

# NUMERI UNO

sweden & martina

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 7 maggio/settembre 2010

3° ANNO

DR. DANIELE BOTTICELLI  
**L'INFLUENZA DEL  
POSIZIONAMENTO  
IMPLANTARE NEI SITI  
POSTESTRATTIVI**

Z-PRIME DI BISCO  
**PRIMER MONOCOMPONENTE  
PER OSSIDO DI ZIRCONIO E  
SUBSTRATI METALLICI**

L'INTERVISTA  
**IL DOTTOR TERZITTA,  
FILOSOFIA IN CAMPO  
ODONTOIATRICO**

## Combinazioni vincenti

VI CONGRESSO NAZIONALE  
Abano Terme, 23-25 settembre 2010

**THE ULTIMATE  
ENDO-RESTORATIVE  
DENTISTRY**



# 1° Meeting Mediterraneo Sweden & Martina

14 e 15 Maggio 2010

Sessione Odontoiatri



## SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)

CENTRO DI SPIRITUALITÀ PADRE PIO Via Anna Frank 71013 San Giovanni Rotondo (FG)

### 14 maggio 2010

08.30 Registrazione partecipanti

Presidente di Sessione Dr Pasquale Pracella, Presidente Commissione Albo Odontoiatri della Provincia di Foggia

09.00 Vinio Malagnino - Sistema MTwo: protocollo d'uso nelle varie condizioni cliniche

09.45 Enzo Lamorghese - Opacità e trasparenze nella stratificazione degli anteriori

10.30 Coffee Break

11.00 Stefano Bottacchiari - Intarsi in composito e piani di trattamento

11.45 Stefania Bizzarri - Fillers e gestione delle complicanze

12.30 Lunch Break

Presidente di Sessione Dr Alessandro Minenna, Presidente Provinciale ANDI Foggia

14.00 Alessandro Ceccherini - Software di progettazione: caratteristiche e utilizzo

14.45 Luca Orsetti - Protocollo Operativo MG, dime radiologiche e chirurgiche

15.30 Massimiliano Barcali - Chirurgia mini invasiva software assistita: protocollo ModelGuide

16.15 Ugo Covani - Il trattamento implanto-protetico della sella distale superiore

17.00 Conclusione della giornata

### 15 maggio 2010

08.30 Registrazione partecipanti

Presidente di Sessione Dr Paquale Minenna - Primario Servizio di Odontostomatologia Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza

09.00 Michele Ciuffreda - Global® Experience

09.45 Davide Farronato - Carlo Maiorana - Stabilità dei tessuti periimplantari: Istologia e Clinica a confronto

10.15 Francesco Minenna, Leo De Leo - Approcci e strategie terapeutiche nella riabilitazione impiantare quotidiana

11.00 Coffee Break

11.30 Angelo Sisti - Il trattamento del sito post-estrattivo compromesso: preservazione o ricostruzione

12.15 Marco Csonka - Predicibilità del risultato estetico nell'implantologia dei settori frontali; considerazioni biologiche e chirurgiche

13.00 Conclusione dei Lavori

Il giorno 14 maggio 2010 si terranno inoltre le Sessioni Odontotecniche, Igienisti e Assistenti. Per maggiori informazioni consultare il programma nel sito [www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com) - Area Corsi ed Eventi. Richiesta di accreditamento ECM effettuata per odontoiatri, odontotecnici e igienisti

# NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 7

04

Case report  
**RIABILITAZIONE PROTESI-  
CA TOTALE GRAZIE AD UN  
BLOCCAGGIO IN ZIRCONIO**  
Dr. R. Monguzzi, Dr. E. Pozzi,  
Dr. F.G. Franceschini

06

L'intervista  
**IL DOTTOR GIUSEPPE  
TERZITTA, FILOSOFIA IN  
CAMPO ODONTOIATRICO**

08

Case report  
**LA TECNICA R.O.C. UNA  
NUOVA PROCEDURA DI  
RICOSTRUZIONE OSSEA  
COMBINATA LASER ASSI-  
STITA**  
Dr. Luca Lancieri

11

Case report  
**SOLUZIONI CLINICHE E  
TECNICHE PER LA REA-  
LIZZAZIONE DI UN PROV-  
VISORIO FULL-ARCH SU  
IMPIANTI CON FUNZIONE  
IMMEDIATA**  
Dr. U. Milan, Dr. W. Avellino,  
Odt. D. delle Rose

24

CALENDARIO CORSI

22

RECENSIONI

21

Novità  
**VALORI DI ADESIONE  
INCOMPARABILI CON IL  
RIVOLUZIONARIO Z-PRIME  
DI BISCO, PRIMER MONO-  
COMPONENTE PER OSSIDO  
DI ZIRCONIO E SUBSTRATI  
METALLICI**

20

**SISTEMATICA INTEGRATA  
CAD/CAM, PUNTO DI IN-  
CONTRO TRA TECNOLOGIA  
E CREATIVITÀ**

19

Novità di prodotto  
**LOCATOR ABUTMENT,  
OVERDENTURE SEMPLICE  
E SICURA e EASY INSERT  
PER PREMIUM-KOHNO**

16

Domande e risposte  
**DR. BYOUNG SUH, UN DIA-  
LOGO CON IL PRESIDENTE  
DI BISCO PER DISCUTERE  
SULL'ODONTOIATRIA DEL  
FUTURO**

17

Inserito pratico  
**LE CORONE PROVVISORIE  
IMMEDIATE SU IMPIANTI  
GLOBAL (METODICA  
CLINICA)**  
Dr. G.B. Mantoan





**Dr. R. Monguzzi, Dr. E. Pozzi, Dr. F.G. Franceschini**

*Dottorato Ricerca in Parodontologia Sperimentale. Università degli Studi di Milano-Bicocca. Istituto Clinico di Verano Brianza (MB) - Policlinico di Monza.*

# Riabilitazione protesica totale mediante un bloccaggio in zirconio

## RIASSUNTO

- **SCOPO DEL LAVORO.** Valutare le proprietà dello zirconio non solo da un punto di vista estetico, ma anche funzionale. In questo caso clinico viene realizzata una riabilitazione attraverso un bloccaggio anteriore in zirconio, che serve da ancoraggio per una protesi scheletrica.
- **MATERIALI E METODI.** Il caso clinico riguarda un paziente di sesso maschile di 65 anni con parodontite diffusa. Al paziente sono stati estratti tutti gli elementi posteriori, ritrattando endodonticamente gli elementi anteriori, riabilitati con protesi in zirconio.
- **RISULTATI.** Il caso clinico esaminato mette in evidenza le proprietà strutturali ed estetiche dello zirconio, che hanno permesso di riabilitare completamente l'arcata superiore del paziente, con risultati estetici e funzionali ottimamente accettati dal paziente.
- **CONCLUSIONI.** Le corone in zirconio garantiscono una riabilitazione completa con ottimi risultati sia estetici che funzionali per la costruzione di sistemi di ancoraggio protesico a sostegno di manufatti mobili. È comunque importante monitorare nel tempo questo tipo di manufatto da un punto di vista parodontale.
- **PAROLE CHIAVE.** Zirconio, malattia parodontale.

## MATERIALI E METODI

Un paziente di 65 anni di sesso maschile, non fumatore e sottoposto nel 2003 ad intervento di cardiocirurgia per rivascolarizzazione miocardica attraverso 5 by-pass a seguito di cardiopatia ischemica, si presenta alla nostra attenzione. Si effettua l'anamnesi, l'esame obiettivo, l'ortopantomografia iniziale e si presentano i necessari consensi informati (Figura 1).



Figura 1. Ortopantomografia iniziale

Il paziente si presenta con una situazione di salute orale compromessa. L'arcata superiore è caratterizzata dalla presenza di una riabilitazione totale dell'intera arcata mediante elementi in metallo-ceramica che negli anni si è distaccata dai pilastri protesi sottostanti (Figura 2).



Figura 2. Situazione clinica iniziale

Dall'ortopantomografia si evidenzia la presenza di numerosi elementi dentari mobili ed una malattia parodontale cronica diffusa, situazioni patologiche che non permettono quindi il recupero funzionale degli elementi da 15 a 17 e da 25 a 27.

Si indica al paziente la necessità di sacrificare gli elementi da 15, 17, 25 e 27, pilastri della sua precedente riabilitazione protesica e di ritrattare endodonticamente gli elementi da 13 a 23.

Il paziente esplicita la propria volontà nel non voler essere riabilitato attraverso tecniche implanto-protesiche, per cui si procede all'attuazione di un progetto protesico che porti

alla riabilitazione attraverso dispositivi mobili in sostituzione degli elementi dentari compromessi.

Diventa quindi fondamentale progettare e quindi realizzare un sistema di stabilizzazione degli elementi anteriori, che garantisca un ancoraggio adeguato alla protesi scheletrica e contemporaneamente mantenga livelli estetici ottimali.

Si decide quindi per una stabilizzazione attraverso corone in zirconio da 13 a 23, realizzate presso un laboratorio autorizzato all'utilizzo della metodica CAD-CAM ECHO (Sweden & Martina).

In una prima seduta si procede quindi all'estrazione degli elementi compromessi separati dai settori anteriori dopo aver rilevato le impronte per la realizzazione sia di un manufatto protesico provvisorio superiore che consenta al paziente la guarigione dei siti post-estrattivi, sia di una protesi provvisoria fissa per i settori anteriori.

Durante la seconda seduta operativa, a sette giorni di distanza, vengono applicate le protesi provvisorie, modificando le preparazioni protesiche ed adeguandole alle future corone in zirconio.

Dopo un'altra settimana si procede al ritrattamento degli elementi superiori da 13 a 23 e si ricostruiscono i monconi attraverso perni in fibra di vetro.

Dopo aver atteso 20 giorni come tempi di guarigione post-estrattiva si effettua la rifinitura delle preparazioni protesiche e si passa al rilevamento delle impronte definitive per la mesostruttura delle corone in zirconio e per la struttura scheletrica posteriore, rilevando il colore per i settori anteriori e posteriori (Figura 3).



Figura 3. Prova della mesostruttura in zirconio

Successivamente si effettua la registrazione della dimensione verticale inferiore attraverso l'utilizzo di un arco facciale per l'inserimento dei modelli in articolatore a valori medi (Figure 4, 5 e 6)

## CASO CLINICO

Da oltre un decennio in ambito protesico lo zirconio trova una sempre più ampia applicazione per la realizzazione di manufatti ad alto valore estetico, che riescono sempre a soddisfare le aspettative del paziente 1-7. Le caratteristiche principali dello zirconio sono certamente l'alto valore estetico, che è garantito dalla maggiore traslucenza rispetto alle tradizionali corone in metallo-ceramica e che hanno permesso allo zirconio di diventare un materiale che trova un ampio impiego soprattutto per le riabilitazioni nei settori estetici 7-10. Recentemente, grazie anche all'utilizzo delle metodiche CAD-CAM, lo zirconio viene utilizzato anche per la realizzazione di monconi su impianti e per la riabilitazione nei settori posteriori, con ottimi risultati anche per quanto riguarda la resistenza ai carichi masticatori 3,5. In questo case report viene descritta la riabilitazione superiore di un paziente attraverso un bloccaggio in zirconio degli elementi frontali (da 13 a 23), che fungono da sostegno tramite attacchi in teflon per una protesi scheletrata.

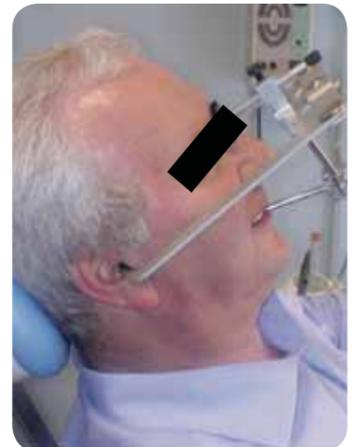


Figure 4 e 5. Rilevamento dimensione verticale attraverso arco facciale



Figura 6. Inserimento dei modelli in articolatore a valori medi

Durante un altro appuntamento si effettua quindi sia la prova estetica delle corone in zirconio che della struttura protesica mobile (Figure 7 e 8).



Figure 7 e 8. Prova estetica corone in zirconio

## RISULTATI

Dopo 6 settimane il paziente viene completamente riabilitato attraverso una struttura protesica fissa in zirconio da 13 a 23, la quale ha l'importante funzione di sostenere uno scheletro con attacchi in teflon in sostituzione degli elementi posteriori parodontalmente compromessi e quindi estratti.

## BIBLIOGRAFIA

1. McLaren EA, White SN. Survival on InCeram crowns in private practice: a prospective clinical trial. *J Prosthet Dent* 2000; 83, 216-222.
2. McLaren EA, White SN. Glass-infiltrated Zirconia/Alumina-Based Ceramic for Crowns and fixed partial dentures. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1999; 11, 985-994.
3. Luthardt RG, Sandkuhl O, Herold V, Walter MH. Accuracy of mechanical digitizing with a CAD/CAM system for fixed restorations. *Int J Prosthodont*. 2001 Mar-Apr;14(2):146-51.
4. Odén A, Andersson M, Krystek-Ondracek I, Magnusson D. Five-year clinical evaluation of Procera AllCeram crowns. *J Prosthet Dent*. 1998 Oct;80(4):450-6.
5. Beuer F, Schweiger J, Edelhoff D. Digital dentistry: an overview of recent developments for CAD/CAM generated restorations. *Br Dent J*. 2008 May 10;204(9):505-11.
6. Ichikawa Y, Akagawa Y, Nikai H, Tsuru H. Tissue compatibility and stability of a new zirconia ceramic in vivo. *J*

Le aspettative del paziente sono ampiamente soddisfatte da un punto di vista sia estetico che funzionale (Figure 9 e 10).



Figure 9 e 10. Riabilitazione protesica definitiva

## CONCLUSIONI

Il valore estetico delle corone in zirconio è ampiamente descritto nella letteratura internazionale, ma è importante sottolineare anche le caratteristiche di resistenza di questo materiale. A tal proposito sarà significativo monitorare da un punto di vista parodontale gli elementi riabilitati con il sistema di bloccaggio in zirconio descritti non solo in questo

case report, per poter garantire anche a distanza di tempo un'integrità strutturale e funzionale<sup>11,12,14</sup>. Grazie all'utilizzo dello zirconio è stato possibile riabilitare il paziente con livelli estetici accettabili nonostante l'impossibilità di applicare protesi su impianti. Il paziente è stato comunque educato a corrette manovre di igiene personale quotidiana, che hanno lo scopo di mantenere livelli di igiene adeguati, che possano facilitare il mantenimento di condizioni ottimali di salute parodontale.

Effettuare periodici controlli radiografici e clinici per quanto riguarda l'indice di placca e la misurazione dell'attacco clinico, permetterà di sviluppare protocolli operativi per la monitoraggio della salute parodontale degli elementi protesizzati in zirconio<sup>13,14</sup>. Questo caso clinico rappresenta senz'altro un esempio di come lo zirconio possa essere ampiamente utilizzato nella pratica clinica quotidiana, considerando tutte le sue caratteristiche estetiche e funzionali.

**Si ringrazia il Laboratorio Roberto Farina utilizzatore del sistema Echo per il supporto odontotecnico.**

7. Covacci V, Bruzzese N, Maccauro G, Andreassi C, Ricci GA, Piconi C, Marmo E, Burger W, Cittadini A. In vitro evaluation of the mutagenic and carcinogenic power of high purity zirconia ceramic. *Biomaterials*. 1999 Feb;20(4):371-6.
8. Rompen E, Raepsaet N, Domken O, Touati B, Van Dooren E. Soft tissue stability at the facial aspect of gingivally converging abutments in the aesthetic zone: a pilot clinical study. *J Prosthet Dent*. 2007 Jun;97(6 Suppl):S119-25. Erratum in: *J Prosthet Dent*. 2008 Mar;99(3):167.
9. Pirker W, Kocher A. Immediate, non-submerged, root-analogue zirconia implant in single tooth replacement. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Mar;37(3):293-5. Epub 2008 Feb 12.
10. Balmer S, Mericske-Stern R. Rehabilitation of a periodontally compromised dentition with implant-supported zirconia bridges. *Case report*. *Schweiz Monatsschr*

11. Rosentritt M, Kolbeck C, Ries S, Gross M, Behr M, Handel G. Zirconia resin-bonded fixed partial dentures in the anterior maxilla. *Quintessence Int*. 2008 Apr; 39(4):313-9.
12. Reich S, Kappe K, Teschner H, Schmitt J. Clinical fit of four-unit zirconia posterior fixed dental prostheses. *Eur J Oral Sci*. 2008 Dec;116(6):579-84.
13. Franceschini FG, Pozzi E, Monguzzi R, Lauritano D, Mingardi M. Valutazioni parodontali di protesi in zirconio. *Protech* 2009;2:1-7.
14. Vigolo P, Fonzi F. An in vitro evaluation of fit of zirconium-oxide-based ceramic four-unit fixed partial dentures, generated with three different CAD/CAM systems, before and after porcelain firing cycles and after glaze cycles. *J Prosthodont*. 2008 Dec;17(8):621-6. Epub 2008 Sep 16.

