

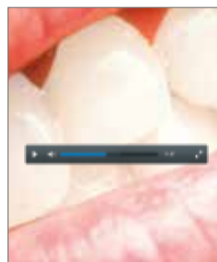
NUMERI UNO



Dott. Gioacchino Cannizzaro, Odt. Paolo Viola
Corone singole cementate su impianti Syra machined e Syra ZirTi con finalizzazione protesica definitiva in un giorno



Che cosa è emerso dalla quarta Consensus Conference della EAO European Association for Osseointegration



Call for Video Sweden & Martina



Intervista Prof. Giuseppe Siciliani, Storia di un matrimonio invisibile

Sweden & Martina presenta la nuova sistemica implantare SYRA, sviluppata in collaborazione col dott. Gioacchino Cannizzaro e un team di clinici provenienti da tutta Italia, il Syra Team.



Novità di Mercato Impianto Syra

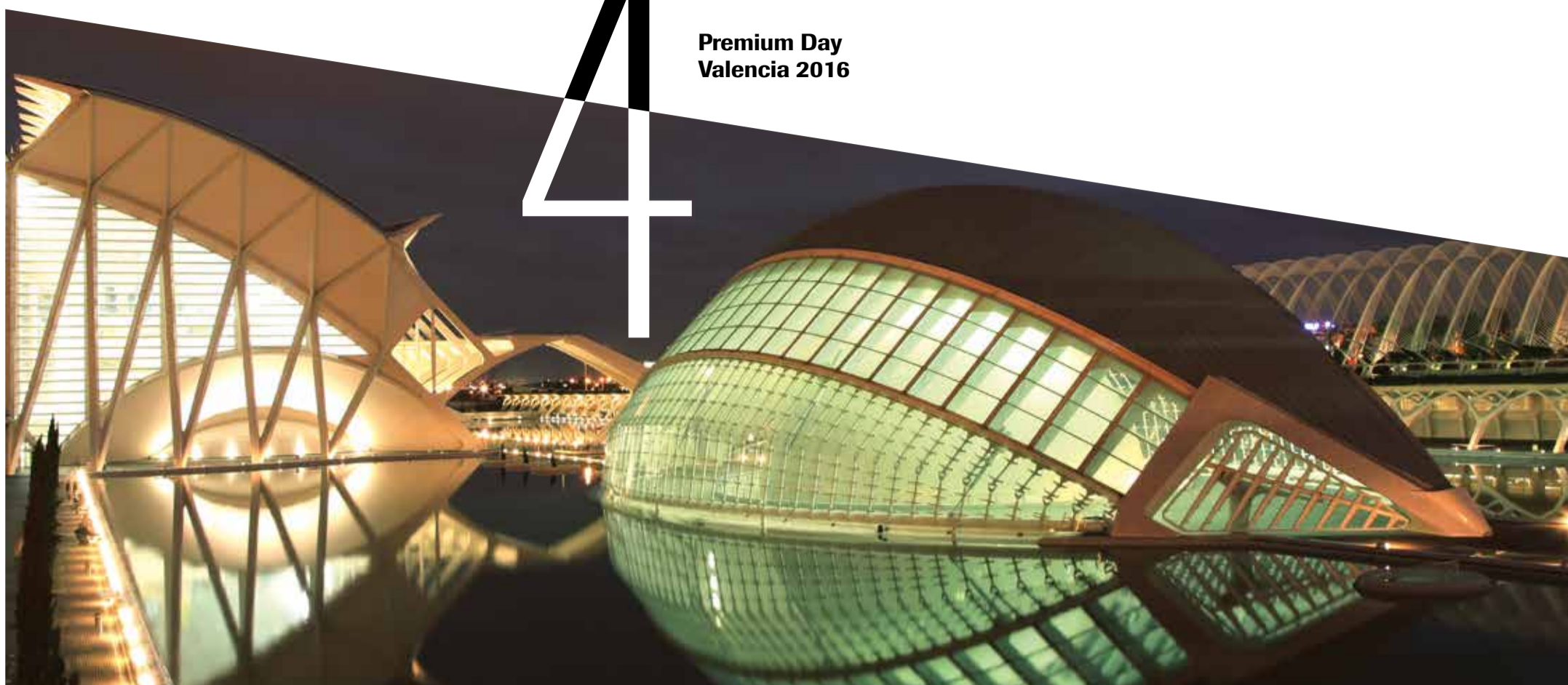


Novità di mercato F22 Aligner, l'allineatore invisibile

SYRA

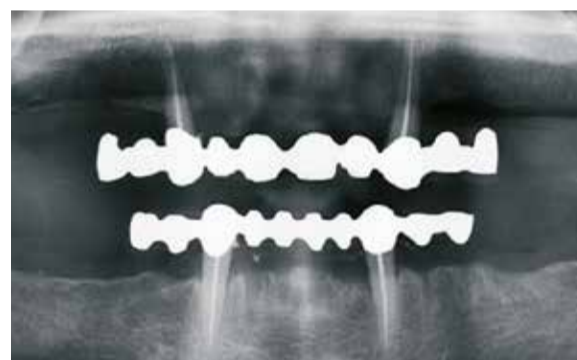


4



8

Intervista
**Fare il medico è cosa ben diversa
da essere medico**
Dott. Gioacchino Cannizzaro



10

Novità di mercato
Impianto Syra



12

Case Report
**Chirurgia bimascellare a
carico immediato con tecnica
FO2 e FO3**
Dott. Gioacchino Cannizzaro,
Odt. Paolo Viola

20

Intervista
Storia di un matrimonio invisibile
Dott. Giuseppe Siciliani



21

Novità di mercato
**F22 Aligner,
l'allineatore invisibile**

22

Case Report
Case Report F22 Aligner
Dott.ssa Teresa Oliverio

5

Editoriale
1° Call For Video



6

Case Report
Corone singole cementate su impianti Syra machined e Syra ZirTi con finalizzazione protesica definitiva in un giorno
Dott. Gioacchino Cannizzaro, Odt. Paolo Viola

18

Intervista
Odontofobia e sedazione
Dott. Giuseppe Vignato

16

Approfondimento
Cosa è emerso dalla 4th Consensus Conference dell'EAO?

EAO)))
EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEOINTEGRATION



23

Recensione
Focus sulle Perimplantiti
a cura del dott. Luigi Canullo

27

Calendario Corsi

24

Eventi
Nazionali, Internazionali e Premium Day 2015



28

Lo Stato dell'Arte
**Odt. Emanuele Camaioni,
Dott. Luciano Matarrese**

Premium Day

Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

Valencia, Palacio de Congresos



30 junio 2016, taller pre-congresual:

Sidney Kina: Restauraciones estéticas cerámicas

Ignazio Loi: B.O.P.T., del diente natural al implante PRAMA

Ponentes:

Salvador Albalat Estela

Rubén Agustín Panadero

Guillermo Cabanes Gumbau

Gioacchino Cannizzaro

João Caramés

Ugo Covani

Marco Csonka

Berta García Mira

Joan Faus López

Vittorio Ferri

Annamaria Genovesi

Enrico Gherlone

Maximino González-Jaranay Ruyz

Sidney Kina

Ignazio Loi

Alfredo Machín Muñiz

José Maroto García

Miguel Peñarrocha Diago

Guillermo Pradíes Ramiro

José Ramón Soto Yarritu

Nacho Rodríguez Ruiz

Xavier Rodríguez

Mariano Sanz Alonso

Alberto Sicilia

Eusebio Torres Carranza

José Carlos Vázquez Moreno

Xavier Vela Nebot

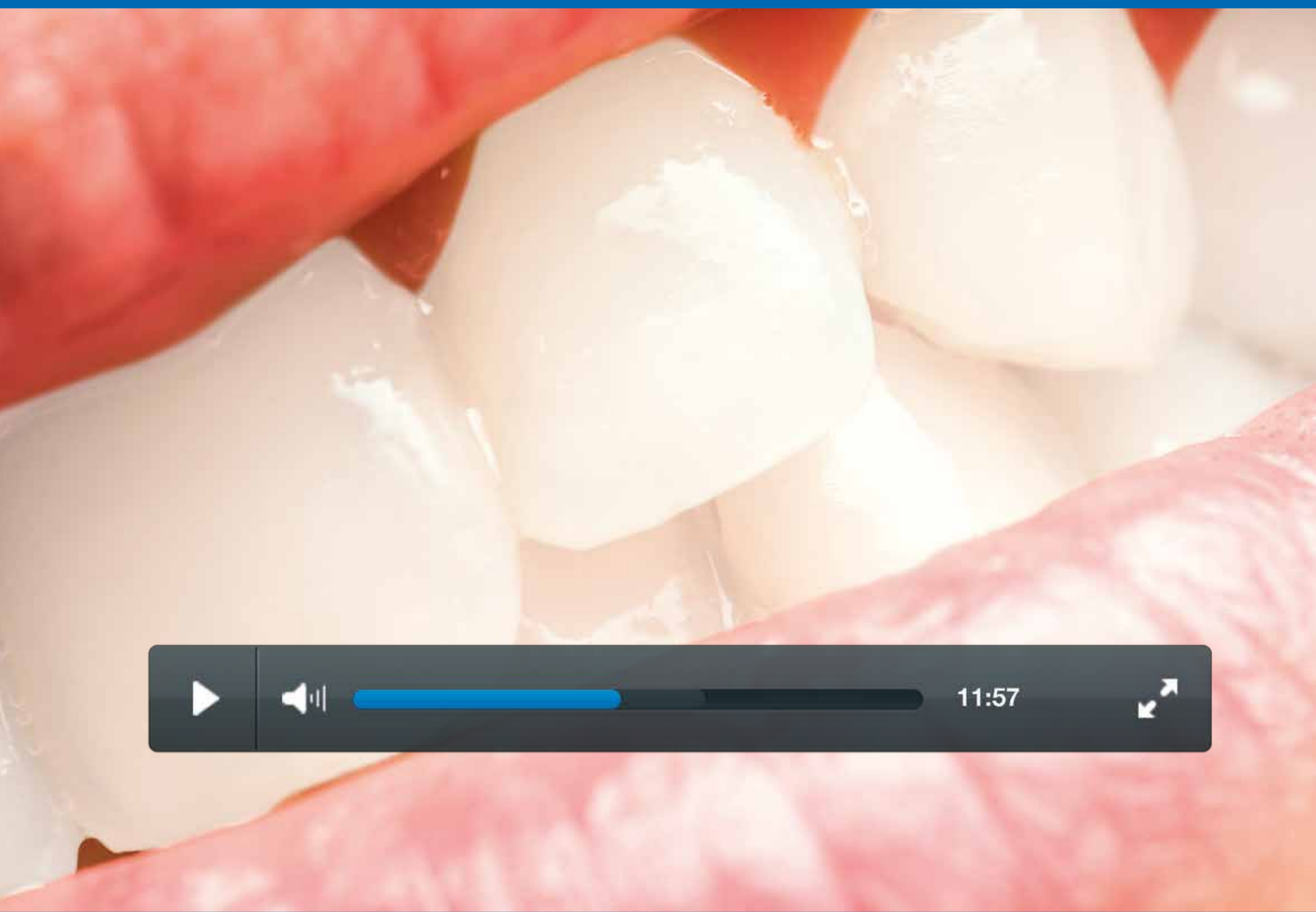
Eugenio Velasco Ortega

Giuseppe Vignato

Fabio Vignoletti

1° Call for Video

È ufficialmente aperto il **1° Call for Video Sweden&Martina**, il concorso che mette in palio più di 5.000 €, riservato ad odontoiatri e odontotecnici che ci invieranno un loro video clinico.



Il vincitore assoluto si aggiudicherà un **premio di 2.000 €** in buoni acquisto Sweden & Martina. Il secondo, terzo, quarto e quinto classificati saranno premiati con buoni del valore di 500 € e i video classificati fino al 10° posto riceveranno una scatola di suture Monosoft Sweden & Martina. Inoltre i nomi dei vincitori verranno pubblicati sulla prima uscita utile di NumeriUno e i video più interessanti saranno proiettati nei nostri stand fieristici, ai principali congressi nazionali e internazionali, e resi visibili sul nostro sito internet.

Per maggiori info e per il regolamento completo vedi www.sweden-martina.com

Corone singole cementate su impianti Syra machined e Syra ZirTi con finalizzazione protesica definitiva in un giorno

Dott. Giocchino Cannizzaro, Odt. Paolo Viola



Dott. Giocchino Cannizzaro

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pavia nel 1981. Specialista in Oculistica e in Odontostomatologia presso l'Università di Pavia. Prof. a.c. reparto di Implantologia e Parodontologia, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna (2012) Docente e responsabile scientifico del corso di perfezionamento in Implantologia dell'Università di Modena e Reggio-Emilia dal 2000 al 2008. Docente al Master in implantologia presso il dipartimento di Chirurgia maxillo-facciale dell'Università di Manchester (United Kingdom) (2010-2011). Diplomato International Congress of Oral Implantology (ICOI) (USA). Post-graduate in oral implantology New York University (USA). Fa parte dell'editorial board dell'European Journal of Oral Implantology. Relatore in numerosi congressi in Italia e all'estero e autore di numerose pubblicazioni in Italia e all'estero. Ha eseguito circa 45.000 impianti e si occupa di implantologia e protesi su impianti a Pavia e Milano.



Odt. Paolo Viola

Diplomato a Piacenza nel 1984, dal 1988 è titolare dell'“Officina Odontotecnica Viola” a Bressana Bottarone (Pavia). Dal 1997 collabora con il dott. G. Cannizzaro nelle riabilitazioni complesse su impianti. Ha frequentato presso l'Università di Zurigo il laboratorio del sig. Pietrobon e il MAP Implant Institute del dott. M. Pikos (Florida, USA). Dal 2001 al 2008 Docente del corso di perfezionamento implantoprotesico presso l'Università di Modena. Coautore di articoli dedicati all'implantologia a carico immediato. Relatore in congressi e corsi teorico-pratici di protesi implantare.

