

ORTHO TRIBUNE

The World's Orthodontic Newspaper • Italian Edition

Marzo 2014 - anno VIII n. 1

Supplemento n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Marzo 2014 - anno X n. 3

www.dental-tribune.com

Concretizzare e aggiornare
l'etica ortodontica

Editoriale



L'uomo è eticamente predisposto e diventa etico antropologicamente. Questa tensione emerge in particolare nei momenti di difficoltà e crisi, quasi a tutelare e riscoprire il principio primigenio di morale e coscienza che ci caratterizza nel mondo naturale. Tale considerazione trova riscontro anche nell'attività professionale, quindi anche

nella pratica ortodontica. Nei momenti di difficoltà si parla maggiormente di etica, di codici deontologici; si tenta, giustamente, di spostare la professione medica da una tecnica a una missione, dotata di valori morali e umani. L'etica della professione (ethical business) nasce con l'uomo e con le sue aggregazioni. L'uomo si riunisce in gruppi e subito comprende che, quando ha fame, dire "io ho fame, tu sei buono e mi dai il cibo" non funziona.

> pagina 2

ORTHO STORIA

Alle prime origini dell'Ortodonzia con i due Maestri fondatori della SIDO

Paolo Zampetti e Damaso Caprioglio tornano alle prime origini dell'Ortodonzia rievocando la vicenda di Giorgio Maj e il suo maestro Edmondo Muzj, fondatori nel 1946 (9 luglio) della SIDO.



pagina 6

CLINICA & PRATICA

La sistematica Invisalign® applicata a un caso clinico per il controllo del torque

Nel case report descritto viene evidenziata l'affidabilità del ClinCheck™ e l'efficacia dei Power Ridge™ per il controllo del torque degli incisivi superiori con la sistematica Invisalign®.



pagina 8



International Spring Congress al Lingotto



Foto: it.wikipedia.org

Con "Piani di trattamento multidisciplinari in pedoortodonzia" (Beretta, Federici Canova, Pescarmona) si apre giovedì 6 marzo in Sala Londra al Lingotto il SIDO International Spring Congress dedicato all'orto-

donzia intercettiva - stato dell'arte. Una "tre giorni" ortodontica intensa, articolata in diversi momenti di approfondimento didattico.

> pagina 2

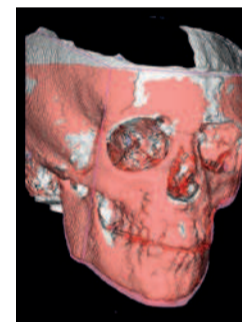
L'ortodonzia digitale... a portata di click

R. Fastuca, P.A. Zecca

Non è ormai più possibile non confrontarsi con le innovazioni tecnologiche che negli ultimi anni stanno invadendo il mondo dell'odontoiatria in generale e anche dell'ortodonzia più da vicino. Sia per il ricercatore sia per il

clinico che attua il suo processo di formazione negli anni che ci hanno appena preceduto e che seguiranno. È necessario imparare a conoscere questi nuovi strumenti.

> pagina 10



La SIDO vista da Claudio Lanteri

Quale è il suo rapporto con la SIDO?

Tutta la mia vita "ortodontica" vi è legata: dagli anni della formazione, spesi ad apprendere l'insegnamento dei maestri, fino all'aggiornamento di alto livello che la società ha sempre saputo proporre, cogliendo tempestivamente e selezionando per i propri soci i trend più significativi della specialità a livello internazionale.

Non solo adesione, tuttavia, ma anche un impegno più ravvicinato.

Con il tempo sono arrivati incarichi istituzionali a vari livelli, fino all'attuale presidenza: compito complesso, pieno di responsabilità. Un impegno continuo che richiede serenità di giudizio ed equilibrio. Nelle precedenti esperienze all'interno del direttivo avevo intuito quanto tempo occorresse per svolgere bene il mandato presidenziale. Ma la mia stima è risultata errata per difetto!



Claudio Lanteri, presidente SIDO.

> pagina 3



Eventi culturali celebrativi



Il corso gratuito al mese per tutto il 2014



Evento Internazionale di Ortodonzia



Incontro culturale per tecnici e medici

Per maggiori informazioni www.leone.it/anniversary/

Concretizzare e attualizzare l'etica ortodontica



< pagina 1

Allora, comprende immediatamente che è opportuno dire "dammi una cosa di cui io ho bisogno, e io te ne darò un'altra di cui tu hai bisogno". È come tentare di fare convivere l'egoismo dell'uomo con il suo altruismo, è conciliare l'interesse personale con l'interesse collettivo, il profitto con il dono.

Non solo in periodi di difficoltà o di crisi, ma anche in periodi di importanti cambiamenti è fondamentale focalizzarsi sui temi etici. Mi riferisco per esempio alla massiva introduzione nella clinica ortodontica delle tecnologie digitali: modificare i processi diagnostici e terapeutici affidandoli in parte a processi informatici e digitali è una trasformazione importante, ma che impone necessariamente l'esigenza di confrontarsi, insieme a quella di svilupparsi con nuovi concetti di "etica digitale ortodontica".

Agire eticamente non è operare clinicamente in modo esatto, piuttosto aggiungere a esso un valore orientato verso il "bene" come forma astratta. Non è dunque raddrizzare correttamente i denti, ma aggiungere al nostro operato un "bene" disgiunto. In tal senso il concetto di "missione medica" è fortemente legato a quello di etica: l'attenzione non viene posta sull'obiettivo di cura del paziente, piuttosto sul motivo che porta l'odontoiatra a curare i pazienti. Tale semplificazione non rende conto in modo completo ed esaustivo sul tema dell'etica, variegato e con numerose definizioni. Per comprendere la complessità

della questione potremmo inizialmente riflettere sull'agire morale soggettivo e personale; esso si fonda sul riconoscimento della propria coscienza, sulla consapevolezza e lucidità mentale che appartiene a chi prende atto di un pensiero e sa riconoscere uno stato d'animo. Il concetto di coscienza racchiude un significato più profondo, che attiene la dimensione etica dell'individuo. Rispondere alla propria coscienza porta all'agire morale, cioè secondo ciò che ciascun soggetto reputa giusto per sé e nel rapporto con gli altri. Possiamo considerare la morale come genesi dell'etica, che ne è sua oggettivazione, per semplificazione potremmo definire l'etica come la razionalizzazione e materializzazione delle coscienze collettive di un gruppo. È la condivisione, all'interno di un gruppo di persone, di un patrimonio morale. Esiste dunque la singola e intima coscienza, che genera le singole morali, che in un gruppo si esprimono in codici etici scritti e codificati.

Un recente convegno dell'Ordine dei medici di Milano ha trattato il tema di etica, economia e aspetti operativi in ambito ortodontico; aspetti disgiunti e diversi che però si legano nel clinico quotidiano, dando nuove visioni e stimoli critici. L'etica rappresenta un concetto astratto che merita invece, in particolare in ambito ortodontico, una profonda concretizzazione e attualizzazione. Tale trasformazione, dall'etica astratta a quelle concreta e moderna, è opportuna per numerose ragioni. Una di queste potrebbe essere quella di superare la concezione di professione ortodontica come applicazione di una tecnica, espressione di una paternalistica e autoreferenziale

terapia del paziente. Un'altra ragione potrebbe essere quella di aggiungere un valore morale, capace, in termini semplicistici, di definire una "coscienza ortodontica", una voce interiore che impone determinati valori e regole di condotta cui non si deve derogare, pena l'angoscia morale o la perdita dell'autostima. Sono numerose le proposte di principi e codici etici ortodontici in ambito internazionale; esse propongono una professione caratterizzata dal "buon comportamento", sia nei confronti del paziente sia nei confronti dei colleghi. Ricordo in particolare la rubrica "Ethics in orthodontics", pubblicata dall'AJO-DO da oltre tre anni e ad accesso gratuito (scelta etica dell'editore!). In essa, Peter M. Greco di Philadelphia offre spunti pratici in ambito morale, stimola al dibattito, cerca di rendere comprensibili principi così difficili da rendere concreti. Riassume, per esempio, il giuramento di Ippocrate in 6 principi ortodontici; uno di questi è: «Remember that you are not just treating a malocclusion; most importantly, you are treating a person». Un altro interessante suggerimento giunge dal codice etico delle European Federation of Orthodontic Specialist Associations. In esso è curioso il riferimento al "whistle blowing": in pratica, se un ortodontista viene a conoscenza che un altro collega sta eseguendo male e con incompetenza la terapia, oppure assume comportamenti non etici o illegali, è dovere etico dell'ortodontista informare le autorità competenti. Come esempio potrei ipotizzare alcune affermazioni etiche: «Il suo caso è trattabile anche con allineatori trasparenti, ma io non li utilizzo»; «Quale è il suo desiderio, o

Editoriale

bisogno?»; «Se vuole la invio a un collega per una seconda valutazione»; «È un caso troppo complesso per me». In linea di massima potremmo affermare che è etico trattare sia il necessario (patologico), sia il bisogno del paziente, conciliando una duplice propensione nell'agire, che tende al "bene", come principio universalmente riconosciuto, ma anche "all'utile", manifestazione dell'esigenza soggettiva del nostro paziente, che non deve essere esclusa. Questa affermazione pone l'importante questione se la malocclusione sia o no una patologia: non entro nel merito pur convinto che, tranne rare eccezioni, non lo sia. Relativamente al bisogno del paziente è importante indagarlo, conoscerlo, farlo emergere per chiarirlo in modo definito ed evidente con lui.

Un importante contributo è stato dato da Alberto Laino e il suo gruppo di lavoro, grazie al suo trattato completo che descrive l'etica con precisione. Sarebbe auspicabile che le nostre associazioni di categoria ortodontica, prima fra tutte la SIDO, componessero un semplice e fruibile codice etico ortodontico, come riferimento morale per tutta la categoria.

