisio
ECM NO
9 ottobre 2010

NAPOLI

Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite
Luca Lancieri
ECM 9
15 e 16 ottobre 2010

CATANIA
CD532

Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite
Luca Lancieri
ECM 9
29 e 30 ottobre 2010

ROMA
CD535

Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite
Luca Lancieri
ECM 9
12 e 13 novembre 2010

RIMINI
CD533

Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite
Luca Lancieri
ECM 9
19 e 20 novembre 2010

PESCARA
CD534

Per maggiori informazioni:
numero verde 800-010789 o visitate il sito
www.sweden-martina.com
sezione corsi ed eventi


sweden & martina
ContinuingDentalEducation

* Corso in fase di valutazione



Dr. Roberto Spreafico

Il Dottor Roberto C. Spreafico si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1982, presso l'Università degli Studi di Torino. Ha frequentato l'Istituto di Medicina Dentale dell'Università di Ginevra dal 1983 al 1986 conseguendo il titolo di LMD. È Socio attivo della Accademia Italiana di Conservativa. È socio attivo della European Academy of Esthetic Dentistry. Associate Editor di "European Journal of Esthetic Dentistry" Membro del comitato di lettura di: "Journal of Adhesive Dentistry" e di "Practical Procedures and Aesthetic Dentistry". Autore di numerosi articoli scientifici su riviste Nazionali ed Internazionali. È autore di 14 capitoli di libri sull'odontoiatria estetica e adesiva. È co-autore del libro: Adhesive Metal-Free Restorations: current concepts for the esthetic treatment of posterior teeth. (Quintessenz Verlags-GMBH) tradotto in: Italiano, Francese, Tedesco, Spagnolo, Portoghese, Coreano. È relatore in Congressi scientifici in Italia e all'estero, ha tenuto lezioni in numerose Università Italiane e Straniere. Attualmente esercita la libera professione a Busto Arsizio, Varese.

Restauri estetici in resina composita sui denti posteriori ed anteriori

Centro Congressi Sweden & Martina - 6 novembre 2010

1. Le restrizioni poste all'uso delle amalgame dentali e la diffusione sempre più ampia delle tecniche adesive fa sì che oggi vi sia un ricorso sempre più ampio ai restauri in composito nei settori posteriori. Alla luce della Sua notevole esperienza clinica, come valuta i risultati a medio-lungo termine di tali restauri?

L'amalgama d'argento è ormai stata quasi completamente sostituita come materiale da restauro, dalle resine composite. In numerose Università europee, il restauro in amalgama non viene più insegnato. Gli studi clinici riguardanti i restauri posteriori in resina composita effettuati negli ultimi 10 anni hanno dimostrato un comportamento clinico

molto buono anche a lungo termine. Nella mia pratica clinica il composito ha ormai soppiantato completamente l'amalgama d'argento.

Secondo la mia esperienza, il comportamento delle resine composite applicate sia direttamente che indirettamente è molto buono anche a lungo termine.

2. Oggi esistono protocolli ben definiti per il ricorso a tecniche adesive. Qualora tali protocolli vengano rispettati, quanto incide la scelta dei materiali nei risultati clinici, sia funzionali che estetici?

La scelta degli agenti adesivi e del materiale è un punto molto importante e cruciale per il clinico.

Sul mercato si possono trovare diversi materiali, la maggior parte di questi, ma non tutti, possiedono i requisiti per soddisfare le esigenze estetiche e funzionali. Il risultato finale dipenderà certamente dal materiale ma soprattutto da una applicazione rigorosa e corretta.

Corso teorico di conservativa Prof. L. Breschi

L'adesione ai tessuti mineralizzati del dente rappresenta una procedura clinica in continua evoluzione in seguito ai recenti sviluppi nel campo della chimica degli adesivi. La riduzione del numero di passaggi nelle procedure dei sistemi adesivi di nuova generazione ha permesso una notevole semplificazione clinica. Durante il corso verranno analizzati i recenti aspetti di ricerca riguardanti le metodologie adesive semplificate, evidenziandone vantaggi e svantaggi mediante analisi effettuate al microscopio elettronico a scansione e a trasmissione. Infine verranno valutate le implicazioni cliniche di tali considerazioni di ricerca.

