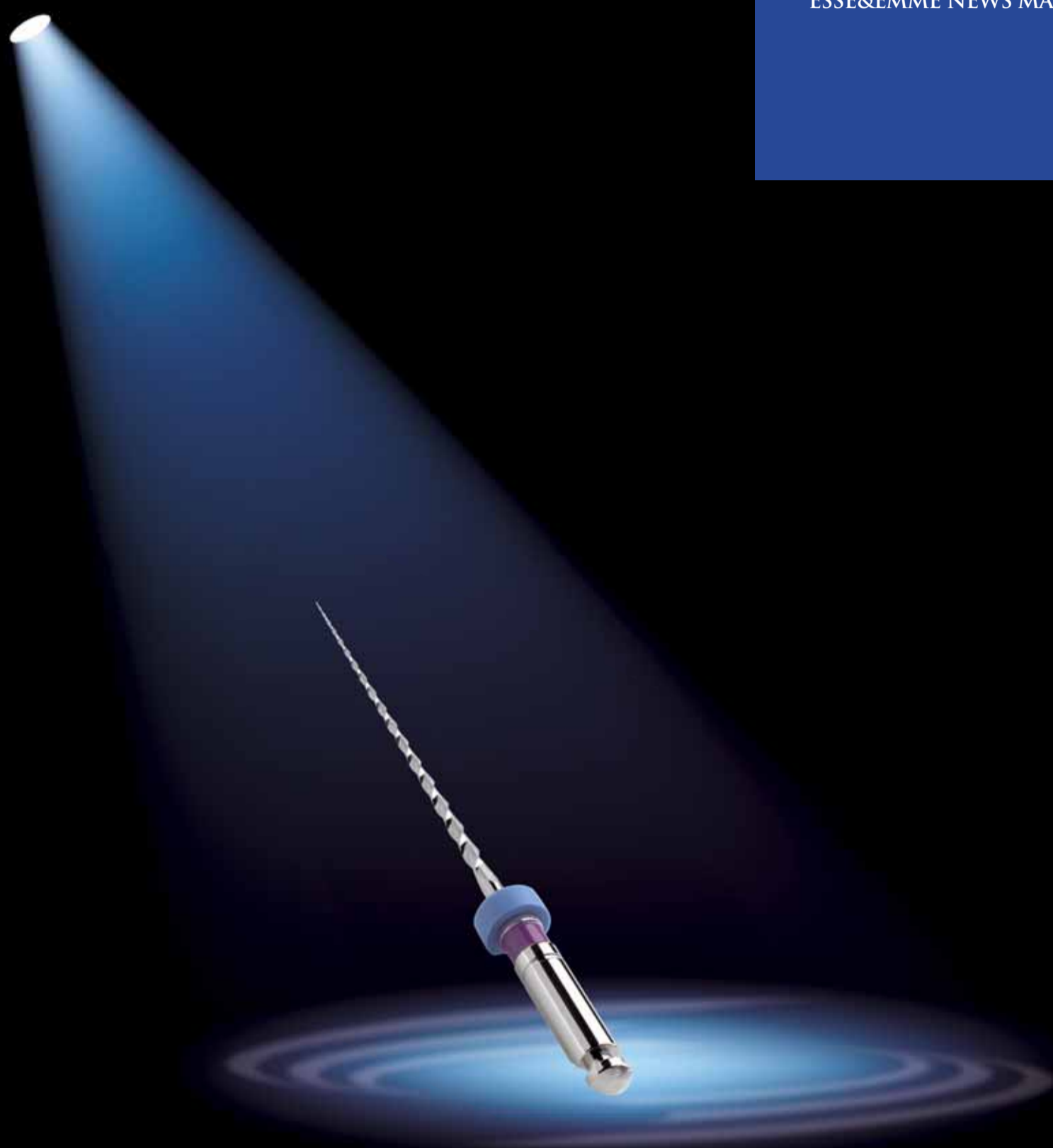


The Ultimate
Endo Restorative Dentistry
VII CONGRESSO NAZIONALE
14, 15 e 16 Giugno 2012

NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 13

giugno/novembre 2012



Protagonista del successo.

062012

- **Dr. Adamo Monari**
Restauri diretti in composito come soluzione terapeutica di casi complessi
- **Dr. Piero Alessandro Marcoli**
Gestione dell'urgenza in un trauma dentale che ha determinato una frattura coronoradicolare complicata
- **Dr. Roberto Crespi**
Dr. Giovanni Battista Bruschi
Vantaggi chirurgici nell'uso del Magnetic Mallet
- **Isao Nakajima**
Nuovi sviluppi Italo-Giapponesi in implantologia
- **Save the Date: Premium Day 2013**
XII Congresso Internazionale di Implantoprotesi integrata
- **Novità di mercato, nuove tecnologie**

numeri uno è il magazine di


sweden & martina
40 | ANNIVERSARY | 1972 | 2012

Save the date!

Photo: Roberto Serra

12th Premium Day

International Congress on Implant Prosthodontics
June, 6th-8th 2013

Keynote Speech:

Prof. Niklaus Lang, University of Hong Kong

Relatori:

Roberto Abundo
Daniele Botticelli
Giovanni Battista Bruschi
Gaetano Calesini
Luigi Canullo
Daniele Cardaropoli
Pierpaolo Cortellini
Ugo Covani
Alberto Fonzar
Gabriella Grusovin
Toshikazu Iijima
Niklaus Lang
Ignazio Loi
Mariano Sanz
Agostino Scipioni
Alberto Sicilia
Kazuhiro Umehara
Stefano Valbonesi


sweden & martina
40 | ANNIVERSARY | 1972 | 2012



04

Case report
Restauri diretti in composito come soluzione terapeutica di casi complessi
Dr. A. Monari



06

Intervista
Un'Endodonzia ancora più attuale
Dr.ssa F. Fonzar



07

Recensione
SCIENTIFICA Strumenti Canalari Mtwo



08

Case report
Stratificazione anatomica con Adonis
Dr. S. Jabali Adeh, Dr. M. Cattaruzza



10

Case report
Gestione dell'urgenza in un trauma dentale che ha determinato una frattura corono-radicolare complicata
Dr. P.A. Marcoli



12

Eventi Internazionali
Sweden & Martina investe nel futuro: la conquista dei mercati internazionali

Nuovi sviluppi Italo-Giapponesi in implantologia



15

Eventi



16

Case report
Vantaggi chirurgici nell'uso del Magnetic Mallet
Dr. R. Crespi, Dr. G.B. Bruschi



The Ultimate Endo Restorative Dentistry

VII CONGRESSO NAZIONALE
14, 15 e 16 Giugno 2012



18

CAD-CAM
Il sistema Cad-Cam modulare per soluzioni protesiche personalizzate



19

Recensioni



20

Novità di Mercato
Nuovo Apit Osada, PortaimpronteDTS, SFI-BAR, Dent-Weld



22

Corsi e congressi



23

Calendario corsi 2012



24

Stato dell'arte in Odontoiatria





Dr. Adamo Monari

Laureato con lode in Odontoiatria presso l'Università di Bologna nel 1986. Socio attivo dell'Accademia Italiana di Conservativa dal 1988, fa parte dell'attuale consiglio direttivo con l'incarico di Presidente.

Professore a contratto in Odontoiatria Conservativa all'Università di Parma dal 1999.

Esercita la libera professione a Verona, dedicandosi prevalentemente all'Odontoiatria Restaurativa.

04

Restauri diretti in composito come soluzione terapeutica di casi complessi

Paziente di 17 anni, in prima visita, ad alcune settimane dal trauma.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3a



Fig. 3b

L'elemento 2.1 ha subito una frattura coronale che interessa smalto e dentina. A carico dell'1.1 la frattura coinvolge anche una parte di radice, la polpa è prevalentemente necrotica e lo stravasamento ematico ha iniziato a decolorare il dente.

In casi come questo, in cui è presente un'invasione dell'ampiezza biologica a danno di un elemento anteriore, l'opzione classica di trattamento dopo una iniziale stabilizzazione prevede: l'estrusione ortodontica, la correzione chirurgica parodontale e il restauro protesico che potrebbe coinvolgere anche il 2.1. Data la giovane età della paziente si propende per un approccio più conservativo, rivalutabile e reversibile.

Il frammento del 1.1 rimasto attaccato alle fibre connettivali viene rimosso, vista l'impossibilità di tentare un incollaggio.



Fig. 4



Fig. 5

La parete gengivale vista dall'interno si presenta in buone condizioni. Si cerca, quindi, di ricostruire la porzione mancante con un restauro adesivo in resina composita, anche per favorire un corretto isolamento mediante diga di gomma in funzione del successivo trattamento endodontico e conservativo.



Fig. 6

Nei giorni successivi seguono diverse sedute di levigatura e controllo della zona sottogengivale con strumentazione manuale ed ultrasonica. Il margine gengivale vestibolare del 1.1, nelle settimane successive, inizia a recedere.



A seguire viene effettuato il trattamento endodontico dell'elemento 1.1 e, quindi, iniziato lo sbiancamento, inserendo in camera pulpare un impasto di perborato di sodio e acqua distillata. Inoltre viene protetta la dentina esposta sul 2.1. Si procede poi al rilievo di impronte in alginato per la realizzazione dei modelli di studio e della ceratura diagnostica delle porzioni mancanti dei due centrali.



Successivamente, viene ricostruito il 2.1 in resina composita con l'aiuto della mascherina in silicone ricavata dalla ceratura. Per motivazioni estetiche, un restauro provvisorio viene realizzato a livello dell'elemento 1.1 utilizzando un CVI modificato con resina, iniettato direttamente nella medesima mascherina, nell'attesa del risultato dello sbiancamento.



Per ottenere lo sbiancamento desiderato si rende necessario attendere circa un paio di mesi.



A quaranta giorni dal termine dello sbiancamento si ricostruisce anche il dente 1.1 in composito, con la stessa metodica impiegata per l'incisivo centrale controlaterale.



Dopo sette mesi è evidente l'asimmetria delle parabole gengivali, provocata dalla recessione sul 1.1.



A quindici mesi dai restauri, in presenza di parametri parodontali corretti, si decide di accogliere la richiesta estetica di livellamento delle parabole gengivali, avanzata dalla paziente.

Essendo presente una situazione di eruzione passiva alterata sull'elemento 2.1, si decide per una semplice gengivectomia, anche in considerazione del sondaggio vestibolare di 3 mm e della adeguata banda di tessuto aderente.



I controlli a due e a cinque anni evidenziano parametri clinici e radiografici compatibili con un quadro di salute.



La situazione va ovviamente mantenuta monitorata nel tempo. La giustificazione biologica del successo almeno fino ad oggi ottenuto va probabilmente cercata nella giovane età della paziente, nel rispetto delle procedure operative e nel buon controllo di placca da parte della paziente.



La minima invasività del trattamento non preclude reinterventi futuri con maggior grado di aggressività (restauri protesici tradizionali o adesivi indiretti).



Dr.ssa Federica Fonzar

Laureata in Medicina e Chirurgia a Trieste nel 1982, specializzata in Odontostomatologia a Genova nel 1986.
Socio attivo dell'Accademia Italiana di Endodonzia e attuale Presidente, Certified Member della Società Europea di Endodonzia.
Visiting Professor al Master di Endodonzia dell'Università di Valencia, Spagna.
Socio effettivo degli Amici di Brugg.
Libera professionista a Udine, è responsabile del settore Conservativa ed Endodonzia.
Relatore su argomenti di Endodonzia.

06

Un'Endodonzia ancora più attuale

Dott.ssa Fonzar, Lei è Presidente dell'Accademia Italiana di Endodonzia, associazione che sta vivendo una importante fase di espansione e di partecipazione. A cosa attribuisce questo successo?

L'A.I.E. continua a rimanere una piccola società, ma sta incontrando un crescente apprezzamento. Dopo una fase di criticità, abbiamo lavorato intensamente per riportarla ad avere seguito e visibilità. La società è stata riorganizzata puntando anche a definire con largo anticipo una programmazione ben calibrata degli eventi. Allo stesso modo, è stata fatta la scelta di rendere disponibili con molti mesi di anticipo sia il materiale illustrativo, che le informazioni relative agli eventi programmati. Questo obiettivo è stato raggiunto con il supporto di diversi media-partners, con i quali l'A.I.E. ha stabilito rapporti di collaborazione, sulle riviste e sui siti dei quali le notizie relative all'attività della società vengono riportate regolarmente. Allo scopo è stato anche implementato l'utilizzo del sito A.I.E., rinnovato nella veste grafica, molto ampliato e costantemente aggiornato. A titolo di esempio, sul sito è già presente il programma del 2013. Stiamo avendo buoni riscontri, con un incremento di interesse e partecipazione che ripaga degli sforzi fatti.

La proposta culturale dell'Accademia Italiana di Endodonzia si contraddistingue per l'approccio clinico-pratico e perché chiama i soci a mettere a disposizione la loro esperienza clinica. Quali ritiene che siano i problemi usualmente percepiti come i più difficili da risolvere durante il trattamento endodontico? Preparazione e sagomatura del canale, otturazione del canale, o ricostruzione del dente? E perché?

Il tratto distintivo della proposta culturale dell'Accademia Italiana di Endodonzia è sempre stato e vuole essere proprio quello di privilegiare lo scambio di esperienze e l'approccio pratico-clinico. L'intenzione è quella di fornire suggerimenti, indicazioni e soluzioni al dentista generico, che ha bisogno di linee guida perché ha lasciato l'università già da molto tempo, o perché è fresco di laurea e ha la necessità di perfezionare la traduzione pratica di quanto ha appreso teoricamente. Da un paio d'anni forniamo a coloro che partecipano ai nostri eventi questionari di gradimento, attraverso i quali raccogliamo opinioni sugli eventi stessi ma anche indicazioni circa i temi che vorrebbero fossero trattati negli eventi futuri. In base ai dati raccolti abbiamo cercato e cerchiamo di definire il programma culturale dell'anno successivo in funzione delle esigenze dei partecipanti, in larga parte giovani.

Abbiamo selezionato gli argomenti che ci è stato più frequentemente suggerito di trattare e su questi saranno chiamati a fornire il loro contributo i relatori dei prossimi eventi A.I.E. Sono temi quali la ricostruzione post-endodontica del dente trattato, che è l'argomento più richiesto; ovvero la definizione di criteri clinici per gestire i ritrattamenti, che sarà il tema del congresso del 2013; o ancora le implicazioni medico-legali inerenti la responsabilità dell'operatore relativamente ai trattamenti endodontici.