Come ultima considerazione potrei rifarmi al concetto di gratitudine. Quando una persona risponde "grazie" lo può fare per atteggiamento formale, oppure in risposta a una azione che è fortemente caratterizzata dal bene, bene condiviso. Ebbene, quando un paziente ci ringrazia potrebbe essere l'esito di una nostra azione etica.

Luca Levrini

A Torino, altra tappa di avvicinamento della SIDO e dell'Ortodonzia all'Expo 2015

< pagina 1

Oltre ai pregressuali "Ortopedia mascellare: indicazioni limiti e nuovi protocolli terapeutici", alla "Terapia funzionalizzante: indicazioni limiti e controindicazioni", un momento di richiamo è costituito da "I traumi dentali, caleidoscopio affascinante" a cura di Claudia Caprioglio, tema richiamato, il sabato 8, dalla Tavola rotonda coordinata da Patrizia Biancucci che avrà come protagonisti pediatri e medici di base, oltre a odontoiatri forensi e ortodontisti, organizzatori del convegno attraverso le rispettive società scientifiche: SIOF (Società Italiana Odontoiatria Forense) e SIDO (Società Italiana di Ortodonzia). Vi prendono parte anche rappresentanti delle forze dell'ordine, visto che parte della traumatologia dentale è da attribuire a infortunistica, violenza e abusi familiari. "Emergenza traumi dentali" è anche un corso di formazione, il primo in Italia, destinato alle due categorie specifiche dei pediatri e medici di base, ma il valore va oltre il contenuto formativo, dal momento che viene posta in evidenza una pro-

blematica complessa in cui gli aspetti medico-assicurativi si intersecano con quelli sociologici e penali oltreché statistici, considerando che 3 soggetti su 10 sono vittime di una lesione orale e in almeno uno di essi la causa scatenante è l'esercizio dell'attività sportiva o ludica. L'evento del Lingotto può essere idealmente considerato una seconda tappa verso Expo 2015, l'Esposizione universale che si terrà l'anno prossimo a Milano, mentre il primo passo è stato il Convegno "Dalla biomeccanica alla bio-logica", tenutosi al Palazzo della Regione di Milano, il 14 febbraio (vedi foto), a cura di Giampietro Farronato e dell'Università. Nell'ambito del "Progetto SIDO", dall'eloquente sottotitolo "Aspettando l'Expo 2015", è compresa

infatti non solo l'International Spring Meeting di Torino, ma sono inclusi tutti gli altri, numerosi, eventi di respiro sia nazionale che internazionale in cui la SIDO, una delle maggiori società scientifiche italiane (3400 aderenti), verrà coinvolta fino all'anno prossimo. Tra i momenti culminanti dell'International Spring Meeting del Lingotto, è da annoverare la "Talents' Factory" che ha luogo in ambito pregressuale in Sala Lisbona giovedì 6. Si tratta di una sessione di formazione sulle linee guida per preparare una relazione congressuale di standard internazionale. Aperta a tutti i soci SIDO è condotta da S. Paganelli ed E. Barbato e coordinata da S. Allegrini. Altro momento degno di nota è la video conferenza in Sala

Cinquecento, il giorno dopo. Terminata la cerimonia inaugurale, sono previsti tre interventi sull'inizio del Trattamento ortodontico nelle malformazioni cranio facciali (Meazzini), sugli Aspetti della crescita cranio facciale (Franchi) e in chiusura, sulla Genetica oro facciale a una importante svolta (Caprioglio e Meozzi). Nella terza giornata congressuale (sabato 8) infine due "associated events": il corso, in collaborazione con Aidi, dedicato agli igienisti dentali in Sala Madrid avente per tema "Il bambino al centro: l'interazione efficace nella prevenzione della salute orale" e quello rivolto agli Aso incentrato anch'esso sul bambino nello studio odontoiatrico. In particolare sul come saper comunicare con lui. Tornando al binomio Sido/Expo e tenendo ben presente qual è la principale mission della SIDO (ossia "diffondere la cultura ortodontica in Italia e altrove"), è intuibile il grande valore di comunicazione e di immagine che deriverà all'Ortodonzia (e all'intera Odontostomatologia) dall'inserimento del Congresso SIDO tra i grandi eventi di un'Esposizione Universale certamente "storica", come quella del 2015.



ORTHO TRIBUNE

The World's Orthodontic Newspaper • Italian Edition

LICENSING BY DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL PUBLISHER TORSTEN OEMUS

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann [newsroom@dental-tribune.com] +49 341 48 474 107
CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz
ONLINE EDITORS - Yvonne Bachmann; Claudia Duscheck
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus
DIRECTOR OF FINANCE & CONTROLLING - Dan Wunderlich
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER - Claudia Slawiczek
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Maria Kaiser (USA); Werdiana Mageswki (Latin America); Hélène Carpentier (Europe)
MARKETING & SALES SERVICES - Esther Wodarski; Nicole Andrà
ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Anja Maywald
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
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

©2013, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

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

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 173
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

REGIONAL OFFICES
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199
Dental Tribune America
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

Supplemento n. 1
di Dental Tribune Italian Edition
Anno X Numero 3, Marzo 2014
Registrazione Tribunale di Torino
n. 5892 del 12/07/2005

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[direttore.giornale@tueor.it]

EDITORE
TU.E.OR. Srl - C.so Sebastopoli, 225 - 10137 (TO)
Tel.: +39 011 0463350 | Fax: +39 011 0463304
www.tueor.it - redazione@tueor.com

Sede legale e amministrativa
Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino

AMMINISTRATORE
Patrizia Gatto
[patrizia.gatto@tueor.com]

DIRETTORE SCIENTIFICO
Claudio Lanteri

CO-DIRETTORE SCIENTIFICO
Luca Levrini

SUPERVISORE SCIENTIFICO
Damaso Caprioglio

REDAZIONE
Chiara Siccardi
Ha collaborato Rottermaier - Servizi Letterari (TO)

GRAPHIC DESIGNER
Angiolina Puglia

REALIZZAZIONE
TU.E.OR. Srl - www.tueor.it

STAMPA
ROTO3 Industria Grafica S.p.a. Castano Primo (MI)

PUBBLICITÀ
Tueor Srl
[allessia.murari@tueor.com]

ANES
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

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.

Alla vigilia del Congresso nazionale, ecco la SIDO vista dal suo presidente Claudio Lanteri

< pagina 1

Impegno in quali direzioni?

La società ha sempre fermamente creduto che l'obiettivo su cui orientare i propri sforzi è il mondo dei giovani; una società che non dà spazio alle nuove leve non ha futuro. Nel mio quotidiano, ho continue occasioni di contatto con ortodontisti che un tempo non avremmo esitato a definire "di belle speranze", quelle che oggi invece vacillano, mentre è palpabile la preoccupazione dinanzi al futuro. Sentiamo il dovere di progettare insieme un avvenire più promettente per loro, chiamati a operare in un contesto globalizzato, sempre più competitivo. È una sfida da vincere, investendo sulla qualità, a partire da una formazione di livello internazionale, per arrivare alla razionalizzazione del lavoro quotidiano, reso più efficiente da moderni principi di management, in modo da intercettare in parte quel 50% circa che oggi non può permettersi cure ortodontiche.

Quindi, un supporto polivalente

Qualità, efficienza, comunicazione, formazione, management, aggiornamento continuo..., tutte tematiche cui non può che essere sensibile un libero professionista come me, che vive ogni giorno le sfide della customer satisfaction e della gestione dello studio-azienda.

E per quanto attiene alla "qualità interna"?

Parlando dell'organizzazione e dei servizi non dimentichiamo che SIDO è una società certificata UNI EN ISO9001:2008. La qualità sostanziale deve però essere resa nota all'esterno, percepita dal grande pubblico ed evolvere in un vero e proprio brand. Per rafforzare l'immagine, non puntiamo su campagne mediatiche eclatanti, basta che il pubblico conosca meglio le nostre attività e ne comprenda l'importanza. L'operato quotidiano ha importanti ricadute su molteplici individui e istituzioni: innanzitutto sui soci, che usufruiscono dei servizi SIDO, e sui pazienti, che entrano nei nostri studi, per incontrare professionisti ben formati e aggiornati.

Altri destinatari, oltre i soci?

Con il diffondere il sapere scientifico riguardo ai temi della salute, le campagne di visite specialistiche gratuite, come il mese della salute orale sponsorizzato da Colgate, la SIDO rende un servizio utile anche alla comunità e allo Stato. Negli anni ha anche saputo sviluppare relazioni costruttive con categorie professionali vicine all'attività quotidiana quali igienisti dentali e odontotecnici, da tempo presenti con apposite sessioni ai nostri congressi. Un filone promettente da incoraggiare e implementare con altre tessere del mosaico. Come ad esempio, con la logopedia, grande miniera di concetti e di operatività preziose per i pazienti.

E che cos'altro?

Se occorrono qualità ed efficienza per affrontare le sfide del mercato con l'eccellenza clinica, c'è anche bisogno di un profilo etico elevato, un impegno sociale e di molta umanità nei rapporti con il paziente, come esige il giuramento di Ippocrate. Queste le linee guida vincenti.

L'ortodonzia è ancora una specialità essenzialmente rivolta all'infanzia?

L'ampiezza dei mezzi terapeutici e le vaste conoscenze scientifiche che li sostengono hanno permesso di superare la barriera dell'età estendendo i benefici dell'ortodonzia a tutti verso gli estremi opposti: da un lato un'età sempre più precoce e dall'altro pazienti con un'età sempre più avanzata.

Nel caso dei bambini, sempre, ovviamente, in sinergia con il pediatra...

La salute, non solo orale, dei bambini e la collaborazione con le altre figure mediche sono temi cari alla nostra tradizione culturale. Quando giungono alla nostra osservazione i piccoli pazienti sono da tempo seguiti dal pediatra, il quale, se ade-



Claudio Lanteri, presidente SIDO.

guatamente formato, occupa un punto di osservazione privilegiato e autorevole da cui intercettare precocemente molte condizioni che, se invece trascurate o affrontate tardivamente, possono produrre effetti negativi per la salute. Ben vengano quindi relazioni interdisciplinari, dal livello istituzionale con le società scientifiche più rappresentative fino ai contatti diretti di ciascuno con gli specialisti delle varie branche operanti nel territorio.

