Lab Tribune

The World's Dental Lab Newspaper · Italian Edition

Anno II n. 2 — Maggio 2012

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, commal, LO/MI - Contiene inserti pubblicitari

flash news • flash news • flash news

Utilizzo del disilicato di litio in studio e laboratorio

Negli ultimi anni, i produttori hanno sviluppato nuovi materiali ceramici, caratterizzati da una migliorata resistenza ed estetica per migliorare la predicibilità dei risultati che si possono ottenere quando si realizzano restauri CAD/CAM.

> pagina 7

flash news • flash news • flash news

Iniziative in occasione di Amici di Brugg

Numerose le iniziative promosse dalle aziende in occasione del 55° Congresso Amici di Brugg che si terrà a Rimini dal 24 al 26 maggio 2012. Un ricco calendario di appuntamenti che saprà certamente soddisfare le esigenze di tutte le figure professionali che compongono il team odontoiatrico.

> pagina 13

Estetica e funzione nella produzione protesica

Particolarmente incisivo si preannuncia il programma dell'atteso evento riminese (24-26 maggio) per quanto riguarda gli odontotecnici.
I temi che verranno trattati saranno centrati sulla coesistenza di estetica e funzione nella produzione protesica.

Il concetto della compatibilità fra i due obiettivi, da sempre presente nei trascorsi storici degli eventi formativi dell'Associazione, torna quest'anno di grande attualità, anche in considerazione delle crescenti richieste dell'utenza e della possibilità di impiego di nuovi materiali che particolarmente si adattano a esaltare questo connubio fondamentale nella filosofia progettuale dei laboratori odontotecnici.

L'approccio estetico è divenuto oggi obbligatorio: l'esigenza estetica ha assunto una valenza sempre più preminente in virtù della spinta imposta dai media verso il bel sorriso e sulla scia delle tendenze statunitensi, sempre più forti nella comunicazione generalizzata al pubblico.

Con i nuovi materiali sul mercato, metal free, nei laboratori si lavora proprio per il raggiungimento di un'estetica sempre più fruibile e di qualità. I nuovi materiali da rivestimento estetico, siano essi ceramiche che compositi, vengono ricercati e prodotti per assecondare il raggiungimento di un obiettivo sempre più sofisticato.

→ LT pagina 2

Per l'odontotecnico maggiori responsabilità

Grande apertura del Ministro della Salute nei confronti delle istanze degli odontotecnici per quanto riguarda l'approvazione del profilo professionale è emersa dalle valutazioni espresse in occasione dell'interrogazione a risposta immediata proposta dall'On.le Laura Molteni unitamente agli On.li Marco Rondini e Massimo Bitonci relativa ad iniziative del Governo per una nuova disciplina della professione di odontotecnico, nella seduta della Commissione Affari Sociali della Camera del 22 marzo scorso.

Il Ministro Balduzzi infatti, dopo aver ripercorso l'iter dello schema di regolamento concernente l'individuazione del nuovo profilo professionale, ha concordato con quanto osservato dagli Onorevoli interroganti e osservato che detto schema di individuazione della nuova figura sanitaria deve prevedere una maggiore responsabilità dell'Odontotecnico, sia per quanto attiene la progettazione esecutiva del dispositivo medico su misura in campo odontoiatrico, che per quanto riguarda la sua collaborazione con il soggetto abilitato all'esercizio dell'odontoiatria.

Nell'auspicare che la questione venga presto affrontata, il Ministro ha anche suggerito l'utilizzo, a tale scopo, di disegni di legge già all'esame del Parlamento.

→ LT pagina 3

Interazioni tra i materiali di rivestimento per fusioni e leghe

M. Busardò

Le masse di rivestimento traggono origine da materie naturali; la loro estrazione procede nelle cave e, con diverse metodiche di frantumazione, triturazione e cernita, arrivano alla fase di polverizzazione, ottenendo nel contempo codici di tracciabilità ed etichettature elettroniche, derivanti da test relativi alla produzione.Esistono – ed è corretto prenderne atto – lievi scostamenti anche negli stessi stock, visto che la cava è un sito dinamico dovuto a continui spostamenti per l'estrazione della materia prima; pertanto, si possono registrare differenze nelle caratteristiche e nelle prestazioni di masse eguali.

In questo modo, noi utenti cerchiamo una ripetitività di risultati, con delle masse che all'origine presentano nella loro composizione difformità, alterando – a parità di condizioni, uso e attrezzature – risultati che consideriamo consolidati.

→ LT pagina 10

Scopri come abbonarti a pagina 11

“La gente evita le cure più complesse”

Tempi di vacche magre e di grandi trasformazioni, per l’odontoiatria privata. «La gente evita le cure più complesse - racconta Gianfranco Prada, presidente dell’ Associazione nazionale dentisti italiani - e si rivolge al dentista esclusivamente per la prestazione necessaria a tamponare la situazione, quindi per evitare che il dente si distrugga o per scansare il dolore. Ma non si fanno più, ad esempio, corone o ponti: se manca un dente, non si interviene subito per rimetterlo, ma si cerca di tenere la situazione sotto controllo, di evitare che i denti vicini si rovinino o si distruggano, insomma si rimanda l’inserzione del dente mancante. Spesso poi i pazienti ci pagano con ritardi notevoli e poco per volta; pur di non perderli, diventiamo noi una sorta di banca che finanzia le cure. Questi sono gli effetti della crisi». Lo confermano alcuni sondaggi. Secondo l’ultima rilevazione periodica dell’ Istituto Key-Stone, basata su un campione di mille dentisti, nel 2011 circa il 30% ha denunciato un calo nel numero medio di pazienti (stimato intorno al 18%), solo parzialmente compensato dal 14% dei professionisti che dichiara un recupero di clientela (stimato intorno al 12%). Il risultato complessivo dell’ indagine è una riduzione del 3%. Questo calo dichiarato si aggiunge al -4% del 2010 e al -7% del 2009. Dall’inizio della crisi, la riduzione complessiva è pari al 14%: cioè circa 3 milioni di pazienti in meno per gli studi dentistici privati italiani. Ma sono le indagini sulla produzione delle protesi e sul consumo dei materiali per gli studi dentistici, sempre riferite al 2011, a fornire un quadro più preciso. Il 70% dei 650 laboratori odontotecnici intervistati da Key-Stone ha dichiarato un calo del 29% nella lavorazione delle protesi.

Fonte: www.corriere.it

Estetica e funzione nella produzione protesica

← LT pagina 1

Tutta l’innovazione del mondo non può però cancellare in un colpo l’esperienza acquisita sulle ricostruzioni in metallo-ceramica, anche se questa branca può dare l’impressione di essere meno utilizzata. Il concetto delle proporzioni tra sottostruttura e materiali da rivestimento estetico rimane fondamentale. L’estetica del bianco ha portato l’industria a nuovi materiali di cui non si ha ancora un know-how specifico e di lunga esperienza, per questo motivo, secondo gli esperti degli Amici di Brugg sarebbe un errore abbandonare le competenze e l’esperienza sul metallo-ceramica. Al 55° Congresso sono stati appositamente invitati illustri relatori e opinionisti stranieri che, mettendo a disposizione la loro esperienza pluriennale, permetteranno di ottenere una vera e propria vetrina di confronto tra il nuovo e il vecchio continente.