## Dr. Riccardo Monguzzi

- Laureato in Odontoiatria presso l'Università statale di Milano nel 1991 con una delle prime tesi in Implantologia dal titolo: "Caratteristiche fisiche dei materiali utilizzati in implantologia".
- Dottore di Ricerca in Parodontologia Sperimentale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca nel 2008 con una tesi "Protocollo di ricerca sulle osteonecrosi dei mascellari da bifosfonati."
- Dal 1992 al 2000 tiene corsi teorico-pratici del sistema implantare bio-system.
- Nel 1996 frequenta uno Stage in Oral Implantology presso la New York University College of Dentistry (U.S.A.).
- Dal 2002 al 2008 collabora con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca come responsabile della laserterapia e del reparto di parodontologia presso la Clinica Odontoiatrica dell'Ospedale San Gerardo di Monza.
- Dal 2003 Professore a contratto del corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e Coordinatore, oltre che Docente di Laserterapia, presso il Corso di Perfezionamento in Medicina Orale e Laserterapia.
- Dal 2004 Coordinatore, oltre che Docente del Corso di Perfezionamento in Parodontologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

- Dal 2004 Docente della Scuola di Specialità in Chirurgia Odontostomatologica.
- Dal 2004 Responsabile del Dottorato di Ricerca in Parodontologia Sperimentale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Dal 2006 Professore a contratto del Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università degli Studi dell'Insubria.
- Dal 2007 Professore a contratto del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Autore della dispensa di PARODONTOLOGIA per il Corso di Laurea in Igiene Dentale. Università degli Studi Milano-Bicocca. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Edizioni Massimo Valdina 2005.
- Ha partecipato alla Monografia e alla stesura del capitolo n° 3 della pubblicazione: "Dalla parodontologia all'osteointegrazione avanzata" - Supplemento a Doctor Os anno xv n° 4 aprile 2004.
- Socio SIDP, SIO, SICO e del Cenacolo.
- Durante il corso di laurea ha frequentato come allievo lo studio del Dott. Bartoli occupandosi esclusivamente di chirurgia ed avendo come esimio maestro il Professor C. Weiss che mensilmente veniva in Italia e il Dr. Citterio.
- Dal 1991 al 2000 ha collaborato con il Prof. C. Bellavia occupandosi di chirurgia avanzata (implantologia, rialzi di seno,

- rialzi di cresta, prelievi ossei, mini-rialzi, split crest, PRP, ecc.). Collabora in chirurgia presso altri studi sin dal 1991.
- Dal 1998 si occupa di laser odontoiatrici, sono uno dei primi soci dell'AIOLA, relatore e conferenziere a convegni e congressi nazionali ed internazionali oltre che autore di pubblicazioni sui laser.
- Dal 2002 al 2008 lavora presso l'HSG sia in ambito ambulatoriale che in sala operatoria occupandosi essendone il responsabile di parodontologia.
- Da maggio del 2008 è responsabile del reparto di Odontostomatologia c/o l'Istituto Clinico Universitario di Verano Brianza-Policlinico di Monza.





Intervistiamo il Dr. Giuseppe Terzitta, professionista della provincia di Bergamo che prossimamente terrà un corso di Implantologia di livello base. "Il corso si prefigge non solo di insegnare una tecnica ma anche la filosofia che sta alla base dell'agire chirurgico. Potrà risultare anomalo sentire parlare di filosofia in campo odontoiatrico ma senza prendere in considerazione la società in cui viviamo, il chirurgo e le sue capacità manageriali, la psicologia del paziente e le sue aspettative, il progetto a lungo termine ed il marketing odontoiatrico, difficilmente si riuscirà a posizionare e a caratterizzare il proprio lavoro ai più alti livelli qualitativi".

Tutti questi argomenti quindi saranno sviluppati in sinergia con materie scientifiche e tecniche quali ad esempio la valutazione della quantità e della qualità ossea, le sue caratteristiche morfogenetiche e volumetriche, la diagnostica per immagini, caratteristiche e possibilità della rigenerazione, il protocollo chirurgico e le nuove tecniche di chirurgia guidata che consentiranno, attraverso un percorso semplice, di iniziare l'attività chirurgica implantologica di base, ma permetteranno contemporaneamente di avere ben chiare tutte quelle possibilità a livello tecnico ed umano che al giorno d'oggi ci consentono di intraprendere serenamente la propria pratica clinica quotidiana.

# Giuseppe Terzitta filosofia in campo odontoiatrico

**DR. TERZITTA, L'IMPLANTOLOGIA HA RAPPRESENTATO NELL'ULTIMO DECENNIO UNA VERA E PROPRIA "RIVOLUZIONE CULTURALE" NELL'ODONTOIATRIA, E COME IN TUTTE LE RIVOLUZIONI I SUOI EFFETTI SI POSSONO MISURARE SU LIVELLI DIVERSI. LEI COME VALUTA LE CONSEGUENZE DI QUESTO "BOOM" IMPLANTO-PROTESICO?**

Come spesso accade nella nostra società le richieste che provengono dal "basso" sono quelle che più direttamente riescono a modificare gli atteggiamenti degli operatori e a stimolare intraprendenza e creatività. Anche in campo chirurgico-implantologico quindi l'aumentata richiesta di protesi fisse da parte dei nostri pazienti ha fatto sì che sempre più odontoiatri si avvicinassero necessariamente all'implantologia.

Tutto ciò ha determinato lo sviluppo di un mercato in cui molti operatori

si possono essere trovati confusi o disorientati. Fortunatamente però, già da tempo, la ricerca si è orientata nel trovare soluzioni semplici e predicibili che aiutino e sostengano gli odontoiatri nella pratica clinica quotidiana. Se è vero infatti che solo negli ultimi anni è decisamente aumentata la necessità di pianificare per i nostri pazienti soluzioni implanto-protesiche fisse è altresì vero che queste tecniche sono di patrimonio della classe odontoiatrica da qualche decennio; quello che è cambiato è che nel frattempo si sono modificate forme e superfici delle fixture e delle componenti protesiche, i protocolli chirurgici si sono fatti più precisi e si sono acquisiti sia dal punto di vista clinico che sperimentale numerosissime informazioni sul comportamento degli impianti sia nel breve che nel lungo termine.

L'industria nel frattempo non è rimasta insensibile alle nuove necessità e quindi sempre più le nuove aziende si sono inserite con iniziative e idee nuove sul mercato. Non sta certamente a me giudicare, ma sicuramente di fronte a questa pletora di proposte bisogna essere molto critici e affidarsi a chi nel tempo e in tempi non sospetti ha più investito nella ricerca e nello sviluppo di protocolli scientifici. A questo poi si aggiunge una situazione per l'odontoiatria italiana particolarmente complessa che non credo sia riscontrabile in altre realtà; situazione che ci obbliga contemporaneamente all'ottenimento, in caso di riabilitazioni, di risultati funzionali ed estetici. Il paziente italiano è infatti particolarmente attento ai due fattori e non si accontenta "solo di tornare a masticare". Ciò ha creato nuovi problemi ma anche nuovi stimoli a risolverli che, concedetemi di essere di parte, ha fatto sì che l'odontoiatria italiana sia una delle più preparate e pronte a livello internazionale. Se la società si è evoluta, sicuramente anche la chirurgia implantologica non è stata da meno e oggi è in grado di rispondere con precisione ed efficacia alla varie problematiche cliniche. Lo stimolo è stato sicuramente positivo ed ha indotto operatori, ricercatori e aziende ad affinare o rivedere materiali e protocolli nell'ottica di una semplificazione del sistema, affinché l'implantologia non rimanesse solo nelle mani di qualcuno ma potesse diventare, dopo un opportuno percorso di apprendimento, risposta clinica da parte di sempre più numerosi colleghi alle esigenze dei propri pazienti.



**RITIENE CHE LE UNIVERSITÀ SIANO STATE IN GRADO DI ADEGUARSI AI NUOVI ORIZZONTI DELL'ODONTOIATRIA QUOTIDIANA CHE GLI ODONTOIATRI SI TROVANO AD AFFRONTARE TUTTI I GIORNI CON I LORO PAZIENTI? IN PARTICOLARE PER QUANTO RIGUARDA L'APPROCCIO ALL'IMPLANTOLOGIA, COME È CAMBIATA L'UNIVERSITÀ IN ITALIA?**

Di fronte ad una società in continua evoluzione come la nostra sicuramente l'Università non poteva restarne fuori. Io non ho conoscenza diretta dell'attuale situazione del mondo Accademico odontoiatrico, ma ho la fortuna e l'opportunità per motivi professionali di frequentare molti giovani odontoiatri che mi trasmettono il loro entusiasmo e devo dire, la loro notevole preparazione sia teorica che tecnica. Questo mi fa pensare che molta attenzione sia posta in questi anni nella didattica e nella formazione. Certamente poi non sarà facile trasferire da subito nella pratica quotidiana la propria preparazione e competenza, ma questo è uno scotto che a suo tempo tutti abbiamo dovuto pagare, l'esperienza non si impara e tanto meno la si compra, ma la si acquisisce giorno dopo giorno applicandosi con umiltà e intelligenza. Partendo dunque da una forte preparazione intellettuale è possibile oggi affrontare ogni problematica clinica e quindi ovviamente anche l'implantologia rientra in questa considerazione; anzi proprio l'implantologia ha rappresentato negli anni per l'Università un forte stimolo alla ricerca e all'innovazione, impegno che è sfociato in una costante produzione di sperimentazioni e studi che hanno portato alla modificazione e miglioramento delle forme implantari e delle loro superfici e con la valutazione e la validazione di nuovi protocolli. Questo ritengo sia stato uno sforzo non da poco soprattutto considerando che abitualmente per sua formazione e conformazione l'Università con difficoltà affronta trasformazioni radicali in tempi brevi. In questo caso dimostrando lungimiranza e pragmatismo il mondo Accademico italiano ha saputo attivare sinergie con tutti gli operatori del settore aprendosi e dimostrando nei fatti di poter produrre dal punto di vista scientifico lavori retrospettivi e innovativi che stanno segnando la traccia per l'implantologia clinica quotidiana. Ed io che sino a poco tempo fa facevo dell'aspetto prevalentemente clinico fondamento della mia professione sono il primo a sfruttare tutto ciò.

**COSA CONSIGLIEREBBE AI GIOVANI ODONTOIATRI CHE INIZIANO A GUARDARSI ATTORNO AL TERMINE DEL PERCORSO DI LAUREA E DEVONO TRASFORMARE L'APPROCCIO TEORICO-PRATICO DEGLI STUDI A QUELLO MOLTO PIÙ QUOTIDIANO DELLA VITA IN UNO STUDIO DENTISTICO?**

Per qualsiasi professione è sicuramente un momento difficile il passaggio dal mondo scolastico a quello reale del confronto e della quotidianità. Non sfugge certo a questa considerazione l'attività odontoiatrica che oltretutto è gravata dal delicato atto medico e chirurgico. Ovviamente la frequentazione di studi già avviati potrebbe essere cosa estremamente utile o al termine del corso di studi o all'inizio dell'attività, per apprendere non tanto le tecniche, ma quanto la filosofia dell'approccio al paziente, in quanto come in tutte le situazioni della vita prima di correre è importante saper camminare. Credo comunque di non dire niente di nuovo, in quanto la quasi totalità dei neolaureati inizia la propria carriera come consulente in realtà già avviate. Tutto ciò può essere anche utile per una definizione di quelle che posso essere le proprie attitudini, magari non ancora certe, che trovano nella pratica quotidiana una definizione precisa. Assistiamo infatti oggi ad una sorta di ingiustificata mistificazione della chirurgia implantare per cui un odontoiatra non è tale se non "mette viti". Ciò non è. Quanti implantologi infatti avrebbero fatto meglio a dedicarsi all'endodonzia o alla conservativa e viceversa!? In un momento in cui non ha più ragione di esistere l'odontoiatra tuttologo, ogni disciplina ha la propria dignità paritetica e non ci si deve assolutamente sentire dentisti di second'ordine se non si pratica l'implantologia, perché è bene ricordare che un dente naturale ha vita più lunga di qualunque impianto e che un'ottima endodonzia è alla base di un'ottima protesi.

**QUAL È L'APPROCCIO PIÙ CORRETTO ALL'IMPLANTOLOGIA CHE LEI SI SENTE DI RACCOMANDARE AI GIOVANI COLLEGHI CHE SI APPROCCIANO A QUESTO TEMA?**

Purtroppo anche se l'Università sta facendo progressi in questo ambito, la mancanza

per svariati motivi, di una vera e propria attività pratica durante il corso di studi limita il neolaureato e non gli garantisce un'esperienza e una formazione adeguata ad affrontare serenamente e da subito il mondo professionale. Diventa obbligatorio quindi affidarsi a corsi o stage post-laurea in cui vengono forniti tutti gli strumenti opportuni a intraprendere una vera attività clinica. Tanto è vero che sempre più numerose aziende in questi anni si sono attivate per dare una risposta a questa sempre più crescente domanda. Capisco l'imbarazzo di chi si trova a dover scegliere. La scelta deve derivare comunque da una consapevolezza: diverso è fare impianti che fare implantologia. Nel primo caso "metto delle viti" dove c'è osso, imparo una tecnica; tutti possono farlo e questo poteva essere sino a qualche anno fa. Nel secondo caso oggi, imparo una filosofia: fare implantologia infatti implica la sinergica convergenza nella materia di altre conoscenze quali la psicologia, la gnatologia, la posturologia, la parodontologia, la protesi, l'estetica e solo da ultimo l'apprendimento di una tecnica. Diventa quindi scontato nel post-laurea dare fiducia a chi sia pubblico che privato privilegi insegnando questi aspetti multifattoriali rispetto a chi si accontenti solamente di addestrare. È scontato altresì un approccio *step by step*, ricercando all'inizio situazioni semplici che progressivamente comportino difficoltà superiori senza affrettare la propria curva di apprendimento appoggiandosi contemporaneamente a professionisti già da tempo cultori della materia e non abbattendosi per eventuali insuccessi che sono parte integrante della crescita personale.

**LE EVOLUZIONI PIÙ RECENTI, IN AMBITO IMPLANTO-PROTESICO, SONO RAPPRESENTATE DAI NUOVI PROTOCOLLI RELATIVI AGLI IMPIANTI POST-ESTRATTIVI, ASSOCIATI QUANDO POSSIBILE AL CARICO IMMEDIATO. LEI COME GIUDICA QUESTE PROCEDURE? AVVENIRISTICHE O PREDICIBILI?**

Proprio la "rivoluzione culturale" di cui parlavamo prima rischia di condizionare molto il nostro comportamento quotidiano rischiando, a volte, di forzarci la mano nella scelta di soluzioni veloci. La società in cui viviamo corre e anche i nostri pazienti sovente vorrebbero tutto e subito. Le tecniche moderne oggi ci consentono di pianificare i nostri casi rispettando alcuni concetti fondamentali quali: la volumetria ossea, la morfologia implantare, la posizione di inserimento protesicamente guidata e l'estetica anteriore e posteriore. Se il caso lo consente, nel rispetto di quanto sottolineato, l'impianto post-estrattivo e a carico immediato sarà la soluzione, altrimenti sarà molto più importante una pianificazione corretta nei tempi e nei modi atta a ottenere lo stesso risultato ma in tempi più lunghi. La riduzione dei tempi protesici e chirurgici non deve rappresentare il fine, ma un'opportunità oggi predicibile da praticare in quelle situazioni, soprattutto estetiche, in cui può rappresentare un vantaggio. Una buona conoscenza di tutte le tecniche ricostruttive e chirurgiche unite a un'attenta programmazione del caso non può che portare a risultati non avveniristici ma predicibili.

**SI FA UN GRAN PARLARE DI IMPLANTOLOGIA GUIDATA. QUALE È LA SUA OPINIONE A RIGUARDO? RITIENE CHE L'IMPLANTOLOGIA GUIDATA SIA IN GRADO DI SEMPLIFICARE I PROTOCOLLI E DARE MAGGIORI GARANZIE DI SUCCESSO AI PAZIENTI?**

Nella chirurgia moderna è ormai riconosciuto che sia la protesi a guidare l'implantologia; l'impianto deve essere inserito nella posizione e con l'angolazione che prima era della radice del dente che si va a sostituire. Per far ciò già da tempo vengono realizzate mascherine che guidano l'implantologo nell'inserimento delle fixtures. Empiricamente si ottiene l'esatta posizione mesio-distale dei fori da praticare, ma null'altro. Non si ha cognizione né della dimensione antero-posteriore dei mascellari né tanto meno dell'altezza dell'osso disponibile. Oggi grazie alla TAC e a software ad essa dedicati, tutto ciò può essere valutabile e pianificabile. Si possono realizzare quindi mascherine che tengano conto di tutti i parametri utili all'intervento ottenendo quindi una semplificazione dell'atto chirurgico. Ciò non toglie comunque che per arrivare a una programmazione di questo tipo bisogna avere una buona esperienza implantologica con conoscenze teoriche e pratiche nel campo della rigenerazione ossea e tissutale. L'implantologia guidata non è insomma una scorciatoia, ma in mani esperte può portare ad eccezionali risultati implantoprotetici con accorciamento dei tempi chirurgici ed una maggiore compliance da parte del paziente, legata anche al fatto che l'intervento può essere realizzato senza lembi.

