

cosmetic

dentistry _ beauty & science

3²⁰¹⁴

| **l'intervista**

Antonio Cerutti
Dal tecnicismo alla
qualità percepita dal paziente

| **case report**

A biomimetic approach

| **l'opinione**

Il piatto... Perde

una nuova era
per il tuo sorriso

BLANX[®]

**white
shock**[®]
formula



**Il primo dentifricio al mondo
che sbianca con la luce**

Interdisciplinare è bello, ma con qualche avvertenza



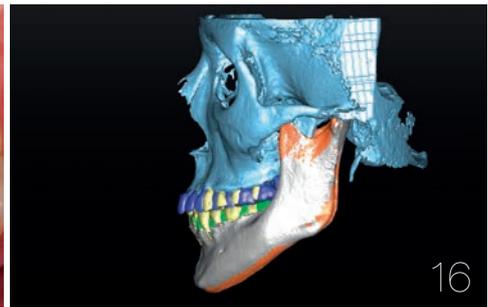
Patrizia Gatto

Il tema dei trattamenti interdisciplinari in medicina e in odontoiatria è conseguenza, da un lato, dell'evoluzione della medicina specialistica dell'ultimo secolo e, dall'altro, della ricerca scientifica, che ha messo in luce l'interattività tra le diverse patologie, ritornando a considerare il paziente nell'interezza della sua situazione soggettiva. In odontoiatria, oltre a queste ragioni, all'avvento dell'implantologia e delle tecnologie digitali, sono progressive le richieste di un risultato anche estetico.

Molti studi dentistici associano oggi diversi specialisti, mentre lo studio monoprofessionale ricorre ai consulenti. Un piano di trattamento si svolge coinvolgendo il chirurgo orale, il parodontologo e l'ortodontista, solo per citare alcuni esempi. La positività dei piani di trattamento interdisciplinari contiene però anche una serie di rischi. I più clamorosi sono i casi di possibili richieste di risarcimento da parte del paziente e oggi, con l'assicurazione obbligatoria del professionista, le diverse polizze stipulate da loro.

Per evitare un fallimento clinico cito gli interessanti suggerimenti del dott. Musilli, dati durante una conferenza a Salerno sul trattamento interdisciplinare implantologia-ortodonzia, insieme al dott. Vaia: non si può prescindere da una conoscenza reciproca della specialità del collega; è fondamentale l'utilizzo di un linguaggio comune, per un'esatta comunicazione tra professionisti e con il paziente.

[_Patrizia Gatto](#)



| editoriale

- 03 **Interdisciplinare è bello**, ma con qualche avvertenza
_P. Gatto

| aziende

_news

- 06 **Anytime, anywhere Yvoire**
Filler dermico di nuova generazione

| l'intervista

_Antonio Cerutti

- 08 **Dal tecnicismo alla qualità percepita dal paziente**,
passando dallo studio dei materiali
_P. Gatto

| speciality

_restauri in composito

- 10 Nuovo metodo per **restauro in composito diretto**
nei settori latero-posteriori
_L. Giachetti

| expert article

_imaging 3D

- 16 **Comunicazione ortodontica** per immagini
del terzo millennio: **dal 2D al 3D**
_G. Perrotti, G. Lorè, M. Politi

| case report

_biomimetic approach

- 22 **A biomimetic approach**
Interdisciplinary treatment of a patient
with 11 missing permanent teeth
_M. Jaszczak-Małkowska, J. Witanowska, M. Zadurska

| l'opinione

_manufatto protesico

- 31 **Il piatto... Perde**
_A. Puntoni

| aziende

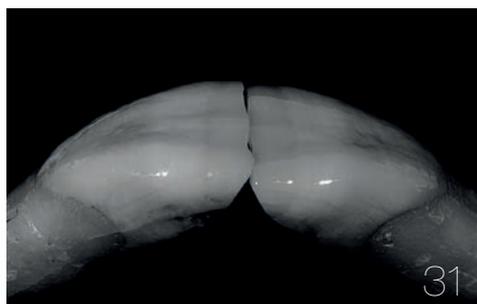
40 _news

| eventi

- 44 _Istituto Stomatologico Toscano
46 _ANDI Salerno
47 _IV Sirona Users Meeting

