

Odontoiatria Team at Work

CLINICA, RICERCA, CULTURA E SVAGO

ANNO VIII
N. 6 - 2021



DENTIFRICI

LA PUBBLICITÀ CHE INGANNA



Caso clinico
Asportazione di cisti
dal mascellare
superiore...

...con Grande Rialzo del pavimento
del seno mascellare, inserimento
degli impianti e rigenerazione
ossea guidata in una sola soluzione

Formazione
Estrazione di ottavi
inclusi e frattura
della mandibola

Il concetto di profilo di emergenza è
fondamentale per quanto riguarda
quelli che sono i fattori di rischio
locali per le caratteristiche protesiche

Sindacato
Il lavoro sospeso
e il diritto
alla retribuzione

Se il datore è assente per viaggi,
congressi, corsi di aggiornamento
e lascia il dipendente a casa
deve comunque pagarlo

La pubblicità sarà anche l'anima del commercio ma dovrebbe anche trasmettere dei messaggi che siano educativi e veritieri, soprattutto quando è pubblicità di prodotti che hanno a che fare con la salute.

Leggiamo insieme queste due frasi che fanno parte di altrettanti messaggi pubblicitari di dentifrici:

"Ti capita di vedere del sangue quando ti lavi i denti? ... potrebbe essere il segnale di disturbi gengivali... Il dentifricio... aiuta a fermare il sanguinamento delle gengive»

« anche se lieve il sanguinamento gengivale può avere gravi conseguenze. Se non trattato può provocare infiammazione, gengivite»

Analizziamo:

1 – il sanguinamento non "potrebbe essere il segnale di disturbi gengivali", ma è il sintomo patognomonico di malattia parodontale. Se c'è sanguinamento è perché c'è infiammazione e ci sono lesioni nel tessuto epiteliale.

2 – "anche se lieve il sanguinamento gengivale può avere gravi conseguenze", non è il sanguinamento che può avere gravi conseguenze, dato che non ci risulta sia mai morto dissanguato nessuno di sanguinamento gengivale. È la malattia parodontale, di cui il sanguinamento è sintomo patognomonico, che avrà gravi conseguenze. E come si combatte la malattia parodontale? Mangiando due etti di dentifricio al giorno o applicando protocolli di igiene orale domiciliare e professionale, rigorosi, ripetuti e mantenuti nel tempo? È così che in poche righe 70 anni di parodontologia vengono spazzati via e tutto si riduce all'uso di un dentifricio che...meglio di così non si può.

Queste cose le diciamo ai pazienti? L'Albo degli Odontoiatri vuole investire quattro soldi per comprare pagine sui quotidiani spiegando questi concetti? Gli Ordini dei Medici si fanno promotori di campagne di prevenzione? La cultura costa fatica. La scienza costa fatica. Il ragionamento costa fatica, ma non ci sono scorciatoie.

5



10



21



- 4 NEWS & LETTERATURA
- CONFRONTO TRA COLLUTORI
- IPOFUNZIONE SALIVARE: UN AIUTO
DALLA MEDICINA RIGENERATIVA
- 5 NEWS & LETTERATURA
PARODONTITE E RISCHIO DI EVENTI DI MALATTIE
CORONARICHE PREVALENTI E INCIDENTI
- 6 ASPORTAZIONE DI CISTI
DEL MASCELLARE SUPERIORE
- 10 IMPLANTOPROTESI: FATTORI PROTESICI
E SOPRAVVIVENZA DEGLI IMPIANTI
- 14 ESTRAZIONE DI OTTAVI INCLUSI
E FRATTURA DELLA MANDIBOLA
- 21 CARTOLINE DAL CONGRESSO COI-AIOG
- 23 ASO: IL DIRITTO ALLA RETRIBUZIONE
ANCHE QUANDO IL LAVORO È SOSPESO
- 24 IL "FENOMENO" RAFFAELLA CARRÀ
- 25 IL PATTINAGGIO ARTISTICO SU PISTA
- 27 ANDARE PER RISTORANTI

La squadra della rivista



GIULIO C. LEGHISSA
Odontoiatra



FULVIA MAGENGA
ASO



FILIPPO T. CASANOVA
Odontoiatra

Il board editoriale

Mirella Baldoni (odontoiatra)	Stefano Parma Benfenati (odontoiatra)
Federico Biglioli (professore universitario)	Ernesto Rapisarda (professore universitario)
Marialice Boldi (igienista dentale)	Lia Rimondini (professore universitario)
Anna Botteri (economia/fisco)	Eugenio Romeo (professore universitario)
Maria Grazia Cannarozzo (odontoiatra)	Andrea Sardella (professore universitario)
Antonio Carrassi (professore universitario)	Silvia Alessandra Terzo (ASO Regione Veneto)
Stefano Cavagna (odontoiatra)	Tiziano Testori (odontoiatra)
Silvia Cavallini (chinesiologa clinica)	Carlo Tinti (odontoiatra)
Luigi Checchi (professore universitario)	Fabio Tosolin (psicologo)
Stefano Daniele (odontoiatra)	Serban Tovar (professore universitario)
Luca Francetti (professore universitario)	Leonardo Trombelli (professore universitario)
Mauro Merli (odontoiatra)	Filippo Turchet Casanova (odontoiatra)
Lucio Montebugnoli (professore universitario)	Roberto Weinstein (professore universitario)

Odontoiatria - Team at Work
Periodico d'informazione
Registrato presso il Tribunale
di Milano
22/05/2014 - N.197
Editore Otaw Srl
via Raffaello, 31/A - Milano
redazione@otaw.it

Direttore Responsabile
e Direttore scientifico
Giulio Cesare Leghissa
giulio.leghissa@gmail.com

Redazione: 2C Edizioni Srl
via Albani, 21 - Milano
segreteria@2cedizioni.it
Progetto grafico: Studio Migual
piazza Veladini, 4 - Brugherio
studio@migual.it

Odontoiatria Team at Work 3



S I A S O

SINDACATO ITALIANO ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICE

ADERENTE A confsal



HENRY SCHEIN®

Krugg

BONE®
SYSTEM

Geistlich
Biomaterials

kuraray

Noritake

Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici



RS DI SPAIRANI

OTTICHE & ILLUMINAZIONE

SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA

VIA SAVONA, 41

20144 MILANO

www.rsmilano.it

02 474369

sede@rsmilano.it

NEWS & LETTERATURA

Erik Klepsland Mauland, Hans R. Preus, Anne Merete Aass

Confronto tra collutori



La clorexidina, agente antibatterico di sintesi, è uno degli antiseptici più utilizzati al mondo a partire dagli anni '50. Ha azione antiseptica ad ampio spettro, attivo verso gram +, gram - moderatamente verso funghi, miceti, virus. A diverse diluizioni trova grande impiego in campo odontoiatrico, anche perché i principi attivi continuano a inibire i batteri dannosi della bocca anche dopo l'espulsione del prodotto e il 30% della clorexidina rimane in bocca e continua a esercitare la propria azione battericida anche tra un impiego e l'altro. Purtroppo l'effetto collaterale importante è dato, se usata per lunghi periodi, dalla pigmentazione di denti, corone e lingua, mentre il progressivo ingiallimento e le macchie nere sullo smalto sono date da iperpigmentazione di placca e tartaro. Per diminuire questo problema nel 2007 la clorexidina viene associata al sistema ADA (A, ascorbico e sodio), efficace a prevenire la formazione di questo spiacevole inestetismo. Scopo dello studio clinico crossover monocentrico su 38 pazienti è stato valutare le prestazioni cliniche e gli effetti collaterali di un normale collutorio clorexidina 0,2% versus clorexidina ADA dopo intervento di chirurgia parodontale.

Il collutorio alla clorexidina senza un sistema anti - scolorimento ha portato a un abbassamento significativo della placca e degli indici gengivali rispetto al collutorio alla clorexidina con un anti - scolorimento dopo la chirurgia parodontale. Non è stata trovata alcuna differenza nella preferenza del paziente, nonostante il minor numero di effetti collaterali prodotti dal collutorio alla clorexidina con il sistema anti-scolorimento.

a cura di Filippo Turchet Casanova

tratto da: Junichi Tanaka, Kenji Mishima, *Application of regenerative medicine to salivary gland hypofunction*, *Japanese Dental Science Review*, Volume 57, 2021, Pages 54-59, ISSN 1882-7616

Ipofunzione salivare: un aiuto dalla medicina rigenerativa

Qualunque sia il motivo (Sindrome di Sjogren, radioterapia, farmaci ecc ...) È innegabile che tale condizione di secchezza delle fauci sia un disagio per i nostri pazienti. Nonostante esistano dei farmaci stimolanti efficaci per migliorare l'ipofunzione delle ghiandole salivari, questi risultano comunque non utili in caso sia assente il parenchima salivare, e dunque non ci sia nulla da stimolare.

In questi casi, così severi, sembra essere però promettente l'impiego della terapia rigenerativa utilizzando cellule staminali. Lo studio in esame, pubblicato su *Japanese Dental Science Review*, sembra indicare che sia possibile rimpiazzare il parenchima mancante con cellule totipotenti, attraverso trapianto ortotopico di tali cellule nella sede della ghiandola sublinguale che andrebbe in tal modo a rigenerare il parenchima perduto. Pur con le limitazioni di uno studio preliminare su animali, tale prospettiva sembra estremamente promettente.

a cura di Filippo Turchet Casanova



NEWS & LETTERATURA

Lewis Winning, Christopher C. Patterson, Katie Linden, Alun Evans, John Yarnel, Pascal P. McKeown, Frank Kee, Gerard J. Linden - doi.org/10.1111/jcpe.13377

Parodontite e rischio di eventi di malattie coronariche prevalenti e incidenti

La malattia coronarica è la più frequente della medicina cardiovascolare, rimanendo la prima causa di morte, invalidità, morbosità. Nel nostro Paese causa il 35,8% di tutti i decessi, sappiamo che è per lo più una conseguenza dell'invecchiamento e, spesso, di una predisposizione familiare e anche il nostro stile di vita contribuisce ad accelerarne lo sviluppo e a scatenarla: fumo, alimentazione sbilanciata, carenza di attività fisica, sovrappeso, le iperlipidemie, il diabete, l'ipertensione arteriosa e lo stress, ne aumentano di molto l'incidenza. L'identificazione di tali fattori ha portato allo sviluppo di algoritmi di previsione dei rischi e ha stabilito modelli cardiovascolari per uomini e donne, considerando e ampliando nei fattori di rischio anche le condizioni socio-economiche, la storia familiare, l'istruzione, l'attività fisica e non da ultimo la cura del cavo orale.

Studi epidemiologici hanno messo in evidenza una relazione sicura tra parodontite, infarto miocardico, ictus e mortalità.

L'associazione tra parodontite e malattie cardiovascolari si può spiegare attraverso il ruolo negativo esercitato dall'infiammazione sistemica sul processo di aterosclerosi e/o sulla destabilizzazione delle placche ateromasiche e/o sulla ipercoagulabilità, ma non da ultimo una risposta autoimmunitaria causata dall'elevata somiglianza tra alcuni peptidi antigeni di origine batterica, come le proteine HSP, e le proteine umane.

La parodontite è a livello globale una delle malattie non trasmissibili più diffuse, colpisce l'11,2% della popolazione; nel Regno Unito circa il 45% di tutti gli adulti presenta m. parodontale e la prevalenza aumenta con l'età. Ecco perché programmare uno studio così lungo nel tempo e studiare il suo ruolo come fattore di rischio nella malattia coronarica e nell'episodio acuto

CHD.

A livello epidemiologico numerose revisioni sistematiche hanno sostenuto l'associazione tra parodontite e CHD acuto, (Baheka e al 2007-Blaizot 2009-Dietrich 2013), Leng ha eseguito una metanalisi di 15 studi comprensiva di 230.406 partecipanti confermando che gli individui con parodontite avevano un rischio significativamente maggiore di CHD acuto. Tuttavia quando lo studio coorte è stratificato per età, in età superiore 65 anni la parodontite non è risultata un fattore di rischio per CHD acuto.