Il corso ha come obiettivo fornire indicazioni e protocolli clinici volti alla realizzazione di restauri diretti dei settori anteriori e posteriori e indicazioni di cementazione per i restauri indiretti, tali protocolli saranno documentati step-by-step al fine di fornire una metodologia standardizzata all'odontoiatria.

In dettaglio verranno analizzate:

- L'influenza della tecnica di preparazione della cavità, frese e strumenti manuali
- Adesione: protocolli clinici applicazione standardizzati e predicibili
- Tecniche di stratificazione del materiale composito
- Modellazione e occlusione
- Lucidatura e finitura dei restauri in composito

Per il **calendario dei corsi** del Prof. L. Breschi si veda a pag. 24/25.
Per maggiori informazioni: telefonare al numero verde 800-010789 o visitare il sito www.sweden-martina.com sezione corsi ed eventi



Bringing **Science** to
the *Art* of Dentistry™



Pre-operatoria



Mordenzatura smalto + dentina



Applicazione primer



Applicazione resina



Applicazione BisCover (lucidante)



Controllo

Per gentile concessione del Prof. Lorenzo Breschi, Trieste

Incontro autunnale Odontoiatri e Odontotecnici Augusto Biaggi in memoria Di Franco Brega

Dopo un anno di riflessione, torna a Padova il Convegno autunnale degli Amici di Brugg, rinnovato nell'impostazione e nella sede. Grazie alla disponibilità e all'ospitalità del dottor Sandro Martina, infatti, ci ritroveremo nella bellissima sala Congressi della Sweden & Martina, un'azienda primaria nel settore dentale, che ha però conservato l'impostazione originale di azienda a conduzione familiare e con essa anche la familiarità e cordialità dei rapporti, sia al suo interno che all'esterno.

Siamo grati al nostro ospite che si è accollato tutti gli oneri organizzativi, lasciando piena autonomia alle nostre commissioni culturali per la stesura del programma scientifico, nel rispetto di quelli che sono da sempre i principi fondamentali degli Amici di Brugg: l'eccellenza nel quotidiano, l'eccellenza nella routine.

Un'eccellenza che può essere raggiunta solo con il lavoro di equipe, frutto della collaborazione fra odontoiatra ed odontotecnico. Per questo si è pensato di dare al Convegno un'impostazione nuova rispetto al passato, rivolgendolo appunto sia agli odontoiatri che agli odontotecnici, nel più genuino spirito degli Amici di Brugg.



Associazione Amici di Brugg

Due Carrare (PD)

Centro Corsi Sweden & Martina - Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD)

27

Sabato 23 ottobre 2010

09.00 Apertura dei lavori e benvenuto: Sandro MARTINA

Finalità dell'incontro:

Mario IORIO, Presidente degli Amici di Brugg

L'attualità della figura di Franco Brega nell'odontotecnica degli anni 2000

Emilio BALBO, Sergio BARALE

Chairmen: Luigi SCAIOLA, Gian Edilio SOLIMEI

09.30 Nuovi orientamenti in protesi rimovibile con e senza ancoraggi
Lilia BORTOLOTTI, Guido GAROTTI

10.45 Coffee Break

11.15 La protesi sociale di eccellenza: tradizione e innovazione per il trattamento del paziente edentulo nel terzo millennio
Carlo CARLINI, Franco FARES