E con gli adulti?

Sul fronte dell'età matura, l'ortodontista sempre più spesso interviene su pazienti con problemi complessi che richiedono interventi multidisciplinari. Spesso la motivazione del paziente riguarda l'aspetto più evidente, l'alterazione estetica, ma una cura deontologicamente corretta non può non tener conto della compromissione anatomo-funzionale sottostante che richiede il recupero dei parametri neuromuscolari, articolari, occlusali, parodontali e non solo estetici.

Due età, due sfide...

Gli opposti estremi dell'età precoce e dell'età adulta con compromissioni complesse rappresentano per me gli aspetti più stimolanti dell'ortodonzia, cui ho dedicato gran parte del mio interesse professionale. Per questo riserverò un evento all'ortodonzia intercettiva (o early treatment) e un altro mirato sull'ortodonzia.

Qualche altra sfida importante per la SIDO?

Un'altra "frontiera" estremamente impegnativa a cui dedichiamo il massimo dell'attenzione e delle energie, è il contesto internazionale in cui la società si muove da tempo con autorevolezza e contributi significativi, non solo culturali. Nostri soci sono ai vertici di società scientifiche internazionali o hanno ottenuto riconoscimenti prestigiosi world wide. Il ruolo di guida culturale nel Mediterraneo, attraverso il MOIP, è un'opportunità da coltivare con il massimo impegno. Così come l'Expo mondiale a Milano e l'EOS a Venezia (entrambe nel 2015), sono altre grandi occasioni per estendere la visibilità e l'influenza della SIDO in Europa e nel mondo.

È vero che l'ortodonzia ha molte anime?

All'interno della nostra società convivono diverse anime, rappresentative dei molti modi di vivere la specialità: dalle aule universitarie agli ospedali, ai differenti tipi di servizio pubblico fino agli innumerevoli studi privati, organizzazione e collocazione. Diversità insannabili? Tutt'altro! Punti di osservazione così diversi sono una ricchezza, un valore aggiunto che contribuisce a maturare una visione più

concreta del variegato fenomeno chiamato "ortodonzia", a coglierne aspetti e sfumature meno noti, a comprendere meglio cosa il mondo esterno si attende da noi.

Con un denominatore comune, tuttavia...

La mia convinzione o, meglio, la mia certezza è che tutti i soci, nessuno escluso, si riconoscano nell'amore sincero per la specialità e nel desiderio di migliorarsi per il bene dei pazienti. In altri termini, si può ben percepire una solida unità di intenti nella legittima diversità di orientamenti e aspettative, un possibile collante con cui cercar di ricostituire un'unità anche formale, a vantaggio di rappresentatività e rispettabilità a tutti i livelli.

Può citare un altro carattere distintivo della SIDO?

Vorrei ancora ricordare la solidarietà, che la società alimenta con iniziative e impegno, quotidianamente praticata con generosità e discrezione da moltissimi associati. È forse la nostra virtù più nascosta e quindi più preziosa, da incentivare sempre più sia verso quei soci che dovessero incorrere in difficoltà, sia sovvenendo ai bisogni di portatori di malocclusioni anche molto gravi, ma in condizioni socio-economiche tali da non consentire l'accesso alle cure.

C'è anche una SIDO al femminile?

Non ho dedicato finora una sola parola all'"altra componente", non per disattenzione o mancanza di stima: le donne SIDO non hanno bisogno di proclami di "pari opportunità" o "quote rosa", perché da sempre occupano ruoli significativi esclusivamente sulla base delle capacità e del merito personale. Abbiamo infatti due donne già elette alla guida della società nel 2016 e nel 2017.

Per concludere?

Nel ricordare il motto scelto dai padri fondatori per il GISO (Gruppo Italiano Studi Ortodontici), la culla da cui nel 1968 nacque la SIDO, ossia «by uniting we stand, dividing we fall», chiudo con l'esortazione a far nostra, tutti insieme, una "cultura del sorriso" nella divulgazione del potenziale della nostra specialità e, anche e soprattutto, nei rapporti tra noi tutti.



CLAUDIO LANTERI

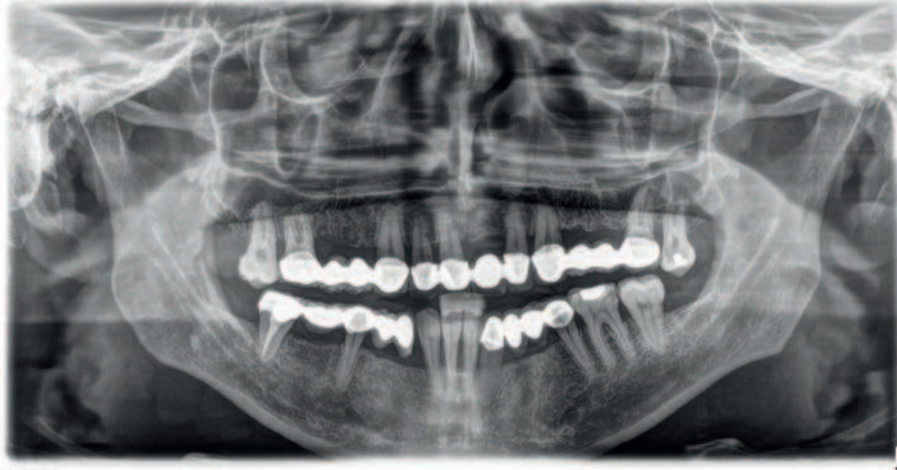
Via Mameli 63 - 15033 Casale Monferrato (AL)
info@lanteri.org - www.lanteri.org

L'odontoiatra può svolgere l'attività radiodiagnostica complementare

Umberto
Garagiola



In seguito all'esposto a diversi enti pubblici e redazioni giornalistiche da parte dell'Associazione difesa professione radiologica sull'esercizio abusivo dell'attività radiografica della comunità medica ed odontoiatrica non specialista in radiodiagnostica, si è verificata la significativa reazione di ANDI, SUSO, AIO. Ribadiscono con forza che l'odontoiatra può legittimamente utilizzare gli apparecchi radiografici indispensabili all'esercizio delle prestazioni radiografiche complementari alla professione, per una maggior tutela della salute dei pazienti. Secondo le normative vigenti (art. 2, comma 1, lett. b del D.Lgs n. 187/2000) l'odontoiatra, definito secondo l'art. 2, comma 2, art. 7 comma 4 come «specialista in radiologia per l'attività complementare» può svolgere l'attività diagnostica complementare alla propria prestazione. Il Ministero del Lavoro nel 2005 ribadisce che può avere in studio e utilizzare gli ortopantomografi. Il Ministro del Lavoro attraverso una nota della Direzione generale della tutela delle condizioni di lavoro, ha chiarito che per determinare e utilizzare l'apparecchio radiografico per ortopantomografia siano sufficienti i titoli per l'esercizio della professione (23 settembre 2005). Il Ministero della Salute nel 2010 (GU n. 124 del 29 maggio 2010) ha pubblicato le raccomandazioni sul corretto impiego delle TC volumetriche Cone Beam 3D, prevedendo che siano funzionali e complementari all'esercizio delle prestazioni odontoiatriche. Non esiste legge che imponga autorizzazioni specifiche per l'installazione di apparecchi radiodiagno-



stici negli studi odontoiatrici, che si avvalgono dell'esperto qualificato, e dell'esperto in fisica medica per la valutazione della dose da somministrare al paziente nel programma di garanzia della qualità. L'odontoiatra non necessita delle consulenze di un medico specialista radiologo, essendone il responsabile ed esercente delle apparecchiature radiologiche, ed inoltre abilitato a svolgere l'indagine clinica. Le esposizioni alle radiazioni ionizzanti devono

essere mantenute al livello più basso ragionevolmente ottenibile, compatibilmente con le esigenze diagnostiche odontoiatriche e giustificate dai vantaggi terapeutici derivanti per il soggetto esposto. Nell'utilizzo di apparecchiature TC volumetriche Cone Beam in attività radiodiagnostiche complementari per svolgere specifici interventi strumentali propri della disciplina specialistica del medico o dell'odontoiatra, non possono essere effettuati esami per conto di altri sanitari, pubblici o privati, né esser redatti

o rilasciati referti radiologici, risultando l'uso delle apparecchiature radiodiagnostiche in via complementare essere ammesso per le sole condizioni ex D. Leg. 187/2000. Risultano ammesse, in attività radiodiagnostiche complementari, solo le pratiche che per la caratteristica di poter costituire un ausilio diretto e immediato per lo specialista, presentino i requisiti funzionali e temporali di risultare «contestuali» (il giorno della prestazione o quello prossimo), «integrate» (verso il miglioramento delle prestazioni) e «indilazionabili» (a vantaggio del paziente) rispetto allo svolgimento di specifici interventi strumentali propri della specialità. L'utilizzo delle apparecchiature TC volumetriche Cone Beam deve prevedere: piena giustificazione dell'esame; preventiva acquisizione del consenso informato scritto; adeguata archiviazione e conservazione cartacea e/o informatica del consenso informato e di tutte le immagini per almeno 5 anni; registrazione e archiviazione su apposito registro, anche su supporto informatico, di tutti gli esami eseguiti; verifica periodica (biennale) della dose somministrata e qualità delle immagini, avvalendosi di un esperto di fisica medica nell'ambito del programma di garanzia della qualità; deve essere effettuata una formazione specifica nell'utilizzo della tecnologia nell'ambito dell'aggiornamento quinquennale; comunicare all'ASL competente per territorio la detenzione dell'apparecchio radiografico; pagare il premio INAIL. Il nuovo regime giuridico si ispira a concetti della filosofia internazionale in materia di radioprotezione che, partendo dalla conoscenza dei pericoli connessi all'esposizione a radiazioni ionizzanti, permettono di utilizzare tali agenti solo se il beneficio derivante sia dimostrabile e le esposizioni limitate al minimo tecnicamente possibile ottimizzando gli impianti e tecniche. (European Commission Radiation Protection n. 172, 2012).