## Dr. Giuseppe Terzitta

- Nato a Brescia nel 1957
- Nel 1982 si laurea in medicina e chirurgia presso l'Università Degli Studi di Milano
- Nel 1995 ha frequentato il corso di Parodontologia del professor P. Miller presso la New York University
- Nel 2003 termina il primo e il secondo livello di perfezionamento di implantologia presso l'Università Di Parma
- Nel 2005 consegue il Master in odontoiatria laser presso l'Università di Nizza in Francia
- Ha frequentato la clinica del professor F. Kohuri a Olsberg in Germania
- Ha partecipato alla progettazione, realizzazione e sperimentazione di nuove linee implantari
- Relatore a congressi nazionali ed internazionali
- Tiene corsi di implantologia e chirurgia orale avanzata
- Direttore del servizio di chirurgia orale ed odontostomatologia della Clinica Castelli di Bergamo
- Responsabile medico e direttore scientifico dei centri Care Dent in Italia
- Si occupa prevalentemente di chirurgia orale e chirurgia avanzata presso il suo studio di Bergamo e come consulente in numerosi studi del Nord Italia





# La tecnica R.O.C. una nuova procedura di ricostruzione ossea combinata laser assistita

Dr. Luca Lancieri

- Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il 13 ottobre 1987 a Genova.
- Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia conseguito il 10 ottobre 1990 a Genova.
- Continuing Dental Education Program presso la New University York
- Postgraduate triennale (1997-2000) in Parodontologia e Implantologia alla New York University College of Dentistry.
- 2000 Socio Fondatore e Vice Presidente "Italian Association of New York University College of Dentistry Postgraduate". (I.A.N.Y.U.P.)
- Tutor New York University Italian Tutor in Parodontologia e Implantologia.
- Clinical Coordinator "NYU Tutor Project in Italy" New York University College of Dentistry. CDE Italian Graduates Association
- Clinical Visitor del Prof. Tarnow e del Prof. Sonic della New York University.
- Istruttore corsi E.C.M..
- SOCIO SIDP (Società Italiana di Parodontologia).
- Presidente G.A.O.G. dal 2004 al 2006
- Fondatore Chirurgia a Basso Impatto Biologico
- Ideatore della tecnica R.O.C. per la ricostruzione ossea facilitata
- Ideatore della tecnica P.E.C. piezo espansione crestale
- Utilizzatore delle metodiche implantari Frialit, Calcitek, Phi, 3I, Geass, Steri Oss, Bicon
- Istruttore tecnica Piezo- surgery Silfradent

- Relatore corsi (Mentore) Nobel Biocare metodica Replace Tutor Liguria uso del Laser a Diodi Creation S.r.l.
- Docente Università di Genova per la specializzazione "Applicazione del laser in Chirurgia Rigenerativa Parodontale e Implantare", presso DI.S.T.BI.M.O. Prof. A. Benedicenti
- Professore a.c. corso di Laurea in igiene dentale, Università di Genova
- Relatore di corsi di Implantologia e Parodontologia
- Libero Professionista a Genova, dedica la sua attività prevalentemente alla Chirurgia orale, la Parodontologia e la Implantologia



Da molti anni oramai l'implantologia è diventata la terapia di elezione per il ripristino morfologico di elementi dentali mancanti. È necessario, però, perché la terapia implantare possa essere predicibile, che gli impianti vengano posizionati in osso di quantità e qualità ottimale. Diventa quindi imperativo possedere tecniche rigenerative tissutali che garantiscano risultati a lungo termine. La tecnica che presentiamo è stata ideata dal Prof. L. Lancieri in collaborazione con l'università di Genova presso il reparto del Prof. S. Benedicenti. Tale procedura detta R.O.C. o ricostruzione ossea combinata laser assistita permette a qualsiasi operatore la ricostruzione dei difetti ossei in modo semplice versatile e affidabile.

**La R.O.C. sfrutta il sinergismo di azione delle tre componenti: BTCP, Tissucol e Laser a diodi.** Il BTCP o beta-trifosfato calcio interviene mediante il fenomeno della osteoinduzione geometricamente indotta (secondo gli studi del Prof. U. Ripamonti) inducendo la formazione

di nuovo osso dalla zona del difetto; tale materiale sintetico biocompatibile è totalmente riassorbibile per sostituzione, viene miscelato con il Tissucol, colla di fibrina autologa, in proporzione 1:10. Questo prodotto permette la coesione e la stabilizzazione del preparato nel difetto osseo e contiene inoltre tutti i fattori di crescita fondamentali per i processi riparativi tissutali. Prima di posizionare l'innesto così miscelato utilizziamo il laser a diodi 810 nm in modalità pulsata a 2,5 watt per ottenere la decontaminazione del sito operato. Il laser a diodi stimola i tessuti irradiati a produrre ioni fosfato e calcio e inoltre interviene con azione biostimolante come catalizzatore biologico dei processi metabolici.

Gli esami clinici e istologici effettuati confermano che mediante la tecnica R.O.C. possiamo ottenere osso lamellare maturo atto ad accogliere i nostri impianti.

## 1° CASO CLINICO

**Paziente femmina di 34 anni non fumatrice che ai RX mostra frattura del pavimento pulpare a tutto spessore del 46.** Si apre lembo a tutto spessore e si evidenzia difetto osseo su radice mesio vestibolare per tutta la sua lunghezza. Dopo estrazione e toilette chirurgica dell'osso tatuato da amalgama, residua mancanza di tutta la cresta ossea vestibolare che richiede ampia ricostruzione. Si decontamina con laser a diodi in modalità pulsata a 2,5 w e si miscela BTCP (Sintlife, Sweden & Mar-

tina) con colla di fibrina autologa (Tissucol, Baxter) in modo da ottenere un impasto coeso che posizionato nel difetto ne permette facilmente la ricostruzione crestale fissandosi e indurendosi rapidamente in situ. Si chiude il lembo a copertura totale senza tensioni. Si riapre dopo sei mesi e si evidenzia la completa ricostruzione della cresta con osso lamellare (come confermato da istologia) idoneo a ricevere un impianto di 5 mm di diametro x 10 mm lunghezza.



Foto A. RX iniziale prestrattiva del 46



Foto B. apertura lembo spessore totale x esporre lesione



Foto C. ampio difetto osseo dopo toilette chirurgica



Foto D. decontaminazione del sito postestrattivo con laser a diodi, fibra 400 micron



Foto E. ricostruzione tridimensionale della lesione ossea con tecnica R.O.C.



Foto F. riparazione ossea avvenuta alla riapertura dopo 100 giorni



Foto G. osso neoformato prelevato durante preparazione del tunnel impiantare



Foto H. sito implantare terminato nella zona della R.O.C.



Foto I. impianto di largo diametro inserito in contesto di nuovo osso



Foto L. RX controllo pre-protetica a tre mesi dall'inserimento impiantare

## 2° CASO CLINICO

**Maschio non fumatore di 38 anni che presenta alveoli post-estrattivi in zona mascellare sinistra.**

La consistenza papiracea della cresta vestibolare residua impone, secondo i principi di site development, la completa ricostruzione dei difetti prima dell'inserimento impiantare.

Si esegue decontaminazione e biostimolazione della zona operata con laser a diodi e si posiziona l'innesto di BTCP (Sintlife, Sweden & Martina) e colla di fibrina autologa (Tissucol, Baxter) rimodellando tutta la cresta vestibolare in senso tridimensionale.

Si chiude il lembo a spessore totale in modo passivo senza tensioni ma a copertura

completa del materiale innestato.

Si attendono tre mesi e alla riapertura dopo aver constatato la completa ricostruzione ossea dei difetti trattati, si procede all'inserimento di 2 impianti con tecnica espansiva.

La garanzia clinica della qualità ossea così ottenuta è data dalla capacità da parte dell'osso neo-formato di sopportare una deformazione plastica progressiva senza alcun segno di cedimento o frattura.

Gli impianti inseriti sono di 4,3 mm di diametro e 13 mm di lunghezza quindi siti specifici per il supporto impianto protesico finale.



Foto A. R.O.C. in postestrattivo su 22 e 23



Foto B. decontaminazione con laser a diodi nel sito postestrattivo

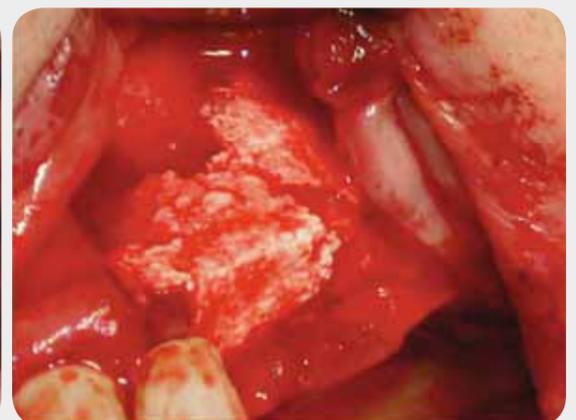


Foto C. ricostruzione del difetto osseo con BTCP e Tissucol



Foto D. riapertura a tre mesi con completa ricostruzione ossea dell'ampio difetto

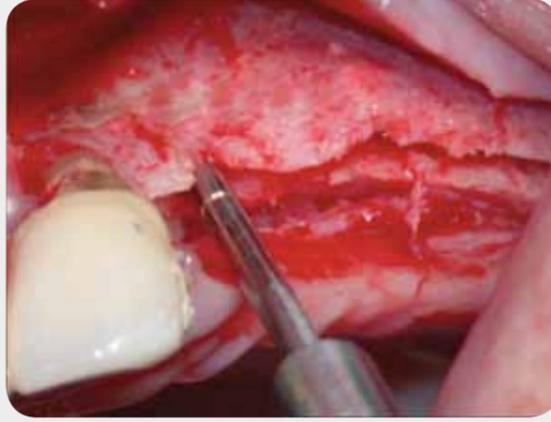


Foto E. procedura di expansion crest contestuale alla riapertura

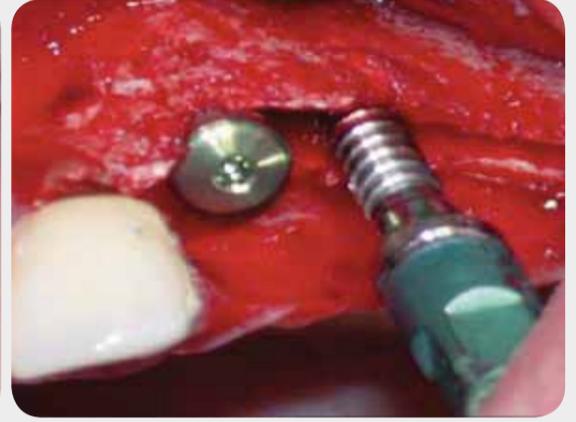


Foto F. inserimento di impianti in cresta espansa con osteotomi a passo continuo



Foto G. gap intrainplantare colmato con altra R.O.C.

IL DOTTOR LANCIERI TERRÀ I CORSI SU "NUOVE PROCEDURE DI RIGENERAZIONE OSSEA LASER ASSISTITE" NELLE SEGUENTI DATE

- MILANO ..... 21 e 22 maggio 2010
- TORINO ..... 25 e 26 giugno 2010
- ROMA ..... 1 e 2 ottobre 2010
- FOGGIA ..... 15 e 16 ottobre 2010
- RIMINI ..... 12 e 13 novembre 2010
- PESCARA ..... 19 e 20 novembre 2010
- DUE CARRARE (PD) ..... 27 e 28 novembre

Per maggiori informazioni: telefonare al numero verde 800-010789  
o visitare il sito [www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com) sezione corsi ed eventi

**sweden & martina**  
ContinuingDentalEducation

## CONCLUSIONI

Come ogni tecnica nuova anche la R.O.C. richiede ovviamente una cura di difetti crestali in modo semplice e predicibile. Tale procedura, studiata e messa a punto da circa 5 anni presso l'Università di Genova, sembra perciò garantire risultati sicuri se eseguita secondo il protocollo stabilito, permettendo di affrontare qualunque caso implantare con maggiore consapevolezza di un risultato stabile nel tempo sia in senso estetico che funzionale e tale da conferire valenza biologica alla nuova tecnica rigenerativa.

## Il Dr. Roberto Cornellini nel ricordo del Prof. Ugo Covani

Il 6 dicembre ultimo scorso, durante la riunione dei soci attivi della Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia, di cui era Presidente, è venuto a mancare il Dr. Roberto Cornellini. Laureato nel 1979 in Medicina e Chirurgia presso l'Università "La Sapienza" di Roma e diplomato in "Clinical Periodontology" presso l'Università di Göteborg nel 1997, aveva preso parte a progetti di ricerca in collaborazione con le Università di Genova, Buffalo, Göteborg, Berna e Londra. Nella sua carriera ha ricoperto ruoli prestigiosi fra i quali l'insegnamento in qualità di Professore a contratto presso l'Università di Genova, l'appartenenza all'European Board of Oral Surgery, la qualifica di Socio attivo della Società Italiana di Chirurgia Orale e Implantologia e dell'Academy of Osseointegration, la Fellowship ITI. Il Prof. Ugo Covani ne traccia un breve ricordo.



"Sono passati ormai quattro mesi dalla scomparsa di Roberto Cornellini e gli amici della Sweden & Martina mi chiedono due righe per l'house organ. Non è facile trovare le parole per significare completamente il vuoto che Roberto ha lasciato in me, in tutto il nostro gruppo di ricerca, nella Società di Chirurgia Orale ed Implantologia. Aristotele dice che l'amicizia è un frutto che matura lentamente e la nostra è maturata nell'arco di un ventennio, attraverso vicende umane e personali complesse, ci siamo conosciuti giovani e ci siamo ritrovati nonni, con tutto quello che un così lungo percorso significa. Venti anni in cui ci siamo sentiti quasi ogni giorno per discutere della nostra pratica professionale, per confrontare le nostre esperienze, per scambiarci critiche e suggerimenti, per progettare verifiche cliniche alle nostre intuizioni, in una parola per arricchirci vicendevolmente. Mille ricordi, i primi corsi al tuo vecchio studio, le prime membrane, i primi impianti, i primi successi ed ancor più vivo il ricordo dei primi insuccessi, necessario stimolo a migliorarsi, a rendere più rigorose le nostre scelte. E poi la voglia di trasmettere ad altri le nostre esperienze, di pubblicare i nostri casi, le nostre statistiche, di confrontarsi con gli altri. Roberto che lavora anche di notte negli ultimi mesi per completare il nostro libro, meglio il suo libro. Con un'ansia che letta a posteriori suggerisce quasi una premonizione, la suggestione di una fine inconsciamente avvertita. Strano rapporto il nostro, con te Pinocchio e io Grillo Parlante, finanche nella nostra ultima cena circondati dagli amici di sempre, che tu hai fortemente voluto a Cortina. Forse anche queste presenze espressione di una premonizione. E quel tuo lasciarci volando sulla neve. Ho negli occhi l'elicottero del soccorso che si allontana e sparisce dietro le vette e per me è come se tu ti fossi allontanato con esso oltre l'oscuro confine della conoscenza. Grazie Roberto per il cammino fatto insieme".

# Soluzioni cliniche e tecniche per la realizzazione di un provvisorio full-arch su impianti con funzione immediata

La ricerca e l'esperienza clinica accumulata negli ultimi decenni hanno permesso di osservare in campo implanto-protetico un'evoluzione delle metodiche riabilitative dei mascellari edentuli ottenendo due importanti risultati: l'aumento della predicibilità dei trattamenti contestualmente alla diminuzione dei tempi operativi.

Attualmente la comparazione del CSR (cumulative success rate) tra il protocollo tradizionale ed il carico immediato full-arch non evidenzia differenze statisticamente significative mettendo in luce la predicibilità della tecnica a funzione immediata (1).

In merito all'argomento, la realizzazione di un provvisorio in resina dotato di framework metallico preciso e passivo è considerato una delle condizioni da rispettare per ottenere il successo implantare(2).

L'insuccesso implantare è fortemente correlato alla realizzazione di protesi prive di fra-

mework metallico (3) a dimostrazione che è necessario ridurre al minimo le deformazioni del presidio protesico per evitare sollecitazioni dannose e traumatiche delle fixture.

Come evidenziato in letteratura la precisione del manufatto protesico è fortemente influenzata dal trasferimento dei dati in laboratorio (4).

