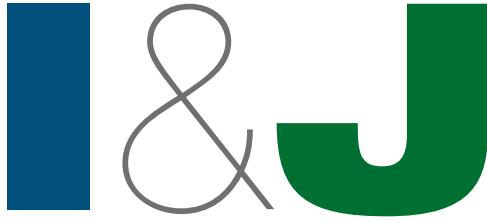


2° CONGRESSO QUINTESSENZA EDIZIONI



Quintessenza Internazionale & JOMI

la rivista internazionale di implantologia, chirurgia orale e maxillo-facciale

LA CULTURA ODONTOIATRICA ITALIANA NEL MONDO

Verona, 26-27-28 Maggio 2016

Palazzo della Gran Guardia

SPECIALE CONGRESSO

In collaborazione con
In collaboration with



Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
European Association of Dental Implantologists





**Dal 1977 tecnologia, esperienza, creatività.
Un legame tutto italiano.**



Dental Tech s.r.l.
Via G. Di Vittorio, 10/12
20826 Misinto (MB), Italy
Tel. + 39 02 967.20.218
info@dental-tech.it
www.dentaltechitalia.com



INDICE - Contents

2	EDITORIALE / <i>EDITORIAL</i> T. TESTORI
5	EDITORIALE / <i>EDITORIAL</i> L.DUSSETTI
6	PROGRAMMA DEL CONGRESSO / <i>CONFERENCE PROGRAM</i>
	ESTRATTI / <i>EXCERPTS</i>
12	Enrico Agliardi
18	Alessandro e Andrea Agnini
22	Christian Berger
28	Tommaso Cantoni
32	Andrea Chierico, Davide Faganello
38	Enrico Cogo
44	Ueli Grunder
52	Mario Imburgia
58	Pasquale Loiacono
64	Giuseppe Luongo
68	Anna Mariniello, Fabio Cozzolino
74	Mauro Merli
76	Vincenzo Musella
80	Jörg Neugebauer
84	Giovanna Perrotti, Massimiliano Politi
90	Giovanni Polizzi
94	Loris Prosper
100	Giano Ricci
104	Marisa Roncati
110	Roberto Spreafico
114	Tiziano Testori
122	Francesca Vailati
126	Tomaso Vercellotti
128	Giovanni Zucchelli
137	LIBRETTO DI SALA / <i>BOOK OF ABSTRACTS</i>
190	AREA ESPOSITIVA / <i>EXHIBITING AREA</i>
192	INFORMAZIONI GENERALI / <i>GENERAL INFORMATION</i>
195	HOTEL CONSIGLIATI / <i>RECOMMENDED HOTELS</i>
196	SCHEDA DI ISCRIZIONE / <i>REGISTRATION FORM</i>
199	SPONSOR / <i>SPONSOR COMPANIES</i>

PATROCINI PATRONAGES



AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



Associazione Igienisti Dentali Italiani



INTERNATIONAL
Piezosurgery Academy



Società Italiana
di Chirurgia Orale ed Implantologia



SOCIETÀ ITALIANA
DI IMPLANTOLOGIA
OSTEOINTEGRATA



Organizzare un congresso di questi tempi quando c'è un evento culturale ogni settimana, certe volte ogni giorno, è molto difficile: i colleghi non sono più disposti ad investire il proprio tempo in programmi culturali che non abbiano una reale utilità per la loro vita professionale.

Andare ai congressi è dispendioso in termini finanziari e personali perché si sottrae tempo alla professione, alle proprie famiglie e ai propri hobby. I congressi delle società scientifiche sono in affanno perché l'offerta culturale è sproporzionata rispetto alla domanda, neanche il fatto di essere gratuiti, come i congressi delle aziende, riesce ad attirare i colleghi e ad arginare un continuo calo delle presenze.

Alla luce di questa introduzione il lettore si chiede: "Ma perché devo andare al congresso di Quintessenza 2016?"

La risposta è semplice: non bisogna andare a tutti congressi del mondo ma bisogna scegliere pochi congressi durante l'anno che ti diano una visione di dove sta andando la nostra professione, senza una visione prospettica diventiamo obsoleti in pochi anni.

Non pensate che i pazienti non se ne accorgano: i pazienti si accorgono e vanno a farsi curare da chi trasmette professionalità e sa comunicare. In questo congresso vedrete i trend futuri dell'odontoiatria che diventeranno una realtà consolidata nei prossimi anni.

Il congresso ha inoltre una sezione giovani, in cui giovani entusiasti della propria professione parleranno in tre sessioni: i giovani odontoiatri non possono mancare a questo appuntamento perché sarà per loro un momento di crescita, di stimolo e di confronto.

Vedo nei giovani demotivazione e rassegnazione, sono d'accordo con loro non sono più i tempi d'oro dell'odontoiatria ma ci sarà sempre bisogno di bravi professionisti preparati, eticamente orientati, i pazienti percepiscono questo e si faranno curare da questi giovani professionisti.

Ricordatevi di imparare una piccola cosa ogni giorno, in 10 anni sarete dei professionisti diversi da quelli che non si aggiornano.

Il congresso odontoiatri si articola in differenti sessioni, coordinate fra loro da un filo logico, un panel di oratori di chiara fama riconosciuti per la loro onestà intellettuale, per la loro grande esperienza e competenza.

Le giornate congressuali sono state arricchite con corsi monotematici su importanti argomenti quale la fotografia digitale, lo sbiancamento dentale e il trattamento non chirurgico della malattia parodontale, argomenti di estrema attualità per tutte le figure professionali dell'odontoiatria.

Non si possono curare bene i pazienti senza ricerca clinica e continuo aggiornamento.

Nella libera professione è un dovere tenersi aggiornati, la ricerca clinica deve essere riservata alle istituzioni e ai centri deputati alla ricerca clinica: siamo studenti per tutta la vita!

Da ultimo e non meno importante è la città in cui è stato organizzato l'evento: Verona ricca di arte, cultura e con una raffinata tradizione culinaria.

Questo è un ulteriore motivo per segnare in agenda il Congresso di Quintessenza del 2016.

Tiziano Testori
Direttore Scientifico di INTERNAZIONALE & JOMI

Nowadays, when every week and sometime even every day a cultural event takes place, it is very difficult to organize a congress: our colleagues are no longer willing to invest their own time in cultural programs that are not so useful for their professional activity.

Go to conferences is expensive from an economic and personal point of view because it takes time away from the professional activity, the family and hobbies.

The congresses of Scientific societies are in trouble because the cultural offer is disproportionate to the demand and even free corporate events do not succeed in involving our colleagues and in limiting the decline in attendance.

After this introduction, the reader may ask: "Why I have to attend the 2016 Congress of Quintessenza?"

The answer is easy: it is not necessary to go to all the congresses in the world, but we must choose few events during the year able to give us a vision about the future of our profession, because without a prospective vision we are intended to become obsolete in just a few years. Don't think that patients may do not realize it: they notice it and decide to be treated by colleagues who transmits professional and communication skills.

In this congress, you'll be able to see the future trends of dentistry that will become a consolidated reality in the next years.

Moreover, the congress has a section dedicated to young people, in which young and enthusiastic colleagues will talk about their profession in three sessions: young colleagues can't miss this event because it will be an important opportunity of growth, stimulus and dialog.

I see in young colleagues demotivation and resignation; I agree with them that we are not living any more the heyday of dentistry, but there will be always need of trained, ethically oriented and skilled dentists and patients will understand their value and be willing to be treated by these young colleagues.

Remember to learn a little something every day: in 10 years you'll be different from those colleagues who don't undergo further training.

The congress is divided into different sessions coordinated with each other by a logical thread, a panel of eminent speakers recognized for their intellectual honesty and great experience and expertise.

The congress days have been enriched with monothematic courses on important topics, such as Digital Photography, Dental Bleaching and the Non surgical Treatment of Periodontal Disease, and all these topics are absolutely current for all the members of the dental team.

We can't treat patient in the best way without clinical research and continuous updating.

In private practice it is a duty to keep up to date, clinical research must be performed by institutions and dedicated centers: we are students for life!

Last, but not least, is the city where the congress takes place: Verona is a city full of art, culture and with a refined culinary tradition.

This is a further reason to put on your schedule the 2016 Congress of Quintessenza.