L'implantologia orale da alcuni anni presenta uno scenario, influenzato anche dai mutamenti del contesto socio-economico attuale, di radicale e rapida mutazione con una variazione protocollare dove semplicità, rapidità, mini-invasività e gestione economica sono diventati i parametri-guida.

Per questo motivo una procedura che possa prevedere: “One-day immediate loading and Final restoration”, l'utilizzo di “Super-Short Implants con lunghezza 4/5/6 mm”, un protocollo di “Fixed-on-2” o l'inserimento di “Machined Implants” si potrebbe considerare un orizzonte sfidante piuttosto che una violazione del dogma.

Da 10-15 anni ormai nel nostro centro pensiamo ad un rapporto tra essere odontoiatra e linee guida accettate diverso, e siamo convinti che il protocollo chirurgico e/o protesico debba essere a “nostra disposizione” e non viceversa.

Inseguire il mito della massima efficacia possibile significa valutare solo il problema tecnico con il risultato di anni di “OVERTREATMENT BIOLOGICO ed ECONOMICO”, non riuscendo a capire come la possibilità di curarsi non risulta legata esclusivamente alla scienza e alla tecnica. Il paziente rimane quindi al centro della nostra terapia, che dovrebbe essere guidata dallo stesso, con un passaggio storico da uno STEP-BY-STEP STATICO E OGGETTIVO ad una procedura DINAMICA, GUIDATA DAL PAZIENTE!

Quindi, considerando i risultati di successo di alcuni lavori clinici dove la tecnica flapless (1) e il carico immediato di impianti singoli con alti torque di inserimento (2-5) venivano indagati con metodica RCT e soffermandoci sulla macrostruttura molto performante dei nuovi impianti SYRA, si è confrontato il criterio di successo di un carico immediato di impianti SYRA singoli con una superficie “Machined” o “Roughened” con finalizzazione protesica definitiva in 1 giorno: “Immediately loaded and one-day final restoration single implants inserted flapless with Machined or Roughened surfaces. A Split-mouth Randomised Controlled Trial.”

Il trial comprende 50 pazienti e l'ipotesi del test dovrebbe essere che non si abbiano differenze cliniche tra una procedura di carico immediato tra un impianto SYRA con superficie ZirTi e un impianto identico con superficie macchinata.

Il paziente presente in questo report, facente parte dello studio, di sesso maschile e di anni 54, presentava all'anamnesi medica ipertensione (terapia: Losartan Potassico), ipercolesterolemia (terapia: rosuvastatina sale di calcio) e aterosclerosi asintomatica delle carotidi (terapia antiaggregante piastrinica con acido acetilsalicilico). Inoltre fumava meno di 10 sigarette al giorno.

Gli impianti venivano posizionati secondo la tecnica “One Drill - One Implant” con un torque di inserimento minimo di 80 Ncm, con metodica flapless e veniva effettuata immediatamente l'impronta con finalizzazione protesi a definitiva in 24 ore.

I risultati dello studio si stanno concludendo e verranno sottoposti al EJOI.

Bibliografia

1. Cannizzaro G., Felice P., Leone M., Checchi V., Esposito M.; Flapless versus open flap implant surgery in partially edentulous patients subjected to immediate loading: 1-year results from a split-mouth randomised controlled trial. Eur J Oral Implantol. 2011 Autumn;4(3):177-88.
2. Cannizzaro G., Leone M., Torchio C., Viola P., Esposito M.; Immediate versus early loading of 7-mm-long flapless-placed single implants: a split-mouth randomised controlled clinical trial. Cannizzaro G, Leone M, Torchio C, Viola P, Esposito M. Eur J Oral Implantol. 2008 Winter;1(4):277-92.
3. Cannizzaro G., Felice P., Leone M., Ferri V., Viola P., Esposito M.; Immediate versus early loading of 6.5 mm-long flapless-placed single implants: a 4-year after loading report of a split-mouth randomised controlled trial. Eur J Oral Implantol. 2012 Summer;5(2):111-21.
4. Cannizzaro G., Leone M., Consolo U., Ferri V., Esposito M.; Immediate functional loading of implants placed with flapless surgery versus conventional implants in partially edentulous patients: a 3-year randomized controlled clinical trial. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants [2008, 23(5):867-875]
5. Cannizzaro G., Leone M., Ferri V., Viola P., Gelpi F., Esposito M.; Immediate loading of single implants inserted flapless with medium or high insertion torque: a 6-month follow-up of a split-mouth randomised controlled trial. Eur J Oral Implantol. 2012 Winter;5(4):333-42.



1 Inserimento degli impianti con tecnica flapless



2 Preparazione degli abutment personalizzati su modello con gengiva rimovibile



3 Dettaglio degli abutment alla rimozione della gengiva sintetica



4 Finalizzazione dei manufatti protesici



5 Cementazione delle corone in situ



6 Rx al momento della consegna della protesi definitiva

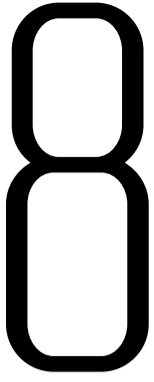


7 Rx al follow-up a 12 mesi



8 Situazione clinica al follow-up a 12 mesi

Caso clinico realizzato con impianti SYRA



Fare il medico è cosa ben diversa da essere medico

"Passaggio da uno step-by-step statico e oggettivo ad uno step-by-step dinamico, guidato dal paziente"

Dott. Cannizzaro, lei viene dalla chirurgia oftalmica: in quale modo ritiene che un ambito delicato come quello oculistico possa aver influenzato il suo approccio all'implantologia?

La mia scelta, sin dall'età di 10 anni, è stata quella di studiare medicina e, per fortuna, prima della specializzazione in Odontostomatologia, ho conseguito la specializzazione in Oculistica nella divisione in cui si iniziava l'esperienza dei trapianti di cornea. Quattro anni di "vera formazione" dove ti sentivi veramente utile e nella mia mente sono da sempre impressi i momenti in cui si andava ad eseguire l'espianto del bulbo oculare da cadavere: una sensazione strana, quasi irrealistica in cui si mischiava il dolore per una persona che se ne era andata e che sembrava guardarti, alla consapevolezza che subito dopo un essere umano privato della cosa più eccitante della nostra vita ritornava a "vivere". Contestualmente iniziavo a frequentare la scuola italiana di implantologia, quei grandi maestri come il dott. Tramonte e il dott. Muratori che proiettavano nella mia mente un modo "diverso" di riabilitare un paziente. **Due mondi diversi**, da una parte una clinica universitaria prestigiosa diretta dal prof. Giulio Morone, tra i maggiori esperti mondiali, e dall'altra parte una esperienza di libera professione fortemente invisita dall'universo accademico di allora. Era tutto così eccitante, mi lasciavo trasportare da un itinerario istintuale, due chirurgie diverse, due spazi diversi, però forse iniziavo a comprendere come "fare il medico è cosa ben diversa da essere medico". Passava il tempo e sempre più pensavo che diventava imprevedibile acquisire la capacità di relazionarsi con il paziente e con il suo contesto esistenziale.



Ai suoi corsi riscuotono molto successo i nuovi protocolli minimamente invasivi, come la FO2 e FO3, ma sono veramente soluzioni adatte a tutti i tipi di pazienti e a tutti i livelli di abilità chirurgica da parte dell'operatore?

Ho ormai alle spalle quasi 35 anni di implantologia vissuta sempre con entusiasmo ed in prima persona ed ho sempre pensato che la creazione dell'"Unica Verità" non sia corretta dal punto di vista scientifico! Un'impostazione rigida dei casi, quasi di carattere matematico, non può essere perseguita perché "essere medici è cosa ben diversa dall'essere adoratori della tecnica" (G. Cosmacini). La conoscenza precisa dei protocolli *step-by-step* deve essere imperativa, ma non deve essere vissuta come un punto di arrivo, bensì come una partenza verso un passaggio ad una clinica guidata dal paziente!

La nostra è l'unica branca della medicina in cui la clinica precede e corre prima della ricerca per cui non ho mai dimenticato di considerare come tappa inevitabile di crescita il concetto che l'osservazione clinica, anche del singolo paziente, sia intuizione, arte, poesia, indagine e spesso conclusione.

Quante volte abbiamo osservato ricostruzioni protesiche che andavano contro tutto quello di cui eravamo convinti? Però diveniva indispensabile confrontarci con una validazione scientifica che ci desse dei riscontri esatti, e per questo da circa 15 anni sotto la direzione del prof. Marco Esposito abbiamo iniziato un percorso dove, con metodica RCT, le nostre possibili intuizioni venivano paragonate alle terapie considerate "Gold Standard". Il **carico immediato**, la **chirurgia flapless**, l'utilizzo di **impianti super-short** sono stati così analizzati con

risultati molto interessanti. Si è giunti così al concetto di FO2 ("Fixed-on-2[®]") e di FO3 ("Fixed-on-3[®]"): il razionale viene posto nella considerazione che occorra curare "QUEL" paziente e non "UN" paziente, per cui molto spesso una drastica riduzione del numero di impianti può essere considerata una procedura semplice, mini-invasiva ed economica nel contesto socio-economico attuale. Spesso, infatti, per dover inserire a tutti i costi 4-6 impianti si è costretti ad effettuare manovre veramente ai limiti, affermo sempre che **"non si deve effettuare un FO2 ma si deve pensare che esiste"**! Basti pensare, infatti, a quanti pazienti di età avanzata potrebbero essere felici di non essere schiavi di una protesi mobile spesso invalidante. I lavori clinici, alcuni già pubblicati su riviste impattate, vanno avanti e nel nostro centro a Pavia sono ormai circa 400 i pazienti edentuli riabilitati con procedura FO2/FO3 con livelli di successo comparabili al classico *All-on-4*.

Certamente l'esperienza chirurgica e protesica diviene imperativa e non si può minimamente pensare che l'inseguimento senza sosta della tecnologia e della merceologia possa guidarci verso il successo clinico senza... diventarne vittime.

Anche nei corsi di *full-immersion* di Pavia, della durata di 3 giorni, condotti insieme al dott. Vittorio Ferri, insistiamo sul concetto che inseguire il mito della massima efficacia possibile ci porterebbe spesso inevitabilmente verso un *overtreatment* chirurgico-biologico non giustificabile.

E i numeri ci danno ragione: sempre in *over-booking* da anni con colleghi sempre entusiasti di condividere 12 ore al giorno di vera pratica clinica.



Lei ritiene che limitare il numero di passaggi chirurgici possa essere favorevole per il paziente. Vuole spiegarci nel dettaglio?

Ormai in tutti i campi della medicina è divenuto imperativo un nuovo modo di “pensare” la chirurgia e quindi anche in campo odontoiatrico si deve procedere ad applicare una tecnica atraumatica, gentile, veloce e mini-invasiva con esposizione del tessuto osseo al minimo.

Nel terzo millennio il ritmo frenetico del contesto socio-culturale dei paesi più sviluppati ha reso l’aspetto maggiormente invalidante della terapia implantare rappresentato dai lunghi tempi di trattamento e dalla manovre di incremento dei volumi ossei insostenibile per i pazienti a causa di problematiche legate a fattori lavorativi, funzionali, estetici o psicologici.

Occorre riflettere su un “diverso rapporto tra essere medico e linee guida odontoiatriche” le quali devono assolutamente far parte in modo categorico del bagaglio culturale di ogni professionista.

Da sempre abbiamo considerato la procedura *flapless* come possibile fattore di successo oggettivo (non viene in questo protocollo bloccata la ricca vascolarizzazione periostale) e soggettivo per il paziente, che quasi sempre non lamenta dolore, edema e sanguinamento con una guarigione dei tessuti molli praticamente immediata. Inoltre molte delle considerazioni che portavano a risolvere vari gradi di atrofia ossea con manovre di chirurgia avanzata devono essere riviste con senso critico: un impianto di diametro o di lunghezza inferiore a quelli standard possono risolvere molto spesso queste problematiche, ma implicano una conoscenza e una esperienza che deve essere formata e vissuta.

Tutto si traduce in una **semplificazione dei protocolli impianto-protetici** che può costituire un’opportunità in un momento storico difficile come quello che stiamo vivendo, ma come dice Bruno Munari: “Tutti sono capaci di complicare, pochi sono capaci di semplificare. Per semplificare bisogna togliere, e per togliere bisogna sapere che cosa togliere”.

Quanto è importante il ruolo dell’odontotecnico nel successo delle sue tecniche? È fondamentale solo nel carico immediato?

Non è più ormai neanche lontanamente possibile pensare ad un semplice contributo professionale da parte del tecnico di laboratorio: la partecipazione tra chirurgo, protesista e odontotecnico deve essere completa, si deve “vivere insieme” ogni caso clinico, perché **“ogni paziente è diverso.”**

Il team deve riuscire a lavorare come un team e non pensando a una fase chirurgica o protesica scollata dall’altra, ma riflettendo su un **“Single Surgical-Prosthetic Step”**. Il responsabile della terapia ha il compito di organizzare adeguatamente il proprio *team*, che deve pensare come un *team*, una cascata di entusiasmo, passione e sana ambizione che ci porta senza ombra di dubbio a quella competenza che viene immediatamente percepita dal paziente.

Per esempio, nella procedura di carico immediato occorrerebbe programmare un numero di pazienti da trattare con la collaborazione di un **team chirurgico-protetico** esperto nella procedura di carico immediato che non deve essere presentata con dubbio o come un trattamento sperimentale, altrimenti tutto perde di credibilità e tutto diventa “difficile e complicato”. Scegliere un appropriato sistema implantare: “la tecnica operativa è centrale”! La scelta deve favorire una sistematica che possieda le caratteristiche per semplificare non solo le fasi chirurgiche e protesiche ma paradossalmente le possibili complicanze.