Pascal Magne, Douglas Terry e Willi Geller con i loro interventi illustreranno il livello dei traguardi raggiunti proprio in tema di estetica e funzione.

Ormai ci muoviamo in un mondo globale dove persino i pazienti-clienti conoscono i prodotti stranieri e le tecniche più innovative, e per questo è ideale che i nostri odontotecnici si confrontino con esperti internazionali di alto livello.

L’obiettivo è quello di consentire ai due professionisti (odontoiatra e tecnico) di collaborare attivamente dal piano di trattamento alla realizzazione dei manufatti, ciascuno assicurando il suo contributo per la specifica parte di competenza e nel rispetto delle singole funzioni per ottenere una ricostruzione protesica individuale nel rispetto dell’estetica e della funzione.

tueor SERVIZI

Tueor Servizi srl
Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel.: 011 0463350 • Fax: 011 0463304 • www.tueorservizi.it

ordini&info

..:: DVD NOVITÀ PER L’ODONTOTECNICO ::..

PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE
DI IMPLANT BRIDGE IN TITANIO CERAMICA
CON L’UTILIZZO DI TECNOLOGIE CAD-CAM

Un dvd per trasmettere le conoscenze acquisite in molti anni di pratica professionale in questo particolare e delicato settore. Il filmato accompagna lo spettatore in tutte le fasi della realizzazione protesica, illustrando in dettaglio ogni passaggio, e sottolineando in particolare tutti gli aspetti più delicati e importanti.

DURATA: 3 ORE CIRCA

CAPITOLI

1. PARTE PRIMA: Riduzione della travata in resina.
2. PARTE SECONDA: Scansione della travata in resina.
3. PARTE TERZA: Rifinitura della travata in titanio fresato e stratificazione del border e opachi.
4. PARTE QUARTA: Ceramizzazione della travata in titanio fresato.

J. TOLLARDO
A. ROCCO

80,00 euro + IVA

SironaTimes

P. Magne e Sirona

ad Amici di Brugg

Si avvicina Amici di Brugg, la manifestazione odontoiatrica più importante d’Italia, e Sirona è lieta di annunciare che quest’anno ospiterà un esperto di fama mondiale e professionalità indiscussa: il Dr. med. dent. Ph.D. Pascal Magne sarà il relatore dell’intervento “La precisione dell’impronta digitale: funzione ed estetica nelle riabilitazioni del gruppo frontale” che si svolgerà giovedì 24 maggio presso l’Auditorium. Il corso tecnologico Sirona, presieduto da Massimo Nuvina, è il primo in ordine di tempo tra gli eventi dedicati agli odontoiatri iscritti al congresso, rispettando l’orario 10.30-13.30. I professionisti partecipanti saranno anche graditi ospiti Sirona la sera stessa, presso l’Hotel Le Meridien, dove si svolgerà la tradizionale Cena di Gala: un’occasione esclusiva per poter conoscere dal vivo il Dr. Pascal Magne.

Vi attendiamo!

Con i più cordiali saluti

lo staff Sirona Italia

Vi invitiamo a scaricare il programma dell’incontro sul sito www.sironatimes.it

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

LICENSING BY DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO
Torsten Oemus *[t.oemus@dental-tribune.com]*

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann

EDITOR - Claudia Salwiczek

EDITORIAL ASSISTANT - Yvonne Bachmann

COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

SALES & MARKETING
Peter Witteczek; Matthias Diessner; Vera Baptist

DIRECTOR OF FINANCE & CONTROLLING - Dan Wunderlich

MARKETING & SALES SERVICESE - Nadine Parczyk

LICENSE INQUIRIES - Jörg Warschat

ACCOUNTING - Manuela Hunger

BUSINESS DEVELOPMENT MANAGE - Bernhard Moldenhauer

PROJECT MANAGER ONLINE - Alexander Witteczek

EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer

©2012, 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

Anno II Numero 2, Maggio 2012
Testata dichiarata al
Registro degli Operatori di Comunicazione

DIRETTORE RESPONSABILE
Patrizia Gatto *[patrizia.gatto@tueor.com]*

EDITORE - ISCRITTO AL ROC AL N° 14011
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

DIRETTORE EDITORIALE
Massimo Carmando

CONSULENTE EDITORIALE
Cristina M. Rodighiero

COMITATO SCIENTIFICO
Franco Fares
Giuseppe Mignani
Luigi Scaiola
Salvatore Sgrò

CONTRIBUTI
M. Busardò, D. Juliani

GRAPHIC DESIGNER - Angiolina Puglia

REDAZIONE - Chiara Siccardi

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

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

PUBBLICITÀ - Tueor Servizi Srl

COMMERCIALE
Stefania Dibitonto *[stefania.dibitonto@tueor.com]*
Alessia Murari *[alessia.murari@tueor.com]*

UFFICIO ABBONAMENTI
TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel.: 011 0463350 | Fax: 011 0463304
alessia.murari@tueor.com

Copia singola: euro 3,00

Forme di pagamento:
- Versamento sul c/c postale n. 65700361 intestato a TU.E.OR. srl;
- Assegno bancario o bonifico su c/c postale 65700361 intestato a TU.E.OR. srl
IBAN IT95F0760101000000065700361

Iva assolta dall’editore ai sensi dell’art.74 lettera C DPR 633/72

ANES
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

Diteci cosa pensate!

Avete osservazioni di carattere generale o critiche che volete condividere? C’è un particolare argomento che vi piacerebbe vedere sul Lab Tribune?
Scriveteci a: redazione@tueor.com.

Non vediamo l’ora
di sentire il vostro parere!

Se disederate effettuare qualsiasi modifica al vostro abbonamento (nome, indirizzo o eventuali richieste) scriveteci a abbonamenti@tueor.com includendo le specifiche dell’abbonamento.
Le modifiche alla sottoscrizione potrebbero richiedere fino a 6 settimane prima di risultare effettive.