Per ovviare a questo problema vari autori hanno proposto tecniche per il trasferimento della posizione delle fixture sul modello maestro (5).

Queste sistematiche forniscono una buona precisione a discapito di protocolli indaginosi e talvolta operatore dipendente. Nel nostro caso la realizzazione del framework metallico si realizza attraverso un protocollo che non prevede la presa delle impronte eliminando così uno dei passaggi più delicati ed influenti ai fini della precisione e passivazione del lavoro finale.

## CASO CLINICO



Foto 1A e 1B: Paziente maschio di 55 anni, all'anamnesi dichiara nessuna patologia sistemica, non fumatore portatore di protesi totale superiore e inferiore. Atrofia del mascellare superiore ed inferiore. Il piano di trattamento prevede l'inserimento di sei fixture in zona intraforaminale con relativa realizzazione di full arch a carico immediato. In fase di studio le vecchie protesi vengono utilizzate per mantenere i rapporti di centrica e dimensione verticale attraverso il montaggio in articolatore a valori medi. Queste indicazioni serviranno in fase di realizzazione del provvisorio immediato.

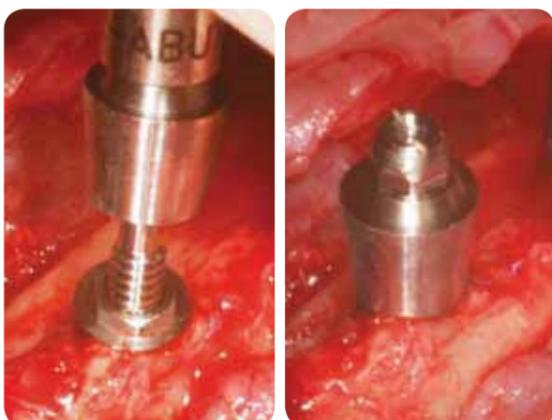


Foto 2A e 2B: Dopo aver posizionato le fixture (Outlink2,

Sweden & Martina SpA) vengono montati pilastri standard di 4 mm d'altezza che occupano il tragitto transmucoso trasponendo il profilo dell'impianto in posizione extragengivale.



Foto 3A: La visione occlusale dimostra che tutti i pilastri standard hanno la porzione coronale extragengivale



Foto 3B: Panoramica dopo l'inserzione degli impianti e relativi transmucosi

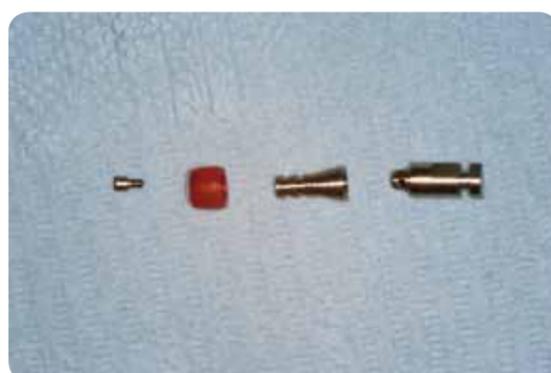


Foto 4: Componentistica (da sx verso dx): vite di serraggio, prototipo in resina di guaina (Pattern Resin), cannula, analogo da laboratorio del pilastro standard



Foto 5: Sui pilastri standard vengono posizionate le cannule prive di esagono interno.



Foto 6: Guaine in resina posizionate su tutte le cannule

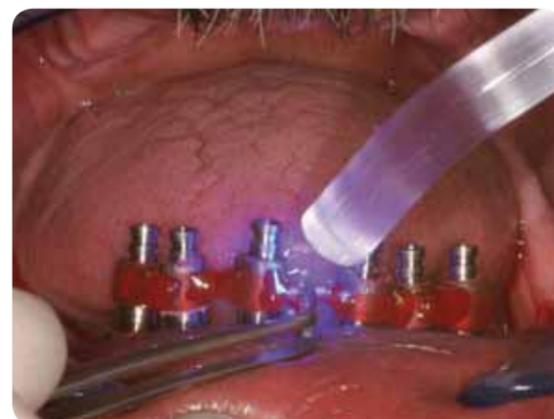


Foto 7: Solidarizzazione dei prototipi con resina foto polimerizzabile



Foto 8: La travata viene rinforzata con resina auto polimerizzabile (Duralay) prima della sua rimozione



Foto 16, 17, 18: Riposizionamento in articolatore della travata ed adattamento della vecchia protesi. Viene mantenuta un'occlusione di centrica con guida mista senza guide canine ed anteriore in modo da indirizzare il carico il più verticale possibile rispetto all'impianto



Foto 9A e 9B: La travata viene rimossa ed inviata al laboratorio. Il tecnico provvede a rifinire il manufatto senza creare cantilever



Foto 12, 13, 14: Fasi di cementazione passiva del framework metallico mediante uso di cemento anaerobico (Nimetic-Cem, 3M Espe) (6)



Foto 10: Fusione e realizzazione della travata



Foto 15A e 15B: Registrazione intraorale della relazione centrica e trasferimento in laboratorio dei tessuti molli con impronta muco statica.



Foto 19, 20, 21: Resinatura e rifinitura del provvisorio



Foto 11: Verifica fitting intraorale della travata



Foto 22: Posizionamento intraorale



Foto 23: Panoramica lavoro finito: si evidenzia il corretto accoppiamento tra i diversi componenti implanto-protesi

## DISCUSSIONE

Abbiamo realizzato un provvisorio a funzione immediata ottemperando alle caratteristiche di resistenza, passivazione e accuratezza con ridotti tempi di realizzazione (entro le 8 ore).

Durante le fasi cliniche le procedure di preparazione del framework metallico e della sua cementazione sui pilastri protesici sono risultate semplici e realizzabili con materiali facilmente reperibili sul mercato.

I controlli radiografici mostrano il corretto accoppiamento tra le porzioni meccaniche splintate tra di loro a differenza dei casi risolti mediante una monofusione dove gli elementi più distali spesso risultano dislocati.

## RINGRAZIAMENTI

La realizzazione di questo lavoro è stata possibile grazie a tutto il team medico e paramedico del poliambulatorio Le Vele. Un ringraziamento particolare va al Dr. L. Tamagnone per la redazione dell'articolo, i riferimenti bibliografici e l'iconografia.

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1: Bergkvist G. Immediate loading of implants in the edentulous maxilla. *Swed Dent J Suppl.* 2008;(196):10-75.
- 2: Brånemark PI, Engstrand P, Öhrnell LO, Gröndahl K, Nilsson P, Hagberg K, Darle C, Lekholm U. Brånemark Novum: a new treatment concept for rehabilitation of the edentulous mandible. Preliminary results from a prospective clinical follow-up study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 1999;1(1):2-16.
- 3: Grunder U. Immediate functional loading of immediate implants in edentulous arches: two-year results. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2001 Dec;21(6):545-51.
- 4: Heckmann SM, Karl M, Wichmann MG, Winter W, Graef F, Taylor TD. Cement fixation and screw retention: parameters of passive fit. An in vitro study of three-unit implant-supported fixed partial dentures. *Clin Oral Implants Res.* 2004 Aug;15(4):466-73.
- 5: Assif D, Fenton A, Zarb G, Schmitt A. Int J Periodontics Restorative Dent. 1992;12(2):112-21. Comparative accuracy of implant impression procedures.
- 6: Del'Acqua MA, Arioli-Filho JN, Compagnoni MA, Mollo Fde A Jr. Accuracy of impression and pouring techniques for an implant-supported prosthesis. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2008 Mar-Apr;23(2):226-36.

## Poliambulatorio Le Vele



Strada San Mauro, 97 int. 15  
10156 Torino  
tel. 011 237307  
www.polilevele.it



### Dr. Walter AVELLINO

Laureato in odontoiatria e Protesi Dentale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Torino nel 2001. Svolge attività di Libero Professionista in Torino; collabora dal 2002 con il Poliambulatorio Le Vele occupandosi prevalentemente di Protesi Fissa ed Implantoprotesi.

### Dr. Ugo MILAN

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Torino nel 1987. Svolge attività di Libero Professionista presso il Poliambulatorio Le Vele occupandosi prevalentemente di chirurgia implantare e parodontologia.

### Odt. Daniele DELLE ROSE

Diplomato presso l'I.P.S.I.A "G. PLANA" di Torino nel 1996. Svolge la propria attività presso il Laboratorio Creazioni Dentali di R. Bonino dal 1999 occupandosi prevalentemente di Protesi Fissa e Mobile su Impianti.

## Principi e tecniche di ricostruzione ossea a scopo implantare L'Aquila, 30 gennaio 2010



Incontri



Presso l'Auditorium Dompé de L'Aquila, è stato organizzato un corso di formazione sulle tecniche di ricostruzione ossea, l'impiego di osso autologo, omologo e di sostituti ossei. Relatori il Prof. Ugo Covani, il Dr. Antonio Barone, il Dr. Adriano Bobbio, il Dr. Salvatore Di Martino e il Dr. Gian Paolo Poli. Il corso era patrocinato dall'Università degli Studi de L'Aquila, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri de L'Aquila e la Regione Abruzzo. L'intero incasso è stato consegnato al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi dell'Aquila per l'acquisto di attrezzature utili alle esercitazioni degli studenti.

Apri gli occhi, oggi



il numero 1 è italiano.



è italiano, è tecnologico, è conveniente, è

 **sweden & martina**



Bringing Science to  
the Art of Dentistry™

# Dr. Byoung Suh, Presidente di Bisco

## Un dialogo con il presidente di Bisco per discutere sull'odontoiatria del futuro

### **01 CONSIDERANDO CHE HA INIZIATO AD OCCUPARSI DI ADESIONE DENTALE FIN DAGLI ALBORI, QUALI MOTIVAZIONI HANNO SCATURITO IL SUO INTERESSE VERSO QUESTO CAMPO?**

Nei primi anni '80, dopo aver lavorato nel settore dentale per circa 10 anni, ho compreso che avrei potuto mettere a punto un prodotto in grado di risolvere uno dei principali problemi dell'epoca per quanto riguarda le procedure cliniche dentali: un'efficace adesione alla dentina e al metallo. Ho fondato BISCO nel 1981 e ho introdotto All-bond, un rivoluzionario prodotto per l'adesione alla dentina e al metallo.

### **02 A QUALI RAGIONI ATTRIBUISCE IL SUO SUCCESSO?**

Credo che il fattore principale sia stata la mia dedizione a trovare sempre innovative formulazioni chimiche basate sulla ricerca scientifica sperimentale che offrano la miglior soluzione dei problemi riscontrati nei protocolli adesivi.

### **03 LEI HA NEGLI ANNI APPORTATO UNA FILOSOFIA DI "SEMPLIFICAZIONE" ALLE PROCEDURE CLINICHE DI ADESIONE. CI PARLI DI ACE ALL-BOND SE.**

Nel mercato sono presenti molti sistemi adesivi ed alcuni di questi hanno dei protocolli d'uso sempre più semplici ma che vanno a compromettere i valori di adesione e sigillo del restauro. Noi abbiamo cercato di semplificare queste procedure ma con la garanzia di mantenere intatti i valori di adesione e resistenza. Utilizzando il dispenser ACE l'operatore ha il doppio vantaggio di avere un sistema adesivo bicomponente con la facilità d'uso di un sistema monocomponente.

### **04 PER LA MESSA A PUNTO DI ACE ALL-BOND È STATO NECESSARIO UN LUNGO PERIODO DI RICERCA?**

Sì. La dedizione di Bisco alla ricerca e sviluppo è l'aspetto fondamentale della nostra strategia di mercato: siamo orgogliosi delle nostre innovazioni basate su ricerche scientifiche comprovate che supportano tutti i nostri prodotti. Come titolare e chimico, sono molto coinvolto nella ricerca di tutti i giorni e conosco l'importanza di dare ai nostri chimici la libertà di lavorare a vari progetti avendo accesso ad un vasto supporto di macchinari di ricerca che non sono sempre disponibili in altri laboratori.

### **08 ATTUALMENTE SONO DISPONIBILI SUL MERCATO MOLTE GENERAZIONI DI ADESIVI. QUALE TRA QUESTE CONSIDERA IL "GOLD STANDARD" DI SETTORE?**

Secondo me il "gold standard" è ancora rappresentato dai sistemi adesivi di 4a generazione. Sistemi "total etch" (mordenzatura totale) come All-Bond 3 garantiscono le migliori prestazioni sia per valore di adesione che per durata nel tempo del sigillo e sono supportati da un'immensa bibliografia clinica.

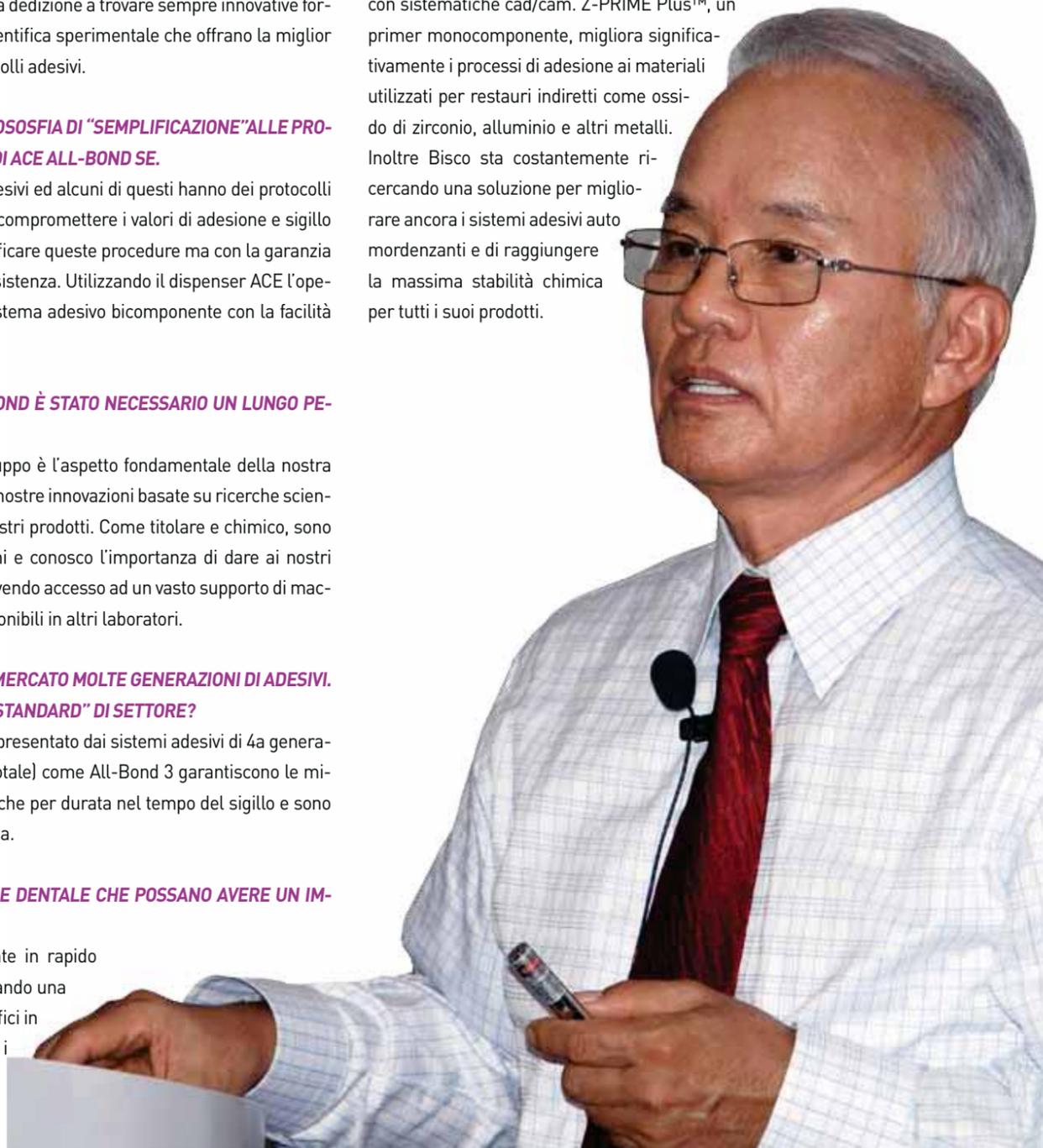
### **09 INTRAVEDE NUOVI TREND NEL SETTORE DENTALE CHE POSSANO AVERE UN IMPATTO NEL PROSSIMO FUTURO?**

Le sistematiche CAD/CAM sono certamente in rapido sviluppo nel campo dentale e stanno generando una richiesta da parte dei clinici di prodotti specifici in grado di creare un sigillo adesivo valido per i

nuovi materiali utilizzati da queste sistematiche, in particolar modo per l'ossido di zirconio. Inoltre è evidente la crescente richiesta da parte del mercato per prodotti sempre più semplici da utilizzare che ci impegnano nella ricerca di nuovi modi per garantire elevati valori di adesione unitamente a protocolli d'uso semplificati.

