

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

Anno V n. 1

Supplemento n. 1 di Dental Tribune Italian Edition
Anno VII, n. 3 - Marzo 2011

Marzo 2011



online adesso!
www.dental-tribune.com



Studio odontoiatrico

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

Il D.lgs. 81/2008, integrato 106/2009, ha apportato importanti modifiche in materia di sicurezza sul lavoro che coinvolgono tutte le attività lavorative, compresi quindi gli Studi odontoiatrici.

> pagina 4



Clinica & Pratica

GESTIONE ESTETICA DEGLI INCISIVI CENTRALI

Una donna di 50 anni si è presentata con problemi agli elementi 8 e 9 relativi ad asimmetria, mancanza di papilla interdentale e terapia canalare fallita con apicectomia.

> pagina 6



Clinica & Pratica

PIANIFICAZIONE PROTESICA FACILE E VELOCE

Il problema principale lamentato da una giovane paziente di 17 anni era la mancanza di estetica. Inoltre, si lamentava anche della mobilità dei denti e del limitato comfort funzionale.

> pagina 9

DISTRIBUTORE PER L'ITALIA

MEGA GEN Italia
Dental Implant Specialty Company



with concept MEGA GEN

Cambio della guardia al 19° Congresso della Sio: Romeo succede a Luongo

L'11-12 febbraio, a Bologna, si è svolto il 19° Congresso Nazionale della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (SIO). Aperto da una *lectio magistralis* di S.A. Jovanovic dal titolo "Incrementi ossei usando bone fillers, GBR e fattori di crescita", è stato precedu-

to dal Corporate Forum, che ha riscosso notevole interesse per gli argomenti trattati e per la formula diversa dal tradizionale workshop per pochi partecipanti. Il successo (oltre 400 presenze costanti nella sala plenaria) indica che è stata accolta con interesse dai partecipanti, ren-

dendo certamente felici aziende e organizzatori. Le tre sessioni (diagnosi e piano di trattamenti, rigenerazione tissutale, riabilitazione implanto-protesica) sono state frequentate da oltre 800 dentisti. La sala plenaria è stata "abbandonata" esclusivamente durante le pause, a

riprova dell'interesse suscitato da relatori di richiamo. Da segnalare, inoltre, il tradizionale corso del sabato pomeriggio "Il carico immediato: quanto e come seguirlo: evidenze scientifiche dall'istologia alla protesi",



→ **pagina 2**

Produzione e utilizzo di concentrati piastrinici

I concentrati piastrinici di derivazione autologa per uso topico trovano un utilizzo sempre maggiore in chirurgia stomatologica. Che il loro effetto biostimolante sulla guarigione dei tessuti molli e dell'osso sia una certezza è ormai scientificamente dimostrato dai innumerevoli articoli di prestigiose riviste internazionali. Fino a ieri il loro utilizzo presso gli ambulatori odontoiatrici era al limite della regolarità, non esistendo regolamentazione specifica sull'impiego.

I soli centri trasfusionali detenevano il diritto di preparazione. Chi volesse farne uso doveva



direttamente appoggiarsi a loro. Questa procedura ha in molti casi rallentato la diffusione dell'utilizzo dei concentrati piastrinici e la conoscenza specifica sui benefici derivanti.

→ **pagina 24**

Meeting Mediterraneo AIOP e corso di aggiornamento AIC

L'AIOP e l'AIC offriranno un grande evento in occasione del terzo Meeting Mediterra-



CONSERVATIVA E PROTESI: ESISTE UN CONFINO?
15-16 Aprile 2011
Nuovi orizzonti in Odontoiatria Restaurativa
Dott. Pascal Magne e Dott. Michel Magne
Palazzo dei Congressi di Riccione

neo dell'Accademia di Odontoiatria Protetica che, con il titolo: "Conservativa e Protesi: esiste un confine?", accende finalmente un riflettore sul ponte che unisce le due specialità, definendo quali sono i confini, in termini di indicazioni cliniche, tra le tecniche restaurative dirette e quelle indirette, quali sono le indicazioni all'applicazione di restauri parziali e quando invece sia più opportuno provvedere a restauri coronali totali,

→ **pagina 5**

Silfradent Medica
L'alta tecnologia parla italiano

SURGYBONE SB 300

Oggi la tecnologia ad ultrasuoni consente una **biochirurgia** mini-invasiva con la sicurezza del manipolo **High Power** e protezione **Waterproof**

AREE DI UTILIZZO
ESTRAZIONE
APICECTOMIA
CISTECTOMIA
PRELIEVO OSSEO
ESPANSIONE DI CRESTA
RIALZO DEL SENO
SCOLLAMENTO MEMBRANA DI SCHNEIDER
OSTEOPLASTICA
OSTEOTOMIA
PREPARAZIONE DEL SITO IMPLANTARE
PREPARAZIONE MONCONI E SUPERFICI RADICOLARI

ed inoltre
ORTODONZIA CHIRURGICA
ENDODONZIA
PARADONTOLOGIA
ABLAZIONE



silfradent

Via G. Di Vittorio 35/37 - 47018 S. Sofia (FC) - ITALIA
tel. +39 0543 970684 - fax +39 0543 970770
www.silfradent.com / info@silfradent.com

Editoriale

L'Implantologia è ancora una disciplina chirurgica?



Gli ultimi 10 anni hanno segnato una vera rivoluzione dei piani di trattamento odontoiatrici

per la definitiva affermazione dell'Implantologia, oggi più che mai disciplina odontoiatrica con piena dignità e scientificità. Ma quali saranno gli sviluppi dell'implanto-protesi, quali le linee di ricerca che dovranno portare a un'evoluzione della disciplina? Non c'è dubbio, a mio giudizio, che la ricerca si indirizzerà verso la ricostruzione protesica piuttosto che verso le procedure chirurgiche. Personalmente, non mi aspetto che grandi novità investiranno nei prossimi anni la chirurgia impiantare, mentre molto è ancora da scrivere e inventare nel campo della protesi, grazie al progressivo scivolamento dell'Implantologia verso la disciplina protesica. L'Implantologia, a ben riflettere, va perdendo le sue caratteristiche di disciplina chirurgica per acquisire quelle proprie della disciplina protesica, dando ragione a Roland Meffert, che già diversi anni sosteneva che lo fosse, seppur con una componente chirurgica. Questo divenire è in linea con quanto accade nel resto dell'Odontoiatria e della Medicina. Varie discipline, in passato definite mediche, hanno da tempo cominciato a comprendere anche gli aspetti chirurgici dei loro specifici trattamenti; si pensi ai dermatologi che hanno ampliato la loro pratica a tutta la chirurgia delle patologie cutanee, o ai cardiologi, che hanno messo mano a tutta una serie di operatività interventistiche; parallelamente, in campo odontoiatrico, gli endodontisti hanno iniziato, e con successo, ad interessarsi alla chirurgia endodontica, e gli ortodontisti sempre più spesso trattano in prima persona la chirurgia ortodontica minore. Dunque, appare inevitabile che in futuro sarà il protesista che posizionerà gli impianti. Da questa evoluzione scaturirà un duplice vantaggio: da un lato gli impianti saranno messi con una maggiore ottica protesica, e dall'altro il lavoro di un unico operatore porterà ad una riduzione dei prezzi, così come sta dimostrando la pratica del carico immediato, praticata a prezzi più contenuti se l'operatore coinvolto è uno solo. Ancora una volta sarà l'economia a dettare le regole del gioco, quel fattore economico che sempre più spesso condiziona i piani di trattamento e che finirà con il condizionare anche l'organizzazione professionale. Da chirurgo lo faccio a malincuore, ma mi trovo a dare ragione al mio amico Paolo Pera che suole dire che "fare un impianto senza la protesi è solo fare un piercing".