Per l'odontotecnico una figura sanitaria con maggiori responsabilità

← LT pagina 1

Testo integrale della risposta del Ministro

"L'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni riservava al Ministro della sanità il compito di individuare le figure professionali del comparto sanitario e i relativi profili. In virtù di tale disposizione questa Amministrazione con vari decreti ministeriali aventi natura regolamentare, dal 1994 al 2001, ha individuato ventidue profili, fissandone gli ambiti professionali e definendone, di concerto con il Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, i relativi obiettivi formativi.
Da ultimo, nel corso del 2001, su istanza delle Associazioni di categoria questo Ministero aveva avviato il procedimento volto a riconsiderare, tra l'altro, la figura dell'odontotecnico, introdotta dal R.D. n. 1334 del 1928 e ricompresa tra le arti ausiliarie delle professioni sanitarie.
A tal fine era stato predisposto uno schema di regolamento concernente l'individuazione del nuovo profilo professionale, in ordine al quale il Consiglio Superiore di Sanità, nella seduta del 30 ottobre - 14 novembre 2001, aveva espresso parere favorevole a condizione che venissero apportate alcune modifiche e integrazioni all'articolato. Il medesimo provvedimento, modificato secondo le indicazioni del predetto Consesso, veniva trasmesso al Consiglio di Stato che si pronunciava in data 11 aprile 2002. Con parere n. 67/02 il Supremo Organo chiariva che a seguito dell'emanazione del nuovo Titolo V della Costituzione le materie delle «professioni» e della «salute», in quanto ricomprese tra quelle di legislazione concorrente, non potevano più essere disciplinate dallo Stato nella loro intera estensione e, per di più, in via regolamentare. Alla luce delle nuove disposizioni costituzionali, infatti, secondo il predetto Consesso, il potere statale d'intervento in materia di professioni sanitarie va esercitato in via legislativa al fine di determinare «i tratti della disciplina che richiedono, per gli interessi indivisibili da realizzare, un assetto unitario, ovvero i cosiddetti «principi fondamentali». A fronte di tali rilievi questa Amministrazione interrompeva le attività istruttorie relative alla regolamentazione di nuove professioni sanitarie e avviava lo studio di un atto normativo volto a disciplinare il settore conformemente ai dettami costituzionali.
Con l'emanazione della legge 1° febbraio 2006, n. 43, (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) è stato quindi ridefinito l'iter procedurale per l'individuazione di nuove professioni in ambito sanitario che, ai sensi dell'articolo 5 della citata legge, deve avvenire per iniziativa dello Stato o delle Regioni mediante uno più accordi presi in sede di Conferenza Stato Regioni, recepiti con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei Ministri.
L'individuazione è in ogni caso subordinata a un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni operanti nell'ambito del Consiglio Superiore di Sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute. Conseguentemente al fine di riavviare le attività istruttorie per l'individuazione della figura professionale dell'Odontotecnico, nel rispetto di quanto previsto dal citato articolo 5 della legge n. 43 del 2006, questo Ministero ha attivato le relative procedure, acquisendo il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità in data 11 luglio 2007.
Successivamente lo schema è stato sottoposto alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, ma gli Assessori non hanno ritenuto opportuno istituire nuove professioni sanitarie.
Pertanto, concordo con quanto osservato dagli Onorevoli interroganti e osservo che il predetto schema di individuazione della nuova figura sanitaria deve prevedere una maggiore responsabilità dell'Odontotecnico, sia per quanto attiene la progettazione esecutiva del dispositivo medico su misura in campo odontoiatrico, che per quanto riguarda la sua collaborazione con il soggetto abilitato all'esercizio dell'odontoiatria.
Da ultimo, per quanto attiene alla eventuale istituzione di un albo professionale, osservo che la questione appare consequenziale a quanto sopra esposto e andrebbe comunque affrontata nell'ambito dell'istituzione degli ordini delle professioni sanitarie. Per tale ultimo specifico aspetto, ricordo che è all'esame del Senato un disegno di legge (AS 1172) finalizzato alla disciplina degli ordini delle professioni sanitarie, per cui auspico a breve che si riavvii l'iter".

Fonte: www.odontotecnici.net

Scoprite l'assenza di preoccupazioni.

Scegliete il marchio capace di raggiungere oltre 200.000 odontoiatri.

Scegliete tra un'ampia gamma di barre e attacchi già lucidati e pronti all'uso.

Potrete ricevere assistenza tecnica personalizzata.

NOBEL BIOCARE SYMPOSIUM
Nobel Biocare Symposium 2012
Rimini, 19 e 20 ottobre –
Nuovo Palacongressi
Per info: 055 09491858
Vieni a trovarci!

NobelProcera Titanium Implant Bar Overdenture

Si chiama NobelProcera. Un sistema completo, in grado di assicurare la massima tranquillità lavorando con un solo fornitore di servizi completi, in totale sicurezza. Il sistema CAD/CAM consente di effettuare la scansione e la progettazione dei manufatti che saranno successivamente inviati a noi per una produzione centralizzata con garanzia di qualità. Scoprite il valore di una relazione concreta con un partner che vi dedica la massima attenzione e un'assistenza personalizzata.

Scegliete la certezza di un marchio d'eccellenza e scoprite un'ampia gamma di materiali e prodotti certificati, con garanzia di soddisfazione. Collaborando con Nobel Biocare, avrete accesso a oltre 25 anni di esperienza nel settore CAD/CAM, alle tecnologie digitali e di fresatura di precisione più recenti per realizzare qualsiasi soluzione protesica per i vostri clienti. **I sorrisi dei pazienti, le vostre competenze cliniche, le nostre soluzioni.**

**Contattate il Servizio Clienti al numero 800539328
o visitate il sito internet nobelbiocare.com/dental**

Nobel Biocare®

© Nobel Biocare Services AG, 2011. 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. 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.

Documento programmatico Associazioni Odontotecniche

Riportiamo qui di seguito il documento firmato dai Presidenti Antonio Ziliotti (Confartigianato Fe.Na.Od.I.), Massimo Bacherini (CNA/SNO), Francesco Rapalli (FNO/CASARTIGIANI) e Massimo Maculan (ANTLO).

Le scriventi Organizzazioni intendono riassumere nell'ambito di un documento unitario e ribadirle a beneficio dei diversi interlocutori che a vario titolo possono condividerle e sostenerle, le tematiche di particolare rilevanza per la Categoria degli odontotecnici, sulle quali da oltre due anni è prioritariamente concentrata l'attività del tavolo di coordinamento della Associazioni di rappresentanza del settore.

Si tratta, da una parte, dell'annosa problematica che attiene più specificamente alla professione dell'odontotecnico e, dall'altra, di una serie di sollecitazioni mirate alla tutela del cittadino attraverso la migliore definizione delle caratteristiche della protesi nonché delle necessarie misure atte a garantirne la qualità e la relativa garanzia/certificazione. Si riportano pertanto, a seguire, alcuni sintetici elementi di riflessione, ciascuno dei quali potrà essere adeguatamente approfondito nelle sedi opportune.

Disciplina dell'attività

In un momento in cui l'azione di Governo è ispirata a una forte spinta innovatrice e il settore risente di velocissimi mutamenti dal punto di vista tecnologico e di una pressante competitività, l'odontotecnico resta sottoposto a una serie di vincoli e restrizioni derivanti da una disciplina dell'attività che risale addirittura al 1928 e dunque assolutamente non rispondente alle mutate realtà di mercato, che hanno invece comportato una notevole crescita professionale.

Inoltre, è noto come nel settore dentale si sia sviluppata – e in taluni casi strumentalmente - una grande confusione di competenze, che rende particolarmente pressante la necessità di definire quali siano i soggetti preposti alla fabbricazione delle protesi identificate sotto il nome di "dispositivi medici su misura" e quale sia il corretto ruolo dell'odontotecnico, anche al fine di fronteggiare pesanti attacchi di concorrenza sleale da parte delle multinazionali del settore e degli operatori di Paesi a basso costo di manodopera.

Direttiva Dispositivi Medici

In vista della prossima revisione della Direttiva sui dispositivi medici 2007/47/CE di modifica alla direttiva 93/42/CE, si ritiene assolutamente necessario ribadire l'esigenza di regole maggiormente stringenti rispetto alla tracciabilità di ogni componente dei dispositivi medici su misura (protesi), nonché di tutte le sue componenti (anche semilavorati).

Rispetto a quanto contenuto nella normativa vigente, si rileva inoltre necessità di prevedere la consegna obbligatoria della dichiarazione di conformità al paziente da parte dell'odontoiatra. Le attuali disposizioni prevedono che tale documentazione debba essere tenuta a disposizione e fornita al paziente su richiesta.

