

ORTHO TRIBUNE

The World's Orthodontic Newspaper • Italian Edition

Marzo 2016 - anno X n. 1

Supplemento n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Marzo 2016 - anno XII n. 3

www.dental-tribune.com

**Il nuovo
dispositivo
da masticare
che combatte
la recidiva.**



ALIFIX

*Equilibra e rinforza
la muscolatura orale.*

*Stimola meccanicamente
l'osso alveolare.*

www.alifix.it

Distribuito da Primalux Ortodonzia s.r.l.
Corso Francia, 430 - 10146 Torino
011 773.25.51 - www.primalux.it - info@primalux.it
PUNTOB srl - Parma CE



«Vivere la società come momento di crescita, lavoro, amicizia»

*La neo presidente SIDO e
l'International Spring Meeting 2016*

La nuova presidente SIDO, Silvia Allegrini (in foto), si trova ad affrontare il suo primo appuntamento, l'International Spring Meeting 2016, nell'importante ruolo da lei ricoperto. *Dental Tribune* l'ha intervistata attraverso Claudia Tosi, ortodontista e collaboratrice della testata.

Quanto è importante per lei la qualità della comunicazione come presidente SIDO, come relatrice esperta nei confronti di colleghi e studenti e come ortodontista nei confronti dei pazienti?

Alla prima edizione della Talents' Factory, durante lo Spring Meeting SIDO 2014, si tenne un workshop sul modo più efficace di comunicare: con il corpo, le immagini, la professionalità e capacità comunicativa in varie sfaccettature. Per me è impor-

tante l'abilità di esprimere con spontaneità il proprio pensiero e personalità in qualsiasi ambiente. Chiunque ci troviamo di fronte, vi legge serietà, lievità e sincerità della nostra espressione, in qualsiasi contesto.

Si aspettava l'elezione alla presidenza o è stata in qualche modo colta di sorpresa?

Credo molto nel percorso di crescita che la SIDO permette a tutti i suoi soci. Dal primo giorno in cui vi entra-

mo possiamo contribuire alla società in modo attivo e viverla come momento di crescita, lavoro, amicizia. Dopo il Model Display la mia prima partecipazione alla vita del consiglio direttivo è avvenuta quando ancora vigeva il vecchio statuto, come consigliere durante la presidenza Giorgetti. Ero giovane, idealista come oggi, ed è stata decisamente una scuola di realismo.

> pagina 2

La recidiva in ortodonzia

*Valutazione ragionata e utilizzo clinico
di un nuovo dispositivo da masticare,
per la diagnosi e la correzione dei fattori
muscolari che favoriscono la recidiva*

S. Montagna

La stabilità del risultato, dopo trattamento ortodontico, è spesso motivo di preoccupazione per il professionista che deve ricorrere a mezzi di contenzione fissi o mobili per impedire lo spostamento dentale e combattere la recidiva.

L'occlusione post-terapia è meno stabile rispetto all'occlusione naturale, in quanto il trattamento ortodontico modifica l'equilibrio muscolare e le strutture dento-alveolari e la recidiva può essere considerata un tentativo "fisiologico" per recuperare l'equilibrio neuromuscolare.

I tessuti molli hanno una significativa influenza sul movimento dentale a causa delle forze sviluppate sulla struttura dento-alveolare, ed è proprio per questo che è indicato correggere quelle condizioni che alterano la funzione orale: deglutizione atipica, incompetenza labiale, disfunzioni linguali, respirazione orale, tanto per citarne alcune.



La recidiva è un evento multifattoriale nel quale giocano un ruolo fondamentale diverse componenti:

- la struttura di sostegno del dente, in particolare le caratteristiche strutturali dell'osso alveolare;
- il disequilibrio muscolare con sviluppo di forze angolate rispetto all'asse del dente;
- una loro distribuzione disomogenea sul tavolo occlusale durante la funzione;

> pagina 10

Italian style

VITI ORTODONTICHE LEONE

LEONE S.p.A.
ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

Via P. a Quaracchi, 50
50019 Sesto Fiorentino FIRENZE
tel. 055.30441 fax 055.374808
info@leone.it • www.leone.it



«Vivere la società come momento di crescita, lavoro, amicizia»

La neo presidente SIDO e l’International Spring Meeting 2016

< pagina 1

Da diversi anni sono stata di nuovo coinvolta dagli amici SIDO nel lavoro di gruppo che il nuovo statuto esprime. In questo spirito la candidatura alla presidenza è stata l’espressione di una sincera richiesta di colleghi e amici i quali hanno pensato io potessi contribuire al lavoro di gruppo in questo momento e in questa veste. È una responsabilità enorme accettata con spirito di servizio e umiltà.

Che cosa ritiene i colleghi abbiano apprezzato di più di lei?

L’indipendenza, il carattere forte, forse a volte brusco ma sincero, l’amore per la mia professione, il valore che do all’amicizia e di nuovo al lavoro di squadra che, come dicevo prima, il nuovo statuto esprime e impone.

La SIDO ha avuto in passato dei nomi illustri quali presidenti. Come neo eletta che cosa le ispira questa considerazione?

Mi rifaccio alle parole della nostra prima presidente donna, Carmela Savastano: «Riconoscere il passato, vivere il presente, pensare al futuro». Tutti i presidenti SIDO hanno servito la società con abnegazione e spirito di servizio. L’anno 2016 è l’anno della razionalizzazione e semplificazione. All’inizio abbiamo parlato di comunicazione. Di qui, la veloce modernizzazione del sito www.sido.it nella forma e contenuti, una spending review che aumenti gli investimenti per l’immagine dell’ortodonzia e del socio SIDO, le attività verso di lui, lo stimolo alla nostra curiosità attraverso una programmazione culturale dall’indirizzo fortemente interattivo sono tra i miei obiettivi, guardando al futuro. Ciascuno di noi è “il socio SIDO” ed è al centro del mio interesse.

Lei “debutterà” con lo Spring Meeting 2016. Intende dare all’evento un’impronta personale, oppure amministrerà l’esistente? Quali saranno in altre parole le specificità dello Spring Meeting 2016, quelle che intende dare all’evento?

I relatori italiani e stranieri dello Spring Meeting 2016 hanno lavorato insieme a me direttamente per darci un corso chiaro, coeso e costruito in esclusiva per SIDO. Di nuovo un lavoro di gruppo che mi ha arricchito umanamente e scientificamente.

Lo Spring Meeting 2016 all’Auditorium della Conciliazione a Roma ha un respiro di interdisciplinarietà: in una giornata e mezzo un’équipe di specialisti odontoiatri e chirurghi di eccellenza simuleranno il lavoro di pianificazione terapeutica multidisciplinare 2 e 3D, con la partecipazione in 3D del pubblico. L’incontro è in collaborazione con AIOP. La costruzione del volto e del sorriso del paziente è il focus principale dello Spring Meeting per rispondere in modo compiuto alle aspettative estetiche del paziente, a seconda dell’età, delle richieste e finalità terapeutiche. L’analisi dell’aspetto psicologico completa le considerazioni clinico-estetiche. Lo Spring sarà integrato sabato pomeriggio da 3 corsi post-congressuali: in Auditorium quello principale sulla pianificazione 3D ortodontico-chirurgica; nel nuovo ambiente Lounge Restaurant, due corsi dedicati ai giovani: introduzione alla tecnica bidimensionale di Anthony A. Gianelly (con la società SITEBI) e la Talents’ Factory. Nata nel 2014 ritorna quest’anno particolarmente interattiva con “Reading Orthodontics” e il “Presentation wizard”.

Questa è solo la prima in ordine di tempo delle sfide che attendono la SIDO nel 2016. Quali saranno le altre?

