

IL PRIMO IBRIDO TRIFUNZIONALE

LA PRIMA SUPERFICIE NANOTECNOLOGICA
con cristalli DCD per sviluppare un alto livello di BIC nelle prime due settimane (70-80%)

T¹ Tecnologia Bone

Valore Medio Complessivo
Sa 1,2 µm

IL PRIMO IBRIDO DI NUOVA GENERAZIONE
per contrastare efficacemente la perimplantite

T² Tecnologia Safe

Valore Medio Complessivo
Sa 0,3 µm

LA PRIMA CONNESSIONE CON 3 LIVELLI DI INGAGGIO
per una tenuta a prova di test

T³ Tecnologia Connection

www.biomax.it

Nuovo Decreto ministeriale sugli emocomponenti

Novità, ambiti di applicazione e limiti commentati dall'Avvocato

S. Fiorentino

Dopo anni di attesa, alla fine del 2015 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (n. 300 del 28.12.2015) il Decreto Ministero Salute 2 novembre 2015 dal titolo "Disposizioni

relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".

> pagina 20

DENTAL TRIBUNE
DT STUDY CLUB
CORSI | DISCUSSIONI | BLOG | GUIDA

Unisciti
alla comunità
Iscriviti gratuitamente



www.dtstudyclub.it

Intervista a Denis Cecchinato sul progetto PEERS

Implant Tribune ha intervistato il dott. Denis Cecchinato per far conoscere ai propri lettori il progetto Community PEERS. Denis Cecchinato, past president della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata, clinico e ricercatore di chirurgia implantare e parodontale, è il presidente italiano, per il triennio 2015-2017, della Community PEERS (Platform for Exchange of Education, Research and Science).



> leggi l'intervista a pagina 3

A volumetric 3-D digital analysis



of dimensional changes to the alveolar process at implants placed immediately into extraction sockets

I. Szathvary, M. Caneva, M. Caneva,
E. Bressan, D. Botticelli, R. Meneghello

L'articolo è stato pubblicato su *Journal of Oral Science & Rehabilitation* No. 1, 2015

ARTICOLO
IN LINGUA
ORIGINALE

Introduction

A recent systematic review of the literature regarding dimensional changes to the hard and soft tissue after tooth extraction was evaluated.¹ A vertical hard-tissue loss of 11-22% after six months of healing was found. When the combined hard- and soft-tissue dimensional changes were considered, a variation of +0.1 to -0.9 mm after six months and of +0.4 to -0.8 mm after 12 months was found. A horizontal dimensional reduction of the hard tissue of between 29% and 63% was observed six to seven months after tooth extraction. When the combined hard- and soft-tissue dimensional changes were considered, a loss of 1.3 mm after three months and of 5.1 mm after 12 months was found. Moreover, the reduction was more rapid during the first three to six months, followed by a minor gradual reduction in dimensions thereafter.

> pagina 9

Overdentures su impianti

Riabilitazione ancora attuale?

S. Carossa

Il miglioramento dei protocolli di prevenzione e della qualità delle cure odontoiatriche ha comportato,

negli ultimi anni, una probabile diminuzione degli edentulismi totali in alcune fasce di età adulta avan-

zata, in precedenza maggiormente esposte al problema.

> pagina 2

HOME

↓ CORSI ONLINE

EVENTS

Digital dentistry - Cad/Cam

WEBINAR REGISTRATO

CORSO GRATUITO

La detenzione e l'uso degli apparecchi radiologici Cone Beam nello studio dentistico tra obblighi di legge ed etica professionale

Dott. Biagio Di Dino

L'introduzione delle apparecchiature CBCT negli studi odontoiatrici ha sollevato problematiche e interessi che comunque devono confrontarsi con le norme attualmente vigenti sulla radioprotezione per la tutela della salute della popolazione. L'utilità di tale tecnologia nella realtà clinica quotidiana del dentista è ormai innegabile e pertanto è auspicabile che la sua applicazione sia legalmente, tecnicamente ed eticamente sempre corretta e consapevole.

—CORSO SPONSORIZZATO DA—

KaVo. Dental Excellence.

www.dtstudyclub.it

Overdentures su impianti: riabilitazione ancora attuale?

Stefano Carossa, Direttore Dental School, Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Università di Torino

< pagina 1

Questo fatto, unitamente allo sviluppo e alla diffusione dell’implantologia moderna che ha profondamente cambiato l’approccio diagnostico-terapeutico nelle riabilitazioni protesiche degli edentulismi sia parziali che totali, ha indotto molti professionisti, soprattutto delle nuove generazioni, a considerare di minor interesse clinico la riabilitazione dell’edentulo mediante protesi totale. Sempre più diffusa è la tendenza alla riabilitazione implantoprotesica fissa in ogni situazione clinica. Si è arrivati al punto che, presso alcune scuole qualificate a livello internazionale, è stata proposta l’abolizione dell’insegnamento di protesi totale nel Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentale. La realtà invece è diversa per una serie di motivi:

- l’incremento della lunghezza della vita media della popolazione con una percentuale significativa di soggetti oltre i 75 anni di età fa sì che vi sia un aumento degli edentuli per la perdita fisiologica di elementi dentari. Il peggioramento della crisi socio-economica, anche in Occidente, che colpisce in particolare gli anziani pensionati, fa sì che questi soggetti sovente non abbiano le possibilità di sostenere le spese per una riabilitazione implantoprotesica fissa.
- l’aumento delle patologie sistemiche, correlato con l’innalzamento

dell’età media, che può rappresentare una controindicazione a interventi chirurgici anche ambulatoriali quali quelli di inserzione di impianti.

Pertanto, la richiesta di riabilitazioni totali rimovibili nei prossimi decenni rimarrà elevata; anzi, si prevede che tenderà ad aumentare. Da un lavoro di Douglass e collaboratori del 2002¹ riferito alla popolazione degli USA, a fronte della costruzione di 33 milioni di protesi totali nel 1991, se ne stima una produzione di circa 38 milioni nel 2020. La riabilitazione mediante protesi totale, per quanto ben eseguita, comporta in assoluto dei significativi limiti di efficienza masticatoria. La gravità di tale deficit è legata soprattutto alla difficoltà di ottenere adeguate ritenzione e stabilità della protesi mandibolare. La difficoltà è dovuta alla minor superficie di appoggio mandibolare rispetto a quella mascellare. Ad aggravare la condizione nel tempo inoltre, vi è un progressivo maggior riassorbimento dell’osso mandibolare rispetto a quello dell’osso mascellare (mediamente 4 volte superiore).