| l'editore

50 _gerenza



12 · 13 DICEMBRE 2014

VIAREGGIO

2ND INTERNATIONAL MEETING

Lo sbiancamento dentale
fra **biologia** ed **estetica**

Istituto Stomatologico Toscano

Via Aurelia, 335 - I-55043 Lido di Camaiore (Italy)
Phone +39 0584 6059888/9 - Fax +39 0584 6058716

Organizational Secretary Office

Tueor Servizi srl - Via D. Guidobono, 13 - I-10137 Torino (Italy)
Phone +39 011 3110675 - segreteria@tueorservizi.it



Anytime, anywhere Yvoire

Filler dermico di nuova generazione

DL Medica spa
Via Pietro Calvi 2
20129 Milano
Tel.: 02.762751
Fax: 02.76275300
dlmedica@dlmedica.it
www.dlmedica.it

La nuova linea filler Yvoire, creata e prodotta nei laboratori di ricerca di LG Life Sciences, rappresenta la nuova generazione dei filler dermici a base di acido ialuronico.

Yvoire è composto da HA cross-linked di origine non animale, prodotto mediante un processo di fermentazione microbica secondo un rigido protocollo.

La particolare attenzione impiegata nei processi produttivi di Yvoire e i severi controlli di qualità a cui vengono sottoposte le singole siringhe assicurano l'immissione sul mercato di un filler di altissima qualità, in grado di soddisfare i più restrittivi canoni di sicurezza.

L'innovazione di Yvoire deriva dalla HESH Technology, processo mediante il quale si riesce a ottenere la miscelazione e la stabilizzazione dell'acido ialuronico ad alta concentrazione e ad alto peso molecolare. Attraverso l'impiego di questa tecnologia, Yvoire è in grado di offrire, in un unico prodotto, l'elasticità e il potere volumizzante del filler bifasico uniti alla fluidità e plasticità del filler monofasico.

La linea Yvoire si propone sul mercato euro-

peo con tre formulazioni differenti:

- **Classic S**, indicato per impianti superficiali e medi;
- **Volume S**, indicato per impianti medi e profondi;
- **Contour**, indicato per impianti profondi e periosteali.

Tutte le formulazioni di Yvoire si contraddistinguono per l'eccellente morbidezza, in grado di sorprendere anche il medico più esigente.

L'iniettabilità del prodotto è agevolata dall'introduzione della siringa COC, dal design ergonomico e unico, studiata per consentire il massimo controllo e precisione.

L'utilizzo di aghi "Terumo thin Wall" a parete sottile, contribuisce a garantire un'omogenea erogazione di Yvoire anche nelle condizioni più difficili.

La gamma Yvoire è completa e versatile, studiata per supportare e soddisfare il professionista nelle diverse tipologie di intervento.

La morbidezza, l'elevata integrazione tissutale e i risultati sorprendentemente naturali rendono Yvoire un filler assolutamente rivoluzionario.



Anytime
Anywhere

YVOIRE®

New Generation of Hyaluronic Acid Filler



www.yvoire.it

prova l'effetto **HAPPY** di **YVOIRE**®



DL Medica spa via pietro calvi 2 20129 milano
T 02 762751 F 02 76275300
dlmedica@dlmedica.it www.dlmedica.it

Dal tecnicismo alla qualità percepita dal paziente, passando dallo studio dei materiali

_Ad Amici di Brugg 2014 la redazione di *Cosmetic Dentistry* ha avuto l'opportunità di intervistare il prof. Antonio Cerutti (in foto), titolare della cattedra di Conservativa presso l'Università degli Studi di Brescia, appassionato di odontoiatria ed estetica, medico di lunga esperienza e riconosciuto opinion leader a livello internazionale.



Qual è la sua idea di estetica e di conservativa?