Il Congresso internazionale di Firenze, dal 13 al 15 ottobre presso la Fortezza da Basso, si intitola “Patient-important outcomes in Orthodontics” ed è focalizzato sull’importanza clinica delle informazioni emergenti dall’evidence based medicine. Sarà un altro impegno costruito con pazienza e la collaborazione di tanti colleghi e amici italiani e non. Il Congresso vedrà il giovedì i corsi pre-congressuali. La Tweed Foundation è tra i partner più significativi nei corsi pregressuali con una Tweed miniresidency, un corso typodont dell’arco segmentato tenuto dalla SIBOS, con il patrocinio dell’University of Connecticut e l’University of Arhus, e un corso typodont di tecnica bidimensionale tenuto dalla SITEBI, con il patrocinio della Boston University. Nelle giornate congressuali vere e proprie ho poi previsto 4 sessioni parallele il venerdì, con una sessione SIDO-ORTEC e 4 sessioni il sabato, con una sessione in collaborazione con AIOP. Nelle giornate pregressuali verranno suggeriti dei percorsi per favorire l’integrazione delle informazioni. Ciascuna sessione mira a obiettivi di apprendimento chiari. Stazioni ECM

con tutor permetteranno poi di completare in modo indipendente e costruttivo le FAD consentendo l’uscita dal Congresso internazionale con 50 punti ECM, mediante l’acquisto di pacchetti eventi scientifici-FAD già online e con dei costi che ho deciso di riportare ai tariffari del 2014. Il socio credo apprezzerà.

Solo eventi scientifici? Nessuna iniziativa di svago?

In entrambi gli eventi ho dato spazio anche ai momenti conviviali che possano farci godere Roma e Firenze, ma soprattutto l’incontro con tanti amici. Rimando al programma caricato sul nostro sito www.sido.it e a due newsletter dedicate. Il vantaggio per il socio è di avere due grandi eventi internazionali a casa nostra, in SIDO. Per il 2016 sono poi in programma:

- la presenza di FEO (Federazione Europea delle Società Ortodontiche) al Congresso internazionale, dove si terrà il consiglio direttivo, l’assemblea generale e l’assegnazione dei premi alla ricerca e ai giovani di talento;
- il MOIP, Mediterranean Integration project, svoltosi Firenze nel 2014, che si tiene quest’anno a Cipro dall’11 al 13 novembre. Fondatrice del MOIP, la SIDO ha la segreteria delle società ortodontiche afferenti: suo scopo è il coordinamento scientifico ortodontico di tutti i Paesi che si affacciano sul Mediterraneo. MOIP Cyprus sarà un forte segnale di integrazione in un momento particolarmente delicato dal punto di vista geopolitico in quest’area del mondo;
- AIC incontrerà SIDO il 26 novembre a Bologna. Stefano Patroni, il consiglio direttivo AIC e io abbiamo voluto passare una giornata insieme per condividere momenti clinici di particolare rilevanza e modernità interdisciplinare;
- CIC: continua l’attività di SIDO all’interno del Comitato di coordinamento intersocietario cui spetta anche colloquiare e lavorare con il Ministero della Salute.

Che cosa vorrebbe si dicesse di lei al termine del mandato?

Che Silvia è un’amica che ha lavorato per SIDO con sincerità e amore.

Claudia Tosi

A Modena il “cambio passo” del team ortodontico

e i 40 anni del Sindacato ortodontisti (SUSO)

La celebrazione del quarantennale di SUSO, il Sindacato unitario specialisti di ortodonzia fondato a Torino (dove ha tuttora sede) da un gruppo di specialisti ortodontisti animati da entusiasmo, avverrà l’8 e il 9 aprile a Modena, città logisticamente più “centrale” rispetto alla storica sede di Torino, articolandosi in due momenti importanti. Il primo sarà la celebrazione della nona edizione di un convegno intitolato “Ortodonzia. Legge e Medicina legale. Cambio passo: la responsabilità professionale nel team ortodontico, nuovi scenari”, in cui l’elemento ispiratore emerge chiaramente dall’espressione “cambio passo”. Che cosa significa? Che si modificheranno i rapporti interni alla piramide ortodontica composta da quattro elementi: medico, assistente, igienista, odontotecnico. Si parla giustamente di nuovi scenari relativi al team ortodontico, al rapporto ortodontista/collaboratori, sui quali si incentra in particolare questa edizione del 2016, mentre nel 2017 si verificherà nuovamente un altro “cambio passo” focalizzato sulle tecniche ortodontiche applicate dal team. Al IX Convegno di Modena, oltre ai contenuti tecnico scientifici, la parte del le-

one la fanno i temi giuridici, perché quest’anno ci si sofferma soprattutto sui “Nuovi scenari della responsabilità professionale nel team ortodontico”, illustrati da voci autorevoli sia in medicina che in diritto. L’altro volto fondamentale del Convegno è di carattere storico, più che giustificato dalla ricorrenza dei 40 anni di vita del più antico sindacato odontoiatrico italiano. In tale circostanza viene infatti presentata una Storia dell’Ortodonzia, redatta da Damaso Caprioglio, memoria storica della disciplina, insieme all’attuale presidente SUSO (e SIOF) Pietro di Michele. Non si tratta solamente di una galleria di personaggi e del “come eravamo” ma di considerare il presente alla luce del passato, antefatto ineliminabile nella comprensione della sua attualità. Perché, come afferma saggiamente Caprioglio nella sua prefazione, “La società che dimentica le sue radici, perde il suo volto e non alimenta il cuore con il ricordo, unico rifugio da cui non si può essere scacciati. Anche se talvolta si è tentati di tradirlo”.

Dental Tribune Italia

ORTHO TRIBUNE

The World's Orthodontic Newspaper • 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 Andrä
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); Helène 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

Supplemento n. 1
di Dental Tribune Italian Edition
Anno XII Numero 3, Marzo 2016

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]

DIRETTORE SCIENTIFICO
Claudio Lanteri

CO-DIRETTORE SCIENTIFICO
Luca Levrini

SUPERVISORE SCIENTIFICO
Damaso Caprioglio

CONTRIBUTI
P. Borelli, R. Di Giorgio, F. Fava, R. Grassi, M. Lama, U. Marchesi, S. Montagna, G.M. Nardi, G. Perrotti, M. Politi, B. Rapone, M. Rossi, F. Scarano Catanzaro, T. Testori, C. Tosi

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363

Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)

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

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ
Alessia Murari [alessia.murari@tueorservizi.it]
Stefania Dibitonto [s.dibitonto@dental-tribune.com]

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

È 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.

Odontoiatria estetica in ascesa

Lo afferma un sondaggio dell'American Academy of Cosmetic Dentistry

Madison, USA – Il settore dell'odontoiatria estetica mostra un andamento di persistente crescita, come emerge da un sondaggio dell'American Academy of Cosmetic Dentistry (AACD). La maggior parte degli intervistati ritiene infatti che i trattamenti estetici saranno fonte di entrate ancor più consistenti nel prossimo anno. Le maggiori aspettative tuttavia derivano dagli impianti dentali che continueranno a diffondersi. «Alcuni dei risultati più interessanti emersi dal sondaggio riguardano le tendenze più significative in corso nel dentale» commenta il presidente AACD, Joyce Bassett. Ciò

vale soprattutto per la digitalizzazione. Dice Bassett: «La spinta digitale inizia a farsi sentire nella cosmetica. Più del 50% degli intervistati dichiara infatti di utilizzare il sistema chairside CAD/CAM o ne sta prendendo in considerazione l'acquisto». Nel sondaggio, il 93% di professionisti del dentale crede che la persistente domanda legata all'estetica è prodotta soprattutto dal passaparola di amici e parenti che hanno avuto esperienze positive. Altri fattori sono la crescente informazione online sull'odontoiatria estetica (75%), una miglior promozione delle pratiche

dentali (63%) e la copertura media della odontoiatria estetica (56%). Tra le più frequenti operazioni estetiche troviamo corone e ponti, bonding, faccette e sbiancamento. Con il 32%, il trattamento più diffuso è risultato lo sbiancamento dei denti. Secondo i medici intervistati i pazienti chiedono un trattamento estetico per migliorare l'aspetto fisico e l'autostima (l'86%); per porre rimedio a un trattamento precedentemente fallito (il 51%); per eventi futuri come un matrimonio (48%); per restauri o per ragioni di salute, come ad esempio un incidente o infortunio (il 46%), per vedersi e sentirsi più



Corone e ponti, bonding, faccette e sbiancamento continuano ad essere in cima ai trattamenti estetici offerti dai dentisti, come risulta da un nuovo sondaggio AACD (Foto: wavebreakmedia/Shutterstock).

giovani (il 45%).