Nello studio di Winning e Patterson i soggetti selezionati sono stati fonte di ricerca dapprima in PRIME dell'Irlanda del Nord (Prospective Epidemiology Study of Myocardial Infarction); lo studio longitudinale di coorte iniziato tra il 1991 e il 1994 ha monitorato 2748 uomini di età compresa tra 50/60 anni confermando i dati che mettono in relazione parodontite e malattie cardiovascolari, gli stessi soggetti entrano

nel ri-screening comprensivo di 1400 soggetti iniziato tra il 2001/2003 e finito nel 2015. Uno studio valutato nel tempo per evidenziare l'incidenza di CHD acuto (SCA, CABG, PCI) in pazienti con parodontite. Un'accurata anamnesi, la presenza concomitante di fattori di rischio e un'educazione nel ridurli, il controllo del biofilm sopra e sottogengivale, esame parodontale completo e test controllo sull'igiene domiciliare. La ricerca conferma che in soggetti di età superiore ai 65 anni la parodontite è associata alla malattia coronarica, ma non agli eventi CHD acuti.

Informazioni sul finanziamento:

Lo studio è stato sostenuto da sovvenzioni della British Heart Foundation (PG/14/9/30632), del Northern Ireland Research and Development Fund (RRG 5.22) e dell'Heart Trust Fund (Royal Victoria Hospital, Belfast).

a cura di Filippo Turchet Casanova



ASPORTAZIONE DI CISTI DEL MASCELLARE SUPERIORE...

... con Grande Rialzo del pavimento del seno mascellare, inserimento degli impianti e rigenerazione ossea guidata in una unica soluzione

a cura di **Giulio C. Leghissa**

ODONTOIATRA

giulio.leghissa@gmail.com

e **Filippo T. Casanova**

ODONTOIATRA

filippotcasanova@icloud.com

INTRODUZIONE

A Gennaio 2003 la signora B.R. giunge alla nostra osservazione con una serie di problemi dento-parodontali: diffusa infiammazione gengivale, lesioni endo-parodontali a carico di 34 35 36, lesioni endodontiche a carico di 16 e 17 ecc.

Anche su richiesta della paziente, iniziata una terapia parodontale eziologica, ci si concentra sui problemi del terzo quadrante procedendo alla estrazione degli elementi irrecuperabili e posizionando impianti (Bone System) in zona 34, 35 e 36.

La paziente non vuole affrontare il problema di 16 e 17 poiché non ha disturbi, e decide di rinviare qualsiasi terapia.

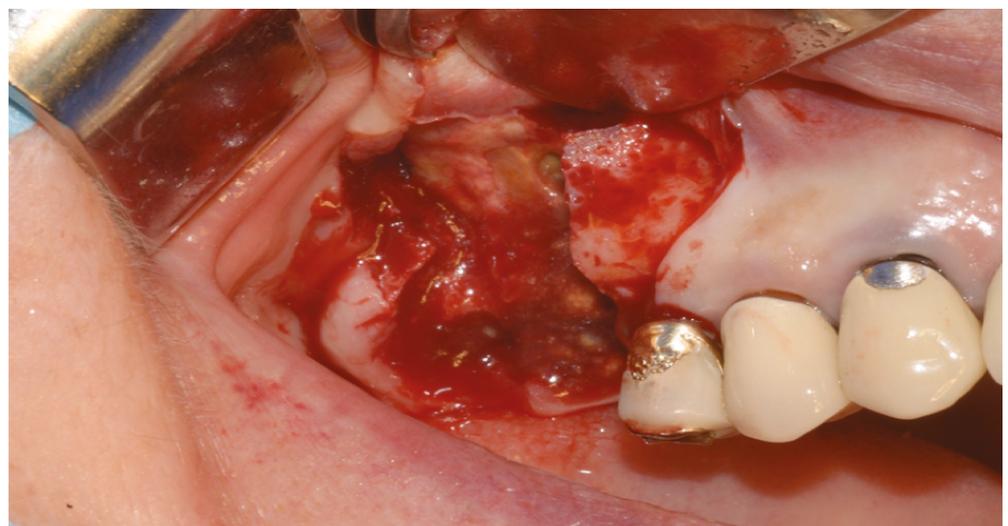
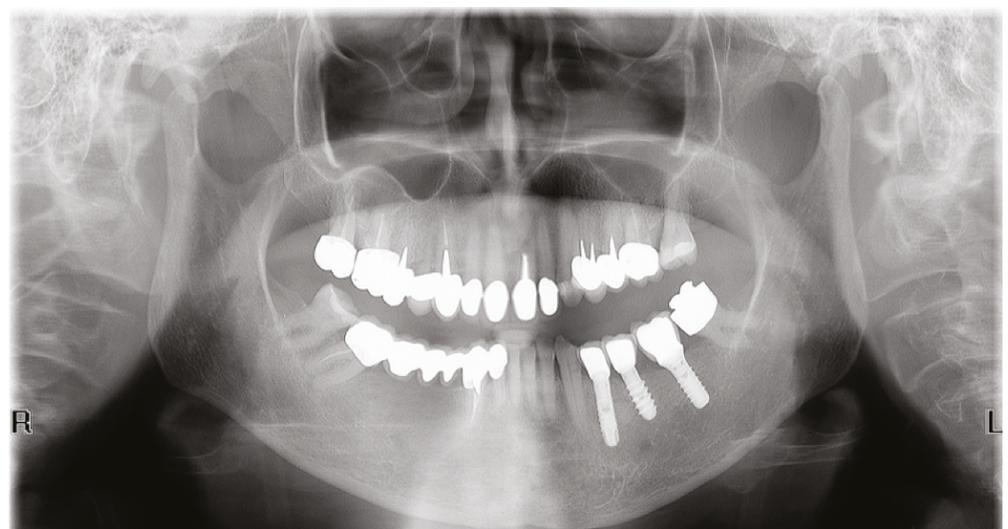
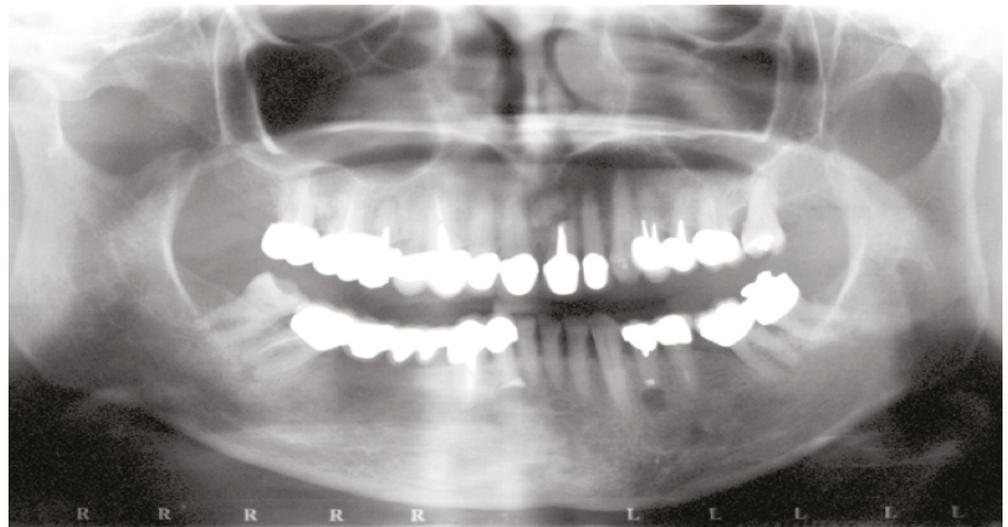
La paziente viene tenuta nel programma di mantenimento parodontale fino al 2016 quando, a fronte di un importante ascesso in zona 16 e 17, si opta per l'intervento chirurgico.

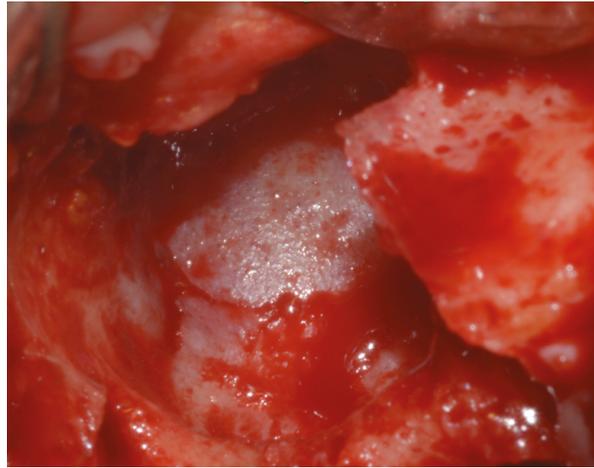
MATERIALI E METODI

La paziente viene posta in terapia antibiotica (Augmentin 1 grammo ogni 8 ore da 48 ore prima dell'intervento per un totale di 6 giorni). (RIFERIMENTO) Previa anestesia plessica con Carboplyina (20 milligrammi) con adrenalina (1:100.000) si procede alla estrazione di 17 e 16 e alla incisione di lembo a tutto spessore distalmente al 15 e in cresta fino a oltre il 17.

Si evidenzia così l'ampia lesione cistica apicale ai due elementi estratti. Si procede, con uno strumento rotondeggiante come lo scollatore, a enucleare la cisti, cercando di non romperla. [1] [2]

Una volta rimossa la cisti si evidenzia l'importante cavità ossea che, nella sua parte apico-mesiale, mostra una perforazione della membrana antrale.





1) OPT pre-operatoria
2) Lembo scolpito.
Si evidenzia l'ampia lesione cistica apicale a 16 e 17

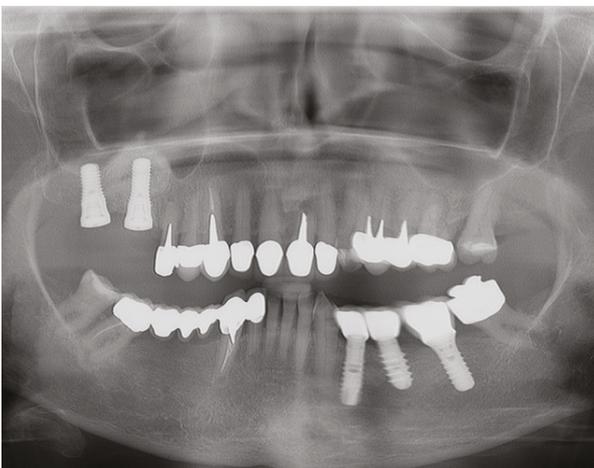
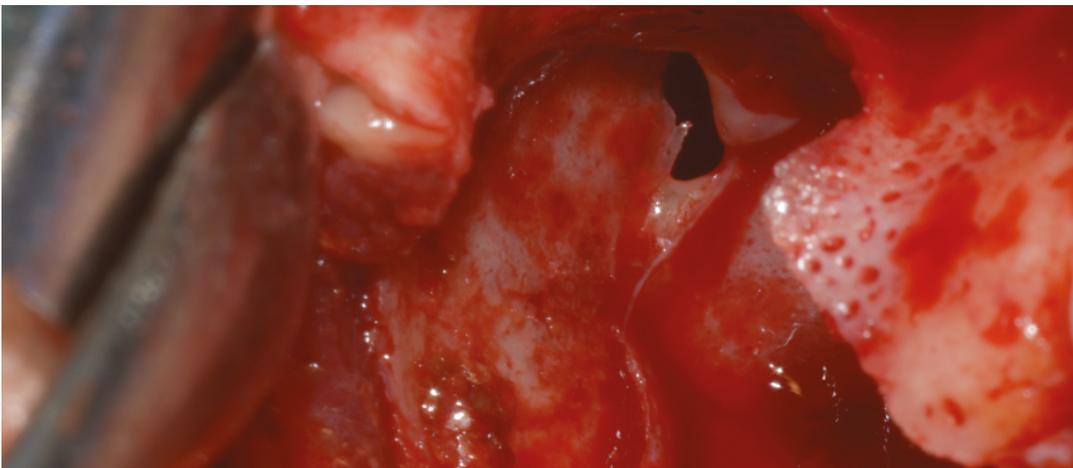
3) Cavità precedentemente occupata dalla cisti

4) Cavità precedentemente occupata dalla cisti. Si nota la perforazione della membrana antrale.

