LAB TRIBUNE
The World's Dental Lab Newspaper · Italian Edition

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

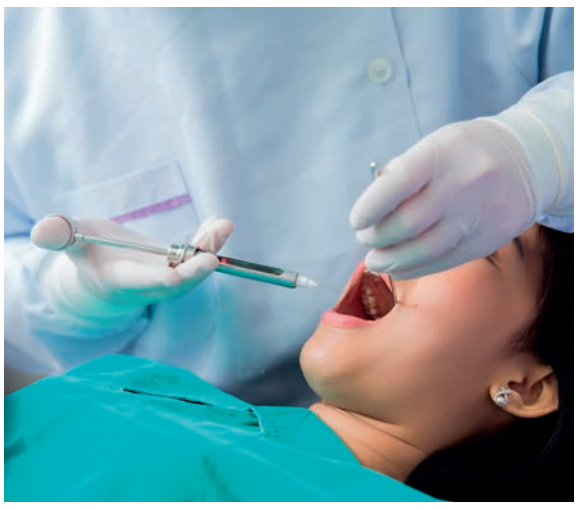
Settembre 2017 - anno VI n. 3

www.dental-tribune.com

La prima pratica odontoiatrica cui il paziente viene sottoposto è l'anestesia

bisogna saperla scegliere ed eseguire

L. Genzano



Cosa accomuna un odontoiatra, un chirurgo, un medico internista e un anestesista? Semplice: il paziente, con patologie sistemiche più o meno importanti. Gli odontoiatri sono chirurghi che dovrebbero avere ottime basi di internistica, anestesia e rianimazione, per avere un buon controllo sul dolore e gestire le eventuali emergenze in studio. Il loro ruolo non è solo quello di curare i denti, ma quello di assistere un paziente con patologie più o meno importanti del cavo orale, facendo attenzione a mantenere inalterati i parametri vitali, eventualmente già compromessi da patologie sistemiche. Molto importante risulta essere la compilazione della cartella clinica – l'anamnesi – grazie alla quale si fa conoscenza con il paziente. Nel corso della nostra attività professionale abbiamo visto molte cartelle odontoiatriche, cartacee e digitali, ai vari corsi frequentati e in studi di colleghi da noi conosciuti. Negli anni abbiamo notato che l'anamnesi occupava in molti casi un ruolo marginale. Si dava in realtà molta importanza all'aspetto grafico del piano di cura e alle immagini.
Naturalmente, tutto ciò fa parte di quella che molti chiamano "immagine dello studio".

› pagina 4

Simplified apposition technique, case series

Tecnica mininvasiva di aumento orizzontale associata a ricostruzione della cresta

A. Grassi

Abstract

Lo scopo della tecnica è quello di ripristinare i normali volumi di siti atrofici a fianco di un elemento dentale da estrarre. In un'unica seduta chirurgica viene ricostruita la cresta ossea del sito estrattivo ed eseguito l'aumento orizzontale del sito atrofico. Il protocollo prevede un'incisione in cresta dal sito estrattivo all'elemento dentale più vicino ed intrasulculare fino a mezzo dente sia vestibolare che palatale-linguale. Si lavora poi per scollamento fino alla profondità che si intende aumentare e senza alcun lembo di scarico si imbusta prima una membrana in collagene e poi il sostituto osseo miscelato con colla di fibrina umana. Non vengono eseguiti fori nella corticale e non viene tagliato il periostio. La sutura è a punti singoli semplici nella zona di incisione, incrociata nella zona dell'alveolo che guarirà per seconda intenzione.

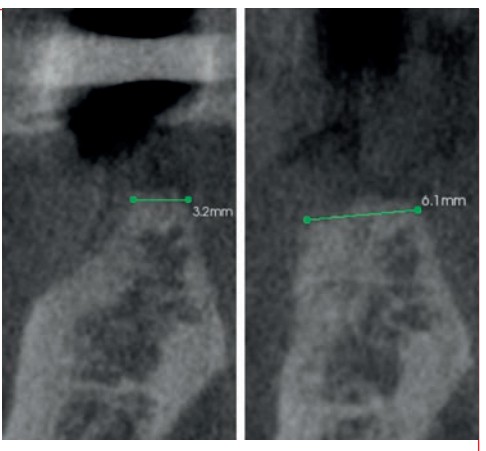


Fig. 1 – Aumento orizzontale dei tessuti duri del 50%.

› pagina 18

Tiziano Testori

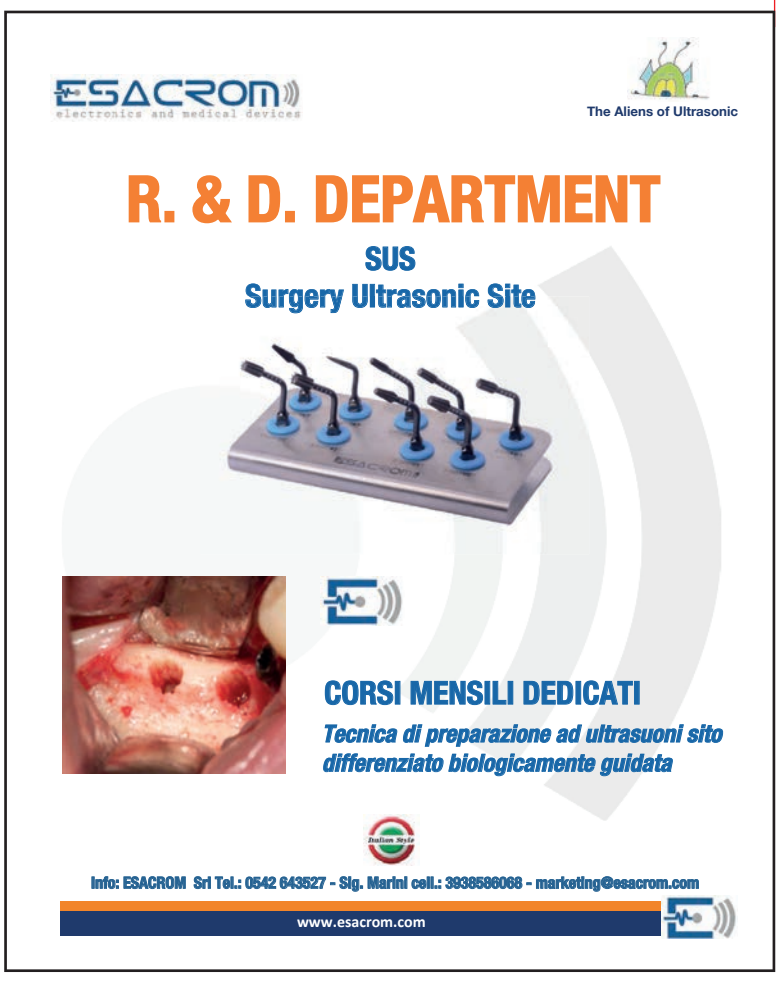
Una sola diagnosi e differenti trattamenti

