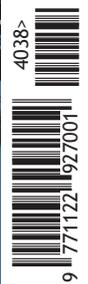


NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE

marzo/giugno 2008 _ anno primo _ numero 00



NUMERI UNO esse&emme news magazine © Sweden & Martina S.p.A. - Via Venato 10 - 35020 Due Carrare PD Italia - Tel. +39 049 912 43 00 - Fax +39 049 912 42 90 - www.sweden-martina.it

benvenuti in **Sweden & Martina** per noi sarà un onore, per voi un piacere

INSIEME A SWEDEN & MARTINA, INSIEME A TUTTI NOI

E' nato "Numeri UNO" esse&emme news magazine, il nuovo periodico di formazione e informazione, cultura, aggiornamento professionale e curiosità del mondo odontoiatrico per i Numeri UNO.

CASE REPORT

Carico immediato mandibolare, una soluzione protesica alternativa

Come il carico immediato degli impianti endossei può essere una valida alternativa terapeutica nel trattamento di varie regioni della mandibola.

TECNOLOGIE

L'area sistemi implantologici

L'organizzazione produttiva e i metodi di lavoro affinati negli anni hanno permesso oggi a Sweden & Martina di individuare chiaramente le aspettative e le esigenze del cliente, per poi convertirle in requisiti essenziali da rispettare.


sweden & martina

**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.

Direttore Editoriale

Pier Francesco Rupolo

Redazione e Articoli

Ufficio Stampa e Comunicazione
Sweden & Martina S.p.A.
Valeria Bonotto
vbonotto@sweden-martina.it

Direttore Scientifico

Glorianna Zangiacomi

Fotografie

Archivio Sweden & Martina S.p.A.

Progetto e Direzione Grafica

Pier Francesco Rupolo
www.rupolo.it

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
www.sweden-martina.it

Stampa

Chinchio Industria Grafica S.p.A.
Via Pacinotti, 10/12
35030 Rubano (PD)

Hanno collaborato a questo numero:

Dottor Claudio Bosisio, Eros Bucella,
Dottor Mario R. Cappellin, Professor
Ugo Covani, Dottor Fabio Gorni, Dottor
Sandro Marcoli, Dottor Mauro Monaco,
Dottor Adamo Monari, Dottor Fabio
Soggia

Per collaborare alla redazione dei prossimi numeri o per pubblicare un proprio articolo potete contattare la redazione di "Numeri UNO" esse&emme news magazine, scrivendo una mail a info@sweden-martina.it oppure telefonate al 049 912.43.00

© & ® Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica sono riservati. È vietato qualsiasi tipo di riproduzione, intera o parziale, in qualsiasi lingua, senza autorizzazione scritta dell'editore.



NUMERI
ERI
NO

Insieme a Sweden & Martina, insieme a tutti noi

E' nato il primo numero di "Numeri UNO" esse&emme news, il nuovo magazine di formazione e informazione, cultura, aggiornamento professionale e curiosità del mondo odontoiatrico per i Numeri UNO.



Si inizia e iniziamo dal numero 00 di "Numeri UNO" esse&emme news, la rivista di Sweden & Martina, il magazine sul mondo odontoiatrico visto dal nostro punto di vista, ovvero da chi questo mondo lo segue costantemente e senza sosta da più di venticinque anni.

Vi faremo conoscere quello che riguarda tutti noi, la nostra azienda, i nostri prodotti, le soluzioni all'avanguardia studiate dai nostri ricercatori, le tecnologie che utilizziamo e il nostro pensiero e quello che saremo in un futuro prossimo e vicino.



Apriremo le porte della nostra azienda e dei nostri stabilimenti per farvi vedere dove lavoriamo e dove ideiamo il futuro dei nostri clienti.

Vi illustreremo e vi faremo vedere il nostro centro di produzione dei sistemi implantologici, uno dei più importanti al mondo dove si lavora con sofisticatissime apparecchiature tante delle quali sono state ingegnerizzate da Sweden & Martina stessa.

Per la parte scientifica si parte immediatamente con un interessantissimo caso clinico corredato da una ricca documentazione fotografica e con una serie di velocissime domande e risposte.

E' pubblicato inoltre il calendario dei nostri corsi che quest'anno si arricchisce della sezione estetica per conoscere e imparare a utilizzare i prodotti per i trattamenti di ringiovanimento del viso.

Parleremo soprattutto, discuteremo assieme a voi del vostro lavoro, di come

essere dei professionisti all'avanguardia e del vostro e del nostro aggiornamento costante.

E ancora calendari di appuntamenti rivolti ai professionisti e non, curiosità, news, sport e divertimenti perché il lavoro è importante ma è anche essenziale per un buon professionista poter godere di un ottimo tempo libero.

Benvenuti e buona lettura.



sweden & martina



Sweden & Martina, i nostri ambienti

Design che contamina lo spazio di lavoro e predispone a una nuova centralità la persona, offrendosi alle esigenze del fare quotidiano e della professione

Gli spazi interni del centro direzionale di Sweden & Martina a Due Carrare in provincia di Padova sono organizzati con estrema attenzione alla qualità e al comfort degli ambienti di lavoro, il design e i materiali di finiture e arredi si distinguono per l'eleganza contemporanea e sono opportunamente messi in risalto da un'illuminazione studiata secondo le differenti situazioni.

Gli uffici e le sale riunioni sono ampi e luminosi con piacevoli affacci verso il verde del giardino circostante grazie al

nastro continuo di finestre che avvolge tutti i piani.

L'assetto open space favorisce rapidi confronti, facilitando il dialogo e la sinergia fra i collaboratori.

Le partizioni interne sono costituite da pareti di vetro che identificano i differenti ambiti permettendo l'interazione visiva e la comunicazione tra gli spazi.

I collegamenti verticali avvengono attraverso gli ascensori e la scala centrale

dall'atrio, alla quale è concessa una dignitosa monumentalità sottolineata dall'ampio lucernario di copertura e da una scenografica cascata di lampadari.

Attenzione particolare e generose dimensioni caratterizzano l'atrio d'ingresso e le diverse hall che raccolgono i percorsi distributivi ai vari piani, le quali diventano di per sé importanti luoghi di incontro e rappresentanza, curati nei dettagli, raffinati nell'allestimento, arredati e accoglienti secondo il gusto contemporaneo.



Educationals Sweden & Martina

«La vostra disponibilità al dialogo e alla collaborazione, unita alla competenza dei vostri responsabili produzione e sviluppo progetto che ci hanno accompagnato e seguiti nelle due parti della presentazione dell'azienda, sono state impeccabili e ci hanno soddisfatto completamente»

Dottor Mario R. Cappellin e Dottor Fabio Soggia (Torino)

Sweden & Martina offre la possibilità di visitare e conoscere in prima persona l'azienda e tutto il management aziendale presso la sede di Due Carrare in provincia di Padova.

Viene offerta l'opportunità a chi fosse interessato e a un accompagnatore, di visionare direttamente la struttura

produttiva implantologica che viene unanimemente considerata tra le prime in Europa.

Le spese di viaggio e alloggio nell'area termale di Abano Terme e Montegrotto Terme, per il visitatore e per il proprio accompagnatore saranno sostenute da Sweden & Martina.

*** Per informazioni rivolgersi a:
Valeria Bonotto - ufficio marketing
Rossella Tosello - segreteria
organizzativa**



sweden & martina



TECNOLOGIA

Produzione: A.S.I. l'area sistemi implantologici

Un'esperienza ultradecennale nella produzione di sistemi implantologici fa di Sweden & Martina un leader assoluto. E' la fabbrica più moderna ed evoluta, attrezzata con le tecnologie più innovative. Per la produzione vengono impiegate materie prime selezionate, di provata biocompatibilità.