L'indagine, condotta tra settembre e novembre del 2015, comprendeva 360 professionisti del settore, di cui l'89% si è presentato come dentista generico (il 60%) o specializzato in estetica (29%). Tra gli intervistati, i membri dell'AACD erano il 74%.

L'Accademia compie indagini biennali sullo stato del dentale dal 2005. Il rapporto completo, intitolato "Cosmetic Dentistry: State of the Industry, Survey 2015", è disponibile sul sito www.aacd.com.

Dental Tribune International

Un disegno di legge per un volto più umano del lavoro autonomo e contro le false partite Iva

Dopo la firma del Presidente della Repubblica, la bozza del disegno di legge sul lavoro autonomo, collegato alla Legge di Stabilità 2016, si trova attualmente al vaglio del Senato. Il "jobs act per i lavoratori autonomi", come definito dallo stesso Matteo Renzi, contiene nuove tutele a favore di professionisti e, in generale, di lavoratori autonomi, dalle quali resterebbero esclusi i soli piccoli imprenditori, artigiani e commercianti, iscritti alla Camera di Commercio.

In effetti, con il Ddl in commento, l'Esecutivo sembra "chiudere il cerchio" delle riforme operate sul mercato del lavoro per renderlo più flessibile in uscita e in entrata, consentendo l'adeguamento della normativa nazionale agli standard della flexsecurity di stampo comunitario.

L'opera riformatrice ha preso le mosse dal tanto discusso contratto di lavoro a tempo indeterminato a tutele crescenti, introdotto con il decreto legislativo n. 23 del 2015 che, fatte salve poche eccezioni, ha reso la tutela del lavoratore licenziato illegittimamente una questione di tipo prettamente risarcitorio. Si è passati poi al riordino e alla riduzione dei contratti di lavoro, tra i quali quelli a tempo determinato, a tempo parziale e quello di somministrazione, per poi rideterminare i principi su cui, per anni, si sono fondati i rapporti tra datore di lavoro e lavoratore.

A riguardo, uno dei rinvii principali è alla modifica delle mansioni del lavoratore subordinato, divenuta più facile, dopo la riformulazione dell'art. 2103 c.c. operata dal Testo unico di riordino dei contratti di lavoro (D.Lgs. n. 81/2015) con decorrenza dal 25.06.2015 e applicabile a tutti i lavoratori subordinati, anche se assunti precedentemente a tale data. L'onda riformatrice ha investito anche le collaborazioni coordinate e continuative, o meglio le collaborazioni a progetto, riconducibili nella categoria della parasubordinazione, alternativa

al classico rapporto di lavoro subordinato e a quello autonomo, abrogando i cosiddetti co.co.pro. e imponendone la riconversione in altra tipologia contrattuale. Il Ddl in commento, dunque, si pone su una immaginaria linea di continuità legislativa rispetto alle riforme del jobs act e, in particolare, la prevista riforma del lavoro autonomo dovrebbe costituire il primo testo dedicato ai rapporti di lavoro non riconducibili alla subordinazione e alle collaborazioni. Esso appare concepito per regolamentare in modo unitario il settore del lavoro autonomo e agevolare un sano uso di tale tipologia contrattuale a scapito delle cosiddette "false partite Iva", che hanno comportato problemi di vario genere, incluso il proliferare di controversie giudiziali che hanno intasato il contenzioso dei tribunali.

Tra gli elementi di novità, da segnalare la possibilità prevista dal Ddl di stipulare con le compagnie assicurative (che stanno già provvedendo a dotarsi dei relativi strumenti) polizze per coprire il rischio di ritardo nei pagamenti di fatture da parte del cliente o del committente. Oggi il lavoratore autonomo, in caso di ritardato adempimento da parte del committente/cliente (fatta salva l'ipotesi di una vertenza per il recupero coattivo del credito) non può che attendere di ricevere il corrispettivo, magari azionando le "leve" messe a sua disposizione dal proprio ordine professionale in termini di servizi di recupero del credito.

Il Ddl sul lavoro autonomo, invece, stabilisce che il lavoratore autonomo possa rivolgersi alla compagnia per essere liquidato direttamente, una volta sottoscritta una specifica polizza dal contenuto regolamentato per legge in accordo con gli istituti assicurativi e di controllo preposti. È auspicabile (e prevedibile) che il premio annuale da versare alla compagnia si possa fiscalmente detrarre. Si tratterebbe di uno strumento di tutela del lavoratore auto-

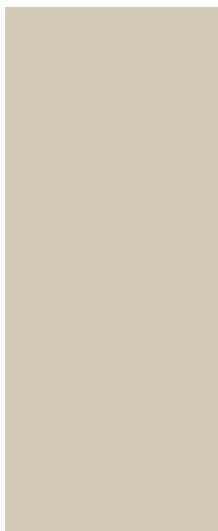
nomo, destinato a un'ampia fruizione da parte degli interessati e dai risvolti pratici di grande utilità.

La stipula di simili polizze dovrebbe incoraggiare l'esercizio della professione autonoma e consentire una tutela

sostanziale della categoria – da sempre esposta a mancati o, quanto meno, tardivi pagamenti delle parcelle – e dall'eventualità che, pur eseguita l'attività e/o il servizio richiesto (legale, odontoiatrico, tecnico ecc.), si resti esposti

all'inadempienza del cliente/committente. Oppure al rischio di percepire il compenso solo a fronte di sconti non previsti o prestazioni aggiuntive.

Marco Lama, avvocato giuslavorista



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



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

I disturbi del sonno (OSAS) provocano vittime

Meglio controllare l'attitudine alla guida di chi ne è affetto

Luca Levrini, presidente del corso di laurea in Igiene dentale, direttore del Centro di ricerca universitario orofacciale presso l'Università degli Studi dell'Insubria è fondatore e primo presidente della Società Italiana Medicina del Sonno in Odontoiatria (SIMSO) e primo coordinatore del Gruppo di studio per l'odontoiatria nell'Associazione Italiana Medicina del Sonno (AIMS).

Il 13 gennaio è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto legge che recepisce la direttiva europea sul rilascio e rinnovo delle patenti di guida a conducenti affetti da disturbi del sonno. Come giudica il provvedimento?

Attuale e coerente rispetto a una patologia insidiosa e sottostimata che sulle strade italiane è causa di migliaia di incidenti stradali e centinaia di vittime. Pur nelle sue criticità applicative, il provvedimento sensibilizza in modo concreto all'intercettazione della patologia e limita la possibilità di guidare alle persone oggettivamente non in grado. È paradossale, però, che serva una legge per creare percorsi di screening utili all'intercettazione della patologia e alla generazione di attenzione ai disturbi respiratori. L'intento non è solo quello di scongiurare i "colpi di sonno" alla guida, ma anche la riduzione di condizioni correlate ai disturbi del sonno che aumentano il rischio di incidenti come riduzione dei tempi di reazione, disattenzione e scarsa concentrazione.