Ugo Covani

Cambio della guardia al 19° Congresso della Sio: Romeo succede a Luongo

← **pagina 1**

a cura di Piattelli, Rocci, Smaniotto, Cosentini e Degidi, e la sessione Igienisti assai affollata visto il tema trattato ("Le motivazioni del paziente"). Merito va ai moderatori e al Presidente uscente Giuseppe Luongo per le tempistiche tanto precise, virtù sempre rara in Italia, che può diventare anche caratteristica della nostra realtà se tutti si responsabilizzano. Durante la cena di gala – una simpatica riunione informale svoltasi in una cantina-enoteca del Centro, allietata da musica Jazz –, Giuseppe Luongo ha passato lo scettro della Presidenza a Eugenio Romeo. Docente di protesi e implantoprotesi al Corso di Laurea in Odontoiatria e Pro-

tesi Dentaria al Polo S. Paolo dell'Università degli Studi di Milano, socio attivo della Società italiana di Parodontologia (SidP) dal 1995 (nel biennio 1997-99 ne fu segretario), socio ordinario della European Association of Osseointegration (EAO) e Fellow Member dell'ITI Foundation, svolge attività libero-professionale a Milano. Nel formulare i migliori auguri di buon lavoro al Direttivo e al nuovo Presidente, DTI annuncia la prossima pubblicazione di una sua intervista.



Eugenio Romeo.



Gli impianti dentali vedono una più rapida crescita nei mercati emergenti



New York, Usa/Lipsia, Germania: L'incremento di produzione sta guidando il mercato per gli impianti dentali e dei sostituti ossei in Paesi come la Cina e l'India, secondo iData Research. In un rapporto di mercato, la società di consulenza con base in Canada ha previsto che il volume di mercato di entrambi i Paesi per quanto riguarda gli impianti dentali arriverà a superare i 400 milioni di dollari USA entro il 2017. Forti tassi di crescita a due cifre sono stati previsti anche per il Brasile, un'altra potenza del mercato globale emergente.

La rapida crescita di impianti dentali guiderà anche il mercato dei biomateriali dentali e dei sostituti ossei, afferma il rapporto.

Il numero di procedure che utilizzano questo materiale dovrebbe raggiungere quasi 400.000 in entrambi i Paesi entro il 2017.

"La de-regolazione dei servizi di cure odontoiatriche in Cina e in India ha alimentato la crescita di cliniche odontoiatriche private nei grandi centri urbani", ha detto il dottor Kamran Zamanian, CEO di iData. "Inoltre, il basso costo del lavoro ha conser-

vato i costi procedurali per l'impiantistica relativamente bassi, promuovendo il turismo dentale da parte di Paesi come Giappone, Corea del Sud e Australia".

Il mercato in Cina e in India attualmente sono dominati da pochi produttori stranieri come Dentsply-Friadent, Nobel Biocare o Straumann. La società svizzera, in particolare, ha aumentato la sua quota di mercato in Cina e nel Sud-Est asiatico con l'introduzione di prodotti innovativi, come il Bone Level Implant e SLActive dental implant surface technology. La società di consulenza

globale Frost & Sullivan recentemente ha premiato la società come miglior azienda del settore impiantare per la zona Asia Pacific, per la sua prestazione superiore in diversi settori come lo sviluppo di prodotti strategici.

L'Europa detiene ancora la quota maggiore di 3,2 miliardi nel mercato globale impiantare dentale, seguita dagli Stati Uniti, Corea e Giappone.

Il mercato stesso è proiettato alla crescita di oltre il 20 per cento nei prossimi cinque anni.

Daniel Zimmermann, DTI

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Group Editor Daniel Zimmermann
Managing Editor newsroom@dental-tribune.com
DT Asia Pacific +49 341 48 474 107

Publisher Torsten Oemus

Editors Claudia Salwiczek
Anja Worm
Copy Editors Sabrina Raaff
Hans Motschmann

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Aesthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology
Prof Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry
Dr Edward Lynch, Ireland – Restorative
Dr Ziv Mazar, Israel – Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

Publisher/President/CEO
Sales & Marketing

Director of Finance & Controlling
Marketing & Sales Services
License Inquiries
Accounting
Business Development Manager
Project Manager Online
Executive Producer

Torsten Oemus
Peter Witteczek
Antje Kahnt
Dan Wunderlich
Nadine Parczyk
Jörg Warschat
Manuela Hunger
Bernhard Moldenhauer
Alexander Witteczek
Gernot Meyer

© 2011, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.
Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany

Tel.: +49 341 4 84 74 502 - Fax: +49 341 4 84 74 175
Internet: www.dental-tribune.com - E-mail: info@dental-tribune.com

Regional Offices

Asia Pacific Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road,
Wanchi, Hong Kong Tel.: +852 3115 6177 - Fax: +852 3115 6199

The Americas Dental Tribune America
116 West 25rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology - Italian Edition

Supplemento n. 1 di Dental Tribune Italian Edition - Anno VII, n. 3 - marzo 2011
Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/200

Direttore responsabile
Massimo Boccaletti

Direzione scientifica
Enrico Gherlone, Tiziano Testori

Amministratore
Patrizia Gatto

Editore
TUE. OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225
10157 Torino
Tel. +39.011.04.63.350
Fax +39.011.197.15.882
www.tueor.com
redazione@tueor.com

Coordinamento editoriale
Crisitana Ferrari

Comitato scientifico
Alberto Barlattani, Andrea Bianchi, Roberto Cocchetto, Ugo Covani, Mauro Labanca, Carlo Maiorana, Gilberto Sammartino, Massimo Simion, Paolo Trisi, Leonardo Trombelli, Ferdinando Zarone

Traduzioni scientifiche
Cristina M. Rodighiero

Progetto e controllo grafico
Angiolina Puglia

Realizzazione
TUE. OR. Srl - www.tueor.it

Stampa
Arti Grafiche Amilcare Pizzi Spa - Cinisello B. (MI)

Pubblicità
TUE. OR. Srl

Meeting Mediterraneo AIOP e corso di aggiornamento AIC: sinergie per grandi occasioni

← **in** pagina 1

quali sono le direttive da seguire per il restauro dell'anatomia occlusale, sia in caso di restauri diretti che indiretti, e infine quali materiali metal-free utilizzare nei diversi casi che si presentano alla clinica, nelle piccole e grandi restaurazioni protesiche.