Certo, il tema della preparazione e sagomatura del canale ha più appeal sul pubblico ed è opinione diffusa che la strumentazione rappresenti il momento determinante e più difficile del trattamento. Curiosamente per molti il tema dell'otturazione del canale è meno attraente e nessuno sottolinea l'importanza

della diagnosi, nonostante la fase preoperatoria/diagnostica sia fondamentale per evitare complicanze.

Quali sono le sfide del trattamento della parodontite periapicale? Come affronterete l'argomento in occasione del prossimo congresso A.I.E. a Perugia?

La parodontite apicale è una patologia che presenta prognosi incerta. Si è diffusa la convinzione, peraltro non supportata da evidenza scientifica e nemmeno da banali considerazioni cliniche, che ove vi sia un'alternativa implantare questa sia più predicibile. Quindi l'estrazione di un dente il cui trattamento endodontico sia complicato è alla fin fine percepita come soluzione semplicisticamente meno problematica; in realtà la soluzione implantare genera altri problemi, che saranno illustrati nel nostro prossimo Congresso in programma nel mese di ottobre a Perugia: in quella sede verranno affrontate tutte le fasi cliniche del trattamento; verrà anche trattato il tema della integrazione implantare in siti in cui vi è stata precedente infezione periapicale, dal punto di vista biologico, clinico e prognostico.

Negli ultimi 15 anni l'uso degli strumenti rotanti in nichel-titanio ha rivoluzionato il modo di preparare i canali radicolari. Ci sono altre novità di rilievo all'orizzonte?

Per quanto riguarda gli strumenti meccanici ci sarà sicuramente evoluzione, ma al momento non mi pare vi siano novità importanti supportate da evidenza scientifica. Rispetto alla strumentazione del canale radicolare, credo sia tema più importante lo sviluppo di nuovi e più efficaci sistemi di disinfezione chimica, in grado di assicurare migliore irrigazione e più profonda penetrazione degli irriganti, sia nelle complessità del sistema canalare che all'interno dei tubuli dentinali.

Cosa si sente di suggerire ai giovani odontoiatri che desiderano dedicarsi prevalentemente all'endodonzia? C'è ancora spazio per questa disciplina in un panorama in cui l'implantologia viene spesso vista come "la soluzione più semplice"? E cosa ne pensa delle scelte terapeutiche che spesso conducono alla sostituzione del dente naturale con protesi implantare, rinunciando alla conservazione di qualche elemento naturale che con impegno potrebbe essere salvato?

C'è assolutamente spazio per l'endodonzia. L'analisi dei risultati clinici e il follow-up sugli impianti dimostrano che questa meravigliosa tecnica, pur essendo in grado di risolvere molti problemi, non è esente da complicanze. Anche quando risulti molto impegnativo salvare il dente, va sempre considerato che le complicanze endodontiche possono essere affrontate, e spesso risolte, con procedure collaudate e sui cui risultati abbiamo dati a disposizione.

Se il trattamento endodontico fallisce, possiamo eventualmente fare ricorso al ritrattamento ortograde e alla chirurgia endodontica prima dell'opzione implantare. Ma se l'impianto fallisce? Non abbiamo a disposizione procedure per affrontare le complicanze implantari con una predicibilità definita di successo. Sappiamo poco circa i tempi di evoluzione della peri-implantite. Essa rappresenta un problema che al momento non ha ancora soluzione. Ricordiamo, e sono dati ufficiali, che tra le bambine nate nel 2012, una su due avrà la probabilità di vivere fino a 100 anni. La durata media della vita si allungherà e questo dato deve essere considerato nelle scelte terapeutiche.

SCIENTIFICA



RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

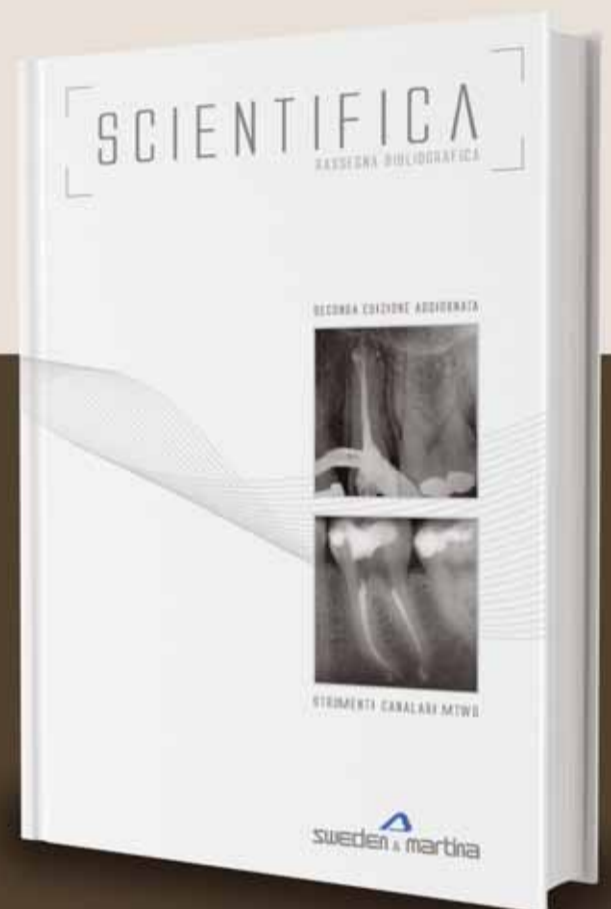
È ora disponibile la **seconda edizione aggiornata di SCIENTIFICA – Strumenti Canalari Mtwo**, il nuovissimo aggiornamento di tutti gli studi e lavori pubblicati da autorevoli riviste internazionali sugli strumenti Mtwo in tutto il mondo. Il volume è articolato in sei sezioni, di cui le prime quattro raccolgono gli articoli suddivisi nei seguenti argomenti:

1. **qualità della preparazione;**
2. **fatica ciclica e flessibilità;**
3. **capacità di taglio e resistenza torsionale;**
4. **lunghezza di lavoro, ritrattamenti, post-space e otturazione.**

Nella quinta sezione sono raggruppati studi finalizzati ad altri scopi, ma nei quali sono stati impiegati gli strumenti Mtwo per effettuare la sagomatura dei canali.

L'ultima sezione raccoglie gli abstract di poster e relazioni congressuali di approfondimento sugli strumenti Mtwo.

Grazie a tutti i professionisti che hanno contribuito a questa raccolta con i risultati dei loro studi.



Ecco una breve riflessione del Prof. Vinio Malagnino:

L'idea di uno strumento canalare italiano risale oramai a oltre 12 anni fa ed è venuta alla Sweden & Martina; in particolare al suo Presidente, il Dott. Sandro Martina. La mia prima reazione fu di scetticismo, ma poi... ho capito cosa vuol dire essere un Imprenditore o, meglio, un "Grande" Imprenditore; e così eccoci nel 2012 a celebrare il decimo anno di consensi e apprezzamenti.

Dopo i primi anni di utilizzo con grande successo in Italia, la commercializzazione degli strumenti Mtwo è stata estesa a livello internazionale e oggi, nel 2012, gli strumenti Mtwo sono adottati e studiati in 73 Paesi da entusiasti professionisti. Ecco quindi questa raccolta di lavori internazionali, che sottolinea l'interesse destato a livello mondiale dall'innovativo approccio proposto con la Tecnica Simultanea.

Le caratteristiche fondamentali degli Mtwo sono: possibilità di utilizzo in tutti i canali, grande semplicità, ripetibilità e sicurezza.

L'utilizzo di una taglia piccola (come diametro in punta, ma pur sempre con conicità 04), pur essendo stato inizialmente criticato ed attaccato, ha fatto scuola: ecco quindi che il riferimento (la Coca-Cola, come direbbe Sandro Martina) resta sempre l'Mtwo 10/.04.

Se c'è un difetto di questi strumenti è quello di essere (o, al momento, di sembrare) "non migliorabili". Quello che invece continuiamo a migliorare è la loro conoscenza, che ci porta a migliorare, sorprendentemente, il modo di utilizzarli.

Due cose sono cambiate nel nostro modo di lavorare con gli Mtwo: la velocità di rotazione e il grado di preparazione della porzione apicale dei canali.

- 1) La velocità di rotazione suggerita 20 anni fa per gli strumenti Ni-Ti era di 340 rpm; in realtà era una velocità decisa un po' arbitrariamente, che col tempo si è dimostrata non giustificata e troppo alta. Oggi preferiamo usare una velocità intorno ai 200 giri: questa consente di avere una buona efficienza, ma insieme un miglior controllo ed una maggior durata degli strumenti; maggior controllo vuol dire avanzamento più tranquillo eliminando ulteriormente ogni tendenza all'avvitamento degli strumenti; la maggior durata è data dal minor accumulo di fatica imputabile alla riduzione del numero di flessioni eseguite nell'unità di tempo;
- 2) la preparazione della porzione apicale dei canali era in passato fortemente condizionata dall'uso di strumenti poco flessibili, quali erano gli strumenti in acciaio (e come sono ancora alcuni strumenti in Ni-Ti); l'uso di tali strumenti permetteva un allargamento fino a taglie importanti nei canali dritti, mentre i canali curvi erano regolarmente sotto-preparati per evitare di eseguire gradini e perdere la lunghezza di lavoro. Gli Mtwo sono strumenti estremamente flessibili, permettono di preparare i canali praticamente sempre fino ai diametri necessari, anche nei canali curvi. Dopo anni di preparazione canalare con gli Mtwo, ci siamo accorti che i diametri di preparazione necessari sono decisamente superiori a quelli che ritenevamo essere giusti e che avevamo l'abitudine di eseguire. Oggi esistono Mtwo con diametri in punta 30, 35, 40, 45, 50 ed anche 60, che nei canali di queste dimensioni possono essere usati anche in presenza di curve, grazie alla loro grande flessibilità.

Vinio Malagnino

07

RECENSIONE

Dr. Shahrokh Jabali Adeh

Laureato in Odontoiatria e protesi dentaria presso l'Università degli studi di Perugia. Collabora con la cattedra di "Odontoiatria Conservatrice" dell'Università di Perugia svolgendo attività didattiche e di ricerca sperimentali.

Autore di diverse pubblicazioni, svolge attività di libero professionista dedicandosi in particolare all'Endodonzia e alla Conservativa Adesiva.



Dr. Mauro Cattaruzza

Laureato in Odontoiatria nel 1989 presso l'Università degli Studi di Trieste, esercita la libera professione a Pordenone.

Si dedica con particolare interesse all'Odontoiatria Conservativa, nella clinica, nella ricerca e nella didattica.

È autore del libro "Odontoiatria Conservativa. Restauri adesivi diretti, fondamenti sul colore e sue applicazioni cliniche" (2001, Edizioni ACME-Promoden, Viterbo), dell'opera multimediale su DVD "Il restauro in composito nei settori anteriori. L'imitazione del dente naturale" (Corsi & Ricerca, 2005) e di altre pubblicazioni attinenti all'Odontoiatria Restaurativa ed Estetica.

Tiene regolarmente conferenze e corsi teorico-pratici di aggiornamento professionale. Collabora con le principali ditte del settore per la sperimentazione e lo sviluppo dei materiali.



08

Stratificazione anatomica con Adonis

La conoscenza dell'anatomia dentale e delle caratteristiche estetiche del materiale composito con cui si procede alla stratificazione è il punto di partenza di ogni ricostruzione anatomica.

Stratificazione anatomica significa scegliere determinate masse di composito, con specifiche caratteristiche estetiche e porle nella corrispondente collocazione anatomica, nel giusto spessore, imitando esattamente la morfologia del corpo dentinale e dello smalto, nello stesso ordine anatomico proprio della struttura interna del dente naturale.

Per queste ragioni è necessario disporre di un composito appositamente studiato per il restauro anatomico, con caratteristiche estetiche corrispondenti a quelle del tessuto dentale.

Ma è altrettanto importante conoscere il comportamento di ogni singola massa di composito dal punto di vista del valore, del croma, dell'opacità e della traslucenza in relazione ad un determinato spessore. Questi parametri sono collegati l'uno all'altro e vanno continuamente bilanciati tra di loro. Una massa smalto non può modificare il croma della sottostante dentina senza modificarne il valore e, viceversa, non può modificare il croma senza alterarne il valore, in relazione al suo spessore. La conoscenza del materiale composito e del suo comportamento ci porta ad avere una maggiore predicibilità del risultato voluto.

Adonis è un composito prodotto da Sweden & Martina, progettato appositamente per ricostruzioni estetiche di tipo anatomico. Presenta 6 masse di dentina di croma crescente (1, 2, 3, 3.5, 4 e 5), 4 smalti distinti in una massa trasparente di valore basso (T), una massa a media trasparenza (MT), uno smalto più opaco a valore alto (W) e uno smalto giallo più cromatico (Y). Inoltre, Adonis dispone di una massa intensiva bianco opaca, di valore molto alto, chiamata Opal White o Extra White (XW), di un flow ad altissima trasparenza e di uno di colore blu per ottenere effetti di marcata trasparenza incisale.

Per quanto ogni composito presenti già all'origine una definizione delle proprie caratteristiche estetiche fornita dal produttore, prima di iniziare a manipolare qualsiasi materiale è sempre consigliato riqualificare ciascuna massa di composito, preparando dei campioni di forma circolare, dello spessore di 1 e 2 millimetri per la dentina e di 1 millimetro per lo smalto e le masse effetto, ponendoli su di un fondo di carta bianca su cui sono tracciate delle linee di colore nero. In questo modo si valuta il grado di opacità o di trasparenza, la tinta, il valore e il croma delle diverse masse a disposizione in funzione del loro spessore.

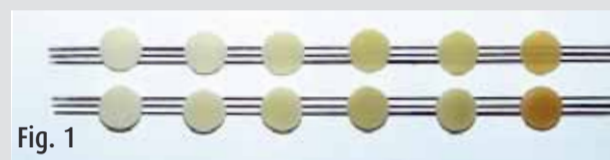


Fig. 1

1: Campioni di dentina: 1 mm di spessore in alto, 2 mm in basso. Da sinistra a destra: dentina 1, 2, 3, 3.5, 4 e 5



Fig. 2

2: Smalti ed effetti: Flow trasparente, Trasparent, Medium Trasparent, White, Yellow, Extra White

In questo articolo sono riportati alcuni lavori di stratificazione anatomica eseguiti dal dott. Jabali Adeg con il composito Adonis, al fine di documentarne le potenzialità estetiche di stratificazione date dalla particolare differenziazione delle masse e la validità della tecnica di stratificazione anatomica nell'imitazione del dente naturale.