L’instabilità della protesi inferiore, la cui entità è in relazione al grado di riassorbimento osseo, può avere conseguenze sia in termini di patologie che di disagio funzionale. La diminuita efficienza masticatoria può condurre a sindromi da malnutrizione dovute a un’insufficiente assunzione alimen-

tare, e una spiccata mobilità protesica può rendere difficoltosa la funzione fonatoria e indurre inoltre il paziente a non indossare la protesi durante la notte, provocando o aggravando disturbi del sonno quali la OSAS (*obstructive sleep apnoea syndrome*). Per ovviare ai limiti funzionali sopracitati, la soluzione più idonea è la overdenture (OVD) mandibolare ritenuta da impianti osseointegrati. La validità di tale riabilitazione è testimoniata dalla notevole crescita negli ultimi anni del numero di pubblicazioni scientifiche a riguardo, prodotte dai più autorevoli ricercatori clinici nel campo protesico. L’OVD è facilmente applicabile anche alle fasce di pazienti più anziani, poiché comporta costi e invasività chirurgica inferiori rispetto a riabilitazioni implantoprotesiche fisse. La presenza degli impianti, oltre che stabilizzare la protesi, limita il progressivo fisiologico riassorbimento osseo attorno agli impianti stessi. Numerosi studi, tra i quali molti effettuati dalla Scuola protesica torinese, hanno analizzato mediante tecniche istologiche, biomolecolari, neurofisiologiche e biomeccaniche, i cambiamenti nella mandibola alla base del recupero della proiocezione persa a causa dell’assenza dei legamenti parodontali. La presenza dei due impianti stimola l’attivazione

di propriocettori vicarianti contenuti nelle mucose, muscoli e osso intorno e adiacenti agli impianti, consentendo il ripristino di una funzione più fisiologica. Numerosi lavori scientifici evidenziano come il miglioramento della stabilità della protesi ottenuto mediante OVD incida profondamente sulla qualità della vita dei pazienti. Per poter applicare la soluzione tecnica più idonea alla situazione clinica del paziente è necessario conoscere i vari tipi di ancoraggi disponibili quali attacchi a pallina, Locator, magnetici, barre ecc. Una recente metodica che utilizza mini-impianti e il carico immediato è attualmente oggetto di uno studio clinico presso la Dental School di Torino. Dai primi riscontri la procedura risulta altamente affidabile. I vantaggi sono rappresentati, rispetto alla OVD tradizionale, da una significativa riduzione dei costi, da una più ampia applicabilità e da un aumentato comfort per il paziente. Questi ultimi punti sono dovuti a una minore invasività chirurgica legata al diametro ridotto degli impianti (che possono essere inseriti anche in situazioni di spiccato riassorbimento osseo) e al fatto che le fasi chirurgica e di ancoraggio protesico vengono effettuate nella stessa seduta operatoria.

bibliografia

1. Douglass C.W., Shih A., Ostry L. (2002), “Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020?”, J Prosthet Dent. 2002 Jan;87(1):5-8.

Osteonecrosi delle ossa mascellari (ONJ)

Quali sono i livelli di attenzione suggeriti ai professionisti che operano nello studio odontoiatrico?

Giuseppina Campisi

Professore ordinario di Malattie odontostomatologiche e responsabile scientifico del Progetto nazionale di aggiornamento su ONJ da farmaci.

L’ONJ associata a farmaci è un evento avverso associato – in pazienti oncologici o osteoporotici – alla terapia con antiassorbitivi (i.e. bisfosfonati, denumab) e/o anti-angiogenetici (i.e. bevacizumab, sunitinib) in pazienti oncologici (Figg. A, B). È indispensabile, quindi, l’attenta valutazione del profilo di rischio in ogni singolo paziente, mediante:

1. la raccolta dell’anamnesi medica e farmacologica;
2. l’esame dei fattori di rischio locali, soprattutto la patologia infiammatoria dento-parodontale e/o peri-implantare, le protesi incongrue, le esostosi ossee, le procedure di chirurgia orale.

Queste informazioni, insieme ai protocolli di management odontoiatrico, sono state oggetto di un importante lavoro di consensus da parte di

due società scientifiche italiane, la SIPMO e la SICMF, che è approdato nella stesura della versione 1.1. delle raccomandazioni per ONJ, scaricabile gratuitamente al link: www.sipmo.it. La stessa commissione sta lavorando al rilascio della versione 2.0, aggiornata in funzione dei nuovi farmaci coinvolti, e a un progetto di aggiornamento sul territorio nazionale in collaborazione con la CAO. Prevenire si può! I professionisti della salute orale sono chiamati a conoscere il problema per assicurare una corretta comunicazione con il paziente e i medici prescrittori dei farmaci correlati a ONJ, e un’efficace prevenzione della malattia, grazie al raggiungimento e al mantenimento di un adeguato stato di salute dento-parodontale e di igiene orale nei soggetti a rischio.



Fig. A - Esposizione bilaterale mandibolare di osso necrotico associata a suppurazione in sede post-estrattiva 33/34 in paziente oncologico, in pregresso trattamento con acido zoledronico.

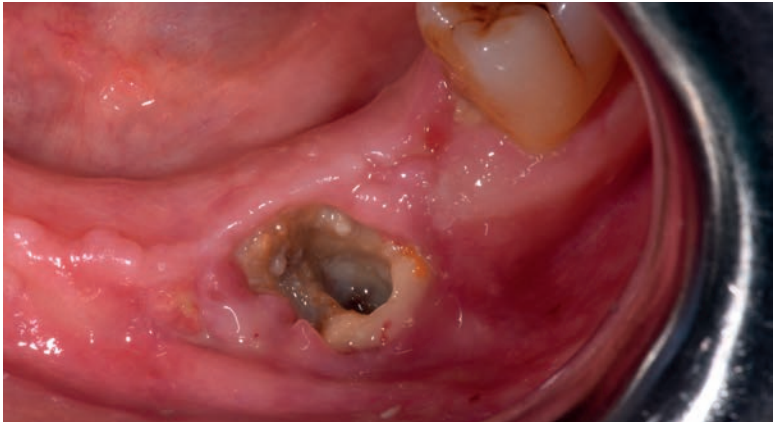


Fig. B - Dettaglio dell'alveolo post-estrattivo.

IMPLANT TRIBUNE
The World's Newspaper of Implantology - Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830
CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz
ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER - Claudia Duschek
EDITORIAL ASSISTANTS - Anne Faulmann; Kristin Hübner
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek
JR. MANAGER BUSINESS DEVELOPMENT - Sarah Schubert
PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho
EVENT MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION MANAGER - Christiane Ferret
INTERNATIONAL PR & PROJECT MANAGER - Marc Chalupsky
MARKETING & SALES SERVICES - Nicole Andrá
EVENT SERVICES - Esther Wodarski
ACCOUNTING SERVICES
Karen Hamatschek; Anja Maywald; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Antje Kahnt (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Maria Kaiser (North America); Hélène Carpentier (Europe); Barbora Solarova (Eastern Europe)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger
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 Mazor, Israel – Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

©2016, 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 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105-111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 7185

IMPLANT TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno V Numero 1, Marzo 2016

DIRETTORE RESPONSABILE
Patrizia Gatto
[patrizia.gatto@tueorservizi.it]

DIREZIONE SCIENTIFICA
Enrico Gherlone, Tiziano Testori

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

CONTRIBUTI
D. Botticelli, E. Bressan, G. Campisi, M. Caneva, M. Caneva, S. Carossa, N. Ciampoli, R. De Lellis, D. Del Bianco, D.A. Di Stefano, S. Fiorentino, P. Gatto, L. Grivet Brancot, J. Hatt, U. Macca, U. Marchesi, R. Meneghello, C. Napoleone, J. Szathvary, A. Vecchi

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)

TRADUZIONI SCIENTIFICHE
Patrizia Biancucci

STAMPA
RDierichs Druck+Media GmbH
Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Germany

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ - Tueor Servizi Srl
[alessia.murari@tueorservizi.it]

UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
info@tueorservizi.it

Copia singola: euro 3,00
Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 633/72

DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE
DEL GRUPPO DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL
CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

E' proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Intervista a Denis Cecchinato sul progetto PEERS

Implant Tribune ha intervistato il dott. Denis Cecchinato per far conoscere ai propri lettori il progetto Community PEERS. Denis Cecchinato, past president della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata, clinico e ricercatore di chirurgia implantare e parodontale, è il presidente italiano, per il triennio 2015-2017, della Community PEERS (Platform for Exchange of Education, Research and Science).



Dott. Cecchinato, ci racconta che cos'è la Community PEERS (Platform for Exchange of Education, Research and Science)?

