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

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

Marzo 2020 - anno IX n. 1 - Supplemento n. 1 di Dental Tribune Italian Edition - Marzo 2020 - anno XVI n. 3

www.dental-tribune.com

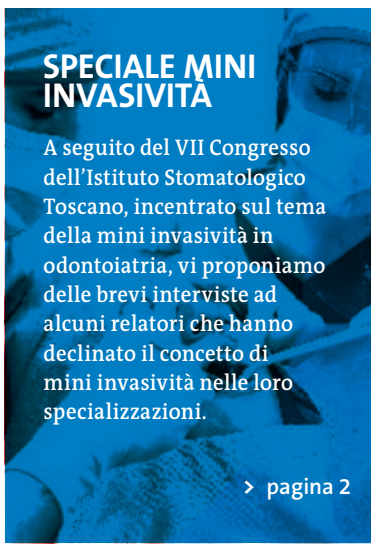
AD

SPECIALE REGENERATION

Ridge preservation vs guarigione spontanea in un caso split mouth in sede di molare inferiore 15

G.B.R di un grave difetto osseo orizzontale e verticale della mandibola mediante griglia in titanio customizzata 18

INFOPOINT 23



AD

La customizzazione CAD-CAM delle cappette di guarigione negli impianti post-estrattivi

Roberto Crespi

L'inserimento immediato degli impianti negli alveoli post-estrattivi è una procedura complessa. Il requisito principale è costituito dall'integrità e spessore dell'osso buccale che dovrà almeno avere uno spessore pari o superiore a 1mm[1] e la presenza di un gap fra l'impianto e la parete alveolare di 2 mm circa. Una estrazione atraumatica e l'utilizzo di biomateriali nel void compreso fra l'impianto e l'osso alveolare costituiscono dei fattori chiave per il mantenimento dei volumi alveolari.

› pagina 4

La Natura fonte di ispirazione

Intervista a Gaetano Calesini

Patrizia Biancucci

Il condizionamento dei tessuti molli perimplantari è ormai parte integrante delle terapie implanto-protesiche, soprattutto nelle zone estetiche, con una sequenza che finora ha visto il protesista condizionare i tessuti una volta finita la parte chirurgica.

© Gaetano Calesini

› pagina 6

AD

Non sempre quello che viene “venduto” come mini-invasività lo è realmente

Il Dottor Abundo, Torinese in trasferta a Viareggio al VII congresso che parla di riduzione dell’invasività in campo odontoiatrico, un argomento di tendenza. Dottore, lei parla di mini invasività delle procedure chirurgiche in campo parodontale. È molto conosciuto e non ha bisogno di presentazioni. Ho sentito la sua relazione: ci può riassumere i concetti fondamentali?

Come espresso nel titolo ho parlato di esperienza clinica nel modulare il concetto di mini invasività. Questo perché molto spesso si definisce mini invasività un qualcosa che in realtà può essere fatto con una invasività ancora minore. Spesso ci si ferma alle apparenze, spesso si osserva quello che si fa in superficie senza contare quello che oggi facciamo a cielo coperto. Quindi è molto importante con l’esperienza clinica avere anche i risultati di ritorno da parte dei pazienti e dell’operatore di quelle che sono le differenti procedure. Non sempre quello che viene venduto come mini invasività lo è realmente e ho voluto sfatare un po’ questi miti.

Il suo titolo dice “L’esperienza clinica al servizio di”. L’esperienza clinica che lei ha credo sia pluritrentennale e non l’hanno tutti. Quello che lei narra può essere messo a disposizione di quelli più giovani e meno esperti?

Soprattutto. L’esperienza di chi ha provato queste cose serve a mettere in guardia dalle facili promesse di certe tecniche che piovono dal nulla, molto spesso dai social, piuttosto che dalle riviste specializzate del settore e che possono ammaliare i giovani e chi ha meno esperienza. Compito nostro, di chi sta da questa parte del podio, è dire le cose come stanno mettendo i luce i pregi e i difetti di ogni tecnica. In medicina niente funziona al 100% e dobbiamo parlare solo di cosa è più predicibile.

Patrizia Biancucci

Germectomia ottavi inferiori in 4 minuti

Dottor Enzo Rossi, lei collabora con il dottor Marco Rosa, ortodontista di riconosciuta fama, ma non tutti gli ortodontisti sarebbero d’accordo nel fare le germectomie in pazienti in età evolutiva.

Qui si intende la germectomie degli ottavi inferiori. Il dente del giudizio degli ottavi inferiori risente della possibilità di inclusione, circa il 20 %, e anche la possibilità di complicazioni che vanno avanti nel tempo e raggiungono il loro apice nella fascia d’età dei 25-35 anni, come dimostrato dalla letteratura che ha messo in luce l’incremento della possibilità di complicazioni date dal dente dei giudizio a livello osseo, parodontale e dentale.

In questo caso la mini-invasività significa fare un intervento che in pochi minuti possa liberare da futuri problemi?

Sì esattamente, significa proprio liberarsi dai futuri problemi della crescita dell’ottavo e delle relative complicanze anche a carattere intraoperatorio.

Non incontra resistenze nei pazienti e nei loro genitori nell’effettuare questo tipo di intervento anche se breve, circa 4 minuti?

No, non mi capita di incontrare resistenze soprattutto nei genitori che hanno avuto già esperienze negative personali con il dente del giudizio in età adulta.

Si è posto il problema che potrebbe essere una questione di over-treatment, ovvero di anticipare troppo qualcosa?

Nella mia prima diapositiva del mio intervento, “treatment or over-treatment”, illustro proprio questa questione. È una domanda che bisogna farsi ogni giorno; certamente, se l’intervento viene fatto a quelle condizioni, con determinate caratteristiche e attenzioni, in 4-5 minuti viene tolto il dente del giudizio ad un bambino che non avrà più complicazioni.

Si tratta di un intervento relativamente semplice che può essere effettuato anche dai meno esperti?