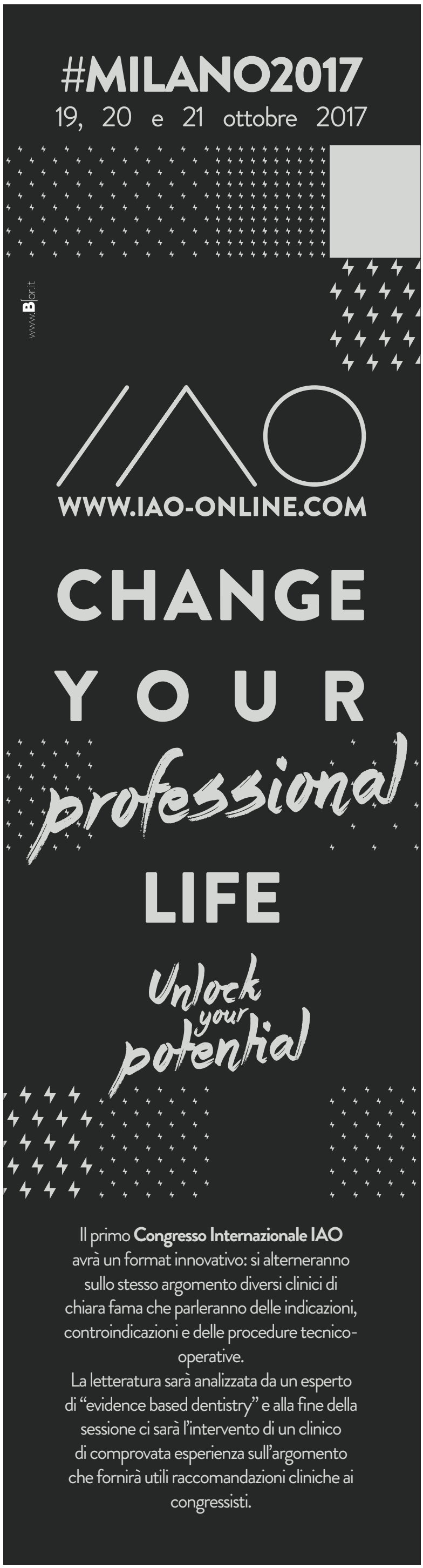
Utili suggerimenti per ridurre la confusione dei pazienti

T. Testori

Spesso un paziente è confuso, non sa quale decisione prendere per la propria salute perché riceve più piani di trattamento da diversi professionisti. La scelta diventa dunque essenzialmente emotiva; scegli chi ti è più simpatico, chi ti ha trattato con più gentilezza, indipendentemente dalla professionalità o dalla capacità di chi ti curerà.

› pagina 3





Il primo congresso generale della IAO

un nuovo modo di fare cultura

Siamo quasi arrivati alla meta: è ormai imminente il primo congresso internazionale della Italian Academy of Osteointegration (IAO), che si terrà a Milano il 19, 20 e 21 ottobre di quest'anno.

I compiti istituzionali della IAO, come recita il sito **www.iao-online.com**, sono svolgere «nell'ambito del territorio nazionale e internazionale, attività didattica, di studio, di ricerca scientifica e di divulgazione nel campo dell'Implantologia Osteointegrata, con particolare riguardo agli aspetti di Chirurgia Orale e Riabilitazione Orale» e sono sicuro che i relatori che abbiamo invitato ci offriranno 3 giorni stimolanti ed utili per centrare a pieno i nostri obiettivi statutari e migliorare il livello delle cure che forniamo ai nostri pazienti.

Abbiamo pensato ad un formato innovativo con il quale sarà svolto il congresso: le diverse sessioni, infatti, non saranno solo un elenco di casi clinici o di esperienze professionali. Da questi congressi, in genere, il pubblico esce con un senso di insoddisfazione, perché pensa che poi difficilmente riuscirà a replicare quelle stesse esperienze nella sua pratica professionale. Stavolta sarà diverso!

La prima giornata, il 19 ottobre, sarà dedicata a "Innovazione e nuovi protocolli nell'implantologia contemporanea", con sessioni dedicate ad Anatomia, Radiologia e Immagini 3D; Implantologia e Rigenerativa; Protesi Implantare. Il Congresso vero e proprio inizierà venerdì con Stefano Gracis, che terrà la relazione "La protesi nell'era dell'implantologia: vale ancora la pena salvare i denti?" che introdurrà una giornata dedicata alle "Opzioni terapeutiche nella pratica clinica quotidiana". In ognuna delle sessioni, dedicate alle diverse modalità di trattamento delle atrofie mandibolari e mascellari, ci saranno un ricercatore e un clinico che trarranno conclusioni clinicamente rilevanti, presentando lo stato dell'arte in quell'ambito per quanto riguarda la letteratura scientifica e la pratica clinica. Realizzando così il moderno approccio della *"Evidence Based Dentistry"*, cioè presentando informazioni corrette e rilevanti, tratte dalla letteratura scientifica e verificate nella pratica clinica, utili nell'attività quotidiana per formulare una corretta diagnosi, un adeguato piano di trattamento ed eventuali possibili variazioni delle metodiche di cura.

E questo approccio sarà curato da nomi ben conosciuti da tutti, come **Massimo Del Fabbro, Marco Esposito** e **Giovanni Lodi** per la parte scientifica. **Daniele Cardaropoli, Andrea Edoardo Bianchi** e **Matteo Chiapasco** commenteranno invece quanto è emerso nella sessione da un punto di vista più clinico. Così chi assisterà alle sessioni della giornata riceverà reali e utili conoscenze che potrà applicare il lunedì nello studio. Altro importante aspetto è il *"Consensus on Patient Management"* che è stato realizzato a supporto della Lectio Magistralis di Myron Nevins del 21 ottobre dal titolo "Dalla parodontite alla peri-implantite. 40 anni di esperienza clinica". Sono infatti stati intervistati una trentina di clinici provenienti da tutto il mondo che hanno pubblicato nella letteratura internazionale il loro contributo sull'argomento, chiedendo se le condizioni di salute dei pazienti, sia sistemiche sia parodontali, influiscano sulla periodicità dei controlli e che tipo di approccio considerano il più adatto, ad esempio, per gestire i casi di mucosite o perimplantite.

Oppure quali sono, secondo loro, gli strumenti più utili per l'igiene orale quotidiana. O, ancora, con quale frequenza richiedono ai pazienti di sottoporsi a indagini radiologiche; quali contromisure adottano, in genere, se un paziente, a causa dell'età avanzata o di patologie sistemiche, non è più in grado di presentarsi ai controlli periodici e quale ritengono sia l'impatto del fumo. E le risposte, a volte, non sono quelle che ci si aspetterebbe. Se la maggior parte, infatti, consiglia per l'igiene quotidiana l'utilizzo di spazzolino elettrico e filo interdentale un sorprendentemente basso 82% ritiene il fumo un fattore di rischio determinante perché favorisce l'insorgenza di complicazioni biologiche in implantologia. L'ultima giornata, infine, cioè quella del 21 ottobre, sarà riservata a corsi per odontoiatri, igienisti e assistenti chirurgiche che spaziano dai "Moderni orientamenti terapeutici per un efficace protocollo di mantenimento" a "L'assistente chirurgica implantare: consapevolezza, ergonomia e ruolo attivo nel trattamento". E non meno interessante sarà il workshop finale, dedicato all'ansiolisi, dal titolo "Il diritto del paziente di ricevere e il dovere del medico odontoiatra di erogare le cure odontoiatriche senza ansia e dolore", un argomento che riguarda profondamente il rapporto di fiducia che ogni professionista dovrebbe essere in grado di stabilire con i propri pazienti.