Mi piace definire PEERS come un salotto "buono" clinico-scientifico, destinato a tutti i relatori e ricercatori che lavorano sulle tre metodiche implantari di Dentsply. PEERS è una comunità globale presente in molti Paesi nel mondo. L'organizzazione italiana fa parte della divisione definita PEERS International.

Quali sono gli obiettivi di PEERS?

Si tratta di un contenitore culturale e scientifico destinato allo scambio di informazioni e conoscenze fra i membri che ne fanno parte.

Dentsply, sponsor del progetto, investe molto in ricerca. Si tratta senza dubbio di un aspetto, purtroppo meno noto, ma che rappresenta una garanzia per i prodotti di uno dei massimi fabbricanti nel mondo del dentale. Può confermarci il livello e la qualità degli investimenti in ricerca?

Credo che pochi abbiano l'esatta percezione di quanto Dentsply investa in ricerca e innovazione di prodotto. Per meglio chiarire questo punto vorrei fornire alcuni dati: in tutto il mondo oggi ci sono più di 200 lavori di ricerca in fase di realizzazione; sono coinvolte più di 60 università e più di 250 centri in 25 Paesi. A oggi sono stati pubblicati, in riviste con comitato di lettura, più di 1600 lavori inerenti i prodotti implantari Dentsply. Questi numeri danno l'esatta idea di quanto questa azienda sia orientata alla ricerca. All'interno della divisione "Implants" di Dentsply c'è un intero reparto costituito da più di 100 ricercatori che lavorano allo sviluppo e test di nuovi prodotti.

Quanto vale il contributo dei clinici italiani nel mondo e lo spazio dato alla ricerca italiana da parte della casa madre Dentsply?

Per quanto riguarda l'importanza dell'Italia, nel 2014 c'erano 47 studi sostenuti da Dentsply, con il coinvolgimento di 8 Università, 16 centri e 30 investigatori principali.

Restoring quality of life

I pazienti si affidano a voi per mangiare, parlare e sorridere con fiducia. Quindi voi state restituendo la felicità e la qualità della vita ai vostri pazienti.

Per il successo nella pratica quotidiana, avete bisogno di una tecnologia con solide basi e scientificamente provata che porti a soluzioni di alta qualità per tutte le fasi della terapia implantare.

Inoltre, grazie ad un approccio aperto, collaboriamo con i nostri clienti e offriamo servizi che vanno ben oltre il singolo prodotto, quali programmi di supporto, sviluppo e formazione.

Soluzioni affidabili e partnership per ripristinare la qualità della vita, perché è importante.

Soluzioni complete per tutte le fasi del trattamento implantare

Supporto e sviluppo della professione

STEPPS™

Pianificazione digitale

SIMPLANT™

Prodotti per la rigenerazione ossea

SYMBIOS™

Impianti

ANKYLOS™
ASTRA TECH IMPLANT SYSTEM
XiVE™

Protesi

ATLANTIS™

www.dentsplyimplants.it

< pagina 3

Dalla comparazione tra i dati globali e quelli relativi alla realtà italiana si capisce come l'Italia rivesta un ruolo centrale nella ricerca Dentsply.

Parliamo di PEERS Italy, presentata a Palazzo Varignana, a Bologna, il 13 e 14 novembre scorso, di cui lei è il presidente per il triennio 2015-2017.

L'attività di PEERS è iniziata lo scorso 13-14 novembre a Palazzo Varignana, a Bologna, dove sono stato ufficialmente nominato come presidente e dove per 2 giorni tutti i membri attivi e ordinari hanno discusso su tre temi fondamentali per quanto riguarda la protesi implantare. È stata fatta una revisione della ricerca inerente la protesi avvitata, cementata e cionometrica, ed è stata presentata la clinica di eccellenza intorno a ognuno di questi argomenti topici.

Quale contributo può dare PEERS all'implantologia oggi in Italia?

Oggi PEERS può dare un contributo molto importante all'implantologia, non solo in

Italia ma a livello globale. Sono convinto che il flusso digitale oggi promosso sul mercato da Dentsply sia l'eccellenza. L'implantologia moderna è completamente digitalizzata, a partire dal momento in cui il paziente entra per la prima visita fino al momento della dimissione a lavoro ultimato.

La gestione completamente in digitale dei nostri pazienti prevede l'utilizzo di tecnologie e device molto avanzati, ampiamente sperimentati ed efficaci. Oggi Dentsply è tra le aziende più all'avanguardia in questo campo.

Perché lei personalmente ha deciso di aderire a questo progetto accettando la presidenza?

Ho accettato la presidenza perché oggi PEERS rappresenta una sfida nello scenario scientifico e culturale italiano ma soprattutto perché sono convinto della bontà dei prodotti Dentsply, che arrivano sul mercato dopo un processo di ricerca e sperimentazione che ha pochi eguali nel mondo dell'implantologia. Sono orgoglioso di rappresentare un'azienda che ha fatto dell'introduzione sul mercato di prodotti fortemente sicuri per i nostri pazienti, il suo punto di forza.

Quali i progetti per il 2016 di PEERS Italia?

Il 13 e 14 novembre 2016 si svolgerà a Galzignano Terme, in provincia di Padova, il 2° PEERS Meeting, dove si parlerà dell'impianto post-estrattivo immediato. L'argomento verrà sviluppato in tutte le sue sfaccettature da sei rinomati speaker che hanno abbracciato le metodiche implantari Dentsply.

Nel corso della sua presidenza, nel 2017 si svolgeranno due importanti eventi collegati a PEERS. Può farci qualche anticipazione?

In giugno 2017 a Nizza avrà luogo il primo PEERS International Meeting in occasione del "DENTSPLY Implants World Summit Tour". Questo primo incontro internazionale precederà l'evento clou del mio periodo di presidenza, che avverrà alla fine del 2017. Sarà un congresso che riunirà in Italia, oltre ai più grandi interpreti nazionali della materia, anche i più riconosciuti relatori in campo internazionale e sarà molto innovativo sia per struttura che per contenuti.

Grazie per l'intervista.



Musica in sala d'attesa

I dentisti non devono corrispondere il compenso ex artt. 73 e 73-bis della legge sul diritto d'autore

Nel confermare i principi già elaborati da alcune decisioni della Corte di Giustizia europea, la Cassazione ha confermato, con ordinanza depositata l'8 febbraio scorso, che i dentisti non sono obbligati a corrispondere il compenso ex artt. 73 e 73-bis della legge sul diritto d'autore, riguardante le cosiddette "utilizzazioni secondarie del fonogramma", con riguardo alla musica di sottofondo diffusa in sala d'attesa.

La Corte ha dapprima rammentato che il «dictum della Corte di Giustizia costituisce una regola iuris applicabile dal giudice nazionale in ogni stato e grado di giudizio», con la conseguenza che la sentenza della Corte di Giustizia è fonte di diritto oggettivo anche retroattiva. La Corte ha poi ricordato la sentenza della Corte di Giustizia n. 162/12 Del Corso a proposito degli studi dentistici, ove, nel richiamare i precedenti specifici in materia di definizione di pubblico, è stato osservato che «il pubblico, ai sensi dell'ar-

ticolo 3, paragrafo 1, della direttiva 2001/29, riguarda un numero indeterminato di destinatari potenziali e comprende, peraltro, un numero di persone piuttosto considerevole», e che «relativamente, poi, al criterio attinente a un numero di persone piuttosto considerevole, quest'ultimo mira a porre in evidenza che la nozione di pubblico comporta una certa soglia di minimis, il che esclude da detta nozione una pluralità di interessati troppo esigua, se non addirittura insignificante».