“Il protocollo chirurgico-protetico deve essere a nostra disposizione e non viceversa”



Il Syra team

“Diverso rapporto tra essere medico e linee-guida odontoiatriche”

Da tutte queste considerazioni è nata l’idea del **“PROGETTO SYRA”**, una sistematica implantare in continua evoluzione, dove la storia non è stata frettolosamente buttata via, come spesso succede in nome di qualcosa di nuovo a tutti i costi, ma è stata arricchita dalla competenza di 2 *team*. Da una parte il Centro Ricerca & Sviluppo di Sweden & Martina diretto dal responsabile scientifico, la dott.ssa Glorianna Zangiacomì, che coordina un *pool* di giovani ingegneri che ribadiscono ancora una volta la superiorità delle “teste pensanti italiane”, e dall’altra parte il nostro gruppo a Pavia, che ha eseguito più di 45.000 impianti, e che si pone ogni giorno nuove domande... “Del resto è solo la curiosità che mi fa svegliare la mattina”: ecco, la nostra vita professionale si può sintetizzare in queste splendide parole di Federico Fellini in “Voce della Luna”. Nasce così un nuovo pensiero nelle finalizzazioni implantoprotesiche: in sintesi, il concetto di **“LOW COST-HIGH QUALITY”** potrebbe costituire il più moderno paradigma da adottare in implantoprotesi. Si tratta di un piccolo ripasso! Si tratta di ricordare e applicare ciò che i saggi Maestri ci hanno insegnato senza associare le nostre protesi a diverse classi di appartenenza ma ad un unico nobile criterio riabilitativo svincolato dal classico accostamento: **“BASSO COSTO=BASSA QUALITÀ”**, valorizzando soluzioni protesiche concettualmente umili ma pregne di materiali altamente tecnologici e vestite di **“INTUIZIONE, CONOSCENZA e ARTE TUTTA ITALIANA!”**

10

SYRA



Impianto versatile,
indicato nei protocolli di
riabilitazione Full Arch

Esagono esterno

La connessione ideale
nei casi di edentulia
multipla e di
disparallelismi.



Tre diametri implantari

Un'unica connessione:
esagono esterno da 2.70 mm,
standard in tutta la gamma,
permette la semplificazione
dei protocolli protesici

3

Morfologia conica

Disponibile con **superficie ZirTi e Machined**.

La superficie ZirTi ha caratteristiche micromorfologiche che la rendono capace di aumentare in maniera significativa la superficie di contatto osso-impianto. La superficie Machined, supportata da 30 anni di evidenze cliniche, consente una migliore manutenzione dell'impianto in caso di complicanze aiutando a prevenire le perimplantiti.

Spira standard
costante lungo il
corpo dell'impianto

Spira larga SL la cui profondità aumenta lungo il corpo dell'impianto, rendendo la filettatura più accentuata. Questa elevata capacità di taglio garantisce un'elevata stabilità che lo rende indicato nelle chirurgie post estrattive e in caso di osso poco compatto.

Novità di mercato

Pilastri preformati Skin

Altamente personalizzabili grazie alla vite con tecnologia Full Head. Dritti e angolati per riabilitazioni protesiche di particolare rilevanza estetica.

Protesi Skin

Il trattamento di anodizzazione rosa massimizza il mimetismo protesico, senza aumentare l'adesione della placca e dimostra un'ottima resistenza all'abrasione dovuta alla quotidiana igiene orale.

Protesi Avvitata Disparallela

Gli abutment P.A.D. dritti e angolati risolvono situazioni con assi di emergenza protesica disparalleli.

Dodecagono di riposizionamento

Dodici facce per una maggiore libertà protesica su P.A.D. angolati

Il kit chirurgico include gli **stop** per le frese Syra per lavorare in totale sicurezza e le **repliche Reply** per verificare la congruenza della preparazione del sito implantare.

Ø 4.10 e 5.00 mm, gli impianti Short condividono la stessa connessione ad esagono esterno della gamma Syra.

Superficie Full Treatment Zirti

SYRA
SHORT

Altezze: 4.00 - 5.00 - 6.00 mm, la morfologia conica e il disegno della spira garantiscono negli impianti Short un'elevata stabilità primaria.

12

Chirurgia bimascellare a carico immediato con tecnica FO2 e FO3

Dott. Giocchino Cannizzaro, Odt. Paolo Viola



Gli autori porgono un sentito ringraziamento per il contributo alla documentazione del caso ai tecnici Ruggero Orlandi, Marco Moglia e soprattutto a Isidoro Viola, socio da oltre 30 anni della Officina Odontotecnica Viola.

Prima di parlare del caso clinico presentato e dei protocolli di FO2 / FO3 e di chiedersi se funzionano o meno, occorre immaginarsi quale contesto ha generato tale visione.

Il nostro centro ha all'attivo più 30 anni di impianto-protesi declinata in maniera totale, partendo dalla storica implantologia italiana, passando per gli impianti cilindrici, sino all'evoluzione delle spire sempre più performanti delle sistematiche moderne. Abbiamo seguito negli anni migliaia di riabilitazioni. Le osservazioni cliniche quotidiane ci hanno portato a chiederci quanto supporto osseo occorra per garantire il successo della protesi: il legame tra osteointegrazione e occlusione, il legame tra bio (logia) e meccanica da un punto di vista clinico può essere più interessante di quello imposto dai protocolli tradizionali.

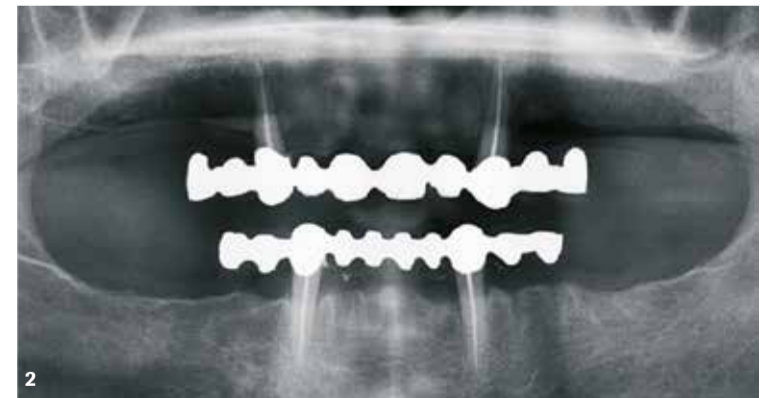
Un esempio di protesi non convenzionale in dentizione naturale è riportato con un follow-up a 20 anni nel caso clinico trattato in questo lavoro: Owall B.E.I., Almfeldt I., Helbo M.; *Twenty-year experience with 12-unit fixed partial dentures supported by two abutments*; Int J Prosthodont. 1991 Jan-Feb;4(1):24-9.

Il lavoro clinico si potrebbe ritenere l'antesignano dell'FO2 almeno da un punto di vista della "geometria" della riabilitazione. L'idea è scaturita in maniera naturale, senza uno slancio vittorioso ma senza esitazione, in un crescendo che ha preso forza ed entusiasmo. La sostanziale sovrapponibilità delle complicanze rispetto alle tecniche convenzionali ha fatto entrare i protocolli FO2/FO3 nella routine del nostro centro senza scossoni, come riabilitazioni che quotidianamente si fanno apprezzare per la grande ergonomia di esecuzione chirurgica e protesica.

Per spiegare l'esecuzione di questo caso è necessario chiarire quale significato attribuiamo alla tecnica di semplificazione protesica. Il primo obiettivo che vogliamo raggiungere è sicuramente la situazione estetico funzionale più corretta possibile: se possiamo ottenere questo risultato riducendo i tempi di fabbricazione della protesi, delle sedute in studio, diminuendo le prove e le procedure tradizionali, mantenendo il paziente in una situazione di comfort per tutta la durata del trattamento e, se queste tecniche non inficiano sullo scopo primario, stiamo probabilmente applicando una semplificazione plausibile.

Questa teoria va adottata in modo individuale al paziente trattato o, per meglio dire, spesso sono le esigenze del soggetto che influiscono sulla scelta di questi trattamenti. Il caso che descriviamo quindi non è la regola ma un esempio di semplificazione individualizzata.

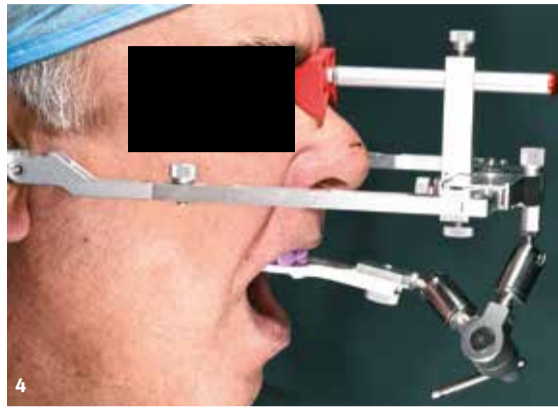
Il sig. Luigi, paziente di vecchia data, portava da circa venti anni una fissazione in oro resina supportata dai soli canini che ormai dondolavano e aveva l'esigenza, per motivi professionali, di non rimanere senza denti. I piani di trattamento ideali o, se volete, "tradizionali" per riabilitare correttamente la situazione si scontravano con le attese appena descritte. L'esecuzione di una protesizzazione bimascellare si avvale dell'uso di mascherine ricavate da set up diagnostici che portano a una previsione attendibile della finalizzazione e sono le guide per i passaggi di registrazione e sviluppo protesico.



Situazione iniziale. Le fissazioni datate sono un buon punto di partenza

In questo caso non si potevano utilizzare perché l'intervento prevedeva l'estrazione dei canini solo a inserimento delle Toronto finite. Le vecchie fissazioni del sig. Luigi, da cui possiamo ricavare molte informazioni dopo un'attenta analisi, diventano le guide per la nostra riabilitazione basata sul concetto dei modelli crociati, i quali ci permettono di montare diversi modelli della stessa bocca sull'articolatore senza errori spaziali. Le resine in parte abrase suggerivano un controllo e un rialzo della Dimensione Verticale che si scontrava con la descrizione di un ottimo senso di benessere del paziente. Si è così deciso di mantenere i parametri abituali e quindi di registrare l'altezza che deve essere rispettata in ogni procedura.

La registrazione dell'arco facciale avviene direttamente sulla vecchia arcata superiore. Dopo la rimozione dell'arcata inferiore, con un'impronta in alginato è stato costruito un porta impronte immediato molto aderente in modo da non creare ingombri; dal modello della fissazione non sarebbe stato possibile ottenerlo così preciso. Nel frattempo è stato eseguito l'intervento inferiore con l'inserimento di due impianti Syra Macchinati (Sweden & Martina) con torque di inserimento >80 Ncm.



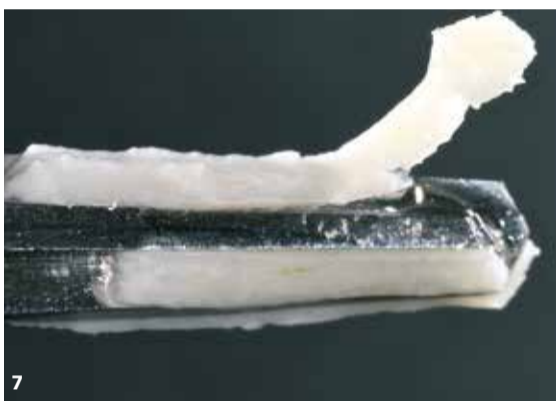
Registrazioni della Dimensione Verticale a cui si è abituato il paziente. Riteniamo che sia corretta, di conseguenza sarà rispettata per tutta l'esecuzione del piano di trattamento. Rilevazione dell'arco facciale per la posizione cranio-assiale del mascellare superiore



La chirurgia effettuata con procedura flapless e tecnica "one drill-one implant"



Si noti la differenza di diametro tra la fresa e l'impianto per ottenere la sotto preparazione necessaria ad una ottimale stabilità meccanica



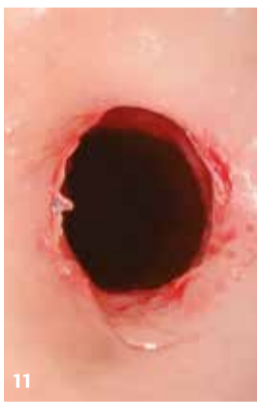
Il tessuto osseo rimasto sulla fresa avvalora la sensazione di buona densità percepita al manipolo. Impianto inserito nel neo alveolo chirurgico



Realizzazione dell'impronta inferiore. Dopo aver stabilizzato e controllato la situazione inferiore si procede alla rimozione dell'arcata superiore. Prima di eseguire l'intervento chirurgico è necessario ottenere il porta impronte superiore

La rilevazione dell'impronta inferiore si realizza con canule in titanio opportunamente accorciate utilizzando la dima per l'altezza. Dopo aver ribasato, si fissano le canule con resina auto polimerizzante con tecnica sale e pepe per controllare la retrazione e si effettua una registrazione in cera sottile tra il porta impronte inferiore e l'arcata superiore prima che questa sia rimossa.

Mentre si costruisce il porta impronte individuale viene effettuato l'intervento superiore con l'inserimento di tre impianti Syra macchinati.



Inserzione degli impianti superiori. Si noti la conservazione dei tessuti molli alveolari

La rilevazione dell'impronta avviene con la stessa tecnica dell'inferiore. In questa fase è fondamentale non influire sulla Dimensione Verticale che al controllo con la dima, compreso lo spessore della cera di masticazione è ancora corretta.