Ultima cosa: il luogo del congresso. Anche per rimarcare le tante novità che verranno introdotte, nell'impostazione e nel formato, non sarà il solito hotel. Sarà invece "Superstudio Più" di via Tortona a Milano, una realtà ormai consolidata, nata negli anni '80 dal recupero intelligente delle antiche realtà industriali di questa zona di Milano, che negli ultimi anni ha ospitato importanti manifestazioni come diversi eventi del fuorisalone nella settimana del Salone del Mobile o delle Settimane della Moda. Oltretutto a due passi dal MUDEC-Museo delle Culture, quasi a sottolineare il respiro internazionale che desidera avere questo congresso e il desiderio della IAO di integrare, nel suo ambito, suggestioni e suggerimenti provenienti dalle diverse culture di diverse parti del mondo perché, citando sempre dal sito, per realizzare la sua *mission*, di «attuare ogni iniziativa che contribuisca al progresso scientifico e al miglioramento del livello professionale nel campo dell'Implantologia Osteointegrata, della Chirurgia Orale e della Riabilitazione estetica e funzionale del cavo orale» «favorirà tutte le possibili cooperazioni con istituzioni pubbliche o private, nazionali e internazionali»

Prof. Tiziano Testori, *Presidente IAO.*

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

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830
CLINICAL EDITORS
Magda Wojtkiewicz; Nathalie Schüller
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
EDITORS - Kristin Hübner; Yvonne Bachmann
MANAGING EDITOR & HEAD OF DTI COMMUNICATION SERVICES
Marc Chalupsky
COPY EDITOR - Sabrina Raaff

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek
PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho
JUNIOR PROJECT MANAGER ONLINE - Hannes Kuschick
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION DIRECTOR TRIBUNE CME - Christiane Ferret
EVENT SERVICES/PROJECT MANAGER TRIBUNE CME & CROIXTURE
Sarah Schubert
MARKETING SERVICES - Nadine Dehmel
TEAM ASSISTANT - Julia Maciejek
SALES SERVICES - Nicole Andrä
ACCOUNTING SERVICES
Anja Maywald; Karen Hamatschek; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Antje Kahnt (International); Barbora Solarova (Eastern Europe); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

©2017, 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 GMBH
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.
c/o Yonto Risio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan, Kowloon, 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: +1 212 244 718

IMPLANT TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno VI Numero 3, Settembre 2017

DIRETTORE RESPONSABILE
Patrizia Gatto
[patrizia.gatto@tueorservizi.it]
DIREZIONE SCIENTIFICA
Enrico Gherlone, Tiziano Testori
COMITATO SCIENTIFICO
Alberto Barlattani, Andrea Bianchi, Roberto Cocchetto, Ugo Covani, Mauro Labanca, Carlo Maiorana, Gilberto Sammartino, Massimo Simion, Paolo Trisi, Leonardo Trombelli, Ferdinando Zarone
CONTRIBUTI
A. Bandeira de Almeida, D. Bazan Palioto, R. Boninsegna, F. Bova, L. Bovolato, M. Carlot, F. Cattoni, C. Dalla Libera, U. Demoner Ramos, F. Ferrini, G. Gastaldi, L. Genzano, A. Grassi, G. Greco, L. Grivet Brancot, R. Guaschino, M. Manacorda, L. Prado Maia, S.L. Scombatti de Souzac, T. Testori, M. Turani, M. Traversa, R. Vinci
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)
GRAFICA - Tueor Servizi
STAMPA
Del Gallo Editori DGE Green Printing srl
Via Tornitori 7 - 06049 Spoleto (PG) - IT
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari *[alessia.murari@tueorservizi.it]*
Stefania Dibitonto *[s.dibitonto@dental-tribune.com]*
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 | Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00

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.

Una sola diagnosi e differenti trattamenti

Utili suggerimenti per ridurre la confusione dei pazienti

‹ pagina 1

Tali sconcerto e confusione nel paziente sono causati essenzialmente dal fatto che i professionisti non spiegano che esiste una sola diagnosi e differenti piani di trattamento.

Per essere più chiari esistono diversi modi per raggiungere lo stesso obiettivo. Impostando il rapporto con il paziente sulla trasparenza si possono spiegare le varie possibilità illustrando i vantaggi e gli svantaggi di un approccio terapeutico rispetto all'altro, per poi consigliarlo a fare una scelta migliore, che è sempre individuale e specifica per il singolo paziente. Contestualizzo il nostro astratto pensiero con un esempio pratico nel nostro campo.

Un paziente si presenta con la mancanza di alcuni denti o di tutti i denti (edentulia totale), le possibilità terapeutiche sono almeno quattro:

1. non fare nulla;
2. protesi parziali e totali rimovibili;
3. protesi fisse;
4. implantologia.

Tutte queste possibilità hanno una propria valenza, una loro dignità e possono rappresentare la giusta terapia per uno specifico paziente. Le protesi, dovrebbero avere tre requisiti: funzionalità; estetica; e facilità di pulizia. Questi obiettivi possono essere raggiunti anche con trattamenti poco sofisticati e poco invasivi, quali le protesi mobili. L'accettazione psicologica delle protesi mobili è un altro discorso, completamente diverso dalla funzionalità e dall'estetica, e bisogna tenerne conto perché l'aspetto psicologico è molto importante.

Decidere di non proporre nulla sconcerta ancora di più il paziente, che si aspetta sempre un trattamento. È come andare dal medico che non ti prescrive nessun farmaco.

Ti dice che va tutto bene, che devi solo fare più esercizio e una dieta regolata per ridurre il sovrappeso, ma il paziente esce scontento perché vuole il farmaco. Lo stesso si verifica in odontoiatria: se a un paziente a cui manca un dente in zona non estetica con l'occlusione stabile, senza deficit funzionale, proponi di non riposizionare il dente mancante, quel paziente di solito lo mandi nello sconcerto più totale. Vi ricordo che attualmente non c'è evidenza scientifica che la mancanza di alcuni denti possa causare problemi in altri distretti corporei.

Alcuni pazienti con la mancanza di alcuni elementi dentali non hanno nessun problema funzionale in bocca o in altri distretti. In altre parole sono perfettamente sani anche con la mancanza di un dente. Alla fine arriva l'implantologia, che rappresenta una fantastica possibilità terapeutica, dopo che tutte le altre soluzioni sono state valutate e non sono state scartate a priori, perché l'implantologia è di moda e tutti i pazienti devono avere i denti fissi anche se non ci sono le condizioni per poter eseguire una corretta implantologia. Insomma, i pazienti sarebbero meno confusi e sconcertati se il professionista dedicasse loro più tempo in fase di prima visita e spiegasse loro che esiste una sola diagnosi e differenti piani di trattamento per raggiungere lo stesso obiettivo.