Le figure 3.1-3.7 e 4.1-4.7 illustrano due casi nelle fasi più rappresentative della loro stratificazione anatomica. Le figure 5-8 mostrano ancora quattro esempi di denti realizzati secondo la stessa modalità di stratificazione anatomica, sempre con Adonis.

Tutti gli elementi dentali dopo la ricostruzione, sono stati rifiniti e lucidati con frese diamantate a grana fine, gommini e dischetti di diversa granulometria e con pasta polish diamantata Luminescence Plus.

Successivamente, la superficie è stata rifinita con resina fotopolimerizzabile a bassa viscosità BisCover LV, al fine di ottenere, oltre ad una migliore sigillatura delle porosità di superficie, anche un maggiore effetto di brillantatura. Una volta applicata, la resina va ben distesa, così da non ottenere un eccesso di superficie, fotopolimerizzata e poi ritrattata con pasta abrasiva Luminescence per eliminarne gli eccessi di superficie.

L'esperienza maturata con Adonis e i risultati qui documentati consentono di affermare come questo composito permetta di realizzare ricostruzioni anatomiche di aspetto estremamente naturale, con una combinazione di masse semplice e di facile interpretazione, oltre ad essere un composito facilmente lavorabile e molto ben lucidabile.



Fig. 3.1



Fig. 3.2



Fig. 3.3



Fig. 3.4



Fig. 3.5

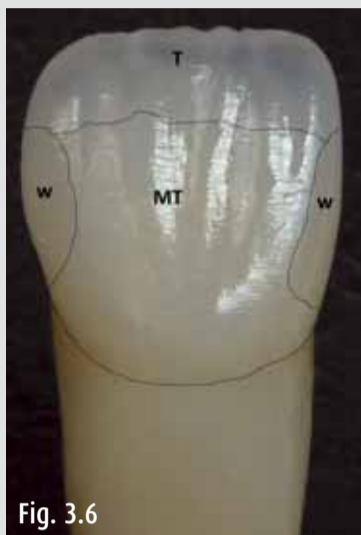


Fig. 3.6



Fig. 3.7

- 3.1, 3.2: Corpo dentinale con massa **dentina 2**. Vista frontale e laterale
 3.3: Costruzione dei mammelloni incisali ottenuta per fresatura con dischetti e frese diamantate
 3.4: Stratificazione della trasparenza incisale con il **flow trasparente**
 3.5: Cornice incisale ottenuta con la massa **XW** bianco opaca di valore alto
 3.6: Lo smalto vestibolare è realizzato con diverse masse di composito, per ottenere differenti effetti di opacità e valore.
 Nella grafica osserviamo la collocazione anatomica degli smalti **W, T e MT**
 3.7: Caso ultimato



Fig. 4.1



Fig. 4.2



Fig. 4.3



Fig. 4.5



Fig. 4.4

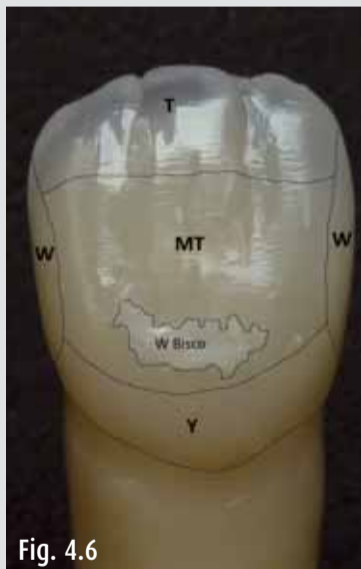


Fig. 4.6



Fig. 4.7

- 4.1, 4.2: Corpo dentinale con massa **dentina 3**
 4.3: Costruzione dei mammelloni incisali, a pettine, ottenuta con dischetti e frese diamantate
 4.4: Stratificazione della trasparenza incisale con il **flow trasparente**
 4.5: Cornice incisale opaca con la massa **XW** bianco opaca di valore alto
 4.6: Stratificazione degli smalti vestibolari **W, Y, MT e T**. In questo caso un'area di decalcificazione dello smalto è stata riprodotta con il colore bianco fotopolimerizzabile **CharacterizationTint** della Bisco
 4.7: Lavoro terminato e lucidato



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

5-8: Esempi di stratificazione anatomica

Dr. Piero Alessandro Marcoli

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1980, specializzato in Odontostomatologia nel 1984.
Socio attivo dell'Accademia Italiana di Conservativa dal 1986, membro del Consiglio Direttivo nel triennio 2007-2009 ed attuale tesoriere.
Socio attivo della Società Italiana di Endodonzia dal 1987, membro del Consiglio Direttivo dal 1996 al 2005 e Segretario Tesoriere dal 2000 al 2005.
Socio attivo della Società Italiana di Odontoiatria Conservatrice dal 1991.
Socio fondatore, membro del Consiglio Direttivo dal 1998 ed attuale presidente della Società Italiana di Traumatologia Dentale.
Socio attivo dell'European Society of Endodontics dal 1997.
Socio effettivo Amici di Brugg dal 2008.
Socio attivo dell'Accademia Italiana di Endodonzia dal 2010.
Titolare per "contratto" dell'insegnamento di Odontoiatria Conservatrice nell'a.a. 1989/90 e professore a contratto di Endodonzia presso il CLOPD dell'Università di Brescia nell'a.a. 1991/92.
Professore a contratto di Microendodonzia Clinica e Chirurgica Università degli Studi di Roma "La Sapienza" nell'a.a. 2006/2007.
Professore a contratto di Endodonzia CLSOPD dell'Università di Parma dall'a.a. 1998/99 all'a.a. 2009/2010.
Insegnante di Endodonzia CLSOPD dell'Università di Parma dal 2010.
Autore di 82 pubblicazioni scientifiche.



Gestione dell'urgenza in un trauma dentale che ha determinato una frattura corono-radicolare complicata

Un trauma dentale è evenienza che frequentemente ed improvvisamente si inserisce nell'agenda di ogni dentista. Ogni trauma dentale deve essere affrontato correttamente sin dall'inizio, partendo da una precisa raccolta dei dati anamnestici, un esame obiettivo e strumentale ben eseguito e la compilazione di una completa cartella clinica, anche in funzione di possibili sequele medico-legali.

In questo articolo verranno illustrate le procedure di prima visita e d'urgenza per gestire un grave caso di frattura corono-radicolare con esposizione pulpare.

Preceduto da una telefonata, si presenta in studio come visita in urgenza un ragazzo di 18 anni che ha subito venti giorni prima un trauma sui campi da sci, travolto da un altro sciatore.

Il paziente arriva dopo un primo intervento in pronto soccorso lo stesso giorno del trauma, per sistemare una frattura delle ossa nasali ed un secondo intervento effettuato successivamente durante il quale è stato splintato ai denti vicini il 22, per il quale è stata fatta diagnosi di lussazione traumatica.

Il paziente riferisce dolore alla masticazione ed una violenta ipersensibilità agli stimoli termici, soprattutto al freddo.

L'esame obiettivo (Fig. 1) mostra vestibolarmente uno splintaggio con filo metallico intrecciato e composito a carico di 21, 22 e 23.



Fig. 1
1: Visione vestibolare al momento della prima visita

Vestibolarmente non si apprezza nulla di significativo. I tessuti molli appaiono in condizioni ottimali, senza segni di infiammazione; il sondaggio è assolutamente normale. Dal lato palatale (fig. 2) è evidente una rima di frattura che si estende trasversalmente da distale a mesiale con direzione apicale; i monconi appaiono diastasi e dalla rima stessa si intravede il tessuto pulpare ipertrofico ed infiammato. L'inclinazione della rima di frattura fa ipotizzare un'estensione verso vestibolare con una direzione apicale. Il dente, nonostante lo splintaggio, appare mobile e dolente alla pressione.



Fig. 2
2: Visione palatale: è evidente una rima di frattura che si estende trasversalmente da distale a mesiale con direzione apicale

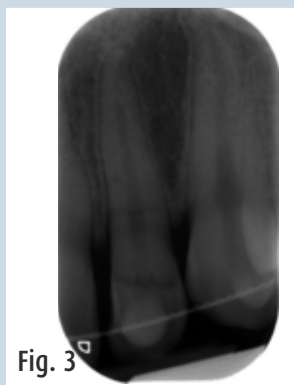


Fig. 3

L'esame radiografico endorale mostra una doppia rima di frattura su due livelli: uno più coronale, nettamente al di fuori rispetto al margine gengivale e l'altro più apicale, apparentemente al di sotto della cresta ossea.

Unendo le informazioni dell'esame obiettivo e della radiografia endorale si può concludere con una diagnosi di frattura corono-radicolare a becco di flauto, con un margine palatale extra gengivale ma con una complicata estensione vestibolare, ben al di sotto del margine gengivale ed apparentemente più apicale rispetto alla cresta ossea. La rima di frattura ha inoltre esposto la polpa, attraversando trasversalmente il tetto della camera.

L'apice dentale e le pareti radicolari appaiono aver completato la formazione ed essere quindi in grado sia di ricevere una terapia endodontica convenzionale che di poter reggere, nel tempo, opportunamente restaurato, le forze legate ad occlusione e masticazione.

Dal punto di vista terapeutico, quindi, una lesione di questo tipo potrebbe aprire la porta a varie soluzioni.

La prima potrebbe prevedere, data la complessa situazione dell'elemento in questione, un'estrazione e la sostituzione con un impianto immediato; ovviamente è una soluzione di non ritorno che ha probabilmente il pregio di essere abbastanza rapida e di non richiedere un iter terapeutico particolarmente complesso.

La seconda potrebbe essere invece apparentemente più "conservativa" e prevede di rimuovere il frammento, trattare endodonticamente l'elemento, eseguire un complesso intervento di allungamento di corona clinica, ricostruire il moncone e posizionare un provvisorio in attesa della guarigione della chirurgia parodontale. Ultimata la quale si finalizzerebbe protesicamente.

La critica ad una soluzione di questo tipo è legata alla demolizione parodontale a carico dei denti vicini che la corretta esposizione del margine sano dell'elemento comporterebbe. Probabilmente entrambe le papille verrebbero sacrificate, con un innegabile problema estetico. Altro limite di questo piano di trattamento è la necessità di aspettare molto tempo prima di finalizzare protesicamente il caso per attendere la maturazione dei tessuti parodontali dopo l'intervento.

La terza soluzione ha un iter ancora più complesso ma sicuramente meno demolitivo per le strutture parodontali circostanti e prevede, una volta effettuato il trattamento endodontico, di procedere ad una estrusione ortodontica; al termine della quale l'intervento parodontale sarà probabilmente limitato ai soli tessuti molli, con conseguente beneficio (anche in funzione estetica) delle creste marginali interprossimali e delle papille. È evidente che i tempi a cui si accennava per la seconda soluzione sarebbero ulterior-

mente dilatati dal trattamento ortodontico. In questo piano di cura, inoltre, bisogna considerare il disagio, anche estetico, della fase ortodontica.

Anche la decisione, da parte del paziente, su quale strada percorrere può non essere semplice e rapida. Per questo motivo, ed anche per fornire subito una soluzione che possa salvaguardare l'estetica, ovviamente eliminare il dolore ed assicurare la funzione, ma non precludere nessuna delle possibili soluzioni terapeutiche, è stato proposto al paziente il seguente trattamento che potremmo definire "di attesa".

Apertura di un lembo per arrivare in corrispondenza del margine vestibolare della frattura (Fig. 4), esposizione del margine stesso con la minima osteotomia necessaria per evidenziarlo ed isolarlo (Fig. 5), posizionamento della diga di gomma per poter effettuare il trattamento endodontico (Fig. 6).



Fig. 4
4: Apertura di un lembo per arrivare in corrispondenza del margine vestibolare della frattura



Fig. 5
5: Esposizione del margine con la minima osteotomia necessaria per evidenziarlo ed isolarlo



Fig. 6
6: Posizionamento della diga di gomma per poter effettuare il trattamento endodontico ed il restauro

La terapia canalare viene effettuata utilizzando la tecnica simultanea (sequenza Mtwo 10/.04, 15/.05, 20/.06 e 25/.06). Terminata questa successione ci si occupa della misurazione del diametro apicale, che viene effettuata utilizzando lime manuali in Ni-Ti di conicità .02.

Accertato che il diametro dell'apice è 35 (in quanto una lima manuale del 35 raggiunge la lunghezza di lavoro mentre una del 40 no), si rifinisce il terzo apicale con un Mtwo 35/.04.

A questo punto la preparazione canalare è completata; si prova un cono 35/.04, che si adatta correttamente al canale (Fig. 7) e si condensa la guttaperca con l'onda continua di condensazione, utilizzando l'E&Q Master (Fig. 8).



Fig. 7

7: Radiografia intraoperatoria che mostra la prova del cono di guttaperca

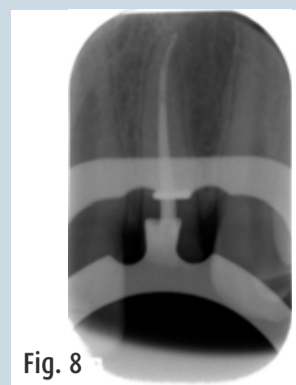


Fig. 8

8: Radiografia intraoperatoria: termine della terapia canalare

Ad endodonzia completata si utilizza il frammento coronoradicolare (figg. 9 e 10), che viene incollato, con tecniche adesive, al moncone ed accuratamente rifinito e lucidato (fig. 11).



Fig. 9
9: Frammento del 22; è evidente la notevole estensione apicale della linea di frattura



Fig. 10
10: Frammento del 22 in visione palatale; è evidente il coinvolgimento del tetto della camera pulpare



Fig. 11
11: Termine dell'incollaggio del frammento

Completata la fase endodontico-ricostruttiva si rimuove la diga di gomma e si eliminano eventuali residui di composito (Fig.12).



Fig. 12
12: Il frammento incollato dopo la rimozione della diga

Quando i margini sono rifiniti a dovere si procede alla sutura, riposizionando il lembo nella sua posizione originale. Questo per non penalizzare eccessivamente l'estetica delle papille (Fig. 13).

È evidente che, considerando la profondità della frattura, è possibile una guarigione con sondaggi vestibolari aumentati.



Fig. 13
13: Sutura del lembo riposizionato nella sua posizione originale per non penalizzare eccessivamente l'estetica delle papille

Il paziente viene dimesso con prescrizione di terapia con antiinfiammatori al bisogno, sciacqui di clorexidina al 2 % per una settimana e borsa del ghiaccio per qualche ora.