Per parlare di estetica oggi dobbiamo distinguere tra parti oggettive e parti soggettive.

Le prime sono canoni legati alla mimesi, alla riproducibilità dell'elemento dentale e, più in generale, all'estetica del volto, mentre le seconde sono in con-

nessione alla soggettività del paziente ovvero a quello che vuole il paziente. Dobbiamo riuscire ad associare questi aspetti, ma l'odontoiatra è portato ad affidarsi più ai primi, oltre ai canoni della morfologia e del colore, anziché ascoltare con più attenzione il paziente. Penso sarebbe giusto correlare questi due elementi soggettivi e oggettivi, nel rispetto della mimesi e a ciò che somiglia all'elemento perso o che vorrebbe riacquistare.

Molti colleghi studiano il volto digitalmente, misurandolo. Questo lo ritiene oggettivo o soggettivo?

Seduti su una sedia, di fronte a uno schermo, facendo vedere al paziente il suo risultato finale e facendogli scegliere quello che potrebbe essere il risultato finale della sua bocca: questo credo che abbia una valenza fondamentale. Noi interpretiamo per i pazienti i loro desideri, ma avere il confronto con il paziente è un atto fondamentale. Lo desidererei anch'io per me stesso in un atto di trattamento terapeutico; credo che sia un diritto di tutti.

Per fare questo, però, ci vuole molto tempo. Lei, quanto tempo dedica alla parte di comunicazione iniziale?

Lo dico sempre nei miei corsi e con gli studenti: dieci minuti di colloquio iniziale per costruire empatia, il rapporto medico-paziente alla base del nostro lavoro, e per capire i suoi desideri. Questo ci permette anche di dire: «Purtroppo non si può fare», perché i desideri a volte vanno oltre possibilità terapeutiche.

In questo caso, in cui soggettivamente il paziente ha un desiderio, come si comporta? Lascia il paziente a un altro collega o cerca un compromesso?

Dobbiamo trovare insieme una soluzione. Demandare ad altri può essere una sconfitta personale. Dobbiamo capire insieme il problema e cercare un percorso condividendo gli intenti; il paziente deve conoscere cosa lo aspetterà in un certo tipo di piano di trattamento e le difficoltà che questo comporta. Dobbiamo assistere il paziente nel suo percorso e prima dell'atto terapeutico. Se possiamo previsualizzarlo, bene, ma per lo meno dobbiamo spiegarlo.

Il dott. Spreafico, recentemente, parlando della fase di comunicazione con il paziente e della scelta del piano terapeutico, ha riferito di proporre percorsi diversi a seconda delle possibilità economiche del paziente. Cosa ne pensa?

Penso che l'annotazione di Spreafico sia corretta. Per ragioni soggettive e non solo economiche. Per esempio, potrebbe non essere troppo disponibile in termini di tempo o potrebbe non essere una priorità nella sua vita, in quel momen-

to, migliorare le proprie condizioni. Individuare insieme un piano di trattamento all'interno di tante opzioni è corretto: riprende il concetto di ascoltare il paziente e offrire diversi tipi di soluzioni. Non c'è un'estetica o un piano di trattamento ideali: c'è un'essenza, la sintesi di un percorso di conoscenza del paziente, insieme al quale si è cercata una soluzione sostenibile sotto tutti i punti di vista.

Parliamo del fattore velocità nel piano dei trattamenti, oggi sempre più richiesta dai pazienti. Le moderne tecniche adesive hanno trovato delle soluzioni in questo senso?

La variabile indipendente "tempo" è un punto cruciale per l'odontoiatra. C'è una sola cosa che garantisce questa variabile: la passione che mettiamo in quello che facciamo, per cui il tempo "vola". Ma, parlando del paziente, nelle tecniche adesive il tempo è fondamentale. Possiamo ottimizzare la procedura, ma non prescindere dalle regole che sono dettate dalla fisica e l'odonto-chimica, saltando così dei passaggi fondamentali (pena l'insuccesso a breve o futuro). Le tecniche adesive e digitali hanno cambiato modo di intervenire e conservare il più a lungo possibile la struttura dentale, ineguagliabile e inimitabile. La longevità degli elementi dentali dipende tantissimo dalle soluzioni intermedie che possiamo dare prima di arrivare al restauro definitivo.