12.45 Colazione di Lavoro

Chairmen: Tommaso ABBONDANZA, Francesco DE SIMONE

14.00 Estetica e funzione nella ricostruzione protesica fissa
Gianni PERSICHETTI, Stefano MARIOTTI

15.00 Innovazioni protesiche e tecnologiche nella protesi impianto supportata
Stefano BIACCHESI, Saverio MASCELLANI

16.00 Dibattito e conclusioni con la presenza di tutti i relatori

Presentazione del corso

Dopo un anno di riflessione, torna a Padova il Convegno autunnale degli Amici di Brugg, rinnovato nell'impostazione e nella sede. Grazie alla disponibilità e all'ospitalità del dottor Sandro Martina, infatti, ci ritroveremo nella bellissima sala Congressi della Sweden & Martina, un'azienda primaria nel settore dentale, che ha però conservato l'impostazione originale di azienda a conduzione familiare e con essa anche la familiarità e cordialità dei rapporti, sia al suo interno che all'esterno.

Siamo grati al nostro ospite che si è accollato tutti gli oneri organizzativi, lasciando piena autonomia alle nostre commissioni culturali per la stesura del programma scientifico, nel rispetto di quelli che sono da sempre i principi fondamentali degli Amici di Brugg: l'eccellenza nel quotidiano, l'eccellenza nella routine.

Un'eccellenza che può essere raggiunta solo con il lavoro di equipe, frutto della collaborazione fra odontoiatra ed odontotecnico. Per questo si è pensato di dare al Convegno un'impostazione nuova rispetto al passato, rivolgendolo appunto sia agli odontoiatri che agli odontotecnici, nel più genuino spirito degli Amici di Brugg.

Mario Iorio
Presidente Amici di Brugg

Luigi Scaiola
Vice Presidente odt Amici di Brugg

Lo stato dell'arte in Odontoiatria



**Ferruccio Barazzutti -
Tolmezzo (UD)**

"SACRO FUOCO"

L'odontoiatria ha sempre fatto parte della mia vita; ne ho sentito parlare fin dalla prima infanzia da mio padre sempre pieno di entusiasmo e amore per questa professione. Partendo da un piccolo paese del Friuli, animato

dalla fame di conoscenza, aveva intrapreso nei primi anni 50 un viaggio in Svizzera verso un paesino, Brugg, dove risiedeva un cultore di questa disciplina, il Maestro Augusto Biaggi, tanto generoso da dispensare il suo sapere rivelando ogni segreto. Così siamo partiti verso Brugg, io avevo solo 3 anni, lui entusiasta ed eccitato, io con mia madre al seguito inconsapevole spettatore che la sete di sapere di mio padre si sarebbe trasformata nel "Sacro Fuoco" che avrebbe animato la sua vita professionale e guidato la mia. Rispetto per il paziente, precisione, aggiornamento e soprattutto il continuo mettersi in discussione: questo intendeva per "Sacro Fuoco" ed è questo che mi ha trasmesso e che io spero di passare ai giovani odontoiatri a cui ho il piacere di svelare il mio piccolo sapere e a mio figlio che muove i suoi primi passi in questa "meravigliosa" professione giunta alla terza generazione nella mia famiglia.



**Marco Nicastro,
Roma**

"I CAMBIAMENTI E IL PROGRESSO"

Adattarsi ai cambiamenti ed aprirsi ai progressi ai quali l'evoluzione ci ha messo di fronte è sempre stato vincente. Lo sviluppo della tecnologia è fondamentale in tutti i settori ed anche in campo odontoiatrico è

stato determinante per raggiungere obiettivi inimmaginabili fino a pochi anni fa. L'odontoiatria ricostruttiva che possiamo ottenere oggi attraverso le tecniche adesive, gli impianti, il CAD-CAM, ci consente di riabilitare, attraverso nuove tecniche e nuovi materiali, nella funzione e nell'estetica, in modo prevedibile e soddisfacente casi clinici che in un recente passato sarebbero rimasti irrisolti, o il cui costo biologico sarebbe stato maggiore. La modernità passa anche attraverso questo: un'aspettativa di vita lunga, ma vissuta in salute e benessere e noi possiamo fare molto per i nostri pazienti.