### **10 QUALI STRATEGIE STA UTILIZZANDO BISCO PER RISPONDERE A QUESTI NUOVI TREND?**

Bisco sta costantemente ricercando e sviluppando nuovi modi di migliorare i processi di cementazione adesiva e ha recentemente introdotto un nuovo prodotto per garantire un'adesione sicura e durevole nel tempo per i substrati in ossido di zirconio prodotti con sistematiche cad/cam. Z-PRIME Plus™, un primer monocomponente, migliora significativamente i processi di adesione ai materiali utilizzati per restauri indiretti come ossido di zirconio, alluminio e altri metalli. Inoltre Bisco sta costantemente ricercando una soluzione per migliorare ancora i sistemi adesivi auto mordenzanti e di raggiungere la massima stabilità chimica per tutti i suoi prodotti.



Protocolli protesici: la linea implantare Global (Sweden & Martina) consente di utilizzare il mounter come abutment provvisorio per la costruzione di corone temporanee immediate, con notevole risparmio di tempo e riduzione dei costi.

# Le corone provvisorie immediate su impianti Global (metodica clinica)

Il sistema implantologico GLOBAL (Sweden & Martina) è caratterizzato da fixture a vite a corpo conico e connessione interna a doppio ottagonono. Le eccezionali doti di precisione dell'abutment e la particolare connessione brevettata ne fanno l'impianto di elezione nella sostituzione di denti singoli. Peculiarità di rilievo è che questo impianto viene posizionato nel sito chirurgico tramite un mounter che, se lasciato connesso alla fixture stessa, funge da abutment provvisorio: è sufficiente collocarvi sopra un'apposita cappetta dedicata in resina (anch'essa Sweden & Martina) e prendere un'impronta con materiali tradizionali per ottenere in poche ore un provvisorio cementabile.

## CASE REPORT 1

Un paziente maschio di 41 anni si presenta con un canino superiore sinistro da latte cariato e con radice riassorbita (Fig. 1 e 2). Si rimuove il canino e viene inserita una fixture GLOBAL (Sweden & Martina) di 15 millimetri di lunghezza e 4.80 millimetri di diametro (Fig. 2). Sul mounter, che viene lasciato in situ (Fig. 4), viene posizionata una cappetta in resina (Sweden & Martina) (Fig. 5).

Si prende un'impronta con silicone per addizione con tecnica a cucchiaio chiuso. In laboratorio la cappetta viene bagnata con vaselina liquida e al suo interno viene colata resina PI-KU-PLAST e posizionato un pin. L'impronta viene quindi colata in gesso e lasciata riposare per un'ora. Una volta ottenuto il modello master le cappette vengono modellate con cera per modellazione. Sul dente in cera così ottenuto si prepara una mascherina in silicone che, una volta rimossa la cera, fungerà da contenitore per la resina a freddo. Si ottiene nell'arco di 1-2 ore una corona provvisoria che verrà cementata direttamente sul mounter con un cemento temporaneo (Fig. 6).

A distanza di 4 mesi viene quindi applicata la corona definitiva in ceramica integrale (Fig. 7).



Figura 1



Figura 2

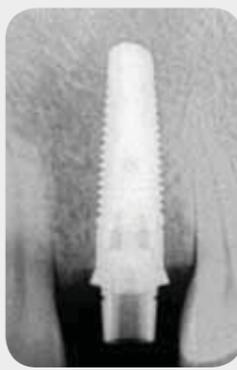


Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

## CASE REPORT 2

Una paziente trentacinquenne presenta mobilità del dente 24. L'esame radiografico evidenzia la compromissione del premolare che appare non recuperabile (Fig.1) e viene pertanto estratto. La guarigione ossea e mucosa a distanza di 3 mesi (Figg. 2 e 3) consente l'inserzione di una fixture GLOBAL di lunghezza 13 mm e diametro 4.30 mm. (Fig.4).

Per espresso desiderio della paziente viene confezionata una corona temporanea in resina con la tecnica descritta nel caso precedente (Figg. 5-6-7-8). La corona definitiva in metallo ceramica (Fig.9) viene cementata a quattro mesi di distanza.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

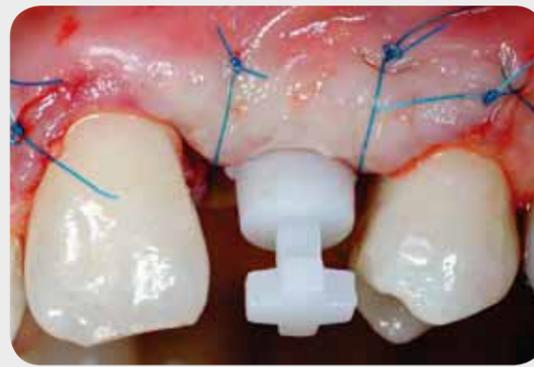


Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

## DISCUSSIONE

Abbiamo realizzato un provvisorio a funzione immediata ottemperando alle caratteristiche di resistenza, passivazione e accuratezza con ridotti tempi di realizzazione (entro le 4 ore).

I materiali usati sono facilmente reperibili sul mercato. La connessione a doppio ottagono si è rivelata estremamente ritentiva e nei circa 300 casi trattati in 36 mesi con queste fixtures non si è verificata alcuna disconnessione tra impianto e abutment. Le corone definitive in metallo-ceramica o in zirconio-ceramica sono state cementate con cemento composito auto/foto indurente.

## DR. GIOVANNI BATTISTA MANTOAN

LIBERO PROFESSIONISTA A  
MONTAGNANA (PADOVA)  
PER CONTATTARE L'AUTORE:  
JANMAN@TISCALI.IT  
TEL. 0429-800608



## Riceviamo dal Dr. Paolo Bigi quest'appello e volentieri lo pubblichiamo confidando che qualche collega possa aiutarlo...

Siamo tre dentisti e un chirurgo maxillo-faciale appena rientrati dalla 'Carlo Liviero Home' di Embu, Kenia, una missione fondata dalla Congregazione delle Piccole Ancelle del Sacro Cuore con lo scopo di riabilitare i bambini di strada, offrire loro assistenza, istruzione e cure.

Nel dispensario della missione esiste un piccolo ma ben attrezzato ambulatorio odontoiatrico che periodicamente accoglie dentisti italiani che prestano la loro professionalità al servizio di questi bambini e della povera gente della zona.

Le suore della missione ci hanno ospitato, aiutato (in particolare Sister Liliana è meravigliosa!) e ci hanno fatto sentire parte di una grande famiglia universale.

Ci siamo dedicati in questi 15 giorni soprattutto al training di una giovane dentista locale, Christine (in particolare riguardo la terapia endodontica con uso della diga di gomma e



del rilevatore apicale, ecc), insomma abbiamo pensato fosse importante dare una possibilità di scambio professionale ad un collega locale oltre che lavorare noi stessi.

Grazie all'aiuto dei tanti amici che ci sostengono, abbiamo potuto raccogliere una discreta somma in denaro per le necessità quotidiane (vestiario, cibo) in quanto la missione è sostenuta solo dalle offerte. Abbiamo inoltre pensato di provvedere noi stessi all'assunzione per un anno della dentista.

Il sorriso di questi 60 bambini valga come il più grande dono e ringraziamento per tutti noi.

**Chiunque voglia sostenere o partecipare a questi aiuti può inviare una mail a paolobigi57@gmail.com**

Dottori Laura Davini, Cristina Cappelletti, Paolo Fontana, Christian Riboldazzi, Paolo Bigi



# Locator™ Abutment overdenture semplice e sicura



Novità di prodotto

I **Locator Abutment\*** sono una soluzione protesica brevettata versatile, semplice e sicura per ancorare le overdenture agli impianti dentali. Il sistema Locator consente di correggere con facilità divergenze sino a 40° (20° per impianto) in spazi occlusali limitati; dato il suo ridotto ingombro verticale, è ideale per tutti i pazienti con protesi mobile. Il sistema Locator comprende anche tutte le componenti protesiche necessarie al laboratorio.

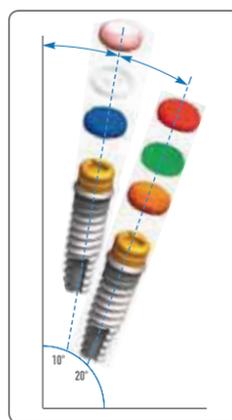


Il sistema Locator dispone di una pratica cappetta in acciaio in cui alloggiare il ritentore all'interno della protesi. Quando il ritentore perde la sua capacità ritentiva, la sostituzione è estremamente facile: non è necessario estrarlo dalla resina sottraendo materiale alla protesi, ma, con una semplice operazione, viene estratto dalla cappetta in acciaio che rimane ancorata alla protesi stessa. Sono disponibili ritentori di diversa flessibilità da inserire facilmente nella cappetta in acciaio, con l'utilizzo del pratico strumento multifunzione (Locator core tool). La gamma prevede 2 tipologie di ritentori: ritentore per impianti dritti o disparalleli sino a 10°, autocentrante, e ritentore per impianti con una inclinazione compresa tra i 10° ed i 20°. Ogni tipologia ha tre diverse capacità di tenuta, che si identifica in base al codice colore.

La testa del Locator abutment è caratterizzata da un disegno autoguidante, che facilita l'inserimento della protesi. L'auto-allineamento della protesi riduce l'usura dei pezzi, e aumenta la durata della vita del dispositivo.

I Locator Abutment sono disponibili per i sistemi implantologici e le piattaforme di seguito indicate:

| SISTEMA IMPLANTOLOGICO | DIAMETRI DI PIATTAFORMA |
|------------------------|-------------------------|
| PREMIUM KOHNO          | 3.30, 3.80, 4.25 mm     |
| GLOBAL                 | 3.80 e 4.30 mm          |
| OUTLINK2               | 3.30 e 4.10 mm          |
| STARK-D                | 4.80 mm                 |



\* I Locator abutment sono fabbricati e brevettati da Zest Anchors, Inc., 2061 Wineridge Place, Escondido, CA 92029, USA. Locator è un marchio registrato di Zest Anchors, Inc. I Locator Abutment sono brevettati da Zest Anchors, Inc.

## Easy Insert per impianto Premium Kohno nuova versione



**L'EASY INSERT, il pratico driver speciale e brevettato per l'inserimento dell'impianto Premium Kohno, è stato rinnovato.**

La nuova versione, EASY INSERT 2, a differenza dei driver precedenti, è dotato di o-ring metallico, in titanio, colorato secondo il codice colore del sistema (azzurro e magenta), invece dell'o-ring nero in materiale plastico NBR; l'o-ring metallico non necessita di alcuna manutenzione straordinaria, non va mai rimosso dal medico, nemmeno per la sterilizzazione in autoclave. È stato comunque testato per resistere a 50 utilizzi. È stato aggiunto inoltre un ulteriore anellino colorato quale segno distintivo in accordo al codice colore del sistema. Il diametro del nasello dello strumento diam. 2.30 è stato allargato, uniformandolo a diametro dello strumento da diam. 2.50 per permettere una guida migliore; l'attacco a contrangolo presenta un cianfrino che evita che lo strumento si incastri nel manipolo durante l'utilizzo anche a torques elevati. Infine, la misura è marcata a laser sullo strumento stesso. Ricordiamo che l'Easy Insert è uno speciale strumento, brevettato, progettato secondo un concetto di accoppiamento progressivo. Quando lo strumento ruota all'interno del pozzetto, il singolo spigolo non entra mai in contatto con il lato dell'esagono femmina della connessione come

succede invece con i tradizionali mounter o brugole, evitando il rischio del "grippaggio" del driver all'interno del pozzetto. In questo modo la rimozione al termine della fase di inserimento è sempre facile e fluida.



Sezione brugola



Sezione Easy Insert

Il lungo esagono non lavorante nella parte superiore lo strumento, allineato con la connessione, è studiato per consentire di posizionare le facce e gli spigoli nella posizione corretta.

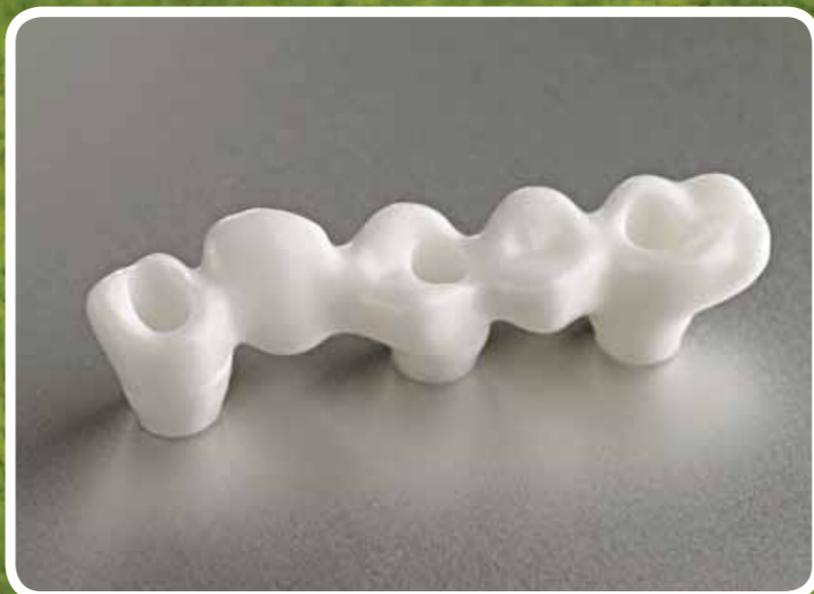
Gli Easy Insert 2 sono disponibili nelle versioni a contrangolo corto, lungo e digitale.

# SISTEMATICA INTEGRATA CAD/CAM *echo*

punto di incontro tra tecnologia e creatività



Richiedete informazioni al vostro agente di zona per beneficiare di prodotti personalizzati all'avanguardia di qualità costante garantita da una produzione industriale.



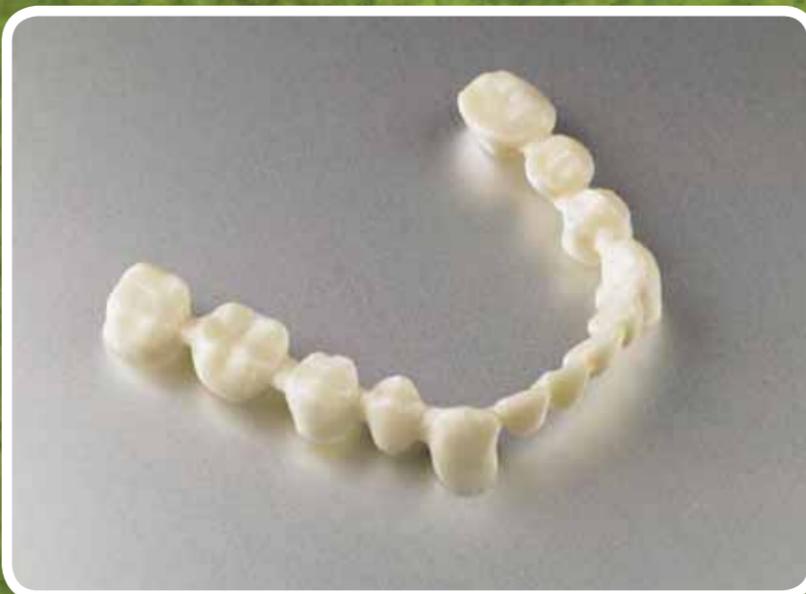
**DIRECT BRIDGE (PONTI IMPLANTARI AVVITATI PERSONALIZZATI) DISPONIBILI IN ZIRCONIA, CROMO COBALTO E TITANIO**



**DIRECT BRIDGE SPECIFICI PER APPLICAZIONI DELLA SISTEMATICA PAD DI SWEDEN&MARTINA**



**PILASTRI INDIVIDUALI IN TITANIO**



**CAPPETTE E STRUTTURE A PONTE IN ZIRCONIA (DISPONIBILI ANCHE IN PMMA E CROMO COBALTO)**



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



Novità di prodotto

# Valori di adesione incomparabili con il rivoluzionario **Z-PRIME™ plus** di Bisco Primer monocomponente per ossido di zirconio e substrati metallici



Sempre fedele alla visione aziendale del suo fondatore (Dr. Byoung Suh), Bisco promuove l'eccellenza e il progresso continuo dell'odontoiatria conservativa e in particolare della cementazione adesiva. Un lungo e meticoloso processo di test clinici e di laboratorio ha portato al completamento di Z-PRIME PLUS.

**Z-PRIME PLUS è un innovativo primer monocomponente utilizzato per aumentare significativamente i valori di adesione tra i restauri indiretti realizzati in diverse tipologie di materiale ed i cementi compositi a base resinosa.**

Può essere utilizzato come trattamento di superficie per restauri in ossido di zirconio e altri tipi di materiale metallico/leghe.