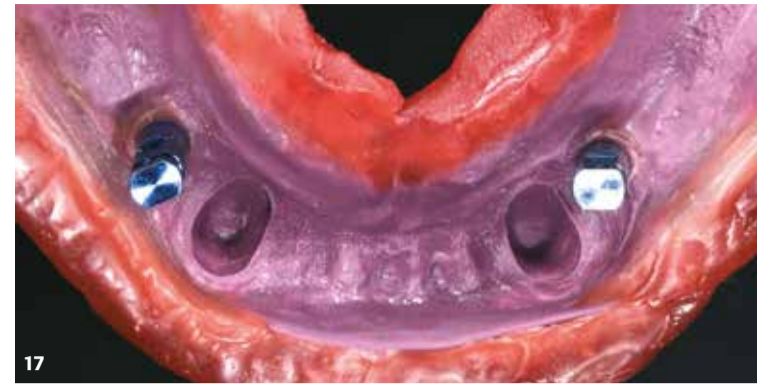


Esecuzione dell'impronta superiore. Dopo aver eseguito la registrazione oclusale, è necessario verificare di non aver alterato la Dimensione Verticale originaria. Possiamo tollerare una differenza di poco superiore al millimetro compensandola sull'articolatore. Nel caso l'errore fosse maggiore, si scontrerebbe con le differenze indotte dall'"Asse Cerniera".

In laboratorio si esegue la procedura dei modelli crociati, si monta in articolatore il modello superiore delle vecchie fissazioni con l'arco facciale, e successivamente si monta il modello master inferiore e il master superiore conseguente al master inferiore. La base di partenza per ogni passo successivo è il primo modello a cui sulle informazioni dell'arco, le immagini e le indicazioni, prese in fase di registrazione si applicano le correzioni del piano oclusale, delle linee verticali e orizzontali, direttamente sul gesso e con cera da modellazione.

14

Una chiave oclusale in silicone fissata alla branca inferiore è la guida per impostare la Toronto superiore.

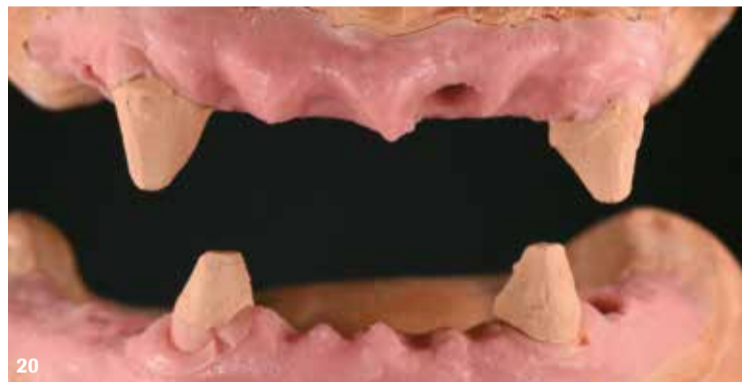


Montaggio del modello superiore con "arco" e realizzazione dei modelli Master. Il modello superiore dell'arcata preesistente è il punto di partenza per eseguire la tecnica dei "modelli crociati"

Questo modo semplice di impostare la macro geografia della riabilitazione, in fase di realizzazione può essere soggetto a modifiche e adattamenti per trovare il miglior compromesso tra posizione implantare, rapporto crestale e schema oclusale. Iniziamo quindi con una quantità d'informazioni cospicua ottenuta in un'unica seduta in cui sono stati eseguiti gli interventi chirurgici e tutte le registrazioni necessarie. Il paziente, durante la costruzione delle sue nuove protesi, sta vivendo la sua vita sociale e professionale normalmente con le sue vecchie arcate in oro resina riposizionate. Con i modelli crociati e la mascherina siliconica, che ci danno una ragionevole determinazione dei volumi, possiamo procedere a realizzare le strutture.



Sviluppo dei "modelli crociati". Il modello master inferiore messo in articolazione con il primo modello superiore. Di conseguenza si monta il modello master superiore. Sull'articolatore è possibile alternare i modelli senza errori di posizione spaziale



La posizione corretta del mascellare superiore unitamente alle nuove informazioni ottenute ci concede di completare le correzioni necessarie e acquisire la nostra nuova "guida": la chiave oclusale in silicone

Bibliografia:

1. Cannizzaro G, Felice P, Soardi E, Ferri V, Leone M, Lazzarini M, Audino S, Esposito M. *Immediate loading of 2 (all-on-2) versus 4 (all-on-4) implants placed with a flapless technique supporting mandibular cross-arch fixed prostheses: 1-year results from a pilot randomised controlled trial.* Eur J Oral Implantol. 2013 Summer;6(2):121-31.
2. Cannizzaro G, Felice P, Giorgi A, Lazzarini M, Ferri V, Leone M, Esposito M. *Immediate loading of 2 (all-on-2) flapless-placed mandibular implants supporting cross-arch fixed prostheses: interim data from a 1-year follow-up prospective single cohort study.* Eur J Oral Implantol. 2012 Spring;5(1):49-58.
3. Cannizzaro G, Felice P, Soardi E, Ferri V, Leone M, Esposito M. *Immediate loading of 2 (all-on-2) versus 4 (all-on-4) implants placed with a flapless technique supporting mandibular cross-arch fixed prostheses: preliminary results from a pilot randomised controlled trial.* Eur J Oral Implantol. 2011 Autumn;4(3):205-17.



Le canule in titanio Sweden & Martina dedicate alla saldatura con arco voltaico, sono i pilastri di sostegno delle strutture



Esecuzione della struttura superiore. Il rapporto tra la morfologia della cresta ossea e il disegno oclusale della mascherina siliconica determina i volumi da rispettare

Montiamo sui modelli delle nuove canule in titanio con piattaforma rotante ed emergenza anatomica che gli ingegneri della Sweden & Martina hanno realizzato con uno spessore adatto per essere saldate con sistemi laser e ad arco voltaico. Sull'impianto frontale superiore decidiamo di utilizzare un moncone preangolato da 17° gr P.A.D. per evitare l'accesso vestibolare alla vite di serraggio. La barra in titanio è piegata e adattata in modo che occupi meno spazio possibile e che appoggi concretamente sulle pareti delle canule; il contatto tra le parti riduce l'insorgere di tensioni frequenti. Si procede con la saldatura con arco voltaico con apporto di titanio in ambiente controllato ad Argon a protezione del metallo.



La filosofia dell'FO2 e FO3
a cura del
dott. Matteo Lazzarini



Lo stesso concetto si applica per la costruzione della struttura inferiore. Il buon rapporto tra le strutture cui sono state saldate delle ritenzioni poste alla base dei denti, avviene di conseguenza

Queste strutture trovano il loro vantaggio nella velocità di esecuzione senza rinunciare alle caratteristiche di rigidità e passività adatte a sostenere una protesi ad ancoraggio implantare. Si fissano molto velocemente delle spine in titanio poste alla base dei denti in modo di creare supporti per evitare le fratture della resina. Dopo una leggera rifinitura siamo pronti a riportare la mascherina siliconica come guida per l'impostazione del montaggio degli incisivi superiori e di conseguenza si esegue tutto il montaggio con i soliti criteri. La ceratura finale presuppone un'anatomia corretta che in gran parte è guidata dalla preparazione della mascherina gengivale opportunamente scavata con maggior profondità negli alveoli dei canini che saranno estratti.



Il montaggio degli incisivi superiori è guidato dalla chiave in silicone ed è soggetto ad ulteriori correzioni

Il montaggio dei denti definitivo è completato con la modellazione dell'anatomia "rosa"

Si procede con la zeppatura con resina granulometricamente extra-fine, si rifinisce e si lucida con particolare riguardo alle superfici a contatto dei tessuti e le nuove protesi sono pronte per tornare in studio. Dopo l'estrazione dei canini si avvitano le nuove Toronto Bridge e si eseguono tutti i controlli canonici prestando molta attenzione alle considerazioni del Sig. Luigi che descrive nonostante una certa differenza anatomica una sensazione confortevole.



Le nuove protesi finite e lucidate a specchio hanno subito una rigorosa verifica del bilanciamento dinamico. Il disegno anatomico delle parti "rosa" è determinato dal rispetto dei volumi che devono essere confortevoli e dall'esigenza di avere accessi igienici efficaci

Le parti a contatto con la mucosa sono prive di concavità. In prossimità degli alveoli dei canini, si è applicata una compressione maggiore per compensare gli effetti delle estrazioni



Le Toronto Bridge avvitate in situ, subiscono un nuovo controllo e confermano le procedure di registrazione iniziali

Il sorriso gradevole e il confort descritto dal paziente sono sicuramente una buona soddisfazione per tutto il team



L'immagine radiografica evidenzia le corrette sedi implantari e il buon adattamento delle strutture

Caso clinico realizzato
con impianti
SYRA

Cosa è emerso dalla 4th Consensus Conference dell'EAO?

La redazione di NumeriUno riassume i risultati presentati nella sessione speciale durante il 24th Annual Scientific Meeting a Stoccolma

The patient undergoing implant therapy

Il paziente sottoposto a terapia implantare

GRUPPO 1

In un contesto socio economico sempre più condizionato dalle esigenze del paziente, in grado di influenzare pesantemente le scelte terapeutiche, il primo gruppo di studio si è proposto di revisionare la vasta letteratura disponibile per stabilire dei parametri di opportunità relativi a questo approccio. In particolare, dagli studi analizzati **non è emerso alcun beneficio della profilassi antibiotica prechirurgica in pazienti sani**, contrariamente a decenni di terapie antibiotiche di varia entità e durata. **I fattori di rischio per la perimplantite sono stati individuati** prevalentemente nell'accumulo di placca, pregressi problemi parodontali, fumo, eccesso di cemento e mancanza di adeguata manutenzione professionale della riabilitazione implanto-protetica, quindi aspetti ascrivibili al paziente e non alle caratteristiche degli impianti. Inoltre è stata sottolineata la necessità di standardizzare la letteratura scientifica che contempra tra i sistemi di valutazione anche il grado di soddisfazione del paziente o altri valori soggettivi, soprattutto nei protocolli che esprimano la preferenza per riabilitazioni fisse o rimovibili su impianti piuttosto che la convenzionale *overdenture*.

Computer supported diagnosis, fabrication and assessment processes

Processi di diagnosi, realizzazione e verifica computer-assistiti

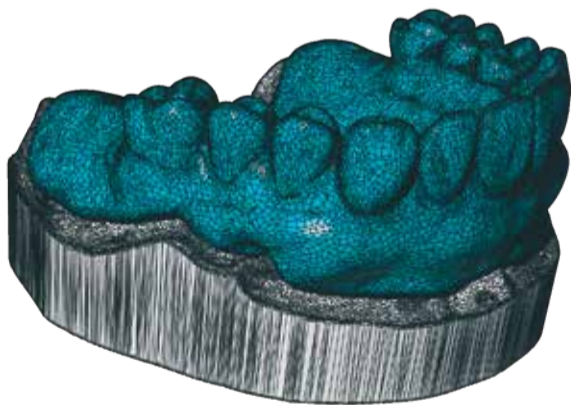
GRUPPO 2

L'implantoprotesi computer-assistita rappresenta oggi una valida alternativa alla pianificazione/esecuzione tradizionale. Tuttavia è bene tenere in considerazione alcune varianti, come la precisione del software nell'elaborare le immagini rilevate: **il margine di errore in un processo automatizzato è reale**, un'errata sovrapposizione delle immagini può comportare un successivo fallimento implantoprotesico. Un altro punto cruciale che il Gruppo 2 ha ritenuto opportuno sottolineare è che **il clinico che ricorre alla chirurgia guidata deve avere le competenze per operare anche senza quest'ultima**, nell'eventualità che la guida si dovesse rompere o compromettere durante la chirurgia: è sbagliato pensare che la chirurgia guidata sia per clinici poco esperti. In generale, il ricorso alle tecnologie digitali rappresenta un'ottima alternativa, se si tengono in considerazione le limitazioni che questa può comportare.

Le risposte di Sweden & Martina

Milling Center Echo

Sempre al passo con i tempi e con l'evoluzione tecnologica, Sweden & Martina offre la possibilità di realizzare protesi individualizzate CAD/CAM in un'ampia gamma di materie prime, per consentire all'odontoiatra e al suo tecnico di trovare l'opzione più adatta alle diverse situazioni cliniche. Lo Scan Center e il Milling Center di Sweden & Martina utilizzano le tecnologie più sofisticate per garantire manufatti protesici di massima precisione e qualità.

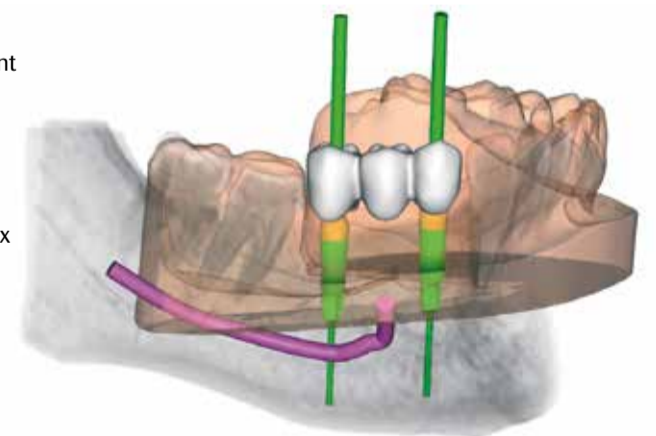


ECHOPlan

Il kit chirurgico per implantologia guidata ECHOPlan è stato progettato e sviluppato per consentire agli utilizzatori di impianti cilindrici Premium, Prama e Outlink² di preparare i siti chirurgici utilizzando la tecnica della chirurgia guidata. Il kit ECHOPlan Sweden & Martina e la strumentazione chirurgica in esso contenuta sono compatibili con l'uso delle principali tecniche di implantologia guidata (software diagnostici tridimensionali e mascherine di guida chirurgica) attualmente presenti sul mercato.