**Paolo Mareschi -
Spilimbergo (PN)**

"ENDODONZIA: TRA ARTE E SCIENZA"

In questi ultimi anni la progettazione di nuovi strumenti meccanici in nickel - titanio, l'introduzione di localizzatori apicali elettronici e l'ausilio di sistemi ingrandenti (microscopi e fibre ottiche) ha permesso all'endodonzia di uscire da un lungo periodo di oscurantismo quasi magico e di diventare, finalmente, una specialità scientifica. Il termine "scientifico" può indurre a pensare ad operazioni dalla precisione matematica e a risultati perfetti, quasi indipendenti dall'esecutore. Sono, invece, sempre fondamentali le capacità, la sensibilità e l'esperienza di chi utilizza le conoscenze acquisite, non essendo sufficienti sapienza e applicazione delle tecniche. Il fattore umano rimane sempre l'elemento fondamentale che fa la differenza: fare con "arte", rendere concrete le tante possibilità del pensare che passano attraverso i propri limiti resta fondamentale per ottenere risultati ottimali. Questo vale per ogni attività umana che non sia mera ripetizione: vale per l'arte, per la scienza e perché no, per l'endodonzia.

Quando l'innovazione produce un reale miglioramento del prodotto, il mercato genera una maggiore qualità al servizio dell'utilizzatore. Quando la diversificazione dei prodotti è solo un investimento pubblicitario a vantaggio del venditore, il rischio di acquistare ciò che non serve è molto alto e ancora maggiore la possibilità che un prodotto, frutto di una logica commerciale, non sia clinicamente vantaggioso, se non dannoso. In realtà, la merceologia influenza l'odontoiatria quanto la farmacologia governa la medicina e il miraggio di un prodotto o di un'attrezzatura che risolve nel suo acquisto ogni problematica clinica e nelle sue istruzioni per l'uso ogni dovere di conoscenza e di formazione professionale, conquista indubbiamente l'interesse di chiunque e ciò alimenta la diversificazione e la proliferazione dei prodotti. Sarà, forse, l'aver mosso i miei primi passi in un periodo in cui il restauro in amalgama ancora occupava largo spazio - l'amalgama è un materiale semplicissimo dal punto di vista tecnologico, ma richiede un sensibile contributo da parte della manualità dell'operatore in ogni sua fase clinica - a farmi ancora credere che l'operatore decida la qualità di un restauro o di qualsiasi altra prestazione odontoiatrica, in funzione del suo personale contributo, legato alla conoscenza, alla manualità, all'attenzione, all'impegno, al tempo di esecuzione ... alla passione infusa nel proprio lavoro, alla ricerca costante del miglior risultato possibile, all'incorruttibile volontà di fare innanzi tutto il bene del paziente e non il proprio interesse. La ricerca di un prodotto che scavalchi questo percorso è alquanto allettante, ma altrettanto illusoria.



**Dr. Mauro Cattaruzza -
Pordenone**

"TRA IL CONSUMISMO DELLA PROFESSIONE E LA RICERCA DELLA PROFESSIONALITÀ"

Ogni generazione si confronta con una continua offerta merceologica che è solo talvolta il frutto di un'autentica ed utile innovazione; più spesso rappresenta, invece, il gioco su cui si costruisce la diversità del mercato e, quindi, la logica del profitto.