Sweden & Martina perseguendo sempre il pensiero di controllo diretto dei processi produttivi dei propri prodotti, quando avviò lo sviluppo della Divisione Implantologica, creò fin da subito un metodo di gestione dei processi che permise di realizzare tutti i principali cicli di produzione all'interno del proprio stabilimento, mantenendo comunque inalterata l'elasticità e la flessibilità di azione che generalmente è una prerogativa della gestione outsourcing.

L'organizzazione produttiva e i metodi di lavoro affinati negli anni, nonché la continua formazione del personale addetto ai reparti, hanno permesso oggi a Sweden & Martina di individuare chiaramente le aspettative e le esigenze del cliente, per poi convertirle in requisiti essenziali da rispettare: **tempestività di consegna, innovazione, elasticità, flessibilità, qualità.**

Nello stabilimento Implantologico di Sweden & Martina operano più di 40 addetti suddivisi in 5 reparti

produttivi: Torneria e Centro di fresaggio di precisione, Finiture Superficiali, Decontaminazione, Confezionamento in Clean Room (con controllo dei parametri ambientali automatizzato che viene monitorato continuamente attraverso un sistema informatico), Packaging e Labelling.

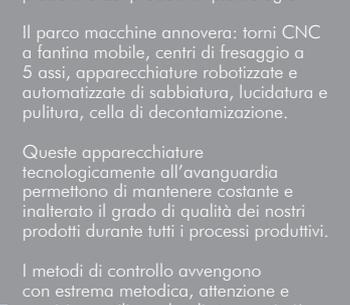
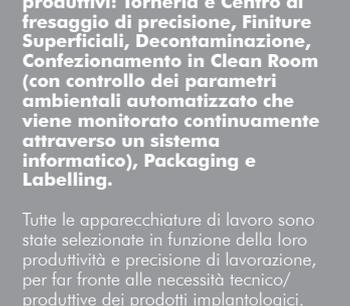
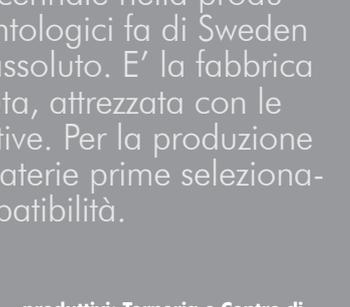
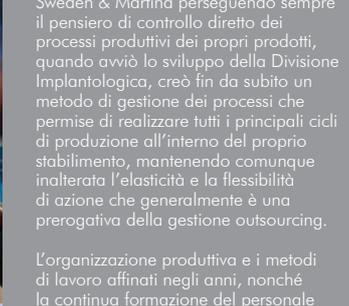
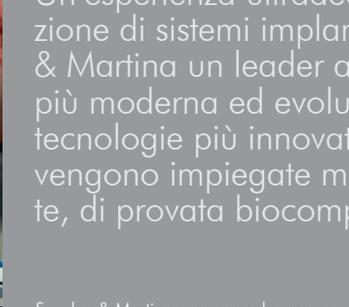
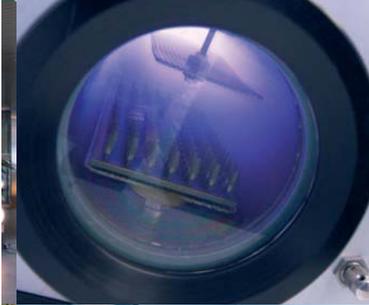
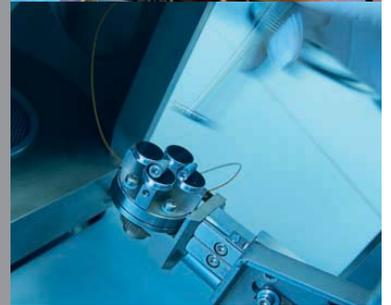
Tutte le apparecchiature di lavoro sono state selezionate in funzione della loro produttività e precisione di lavorazione, per far fronte alle necessità tecnico/produttive dei prodotti implantologici.

Il parco macchine annovera: torni CNC a fantina mobile, centri di fresaggio a 5 assi, apparecchiature robotizzate e automatizzate di sabbatura, lucidatura e pulitura, cella di decontaminazione.

Queste apparecchiature tecnologicamente all'avanguardia permettono di mantenere costante e inalterato il grado di qualità dei nostri prodotti durante tutti i processi produttivi.

I metodi di controllo avvengono con estrema metodica, attenzione e precisione utilizzando gli strumenti più innovativi che la tecnologia mette a disposizione: micrometri di precisione, fotocamere ottiche con rilevamento computerizzato dei valori dimensionali misurati e microscopio elettronico.

Eros Buccella, responsabile Area Sistemi Implantologici



sweden & martina

APPUNTAMENTI

The Ultimate Endo-Restorative Dentistry

6 e 7 giugno: ad Abano Terme (PD) la due giorni dedicata all'odontoiatria, alla scienza e al confronto con i professionisti

Alterandosi al Premium Day, congresso focalizzato su tematiche di implantologia, il **6 e 7 giugno 2008, ritorna l'appuntamento con l'endodonzia e la tecnica conservativa d'avanguardia "The Ultimate Endo-Restorative Dentistry"**.

Il programma scientifico previsto sarà sicuramente di elevato livello e non mancherà di soddisfare le aspettative dei partecipanti.

I massimi esperti dell'endodonzia italiana e della conservativa daranno vita a sessioni di lavori d'avanguardia diffondendo quindi il loro obiettivo comune: rendere migliore il risultato per il paziente, semplificando allo stesso tempo le metodiche di intervento.

La due giorni è frutto del costante impegno e dell'attenzione di Sweden & Martina verso le nuove tecniche endodontiche e di restauro e si concretizza in questo appuntamento di elevato valore scientifico.



FREE TIME

Happenings & events

Sweden & Martina da diversi anni ha sposato la filosofia di sponsorizzare e promuovere manifestazioni sportive e iniziative legate allo sport soprattutto open air.

Da "Sweden & Martina Golf Trophy", prestigioso torneo di golf che ogni anno in giugno si svolge al Golf Club Padova di Galzignano Terme e che nel corso degli anni è diventato uno dei tornei di golf più importanti della categoria, ai tornei di tennis della città di Padova che vede protagonisti i campioni più importanti della racchetta ovale.

Fino ad arrivare alla promozione di un'auto per la Clio Cup, manifestazione nazionale di circuito esclusiva per auto

Renault Clio o al potentissimo fuoristrada che ha partecipato al rally dei Faraoni e che avrebbe dovuto partecipare alla Parigi-Dakar 2008, annullata all'ultimo momento per gravi problemi di ordine pubblico e di incolumità per i piloti.

Inoltre, tra le manifestazioni più importanti, il trofeo "Car & Golf", una manifestazione non agonistica per auto storiche d'alta collezione. I golfisti e gli equipaggi sono giocatori noti a livello nazionale e automobilistico che competono, nel corso di tale evento, a scopo benefico e umanitario.