I relatori saranno soci attivi delle due accademie, tra i maggiori esperti delle rispettive specialità; come ormai d'abitudine per il Meeting, che vede nel confronto virtuoso tra diverse discipline il miglior strumento di lavoro per giungere a conclusioni clinicamente utili all'uditorio, ogni relazione affronterà per risolverli quesiti che nella quotidianità si presentano al clinico e all'odontotecnico, a cominciare dal piano di trattamento, passando per la scelta dei materiali e delle tecnologie conservative o protesiche, fino alla selezione del materiale da cementazione, anello finale della catena restaurativa indiretta. E dunque quale risposta dare alla domanda, retorica, posta dal titolo del Meeting? Esiste un confine tra conservativa e protesi? Ebbene, possiamo dire che esiste una "zona" di confine, un'area di coesistenza delle due discipline, all'interno della quale si trova una larga percentuale dei casi che giornalmente i clinici, sia specialisti che ancor più dentisti generici, incontrano; la possibilità offerta dal Meeting di comprendere quali siano i limiti e le indicazioni di un approccio rispetto ad un altro, o anche di osservare come uno stesso caso possa essere risolto in modi differenti è davvero imperdibile, soprattutto alla luce delle novità in fatto di materiali e tecniche che definiscono continuamente nuovi panorami nei trattamenti odontoiatrici; al proposito di fare chiarezza e tracciare dei punti fermi proprio nelle eventuali zone d'ombra, il programma riserva uno spazio importante alle tavole rotonde dove il pubblico potrà dare voce ai dubbi, agli interrogativi e alle proprie esperienze quotidiane.

Uno dei valori aggiunti del Meeting, e dell'unione con l'AIC, è quella di poter offrire il corso pregressuale dei ricercatissimi Michel e Pascal Magne, la "coppia d'oro" in tema di restauri estetici, con un titolo significativo: "Nuovi orizzonti in odontoiatria restaurativa. Quanto i nuovi materiali hanno cambiato i nostri piani di trattamento?". E quanto è importante per ottenere i migliori risultati immediati e nel tempo selezionare i materiali adatti al singolo caso? Quali trattamenti ci indicano le ultime ricerche per ottimizzare la resa dei materiali innovativi? Le risposte ce le fornirà questa collaudata coppia clinico-tecnica, a testimoniare come solo il dialogo tra le due figure possa condurre a risultati eccellenti in un campo delicato e relativamente nuovo; una collaborazione fianco a fianco, che

consente di ottimizzare tempi e risultati in casi dove ogni minimo imprevisto o imperfezione risulta cruciale ai fini della soddisfazione e della fiducia del paziente. I fratelli Magne, con la loro esperienza clinica e la loro cultura in fatto di nuovi mate-

riali, condurranno l'uditorio in un percorso nel quale ognuno potrà trovare gli spunti utili a razionalizzare e migliorare la propria realtà clinica o tecnica.

Un'ultima nota sull'ormai tradizionale "location", promossa dal pubblico e dagli espositori,

comoda, facilmente raggiungibile e ricca di occasioni di intrattenimento anche per gli accompagnatori... comprese quelle preparate dall'organizzazione: la serata al Peter Pan e in prima assoluta il torneo di golf: ne abbiamo per tutti i gusti!

Per informazioni: www.aiop.com

Fino al 15 marzo iscrizioni agevolate e una grande offerta dall'Aiop: solo per quest'anno nella quota di iscrizione sarà compreso il corso pregressuale del congresso internazionale di Bologna 2011.

www.nanotite.it
www.biomax.it

BIOMET 3i
PROVIDING SOLUTIONS - ONE PATIENT AT A TIME

OROLOGIO IMPLANTARE™

Tempo, Tempo, Tempo. Una tecnologia per ogni tempo

Encode® System

DIGITAL DENTISTRY

Encode® System, sistema di impronta semplificato

TEMPO: 2 mesi

BIOMAX

via Zamenhof 615 / 36100 VICENZA
T 0444.913410 / F 0444.913695

ANS
PARTNER

Ricerca, tecnologia e professionalità. Insieme creiamo valore

Contro la sanzione dei Nas, una nota ministeriale in favore dei dentisti

Avendo i Nas verbalizzato ad alcuni dentisti contestazioni in merito all'utilizzo negli Studi professionali delle apparecchiature CAD/CAM tipo CEREC, per la realizzazione diretta di corone protesiche senza iscrizione nel "Registro dei fabbricanti" e il rilascio al paziente della Dichiarazione di conformità ex Direttiva 93/42, l'Andi ha trasmesso, il 14 e 24 febbraio, al Direttore generale delle Professioni sanitarie del Ministero, Giovanni Leonardi, due pareri motivati, sostenendo la duplice legittimità del comportamento dei professionisti, in base alla Legge istitutiva della professione (la 409/85) e alla sentenza della Cassazione, secondo cui la protesi dentaria

"è un atto tipico della professione odontoiatrica non necessariamente da appaltare all'odontotecnico".

Se ne è discusso – ricorda un comunicato Andi – anche nell'incontro di Roma del 26 gennaio tra il Presidente nazionale Gianfranco Prada e il Generale Saverio Cotticelli, Comandante Unità Specializzate dei Carabinieri, in attesa dell'emanazione di un parere ministeriale".

Datato 2 marzo e sottoscritto dal Direttore Generale del Dipartimento dell'Innovazione, Direzione Farmaci e Dispositivi Medici, Marcella Marletta, il parere dice testualmente:

"Gli odontoiatri, stante il loro corso di studi universitari relativo anche alla protesizzazione, possono realizzare direttamente gli elementi dentari con il sistema sopra indicato".

E ancora:

"L'odontoiatra non immette in commercio dispositivi medici (né può vendere prodotti al paziente), ma fornisce una prestazione professionale nell'ambito della quale applica (mette in servizio) un prodotto per la cura del paziente stesso".

Al termine del comunicato, l'Andi rivolge un ringraziamento particolare al Referente per l'Odontoiatria del Ministero della Salute, Enrico Gherlone:

"per l'impegno con il quale ha seguito e indirizzato l'evolversi e la soluzione anche della tematica. Aver ben specificato e ribadito il concetto che l'odontoiatra può realizzare direttamente nell'ambito della sua terapia anche manufatti protesici soprattutto in vista delle future evoluzioni tecnologiche – conclude la nota – consente di guardare con più serenità al domani".



SISTEMI CAD/CAM | STRUMENTI | SISTEMI DI IGIENE | RIUNITI | SISTEMI RADIOLOGICI

UNA NUOVA LUCE PER VEDERE LE COSE!

CEREC Bluecam. Il CAD CAM sotto una nuova luce.

Restauri perfetti con l'impronta ottica. L'odontoiatria ormai ha raggiunto livelli estremamente avanzati. La nuova unità di diagnostica per immagini CEREC AC rende i sistemi CAD/CAM ancora più precisi, più facili e sicuri. Grazie all'innovativa tecnologia Bluecam e al nuovo software 3D, infatti, CEREC si pone come punto di riferimento per la precisione e la gamma delle indicazioni. E, con CEREC Connect, in futuro avrete un filo diretto con il laboratorio odontotecnico. Sarà una buona giornata. Con Sirona.



www.sirona.it
Tel. 045 82.81.811

The Dental Company

sirona

Il D.lgs. 81/2008 nello Studio odontoiatrico La stesura del Documento di Valutazione dei Rischi

Il D.lgs. 81/2008, integrato 106/2009, ha apportato importanti modifiche in materia di sicurezza sul lavoro che coinvolgono tutte le attività lavorative, compresi quindi gli Studi odontoiatrici.