Tiziano Testori
Direttore Scientifico di Internazionale & JOMI

Editore

Quintessenza Edizioni nella persona di
Horst-Wolfgang Haase
Via Ciro Menotti, 65 - 20017 Rho - MI

Direttore Quintessenza Edizioni

Lauro Dusetti

Direttore Responsabile

Cristina Reina

Ufficio Marketing e Pubblicità

Lauro Dusetti (Direzione) Cell. 338 9312741
l.dusetti@quintessenzaedizioni.it
Silvia Fassetti
s.fassetti@quintessenzaedizioni.it

Redazione

Barbara Rossi
b.rossi@quintessenzaedizioni.it
Cristina Reina
c.reina@quintessenzaedizioni.it

Abbonamenti

Maria Calabrese
m.calabrese@quintessenzaedizioni.it
Marta Vergani
m.vergani@quintessenzaedizioni.it

Amministrazione

Maria Calabrese
m.calabrese@quintessenzaedizioni.it

Congressi

Lauro Dusetti
l.dusetti@quintessenzaedizioni.it
Silvia Fassetti
s.fassetti@quintessenzaedizioni.it
Marta Vergani
m.vergani@quintessenzaedizioni.it

QUINTESSENZA INTERNAZIONALE

è una rivista trimestrale pubblicata in lingua italiana da Quintessenza Edizioni s.r.l., via Ciro Menotti 65 - 20017 Rho, Milano.

COPYRIGHT © 2015 Proprietà letteraria e tutti i diritti riservati alla Quintessence Publishing Co. Inc. Il contenuto della rivista non può essere riprodotto o trasferito, neppure parzialmente, in alcuna forma e su qualsiasi supporto, elettronico, meccanico, fotocopia, disco o sistema di pirateria editoriale, salvo espresso autorizzazione scritta dell'Editore.

Questi declina ogni responsabilità nei confronti di manoscritti inoltrati senza essere stati espressamente richiesti dalla casa editrice. Le opinioni espresse riflettono il pensiero degli Autori.

La disdetta dell'abbonamento deve pervenire a mezzo raccomandata 3 mesi prima della scadenza.

Quintessenza Edizioni non è responsabile per la mancata consegna della rivista, dovuta a cause di forza maggiore.

Stampa: Reggiani Arti Grafiche S.r.l.
Via Dante Alighieri, 50 - 21010 Brezzo di Bedero (VA)

QUINTESSENZA EDIZIONI S.r.l. - Via Ciro Menotti 65
- 20017 Rho (MI) - Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in
Abbonamento Postale - 70% - LO/MI

Direttore Scientifico**Tiziano Testori****Comitato Scientifico**

Lilia Bortolotti	Stefano Gracis
Antonio Carrassi	Salvatore Longoni
Enrico Conserva	Domenico Massironi
Ugo Covani	Pierfrancesco Nocini
Massimo De Sanctis	Adriano Piattelli
Mauro Fradeani	Giovan Paolo Pini Prato
Luca Francetti	Giacomo Urbani
Luigi Galasso	Francesco Zuffetti
Fabio Galli	Roberto Weinstein
Enrico Gherlone	

Comitato di Lettura

Gianfranco Carnevale	Salvatore Longoni
Raffaele Cavalcanti	Massimiliano Martignoni
Matteo Chiapasco	Marco Morra
Ugo Consolo	Andrea Parenti
Gianpiero Cordioli	Stefano Parma Benfenati
Matteo Deflorian	Roberto Pontoriero
Sergio De Paoli	Loris Prosper
Danilo Di Stefano	Antonio Rocci
Giuseppe Ferronato	Eugenio Romeo
Luca Fumagalli	Massimo Simion
Giovanni Lodi	Giovanni Zucchelli

ABBONAMENTI

Abbonamento per il 2016:

Standard = Rivista solo cartacea euro 100,00

Quintessenza Internazionale & JOMI + JOMI online versione inglese

Full = rivista cartacea + online euro 110,00

Online = solo rivista online euro 70,00

Le quote comprendono l'imballo e le spese di spedizione.

METODI DI PAGAMENTO

- dal nostro sito internet www.quintessenzaedizioni.com con Carta di Credito tramite PayPal
- bonifico bancario anticipato: Banca Popolare Commercio e Industria, ag. 76 - Inveruno IT16T050483319000000002010 oppure Banca Intesa BANIT86Y0306920502100000005808 indicando nella causale testata e anno dell'abbonamento



Questo periodico è associato
all'Unione Stampa Periodica Italiana



Care Amiche e cari Amici,
è con grande piacere che vi invito a partecipare al 2° Congresso Internazionale di Quintessenza Edizioni: 'LA CULTURA ODONTOIATRICA ITALIANA NEL MONDO' che come per la prima edizione si terrà a Verona il 26, 27 e 28 Maggio 2016 presso il Palazzo della Gran Guardia, situato di fronte all'Arena di Verona nella splendida cornice di Piazza Bra.
Il programma scientifico è particolarmente innovativo e accattivante e ha come obiettivo di consentire a tutti voi di recepire con chiarezza il messaggio portato da ciascun relatore e di tornare alla vostra attività avendo acquisito qualcosa di nuovo e di utile.

Il congresso si apre con la giornata del 26 Maggio, che ha per titolo 'IL FUTURO DELL'ODONTOIATRIA', vede infatti protagonisti sul podio i giovani relatori 'under 40'. La giornata si conclude con un concorso in cui sarete chiamati a votare la migliore relazione. Il vincitore sarà invitato come relatore al 3° Congresso Quintessenza Edizioni del 2018.

Il Congresso vedrà la presenza di relatori italiani ed esteri di calibro internazionale, quali la Dr.ssa Vailati e i Proff. Berger, Grunder e Neugebauer, che metteranno a confronto le loro diverse esperienze.

Sabato 28, in parallelo al Congresso, si tiene la Giornata degli Odontotecnici e si organizzano tre corsi gratuiti aperti a odontoiatri, odontotecnici e igienisti.

Spero di potervi accogliere numerosi a Verona per condividere con me l'emozione e l'entusiasmo per questo importante evento di elevato contenuto scientifico.

Segnatevi queste date in agenda!

Dear Friends,

It is with great pleasure that I invite you to take part in the 2nd International Congress of Quintessenza Edizioni: 'DENTAL ITALIAN CULTURE IN THE WORLD', that as for the first edition will be held in Verona on 26, 27 and 28 May, 2016 at the Palazzo della Gran Guardia located in front of the Arena in the beautiful setting of Piazza Bra.

The scientific program is particularly innovative and attractive and aims to allow all of you to incorporate clearly the message carried out by each speaker and return to your daily practice having acquired something new and useful.

The conference opens with the day of May 26: 'THE FUTURE OF DENTISTRY', whose protagonists on the podium are the young speakers 'under 40'. The day conference ends with a contest in which you will be asked to vote for the best lecture. The winner will be invited to speak at our 3rd Congress of 2018.

The Congress boasts the presence of Italian and foreign internationally renowned speakers as Dr. Vailati and Proff. Berger, Grunder and Neugebauer, who will compare the different experiences.

Saturday May 28, in parallel to the Congress, takes place the Day of Dental Technicians and are organized three courses, with free admission, open to dentists, dental technicians and hygienists. I hope to welcome many of you in Verona to share with me the excitement and enthusiasm for this important event of high scientific content.

Save the dates in your diary!