Una gara vera e propria per auto d'epoca che ha avuto come una delle tappe il parco dell'azienda di Due Carrare.



sweden & martina

a cura del Dottor Claudio Bosio



Laureato in medicina e chirurgia

Libero professionista a Bergamo e Palazzolo sull'Oglio

Perfezionato in Implantoprotesi presso l'Università di Milano nel 1998

Ha frequentato l'Advanced Surgical Training all'Università di Buffalo (New York)

L'osteointegrazione fu inizialmente definita come connessione diretta fra impianto e osso vitale senza interposizione di tessuti molli.(1) Questa definizione su base istologica fu successivamente integrata con requisiti clinici che sottolineano come l'ancoraggio dell'impianto all'osso debba essere in grado di soddisfare l'esigenza clinica di funzionare da pilastro di protesi, trasmettendo le forze occlusali direttamente all'osso.(2)

I requisiti che erano considerati indispensabili dalla Scuola Svedese per l'ottenimento dell'osteointegrazione sono riassumibili nella seguente tabella:

- materiale biocompatibile
- procedura chirurgica in due fasi
- periodo di guarigione senza carico di 3-6 mesi
- preparazione del sito a bassa velocità
- incisione mucosa buccale
- evitare RX durante il periodo di guarigione
- superfici occlusali acriliche

Di questi requisiti solo due sono da considerarsi tuttora validi: l'utilizzo di materiali biocompatibili e la preparazione del sito implantare utilizzando frese a bassa velocità ai fini di prevenire il surriscaldamento dell'osso. La regola, considerata assoluta dai ricercatori della Scuola Svedese, della guarigione in assenza di carico al fine di ottenere l'osteointegrazione, fu peraltro stabilita empiricamente ma non accertata sperimentalmente. Studi sperimentali su modello animale e studi clinici sul carico immediato nell'uomo sono stati condotti al fine di valutare la possibilità di ridurre o addirittura eliminare la fase di guarigione in assenza di carico.

Recentemente sono stati proposti tempi di guarigione ridotti per alcuni sistemi implantari.(3) Ne consegue che il carico immediato degli impianti endossej può essere una valida alternativa terapeutica nel trattamento di varie regioni della mandibola.(4) L'attuale tendenza è di non ritenere il movimento implantare per sé nocivo per l'osteointegrazione, ma piuttosto di considerare una soglia di mobilità al di sotto della quale l'integrazione si realizza.(5)(6) L'ipotesi che il micromovimento all'interfaccia osso-impianto sia tollerato entro una certa soglia è stata confermata da studi sperimentali.(7)(8)

Questi studi sembrano dimostrare che i micromovimenti superiori a 150 µm debbano essere considerati eccessivi e pertanto deleteri per l'osteointegrazione, al contrario, movimenti inferiori a 50 µm sembrano essere tollerati. Pertanto la soglia critica, comunque condizionata dal tipo di superficie dell'impianto, sembra compresa fra 50 e 150 µm.(5)(6) La connessione rigida di 3 o 4 impianti interforaminali mediante una barra a U può ridurre i macromovimenti e questo è ciò che si verifica nelle overdentures a carico immediato.(9)(10)(11)

Tempi di carico

- Immediato: entro 48 ore
- Precoce: oltre 48 ore, entro 3 mesi
- Convenzionale: dopo 3-6 mesi
- Ritardato: successivo a 3-6 mesi

Per convenzione si definisce immediato il carico protesico che viene effettuato entro 48 ore dall'inserimento degli impianti e si distingue il **carico funzionale** (protesi provvisoria o definitiva posizionata lo stesso giorno dell'intervento chirurgico, o entro 48 ore, supportata da un numero adeguato di impianti, in contatto occlusale con l'antagonista, si verifica nelle edentule totali), dal **carico non funzionale** (protesi provvisoria posizionata lo stesso

giorno dell'intervento chirurgico, o entro 48 ore, supportata da un numero adeguato di impianti, non in contatto occlusale con l'arcata antagonista, si verifica nelle edentule parziali). Il carico immediato propriamente detto è quindi quello che si determina nelle arcate complete, fisse o rimovibili. Nel carico immediato non funzionale i provvisori, non essendo in occlusione, servono unicamente a ripristinare l'estetica e a guidare la guarigione dei tessuti molli.(12) Bisogna peraltro osservare che il limite di 48 ore è stato stabilito secondo criteri legati ai tempi tecnici della realizzazione del manufatto protesico che non considerano la sequenza di eventi fisiologici che si verificano durante i primi 7-10 giorni.(13)

Un altro fattore da considerare per una revisione critica dei tempi di carico degli impianti osteointegrati è senza dubbio l'evoluzione dei trattamenti delle superfici implantari: i requisiti ritenuti indispensabili per l'ottenimento dell'osteointegrazione facevano riferimento a impianti la cui superficie era trattata semplicemente con la tornitura (machined), oggi sono disponibili superfici modificate con metodi di addizione (TPS, HA) o di sottrazione (sabbatura, acidificazione) che consentono una più rapida ed efficace adesione del coagulo alla superficie implantare, evento che dà inizio al processo di integrazione ossea.(13)(14) A fornire indicazioni sulla sicurezza e sulla predicibilità della metodica ci si può riferire alla III ITI Consensus Conference (15) che, nel 2004, sulla base delle evidenze scientifiche e della letteratura internazionale, ha definito le regole di comportamento nell'affrontare le diverse problematiche in implantoprotesi, in seguito vengono riportate le raccomandazioni inerenti l'oggetto di questo articolo.

Consensus statements

Overdenture in mandibole edentule

• Carico immediato: l'utilizzo di overdenture supportate da 4 impianti solidarizzati con barra di collegamento è una procedura documentata e predicibile (7 pubblicazioni, 376 pazienti, 1529 impianti).

• Carico precoce: l'utilizzo di overdenture supportate da 4 impianti a carico precoce solidarizzati con barra di collegamento è scarsamente documentata in letteratura (6 pubblicazioni, 85 pazienti, 230 impianti).

Protesi fissa in mandibole edentule

• Carico precoce: a tale proposito la letteratura risulta scarsa con solo 6 studi che analizzano 272 impianti caricati precocemente e con protesi fissa.

• Carico immediato: l'utilizzo di protesi fisse supportate da impianti caricati immediatamente risulta una metodica ben documentata (15 articoli, 387 pazienti, 2088 impianti).

Suggerimenti clinici

Carico immediato

Mandibola edentula:

- 1) 4 impianti con barra e overdenture, o 4 impianti solidarizzati con una struttura metallica e protesi fissa
- 2) Per più di 4 impianti, provvisorio armato che unisce tutti gli impianti o protesi fissa con impianti solidarizzati da struttura metallica

Sceita dell'impianto

I parametri che ci devono guidare nella scelta dell'impianto ideale per la realizzazione di un carico immediato sono essenzialmente:

Forma della fixture

Un impianto filettato di forma cilindrica o troncoconica garantisce la stabilità primaria necessaria per la funzionalizzazione immediata.(15)

Superficie implantare

E' stato ampiamente dimostrato che una superficie implantare ruvida è in grado di migliorare la stabilità secondaria e ridurre i tempi di guarigione a livello dell'interfaccia osso-impianto.(16)

Connessione protesica

Un impianto di tipo monofasico con collare transmucoso presenta alcuni vantaggi fondamentalmente riassumibili in: posizionamento dei transfert di impronta al di fuori dalla mucosa, guarigione dei tessuti molli per prima intenzione, rispetto dell'ampiezza biologica.(17)

Sono tuttavia utilizzabili anche impianti progettati per un protocollo bifasico, semplicemente rinunciando ai vantaggi sopracitati.