I giudici concludono quindi che, nel caso degli studi dentistici, la sentenza 162/12 CGE è giunta alla conclusione che i clienti che si susseguono in uno studio dentistico non costituiscono un numero di persone particolarmente considerevole da costituire un pubblico, e pertanto questo principio deve essere applicato anche nel contesto normativo italiano.

Fonte: dirittodautore.it

Parodontite: i progetti della SIdP raccontati dal Presidente Claudio Gatti

Luigi Grivet Brancot intervista, per Dental Tribune, il nuovo Presidente della SIdP (biennio 2016-2017), Claudio Gatti, alla vigilia del Congresso Nazionale SIdP del 17-19 marzo 2016

Come sarà il Congresso Nazionale SIdP che si terrà a Torino Lingotto il 17-18-19 marzo?

Ci siamo impegnati molto. Con la commissione culturale abbiamo preparato un programma che fosse di interesse per la pratica clinica quotidiana di tutti gli esercenti odontoiatrici. Infatti, parleremo di appropriatezza delle cure parodontali e implantari, di tutte le cure, da quelle indispensabili di base a quelle chirurgiche più avanzate. Sappiamo che un intervento diagnostico o terapeutico risulta appropriato nel momento in cui risponde il più possibile, relativamente al contesto in cui si colloca, ai criteri di efficacia ed efficienza: per efficacia, si intende la capacità di raggiungere l'obiettivo; per efficienza, la capacità di raggiungerlo impiegando le risorse minime indispensabili. Una terapia efficace è anche efficiente se il risultato è raggiunto velocemente, in modo più semplice e più economico. In questo Congresso sono certo che i relatori che abbiamo scelto sapranno dare risposte concrete alle nostre domande.

Malgrado ogni proclama, la parodontite sembra non sia percepita come una malattia molto grave (addirittura la sesta patologia più frequente dell'umanità). Lei stesso in un'intervista ha detto che «la maggioranza degli individui affetti è ignara della sua condizione, sia per sottostima dei segni e dei sintomi iniziali, sia per mancata diagnosi». Perché tale carenza di informazione?

Con la collaborazione di un'importante azienda che fa indagini di mercato, stiamo conducendo uno studio su un campione importante della popolazione italiana. I dati preliminari ci stanno offrendo informazioni veramente utili per capire meglio il problema. Durante il Congresso saremo in grado di presentare i risultati della ricerca e potremo così stabilire una strategia per migliorare la conoscenza del pubblico sulla malattia, che è responsabile in assoluto della maggiore perdita di denti in Italia.

Quali cifre, anche economiche, la individuano in Italia? Il suo predecessore ha detto in un'intervista che «curare un'intera dentatura affetta da parodontite diagnosticata precocemente costa meno che sostituire un singolo dente perso per parodontite». Lei come commenta questa affermazione?

Può sembrare una provocazione, ma è assolutamente la verità: se si diagnostica precocemente, è facile e poco costoso curare una parodontite iniziale; meno che sostituire un dente con un impianto! Ed è esattamente quello che vorremmo fosse fatto se fossimo noi stessi il paziente in questione.

> pagina 5



ci o microbiologici.

Vuole fare una dichiarazione finale a questa intervista?

Volentieri! La SIdP sta rapidamente cambiando e si sta aprendo alla professione e alla popolazione. In passato è stata giudicata come una sorta di club per pochi eletti, che discutevano per ore della possibilità di recuperare mezzo millimetro di osso in più o in meno. Non è vero! La nostra società vuole dimostrare

che la parodontologia deve obbligatoriamente essere al centro della professione odontoiatrica. Non esiste una buona odontoiatria senza la parodontologia. Soprattutto non esiste una buona implantologia senza parodontologia. Se i colleghi ci sosterranno con la loro partecipazione, sono sicuro che saremo in grado di incidere profondamente sull'attività professionale odontoiatrica del futuro. Vogliamo più parodontologia per tutti, per dentisti e per pazienti,

poiché siamo certi di poter dare in tal modo un contributo fondamentale alla diagnosi e alla cura di una malattia che causa una forma più o meno grave di disabilità a 20 milioni di italiani oltre i 35 anni e che colpisce, nella forma grave, oltre 3 milioni di persone, le quali – si stima – spendano per la patologia e le sue conseguenze un miliardo di euro l'anno, in particolare per sostituire i denti persi.

A cura di Luigi Grivet Brancot

< pagina 4

Cosa fa e cosa intende fare la SIdP perché il pubblico sia aiutato a uscire da questa "niente affatto beata ignoranza" che l'affligge in merito ai rischi parodontali?

È in fase avanzata di realizzazione un'importante campagna di comunicazione che potrebbe contribuire a far meglio comprendere alla popolazione italiana la necessità di una diagnosi, possibilmente precoce, della parodontite. In seguito all'approvazione degli organi statuari della SIdP, saremo in grado di far partire l'iniziativa già nel 2016. Sono convinto che potremmo essere in grado di influire in modo determinante sulla percezione della malattia e sulla conoscenza delle conseguenze e della possibilità di cura.

In che cosa consiste il test PSR della SIdP?

È la registrazione sintetica di un esame parodontale completo. Un esame fondamentale per la diagnosi, semplice e veloce da eseguire, e oltretutto di grande valore medico-legale.

La gestione della parodontite ripropone il delicato rapporto tra odontoiatra e igienista. Che cosa ha da dire al proposito? Nello specifico, quali ritiene i passi più incisivi che la SIdP dovrà compiere per far fronte al problema?

Da anni la SIdP propone programmi culturali comuni per odontoiatri e igienisti, come ad esempio tutta la giornata congressuale di venerdì 18 marzo a Torino. Gli igienisti rappresentano una parte fondamentale del team che si occupa della cura della parodontite e del mantenimento dei risultati nel tempo. La SIdP si presenta come la casa naturale degli igienisti italiani. Devono crescere con noi e con noi affrontare le sfide future, come ad esempio quella dell'informazione corretta alla popolazione, cercando di contrastare i messaggi sbagliati e fuorvianti che la pubblicità sta fornendo al pubblico: ad esempio, che se le gengive sanguinano è sufficiente usare il tal dentifricio o collutorio, oppure che per curare la parodontite è sufficiente una breve seduta di pulizia dei denti dal costo irrisorio o, al contrario, che è necessario usare il laser e usufruire di sofisticati test genetici.







CULTURA FORMAZIONE AGGIORNAMENTO

da oltre **30 anni punto di riferimento**
per l'attività odontoiatrica nazionale

Struttura di 1.000 mq Laboratorio odontotecnico **Aula Magna**
Relatori italiani e internazionali **Interventi su paziente**
Studio dentistico con 2 riuniti Telecamere endorali ed extraorali
Ambiente Active Classroom **Dispositivi multimediali** Aule polivalenti

Consulta la programmazione didattica 2016 su: www.leone.it/iso/
 Oppure seguici su: www.facebook.com/ISOCorsi 

Via P. a Quaracchi 48 - 50019 Sesto Fiorentino - FIRENZE
 Tel. 055.304458 - Fax 055.304455 - e-mail: iso@leone.it



Implantologia digitale: risultati prevedibili estetici e funzionali

Dott. Jesper Hatt, DDS

Oggi siamo al limite di una rivoluzione digitale in odontoiatria. La digitalizzazione offrirà nuovi mezzi per il trattamento dei nostri pazienti. Questo articolo

vuole concentrarsi sulla pianificazione del trattamento digitale che si può realizzare nell'odierna pratica quotidiana di uno studio dentistico generico. Ci saranno

alcune osservazioni circa l'hardware e i software necessari per individuare la gamma delle possibilità e delle insidie prima di procedere. Prenderemo in esame le

possibilità con guide chirurgiche supportate dai denti, dal momento che il trattamento di pazienti edentuli con guide chirurgiche è stato ampiamente trattato in passato. Prima di trattare qualsiasi paziente, abbiamo bisogno di un piano di trattamento. In un semplice caso in composito, il piano nella mente del dentista potrebbe essere sufficiente. Ma quando si passa a casi più complessi, la necessità di un progetto accurato diventa essenziale. La seguente sequenza si basa sul presupposto

che il paziente abbia articolazioni nella norma e muscoli rilassati con un'occlusione bilanciata in relazione centrica (CR). Se non è questo il caso, vi raccomandiamo di risolvere questi problemi prima di qualsiasi trattamento protesico definitivo. Allo scopo di raggiungere il risultato maggiormente prevedibile, si raccomanda il seguente protocollo che si può utilizzare con o senza protesi.