Tiziano Testori
MD, DDS, FICD

La prima pratica odontoiatrica cui il paziente viene sottoposto è l'anestesia

bisogna saperla scegliere ed eseguire

‹ pagina 1

Ma Aristotele diceva: «Chi ben comincia è a metà dell'opera», frase da non dimenticare. Il paziente odontoiatrico è atipico, vuole essere curato ma non sentire dolore, anche se si presenta dal dentista quasi sempre con il "mal di denti". Il controllo del dolore in odontoiatria è alla base delle visite, perché quasi tutti i pazienti si presentano con dolori più o meno importanti. Per questo motivo gli odontoiatri debbono guardare con attenzione quella che viene chiamata comunemente "anamnesi generale", che permette di instaurare un rapporto lavorativo e di fiducia con il paziente, ben oltre l'immagine dello studio. La prima pratica odontoiatrica a cui il paziente viene sottoposto è "l'anestesia". Il saperla eseguire nel modo più corretto ed efficace può far acquisire da subito la fiducia del paziente, per far evitare, grazie soprattutto a un'accurata anamnesi, le complicanze legate ai componenti della tubofiala e al tipo di intervento effettuato. Nel corso della nostra esperienza professionale, ci ha incuriositi il modo in cui l'anestesia viene presentata ai dentisti, come prodotto di consumo, non come farmaco. La presentazione dell'anestetico come "farmaco" può aiutare i giovani colleghi, e chi vuol capire qualcosa in più sull'anestetico, quale e perché scegliere, in modo da poter soddisfare le proprie esigenze. Il terrore di incorrere in emergenze quando di fronte si hanno pazienti adulti e non, con patologie cardiache o altro, accomuna sia i giovani odontoiatri che i meno giovani. Negli ultimi anni, in odontoiatria si sono avute notizie di decessi più di operatori che di pazienti alla poltrona. Quando ci si trova a trattare dei bambini, molti colleghi, ancor oggi, demandano al pedodonzista o specialista in odontoiatria pediatrica, perché non vogliono stressarsi. La Fig. 1 riporta il sunto di una nostra cartella, dove nulla è inventato. Alcuni si domanderanno il perché della ripetitività delle domande. Semplice: se si ripetono ai pazienti le stesse domande in diversi modi, diverse saranno le risposte. Tutto perché in studio giunge un paziente che ha dolore e paura di essere toccato sul lato dolente della bocca.

Volendo schematizzare l'anamnesi, per inquadrare da un punto di vista anestesiologico il paziente, si dovrebbero avere sempre presenti questi tre punti:

1. anamnesi patologica remota e prossima: patologie, interventi chirurgici, allergie;
2. anamnesi farmacologica: terapie in atto, intolleranze farmacologiche;
3. anamnesi familiare: patologie parenti di primo grado.

E ancora, volendo operare con tranquillità ove fosse necessario fare delle valutazioni come segue:

• valutazione parametri vitali: pressione, frequenza, saturazione O2 (> 90%);
• ECG: refertato da un cardiologo;
• esami ematochimici: emocromo (Hb > 8, piastrine >100.000), funzionalità epatica (GOT e GPT), funzionalità renale (creatinina < 1,5), coagulazione (PT/INR < 2). La raccolta di tutte queste informazioni può far inquadrare il paziente non solo da un punto di vista terapeutico odontoiatrico, ma anche anestesiologico: in questo modo la visita preanestesiologica odontoiatrica è servita.

Il vantaggio di eseguire una raccolta dati oculata sta nel fatto che diventa tutto più semplice nel momento in cui si va a impostare una terapia farmacologica e/o anestesiologica. Ossia quale e quanto anestetico utilizzare.

Il paziente con patologie sistemiche, quando si presenta in studio e ha di fronte un nuovo operatore, avendo fornito in precedenza dati e informazioni adeguate sul proprio stato di salute, sarà anche dal nuovo operatore trattato con tutte le dovute precauzioni e attenzioni necessarie. Nel compilare l'anamnesi farmacologica bisogna fare soprattutto attenzione se le terapie vengono eseguite correttamente; ad esempio, i pazienti di interesse anestesiologico, spesso, non eseguono terapie corrette per ipertensione, ipotensione, cardiopatici, con epatopatie o nefropatie, allergici e asmatici. Quindi, solo un'anamnesi accurata ci permetterà di passare alla scelta dell'anestetico giusto.

Luigi Genzano

ANAMNESI GENERALE	
1. Ha sofferto di malattie importanti negli ultimi anni?	Sì/No
Se sì, quali?	
2. È stato mai ricoverato in ospedale?	Sì/No
Se sì, perché?	
3. È attualmente in cura presso un medico?	Sì/No
4. Attualmente assume dei farmaci?	Sì/No
Se sì, quali?	
5. Ha sofferto o soffre delle seguenti malattie:	
a) malattie cardiache	Sì/No
Se sì, quali?	
b) Alterazioni della pressione sanguigna	Sì/No
Se sì, quali?	
c) Diabete mellito	Sì/No
d) Epatite virale	Sì/No
e) Gastrite o ulcera gastro-duodenale	Sì/No
f) Malattie reumatiche	Sì/No
g) Malattie renali	Sì/No
h) Malattie oculari	Sì/No
i) Malattie del sangue	Sì/No
l) Esaurimento nervoso	Sì/No
m) Asma	Sì/No
n) Altre malattie	Sì/No
Se sì, quali?	
6. Non ha mai avuto reazioni allergiche in seguito all'uso di anestetici, antibiotici o altre sostanze	Sì/No
Se sì quali	
7. Ha mai avuto conseguenze particolari dopo un'anestesia locale?	Sì/No
Se sì, quali?	
8. Sanguina molto quando si ferisce?	Sì/No
9. Presenta ematomi o si gonfia facilmente?	Sì/No
10. Ha tendenza a contrarre facilmente infezioni?	Sì/No
11. Fuma?	Sì/No
Quante sigarette al giorno?	
12. È in gravidanza?	Sì/No
13. Assume anticoncezionali orali?	Sì/No

Fig. 1

Nelle controversie odontoiatriche (e non) quant'è difficile, talvolta, il compito del CTU!

Il Consulente tecnico d'ufficio (indicato anche come CTU) è l'ausiliario nominato dal giudice nella causa, perché l'organo giudicante può ben accertare i fatti concreti invocati dalle parti a fondamento delle rispettive domande od eccezioni, ma non sa quale significato attribuire ad essi *"sub specie iuris"*, ossia dal punto di vista giuridico.