5) OPT post-operatoria

6) Posizionamento del biomateriale (BioOss – Geistlich)

7) Posizionamento della membrana non riassorbibile



Si procede, dunque, con lo scollamento della membrana antrale dalla residua parete vestibolare e si inizia il riempimento della parte basale della cavità sinusale facendo attenzione a non allargare la perforazione. [3]

A questo punto si inseriscono due impianti (Straumann tissue level 12 millimetri di lunghezza per 4.8/6.5 di diametro). La stabilità primaria viene raggiunta forzando la parte più cre-stale degli impianti contro la parete ossea corticale residua. Il grande diametro (5.5 millimetri) nella zona del

collo consente di sfruttare al meglio il frizionamento nei pochi millimetri di spessore dell'osso corticale crestale. Il rialzo del pavimento del seno mascellare viene realizzato con osso bovino denaturato e deproteinizzato (BioOss-Geistlich). Posizionati gli impianti [4] si zeppa grande quantità di Biomateriale, fino alla completa copertura delle spire, si posiziona una membrana non riassorbibile Gore-Tex e il lembo riposizionato a completa copertura dell'area chirurgica. [3]

Tutto questo per sfruttare al massimo

la riparazione dell'osso.

Subito alla fine dell'intervento vengono applicati i tape elastici per ridurre edema, ematoma e dolore, come dimostrato in tutti questi anni da migliaia di casi trattati. [5] [6]

A distanza di otto mesi il lembo viene riaperto per togliere la membrana e per caricare gli impianti.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le cisti dei mascellari sono neoformazioni spesso riscontrabili in patologia orale. Frequentemente sono di origi-



Sindacato Italiano Assistenti
di Studio Odontoiatrico

ADERENTE A

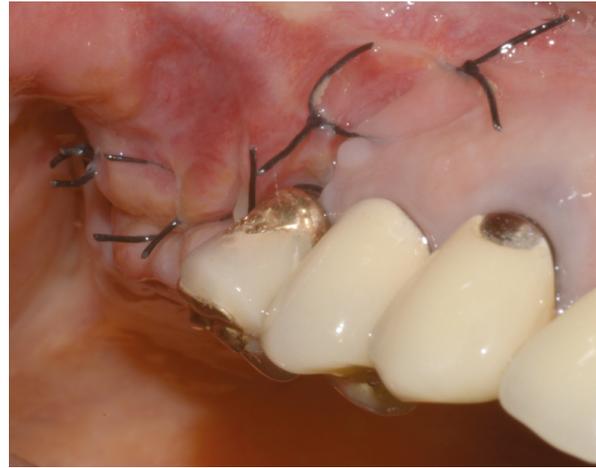


Dal 2007 in prima linea
per il riconoscimento,
la conquista e la difesa
dei diritti della **figura
professionale dell'ASO**

SERVIZI AI TESSERATI

Difesa legale
Consulenza del Lavoro
Aggiornamento Professionale
Rappresentanza della Categoria

S.I.A.S.O. è un'associazione
sindacale autonoma libera,
democratica, apartitica
e senza scopo di lucro



8) Sutura

9) foto scattata immediatamente dopo l'intervento. Si evidenzia l'applicazione del tape

10) Rigenerazione a distanza di otto mesi



ne dentale. Tali neoformazioni corrispondono, secondo una recente pubblicazione (retrospettiva a 38 anni), al 16.2% di tutte le biopsie orali. [7] Il posizionamento di impianti dopo la enucleazione di cisti è una procedura chirurgica scarsamente documentata in letteratura scientifica, e solo da alcuni studi su case report. [8] [9] Nonostante ciò, sappiamo che alcuni difetti risultati dall'espansione della cisti devono essere riempiti per poter ottenere una guarigione adeguata. [10] Questo è possibile perché l'osso umano ha un certo potenziale rigenerativo e ha la capacità di rigenerare la propria struttura originale dopo essere stato danneggiato da difetti o fratture in seguito a una precisa sequenza di maturazione graduale. [11] [12] [13] La guarigione avviene dopo un'opportuna immobilizzazione del tessuto, che deve inoltre guarire in necessaria presenza di un adeguato apporto di sangue. [11] Sul "quando" occorra rigenerare, a giocare un ruolo determinante sembra essere la dimensione del difetto. In letteratura si fa riferimento a una CSD

(Critical Size Defect, dimensione critica del difetto), di 1cm³. Difetti di dimensione maggiore al centimetro cubo non guariscono spontaneamente. [14] [15] [16] [11] Rimane tuttavia il fatto che, indipendentemente dalle dimensioni del difetto, per ottenere stabilità del coagulo, guarigione e rigenerazione occorre creare le condizioni ideali andando, se necessario, a rigenerare una parete mancante guidando la rigenerazione dei tessuti. [17] Differenze innesti di osso autologo o di sostituto d'osso. [18] Tra i sostituti d'osso, sono stati studiati e descritti diversi materiali, [18] [19] [20] anche se non appare chiaro se sia meglio utilizzare un materiale piuttosto che un altro.

Nella nostra esperienza, riferendoci ai dati raccolti in questo case report e alla letteratura scientifica, possiamo concludere che è possibile inserire gli impianti nella stessa seduta di enucleazione della cisti, eseguire un rialzo di seno e impiegare biomateriale per guidare la guarigione dei tessuti con una buona predicibilità.

OPERE CITATE

[1] T. Ettl, M. Gosau, R. Sader, and T. E. Reichert, "Jaw cysts - filling or no filling after enucleation? A review," *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, vol. 40, no. 6, pp. 485-493, 2012.

[2] W. Pradel, U. Eckelt, and G. Lauer, "Bone regeneration after enucleation of mandibular cyst: comparing autogenous grafts from tissue-engineered bone and iliac bone," *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, vol. 101.

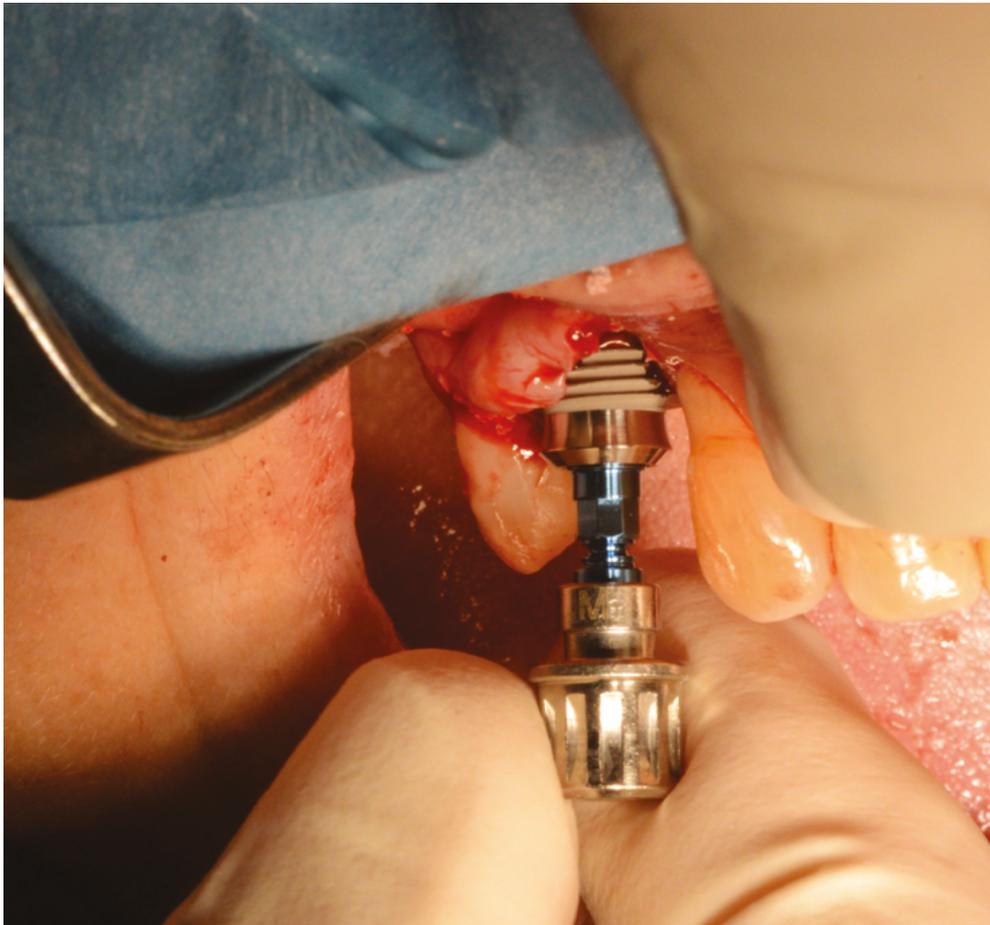
[3] Stern, A., & Green, J. (2012). *Sinus Lift Procedures: An Overview of Current Techniques*. *Dental Clinics of North America*, 56(1), 219-233.

[4] Fouad W, Osman A, Atef M, Hakam M. Guided maxillary sinus floor elevation using deproteinized bovine bone versus graftless Schneiderian membrane elevation with simultaneous implant placement: Randomized clinical trial. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2018 Ju.

CLICCA QUI PER LA BIBLIOGRAFIA COMPLETA

IMPLANTOPROTESI: FATTORI PROTESICI E SOPRAVVIVENZA DEGLI IMPIANTI

a cura di **Filippo T. Casanova**
ODONTOIATRA IN MILANO
filippotcasanova@icloud.com



Non esiste a oggi una così estesa documentazione scientifica su quale sia l'influenza dei fattori protesici sulla sopravvivenza degli impianti e sull'insorgenza di mucosite perimplantare e perimplantite. Ancor meno, non esistono ancora lavori randomizzati e con ampi numeri sull'aumentato rischio di perimplantite in presenza di uno scorretto design protesico. Dunque, analizzando la letteratura disponibile sul portale Pubmed, ci si trova davanti a rade pubblicazioni, oltretutto molto recenti, e davanti a qualche "primo studio" apripista sull'argomento.

Una recente pietra miliare da prendere in considerazione è sicuramente il consensus del 2017 [1] al quale hanno partecipato diversi noti esperti di livello mondiale. Nelle conclusioni del consensus si legge:

"C'è una limitata evidenza che collega l'insorgenza di perimplantite con la presenza di cemento sottomucoso e posizionamento implantare tale da non facilitare l'igiene orale e il mantenimento a lungo termine. Il ruolo della mucosa cheratinizzata, del sovraccarico occlusale, di particelle di titanio, della compressione dell'osso che porta a necrosi, del surriscaldamento, del micromovimento e della biocorrosione come indicatori di rischio per la perimplantite devono essere determinati."

In pratica si sottolinea come gran parte dei fattori individuabili siano fattori putativi.

Eppure, leggendo diversi lavori rimane una certa evidenza che la perimplantite possa essere innescata e mantenuta da fattori iatrogeni. [2]

[3] [4] [5]

Il primo lavoro che parla apertamente di "Perimplantite scatenata da protesi" è un lavoro di Canullo e Colleghi [6] frutto di una ricerca su una banca data di 2812 impianti, distinguendo tale causa dalla perimplantite puramente indotta da placca.

Dunque, il ruolo determinante lo gioca la detergibilità della protesi e la capacità per il paziente di rimuovere la placca autonomamente.

A tal proposito, è interessante leggere i dati di alcuni studi; Monje e colleghi [7] hanno riportato che il 77,2% delle protesi su impianto del campione non avevano un adeguato accesso per la detersione. Un simile risultato (74% del campione) era stato osservato da Serino e colleghi 10 anni prima [8].

A questo punto, è da chiedersi se la letteratura scientifica possa dare al protesista indicazioni precise su come costruire una protesi in modo da non incorrere nel rischio di perimplantite.

Purtroppo, gli studi che si ritrovano in letteratura sono da una parte carenti di dati a lungo termine, dall'altra ci si imbatte in diversi primi studi (pilota) sull'argomento.

Questa carenza di dati potrebbe essere dovuta alla sterminata ed estremamente varia merceologia di sistematiche implantari e protesiche, senza considerare che è difficile confrontare ogni impianto protesizzato con un altro mantenendo uno standard ripetibile nell'osservazione. Oltretutto bisogna anche considerare il fatto che l'implantologia è una branca relativamente giovane all'interno dell'odontoiatria, e solo in questi anni è possibile apprezzare i risultati a lungo termine delle riabilitazioni.