Umberto Garagiola

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper - Italian Edition

Premia l'articolo:
consulta gratuitamente la sezione
Clinical > articoli scientifici
del sito www.dental-tribune.com



Il vincitore di febbraio 2014

Cellule staminali
in odontoiatria implantare

Autore: A.A. Pelegrine

<http://www.dental-tribune.com/articles/specialities/implantology/>

AWWARD
DENTAL TRIBUNE

PREMIAZIONE 2014
"L'articolo scientifico più letto"

Ogni mese verrà annunciato
l'articolo scientifico più cliccato sulla
piattaforma italiana *Dental Tribune*

A fine anno la consegna dei premi
...seguici per scoprire i vincitori e partecipare all'evento

Ortodonzia 3.0

Il clinico esperto è molto più che un bravo ortodontista

Matteo Beretta



La filosofia

Negli ultimi anni il mondo della medicina e, quindi, anche dell'ortodonzia è radicalmente cambiato. Tutto si è modificato nella forma e nella sostanza. Sono avvenute profonde trasformazioni nelle procedure, nei processi e nei rapporti con il paziente, che sotto alcuni aspetti oggi si è trasformato in "cliente", diventando in un certo qual modo un target di mercato. È cambiato il modo di comunicare con il paziente, di proporre le varie tipologie di servizi che l'ortodonzia è in grado di offrire, anche grazie a un accesso facilitato alle tecnologie disponibili. Più che in passato le prestazioni professionali non possono essere erogate senza che vi sia una sempre più stretta collaborazione tra medico e paziente, per quanto riguarda sia la condivisione degli obiettivi di terapia sia le modalità per il raggiungimento degli stessi e non solo per la gestione dei casi più complessi.

La corresponsabilizzazione del paziente/cliente parte innanzitutto dalla comprensione da parte dell'ortodontista delle sue esigenze, aspettative e necessità, che potranno così tradursi, dopo un adeguato inquadramento e analisi del problema, in un piano di cura quanto più aderente, se possibile, ai bisogni espressi inizialmente e a quelli successivamente evidenziati. Fino a pochi anni fa valeva quella che potremmo chiamare la "regola del monologo". Tanto per intenderci, quella dove il medico con un messaggio unidirezionale diceva al paziente a quale trattamento si sarebbe dovuto sottoporre dato il suo problema, senza minimamente preoccuparsi della sua risposta. Era appunto un monologo, in cui il medico parlava e il paziente ascoltava. Il paziente era comunque e sempre disponibile ad ascoltare secondo lo schema di una comunicazione unidirezionale. Ma ai pazienti non è più sufficiente un approccio di questo tipo.

Se aggiungiamo quelli che erano, e ancora oggi restano in qualche caso, gli strumenti tradizionali di diagnosi e comunicazione in ortodonzia, ovvero le radiografie tradizionali su fogli di acetato, i tracciati cefalometrici fatti a mano libera, i modelli in gesso, il set-up in laboratorio e lo sviluppo e stampa di fotografie, potremmo definire questa ortodonzia, prendendo in prestito la terminologia informatica, come "ortodonzia 1.0". Grazie all'innovazione tecnologica è nata successivamente la possibilità di sfruttare nuove modalità di dare informazioni al paziente, che non è più disposto a fare l'aplausio al monologo, accettando incondizionatamente il piano di cura ma richiede un dialogo. Chi ha capito l'importanza di questa evoluzione, adattandosi alle necessità diverse dei pazienti, ha iniziato ad applicare la "regola del dialogo".

Questo è stato reso possibile e più semplice dall'utilizzo di strumenti derivanti dall'ICT (information and communication technology) ovvero: un complesso di scienze, metodologie, criteri, tecniche e strumenti, atti a potenziare le attività relative alla raccolta, trasmissione ed elaborazione dei dati, alla creazione di informazioni e di conoscenza, all'assunzione di decisioni ecc.

L'utilizzo della tecnologia computerizzata per diagnosi, pianificazione del trattamento e una comunicazione più efficace al paziente del piano di cura, oggi è la realtà. Non si tratta più, quindi, di una comunicazione monodirezionale, ma a due vie, mettendo il paziente nelle condizioni di capire più facilmente cosa gli stiamo proponendo (con immagini e video proiettati su schermi, computer portatili o tablet di ultima generazione) e di darci dei feedback, a cui potrà seguire un nuovo messaggio e una nuova risposta, per una comprensione più consapevole da parte sua.

Il completamento di questa mutazione tecnologica dell'ortodonzia è passato attraverso la progettazione virtuale e la produzione computer guidata di apparecchiature, fisse e rimovibili, e/o sistemi di applicazione. Il mondo del virtuale che si trasforma in reale, quello della tecnologia al servizio del dialogo e di una maggior sintonia con il paziente, possiamo definirla "ortodonzia 2.0".

In informatica si indica come web 2.0 l'insieme di tutte quelle applicazioni online che permettono un elevato livello di interazione tra il sito web e l'utente, come i blog, i forum, le chat, le piattaforme di condivisione di media e i social network, in contrapposizione al cosiddetto web statico o web 1.0. Il web 2.0 costituisce anzitutto un approccio filosofico alla rete, che ne connota la dimensione sociale, della condivisione, rispetto alla mera fruizione.

L'evoluzione è oggi

Philip Kotler, guru mondiale della comunicazione, molto attento a tutti i mutamenti del sistema macroeconomico e delle interazioni con la società, considera sorpassato il 2.0 e ha iniziato a parlare di un ulteriore cambiamento: «Il comportamento e i valori delle imprese sono sempre più sotto la lente dell'opinione pubblica, questo fa sì che i consumatori possano scambiarsi con grande facilità opinioni su aziende, prodotti, marche e discutere tra loro delle performance funzionali e sociali.

La nuova generazione di consumatori è molto più attenta ai problemi e alle preoccupazioni di natura sociale. È dunque ora di cambiare! Le imprese devono reinventarsi e ab-

bandonare il più rapidamente possibile le prassi dei vecchi e confortevoli sistemi di comunicazione e promozione, per avventurarsi nel mondo del 3.0».

Il web 3.0, o semantico, è quello che risponde a domande complesse con maggior attenzione alle esigenze personali.

Leggendo le linee guida approvate recentemente dalla FnomCeo relativamente all'ICT, emerge come il medico, nell'uso di questi strumenti informatici e tecnologici debba attenersi a determinate precauzioni e prescrizioni, nonché avvalersi delle innovazioni disponibili nell'interesse del paziente e per il progresso della medicina.

Nel box seguente citiamo alcuni dei punti salienti di questo documento.

Estratto linee guida FnomCeo sulle ICT

- Ogni utilizzo per qualsiasi fine degli strumenti dell'ICT dovrà tener conto della proporzionalità, necessità e sicurezza degli interventi, nonché dell'eticità delle prestazioni e della deontologia dei comportamenti, al fine di conseguire la massima appropriatezza clinica e gestionale.
- Il medico dovrà favorire l'uso delle tecnologie ICT al fine della gestione della complessità propria della medicina moderna, della attuazione dei criteri della medicina sistemica e della "precision medicine" e per il miglioramento degli strumenti di prevenzione individuale e collettiva.
- L'uso delle tecnologie ICT è volto al miglioramento dei processi di comunicazione interprofessionale, alla più idonea gestione dei percorsi diagnostici, terapeutici assistenziali e al miglioramento della comunicazione con e per i cittadini.

Il medico dovrà avvalersi delle tecnologie ICT per il miglioramento dei processi di apprendimento anche utilizzando sistemi di simulazione per la diminuzione degli errori medici e per la sicurezza del paziente. Tutto ciò si sposa con quelli che possono essere considerati gli obiettivi o la mission di una nuova odontoiatria, l'odontoiatria digitale e quindi dell'ortodonzia digitale:

- maggior precisione diagnostica;
- standardizzazione delle procedure terapeutiche;
- eliminazione dei gap tra le diverse capacità degli operatori;
- utilizzo di soli materiali biocompatibili, estetici, di sintesi, biologicamente sicuri e privi di possibili conseguenze negative per la salute dell'uomo;
- compatibilità dei materiali con esami strumentali che il paziente potrà eseguire in futuro o a cui periodicamente si sta sottoponendo.

Prima di pensare a tutto ciò, già in occasione del primo incontro con il paziente, è importante innanzitutto ascoltarlo, sentire i suoi problemi, magari la sua storia clinica pregressa, percepire le sue emozioni a riguardo, quando ci chiede di aiutarlo, di dargli delle risposte. Fondamentale è annotare, anche in maniera sintetica, tutte queste informazioni, che saranno utilissime per formulare una corretta diagnosi e un piano terapeutico "cuciti su misura".

La visita e l'inquadramento diagnostico del paziente dovrebbero, quindi, procedere con una preliminare valutazione clinica, senza buttarsi a capofitto nel cavo orale ma con un approccio più globale, mettendo al centro delle nostre attenzioni il paziente e non i suoi denti o l'apparecchio che potremmo applicargli.

«Una recente ricerca rivela che i pazienti italiani non sono soddisfatti del rapporto con il proprio medico. Il medico ha fretta, si dirige subito verso la ricerca della malattia per fornire la cura, dimenticando che si trova di fronte a una persona».

La necessità odierna di individualizzare sempre più la soluzione terapeutica da proporre ai pazienti, che tenga conto non solo di esigenze cliniche oggettive ma anche e soprattutto soggettive, correlate a sicurezza, assoluta biocompatibilità, estetica e, non ultimo, ai costi, non può non considerare le recenti innovazioni tecnologiche digitali.