Selezione dei pazienti

Criteri di esclusione:

- osso insufficiente e/o severa discrepanza intermassellare
- bruxismo importante
- forti fumatori, bevitori, pazienti dediti a droghe
- trattamenti con chemioterapici antiblastici
- radioterapia locale recente
- diabete non controllato
- epatopatie e nefropatie croniche
- emofilia, coagulopatie
- malattie metaboliche, immunodeficienze (compreso HIV)
- stato di gravidanza

I pazienti devono mostrare:

- adeguata igiene orale
- assenza di infiammazione locale
- assenza di patologie della mucosa
- rapporti intermassellari normali
- assenza di parafunzioni

Sceita del protocollo a carico immediato

I vantaggi che possono confortare il clinico nella scelta di una procedura a carico immediato sono molteplici:

• **Osteogenesi funzionale.** Il contatto della superficie implantare con l'osso è superiore in un impianto caricato immediatamente rispetto ad un impianto senza carico.(18)(19)

La percentuale del contatto osso-impianto(BIC) è significativamente maggiore in impianti caricati immediatamente e non vi è presenza di connettivo fibroso all'interfaccia.(20)

• **Condizionamento e stabilità dei tessuti molli.** I tessuti molli perimplantari appaiono più stabili nel tempo, in particolare con impianti che consentano una guarigione per prima intenzione. Alcuni autori hanno dimostrato un decorso perpendicolare delle fibre collagene a livello della porzione transmucosa degli impianti.(21)(22)(23)

• **Passivazione.** Sembra che piccole imprecisioni del manufatto protesico possano essere "assorbite" nel carico immediato mentre nel carico differito causano perdita dell'integrazione.(24)

Realizzazione della protesi

Per quanto concerne la realizzazione del manufatto protesico vanno seguite le regole generali per le barre di Toronto: realizzando dei poligoni di resistenza (lo splinting degli impianti con la barra permette di determinarsi di un sistema di resistenza estremamente robusto nei confronti dei momenti flettenti) e calcolando la corretta estensione dei cantilever (la distanza fra l'impianto più anteriore e il più distale si raddoppia posteriormente, il cantilever deve essere diminuito in caso di ridotta lunghezza delle fixtures)(25)

Caso clinico

Paziente: L. V. di anni 68, edentulo nei settori latero posteriori mandibolari, portatore di un'arcata fissa in oro-ceramica superiore.

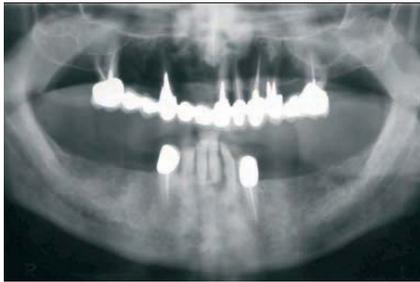


Fig. 1. Ortopantomografia iniziale



Fig. 2. Situazione iniziale

Dopo le valutazioni anamnestiche generali ed odontoiatriche si è concordato con il paziente di ricorrere ad una riabilitazione totale a carico immediato nell'arcata inferiore mediante overdenture su barra.

Sono state rilevate le impronte per modelli studio e per la realizzazione della protesi provvisoria da utilizzare per i primi tre mesi di carico.

La terapia farmacologica prevedeva la somministrazione di antibiotico (Augmentin: 1 g.x2/die per 3 giorni iniziando un'ora prima dell'intervento, antiflogistico (Synflex forte 550 bust: 1 bust.x2/die per 3 giorni) e collutorio alla Clorexidina (Curasept 0,20%, 3 sciacqui/die per 3 settimane).

Dopo avere effettuato un'anestesia tronculare bilaterale, rinforzata da anestesia plessica (Articaina 1:100.000) la fase chirurgica ha previsto inizialmente l'avulsione dei sei elementi dentari residui, a cui è seguita l'incisione crestale estesa ai settori distali con incisioni distali oblique di scarico



Fig. 3. Avulsione dei denti residui

Lo scollamento è stato eseguito a spessore totale con particolare attenzione ad evidenziare l'emergenza del nervo alveolare, utile per determinare visivamente l'ampiezza della zona interforaminale.



Fig. 4. Scollamento e scheletrizzazione

E' stata eseguita una regolarizzazione della cresta nell'area interforaminale mediante fresa montata su manipolo dritto (un'ottima alternativa è rappresentata dal bisturi piezoelettrico) per ottenere un piano uniforme dopo le

avulsioni dentarie e ricavare contestualmente lo spazio verticale per accogliere la barra.

Sono stati inseriti quattro impianti nella zona interforaminale (Sweden & Martina Stark 4,20x14) e due in zona molare (Sweden & Martina Stark 4,20x12) rispettando il protocollo consigliato dalla Casa.

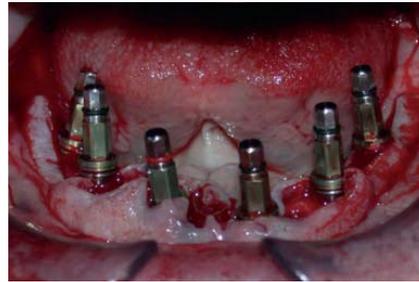


Fig. 4. Impianti in sede

La presa dell'impronta è stata eseguita prima della sutura mediante portaimpronta individuale dopo avere protetto la ferita interponendo un foglio di diga disinfettata a freddo con Clorexidina.

Sono state posizionate le viti di guarigione sugli impianti ed è stata eseguita un'accurata sutura con un filo sintetico intrecciato (Polisoft 4-0).

Il Paziente è stato quindi dimesso con la raccomandazione di seguire le prescrizioni raccomandate e di utilizzare la borsa del ghiaccio alternativamente per 15' nelle prime 3 ore, fissando l'appuntamento per il mattino successivo.

L'impronta è stata consegnata all'Odontotecnico (Carlo Malnati, Bergamo) che ha sviluppato il modello e realizzato la barra utilizzando componenti preformate in titanio effettuando la saldatura mediante saldatrice laser.

La mattina successiva a meno di 24 ore dall'intervento, il Paziente si è presentato in Studio per il montaggio della barra e l'adattamento della protesi provvisoria, è stata eseguita un'ortopantomografia per verificare il perfetto adattamento della barra agli impianti e per fare da baseline per i controlli radiografici successivi.



Fig. 5. Barra avvitata 24 ore dopo l'inserimento degli impianti

A distanza di 3 mesi, al momento di confezionare la protesi definitiva il Paziente ha manifestato la preferenza per una soluzione di tipo fisso, si è così deciso di utilizzare la barra realizzata per il carico immediato come struttura portante di una protesi fissa avvitata Tipo Toronto bridge



Fig. 6. Barra dopo 3 mesi

I motivi di questa scelta sono da ricondurre a valutazioni di ordine economico (evitare la realizzazione di una nuova struttura) che biomeccaniche (se questa barra ha consentito l'integrazione degli impianti non sarà necessario ricorrere a complesse tecniche di passivazione).



Fig. 7. Barra sabbiata sul modello

L'odontotecnico ha quindi realizzato una sovrastruttura fusa che è stata cementata alla barra (Nimetic Cem ESPE), dopo di che ha modellato singolarmente i denti e completato la protesi in acrilico.



Fig. 8. Sovrastruttura

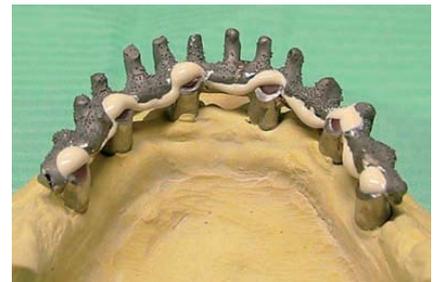


Fig. 9. Cementazione della sovrastruttura



Fig. 10. Manufatto finito



Fig. 11. Manufatto finito

La protesi definitiva è stata così consegnata al Paziente, serrando le viti con chiave dinamometrica a 30 Ncm.

Dopo alcuni giorni, i fori per le viti passanti sono stati chiusi con materiale composito, facilmente rimovibile in caso di necessità di rimozione della protesi (igiene, allentamento delle viti monconali, rottura del manufatto).

A distanza di 4 anni i controlli mostrano assoluta stabilità dei tessuti duri e molli con buona soddisfazione del Paziente riguardo il risultato estetico e funzionale.