Quando l'innovazione produce un reale miglioramento del prodotto, il mercato genera una maggiore qualità al servizio dell'utilizzatore. Quando la diversificazione dei prodotti è solo un investimento pubblicitario a vantaggio del venditore, il rischio di acquistare ciò che non serve è molto alto e ancora maggiore la possibilità che un prodotto, frutto di una logica commerciale, non sia clinicamente vantaggioso, se non dannoso. In realtà, la merceologia influenza l'odontoiatria quanto la farmacologia governa la medicina e il miraggio di un prodotto o di un'attrezzatura che risolve nel suo acquisto ogni problematica clinica e nelle sue istruzioni per l'uso ogni dovere di conoscenza e di formazione professionale, conquista indubbiamente l'interesse di chiunque e ciò alimenta la diversificazione e la proliferazione dei prodotti. Sarà, forse, l'aver mosso i miei primi passi in un periodo in cui il restauro in amalgama ancora occupava largo spazio - l'amalgama è un materiale semplicissimo dal punto di vista tecnologico, ma richiede un sensibile contributo da parte della manualità dell'operatore in ogni sua fase clinica - a farmi ancora credere che l'operatore decida la qualità di un restauro o di qualsiasi altra prestazione odontoiatrica, in funzione del suo personale contributo, legato alla conoscenza, alla manualità, all'attenzione, all'impegno, al tempo di esecuzione ... alla passione infusa nel proprio lavoro, alla ricerca costante del miglior risultato possibile, all'incorruttibile volontà di fare innanzi tutto il bene del paziente e non il proprio interesse. La ricerca di un prodotto che scavalchi questo percorso è alquanto allettante, ma altrettanto illusoria.

NUMERI UNO

Redazione
"Numeri UNO" esse & emme news magazine
periodico trimestrale di informazione, cultura,
aggiornamento scientifico e anteprime sui pro-
dotti per l'odontoiatria e l'odontotecnica di
Sweden & Martina S.p.A.

Anno 3, numero 8
settembre/dicembre 2010

Editore
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto 10
Due Carrare (PD)
Tel. +39 049 912.43.00
Fax +39 049 912.42.90
www.sweden-martina.com

Coordinamento editoriale
Valeria Bonotto
vbonotto@sweden-martina.com

Direttore scientifico
Glorianna Zangiachini

Direttore responsabile
Valentina Visentin

Progetto e direzione grafica
Valeria Musner - Studio Martinis

Stampa
Peruzzo Industrie Grafiche S.p.A.
Via M. Polo, 10/12
35035 Mestrino (PD)

Redazione e proprietà
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare PD Italia
Tel. +39 049 912.43.00
Fax +39 049 912.42.90

Registrazione c/o Tribunale di Padova
n° 2140 del 15/05/2008

Hanno collaborato a questo numero:

Giuseppe Armillotta, Ferruccio Barazzutti,
Alberto Becattelli, Leonello Biscaro,
Daniele Botticelli, Lorenzo Breschi,
Marco Caneva, Luigi Canullo,
Daniele Cardaropoli, Giorgio Carusi,
Mauro Cattaruzza, Ugo Covani,
Roberto Crespi, Marco Csonka,
Silvia Cuccarolo, Alessandro Di Marco,
Giovanni Fiocchetti, Mario Iorio,
Enzo Lamorgese, Stefano Lombardo,
Vito Antonio Malagnino, Paolo Mareschi,
Marina Mirandola Minuzzi, Fabrizio Morelli,
Jason Motta Jones, Marco Nicastro,
Fabio Pantani, Gianfranco Parente,
Massimiliano Ricci, Luigi Scaiola,
Manuel Scali, Massimo Soattin,
Roberto Spreafico

Form di abbonamento gratuito a "Numeri UNO" esse & emme news magazine

Dopo aver compilato il coupon che trovate qui di seguito, inviatelo in busta chiusa per posta ordinaria a Sweden & Martina S.p.A., via Veneto, 10 - 35020 Due Carrare (PD) o via fax al numero 049 91.24.290

nome _____ cognome _____
indirizzo _____
cap. _____ città _____ provincia _____
Tel. _____ fax _____ cell. _____
e-mail _____ P-IVA _____ cod.fisc. _____

È già cliente Sweden & Martina?

SÌ

NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato a ricevere la rivista alla mia casella di posta elettronica
- Sono interessato a ricevere la visita di uno specialista di prodotto _____
- Sono interessato a venire a visitare l'azienda
- Sono interessato a pubblicare un case report su Numeri UNO
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Cementazione Adesiva Bischoff
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Strumenti Canalari Mtwow

firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ex D. Lgs. 196/03