> pagina 7



Fig. 1a



Fig. 1b

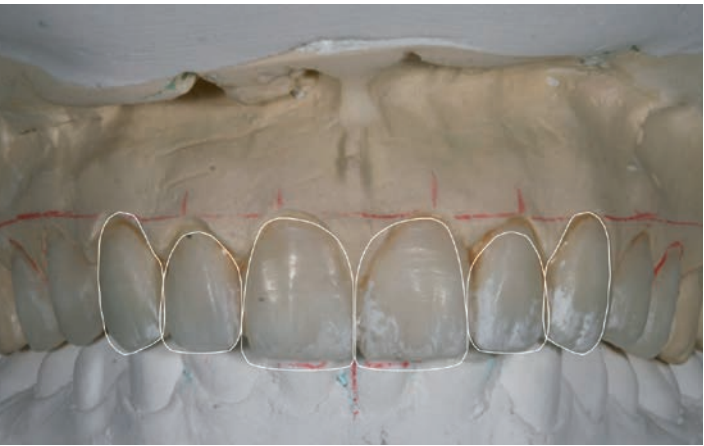


Fig. 1c



Fig. 1d

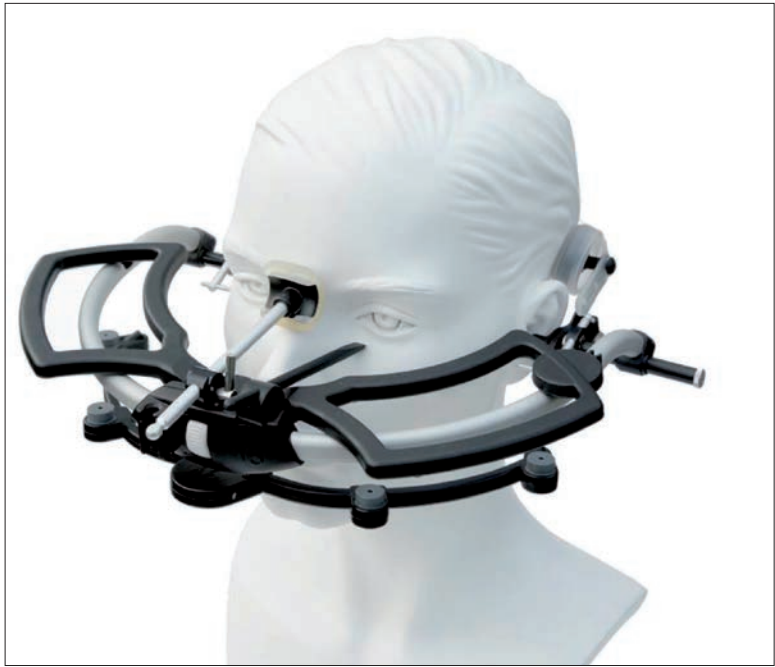


Fig. 2

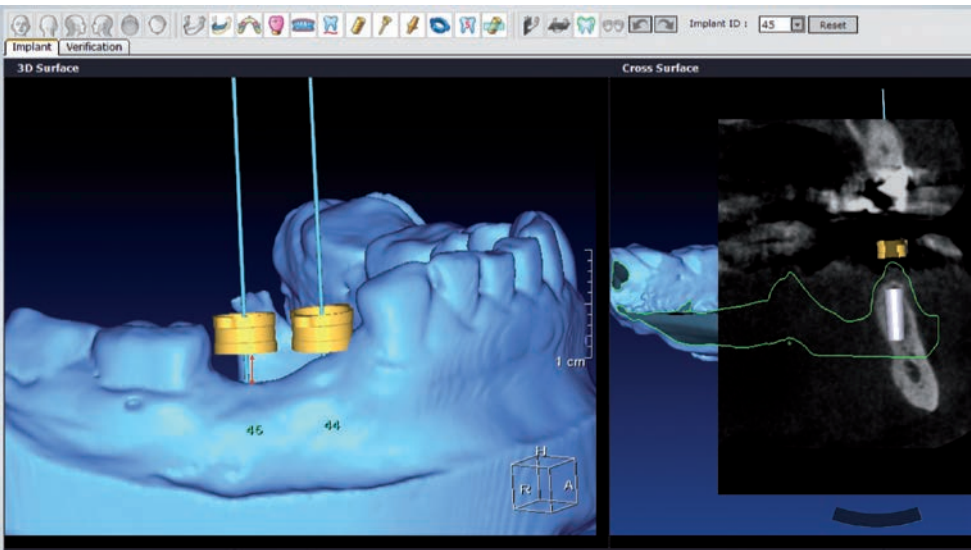


Fig. 3a

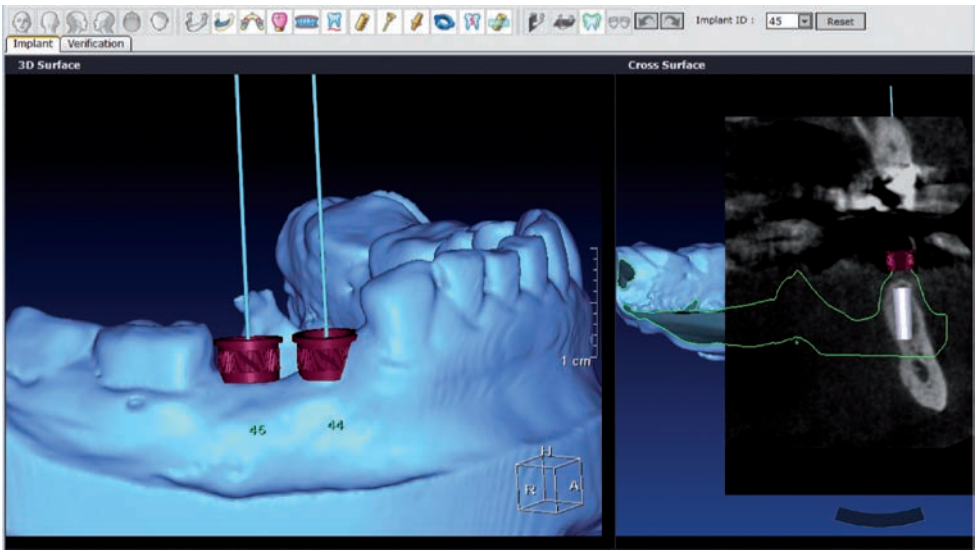


Fig. 3b

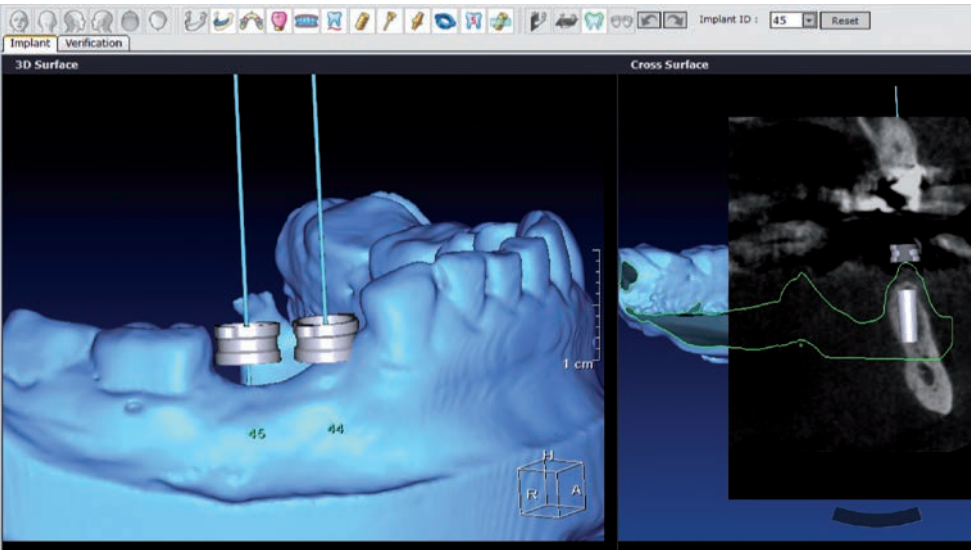


Fig. 3c

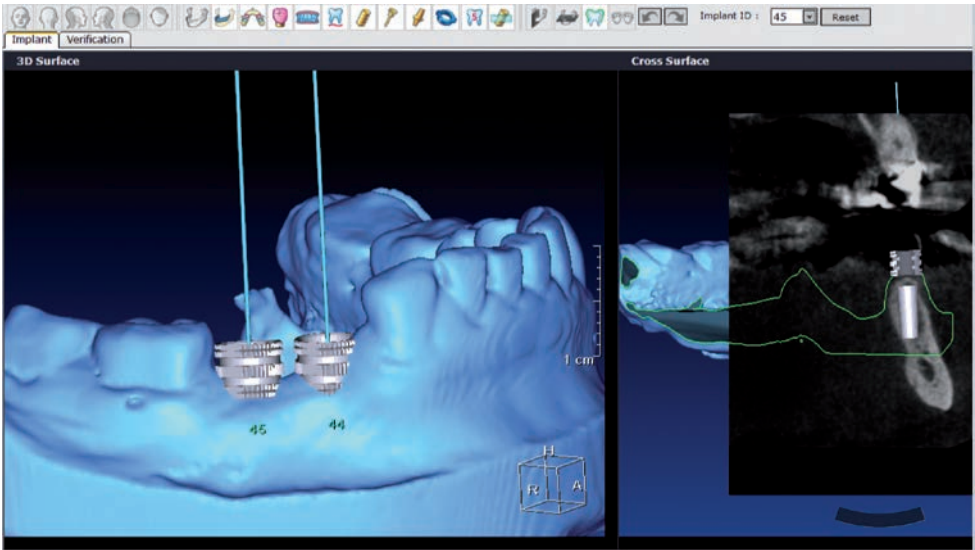


Fig. 3d

< pagina 6

1. Foto extraorali e intraorali – DSD (Digital Smile Design).
2. Video (opzione per la comunicazione emozionale del paziente).
3. Modelli (digitali o in gesso).
4. Registrazione con arco facciale.
5. Registrazione oclusale in relazione centrica.
6. Registrazione oclusale in protrusiva o un'analisi digitale in movimento.
7. Scansione cone beam nei casi implantari.
8. Ceratura.

È estremamente importante che le aspettative del paziente concordino con quelle del dentista prima di iniziare una pianificazione dettagliata del trattamento. Dobbiamo sapere che cosa il paziente vuole per poterglielo fornire. Per essere in grado di comunicare efficacemente con il paziente, abbiamo bisogno di conoscere noi stessi, le nostre capacità cliniche e i nostri limiti prima di iniziare il nostro lavoro. A mio parere, l'esperienza del paziente è fondamentale nella presentazione del caso.

Foto cliniche extraorali e intraorali sono il primo passo nella pianificazione del trattamento. Si consiglia di iniziare con il protocollo da AACD (American Academy of Cosmetic Dentistry) o DSD (Digital Smile Design di Christian Coachman). Questi sono protocolli ben documentati e contengono tutte le immagini di base necessarie. Le foto verranno utilizzate seguendo il protocollo DSD per far visualizzare il risultato