Quali devono essere le condizioni del paziente per vedersi negare questo diritto?

«Una grave e incoercibile sonnolenza diurna, con accentuata riduzione delle capacità dell'attenzione non adeguatamente controllate con le cure prescritte». Non quindi nei casi di «lieve entità di sonnolenza diurna». Se si presentano dubbi da parte del medico mandataro, l'accertamento dei requisiti è demandato alla commissione medica locale (CML), che può anche autorizzare il soggetto affetto OSAS alla guida se però dimostra un adeguato controllo della sintomatologia, confermato da un parere specialistico di strutture pubbliche. Di fatto non è dunque l'apnea notturna ostruttiva (OSAS) il fattore clinico che limita al rilascio della patente, piuttosto la grave sonnolenza; da sottolineare che tale fenomeno non si verifica in tutti i casi di OSAS e da un punto di vista metodologico non è di semplice valutazione.

Qual è la procedura?

Il medico monocratico individua i soggetti con sonnolenza, russatori (sempre o da 6 mesi) o con apnee; tra questi

individua quelli con obesità, micro-retrognazia, collo grosso, ipertensione arteriosa, aritmie, diabete mellito tipo 2, cardiopatia ischemica, eventi ischemici cerebrali o bronco pneumopatia, e li definisce «soggetti con sospetto OSAS». A tali soggetti somministra un questionario, dal quale emergeranno coloro «con medio o alto rischio» da inviare alla CML che, con test sui tempi di reazione, valuterà l'effettiva gravità della problematica.

Ritiene che tale norma sia restrittiva o magari troppo severa?

No, la ritengo una norma adeguata alla tutela della salute, sia della persona interessata sia delle vittime indirette degli incidenti stradali. Inoltre non è una norma severa perché si rivolge a condizioni di grave sonnolenza.

Ci può dare qualche dato sui danni (leggi incidenti stradali) provocati dall'OSAS?

Un recente lavoro pubblicato sulla rivista Chronic Respiratory Disease ha quantificato nel 7% gli incidenti riconducibili a autisti affetti da OSAS. Se in Italia nel 2014 gli incidenti stradali sono stati 248.000 con 3300 morti e 174.000 feriti, si può affermare che gli incidenti sono 8000, e causano oltre 200 vittime e portano a oltre 12.000 feriti.

Oltre al costo di vite umane, è al corrente di quali siano i danni economici indotti da questa sindrome?

Si può stimare un danno di spesa di circa 1.500.000.000 di euro circa.

Si può affermare che l'odontoiatria è o potrebbe essere una figura centrale, un protagonista terapeutico di questo grave problema?

Certamente, pur nella piena responsabilizzazione del ruolo. Renderli disponibili per la cura significa essere consapevole che una errata terapia può portare il paziente a un grave incidente stradale, oppure a non ottenere il rilascio della patente. Per questo motivo è necessaria una rigorosa preparazione clinica in ambito odontoiatrico e della medicina del sonno. L'odontoiatra potrebbe, inoltre, avere

un ruolo di consulente nei necessari processi di formazione del medico monocratico nella individuazione dei soggetti con micro retrognazia.

Quali sono le principali affezioni odontoiatriche che hanno uno stretto rapporto con l'OSAS?

Esiste una comorbidità diretta con il bruxismo; questo è il motivo per cui deve sempre esserci il sospetto di OSAS nel momento in cui il paziente riferisce di "digrignare i denti" durante la notte. Lo stesso vale per il reflusso gastro esofageo e la respirazione orale.

Condivide l'affermazione che forse l'aspetto più grave di questa problematica è che molte persone (un po' come succede per l'ipertensione) ignorino di esserne affette?

Certamente. Molti non sanno di esserne affetti e attribuiscono la sonnolenza a difficili periodi transitori della propria vita. Per questo motivo è importante inserire nelle nostre anamnesi le domande: "Russa?", "Soffre di sonnolenza diurna?" Se sì, prestare attenzione e precedere con questionari e diagnosi strumentale adatta.

Quali ritiene siano i rimedi più efficaci per combatterla, sia a livello di singolo individuo che epidemiologicamente?

Ponendo attenzione ai bambini. Una corretta terapia dei problemi respiratori nei pazienti in crescita (anche con terapia ortodontiche), corrette abitudini alimentari, oltre a una costante attività motoria possono essere la soluzione migliore per prevenire l'instaurarsi della patologia nei bambini. Emerge dunque un ruolo centrare dell'odontoiatra, che con l'otorinolaringoiatra deve gestire e soprattutto curare con efficienza il frequente disturbo respiratorio in età evolutiva.

Dental Tribune



L'ortognatodonzia nella pratica clinica (compendio aggiornato)

L'ortodontista, nei suoi primi anni di pratica, può trovarsi spesso disorientato per la varietà delle impostazioni diagnostiche e terapeutiche che caratterizzano le diverse scuole ortodontiche. Per chi si riconosce in questa situazione, ma anche per coloro che sentono la necessità di focalizzare le proprie conoscenze alla luce dell'esperienza quotidiana, ecco un testo che non può non risultare utile.

Il titolo non deve trarre in inganno. Non si tratta di un manuale finalizzato a semplificare l'approccio all'ortodonzia. Ogni argomento viene infatti affrontato seguendo fedelmente quanto riportato nei "sacri testi" dell'ortodonzia. L'aspetto pratico consiste fondamentalmente in una utilissima riflessione finale dell'autore che, per ogni argomento e sulla base della sua esperienza quarantennale, illustra come e quando i principi enunciati dalle varie scuole ortodontiche possano venir tra-

sferiti alla pratica quotidiana. Talvolta le riflessioni dell'autore non portano a conclusioni definitive. Ma lo stesso sapere che determinate diatribe affliggono anche i professionisti più esperti può essere di qualche utilità e conforto per chi sta muovendo i suoi primi passi in campo ortodontico. Il capitolo introduttivo "Argomenti generali" spazia dalla cefalometria alla presentazione di alcune tra le più utilizzate tecniche ortodontiche fisse. Accanto alle nozioni indispensabili, ad esempio sul corretto utilizzo di un lip bumper o di una barra palatale, trovano anche spazio paragrafi più particolari quali: quando iniziare un trattamento ortodontico? Perché l'ortognatodonzia? Quale mobile? Quale fissa? Difficilmente nei monumentali testi classici dell'ortodonzia si potrà trovare un tale tipo di trattazione.

D'altra parte sono proprio queste le problematiche che affliggono chi si avvicina all'ortodonzia. Tali paragrafi, in

cui l'autore, come già detto, riporta sue riflessioni sugli argomenti in questione, costituiscono la parte più originale del testo e risultano nondimeno di sicura utilità. Seguono quindi i capitoli dedicati al trattamento ortognatodontico delle tre classi scheletriche. L'impostazione è la medesima: un'accurata e aggiornata presentazione delle diverse tecniche operative accompagnata da casi clinici esemplificativi e, laddove non sia presente nella lettura ortognatodontica un'identità di vedute, ecco una riflessione conclusiva dell'autore. Di volta in volta vengono così affrontate problematiche quali l'appiattimento del profilo nei trattamenti estrattivi, la diatriba tra approccio funzionale e meccanicistico nell'ambito della terapia delle II classi e, infine, i rapporti tra chirurgia e ortodonzia nel trattamento delle III classi scheletriche.