A livello europeo, la Federazione di rappresentanza del settore (FEPPD) ha condiviso con l'omologa Organizzazione dei Consumatori una serie di priorità strategiche ai fini del perseguimento dell'obiettivo comune di trasparenza e sicurezza nei confronti del paziente, che si ritiene debbano essere sollecitate anche a livello nazionale, quali: l'aggiornamento del profilo formativo dell'odontotecnico, la difesa e la promozione del reciproco riconoscimento dei ruoli tra dentisti e odontotecnici e della pari dignità tra le due attività, l'obbligatorietà di consegna della dichiarazione di conformità al paziente.

Titolarità della realizzazione dei dispositivi medici su misura a uso odontoiatrico

Si è recentemente assistito a una crescente disinvolta interpretazione delle norme previste dalla sopracitata Direttiva e dal relativo Decreto attuativo rispetto agli obblighi di iscrizione al registro dei fabbricanti istituito presso il Ministero della Salute.

La realizzazione delle protesi da parte di soggetti non tenuti al rispetto di tali prescrizioni, alle quali sono invece sottoposti i laboratori odontotecnici, si concretizza di fatto nell'immissione sul mercato di prodotti non sicuri, per i quali non sono garantiti quei requisiti di sicurezza fondamentali voluti dall'Europa, perchè privi di quelle certificazioni idonee ad attestare la qualità e la sicurezza del prodotto (dichiarazione di conformità, etichettatura e istruzioni, fascicolo tecnico relativo all'analisi dei rischi).

Si ritiene pertanto urgente un chiarimento definitivo da parte dell'Istituzione competente, onde salvaguardare l'utente da pesanti ripercussioni sia dal punto vista sanitario che economico, nonché per sventare una pericolosa delegittimazione degli operatori rispetto ad attività di propria esclusiva competenza.

Abusivismo e low cost

Si reputa necessario mettere in campo tutte le opportune strategie di informazione/comunicazione nei confronti dell'utenza al fine di tutelare il lavoro e la professionalità di tecnici e medici diversificando la comune offerta da quella delle "industrie della salute".

L'informazione deve vertere sulla sicurezza dei materiali e sui rischi derivanti dall'utilizzo di semi-lavorati prodotti in Paesi che non prevedono adeguate documentazioni di qualità, sensibilizzando l'utenza sulla garanzia della lavorazione della protesi italiana.

In sintesi, è innegabile che la definizione di un ruolo corrispondente alle effettive competenze e responsabilità dell'odontotecnico rappresenterebbe uno strumento istituzionale di grande importanza nei confronti della concorrenza sleale e a salvaguardia della salute dell'utenza.

Si auspica, pertanto, la massima collaborazione da parte di tutti i soggetti coinvolti nella filiera del dentale per rappresentare alle Istituzioni l'esigenza improcrastinabile di individuare gli strumenti legislativi idonei, nel massimo rispetto del ruolo di ciascun componente della filiera stessa e delle reciproche competenze, per il comune obiettivo di sicurezza e trasparenza nei confronti del cittadino/paziente.

→ LT pagina 5

← LT pagina 4

Osservazioni

Il ricavo medio dichiarato (dati studi di settore anno 2009) è di € 68.700,00 mentre il reddito medio d'impresa è di € 24.000,00 con il 69% dei contribuenti imprese odontotecniche che dichiarano compensi oltre i € 30.000,00. (Ricavi dichiarati stesso periodo studi dentistici € 144.500,00 - reddito medio dichiarato € 47.600,00).

Occorre inoltre considerare che il reddito risultante dai dati di cui sopra è quello "complessivo", che in gergo fiscale significa al lordo d'imposte dirette e contributi previdenziali e d'assistenza riferito all'intera impresa.

In pratica quindi, se si tratta di un odontotecnico imprenditore singolo, coincide con la sua redditività ma se si tratta di un'impresa in forma societaria, significa che il reddito è quello complessivo di tutti i soci che la compongono.

Un'analisi attenta dei dati ci porta a pensare che l'innovazione tecnologica e la rincorsa sia degli studi odontoiatri, che dei laboratori odontotecnici ai nuovi sistemi che stanno rivoluzionando alcune metodiche sia diagnostiche, terapeutiche, che di produzione di dispositivi medici su misura hanno portato alla conseguenza di cui sopra detto; ovvero maggiori spese a fronte di una quasi totale assenza di margini positivi. Attualmente nei laboratori odontotecnici si registra un incremento del 37% di elementi prodotti con metodiche CAD che porta ormai la produzione della protesi fissa con metodica CAD/CAM al 25%.

Queste sistematiche, se è vero che da un lato ci permettono di lavorare materiali maggiormente estetici e funzionali, sempre più richiesti dai dentisti e dai pazienti, dall'altro aumentano i costi fissi di gestione e quelli di produzione a fronte di prezzi di vendita dei dispositivi medici su misura rimasto invariato da qualche tempo. Si consideri inoltre come negli ultimi anni siano aumentati notevolmente anche i costi indiretti e i costi diretti (materia prima) per le nostre imprese.

Scanner, Software CAD, macchine a controllo numerico CAM, prototipazione rapida e altro, hanno costi elevati ed eccessivi rispetto ai settori produttivi nei quali sono da molti anni già impiegati con successo, e tutti gli strumenti hanno volutamente degli utilizzi specifici per specifiche discipline e processi.

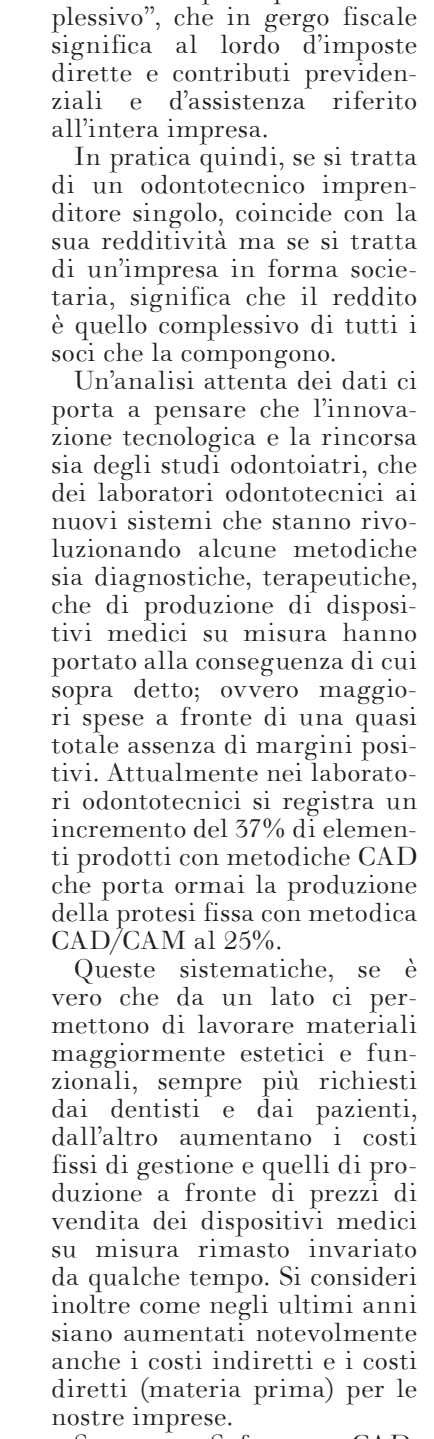
Basti pensare ai software CAD e agli innumerevoli plug-in e relase a pagamento che sono rilasciati a go-go, oppure alle costose Royalty annuali di alcuni dei più noti software, oppure ai software free che però sono garantiti se la produzione è eseguita in particolari strutture idonee che conoscono i parametri di tolleranza di quella particolare lavorazione, ai numerosi programmatori che si sono buttati nell'elaborazione dei software per il settore dentale, agli spot commerciali delle case produttrici di una sicura garanzia di successo e di massima redditività nell'utilizzo di questi sistemi anche per chi non sa fare l'odontotecnico ecc.