L'utilizzo di metodiche digitali in odontoiatria e quindi anche in ortodonzia, dall'acquisizione dei dati mediante TC Cone Beam o scanner intraorali, alla progettazione tridimensionale e produzione di protesi e dispositivi ortodontici CAD/CAM può consentire, oltre che una maggior precisione diagnostica, una miglior standardizzazione e precisione delle procedure cliniche, nonché una riduzione dei tempi di lavorazione e applicazione, a vantaggio anche di una diminuzione dei costi finali.

L'ortodonzia digitale si deve porre l'obiettivo di eliminare le problematiche o i limiti di un approccio tradizionale, ancora troppo operatore dipendente, a partire dalla diagnosi, passando per la progettazione e la produzione individualizzata (custom made) per il paziente, fino ad arrivare all'applicazione clinica del prodotto finito, dopo un adeguato controllo di qualità, sfruttando il massimo della tecnologia oggi disponibile nel settore odontoiatrico.

Compatibilità con esami strumentali

Si può iniziare da qui, andando indietro di qualche anno e leggendo il lavoro di John F. Shenck, *The role of magnetic susceptibility in magnetic resonance imaging: MRI magnetic compatibility of the first and second kinds*, pubblicato nel 1996 sulla rivista della American Association of Physicists in Medicine, che analizza la suscettibilità magnetica di alcuni materiali utilizzati in medicina e chirurgia, valutandone la compatibilità con la RMN (Fig. 1).

> pagina 6

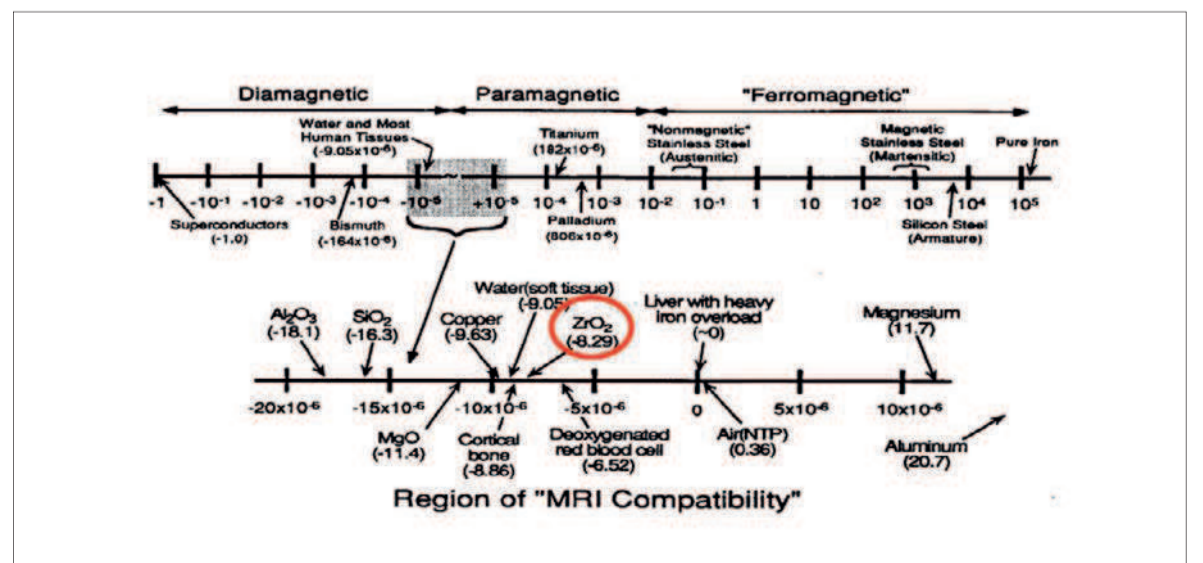


Fig. 1 - Diagramma di compatibilità con la RMN: la Zirconia, cerchiata in rosso, si comporta all'incirca come i tessuti molli.

< pagina 5

Nella tabella originale viene evidenziato come la Zirconia (ZrO_2) stia nella regione di compatibilità con la RMN. Questo significa che tale materiale, che è un metallo bianco, non crea fenomeni di magnetismo che possono interferire con il buon esito e accuratezza diagnostica di questo esame. Da un lavoro successivo, del 2006, pubblicato da T.M. J. Harris sul *Journal of Orthodontics*, dal titolo *The benefits of aesthetic orthodontic brackets in patients requiring multiple MRI scanning*, vengono evidenziati i benefici di utilizzare apparecchiature ortodontiche fisse estetiche in pazienti che, a causa di patologie interessanti il distretto testa e collo, devono sottoporsi routinariamente a RMN (compresa la rimozione temporanea degli archi in acciaio prima dell'esame), al fine di non incorrere in distorsioni, distacchi o movimenti dell'apparecchiatura stessa causati dai metalli tradizionali utilizzati, che possono risultare pericolosi, potendosi creare anche correnti elettriche e surriscaldamento dei tessuti, oltre ad artefatti di immagine, che possono inficiare l'esito dell'esame (Figg. 2a, 2b). In questo studio si raccomanda, inoltre, di controllare che i retainer fissi siano ben cementati prima della RMN, mentre viene evidenziato come gli archi in nichel titanio non

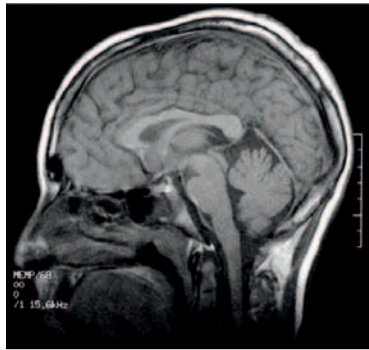


Fig. 2a - RMN del complesso naso etomoidale in un bambino di 13 anni.

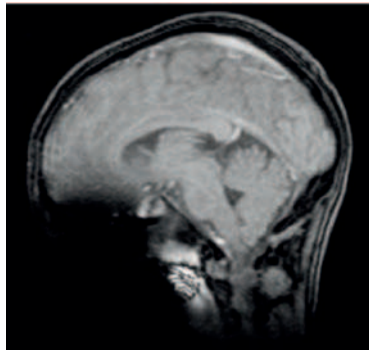


Fig. 2b - RMN a distanza dello stesso paziente con apparecchiatura ortodontica fissa in acciaio.

siano da considerare ferromagnetici. Partendo da queste considerazioni e analizzando la frequente richiesta da parte dei radiologi di rimuovere apparecchiature ortodontiche o contenzioni fisse in pazienti che per motivi accertati di salute (patologie

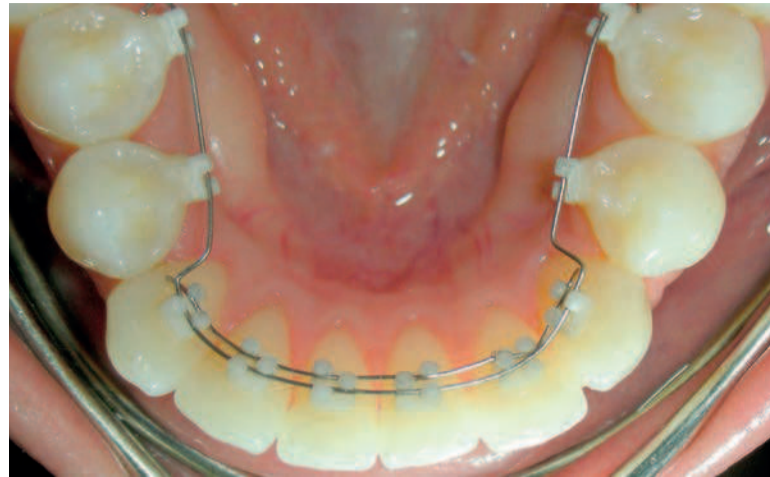


Fig. 3 - Apparecchiatura fissa linguale con bracket autoleganti in Zirconia colore A2.



Fig. 4 - Contenzione fissa mediante mini pad autoleganti in Zirconia e arco in Nichel-Titanio.

come la sclerosi multipla) o in urgenza (per esempio in caso di traumi o incidenti) si devono sottoporre a RMN, è nata, dagli studi e dalle

analisi del gruppo di lavoro diretto dal prof. Aldo Macchi, nell'ambito dell'attività di ricerca del Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Mor-

fologiche dell'Università dell'Insubria a Varese, una nuova famiglia di apparecchiature ortodontiche fisse costruite in Zirconia. La Zirconia è un metallo bianco e resistente con cui si possono costruire mediante fresatura con tecnologia CAD/CAM, non solo protesi ma, oggi, anche bracket per apparecchi ortodontici e sistemi di contenzione fissa (anche di colore customizzato), che non interferiscono con la risonanza magnetica nucleare e la cui estetica è un benefit aggiuntivo non primario.

Nell'evoluzione oltre il 2.0 (ovvero l'utilizzo della tecnologia per diagnosi, pianificazione di trattamento, progettazione e produzione di apparecchiature) entrano ora in gioco le necessità di trasmettere nuovi valori, come l'etica, la biocompatibilità e la sostenibilità di un trattamento, con le implicazioni relative che ne conseguono e che vanno ad aggiungersi alle specifiche caratteristiche tecniche dei prodotti e alla qualità delle prestazioni. In sostanza una continua e costante evoluzione con sempre più attenzione alla persona nella sua globalità, perché non esiste quasi più una e una sola giusta terapia, ma una terapia ortodontica che «deve trovare un accordo con la vita del paziente nella sua complessità e per le sue priorità: Ortodonzia 3.0».

Matteo Beretta

Ortho Storia

Alle origini dell'Ortodonzia

Giorgio Maj e il suo maestro Edmondo Muzj



Giorgio Maj (1916-1988).

odontoiatrica, diretta allora da Arturo Beretta (1876-1941). Sotto la guida di Beretta, Maj decise di dedicarsi all'ortodonzia, branca odontostomatologica allora emergente, di cui era attivo presso la Clinica un reparto, diretto all'epoca da Edmondo Muzj (1894-1995), del quale Maj fu uno dei primi allievi.