Sì, è un intervento abbastanza semplice a patto che venga seguito il protocollo operatorio suggerito. Prevede un’incisione di 4 mm e il dente del giudizio, che è in fase di evoluzione, viene aspirato.

Pensa che i molti giovani che l’hanno ascoltata oggi si porteranno qualcosa a casa?

Sicuramente torneranno a casa con le domande e i punti interrogativi che ho sottolineato all’inizio del mio intervento.

Patrizia Biancucci

AD

IMPLANT TRIBUNE
The World’s Newspaper of Implantology · Italian Edition

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER:
Torsten R. Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER:
Claudia Duschek

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4847 4302 | Fax: +49 341 4847 4173
General requests: info@dental-tribune.com
Sales requests: mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. *Dental Tribune* is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2020 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

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

IMPLANT TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno IX Numero 1, Marzo 2020

SUPPLEMENTO N. 1
DI DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION,
ANNO XV N. 3

MANAGING EDITOR
Patrizia Gatto
[patrizia.gatto@tueorservizi.it]

DIREZIONE SCIENTIFICA
Enrico Gherlone, Tiziano Testori

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

CONTRIBUTI
D. Bertazzo, P. Biancucci, M. Chiapasco, A. Conti, R. Crespi, M. Frosecchi, R. Rossi, G. Tommasato.

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Coordinamento: Adamo Buonerba
C.so Enrico Tazzoli 215/13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675

GRAFICA - Tueor Servizi Srl

STAMPA
Musumeci S.p.A.
Loc. Amérique, 97 - 11020 Quart (AO)
Valle d’Aosta - Italia

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ
Alessia Murari
[alessia.murari@tueorservizi.it]

UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
C.so Enrico Tazzoli 215/13
10137 Torino
Tel.: 011 3110675
Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it

Copia singola: euro 3,00

FSC www.fsc.org MISTO Carta da fonti gestite in maniera responsabile FSC® C102788

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.

I nativi digitali avvantaggiati in chirurgia guidata, ma...

Nell'ambito del Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano "La riduzione dell'invasività nelle procedure odontoiatriche", Viareggio 24-25 gennaio 2020, abbiamo avuto modo di intervistare il dott. Riccardo Scaringi - libero professionista a Milano e docente in varie università - sulle tematiche inerenti la sua relazione dal titolo "Procedure minimamente invasive in implantologia".

Dottor Scaringi, la sua relazione verteva sulla chirurgia guidata e in particolare sulla mini invasività, come da Focus del congresso. Dal suo punto di vista, tutti potrebbero fare quello che fa lei che è così esperto?

La considerazione è duplice. Per quanto riguarda la progettazione il consiglio che mi permetto di offrire a tutti i colleghi è di effettuare tutti quanti, anche se con minima conoscenza e capacità digitale, una valutazione iniziale in virtuale, in modo da ottenere un preconfezionamento del caso clinico finale. Questo consente di pre visualizzare quelle che potrebbero essere le problematiche insite nel caso stesso. Dal punto di vista chirurgico, invece, mi sento di dire che questa è una chirurgia molto raffinata e che richiede un'esperienza e conoscenza che non è possibile ottenere nell'arco di poco tempo, ma che fa parte di una curva di apprendimento.

Quindi diciamo che i giovani nativi digitali devono fare attenzione a non cadere in questa trappola: nel virtuale è tutto possibile ma poi bisogna saper essere operativi.

Assolutamente sì. Per loro la curva di apprendimento digitale è sicuramente più facile, ma al contempo devono riuscire, da questo tipo di progettazione, ad approfondire la loro conoscenza. Impareranno prima di come abbiamo fatto noi in maniera puramente analogica.

Cosa pensa che ci si porti a casa dalla sua relazione? Mi riferisco in particolar modo alla categoria degli odontoiatri ma anche agli igienisti.

Un piano di trattamento a 360° e non solo, direi proprio 3D volumetrico, come se avessimo una sfera che potremmo girare e rigirare vedendo anche i lati oscuri che talvolta l'immagine chiara non riesce a visionare.

In questo piano digitale completo, la funzione degli igienisti qual è?

La funzione dell'igienista in questo piano digitale non è complementare, ma fa parte di uno schema di esercizi. Il clinico non è fine a se stesso ma si interfaccia con dei colleghi e con delle conoscenze che talvolta esulano da lui. Quindi l'igienista può interfacciarsi cercando di stimolare il paziente all'esercizio e all'utilizzo di attrezzature e strumenti che possono mantenere il risultato ottenuto o ottenibile.

Patrizia Biancucci

© Tueor Servizi

AD

La customizzazione cad-cam delle cappette di guarigione negli impianti post-estrattivi

Roberto Crespi, Professore straordinario Università Marconi, Roma

‹ pagina 1

Tuttavia nelle zone estetiche del mascellare l'inserimento degli impianti post-estrattivi può indurre una disarmonia estetica dovuta ad una recessione vestibolare del volume tessutale perimplantare[2-4]. Per ridurre la perdita volumetrica dei tessuti perimplantari, alcuni studi clinici[5-7] hanno riportato l'utilizzo delle cappette di guarigione customizzate avvitate sugli impianti immediatamente inseriti negli alveoli post-estrattivi.

In questo case report viene descritta l'applicazione delle cappette di guarigione customizzate seguendo la procedure CAD-CAM in un flusso di lavoro digitale.

Prima di eseguire l'estrazione si procede con il rilevamento dell'impronta digitale per copiare l'anatomia del profilo d'emergenza del dente. A questo punto si estrae in modo molto conservativo il dente. Si posiziona l'impianto dentale senza inserimento dei biomateriali nel void creato fra la superficie dell'impianto e la parete dell'alveolo. Si avvita una cappetta eseguita con la procedura CAD-CAM copiando l'anatomia del dente estratto (Figg. 1a-2).

Tre mesi dopo, l'inserimento dell'impianto i volumi anatomici dei tessuti perimplantari presentano la stessa forma e dimensione di quella precedente dell'estrazione del dente (Fig. 3).