Ecco che il CTU appare allora come una sorta di suo "occhiale" indispensabile alla messa a fuoco dei fatti. Derivante dal latino *consulere*, ossia suggerire-consigliare, il termine consulente si identifica nel codice come "tecnico con particolari competenze" nella materia in cui è chiamato in ausilio. Competenze che rappresentano il requisito (dei tre richiesti dalla legge) determinante per il corretto espletamento dell'incarico affidatogli dal giudice. Suo principale compito è rispettare il giuramento di "bene e fedelmente adempiere al solo scopo di far conoscere al giudice la verità". Per far questo gli vengono sottoposti quesiti ai quali dovrà rigorosamente attenersi, senza lacune, evitando divagazioni inutili e pericolose "invasioni di campo". Il ruolo in cui viene investito il CTU odontoiatrico non significa ovviamente che sia lui ad emettere la sentenza, ma unicamente che può coadiuvare il magistrato a individuare la verità. Il contenzioso odontoiatrico però è oggi cambiato, aumentando notevolmente in quantità e complessità. Chi scrive lo può tranquillamente affermare dati i numerosi anni di attività odontoiatrica forense. Tempo fa, ad esempio, gli incontri fra CTU e le parti per lo svolgimento dei lavori peritali avvenivano in un confronto sereno ove si cercava di comprendere la problematica in oggetto e rispondere nel modo più chiaro possibile ai quesiti posti dal giudice. Il confronto era "tecnico" cioè sull'argomento odontoiatrico. Oggi non è più così. Spesso, troppo spesso, la parti attraverso i propri consulenti non perdono occasione di porre sbarramenti capziosi ed inutili nel tentativo di una difesa indifendibile, con comportamenti che palesano un vuoto difensivo che nulla giova alla parte rappresentata, risolvendosi spesso in un maldestro, oltreché illecito, sconfinamento del consulente nella figura del legale rappresentante, se non addirittura del giudice.

Ne è esempio frequente ed eclatante la comparsa, nel corso dei lavori peritali, di documenti non presenti agli atti, prodotti in maniera irrituale e pertanto non acquisibili dal CTU. Acquisizione che non può assolutamente avvenire (salvo ovviamente diversa decisione del giudice al quale va comunicata ogni eventuale richiesta delle parti). Capita quindi che documenti dal fondamentale valore clinico e probatorio non possono essere presi in considerazione perché per lui è come se non esistessero.

Tale situazione pone il consulente nominato dal giudice nella difficile posizione, non tanto di comprendere la situazione che ha dato luogo alla controversia, quanto di non poterla sostenere nel rispondere ai quesiti postigli dal giudice. In parole povere, il CTU non può supplire alle negligenze della parte, addossandosi la responsabilità di una valutazione che manchi di prove o si fondi su prove tardive.

Il consulente del giudice risponderà pertanto solamente ai quesiti postigli, anche se in cuor suo sarà magari convinto delle buone ragioni di chi non riesce a provare le proprie buone ragioni, sapendo che come osserva anche il Manzoni, torto e verità spesso non si possono separare con un taglio netto. Le conseguenze della sua consulenza quasi sempre non saranno da poco, vista la complessità delle problematiche che giungono di solito all'esame del magistrato.

Mario Turani,
Medico chirurgo specializzato in ortognatodonzia e CTU presso il Tribunale di Bergamo

oxyimplant.com

implant
DENTAL SYSTEM

The **simplicity** of PS Line
meets the **perfection** of Conical Connection

PSK Line is coming...

OXY Implant® Colico (LC) - Italy t. +39 0341 930166 info@oxyimplant.com **www.oxyimplant.com**

DESIGN & PRODUCTION
100% OXY IMPLANT
MADE IN ITALY

Tecnologia digitale protagonista nelle varie branche dell'odontostomatologia al 29° Congresso di Montecarlo

Aldo Ruspa, presidente del Centro Culturale Odontostomatologico di Torino (CCOS) da 29 anni organizzatore del Congresso di Montecarlo illustra termini e contenuti dell'evento.

Montecarlo, 17/19 novembre, XXIX edizione: perché un Congresso su "La scelta terapeutica in Odontostomatologia: basi scientifiche, innovazioni tecnologiche ed etica clinica"?

Perché la ricerca e l'applicazione pratica del clinico deve essere supportata da basi morali e scientifiche che diano garanzie al paziente che i lavori che vengono effettuati nella sua bocca sono all'avanguardia, basate sulle ultime tecniche e avendo la certezza che siano state certificate e sicure. Il CCOS non ama le avventure come purtroppo avviene da qualche tempo da parte di qualche improvvisatore che con pubblicità stravaganti e risultati stupefacenti propongono soluzioni dai risultati disastrosi. Sovente queste strutture aprono e chiudono nell'arco di pochi anni o addirittura pochi mesi con grave danno all'immagine di tutta la odontoiatria.

Può indicare almeno un elemento che diversifichi questo dagli altri 28 Congressi svoltisi qui nel passato?

Quest'anno abbiamo evidenziato maggiormente la tecnologia digitale nelle varie branche dell'odontostomatologia: in chirurgia, in endondozia, in protesi. L'estetica in particolare ha un'importanza sempre più determinante nella vita di relazione e nel mondo del lavoro. Per tanto abbiamo privilegiato questo aspetto sia in endodonzia, in conservativa, in chirurgia e in protesi fissa.

Ingegneria tissutale, implantologia nelle varie declinazioni e terapia delle perforazioni canalari iatrogene, oltre a protesi altamente estetiche. Vi è uno tra questi temi in programma uno che si sente di segnalare all'attenzione particolare dei partecipanti?

Sono ovviamente tutti argomenti interessanti, forse sopra tutti c'è quello della terapia delle perforazioni canalari iatrogene, incubo di tutti i dentisti.
Con grande maestria e competenza Arnaldo Castellucci spiegherà con semplicità e precisione come risolvere questi inconvenienti che possono capitare durante le cure canalari.

Vi è un corso di endodonzia organizzato con la SIOCMF. È la prima volta? Può citare altre sinergie realizzate in passato?

Nel corso organizzato con la SIOCMF "Endodonzia Oggi" si esporrà con qualificatissimi endodontisti come effettuare le otturazioni canalari retrograde. L'Endodonzia digitale sta infatti entrando prepotentemente nella pratica corrente. Le cure canalari nell'età pediatrica hanno via via sempre più importanza perché permettono di conservare gli elementi decidui a tutto vantaggio della futura dentatura permanente. È la prima volta che viene effettuato un corso di questo tipo.

Chi collabora con lei nella organizzazione di un Congresso così impegnativo?

Il programma scientifico è elaborato insieme ai consiglieri del Comitato Scientifico, Luca Aiazzi, Giancarlo Barbon, Ezio Campagna, Umberto Garagiola, Alberto Libero, Anita Trisoglio e a Walter Picco, curatore del museo odontoiatrico F. Ruspa. Senza la loro preziosa collaborazione non riuscirei a realizzare il programma. Per la parte di segreteria mi avvalgo della competenza e della esperienza di Patrizia Vianello. Inoltre da quest'anno la Tueor Servizi è stata incaricata della promozione e pubblicizzazione dell'evento.

Il livello dei relatori a Montecarlo è stato sempre molto elevato. Si può dire che queste sue scelte eccellenti sono motivate "anche" dal desiderio di controbilanciare con l'elevatezza dei contenuti, il richiamo esercitato dallo scenario monegasco?

In effetti anche la location ha la sua importanza. Lo vediamo dalle richieste dei congressisti che chiedono come riempire i tempi di intervallo fra una seduta e l'altra. Quest'anno il programma sociale è molto interessante come richiesto da molti colleghi.

Ci sono altre novità rispetto alle attività sociali?