Compatibilità dei software di pianificazione implantare:

3 Diemme - 3Diagnosys
 Anatomage - Invivo5
 Siplant Dentsply - Siplant
 Medialab - Implant3D
 Nemotec - Nemotecscan
 3Shape - Implant Studio
 Sirona - Galileos Implant
 Sirona - SiCat Implant
 Dental Wings - Codiagnostix
 EraScientific - DentalVox
 Cybermed - OnDemand3D
 Morita - i-Dixel
 Planmeca - Planmeca
 Samsung - Ray
 Vatech - Vatech
 iLAND - iCAT
 Carestream (Kodak) - CS 9000 3D
 NewTom, MyRay e OEM - NNT e iRYS



Cos'è una Consensus Conference?

È un incontro fra esperti del settore per rispondere a domande sulla applicabilità, efficacia e sicurezza di procedure cliniche e mediche, e per dare indicazioni ai ricercatori sulle necessità di future ricerche. I partecipanti conducono una attenta revisione della letteratura, identificando articoli scientifici rilevanti da correlare ad ogni singolo argomento di discussione. Gli argomenti vengono poi discussi con lo scopo di raggiungere un consenso basato sui risultati delle ricerche e dare soluzioni a quesiti analizzati. Il modello delle Consensus Conference fu messo a punto negli USA dal NIH National Institute of Health negli anni '70, per definire lo stato dell'arte e facilitare ai medici l'identificazione di protocolli approvati in funzione del concetto di Evidence Based Medicine.

Gli esperti convocati dall'EAO lo scorso febbraio sono stati suddivisi in 4 gruppi di studio, come riportato sopra.



The 4th EAO Consensus Conference
11-14 February 2015, Pfäffikon, Schwyz, Switzerland
Clinical Oral Implant Research, Volume 26, Issue S11, September 2015

Long-term stability of peri-implant tissues after bone or soft tissue augmentation. Effect of zirconia or titanium abutments on peri-implant soft tissues

Stabilità a lungo termine dei tessuti perimplantari dopo aumento dei tessuti duri o molli. Effetto di abutment in zirconia o in titanio sui tessuti molli perimplantari

GRUPPO 3

Il ricorso a protocolli di rigenerazione dei tessuti molli è indicato per aumentarne spessore e gengiva cheratinizzata e ridurre il riassorbimento osseo perimplantare interprossimale. **Procedure di rigenerazione ossea si sono dimostrate valide per la ricostruzione della cresta dopo la corretta guarigione dei tessuti molli**, e la stabilità dell'osso rigenerato può rappresentare un fattore cruciale nel mantenimento dei tessuti molli. **Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra l'uso di pilastri in titanio e in zirconia** nella valutazione della profondità di sondaggio, nel sanguinamento al sondaggio e nel mantenimento dei livelli di osso crestale e di tessuti molli. I pilastri in zirconia hanno mostrato risultati migliori in termini di estetica, comportando però talvolta alcune complicanze minori.



Milling Center Echo

Sweden & Martina dispone di diverse qualità di zirconia, con colorazioni e trasparenze simili a quelle dei denti naturali, che consentono riabilitazioni ad alta valenza estetica.



Therapeutic concepts and methods for improving dental implant outcomes

Concetti e metodi terapeutici per il miglioramento dei risultati degli impianti dentali

GRUPPO 4

Sono stati proposti diversi concetti terapeutici atti al miglioramento dei risultati della terapia implantoprotesica in siti postestrattivi con protocolli di *ridge preservation*, e in siti distali sia mandibolari che mascellari dove la ridotta altezza ossea disponibile implica solitamente una scelta tra impianti corti e rigenerazione verticale. Dall'analisi della letteratura disponibile, la procedura di mantenimento dell'osso alveolare si è dimostrata efficace a consentire l'inserimento dell'impianto e a ridurre la necessità di ulteriori terapie di aumento dei volumi ossei al momento dell'inserimento dell'impianto. Per quanto riguarda le terapie rigenerative nei settori distali, sia in mascella che in mandibola l'esito clinico degli impianti corti è stato del tutto paragonabile a quello dei protocolli di rialzo del seno e di aumento verticale, tuttavia **gli impianti corti hanno generato minori complicanze cliniche**. Pertanto il gruppo di studio si è trovato concorde nel supportare terapie meno invasive nell'interesse del paziente.



Impianti corti

Un impianto corto può risolvere diverse situazioni cliniche, per questo Sweden & Martina ha studiato soluzioni sicure in altezza compresa fra 4 e 8.5 mm con un'ampia scelta di connessioni: dall'esagono esterno alla connessione Collex, fino all'opzione transmucosa. Una soluzione per ogni clinico, un'opportunità per ogni paziente.



Perché le Consensus Conference sono necessarie?

La pratica odontoiatrica si basa sulle evidenze scientifiche in merito alla sicurezza e all'efficacia di diverse procedure cliniche. Tuttavia, la qualità, la quantità e la diversità di articoli disponibili spesso ostacola chi è in cerca di una risposta univoca. A volte il campione statistico è troppo piccolo, o il protocollo è troppo recente per poter avere un'evidenza a lungo termine o per poter essere ritenuto efficace. Radunando tutti gli esperti in materia per esaminare le evidenze scientifiche, si riesce solitamente ad ottenere un Consensus che possa servire da guida a tutta la comunità scientifica e odontoiatrica su quali procedure siano appropriate e predicibili.

L' EAO non accetta sponsor di alcun tipo per le sue Consensus Conference. Le spese di organizzazione sono a carico esclusivamente dall'Associazione, e l'unico compito è quello di produrre la migliore guida di lettura e interpretazione delle evidenze scientifiche in un ambiente imparziale. Con questo presupposto i documenti generati da queste conferenze hanno particolare valore per la comunità scientifica.

Odontofobia e sedazione

Dott. Giuseppe Vignato



*Laureato in odontoiatria e protesi dentale a Padova nel 1986.
Perfezionato in chirurgia orale ed implantologia presso l'Università di Chieti.
Master in sedazione presso l'Università di Padova.
Docente e Tutor presso la clinica universitaria di Padova.
Diplomato ipnologo presso la scuola CIICS di Torino e allievo del dott. Regaldo.
Presidente in carica di AISOD (Società Italiana Sedazionisti Odontoiatri).
Lavora come libero professionista a Vicenza in una struttura odontoiatrica complessa.
Coautore del TRATTATO ITALIANO DI IPNOSI nella sezione odontoiatrica.*

Dott. Vignato, c'era una volta la paura del dentista, fenomeno così diffuso da essere contemplato nei testi di psicologia sotto il nome di "odontofobia". Cosa è cambiato oggi?

Il cambiamento più rilevante consiste in una nuova consapevolezza che il paziente ha il diritto e l'Odontoiatra ha il dovere di offrire le terapie prive di ansia e di dolore. Il tema dell'odontofobia deve essere affrontato e superato e ciò rappresenta un dovere del Medico Odontoiatra. Partendo da questo presupposto è necessario inserire nel percorso di formazione del professionista anche la materia nota come sedazione odontoiatrica. La LM-46, ovvero il decreto che istituisce l'ordinamento didattico della laurea magistrale in odontoiatria e protesi dentaria, stabilisce che "I laureati magistrali della classe, al termine degli studi saranno in grado di applicare la gamma completa di tecniche di controllo dell'ansia e del dolore connessi ai trattamenti odontoiatrici (nei limiti consentiti all'odontoiatra)". Tale norma è in perfetto accordo con il Profilo delle Competenze del Dentista Europeo pubblicato dalla Association of Dental Education in Europe (ADEE), l'organizzazione che dal 1975 ha la missione di promuovere la professionalità in odontoiatria e svolge il ruolo di rappresentante ufficiale delle scuole odontoiatriche europee.

L'ansiolisi, inoltre, non è una semplice materia di scelta e somministrazione del farmaco, ma è un complesso processo in cui il ruolo chiave è svolto dall'odontoiatra con il suo comportamento: da qui l'introduzione e la progressiva enfasi data alle tecniche di comunicazione, alla iatrosedazione e all'ipnosi, tecniche di ineludibile importanza che, se ben utilizzate, consentono da sole livelli di ansiolisi eccellenti; esse possono essere ovviamente implementate, quando necessario, dalla sedazione farmacologica. Non possiamo dimenticare che le emergenze odontoiatriche sono prevalentemente un problema di prevenzione: la gran parte di esse sono infatti conseguenza di una mancata valutazione delle condizioni sistemiche del paziente, di un mancato monitoraggio e di un'inutile quanto pericolosa esposizione a stress, dolore ed ansia.

L'odontoiatra non può più considerarsi il 'tecnico' dei denti ma lo specialista della salute del cavo orale. Quindi un medico consapevole cioè colui che incarna il concetto di salute non solo come assenza di patologia, ma come uno stato di equilibrio della persona. Il cavo orale è profondamente innestato nella vita emotiva di tante persone-pazienti e da qui lo stato di elevata ansia che spesso accompagna chi frequenta uno studio dentistico. La mentalità del professionista della salute orale consiste nel possedere questa consapevolezza e farla divenire pratica quotidiana.

Dalle sue parole capisco che l'ansia e il dolore non si affrontano solo con i farmaci?

Infatti, la jatro-sedazione è il metodo applicativo di quanto detto nella risposta precedente. **L'ansiolisi o, meglio, il processo ansiolitico, inizia con la relazione che si stabilisce tra la persona-medico e la persona-paziente.**

La jatro-sedazione può essere definita come un'ansiolisi ottenuta mediante il comportamento dell'operatore che influenza positivamente quello del paziente. La parola è energia ed è così potente da modificare chi l'ascolta. Anche per la jatro-sedazione sono richieste delle abilità che prevedono un percorso formativo circa le tecniche di comportamento, la capacità di sviluppare empatia, le tecniche di comunicazione come la PNL o l'ipnosi. Quest'ultima tecnica, che esercito quotidianamente, è la massima espressione della potenza del linguaggio e mi permette di affrontare la maggior parte dei casi di odontofobia.

Ci parli della sua esperienza con l'ipnosi.

La comunicazione ipnotica e le tecniche d'induzione sono due strumenti eccezionali nelle mani del professionista. Faccio un passo indietro. La chirurgia orale è stata fin dall'inizio della mia storia professionale la specialità di maggior fascino ma, allo stesso tempo, è anche il campo che espone maggiormente all'ansia e al possibile dolore. Così, già dai primi anni novanta mi sono servito dell'opera di anestesisti che aiutassero il paziente a stare meglio durante gli interventi. Il paziente viveva positivamente l'esperienza chirurgica ma se era pauroso prima ritornava ad esserlo anche dopo, non riuscivo, in altri termini, a modificare, magari parzialmente, la sua emotività. Questo dubbio ha trovato risposta molti anni dopo nel 2010, quando ho frequentato il Master di Sedazione presso l'Università di Padova.

Condividendo l'esperienza dei maestri della sedazione odontoiatrica ho capito che il farmaco è solo una parte del processo di liberazione dall'ansia e la relazione è l'altro indispensabile aspetto del benessere del paziente. L'ipnosi è stata una conseguenza di questa consapevolezza, infatti, la tecnica ipnotica è una forma particolare di relazione tra il Medico e il paziente. Il Medico, attraverso la comunicazione ipnotica, permette al paziente di **vivere l'esperienza odontoiatrica in uno stato di coscienza modificato cioè lo stato di benessere** in cui si trova la nostra mente in molte occasioni durante la giornata. Sembrerà paradossale ma il benessere lo raggiungiamo quando la nostra mente è focalizzata in un solo pensiero e quindi disinteressata a ciò che accade intorno. Ad esempio, quando siamo assorti nella lettura di un libro e qualcuno ci chiama o suona il telefono,

lo sentiamo, ma siamo disinteressati a rispondere perché stiamo troppo bene in quella situazione, questo è uno stato ipnotico. Questo è lo stato che possiamo riprodurre attraverso un'induzione ipnotica permettendo al paziente di rielaborare la sua ansia e la conseguente paura.

Ci sono categorie di persone più resistenti all'ipnosi e alle tecniche di rilassamento, magari anche inconsapevolmente? E in tal caso, quali sono le alternative?

Naturalmente ognuno ha le proprie resistenze e in base alle proprie capacità di superarle si producono stati ipnotici diversi, è molto simile a una performance sportiva, ognuno fa la sua. Rispetto alle capacità ipnotiche della persona possiamo ottenere fenomeni diversi che vanno dal rilassamento all'analgisia. Voglio ribadire con forza che **la relazione ipnotica necessita della esplicita volontà del paziente, cioè solo la persona decide cosa fare e come farlo**, non è possibile annullare l'etica della persona

nemmeno con l'ipnosi più profonda. Questo per fugare ogni dubbio circa la visione mediatica dell'ipnosi.

Quali sono oggi in Italia i percorsi formativi per i colleghi che volessero arricchire la propria professione con l'approccio ipnotico?

Ci sono molte scuole di ipnosi che permettono di conseguire l'attestato di ipnologo ma per l'odontoiatria non c'è nulla di specifico. Per questo motivo ho pensato di creare assieme a Pino Regaldo, uno dei migliori maestri di ipnosi clinica, un **corso specifico** che insegni ai colleghi la **tecnica di induzione ipnotica con il linguaggio dell'Odontoiatra**.

Il nostro obiettivo è che dopo i 4 giorni di corso ogni partecipante sia in grado di affrontare l'ansia dei propri pazienti.

Voglio ringraziare Sweden & Martina per aver raccolto la sfida di organizzare un corso di questo tipo. Appuntamento il prossimo 11 e 12 marzo per l'inizio di questa nuova avventura.

Corso teorico-pratico di ipnosi per Odontoiatri

Corso destinato a medici chirurghi e odontoiatri che non hanno alcuna conoscenza dell'ipnosi o che desiderano approfondire una visione innovativa del fenomeno ipnotico.