Lauro Dusetti
QUINTESSENZA EDIZIONI

ANNO 32 • NUMERO 1 Bis • 2016

PROGRAMMA DEL CONGRESSO

GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016

CONGRESSO DEI GIOVANI

IL FUTURO DELL'ODONTOIATRIA

Moderatori: Pier Francesco Nocini,
Tiziano Testori, Giovanni Zucchelli

08.30–08.40 Saluto del Direttore *Lauro Dusetti* e presentazione del Congresso
Tiziano Testori, Pier Francesco Nocini

I SESSIONE: CHIRURGIA E IMPLANTOLOGIA

08.40–09.00 La tecnologia piezoelettrica applicata alla terapia chirurgica delle lesioni radiotrasparenti dei mascellari
Tommaso Ghedini

09.00–9.30 EASY LOADING PROTOCOL: Protocollo semplificato intraoperatorio per il carico immediato nelle edentulie totali
Tommaso Weinstein, Riccardo Scaini

09.30–10.00 La moderna fase diagnostica: La valutazione dei fattori di rischio in implantologia secondo il protocollo Longevity
Matteo Deflorian, Andrea Parenti

10.00–10.30 Break

II SESSIONE: CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE, PARODONTALE E IMPLANTARE

10.30–10.50 Trattamenti odontoiatrici in chirurgia maxillo-facciale: come gestire il paziente post-oncologico?
Edoardo Brauner

10.50–11.20 Key factors nel trattamento implantare nelle zone estetiche: dai trattamenti ai "ritrattamenti"
Luca Gobbato, Fabio Mazzocco

11.20–11.40 Chirurgia plastica parodontale: tecniche e fattori critici per il successo
Fabio Vignoletti

11.40–12.00 Protocolli operativi per la diagnosi e il trattamento della parodontite aggressiva
Stefano Corbella

12.00–12.20 La tecnica della parete connettivale in chirurgia rigenerativa
Martina Stefanini

12.20–12.40 Impianto in zona estetica a carico immediato con innesto connettivale
Claudio Mazzotti

12.40–13.00 Gestione dei tessuti perimplantari in situazioni cliniche complesse
Giacomo Santoro

13.00–13.20 Moderni protocolli di profilassi e terapia parodontale non chirurgica: Full Mouth Air Polishing Therapy. Dal paziente sano al paziente con periimplantite
Magda Mensi

13.20–14.20 Lunch

14.20–14.40 Incrementi ossei con membrane riassorbibili e non riassorbibili
Filippo Fontana

14.40–15.00 Flusso di lavoro digitale nella gestione dei tessuti molli periimplantari: dal carico immediato alla finalizzazione protesica
Claudio Mocci

15.00–15.20 Presentazione progetto editoriale Quintessenza Internazionale, articoli scientifici, sezione di pratica professionale
Tommaso Weinstein

III SESSIONE: PROTESI SU IMPIANTI E DENTI NATURALI E DIGITAL DENTISTRY

15.20–15.50 Accuratezza del sistema Dentalvox per il posizionamento implantare computer assistito
Giacomo Ori, Diego Capri

15.50–16.10 Fattori chiave nella gestione estetica dei tessuti periimplantari
Davide Farronato

16.10–16.30 Estetica in implanto-protesi
Gianluca Paniz

16.30–17.00 Break

17.00–17.20 Il flusso di lavoro digitale in protesi fissa: protocolli operativi
Luca Solimei

17.20–17.40 La gestione dell'area cervicale nel restauro protesico su denti naturali e impianti
Giacomo Fabbri

17.40–18.00 Le ceramiche integrali in protesi fissa: dalla tradizione all'odontoiatria digitale
Roberto Sorrentino

18.00–18.20 L'utilizzo delle tecnologie CAD/CAM in protesi totale: potenzialità e limiti
Piero Venezia

18.20–19.00 Discussione e votazione migliore relazione

CONFERENCE PROGRAM

THURSDAY, MAY 26, 2016

CONGRESS OF YOUNG DENTISTS

THE FUTURE OF DENTISTRY

Moderators: *Pier Francesco Nocini, Tiziano Testori, Giovanni Zucchelli*
08.30–08.40 Welcome of the Director *Lauro Dusetti* and Presentation of the Congress
Tiziano Testori, Pier Francesco Nocini

SESSION I: SURGERY AND IMPLANTS

08.40–09.00 Piezoelectric Bone Surgery in Treatment of Radiolucent Lesions of Jaws
Tommaso Ghedini
09.00–9.30 EASY LOADING PROTOCOL: Intraoperative Simplified Protocol for the Immediate Loading in Totally Edentulous Patient
Tommaso Weinstein, Riccardo Scaini
09.30–10.00 The Modern Diagnostic Phase: Risk Assessment in Oral Implantology. The Longevity Protocol
Matteo Deflorian, Andrea Parenti
10.00–10.30 Break

SESSION II: MAXILLOFACIAL SURGERY, PERIODONTAL AND IMPLANT

10.30–10.50 Dental Treatments in Maxillofacial Surgery: How to manage the Post-Oncological Patient?
Edoardo Brauner
10.50–11.20 Key Factors for Esthetic Success with Implant Supported Restorations. From an Esthetic Failure to a Successful Result
Luca Gobbato, Fabio Mazzocco
11.20–11.40 Periodontal Plastic Surgery: Techniques and Key Elements for Success
Fabio Vignoletti
11.40–12.00 Operative Protocols for the Diagnosis and Treatment of Aggressive Periodontitis
Stefano Corbella
12.00–12.20 The Connective Tissue Graft Wall Technique in Periodontal Regeneration
Martina Stefanini
12.20–12.40 Immediate Loaded Implant in Aesthetic Area in Conjunction with a Connective Tissue Graft *Claudio Mazzotti*

12.40–13.00 Management of Peri-Implant Tissues in Complex Clinical Situations
Giacomo Santoro

13.00–13.20 Modern Protocols of Prophylaxis and non Surgical Periodontal Therapy: Full Mouth Air Polishing Therapy. From Healthy Patient to Patient with Perimplantitis
Magda Mensi

13.20–14.20 Lunch

14.20–14.40 Bone Augmentation with Resorbable and non Resorbable Membranes
Filippo Fontana

14.40–15.00 Digital Workflow in the Management of Peri-Implant Soft Tissues: from Immediate Loading to the Final Prosthetics
Claudio Moccia

15.00–15.20 Publishing Project Presentation of Quintessenza Internazionale, Scientific Articles, Section of Professional Practice
Tommaso Weinstein

SESSION III: PROSTHESIS ON IMPLANT AND NATURAL TEETH AND DIGITAL DENTISTRY

15.20–15.50 Dentalvox System Accuracy for the Computer Assisted Dental Implants Positioning
Giacomo Ori, Diego Capri
15.50–16.10 Key Factors in Implant Aesthetic Rehabilitation
Davide Farronato
16.10–16.30 Aesthetics in Implant Prosthodontics
Gianluca Paniz
16.30–17.00 Break
17.00–17.20 The Digital Workflow in Fixed Prosthodontics: Operative Protocols
Luca Solimei
17.20–17.40 Interface Area Management in Cases of Teeth and Implant supported Restorations
Giacomo Fabbri
17.40–18.00 All-Ceramic Materials in Prosthodontics: from the Tradition to the Digital Dentistry
Roberto Sorrentino
18.00–18.20 Use of CAD/CAM Technologies in Total Prosthesis: Potentially and Limits
Piero Venezia
18.20–19.00 Discussion and Evaluation of the Best Presentation

PROGRAMMA DEL CONGRESSO

VENERDÌ 27 MAGGIO 2016

CONGRESSO ODONTOIATRI

08.30–09.00 Saluto del Direttore *Lauro Dusetti* e presentazione del congresso
Tiziano Testori, Pier Francesco Nocini

LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE TOTALMENTE EDENTULO

Moderatori: *Giovanni Zucchelli, Giuseppe Luongo*

09.00–09.30 Alternative terapeutiche implantari nei casi clinici complessi
Mauro Merli

09.30–10.00 Riabilitazioni a carico immediato dei mascellari atrofici con impianti inclinati
Enrico Agliardi

10.00–10.30 Atrofie mandibolari di classe V e VI di Cawood e Howell: protocolli terapeutici
Tiziano Testori

10.30–11.00 Precoci e tardive complicanze in implantologia
Jörg Neugebauer

11.00–11.30 Break

11.30–12.00 I risultati clinici dei primi 15 anni di utilizzo della chirurgia ossea piezoelettrica in Italia e nel mondo
Tomaso Vercellotti

PROTESI SU IMPIANTI ED ESTETICA

Chairmen: *Giano Ricci, Dino Re*

12.00–12.30 La rivoluzione digitale: la curva di apprendimento
Alessandro e Andrea Agnini

12.30–13.30 Gli impianti nella zona estetica
Ueli Grunder

13.30–14.30 Lunch

14.30–15.00 Full Digital Dentistry: la totale digitalizzazione delle procedure dello studio moderno
Giuseppe Luongo

15.00–15.30 Vantaggi della chirurgia guidata in alveoli post-estrattivi e in zona tubero-pterigoidea
Giovanni Polizzi