Fig. 12. Fotografia intraorale occlusale



Fig. 13. Caso finalizzato

In conclusione i vantaggi di questo approccio terapeutico sono di ordine psicologico e sociale. Il sacrificio cui si sottopone il Paziente concentrando in breve tempo le procedure chirurgiche e protesiche è ben ripagato dalla possibilità di usufruire da subito di una protesi provvisoria il cui grado di confortevolezza è assimilabile a quello della protesi definitiva, inoltre la protesi provvisoria supportata dalla barra consente una protezione della ferita durante la fase post-chirurgica consentendo una migliore qualità della guarigione dei tessuti molli.

La possibilità di utilizzare la stessa barra, realizzata per il carico immediato con overdenture rimovibile, come struttura portante di una protesi fissa avvitata, comporta alcuni vantaggi: durante la fase di guarigione è possibile correggere i margini della protesi seguendo il rimodellamento dei tessuti duri e molli, la scelta definitiva del Paziente fra una protesi fissa o rimovibile avviene dopo un periodo di "rodaggio" durante il quale acquisisce la consapevolezza dei pregi dell'una o dell'altra soluzione, oltre ai già citati vantaggi di semplicità realizzativa con riduzione della spesa.

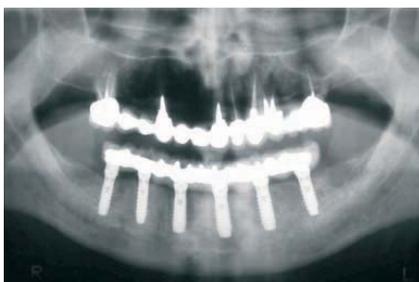


Fig. 14. Ortopantomografia finale

Conclusioni

L'introduzione degli impianti osteointegrati rappresenta un punto di svolta nella pratica odontoiatrica. Grazie alle molteplici possibilità terapeutiche e alla elevata predicibilità di successo la terapia impiantare è oggi considerata un valido approccio nella sostituzione dei denti perduti.

Il concetto di carico immediato è recentemente diventato popolare in virtù della riduzione del trauma chirurgico, dei tempi di trattamento, di ansia e disagio e per l'elevato gradimento da parte dei pazienti per l'immediato recupero di funzione ed estetica.

Le più recenti revisioni della letteratura indicano che le percentuali di successo degli impianti caricati immediatamente sono sovrapponibili a quelle ottenute con protocolli convenzionali (carico differito). (26)

Tuttavia, un'accurata selezione dei casi, un appropriato piano di trattamento, una meticolosa procedura chirurgica e un appropriato progetto della protesi sono essenziali per un risultato ottimale utilizzando questo approccio terapeutico.

anno	autori	n°casi/imp.	tipo protesi	imp. per caso	% succ.	follow-up
1984	Ledermann	138/476	overdenture-barra	3-4	91,2	fino a 6,5
1986	Babbush-Kent-Misiek	484/1739	overdenture-barra	4	94,08	fino a 8
1994	Henry-Rosenberg	5/20	overdenture-barra	4	100	2
1995	Spiekermann-Jansen Richter	11/36	overdenture-barra	3	97	5
1996	Ledermann	411/1523	overdenture-barra	3-4	92,8	fino a 20
1997	Chiapasco-Gatti-Rossi Haefliger-Markwalder	226/904	overdenture-barra	4	96,9	da 2 a 1
1998	Gatti-Sild-Rossi Crescentini-Chiapasco	36/144	overdenture-barra	4	94	da 1 a 4
1999	Gatti-Haefliger Chiapasco	21/84	overdenture-barra	4	96,1	da 2 a 5
2000	Gatti-Chiapasco	10/40	overdenture-barra	4	100	3

Dati raccolti da Gatti-Chiapasco

Bibliografia

1. Brånemark P-I, Breine U, Adell R, Hanson BO, Lindström J, Ohlsson A. Intraosseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. Scand J Plast Reconstr Surg 1969
2. Brånemark P-I, Osseointegration and its experimental background. J Prosthet Dent 1983
3. Cochran DL, Buser D, ten Bruggenkate CM et al.: The use of reduced healing times on ITI implants with a sandblasted and acid-etched (SLA) surface: Early results on clinical trials on ITI SLA implants. Clin Oral Implant Res. 2002
4. Glauser R, Rée A, Lundgren AK, Gottlow J, Hammerle CHF, Scharer P: Immediate occlusal loading of Brånemark implants applied in various jawbone regions: a prospective 1-year clinical study. Clinical Implant Dentistry and Related Research. 2001
5. Szmukler-Moncler S, et al. Timing of loading and effect of micromotion on bone-dental implant interface: Review of experimental literature. J Biomed Mater Res 1998
6. Pilliar RM, Lee GM, Maniopoulos C. Observations on the effect of movement on bone ingrowth into porous surfaced implants. Clin Orthop Rel Res 1986
7. Cameron H, Pilliar RM, Macnab I. The effect of movement on the bonding of porous metal on bone. J Biomed Mater Res 1973
8. Maniopoulos C, Pilliar RM, Smith D. Threaded versus porous-surfaced designs for implant stabilization in bone endodontic implant model. J Biomed Mater Res 1986
9. Ledermann PD. Stegprothetische Versorgung des zahnlosen Unterkiefers mit Hilfe von plasmabeschichteten Titanschraubenimplantaten. Dtsch Zahnärztl Z 1979
10. Ledermann PD. Sechsjährige klinische Erfahrung mit dem titanplasmabeschichteten ITI-Schraubenimplantat in der Regio Interforaminalis des Unterkiefers. Schweiz Monats-schr Zahnmed 1983
11. Graber G, Besimo C. Hybridprothetische Suprastrukturen mit Konuskronen oder Hülse-stift-systemen auf Ha-Ti implantaten. Fortsch Zahnärztl Implantol 1991
12. Misch CE. Non-functional immediate teeth in partially edentulous patients: a pilot study of 10 consecutive cases using the Maestro Dental Implant System. Compendium 1998
13. Berghlundh T, Abrahamsson I, Lang NP, Lindhe J: De novo alveolar bone formation adjacent to endosseous implants. Clin Oral Implant Res. 2003
14. Cochran DL, Buser D, ten Bruggenkate CM et al.: The use of reduced healing times on ITI implants with a sandblasted and acid-etched (SLA) surface: Early results on clinical trials on ITI SLA implants. Clin Oral Implant Res. 2002
15. Cochran DL, Morton D, Weber HP: Consensus statements and recommended clinical procedures regarding loading protocols for endosseous dental implants. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004; 19 Suppl.
16. Cochran DL. A comparison of endosseous dental implant surfaces. Acta Orthop Scand 2004
17. Weber HP, Buser D, Donath K, Fiorellini JP, Doppalapudi V, Paquette DW, Williams RC. Comparison of healed tissues adjacent to submerged and non-submerged unloaded titanium dental implants. A histometric study in beagle dogs. COIR 1996
18. Piattelli A, Emanuelli M, Scarano A, Trisi P: A histologic study of non submerged titanium plasma-sprayed implants retrieved from a patient: a case report. Int J Periodontics Restorative Dent 1996
19. Johansson C, Albrektsson T. Integrazione di impianti a vite nel coniglio: controllo a distanza di un anno delle forze di torsione per l'estrazione di impianti in titanio Quintessence International, ed italiana 1988
20. Piattelli A, Corigliano M, Scarano A, Costigliola G, Paolantonio M: Immediate loading of titanium plasma sprayed implants: an histologic analysis in monkeys. J Periodontol 1998
21. Schroeder A, Van der Zypen E, Stich H, Sutter F: The reactions of bone, connective tissue, and epithelium to endosteal implants with titanium-sprayed surfaces. J Maxillofac Surg 1981
22. Buser D, Weber HP, Donath K, Fiorellini JP, Paquette DW, Williams RC: Soft tissue reactions to non-submerged unloaded titanium implants in beagle dogs. J Periodontol 1992
23. Cornellini R, Scarano A, Covani U, Petrone G, Piattelli A: Immediate one-stage postextraction implant: a human clinical and Histologic case report. Int J Oral Maxillofac Implants 2000
24. Nocini PF, Chiarini L, De Santis D.: Trattato di chirurgia pre-protesica e ingegneria tissutale. Edizioni Martina Bologna. 2005
25. Hobo S, Ichida E, Garcia,LT. Osteointegrazione e riabilitazione occlusale. USES 1993
26. Avila G, Galindo P, Rios H, Wang HL. Immediate implant loading: current status from available literature. Implant Dent. 2007