Dopo il rilevamento dell'impronta digitale si disegnano i margini gengivali del manufatto protesico, prestando attenzione al profilo d'emergenza (Figg. 4a, 4b).

La corona in disilicato di litio viene cementata rispettando i profili anatomici conservati dalla cappetta castomizzata (Fig. 5).

A distanza di due anni si possono notare il mantenimento volumetrico delle strutture tessutali attorno al restauro implant-protesico. La *cone beam* rivela il mantenimento volumetrico del tessuto osseo periimplantare (Figg. 6a-6c).

Questo case report evidenzia l'importanza della customizzazione delle cappette di guarigione per il mantenimento dei volumi dei tessuti perimplantari. La forma delle cappette di guarigione simili alle radici dei denti estratti avvitate sugli impianti post-estrattivi evitano il collasso volumetrico dei tessuti, guidando la guarigione dei tessuti perimplantari con il mantenenimento volumetrico dell'alveolo.

Con questa metodica si riduce il numero delle procedure tradizionali eseguite per il trattamento implanto protesico negli impianti post-estrattivi. Si evita la riapertura del lembo gengivale, le varie fasi della ribasatura del provvisorio per il condizionamento gengivale, riducendo i tempi e i costi. Con questa procedura si lavora in modo conservativo, si velocizzano i tempi di esecuzione del flusso di lavoro mantenendo inalterati i parametri morfologici e volumetrici dei tessuti periimplantari. E tutto questo flusso di lavoro è possibile effettuarlo direttamente alla poltrona diminuendo i costi e il tempo per il paziente.

Figg. 1a, 1b - *A: caso clinico. B: la sezione alla Cone beam.*
Fig. 2 - *Coppetta di guarigione castomizzata avvitata sull'impianto appena inserito nell'alveolo post-estrattivo.*
Fig. 3 - *Si può notare il trofismo e il volume dei tessuti periimplantari 3 mesi dopo l'inserimento dell'impianto.*
Figg. 4a, 4b - *Inserimento del moncone e presa dell'impronta digitale.*
Fig. 5 - *I volumi dei tessuti perimplantari sono sovrapponibili a quelli registrati prima dell'estrazione dentale.*
Figg. 6a-6c - *A: caso clinico a due anni dalla finalizzazione implanto-protesica. B,C le sezioni alla Cone beam mostrano il mantenimento volumetrico dell'osso alveolare.*