15.30–16.00 La programmazione protesica in chirurgia guidata
Tommaso Cantoni

16.00–16.30 L'integrazione tessutale e cromatica dei restauri in area estetica: consigli per la gestione delle problematiche cliniche
Andrea Chierico, Davide Faganello

16.30–17.00 Break

17.00–17.30 L'influenza di posizionamento dell'impianto per il successo a lungo termine, evitando il malposizionamento dell'impianto
Christian Berger

17.30–18.00 Come la morfologia gengivale influenza la preparazione del dente? Quanta importanza riveste la precisione marginale per l'ottenimento di un follow-up a lungo termine?
Loris Prosper

18.00–18.30 Discussione

SABATO 28 MAGGIO 2016

ORTODONZIA

Chairmen: *Roberto Spreafico, Tomaso Vercellotti*

09.00–09.30 L'ortodonzia linguale fissa senza attacchi, un nuovo approccio all'ortodonzia
Anna Mariniello, Fabio Cozzolino

09.30–10.00 Efficacia della cefalometria 3D nella programmazione dei casi ortognatici
Giovanna Perrotti, Massimiliano Politi

10.00–10.30 Break

PARODONTOLOGIA ED ESTETICA

10.30–11.15 Parodontologia oggi: che cosa significa? Considerazioni su 44 anni di attività clinica
Giano Ricci

11.15–12.00 Il trattamento dei difetti estetici periimplantari
Giovanni Zucchelli

12.00–13.00 Odontoiatria additiva vs sottrattiva. Quale seguire?
Francesca Vailati

13.00–14.00 Lunch

CONFERENCE PROGRAM

FRIDAY, MAY 27, 2016

DENTAL CONGRESS

08.30–09.00 Welcome of the Director *Lauro Dusetti*
and Presentation of the Congress
Tiziano Testori, Pier Francesco Nocini

THE REHABILITATION OF THE EDENTULOUS PATIENT

Moderators: *Giovanni Zucchelli,*
Giuseppe Luongo

09.00–09.30 Therapeutic Alternatives in Implant
Treatment in Complex Clinical Cases
Mauro Merli

09.30–10.00 Immediate Loading Rehabilitation of
Atrrophic Maxillary with Angled Implants
Enrico Agliardi

10.00–10.30 Cawood and Howell Class V and Class VI
Mandibular Atrophies: Treatment Protocols
Tiziano Testori

10.30–11.00 Early and Late Complications in Implant
Dentistry
Jörg Neugebauer

11.00–11.30 Break

11.30–12.00 The Clinical Results of the First 15 Years of
Use: the Piezoelectric Bone Surgery in Italy
and in the World
Tomaso Vercellotti

PROSTHESES ON IMPLANTS AND AESTHETICS

Chairmen: *Giano Ricci, Dino Re*

12.00–12.30 The Digital Revolution: the Learning Curve
Alessandro e Andrea Agnini

12.30–13.30 Implants in the Aesthetic Zone
Ueli Grunder

13.30–14.30 Lunch

14.30–15.00 Full Digital Dentistry: the Total Digitalization of
the Procedures of the Modern Dental Practice
Giuseppe Luongo

15.00–15.30 Advantages of Guided Surgery in Extraction
Sockets and in Tuber-Pterygoid Area
Giovanni Polizzi

15.30–16.00 Prosthetic Planning in Guided Surgery
Tommaso Cantoni

16.00–16.30 The Tissue and Color Integration of
Restorations in Aesthetic Area: Advice for
the Management of Clinical Problems
Andrea Chierico, Davide Faganello

16.30–17.00 Break

17.00–17.30 The Influence of Implant Positioning for
Long Term Success, avoiding Implant
Malpositioning
Christian Berger

17.30–18.00 How Gingival Morphology influence Tooth
Preparation? How Much Importance
Marginal Fit has in Order to obtain Long
Term Follow Up?
Loris Prosper

18.00–18.30 Discussion

SATURDAY, MAY 28, 2016

ORTHODONTICS

Chairmen: *Roberto Spreafico,*
Tomaso Vercellotti

09.00–09.30 Bracketless Fixed Lingual Orthodontics, a
New Approach in Orthodontic Treatment
Anna Mariniello, Fabio Cozzolino

09.30–10.00 Effectiveness of 3D Cephalometric in
Programming of Orthognathic Cases
Giovanna Perrotti, Massimiliano Politi

10.00–10.30 Break

PERIODONTICS AND AESTHETICS

10.30–11.15 Periodontics Today: What does it mean?
Considerations based on 44 Years of
Clinical Practice
Giano Ricci

11.15–12.00 The Periimplant Aesthetic Defects Treatment
Giovanni Zucchelli

12.00–13.00 Additive Dentistry vs Subtractive, which
follow?
Francesca Vailati

13.00–14.00 Lunch

PROGRAMMA DEL CONGRESSO

LA MODERNA "RESTORATIVE DENTISTRY" E ODONTOIATRIA DIGITALE

Chairmen: *Franco Brenna, Andrea Chierico*

14.00–14.30 La pianificazione estetica del restauro protesico attraverso strumenti digitali: attualità e nuove tendenze

Mario Imburgia

14.30–15.00 Disegno protesico: aspetti clinici e tecnici al sistema di "previsualizzazione estetica" nei casi semplici e complessi

Vincenzo Musella

15.00–15.30 Break

15.30–16.15 Le ricostruzioni parziali e totali nell'era digitale: indicazioni, materiali e applicazioni cliniche

Roberto Spreafico

16.15–17.00 Chiusura del congresso e presentazione

3° congresso 2018

Pier Francesco Nocini, Tiziano Testori

CORSI APERTI A MEDICI, ODONTOTECNICI E IGIENISTI

SABATO 28 MAGGIO 2016

09.00–13.00 Il moderno ruolo della fotografia digitale nell'analisi dell'anatomia ottica dentale
Pasquale Loiacono

09.00–13.00 Sbiancamento dentale: materiali e tecniche per il successo
Enrico Cogo

09.00–13.00 Terapia parodontale non chirurgica. Indicazioni, limiti e protocolli clinici con l'uso aggiuntivo del laser a diodo. Trattamento non chirurgico della periimplantite
Marisa Roncati



CONFERENCE PROGRAM

THE MODERN "RESTORATIVE DENTISTRY" AND DIGITAL DENTISTRY

Chairmen: *Franco Brenna, Andrea Chierico*

14.00–14.30 Planning the Aesthetics of the Prosthetic Restoration through Digital Tools: Current Concepts and New Trends
Mario Imburgia

14.30–15.00 Prosthetic Design: Clinical and Technical Aspects in the System "Aesthetic Preview"
Vincenzo Musella

15.00–15.30 Break

15.30–16.15 Partial and Full Restorations in the Digital Era: Indications, Materials and Clinical Applications
Roberto Spreafico

16.15–17.00 Closing of the Conference and Presentation of the 3rd Congress 2018
Pier Francesco Nocini, Tiziano Testori

COURSES OPEN TO DENTISTS, DENTAL TECHNICIANS AND HYGIENISTS

SATURDAY, MAY 28, 2016

09.00–13.00 The Role of Digital Photography Today in the Analysis of Dental Optical Anatomy
Pasquale Loiacono

09.00–13.00 Dental Bleaching: Materials and Techniques for the Success
Enrico Cogo

09.00–13.00 Nonsurgical Periodontal Therapy. Indications, Limits and Clinical Protocols with the Additional Use of Diode Laser. Nonsurgical Treatment of Perimplantitis
Marisa Roncati



Riabilitazione a carico immediato dei mascellari atrofici con impianti inclinati

Enrico Agliardi

Venerdì 27 Maggio 2016 - 09.30/10.00

Durante gli ultimi anni i materiali e le tecniche in implantologia hanno subito continui miglioramenti ed il carico immediato è oggi una procedura affidabile e predicibile, soprattutto nella riabilitazione dell'intera arcata. I soggetti destinati all'estrazione di tutti gli elementi dentali per problemi dento-parodontali trarranno un grande beneficio nel ricevere un manufatto fissato agli impianti che possa dare funzione ed estetica immediata. In particolare, evitare una fase di edentulia totale con l'utilizzo manufatti rimovibili che richiedono continui ritocchi rappresenta un grande vantaggio psicologico.