Visti i problemi sorti a causa della scarsità di posti lamentati nelle passate edizioni, quest'anno per la cena sociale con i relatori e piano bar si è scelta la "Salle de la Mer" del Fairmont Hotel, decisamente più ampia, prestigiosa e più adatta alla musica.

Quest'anno è la XXIX edizione: ormai una tradizione radicata. È già prevista un'edizione speciale per il 30mo anniversario?

Per l'anno prossimo in cui festeggeremo i 30 anni di attività del Centro Odontostomatologico Internazionale abbiamo già molte richieste di relatori qualificati che chiedono di poter presentare le loro ricerche in tale occasione. Dovremo per forza selezionare le migliori per poter organizzare al meglio il Congresso.

Dental Tribune Italia

Il World Summit Tour della Dentsply Sirona fa tappa a Nizza

Nizza – Per condividere "ispirazioni, conoscenze e fiducia" coi professionisti del dentale di tutto il mondo, Dentsply Sirona Implants ha lanciato il suo World Summit Tour 2017.

Dopo aver ospitato grandi eventi a Tokyo in Giappone nel mese di febbraio e San Diego (USA) a maggio, il Tour ha fatto tappa nel porto di Nizza, dove, il 23 e 24 giugno i partecipanti hanno potuto scegliere tra le numerose conferenze sullo stato dell'arte dell'implantologia previste nel programma scientifico, oltre ai laboratori e alle dimostrazioni dei prodotti.

Risultante dalla fusione di Dentsply International e Sirona Dental Systems (2016), Dentsply Sirona è uno dei maggiori produttori mondiali di prodotti odontoiatrici professionali e di tecnologie, grazie alla combinazione tra materiali di consumo, attrezzature e prodotti speciali. Con il World Summit Tour, l'Azienda coniuga l'attualità scientifica, gli ultimi sviluppi clinici e digitali in implantologia. Il tema del World Summit Tour — *"Because inspiration and confidence matters"* — riflette la vocazione della Dentsply Sirona Implants ad un miglioramento della salute orale nel mondo e della qualità di vita dei pazienti che hanno inserito uno o più impianti. Nella giornata pre-congressuale, i partecipanti hanno messo alla prova le loro capacità tecniche in una serie di corsi pratici, guidati da esperti internazionali di grande autorevolezza. Nell'ambito dei trattamenti al paziente in un'unica visita, i temi affrontati hanno spaziato dall'aggiornamento sulle tecniche digitali di ampliamento e pianificazione implantare alle soluzioni protesiche.

Nel programma del Tour si sono approfondite soluzioni concernenti un mascellare completamente edentulo, facendo particolare attenzione al binomio chirurgia/protesi. Durante la prima giornata ufficiale dell'incontro, i temi trattati sono stati il progetto digitale e i diversi sistemi implantari. Lingua ufficiale l'inglese con traduzioni anche in francese, tedesco, russo e turco. Nelle pause congressuali, i partecipanti sono stati invitati a visitare la mostra dei poster inviati dai professionisti del settore suddivisa nelle categorie di applicazione clinica e ricerca. Premio previsto per i vincitori dei due gruppi: 1.500 €. Presso *"l'inspiration hub"*, dove le idee, la conoscenza e la fiducia prendono vita in varie soluzioni implantari, si sono scoperti protocolli nonché prodotti più recenti. Attraverso brevi sessioni *"hands-on"* i partecipanti hanno potuto inoltre migliorare conoscenze e competenze. Il venerdì sera, a cura della Dentsply Sirona Implants presso una spiaggia privata della Costa Azzurra (Cannes Palm Beach) si è svolto un evento esclusivo. Sabato infine la manifestazione è stata coronata da una serie di conferenze tra cui *"Treatment success with the patient in focus"* e *"Individualized protocols for patient-centered outcomes"*.

Significativo anche il titolo della presentazione di chiusura: *"Outlook on a bright future"*. Il portfolio di Dentsply Sirona copre l'intera gamma del trattamento implantare — tra cui sistemi di imaging per diagnostica e pianificazione del trattamento, procedure chirurgiche computer-assistite, materiali di rigenerazione ossea, nonché una varietà di soluzioni protesiche CAD/CAM specifiche per ogni paziente, come ATLANTIS e CEREC.

Tappa finale del tour sarà a Shanghai in Cina. All'evento in programma il 25 e 26 novembre è possibile registrarsi cliccando su http://www.worldsummit-tour.com/shanghai.

Dental Tribune International

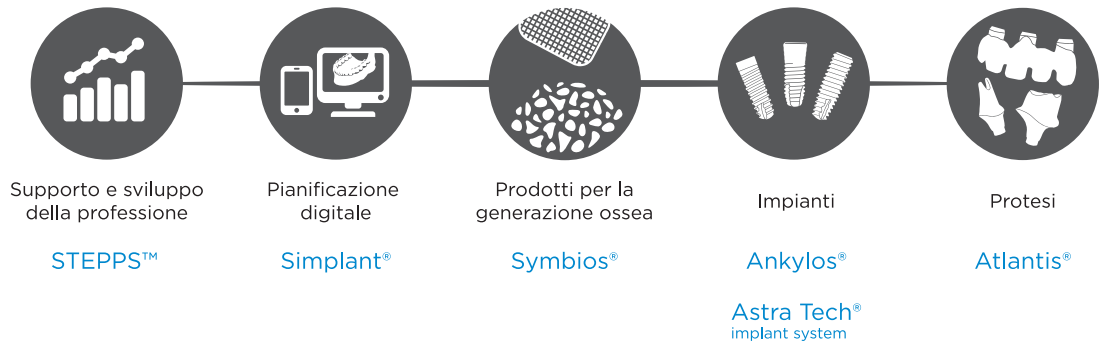
L'innovazione implantare nelle tue mani

Dentsply Sirona mette a tua disposizione sistemi e procedure per trattamenti implanto-protesici all'avanguardia, che garantiscono funzionalità ed estetica a lungo termine.

Una gamma completa di soluzioni integrate nate per dare valore alla tua professione, semplificando i processi e assicurando la totale efficacia clinica del risultato, per il beneficio dei tuoi pazienti.

dentsplysirona.com/implants

Soluzioni complete per tutte le fasi del trattamento implantare



THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™

Dentsply Sirona

Success, survival and failure rates of dental implants

a cross-sectional study

Amanda Bandeira de Almeida*, Luciana Prado Maia, Umberto Demoner Ramos**, Sérgio Luís Scombatti de Souzac & Daniela Bazan Palioto*****

** Department of Prosthesis and Periodontology, Faculty of Dentistry, University of Campinas, Piracicaba, Brazil*
*** Presidente Prudente dental school, University of Western São Paulo, Presidente Prudente, Brazil*
**** Department of Bucco-Maxilo-Facial Surgery, Traumatology and Periodontology, School of Dentistry of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil*