Chiedete il vademecum per la stesura e la pubblicazione dei vostri lavori scrivendo una mail a info@sweden-martina.it

Calendario corsi marzo/giugno 2008

Sweden & Martina propone ogni anno ai propri clienti e agenti un programma di formazione tenuto da relatori di riconosciuta fama internazionale.

Annualmente vengono organizzati

più di 500 corsi, molti dei quali hanno luogo presso il centro corsi pratici e la sala congressi della sede di Due Carrare, altri si svolgono in strutture idonee selezionate per fornire ai clienti di Sweden & Martina una rete formativa capillare.



Conservativa

CC014 **NAPOLI** Holiday Inn Centro Direzionale Isola E6
Relatori: Dottor Paolo Ferrari e Dottor Stefano Bottachiaro
28 marzo 2008 RESTAURI POSTERIORI IN COMPOSITO

CC015 **BARI** Sheraton Nicolaus Hotel Via Cardinale A. Ciasca, 27
Relatori: Dottor Paolo Ferrari e Dottor Stefano Bottachiaro
29 marzo 2008 RESTAURI POSTERIORI IN COMPOSITO

CC016 **CINISELLO BALSAMO (MI)** Hotel Cosmo Palace Via de Sanctis, 5
Relatori: Dottor Paolo Ferrari e Dottor Stefano Bottachiaro
11 aprile 2008 RESTAURI POSTERIORI IN COMPOSITO

CC017 **DUE CARRARE (PD)** Centro Corsi Sweden & Martina Via Veneto, 10
Relatori: Dottor Paolo Ferrari e Dottor Stefano Bottachiaro
12 aprile 2008 RESTAURI POSTERIORI IN COMPOSITO

Endodonzia

CF320 **CATANIA** Studio Dentistico Dottor Alfio Pappalardo Via Canfora, 50
Relatori: Professor Vinio Malagnino e Dottor Alfio Pappalardo
07/08 marzo - 04/05 aprile - 23/24 maggio - 20/21 giugno 2008
LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO ANNUALE TEORICO-PRATICO MTWO + MICROSEAL

CF321 **PALERMO** La Torre Splendid Hotel Via Fossa di Gallo, 11
Relatore: Professor Vinio Malagnino
14 marzo 2008 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO TEORICO-PRATICO MTWO + MICROSEAL

CF322 **LECCE** Grand Hotel Tiziano e dei Congressi Viale Porta d'Europa
Relatore: Professor Vinio Malagnino
15 marzo 2008 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO TEORICO-PRATICO MTWO + MICROSEAL

CF323 **BERGAMO** Starhotels Cristallo Palace Via Ambiveri Betty, 35
Relatore: Dottor Pietro Alessandro Marcoli
28 marzo 2008 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO TEORICO-PRATICO MTWO + E&Q

CF324 **LIVORNO** Studio Dentistico Dottor Massimo Brilli Viale Petrarca, 14
Relatore: Dottor Andrea Gesi
28/29 marzo - 18/19 aprile - 16/17 giugno - 11/12 luglio
CORSO ANNUALE TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA

CF325 **TORINO** Novotel Torino Corso Giulio Cesare, 338
Relatore: Dottor Pietro Alessandro Marcoli
29 marzo 2008 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO TEORICO-PRATICO MTWO + E&Q

CF326 **JESI (AN)** Hotel Federico II Via Ancona, 100
Relatore: Dottor Pietro Alessandro Marcoli
11 aprile 2008 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO TEORICO-PRATICO MTWO + E&Q

CF327 **DUE CARRARE (PD)** Centro Corsi Sweden & Martina Via Veneto, 10
Relatore: Dottor Pietro Alessandro Marcoli
12 aprile 2008 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO TEORICO-PRATICO MTWO + E&Q

CF328 **GIULIANOVA LIDO (TE)** Grand Hotel Don Juan Lungomare Zara, 97
Relatore: Professor Vinio Malagnino
09 maggio 2008 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO TEORICO-PRATICO MTWO + MICROSEAL

CF329 **CINISELLO BALSAMO (MI)** Hotel Cosmo Palace Via de Sanctis, 5
Relatore: Professor Vinio Malagnino
10 maggio 2008 LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE: CORSO TEORICO-PRATICO MTWO + MICROSEAL

Ortodonzia

CE196 **MESSINA** Royal Palace Via T. Cannizzaro, 224
Relatore ECM: Dottor Gaetano Ierardo
08 marzo 2008 CORSO DI ORTODONZIA INTERCETTIVA E PREVENTIVA

CE197 **CASERTA** Grand Hotel Vanvitelli Viale Carlo III
Relatore ECM: Dottor Gianni Manes Gravina
15 marzo 2008 CORSO DI ORTODONZIA INTERCETTIVA E PREVENTIVA

CE198 **DUE CARRARE (PD)** Centro Corsi Sweden & Martina Via Veneto, 10
Relatore ECM: Dottor Giovanni Manes Gravina
05 aprile 2008 CORSO DI ORTODONZIA INTERCETTIVA E PREVENTIVA

CE199 **BARLETTA (BA)** Studio Dottor Borraccino Nicola Via Indipendenza, 16
Relatore ECM: Dottor Gaetano Ierardo
12 aprile 2008 CORSO DI ORTODONZIA INTERCETTIVA E PREVENTIVA

CE200 **CINISELLO BALSAMO (MI)** Hotel Cosmo Palace Via de Sanctis, 5
Relatore ECM: Dottor Gaetano Ierardo
17 maggio 2008 CORSO DI ORTODONZIA INTERCETTIVA E PREVENTIVA

CE201 **VIAREGGIO (LU)** Istituto Stomatologico Tirreno Centro di Odontoiatria Ospedale Unico della Versilia Via Aurelia, 355 - Lido di Camaiore (LU)
Relatore ECM: Dottor Gianni Manes Gravina
17 maggio 2008 CORSO DI ORTODONZIA INTERCETTIVA E PREVENTIVA

CE202 **ROMA** Sheraton Hotel Viale del Pattinaggio 100
Relatore: Dottor Gianni Manes Gravina
24 maggio 2008 CORSO DI ORTODONZIA INTERCETTIVA E PREVENTIVA

Implantoprotesi

CA312 **ACIREALE (CT)** Hotel Santa Caterina Via Santa Caterina, 42B
Relatori ECM: Dottor Marco Csonka e Dottor Maurizio Franco
29 febbraio/01 marzo, 04/05 aprile, 09/10 maggio, 23/24 maggio, 13/14 giugno 2008 CORSO DI IMPLANTOLOGIA CHIRURGICA E PROTESICA