Il trattamento delle atrofie ossee mascellari per mezzo di una protesi fissa implanto-supportata richiede una stretta collaborazione tra il chirurgo ed il protesista, soprattutto durante la fase diagnostica e di progettazione del caso. Infatti, oltre alla sostituzione degli elementi dentali è spesso necessario ristabilire un'idonea dimensione verticale ed un corretto rapporto tridimensionale delle basi ossee. Inoltre è fondamentale dare un sostegno ai tessuti molli peri-orali del terzo medio e inferiore del volto ricostruendo il volume osseo e gengivale perduto. È possibile fare questo chirurgicamente o grazie alla struttura protesica. Se però gli innesti ossei registrano percentuali di successo elevate nei soggetti più giovani e in un buon stato di salute generale, ben differente è la risposta biologica di un soggetto anziano con disordini nel sistema cardio-vascolare o immunitario oppure con patologie croniche poco controllate (diabete) o in trattamento con alcune categorie di farmaci (anticoagulanti, bifosfonati). Inoltre i lunghi tempi di cura, l'elevata morbilità degli interventi e il disagio post-operatorio non incoraggiano i pazienti ad accettare il trattamento. Fortunatamente la tendenza della moderna medicina consiste nella diminuzione dei tempi di lavoro e nella semplificazione dei protocolli clinici. È in questa direzione che negli ultimi anni sono state introdotte soluzioni che prevedono un limitato numero di impianti inseriti nell'osso residuo del paziente, senza dunque la necessità di eseguire estesi innesti ossei. L'autore ha lavorato a diversi schemi terapeutici per l'edentulia mascellare, soprattutto per i casi di ridotta disponibilità ossea (Fig. 1). Dipendendo dalla quantità e distribuzione di osso residuo, è possibile posizionare esclusivamente impianti convenzionali in sede intra-orale oppure associarli a fixture zigomatiche per un ancoraggio extra-mascellare. In casi di atrofia estrema è necessario ricorrere ai soli impianti zigomatici.

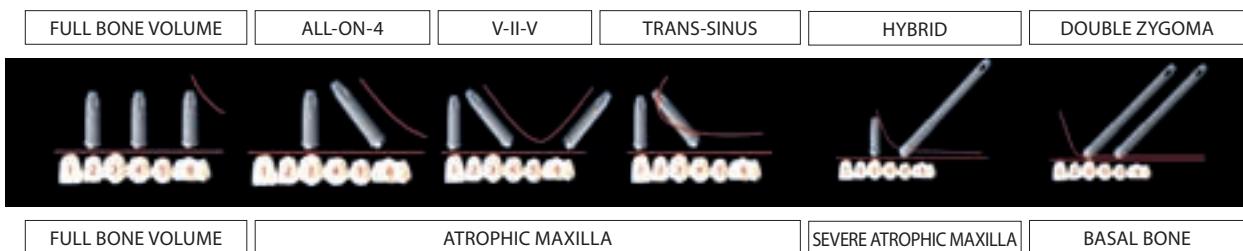


Figura 1

Schema di trattamento sviluppato dall'autore per il trattamento dell'edenutlia mascellare in accordo con la quantità di osso disponibile.
Treatment scheme developed by the Author for the treatment of maxillary edentulism in relation to the amount of available bone.

Immediate Loading Rehabilitation of Atrophic Maxillary with Angled Implants

Enrico Agliardi

Friday, May 27, 2016 - 09.30/10.00

In recent years, the materials and techniques used in implantology have undergone continuous improvements; immediate loading has now become a reliable, predictable procedure, especially in full-arch rehabilitation. The patients who must undergo the extraction of all the dental elements for dental-periodontal problems will greatly benefit from a prosthetic work fixed to implants, which can give an immediate functional and aesthetic result. Avoiding a phase of total edentulism and the use of removable dental prostheses that require continuous adjustments, in particular, represents a great psychological advantage.

The treatment of maxillary bone atrophies by means of an implant-supported fixed dental prosthesis requires close collaboration between the surgeon and the prosthodontist, especially during the diagnostic and case design phases. In fact, besides replacing the dental elements, it is often necessary to restore a suitable vertical dimension and a correct three-dimensional relationship of the bone bases; it is also fundamental to support perioral soft tissues of the middle and lower thirds of the face by restoring the lost bone and gingival volume. This can be obtained either with surgery, or thanks to the prosthetic structure. While bone grafts show high success rates in younger patients in good health, the biological response is clearly different in elderly patients with cardiovascular or immune system disorders, or poorly controlled chronic diseases (diabetes), or treated with some categories of drugs (anticoagulants, bisphosphonates). Besides, the length of treatment times, the high morbidity of surgery and the postoperative discomfort do not encourage the patients to accept the treatment.

Fortunately, modern medicine tends to reduce working times and simplify clinical protocols. Following this trend, solutions have been recently introduced which involve the insertion of a limited number of implants in the remaining bone of the patient, with no need of extended bone grafts.

The Author has worked on several therapeutic schemes for maxillary edentulism, especially for cases in which there is a reduced bone availability (Fig 1). Depending on the amount and distribution of the remaining bone, it is possible to position only conventional implants intraorally, or to combine them with zygomatic fixtures for an extramaxillary anchorage. In case of extreme atrophy, only the zygomatic implants must be used.

The first anatomic modification related to the total loss of dental elements is the pneumatization and coronal expansion of sinus cavities. The height reduction of the bone ridge in the lateral-posterior sectors makes it necessary for the clinician to perform maxillary sinus lift procedures or to insert short implants. Before thinking about a regenerative technique, it can be useful to consider the possibility of inserting posterior implants tilted between 30-45 degrees in the mesiodistal direction. The advantage is to have an implant body in a good density, such as the canine pillar, while the prosthetic platform is located more distally - usually at the level of the second premolar. Moreover, having the implant body in contact with the anterior sinus wall it helps to increase the primary stability of the implants, which is an

Una prima modifica anatomica associata alla perdita totale degli elementi dentali consiste nella pneumatizzazione ed espansione in direzione coronale delle cavità sinusali. La riduzione in altezza della cresta ossea nei settori latero-posteriori obbliga il clinico a procedure di elevazione del seno mascellare oppure all'inserimento di impianti di ridotte dimensioni. Prima però di pensare ad una tecnica rigenerativa può essere utile considerare l'opzione di inserire gli impianti posteriori con una inclinazione in senso mesio-distale di 30-45 gradi. Il vantaggio è di avere un corpo implantare in osso di buona densità come il pilastro canino, mentre la piattaforma protesica è posizionata più distalmente, generalmente a livello del secondo premolare. Inoltre, un tragitto implantare prossimo alla parete anteriore della cavità sinusale contribuisce ad aumentare la stabilità primaria degli impianti, condizione fondamentale per applicare il carico immediato. (Figg. 2-4 Preda Laura).

Nel 2009 Agliardi pubblicò una tecnica, chiamata V-II-V, che prevede l'inserimento di un impianto per lato ad ingaggiare la corticale posteriore del seno mascellare (Figg. 5-8).



Figura 2

Inserimento di 4 impianti secondo la tecnica All-on-4.
Due impianti sono stati posizionati assialmente al processo alveolare e lateralmente al canale naso-palatino, mentre le due fixture posteriori hanno la piattaforma a livello della regione premolare.

Insertion of 4 implants with the All-on-4 technique. Two implants have been positioned axially to the alveolar process and laterally to the nasopalatine canal, while the other two posterior fixtures have their platforms at the level of premolar regions.



Figura 3

La riabilitazione definitiva consiste in una struttura in titanio CAD/CAM e in 12 corone individuali in di silicato di litio.

The final rehabilitation consists of a CAD/CAM titanium structure and 12 lithium disilicate single crowns.