In particolare, il nuovo TU ha riformato, riunito e armonizzato le disposizioni dettate da numerose precedenti normative in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, succedutesi nell'arco di quasi sessant'anni, al fine di adeguare il corpus normativo all'evolversi della tecnica e del sistema di organizzazione del lavoro.

Il primo aspetto per il quale il nuovo decreto si distingue dalla precedente Legge 626 è l'attenzione all'organizzazione della prevenzione, rimodulando conseguentemente sia gli impianti sanzionatori, penali ed amministrativi, sia gli adempimenti.

Le azioni che tutti i datori di lavoro devono mettere in atto sono:

- la valutazione dei rischi e le conseguenti disposizioni o attività di prevenzione o annullamento dei rischi;
- l'individuazione delle prin-

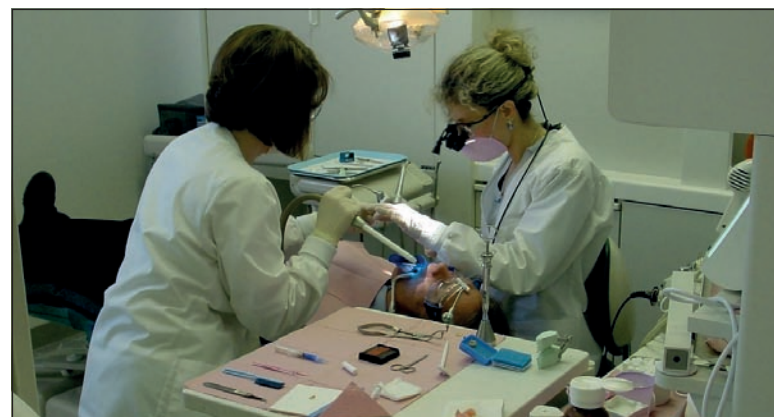
cipali figure della sicurezza (RSPP, RLS, Responsabile Primo Soccorso, Responsabile piano d'evacuazione e antincendio, Medico Competente);

- azioni di controllo e monitoraggio costante, con il coinvolgimento dei lavoratori;
- informazione e formazione dei lavoratori, dirigenti e preposti;
- mantenere i protocolli di sorveglianza sanitaria, prescritti dal Medico competente.

Data la vastità dell'argomento, mi preme soffermarmi sui singoli punti per analizzarli nel dettaglio e fornire maggiori informazioni su quelli che sono gli obblighi per gli Studi odontoiatrici.

Esaminiamo, quindi, il primo punto. Il documento di valutazione dei rischi (DVR), art. 28, racchiude l'analisi di tutti i possibili rischi insiti nell'attività lavorativa, definendo quelle che possono essere misure di prevenzione e i metodi di monitoraggio del rischio.

→ **pagina 5**



← **in** pagina 4

È giusto specificare che l'art. 29, comma 5, stabilisce che "[...] i datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori effettuano la valutazione dei rischi di cui al predente articolo sulla base delle procedure standardizzate di cui all'art. 6, comma 8, lett. f). Fino alla scadenza del diciottesimo mese successivo all'entrata in vigore del decreto interministeriale [...] e, comunque, non oltre il 30 giugno 2012, gli stessi datori di lavoro possono autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi". Oltre al fatto che, come si evince dall'articolo, l'autocertificazione non sarà più valida da luglio 2012, sconsiglio vivamente di avvalersi di un tale documento. Dati, infatti, i rischi impliciti nell'attività odontoiatrica (biologico, posturale, radiazioni ionizzanti ecc.), diventa difficile giustificare davanti a un organo di vigilanza l'effettiva valutazione dei rischi e dell'attività lavorativa, senza una documentazione che ne espliciti i parametri e i fondamenti tecnici e metodologici. Inoltre gli organi di vigilanza, in particolare ASL e SPRESAL, come d'altronde sottolineano anche il TU e le Linee Guida, prestano particolare attenzione alla valutazione dei rischi specifici della singola attività lavorativa, che non si rifaccia quindi a strumenti standardizzati e riferiti all'intera categoria professionale (modelli pre-stampati).

Questa necessità diventa ancor più palese se si pensa alla personalizzazione, per esempio, delle procedure di igiene dello Studio (dai diversi macchinari di sterilizzazione, alla presenza o meno di ditte esterne per la pulizia dei locali), delle attività odontoiatriche svolte (chirurgia, ortodonzia, implantologia ecc.) o della presenza o meno di un laboratorio o di strumenti odontotecnici.

I punti salienti che il DVR deve contenere sono:

- descrizione dei locali e delle attività svolte;
- elenco dei lavoratori (n.b.: per lavoratore si intende qualunque risorsa in forza, compresi tirocinanti, contratti temporanei o a progetto, stagisti etc.) e dei liberi professionisti che collaborano con lo Studio;
- elenco delle figure della sicurezza;
- valutazione di tutti i rischi elencati dal TU. Nel caso alcuni non siano presenti, questi deve essere ugualmente citato e classificato come assente;
- misure preventive atte a eliminare o a ridurre al minimo i rischi;
- elenco dei dispositivi di protezione individuale utilizzati, in riferimento alle singole attività, ovvero ai singoli rischi;
- elenco dei mezzi di estinzione, presidi di primo soccorso e segnaletica presente nello Studio;
- programma delle attività formative e registro formazione;
- programma delle attività di monitoraggio e controllo delle misure preventive (protocolli operativi);
- protocollo di sorveglianza sanitaria.

In caso di cambiamenti sostan-

ziali nel numero e nell'identità dei lavoratori, nei macchinari e nelle attrezzature utilizzate, nell'edificio in cui si svolge l'attività e/o nella normativa vigente in materia di sicurezza, si dovrà provvedere ad aggiornare tale documento con le integrazioni necessarie e la relativa formazione e informazione dei lavoratori. In conclusione, l'elenco di alcune sanzioni previste dal Decreto e relative a quanto trattato:

- Arresto da 3 a 6 mesi o ammenda da 2.500 a 6.400 € per aver omesso la valutazione di tutti i rischi e l'adozione

del documento di valutazione.

- Arresto da 2 a 4 mesi o ammenda da 1.200 a 5.200 € per mancata formazione e informazione dei lavoratori sui rischi generali e sulle procedure di primo soccorso ed evacuazione.
- Arresto da 2 a 4 mesi o ammenda da 1.200 a 5.200 € per mancata presenza di idonee misure per prevenire gli incendi.
- Arresto da 3 a 6 mesi o ammenda da 2.500 a 6.400 € per mancata apposizione della segnaletica di sicurezza.

Bibliografia

1. Decreto Legislativo n. 81 del 9 Aprile 2008.
2. Decreto Legislativo n. 106 del 3 Agosto 2009.
3. Rovetta S., Manuale per l'applicazione del D.Lgs. 81/2008, EPC LIBRI, Roma 2008.
4. Rosa G., Casi reali in materia di salute e sicurezza sul lavoro, EPC LIBRI, Roma 2010.
5. Dubini R., Unico Testo Normativo sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Mega Italia Media, Tobole Casaglia (BS) 2010.