Per informazioni e ordini contattare
Tueor Servizi Srl
Tel: 011.3110675 - loredana.gatto@tueorservizi.it

Respirare con la bocca durante il sonno aumenta il rischio di carie

Dunedin (Nuova Zelanda) – Aumenta il rischio di carie per le persone che mentre dormono respirano attraverso la bocca, piuttosto che con il naso. Lo dicono i risultati di una ricerca effettuata all'Università di Otago (Nuova Zelanda). Nello studio, la respirazione con la bocca è stata collegata a un ambiente orale più acido, circostanza giudicata capace di favorire una più facile erosione dello smalto dentale e la carie. Per misurare come la respirazione con la bocca influisca sui livelli di pH orali, i ricercatori del Sir John Walsh Research Institute dell'Università hanno studiato un gruppo di dieci volontari sani, i quali hanno trascorso alcune notti con una clip al naso, costringendosi a respirare attraverso la bocca, mentre per quattro giorni gli venivano misurati i valori di pH e temperatura nell'area degli incisivi centrali mascellari. Tra il giorno e la notte è stata rilevata una notevole differenza di variazione del pH e della temperatura. «In tutti i partecipanti il pH intra-orale diminuisce lentamente durante il sonno, mostrando un'accelerazione verso il basso nel periodo in cui i partecipanti sono costretti a respirare con la bocca», riferisce Joanne Choi, autrice principale dello studio e dottoranda di ricerca presso l'Università.

Il pH medio nel sonno con respirazione orale era leggermente acido (6,6), a fronte di uno neutro (7) con respirazione nasale. «A volte – sottolinea Choi – i livelli di pH nella respirazione notturna orale sono crollati a 3,6. Di qui l'idea che la respirazione con la bocca possa essere effettivamente una concausa di malattie dentali quali erosione dello smalto e carie», conclude.

Secondo la ricercatrice, si tratta del primo studio che monitora costantemente e per vari giorni le variazioni di pH intra-orali in soggetti sani. Un livello di pH inferiore a 5,5 in bocca è considerato insaturo e può indurre la carie. Le condizioni acide generali della bocca favoriscono la crescita di batteri acidofili

e, di conseguenza, la formazione di un biofilm nocivo. La ricerca "Intraoral pH and temperature during sleep with and without mouth breathing" (questo il titolo) è stata pubblicata il 15 dicembre sul *Journal of Oral Rehabilitation*.

Dental Tribune International



La respirazione con la bocca durante il sonno è correlata – secondo una nuova ricerca – a una diminuzione del pH intra-orale rispetto alla normale respirazione, circostanza valutata come concausa di erosione dentale e carie (Foto: ©baranq/Shutterstock).



European Academy of Esthetic Dentistry

30th Annual Congress

COPENHAGEN June 2-4, 2016



The 2016 EAED Spring Meeting will take place in beautiful Copenhagen, one of the most charming cities in northern Europe. The title of the Meeting is "Prognosis: the key for longevity".

All the different specialties involved in the pursuit of obtaining long term optimal esthetic results will be covered by outstanding clinicians. The topic is a very challenging one because it's easier to learn a technique than understand the prognosis of our treatment. Every day patients ask the same question: "Doctor how long will your treatment last?" It takes scientific knowledge as well as clinical experience to predict how long and how well our therapy will last.

This meeting will give us the keys to answer this question and will enhance and update our knowledge in the different fields of esthetic dentistry. The first day will be dedicated to periodontics, the second day to operative and restorative and the third day to implants. A lot of time will be devoted to interactive discussions, this includes the Peter Scharer treatment planning session and the John Mc Lean Honorary Lecture.

John Orloff is our local chairman and he will take care of selecting the best spots in town to make our stay a more enjoyable one. Save the date on your calendar and join us for an exciting scientific experience and a charming weekend in beautiful Copenhagen.

President
Dr. Giano Ricci

Local Chairman
Dr. John Orloff

Official Congress website:
www.eaed2016.org

< pagina 4

L'ultima sezione del testo è centrata sui rapporti dell'ortodonzia con le altre discipline dell'odontoiatria, segnatamente con la paradontologia, con la protesi e con il trattamento delle disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare. Poiché si tratta di tematiche non ancora strettamente codificate, il pensiero e l'esperienza dell'autore acquistano in questo caso un rilievo e un'utilità ancora maggiore. Questo nuovo lavoro aggiornato – pubblicato nel novembre 2015 – integra l'opera di base presentando molti casi clinici che rispecchiano il lavoro quotidiano. Viene sottolineato il fatto che non tutti, alla fine, sono perfetti. Ma questa è la realtà! In campo biologico non possiamo garantire risultati sempre soddisfacenti da tutti i punti di vista. Emerge allora la necessità di un consenso informato serio che si basi innanzitutto sulla discussione, con il paziente e i genitori, delle varie opzioni terapeutiche dei risultati conseguiti e di quelli conseguibili. Tra l'altro, si eviteranno in tal modo incomprensioni sgradevoli che possono portare a contenziosi medico-legali.

Dott. Massimo Rossi

Cefalometria Radiation Free: possibile e auspicabile alternativa diagnostica?

G. Perrotti*, M. Politi**, T. Testori***

*DDS, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Servizio di Odontostomatologia (direttore prof. R.L. Weinstein), Responsabile del reparto di Ortodonzia e Odontoiatria infantile.

**DDS, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Servizio di Odontostomatologia (direttore prof. R.L. Weinstein), Reparto di Ortodonzia e Odontoiatria infantile (responsabile Dott.ssa Giovanna Perrotti).

***MD, DDS, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Servizio di Odontostomatologia (direttore prof. R.L. Weinstein), Responsabile del reparto di Implantologia e riabilitazione orale.

La cefalometria ha rappresentato per decenni, insieme all'analisi dei modelli delle arcate dentarie, lo strumento diagnostico principale per poter eseguire una diagnosi di malocclusione scheletrica.

I più conosciuti limiti di questo tipo di indagine sono due: il primo è senz'altro quello correlato al fatto che una immagine bidimensionale fornita da una teleradiografia in proiezione latero-laterale di per sé non può rappresentare una struttura complessa tridimensionale come è il cranio. Il secondo aspetto riguarda l'effetto di magnificazione e/o di distorsione legato alla tipologia di acquisizione radiografica; e si sottolinea come la posizione della testa al momento della presa della radiografia può alterare il dato cefalometrico.

Per far fronte a questi limiti della cefalometria eseguita su radiografie analogiche digitali, è partito ormai da qualche anno un trend particolare³: la CBCT (tomografia computerizzata cone beam) fornisce una serie di DICOM nei tre piani dello spazio assiale sagittale e coronale.

Queste scansioni sono elaborabili con software di imaging che attraverso il processo di RAY-SUM o MIP sono in grado di scegliere le scansioni più idonee per ottenere una visione bidimensionale del cranio sulla quale eseguire tracciati cefalometrici tradizionali. Il carico radiogeno di una teleradiografia è di 30 microsievert circa⁵.

La CBCT è una apparecchiatura che sfrutta radiazioni ionizzanti per catturare immagini, come fa ogni tipologia di macchinario radiografico: la dose radiogena, che varia in base alla diminuzione dei kVp e mA mantenendo il tempo di esposizione fisso, è di una quota minima dai 20 microsievert ai 90 microsievert in relazione del macchinario⁶.

Considerando che l'obiettivo è eseguire una analisi 2D, l'uso di scansioni 3D ai fini puramente cefalometrici non rispetta il principio ALARA (as low as reasonably achievable).

L'interazione dei raggi X con i tessuti viventi provoca la ionizzazione degli atomi con la conseguente formazione di radicali liberi che reagendo con le molecole della membrana cellulare ne modificano la struttura biochimica.