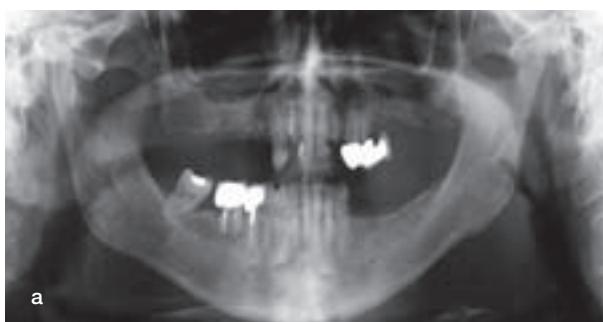


Figure 4a,b

La radiografia panoramica eseguita dopo 4 anni dal carico evidenzia il mantenimento del livello osseo a livello degli impianti.
The panoramic X-ray taken after at 4 years after loading shows that bone height at the implant level has been maintained.



essential condition for immediate loading (Figs 2 to 4 Preda Laura).

In 2009, Agliardi published a technique called V-II-V, which involves the insertion of one implant on each side, engaging the posterior cortical bone of the maxillary sinus (Figs 5 to 8). Unlike pterygoid and pterygomaxillary implants, this fixture runs along the posterior wall of the sinus cavity with a distomesial tilting ranging from 30 to 45 degrees. In cases of sufficient availability in the area, and thanks to the inclination, the Author was able to insert even 13 mm long fixtures with primary stability levels of 50 Newtons. This technique is indicated for patients with low bone density who show a mandibular occlusion up to the second molar or who exert strong masticatory forces.

When, even at the premaxilla level, the volume is not sufficient for the insertion of implants with at least 10 mm height and 4 mm diameter, an extraoral anchorage must be created by inserting two zygomatic fixtures on each side (Figs 9 to 11). This is a valid alternative to bone grafts and total maxillary arch restoration.

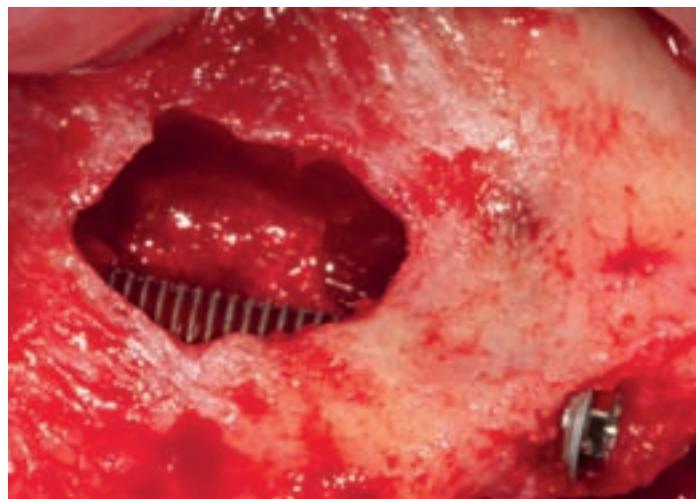


Figura 5

Particolare dell'implante trans-sinusale. Utilizzando il manipolo piezoelettrico si apre una finestra ossea per l'accesso al seno mascellare sinistro. La parte anteriore della membrana di Schneider viene riflessa posteriormente al fine di creare spazio per la preparazione dell'osteotomia. Un impianto Nobel Speedy Extra Long di 25 mm viene inserito ingaggiando tre corticali ossee (la corticale crestale, il pavimento del seno mascellare e la sua parete anteriore) avvicinandosi alla parete laterale del naso (ingaggio multi corticale). Si colloca successivamente un innesto di oso autologo a copertura della superficie intrasinusale dell'impianto.

Trans-sinus implant detail. A bone window for accessing to the left maxillary sinus is created using the piezoelectric handpiece. The anterior portion of the Schneiderian membrane is reflected posteriorly to create space for osteotomy preparation. A 25 mm Nobel Speedy Extra Long implant is inserted, engaging three cortical bones (the crestal cortical bone, the maxillary sinus floor and its anterior wall) and ending close to the lateral wall of the nose (multicortical engagement). An autologous bone graft is subsequently placed in order to cover the intrasinus surface of the implant.



Figura 6

Visione di insieme dei 6 impianti inseriti secondo la tecnica V-II-V. Notare il sottile spessore della cresta ossea a livello della pre-maxilla dove sono stati posizionati due impianti assialmente alla cresta ossea.

Overview of the 6 implants inserted with the V-II-V technique. Notice the reduced thickness of the bone ridge at the premaxilla level, where two implants have been positioned axially to the bone ridge.

A differenza degli impianti pterigoidei e pterigomascellari, questa fixture corre lungo la parete posteriore della cavità sinusale con un'inclinazione disto-mesiale variabile tra 30 e 45 gradi. Nel caso di adeguata disponibilità nell'area e grazie all'inclinazione l'autore ha inserito fixture lunghe anche 13 mm con livelli di stabilità primaria di 50 Newton. Questa tecnica trova indicazione in pazienti con scarsa densità ossea e che presentano un'occlusione mandibolare fino al secondo molare o che esercitano grandi forze masticatorie.

Quando anche a livello della premaxilla non esiste un volume sufficiente per inserire impianti di almeno 10 mm di altezza e di 4 mm di diametro, è necessario trovare un ancoraggio extra-orale inserendo due fixture zigomatiche per lato (Figg. 9-11). Questa rappresenta un'alternativa valida agli innesti ossei e alla ricostruzione completa dell'arcata mascellare.

Figura 7

Protesi definitive contenenti una struttura in titanio CAD/CAM e denti in composito.

Final prosthesis containing a CAD/CAM titanium structure and composite crowns



Figura 8

Radiografia panoramica eseguita dopo la consegna dei manufatti definitivi evidenzia un cambio nella morfologia della cavità sinusale, con evidenza di nuova formazione ossea distalmente all'impianto in posizione 25.

The panoramic X-ray taken after the final prosthetic rehabilitation shows a change in sinus cavity morphology, with evidence of new bone formation distally to the implant on 25.

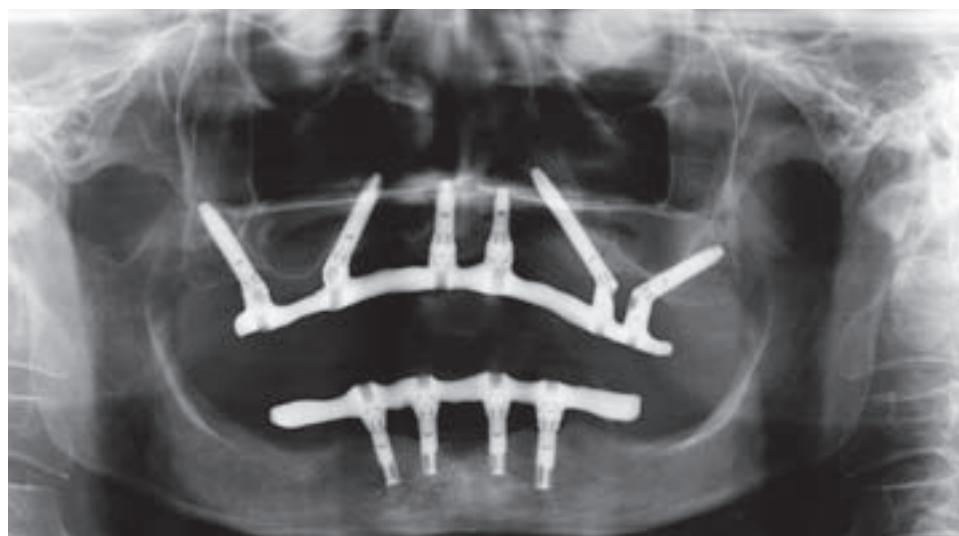




Figura 9

La tecnica di inserzione di questi impianti zigomatici evita di avere le piattaforme protesiche nel mezzo del palato duro.

The insertion technique of these zygomatic implants avoids having the denture bases in the middle of the hard palate.