Fig. 1a

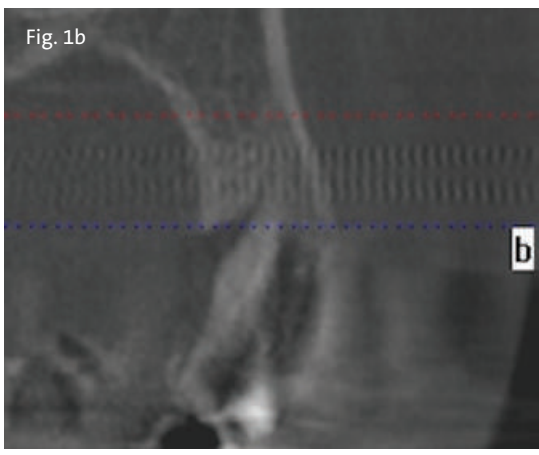


Fig. 1b

Fig. 2

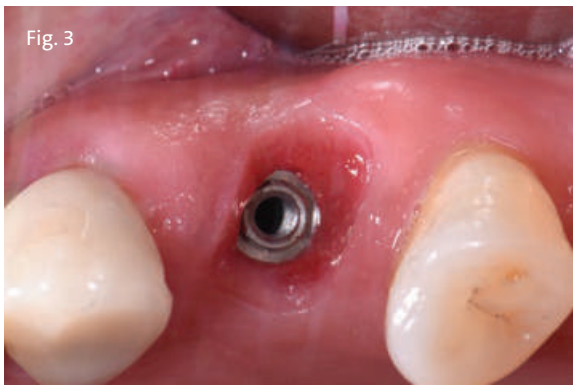


Fig. 3

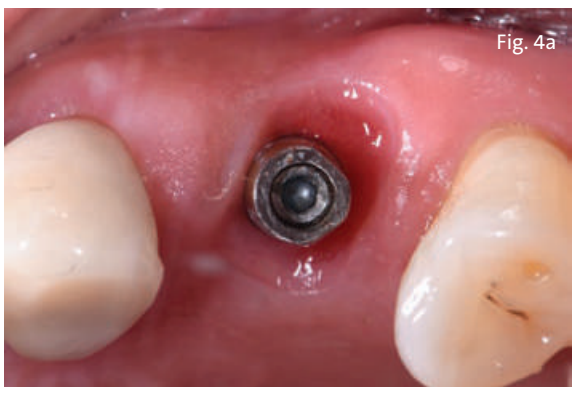


Fig. 4a

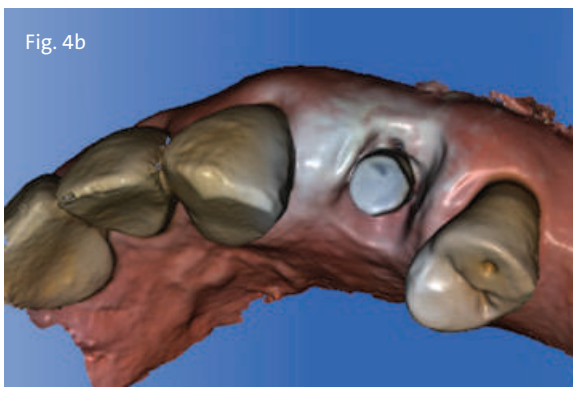


Fig. 4b

Fig. 5

Fig. 6a

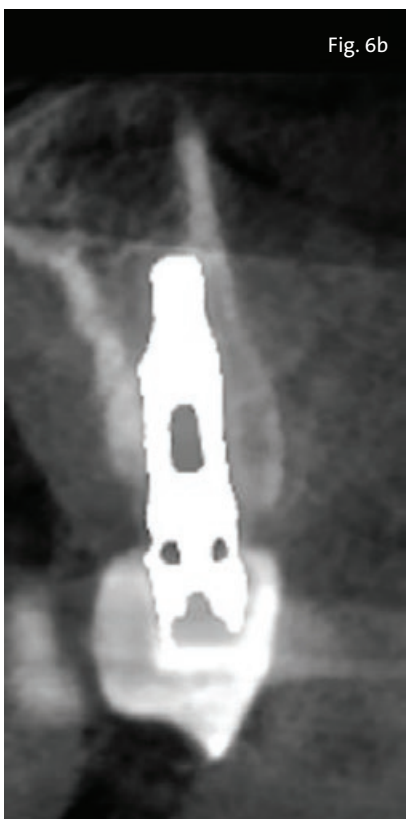


Fig. 6b

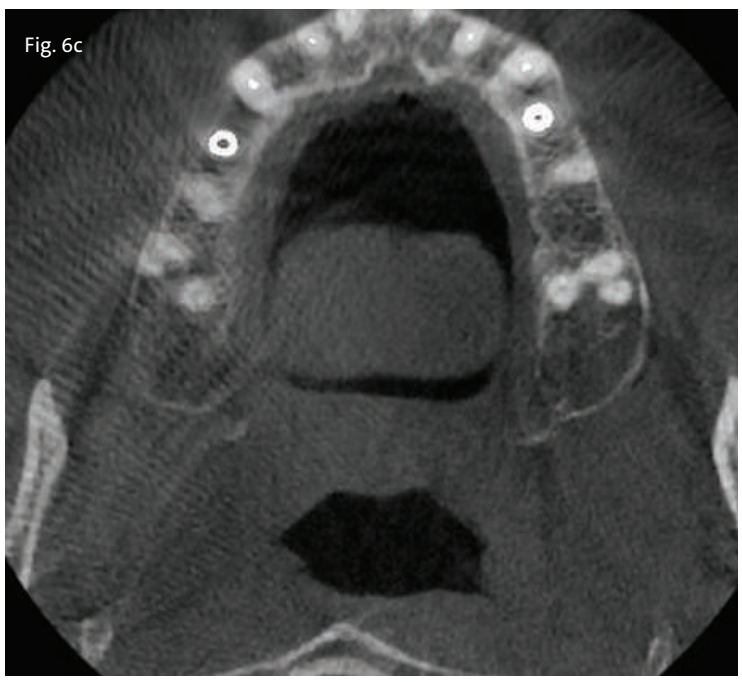


Fig. 6c

Bibliografia

1. Morton D, Chen ST, Martin WC, et al. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding optimizing esthetic outcomes in implant dentistry. Int J Oral Maxillofac Implants 2014;29(Suppl):216–220. DOI: 10.11607/jomi.2013.g3.
2. Evans CD, Chen ST. Esthetic outcomes of immediate implant placements. Clin Oral Implants Res 2008;19(1):73–80. DOI: 10.1111/j.1600-0501.2007.01413.x.
3. Hämmerle CH, Araújo MG, Simion M, et al. Evidence-based knowledge on the biology and treatment of extraction sockets. Clin Oral Implants Res 2012;23(Suppl 5):80–82. DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02370.x.
4. Benic GI, Mokti M, Chen CJ, et al. Dimensions of buccal bone and mucosa at immediately placed implants after 7 years: a clinical and cone beam computed tomography study. Clin Oral Implants Res 2012;23(5):560–566. DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02253.x.
5. Menchini-Fabris Giovanni-Battista, Covani Ugo, Toti Paolo, Crespi Giovanni, Rubino Luigi, Crespi Roberto. Customized vs Conventional Abutments in Healing Fresh Extraction Dental Sockets on Maxillary Anterior Teeth. International Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry (2019): 10.5005/jp-journals-10019-1239.
6. Finelle G, Lee SJ. Guided immediate implant placement with wound closure by computer-aided design/computer-assisted manufacture sealing socket abutment: case report. Int J Oral Maxillofac Implants 2017;32(2):e63–e67. DOI: 10.11607/jomi.4770.
7. Richard Akin. A new concept in maintaining the emergence profile in immediate posterior implant placement: the anatomic harmony abutment. J Oral Maxillofac Surg 2016;74(12):2385–2392. DOI: 10.1016/j.joms.2016.06.184

OsteoBiol® GTO®

THE NEW STANDARD OF EXCELLENCE IN BIOMATERIALS

OLTRE OGNI ASPETTATIVA

STABILITA' E VISCOSITA' STRAORDINARIE

FACILMENTE **ADATTABILE** AL SITO RICEVENTE

PRONTO ALL'USO IN SIRINGA STERILE

TECNOLOGIA INNOVATIVA **DUAL-PHASE**

TSV GEL INSIDE PER UNA **ADESIVITA' OTTIMALE**

DIRETTAMENTE INIETTABILE NEL DIFETTO OSSEO

MANEGGEVOLEZZA PIU' **RAPIDA E SICURA**

MATRICE **COLLAGENATA** CORTICO-SPONGIOSA

OsteoBiol® by Tecnoss

osteobiol.com

ROEN.IT

La Natura fonte di ispirazione

Intervista a Gaetano Calesini

< pagina 1

Ma un nuovo approccio - che permette di iniziare il condizionamento tissutale già nella prima fase chirurgica durante l'inserimento dell'impianto - e utilizzarlo come strumento per cambiare l'anatomia, è il filo conduttore nel libro di recente pubblicazione "Implantoprotesi biomimetica - Management Tissutale Morfogenico" a firma di Gaetano Calesini e Agostino Scipioni. Il MTM, fondato su concetti biologici e su processi di ingegneria inversa, promuove gli impianti e le componenti protesiche da semplici strumenti per l'ancoraggio protesico a eccezionali dispositivi per ottenere sia il ripristino anatomico dei tessuti peri-implantari sia la loro stabilità a lungo termine. Approccio biomimetico multidisciplinare e minimamente invasivo, l'MTM consente di ottimizzare l'integrazione mimetica dei dispositivi implanto-protesici in un'unica seduta chirurgica, evitando il ricorso a membrane, materiali alloplastici e procedure chirurgiche invasive e/o multiple. Gaetano Calesini, una vita dedicata allo studio, alla ricerca e alla clinica, past-president della Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica, da oltre trent'anni fa attività didattica, con seminari e conferenze in Europa, Asia ed USA. Entriamo con lui in questo universo, frutto di una cultura medica prima che odontoiatrica, testimonianza di un approccio diagnostico e terapeutico di ampio respiro, che osserva la Natura per carpirne i suoi segreti.