Sara Luciani,

Consulente per la sicurezza sul lavoro - convenzionata Andi Torino.

Psicologa del lavoro e delle organizzazioni

www.smstudioassociato.it - sara.luciani@smstudioassociato.it



5 Novembre 2011

VICENZA, Teatro Comunale

camlogacademy

SIMPOSIO ACCADEMIA ITALIANA CAMLOG

Coordinatore scientifico: Carlo Maiorana

Presidenti di sessione e relatori:

Massimo Albanese
Dario Andreoni
Alfonso Baruffaldi
Mario Beretta
Matteo Capelli
Luca Cordaro
Sergio De Paoli
Marco Finotti
Pier Francesco Nocini
Giano Ricci
Ruggero Rodriguez y Baena
Tiziano Testori

Focus on:

Rigenerazione dei tessuti
Implantologia guidata
CAD/CAM

Panel discussion.

Con il patrocinio di:

camlogfoundation



Corso di Laurea Magistrale in
Odontoiatria e Protesi Dentaria
Università degli Studi di Milano

Corso di Laurea Magistrale in
Odontoiatria e Protesi Dentaria
Università degli Studi di Pavia

Dipartimento di Discipline
Odontostomatologiche "S. Palazzi"
Università degli Studi di Pavia

Alta-Tech
BIO7ECHOLOGIES www.alta-tech.it Tel. 0444/461311 info@alta-tech.it

Gestione estetica degli incisivi centrali mascellari adiacenti

Estrazione, inserimento immediato e provisionalizzazione

Michael Sonick, DMD



Fig. 1a - Immagine frontale iniziale.

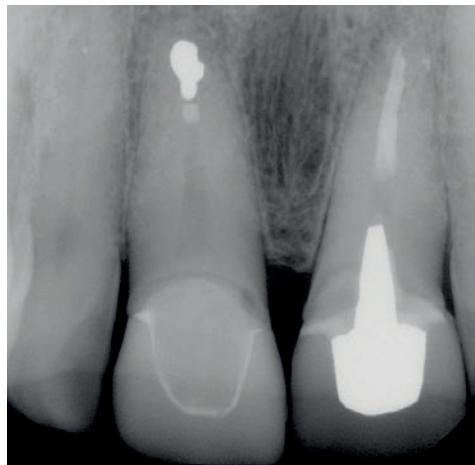


Fig. 1e - Radiografia iniziale. I denti 8 e 9 sono falliti dal punto di vista endodontico.

Parodontologia:
Dr. Michael Sonick

Odontoiatria restaurativa:
Dr. Patrice Foudy

Anamnesi della paziente

Una donna di 50 anni, con situazione medica e parodontale stabile, si è presentata con problemi agli elementi 8 e 9 relativi ad asimmetria, mancanza di papilla interdentale e terapia canalare fallita con apicectomia eseguite in passato (Fig. 1).

Piano di trattamento

1. Estrazione degli elementi 8 e 9, impianti immediati in 8 e 9 e provvisori immediati non funzionali in 8 e 9.
2. Periodo di guarigione di tre mesi.
3. Gengivectomia per creare una simmetria delle mucose.
4. Periodo di guarigione di sei mesi, durante il quale saranno eseguite le modifiche dei contorni al restauro provvisorio al fine di gestire la rigenerazione papillare.
5. Applicazione di corone single finali PFM sugli impianti in 8 e 9.

Razionale del piano di trattamento

La riabilitazione implantare nei siti 8 e 9 supporta il successo protesico a lungo termine, diminuendo i costi futuri e permettendo una gamma più ampia di opzioni restaurative. La paziente è un candidato ideale per un impianto immediato con relativo provvisorio grazie al suo biotipo spesso, che resiste alla recessione, nonché al posizionamento coronale della copertura gengivale intrinseca intorno agli elementi 8 e 9 rispetto ai denti



Fig. 1b - Immagine del sorriso. È evidente la mancanza di papilla tra 8 e 9. La paziente mostra anche una asimmetria gengivale, infiammazione e gengiva in eccesso intorno agli elementi 8 e 9.



Fig. 2a - I punti di contatto vengono rotti e le corone vengono rimosse. Si deve evitare un trauma all'osso e ai denti adiacenti.



Fig. 3a - Si usa una guida chirurgica per assicurare il corretto orientamento durante la preparazione dell'osteotomia. Immagine buccale della guida in posizione con i perni di orientamento.

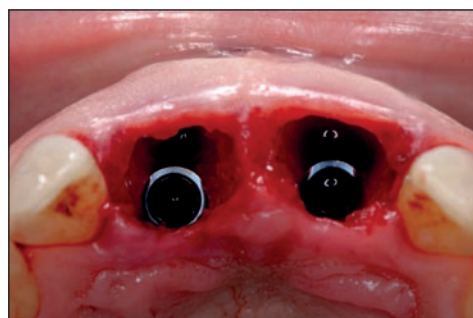


Fig. 4 - Immagine oclusale dopo posizionamento di due impianti con diametro 4 mm. Notare la posizione palatale e lo spessore del piano buccale. È presente un gap tra l'aspetto labiale dell'impianto e il piano facciale. Questo verrà innestato.

adiacenti, che consente il permanere di una minima recessione post-trattamento nell'ambito di un contorno esteticamente piacevole.

Estrazione degli elementi 8 e 9, impianti immediati in 8 e 9 e provvisori immediati non funzionali in 8 e 9

Dopo la sedazione orale con 0.25 mg di triazolam e anestesia locale per induzione con il Lidocaina al 2% ed epinefrina 1:100.000 e Bupivacaina allo 0.5% con epinefrina 1:200.000, sono state eseguite



Fig. 1c - Immagine del sorriso laterale di destra iniziale.



Fig. 2b - Dopo l'incisione sulculare, si utilizza la piezochirurgia per rimuovere un modo atraumatico i denti.

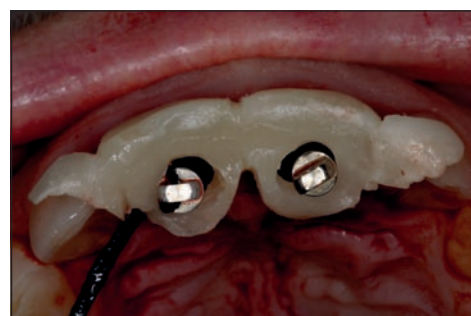


Fig. 3b - Immagine oclusale della guida in posizione. Notare che l'osteotomia è situata nella posizione del cingolo, il sito preferito per un restauro avvitato. Si notino le alette occlusali sulla guida che stabilizzano la sua posizione sui denti adiacenti durante la preparazione chirurgica.