A distanza di una settimana viene rimossa la sutura. I tessuti appaiono in buone condizioni; il paziente non ha lamentato particolari fastidi ed ovviamente il dolore causato dall'esposizione pulpare è prontamente scomparso (Figg. 14, 15 e 16).



Fig. 14
14: Visione vestibolare ad una settimana



Fig. 15
15: Visione palatale ad una settimana



Fig. 16

16: Rimozione della sutura

A distanza di un mese dall'intervento la situazione estetica è buona ed i tessuti molli sono in ottime condizioni vestibolarmente mentre palatalmente permane modica infiammazione, più riferibile al non corretto spazzolamento da parte del paziente piuttosto che alle sequele del trauma e del successivo intervento (Figg. 17 e 18).



Fig. 17

17: Visione vestibolare ad 1 mese dall'intervento

Vestibolarmente il sondaggio è di circa 3 mm. Ovviamente la premessa al trattamento eseguito resta sempre valida; data la complessità della lesione l'intervento corretto è implanto-protetico oppure solamente protesico previa esposizione del margine nelle modalità sopra elencate.



Fig. 18

18: Visione palatale ad 1 mese dall'intervento

Al momento il paziente ha momentaneamente ripristinato forma e funzione, nell'attesa di poter prendere serenamente e senza assilli la giusta decisione per la risoluzione del suo grave problema.

12

Sweden & Martina investe nel futuro: la conquista dei mercati internazionali

Sono trascorsi 40 anni da quando Sandro Martina costituì una prima società unipersonale, attiva poco oltre i confini della provincia di Padova; da allora con rapidissima evoluzione la società ha vissuto una lunga serie di successi in Italia per varcare finalmente i confini nazionali con risultati altrettanto sorprendenti.

Così nel 2007 Sweden & Martina ha aperto le porte a rapporti di distribuzione in molteplici Paesi, primi fra tutti il Portogallo, la Turchia, la Slovenia, la Croazia e la Spagna, dove nel 2008 ha costituito la prima filiale a Valencia, che oramai annovera 35 collaboratori e che vanta un fatturato di 5 milioni di Euro nel 2011; e oggi varca i confini del Vecchio Continente per stringere rapporti commerciali e scientifici con validissimi partner asiatici.

Certamente si deve riconoscere a Sweden & Martina di avere un occhio molto attento alle richieste merceologiche, alla semplificazione delle procedure chirurgiche, all'aggiornamento scientifico, ai movimenti dei mercati nonché alle singole esigenze di ciascun mercato. Non solo: per conquistare un distributore quale è Daishin in Giappone doveva necessariamente esserci qualcosa in più. Lo ha raccontato il Presidente Nakajima in prima persona, come si può leggere nell'intervista che segue.

Daishin è un partner tanto importante quanto "impegnativo": una missione verso la formazione del tutto confrontabile con quella di Sweden & Martina, una struttura commerciale capillarmente distribuita per una copertura totale del territorio giapponese, un fatturato annuo di 50 milioni di dollari e una pregressa esperienza di 18 anni quale distributore dei sistemi implantologici Straumann. Ciò naturalmente sta suscitando l'interesse di alcuni altri distributori in Asia, con i quali Sweden & Martina sta affrontando nuove trattative per la distribuzione dei suoi sistemi implantologici.

Ma riassumiamo i punti di forza che stanno accompagnando questi successi a livello internazionale: uno scambio didattico-scientifico grazie al quale sono già in pista numerose date di seminari a Singapore (meta di accademici e liberi professionisti implantologi provenienti da tutto il sud-est Asiatico), in Giappone e in Turchia (mercato in fortissima espansione, soprattutto in ambito implantologico), in aggiunta all'usuale fitto calendario di appuntamenti formativi internazionali e nazionali; un confronto regolare, in Italia e nei vari Paesi interessati, tra i professionisti che oggi promuovono l'utilizzo dei sistemi implantologici Sweden & Martina in Europa e coloro che saranno deputati a farlo in futuro nei propri Paesi di origine; la costante ricerca di soluzioni che semplifichino il lavoro di chirurghi e protesisti; il regolare aggiornamento dei risultati scientifici (i due volumi SCIENTIFICA editi nel 2010 e 2011 raccolgono tutta la bibliografia internazionale esistente sui sistemi implantologici Sweden & Martina); una flessibilità interna che tipicamente manca alle altre multinazionali e che consente di plasmare prodotti, procedure e soluzioni con estrema rapidità in funzione delle specifiche richieste dei diversi mercati.



il successo è
un viaggio
non una meta

Anche in Europa e in Medio Oriente si stanno concretizzando varie opportunità di espansione: da poco più di un anno è attiva una efficace organizzazione di vendita diretta in Francia, mentre è in corso di definizione una rete distributiva in Germania; infine è stato siglato un accordo con uno dei maggiori distributori in Iran, Paese che vanta un importante potenziale di crescita in implantologia, in particolare verso le tecniche di riabilitazione estetica.

Per tutto questo ci vuole l'idea propulsiva, ci vuole grinta, ci vogliono uomini e donne di serie A che lavorino senza sedersi, con professionalità e con passione. In Sweden & Martina siamo pronti, andiamo avanti.

Isao Nakajima

Mr. Nakajima, *Chairman* di Daishin Co. Ltd con sede ad Osaka, da decenni gode di grande credibilità e prestigio fra gli implantologi e nella comunità accademica internazionale. *Gentleman* di altri tempi, è instancabile nella sua curiosità intellettuale ed è continuamente alla ricerca della qualità e della perfezione fondata su criteri scientifici. Mr. Nakajima si pregia di non avere mai venduto direttamente dei prodotti, bensì di avere convinto i suoi interlocutori con argomenti accademici ad utilizzare quanto loro proponeva.



New Italian-Japanese developments in Implantology Nuovi sviluppi Italo-Giapponesi in implantologia

Dear Mr. Nakajima, as being the President of Daishin Trading in Osaka, you have a longstanding experience in implantology and are a well reknown and highly reputed personality not only in Japan but also all over Asia. Daishin started in the dental field fourty years ago. How came that you decided to focus on implantology?

More than 25 years ago I had the pleasure to meet Prof. Schroeder who introduced me to oral implantology. From his numerous explanations I understood the incredible impact and growth of implantology in the upcoming years.

For more than 20 years the name of Daishin, or better your family name was strongly associated to Straumann, one of the leading implant companies in the world. You separated from Straumann three years ago. How did you spend your time in the past years looking back at this important experience?

I spent a very interesting period of my life, which gave me the opportunity to think about implantology in general and about all the topics that were never addressed during congresses and presentations. I thus decided to organize seminars focused on implant failures, speaking openly to the dental community.

Why did you decide to come back to the arena and to look for a new implant system to be represented by your company in Japan?

I realized that there is a steadily growing number of implants in the market ranging from high to low cost and from high to low quality. As I am firmly convinced that patients deserve a high level medium prized implants I started to look around again.

We are grateful you decided to visit our company in fall last year. May we ask you about your first impressions when visiting our facilities and meeting our management?

I had the immediate impression to enter a family company and a company made by members of a family. I was impressed by the availability and the flexibility of all staff members. You may imagine that I have visited hundreds of companies in my professional life. The production line and the organization inside the company is among the best I have ever seen.

As it can be disclosed officially now, we have the honour to cooperate with you as being our distributor in Japan. Would you like to tell us what made you decide to cooperate eventually with Sweden & Martina.

There are actually many reasons for my decision. One of the most important decision criteria is the high level of the professionals using your system and acting as your official speakers.

Almost every week, new companies are starting up in the industry and new developments and products are announced. Where is the future of implantology in your opinion?

I am absolutely convinced that there is still good growth potential in many areas in the world. Also there are many young dental professional who will approach implantology and a growing number of patients who will be in need of implants. A company being able to react to such demand with high flexibility, and willing to develop high quality products for such markets will be the leaders in the future implant market.

Mr. Nakajima, it was a pleasure to listen to your wisdom and to share thoughts with you. We are grateful for the time you dedicated to this interview.

In qualità di Presidente di Daishin Trading a Osaka, Giappone, Lei ha una lunga esperienza in implantologia ed è una personalità molto nota, che gode di elevata reputazione in tutta l'Asia.

Daishin ha iniziato la propria attività in ambito odontoiatrico 40 anni fa: come avete poi deciso di focalizzare la vostra attenzione sull'implantologia?

Oltre 25 anni fa ho avuto il piacere di incontrare il prof. Schroeder, che mi ha introdotto al mondo dell'implantologia orale. Dalle sue approfondite spiegazioni ho capito l'impatto incredibile nonché la crescita che l'implantologia avrebbe avuto negli anni successivi.

Per più di 20 anni il nome Daishin, o meglio il nome della Sua famiglia, è stato fortemente associato al marchio Straumann, una delle principali aziende nel settore implantologico al mondo, dalla quale vi siete allontanati circa 3 anni fa. Come ha vissuto in questo periodo quell'importante esperienza del Suo passato?

È stato un periodo molto interessante della mia vita, che mi ha permesso di riflettere sull'implantologia in generale e di riconsiderare tutti quegli ambiti che non erano mai stati affrontati a congressi e presentazioni. Per questo ho deciso di organizzare dei seminari che si concentrano sui fallimenti implantari, parlando apertamente agli odontoiatri.

Perché ha deciso di ripresentarsi in gioco cercando un nuovo sistema implantologico da proporre in Giappone attraverso l'organizzazione della Sua azienda?

Mi sono reso conto che nel mercato è presente un numero in costante crescita di sistemi implantologici, che spaziano ampiamente nel prezzo e nella qualità. Essendo fermamente convinto che il paziente meriti un impianto di elevato valore ad un prezzo equo, ho iniziato a guardarmi attorno nuovamente.

Le siamo grati per la Sua visita dello scorso anno alla nostra azienda. Possiamo chiederle le Sue prime impressioni dopo aver visitato l'azienda e incontrato il nostro management?

Ho avuto immediatamente l'impressione di entrare in un'azienda di famiglia, nella quale lavorano membri di una stessa famiglia. Sono restato molto impressionato dalla disponibilità e flessibilità di tutto lo staff. Potete immaginare che ho visitato centinaia di aziende nella mia vita professionale: i reparti produttivi e l'organizzazione interna sono tra i migliori che io abbia mai visto.

Ora che possiamo ufficialmente dichiararlo, è un onore per noi collaborare con voi come nostro distributore per il Giappone. Ci può indicare quali aspetti l'hanno portata alla decisione di collaborare con Sweden & Martina?

In realtà ci sono molte ragioni e molti fattori che mi hanno portato a questa decisione: uno dei criteri principali è stato l'elevato valore dei professionisti che hanno adottato i vostri sistemi implantologici e che ne parlano in qualità di relatori a corsi, eventi, congressi.

Costantemente, quasi settimanalmente, nuove aziende entrano nel settore e nuovi prodotti vengono sviluppati e promossi. A Suo avviso dove andrà il futuro dell'implantologia?

Sono fermamente convinto che ci siano ancora eccellenti margini di crescita in molte aree del pianeta. E ci saranno anche molti giovani professionisti che si avvicineranno all'implantologia, così come aumenterà il numero di pazienti che si dovrà sottoporre ad interventi di implantologia. Un'azienda in grado di reagire con flessibilità a questa domanda e desiderosa di sviluppare prodotti di elevata qualità per questi mercati sarà leader nel mercato del futuro.

Mr. Nakajima, è stato un piacere ascoltare la Sua saggezza e condividere questi pensieri con Lei. Grazie del tempo che ha dedicato a questa intervista.



Singapore Premium Seminar Singapore, 11 marzo e 20 maggio 2012



L'esposizione accademica è stata completata da una presentazione della componentistica implantare e protesica Premium e da un training pratico. I dati presentati e la facilità d'uso dei nostri sistemi ha entusiasmato un pubblico di implantologi e chirurghi maxillo-facciali di lungo corso, utilizzatori delle linee implantari più conosciute.

Il Secondo Premium Seminar, tenuto dal dr. **Yasushi Nakajima**, ha permesso di esporre le prime esperienze cliniche Giapponesi con impianti Premium; è poi seguita una presentazione del rivoluzionario apparecchio Magnetic Mallet, con il quale è stata organizzata una lunga sessione pratica di training. In collaborazione con alcuni degli autori più in vista dei numerosi articoli scientifici pubblicati sulla rassegna bibliografica SCIENTIFICA sono previste nel prossimo futuro numerose date di Seminari a Singapore, a cadenza regolare.

IDEX

Istanbul (Turchia), 5-8 aprile 2012



Master presso l'Università di Murcia Murcia (Spagna), 4-5 maggio 2012

Nell'ambito del Master del Prof. **José Luis Calvo Guirado** presso l'Hospital Universitario Morales Meseguer di Murcia si è svolta il 4 e 5 maggio la presentazione ufficiale della Sweden & Martina Mediterranea.

Nella prima giornata si è assistito ad una splendida relazione del Prof. **Ugo Covani** sugli impianti post estrattivi, seguita da un *lectio magistralis* sul "cambio de Plataforma" (*switching platform*) da parte del Dr. **Luigi Canullo**, certamente uno dei massimi esperti al mondo sull'argomento, come sottolineato anche dal soddisfatto Prof. **Calvo Guirado**.

Nella giornata seguente il Dr. **Joan Faus**, in collaborazione con **Fernando Bonilla**, ha effettuato un'ampia presentazione dei sistemi implantologici Sweden & Martina.



A Singapore, gateway per i mercati del Sud-Est asiatico, nella splendida cornice del sontuoso Shangri-La Hotel si sono succeduti i primi due PREMIUM SEMINAR 2012.

In collaborazione con i prestigiosi partner asiatici di Sweden & Martina, attratti soprattutto dalle eccellenti referenze scientifiche, è stato stilato un programma centrato sui più recenti dati istologici e sulle rispettive implicazioni sull'osseointegrazione.

In rappresentanza dello Stato Italiano, il Direttore dell'ICE (Istituto Nazionale per il Commercio), Prof. **Massimiliano Sponzilli**, ha inaugurato i lavori sottolineando il ruolo di Sweden & Martina, esempio di successo dell'imprenditorialità italiana, oggi fra i leader indiscussi nell'implantologia orale, che in tempi di crisi, grazie alla costante ricerca, investimenti mirati ed altissimi livelli di formazione ha saputo siglare importanti accordi commerciali con partner asiatici di grande notorietà e serietà.