Non di meno si deve considerare che le macchine a controllo numerico per essere redditizie al massimo devo lavorare in continuo o quasi.

Certi che le informazioni e le analisi trattate possano dare un contributo alla causa del tavolo del dentale e ciò serva a stimolare riflessioni per meglio indirizzare le politiche settoriali future,almeno più di quanto in passato sia stato fatto e detto, si coglie l'occasione per salutare cordialmente e augurare a tutti un buon proseguimento dei lavori.

N° Imprese	N° Addetti	Ricavi medi	Reddito medio	Superficie mq Laboratori	Range Età media %
13.183	23700	68.700,00€	24.000,00 €	42 mq	45-55 anni

Tabella riassuntiva



Anno II n. 2 - Maggio 2012

Italian Edition

Il titolare dello studio deve garantire la giusta cura ma anche la sicurezza e l'incolumità del personale

Sicurezza e rischio professionale sono componenti fondamentali di qualsiasi attività lavorativa. Anche per lo studio odontoiatrico è necessaria una suddivisione di ruoli e mansioni per le diverse figure in modo da rispettare tutte le norme vigenti. Nuove normative e continue modifiche obbligano a essere sempre aggiornati: l'offerta formativa è davvero molto ampia e scegliere con cura è importante. È il titolare dell'attività a rispondere penalmente della sicurezza nell'ambito lavorativo e pertanto è compito suo conoscere e nominare le figure necessarie. Una figura essenziale è **il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)**, il titolare può ricoprire personalmente questo ruolo o designare un collaboratore interno o esterno allo studio. In ogni caso vige l'obbligo di frequentare un corso di formazione specifico. In base al D.Lgs. 81/2008 il titolare deve anche nominare **un addetto al primo soccorso e dell'antincendio**; anche in questo caso il titolare può avocare a sé questi ruoli.

Obbligatoria per legge anche la figura del **Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)** negli studi con almeno un dipendente. È un ruolo delicato in quanto costui si impegna a rilevare gli eventuali pericoli per evitare danni o incidenti e si fa garante della sicurezza per tutti i dipendenti. I dati del RLS devono essere comunicati all'Inail. La sicurezza è un tema che non va sottovalutato; non bisogna fare l'errore di considerare una perdita di tempo e denaro i corsi di formazione in questo campo, **un'attività obbligatoria** per legge da incastrare tra un appuntamento e l'altro. Tutelare se stessi e i propri collaboratori fa del titolare dello studio un vero professionista.

Chiara Siccardi

Le figure nello Studio odontoiatrico con obbligo di frequentare un corso di formazione specifica sono:

Ruolo	Figura designata	Qualifica
RSPP (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione)	titolare dello studio o suo delegato	attestato di specifica formazione
Addetto primo soccorso	titolare dello studio (se meno di 5 collaboratori) o suo delegato	attestato di specifica formazione
Addetto antincendio	titolare dello studio (se meno di 5 collaboratori) o suo delegato	attestato di specifica formazione
RLS (Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza) - nel caso di almeno un dipendente -	dipendente (eletto o designato dai collaboratori) o RLS territoriale	attestato di specifica formazione

corsi sicurezza TUEOR

Tutelare se stessi
e i propri collaboratori
fa del *titolare*
un vero *Professionista*

tuttoeditoria TURIN EDITORIAL ORGANIZATIONS

SILAQ QUALITA' AMBIENTE SICUREZZA

Primo Soccorso
17/05 Siracusa
05/06 Roma
06/06 Vimodrone
07/06 Catania
Durata: 12 ore
Costo: 200,00 €

Antincendio Basso Rischio
18/05 Roma
22/05 Vimodrone
Durata: 4 ore
Costo: 125,00 €

RLS
15/05 Catania
06/06 Siracusa
07/06 Roma
07/06 Vimodrone
Durata: 32 ore
Costo: 300,00 €

RSPP Datori di lavoro
15/05 Roma
04/06 Milano
08/06 Torino
20/06 Seriate
Durata: 16 ore

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi alla Segreteria Organizzativa
Tueor srl, Corso Sebastopoli 225, 10137 Torino – Tel.: 011 0463350 – segreteria@tueor.com – www.tueor.it

SILAQ QUALITA' AMBIENTE SICUREZZA

Fonte: www.silaq.it

Corte di Cassazione: piano di emergenza inadeguato? Il datore ne è responsabile

Le procedure di emergenza devono essere aggiornate e la segnaletica adeguata ai luoghi di lavoro. La Corte di Cassazione Sezione penale, con sentenza n. 2691 del 23 gennaio 2012, ha confermato la responsabilità colposa del datore di lavoro di una società per la morte di una dipendente causata da un incendio doloso scoppiato nei bagni dell'Azienda. Al rappresentante legale erano stati contestati alcuni reati in materia antinfortunistica, con riguardo agli aspetti legati alla prevenzione incendi e alla gestione delle emergenze. Il datore di lavoro era stato cioè accusato di non aver aggiornato il documento di valutazione dei rischi e il piano di emergenza (ai sensi dall'art. 4 co. 7, e art. 89 del D.Lgs. 626/94, ora abrogato dal D.Lgs. 81/08, che tuttavia riporta gli stessi obblighi). Il piano di emergenza, in particolare, non risultava aggiornato alla planimetria della zona degli spogliatoi destinati alla lavoratrici, dove la dipendente era morta in seguito all'incendio. Inoltre, non risultavano sgombre le vie di circolazione e le uscite di emergenza: ne era presente solo una presso lo spogliatoio, riconosciuta inidonea per dimensionamento e ubicazione ad assicurare l'evacuazione del personale in caso di affollamento. Gravi carenze erano state anche riscontrate per la segnaletica di sicurezza, non visibile e non adeguata ad assicurare la visibilità e il reflusso in caso di evacuazione d'emergenza, essendo ostruita dagli arredi. Quanto ai percorsi d'esodo, non erano stati adeguatamente segnalati. Importante anche evidenziare che, come ricordato dalla Corte nella sentenza, "non è causa di improcedibilità dell'azione penale per le contravvenzioni in materia di infortuni e di igiene del lavoro l'omessa indicazione, ad opera dell'organo di vigilanza, delle prescrizioni di regolarizzazione".

Controlli sulle imprese: modificato l'art. 14 del Decreto Legge 5/2012

La Camera dei Deputati ha accolto il 6 marzo gli emendamenti per la modifica dell'art. 14 del Decreto Semplificazioni. Le polemiche sorte in ordine a tale articolo (D.Legge 5/2012) pubblicato in GU n. 33 del 9 febbraio 2012, si sono in parte assopite dopo la modifica del testo che prevedeva, alla lettera f) del comma 4, la "soppressione o riduzione dei controlli sulle imprese in possesso della certificazione del sistema di gestione per la qualità (Uni En Iso-9001) o altra appropriata certificazione emessa, a fronte di norme armonizzate, da un organismo di certificazione accreditato da un ente di accreditamento designato da uno Stato membro dell'Ue ai sensi del Regolamento 2008/765/CE, o firmatario degli Accordi internazionali di mutuo riconoscimento (Iaf Mla)".