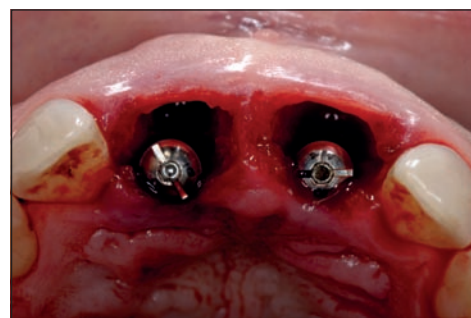


Fig. 5a - Monconi di guarigione provvisori in posizione. Questi evitano il collasso del tessuto molle e dell'osso durante la preparazione extra-orale del restauro provvisorio.

le incisioni sulcolari in modo circonferenziale intorno ai denti 8 e 9.

Per creare lo spazio per le estrazioni, sono state prima ridotte le corone dei denti 8 e 9 (Fig. 2a). I denti 8 e 9 sono stati estratti in modo atraumatico con una punta per piezochirurgia e con pinze mascellari universali (Figg. 2b, 2c). La degranulazione delle tasche è stata eseguita con una fresa di finitura al carburo e una fresa Neumeyer.

È stata utilizzata una guida chirurgica per preparare le osteotomie degli impianti



Fig. 1d - Immagine del sorriso laterale di sinistra iniziale. I denti 8 e 9 sembrano essere su un piano oclusale differente. L'attenzione si concentra su questi.



Fig. 2c - Utilizzo della pinza con pressione apicale rotazionale sul dente 8 per rimuoverlo senza alcuna distruzione del piano alveolare.

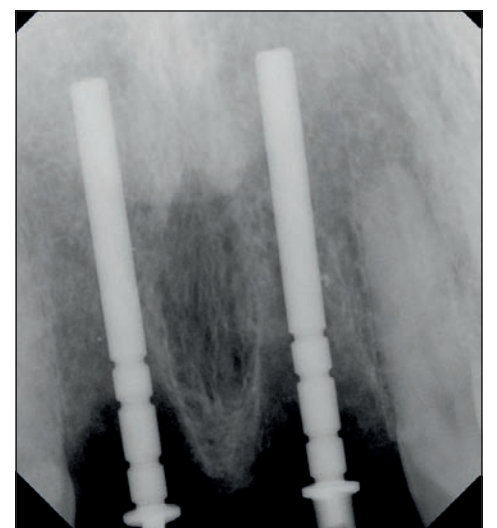


Fig. 3c - Orientamento dell'osteotomia iniziale confermato dalla radiografia.

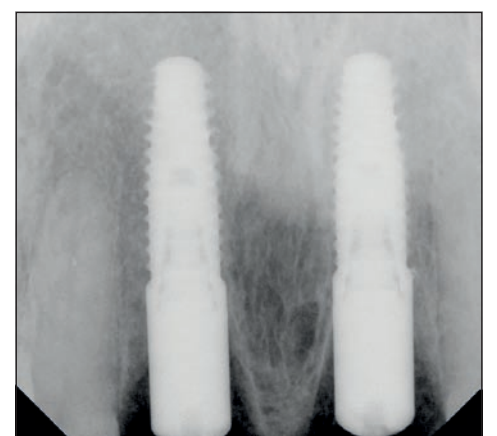
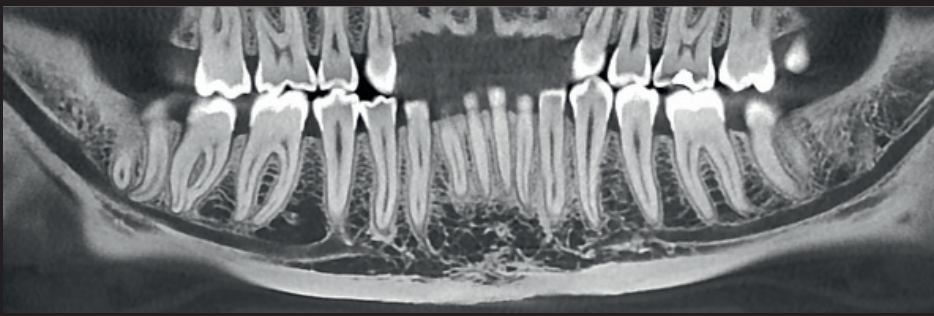


Fig. 5b - Radiografia degli impianti in posizione con i monconi di guarigione provvisori. Notare il piccolo osseo tra gli impianti.

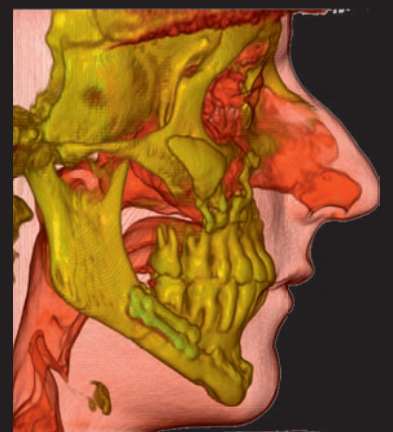
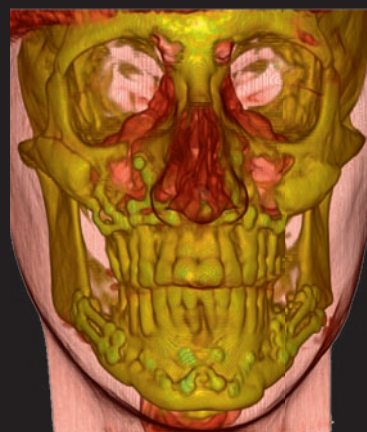
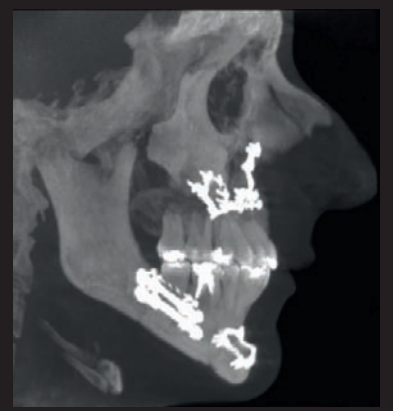
e si è ottenuto un posizionamento corretto (Fig. 3). Dopo la finalizzazione dei siti delle osteotomie, in posizione 8 e 9 sono stati inseriti impianti ruvidi, a esagono esterno, con diametro 4 mm e lunghezza 13 mm (NanoTite® Tapered Certain® Implant, BIOMET 3i, Palm Beach Gardens, Fla.) (Fig. 4).

Primi nel risultato, costanti nel metodo.



Garantire risultati precisi e indiscutibili significa dare fondamento solido alla diagnostica. Da sempre, tecnici e clinici si impegnano nel continuo consolidamento di standard qualitativi eccellenti per fornire risultati fedeli alla realtà.

NewTom, da sempre un unico obiettivo.