Dottor Calesini, nel libro "Implantoprotesi biomimetica - Management Tissutale Morfogenico", di cui è coautore con Agostino Scipioni, troviamo un approccio all'implantoprotesi che sembra rivoluzionare i rapporti biologici tra dispositivo implantare e ripristino dei tessuti peri-implantari. Ritiene che sia alla portata di tutti? Può spiegarlo al dentista medio?

Alla perdita del dente naturale segue, inesorabilmente, il riassorbimento dei tessuti osteo-muco-gengivali. Il riassorbimento tissutale altera il contesto anatomico in cui verrà alloggiato il dispositivo protesico e ne rende difficile, se non impossibile, la mimesi. Mentre le revisioni sistematiche finora pubblicate riportano risultati deludenti per quanto riguarda la reale rilevanza clinica della cosiddetta preservazione dell'alveolo, appaiono affidabili numerose metodiche rigenerative per compensare i deficit tissutali. Quello che però accomuna tutte le tecniche rigenerative fin qui proposte è la loro complessità, la necessità di sottoporre il paziente ad interventi multipli ed il tempo totale di trattamento molto esteso.

Il MTM, un approccio biomimetico che nasce da un processo di ingegneria inversa, usa gli impianti e le componenti protesiche per programmare, ottenere e mantenere nel tempo il ripristino morfologico dell'area edentula, compensando i riassorbimenti tissutali orizzontali.

Il posizionamento dell'impianto e la compensazione dei deficit tissutali si realizzano mediante un unico intervento realmente mini-invasivo (no membrane, no trapianti di osso o di connettivo) e dopo due/tre mesi è possibile intraprendere le procedure protesiche.

Nel testo è descritta l'applicazione dell'approccio MTM in tutte le situazioni che il clinico affronta giornalmente, corredata da un'ampia casistica. La curva di apprendimento dell'approccio MTM è molto meno complessa delle tecniche rigenerative alternative, vale a dire membrane con o senza rinforzo e/o innesti ossei, eccetera. Direi che l'approccio MTM è confacente sia alla routine degli specialisti, chirurghi e/o protesisti, sia al dentista generico: il 70% dei partecipanti ai miei corsi formativi residenziali sono dentisti generalisti.

Lei sostiene che il sito implantare deve essere ipercorretto chirurgicamente, altrimenti il risultato protesico ne risente. È questo il concetto su cui si basa il Management Tissutale Morfogenico?

Non proprio, perché l'ipercorrezione chirurgica dei tessuti peri-implantari è un must con qualsiasi approccio utilizzato. Per ottenere una buona integrazione mimetica del dispositivo implanto-protesico è necessario iniziare le procedure protesiche partendo da un sito ipercorretto. Il Management Tissutale Morfogenico rende però facile, sicuro ed economico ottenere questa condizione di base routinariamente.

Quali sono i vantaggi per il paziente?

Sono numerosi e possono essere così riassunti: minimo disconfort intra e post-operatorio, minimi costi biologici, economici e temporali, massima sicurezza nel risultato finale ma, soprattutto, l'assenza di complicazioni e il mantenimento dei risultati a lungo termine che rappresentano i punti critici delle altre procedure rigenerative attualmente utilizzate in implantoprotesi. Ai vantaggi per il paziente vanno aggiunti quelli per l'operatore e tra i più rilevanti: breve curva di apprendimento, economicità (no membrane o sostituti ossei), intervento unico, morbilità nulla, tempi operativi totali brevissimi (due/tre mesi).

Dottor Calesini, il successo di un trattamento è certamente molto legato all'operatore, ma alcuni credono che la differenza la facciano i materiali utilizzati, forse condizionati dalle pressioni promozionali delle aziende. Lei cosa ne pensa?

In estrema sintesi il successo, o l'insuccesso in odontoiatria è legato all'esattezza della diagnosi, alle variabili legate al paziente, al piano di trattamento, alle tecniche, ai materiali, al timing operativo ed infine all'operatore. Ma, se analizziamo bene la situazione, chi fa la diagnosi? Chi analizza le variabili inerenti al paziente? Chi formula il piano di trattamento? Chi sceglie le tecniche i materiali ed il timing operativo? La risposta è chiara: l'operatore!

Quindi il 100% del successo o dell'insuccesso, dipende dall'operatore. Inoltre credo che, in linea generale, la salute dei nostri pazienti sia preziosa e vada difesa e preservata da interessi commerciali.

La ricerca di materiali "magici" accompagna la storia della odontoiatria moderna. Negli ultimi trenta anni sono apparsi, e altrettanto rapidamente scomparsi, centinaia di prodotti per la rigenerazione tissutale; questa semplice constatazione, da sola, dovrebbe far riflettere. La natura ha impiegato milioni di anni per ottimizzare i processi riparativi che il Management Tissutale Morfogenico sfrutta a scopo rigenerativo senza utilizzare "additivi". La natura è il nostro modello, dobbiamo solo rispettare le sue logiche, il resto lo fa lei.

Sebbene tra odontoiatria estetica e odontoiatria cosmetica il confine sembrerebbe sfumato, per molti sono la stessa cosa. È così?