Un folto gruppo di implantologi rappresentanti le più importanti università ed istituzioni accademiche in Asia ha assistito durante il Primo Seminario alle presentazioni del Dr. **Daniele Botticelli** sugli studi istologici più recenti e le implicazioni sul piano clinico.

Actualization de implantologia Badajoz (Spagna), 20 aprile 2012

In collaborazione con la **Fundación Neofacial**, Sweden & Martina Mediterranea ha organizzato il 20 aprile u.s. un convegno a Badajoz, Spagna.

L'importante programma scientifico, redatto dal Dr. **José Carlos Moreno Vásquez**, ha visto la partecipazione del Prof. **Ugo Covani**, del Dr. **Julio Galván**, della Dott.ssa **Maria Galván Cordero**, del Dr. **Alfredo Machín**, della Dott.ssa **Mercedes Cavallé Anducas** e dello stesso Dr. **José Carlos Moreno Vásquez**.

Numerosissima l'affluenza da parte di odontoiatri dell'Estremadura e di altre regioni della Spagna, a dimostrazione di quanto sia gradito l'impegno e il forte orientamento di Sweden & Martina Mediterranea verso una costante formazione nel campo dell'odontoiatria spagnola.





SidP XVII Congresso Nazionale Bologna, 15-17 marzo 2011

Il XVII Congresso della SidP ha raccolto un grande successo di presenze; tema conduttore è stata l'eccellenza clinica sostenibile, che ha elevato la figura del paziente a protagonista del piano di trattamento. Sweden & Martina è stata presente all'evento con uno spazio espositivo e alcuni specialisti pronti a confrontarsi con gli oltre 1.600 partecipanti.

AIOP

Riccione, 30-31 marzo 2012



55° Congresso Amici di Brugg Rimini, 24-26 maggio 2012

L'attraente e luminoso spazio espositivo di Sweden & Martina a Rimini, al recente Congresso degli Amici di Brugg, è stato luogo di incontri e confronti per tutta la durata della manifestazione. Sala piena al corso pregressuale tenuto dal Prof. Vinio Malagnino e presieduto dal Dott. Francesco De Simone giovedì 24 maggio, dal titolo: "Endodonzia dell'ultimo ventennio, dagli strumenti in acciaio al movimento reciprocante con strumenti in Nichel-Titanio: considerazioni tecniche, cliniche e biologiche"; entusiastica affluenza poi all'aperitivo presso lo stand di Sweden & Martina Venerdì 25 maggio, con la premiazione di Sweden & Martina quale Platinum Sponsor dell'evento.

XV Congresso Internazionale AIC Riva del Garda, 4-5 maggio 2012

Nella splendida cornice di Riva del Garda si è svolto, come consuetudine, il XV congresso internazionale AIC. Un convegno che da sempre regala alla cultura odontoiatrica contenuti di alto rigore, orientato alla ricerca scientifica e alla clinica; quest'anno in modo particolare relatori nazionali e internazionali hanno approfondito lo stato attuale e le prospettive dell'odontoiatria adesiva, proponendo protocolli di utilizzo dei prodotti per un'odontoiatria sempre più mini invasiva e quindi più conservativa.

Un'affluenza di 1000 medici dentisti, con un'elevata percentuale di giovani, futuro della classe odontoiatrica.

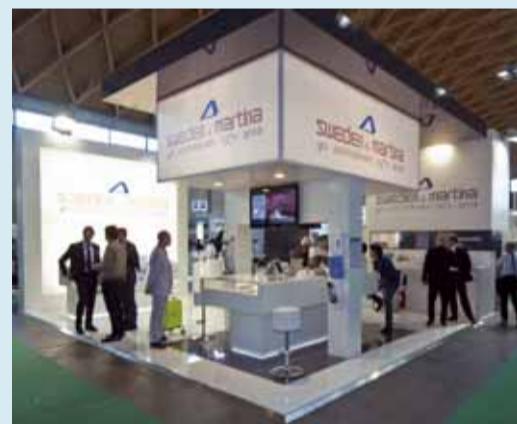
Sweden & Martina è stata presente con uno stand espositivo, che ha attratto in particolare per la esclusiva linea di prodotti Bisco.



La premiazione di Sweden & Martina in qualità di Platinum Sponsor 2012



Ivano Garatti con il Prof. Marco Martignoni, Presidente SIE



SIDOC Rome Winter Meeting Roma, 31 maggio - 2 giugno 2012



Maurizio Di Santo, il Prof. Giovanni Dolci e il Prof. Livio Gallottini

Dr. Roberto Crespi

Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Anatomia e Istologia Patologica presso l'Università degli Studi di Pavia.

Professore a contratto presso il C.L.I.D.

Ateneo Vita Salute San Raffaele Milano.

Autore di 50 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali.

Coautore dei seguenti libri:

"L'utilizzo clinico del laser in odontoiatria",

"I batteri del cavo orale e le patologie associate",

"Batteri, biofilm e patologie odontoiatriche",

"Il carico immediato in implantoprotesi. Protocolli sperimentali e applicazioni cliniche"

e "Tecniche di espansione ossea in chirurgia implantare".



Dr. Giovanni Battista Bruschi

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma "La Sapienza" nel 1970.

Specializzato in Odontoiatria e Protesi dentaria.

Assistent Professor del prof. Martignoni presso il Dipartimento di Protesi della *Boston University School of graduate dentistry*.

Ha pubblicato numerosi lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali.

Co-autore dei libri

"*Implantologia orale*",

"*Implantoprotesi il ripristino dell'omeostasi orale tramite restaurazioni singole*" e

"*Tecniche di espansione ossea in chirurgia implantare*".



Vantaggi chirurgici nell'uso del Magnetic Mallet

Le tecniche di espansione ossea, ideate per aumentare i volumi ossei perimplantari utilizzando l'osso nativo del sito deputato ad accogliere l'impianto e l'utilizzo dei *bone expander* per stabilizzare gli impianti in strutture ossee di tipo 3 e 4, sono tecniche ben documentate e riconosciute valide e affidabili dai clinici e dalla letteratura. Il punto critico di queste tecniche è che il protocollo prevede l'uso di un martello chirurgico per guidare gli strumenti nella crezione dell'alveolo osseo implantare.

L'urto prodotto dal martello chirurgico può fare sviluppare nei pazienti una sindrome vertiginosa che può essere anche molto fastidiosa e a volte prolungata.

Per evitare o ridurre questa sintomatologia, in modo estremamente significativo, è stato introdotto nel mercato dalla Sweden & Martina lo scorso anno il Magnetic Mallet, uno strumento magneto-dinamico costituito da un manipolo energizzato da un alimentatore elettronico che controlla forze e tempi di applicazione.

Lo scopo è quello di vincolare al manipolo dei *bone expander* e di trasmettere sulla punta di questi un'onda d'urto regolabile e calibrata nel tempo di applicazione della forza.

Il Magnetic Mallet produce una maggiore energia con elevate accelerazioni applicate in tempi molto brevi rispetto al martello chirurgico classico. In questo modo si può indurre una deformazione plastica dell'osso che assorbe tutta l'onda d'urto, evitando così di creare inerzie che vadano ad interessare il resto del cranio.

Sono state misurate, su modelli naturali, le onde d'urto generate utilizzando il martello chirurgico in modo tradizionale ed utilizzando il Mallet:

- 1) Con il martello chirurgico l'onda d'urto generata è stata di 40 Dan (Deca Newton) (Kg 40) per un tempo di 200 μ s; gran parte dell'energia così ottenuta non si esauriva nella deformazione plastica dell'osso ma andava a influenzare tutta la massa mascellare;
- 2) con il Magnetic Mallet l'onda d'urto generata è stata di 130 Dan (130 Kg) applicati per 80 μ s. La deformazione plastica dell'osso veniva in tal modo enormemente facilitata e consentiva il totale assorbimento dell'energia, rimanendo minima e comunque trascurabile l'accelerazione sulla massa mascellare.



Lo strumento assolve perfettamente la funzione per cui è stato progettato che è quella di rendere più accettabili, da parte del paziente, le manovre effettuate per dividere la struttura ossea, ove sia necessario ampliarla per creare un alveolo chirurgico adeguato, in posizione e spessore adeguato delle pareti alveolari più critiche (che sono quella vestibolare e quella orale), ad accogliere l'impianto.

Fino ad oggi queste manovre, secondo il protocollo, venivano effettuate utilizzando strumenti da taglio e/o stru-

menti in grado di spostare la struttura ossea, nella posizione desiderata, battendo gli stessi con un martello chirurgico. Queste manovre trasmettono una vibrazione a tutta la struttura ossea che sostiene il mascellare cioè alla base del cranio, alla sella del naso e fundamentalmente al sistema degli otoliti. Come possibile sequela di queste manovre possono insorgere vertigini a volte lunghe e fastidiose

Con il Magnetic Mallet, utilizzando i diversi inserti di cui è corredato, è possibile effettuare, con notevole controllo e alta soglia di accettabilità da parte del paziente, manovre che servono sia ad espandere orizzontalmente che verticalmente la struttura ossea nativa del paziente nel sito o nei siti che debbano accogliere gli impianti.



Lo strumento inoltre riesce ad essere molto utile nelle estrazioni complesse. Infatti, dopo aver effettuato una coronotomia dell'elemento da estrarre, sia esso incluso che normo posizionato, effettuata la separazione della radice e utilizzando gli inserti adeguati, si riesce a far scivolare la radice, anche in presenza di apici curvi, verso l'emergenza coronale. Normalmente l'estrazione viene terminata con un minimo danno alla lamina dura dell'alveolo. Inoltre queste manovre allontanano la possibilità di produrre fratture degli apici radicolari. Queste sue caratteristiche quindi lo rendono estremamente interessante per effettuare delle estrazioni minimamente traumatiche. Il massimo rispetto delle pareti alveolari rende anche molto più prevedibile la scelta terapeutica che ha l'obiettivo di inserire l'impianto simultaneamente all'estrazione dell'elemento naturale.

Presentiamo due casi trattati con il Magnetic Mallet.

Primo caso: Sella edentula mascellare con riduzione dell'osso sia verticale che orizzontale



Fig. 1

Aspetto della cresta edentula prima della preparazione dell'incisione, è presente la radice del 14 decalcificata che verrà sostituita con un impianto immediato post-estrattivo.



Fig. 2

Ortopanoramica preoperatoria. Nella zona edentula superiore Dx è ben leggibile la linea che definisce la posizione della corticale che delimita coronalmente la cavità sinusale.

Estrazione per 1.4 ed inserimento dell'impianto nell'alveolo della radice palatina. Si è evitato l'inserimento a livello del setto per la presenza di infezione e deiscenza ossea a livello della radice vestibolare. Con gli inserti adatti, inseriti sul Mallet, è stata mobilizzata la radice. L'estrazione è stata completata con attenta conservazione delle lamine dure. Con i bone expander inseriti sul Magnetic Mallet si è effettuato la preparazione del sito implantare e un rialzo per via crestale del pavimento del seno mascellare.



Fig. 3

Impianti inseriti nella posizione del #14, #15 e #17 con i mounter ancora in posizione. L'espansione e l'inserimento degli impianti sono stati effettuati con il Magnetic Mallet.

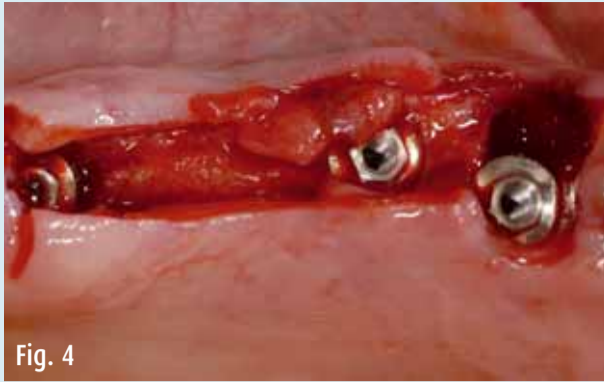


Fig. 4

Impianti stabilizzati nell'alveolo chirurgico.



Fig. 5

La spugna di collagene è stata usata per riempire lo spazio vestibolare residuo nell'alveolo del #14 ed evitare il sanguinamento nella zona centrale dell'incisione. Le suture hanno l'obiettivo di stabilizzare la posizione vestibolare ed apicale del lembo e sono senza trazione.



Fig. 6

Aspetto dei tessuti prima della seconda fase chirurgica. La porzione centrale della mucosa cheratinizzata è guarita per seconda intenzione.

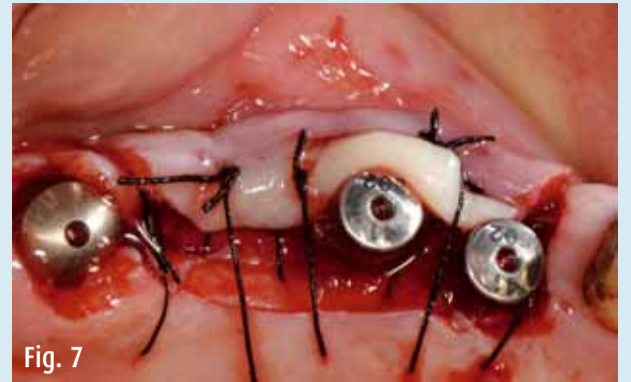


Fig. 7

Un lembo a spessore parziale crea l'accesso alle viti di copertura. Dopo aver serrato le viti di guarigione il lembo è stato riposizionato vestibolarmente e apicalmente.



Fig. 8

Pilastri in posizione. Aspetto dell'emergenza.

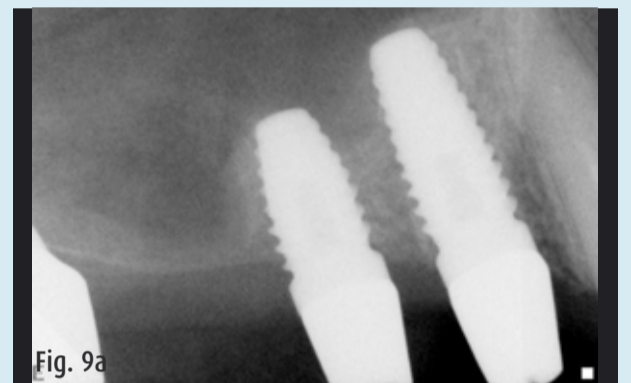


Fig. 9a

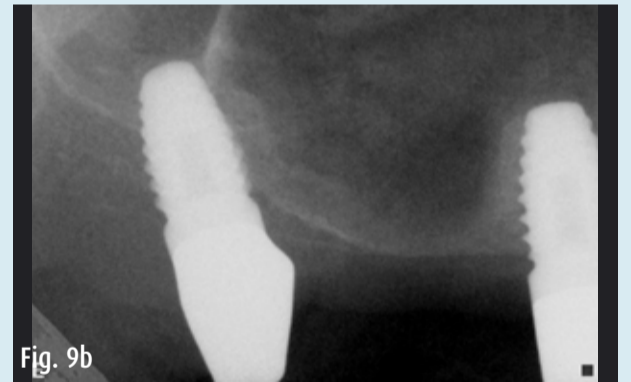


Fig. 9b

Radiografie endorali di controllo a circa 8 mesi di carico.