Sono infatti maggiormente suscettibili i tessuti a turn-over cel-



Fig. 1 - Sistema cartesiano di riferimento: sono evidenziati i piani di riferimento grazie ai quali verranno creati quelli di costruzione.

lulare più rapido e intenso come le cellule del sangue e del sistema linfatico, la tiroide, il timo e il cristallino.

Questo è il motivo per il quale deve essere limitato l'uso di fonti radiogene nei soggetti in crescita.

Qualora invece l'obiettivo della scansione 3D è lo sviluppo di una diagnostica più accurata che sfrutti il potenziale della visione tridimensionale e la ricostruzione volumetrica dei tessuti, come è richiesto in ortodonzia in presenza di elementi sovranumerari, inclusi, gravi disgnazie scheletriche o esiti di fratture condilari o maxillo-facciali, si può considerare corretta la prescrizione di una CBCT⁴.

Per anni studi come quelli di Bittner e Pancherz¹ hanno sostenuto come non vi fosse una stretta correlazione fra strutture maxillo-facciali e morfometria dei tessuti del volto.

La grande rivoluzione è stata posta da Arnett² che ha sottolineato come una diagnosi effettuata solamente avvalendosi della cefalometria, che fornisce informazioni sui rapporti scheletrici verticali e sagittali, non è sufficiente, perché dalla analisi dei tessuti molli scaturiscono le indicazioni sugli obiettivi del trattamento ortodontico.

Arnett ha evidenziato la correlazione fra tessuti molli e occlusione e fra supporto scheletrico, proiezione spaziale del viso e fattore estetico.

Se è pur vero che ogni popolazione, etnia o mix di geni delle più disparate origini dà vita a volti con innumerevoli espressioni e gradi di armonia e bellezza, è pur

vero che l'ortodontista che deve valutare la anomalia nel pattern di crescita maxillo-mandibolare sa riconoscere dove il rapporto scheletrico volge verso l'armonia o se è presente un segno di eccesso o difetto di sviluppo in senso verticale o sagittale.

Le arcate dentarie non faranno altro che adattarsi alle strutture ossee che hanno a disposizione, sviluppando i quadri di I, II e III classe di Angle con tutte le varianti possibili che genetica, sviluppo e ambiente (fattori esterni) creano nell'individuo⁸⁻⁹.

Il volto piccolo o grande, lungo o corto, convesso o concavo, protruso o arretrato si sviluppa dagli 0 ai 25 anni secondo la morfologia facciale per la quale è stato costruito.

È perciò corretto che l'ortodontista si faccia guidare nelle sue scelte terapeutiche dalla ricerca di sviluppare armonia fra le basi scheletriche, ai fini di ottenere armonia dei rapporti estetici del viso.

Ma l'ortodontista non è un artista, ha bisogno di dati, di valori norma di riferimento, di linee guida che lo aiutino nelle scelte diagnostiche.

Alla luce di queste brevi considerazioni gli autori vogliono proporre un approccio diagnostico del soggetto in crescita a partire dalla valutazione dei tessuti molli.

Abbiamo denominato questo protocollo diagnosi Cefalometrica Radiation Free (CRF).

Materiali e metodi

La diagnostica Cefalometrica Radiation Free (CRF) si avvale del seguente protocollo di esami strumentali:

- modelli studio delle arcate dentarie virtuali, ottenuti mediante scannerizzazione intraorale. La visualizzazione e il set-up intraorale si esegue tramite l'uso di software dedicati (Nemocast, by Nemoceph Madrid);
- immagini tridimensionali del viso ottenute mediante laser scanner o stereofotogrammetria 3D. L'immagine viene convertita in un file STL (Standard Triangulation Language);
- software di imaging dedicato (Delta-Dent OutsideFormat, Milano) con il quale viene eseguito il tracciato per l'analisi dei tessuti molli secondo il protocollo TFA⁷ (Total Face Approach), più un modulo per la valutazione della previsione di crescita.

L'analisi è di tipo multiplanare⁷ e si serve di piani di costruzione vincolati a un sistema cartesiano di riferimento esterno alla superficie acquisita, così da evitare qualsiasi alterazione dovuta ad asimmetrie o errori in fase di acquisizione del paziente. Ciò è di fondamentale importanza perché rende l'analisi ripetibile, potendo sovrapporre scansioni eseguite a distanza di tempo in maniera più efficace.

Il sistema cartesiano di riferimento si crea una volta stabilita la posizione naturale vera del soggetto (sguardo rivolto verso l'orizzonte, parallelo al pavimento). Una volta trovato, il soggetto viene bloccato in tale posizione, così da ottenere il sistema di riferimento (Fig. 1).

Per aumentare l'accuratezza nelle misurazioni, prima di eseguire la scansione vengono applicati

degli sticker di dimensione nota nei punti di più difficile identificazione previa palpazione: Glabella, Gonion molle e Gnathion molle.

Le misurazioni eseguite sono di tipo lineare tra un punto e un piano, mentre gli angoli sono calcolati tra piani.

Questa analisi prevede lo studio di:

- dimensioni verticali: analisi verticale del medio e terzo inferiore del viso (Fig. 2);
- dimensioni sagittali:
 - maxillare, analisi dell'angolo naso-labiale;
 - mandibolare: analisi della distanza Pogonion molle-TVP (True Vertical Plane) e profondità del sottogola (Fig. 3);

- previsione di crescita maxillo-mandibolare:

si creano 3 piani di costruzione:

- piano inter-tragoniale (Tg medio-Go medio);
- piano trasversale (N molle-Go medio);
- piano mandibolare (Go medio-Gn);

vengono calcolate 2 misure angolari:

- angolo di previsione superiore (Superior Growth Pattern);
- angolo di previsione inferiore (Lower Growth Pattern) (Figg. 4a-4b).

La scansione diagnostica iniziale consente un inquadramento nosologico del paziente in corso di crescita:

- i valori di dimensione verticale danno una indicazione se il soggetto è normoverte-bite, short o long face⁷;

< pagina 6

– i valori dell'angolo naso-labiale e della proiezione maxillo-mandibolare forniscono indicazioni se sia presente un problema di crescita alterata in senso sagittale rispetto a un piano di riferimento TVP⁷.

La possibilità di eseguire più scansioni durante l'iter terapeutico permette al clinico un controllo della vettorialità di crescita.

La possibilità di eseguire sovrapposizioni consente di effettuare studi sulla previsione di crescita analizzata a livello dei tessuti molli.

Conclusioni

L'analisi Cefalometrica Radiation Free può rappresentare una valida alternativa in campo diagnostico ortodontico, perché dà al clinico la possibilità di monitorare la crescita cranio-facciale dei propri pazienti in modo sistematico con un costo biologico pari a zero, proprio perché non utilizza fonti radiogene ionizzanti¹⁰.

È uno strumento utile per una miglior comunicazione medico-paziente, per far comprendere meglio il piano di trattamento.

La semplicità della metodica permette un suo utilizzo praticamente immediato con una curva di apprendimento rapida.