Conseguita la libera docenza in Clinica odontoiatrica nel 1948, Giorgio Maj occupò, nel corso del tempo, incarichi prestigiosi. Fu direttore incaricato della Clinica odontoiatrica dell'Università di Modena; primario del reparto di ortognatodonzia dell'Istituto per le malattie della bocca A. Beretta di Bologna; direttore sanitario incaricato dell'Istituto per le malattie della bocca A. Beretta di Bologna; insegnante di Ortopedia dento-maxillofaciale nella Scuola di specializzazione in odontostomatologia dell'Università di Bologna; past president della European Orthodontic Society e della Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale; titolare

dell'insegnamento di Ortognatodonzia presso il corso di laurea in Odontoiatria dell'Università di Ferrara.

Nel 1946, il 9 luglio, Muzj e Maj fondarono la SIDO (Società Italiana di Ortognatodonzia). Sotto la presidenza di Muzj, si tenne a Roma, il 22 ottobre dello stesso anno, il primo Congresso nazionale.

Negli anni Cinquanta, furono fra i primi a compiere in Italia studi sulla terapia miofunzionale, che valutarono molto positivamente. Scriveva infatti Maj nel suo volume *Elementi di ortognatodonzia* (Bologna, 1958): «La ginnastica muscolare occupa un posto di rilievo nella terapia ortognatodonzica e rappresenta un complemento molto efficace della terapia ortopedica a mezzo di apparecchi, specialmente di quella mediante attivatori» (citato in A. Levrini, L. Favero, *I maestri dell'Ortodonzia funzionale*, Quintessenza, Milano, 2003).

Sostenne successivamente, presentando un gran numero di casi clinici, di aver ottenuto grande vantaggio terapeutico associando esercizi volontari dei muscoli protrusori della mandibola utilizzando attivatori in casi di II classe, in pazienti che presentavano mandibola corta o retrusa; esercizi fondamentali nel vincere i difetti di questo tipo di dismorfosi, cioè pigrizia, torpore muscolare e atteggiamento ipodinamico.

Grande merito della Scuola ortodontica di Bologna fu aver dato molto risalto alle disgnazie, inquadrando da un punto di vista diagnostico, eziopatogenetico e classificatorio, introducendo nel contempo varie tecniche di terapia fissa, quali l'Edgewise.

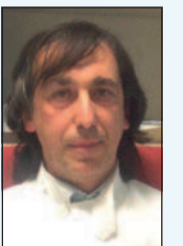
Il pensiero di un suo allievo

Interessante riportare di seguito una testimonianza di uno dei suoi allievi, Nerio Pantaleoni, che ha recentemente ricordato la figura del maestro in un congresso della SISOS (Società Italiana di Storia dell'Odontostomatologia):

«All'inizio degli anni Sessanta iniziai a collaborare come ortodontotecnico nel reparto di ortognatodonzia dell'Istituto clinico per le malattie della bocca Arturo Beretta, in via San Vitale 50 a Bologna, del quale era direttore il prof. Giorgio Maj, gran conoscitore della Scuola costituzionalistica italiana e allievo del prof. Edmondo Muzj [dove era anche allievo Damaso Caprioglio, nda]. Maj stava in quel periodo dedicandosi a un lavoro di ricerca innovativa nell'ambito della specialità ortognatodonzica. In particolare, stava rivedendo i tradizionali indirizzi diagnostici (alla base dei quali rimangono le cosiddette "regole di normalità" elaborate tra il 1920 e il 1935) alla luce degli studi compiuti nel frattempo sia in Europa sia negli Stati Uniti. La grande affluenza di pazienti all'interno del reparto, che per alcuni periodi è stata calcolata intorno ai cento pazienti al giorno, consentiva l'osservazione di una varietà di casi eccezionale in termini sia numerici sia qualitativi.

Il problema delle dismorfosi in senso verticale della parte inferiore della faccia permaneva e la domanda che mi ponevo era la stessa: "Quale è la normalità individuale? A che ci serve l'arte?". Maj, allievo di Muzj, interruppe i rapporti con il suo maestro negli anni Cinquanta, e non so quale sia stato il motivo. So solo che quando gli scrivevo, Muzj non rispondeva.

Paolo
Zampetti



Così quando aveva bisogno di chiarimenti da lui, mi dettava le domande e io le inviavo personalmente a Muzj che, con grande puntualità, rispondeva complimentandosi spesso con me per le domande "intelligenti e ben formulate". Consegnavo al prof. Maj la corrispondenza e una volta mi disse amareggiato: "Questi complimenti e belle parole a me non li ha mai detti", e confidenzialmente: "Muzj resta nel mio ricordo ai confini del mito e gli anni che trascorsi accanto a lui sono stati i più esaltanti della mia vita. Ma solo oggi che l'esperienza mi ha insegnato a discernere ciò che veramente vale da ciò che è transitorio e fittizio, sono in grado di apprezzare appieno la sua profondità di intuizione e la grandezza della sua opera". "Professore" cercando di tirargli su il morale "cambi l'intestazione della lettera, faccia una riga sul mio nome e metta il suo; le domande le ha formulate lei e i complimenti sono suoi". Maj scuotendo la testa cambiava espressione trasformando la sua tristezza, quasi in un sorriso» (N. Pantaleoni, *Muzj, Maj ed io*, in Atti IX Congresso nazionale della SISOS, Saronno 2006, a cura di Paolo Zampetti, pp. 22-38, Pavia, 2006).

Autore di 118 pubblicazioni scientifiche e di vari trattati, fra cui spicca il *Manuale di Ortodonzia*, in tre volumi, famoso per il rigore metodologico e per l'indagine scientifica dovuta a una capillare analisi dei casi clinici, Maj morì all'improvviso a Santa Margherita Ligure (GE) il 27 luglio 1988.

Paolo Zampetti, Damaso Caprioglio

Liberati dalla recidiva con gli attivatori plurifunzionali



Quante volte vi è capitato di vedere un magnifico lavoro ortodontico, vanificato dalla comparsa della recidiva?

Per anni abbiamo creato, forzando i denti e i mascellari, bocche dai denti perfettamente allineati e straordinarie guide canine!

Per questo scopo abbiamo usato sistemi terapeutici di tutti i generi, dai più tradizionali ai più sofisticati: trazioni, maschere, forze leggere, senza frizione, senza estrazioni, senza brackets!

Eppure la stabilità della terapia rimane un miraggio.

Questa vuole essere una provocazione, ma bisogna riconoscere che il senso di frustrazione provato nel vedere il proprio lavoro vanificato dalla recidiva è veramente grande.

Purtroppo però questo problema, che tocca da vicino tanti professionisti preparati e attenti alla salute dei loro pazienti, con i sistemi che conosciamo non trova ancora rimedi validi.

Infatti, le soluzioni ortodontiche usate fino a oggi prevedono l'applicazione di forze rigide direttamente sui denti e/o sui mascellari con l'obiettivo di correggere, forzando, la loro posizione, senza tener conto dello squilibrio funzionale associato. Questa visione strutturale della bocca è stata oggi rivista e integrata con nuovi concetti legati alla relazione tra forma e funzione: la funzione crea la forma e la forma modifica la funzione, dunque l'enunciazione di questa relazione fondamentale ci ha permesso di affermare senza dubbio che la bocca viene modellata nella sua forma dalle funzioni neurovegetative.

Ecco allora la valida soluzione alla recidiva che arriva dalla Francia dove si applicano, da tempo, apparecchi ortodontici morbidi che permettono al paziente, di lavorare sulle funzioni neurovegetative perturbate (respirazione, deglutizione, masticazione, equilibrio muscolare), le vere cause della malocclusione, recuperando naturalmente la corretta forma dei mascellari.

Parliamo degli Attivatori Plurifunzionali o APF che esistono in tre materiali diversi: caucciù, elastomero e staminalene.

L'efficacia degli APF risiede nella loro forma ma anche nel materiale con cui sono fatti, che riunisce l'elasticità, la tonicità, la morbidezza e il comfort.

Gli Attivatori ci permettono di:

- risolvere la classe scheletrica riscontrata;
- espandere e modificare la forma dei mascellari squadrandoli;
- posizionare la lingua verso lo spot;
- centrare la mandibola;
- lavorare sulla respirazione nasa-

le, equilibrando la contrazione dei muscoli del viso e del collo. È questo che porta, spontaneamente, a un aggiustamento della posizione dei denti e quindi della forma della bocca. Modificando

la funzione si agisce sulla forma, modificando la forma si agisce sulla funzione: questa reciprocità è la sola garanzia del successo e della stabilità del risultato nel tempo.

LIBERATI DALLA RECIDIVA

Attivatori Plurifunzionali

L'eccellenza dentale è globale

Fabrilicante di dispositivi medici buco-dentari

www.approccioortodonticoglobale.it

Il controllo del torque degli incisivi superiori con Invisalign®: un case report

T. Castorflorio*, F. Garino**, G. Frongia**, A. Lazzaro**, C. Debernardi*

*Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze chirurgiche, Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia.

**Libero professionista in Torino.

Abstract

- Obiettivi: il caso clinico presentato permette di illustrare le potenzialità offerte dalla sistematica Invisalign® per il controllo del torque degli incisivi superiori per mezzo dei Power Ridge™.
- Materiali e metodi: nel caso clinico presentato, l'inclinazione corono-radicolare sul piano sagittale degli incisivi superiori è stata corretta di circa 10° con il solo ausilio degli allineatori trasparenti. I modelli in gesso iniziali e finali sono stati sottoposti a scansione 3D (software Dental Wings 7.0, Dental Wings Inc., Montreal, Canada) e sulle riproduzioni così ottenute è stata eseguita la misurazione dell'inclinazione degli incisivi superiori sul piano sagittale (software Rhinoceros, McNeel and Associates, Seattle, Usa). La stessa misurazione è stata eseguita sui modelli del ClinCheck™ corrispondenti al modello iniziale e al modello finale.
- Risultati: i dati ottenuti dalle due misurazioni sono stati confrontati evidenziando un'eccellente sovrapponibilità.
- Conclusioni: questo lavoro permette di evidenziare, l'affidabilità del ClinCheck™ e l'efficacia dei Power Ridge™ per il controllo del torque degli incisivi superiori con la sistematica Invisalign®.
- Parole chiave: torque, allineatori trasparenti, invisalign, power ridge.