finale al paziente, in comunicazione con gli altri specialisti e con il laboratorio odontotecnico (se necessario). Il protocollo DSD consente la pianificazione del trattamento multidisciplinare senza la presenza del paziente. Ogni step si fa tramite un servizio basato su un cloud gratuito. È poco costoso, flessibile e facile da fare. I dati vengono trasferiti dal DSD a un modello del paziente (Figg. 1a-1d). Questo si può fare su un modello in gesso o su un modello digitale. Con i modelli ottenuti, è possibile effettuare una ceratura additiva con le esatte proporzioni del DSD. Con un modello in gesso, facciamo uno stent in silicone che viene accuratamente tagliato. Lo riempiamo con un materiale bis-acrilico e lo posizioniamo nella bocca del paziente. Con la ceratura digitale abbiamo bisogno di fare un guscio in materiale composito che sia stato lavorato o stampato su una stampante in 3D. Il guscio può essere incollato nella posizione con bis-acrilici o composito fluido. Con il sorriso in prova facciamo una serie di foto. Le foto saranno utilizzate per verificare insieme al paziente che siamo sulla strada giusta. Se necessario, il sorriso in prova può essere aggiustato fino a ottenere il risultato voluto. Qualsiasi correzione facciamo, si deve prendere una nuova impronta per il nostro piano di trattamento definitivo.

Una volta che il paziente ha accettato il piano di trattamento, procediamo con una ceratura funzionale. La ceratura funzionale guiderà il trattamento del paziente. Essa ci permetterà di visualizzare i restauri finali.

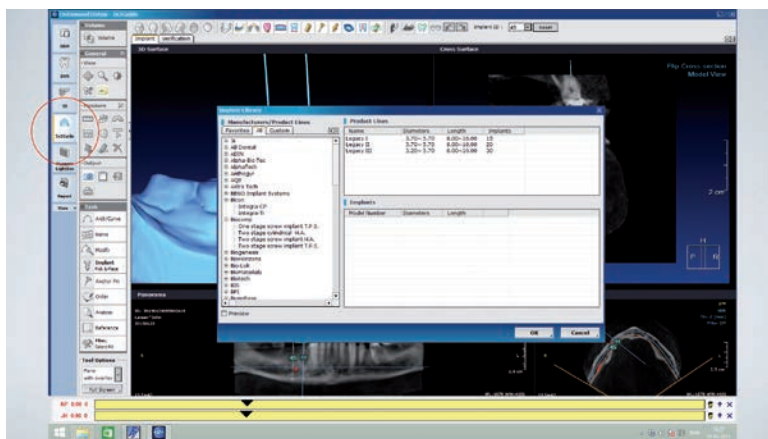


Fig. 4a

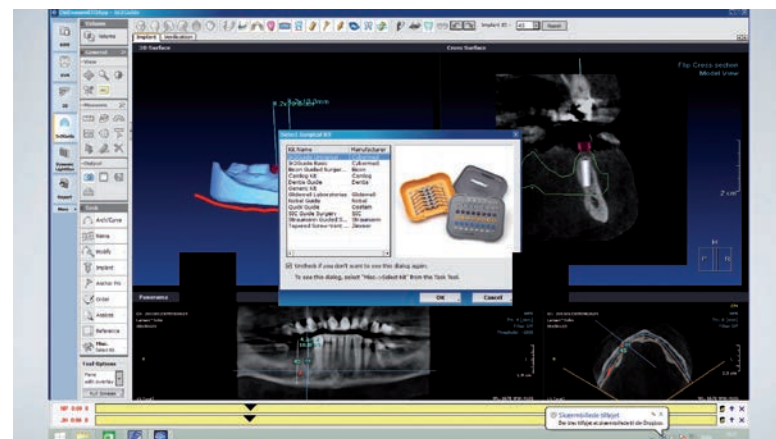


Fig. 4b

EXACONE[®]