Argomenti trattati:

- La natura del fenomeno ipnotico e le applicazioni in campo medico
- Tecnica di induzione dell'ipnosi con esercitazioni a coppie
- Strumenti di autoanalisi/monitoraggio della propria attività verso il paziente

Al termine del corso ogni partecipante avrà condotto circa 30 induzioni ipnotiche su soggetti di tipologia differente, imparando a indurre l'ipnosi in modo rapido (meno di 3 minuti), velocizzando le tecniche tradizionali -basate sul rilassamento- o imparando tecniche più rapide -basate sul contatto fisico-, sulla ratifica immediata del fenomeno e sulla stimolazione alternata dei due emisferi cerebrali. Inoltre avrà appreso l'autoipnosi per un recupero rapido di energie, per il controllo di ansie ed emotività, per il proprio benessere.

data	luogo	codice corso	relatore
11-12 marzo 2016; 01-02 aprile 2016	Due Carrare (Padova)	CA1417	Giuseppe Vignato, Giuseppe Regaldo



Storia di un matrimonio invisibile

Prof. Giuseppe Siciliani, Chairman Orthodontic Department, Ferrara University



"Viticoltore per passione, ortodontista per hobby".

- 1980-90 Docente di Ortodonzia -dall' '88 professore associato- presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" Specializzazione in Ortodonzia.
 - 1986-1994 Consulente nazionale del Fondo Sanitario delle Telecomunicazioni (ASSILT)
 - dal 1990 Professore ordinario in Ortodonzia presso l'Università degli Studi di Ferrara
 - 1991-94 e 2013-2014 Presidente del corso di Laurea in Odontoiatria presso l'Università degli Studi di Ferrara
 - 1992-93 Consulente per il Ministero dell'Università per l'Odontoiatria presso la Comunità Europea
 - dal 1993 Direttore della Scuola di Ortodonzia presso l'Università degli Studi di Ferrara
 - Presidente SIDO 2004-2006
 - Autore di oltre 100 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali
 - Relatore in numerosi congressi nazionali e internazionali
- Alcuni suoi libri sono considerati un'autentica pietra miliare nell'Ortodonzia:
- Odontoiatria Infantile: 1987 - Euroma - Roma
 - Ortodonzia nel paziente in crescita: 1988 - Euroma - Roma
 - Le terze classi nel paziente in crescita: 1994 - Masson - Milano
 - Ortodonzia linguale: 1992 - II° ed. 2000: Masson - Milano

Professor Siciliani, il nuovo allineatore F22 nasce da una lunga esperienza con gli allineatori maturata nella sua Scuola di Ortognatodonzia dell'Università di Ferrara... lo rifarebbe?

Certo, perché ho sempre indirizzato i miei studi verso l'estetica del sorriso e quindi verso apparecchiature ortodontiche correttive invisibili. Inizialmente verso le tecniche fisse applicate dal lato linguale; dal 2000 verso gli allineatori, consapevole che quelli in commercio presentavano dei gap che le aziende costruttrici non avevano interesse a risolvere, in quanto agivano quasi in regime di monopolio. Ecco perché con il mio *team*, circa 3 anni fa, ebbi l'idea di studiare e realizzare un allineatore nuovo e più adatto al mercato ortodontico.

F22: Perché bio-allineatore?

L'ortodonzia moderna corre verso l'applicazione di forze leggere e continue, mentre quasi tutti gli allineatori in commercio usano come materiale di base il PET-G che, essendo poco elastico, rilascia le forze molto più velocemente rispetto al materiale da noi individuato per F22. Da qui il termine "bio-allineatore": F22 rispetta il parodonto rilasciando le forze programmate in un tempo più lungo. Ciò è particolarmente importante nei soggetti adulti, che spesso presentano problemi parodontali.

Com'è nata l'idea di una possibile collaborazione con Sweden & Martina?

Quali sinergie vedete in questa collaborazione?

Cercavamo un'azienda italiana a cui affidare la produzione e la distribuzione del nostro allineatore. Abbiamo proposto una partnership a Sweden & Martina poiché, oggi, è l'azienda *leader* nel settore odontoiatrico, per giunta da poco entrata in ortodonzia, ma soprattutto perché è un'azienda che si è caratterizzata nel passato per la ricerca e per l'affidabilità dei prodotti.

Quindi affiderete alla Sweden & Martina tutto ciò che riguarda F22?

No, solo la produzione e la distribuzione, mentre il *set-up*, cioè la programmazione del caso da trattare, resta a noi. Questa è forse la più grande differenza rispetto agli altri allineatori, per i quali i *set-up* vengono effettuati da tecnici informatici o odontotecnici: infatti per F22 lo studio de caso e il *set-up* saranno effettuati da specialisti in ortodonzia sotto la supervisione mia e del prof. Lombardo.

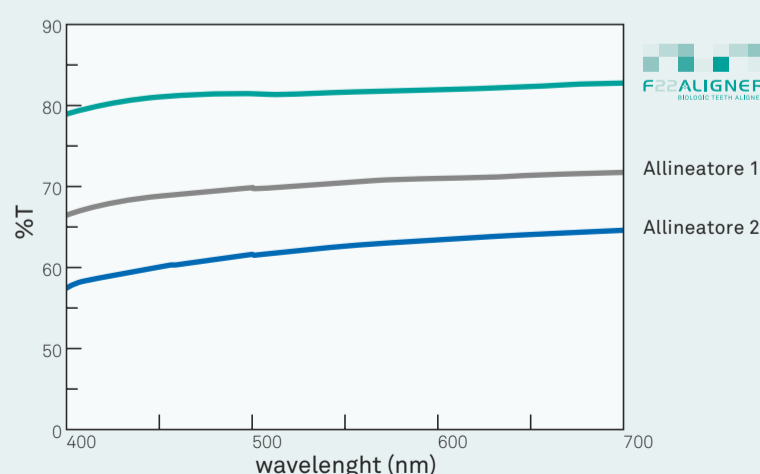
Si può dire che F22 è il frutto di tanta passione, ricerca e dedizione. Cosa si prova a vedere infine concretizzato e realizzato il risultato di questo impegno?

Una grande soddisfazione e gratificazione non solo per me, ma per tutto il mio *team*, che per 3 anni ha lavorato su questo progetto e a cui va tutta la mia gratitudine; un ringraziamento particolare al mio aiuto, il prof. Luca Lombardo, che ne ha seguito tutte le fasi di realizzazione. L'Università moderna deve assolvere i suoi compiti istituzionali di insegnamento, di assistenza e di ricerca e F22 è l'espressione proprio di ciò che le Università che fanno ricerca possono realizzare per dare un contributo alla nostra disciplina, studiando prodotti affidabili che i colleghi possano utilizzare con tranquillità.

Intravede ulteriori margini di sviluppo di questo progetto?

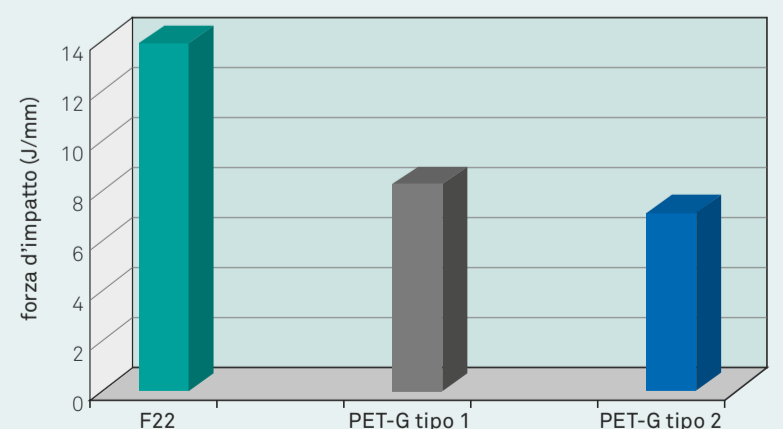
Certo, sono già allo studio allineatori per *teenager* che consentiranno di trattare ortodonticamente gli adolescenti che oramai hanno sviluppato una forte sensibilità estetica e mal sopportano le tradizionali apparecchiature fisse metalliche. Oggi più che mai con la collaborazione di un'importante azienda qual è Sweden & Martina, sono certo che a Ferrara riusciremo a creare nuovi prodotti per l'ortodonzia che soddisfino sempre di più le esigenze degli ortodontisti e, ancora più importante, dei pazienti.

Trasparenza



* Optical properties of orthodontic aligners - Spectrophotometry analysis of 3 types before and after aging; Lombardo L., Arreghini A., Maccarrone R., Bianchi A., Scalia S., Siciliani G.; in press

Resistenza alla frattura



** Stress relaxation properties of four orthodontic aligner materials; Lombardo L., Martinez E., Mazzanti V., Arreghini A., Mollica F., Siciliani G.; in press

F22 Aligner, l'allineatore invisibile

Ideato dal Prof. Giuseppe Siciliani e dal Team dell'Università degli Studi di Ferrara

Frutto di 22 anni di esperienza e di 14 anni di ricerche della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia dell'Università di Ferrara, F22 è un sottile apparecchio ortodontico rimovibile, realizzato su misura utilizzando un esclusivo materiale plastico trasparente; consente lo spostamento graduale e progressivo dei denti del paziente dalla loro posizione originaria verso la posizione ottimale, raggiungendo un'**occlusione esteticamente gradevole** e **funzionalmente valida**.

I plus di F22 Aligner



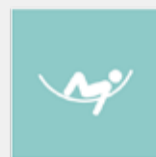
Un Tutor dell'Università di Ferrara al tuo servizio



Elevata trasparenza



Forze più leggere e costanti



Maggiore comfort

★ Un tutor per ogni caso

La programmazione di F22 differisce sostanzialmente da quella degli altri allineatori disponibili nel mercato: il team di ortodontisti della Scuola di Specializzazione studia analiticamente ogni singolo caso, pianifica tutti i movimenti al decimo di millimetro e **guida il medico fino alla fine del trattamento**.

Fitting ottimale: le mascherine F22 si adattano in modo eccezionalmente preciso alla morfologia dei denti (spazio < 40 micron), garantendo un controllo dei movimenti dentari preciso e risultati più predicibili.

Trasparenza, fino al 20% in più rispetto ad altri allineatori realizzati in PET-G, per un effetto ancora più naturale

Stabilità cromatica

Superficie eccezionalmente liscia

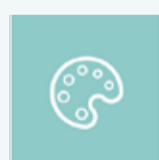
Elasticità, un materiale del 20% più elastico rispetto a quelli fino ad oggi utilizzati per realizzare allineatori, consente di **trasmettere forze leggere e costanti**

Resistenza alla frattura

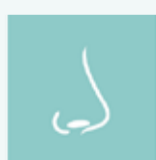
Margini arrotondati per un maggior comfort

Ritenzione perfetta grazie al taglio regolare e dritto all'altezza della sommità dei margini gengivali

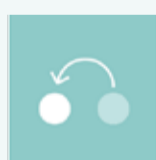
I vantaggi di F22 Aligner per il paziente: Invisibile, Confortevole, Resistente



Stabilità cromatica



Inodore



Rimovibile



Non interferisce con le abitudini quotidiane



Procedimento per step progressivi

Quando prescrivere F22 Aligner

Con F22 è possibile trattare la maggior parte dei pazienti adulti o in crescita con:

- affollamenti;
- diastemi;
- discrepanze dell'indice di Bolton che necessitano di restauri protesici o di stripping per una completa correzione;
- festonature gengivali irregolari in pazienti con denti usurati o irregolari;
- morsi aperti o morsi profondi di lieve o moderata entità.



www.f22aligner.it

Novità di mercato

21

22

Case Report F22 Aligner

Dott.ssa Teresa Oliverio



Nata a Crotona il 4/10/1984.

Laureata con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Ferrara nel 2009.

Specializzata con lode in Ortognatodonzia presso l'Università degli Studi di Ferrara nel 2013.

Prof. a.c. di Ortodonzia per il quinto anno del CLOPD dell'Università degli Studi di Ferrara.

Assegnista di Ricerca presso la Scuola di Specializzazione in Ortodonzia di Ferrara.

Attualmente esercita la libera professione come esclusivista in Ortodonzia in Emilia Romagna.

Caso 1



01a
Pre-trattamento: arcata superiore con affollamento di grado severo, incisivi centrali retroinclinati e incisivi laterali vestibolarizzati



01b
Progress: risultato dopo 16 step di trattamento, affollamento risolto, arcate allineate ed espanse

Caso 2



02a
Pre-trattamento: arcata inferiore con affollamento di grado severo, arcata contratta



02b
Progress: affollamento risolto dopo 15 step di trattamento, arcate allineate ed espanse



Focus sulle Perimplantiti

International Brainstorming Meeting on etiologic and risk factors of Periimplantitis; Montegrotto Terme 2014

Durante gli anni '80, articoli che decantavano il prodigio dell'osteointegrazione sono stati le punte di diamante della letteratura odontoiatrica.

Nei primi anni 2000, il *success rate* con tutte le implicazioni inerenti la ricostruzione ossea è stato il filo conduttore della maggior parte degli studi pubblicati.

Negli ultimi anni, invece, la tendenza si è invertita e il numero di articoli focalizzati non più sui risultati di eccellenza, ma sulle complicanze biologiche degli impianti (peri-implantiti) è in netto aumento: 24 *systematic review* solo nell'ultimo anno, 11 *Consensus Meeting* negli ultimi 3 anni.