DETERGIBILITÀ E SOVRACONTORNI

Ad ogni modo, le osservazioni sulla forma del restauro protesico par-



tono dagli articoli di protesi tradizionale degli anni '60. Alcuni lavori cruciali affermano "Il sovracontorno previene la normale azione di toilette ad azione della muscolatura e permette al cibo di ristagnare nel solco creato" [9] "Fino a prova contraria, creare contorni più ampi su una corona artificiale che sulla corona anatomica promuove la formazione di nicchie ecologiche di placca" [10] e ancora "Questo studio dimostra che inserire restauri sovracontornati nella porzione sottogengivale risulta in un cambio della composizione della flora microbica verso una flora che porta a malattia parodontale [...] piuttosto che al grande accumulo di placca" [11]. Alcune evidenze sulla forma del restauro e sull'angolo di emergenza della corona dal parodonto le abbiamo già dal 1990, anno nel quale leggiamo in un articolo "Croll (nel 1990) ha riscontrato dalle analisi fotografiche dell'emergenza dei denti naturali, che un profilo di emergen-

za dritto in presenza del solco gengivale è ideale per poterlo convenientemente mantenere dal punto di vista igienico. [12]

PROFILO DI EMERGENZA E ANGOLO DI EMERGENZA

La traduzione di questi concetti nella protesi su impianti da parte degli ultimi lavori è che i restauri protesici devono essere progettati per essere funzionali ma al contempo offrire protezione e stimolazione dei tessuti perimplantari. [13]

Uno dei concetti più importanti da definire è quello del profilo di Emergenza. Tale termine è utilizzato per descrivere la forma della corona e dell'abutment nella sua transizione dalla forma rotonda della piattaforma dell'impianto alla forma anatomica del restauro. [14]

La forma del restauro, in implantopotesi, deve essere tale da consentire un sondaggio corretto della piattaforma implantare. Una porzio-

ne sopragengivale estremamente pronunciata, convessa o abbondante, impedirebbe il corretto tragitto della sonda. Dunque, è lecito affermare che non considerare la forma del restauro in implantopotesi, oltre a favorire l'accumulo di placca e l'indetergibilità, possa rendere difficile sia eseguire che interpretare il sondaggio attorno agli impianti. [15]

Un importante tassello dell'argomentazione sulla forma del restauro e correlazione con la perimplantite è lo studio di Katafuchi e Colleghi [16]; in questo studio si analizza un dataset di 96 pazienti e 255 impianti, con un follow up medio di 10,9 anni. Questo studio cross sezionale ipotizza la correlazione tra protesi sovracontornate, con un ampio angolo di emergenza, o un profilo convesso, e Perimplantite. È da sottolineare che tale studio si distingue tra impianti posizionati a Tissue Level e impianti posizionati a Bone Level. Gli osservatori incaricati di esaminare lo stato di salute degli impianti erano ciechi rispetto allo stato dell'impianto quando acquisivano le radiografie di controllo. I risultati di tale studio sono i seguenti:

- Nel gruppo Bone Level, un Angolo di emergenza superiore ai 30° espone ad un maggior rischio Perimplantite
 - La maggior prevalenza di perimplantite è stata osservata qualora l'angolo di emergenza fosse maggiore o uguale ai 30° e in caso fosse presente una convessità nella protesi
- Tale fenomeno non è significativo nel gruppo degli impianti Tissue Level

Dunque, i dati ci forniscono una prima grande indicazione, ovvero di porre una particolare attenzione al design protesico in caso l'impianto sia posizionato al bone level.

I concetti appena espressi concordano da una parte con la revisione narrativa di Dixon e colleghi del 2019 [17] che indica come la forma del restauro protesico sia risultante dalla posizione dell'impianto, dalla scelta protesica e infine dal laboratorio; dall'altra con uno studio retrospettivo appena pubblicato sul Journal of Periodontology [18]. In quest'ultimo studio, nei quali è stato misurata la variazione ossea

dopo il carico in 83 impianti bone level, emerge che dopo il primo anno dallo sviluppo di perimplantite, il gruppo di impianti caricati con protesi con angolo di Emergenza > 30° hanno avuto 1.74 mm di perdita d'osso in più tra DX e T1, indicando dunque una progressione più rapida della malattia in impianti con un angolo di emergenza più ottuso.

PUNTO DI CONTATTO

Un altro fattore indagato è la presenza dei punti di contatto tra denti e protesi e tra protesi e protesi. La posizione del punto di contatto deve essere puntiforme e sufficientemente coronale da lasciare spazio alla papilla e renderla detergibile. [17]

Uno studio [19] nel quale sono stati inclusi 142 impianti indica un primo dato interessante: sul campione ben 77 (il 54.2%) degli impianti ispezionati avevano almeno un contatto interprossimale aperto. Solo gli impianti con contatti aperti erano significativamente correlati a una condizione di mucosite o perimplantite ($p = .003$), e la conclusione è che i contatti interprossimali aperti adiacenti a denti naturali sono un indicatore di rischio per le malattie perimplantari. Sono necessari punti di contatto adeguati tra corone su impianti e denti naturali. Ciò concorda con un altro studio [20] che comprendeva 83 pazienti con corone singole su impianti, con follow up medio di 4 ± 2.2 anni, nel quale però emerge che gli indicatori dell'infiammazione sembrano correlati esclusivamente alla superficie DL delle corone esaminate.

COLLOCAZIONE DEL MARGINE PROTESICO

Un campione (588 pz) scelto casualmente da un pool di persone che hanno ricevuto impianti 9 anni prima sono stati clinicamente e radiograficamente esaminati. È interessante notare come il 45% degli impianti di questo campione fosse affetto da Perimplantite. È stato osservato un più alto rischio di Perimplantite è stato individuato in impianti con un margine posizionato ad una distanza ≤ 1.5 mm dalla cresta ossea al baseline. [21]

RAPPORTO CORONA/IMPIANTO

Qual è il corretto rapporto tra componente protesica e dimensione

della fixture? Rimane un tema abbastanza fumoso.

Secondo questo studio, il rapporto Corona/Impianto è significativamente correlato a perdita d'osso dalla baseline ma non ha effetto significativo sulla prevalenza di Perimplantite.

Complicanze legate alla protesi possono essere ridotte evitando rapporti corona radice troppo sfavorevoli (non maggiori di 3:1). [14] [22] [23] [24]

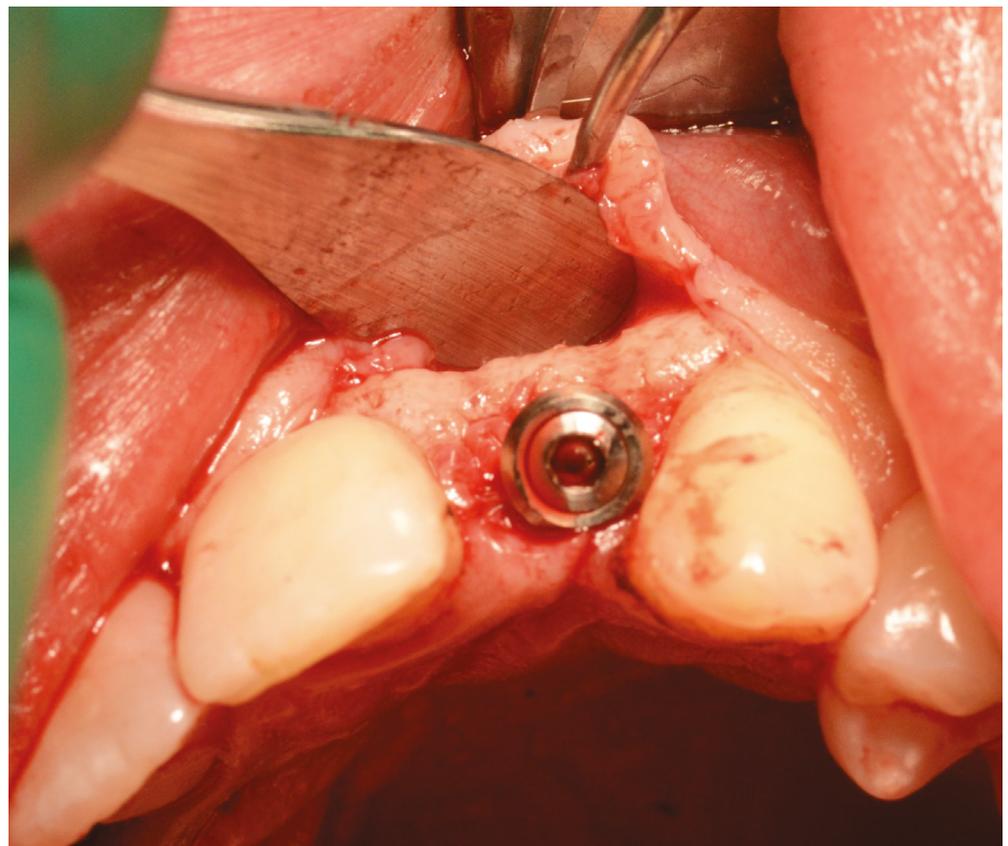
Altri due aspetti, sui quali si è spesso tornati a dibattere, sono il sovraccarico occlusale e l'eccesso di cemento attorno all'impianto in seguito alla cementazione del manufatto. Per quanto riguarda il sovraccarico, viene ribadito da anni che non è chiaro quale ruolo possa avere sul fallimento dell'impianto o se possa in qualche modo compromettere la salute dei tessuti perimplantari [25], mentre rimane auspicabile che i contatti scarichino sulle componenti protesiche una giusta forza in modo da non danneggiarle. [17]

Anche il ruolo del cemento non è mai stato del tutto chiarito o collegato in modo incontrovertibile al fallimento implantoprotesico. Rimane tuttavia un imperativo che si deb-

ba proteggere i tessuti perimplantari da eventuali residui di cemento nel cono mucoso (troppo spesso dimenticati, si parla di percentuali variabili dal 59,5% all'80,95% [26]) utilizzando accorgimenti specifici; Linkevicius e altri autori in passato proposero di impiegare la diga [27], Hess e colleghi proposero il teflon impiegato come il filo retrattore [28]. Infatti, i residui di cemento presentano una superficie ruvida, substrato ideale per l'attacco batterico, ma non può essere un motivo per scegliere esclusivamente soluzioni avvitate, le quali presentano innegabilmente a loro volta una serie di problematiche.

In un articolo Quaranta [26] mostra come i cementi all'ossido di Zinco/Eugenolo siano preferibili ai cementi a base resinosa per minor rischio di scatenare reazioni infiammatorie, soprattutto nei pazienti con storia di parodontite. Un lavoro un poco più recente esamina diversi tipi di cementi e la loro applicazione in implantoprotesi, esaminandone pro e contro per ciascuna categoria e riassumendo tutto in alcune pratiche tabelle. [29]

Di fatto non esiste un cemento perfetto, e al di là dell'indicazione di applicazione specifica, la fase di cementazione rimane sempre cruciale e delicata.