L'IMPIANTO SENZA VITE
DI CONNESSIONE

una proposta

implantologica
a 360°

CONSULENZA CLINICA
E TECNICA

affidabilità

assistenza

SUPPORTI INFORMATIVI

convenienza

versatilità

PRODOTTI PER
RIGENERAZIONE TISSUTALE

SOLUZIONI DIGITALI

innovazione

CENTRO RICERCA
E SVILUPPO

facilità di utilizzo

attività corsistica

MASSIMI STANDARD QUALITATIVI

LEONE S.p.a. Via P. a Quaracchi 48 - 50019 Sesto Fiorentino - FIRENZE

tel. 055.304458 - fax 055.374808 - email: iso@leone.it - www.leone.it

ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

PP16002-IT



Fig. 5a

< pagina 7

A questo punto possiamo decidere esattamente quale sarà: la posizione ideale dell'impianto; l'abutment ideale; il materiale ideale da restauro; la forma ideale del restauro; la necessità di innesto (tessuto duro e molle). Il modo più semplice per raggiungere il setup funzionale di maggior precisione è quello di utilizzare l'Arcus Digma (KaVo; Fig. 2). È l'unico sistema che consente di effettuare una dettagliata analisi del movimento (10 micron) che replica esattamente i movimenti della mandibola utilizzando la tecnologia computerizzata. L'Arcus Digma ha una forchetta che facilita il posizionamento del mascellare superiore in articolatore. È da preferire un articolatore completamente regolabile o un articolatore digitale. È fondamentale per ottenere una perfetta registrazione del morso in CR. Si può fare una ceratura funzionale in modo semiautomatico con il software CAD/CAM, utilizzando i dati raccolti dai modelli e dai movimenti funzionali. In alternativa, lo facciamo alla vecchia maniera, aggiungendo cera sul modello in gesso (si noti che la precisione della ceratura rifletterà la cura avuta nell'acquisizione delle informazioni diagnostiche.) Con la ceratura approvata dal dentista, il posizionamento dell'impianto può essere ottimizzato nel software di imaging cone beam. Usiamo l'OnDemand software di Cybermed Inc. Il software ha un prezzo equo. È in grado di gestire tutte le immagini cone beam basate su DICOM. La connessione In2Guide (nell'OnDemand) consente di fare l'impianto pianificato con qualsivoglia sistema di guida (ad es. Straumann, Nobel Biocare,

Zimmer ecc.). Di solito si usa il kit universale sviluppato per il sistema In2Guide. Esso permette a chiunque di inserire qualsiasi impianto nelle zone contrassegnate con questo kit a trapano singolo. I soli strumenti specifici di marca che servono sono il driver implantare e un kit protesico. Un altro vantaggio del software In2Guide è che non c'è bisogno di segmentare l'immagine cone beam o esportarla in un altro software. La pianificazione si fa con lo stesso software con cui si fa la diagnosi. A mio parere, questo ne facilita la realizzazione pratica.

Una nota sulle boccole guida. Il software In2Guide consente di scegliere ciò che guida le boccole che vogliamo utilizzare. C'è un'enorme differenza tra la distanza dalla superficie coronale implantare e il manicotto di guida tra i diversi sistemi di guida (Figg. 3a-3d). Si deve prestare attenzione a non posizionare le boccole di guida in contatto con qualsiasi tessuto duro o morbido. È una gran cosa l'essere in grado di scegliere il sistema che si adatta alle vostre preferenze. Per fare una guida dente-ritenuta, facciamo una cone beam del paziente (notare la dimensione richiesta del campo visivo [FOV]). C'è bisogno di denti e osso a sufficienza per fare una guida. Un tipo di tessuto molle e di superficie dentale di elevata precisione è fusa con l'immagine cone beam per fare una buona guida a incastro chirurgico. Il modello può essere scansato con uno scanner da laboratorio o dallo scanner cone beam. È disponibile un'opzione per fare una scansione intraorale, ma attualmente solo per la pianificazione del trattamento.

Il modello intraorale verrà visualizzato come un contorno verde nel software In2Guide (Figg. 4a, 4b).

Poiché sappiamo che la distanza ideale della superficie del tessuto molle dal livello osseo dell'impianto è di 3 mm, posizioniamo il tipo di impianto prescelto (dalla biblioteca In2Guide con quasi tutti gli impianti disponibili in commercio) e pianifichiamo il posizionamento nella terza dimensione. Ora siamo in grado di misurare la distanza tra l'impianto e la superficie del tessuto molle. Con ciò siamo in grado di ottenere un profilo di emergenza ideale. Possiamo misurare la distanza dell'estremità superiore del manicotto di guida dall'impianto per verificare la corretta profondità dell'impianto durante l'intervento. Allo stesso tempo, arriviamo a sapere se c'è supporto osseo sufficiente per l'impianto o se dobbiamo fare un innesto. La capacità di progettare qualsiasi procedura di innesto prima dell'operazione garantisce una migliore prevedibilità, la collaborazione del paziente e la programmazione efficace dell'intervento chirurgico. Guardando le foto intraorali e la posizione dell'impianto programmato in 3D dobbiamo decidere se fare un intervento chirurgico aperto o chiuso. Se possibile, faremo una mucotomia perché è più veloce e meno traumatica per il tessuto e per il paziente. I nostri pazienti amano l'inserimento di impianti senza lembo. Non vi è praticamente alcun sanguinamento postoperatorio, gonfiore, suture o dolore rispetto a sollevare un lembo. Ammetto che spesso siamo costretti a fare un qualche tipo di innesto, ma se sono capace di seguire una procedura senza lembo, la farò (si tratta di una procedura rapida e di una grande opportunità di marketing interno). A questo punto decidiamo se vogliamo un'abutment personalizzato in Atlantis titanio, un'abutment personalizzato in titanio/zirconio o una corona avvitata. Usiamo sempre abutment personalizzati nelle soluzioni cementate per garantirci il minimo rischio di residui di cemento. Gli abutment personalizzati sono progettati con un margine di preparazione di 0,5 millimetri, sottogengivale facciale e prossimale. Sulla superficie orale, il margine si trova 1 mm sopra la gengiva. Questo è impossibile con abutment standard. Implant Direct ha alcuni impianti che vengono consegnati con abutment standard. Questo abutment può essere