#### **Substrati trattabili con Z-PRIME PLUS:**

- Ossido di Zirconio (es. manufatti Echo di Sweden&Martina)
- Ossido di Alluminio
- Titanio, PFM, leghe nobili e altri substrati metallici
- Composito (sia per restauri diretti che indiretti, es. Adonis di Sweden & Martina)
- Perni endodontici (es. M2post di Sweden&Martina)
- Riparazioni intraorali

#### **Substrati non trattabili con Z-PRIME PLUS (si deve utilizzare lo specifico primer già presente a programma "Porcelain Primer"):**

- Ceramiche feldspatiche
- Ceramiche pressabili
- Ceramiche in di-silicato di Litio

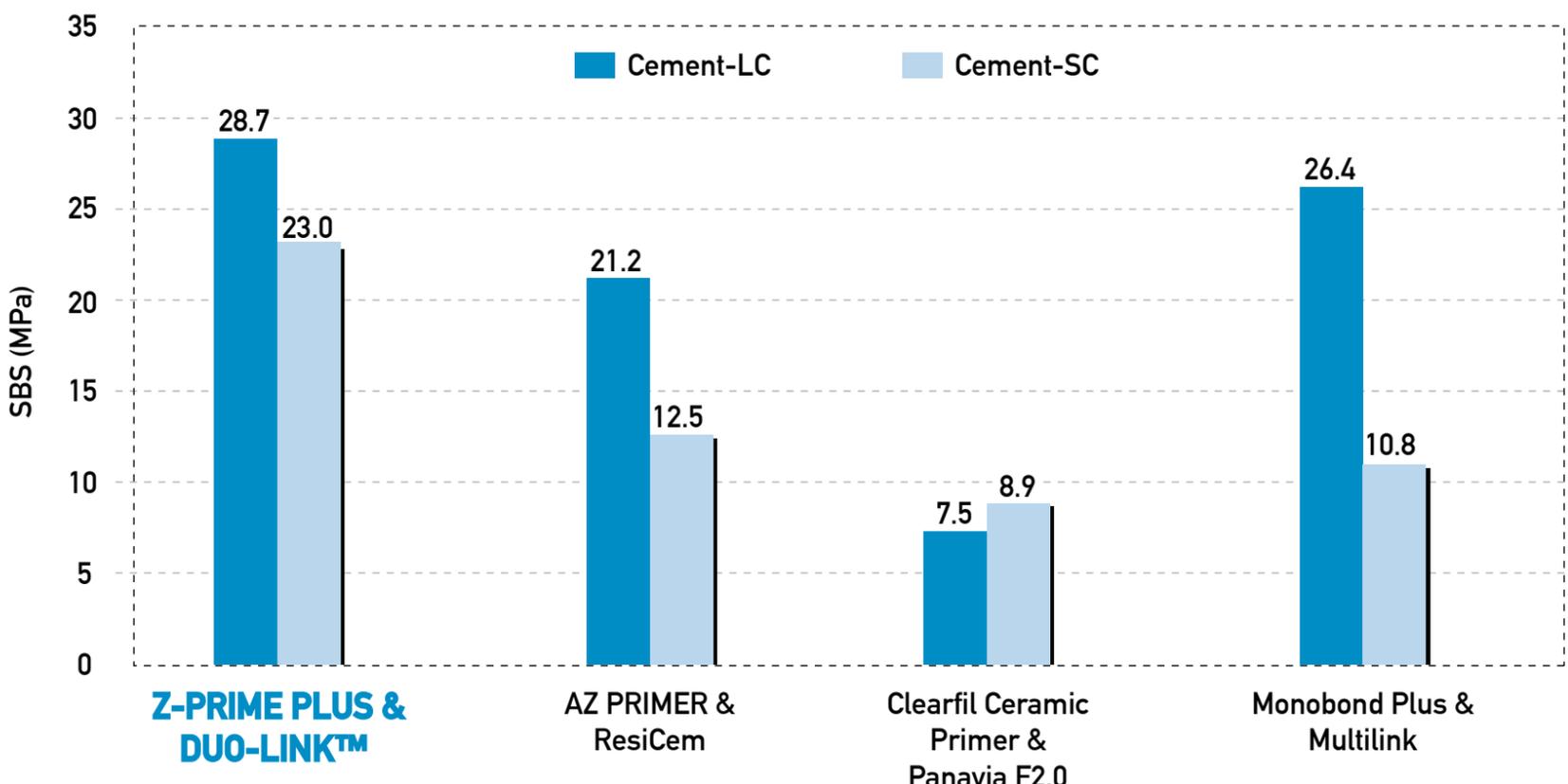
#### **VANTAGGI IMMEDIATI PER L'UTILIZZATORE:**

- **VALORI DI ADESIONE ALL'OSSIDO DI ZIRCONIO E ALLUMINIO E ALTRE LEGHE METALLICHE SENZA PARAGONI CON LA CONCORRENZA**
- **VERSATILITÀ E RESISTENZA SU MOLTEPLICI SUBSTRATI, PUÒ ANCHE ESSERE UTILIZZATO PER RIPARAZIONE INTRAORALI**
- **COMPATIBILE CON CEMENTI RESINOSI AUTO- O FOTOPOLIMERIZZABILI E DUALI**
- **BOTTIGLIA MONOCOMPONENTE: SEMPLICITÀ DI UTILIZZO**

Per il trattamento dei metalli è necessario utilizzare dei monomeri acidi che se combinati con il silano, necessario al trattamento della ceramica, ne danneggiano la stabilità riducendo significativamente la resistenza dell'adesione nel tempo.

Quasi tutti i prodotti della concorrenza utilizzano un solo primer per tutte le applicazioni proponendo quindi un prodotto instabile nel tempo.

IL GRAFICO SEGUENTE, FRUTTO DELLE RICERCHE SPERIMENTALI BISCO DI PROSSIMA PUBBLICAZIONE INTERNAZIONALE, MOSTRA I RISULTATI DI TEST DI RESISTENZA (SHEAR BOND) EFFETTUATI SU DIFFERENTI PRIMER E RELATIVI CEMENTI DELLA CONCORRENZA SIA IN MODALITÀ FOTO (LC) CHE AUTO (SC) POLIMERIZZATI.





**Marco Caneva M, Luiz Antonio Salata, Sergio Scombatti de Souza, Eriberto Bressan, Daniele Botticelli, Niklaus P. Lang.**

**HARD TISSUE FORMATION ADJACENT TO IMPLANTS OF VARIOUS SIZE AND CONFIGURATION IMMEDIATELY PLACED INTO EXTRACTION SOCKETS. AN EXPERIMENTAL STUDY IN DOGS, ACCEPTED FOR PUBLICATION, CLINICAL ORAL IMPLANTS RESEARCH**

Lo scopo di questa **ricerca sperimentale** su cani era di **valutare l'influenza della dimensione e della forma degli impianti immediati post-estrattivi** sull'integrazione.

Sono stati usati come siti sperimentali 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 di diametro (Premium, Sweden & Martina, superficie ZirTI)**.

Dopo l'installazione residuava un difetto peri-implantare marginale di circa 1 mm. Nei siti test sono stati usati **impianti conici di 5 mm di diametro coronale (Kohno, Sweden & Martina, superficie ZirTI)** che riempivano completamente l'alveolo.

Dopo 4 mesi di guarigione, la cresta alveolare ha subito un riassorbimento sia buccale che linguale.

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 era in totale 62% nei siti test e 58% nei siti di controllo.**

Gli autori hanno concluso che l'installazione di impianti immediati in alveoli estrattivi non impedisce il prevedibile riassorbimento della cresta alveolare e che questo riassorbimento è maggiore negli impianti conici larghi rispetto a forme standard.



Dott. Marco Caneva

**Canullo L., Rossi F. G., Iannello G., Jepsen S.**

**PLATFORM SWITCHING AND MARGINAL BONE-LEVEL ALTERATIONS: THE RESULTS OF A RANDOMIZED-CONTROLLED TRIAL, CLINICAL ORAL IMPLANTS RESEARCH 2010 JAN;21(1):115-21.**

Questo studio clinico randomizzato e controllato ha valutato le alterazioni del livello della cresta ossea intorno a **impianti Global (Sweden & Martina)** caricati in seconda fase chirurgica con il concetto di Switching Platform in presenza di diverse ampiezze (mismatching) di switching protesico.

L'obiettivo dello studio è stato in particolare di verificare se l'ampiezza del mismatching avesse una correlazione con il grado di riassorbimento osseo crestale.

In 31 pazienti sono stati inseriti **80 impianti Global**: 20 impianti con diametro 3.80 mm (gruppo controllo), 20 con diametro 4.30 mm (gruppo test 1), 20 con diametro 4.80 mm (gruppo test 2), e infine 20 con diametro 5.50 mm (gruppo test 3).

Tutti gli impianti sono stati caricati a **3 mesi** con un abutment di diametro 3.80 mm. Il gruppo controllo è stato quindi protesizzato con una tecnica tradizionale (piattaforma dell'impianto 3.80mm /abutment 3.80mm), mentre nei gruppi test è stato adottato uno switching di ampiezza progressivamente maggiore dal gruppo 1 al gruppo 3.

**A 21 mesi dal carico tutti gli impianti sono risultati clinicamente osseo integrati.**

Le misurazioni del livello di riassorbimento della cresta ossea intorno agli impianti hanno mostrato risultati significativamente migliori quanto più ampia era la dimensione dello switching (**maggiore l'ampiezza del platform switching, minore il riassorbimento osseo**). In tutti i gruppi test, a prescindere dall'ampiezza dello switching, il dato relativo alla conservazione del livello osseo è stato significativamente migliore rispetto al gruppo controllo privo di switching.

Dopo 3 anni, solamente 25 pazienti dei 36 iniziali erano ancora reperibili per i controlli. In tali pazienti **i dati a 33 mesi sono stati sostanzialmente in linea con quelli precedenti.**

Questi dati confermano che le maggiori variazioni volumetriche intorno all'emergenza degli impianti avvengono nel primo anno e mezzo dal carico, ma **rimangono poi pressoché invariati.**



Dott. Luigi Canullo

**Quaranta A., Maida C., Scrascia A., Campus G., Quaranta M.**

**ER:YAG LASER APPLICATION ON TITANIUM IMPLANT SURFACES CONTAMINATED BY PORPHYROMONAS GINGIVALIS: AN HISTOMORPHOMETRIC EVALUATION, MINERVA STOMATOL., 2009; 58(7-8):317-30**

Lo scopo del lavoro era la **valutazione in-vitro del grado dell'efficacia** del trattamento con Laser Er:Yag (ERL) su **diversi tipi di impianti**, preventivamente **opportunamente colonizzati dal Porphyromonas gingivalis (Pg)**.

L'efficacia del trattamento è stata testata su **3 diversi tipi di fixture, fra cui gli impianti Premium (Sweden & Martina)**. Ciascun gruppo è stato diviso in due sottogruppi di 10 impianti (sperimentale e di controllo). I ceppi batterici (Pg.) sono stati seminati in cultura e dopo la loro incubazione **gli impianti sono stati trattati un'unica volta con l'utilizzo di un laser ER:YAG Delight (Hoya Conbio, distribuito da Sweden & Martina)**.

Dopo l'irraggiamento, si è eseguita una valutazione della superficie implantare

delle diverse fixture al microscopio elettronico a scansione a diversi ingrandimenti, sino a 11.000x, ed è stata eseguita una conta batterica. I risultati hanno dimostrato che **il trattamento non aveva alterato le caratteristiche morfologiche e topografiche delle superfici implantari**. La valutazione delle conte batteriche ha evidenziato un **potere di decontaminazione sulla superficie degli impianti Premium del 98.3%**, maggiore rispetto a valori del 76.2% e del 90,9% degli altri impianti testati.

Il **dati di decontaminazione** appaiono **più che buoni**, considerando oltretutto che gli impianti oggetto di questo studio in vitro erano stati sottoposti ad un unico ciclo di trattamento, mentre da un punto di vista clinico si eseguono normalmente più sedute di decontaminazione sullo stesso paziente.

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

## INFLUENCE OF IMPLANT POSITIONING IN EXTRACTION SOCKETS ON OSSEOINTEGRATION: HISTOMORPHOMETRIC ANALYSES IN DOGS, CLINICAL ORAL IMPLANTS RESEARCH 21, 2010;43-49.

Il lavoro realizzato dal **gruppo di ricerca che fa capo al Dott. Daniele Botticelli** relativo a uno **studio sperimentale sui cani** con l'obiettivo di verificare l'influenza del posizionamento implantare nei siti postestrattivi di cui vi avevamo dato anteprima nel precedente magazine (NumeriUno N. 6, pag. 21) è ora **pubblicato su COIR**.

L'abstract del testo può essere consultato sul sito [www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com) e copia integrale può essere richiesta all'editore, John Wiley & Sons A/S, sul sito [www3.interscience.wiley.com](http://www3.interscience.wiley.com) (richiesta a pagamento).

In questo lavoro, gli impianti (Premium, Sweden & Martina, superficie ZirTi) sono stati inseriti negli alveoli estrattivi distali dei terzi premolari mandibolari di 6 cani labrador. Nel gruppo di controllo sono stati posizionati nel centro dell'alveolo come negli studi sperimentali, mentre nel gruppo test sono stati posizionati più profondi e più linguali, come nella normale pratica clinica.

Dopo quattro mesi di guarigione, nei siti test la cresta ossea "appare" meno riassorbita rispetto ai siti di controllo. In realtà, il rimodellamento della cresta è avvenuto in maniera simile, ed è solo il diverso posizionamento dell'impianto che fa apparire il lato test (posizionamento clinico) meno riassorbito del lato controllo (posizionamento sperimentale). Il BIC% riscontrato negli impianti così posizionati era del 62,2% (valore medio), la percentuale di osso mineralizzato era 66,3%. Gli autori hanno suggerito che nella clinica gli impianti post-estrattivi vengano posizionati un millimetro sotto il livello della cresta ossea e più linguali rispetto al centro dell'alveolo.



Dott. Daniele Botticelli

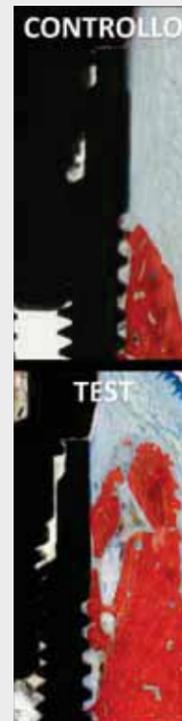


Figura 1

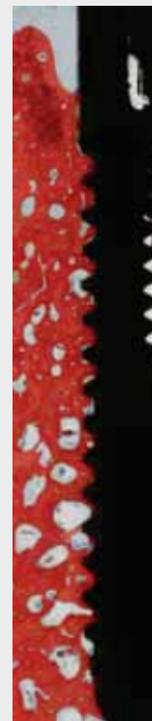


Figura 2

Figura 1 Microfotografie istologiche dopo 4 mesi di guarigione del sito di controllo (posizionamento sperimentale) e del sito test (posizionamento clinico). L'inserimento dell'impianto più profondo e più linguale nell'alveolo del gruppo test rende poco evidenti gli effetti del riassorbimento fisiologico post-estrattivo dell'osso alveolare.

Figura 2 Microfotografia istologica che mostra l'ottima integrazione degli impianti con superficie ZirTi.

Ceccherini A., De Angelis L., Silvestrelli S.

## CHIRURGIA SOFTWARE ASSISTITA CON LA TECNICA MODEL GUIDE: PROGETTO 3D - POSA DELL'IMPIANTO GUIDATA. IMPIEGO DI ABUTMENT ANGOLATI A 17° E 30° IN CHIRURGIA GUIDATA POST-ESTRATTIVA CON CARICO IMMEDIATO, TEAM WORK, 2009, XI, 6-09: 63-75



Dott. A. Ceccherini

Dott. L. De Angelis

Dott. S. Silvestrelli

Questa interessante pubblicazione, corredata da numerose foto, riporta un interessante caso clinico relativo alla riabilitazione di un'arcata totale, superiore, risolto tramite l'inserimento di **6 impianti (Kohno/Premium, Sweden & Martina)** con diversi gradi e direzioni di angolazione, la cui posizione è stata programmata con **un software 3D di simulazione implantare (Implant 3D)**. La preparazione dei siti implantari e l'inserimento delle fixture sono state guidate con una dima chirurgica CadCam realizzata secondo la tecnica **ModelGuide**. Gli impianti post-estrattivi sono stati caricati immediatamente con una protesi tipo Toronto-Bridge pre-costruita, ancorata alle fixture tramite **abutment P.A.D (Sweden & Martina) preangolati a 17° e a 30°** che hanno consentito di progettare emergenze protesiche anatomicamente guidate.