OPERE CITATE

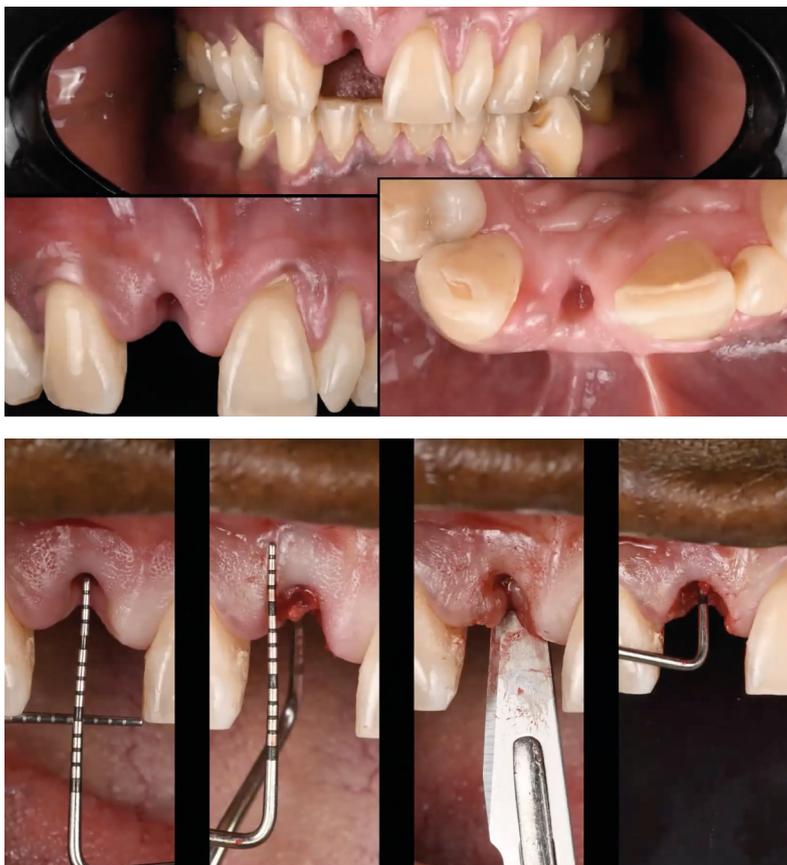
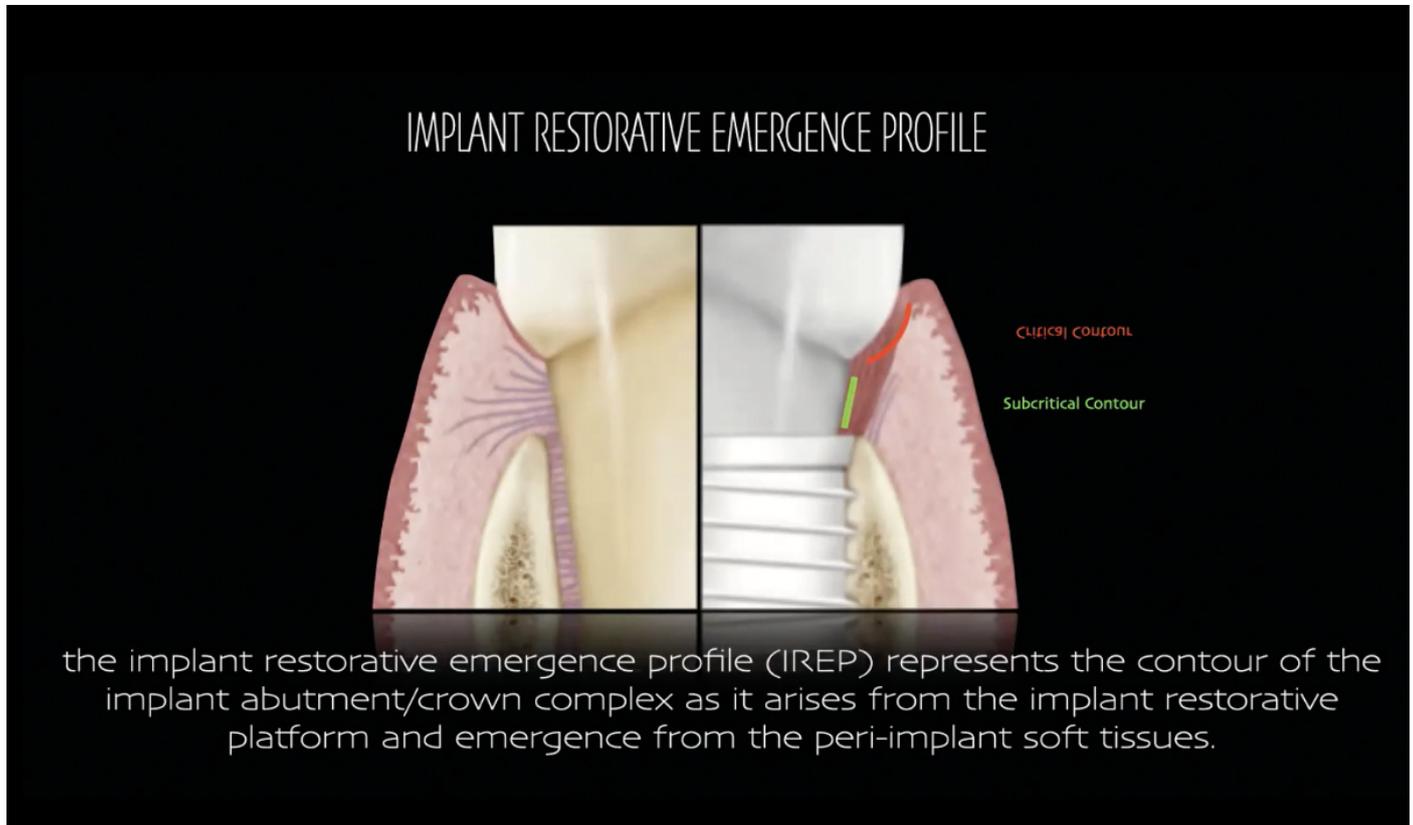
- [1] Berglundh T, Armitage G, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S313–S318.
- [2] Canullo L, Peñarrocha M, Monje A, Catena A, Wang HL, Peñarrocha D. Association Between Clinical and Microbiologic Cluster Profiles and Peri-implantitis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2017 Sep/Oct;32(5):1054–1064.
- [3] Armitage GC, Xenoudi P. Post-treatment supportive care for the natural dentition and dental implants. *Periodontol* 2000. 2016;71(1):164–184..
- [4] Serino G, Ström C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res*. 2009;20(2):169–174..
- [5] Jepsen S, Berglundh T, Genco R, et al. Primary prevention of peri-implantitis: managing peri-implant mucositis. *J Clin Periodontol*. 2015;42(Suppl 16):S152–S157..
- [6] Canullo, L., Tallarico, M., Radovanovic, S., Delibasic, B., Covani, U., & Rakic, M. (2016). Distinguishing predictive profiles for patient-based risk assessment and diagnostics of plaque induced, surgically and prosthetically triggered peri-implantitis. *C*.
- [7] Monje, A., Pons, R., Insua, A., Nart, J., Wang, H. L., & Schwarz, F. (2019). Morphology and severity of periimplantitis bone defects. *Clinical Implant Dentistry Related Research*, 2019, 1–9. <https://doi.org/10.1111/cid.12791>.
- [8] Serino G, Ström C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res*. 2009;20(2):169–174..
- [9] Herlands, R., Lucca, J., & Morris, M. (1962). Forms, contours, and extensions of full coverage in occlusal reconstruction. *Dental Clinics of North America*, 6, 147.
- [10] Parkinson, C. F. (1976). Excessive crown contours facilitate endemic plaque niches. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 35(4), 424–429..
- [11] Lang, N. P., Kiel, R. A., & Anderhal-den, K. (1983). Clinical and microbiological effects of subgingival restorations with overhanging or clinically perfect margins. *Journal of Clinical Periodontology*, 10(6), 563–578..
- [12] Croll BM. Emergence profiles in natural tooth contour. Part II: Clinical considerations. *J Prosthet Dent*. 1990 Apr;63(4):374–9..
- [13] Yi Y, Koo K-T, Schwarz F, Ben Amara H, Heo S-J. Association of prosthetic features and peri-implantitis: A cross-sectional study. *J Clin Periodontol*. 2020;47:392–403..
- [14] Dixon DR, London RM. Restorative design and associated risks for peri-implant diseases. *Periodontol* 2000. 2019;81:167–178.
- [15] Renvert S, Persson GR, Pirih FQ, Camargo PM. Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S304–S312.
- [16] Katafuchi M, Weinstein BF, Leroux BG, Chen Y-W, Daubert DM. Restoration contour is a risk indicator for peri-implantitis: A cross-sectional radiographic analysis. *J Clin Periodontol*. 2018;45:225–232..
- [17] Dixon DR, London RM. Restorative design and associated risks for peri-implant diseases. *Periodontol* 2000. 2019;81:167–178.
- [18] Majzoub J, Chen Z, Saleh I, Askar H, Wang HL. Influence of restorative design on the progression of peri-implant bone loss: A retrospective study. *J Periodontol*. 2021 Apr;92(4):536–546..
- [19] Latimer JM, Gharpure AS, Kahng HJ, Aljofi FE, Daubert DM. Interproximal open contacts between implant restorations and adjacent natural teeth as a risk-indicator for peri-implant disease—A cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res*. 2021 Feb 25. .
- [20] Bompolaki D, Edmondson SA, Kantancik JA. Interproximal contact loss between implant-supported restorations and adjacent natural teeth: A retrospective cross-sectional study of 83 restorations with an up to 10-year follow-up. *J Prosthet Dent*. 2020 Dec 17:50.
- [21] Derks, J., Schaller, D., Håkansson, J., Wennström, J. L., Tomasi, C., & Berglundh, T. (2016). Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: Prevalence of peri-implantitis. *Journal of Dental Research*, 95(1), 43–49..
- [22] Isidor, F. (2006). Influence of forces on peri-implant bone. *Clinical Oral Implants Research*, 17(Suppl. 2), 8–18..
- [23] Blanes, R. J., Bernard, J. P., Blanes, Z. M., & Belser, U. C. (2007). A 10-year prospective study of ITI dental implants placed in the posterior region. II: Influence of the crown-to-implant ratio and different prosthetic treatment modalities on crestal b.
- [24] Blanes, R. J.. (2009). To what extent does the crown-implant ratio affect the survival and complications of implant-supported reconstructions? A systematic review. *Clinical Oral Implants Research*, 20 (Supple 4), 67–72..
- [25] Sadowsky SJ. Occlusal overload with dental implants: a review. *Int J Implant Dent*. 2019 Jul 23;5(1):29..
- [26] Quaranta A, Lim ZW, Tang J, Perrotti V, Leichter J. The Impact of Residual Subgingival Cement on Biological Complications Around Dental Implants: A Systematic Review. *Implant Dent*. 2017 Jun;26(3):465–474..
- [27] Andrijauskas P, Zukauskas S, Alkimaivicius J, Peculiene V, Linkevicius T. Comparing effectiveness of rubber dam and gingival displacement cord with copy abutment in reducing residual cement in cement-retained implant crowns: A crossover RCT. *Clin Oral Imp*.
- [28] Hess TA. Et al. - *J Prosthet Dent*. 2014 Aug;112(2):365–8.

DESIGN PROTESICI E PERIMPLANTITE

a cura di Leone Praticò

ODONTOIATRA, MILANO

LEONE.PRATICO@GMAIL.COM



La mancanza di un'evidenza chiara per quanto riguarda gli aspetti protesici determina molta confusione nei nostri studi perché noi possiamo acquisire una base con esperienza pratica, possiamo acquisire una certa manualità in una determinata tecnica o con un determinato protocollo, ma in realtà non abbiamo ancora una vera e propria linea guida inequivocabile.

Il concetto di profilo di emergenza è un concetto fondamentale per quanto riguarda quelli che sono i fattori di rischio locali per le caratteristiche protesiche.

Si descrive il profilo di emergenza come quella porzione di tessuto perimplantare che è a contatto con il complesso abutment e corona definendone essenzialmente due zone (FOTO 1).

Il Critical contour (contorno critico) viene definito come la parte di epitelio funzionale, quei due millimetri che servono a creare il vero e proprio sigillo nei confronti di tutto quel sistema di fibrille collagene e fibroblasti che poi protegge e man-

tiene stabile il livello sottostante. Quindi, qua parliamo di contorno critico e contorno subcritico: la parte che il profilo di emergenza deve evitare di invadere troppo è quella del contorno subcritico, cioè quella è la zona in cui avvengono numerosi processi di difesa nei confronti dei patogeni e più in generale di quanto può penetrare a livello della cresta ossea. E quindi in quella porzione il nostro restauro va assottigliato il più possibile: il concetto di platform switching vuole proprio questo, cioè una connessione conica con una abutment che ha un diametro inferiore al diametro dell'impianto. Nel consensus del 2018 si sono discussi ovviamente molti aspetti della malattia perimplantare e in particolare i fattori di rischio locali in contrasto a quelli che sono i fattori di rischio generici: i fattori di rischio locali sono le caratteristiche protesiche, il sistema implantare, le caratteristiche dei tessuti molli, il microbioma perimplantare. Questi sono i fattori di rischio su cui noi possiamo intervenire nella pratica, quindi con le nostre azioni, per poter prevenire quella che poi è la perdita di osso in conseguenza di una perimplantite. I più importanti concetti protesici sono relativi al tipo di connessione, al tipo di ritenzione che si vuol dare al nostro manufatto protesico, e quindi mi riferisco essenzialmente a oggi al preferire la protesi avvitata rispetto a quella cementata. Il livello di evidenza a riguardo è limitato, ma grazie alla nostra approfondita ricerca possiamo trarne dei concetti pratici da applicare nei nostri studi. Ecco perché si parla di avvitata, perché si ha il sentore che sia una protesi più affidabile nei confronti della perdita di osso da malattia perimplantare, però non se ne ha ancora la certezza. Quindi noi stiamo andando nella direzione della protesi avvitata, accantonando momentaneamente la protesi cementata, ma abbiamo bisogno di più tempo per valutarne la reale efficacia. Questo è il primo dei concerti protesici. Il secondo è il margine protesico, cioè il collegamento che avviene tra la corona e l'abutment che deve essere distante almeno un millimetro e mezzo dalla piattaforma implantare. Un ultimo messaggio che volevo dare in aggiunta a questi principali concetti protesici, è il cosiddetto

“Take control” da intendere come un incitamento nei confronti del clinico, compreso me stesso, a non sottovalutare tutta quella che è la pianificazione protesica post chirurgia che spesso viene trascurata oppure lasciata proprio nelle mani del tecnico affidandosi al 100%. È giusto fidarsi, ma è giusto anche avere molta attenzione nella pianificazione di tutte le protesi implantari, cercando di trascurare il meno possibile i fattori critici.