La modifica all'articolo era stata sollecitata da diverse associazioni di settore, immediatamente attivatesi, sottolineando la necessità di garantire un effettivo e accurato controllo sulla salute e sicurezza dei lavoratori nelle aziende; in assenza di puntuali accertamenti si sarebbero potuti infatti aprire pericolosi margini di autonomia e discrezionalità facendo proliferare possibili scorrettezze e violazioni. Gli appelli sono stati quindi accolti il 6 marzo, quando le commissioni Affari Costituzionali e Attività Produttive della Camera dei Deputati hanno espresso parere favorevole, approvando le proposte di modifica. La nuova formulazione al comma 4, lettera f) contiene ora un inciso che modifica significativamente gli effetti del testo di legge: "razionalizzazione, anche mediante riduzione o eliminazione di controlli sulle imprese [...]".

Inoltre è stata introdotta un'altra significativa modifica al comma 6, che ora recita: "Le disposizioni del presente articolo non si applicano ai controlli in materia fiscale, finanziaria e di salute e sicurezza sul lavoro, per i quali continuano a trovare applicazione le vigenti leggi in materia". Il documento non ha ancora terminato l'iter legislativo per la definitiva conversione in legge.

Italian Edition *Anno II n. 2 - Maggio 2012*

Utilizzo del disilicato di litio in studio e laboratorio per affrontare diversi casi clinici

David Juliani, *DDS*

Negli ultimi anni, i produttori hanno sviluppato nuovi materiali ceramici, caratterizzati da una migliorata resistenza ed estetica per migliorare la predicibilità dei risultati che si possono ottenere quando si realizzano restauri CAD/CAM[1].

Per migliorare l'adattamento e la funzione, tali materiali possono essere lavorati al CAD/CAM in studio o in laboratorio senza che si scheggino o si fratturino, indipendentemente che vengano sottoposti a full contour durante la fresatura o la pressatura[1]. Tra questi materiali vi è il disilicato di litio (IPS e.max, Ivoclar Vivadent, Amherst, NY) che è formato, per il 70% in volume, da cristalli a forma di ago in una matrice vetrosa. Dato che è disponibile in formato pressabile (IPS e.max Press) o per lavorazione al CAD (IPS e.max CAD), questo materiale versatile è indicato per restauri anteriori e posteriori, tra cui faccette sottili (0,3 mm), inlay e onlay minimamente invasivi, corone parziali e totali, sovrastrutture su impianti, ponti a tre elementi per anteriori/premolari (solo Press) e ponti a tre elementi (solo IPS e.max CAD supportato da ossido di zinco)[2].

Con valori di resistenza tra 360 MPa (Press) a 450 MPa (CAD), la ceramica vetrosa al disilicato di litio mostra diversi miglioramenti rispetto al materiale ceramico delle generazioni precedenti. I restauri realizzati con questo materiale possono essere applicati con tecnica adesiva, o cementati in modo convenzionale, in modo da soddisfare le diverse esigenze del caso indipendentemente dalla posizione nel cavo orale o dalle limitazioni di posizionamento[3,4]. I miglioramenti apportati ai sistemi adesivi e di cementazione permettono agli odontoiatri di fornire un'adesione salda tra il restauro e i substrati dentali sottostanti. IPS e.max mostra anche qualità ottiche naturali per la riproduzione di restauri altamente estetici e dall'aspetto vitale.

Nonostante i diversi modi di lavorazione del disilicato di litio (ovvero pressatura o fresatura), clinicamente o radiograficamente non vi sono differenze. Piuttosto, la principale differenza nella lavorazione consiste nel momento in cui avviene la cristallizzazione. La cristallizzazione del disilicato di litio lavorato al CAD/CAM (IPS e.max CAD) si arresta e si completa dopo la fresatura alla poltrona.

Tra la tecnologia disponibile per la lavorazione CAD/CAM del disilicato di litio, vi è il CEREC Connect (Sirona Dental, Charlotte, NC), una nuova generazione di sistemi CAD/CAM che rende più facile per l'odontoiatra scegliere tra restauri realizzati in studio e in laboratorio, in base alle esigenze specifiche del caso.

L'attuale sistema CEREC include una camera a diodi (LED) (CEREC Bluecam, Sirona Dental) per immagini di qualità e precisione superiori nell'acquisizione di impronte digitali rispetto ai precedenti sistemi con camera a infrarossi. Inoltre, CEREC Connect facilita l'uso e il trasferimento delle impronte digitali e delle informazioni del caso al laboratorio tramite Internet. Il laboratorio può quindi realizzare restauri con il CEREC InLab System (Sirona Dental). In alternativa, con velocità significativamente superiori e memoria maggiore, il software di progettazione CEREC 3D permette agli utilizzatori di visualizzare la progettazione dei denti così come avviene quando si valutano i modelli tradizionali in gesso[5,6].

→ LT pagina 8

← LT pagina 7

Tra le altre caratteristiche vi sono i download automatici del software, la visualizzazione di guide semplici e la connettività in rete, mentre il design della camera di fresaggio permette il facile alloggiamento dei blocchi senza uso di strumenti.

Mentre le unità e i software dei CAD/CAM convenzionali erano difficili da impostare, il nuovo design del CEREC prevede una camera di fresaggio (CEREC MC XL, Sirona Dental) separata dall'hardware di progettazione e acquisizione dell'immagine, così che sia possibile progettare un restauro mentre se ne fresa un altro. I restauri di elementi singoli possono essere preparati in 6 minuti, e i restauri di un quadrante in 3-4 minuti in una sola seduta.

Il sistema di fresaggio CAD/CAM si caratterizza per una precisione e accuratezza nella gamma di +/- 25 µ, e la risoluzione di fresaggio di 7,5 µ permette di creare restauri con superfici più lisce e adattamento migliorato.

Caso clinico 1

Si è presentato un paziente che necessitava di un restauro post-endodontico del dente 18 (Fig. 1). Si è quindi deciso per l'applicazione di una corona in disilicato di litio, realizzata in laboratorio mediante CAD/CAM (IPS e.max CAD). Il dente è stato preparato ed è stato realizzato il build-up (Fig. 2).

La preparazione a build-up del dente 18, i denti adiacenti e i tessuti molli sono stati ricoperti con un mezzo di contrasto sotto forma di spray, per facilitare la rilevazione dell'impronta digitale mediante unità di scansione a LED (CEREC Blucam).

La forma anatomica dei denti e i tessuti molli sono stati sottoposti a scansione, e le informazioni del caso e le impronte sono state trasferite al laboratorio mediante CEREC Connect.

In laboratorio, è stato utilizzato un software tridimensionale (CEREC 3D) per progettare i contorni della corona e le relazioni occlusali. Un blocco prefabbricato di disilicato di litio altamente traslucente (IPS e.max CAD) è stato quindi fresato per ottenere la corona per il dente 18. In questo caso è stato scelto il disilicato di litio per la sua elevata resistenza e per le proprietà ottiche naturali. Dopo il fresaggio, la corona è stata stratificata con ceramica di rivestimento (IPS e.max Press), per completare i contorni del restauro, caratterizzata e inviata in studio per l'applicazione.