Il testo integrale del lavoro può essere consultato sul sito di **Team-Work Media**, al seguente indirizzo: **HYPERLINK "http://www.teamwork-media.com/rivisteOnline.php" www.teamwork-media.com/rivisteOnline.php**, cliccando sulla rivista Team Work, numero 6 del novembre 2009. **Ne raccomandiamo la lettura a tutti coloro che sono interessati ad approfondire le proprie conoscenze sul tema oggi molto dibattuto dell'implantologia guidata. L'articolo è interessante e molto esplicativo, grazie alla ricca iconografia e alla descrizione step by step del caso, con spiegazioni pratiche e molto chiare, nello spirito che tradizionalmente anima questa bella rivista.**

Crespi R., Capparè P., Gherlone E.

## DENTAL IMPLANTS PLACED IN EXTRACTION SITES GRAFTED WITH DIFFERENT BONE SUBSTITUTES: RADIOGRAPHIC EVALUATION AT 24 MONTHS, JOURNAL OF PERIODONTOLOGY 2009, 80;1616-1621

Scopo di questo studio, eseguito presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, è la valutazione dell'efficacia di diversi tipi di biomateriali da riempimento nella prevenzione del riassorbimento osseo in caso di impianti postestrattivi nel mascellare anteriore.

Lo studio ha coinvolto **15 pazienti per un totale di 45 alveoli postestrattivi**; i biomateriali valutati sono stati il solfato di calcio Easy Set (Sweden & Martina), l'idrossiapatite arricchita di magnesio Sintlife (Finceramica) e l'osso di origine suina Osteobiol (Tecnoss), ognuno testato in un gruppo di 15 alveoli.

Tre mesi dopo l'estrazione e il riempimento con i biomateriali sono stati inseriti **45 impianti Outlink2**

**(Sweden & Martina)**, 26 impianti con diametro 5 mm e lunghezza 13 mm, 10 impianti con diametro 3.75 mm e lunghezza 13 mm, e 9 impianti con diametro 5 mm e lunghi 10 mm.

**L'esame a 24 mesi mostra una sopravvivenza del 100% degli impianti, assenza totale di fastidi o dolenzia per i pazienti ed assenza di qualsiasi cenno di mobilità della protesi.** L'ottimo esito evidenzia che un corretto protocollo chirurgico dà un buon esito in presenza di tutti i diversi biomateriali utilizzati, e riconferma la qualità degli impianti Sweden & Martina, in questo caso Outlink2, in termini di osteointegrazione e stabilità.



Dott. Roberto Crespi



## CORSI CHIRURGIA

### CA493 CHIRURGIA ORALE AMBULATORIALE

14 maggio 2010 BOGOGNO (NO)  
Alessandro Di Marco, Jason Motta Jones

## CORSI CONSERVATIVA

### CC058 LA STRATIFICAZIONE DEGLI ANTERIORI: COME CREARE LA GIUSTA ILLUSIONE

17 aprile 2010 GIULIANOVA (TE)  
Enzo Lamorgese

### CC060 CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

17 aprile 2010 DUE CARRARE (PD)  
Mauro Cattaruzza

### CC053 CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

8 maggio 2010 TORINO  
Lorenzo Breschi

### CC048 CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

22 maggio 2010 DUE CARRARE (PD)  
Lorenzo Breschi

### CC059 LA STRATIFICAZIONE DEGLI ANTERIORI: COME CREARE LA GIUSTA ILLUSIONE

22 maggio 2010 GENOVA  
Enzo Lamorgese

### CC061 CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

28-29 maggio, 18-19 giugno, 9-10 luglio 2010 PERUGIA  
Enzo Lamorgese

### CC049 CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

29 maggio 2010 BARI  
Lorenzo Breschi

### CC055 MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

12 giugno 2010 COSENZA  
Adriano Dallari

### CC056 MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

19 giugno 2010 DUE CARRARE (PD)  
Adriano Dallari

### CC062 CORSO PRECONGRESSUALE TEORICO PRATICO DI CONSERVATIVA

23 settembre 2010 ABANO TERME (PD)  
Paolo Ferrari, Stefano Bottacchiari

### CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

5 novembre 2010 VILLANOVA DI CASTENASO (BO)  
Lorenzo Breschi

### CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

6 novembre 2010 DUE CARRARE (PD)  
Roberto Spreafico

### CC044 CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

6 novembre 2010 MILANO  
Lorenzo Breschi

### CC051 MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

27 novembre 2010 MILANO  
Adriano Dallari

## CORSI ENDODONZIA

### CF473 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

17 aprile 2010 FOGGIA  
Piero Alessandro Marcoli

### CF496 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

7-8 maggio, 11-12 giugno, 2-3 luglio 2010 PALERMO  
Riccardo Russo, Vito Antonio Malagnino

### CF474 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

14 maggio 2010 GENOVA  
Piero Alessandro Marcoli

### CF499 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE E L'OTTURAZIONE CON L'ONDA CONTINUA DI CONDENSAZIONE

15 maggio 2010 PISA  
Andrea Gesi

### CF492 CORSO TEORICO AVANZATO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

21 maggio 2010 CINISELLO BALSAMO (MI)  
Piero Alessandro Marcoli

### CF475 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

21 maggio 2010 ROMA  
Vito Antonio Malagnino

### CF476 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

22 maggio 2010 COSENZA  
Vito Antonio Malagnino

### CF491 CORSO TEORICO AVANZATO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

22 maggio 2010 CAGLIARI  
Piero Alessandro Marcoli

### CF493 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

18 giugno 2010 TERAMO  
Vito Antonio Malagnino

### CF486 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE E L'OTTURAZIONE CON L'ONDA CONTINUA DI CONDENSAZIONE

3 luglio 2010 GROSSETO  
Andrea Gesi

### CF497 CORSO PRECONGRESSUALE TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA

23 SETTEMBRE 2010 ABANO TERME (PD)  
Vito Antonio Malagnino, Enzo Lamorgese, Italo Di Giuseppe

### CF498 CORSO PRECONGRESSUALE TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA

23 SETTEMBRE 2010 ABANO TERME (PD)  
Piero Alessandro Marcoli, Andrea Accorsi

### 24-25 SETTEMBRE 2010 VI CONGRESSO NAZIONALE DI ENDODONZIA ABANO TERME (PD) RELATORI VARI

### CF494 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

15-16 ottobre, 19-20 novembre, 17-18 dicembre 2010 CATANIA  
Alfio Pappalardo, Vito Antonio Malagnino

### CF477 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

29 ottobre 2010 NAPOLI  
Piero Alessandro Marcoli

### CF478 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

30 ottobre 2010 ROMA  
Piero Alessandro Marcoli

### CF480 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

13 novembre 2010 MILANO  
Piero Alessandro Marcoli

### CF481 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

20 novembre 2010 BARI  
Piero Alessandro Marcoli

### CF487 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE E L'OTTURAZIONE CON L'ONDA CONTINUA DI CONDENSAZIONE

4 dicembre 2010 PISA  
Andrea Gesi

## CORSI IMPLANTOLOGIA

### CF548 UN MODERNO APPROCCIO ALLA TERAPIA IMPLANTARE A CARICO IMMEDIATO

16 aprile 2010 SIECI (FI)  
Pierpaolo Fioretti

### CA552 LA TECNICA MISE : IL METODO PIÙ RAPIDO E SICURO PER IL RIALZO DI SENSO MASCELLARE

16 aprile 2010 GENOVA  
Pietro Veruggio

### CA577 CHIRURGIA SOFTWARE ASSISTITA MODELGUIDE - CORSO ODONTOIATRI

16-17 aprile 2010 MARINA DI CASTAGNETO (LI)  
Alessandro Ceccherini, Emanuele Neri, Luca Nobili, Giorgio Tripolisi

### CA520 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

23 aprile 2010 BOLOGNA  
Giorgio Carusi

### CA521 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

24 aprile 2010 VERONA  
Giorgio Carusi

### CA551 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

6 maggio 2010 ROMA  
Luigi Canullo

### CA517 CORSO TEORICO DI CHIRURGIA IMPLANTARE

7-8 maggio 2010 BOLOGNA  
Agostino Scipioni, Gianfranco Carnevale

### CA536 LA TERAPIA DELL'EDENTULIA TOTALE CON CHIRURGIA IMPLANTARE DI BASE

8 maggio 2010 ROMA  
Riccardo Rinaldi

### CA541 IL TRATTAMENTO IMPLANTO-PROTESICO SU 4 IMPIANTI

8 maggio 2010 TORINO  
Roberto Crespi

### CA495 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

8 maggio 2010 PESARO  
Giorgio Carusi

### CA497 CORSO DI CHIRURGIA E PROTESI IMPLANTARE

14-15 maggio, 18-19 giugno, 9-10 luglio, 17-18 settembre 2010 PESARO  
Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti

### I CONGRESSO MEDITERRANEO SWEDEN & MARTINA

14-15 maggio 2010 San Giovanni Rotondo (FG)  
Relatori Vari

### CA550 CORSO TEORICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA LIV. BASE

21-22 maggio 2010 ROMA  
Luigi Canullo

### CA491 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE

21-22 maggio, 11-12 giugno, 25-26 giugno, 9-10 luglio 2010 ROMA  
Agostino Scipioni

### CA574 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE

28-29 maggio, 11-12 novembre 2010, 28-29 gennaio 2011 MILANO  
Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti, Paolo Viganò, Sandro Foddis

**CF549 UN MODERNO APPROCCIO ALLA TERAPIA IMPLANTARE A CARICO IMMEDIATO**  
4 giugno 2010 SIECI (FI)  
Pierpaolo Fioretti

**CA575 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE**  
5 giugno 2010 BRINDISI  
Giorgio Carusi

**CA561 TECNICHE CHIRURGICHE PER IL TRATTAMENTO DEL SENO MASCELLARE E GESTIONE DEGLI INSUCCESSI (LIVE SURGERY)**  
11 giugno 2010 TORINO  
Fabrizio Morelli

**CA572 CORSO TEORICO DI CHIRURGIA IMPLANTARE**  
12 giugno 2010 DUE CARRARE (PD)  
Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti

**CA522 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE**  
12 giugno 2010 COSENZA  
Giorgio Carusi

**CA498 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE E IMPLANTOPROTESI**  
2-3 luglio, 2-3 ottobre, 19-20 novembre 2010 ROMA  
Giovanni B. Bruschi

**CA562 LA RIGENERAZIONE OSSEA E IL RIALZO DEL SENO MASCELLARE PER VIA CRESTALE PER LA GESTIONE DEI VOLUMI OSSEI INADEGUATI**  
10 settembre, 1-2 ottobre, 5-6 novembre 2010 TORINO  
Giuseppe Corrente, Roberto Abundo

**CA570 CORSO DI IMPLANTOLOGIA CHIRURGICA E PROTESICA**  
1-2 ottobre, 29-30 ottobre, 26-27 novembre, 17-18 dicembre 2010 VIMERCATE (MI)  
Marco Csonka

**CORSO DI IMPLANTOLOGIA CHIRURGICA E PROTESICA**  
8-9 ottobre, 5-6 novembre, 3-4 dicembre 2010, 28-29 gennaio 2011 PALERMO  
Marco Csonka

**CA573 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE E IMPLANTOPROTESI**  
22-23 ottobre, 26-27 novembre 2010, 14-15 gennaio, 4-5 febbraio 2011 SAN VENDEMIANO (TV)  
Giovanni B. Bruschi

**INCONTRO AUTUNNALE ODONTOIATRIA E ODONTOTECNICI - AUGUSTO BIAGGI IN MEMORIA DI FRANCO BREGA (AMICI DI BRUGG)**  
23 ottobre 2010 DUE CARRARE (PD)  
Relatori Vari

**LA NUOVA FRONTIERA 2 - L'INNOVAZIONE IN ODONTOIATRIA (SESSIONE ODONTOIATRI)**  
12-13 novembre 2010 LIDO DI CAMAIORE (LU)  
Relatori Vari

**CORSO AVANZATO DI IMPLANTOLOGIA**  
15-17 novembre 2010 DUE CARRARE (PD)  
Marco Csonka, Maurizio Franco

## CORSI ORTODONZIA

**CE248 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
17 aprile 2010 ROMA  
Gaetano Ierardo

**CE247 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
8 maggio 2010 MILANO  
Gaetano Ierardo

**CE246 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
8 maggio 2010 FOGGIA  
Gianni Manes Gravina

**CE245 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
22 maggio 2010 TERAMO  
Gianni Manes Gravina

**CE249 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
5 giugno 2010 ROMA  
Gaetano Ierardo

**CE254 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
5 giugno 2010 TORINO  
Gianni Manes Gravina

**CE253 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
12 giugno 2010 MODENA  
Gaetano Ierardo

**CE252 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
19 giugno 2010 FIRENZE  
Gaetano Ierardo

**CE250 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
16 ottobre 2010 ROMA  
Gaetano Ierardo

**CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA**  
13 novembre 2010 FOGGIA  
Gianni Manes Gravina

**CE251 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA - LIV. AVANZATO**  
20 novembre 2010 ROMA  
Antonella Polimeni, Gaetano Ierardo, Gianni Manes Gravina

## CORSI ODONTOIATRIA ESTETICA

**CI145 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. PRIMO**  
17 aprile 2010 NAPOLI  
Stefania Bizzarri

**CI152 SERATA - INTRODUZIONE ALLA MEDICINA ESTETICA**  
19 aprile 2010 ROMA  
Andrea Corbo

**CI158 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
24 aprile 2010 MILANO  
Rosa Maria Gobbi

**CI164 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. PRIMO**  
8 maggio 2010 VICENZA  
Claudio Trainotti

**CI165 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
14 maggio 2010 SPOLTRE (PE)  
Rosa Ambrosanio

**CI163 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
15 maggio 2010 BOLOGNA  
Filippo Brighetti

**CI149 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
22 maggio 2010 ROMA  
Andrea Corbo

**CI146 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
2 ottobre 2010 NAPOLI  
Marcello Lo Faro

**CI150 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
16 ottobre 2010 ROMA  
Andrea Corbo

**CI159 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
23 ottobre 2010 MILANO  
Rosa Maria Gobbi

**CI147 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
13 novembre 2010 CATANIA  
Marcello Lo Faro

**CI160 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. PRIMO**  
27 novembre 2010 MILANO  
Rosa Maria Gobbi

**CI151 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE**  
27 novembre 2010 ROMA  
Andrea Corbo

## CORSI PARODONTOLOGIA

**CA545 NUOVE PROSPETTIVE E STRUMENTAZIONI INNOVATIVE PER UN APPROCCIO PERSONALIZZATO ALLA MALATTIA PARODONTALE**  
30 aprile 2010 CERRO MAGGIORE (MI)  
Daniele Cardaropoli

**CA563 CORSO TEORICO PRATICO DI PARODONTOLOGIA**  
7-8 maggio, 18-19 giugno 2010 TORINO  
Ugo Covani

**CA564 CORSO TEORICO PRATICO DI PARODONTOLOGIA**  
25-26 giugno, 9-10 luglio 2010 LIDO DI CAMAIORE (LU)  
Ugo Covani

**CA544 NUOVE PROSPETTIVE E STRUMENTAZIONI INNOVATIVE PER UN APPROCCIO PERSONALIZZATO ALLA MALATTIA PARODONTALE**  
19 novembre 2010 DUE CARRARE (PD)  
Daniele Cardaropoli

## CORSI ODONTOTECNICI

**CH118 CHIRURGIA SOFTWARE ASSISTITA MODELGUIDE - CORSO ODONTOTECNICI**  
16-17 aprile 2010 ROSIGNANO SOLVAY (LI)  
Alessandro Ceccherini, Emanuele Neri, Luca Nobili, Giorgio Tripolisi

**LA NUOVA FRONTIERA: L'INNOVAZIONE IN ODONTOIATRIA - SESSIONE ODONTOTECNICI**  
12-13 novembre 2010 LIDO DI CAMAIORE (LU)  
Vari

## CORSI LASER & TECNOLOGIE

**CD520 CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI ED ERBIO IN ODONTOIATRIA**  
11 giugno 2010 ESTE (PD)  
Vulzio Lazzarini

Per maggiori informazioni :  
numero verde 800-010789 o visitate il sito  
[www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com)  
sezione corsi ed eventi.