ARTICOLO IN LINGUA ORIGINALE

Introduction

The use of dental implants is considered a revolution in modern dentistry[1]. However, there are differences between professional and patient objectives[1]. While the patient is usually concerned with esthetics and function, dental professionals expect success regarding biological and mechanical stability and the facilitation of oral hygiene[2]. There is consensus among authors that the success of dental implant treatment depends on the presence and maintenance of surrounding bone, mainly in the bone crest area. However, one of the major challenges encountered in implantology is the process of bone resorption around the implant after insertion or during its use. In the literature, bone resorption of approximately 1.2 mm in height during the first year of function is reported, with 0.1 mm more resorption for every subsequent year[3]. This loss with a V or U shape has been called saucerization[4]. In 1986, Albrektsson et al. established the following criteria for implant success[5]: The implant should have no mobility and demonstrate no radiolucent areas radiographically, annual vertical bone loss after the first year should be less than 0.2 mm, and there should be no persistent and/or irreversible symptoms. The most common parameter used in clinical reports is the survival rate, indicating whether the dental implant is physically in the mouth or has been removed[6]. However, with this method, implants that should be removed owing to pain or illness may be retained and erroneously considered successful. In 1993, an implant quality of health scale was created by James and developed by Misch[7, 8]. This scale was later modified at the Interna tional Congress of Oral Implantologists' Pisa Consensus Conference in 2007, presenting four clinical categories that contain conditions of success, survival and failure of the implant. Survival can be divided into two categories: satisfactory survival, which describes implants with less than ideal conditions, but for which there is no need for clinical intervention; and compromised survival, which includes implants with less than ideal conditions requiring clinical treatment to reduce the risk of implant failure. Implant failure is the term used for implants that require removal or that have been lost. Implant success is a term used to describe clinical conditions and must include at least a 12-month period for implants serving as prosthetic abutments. Early success is suggested for implants that are retained for a period of one to three years, intermediate success for three to seven years and long-term success for a period longer than seven years. In this new approach, pain, mobility, radiographic bone loss, probing depth and periimplant disease are evaluated[9]. Regarding periimplant disease, since the bone loss caused by stress or bacteria leads to the deepening of the sulcular gap and decreases oxygen tension, anaerobic bacteria become the primary promoter of continuous bone loss[9]. Exudate or an abscess around an implant indicates exacerbation of periimplant disease and possibly accelerated bone loss. Exudate persisting for more than one or two weeks normally requires surgical intervention in the periimplant area to eliminate the etiological factors[9]. The reduced bone height after the exudate episode exposes the implant to secondary occlusal trauma. The dentist should re-evaluate and reduce the stress factors for the new bone condition to improve the performance in the long term[9].
Considering the importance of maintenance of the crestal bone around dental implants, the aim of this study was to evaluate the success, survival and failure rates of implants placed over three years based on the implant quality of health scale of the Pisa Consensus Conference.

Materials and methods

This study included 19 patients who received implants and prostheses on implants in the Implantology Clinic at the School of Dentistry of Ribeirão Preto of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil, between 2007 and 2013. The patients were recalled for clinical and radiographic examinations from three to six years after implant placement.
The following criteria were evaluated by interview and dental record analysis: age, sex, presence of systemic disease, history of smoking, area in which the implant was placed, implant diameter and height, and type of prosthesis seated.
For the analysis of implant diameter, the following classification was used: narrow when the diameter was less than 3.5 mm, regular when the diameter was 4.0–4.8 mm, and wide when the diameter was greater than 5.0 mm. Regarding height, implants were classified as short when they were less than 10 mm, regular when 10–12 mm, and long when greater than 12 mm. The success and survival rates of the implants were analyzed based on the criteria of the Pisa Consensus Conference, according to the following clinical parameters: pain (absent, absent in function, sensitivity in function, pain in function), mobility (present or absent), probing depth (PD), bleeding on probing (BOP), exudate (absent, with exudate history, with uncontrolled exudate) and radiographic bone loss.
The PD and BOP measurements were taken at four aspects of each implant: mesial (M), distal (D), buccal (B) and lingual/palatal (L/P).

› pagina 9

Variable	n (%)
Hypertension	3 (15.8)
Diabetes mellitus	2 (10.5)
Smokaing habit	5 (26.3)
None	9 (47.4)
Total	19 (100.0)

Table 1: Prevalence of hypertension, diabetes mellitus and tobacco use.

Region	Mandible n (%)	Maxilla n (%)
Anterior	13 (37.15)	5 (14.30)
Posterior	13 (37.15)	4 (11.40)
Total	26 (74.30)	9 (25.70)

Table 2: Dental implant placement area.

Height			
Diameter	Short (< 10)	Regular (10–12)	Long (> 12)
	n (%)	n (%)	n (%)
Narrow (<4.0)	3 (8.6)	15 (42.9)	10 (28.6)
Regular (4.0 - 4.8)	2 (5.7)	4 (11.4)	1 (2.8)
Total	5 (14.3)	9 (25.70)	11 (31.4)

Table 3: Implant distribution according to diameter and height (mm).

	Pain	Exudate	Mobility
Variable	n	n	n
Absent	34	33	35
Varying	1	0	0
Presence	0	2	0

Table 4: Presence of clinical signs during follow-up.

Table 5: **Probing** depth and bleeding according to aspect during follow-up.

Aspect				
	M	D	B	L/P
Variable	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
PD				
≤ 4 mm	30 (96.8)	28 (90.3)	28 (90.3)	30 (96.8)
> 4–< 6 mm	1 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
≥ 6 mm	0 (0.0)	3 (9.7)	3 (9.7)	1 (3.2)
Total	31 (100.0)	31 (100.0)	31 (100.0)	31 (100.0)
BOP				
Present	5 (16.1)	3 (9.7)	5 (16.1)	5 (16.1)
Absent	26 (83.9)	28 (90.3)	26 (83.9)	26 (83.9)
Total	31 (100.0)	31 (100.0)	31 (100.0)	31 (100.0)

PD = probing depth; BOP = bleeding on probing; M = mesial; D = distal; B = buccal; L/P = lingual/palatal.

Table 6: **Quantity** (mm) of bone loss on radiograph during follow-up.

Quantity	**n (%)**
< 2 mm	20 (76.9)
2–4 mm	6 (23.1)
> 4 mm	0 (0.0)
> ½ of implant length	0 (0.0)
Total	26 (100.0)

implants showed bone loss of between 2 and 4 mm, while the remaining implants presented with less than 2 mm (Table 6). Analyzing all of the parameters established a success rate of 74% (20 implants), while 26% of the implants (six implants) were classified as having impaired survival (Fig. 1).

The implants that had impaired survival showed different characteristics regarding location, size and PD. Regarding the height of these implants, three were longer than 12 mm, two were 10–12 mm in height and one less than 10 mm in height.

Concerning the diameter, four of these implants were narrow and two were regular.

› pagina 10

‹ pagina 8

For the assessment of radiographic bone loss, a periapical radiograph using the bisecting angle technique was performed at the time of patient recall.

The radiographs were digitalized and analyzed using the Image Tool software (Trophy-Radiologie, Vincennes, France) to verify and determine the resulting linear distance between the implant shoulder and bone crest. The average values for the M and D aspects were used as a single measurement for each implant.