VGi

- Esposizione complessiva in meno di 4 secondi
- Posizionamento paziente accurato Laser assistito
- Gantry aperto per il comfort del paziente
- Volume ricostruito di grandi dimensioni
- FOV variabili
- Accessibile con sedia a rotelle

NewTom

Cone Beam 3D Imaging

Via Silvestrini 20
Verona, Italy 37135
Tel. +39 045 8202727 - 583500
Fax +39 045 8203040
www.qrverona.it

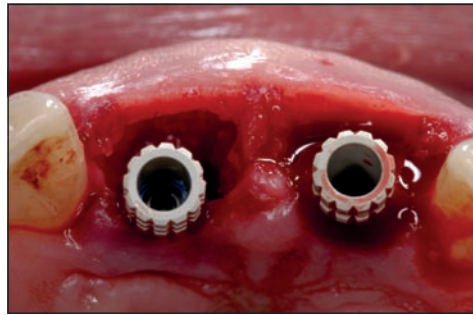


Fig. 6a - Immagine occlusale dei cilindri provvisori. Notare il posizionamento ideale per funzione ed estetica. Le forze occlusali sono direzionate lungo l'asse degli impianti. Gli impianti sono posizionati palatalmente, il che permette la modellazione ideale del tessuto mediante il provvisorio.



Fig. 6b - Immagine frontale dei cilindri provvisori.



Fig. 7 - Restauro provvisorio immediatamente dopo la ribasatura e l'applicazione. Non è presente la papilla.

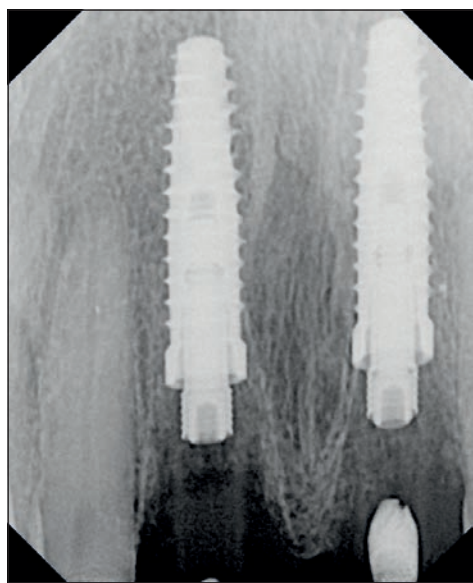


Fig. 8 - Radiografia eseguita il giorno dell'impianto.



Fig. 9 - Restauro provvisorio 1 settimana dopo l'impianto. Guarigione molto positiva dei tessuti molli e minima recessione.



Fig. 10 - Restauro provvisorio 3 mesi dopo l'impianto.

← pagina 6

Sugli impianti sono stati inseriti i monconi di guarigione per evitare il collasso di tessuto molle e osso durante il periodo di realizzazione extraorale della protesi provvisoria (Fig. 5a).

L'orientamento degli impianti era ideale, e le fixture fuoriuscivano dagli alveoli nelle posizioni del cingolo (Fig. 5a).

È stata ottenuta la stabilità primaria. La valutazione radiografica degli impianti rilevava un picco di osso tra le fixture, una distanza inter-impianto superiore a 4 mm e una distanza dente-impianto di 2 mm (Fig. 5b). Per superare il gap circferenziale tra le pareti dell'alveolo e le superficie implantari, è stato utilizzato un alloinnesto di osso liofilizzato (FDBA) come materiale di riempimento (LifeNet Health, Virginia Beach, Va.).

I cilindri provvisori (PreFormance® Temporary Cylinder, Certain® Internal Connection, piattaforma 4.1 mm, con esagono) sono stati posizionati sugli impianti per verificare la posizione del restauro (Fig. 6).

Questi sono stati rimossi ed è stata rilevata un'impronta a livello dell'impianto. Dopo la realizzazione in studio di un modello con gli analoghi degli impianti, i cilindri provvisori sono stati applicati agli analoghi e sono state realizzate coro-

na provvisorie in acrilico mediante una mascherina realizzata sopra agli incisivi centrali con forma ideale. Queste corone provvisorie sono state posizionate e avvitate sugli impianti mediante viti in titanio con un torque di 20 Ncm. Sulla testa delle viti sono stati posizionati dei pellet di cotone e i fori di accesso sono stati sigillati con composito. La regolazione occlusale ha evitato il contatto funzionale durante le escursioni. I restauri provvisori non riempivano lo spazio papillare tra 8 e 9 (Fig. 7).

La radiografia eseguita dopo il completamento della fase provvisoria ha permesso di evidenziare il posizionamento e l'applicazione soddisfacenti (Fig. 8).

Gingivectomia sugli impianti 8 e 9

La guarigione dei siti implantari è avvenuta senza complicanze. Una settimana dopo la chirurgia, il tessuto marginale buccale era rimasto orientato coronalmente ed era iniziata l'invasione della papilla nello spazio interdentale vuoto (Fig. 9).

Tre mesi dopo la chirurgia iniziale, si è verificato un ulteriore spostamento coronale e riempimento della papilla (Fig. 10). È stata eseguita una gingivectomia minore per creare una simmetria mucosale tra gli incisivi centrali superiori. Sono stati modificati anche il punto di

contatto e il contorno delle corone provvisorie per creare una papilla più piena.

Restauro finale degli impianti 8 e 9

Sei mesi dopo la gingivectomia e la modifica dei contorni dei provvisori, gli impianti erano pronti per la protesi finale (Fig. 11). Sono state applicate singole corone PFM definitive sugli impianti 8 e 9. L'analisi clinica dimostrava la risoluzione dell'infiammazione, la situazione ideale dei tessuti molli e la rigenerazione papillare (Fig. 12).

Una radiografia evidenziava la conservazione dell'osso interprossimale e perimplantare (Fig. 13). La paziente era soddisfatta dei risultati funzionali ed estetici (Fig. 14).

Istruzioni post-operatorie

Dopo la procedura chirurgica, alla paziente è stato detto di assumere Ibuprofen 600 mg ogni 4-6 ore, Idrocodone 7.5 mg /acetaminofene 750 mg ogni 4-6 ore in caso di dolore and Doxiciclina 100 mg per 10 giorni. Inoltre, le è stato raccomandato di non spazzolare sul sito chirurgico o nelle vicinanze e di eseguire sciacqui con clorexidina allo 0,12% o soluzione salina tiepida due volte al giorno. La paziente è stata istruita a non masticare nell'area interessata per almeno due settimane.



Fig. 11 - Restauro provvisorio 6 mesi dopo la gingivectomia e la regolazione dei contorni delle corone provvisorie.



Fig. 12a - Restauri finali su 8 e 9.



Fig. 12b - Immagine ravvicinata del restauro finale.



Fig. 12c - Immagine finale laterale di destra.



Fig. 12d - Immagine finale laterale di sinistra.



Fig. 13 - Radiografia del restauro finale. Vi è conservazione dell'osso interprossimale e perimplantare.



Fig. 14 - Immagine finale.

Autore

Dr. Michael Sonick si occupa a tempo pieno di parodontologia e chirurgia implantare a Fairfield, Conn. Noto educatore, autore e ricercatore clinico, è relatore presso l'International Dental Program della New York University School of Dentistry, è stato professore assistente presso il reparto di chirurgia della Yale University School of Medicine e della University of Connecticut School of Dental Medicine e relatore sui temi della parodontologia, implantologia, gestione dello studio per programmi formativi in tutto il mondo.

A livello locale, è fondatore e direttore del Fairfield County Dental Club, un'organizzazione di educazione continua che propone corsi sugli ultimi sviluppi in odontoiatria ai clinici e al loro staff.