Ora, per rendere anche più leggera la relazione, vi presento una serie di casi che spaziano dall'impianto singolo alla protesi su più impianti. Il primo di questi casi è un post estrattivo immediato per un paziente che è caduto in bicicletta, ma per due settimane non ha mai segnalato la perdita del dente, questo 21 (FOTO 2: situazione iniziale). Non è evidente il collasso dei tessuti molli, quindi la prima ipotesi che abbiamo fatto è quella che il bundle bone non fosse andato perduto, e così è stato infatti. Noi abbiamo fatto una serie di misurazioni successive all'anestesia e successive al debridement dell'alveolo per andare a valutare la presenza di osso corticale. Vediamo come le nostre misurazioni sono multiple (FOTO 3) e hanno come scopo sempre avere il massimo del controllo su tutte le nostre azioni chirurgiche prima e protesiche poi. Qui la seconda immagine fa vedere come la sonda in secondo piano va a tastare dall'interno il tessuto molle finché non si avverte la presenza della corticale. Poi appoggio di conseguenza la sonda vestibolare per fare la valutazione riguardo all'altezza del tessuto cheratinizzato sovracrestale. Quindi vado a fare un primo debridement, una prima gengivectomia che serve a ripristinare quelli che sono gli spazi necessari per fare la chirurgia a cui seguono altri passaggi (FOTO 4) in cui si vede con quanta attenzione si devono fare queste procedure.

Quindi durante il passaggio già della prima fresa andiamo, guardando l'immagine in alto a sinistra, a obbligare la fresa all'interno di quella che è la linea immaginaria che collega il margine incisale dei denti adiacenti allo spazio edentulo, al fine di rimanere con la nostra protesi con il foro di uscita della vite all'interno del margine incisale: questo è una banalità che ovviamente fanno in molti, ma mi piace segnalarela perché è



LEADING REGENERATION

Geistlich
Biomaterials

Puoi ottenere un risultato clinico ottimale e un paziente soddisfatto?

Exactly.

Le matrici in collagene Geistlich Mucograft® e Geistlich Fibro-Gide® offrono un'evoluzione nella cura del paziente: quando possibile il nuovo approccio **“Salviamo il palato”** nelle procedure di rigenerazione dei tessuti molli può avere un impatto positivo sulla soddisfazione del paziente, con tempi di trattamento più rapidi e minor morbilità rispetto al prelievo di innesti autologhi.

salviamo
il palato

Non tutti i biomateriali sono uguali, scegli l'originale.

“Salviamo il palato”

Le nostre soluzioni per i tessuti molli

Geistlich Mucograft®
Geistlich Mucograft® Seal
Geistlich Fibro-Gide®

 swiss made



Approfondimenti e casi clinici su
www.geistlich.it

una fase cruciale. Veniamo all'inserzione dell'impianto e questo è il nostro moncone (FOTO 6), un moncone che viene utilizzato anche come definitivo, ma può essere utilizzato come in questo caso come provvisorio anche se necessita di una serie di modifiche. Questo è un moncone in titanio che fornisce un'adeguata ritenzione a un provvisorio fatto in casa, fatto da noi. È un intervento di semi-urgenza allo scopo di ottenere il massimo beneficio con il minimo costo. Quindi questa (FOTO 7) è la procedura di modifica e di adattamento del moncone con una prima fase di ribasatura in resina metacrilica di uno sgusciato e il solito, dico solito perché ormai lo facciamo veramente di continuo, re-lining e contouring del provvisorio. Qua si vanno fondamentalmente a riempire i vuoti lasciati dalla resina anche per la presenza dei tessuti molli durante la ribasatura, ma poi devono essere rifinite quelle zone rispettando i criteri di cui abbiamo parlato prima. Quindi vediamo come la parte che sarà a contatto con i tessuti molli non viene assolutamente toccata, rimane intonsa: è una porzione macchinata, quindi è perfettamente liscia e adatta a far star bene il nostro profilo sul critico, la zona più delicata dei nostri tessuti perimplantari.

Con la porzione in questo caso lucidata e riadattata della resina dobbiamo invece guidare la guarigione dei tessuti molli nella sua parte più coronare, la sua parte più superficiale, a livello del contorno critico. (FOTO 8) Quindi questa è il confronto tra la fase iniziale e finale di questa applicazione del provvisorio: finora siamo soddisfatti. Questo è un caso che termineremo in una fase successiva, ovviamente l'ischemia che vedete si è risolta in pochi minuti, quindi abbiamo ricollocato lo zenit incisivo centrale più distale rispetto alla situazione di partenza e valuteremo nel tempo, soprattutto dopo i primi tre mesi di guarigione, la necessità o meno di scaricare il provvisorio a livello del profilo di emergenza.

Vediamo un altro caso. Questo è un caso di rialzo di seno con contestuale inserzione di due impianti. La parte chirurgica è quella che in questo momento ci interessa di meno. (FOTO 9). Riusciamo a capire bene quali possono essere i problemi da risolvere. Dopo la parte chirurgica

con rialzo di seno, inserzione degli impianti rispettando i criteri di posizionamento sottocrestale degli impianti bone level si passa alla fase protesica. Trascorsi 5 mesi in quanto il recupero di altezza verticale del rialzo di seno è stato superiore a 5 mm. Questa (FOTO 10) è la consegna di queste due protesi dopo una lunga fase di discussione con il tecnico che era in una fase di apprendimento della metodica, lasciatemi passare il termine. Attraverso un programma diffusissimo scaricabile dai vari Store di applicazioni mobile possiamo leggere i progetti del nostro tecnico in tutti i vari dettagli. Gli posso per esempio comunicare che voglio un profilo di emergenza meno aggressivo, più smussato nella porzione più palatale: ho l'opportunità di guidare la scelta successiva del tecnico. Vediamo la fase finale. (FOTO 11/12) Dopo una prima fase di maturazione dei tessuti in cui si vede sicuramente un miglioramento dell'estetica, ma anche una prima fase di guarigione dei tessuti perimplantari che attorno a quei profili di emergenza così curati guariscono molto bene e molto rapidamente andando a riempire per quanto possibile gli spazi interprossimali.

Questo è il terzo caso in cui abbiamo una protesi totale fissa avvitata su impianti di cui vi faccio vedere la fase di progettazione del lavoro definitivo: partiamo con la mucosa guarita (FOTO 13), quindi non stiamo a ragionare sulla chirurgia e su come ci sforziamo ad aumentare i volumi di mucosa cheratinizzata perimplantare. Andiamo però a vedere come da questo passaggio si riesce ad arrivare al condizionamento dei tessuti molli trasformando il tessuto perimplantare da rotondo a una sezione ovaleggiante.

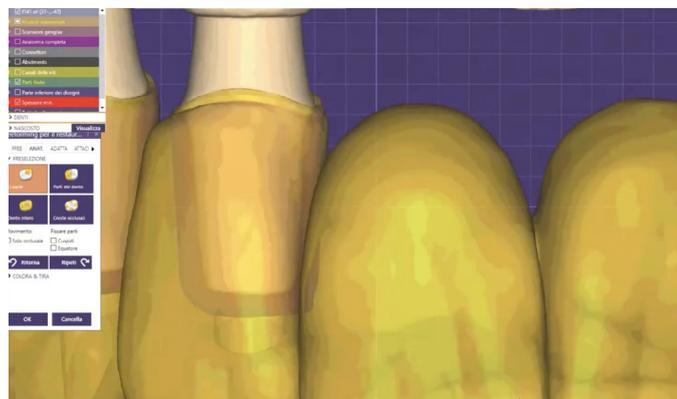
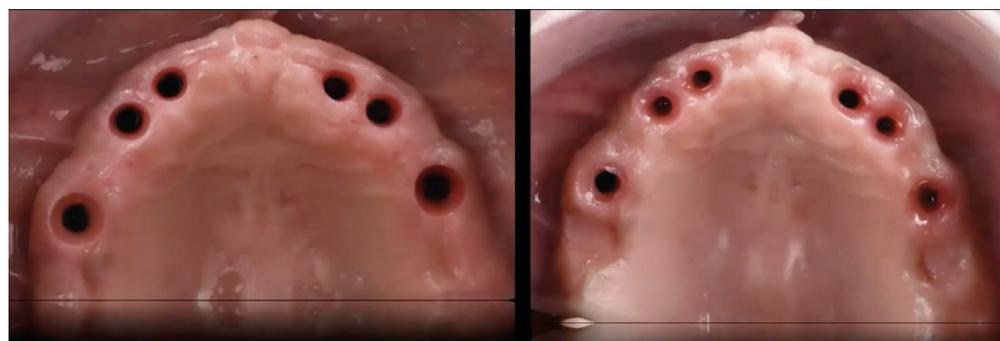
Questi sono i profili di emergenza del provvisorio in questa fase (FOTO 14). In questa fase abbiamo un'enorme chance, cioè quella di andare con varie resine anche fotopolimerizzabili come quelle che abbiamo in studio per andare eventualmente a modificare e a rettificare sulla resina stessa del provvisorio, e si incolla molto bene, eventuali imprecisioni da parte del tecnico. Questa è una fase che quando si è in casa propria si può fare con tutta la calma possibile; probabilmente per chi fa freelancing in chirurgia o comunque segue anche l'aspetto della riabilitazione protesica sicuramente



mettersi lì a gestire e correggere il profilo di ogni singolo elemento è veramente impegnativo. Però ovviamente tutto ciò allo scopo di migliorare la prognosi sulle nostre protesi. Questo (FOTO 15) è un dettaglio dei monconi, qua si vede benissimo come la porzione di mucosa dei nostri abutment non viene toccata ma viene preparata solo la porzione al di sopra del contorno subcritico e questo (FOTO 16) è il momento dell'impronta per il passaggio al definitivo, cioè il provvisorio ha già fatto qualcosa, ha già spinto i tessuti molli dove vogliamo, sta già facilitando la papilla nella sua fase di maturazione successiva e qui si vede (FOTO 17) come proprio a seguito della nostra impronta iniziamo con la fase di progettazione con controllo a distanza. Posso andare a controllare che ogni singolo aspetto di questo ponte definitivo sia assolutamente conforme a quelli che sono i paletti che ci stiamo mettendo mano che la letteratura diventa più solida.

Quindi da qui ci spostiamo su un altro campo ed è il in campo del carico immediato su 4 impianti. Ho voluto assolutamente chiamare questo tipo di protesi protesi totale avvitata superiore provvisoria su 4 impianti e non all on four perché a me interessa sottolineare la fase di progettazione al di là dell'aspetto prettamente di nomenclatura di quello che stiamo facendo. Noi dobbiamo rispettare quelle che sono le attuali evidenze scientifiche sul campo.