From this analysis, the implants were divided into the following categories: bone loss of less than 2 mm; bone loss of between 2 and 4 mm; bone loss of more than 4 mm, but less than half of the implant body; and bone loss greater than half of the length of the implant. According to these criteria, the implants were classified as successful, having satisfactory survival, having impaired survival or failed. Biological and prosthetic complications, such as periimplant mucositis, periimplantitis, abscesses or fistulas, or any mechanical and prosthetic complications, such as fracture of the implant and/or of any prosthetic component, were also evaluated. Patients with BOP or positive suppuration, a PD of greater than 5 mm and radiographic bone loss were diagnosed as having periimplantitis[10].

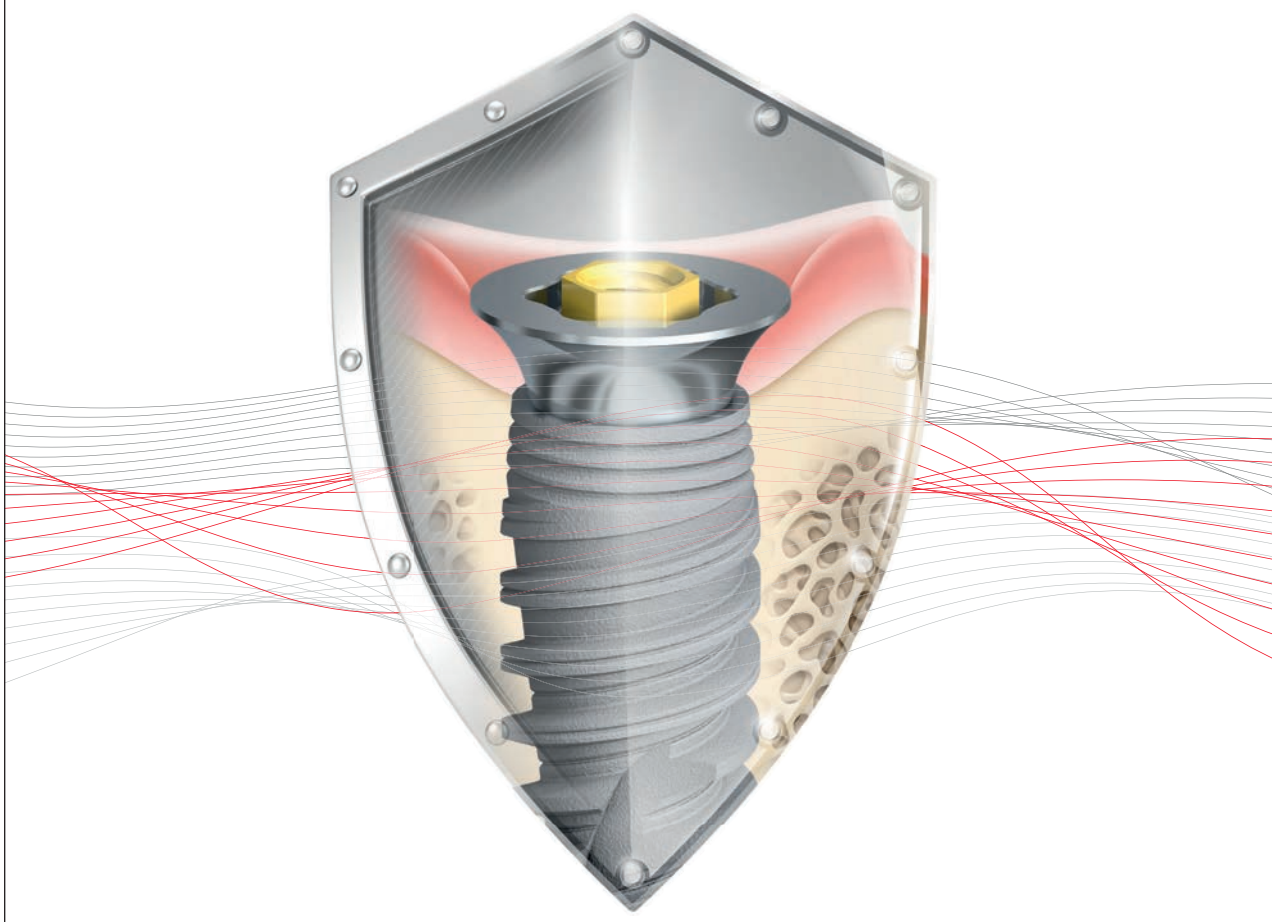
Results

The study included 35 implants placed in 19 patients, six men and 13 women, with the following age distribution: two patients aged between 30 and 39, six patients between 40 and 49, seven patients between 50 and 59, three patients between 60 and 69, and one patient between 70 and 79. The prevalence of systemic disease and a smoking habit was assessed by interview and the results are presented in Table 1.

The implants were classified according to the placement area: mandible and maxilla and anterior and posterior (Table 2).

Three patients were rehabilitated with full-arch fixed prostheses supported by osseointegrated implants, 20 received single prostheses and two received an overdenture. Concerning the implant diameter, 80% of the implants were classified as narrow and 20% as regular (Table 3). Regarding the implant height, 14.28% of the implants were classified as short, 54.28% as regular and 31.46% as long (Table 3). A higher frequency of implants of 11 mm in height and less than 4 mm in diameter was observed. Regarding the presence of clinical signs associated with the implants, such as pain, exudate and mobility, 18 patients (who received 34 implants) reported no pain. The presence of pain in function occurred in only one implant and the presence of exudate in two implants (Table 4). In general, PDs of less than 4 mm were observed in most cases. Only one implant showed a PD of 5 mm at the M aspect, while a PD of 6 mm and BP were observed at one implant at the L/P aspect and at three implants at the D and B aspects. BOP was present at five implants at the M, B and L/P aspects, and at three implants at the D aspect (Table 5). Four implants could not be evaluated owing to the presence of a protocol-type prosthesis. Twenty-six of the 35 implants were evaluated in periapical radiographs by measuring the linear distance between the implant shoulder and bone crest. Only 17.1% of the

Uno scudo biologico, sempre intatto



Concetto On1™

On1 è la prima soluzione che preserva l'attacco del tessuto molle mantenendo la completa flessibilità chirurgica e protesica. L'On1 Base sposta la piattaforma protesica al livello del tessuto molle, semplificando radicalmente tutte le procedure protesiche.

Sperimenta il meglio con il concetto On1.

Visita nobelbiocare.com/on1

Nobel Biocare®

GMT 50890 IT 1703 Stampato in EU © Nobel Biocare Services AG, 2017. Tutti i diritti riservati. Nobel Biocare, il logo Nobel Biocare e tutti gli altri marchi di fabbrica sono, salvo diversa dichiarazione o evidenza dal contesto in un caso specifico, marchi di fabbrica di Nobel Biocare. Fare riferimento al sito nobelbiocare.com/trademarks per maggiori informazioni. Le immagini dei prodotti non sono necessariamente in scala. Esclusione di responsabilità: alcuni prodotti potrebbero non avere l'approvazione o l'autorizzazione alla vendita da parte degli enti normativi in tutti i mercati. Rivolgersi all'ufficio vendite locale Nobel Biocare per informazioni sulla gamma dei prodotti esistenti e la loro disponibilità. Per uso solo su prescrizione medica. Fare riferimento alle istruzioni per l'uso relativamente a informazioni sulla prescrizione incluse indicazioni, controindicazioni, avvertenze e precauzioni.