  
ContinuingDentalEducation

## CORSI PROTESI

**INTARSI, FACCETTE, CORONE TOTALI, RESTAURI POSTENDODONTICO E PREPROTESICO (CORSO TEORICO-PRATICO 3 MODULI DA 2 GIORNATE)**  
8-9 ottobre, 29-30 ottobre, 3-4 dicembre 2010 MONZA  
Guido Fichera

**PROTESI FISSA: FONDAMENTI, NUOVE STRATEGIE DI TRATTAMENTO E APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE (CORSO TEORICO-PRATICO 6 MODULI DA 2 GIORNATE)**  
Primo modulo: gennaio 2011 MONZA  
Guido Fichera

## CORSI GNATOLOGIA

**FONDAMENTI DI GNATOLOGIA PER LA RIABILIAZIONE RESTAURATIVO-PROTESICA. DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEI PROBLEMI OCCLUSALI, DISFUNZIONI E DISORDINI TEMPORO-MANDIBOLARI (CORSO TEORICO-PRATICO 5 MODULI DA 2 GIORNATE)**  
Primo modulo: gennaio 2011 MONZA  
Guido Fichera

**Segreteria Centro Corsi, Signora Raffella Savaris tel. 039-324241**



The ultimate

# ENDO RESTORATIVE DENTISTRY

VI CONGRESSO NAZIONALE

23, 24 e 25 Settembre 2010

Teatro Congressi Pietro d'Abano

Largo Marconi, 16

35031 Abano Terme

Padova - Italia

[www.abanocongressi.com](http://www.abanocongressi.com)

GIOVEDÌ 23 SETTEMBRE 2010

## CORSI PRE-CONGRESSUALI

LA PREPARAZIONE SIMULTANEA CON GLI STRUMENTI MTWO E L'OTTURAZIONE CANALARE CON I NUOVI SISTEMI DOMINO ED E&Q MASTER

**Vito Antonio Malagnino, Vincenzo Lamorgese, Italo Di Giuseppe**

LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE E L'OTTURAZIONE CON L'ONDA CONTINUA DI CONDENSAZIONE

**Piero Alessandro Marcoli, Andrea Accorsi**

STRATEGIE ADESIVE NEL MODERNO PIANO DI TRATTAMENTO CONSERVATIVO

**Paolo Ferrari, Stefano Bottacchiari**

## SESSIONE ODONTOIATRI

VENERDI' 24 SETTEMBRE 2010

08:30 Registrazione dei Partecipanti

09:00 Apertura dei lavori e benvenuto: Sandro Martina, Pier Nicola Mason, Vito Antonio Malagnino

Presidente di sessione: Vito Antonio Malagnino

09:15 Livio Gallottini, Maria Chiara Rignanese, Guido Migliau - Università La Sapienza di Roma  
PREVALENZA E DISTRIBUZIONE DEI TRATTAMENTI ENDODONTICI E DELLE LESIONI PERIRADICOLARI  
NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

09:45 Angelo Putignano  
PERCEZIONE ED ESTETICA, BINOMIO INDISSOLUBILE

10:15 Francesco Mangani  
L'APPROCCIO CLINICO BASATO SULL'EVIDENZA SCIENTIFICA NEL RESTAURO CONSERVATIVO  
DELL'ELEMENTO POSTERIORE TRATTATO ENDODONTICAMENTE

10:45 Coffee Break

11:30 Andrea Gesi, Paolo Mareschi  
L'IMPORTANZA DELLA PREPARAZIONE DEL TERZO APICALE NEL RISULTATO DELLA TERAPIA  
ENDODONTICA

12:00 Fabio Gorni  
IL RITRATTAMENTO COMPLESSO: VALUTAZIONI PROGNOSTICHE E INDICAZIONI TERAPEUTICHE

12:30 Vinio Malagnino  
SISTEMA MTWO: PROTOCOLLO D'USO NELLE VARIE CONDIZIONI CLINICHE

13:00 Lunch Break

Presidente di Sessione: Giuseppe Gallina

14:30 Lorenzo Breschi  
STATO DELL'ARTE DEI SISTEMI ADESIVI

15:00 Guido Fichera  
IL RESTAURO POSTENDODONTICO: STRATEGIE DI TRATTAMENTO E APPROCCIO  
MULTIDISCIPLINARE

15:30 Sandro Marcoli  
LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEI CANALI RADICOLARI: OTTO ANNI DI FOLLOW UP

16:00 Coffee Break

16:30 Paolo Ferrari, Stefano Bottacchiari  
COMPOSITI POSTERIORI: UNA SCELTA OBBLIGATA

17:00 Vincenzo Campanella  
TECNICHE DI OTTURAZIONE CON GUTTAPERCA DEI CANALI RADICOLARI

17:30 Conclusione dei lavori

20:00 Cena di gala presso la sede Sweden & Martina di Due Carrare (PD)

SABATO 25 SETTEMBRE 2010

08:30 Registrazione dei Partecipanti

Presidente di sessione: Ernesto Rapisarda

09:00 Adriano Dallari  
CEMENTAZIONE DI PERNI IN FIBRA CON MATERIALI AUTOPOLIMERIZZANTI: VALUTAZIONE AL SEM  
A MEDIO E LUNGO TERMINE

09:30 Vincenzo Lamorgese  
IL RESTAURO DIRETTO: UNA SOLUZIONE BIOECONOMICA

10:00 Nicola Grande, Gianluca Plotino  
LE ULTIME NOVITÀ SUGLI STRUMENTI ROTANTI IN NICHEL-TITANIO: LUCI E OMBRE

10:30 Mauro Cattaruzza  
CONOSCENZA E MERCEOLOGIA NELLA REALIZZAZIONE ESTETICA DI RESTAURI IN COMPOSITO

11:00 Coffee Break Rinforzato

11:30 Gianfranco Vignoletti  
CONSIDERAZIONI SULL'ENDODONZIA

12:00 Marco Calabrese, Lorenzo Graiff  
LA RICOSTRUZIONE DEL DENTE TRATTATO ENDODONTICAMENTE. ASPETTI CLINICI

12:30 Conclusione dei lavori, premiazione CALL FOR POSTERS

## SESSIONE IGIENISTI

VENERDI' 24 SETTEMBRE 2010

08:30 Registrazione dei Partecipanti

Presidente di Sessione: Annamaria Genovesi

09:30 Massimiliano Ricci  
LE INTERAZIONI PATOLOGICHE A LIVELLO PULPO-PARODONTALE: RUOLO DELL'  
IGIENISTA DENTALE NELLA DIAGNOSI E TERAPIA

10:15 Giacomo Derchi  
EVOLUZIONI MERCEOLOGICHE NEL MANTENIMENTO DELLE RIABILITAZIONI  
PROTESICHE

11:00 Coffee Break

11:30 Olivia Marchisio  
LA COMUNICAZIONE E LA MOTIVAZIONE COME PRESUPPOSTI DEL MANTENIMENTO  
NEL PAZIENTE PARODONTALE E IMPLANTARE

12:15 Fortunato Alfonsi, Maria D'Ostuni  
UTILIZZO DEL GEL INTRADERMICO AI POLINUCLEOTIDI PLINEST FAST IN  
PARODONTOLOGIA CHIRURGICA E NON CHIRURGICA

13:00 Lunch Break

14:30 Annamaria Genovesi  
PREPARAZIONE E MANTENIMENTO DEL PAZIENTE IMPLANTARE

15:15 Federica Bisacchi  
PREVENZIONE DOMICILIARE DELLA PLACCA: UN APPROCCIO SCIENTIFICO

16:00 Grollo Alberto  
COMUNICAZIONE ED ERGONOMIA IN ODONTOIATRIA

16:45 Conclusione dei lavori

The Ultimate  
**ENDO RESTORATIVE  
DENTISTRY** VI CONGRESSO NAZIONALE  
23, 24 e 25 settembre 2010

**CALL for  
POSTERS**  
I° PREMIO  
Endo-Restorative Dentistry Sweden & Martina

Per concorrere i partecipanti dovranno  
sottoporre un poster su uno dei  
seguenti argomenti:

- Ricostruzione protesica del dente  
trattato endodonticamente: perni in  
fibra versus perni-moncone fusi.
- La preparazione del terzo apicale in  
Endodonzia: diametri e forme.
- Tecniche di otturazione canalare a  
confronto.

Il poster dovrà essere preventivamente  
sottoposto alla valutazione della  
Commissione Esaminatrice, inviandolo  
sotto forma di abstract ENTRO il 4 giugno  
2010 alla segreteria organizzativa tramite  
posta prioritaria, posta celere o corriere:

**Sweden & Martina SpA**  
Ufficio Corsi ed Eventi  
Call for Posters 2010  
Via Veneto, 10  
35020 Due Carrare (PD)  
Tel. 049.9124300  
Fax. 049.9124290

Fra i Poster esposti verranno  
selezionati dalla Commissione  
Esaminatrice i tre lavori migliori,  
che saranno premiati.  
La nomina dei vincitori e la  
premiatura avverranno secondo  
l'orario indicato nel programma del  
congresso.

Il vincitore del primo premio avrà a  
disposizione 7 minuti per la  
presentazione del suo lavoro prima  
della premiatura.

È ammesso anche l'invio per posta  
elettronica all'indirizzo e-mail:  
[info@sweden-martina.com](mailto:info@sweden-martina.com)

La scadenza per la sottomissione degli  
Abstract per i Poster è fissata  
tassativamente al 4 Giugno 2010. Dopo  
tale data la commissione Esaminatrice si  
riunirà per la valutazione dei lavori.

Per maggiori informazioni e per ricevere  
le linee guida per la redazione dei testi,  
visitare il sito [www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com)  
nella sezione Eventi o contattare l'Ufficio  
corsi ed Eventi al numero **049.91.24.300**.

### PER INFORMAZIONI:

→ Segreteria Organizzativa  
Rossella Tosello  
[rtosello@sweden-martina.com](mailto:rtosello@sweden-martina.com)  
Sweden & Martina S.p.A.  
Via Veneto, 10 - 35020 Due Carrare (PD)  
Tel. 049.91.24.300 - Fax 049.91.24.290

→ Sede Congressuale  
Teatro Congressi "Pietro d'Abano"  
Largo Marconi, 16 - 35031 Abano Terme (PD)  
Tel. 049.86.66.111 - Fax 049.86.66.113  
[infoac@abanocongressi.com](mailto:infoac@abanocongressi.com)  
[www.abanocongressi.com](http://www.abanocongressi.com)

## SESSIONE ASSISTENTI

VENERDI' 24 SETTEMBRE 2010

08:30 Registrazione dei Partecipanti

Presidente di sessione: Stefano Paci

09:30 Stefano Paci  
IL RUOLO DELL'ASSISTENTE IN ENDODONZIA

11:00 Coffee Break

11:45 Vittorio Pacini  
IL RUOLO DELL'ASSISTENTE DENTALE NELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO ORALE

12:45 Lunch Break

14:30 Pietro Odorisio  
IL RUOLO DELL'ASSISTENTE DURANTE LE PROCEDURE ODONTOIATRICHE SVOLTE CON LASER E  
TECNOLOGIE AVANZATE

15:30 Elena Covani  
ODONTOIATRIA PEDIATRICA, RUOLO DELL'ASSISTENTE DENTALE NELLE TERAPIE CON GIOVANI  
PAZIENTI

16:30 Conclusione lavori

# NUMERI UNO

## Lo stato dell'arte in odontoiatria

**PROF. FRANCESCO MANGANI, ROMA**



### Rimembranze aristocratiche di regine e corone

... pensando agli anni in cui muovevo i primi passi nella professione mi sembra quasi impossibile oggi, riconoscere niente di riconducibile a quel tempo. L'avvento prepotente dell'implantologia a sostegno delle terapie protesiche di sostituzione e, ancor più, la definitiva affermazione in Conservativa delle

tecniche e i materiali "cosiddetti adesivi" hanno aperto una nuova stagione dell'Odontoiatria Restaurativa. Ed è proprio la Conservativa che oggi riveste un ruolo straordinariamente importante nella professione di questo secolo, "Cenerentola" si è trasformata in "Regina", una regina sempre volta al minor sacrificio biologico possibile finalizzato per il mantenimento degli elementi dentali naturali. Una filosofia medica questa, semplice e moderna che riconosce come suo fine ultimo la possibilità "di comprare tempo per la salute dentale del nostro paziente" sapendo bene con quale continuità e velocità la ricerca consegna a noi clinici tecniche e materiali che sempre più permettono il restauro morfologico, estetico e funzionale e quindi, il mantenimento dell'elemento dentale naturale. Tutto ciò in linea con il saggio e moderno insegnamento ricevuto, oramai tanti anni fa, dal mio Maestro Prof. Mario Martignoni: "...ricorda, la miglior corona protesica sarà sempre quella che non farai mai!"

**DR. NICOLA PETRILLO, LECCE**



### Giusto equilibrio tra richieste ed aspettative

Ricordo quando, circa vent'anni fa, muovevo i primi passi in questa splendida ed affascinante disciplina che è l'implantologia; ricordo come i nostri maestri si raccomandassero tanto di ricoprire completamente gli impianti dopo il loro posizionamento e di non sottoporli ad alcuna forza di carico nemmeno di

compressione della mucosa sovrastante; ricordo anche quanta apprensione ci davano le prime viti tappo che si esponevano accidentalmente nel cavo orale. Oggi invece parliamo di chirurgia mini invasiva, di flapless surgery, di carico immediato persino in siti post-estrattivi, di sistemi di navigazione computer assistita. La passione e la ricerca scientifica di chi ama quest'arte e l'industria che ne ha supportato le innovazioni, hanno spinto sempre più avanti l'orizzonte conoscitivo e le tecniche applicative. I passi compiuti sono stati tanti ed ancora ci sarà da migliorare, ma in tutto ciò il criterio guida dovrà essere sempre la ricerca di quel giusto equilibrio tra richieste ed aspettative del paziente che ci chiede estetica, rapida funzionalizzazione e recupero delle capacità relazionali e le nostre esigenze di ottimizzare il risultato terapeutico, semplificare le procedure, contenere costi e tempi del trattamento, senza rinunciare ad una prestazione di elevata qualità che abbia come obiettivo una implantologia fatta a regola d'arte.

**DR. PASQUALE IUDICA, ISEO (BS)**



### Il momento giusto della tecnica implantoprotesica

Nell'ultimo decennio è stata rivolta sempre maggior attenzione da parte dei clinici all'aspetto protesico nei trattamenti implantoprotesici. Importanti e significativi miglioramenti sono stati introdotti al fine di migliorare gli aspetti estetici e funzionali delle riabilitazioni implantoprotesiche ri-

guardanti i pazienti totalmente edentuli, che avevano in passato solo opzioni protesiche a supporto implantare, tipo "Toronto bridge", o a supporto misto implanto-tissutale, come le overdentures. Diagnosi corretta, pianificazione attenta del caso, oltre a controllo e ottimizzazione di tutte le problematiche della fase costruttiva, permettono di confezionare manufatti protesici su impianti con caratteristiche funzionali ed estetiche. In tale ambito si sono inserite le tecnologie Cad/Cam nell'intento di realizzare componentistica e manufatti protesici sempre più precisi in materiali biocompatibili, ottimizzando estetica e funzione. Al giorno d'oggi abbiamo quindi a nostra disposizione tecniche sempre più sofisticate, protocolli sempre meno invasivi, con chirurgia tradizionale o a carico immediato, in grado di soddisfare le esigenze del paziente e del clinico, tutto questo grazie alle innovazioni e ai nuovi prodotti che si sono succeduti rapidamente negli ultimi anni: forse è il momento di lasciar sedimentare queste nostre nuove conoscenze per strutturarle e renderle sempre più accessibili a tutti gli operatori.

**DR. CARLO GAETA, AVELLINO**



### Stato dell'arte in odontoiatria: connubio tra capacità cliniche individuali ed "evidence based dentistry"

Negli ultimi anni di Università era concreta la certezza che questa scienza fosse composta da protocolli ben precisi a cui mi sarei ben presto attenuto nella pratica clinica quotidiana. Frequentando poi corsi e società scientifiche del settore mi sono reso conto che quasi sempre ci imbattiamo in un esibizionismo clinico con dei protocolli il cui successo è esclusivamente operatore-dipendente. Non parliamo poi dell'aspetto merceologico: quasi quattrocento aziende che producono impianti con l'enigma di quale scegliere; quello con superficie più studiata? Quello con una superficie chimicamente attiva? Quello che costa meno e perché no quello che costa di più? Quello che posso, infine, consigliare ad un neolaureato, che come me è partito da zero, che si appresta ai primi piani di trattamento è quello di fare di PUB-MED un confidente quotidiano tenendo presente le proprie capacità cliniche individuali.

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 3, numero 7  
maggio/settembre 2010

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

Direttore editoriale  
Pier Francesco Rupolo

Coordinamento editoriale  
Valeria Bonotto

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

Hanno collaborato a questo numero:

W. Avellino  
D. Botticelli  
S. Bozza  
E. Bressan  
G. Campus  
M. Caneva  
L. Canullo  
P. Capparè  
A. Ceccherini  
R. Crespi  
L. De Angelis  
D. Delle Rose  
F.G. Franceschini  
C. Gaeta  
E. Gherlone  
G. Iannello  
P. Iudica  
S. Jepsen  
L. Lancieri  
N.P. Lang  
C. Maida  
F. Mangani  
G.B. Mantoan  
U. Milan  
R. Monguzzi  
N. Petrillo  
E. Pozzi  
A. Quaranta  
M. Quaranta  
F.G. Rossi  
L.A. Salata  
S. Scombatti de  
Souza  
A. Scrascia  
S. Silvestrelli  
B. Suh  
L. Tamagnone  
A. Terziani  
G. Terzitta

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

## 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 \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

E' già cliente Sweden & Martina?

SÌ

NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato ad iscrivermi alla newsletter di Sweden & Martina
- 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

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

firma \_\_\_\_\_