Allo stato delle cose, la peri-implantite è definita come una complicazione biologica sito-specifica successiva al restauro protesico. Il carattere distintivo di questa patologia è il riassorbimento osseo peri-implantare (Zitzmann & Berglund). Tuttavia un'analisi attenta di questa patologia permette di evidenziare almeno due importanti punti irrisolti: la sua definizione e la sua etiologia. Infatti, se sono chiari gli strumenti utili per diagnosticarla, di gran lunga più controversa è la definizione del danno, sia gengivale che osseo: secondo l'ultima revisione della letteratura di Figuero, allo stato attuale sono presenti una ventina di definizioni (variazioni della soglia di profondità di sondaggio e di danno osseo radiologico). Questa mancanza di una *threshold* definita univocamente purtroppo si riflette in maniera preponderante sui dati epidemiologici che appaiono così fortemente contraddittori (Atieh et al 2013).

Da un punto di vista prettamente patogenetico, la letteratura tradizionale presenta un'etiologia della peri-implantite molto simile a quella della periodontite: uno sbilanciamento, in un paziente predisposto, tra la carica batterica e le difese dell'ospite (AO 2013).

La supposta similitudine tra queste due patologie ha portato il clinico tradizionale a trasportare tout court l'approccio terapeutico della malattia parodontale alla patologia peri-implantare. Tuttavia, come riportato da Heitz-Mayfield and

Mombelli (2014), nonostante favorevoli *short term outcomes*, i risultati finali a lungo termine riportati nella quasi totalità degli studi presentano una mancata risoluzione della patologia o addirittura una progressione della stessa.

Questi risultati discordanti rispetto alla terapia parodontale sembrerebbero presupporre ad una non completa comprensione del "fenomeno biologico" dietro la peri-implantite.

Per discutere di questo *background*, alcuni *opinion leaders* sotto la guida del prof. Covani (Istituto Stomatologico Toscano, Camaiore, Italia) e del prof. Wagner (Univeristà di Mainz, Germania) si sono riuniti a Montegrotto Terme (Padova) lo scorso Agosto. Da questo *brainstorming meeting* è nata una *Consensus Paper* (Canullo et al. 2015) pubblicata su *Int Journal of Oral & Maxillofacial Implants*.

Questo articolo è diviso in due parti. La prima sezione è dedicata ad una revisione sistematica della letteratura riguardante i diversi fattori che potrebbero essere coinvolti nella peri-implantite: fattori inerenti il paziente, la fase chirurgica e protesica, i diversi pattern microbiologici.

La seconda parte, forse quella più innovativa, classifica la malattia peri-implantare a seconda dei "*triggering macro factors*". Infatti, assieme alla "tradizionale" causa batterica, gli autori si sono trovati in accordo nell'inserire *triggering factors* chirurgici (incorretto posizionamento implantare, fallimenti di tecniche rigenerative contestuali all'inserimento dell'impianto, incorretto *management* dei tessuti molli), biomeccanici (*overloading* del complesso corona/abutment/impianto) e protesici (eccessi di cemento, posizionamento incorretto della *finishing line*, difetti di adattamento del complesso impianto/abutment) come cause scatenanti la peri-implantite.

Questa nuova classificazione potrebbe avere delle implicazioni cliniche significative e potrebbe spiegare gli scarsi successi nel trattamento di questa patologia.

Dott. Luigi Canullo



Lista dei partecipanti all'International Brainstorming Meeting on etiologic and risk factors of Periimplantitis

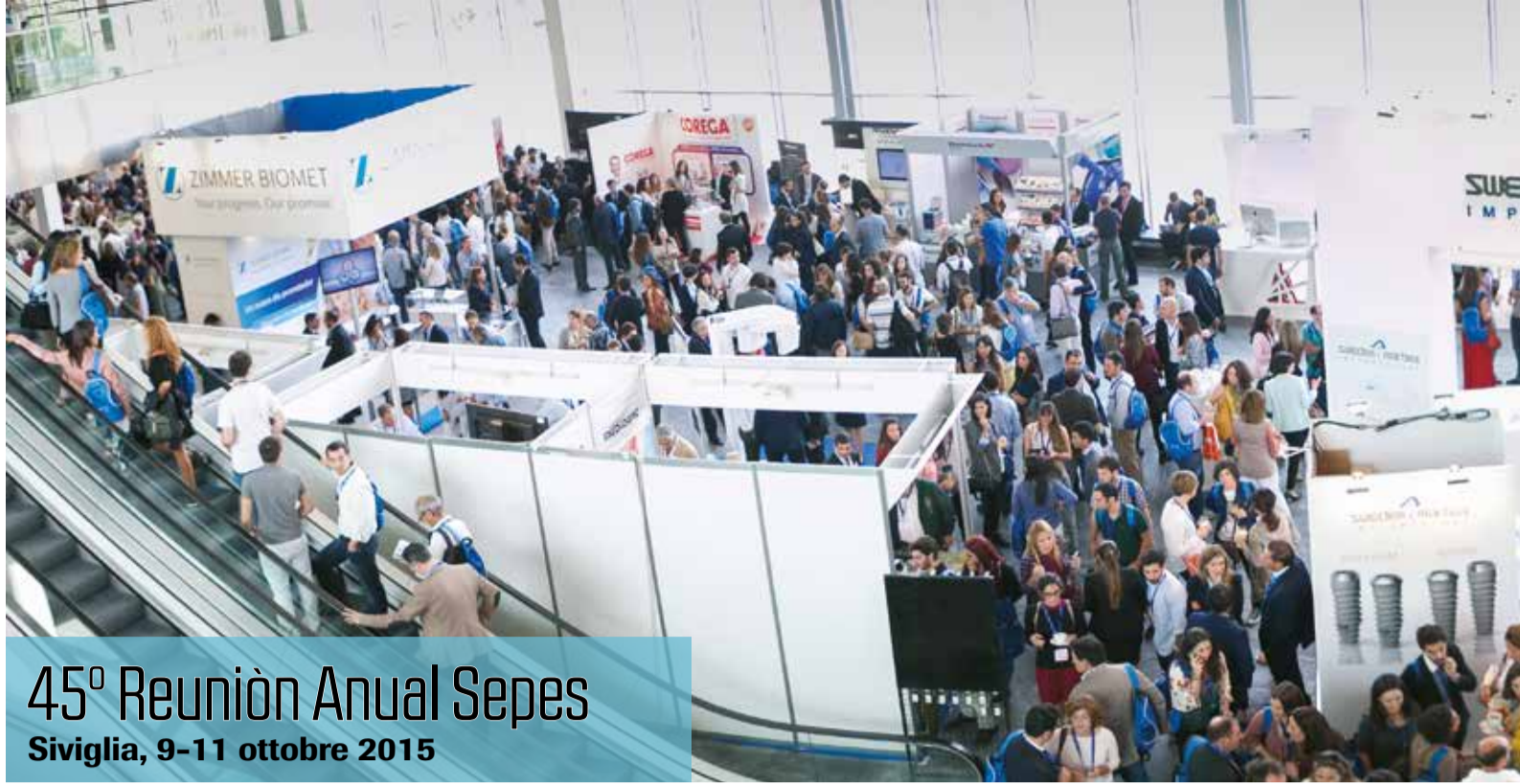
- *Purely plaque induced peri-implant disease*: Mia Rakic, Milena Radunovic, Andrea Chierico, Roberto Abundo, Stefan Fickl, Markus Schlee, Mario Rocuzzo
- *Surgically triggered peri-implant disease*: Ugo Covani, Robert Sader, Wilfried Wagner, Max Blume, Miguel Penarrocha, Michael Rohnen, Gabriella Grusovin, Sebastian Bacher
- *Biomechanically triggered peri-implant disease*: Claudia Dellavia, Gaia Pellegrini, Gaetano Calesini, Alberto Fernandez, Adriano Piattelli
- *Prosthetically triggered peri-implant disease*: Luigi Canullo, Paolo Pesce, Roberto Cocchetto, Hugo De Bruyn, Jan Cosyn, David Penarrocha
- *Biologically triggered peri-implant disease*: Alberto Turri, Barbara Zavan, Pablo Galindo Moreno, Michael Stiller, Moritz Kebschull, Robert Noelken



Reference

Canullo L., Schlee M., Wagner W., Covani U. on behalf of Montegrotto group; *International Brainstorming Meeting on etiologic and risk factors of Periimplantitis*; Montegrotto 2014. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2015; 30: 1093-1104

24



45° Reunión Anual Sepes
Siviglia, 9-11 ottobre 2015

Il trattamento dei tessuti molli in parodontologia ed implantologia

Dott. Parma Benfenati,
Taranto, 27-30 maggio 2015



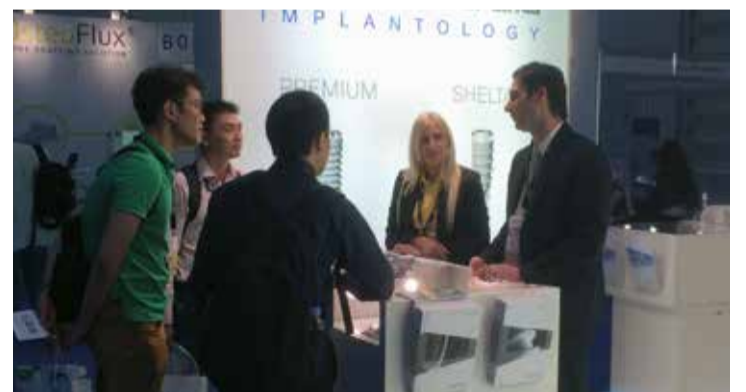
Corso di formazione continua in implantologia avanzata

Dott. Csonka,
Due Carrare, 23-24 gennaio 2015



Europério 8

Londra, 3-6 giugno 2015



Advanced training workshop regeneration & microsurgery

Dott. Cortellini, dott. Tonetti,
Due Carrare, 1-2 giugno 2015



24th EAO Annual Meeting

Stoccolma, 24-26 settembre 2015





Dental Expo

Mosca, 29-30 settembre 2015



International Piezo Academy

Barcellona, 1-3 ottobre 2015



15° Congresso Internazionale di parodontologia, Tehran

Teheran, 6-9 ottobre 2015



XXV Congresso Int. SICOI

Milano, 23-24 ottobre 2015



46th SIDO International Congress

Milano, 29-31 ottobre 2015

Colloquium Dental

Montichiari (BS), 22-24 ottobre 2015



26

Con il 13° Premium Day Sweden & Martina ha superato se stessa!

C'erano aspettative molto elevate per il 13° Premium Day della Sweden & Martina: con un *parterre* di relatori invidiabile, una *location* unica al mondo, una collaudata e ineccepibile organizzazione, ci si aspettava una perfetta replica dell'edizione precedente. Ma non è stato così! **Sweden & Martina ha superato se stessa**, dando vita ad un convegno scientifico straordinario, esemplare e di elevatissimo valore.



All'emozione di sedere in quel maestoso monumento di bellezza indescrivibile che è il Palazzo della Ragione di Padova, sede dell'evento, si sono susseguite una cena per i relatori in altro contesto prezioso (la Sala Rossini dello storico Caffè Pedrocchi) e due giornate di impareggiabile approfondimento scientifico, fino alla sorpresa della serata di gala, **evento nell'evento** e occasione per la proprietà di accogliere 1500 ospiti nei pressi dei nuovi stabilimenti produttivi, che hanno esteso l'area di insediamento industriale dell'azienda di ulteriori 2.850 mq, testé inaugurati.



Mai come quest'anno il Premium Day ha proposto una panoramica di argomentazioni di così ampio respiro, fornendo agli oltre 1400 iscritti un approccio interdisciplinare molto interessante. La giornata del giovedì, dedicata ai corsi pregressuali, ha aperto i lavori con il paradigma della semplificazione elaborato dal dott. Gioacchino Cannizzaro, che ha illustrato i suoi protocolli di *Fixed-On-3[®]* e *Fixed-On-2[®]* sui nuovi impianti Syra e sugli impianti Prama; il pomeriggio ha offerto invece quattro opzioni di approfondimento chirurgico, protesico e ortodontico che hanno allargato le prospettive dei corsisti. La sessione del venerdì ha dato spazio a quattro diverse sessioni parallele riservate agli odontoiatri, odontotecnici, igienisti e assistenti. Sono stati affrontati quadri parodontali e ipotesi terapeutiche implantologiche e non, approcci chirurgici e protesici, valutando benefici e invasività dei diversi protocolli esaminati. In questo contesto il prof. Enrico Gherlone, supportato dall'équipe dell'Istituto San Raffaele, ha mostrato i primi casi eseguiti con l'impianto CSR-DAT, disegnato appositamente per le riabilitazioni con impianti tiltati, che Sweden & Martina immetterà in commercio nel 2016.



La giornata del sabato ha concluso i lavori con un programma di altissimo livello: due interventi sul *workflow* digitale integrato della chirurgia guidata, l'appassionato excursus del dott. Ignazio Loi dalla tecnica B.O.P.T. all'impianto Prama, le presentazioni del dott. Cannizzaro di tecniche mini invasive per riabilitazione *full-arch* con impianti Prama e Syra e infine la sinergia tra implantologia ed ortodonzia nell'ottica di una strategia comune in grado di portare a riabilitazioni di successo. Volendo riassumere il *fil rouge* di questo appuntamento così ricco di contenuti, balza all'occhio l'impegno dell'azienda padovana nel fornire ai clinici soluzioni sempre nuove per semplificare la pratica quotidiana, sviluppate con l'appoggio di professionisti e universitari qualificati e di altissimo profilo.