modificato e scansato con uno scanner intraorale e, con tecnologia CAD/CAM, possiamo fresare una parte del moncone in zirconia personalizzata che sarà incollata all'abutment standard. La gengiva si attaccherà fortemente alla zirconia garantendo così una migliore tenuta. Inoltre, consentirà di produrre in casa ogni parte protesica e risparmiare tempo. Le corone avvitate sono utilizzate principalmente nei settori posteriori e solo in casi selezionati quando pensiamo che potremmo avere bisogno di recuperarle. Ammetto che ci sono molte filosofie diverse su questo argomento. E ammetto che il cemento in eccesso nei settori posteriori è più difficile da rimuovere. Usiamo un cemento composito semipermanente o tempbond per cementare tutti i nostri restauri. Vogliamo che tutti i restauri siano recuperabili in caso di complicazioni future. A questo punto sappiamo come si presenterà il risultato finale, la conformazione dell'abutment e la posizione dell'impianto. Sappiamo anche se abbiamo bisogno o no di innesto e se si prospetta come una procedura aperta o chiusa. Conosciamo il tipo esatto e le dimensioni dell'impianto e il kit chirurgico che useremo. Ora non ci resta che ordinare la guida chirurgica. Nella nostra pratica lasciamo il design In2Guide e produciamo le nostre guide, in quanto si tratta di un laboratorio KaVo che fa tutto il lavoro sotto rigoroso controllo di qualità. Siamo sicuri della precisione e della qualità del prodotto. Ci vogliono circa 7-10 giorni dal momento in cui facciamo l'ordine online fino al ricevimento della guida. Noi non addebitiamo una spesa extra per le guide chirurgiche ai nostri pazienti, visto che il tempo risparmiato durante l'intervento copre i costi della guida. E dopo il posizionamento dell'impianto abbiamo sempre una posizione ideale dell'impianto per quanto riguarda il risultato protesico finale. Il posizionamento di una corona in armonia con l'occlusione funzionale ha migliorato i risultati estetici e ridotto il nostro tasso di fallimento protesico, inclusa la frequenza delle perimplantiti. È mia convinzione che molte delle cosiddette "perimplantiti" che vediamo oggi dipendano da problemi occlusali piuttosto che dal biofilm. Ma questa è una questione completamente diversa.

Prima di fare qualsiasi intervento chirurgico, dobbiamo pensare a un restauro provvisorio. La funzione del provvisorio è principalmente quella di evitare le migrazioni dentali e modellare il tessuto molle. Si può trattare di una soluzione fissa o rimovibile, diretta o indiretta. Tra le soluzioni rimovibili, abbiamo la protesi parziale, l'Essix retainer, bite splint con denti montati come provvisori ecc. (Figg. 5a-5c). Tra le soluzioni fisse c'è il Maryland bridge e la corona su impianto a carico immediato. La corona a carico immediato di solito si fa direttamente, ma può essere preparata in anticipo utilizzando il software In2Guide e il CAD/CAM KaVo all'interno del team. Serve un modello scannerizzato dell'arcata antagonista e una registrazione del morso (con i due modelli insieme). Ancora una volta possiamo utilizzare un laboratorio digitale o lo scanner cone beam per acquisire tali dati. In questo modo noi riceviamo una guida chirurgica e un impianto provvisorio a corona avvitata da collocare subito dopo l'intervento chirurgico. È difficile, ma fattibile, ed elimina il problema dei bis-acrilici nella ferita.

L'intero protocollo di pianificazione del trattamento può sembrare un po' pesante. Ma in realtà è veloce e fa risparmiare molto tempo alla poltrona. La pianificazione degli impianti in In2Guide per un singolo impianto richiede circa 5 minuti una volta che prendiamo dimestichezza con il software. Nella nostra pratica quotidiana, lavoriamo con guide chirurgiche del 2010. Sono state introdotte perché abbiamo visto troppi impianti messi in una posizione tutto fuorché ideale. Ha costituito un problema per più di sei diversi chirurghi esperti. Sembrava ci fosse un paradigma comune a tanti chirurghi che dicevano: «Posizioniamo gli impianti dove c'è osso». In questi casi, non vogliamo fare il lavoro protesico definitivo perché sarà sempre un compromesso. Ogni step nella chirurgia implantare deve essere pianificato ed eseguito nel migliore dei modi, con la soluzione protesica finale già in mente. È l'unico modo per un buon risultato prevedibile per il paziente. Non è quello che vogliamo?

Nota editoriale: Questo articolo è stato pubblicato su cone beam - international magazine of cone beam dentistry N. 03/2015.



Fig. 5b



Fig. 5c

A volumetric 3-D digital analysis

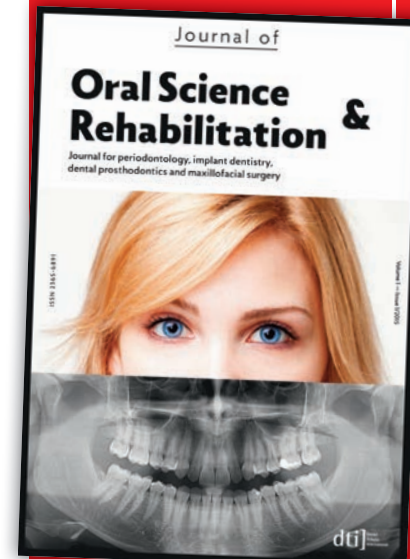
of dimensional changes to the alveolar process at implants placed immediately into extraction sockets

Isacco Szathvary*, Marco Caneva**, Martina Caneva**, Eriberto Bressan***, Daniele Botticelli** e Roberto Meneghello*

*Department of Management and Engineering, University of Padua, Italy

**Arminum Research and Dental Education Center, Arminum Odontologica, Rimini, Italy

***Department of Neurosciences, School of Medicine and Surgery, University of Padua, Italy



ARTICOLO
IN LINGUA
ORIGINALE

Richiedi la tua copia gratuita
scrivi a segreteria@tueorservizi.it
o sfoglia il PDF in versione E-Paper
sul sito www.dtsience.com

< pagina 1

In that review, the methods of measurement of the dimensional variation between the time of extraction and the subsequent period of reanalysis were also reported. For the hard tissue, radiographs, computed tomography scans, cone beam computed tomography scans, or reentry surgical procedures that included stents or other references were used for the analysis of the dimensional changes. For the combined hard- and soft-tissue dimensional changes, the casts mainly were analyzed.

Dimensional changes to the alveolar process may be analyzed using digitalized images (meshes) obtained by various 3-D digital methods: on casts, using laser scanners and structured-light 3-D scanners,² or chairside using 3-D intra-oral photogrammetric systems.³ The reproducibility of these methods has been shown to be high and their use for analyzing dimensional variations of the alveolar process has been recommended.⁴⁻⁶ Many of the recent studies that have used 3-D systems to analyze dimensional variations of the alveolar process, however, lost substantial information in transforming 3-D data to 2-D measurements.^{7,8}

Volumetric data instead were reported in a clinical study in which augmentation procedures were used at implants placed in edentulous ridges reduced in volume.⁹ In the study, a grid was superimposed on the images so that both the global difference in volume before and after treatment and the differences in specific areas were reported. 2-D variations of the hard tissue around implants placed immediately into extraction sockets have been reported in clinical studies,^{10,11} and, in an animal study, combined hard- and soft-tissue 2-D changes have been analyzed.¹² However, there is a lack of studies that report volumetric data on combined hard- and soft-tissue variation at implants placed immediately into extraction sockets in humans using a 3-D system. Hence, the aim of the present study was to validate the use of a novel method to elaborate 3-D data on dimensional changes to the alveolar process after one year of follow-up at implants placed immediately into extraction sockets.

> pagina 10

Syra, la risposta semplice.

Dal paziente completamente edentulo alla riabilitazione singola, l'impianto **Syra** semplificherà il tuo lavoro. Come?
Con la connessione unica, con la possibilità di scegliere spira e superficie più adatta ad ogni caso clinico, con la **protesi Skin**, anodizzata rosa, che minimizza la trasparenza sotto i tessuti molli.



Syra Team

Risucotendo l'entusiasmo dei clinici un gruppo di implantologi selezionato dal **dott. Cannizzaro** di Pavia ha dato vita al **Syra Team**, uno study group che attualmente sta eseguendo un trial clinico randomizzato multicentrico su protocollo del dott. Marco Esposito, Editor dello **European Journal of Oral Implantology**.



sweden-martina.com

sweden & martina
I M P L A N T O L O G Y