Introduzione

La sistematica ortodontica Invisalign® è stata introdotta nella pratica clinica alla fine degli anni Novanta, sebbene Kesling già nel 1945¹ avesse prospettato la possibilità di muovere i denti con apparecchi termoplastici. Nel suo libro *Contemporary Orthodontics*, Proffit² definì l'apparecchio ortodontico ideale per il trattamento dei pazienti adulti e, quindi, per tutti i pazienti ortodontici. Tale apparecchio dovrebbe presentare le seguenti caratteristiche:

- 1) non dovrebbe interferire con la funzione;
- 2) non dovrebbe ledere i tessuti orali e non dovrebbe interferire con le possibilità di mantenere una buona igiene;
- 3) dovrebbe essere il meno invasivo possibile, ma sufficientemente forte da sopportare le forze masticatorie e un ragionevole abuso da parte del paziente;
- 4) dovrebbe essere ritentivo in modo tale da poter essere mantenuto in sede senza alcuna difficoltà;
- 5) dovrebbe essere in grado di esercitare una forza appropriata e controllata nella corretta direzione e rilasciare tale forza il più a lungo possibile tra un appuntamento di controllo e l'altro;
- 6) dovrebbe permettere il controllo dell'ancoraggio, così che possano essere minimizzati i movimenti non desiderati.

In apparenza, il trattamento con allineatori trasparenti sembra soddisfare tutti questi criteri, in realtà alcuni limiti biomeccanici non sono ancora stati superati.

I vantaggi e i limiti di questo tipo di apparecchiature nella correzione di diverse malocclusioni sono stati descritti da diversi autori³⁻⁹.

In aggiunta agli studi clinici sopra riportati, il complesso sistema di forze gestito da queste apparecchiature è stato descritto da Paquette¹⁰ e da Tuong e Tricca¹¹. In particolare, essendo noto che l'applicazione di due forze di uguale entità ma con direzione opposta, su un qualsiasi oggetto, sia in grado di determinare un momento di rotazione puro, Paquette¹⁰ teorizzò un modello in cui l'inclinazione corono-radicolare dell'incisivo superiore potesse essere controllata tramite l'ausilio di

allineatori e mediante l'applicazione di una coppia di forze, agenti l'una sulla faccia vestibolare dell'incisivo superiore al suo limite gengivale, e l'altra sulla faccia palatina al suo limite incisale. La forza rilasciata dall'allineatore alcune ore dopo la consegna è di circa 40 g¹⁰: questo significa che, allo scopo di ottenere il controllo del movimento linguale della radice dell'incisivo superiore, è necessario un movimento maggiore di 400 g-mm (F/M ratio < 10).

Proprio per soddisfare questo modello biomeccanico, Align Technology ha introdotto opportune varianti morfologiche degli allineatori in grado di controllare la direzione e l'entità della forza applicata per l'inclinazione corono-radicolare degli incisivi superiori e inferiori. Tali varianti morfologiche sono denominate Power Ridge™: loro peculiarità è quella di permettere il manteni-

mento di un intimo contatto tra la superficie vestibolare dell'incisivo e l'allineatore nella regione di minor resistenza e di maggiore elasticità dell'allineatore, ovvero la regione prossima al margine libero. Un recente studio¹² ha dimostrato come differenti allineatori termostampati (Ideal Clear®, Erkodur®, Biolon®) non siano in grado di determinare il controllo dell'inclinazione corono-radicolare dell'incisivo centrale superiore in vitro, con conseguenti ricadute sull'applicabilità clinica di tali allineatori, proprio per la mancanza di un intimo contatto tra l'allineatore e la superficie vestibolare del dente in prossimità del margine gengivale vestibolare.

La mancanza di questo contatto determina movimenti indesiderati, in particolare il cosiddetto "water melon seed effect", riferito a un'inattesa intrusione determinata da una forza,

misurata in vitro da Hanh e collaboratori¹², causata da una distorsione dell'allineatore¹³. Il caso clinico presentato ha lo scopo di mostrare l'efficacia dei Power Ridge™ nel controllo del torque degli incisivi superiori.

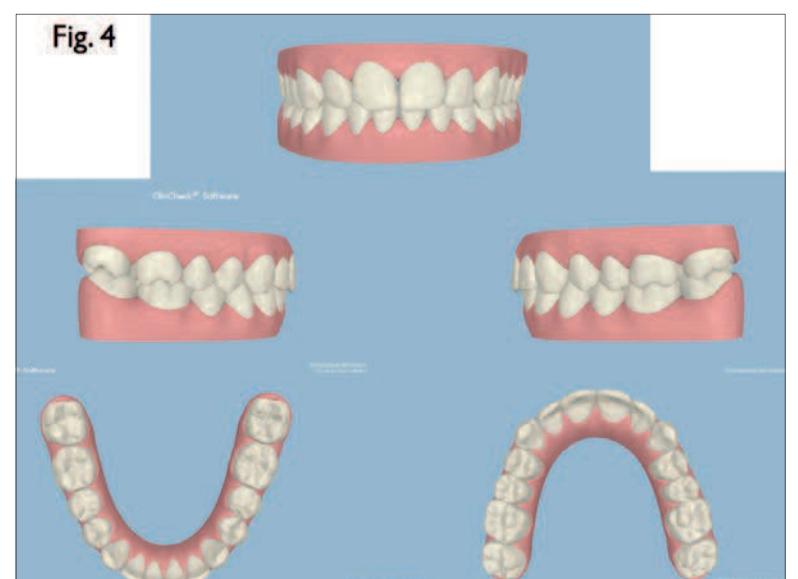
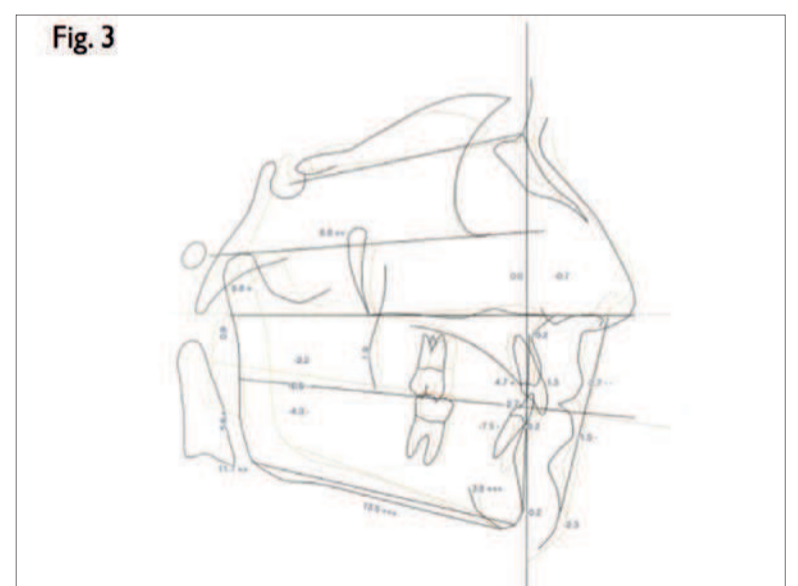
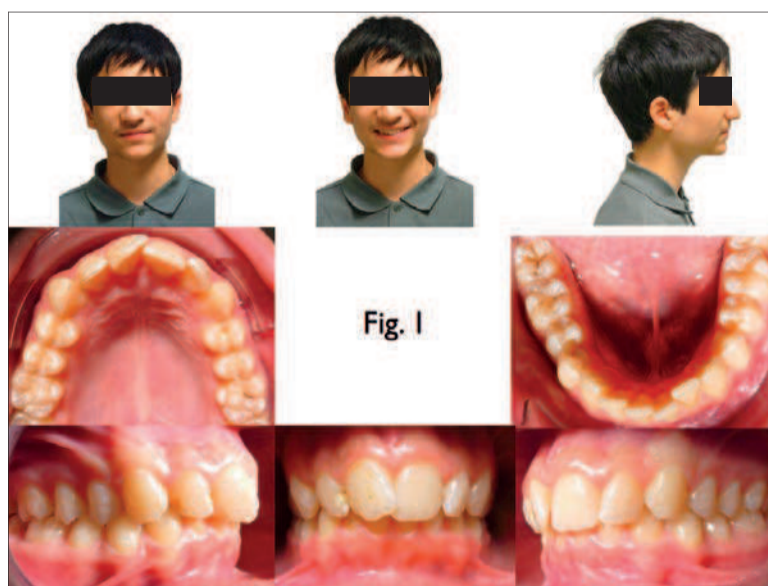
Materiali e metodi