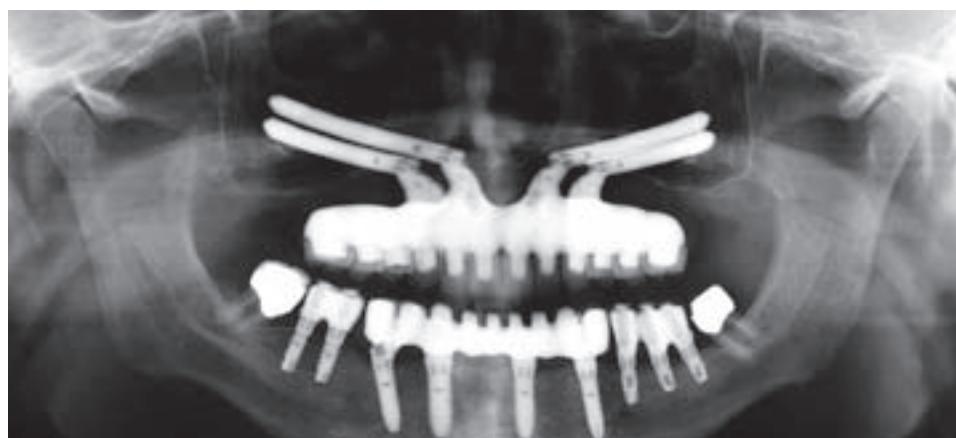


Figura 10

Radiografia panoramica di controllo con il manufatto finale.

Follow-up panoramic X-ray with the final prosthetic work.

La rivoluzione digitale: la curva di apprendimento

Alessandro e Andrea Agnini

Venerdì 27 Maggio 2016 - 12.00/12.30

Nelle riabilitazioni protesiche, abbiamo utilizzato per anni protocolli codificati ed ampiamente descritti in letteratura, con risultati che hanno soddisfatto le nostre esigenze ed anche quelle dei nostri pazienti. Si può affermare che l'avvento delle nuove tecnologie abbia permesso al team odontoiatrico di utilizzare nuovi materiali e nuovi strumenti che hanno facilitato la produzione, un adattamento ed una precisione del manufatto protesico che era stata, fino ad oggi, difficile da ottenere in maniera standardizzata.

Oggi, la presa dell'impronta digitale è una delle aree più studiate in odontoiatria, dato che lo scanner tridimensionale orale viene richiesto per diverse finalità cliniche quali protesi su denti naturali, protesi implantare ed ortodonzia. Tutti gli scanner orali esistenti stanno cercando di eliminare i limiti e gli svantaggi dei protocolli tradizionali, mantenendo un alto livello di precisione per poter diventare una alternativa efficace alle tecniche analogiche.

Durante la presentazione verranno analizzati diversi casi clinici, sottolineando i protocolli digitali che hanno sviluppato nel corso della loro curva di apprendimento, ponendo la loro attenzione sui continui sviluppi dei materiali e delle loro caratteristiche, ed i miglioramenti quotidiani dei nuovi software. Verranno anche descritti come i materiali e le tecniche tradizionali siano stati in parte sostituiti con le nuove innovative tecnologie, e come i risultati ottenuti da queste sistematiche siano alla pari, ed in molti anche migliori, di quelle tradizionali.



Figura 1

Con lo Scanner Intraorale si possono produrre File che, una volta machtati insieme permettono al tecnico di elaborare il progetto protesico al Cad.

With the intraoral scanner it is possible to produce files that, once matched together, allow the technician to elaborate the Cad prosthetic design.

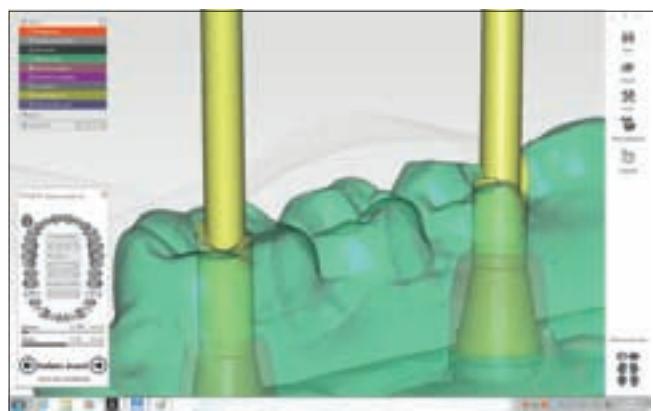


Figura 2

Nei casi implantari si possono valutare diversi parametri, tra cui il cammino della vite e gli spessori protesici.

In implants cases, it is possible to evaluate different parameters, including the screw chimney and the prosthetic thicknesses.

The Digital Revolution: the Learning Curve

Alessandro e Andrea Agnini

Friday, May 27, 2016 - 12.00/12.30

For many years, in the prosthetic rehabilitation we used codified and well recognized in literature protocols, with results that had satisfied our needs and those of the patients. We can affirm that the development of new technologies has allowed the use of new materials and tools by the dental team, making easier the prosthetic element production, fit and accuracy, that till now was difficult to obtain in a standardized way. Nowadays, digital impression is one of the more studied item in dentistry, as the 3D oral scanner is requested for different clinical purposes, as prosthesis on natural teeth, implant supported prosthesis and orthodontics.

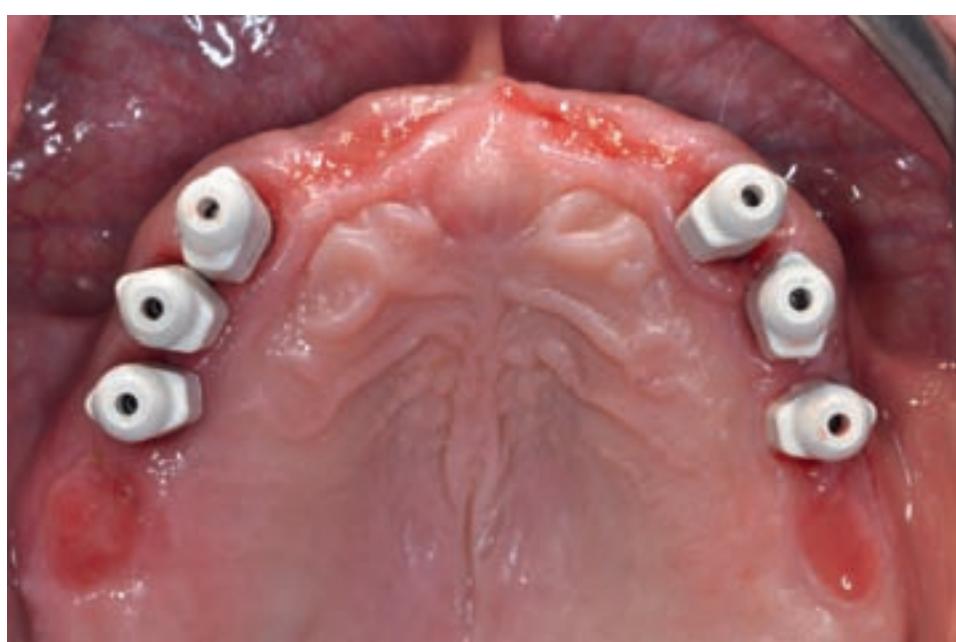
All the available scanners try to eliminate the limits and disadvantages of the traditional protocols, while maintaining a high precision level in order to become an effective



Figure 3,4

Anche nei casi più complessi è oggi possibile, con ancora alcune limitazioni, completare il flusso di lavoro protesico in maniera completamente digitale.

Even in the most complex cases, now is possible, with still some limits, to complete the prosthetic workflow in a totally digital way.



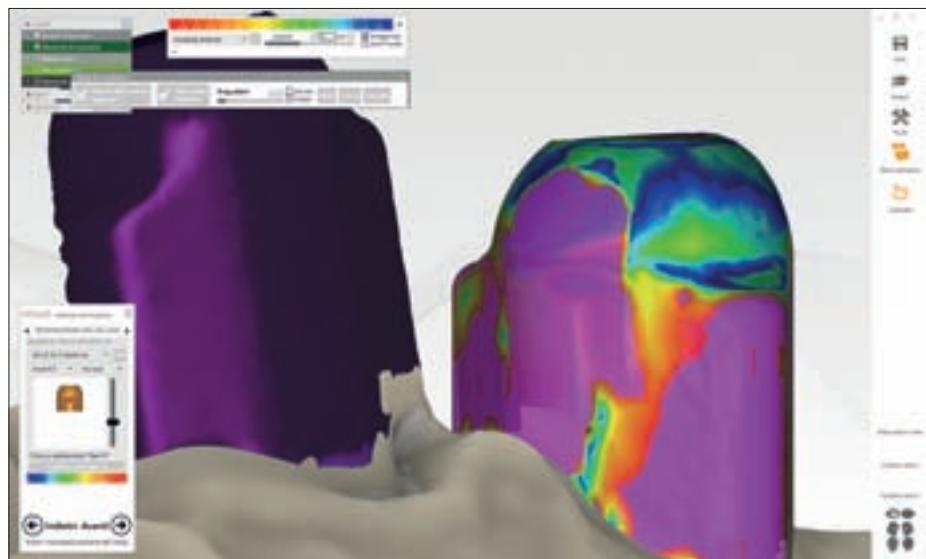


Figura 5

I software CAD permettono al tecnico (Cad Designer) di controllare l'accuratezza delle scansioni intraorali, attraverso una procedura denominata Best Fit