Per applicare il restauro, la preparazione è stata prima mordenzata, sciacquata e asciugata. Successivamente, è stato utilizzato del cemento composito a doppia polimerizzazione (Multilink Automix, Ivoclar Vivadent).

Multilink è indicato per l'utilizzo in caso di restauri in metallo, ceramica integrale, metalloceramica e composito. Disponibile nelle tinte trasparente, giallo o opaco, assicura l'ottenimento di un'estetica adeguata.

Durante la miscelazione e l'applicazione, non è necessario proteggere il cemento dalla luce ambientale e, quindi, il clinico ha a disposizione un ampio tempo di lavorazione.

Prima dell'applicazione sulla preparazione, i liquidi primer (Multilink A/B) sono stati miscelati nella percentuale di 1:1. È stato utilizzato un microbrush per applicare e massaggiare leggermente la miscela di primer sul build-up, dopo di che la miscela è stata assottigliata mediante aria per far evaporare i solventi del primer.

A questo punto non è stato necessario fotopolimerizzare, in quanto il primer è autopolimerizzante.

Gli aspetti interni della corona in disilicato di litio sono stati accuratamente e completamente ricoperti con il cemento composito (Multilink Automix), che è stato estruso dal puntale di miscelazione.La corona è stata quindi applicata sul dente 18, applicando una leggera pressione.

Il cemento in eccesso è stato rimosso dalle aree interprossimali e cervicali mediante un microbrush, ed è stata applicata un'ulteriore pressione sulla corona per assicurarne l'applicazione completa e corretta durante le fasi di pulizia iniziale.

Per completare la rimozione del cemento in eccesso dalle aree interprossimali è stato utilizzato del filo interdentale.

La corona è stata polimerizzata con lampada a LED (Bluphase, Ivoclar Vivadent) nei suoi aspetti buccale, mesiale, linguale e distale, dopo di che la corona mostrava adattamento, funzione ed estetica eccezionali (Fig. 3). Inoltre, la radiografia post-operatoria confermava l'ottenimento di un eccellente adattamento marginale (Fig. 4).

caso clinico 1

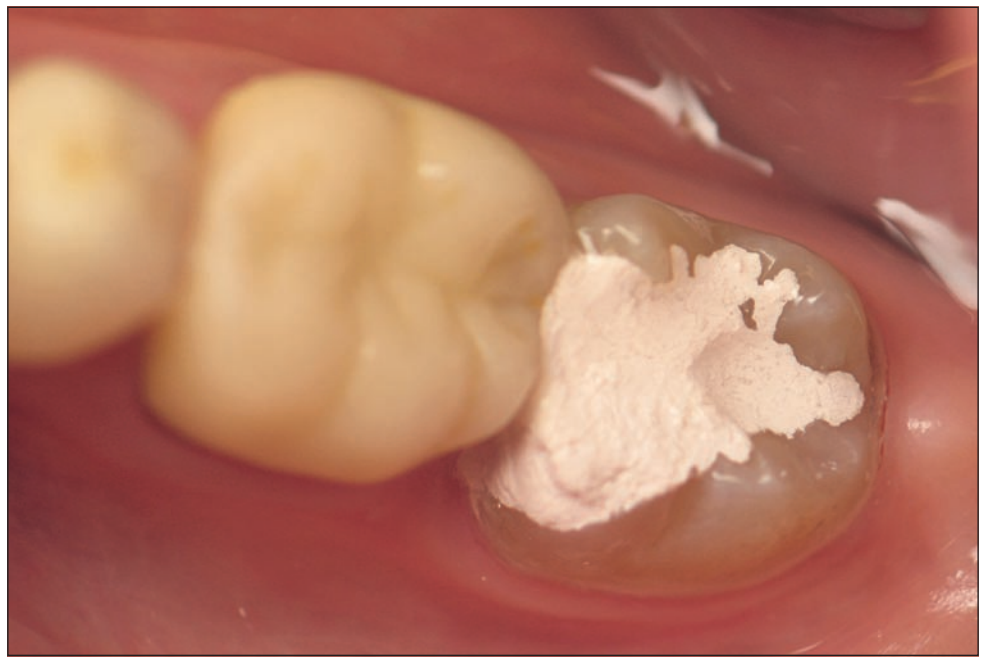


Fig. 1 *- Immagine del dente 18 trattato endodonticamente prima del restauro (Foto a cura del dr. David Juliani).*

Fig. 2 *- Preparazione e build-up del dente 18.*

Fig. 3 *- Immagine della corona finale CEREC Connect IPS e.max sul dente 18.*

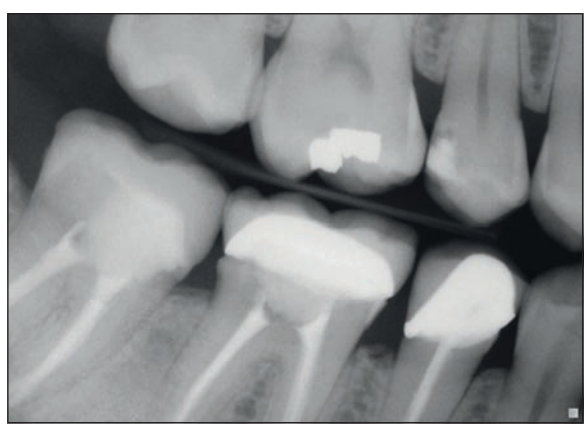


Fig. 4 *- Radiografia finale della corona CEREC Connect IPS e.max sul dente 18.*

Caso clinico 2

Un paziente si è presentato con un restauro in amalgama incongruo sul dente 19 che necessitava di sostituzione (Fig. 5). Dopo un attento esame e un colloquio con il paziente, si è deciso che il dente poteva essere trattato quello stesso giorno con un restauro in disilicato di litio (IPS e.max CAD) realizzato in studio mediante CAD/CAM.

Il restauro in amalgama è stato quindi rimosso, e il dente 19 preparato per il restauro con corona in disilicato di litio (IPS e.max CAD) realizzata con CAD/CAM (CEREC MCXL). La preparazione, la dentizione adiacente e i tessuti molli sono stati ricoperti con polvere di contrasto spray, e la forma anatomica dei denti e i tessuti molli sono stati sottoposti a scansione (CEREC Blucam).

Dopo la scansione, è stato utilizzato un software tridimensionale (CEREC 3D) per progettare i contorni della corona e le relazioni occlusali, e il blocco prefabbricato di disilicato di litio altamente traslucente prescelto (IPS e.max CAD) è stato quindi fresato in studio (CEREC MC XL) per ottenere la corona per il dente 19 (Fig. 8).La corona è stata quindi provata in bocca al paziente per valutarne l'adattamento, il contorno e l'armonia anatomica prima della cristallizzazione (Fig. 6).

La corona è stata rimossa, pulita e asciugata. Sono state applicate delle caratterizzazioni per riprodurre l'aspetto naturale del dente e, successivamente, la corona è stata cristallizzata e preparata per l'applicazione.

Prima dell'applicazione sulla preparazione, i liquidi primer del cemento composito a doppia polimerizzazione (Multilink A/B) sono stati miscelati nella percentuale di 1:1. È stato utilizzato un microbrush per applicare e massaggiare leggermente la miscela di primer sul build-up, dopo di che la miscela è stata assottigliata mediante aria per far evaporare i solventi del primer. A questo punto non è stato necessario fotopolimerizzare in quanto il primer è autopolimerizzante.