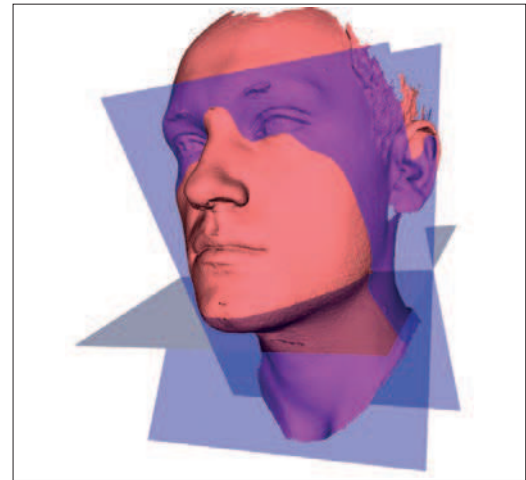
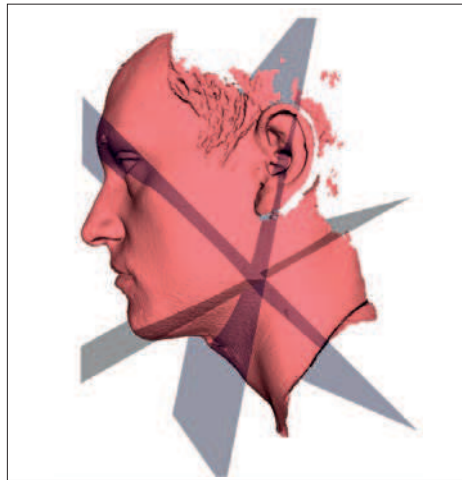
La scansione, non avendo costi biologici, può essere eseguita in qualsiasi momento per valutare inoltre l'andamento del trattamento sovrapponendo le scansioni iniziali con quelle successive.

Una diagnostica di routine che preveda scansioni intra- ed extra-

orali si avvarrà di una ortopantomografia delle arcate dentarie, qualora si sospettino anomalie della permuta dentaria.

Questo esame può essere prescritto intorno agli 8/9 anni.

L'ortopantomografia viene richiesta ripetutamente nel corso della vita di un paziente odontoiatrico perché resta ancora, secondo il principio ALARA, l'esame di routine che può fornire un numero di informazioni utili ai fini diagnostici.



Figg. 4a, 4b
- Analisi della previsione di crescita.

bibliografia

1. Bittner C, Pancherz H. Facial morphology and malocclusions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1990; 97:308-315.
2. Arnett GW, Gunson MJ. Esthetic treatment planning for orthognathic surgery. *J Clin Orthod* 44:196-200.
3. Bogdanich W, McGinty JC. Radiation Worries for Children in Dentist's Chairs. *The New York Times*, Nov. 22, 2010.
4. Perrotti G, Politi M, Weinstein RL. Indicazioni per un uso consapevole della CBCT in Odontoiatria. *Dentista Moderno* 2015; 1:44-52.
5. Compagnone G., Angelini P., Pagan L., Monitoring of the Medical Radiological Exposures of the Population of the Emilia-Romagna Region, *Radiol Med* 2006;111:469-480.
6. Ludlow JB, Ivanovic M. Comparative dosimetry of dental CBCT devices and 64-slice CT for oral and maxillofacial radiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:106-14.
7. Perrotti G, Testori T, Nowakowska JK, Del Fabbro M, Weinstein RL. Measurement comparison between data obtained with 3-D reconstruction from CT and cephalometric radiogram and direct anthropometry and 2D norms. *Int J Maxillofac Surg* 2014; 25:1-15.
8. Björk A. Variations in the growth pattern of the human mandible, longitudinal radiographic study by the implant method. *J Dent Res* 1963; 42:400-411.
9. Enlow DH. *The Human Face*, Hoeber Med Division, Harper & Row Inc, 1968.
10. Face-Scan: utilizzo clinico della scansione facciale in ambito diagnostico, terapeutico riabilitativo-implantare e ortodontico. *QI&JOMI* 2014;5:80-85



Poznań, Poland
7-10 September 2016

FDI 2016
See You in Poznań!



Abstract Submission ends **1st April 2016**
Early Bird Registration ends **31st May 2016**



facebook.com/FDI2016POZNAN

www.fdi2016poznan.org

L'implantologia come ancoraggio ortodontico: caso clinico

P. Borelli*, U. Marchesi**, F. Fava***

*Odontoiatra libero professionista in Torino

**Odontoiatra, libero professionista in Pavia

***Odontoiatra specialista in ortodonzia, libero professionista in Torino

Introduzione

L'odontoiatria "monoprofessionale" sta cedendo sempre più il passo a quella specialistica e multidisciplinare¹. Accade infatti, con una certa frequenza, che i piani di trattamento, soprattutto nei casi complessi, vengano discussi e sviluppati in sinergia tra molteplici figure professionali, operanti nelle diverse branche dell'odontoiatria², per garantire al paziente una riabilitazione maggiormente conservativa.

L'evoluzione delle tecniche chirurgiche e dei materiali dedicati all'implantoprotesi ha fatto dell'implantologia una risorsa non solo per il protesista, ma anche per l'ortodontista, che può utilizzare gli impianti come ancoraggio per i suoi movimenti. Infatti, molti pazienti adulti si rivolgono all'ortodontista per migliorare l'estetica del loro sorriso, pur in presenza di occlusioni mutilate; nondimeno l'approccio delle riabilitazioni implantoprotetiche richiede sovente preparazioni ortodontiche preliminari al fine di semplificare le procedure chirurgiche e ridurre l'impatto biologico³, rendendo di fatto necessario il rapporto di collaborazione tra protesista e ortodontista. Nell'ambito dei piani di cura ortodontico-implantari, gli ortodontisti si trovano così di fronte a una soluzione alternativa: sfruttare come ancoraggio eventuali impianti presenti, in modo da poter preparare le arcate con notevole risparmio dei tessuti dentari. Gli impianti, fornendo stabilità assoluta, consentono di realizzare con facilità anche movimenti quali intrusioni, estrusioni, mesializzazioni o distalizzazioni, anche nei casi in cui l'ancoraggio dentale risulterebbe critico^{3,4}.

Scopo di questo articolo è mostrare, attraverso vari passaggi di un caso esemplificativo, i vantaggi dell'approccio riabilitativo combinato.

Caso clinico

Paziente di anni 80, V.G., si rivolge presso il nostro studio presentando una perdita del tessuto dentario duro, con difficoltà sempre più incipienti nella masticazione. All'esame obiettivo appare evidente lo stato di usura degli elementi dentari presenti, la mancanza di supporto posteriore e una malocclusione caratterizzata da rapporti tendenti alla terza classe scheletrica, senza dubbio accentuati dall'autorotazione mandibolare conseguente alla perdita di numerosi elementi dei settori posteriori. Viene eseguita una radiografia ortopantomografica (Fig. 1) dalla quale non risaltano particolari problematiche. Il sondaggio

parodontale evidenzia la salute degli elementi residui. Il signor V.G. rifiuta qualsiasi tipo di riabilitazione rimovibile e opta per una soluzione fissa, rendendosi disponibile a una terapia ortodontica preparatoria. Vengono quindi prescritte le teleradiografie e viene preparato lo studio del caso (Figg. 2-4). L'obiettivo della terapia ortodontica è quella di preparare gli elementi dentari alla terapia protesica, risolvendo il cross sull'elemento 2.3 (Fig. 5). Si decide per l'inserimento in posizione 2.4 di un impianto SPI 3.3 x 11.5 (Alpha-Bio

Tec, Israele) e in posizione 2.5 di un impianto SPI 3.75 x 11.5 (Alpha-Bio Tec, Israele) (Figg. 7-10).

Si attendono 3 mesi per l'integrazione ossea degli stessi (Figg. 11-16), che vengono protesizzati provvisoriamente con delle corone avvitate. Si opta per corone transmucose, in quanto la connessione è più rigida e non c'è rischio di decementazioni. I provvisori sono avvitati a 30° NW con chiavetta dinamometrica.



> pagina 9 Fig. 1 - Opt iniziale.



Figg. 2-4 - Teleradiografie in posizione altero-laterale e postero-anteriore e tracciato cefalometrico.



Fig. 5 - Visione occlusale della cresta edentula preoperatoria.



Fig. 6 - Foto frontale del paziente sorridente.