Quindi ci rendiamo conto che su



RS
MILANO

RS DI SPAIRANI

OTTICHE & ILLUMINAZIONE

SHEERVISION - PERIOPTIX - MULTIMARCA

VIA SAVONA, 41

20144 MILANO

w w w . r s m i l a n o . i t

02 474369

sede@rsmilano.it

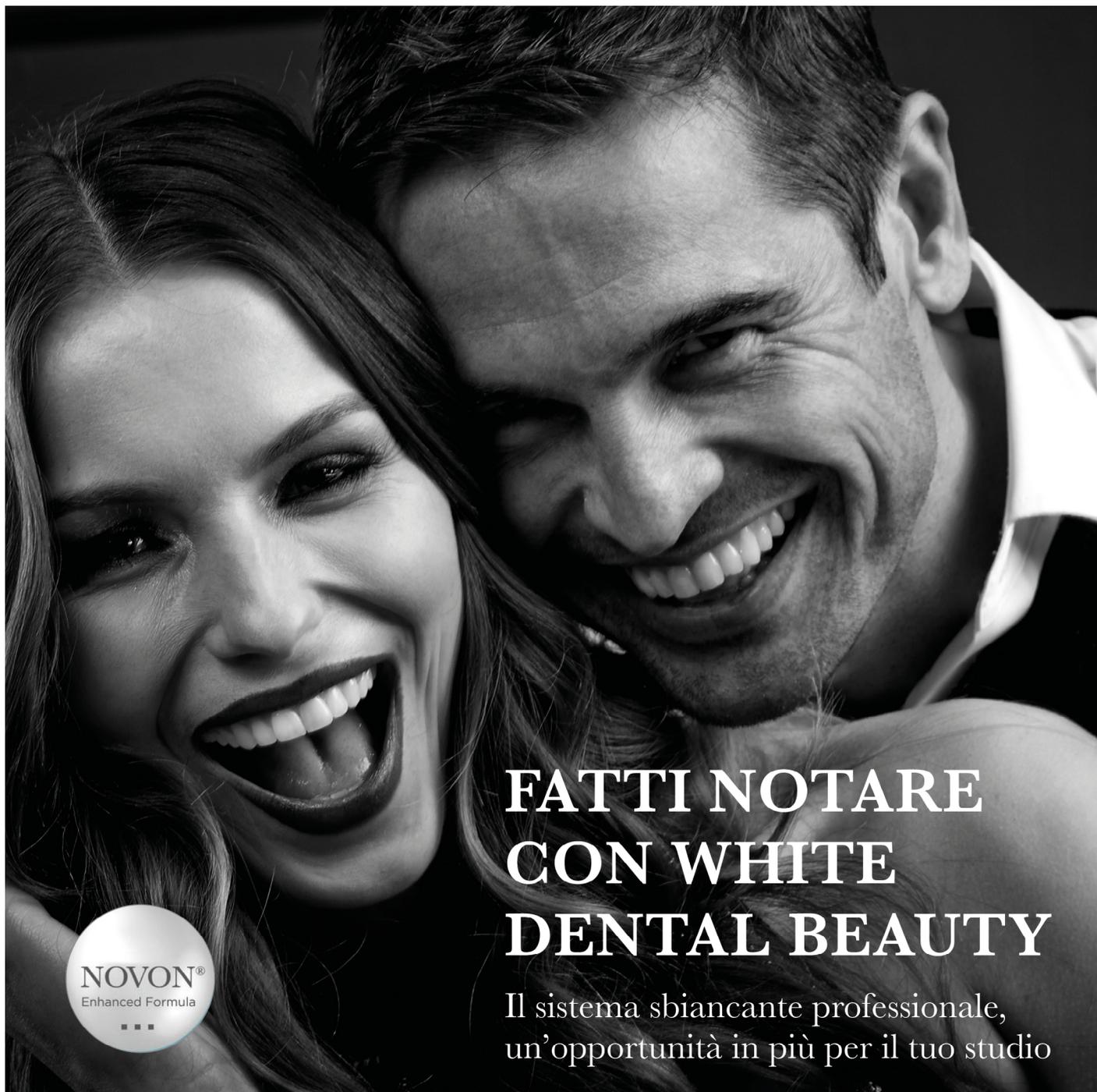
questa paziente (FOTO 18) è necessario fare una TAC con una dima radiologica con dei reperi. La dima radiologica ritorna al tecnico che fa un match tra dati di impronta, dati di ceratura e dati della tac. Io faccio la fase di progettazione chirurgica e lui mi guida nelle scelte: per esempio qui abbiamo messo quattro impianti, abbiamo deciso di spostarci dalla posizione dei quinti a una posizione più anteriore sui quarti in questa prima fase chirurgica scegliendo lo schema punto 242. Ceratura diagnostica e una delle due dime chirurgiche che mi vengono consegnate il giorno dell'intervento. Questa è la fase chirurgica: è evidente (FOTO 19) come questi denti siano dei denti assolutamente hopeless, come altrettanto gli impianti che sono del tipo Tramonte in piena mobilità, quindi nessuno di questi elementi dentari era mantenibile per nessuna ragione, anzi stavano creando danno ormai da cinque anni. Abbiamo dovuto faticare per raggiungere questo compromesso: abbiamo fatto una piccola GBR e poi abbiamo collegato queste cannule

che sono dei monconi anche questi definitivi, soltanto riadattati allo scopo, le abbiamo collegate alla seconda dima che è una dima protesica già scaricata in corrispondenza delle sedi 2 e 4, sia destra che sinistra, abbiamo unito il tutto. Ok, questa è la fase importantissima (FOTO 20) in cui in tempo precoce andiamo già a guidare la guarigione sia dei tessuti molli sia dei tessuti duri. Guardate come le emergenze protesiche sono correttamente disegnate.



Nicola Del Buono

Rappresentante Prodotti Odontoiatrici



FATTI NOTARE CON WHITE DENTAL BEAUTY

Il sistema sbiancante professionale,
un'opportunità in più per il tuo studio



Il segreto

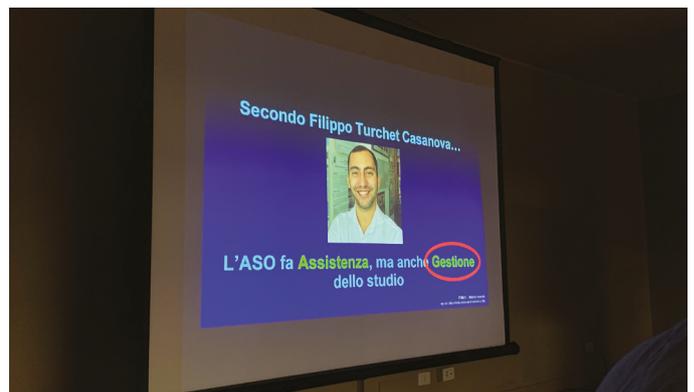


di uno splendido sorriso



2/3 LUGLIO: CARTOLINE DAL XXV CONGRESSO NAZIONALE COI-AIOG

Dal numero di settembre presenteremo estratti di alcune relazioni del Congresso





***Bone System.
La bellezza
ha forti radici.***

*Non è solo una metafora, gli impianti sono radici e per durare nel tempo la bellezza ha bisogno di radici sane e forti. Bone System è l'**UNICA** connessione al **Mondo** completamente impermeabile ai batteri, responsabili di patologie sistemiche, di insuccessi biologici, meccanici ed alitosi nei pazienti.*

BONE[®]
SYSTEM
www.bonesystem.it

ASO: IL DIRITTO ALLA RETRIBUZIONE ANCHE QUANDO IL LAVORO È SOSPESO

Il tuo datore di lavoro è spesso in viaggio, anche per partecipare a congressi e a corsi per la sua formazione continua? Ti obbliga a rimanere a casa, e ti chiede di utilizzare le ferie quando lui non è in studio? Però ti deve pagare regolarmente

a cura di **Fulvia Magenga**
 SEGRETARIO GENERALE SIASO
 SEGRETERIA@SIASO.IT



Il tuo datore di lavoro è un amante dei viaggi, dei congressi per la sua formazione continua e ti chiede di rimanere presso la tua abitazione e di utilizzare le ferie quando lui è assente? Sappiate che se il CCNL utilizzato in azienda è quello degli studi profes-

sionali e si può ricorrere all'art. 111 che recita: "In caso di sospensione del lavoro per fatto dipendente dal datore di lavoro e indipendente dalla volontà del lavoratore, questi ha diritto alla ordinaria retribuzione per tutto il periodo della sospensione [...]".

20 maggio 1970 – Cinquant'anni fa lo Statuto dei lavoratori diventa legge, una delle più grandi conquiste sindacali e la principale normativa sul lavoro. Lo Statuto introduce notevoli modifiche nelle condizioni di lavoro e nei rapporti fra datori di lavoro, lavoratori e sindacati.

C'erano volute 220 milioni di ore di sciopero per ottenerlo.

Uno degli articoli da conoscere, riguardante il diritto allo studio è l'articolo 10 che dice:

"I lavoratori studenti, iscritti e frequentanti corsi regolari di studio in scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, paritarie o legalmente riconosciute o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali, hanno diritto a turni di lavoro che agevolino la frequenza ai corsi e la preparazione agli esami e non sono obbligati a prestazioni di lavoro straordinario o durante i riposi settimanali.

I lavoratori studenti, compresi quelli universitari, che devono sostenere prove di esame, hanno diritto a fruire di permessi giornalieri retribuiti. Il datore di lavoro potrà richiedere la produzione delle certificazioni necessarie all'esercizio dei diritti di cui al primo e secondo comma".

Rapporto di lavoro a tempo determinato e dimissioni

Cari colleghi, ricordate che non è consentito dimettersi durante un contratto di lavoro a tempo determinato, proprio perché la fine del rapporto è determinata da una data specifica. Firmando l'accordo, ci si impegna a prestare la propria opera fino a tale data.

Se dovessero esserci problematiche particolari che devono determinare la fine del rapporto di lavoro, il consiglio è quello di rivolgersi a un sindacato come il SIASO Confasal.

IL “FENOMENO” RAFFAELLA CARRÀ

di Fulvia Magenga
 SEGRETARIO GENERALE SIASO
 SEGRETERIA@SIASO.IT



Raffaella Maria Roberta Pelloni, in arte Raffaella Carrà, è scomparsa il 5 luglio portando con sé l'eleganza, la classe e la professionalità di una donna che ha dimostrato di sapere cantare, ballare e recitare. Dopo essersi calata nel ruolo di attrice, e dopo essere stata scartata da alcuni registi, si è reinventata come showgirl negli anni '70, affrontando lo scandalo, accanto a Corrado, in "Canzonissima" per avere avuto l'ardire di mostrare l'ombelico proprio nella sigla di apertura sulle note di "ma che musica maestro!".

Si sa che ciò che scandalizza alcuni, provoca curiosità e apprezzamento in altri e così, "ma che musica maestro!" raggiunse le vette delle classifiche superando la vendita di 200mila copie.

Dopo l'ombelico, la Carrà ci provò con il "Tuca tuca", che fu immediatamente censurato dalla RAI, in

quanto considerato un ballo troppo audace e provocante.

Nel 1974 partecipò con Mina al programma televisivo "Milleluci" e continuò a presentare "Canzonissima", questa volta da sola, presentando anche uno dei suoi maggiori successi: "Rumore".

Seguirono numerosi programmi e varietà, come "Fantastico" o "Domenica In", nei quali si presentava una Carrà sempre più energica e soprattutto sempre più libera dagli schemi del periodo che l'avrebbero censurata a ogni ballo, ora per le pose, ora per i vestiti, ora per gli atteggiamenti. Seguirono molti brani che divennero famosi anche all'estero, soprattutto in Spagna, dove si affermò come conduttrice televisiva e showgirl.

Successivamente a uno scontro con Bettino Craxi che definì immorali le cifre pagate dai palinsesti per ospitarla, Carrà si diresse a Fininvest, ma

non ci rimase a lungo. Dopo pochi anni tornò in Rai e ricominciò a esibirsi slegandosi da quegli schemi che faticavano a gestirla. Nel 1995 presentò su RAI1 "Carramba che sorpresa!" e fu un altro successo. Partecipò ad altre edizioni di "Fantastico", portando la sua allegria e il suo sorriso inconfondibili.

È stata impegnata nel sociale e ha manifestato molta vicinanza a quegli artisti che erano stati definiti "diversi" solo perché avevano scelto una vita accanto a un compagno dello stesso sesso.

Notevole anche il suo impegno nei confronti dei più piccoli, adottando alcuni bambini a distanza.

È stata una donna che ha cambiato le regole dello spettacolo, provocandolo con eleganza, esigendo il suo posto e imponendo la sua personalità e il caschetto biondo che ballava con lei. Sarà impossibile dimenticarla.

IL PATTINAGGIO ARTISTICO SU PISTA È DIVENTATO UN VERO SPORT

di **Mario Fagotto**

ISTRUTTORE PATTINAGGIO ARTISTICO FISR, EX CAMPIONE ITALIANO
MARIOFAGOTTO@YAHOO.IT

Ebbene sì, è diventata di gran moda un'attività nata come diletto e poi trasformata in uno sport bellissimo e completo: il pattinaggio a rotelle!