Gli aspetti interni della corona in disilicato di litio sono stati accuratamente e completamente ricoperti con il cemento composito (Multilink Automix).

La corona è stata quindi applicata sul dente 19, applicando una leggera pressione. Il cemento in eccesso è stato rimosso dalle aree interprossimali e cervicali mediante un microbrush, ed è stata applicata un'ulteriore pressione sulla corona per assicurarne l'applicazione completa e corretta.

Per completare la rimozione del cemento in eccesso dalle aree interprossimali è stato utilizzato del filo interdentale.

→ LT pagina 9

← LT pagina 8

La corona è stata polimerizzata con lampada a LED (Bluphase, Ivoclar Vivadent) nei suoi aspetti buccale, mesiale, linguale e distale, dopo di che la corona mostrava adattamento, funzione ed estetica eccezionali (Fig. 7). La radiografia post-operatoria confermava l'ottenimento di un eccellente adattamento marginale (Fig. 8).

Conclusioni

Molti dentisti non sanno che il disilicato di litio è un materiale da restauro resistente, estetico e duraturo, adatto per tecniche a pressione e anche per la lavorazione CAD/CAM in studio e laboratorio.

Come dimostrato nei casi qui presentati e dalle radiografie (Figg. 9, 10), i materiali e le loro caratteristiche fisiche e cliniche sono similari, sia in termini di prestazioni sia di estetica.

La sola differenza è che la cristallizzazione in studio di IPS e.max CAD viene interrotta e finita dopo il fresaggio in studio.

caso clinico 2

Fig. 5 *- Immagine pre-operatoria del dente 19 con restauro in amalgama incongruo, che deve essere sostituito con una corona IPS e.max CAD realizzata in studio.*

Fig. 6 *- Il restauro IPS e.max CAD viene provato sul dente 19 prima della cristallizzazione.*

Fig. 7 *- Immagine del restauro finale IPS e.max CAD realizzato in studio e applicato sul dente 19.*

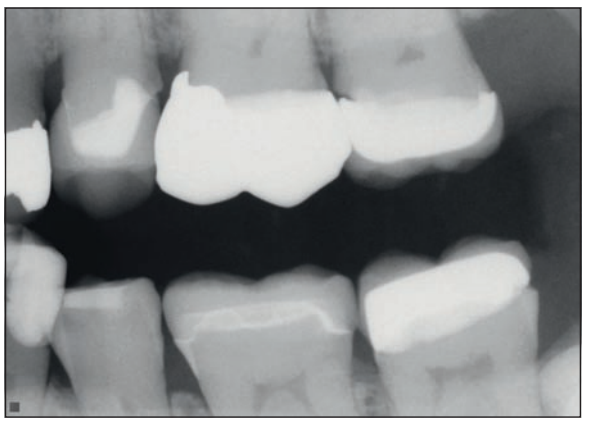
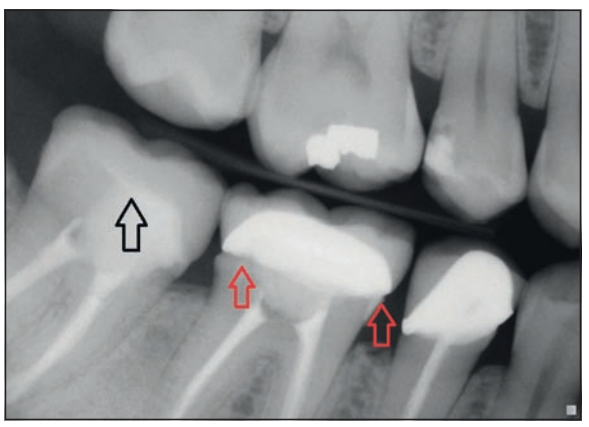
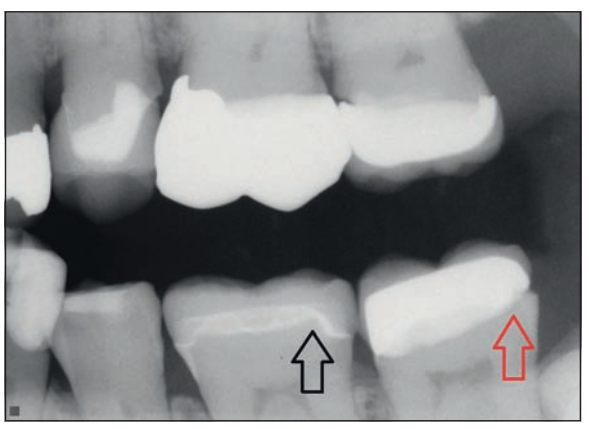


Fig. 8 *- Radiografia post-operatoria finale del restauro IPS e.max CAD realizzato in studio e applicato sul dente 19.*





Figg. 9, 10 *- Le caratteristiche simili del restauro realizzato in laboratorio per il dente 18 – inviato tramite CEREC Connect (Fig. 9) – e il restauro realizzato in studio per il dente 19 (Fig. 10) sono evidenti radiograficamente (frecce nere). Le frecce rosse rappresentano i denti adiacenti restaurati in momenti non noti con materiali tradizionali (metallo-ceramica) e dimostrano l'imprecisione dell'integrità marginale della tecnologia precedente rispetto alla tecnologia CAD/CAM.*

Bibliografia

1. Fasbinder DJ. The cerec system: 25 years of chairside cad/cam dentistry. J Am Dent Assoc. 2010;141 Suppl 2:3S–4S.
2. Culp L, McLaren EA. Lithium disilicate: the restorative material of multiple options. Compend Contin Educ Dent. 2010;31(9):716–720, 722, 724, 725.
3. Liu PR. A panorama of dental cad/cam restorative systems. Compend Contin Educ Dent. 2005;26(7):507-8, 510, 512 passim, quiz 517, 527.
4. Miyazaki T, Hotta Y, Kunii J, Kuriyama S, Tamaki Y. A review of dental cad/cam: current status and future perspectives from 20 years of experience. Dent Mater J. 2009;28(1):44–56.
5. Stutes RD. The history and clinical application of a chairside cad/cam dental restoration system. Shanghai Kou Qiang Yi Xue. 2006;15(5):449–455.
6. CEREC MC XL. Operating instructions. (2009). [Brochure]. Sirona Dental. Charlotte, NC.

Autore

Il dr. **David Juliani** ha uno studio privato a Rochester Hills, Mich., ed è formatore nazionale per quanto riguarda la tecnologia CAD/CAM e la sua integrazione nell'attività odontoiatrica. Laureato nel 1993 presso la University of Detroit Mercy School of Dentistry, ha completato il tirocinio pratico di un anno e successivamente ha passato due anni presso la United States Air Force Academy a Colorado Springs, Colo., dove si è occupato del controllo delle infezioni e di odontoiatria preventiva.

Juliani è un istruttore CEREC e mentore presso lo Scottsdale Center for Dentistry e membro della American Dental Association, della Michigan Dental Association e della Academy of General Dentistry.

Per il terzo anno consecutivo, è stato inserito nell'elenco degli America's Top Dentists dal Consumer Research Council of America e nell'elenco dei Detroit's Top Dentists dall'Hour Detroit Magazine.