Appartengo alla vecchia generazione con una formazione medica prima di prendere la specializzazione in odontoiatria e fra le materie preferite: storia della medicina. Dai testi di storia della medicina si evince che, fin dalla notte dei tempi, la missione del protesista è stata quella di ripristinare gli organi lesi o mutilati da trauma o malattia cercando di ripristinare, al contempo, la funzione dell'organo e la mimesi del dispositivo protesico. Nella mia pratica quotidiana seguo con rigore il principio di far passare sistematicamente inosservati i dispositivi protesici che applico, tutto qui. Il resto mi sembra una questione di lana caprina.

Dottore, all'ultimo congresso CAO nazionale di Roma ha detto che l'approccio MTM è particolarmente indicato nel trattamento delle agenesie. Perché?

Perché l'osso alveolare, nei siti in cui il dente non c'è mai stato, è perfettamente stabilizzato e non esiste il bundle bone di pertinenza parodontale. In questa situazione anatomica il complesso osteo-muco-gengivale, una volta dislocato buccalmente, mantiene integralmente il suo volume senza andare incontro ad alcun riassorbimento anche a distanza di lustri. Nel libro sono riportati numerosi casi con follow-up ultradecennali nonché la descrizione dettagliata delle procedure operative.

Il contributo dell'ortodontista nei trattamenti multidisciplinari a suo avviso migliora la predicibilità del successo a lungo termine? E perché?

Ripristinare o migliorare le determinanti anteriori, l'asse lungo dei denti, i piani occlusali, l'overjet e l'overbite e in generale le relazioni dentali inter ed infra-arcata prima di intraprendere terapie protesiche, permette senza dubbio di creare le condizioni ideali per il controllo delle forze occlusali che, insieme al controllo della placca batterica, costituiscono le basi per il successo a lungo termine delle nostre terapie. Per oltre trentacinque anni il mio studio specialistico di protesi ha collaborato con studi specialistici in altre discipline (esterni) ma spesso il flusso di lavoro non era "fluido".

Sette anni orsono ho organizzato il nuovo studio ed ho voluto che al suo interno collaborassero specialisti in tutte le discipline odontoiatriche, compresa l'ortognatodonzia. Devo onestamente riconoscere che la possibilità di abbinare i controlli "in house" con più specialisti ha notevolmente inciso sull'efficienza delle terapie permettendo di ottimizzare tempi, costi e qualità dei trattamenti multidisciplinari.

La comunicazione all'interno del team è imprescindibile, ma chi ha la leadership?

Per quanto riguarda la comunicazione sono perfettamente d'accordo con lei, i piani di trattamento vanno sempre discussi durante gli staff-meeting e le riunioni dovrebbero essere sistematiche e frequenti. Per quanto riguarda la leadership la mia risposta è lapidaria: la leadership è del protesista ogni volta che i piani di trattamento includono la protesi, mentre negli altri è la prevalenza del trattamento che definisce la leadership.

© Tueor Servizi

Nella cosiddetta "era della comunicazione" il dialogo medico-paziente le sembra realmente migliorato?

Personalmente ritengo che negli ultimi anni la comunicazione, essendo diventata sempre più rapida e superficiale, sia peggiorata. Infatti sono proliferati gli esperti in comunicazione che tengono corsi per odontoiatri ma credo che, nella gran parte di questi corsi, si enfatizzi troppo la parte "tecnica" a discapito di quella "umana" e ormai sembrano corsi di persuasione e di manipolazione anziché di comunicazione. Per un medico le parti più rilevanti della comunicazione dovrebbero essere la lealtà, l'ascolto attivo del paziente e la reale empatia. Nel mio studio spendo moltissimo tempo ad ascoltare i pazienti piuttosto che a spiegare dettagli tecnici per lo più incomprensibili a gran parte di loro.

Se dovessi dare un consiglio ai giovani sarebbe: rallentate, rallentate, rallentate e godete del rapporto fiduciario che ci lega ai pazienti, fatelo crescere! È il più grande investimento che si possa realizzare nella vita professionale.

Dottor Calesini, l'appeal dei modelli proposti dai media e dalle "star" del mondo dello spettacolo induce forti aspettative nei pazienti. È giusto soddisfare richieste puramente estetiche?

Per rispondere devo necessariamente fare una premessa basata su tre considerazioni.

La definizione stilata dalla OMS nel '48 indicava la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale"; tale definizione è stata revisionata nel 2011.

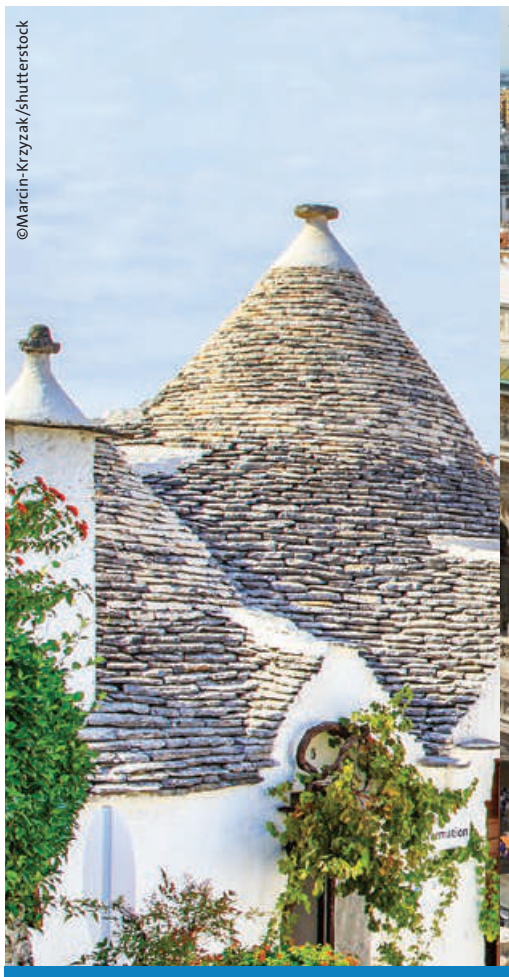
L'attuale definizione di salute è: "la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive". A questo va aggiunto che il rapporto paternalistico, esistente fra il medico e il paziente fino a vent'anni fa, è stato sostituito dalla medicina democratica in cui la volontà del paziente è decisiva nella scelta delle terapie. Infine, l'essere umano si adegua da sempre ai modelli della sua "tribù" di appartenenza o a quelli del gruppo con cui aspira a identificarsi. Ora torniamo alla domanda: se un paziente ha il desiderio di intervenire per cambiare qualcosa che migliori il suo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e che lo aiuti ad affrontare le sue sfide personali o sociali, ritengo sia più che giusto intervenire con terapie eseguite lege artis ma, ovviamente, solo dopo averlo informato del pedaggio biologico che tali terapie, seppur "minimamente invasive", comportano.