Secondo caso: espansione orizzontale mandibolare nella porzione distale al foro mentoniero

È stato programmato un ponte di tre elementi su due impianti in posizione 44 e 46. In posizione 46 si è effettuata un'espansione utilizzando il Magnetic Mallet.

La cresta è ridotta in spessore vestibolo-linguale. È stata programmata un'espansione orizzontale e la simultanea inserzione dell'impianto.



Fig. 10

Cresta edentula mandibolare Dx. Viene utilizzato il Magnetic Mallet per l'espansione di cresta in posizione #46.

L'elemento #45 è stato mantenuto come pilastro naturale temporaneo.



Fig. 11

La cresta è stata preparata a spessore parziale con conservazione del periostio. La cresta viene preparata per l'espansione con un primo taglio in direzione mesio-distale e definito con due tagli di rilascio intra-ossei in posizione distale e mesiale.



Fig. 12

Espansione completata meccanicamente dall'impianto stabilizzato nell'alveolo. L'impianto è un Premium 4,2 x 13.

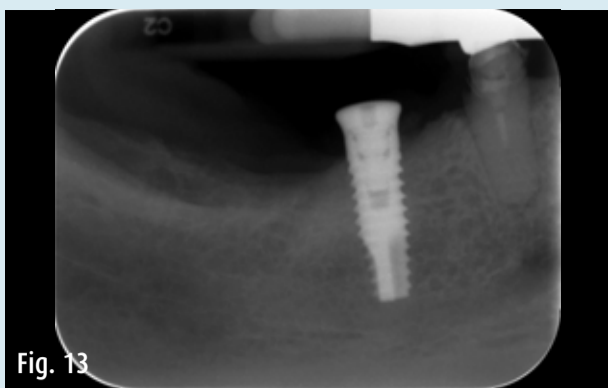


Fig. 13

Rx post-operatoria con vite di guarigione serrata a 20 Nc.



Fig. 14

Viene promossa una guarigione per seconda intenzione sia dei tessuti duri che dei tessuti gengivali. Il lembo viene riposizionato apicalmente e vestibolarmente.

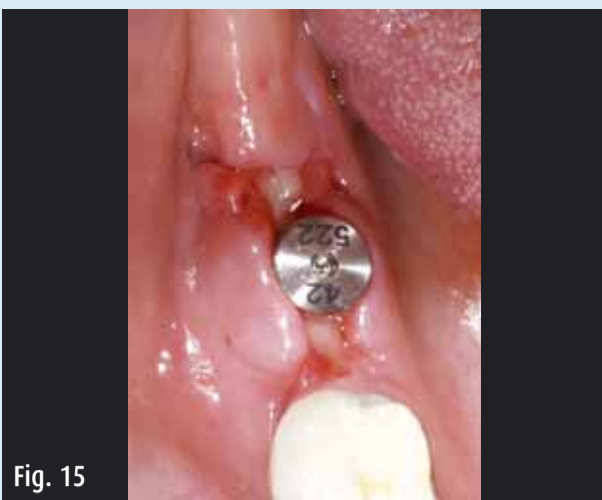


Fig. 15

Rimozione delle suture a quattro giorni dall'intervento. La porzione centrale che guarirà per seconda intenzione mostra il riempimento dello spazio con la fibrina. Il risultato di questo tipo di guarigione produrrà come risultato finale una rigenerazione di tessuto cheratinizzato stabile nel tempo.

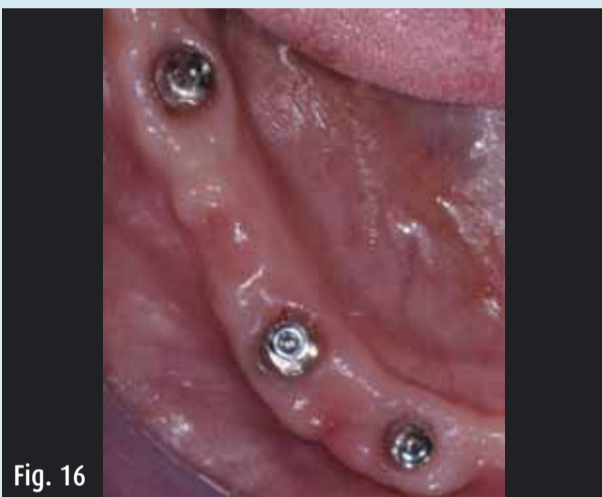


Fig. 16

Pilastrini protesici, fresati secondo la tecnica A.M.A. Compiono tre pilastrini dal momento che la bocca è stata totalmente ricostruita su pilastrini artificiali.

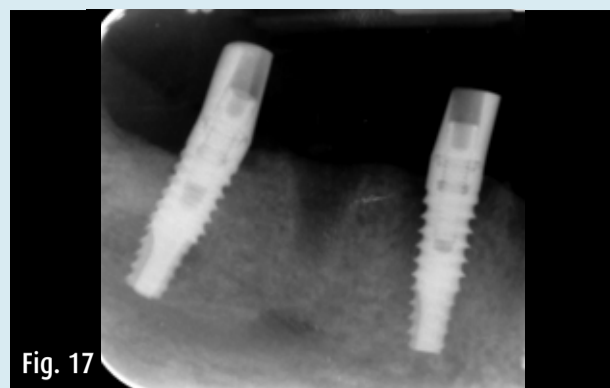


Fig. 17

Rx di controllo con i pilastrini protesici in posizione.



Fig. 18

Visione vestibolare dei pilastrini protesici. Notare l'emergenza implantare, la banda di mucosa cheratinizzata, e la posizione della linea muco-gengivale.

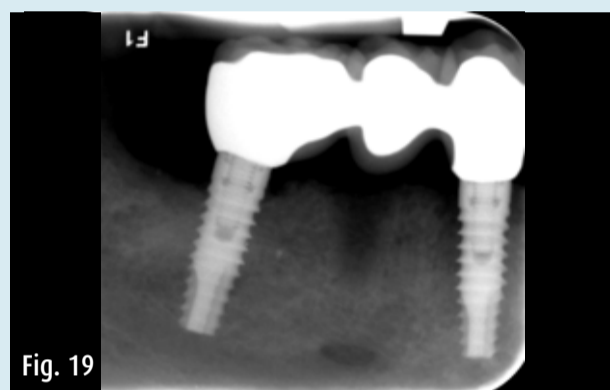


Fig. 19

Rx con protesi definitiva in posizione a circa un anno dal carico occlusale.

18

echo
2

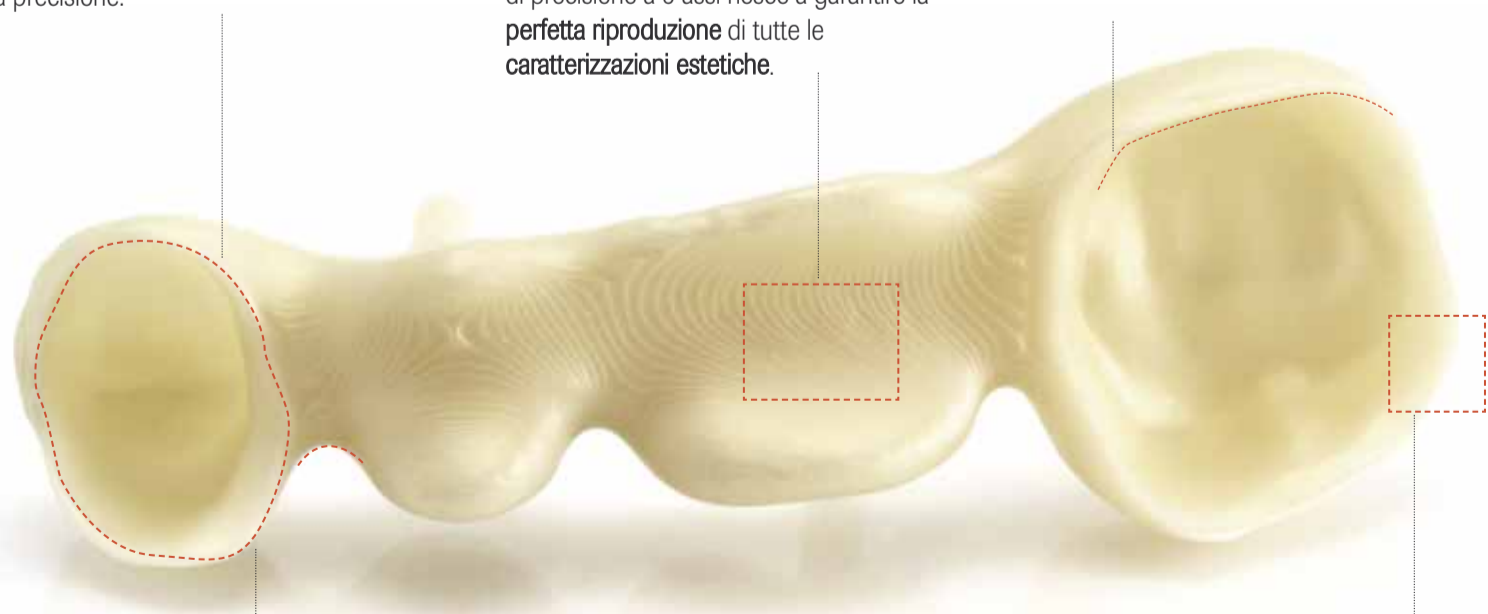
Il sistema CAD-CAM modulare per soluzioni protesiche personalizzate

Echo2 è il sistema CAD-CAM modulare Sweden & Martina, che si adatta alle tue esigenze e si integra con la tecnologia eventualmente già in tuo possesso. Puoi affidarti a Echo2 per l'intero processo, dalla scansione del modello alla produzione del manufatto protesico, oppure solo per uno o più passaggi, scegliendo di volta in volta la soluzione più adatta alle tue esigenze in base alla complessità del caso affrontato o alla mole di lavoro del laboratorio.

> Algoritmi di nuova generazione rilevano automaticamente il margine con la massima precisione.

> La fase produttiva con macchine industriali di precisione a 5 assi riesce a garantire la perfetta riproduzione di tutte le caratterizzazioni estetiche.

> La lavorazione vettoriale della zona di margine permette di ottenere gli spessori più sottili del mercato.



> La funzione per la creazione di **connettori personalizzati a morfologia anatomica** permette di controllare le dimensioni minime secondo i parametri suggeriti dalla bibliografia.

> Il settaggio personalizzato per ogni elemento permette di ottimizzare le singole strutture:

- spessori minimi ridotti nel caso di elementi singoli estetici fino a 0.10 micron,
- spessori minimi maggiorati nel caso di strutture a ponte per garantire massima durata e resistenza.

CAD-CAM

Crespi R., Vinci R., Capparé P., Romanos G.E., Gherlone E.

A clinical Study of Edentulous Patients Rehabilitated According to the "All on Four" Immediate Function Protocol.

International Journal of Oral Maxillofacial Implants, 2012, 27: 428-434

La sistemica protesica P.A.D. (Protesi Avvitata Disparallela) è stata oggetto di studio di un protocollo di ricerca condotto dall'Ospedale San Raffaele di Milano, in collaborazione con l'Eastman Institute di Rochester (NY, USA), i cui risultati sono appena stati pubblicati dalla autorevole rivista JOMI Journal of Oral Maxillofacial Implants. Lo studio ha preso in esame 44 riabilitazioni full-arch su 36 pazienti, al fine di valutare eventuali differenze di sopravvivenza protesica tra strutture completamente in resina e strutture con scheletrato in metallo fuso, poi rivestite anch'esse in resina. Al follow-up dei 36 mesi il protocollo chirurgico All on Four a carico immediato su impianti Outlink² (esagono esterno) ha registrato una sopravvivenza implantare cumulativa del 98,96%, mentre il tasso di sopravvivenza protesico è stato del 100%, dimostrando un ottimo esito clinico di entrambe le opzioni di riabilitazione sia in mascella che in mandibola.



Leggi l'abstract originale



Sisti A., Canullo L., Mottola M.P., Iannello G.

Crestal minimally-invasive sinus lift on severely resorbed maxillary crest: prospective study. Biomedizinische Technik/Biomedical Engineering.

Volume 57, Issue 1, Pages 45-51, ISSN (Online) 1862-278X, ISSN (Print) 0013-5585, DOI: 10.1515/bmt-2011-0038, January 2012

Rialzo del seno minimamente invasivo per via crestale in creste mascellari gravemente riassorbite: studio prospettico. Questo studio prospettico si è proposto di valutare gli esiti clinici della tecnica di rialzo del seno mascellare per via crestale nei casi di creste mascellari molto riassorbite (< 5 mm), con l'utilizzo di strumenti rotativi e l'ausilio di stop per una perforazione controllata (tecnica Minimum Invasive Sinus Elevation con utilizzo del Kit M.I.S.E.).

Ulteriore obiettivo dello studio è stato verificare la stabilità dell'entità del rialzo valutata attraverso controlli tomografici. Nella parte posteriore della mascella di 17 pazienti parzialmente edentuli sono stati inseriti 20 impianti Premium, contestualmente al rialzo della membrana sinusale con l'innesto di materiale di riempimento. Dopo 4 mesi sono state cementate le corone definitive in metallo-ceramica e i pazienti sono stati seguiti a 24 mesi dal carico protesico. Durante questo periodo nessuno dei pazienti ha abbandonato il protocollo di studio e gli impianti si sono osseointegrati con successo. Al momento dell'inserimento dell'impianto, il valore medio dell'altezza residuale crestale era di $4,12 \pm 1,17$ mm. Dopo la procedura chirurgica, il valore medio dell'altezza dell'osso rigenerato contestualmente al rialzo del seno era di $9,28 \pm 2,04$ mm, quindi tutti i casi esaminati hanno ottenuto un rialzo del seno di oltre 5 mm. È stata riscontrata solo una minima lacerazione della membrana sinusale, ma senza conseguenze cliniche. All'ultimo follow-up, le radiografie non hanno rilevato una dispersione di materiale nella cavità nasale. L'articolo pone alla luce le caratteristiche della tecnica M.I.S.E. che prevede l'utilizzo di frese - smussate e arrotondate - con l'ausilio di stop di profondità. Ciò consente un sollevamento graduale e perfettamente predicibile con una progressione di 1 mm per volta, evitando il rischio di perforazione della membrana. Lo studio evidenzia come questa tecnica, associata ad un materiale da innesto, possa essere proposta come valida alternativa alle tecniche osteotomiche al fine di ottenere il rialzo sinusale con un semplice approccio crestale contestualmente all'osseointegrazione degli impianti.