Fig. 7 - Osteotomia preimplantare effettuata con frese stoppate.



Figg. 8, 9 - Fasi dell'inserimento manuale degli impianti; impianto 3.3 per 11.5 nel sito 2.4 e 3.75 x 11.5 nel sito 2.5.



Fig. 10 - Visione occlusale della sutura in PTFE (Ptfe 4/0 omnia).



Figg. 11-13 - Foto intraorali: visione frontale e laterali del paziente a bocca chiusa. Si notino le grosse abrasioni dentali e il morso incrociato e l'assenza di spazio protesico per una corretta riabilitazione.



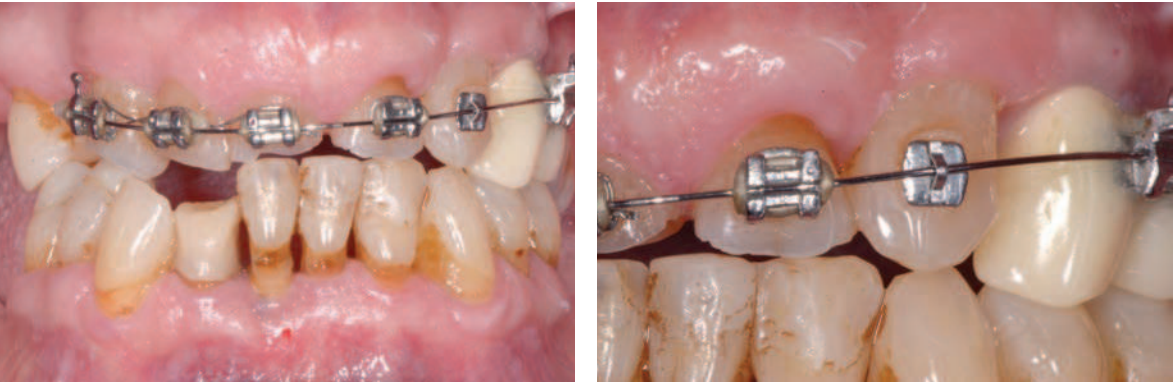
Figg. 14-15 - Visione laterale e oclusale dell'arcata superiore.



Fig. 16 - Particolare con le viti di guarigione inserite 8 settimane dopo il posizionamento degli impianti.



Figg. 17-19 - Particolari dell'apparecchio ancorato ai due impianti. Si notino il rialzo oclusale e le macchie sui denti dovuti ai quotidiani sciacqui con clorexidina 0.12%.



Figg. 20, 21 - Foto a fine trattamento ortodontico. Si noti la risoluzione del cross sul canino.

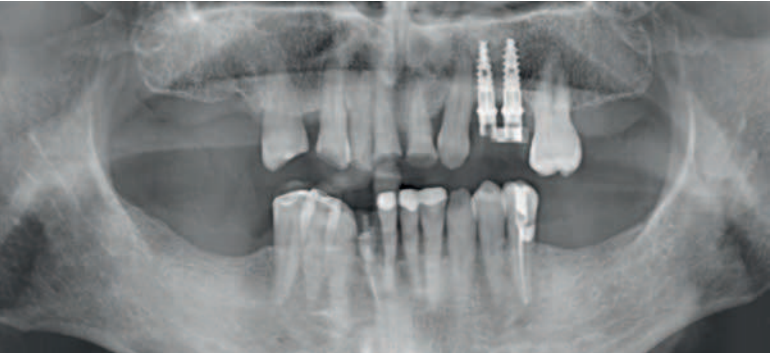


Fig. 22 - Opt finale. Si noti l'assenza di radiotrasparenze intorno agli impianti, sintomo che il carico ortodontico non ha influito sul mantenimento dell'osteointegrazione.

< pagina 8

Viene allestito un apparecchio individuale costituito da sistema staticamente determinato a cantilever ancorato a tubi diretti "affogati" nella resina delle corone provvisorie con lo scopo di risolvere il cross sul canino e di migliorare le condizioni occlusali preprotetiche. Durante lo spostamento del canino si rende necessario un aumento della dimensione verticale di occlusio-

ne, in modo da non dover eseguire nessuna ameloplastica sul 2.3 (Figg. 17-21). Questo rialzo viene effettuato mediante cementazione di overlay in composito nei settori posteriori e di ricostruzioni dirette dei denti anteriori con la tecnica della mascherina in silicone (Figg. 22-28). Alla fine della terapia viene consegnata la contenzone per stabilizzare la posizione dei denti e il caso verrà rivalutato a tre mesi, in modo da ultimare la fase protesica e valutare se la nuova DVO sarà accettata dal paziente. Il trattamento finale prevederà il confezionamento di overlay per il ripristino del piano oclusale e faccette adesive nei settori anteriori⁵.

Discussione e conclusioni

L'approccio multidisciplinare al trattamento dei casi complessi permette di trovare soluzioni più adeguate per la riabilitazione del paziente, non sempre disponibile ad accettare i piani di trattamento che si prospettano. Accade, ad esempio,

che terapie chirurgiche o costose possano essere rifiutate, e la possibilità di semplificare i trattamenti può rappresentare uno strumento valido per incontrare il consenso da parte del paziente stesso. A tal proposito l'utilizzo di apparecchiature individuali, ancorate a impianti osteointegrati, offre notevoli vantaggi, quali la riduzione delle necessità di ancoraggio con possibilità di costruzione di apparecchiature parziali e minimamente invasive, funzionali alla realizzazione di movimenti preprotetici importanti dal punto di vista protesico, che sarebbero complessi da ottenere con un ancoraggio dentale tradizionale. Effettuando preparazioni ortodontiche preprotetiche, è possibile riabilitare le arcate in modo più conservativo e meno costoso, proprio perché si procede a un riallineamento dei pilastri, posizionati in modo più favorevole. Questo permette con maggiore frequenza di optare per soluzioni adesive con ricostruzioni parziali – anziché adottare le corone tradizionali – con minori costi biologici ed economici. Inoltre, viene agevolata anche la correzione delle inclinazioni sfavorevoli dei denti, necessaria per evitare l'insorgere di problematiche parodontali. Il vantaggio dell'impiego degli impianti come ancoraggio nella terapia orotodontica è evidente se confrontato con quello effettuato tramite dentatura residua, sulla quale si vengono a creare movimenti dentari indesiderati, ad esempio l'estrusione dei denti usati come ancoraggio nel caso di intrusione o viceversa. Ciò altera il piano oclusale necessitando di ulteriori modifiche. Tali conseguenze, certamente non auspicabili, sono evitate con l'utilizzo degli impianti. Infine, durante il trattamento di pazienti "ortodontico-implantari" è indispensabile, come avviene durante i normali trattamenti ortodontici, che il paziente sia monitorato periodicamente dal punto di vista dell'igiene, con richiami più frequenti rispetto alle tempistiche tradizionali⁶⁻⁸. Diventa, quindi, di fondamentale importanza il ruolo dell'igienista e il dialogo e la collaborazione tra i vari professionisti, anche per gestire e prevenire eventuali complicanze che possono insorgere durante il trattamento.



Figg. 23-25 - Foto intraorali: visione frontale e laterale a fine trattamento. Si noti come, grazie al rialzo oclusale provvisorio (che dovrà essere testato ancora per 3 mesi), si sia creato uno spazio protesico corretto.



Figg. 26, 27 - Visione laterale e oclusale dell'arcata superiore a fine del trattamento ortodontico.



Fig. 28 - Foto frontale del paziente sorridente a fine trattamento ortodontico.

L'articolo è stato pubblicato su *Implants Italian Edition*, gennaio 2016.
La bibliografia è disponibile presso l'Editore.