Ritiene che l'Odontoiatria cosiddetta evidence based sia credibile?

Evidence based dentistry significa lavorare usando i migliori dati presenti in letteratura associandoli alla propria esperienza clinica, alle possibilità logistiche ed alla necessità/volontà dei pazienti.

Il clinico dovrebbe basare le sue decisioni su quelli che sono i migliori dati oggi disponibili in letteratura. Il fatto è che attualmente le domande a cui non c'è ancora risposta sono infinitamente più numerose di quelle cui la EBD ha fornito evidenze. Non è quindi la credibilità della EBD in sé ad essere messa in discussione, quanto la scarsità dei dati realmente ed attualmente disponibili sui quali basarsi. In estrema sintesi, le direttive cliniche ottenibili dalla EBD sono oggettivamente insufficienti! Dobbiamo quindi riconoscere che, ancora oggi, la stragrande maggioranza del nostro lavoro clinico non è basato su dati clinici scientificamente certi. Servirebbe più ricerca clinica impostata correttamente e condivisa in modo onesto con la comunità scientifica. In altre parole la evidence based dentistry è la meta, ma per raggiungerla c'è ancora molta, ma molta strada da fare.

Patrizia Biancucci



BioHorizons Camlog organizza il roadshow 2020

BioHorizons Camlog Italia Roadshow 2020.

Uno tra i leader del mercato italiano nel settore dell'implantologia dentale offre una serie di corsi incentrati sulle innovazioni digitali in ambito odontoiatrico e sulle procedure di rigenerazione guidata dei tessuti.

Casalecchio di Reno, 13 febbraio 2020. Da aprile a ottobre 2020 BioHorizons Camlog Italia organizzerà, in collaborazione con Henry Schein Krugg, quattro corsi di formazione della durata di un giorno dal titolo "Driving Changes". Due corsi verteranno sulla rivoluzione digitale nell'implantologia dentale e sul ruolo svolto dalla diagnostica digitale, mentre gli altri due corsi saranno incentrati sulla procedura di rigenerazione guidata dei tessuti.

A seconda dei corsi selezionati, gli esperti del settore odontoiatrico forniranno consigli su come integrare in modo ottimale l'attrezzatura digitale nel flusso di lavoro quotidiano in studio e illustreranno nuovi dispositivi e tecniche impiegati nella rigenerazione dei tessuti. Tra gli esperti, T. Testori terrà due presentazioni dai titoli "Il digitale nella pratica clinica implantologica: presente e futuro" e "Nuovi device, nuove tecniche in rigenerativa tissutale". R. Scaringi condividerà le sue idee nella presentazione "Visione digitale: potenzialità del flusso digitale integrato nel piano terapeutico". La presentazione di M. Beretta si intitolerà "Semplificazione dei protocolli chirurgici e protesici attraverso la sinergia vincente tra hardware e workflow digitale", mentre G. Calesini parlerà di "Gestione dei processi protesici: percorso evolutivo dall'analogico al digitale". Il Dottor Cecchinato terrà una presentazione dal titolo "Revisione biologica e clinica dell'importanza dei tessuti perimplantari". La conferenza di R. Guarnieri verterà su "Biomateriali in chirurgia implantare e sostituti connettivali" e M. Grande parlerà dei "Protocolli semplificati per la gestione dei tessuti molli in chirurgia rigenerativa".

Inoltre BioHorizons Camlog e il team di esperti di digitalizzazione di Henry Schein Krugg saranno disponibili in un'area espositiva per dimostrazioni private dal vivo sulle apparecchiature digitali e sui nuovi paradigmi in implantologia orale.

INFORMAZIONI SU DATE E LUOGHI

Driving changes: the digital revolution , 24 aprile 2020, Bari
Driving changes: guided tissue regeneration, 25 maggio 2020, Milano
Driving changes: the digital revolution, 10 ottobre 2020, Bologna
Driving changes: guided tissue regeneration, 24 ottobre 2020, Roma

Per ricevere informazioni aggiuntive sul roadshow 2020 e le varie conferenze, la procedura di iscrizione o per prenotare una dimostrazione privata presso una delle location, inviare un'e-mail all'indirizzo *marketing.italia@biohorizons.com*.

AD

Evoluzioni delle tecniche e delle tecnologie in implantologia

Uno sguardo al futuro

La Fondazione Istituto Stomatologico Toscano intende affiancare al suo congresso annuale l'organizzazione di due giornate di studio dedicate all'implantologia e in particolare allo studio delle evoluzioni, concrete e/o possibili, della disciplina implantologica.
L'ambizione dell'Istituto è trasformare questo evento in un appuntamento annuale nel quale, di volta in volta, si analizzano gli aspetti biologici, chirurgici, protesici ed estetici della pratica implantare in un confronto che spazia auspicabilmente fra le diverse esperienze e le proposte del mondo della ricerca e dell'industria con una speciale attenzione alle osservazioni scientifiche e agli indirizzi che ne scaturiscono.
Quest'anno le Giornate Implantologiche dell'Istituto Stomatologico Toscano saranno incentrate sulle evoluzioni delle tecniche e delle tecnologie in implantologia e, in particolare, di quelle tecniche volte a ridurre la necessità di ricostruzioni ossee, l'invasività e i tempi di trattamento. Una sessione sarà inoltre dedicata alla riflessione sui nuovi materiali per gli impianti endossei.
Scopo dell'incontro sarà, dunque, illustrare quanto di nuovo sta interessando la chirurgia implantare in questo campo e di analizzare in modo critico quale potrà essere l'impatto di queste tecniche e tecnologie nella pratica quotidiana degli studi odontoiatrici.