CA314 **TORINO** Poliambulatorio Le Vele Strada San Mauro, 97/11
Relatori: Dottor Angelo Sisti e Dottor Stefano Conti
07/08 marzo e 28/29 marzo 2008 CORSO TEORICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTOPROTESI

CA308 **DUE CARRARE (PD)** Centro Corsi Sweden & Martina Via Veneto, 10
Relatori ECM: Dottor Marco Csonka e Dottor Maurizio Franco
10/11/12 marzo 2008 CORSO AVANZATO IN IMPLANTOLOGIA

CA307 **PESARO** Studio Dottor Ivo Agabiti Via Napoli, 34
Relatori ECM: Dottor Giovanni Battista Bruschi e Dottor Ivo Agabiti
14/15 marzo, 11/12 aprile, 09/10 maggio, 13/14 Giugno 2008 CORSO DI CHIRURGIA E PROTESI IMPLANTARE

CA311 **VIBO VALENTIA** Studio Dottor Michele Figliuzzi Via Dante Alighieri, 109
Relatore ECM: Dottor Michele Figliuzzi
14/15 marzo, 11/12 aprile, 16/17 maggio 2008 CORSO DI IMPLANTOLOGIA

CA325 **ROMA** Studio Dottor Agostino Scipioni Via Isonzo, 19/B
Relatore ECM: Dottor Agostino Scipioni
28/29 marzo 2008 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE



Domande e risposte

Inviare le vostre curiosità a info@sweden-martina.it e in ogni numero troverete pubblicate le risposte in questa rubrica

a cura del Dottor Mauro Monaco

D: PROTESI AVVITATA O CEMENTATA?

R: Estetica e funzionalità richiedono un diverso approccio protesico, per cui ogni singolo caso deve essere analizzato in modo specifico. Le componenti protesiche dei sistemi che utilizzo permettono di soddisfare ampiamente le mie esigenze.

D: COME POSSO RIDURRE IL RIASSORBIMENTO CRESTALE INTORNO AL COLLO DEGLI IMPIANTI? E QUANTO È IMPUTABILE ALLA TECNICA PIUTTOSTO CHE ALLA MORFOLOGIA IMPLANTARE?

R: Il riassorbimento crestale degli impianti può essere di origine "fisiologica", derivante dal ripristino dell'ampiezza biologica, e "patologica", conseguente a problematiche biomeccaniche del carico protesico, o da contaminazione batterica delle superfici implantari. Per quanto riguarda il primo tipo di origine, è necessario analizzare la zona di inserimento delle fixture, per valutare l'anatomia del sito, il volume e la tipologia ossea e il coinvolgimento estetico che avrà la nostra ricostruzione protesica. A questo punto, tecnica chirurgica e morfologia implantare si intersecano, poiché le situazioni che si debbono affrontare sono molto differenti tra loro. Scendendo più nel particolare è ovvio che se si deve intervenire per la sostituzione di un elemento frontale, quindi estetico, in cui il posizionamento dell'impianto viene rigidamente guidato dagli elementi dentari contigui, per l'ottenimento di un profilo gengivale ottimale, si opterà per una morfologia implantare con trattamento di superficie esteso fino al collo, con microflettatura coronale e possibilità di switchingplatform. Nel caso in cui si debbano sostituire elementi diatorici in mandibola, con volumi ossei ridotti, corticale molto mineralizzata e midollare poco trabecolata, è consigliabile scegliere impianti con i primi millimetri coronali a superficie esclusivamente tornita e sarebbe quindi opportuno non sommergere totalmente nella corticale il piattello implantare per giunzione protesica per non avere la necessità di un seguente ripristino dell'ampiezza biologica, anche in questi casi, avendo a disposizione un diametro linguo-vestibolare, ampio vedo le indicazioni all'utilizzo di una switchingplatform. Analizzando l'origine "patologica" dobbiamo ricordare come la passività delle strutture protesiche sia importante per un buon mantenimento dell'osso marginale intorno alla fixture, in quanto tensioni presenti si diffonderebbero ovviamente nei primi millimetri crestali, comportando quindi la formazione di difetti angolari con conseguente possibile infiltrato batterico.

D: OGGI ESISTONO FORME DI IMPIANTI E DIFFERENTI TIPOLOGIE DI SUPERFICI. COME INDIRIZZEREBBE LA SUA SCELTA E QUANTO LA FORMA DELL'IMPIANTO E LA SUPERFICIE POSSONO ESSERE DETERMINANTI IN IMPLANTOLOGIA?

R: Parlando di morfologia implantare e di trattamenti di superficie degli stessi, la scelta va sempre effettuata sulla base dello specifico caso clinico. Personalmente, ritengo più semplice ed efficace il posizionamento di impianti conici nel seno mascellare superiore, perché consentono una più facile manipolazione del pavimento mascellare e una maggiore compattazione della componente ossea, soprattutto in casi di osso poco mineralizzato (D3-D4). Ovviamente le nuove tipologie di trattamento di superficie "osteomimetiche", favoriscono sicuramente una percentuale di osteointegrazione superiore ed in tempi più brevi, e seppur non ritenendole determinanti, non possono che giocare a nostro favore in una più alta predicibilità di successo del trattamento. Per quanto riguarda gli impianti posizionati in mandibola, dove solitamente sono presenti, soprattutto in zona inter-foraminale, qualità decisamente superiori (D1-D2), la mia scelta è rivolta all'utilizzo di impianti di forma cilindrica, che ritengo più facilmente inseribili. Impianti di diametro ridotto, ma pur sempre di forma analoga alla precedente, sono invece indispensabili per la sostituzione degli incisivi inferiori per ragioni di spazio e di emergenza mucosa.

D) SEMPRE PIÙ FREQUENTEMENTE SI PARLA DI IMPIANTI POST-ESTRATTIVI E DI CARICO IMMEDIATO. ESISTONO INDICAZIONI E/O CONDIZIONI FAVOREVOLI AL RIGUARDO? O RITIENE CHE TROPPO FRETTA IN CERTI CASI POSSA COMPROMETTERE IL RISULTATO FINALE?

R: I nostri pazienti gradiscono e pretendono sempre più frequentemente di entrare nello studio odontoiatrico e poterne uscire in un'unica seduta con i denti sostituiti e perfettamente rispondenti a canoni ottimali di funzionalità ed estetica. Non sempre ciò è possibile. L'attenta valutazione di ogni singolo caso è indispensabile per poter selezionare i pazienti destinati a questo tipo di procedura. Per ottenere una buona predicibilità del risultato sono importanti la sede del dente mancante, la conservazione dell'alveolo, l'integrità delle corticali vestibolari e palatali/linguali, l'assenza di infezioni attive, e la possibilità di ottenere una buona stabilità primaria. Non si deve dimenticare che in alcune situazioni, ove ci sia la necessità di mantenimento dei tessuti molli dopo l'estrazione, l'inserimento di un impianto con carico protesico provvisorio può rappresentare un'ottima soluzione per preservare la sede da una seguente contrazione. È impossibile in questo contesto analizzare ogni singolo fattore per stabilire la validità di un impianto post-estrattivo immediato e anche il suo carico; mi limito quindi ad evidenziare che, se le indicazioni esistono, la sopravvivenza di tali impianti è sovrapponibile a quella degli impianti inseriti in osso edentulo con carico immediato, precoce o tardivo che sia.



Dottor Mauro Monaco

- Diplomato alla scuola professionale IPSIA "G.Plana" per odontotecnici nel 1982
- Laureato a pieni voti nel 1987 in odontoiatria e protesi dentaria presso l'Università di Torino
- Frequenta il reparto di protesi dentaria e disordini cranio mandibolari dell'università di Zurigo, diretto dal Prof. S. Palla
- Segue i corsi di post graduate in paradontologia e implantologia della New York University
- Segue il continuing education dell'Harvard University a Boston
- Esercita la libera professione a Collegno in provincia di Torino occupandosi esclusivamente di paradontologia, implantologia e protesi.