Sonick è anche fondatore e direttore del Sonick Seminars, LLC, un istituto di formazione multidisciplinare con sede nel suo studio clinico e centro di formazione.

Vengono proposti corsi su tutti gli aspetti chirurgici della parodontologia e dell'implantologia.

Caratteristica particolare di questo programma è la suddivisione in tre parti: i dentisti partecipano a sessioni di chirurgia dal vivo, corsi pratici e lezioni teoriche.



Per chi fosse interessato a partecipare, è possibile visitare il sito web www.sonickdmd.com.

Pianificazione protesica facile e veloce

Lieven Renier, Dominik Muylaert

Il problema principale e più importante lamentato da questa giovane di 17 anni era la mancanza di estetica. Inoltre, la paziente si lamentava anche della mobilità dei denti e del limitato comfort funzionale. Aveva paura di perdere i suoi denti "in qualsiasi momento".

Anamnesi

All'età di 4 anni, le era stato diagnosticato un sarcoma embrionale del naso-faringe, stato trattato con chemioterapia, seguita da radioterapia.

Come risultato di questa terapia, nelle prime fasi di sviluppo del viso, la crescita della mascella e quella di tutte le strutture coinvolte nel campo di applicazione della radioterapia risultavano compromesse.

Esame clinico e radiologico (Figg. 1, 3)

1. Mancanza di una linea del sorriso piacevole ed estetica, con il risultato di una ridotta autostima.
2. Pseudo 3° classe a causa di ipoplasia della mascella.
3. Nessuna formazione di radici nella mascella con conseguente mobilità del dente e problemi funzionali.
4. Nessuna formazione del seno.



Fig. 1 - Visita iniziale

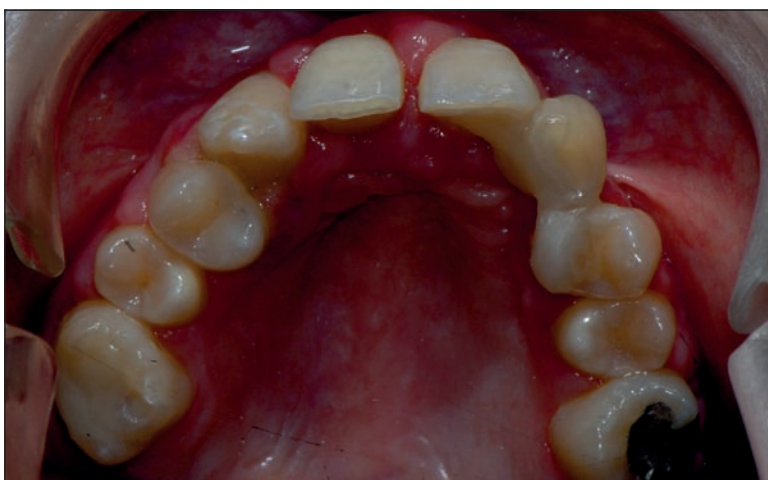


Fig. 2 - Esame clinico iniziale.

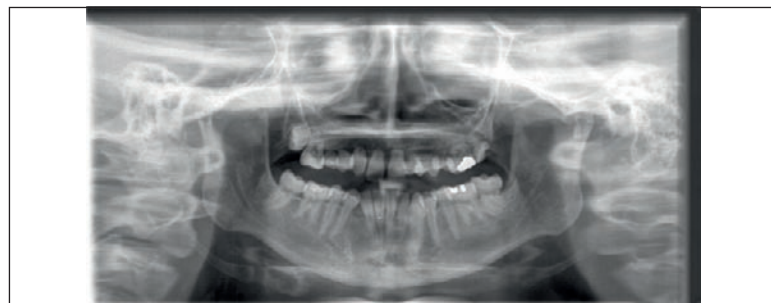


Fig. 3 - Esame radiologico iniziale.

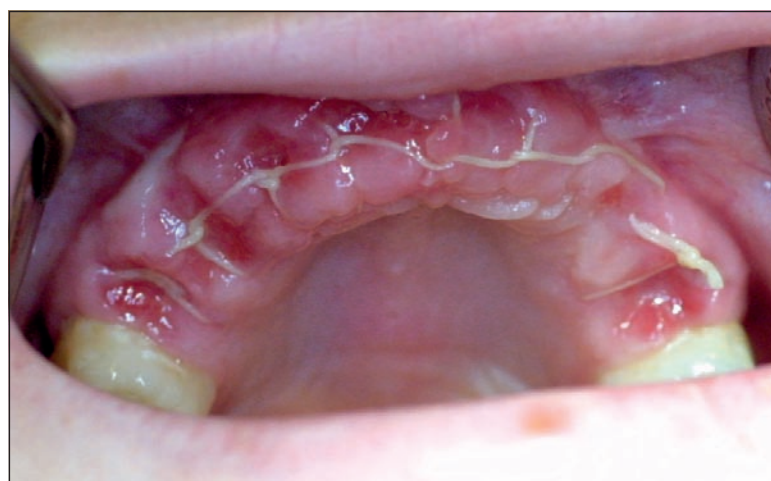


Fig. 4 - Estrazione dei denti superiori.

5. Mancanza degli incisivi superiori laterali e del canino inferiore.

Piano di trattamento iniziale (Figg. 4, 5)

Il piano di trattamento iniziale si basava sull'esame clinico e radiologico di base.

- Istruzioni di profilassi e igiene orale.
- Dispositivo ortodontico fisso nell'arcata inferiore.
- All'età di 18 anni, estrazione

dei denti superiori, eccetto i denti 16 e 26.

- Rimozione del restauro provvisorio.
- Periodo di guarigione di tre mesi.
- Imaging 3D e pianificazione del trattamento con SimPlant® (Materialise Dental).
- 20 sessioni di terapia con ossigeno iperbarico.

→ **pagina 10**

SimPlant® Academy

Evento
accreditato
con ECM

Una finestra sull'Odontoiatria Digitale 3D

V Congresso Nazionale
Chirurgia implantare guidata:
Prevenzione dell'errore chirurgico
Genova, 28 maggio 2011

Per informazioni e registrazione: [e: roberta.scarfi@materialise.it](mailto:e:roberta.scarfi@materialise.it) [t: +39 34 5675 3386](tel:+393456753386)

dalla scansione

alla pianificazione

alla chirurgia guidata

www.materialisedental.com

Materialise
Dental



Università degli studi di Genova
Chairmen Prof. Stefano Benedicenti,
Prof. Paolo Pera

Presidente
Dr. Guido Schioli

Comitato scientifico
Dr. Sandro Fabbro,
Dr. Roberto Garrone

Moderatori
Dr. Sandro Fabbro, Dr. Corrado Gazzzerro,
Odt. Bruno Scarfò

Relatori
Dr. Mario Beretta, Dr. Gino Carnazza,
Dr. Luca Casalena, Dr. Roberto Garrone,
Odt. Uli Hauschild, Dr. Giovanna Perrotti,
Dr. Armando Ponzi, Dr. Marco Rinaldi,
Dr. Riccardo Scaringi, Dr. Guido Schioli,
Dr. Angelo Sisti, Dr. Tiziano Testori