Il Presidente Prof. Ugo Covani

22-23 maggio 2020

IL PRINCIPINO
Viale Guglielmo Marconi 130,
55049 Viareggio LU

Sessioni dedicate a:
odontoiatri e igienisti dentali

SEGRETERIA TUEOR SERVIZI SRL
C.so Tazzoli 215/13 - 10137 Torino
Tel. 011 311 06 75
congressi@tueorservizi.it

AD

PROGRAMMA PROVVISORIO

Programma odontoiatri

Venerdì 22 Maggio 2020

Ancoraggi ossei alternativi nelle atrofie dei mascellari

Presidente di sessione: In fase di definizione

8.30 – 9.15	Registrazione dei partecipanti
9.15 – 9.30	Inaugurazione a cura dell'Istituto Stomatologico Toscano
9.30 – 10.00	**CARLO BARAUSSE** - Gli short implants
10.00 – 10.30	**MAURO CEREA** - Gli impianti pterigoidei
10.30 - 11.00	**LAURO OPPICI** - Impianti zigomatici: indicazioni, tecniche e complicanze
11.00 – 11.30	Coffee break
11.30 – 12.00	**ORI BLANC** - Gli impianti sottoperiostei
12.00 – 12.30	**MARCO RINALDI** - Impianti sottoperiostei
12.30 – 13.00	**Relatore in fase di definizione** - Indicazioni all'utilizzo delle lame nelle atrofie orizzontali
13.00 – 13.30	**UGO COVANI** - Indicazioni all'utilizzo delle lame nelle atrofie verticali
13.30 – 14.30	Lunch time e workshop

Gli impianti totalmente o parzialmente ceramici: dalla biologia alla clinica

Presidente di sessione: In fase di definizione

14.30 – 15.00	**CORRADO PICONI** - Biologia degli impianti ceramici
15.00 – 15.30	**RICCARDO SCARINGI** - Esperienze con Straumann Ceramic Implant System
15.30 – 16.00	**MICHELE NANNELLI** - Esperienze con l'impianto NobelPearl
16.00 – 16.30	Coffee break
16.30 – 17.00	**SIMONE MARCONCINI** - L'interfaccia ceramica con i tessuti molli perimplantari
17.00 – 17.30	**ROBERTO CRESPI** - Customized Zirconia Healing Screws

Sabato 23 Maggio 2020

Evoluzioni delle tecniche di preparazione del sito implantare

Presidente di sessione: In fase di definizione

9.30 – 10.00	**PAOLO TRISI** Il significato clinico del torque di inserimento implantare
10.00 – 10.30	**LUIGI CANULLO** - Il significato clinico della stabilità primaria
10.30 – 11.00	**GIOVANNI MENCHINI FABRIS** - Il ruolo del computer nella pianificazione del sito implantare
11.00 – 11.30	Coffee break
11.30 – 12.00	**RELATORE IN FASE DI DEFINIZIONE**
12.00 – 12.30	**MARCO MOZZATI** - La preparazione del sito con strumenti piezoelettrici
12.30 – 13.00	**DOMENICO BALDI** - La preparazione del sito con strumenti magneto-dinamici

Programma igienisti dentali

Venerdì 22 Maggio 2020

40 Anni di esperienza dalla ricerca alla clinica

Presidente di sessione: In fase di definizione

9.15 – 9.30	Registrazione dei partecipanti
9.30 – 10.15	**ANNAMARIA GENOVESI** - *Saluti e introduzione all'Istituto Stomatologico Toscano*
10.15 – 11.00	**ENRICA GIAMMARINARO** - *Biologia e mini invasività: diamo un significato a questi termini*
10.15 - 11.00	**CHIARA LORENZI** - *Il mantenimento dell'impianto come presupposto di salute duratura nel tempo*
11.00 – 11.30	Coffee break
11.30 - 12.15	**CHIARA ATTANASIO** - *La terapia pro attiva: protocolli clinici di mantenimento*
12.15 – 13.00	**SAVERIO COSOLA** - *Diamo un'occhiata al mercato*
13.30 – 14.00	Lunch time e workshop

Presidente di sessione: In fase di definizione

14.30 – 15.15	**ANTONIO LANATÀ** - *La mucosite perimplantare*
15.15 – 16.00	**GIACOMO OLDOINI** - *Perimplantite: limiti e possibilità terapeutiche*
16.00 – 16.30	Coffee break
16.30 – 17.15	Domande e discussione

Sabato 23 maggio 2020

Presentano i dottori in Igiene orale

9.15 – 9.45	**ANDREA VECCHIESCHI**
9.45 – 10.15	**VIOLA FINETTI**
10.15 – 10.45	**RODOLFO VENINI**
10.45 – 11.15	Coffee break
11.15 – 11.45	**MARTA BOSSO**
11.45 - 12.15	**STEFANIA MASTRONARDI**
12.15 – 12.45	**LAURA PIGOZZO**

Simplant®

La chiave per le potenzialità del digitale

Trattamenti implantari computer-guidati per tutte le principali sistematiche implantari*

Dall'immagine radiografica alla pianificazione del trattamento, dall'osteotomia all'inserimento dell'impianto, fino ad arrivare alle soluzioni Immediate Smile: Simplant offre un sistema 3D completo che garantisce la predicibilità del trattamento implantare.

www.dentsplysirona.com

** Con riferimento all'ultima versione del software Simplant e della libreria implantare disponibile su www.simplantdentsply.com*

Dentsply Sirona Implants