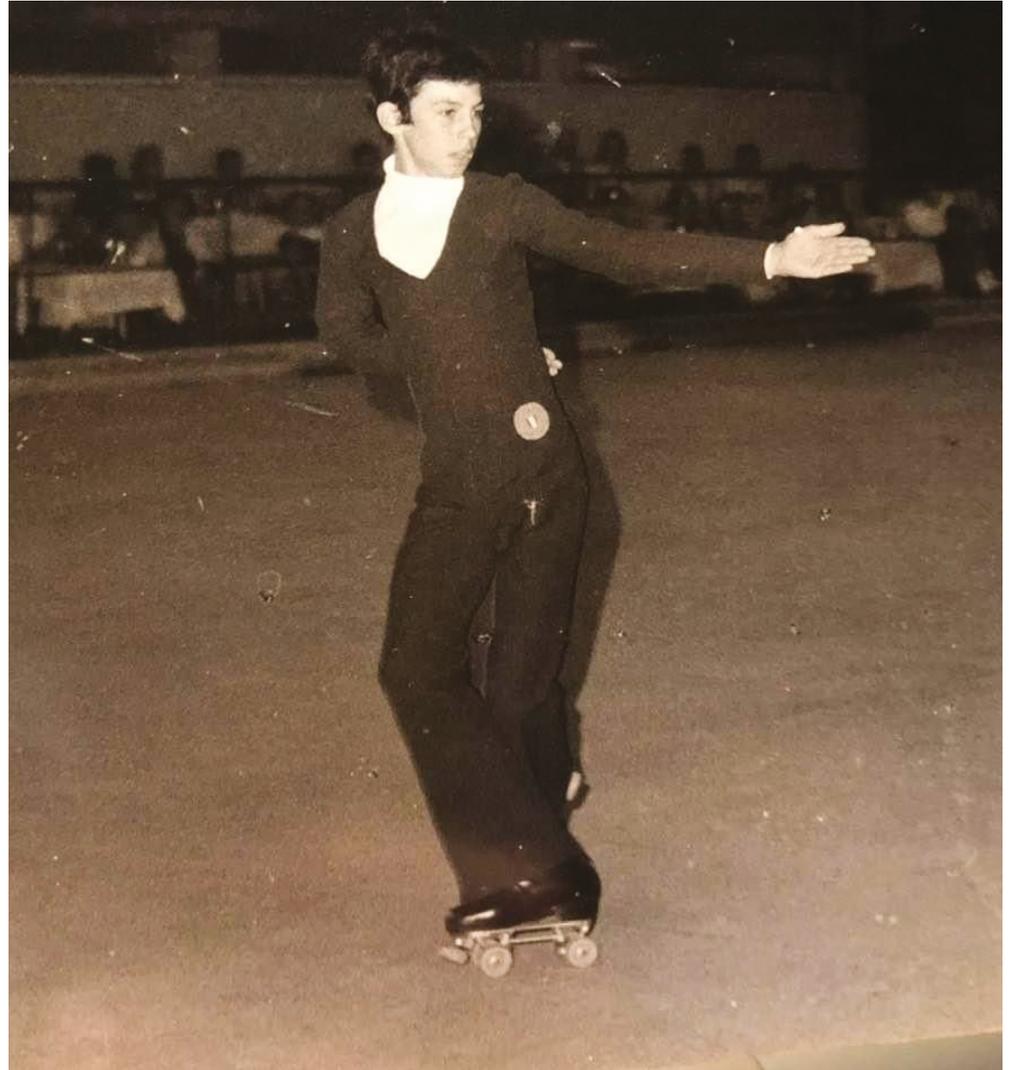
Certamente il suo papà, il pattinaggio su ghiaccio, gode di tradizioni storiche a volte permeate da leggende e splendidi racconti sia per grandi che per piccini; mi viene da citare il libro per ragazzi "Pattini d'argento", scritto da Mary Mapes Dodge, che ha allietato e commosso un'infinità di ragazzi e che continua tutt'ora a essere un libro molto letto ovunque, ma il mondo del pattinaggio che mi è appartenuto e mi appartiene ancora è quello delle rotelle. Puoi svolgere qualsiasi mestiere o professione, ma quando sei stato un pattinatore lo sei per tutta la vita. In particolar modo la specialità dell'artistico ha fatto parte della mia vita agonistica per molti anni e ancora adesso cerco di trasmettere i valori e la passione che sento dentro.

Ma perché si sceglie di pattinare? Qual è la molla che spinge una bambina o un bambino a chiedere un paio di pattini ai propri genitori invece di un pallone?

Il pattinaggio artistico è un sogno fatto di volteggi, salti e piroette, ogni esibizione è una tavolozza di colori che prende forma lasciando spesso a bocca aperta chi ha la fortuna di assistere alle manifestazioni dei più provetti.

Ma attenzione, come tutti gli sport acrobatici necessita di ferrea disciplina, preparazione tecnica e atletica, dedizione amorevole e competenza di insegnamento.

In Italia la Federazione di riferimento è la FISR, Federazione Italiana Sport Rotellistici, che raggruppa varie discipline, dall'artistico alla corsa, dall'hockey al freestyle e varie altre specialità; e al suo interno vi è la SIRI (Scuola Italiana Roller International) che forma i vari tecnici. Niente dunque è lasciato al caso, perché saper pattinare bene è un'arte del movi-



mento, in qualunque disciplina.

I benefici del pattinaggio a rotelle sono molteplici e cominciano subito. Fin dal primo momento in cui si calzano i pattini si stimola e si sviluppano equilibrio, coordinazione dei movimenti e l'elasticità degli arti inferiori e superiori, della colonna vertebrale e del bacino. Con l'allenamento costante migliorano capacità respiratorie, cardio-circolatorie e il tono muscolare aumenta armonizzando le linee del corpo.

Con il tempo i movimenti si fanno più sicuri, subentra fiducia in se stessi e ci si stupisce di riuscire

a effettuare evoluzioni in pista che da semplici diventano sempre più complesse. Il divertimento è assicurato!

Spero di aver instillato un po' di interesse e di curiosità verso una disciplina sportiva che è già ampiamente praticata, sia in Italia che nel resto del mondo.

Una disciplina sportiva splendida, che mette insieme destrezza, forza, eleganza e spettacolarità, perché anche il piccolo saltino della bambina nel suo vestitino di gara esprime la poesia della tavolozza dei colori della vita.

kuraray

Noritake

LA SEMPLIFICAZIONE INTELLIGENTE

UNIVERSAL



CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Linea Universal

La Tecnologia di Diffusione della Luce (LDT) di Kuraray Noritake Dental, applicata ai filler del composito CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal, permette di raggiungere l'integrazione estetica con un solo colore, sia per i restauri posteriori sia per quelli anteriori.



Colore per i restauri posteriori



Opzioni di colore per i restauri anteriori



Nessuna massa per bloccare la luce

La tecnologia dei filler ad elevato indice di diffusione della luce permette l'integrazione ottica con i tessuti naturali circostanti, agendo sul controllo di traslucenza e opacità.

Crea bellissimi restauri con pochi colori e una procedura semplificata grazie alla nostra tecnologia avanzata.

BORN IN JAPAN

Kuraray Europe Italia S.r.l.

Tel: 02 6347 1228 E-mail: dental-italia@kuraray.com Sito internet: www.kuraraynoritake.eu/it [facebook.com/KurarayNoritakeInLab](https://www.facebook.com/KurarayNoritakeInLab) [facebook.com/KurarayNoritakeInClinic](https://www.facebook.com/KurarayNoritakeInClinic)

Andando per ristoranti

LA STORICA DI ASSO

a cura di Fulvia Magenga

Vicino a Erba, salendo oltre Longone al Segrino, trovate Asso, un piccolo paese noto a molti.

Tra le case, disposte sulle salite e discese di un paese tranquillo, troviamo il ristorante La Storica di Asso, una trattoria che offre cibi di qualità al giusto prezzo.

Non si fa in tempo a sedersi ai tavoli con le tovaglie a quadri bianchi e rossi che subito viene offerto un bicchiere di Lambrusco, di quello scuro, corposo e frizzante, sempre fresco.

Se sceglierete di iniziare il vostro pranzo o la vostra cena con l'antipasto dell'Osteria, caldamente raccomandato da Angelo, uno dei proprietari che serve anche ai tavoli, dovrete essere una "buona forchetta" per proseguire con un primo o con un secondo piatto perché l'antipa-

sto dell'Osteria è composto da una decina di portate tra piatti caldi e freddi.

I primi piatti, come i maltagliati alla salsiccia e i secondi piatti richiamano la tradizione toscano-emiliana. È la carne che caratterizza questo ristorante: dalla fiorentina, sempre presente nel menù, alle tagliate, ai filetti sapientemente accostati ai vini del luogo, che potrete scegliere anche osservando lo spazio dedicato sulla parete.

Da scegliere, tra i dolci, la crostata con la marmellata di pere, ottima e non troppo dolce.

LA STORICA DI ASSO

Via G. Merzario, 11 - Asso (Como)

Tel. 031 684843

lastoricadiasso@hotmail.com



BIRRA, HAMBURGER AND MORE: TUTTO QUESTO È IL DONEGAL PUB!

a cura di Mirella Baldoni

A Gallarate e dintorni il Pub di Gianni, Tiziana e Cristina è considerato una vera e propria istituzione da quasi 25 anni!

La formula segreta della loro fama è seguire sempre il cliente, creare ad arte per lui una proposta attenta, varia e completa. L'ambiente è quello caldo e familiare tipico della tradizione italiana accostato al classico stile del pub inglese e irlandese.

Al pomeriggio, il "Donegal" (così lo conoscono tutti in zona) si trasforma nel luogo ideale dove fare un veloce break, organizzare appuntamenti di lavoro o più semplicemente trovarsi con un amico per fare due chiacchiere.

Dalle 18.00 diventa IL PUB di riferimento per tutti coloro che vogliono godersi una buona birra usciti dal lavoro, prima di tornare a casa, o gustare un aperitivo con ricchi taglieri di salumi accuratamente selezionati e serviti con gnocco fritto!

È possibile cenare gustando un menù totalmente diverso da quello del pranzo: portate a base di carne (tagliate, fiorentine, entrecôte e molto altro), panini, insalatone e sfiziosi

hamburger con le mitiche patatine di Chef Gianni, realizzati con soli prodotti freschi e di stagione, soddisfacendo il palato di tutti coloro che si recano qui per trascorrere una serata diversa.

Curiosi di conoscere una delle loro specialità a base di carne in menù solo in occasioni speciali?! L'Angus alla Guinness da buon pub irlandese! La cucina offre anche portate per vegetariani, persone con intolleranze e ai bambini è riservato un menù tutto per loro!

Le serate di giovedì e venerdì sono dedicate alla musica dal vivo: gruppi di fama nazionale si recano qui a suonare il loro repertorio. Le sonorità proposte spaziano dagli anni '50 agli anni 2000, regalando momenti indimenticabili con balli sfrenati fino a notte fonda!

Le Birre: sono loro le vere protagoniste qui!

9 spine e oltre 20 birre in bottiglia sono l'offerta.

Grazie all'approfondita conoscenza ed esperienza in campo birraio, la selezione è molto varia, ricca e in costante evoluzione: ci sono birre



continue, ma anche birre che variano a seconda della stagione. I birrifici sono scelti considerando la loro storia e tradizione e soprattutto lo studio e la ricercatezza riposti nella produzione delle loro birre... proprio per questo propongono anche birrifici artigianali.

Non resta che recarsi al Donegal per assaporare al meglio l'atmosfera dei pub irlandesi in una cornice italiana.

DONEGAL PUB

Via Vittorio Veneto 8

21013 Gallarate (VA)

Tel. 0331 785877

www.thedonegalpub.com

CONFIDENCE BEYOND IMMEDIACY

Straumann® BLX Confidence Beyond Immediacy.



DYNAMIC BONE MANAGEMENT™

Il design dell'impianto permette di ottenere una stabilità primaria ottimale in tutti i tipi di osso.



RISULTATI ESTETICI

La connessione unica permette di avere risultati estetici predicibili e semplici da raggiungere.



REALE FIDUCIA

Le garanzie Straumann su cui contare, Roxolid® e SLActive®, predicibili in ogni situazione clinica.

L'impianto Straumann® BLX rappresenta un concetto che va oltre l'immediatezza: il suo design pionieristico e il Dynamic Bone Management™, i risultati estetici raggiunti con facilità, il materiale, la superficie, le opzioni protesiche, il completo flusso digitale e il leggendario background del brand Straumann® lo rendono un impianto unico, con una impareggiabile stabilità primaria e una incredibile capacità di osteointegrazione.



Per saperne di più
visualizza il QRcode