Centinaia le **presenze internazionali da oltre 15 Paesi**, oltre mille e quattrocento i professionisti che hanno scelto di partecipare al 13° Premium Day per ascoltare eccellenti testimonianze italiane: con questi numeri la Sweden & Martina esprime ancora una volta il suo primato, ben sottolineato durante la **conferenza stampa** svoltasi venerdì 12 giugno alla presenza del prof. Enrico Gherlone, della dott.ssa Pouya Hatam, del dott. Gioacchino Cannizzaro e del dott. Sandro Martina, presidente della società: occasione per evidenziare la serietà, la professionalità, la freschezza di idee messe a disposizione dall'azienda per lo sviluppo di prodotti e protocolli di qualità dall'esito clinico predicibile, nati dal confronto con i clinici e validati a livello universitario, quali solo un'industria responsabile, eticamente corretta e finanziariamente sana può ideare e produrre. Risultato tangibile di tanta ricerca, il quarto volume della rassegna Bibliografica SCIENTIFICA è stato divulgato durante il congresso, a riprova di quanto Sweden & Martina continui ad investire sostanzialmente in protocolli in vivo, in vitro e clinici in collaborazione con poli universitari internazionali di eccellenza.

13th
Premium Day
International Conference

IMPLANTOLOGIA

25-28 novembre 2015 Corso di chirurgia avanzato intensivo	G. Carusi BUCAREST	CA1322	No ECM
26 novembre 2015 Ozono: indicazioni e nuove opportunità	G. Chiodera BRESCIA	CA1389G	No ECM
26-28 novembre 2015 Chirurgia implantare nel rispetto dei tessuti. TPR - tecnica, pratica, risultato	A.D. di Domenico CATANZARO	CA1407	No ECM
26-28 novembre 2015 Corso di chirurgia implantare su paziente	B. Lofano TARANTO	CA1363	Si ECM
27 novembre 2015 La tecnica M.I.S.E. Minimal Invasive Sinus Elevation. Il sinus lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare	S. Scavia VIMERCATE	CA1410	No ECM
27 novembre 2015 Ottimizzazione del risultato estetico implantare; chirurgia mucogengivale e GBR	M. Csonka TERNI	CA1365	Si ECM
28 novembre 2015 Il principio di semplificazione in implantologia e il nuovo concetto di Fixed-On-2* e Fixed-On-3*. La nuova sfida: provocazione o realtà clinica..!?!?	G. Cannizzaro, P. Viola DUE CARRARE (PD)	CA1256 - CA1256TEC	No ECM
28 novembre 2015 L'utilizzo degli impianti da 3 mm nei mascellari atrofici	D. Baldi GENOVA	CA1334	No ECM
28 novembre 2015 B.O.P.T. Un nuovo approccio in protesi fissa - corso per clinici	I. Loi ROMA	CA1264 - CA1264TEC	Si ECM
2-5 dicembre 2015 Corso di chirurgia implantare	N. Barbieri, M. Provvigionato BUCAREST	CA1239	No ECM
4-5 dicembre 2015 Attualità in implantologia avanzata: trattamento chirurgico delle creste sottili. Fast Implantology: carico immediato e postestrattivi immediati	M. Csonka FERRARA	CA1360	Si ECM
9-12 dicembre 2015 La riabilitazione del paziente totalmente e parzialmente edentulo. Dalla protesi mobile a quella supportata da impianti	A. Cesca ROMANIA	CA1330	No ECM
10 dicembre 2015 Ozono: indicazioni e nuove opportunità	G. Chiodera BOLZANO	CA1390G	No ECM
11-12 dicembre 2015 Ricostruzione tridimensionale delle creste atrofiche: GBR con mesh in titanio vs innesti a blocco	M. Csonka DUE CARRARE (PD)	CA1232ATROFICHE	Si ECM
12 dicembre 2015 Esperienza clinica nelle preparazioni verticali secondo la metodica B.O.P.T.	S. Prati PISA	CA1344	Si ECM
12 dicembre 2015 Chirurgia implantare minimamente invasiva tramite strumento magneto dinamico	G.b. Menchini Fabris TERNI	CA1366	Si ECM
12 dicembre 2015 Il principio di semplificazione in implantologia e il nuovo concetto di Fixed-On-2* e Fixed-On-3*. La nuova sfida: provocazione o realtà clinica..!?!?	G. Cannizzaro, P. Viola CATANIA	CA1257 - CA1257TEC	No ECM
14 gennaio 2016 Magnetic Mallet: rivoluzionaria tecnica chirurgica per espansioni ossee, split crest e mini-rialzi. Corso pratico su tessuti animali	M. Csonka DUE CARRARE (PD)	CA1416	No ECM
15-16 gennaio 2016 Chirurgia muco-gengivale e ottimizzazione del risultato estetico in implantologia	M. Csonka DUE CARRARE (PD)	CA1315 MUCOGEN	Si ECM
27-30 gennaio 2016 Corso di implantologia di base su paziente	R. Luongo BARI	CA1395	No ECM
3-6 febbraio 2016 Corso di chirurgia implantare	N. Barbieri, M. Provvigionato BUCAREST	CA1375	No ECM
5-6 febbraio 2016 Trattamento chirurgico delle creste sottili: moderata espansione con osteotomi e split crest	M. Csonka LECCE	CA1401	Si ECM
17-18 febbraio 2016; 21-22 marzo 2016; 27-28 maggio 2016; 2-3 settembre 2016 Corso teorico-pratico di implantologia chirurgica e protesica con live-surgery	M. Csonka DUE CARRARE (PD)	CA1347	Si ECM
19-20 febbraio 2016 Trattamento chirurgico delle creste sottili: moderata espansione con osteotomi e split crest	M. Csonka DUE CARRARE (PD)	CA1315 SOTTILI	Si ECM
25-27 febbraio 2016 Advanced dental implant studies 2016: live surgery - live prosthesis	G. Cannizzaro, V. Ferri PAVIA	CA1402 - CA1402-TEC	No ECM
25-27 febbraio 2017 Fast Implantology: carico immediato, postestrattivi immediati, tecniche flapless. Corso con live surgery	M. Csonka PERUGIA	CA1369	Si ECM
2-5 marzo 2016 Il trattamento dei tessuti molli in parodontologia ed implantologia	S. Parma Benfenati BUCAREST	CA1354	No ECM
7-8 marzo 2016 B.O.P.T. - Biological Oriented Preparation Technique	I. Loi BARI	CA1398 - CA1398TEC	No ECM
9-12 marzo 2016 Corso di chirurgia implantare	N. Barbieri, M. Provvigionato BUCAREST	CA1376	No ECM
11 marzo 2016 Il principio di semplificazione in implantologia e il nuovo concetto di Fixed-On-2* e Fixed-On-3*. La nuova sfida: provocazione o realtà clinica..!?!?	G. Cannizzaro, P. Viola, G. Purello D'Ambrosio FORMIA	CA1385 - CA1385TEC	No ECM
17-19 marzo 2016 Rialzi di seno mascellare per via crestale e con approccio laterale + live surgery	M. Csonka DUE CARRARE (PD)	CA1315RIALZOLIVE	Si ECM

ORTODONZIA

28 novembre 2015 Estrusione ortodontica: una metodica semplice per il trattamento dei denti gravemente compromessi	M. Fadda BOLOGNA	CE347	Si ECM
12 dicembre 2015 Ortodonzia preventiva intercettiva con ausilio di Occlus-o-Guide	K.A. Sadeghi GENOVA	CE382	No ECM
12 dicembre 2015 Corso di ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide, Habit-Corrector	G. Ierardo BOLOGNA	CE352	No ECM
11-12-13/02/2016; 3-4-5/03/2016; 8-9/04/2016; 13-14/05/2016; 1-2/07/2016; 30/09/2016-1/10/2016; 25-26/11/2016 Corso di tecnica Straight Wire	D. Mirabella DUE CARRARE (PD)	CE376	Si ECM
18-19 marzo 2016 La tecnica Straight-Wire Mirabella: caratteristiche peculiari e sua evoluzione	D. Mirabella TORINO	CE380	No ECM

CONSERVATIVA

22-23 gennaio 2016 Settori anteriori restauri diretti	M. Saracinelli CASARANO (LE)	CC174	No ECM
28-30 gennaio 2016; 16-18 giugno 2016 Corso teorico pratico di odontoiatria restaurativa diretta adesiva dei settori anteriori e posteriori	M.A. Allegri DUE CARRARE (PD)	CC182	Si ECM
5-6 febbraio 2016; 1-2 aprile 2016; 29-30 aprile 2016; 27-28 maggio 2016 Odontoiatria restaurativa indiretta adesiva. Corso teorico-pratico	M.A. Allegri DUE CARRARE (PD)	CC177	Si ECM

Per maggiori informazioni:
visitate il sito
www.sweden-martina.com
sezione corsi ed eventi




sweden & martina
ContinuingDentalEducation

odt. Emanuele Camaioni



Tradizione vs innovazione

Lo stato dell'arte (state of the art) indica il più alto livello di sviluppo o conoscenza finora raggiunta. In odontoiatria dovrebbe indicarci la via per l'eccellenza possibile e realizzabile, e non il "sogno" impraticabile e impossibile.

Dalla promessa di risultati tanto sorprendenti, immediati, e facili quanto utopistici, alla sicurezza di un corretto modo di analizzare, capire, proporre ed operare oggi con i giusti criteri di scelta clinica e di tecnica applicativa. E questo non deve intorpidirci, certi del fatto che "quando si va dal peggio verso il meglio... c'è sempre un momento che è peggio" (G. Agnelli). Oggi le tecnologie digitali sono una realtà da cui l'odontoiatra, l'odontotecnico ed il paziente non possono più prescindere. Diversi sono i motivi, ma si fondono in un unico obiettivo comune: "successo clinico a lungo termine" (G. Calesini).

Il loro campo d'impiego copre tutte le discipline del settore dentale con applicazioni che vanno dall'acquisizione dei dati alla pianificazione del trattamento, sino ad arrivare alle tecniche CAD-CAM che hanno permesso il passaggio da una realtà tradizionale e manuale ad una reale innovazione digitale. Questo si chiama cambiamento, e non deve spaventarci. "Il cambiamento è il processo con il quale il futuro invade le nostre vite" (A. Tofler).

dott. Luciano Matarrese



La sanità della Marina Militare Italiana ed i rapporti con l'odontoiatria clinica contemporanea

La Marina Militare, sempre attenta all'aggiornamento professionale, ha permesso di porre in essere corsi teorico-pratici di altissimo valore scientifico riguardanti diverse discipline odontoiatriche, mettendo a disposizione le proprie risorse strutturali ed umane a servizio della Odontoiatria Italiana, ottenendo un continuo sviluppo nella ricerca e formazione. La scelta di fare questo tipo di percorso, basato sull'addestramento pratico su paziente, è stata dettata dalla consapevolezza che un giovane odontoiatra ha nozioni generali di altissimo livello ma manifesta difficoltà con le terapie o, quantomeno, non riesce a mettere in pratica le conoscenze che possiede. La clinica di tutti i giorni invece dimostra che ogni branca della odontoiatria costituisce parte a sé, con scelte terapeutiche uniche e diventa il personale patrimonio che fa sviluppare l'esperienza clinica e le capacità terapeutiche del giovane. È per questo che abbiamo iniziato un percorso di tale importanza.

Ogni attività da noi sviluppata è stata intensamente vissuta e sentita, sempre con l'obiettivo di realizzare il meglio che la nostra cultura e la nostra esperienza ci consentivano, proprio perché la difficoltà di un "giovane odontoiatra" risiede nell'approccio alla clinica. La sicura efficacia didattica del nostro percorso si evince dal fatto che l'unico mezzo a disposizione dell'odontoiatra per migliorare il proprio livello di apprendimento, od allo specialista per completare la propria formazione, è quello di toccare con mano la disciplina di interesse. Nel caso degli odontoiatri della Marina Militare poi, per la peculiarità delle condizioni in cui operano, tale approccio deve essere necessariamente multidisciplinare oltre che eminentemente pratico. Siamo persuasi di aver raggiunto lo scopo prefisso anche grazie all'intervento di professionisti di fama nazionale ed internazionale, che rendono grande l'odontoiatria italiana nel mondo.

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

Anno 9, numero 23
novembre 2015 / marzo 2016
Editore
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
Due Carrare (PD)
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290
www.sweden-martina.com

Coordinamento editoriale
Marina Mirandola Minuzzi
mminuzzi@sweden-martina.com

Direttore scientifico
Glorianna Zangiacomi

Direttore responsabile
Valentina Visentin

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 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290

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



Hanno collaborato a questo numero:

Lorraine Bettin
Valeria Bonotto
Silvia Bozza
Emanuele Camaioni
Giacchino Cannizzaro
Luigi Canullo
Martina Ceranto
Silvia Cuccarolo
Valentina Fantin
Luciano Matarrese
Marina Mirandola Minuzzi
Teresa Oliverio
Giuseppe Siciliani
Alessio Terziani
Giuseppe Vignato
Paolo Viola
Glorianna Zangiacomi

Note legali: I testi degli articoli, anche se curati con scrupolosa attenzione, non possono comportare responsabilità specifiche per eventuali inesattezze o errori, né l'autore garantisce la loro completezza e precisione. Si ricorda inoltre che le informazioni sono fornite a titolo puramente indicativo: esse non sostituiscono una valutazione odontoiatrica del singolo caso. Tutti i contenuti di NumeriUno sono protetti dal diritto di autore. Sweden & Martina declina ogni responsabilità per qualunque tipo di utilizzo fatto da terzi del presente lavoro.

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 _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

Cell. _____ P.IVA _____

Cod. Fisc. _____

Firma _____

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

È già cliente Sweden & Martina?

SÌ

NO

Sono interessato a:

- ricevere copia cartacea della rivista
- ricevere la newsletter alla mia casella di posta elettronica
- ricevere la visita di uno specialista di prodotto _____
- visitare la sede e i reparti produttivi di Sweden & Martina
- pubblicare un case report su Numeri UNO
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia**
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 2**
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 3**
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 4**
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Strumenti Canalari Mtwo** Seconda edizione, giugno 2012
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Strumenti Canalari Mtwo** Compendio, luglio 2012-2014
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Cementazione Adesiva Bisco**