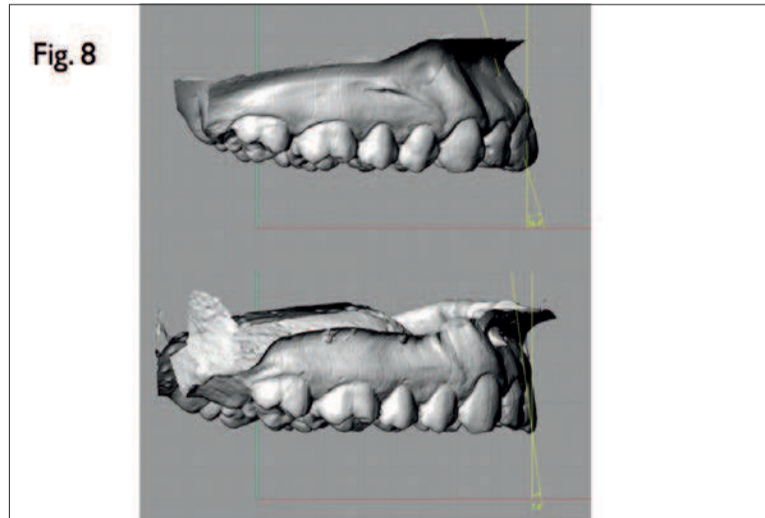
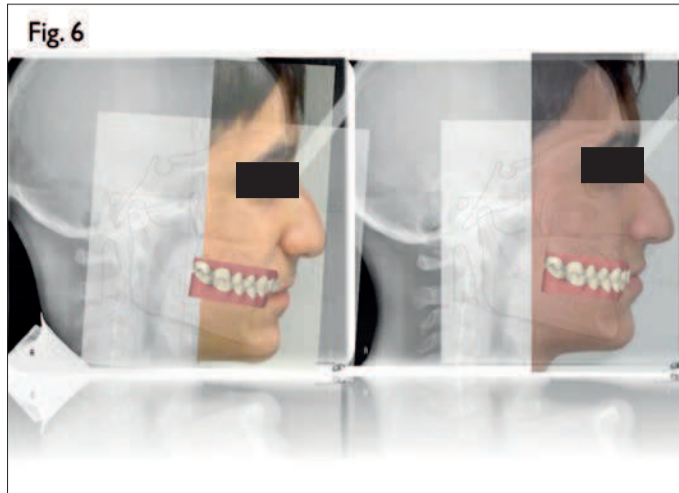
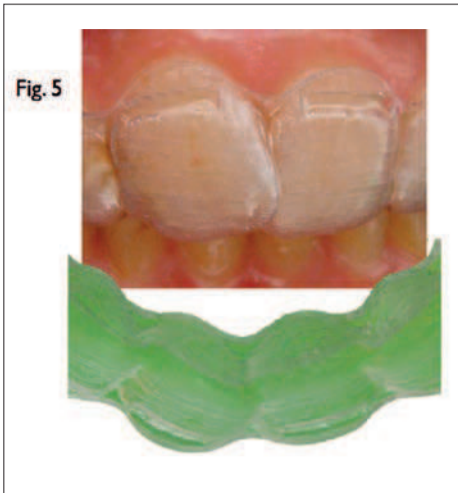
Il paziente L.S. di anni 15 è giunto alla nostra osservazione in data 3 dicembre 2009 con deep-bite dentale di cui lamenta l'aspetto.

L'anamnesi rivela un buono stato di salute. Non si rilevano patologie familiari o soggettive degne di nota. All'ispezione clinica non si repertano anomalie morfologiche a carico del viso e del cranio (Fig. 1). L'analisi del profilo dei tessuti molli mostra un profilo concavo. Il labbro superiore e quello inferiore non intercettano il piano estetico. All'ispezione del cavo orale, si reperta morso profondo con copertura degli incisivi infe-

riori da parte degli incisivi superiori di circa 6 mm con mesioversione dell'incisivo centrale, dell'incisivo laterale e del canino superiori di destra. Gli incisivi centrali superiori si presentano inoltre retroinclinati. È presente un modesto affollamento a livello degli incisivi inferiori con I classe molare e canina bilaterale. Gli elementi dentari presentano difetti dello smalto di modesta entità. L'analisi dei modelli in gesso ha confermato quanto evidenziato dall'esame clinico e ha permesso di rilevare una carenza di spazio di circa 3 mm all'arcata superiore e di circa 0,3 mm all'arcata inferiore. L'esame ortopantomografico (Fig. 2) permette di visualizzare l'avvenuta eruzione in arcata di tutti gli elementi dentali con l'eccezione degli ottavi superiori e inferiori ancora inclusi.

> pagina 9





i concetti di misurazione delle inclinazioni dentali presentate da Ferrario e collaboratori¹⁵ allo scopo di misurare il torque di 1.1 sul modello iniziale e sul modello finale (Fig. 8). La stessa procedura è stata applicata per eseguire le medesime misurazioni sul modello virtuale iniziale e finale del clincheck (Fig. 9). I risultati ottenuti permettono di apprezzare la predicibilità del clincheck in merito al controllo del torque degli incisivi superiori e l'efficacia del Power Ridge nel determinare il movimento richiesto con una correzione, in questo caso, di circa 10°. Consideran-

do le difficoltà di controllo del torque degli incisivi superiori con la tecnica straight-wire riportate in letteratura (si veda, ad esempio, Proffit¹⁶), a causa del gioco tra arco e slot del bracket, Invisalign può rappresentare, di per sé o in associazione con le tecniche di ortodonzia fissa, un utile ausilio terapeutico in tutti quei casi in cui un preciso controllo di questo movimento sia richiesto¹⁷.

Conclusioni

In base all'analisi dei dati raccolti, nei limiti di questo lavoro, si possono considerare i risultati raggiunti di estremo interesse. Le misurazioni eseguite sui modelli virtuali, con modalità, tecnologie e operatori indipendenti da Align Technology, hanno dimostrato la possibilità per una terapia con allineatori trasparenti di controllare un movimento corono-radicolare in modo estremamente preciso. La collaborazione del paziente e la conoscenza dei limiti e delle possibilità della tecnica discussa sono requisiti indispensabili per il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.

Nota degli autori: la stesura di questo lavoro è avvenuta senza alcun conflitto di interesse.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore.

< pagina 8

Non sono presenti elementi sovranumerari.

L'analisi cefalometrica (Fig. 3) secondo Cervera ha evidenziato una tipologia craniofaciale ipodivergente per $SpP^{\wedge}GoGn = 13^{\circ}$ (v.n. $20^{\circ} \pm 5^{\circ}$) e una I classe basale per $A:Po = 2$ mm (v.n. 2 mm ± 3 mm). La tipologia ipodivergente è sostenuta anche dalla previsione di crescita in accordo a Jarabak (post HT/ ant HT = 74%) e Bjork (SUM = 383°). L'angolo tra l'asse dell'incisivo superiore e il piano occlusale risulta aumentato per un valore di 67° (v.n. $62^{\circ} \pm 3^{\circ}$). I valori estetici di $Ls:E = -2,7$ mm e $Li:E = -1,5$ mm confermano la retroposizione labiale rispetto alla linea estetica, in base all'analisi di Steiner.

Risultati

Il piano di trattamento ha previsto la correzione della malocclusione mediante allineatori trasparenti Invisalign® allo scopo di correggere l'affollamento alle due arcate, il morso profondo e la retroinclinazione degli incisivi superiori. Tale trattamento è stato selezionato allo scopo di agevolare le manovre di igiene orale in paziente con difetti dello smalto.

Il ClinCheck® iniziale (Fig. 4) ha permesso di simulare un trattamento di correzione ortodontica con 24 allineatori all'arcata superiore e 14 allineatori all'arcata inferiore. Lo spazio necessario all'allineamento degli elementi dell'arcata superiore è stato ottenuto tramite riduzione interprossimale nella zona compresa tra la superficie distale dell'incisivo laterale e la superficie mesiale del I molare di destra, e tra la superficie distale del canino e la superficie mesiale del I molare di sinistra, per un totale di 2,6 mm di spazio ricavati. Il trattamento è cominciato nel mese di febbraio 2010. Il paziente è stato educato a indossare gli allineatori

per almeno 22 ore al giorno: la compliance è stata monitorata tramite gli indicatori di collaboratività allocati all'interno degli allineatori in corrispondenza dei primi molari¹⁴. Ogni coppia di allineatori è stata indossata per 14 giorni: la durata complessiva del trattamento è stata dunque di 12 mesi. Non si è resa necessaria alcuna procedura di rifinitura. I Power Ridge (Fig. 5) sono stati previsti per la correzione dell'inclinazione corono-radicolare degli incisivi centrali superiori dall'allineatore 7 all'allineatore 17. Dall'allineatore 18 all'allineatore 24 sui due centrali superiori sono stati posizionati due attachment rettangolari e verticali allo scopo di controllarne l'inclinazione sul piano frontale. L'ottima collaborazione del paziente e l'adeguata progettazione del trattamento hanno permesso di ottenere la correzione dell'affollamento alle due arcate, la correzione del morso profondo con intrusione di circa 2 mm degli incisivi superiori e di circa 2 mm a carico degli incisivi inferiori, la correzione delle mesioversioni in arcata superiore e la correzione dell'inclinazione corono-radicolare degli incisivi superiori sul piano sagittale, come confermato anche dalla cefalometria di controllo (Figg. 6, 7). L'inclinazione dell'incisivo superiore rispetto al piano occlusale è rientrata nel range della normalità (63°) alla fine del trattamento. L'analisi del profilo dei tessuti molli evidenzia un miglioramento dell'estetica del III inferiore del viso per effetto di un maggior supporto labiale da parte degli incisivi.

Discussione

Allo scopo di verificare e quantificare la correzione del torque degli incisivi superiori, si è proceduto alla scansione 3D dei modelli in gesso iniziale e finale (Scanner Dental Wings, Software Rhino Ceros). Sui modelli virtuali così ricavati sono stati applicati

PROGRAMMA DI TRAINING INVISALIGN® PERSONALIZZATO



Questo programma, della durata di un anno, vi offre la possibilità di acquisire conoscenze pratiche completamente nuove e migliorate, grazie ad una più ampia gamma di servizi da offrire ai vostri pazienti, una formazione continua e un supporto costante.

La formazione prevede la partecipazione a 3 giornate di "Invisalign® Training"

(Training Course Day 1, Training Course Day 2 e Masterclass) al costo di: Euro 1500,00*.

Si iscriva oggi stesso:

- Roma, 21 marzo
- Bari, 4 aprile
- Torino, 4 aprile
- Padova, 16 maggio

Per ulteriori informazioni e l'iscrizione, consultare il sito: www.aligneu.com o contattare l'ufficio marketing locale al numero 02 00 62 31 24

* La quota di partecipazione all'Invisalign Training Course include le 3 giornate di formazione.