Leggi l'abstract originale

Beolchini M., Lilliu S., Faria P. & Botticelli D.

Implant removal by means of an expansion of the alveolar bony crest: report of a clinical technique.

Oral Surgery 5 (2012) 59-63 DOI: 10.1111/j.1752-248X.2012.01158.x

Rimozione degli impianti per mezzo di un'espansione orizzontale della cresta ossea alveolare: relazione di una tecnica clinica. Questo articolo dimostra come la tecnica clinica di espansione orizzontale dell'osso utilizzata per l'inserimento implantare (Edentulous Ridge Expansion - E.R.E.), possa essere adattata con successo alla rimozione di impianti falliti, con contestuale inserimento immediato o differito di nuovi impianti nel medesimo sito ricevente. La ricerca è stata condotta dal Dr Beolchini del gruppo ARDEC, in collaborazione con il Dipartimento di Parodontologia dell'Università di Göteborg (Svezia) e con la Facoltà di Odontoiatria di Araçatuba, Università di São Paulo (Brasile). Il presente studio descrive in maniera dettagliata la suddetta tecnica clinica, e riporta il caso clinico di una paziente con protesi mobile full arch in arcata mascellare, sostenuta da due barre e supportata da cinque impianti, due dei quali trovati fratturati all'analisi radiografica. Per rimuoverli con la tecnica E.R.E., è stata dapprima utilizzata una lama per separare l'osso dall'impianto e poi una leva per la rimozione. Sono stati immediatamente preparati due siti riceventi nella stessa posizione utilizzando gli osteotomi del sistema implantare Pilot. Quindi sono stati inseriti due impianti Pilot, più lunghi e di spessore maggiore delle fixture rimosse. I lembi a spessore parziale sono stati riposizionati apicalmente e suturati in maniera tale da permettere una guarigione semi-sommersa. (Le suture sono state rimosse dopo 5 giorni.) Dopo 4 mesi di guarigione gli impianti risultavano integrati, pertanto è stata preparata una nuova barra ed è stato possibile adattare la vecchia protesi. Il presente caso clinico si inserisce nella letteratura condotta da Bruschi, Scipioni e Calesini, ideatori della tecnica E.R.E. per l'inserimento immediato o differito degli impianti. Tale produzione scientifica riporta numerosi casi clinici che dimostrano buoni risultati nell'applicazione della tecnica clinica di espansione orizzontale dell'osso utilizzata per l'inserimento implantare. Il presente studio del gruppo ARDEC avvalorava la letteratura esistente evidenziando che l'adattamento di tale tecnica alla rimozione degli impianti falliti, con contestuale inserimento degli impianti, può essere una valida alternativa ai metodi maggiormente utilizzati che prevedono l'uso delle frese.



Leggi l'abstract originale

Apit EMS 11 Osada

Nuovo rilevatore apicale

Leader assoluta nel campo della produzione di rilevatori apicali, Osada si affida ancora una volta a Sweden & Martina per lanciare la nuova versione del suo collaudatissimo rilevatore apicale Apit, l'APIT EMS11.

Apit EMS11 unisce l'affidabilità e la qualità di un indicatore apicale presente sul mercato da anni alle più recenti innovazioni tecnologiche.

Questa nuova versione di Apit presenta un display più grande rispetto al suo predecessore e soprattutto sostituisce al vecchio schermo analogico un display digitale che consente una precisione ancora maggiore nell'indicazione della distanza dall'apice del file endocanalare.

Dotato di un pratico sistema di riavvolgimento automatico del cavo all'interno del corpo macchina, Apit EMS11 dispone inoltre di una nuova pinza, più lunga (50 mm), per un più agevole raggiungimento della zona posteriore ed una maggior maneggevolezza del file all'interno del canale radicolare. Rispetto al precedente Apit EMS7, la nuova versione 11 dispone di un tasto ADJUSTMENT molto più grande, che consente una taratura più semplice ed immediata e l'impostazione dell'Apit in maniera rapida ed intuitiva a seconda delle proprie preferenze.

Infine è rinnovato il sistema di alimentazione dell'apparecchiatura: dalle 5 batterie tipo "AAA" richieste per la precedente versione EMS7, si passa ora a 4 batterie "AA" (vanno benissimo anche quelle ricaricabili) che garantiscono ben 150 ore di lavoro continuo, quindi con un buon risparmio economico.

20

Portaimpronte DTS

Un portaimpronte innovativo

Un'innovazione così arguta per un dispositivo così semplice e datato non si riscontrava davvero da molto tempo.

Il portaimpronte DTS unisce infatti i vantaggi dei dispositivi monouso a quelli dei tradizionali dispositivi in acciaio riducendo i costi ed i tempi legati alla manutenzione dei cucchiai in metallo.

Realizzato in materiale plastico atossico trasparente, forato o non forato, il portaimpronte DTS in sé è monouso, ma va montato su un supporto in acciaio inox che garantisce l'assenza di torsioni e quindi la precisione che solo i supporti in acciaio possono consentire; è facilmente modellabile con il semplice calore di una fiamma, affinché si adatti rapidamente alla morfologia del cavo orale del paziente.

Fiore all'occhiello della gamma è il supporto specifico per implantologia: grazie alla zona centrale aperta, esso consente il passaggio del transfer, racchiudendo così tutti i vantaggi di un portaimpronte individuale.

Il portaimpronte DTS è disponibile in tre misure per l'arcata superiore e tre per l'arcata inferiore, distinguibili grazie ad un codice colore.



SFI-Bar®

Una migliore qualità della vita con la protesi totale



Scarica l'app SFI-BAR.

Sweden & Martina ha presentato l'innovativa soluzione protesica per l'ancoraggio di overdenture **SFI-BAR®**, sviluppata da **Cendres et Métaux** e ora realizzata per gli impianti Premium-Kohno e Outlink².

Il concetto alla base del protocollo protesico **SFI-BAR®** è l'ideale clinico del **Passive Fit**, ossia della barra priva di tensioni perché auto-passivante, che si realizza anche alla poltrona utilizzando un sistema modulare che si adatta agli impianti, grazie alla libertà di movimento degli snodi sferici con la barra e sugli abutment.

L'utilizzo di **SFI-BAR®** offre inoltre condizioni di stabilità che consentono il carico immediato, solidarizzando gli impianti tra loro e minimizzando la perdita ossea perimplantare.

Grazie ai tempi di produzione estremamente ridotti, la **SFI-BAR®** può essere lavorata sia alla poltrona, sia in laboratorio. In entrambi i casi l'esclusivo sistema a barra con elementi prefabbricati convince per le sue possibilità di impiego pressoché universale con costi del tutto paragonabili a una soluzione a barra tradizionale.

Le barre **SFI-BAR®** possono essere supportate da 2, 3, 4, 5 o 6 impianti, grazie ai set preassemblati da 2 o 4 elementi, a cui possono essere aggiunti gli add-on kit da un giunto ciascuno. In caso di riparazione è possibile sostituire i singoli elementi, siano essi segmenti di barra, snodi, viti, cavalieri o ritentori, senza alcun problema, facilitando la manutenzione nel tempo da parte del clinico.

Dent-Weld

La saldatrice endorale: stabilità primaria e carico immediato

La saldatrice endorale è conosciuta e utilizzata da 40 anni in ambito odontoiatrico ma di recente ha trovato un'importante collocazione quale ausilio nella solidarizzazione degli impianti nel carico immediato.

Un aspetto importantissimo nel buon esito di un impianto a carico immediato è il mantenimento della massima stabilità durante tutto il percorso riabilitativo, sino a quando la formazione di nuovo osso crea la stabilità secondaria.

La tecnica di solidarizzazione degli impianti prevede la saldatura ai monconi provvisori di una barretta in titanio a scopo contenitivo; una volta completato il periodo di osteointegrazione la barretta viene rimossa e si procede con la protesi definitiva.

La saldatura avviene col passaggio di una carica elettrica di grande intensità attraverso il punto di contatto tra due pezzi in titanio; il tempo ridottissimo di esposizione (pochi millisecondi) previene il rischio di un aumento termico nei tessuti circostanti.

Essendo effettuata direttamente nel cavo orale, tuttavia, questa tecnica necessita di un apparecchio di tecnologia avanzata ed assolutamente sicuro: **Dent-Weld** è la saldatrice endorale ora proposta in esclusiva da Sweden & Martina; di tecnologia e qualità interamente italiana, affidabile e precisa, dotata di un microprocessore che ne garantisce la totale sicurezza in tutte le applicazioni.

Con l'utilizzo di pratiche barrette in titanio di diversi diametri, da saldare ai monconi ad avvitamento diretto, in pochi secondi si solidarizzano gli impianti, permettendo così di mantenerne la stabilità durante tutto il periodo di osteointegrazione.

Dent-Weld non crea scintille e non genera alcun rischio per il paziente, poiché durante la fase della saldatura la pinza è automaticamente scollegata dalla rete elettrica; inoltre il calore prodotto viene dissipato attraverso gli elettrodi di rame, grazie alla maggior conducibilità termica di questi ultimi rispetto al titanio.

Dent-Weld salda anche in presenza di saliva o qualsiasi liquido. È facile da usare, grazie ai programmi pre-impostati ed è semplice da maneggiare, in quanto la pinza è dotata di aggancio rapido.



Rimodellamento Osseo Perimplantare: Background Scientifico e Implicazioni Cliniche

Canullo L., Cocchetto R., Loi I.

Due Carrare (PD), 13 aprile 2012

Ha riscosso grandissimo successo la giornata di formazione organizzata da Sweden & Martina presso la sede di Due Carrare (PD) per la presentazione del libro "Rimodellamento Osseo Perimplantare: Background Scientifico e Implicazioni Cliniche", pubblicato da Quintessenza.

L'uditorio ha potuto apprezzare l'apporto di tre importanti professionisti, i Dr. Luigi Canullo, Roberto Cocchetto ed Ignazio Loi, in merito ai nuovi trend dell'implantologia moderna, che prevede la minor invasività chirurgica e protesica al fine di raggiungere il massimo risultato estetico e funzionale.

A tal fine gli autori hanno esposto l'esito delle proprie ricerche ed esperienze cliniche analizzando l'evoluzione di protocolli chirurgici e protesici volti a preservare e in alcuni casi ad incrementare i volumi dei tessuti perimplantari duri e molli a medio e lungo termine.



È stato infatti ampiamente discusso l'approccio **Switching Platform**, che negli ultimi anni ha destato molto interesse negli ambienti accademici nazionali ed internazionali e a cui il Dr. Canullo si è ampiamente dedicato pubblicando numerosi articoli su riviste impattate.

Successivamente il Dr. Cocchetto ha approfondito il concetto di "one abutment-one time" che, riducendo le microsollecitazioni sulla fixture causate dalle manovre di inserimento e rimozione dei pilastri, preserva i volumi ossei e rende l'approccio protesico più veloce ed ergonomico.

Nell'ambito della ricerca di una risposta massimamente estetica e funzionale dei tessuti molli, il Dr. Loi ha supportato l'utilizzo del **moncone a finire** sia su impianti che su denti naturali, condividendo con il pubblico una vastissima casistica clinica.

La giornata si è poi conclusa con l'introduzione alle innovazioni tecnologiche a supporto di questo approccio massimamente estetico, prima tra tutte la procedura di **pulizia al plasma** dei monconi utilizzata con successo dal Dr. Canullo.



22

CORSI E CONGRESSI



CORSO SEMESTRALE DI GNATOLOGIA

Gnatologia:

- Occlusione e funzioni dell'apparato masticatorio
- Fondamenti di gnatologia per la riabilitazione restaurativo-protesica
- Diagnosi e trattamento dei problemi occlusali, disfunzioni e disordini temporo-mandibolari

dr. Guido Fichera

settembre 2012 - marzo 2013

MONZA (MI)

Sweden & Martina al XX Congresso EAO di Copenhagen

Sweden & Martina sarà presente come **Silver Sponsor** al XX congresso EAO che si terrà a Copenhagen dal 10 al 13 ottobre 2012, che oggi rappresenta forse l'appuntamento scientifico di maggiore rilevanza a livello europeo. Il programma, come sempre di altissimo livello, cercherà di dare una risposta al quesito "20 anni. Cosa abbiamo imparato?", declinata non solo nelle sessioni plenarie del congresso, ma anche in tutte le attività collaterali che da sempre offrono spazio a molti professionisti all'interno dell'associazione.