CA333 BOLOGNA Studio Associato Nove Archi Via Imerio, 41
Relatori ECM: Dottor Stefano Valbonesi e Odt. Michele Bolognesi
28/29 marzo 2008 CORSO TEORICO DI PROTESI SU IMPIANTI MEDIANTE TECNICA D.C.S.

CA342 FOGGIA Studio Dottor Minenna Via Isonzo 28/G
Relatori ECM: Dottor Michele Ciuffreda e Dottor Luigi Minenna
29 marzo, 19 aprile, 31 maggio 2008, 28 giugno, 20 settembre, 25 ottobre CORSO DI IMPLANTOLOGIA

CA309 ROMA Studio Dottor Giovanni Battista Bruschi Via di Porta Pinciana, 4
Relatori ECM: Dottor Giovanni Battista Bruschi, Professor Sandro Pelo e Dottor Fabrizio Bravi
04/05 aprile, 18/19 aprile, 23/24 maggio, 13/14 giugno CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE E IMPLANTOLOGIA

CA315 VIMERCATE (MI) Filiale Sweden & Martina Torre Quercia Via Torri Bianche, 9
Relatori ECM: Dottor Angelo Sisti e Dottor Stefano Conti
04/05 aprile e 18/19 aprile 2008 CORSO TEORICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA E IMPLANTOPROTESI

CA329 HAVANA (CUBA) Centro Internazionale Ciren
Relatori: Dottor Adriano Bobbio, Dottor Fabrizio Polato e Dottor Fabrizio Antenucci
29 marzo - 6 aprile 2008 STAGE PRATICO DI CHIRURGIA IMPLANTARE SU PAZIENTE. CORSO OPERATIVO BASE DI CHIRURGIA IMPLANTARE E IMPLANTOPROTESI CON INTERVENTI SU PAZIENTI

CA313 ROMA Studio di Odontoiatria Restaurativa Via Frattina, 27
Relatore ECM: Dottor Gaetano Calesini
09/10 maggio, 13/14 giugno, 27/28 giugno 2008 CORSO DI IMPLANTOPROTESI

CA310 DUE CARRARE (PD) Centro Corsi Sweden & Martina Via Veneto, 10
Relatore ECM: Professor Gerard J. Chiche
17 maggio 2008 MATERIALI E METODI PER UN RISULTATO ESTETICO PREDICIBILE

Estetica

C1015 ROMA Romamedica Via Cassia, 1840
Relatore ECM: Professor Andrea Corbo
07 marzo 2008 I FILLER TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO

C1016 NAPOLI Studio Tamai Morlino Via Cimarosa, 89
Relatore ECM: Dottor Filippo Brighetti
08 marzo 2008 I FILLER TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO

C1017 BOLOGNA Studio Associato Nove Archi Via Imerio, 41
Relatore ECM: Dottor Filippo Brighetti
12 aprile 2008 I FILLER TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO

Per avere maggiori informazioni, per ricevere le brochure con la descrizione dettagliata dei nostri corsi o per iscriversi, chiami il numero verde:

Numero Verde
800-010789

oppure contatti la nostra segreteria organizzativa:
Cristina Zanutto czanutto@sweden-martina.it
Rossella Tosello rtosello@sweden-martina.it

sweden & martina
ContinuingDentalEducation

Lo stato dell'arte in odontoiatria

Riflessioni di quattro celebri professionisti sul mondo dell'odontoiatria.

La moderna endodonzia

Fare il punto della situazione oggi in endodonzia è estremamente facile perchè abbiamo raggiunto un livello di prestazioni decisamente elevato sotto tutti i punti di vista. Altissime percentuali di successo, protocolli operativi ripetibili, strumentario di altissimo livello e tanta tecnologia a supporto della nostra attività clinica. Dove sta allora il problema? Semplice, per accedere a tutto questo bisogna evolvere e cambiare di conseguenza l'approccio alla materia, in poche parole basta aggiornarsi, cogliendo un'occasione unica che può migliorare il nostro quotidiano e quello dei nostri pazienti.

Dottor Fabio Gorni, Milano

L'eccellenza del restauro

A proposito di longevità, la durata dei restauri odontoiatrici è classicamente legata al mantenimento igienico da un lato e alla minor asportazione possibile di tessuto dentale sano dall'altro, questi concetti restano attualissimi anche oggi, in piena restaurativa estetica. Restauri parziali poco invasivi, sia diretti sia indiretti invecchiano dal punto di vista estetico in modo più armonico e dinamico assieme al resto della dentatura naturale del paziente, in quanto possono trasmettere il colore e la luce del dente residuo che inesorabilmente cambierà, per l'effetto del tempo, di abitudini alimentari oppure di uno sbiancamento.

Dottor Adamo Monari, Verona

Oggi è più facile raggiungere l'optimum in endodonzia

Ricordo quando, giovane dentista, frequentavo i miei primi congressi. Le tecniche erano complicate, le sequenze interminabili: ritornavo a casa con la sensazione di una disciplina alla portata di pochi.

Oggi si effettuano strumentazioni con passaggi ridotti, le sequenze sono spesso totalmente meccaniche e molti aiuti ci semplificano la vita (localizzatori apicali, radiografie digitali). E' diventato bello e facile insegnarla. Anche giovani colleghi con poca esperienza possono in breve tempo raggiungere livelli eccellenti.

Dottor Sandro Marcoli, Brescia

L'implantologia è a portata di tutti

L'implantologia ha segnato in modo definitivo una vera rivoluzione dei piani di trattamento odontoiatrici. Da una pratica elitaria rivolta ad una categoria di pazienti abbienti l'implantologia è diventata una procedura che interessa tutti i pazienti. Questo dovrà comportare necessariamente semplificazioni delle procedure chirurgiche e protesiche che riducano i costi dell'implantologia, senza tuttavia compromessi sulla qualità. Elevata qualità e rispetto della biologia a prezzi contenuti dovranno caratterizzare gli impianti del futuro. E su questa strada dovrebbe indirizzarsi, a mio avviso, una seria ricerca merceologica e clinica.

Professor Ugo Covani, Camaiore (LU)

NEXT ISSUE

Giugno 2008: appuntamento al prossimo numero di "Numeri UNO"

L'appuntamento al prossimo numero di "Numeri UNO" esse&emme news magazine sarà a giugno e verrà presentato in occasione del "The Ultimate Endo-Restorative Dentistry", l'incontro organizzato ad anni alterni con il Premium Day da Sweden & Martina, dedicato all'approfondimento scientifico e dove i maggiori esponenti dell'odontoiatria illustreranno le loro ricerche e i nuovi protocolli di utilizzo dei prodotti.

Nel prossimo numero troverete il focus su *echo*, il nuovo sistema digitale CAD/CAM integrato per la produzione di elementi protesici individuali in ossido di zirconio (cappette per corone, strutture a ponte a più componenti e pilastri implantari individuali). Sviluppato in collaborazione con il TNO (Centro di ricerca olandese per l'applicazione della ricerca scientifica), *echo* combina la creatività e la sensibilità del tecnico

di laboratorio con la precisione di software grafici e macchine industriali per la massima soddisfazione del cliente finale.

Inoltre tante le rubriche dedicate a Voi professionisti, in cui Voi sarete i protagonisti. Inviateci i Vostri case report da pubblicare o contattateci per iniziare una collaborazione all'interno delle rubriche di "Numeri UNO".

Vi aspettiamo.

NUMERI
UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE

sweden & martina

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