In alcune conferenze lei ha sostenuto l'importanza della conoscenza di materiali, da cui dipende un risultato predicibile.

È necessario conoscere i materiali in modo approfondito prima di utilizzarli nella propria pratica clinica. Le nuove tecnologie ci portano sicuramente dei vantaggi, ma dobbiamo avere dei dati che ne comprovino l'efficacia e l'efficienza. Questo abbraccia qualsiasi specialità medica.

La conoscenza dei materiali avviene in due modi. Uno dipende da noi, che dalla ricerca e dalla letteratura trasferiamo nella pratica clinica la nostra conoscenza. La seconda è provare il nuovo materiale prima di utilizzarlo con il paziente, facendo un training opportuno.

I materiali cambiano e si evolvono continuamente. Alcuni colleghi sostengono che questo crea delle problematiche: come possiamo parlare di predicibilità e di conoscenza?

Grazie per questa domanda. In ambito di ricerca questo ci impone delle limitazioni. Io mi occupo anche di ricerca in vitro e quando dobbiamo fare delle valutazioni a 5 o 10 anni, spesso il materiale studiato non esiste più in commercio. Il dato clinico si perde se scompare il materiale, ma i principi che regolano la quotidianità rimangono un patrimonio che possiamo trasferire.

Anche se il materiale cambia, le tecniche con cui lo applichiamo possono essere ancora valide. Inoltre, i materiali non sono molto dissimili uno dall'altro, anche se auspichiamo sempre un'evoluzione migliorativa degli stessi.

Alcuni colleghi dicono che tutto questo potrebbe mettere in discussione l'evidenza scientifica. Lei cosa ci dice a tal proposito?

Io dico sempre che in conservativa e in endodonzia – di cui mi occupo quotidianamente nel campo della ricerca e dello studio – l'evidence based dentistry è un'impresa improba, perché abbiamo variabili indipendenti che ci sfuggono. Ma dico sempre anche che ciò che conta è l'approccio al materiale, che deve essere quello del ricercatore, ovvero scettico ma anche curioso. Suggestisco di osservare il nuovo materiale in terza persona, non innamorarsene se non dopo una accurata valutazione dei pregi e dei difetti. A volte è difficile, la passione ci trascina. Dobbiamo poi essere responsabili nei messaggi che rilasciamo, relativi agli orientamenti scientifici. Stiamo attenti, perché poi i nostri pazienti si aspetteranno un trattamento di successo. Questo risultato passa attraverso la combinazione della conoscenza del nostro paziente, la conoscenza di quello che facciamo e la conoscenza dei materiali.

Può darci un messaggio per i giovani?

È necessaria tanta passione per quello che si fa, specie oggi che tutto pare più difficile e il concetto di qualità percepita dal paziente diventa un punto critico. Noi oggi siamo valutati con dei parametri che non sono quelli della qualità che sappiamo esprimere nel nostro quotidiano.

La qualità percepita è un tema poco trattato dai clinici, per lo più materia di studio dei consulenti. Perché allora non cominciare a presentare una casistica della qualità percepita dal paziente?

Diplomaticamente ci sta. Personalmente, mi piace pensare che dobbiamo affrontare inevitabilmente questo argomento diventando noi stessi pazienti. Quando entriamo nella parte del paziente, anche il lavoro del nostro collega lo percepiamo in modo diverso e ci accorgiamo che le spiegazioni tecniche non sono sempre di facile comprensione. Torniamo ad essere semplici e torniamo a fare i medici, come quello di paese, che ti conosce e ti dedica cinque minuti per capire i tuoi desideri e cosa vuoi dall'operatore. Lo abbiamo troppo spesso trascurato in questi anni, a favore di un tecnicismo esasperato.

_Patrizia Gatto