Visita il sito del congresso:
<http://www.eao-congress.com/>



CONSERVATIVA

Le Ceramiche Integrali: faccette, corone, ponti Fabio Marcon, Loris Zamuner 28-29 settembre, 12-13 ottobre 2012	DUE CARRARE (PD) CC093	30 ECM
Il piano di trattamento in composito dei settori anteriori. Strategie di successo Monaldo Sarcinelli 12-13 ottobre, 23-24 novembre 2012	AREZZO CC095	27 ECM
Corso teorico di Conservativa Mario Allegri, Lorenzo Breschi 30 novembre, 1 dicembre 2012	DUE CARRARE (PD) CC084	

CHIRURGIA

L'unità Piezo-Master Surgery nella pratica clinica quotidiana Cristiano Daviso 27 giugno 2012	CUNEO CA893G	
Corso di Chirurgia orale estrattiva degli elementi inclusi e trattamento chirurgico delle lesioni radiotrasparenti dei mascellari Alessandro Di Marco, Jason Motta Jones 23-24 novembre 2012	BERGAMO CA848	13 ECM

ENDODONZIA

I restauri indiretti nei settori posteriori Stefano Bottacchiaro 15-16 settembre 2012	DUE CARRARE (PD) CF605	
Corso teorico-pratico di Endodonzia Piero Alessandro Marcoli 20-21 settembre, 26-27 ottobre, 16-17 novembre, 14-15 dicembre 2012	DUE CARRARE (PD) CF581	50 ECM
Corso teorico-pratico di Endodonzia Vito Antonio Malagnino 28-29 settembre, 12-13-26-27 ottobre, 16-17-30 novembre, 1 dicembre 2012	ROMA CF602	
Corso teorico-pratico di Endodonzia su paziente Giuseppe Castorani, Antonio Malagnino, Giancarlo Malagnino 28-29 settembre, 12-13-26-27 ottobre, 16-17-30 novembre, 1-14-15 dicembre 2012	TARANTO CF600	50 ECM
Corso teorico-pratico di Endodonzia. La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 19 ottobre 2012	CAVA DEI TIRRENI (SA) CF587	9 ECM

GNATOLOGIA

Gnatologia: Occlusione e funzioni dell'apparato masticatorio. Fondamenti di gnatologia per la riabilitazione restaurativo-protetica. Diagnosi e trattamento dei problemi occlusali, disfunzioni e disordini temporo-mandibolari Guido Fichera 15-16 settembre, 20-21 ottobre, 1-2 dicembre 2012, 18-19 gennaio, 15-16 febbraio, 15-16 marzo 2013	MONZA CA872	
---	----------------	--

PROTESI

Corso teorico-pratico di Protesi Fissa e Protesi Estetico-Adesiva: dal restauro dell'elemento dentale singolo alla riabilitazione del caso complesso Guido Fichera 28-29 settembre, 9-10 novembre, 7-8 dicembre 2012 25-16 gennaio, 22-23 febbraio, 22-23 marzo 2013	MONZA CA873	
---	----------------	--

LASER & TECNOLOGIE

Corso sul corretto utilizzo del laser Erbium e diodo in odontoiatria Giuseppe Iaria 27 giugno 2012	BRESCIA CD619	
Corso sul corretto utilizzo del laser Erbium Litetouch® in odontoiatria Giuseppe Iaria 30 giugno 2012	BARI CD618	
Corso sul corretto utilizzo del laser Erbium Litetouch® in odontoiatria Roberto Marasca 29 settembre 2012	ROMA CD612	

ORTODONZIA

Serata di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide, Habit-Corrector Giacchino Pellegrino 21 giugno 2012	NAPOLI CE299	
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide, Habit-Corrector Gaetano Ierardo 7 luglio 2012	MESSINA CE291	
Terapia preventiva, intercettiva e correttiva con i dispositivi funzionali Nite-Guide ed Occlus-o-Guide: follow up a medio ed a lungo termine. La mia ventennale esperienza Pietro Manzini 29 settembre 2012	CAGLIARI CE297	
Corso Avanzato di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide, Habit-Corrector Gaetano Ierardo 6 ottobre 2012	CAVA DEI TIRRENI (SA) CE289	
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide, Habit-Corrector Gaetano Ierardo 27 ottobre 2012	CINISELLO BALSAMO (MI) CE292	

IMPLANTOLOGIA

Re-organizzazione delle procedure chirurgico-protetiche nel Platform Switching Luigi Canullo, Fabio Marinotti 8 giugno, 22 settembre, 1 dicembre 2012	TERAMO CA860	31 ECM
Corso teorico pratico di protesi fissa Michele d'Amelio 8-9 giugno, 6-7-20-21 luglio, 14-15 settembre, 19-20 ottobre 2012	DUE CARRARE (PD) CA852	50 ECM
Master di Implantologia Ugo Covani et alii 8-9-15-16 giugno, 6-7-13-14 luglio, 7-8-14-15 settembre, 12-13 ottobre, 16-17-23-24 novembre, 14-15 dicembre 2012	LIDO DI CAMAIORE (LU) CA841	
Tecnica M.I.S.E. Minimal Invasive Sinus Elevation Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 15-16 giugno 2012	SIVIGLIA (Spagna) DASL084	
Magnetic Mallet: Serata di presentazione Roberto Crespi 21 giugno 2012	BARI CA883G	
Magnetic Mallet: Serata di presentazione Roberto Crespi 22 giugno 2012	LECCE CA884G	
Carico immediato più sicuro con la solidarizzazione elettronica (Serata) Aldo Daniele Dominici 22 giugno 2012	GENOVA CA878G	
Corso in Implantologia rigenerativa ed estetica Marco Csonka 22-23 giugno 2012	FOGGIA CA825	21 ECM
Magnetic Mallet: una innovativa tecnica chirurgica per espansioni ossee verticali ed orizzontali Pierpaolo Cortella 23 giugno 2012	GENOVA CA887	
Un moderno approccio alla terapia implantare a carico immediato Roberto Fioretti 23 giugno 2012	PISA CA890	
Anatomia Chirurgica applicata all'Implantologia Orale Salvatore Gabriele 28-30 giugno 2012	PARIGI (Francia) CA858	
Magnetic Mallet: corso teorico pratico Ugo Covani 30 giugno 2012	LIDO DI CAMAIORE (LU) CA889	
Un moderno approccio alla terapia implantare a carico immediato Roberto Fioretti 6 luglio 2012	PISA CA891	
Magnetic Mallet: corso teorico pratico Roberto Crespi, Giovanni Battista Bruschi 6-7 luglio 2012	BUSTO GAROLFO (MI) CA766	
Corso avanzato teorico-pratico di Implantologia e Anatomia Chirurgica (Odontoiatri e Igienisti) Ugo Covani et alii 25 luglio - 4 agosto 2012	BUFFALO (U.S.A.) CA772	
Corso pratico di Implantologia e Protesi Fissa Ezio Bruna 7-8 settembre, 12-13 ottobre, 8-9 novembre, 6-7 dicembre 2012, 25-26 gennaio, 22-23 febbraio, 22-23 marzo 2013	PERUGIA CA892	ECM si
Corso teorico di Implantologia Giovanni Battista Bruschi, Roberto Crespi, Sandro Foddis 22 settembre 2012	CAGLIARI CA899	
Corso pratico di Implantologia Avanzata su tessuti animali Marco Csonka 5-6 ottobre 2012	DUE CARRARE (PD) CA818	21 ECM
Corso teorico-pratico di Implantologia Fixed Dental Prosthesis: solide basi su pilastri naturali e fixture implantari Riccardo Monguzzi, Stefano Lombardo 12-13 ottobre, 9-10 novembre 2012	MILANO CA876	21 ECM
Le ricostruzioni tridimensionali ossee con griglie in titanio - Live Surgery Fabrizio Morelli 12 ottobre 2012	RIMINI CA888	
Corso teorico pratico di Parodontologia Marco Salin 18-19 ottobre, 14-15 dicembre 2012, 11-12 gennaio, 22-23 febbraio, 22-23 marzo, 12-13 aprile 2013	VITERBO CA894	50 ECM
Corso di Chirurgia e Protesi Implantare Giovanni Battista Bruschi, Ivo Agabiti 19-20 ottobre, 16-17 novembre, 14-15 dicembre 2012	PESARO CA867	
Carico immediato più sicuro con la solidarizzazione elettronica Aldo Daniele Dominici 19 ottobre 2012	MILANO CA897	
Corso di Implantologia Chirurgica e Protetica Marco Csonka 19-20 ottobre, 16-17 novembre, 14-15 dicembre 2012, 18-19 gennaio 2013	CATANIA CA907	50 ECM
Corso operativo di Chirurgia Implantare su paziente Giuseppe Farronato, Fabrizio Polato, Fabrizio Antenucci 25-28 ottobre 2012	LISBONA (Portogallo) CA900	
Il Magnetic Mallet: Rivoluzionaria tecnica chirurgica per espansioni ossee, split crest e mini-rialzi - Corso pratico su tessuti animali Marco Csonka 26 ottobre 2012	MILANO CA896	
Impianti Cilindrici, Conici e Short: Quale forma? Le variabili di un'implantoprotesi predicibile disegno implantare e tecnica chirurgica Manuel Silvetti 27 ottobre 2012	MILANO CA898	
Il Magnetic Mallet: Rivoluzionaria tecnica chirurgica per espansioni ossee, split crest e mini-rialzi - Corso pratico su tessuti animali Marco Csonka 8 novembre 2012	DUE CARRARE (PD) CA901	

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


ContinuingDentalEducation

Lo stato dell'arte in Odontoiatria



Dr. Stefano Valbonesi Bologna "Una odontoiatria minimamente invasiva"

Nel ventesimo secolo l'odontoiatria ha raggiunto traguardi importanti che hanno quasi sempre determinato svolte cliniche, operative e tecniche: l'adesione (1953), l'implantologia osteointegrata (1967), la ceramica *metal free* (1984), le ceramiche termoplastiche (1987), le ceramiche policristalline (1989) e i sistemi CAD CAM (1998). Tutte queste importanti acquisizioni, inizialmente e apparentemente separate, hanno reso possibile, col tempo e con l'impegno dei clinici, dei tecnici e dei produttori, la nascita di una odontoiatria minimamente invasiva che deve rappresentare oggi un'importante fine di qualsiasi terapia. I restauri parziali in ceramica e le corone *metal free* cementate adesivamente consentono un notevole risparmio tissutale durante la fase di preparazione con grandi vantaggi biologici per il paziente (Edelhoff, 2002). La stessa implantologia può essere considerata una tecnica di sostituzione dentale minimamente invasiva: la possibilità di sostituire uno o più denti senza doverne ricoprire altri rappresenta un grande risultato in termini di conservazione di strutture sane. Tecniche chirurgiche sofisticate come MBS, RASL e GBR per incrementare la quantità di osso, orizzontalmente e verticalmente, nel sito implantare senza dovere necessariamente ricorrere ad innesti di osso autologo, hanno ulteriormente sottolineato la minima invasività dell'implantologia. In sintesi io credo che la minima invasività rappresenti oggi l'essenza dello stato dell'arte in odontoiatria, minima invasività che può essere conseguita in conservativa indiretta, con preparazioni parziali sia anteriori che posteriori, in protesi e in implantologia.



Dr. Domenico Baldi Genova "L'essenza in odontoiatria"

Quando mi è stato proposto di partecipare alla stesura di un articolo sullo stato dell'arte in odontoiatria ho accettato di buon grado, ma nell'apprestarmi a scriverlo ho iniziato a pensare quale potesse essere l'argomento focale del mio disquisire.

Forse la tecnologia? Che così tanto influenza il nostro lavoro sia nel campo chirurgico (basti pensare alla piezochirurgia, agli impianti dalle diverse forme e superfici, al laser), sia nel campo protesico (scanner intraorale per l'impronta, CAD-CAM, cementazione adesiva), sia nella conservativa così come nell'endodontia.

Forse l'argomento poteva essere l'analisi di quale sistema di *marketing* seguire per essere più conosciuti ed apprezzati? Anche qui le novità tecnologiche ci vengono in aiuto a partire da sistematiche audiovisive fino ad arrivare a *social network*.

Alla fine però mi sono reso conto che nonostante tutta questa tecnologia il fulcro del nostro lavoro siamo noi stessi! È inutile aver lo studio ipertecnologico se poi non siamo in grado di progettare un percorso diagnostico-operativo veramente utile per i nostri pazienti o ancor peggio non siamo in grado di "far lavorare bene le nostre mani".

Inoltre quale miglior sistema di *marketing* se non quello di far apprezzare ai pazienti la nostra abilità attraverso la corretta esecuzione del lavoro intrapreso. Allora mi sento di concludere invitando tutti noi a seguire giustamente le novità che il mercato aziendale ci propone senza però dimenticare che manualità e conoscenza del nostro lavoro, ottenute con grandi sacrifici attraverso aggiornamenti continui e costanti, saranno quelle che ci faranno sfruttare al meglio l'innovazione tecnologica.



Prof. Ranieri Locatelli Portogruaro - Venezia "L'ortodonzia è più facile"

Un po' come un genitore che non si rende pienamente conto dei progressi che fa ogni giorno il proprio figlio, perché ce l'ha sempre sotto gli occhi, anch'io, ortodontista, di primo acchito direi che negli ultimi anni nel nostro campo non si sono viste grosse novità; in realtà, invece, sono entrate nella nostra quotidianità in maniera prepotente almeno due grandi innovazioni: gli attacchi *self ligating* e le mini viti endosse; entrambe accolte con un certo scetticismo e diffidenza, oggi ci sembra di averli da sempre a nostra disposizione e la loro utilità è indiscussa.

Mi piace soprattutto sottolineare il ruolo dei mini impianti, che hanno molte volte risolto problemi di collaborazione che sembravano insormontabili, e hanno reso molto più semplice il "controllo dell'ancoraggio" durante gli spostamenti ortodontici; il loro corretto utilizzo rende più sicuro il raggiungimento di un buon risultato finale e quindi aumenta la qualità media delle nostre prestazioni ortodontiche. Una delle primissime cose che da sempre insegno ai miei allievi è che "un buon Ortodontista non è quello che riesce a spostare i denti, ma è quello che riesce a mantenere fermi i denti che non devono spostarsi!". Le mini viti, se si sanno usare correttamente, ci rendono tutti un po' più bravi.

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 6, numero 13
giugno-ottobre 2012

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

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

Direttore scientifico
Glorianna Zangiacomì

Direttore responsabile
Valentina Visentin

Progetto e direzione grafica
Studio Martinis - Silvia Bozza

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

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

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

Hanno collaborato a questo numero:
Adamo Monari, Federica Fonzar,
Alessio Terziani, Silvia Cuccarolo,
Giulia Rizzardo,
Marina Mirandola Minuzzi,
Piero Alessandro Marcolì,
Mauro Cattaruzza, Shahrokh Jabali Adeh,
Roberto Crespi, Giovanni Battista Bruschi,
Andreas Hauss, Isao Nakajima,
Isabella D'Angelo,
Glorianna Zangiacomì, Valeria Bonotto,
Domenico Baldi, Stefano Valbonesi,
Ranieri Locatelli,
Giovanni Fiocchetti, Elvira Trivisan,
Ivano Garatti, Maurizio Di Santo



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

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

Nome _____ Cognome _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
e-mail _____ P. IVA _____ Cod. Fisc. _____

È già cliente Sweden & Martina? SÌ NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato a ricevere la newsletter alla mia casella di posta elettronica
- Sono interessato a ricevere la visita di uno specialista di prodotto _____
- Sono interessato a venire a visitare l'azienda
- Sono interessato a pubblicare un case report su **Numeri UNO**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica **Scientifica - Implantologia**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica **Scientifica - Implantologia Vol. 2**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica **Scientifica - Strumenti Canalari Mtwo Ediz. 06/2012**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica **Scientifica - Cementazione Adesiva Bisco**

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

Firma _____