CAD softwares allow the technician (Cad Designer) to control the accuracy of the intraoral scans, through a procedure called Best Fit

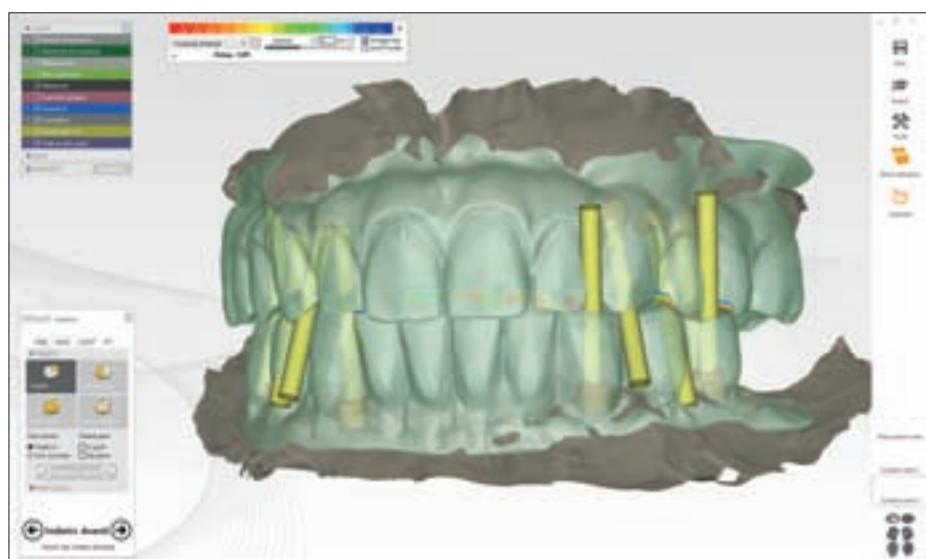


Figura 6

Il Cad Designer, sulla base delle scansioni del provvisorio a carico implantare, può progettare e, nella Fase Cam, mandare in produzione un prototipo da poter provare sul paziente.

The Cad Designer, based on the scans of the implant-supported provisional, can design and, in the Cam stage, send in production a prototype that will be tried on the patient.



Figura 7

I vantaggi delle tecnologie digitali si avvertono soprattutto in Implant Protesi, evitando, ad esempio, le tolleranze protesiche necessarie nel flusso di lavoro Tradizionale.

The advantages of the digital technologies are evident especially in case of implant-supported prosthesis, avoiding, for example, the prosthetic tolerances needed in the traditional workflow.

alternative to the analogical techniques. During the lecture different case report will be examined, underlining the digital protocols developed and their learning curve, focusing on the ongoing developments of the dental materials and their properties, and the new softwares improvement.

We'll show how the traditional materials and techniques have been partly substituted by new technologies and how the results obtained with this new systems are similar, and in many cases even better than the ones obtain with the traditional techniques.



Figura 8

Il continuo sviluppo dei nuovi materiali e delle nuove tecnologie ha permesso alla moderna odontoiatria di apportare anche casi complessi come i full arch implantari a poter essere trattati con un flusso completamente digitale. Il background tradizionale del clinico e del tecnico risultano, in ogni caso, fondamentali ai fini del successo estetico e funzionale finale.

The continuing development of new materials and technologies allowed modern dentistry to treat also complex cases, such implant full arch prosthesis, with a totally digital workflow. Anyway, the traditional background of dentist and technician is fundamental for the final aesthetic and functional success.

L'influenza di posizionamento dell'impianto per il successo a lungo termine, evitando il malposizionamento dell'impianto

Christian Berger

Venerdì 27 Maggio 2016 - 17.00/17.30

A differenza di altre discipline dentali, la terapia implantare non può iniziare a meno che non si siano verificati gravi deficit, come la perdita di denti e il danno a carico dei tessuti duri e molli. A questo riguardo, l'implantologia orale è la disciplina d'elezione per la ricostruzione dell'estetica bianca e rosa. È un dato di fatto che i restauri che imitano la natura richiedano un lavoro di squadra. Senza la collaborazione tra clinico, odontotecnico e paziente non si può ottenere o preservare né il successo estetico né quello funzionale. Quando si restaurano le strutture ossee e il tessuto molle è importante riconoscere ed evitare i rischi in fase precoce, nonché evitare e gestire le complicate.

Per la valutazione del rischio, la European Consensus Conferences di BDIZ EDI ha messo a punto il Cologne ABC Risk Score nel 2012. Il Cologne Risk Score utilizza un semplice sistema ABC, probabilmente con la visualizzazione dei tre colori di un semaforo, così che i clinici hanno la possibilità di classificare il trattamento implantare pianificato. Il Risk Score consiste in quattro valutazioni parziali: storia medica, risultati locali, sottosezione chirurgica e sottosezione protesica. Ciascuna di queste valutazioni parziali viene calcolata da sola, con i risultati - come i criteri - espressi in termini di colori verde, giallo e arancione, corrispondenti a A, B e C ('Always' - 'Between' - 'Complex'). Se due o più criteri di una valutazione parziale vengono considerati come giallo (B, rischio medio), l'intera valutazione parziale viene considerata essere B (giallo, rischio medio). In modo similare, quattro criteri gialli o due criteri arancioni danno come risultato una valutazione parziale globale di C (arancione, rischio maggiorato). La classificazione ABC è così definita:

- A = 'Always' area verde con il rischio minore
- B = 'Between' area gialla con rischio medio
- C = 'Complex' area arancione con rischio maggiorato

Il rosso è riservato ai casi in cui la valutazione del rischio mostra che quel trattamento non può essere raccomandato, il che però non è lo stesso dell'essere controindicato.

La valutazione globale del paziente secondo il Cologne ABC Risk Score avviene in questo modo:

- Se tutte le valutazioni parziali sono verdi, il caso del paziente può essere considerato nel suo insieme come a basso rischio (A sta per 'Always').
- Se almeno due delle quattro valutazioni parziali sono gialle, il caso del paziente può essere considerato nel suo insieme come a medio rischio (B sta per 'Between').
- Se tutte le valutazioni parziali sono gialle, il caso del paziente è considerato come a rischio maggiorato (C sta per 'Complex'). Lo stesso avviene se almeno due delle quattro valutazioni parziali sono arancioni e gialle.

Per quanto riguarda la perdita traumatica di osso o l'avanzata atrofia ossea, è necessario un incremento di tessuto duro per ottenere una riabilitazione orale estetica di successo. Per molti decenni, l'innesto di osso autologo è stato considerato il gold standard nella chirurgia

The Influence of Implant Positioning for Long Term Success, avoiding Implant Malpositioning

Christian Berger

Friday, May 27, 2016 - 17.00/17.30

Unlike other dental disciplines, implant therapy is not to start until severe deficits have already been existing: loss of teeth, damage of hard and soft tissue. In this respect oral implantology is the top-class discipline related to reconstructing red-white aesthetics. As a matter of fact close-to-nature restorations require teamwork. Without the cooperation between clinician, dental technician and patient neither functional nor aesthetical success can be reached or preserved. When restoring lost bone structures and soft tissue it is important to recognize and avoid risks in an early state and to prevent and manage complications.

For risk assessment the European Consensus Conferences of BDIZ EDI developed the Cologne ABC Risk Score in 2012. The Cologne Risk Score is using a simple ABC system, possibly and attractively visualized in the three colors of the traffic light, clinicians are given the opportunity to rate the planned implant treatment. The Risk Score consists of four partial scores: Medical history, Local findings, Surgical subsection and Restorative subsection. Each of these partial scores is calculated by itself, with the results – like the criteria – expressed in terms of the colours green, yellow and orange, corresponding to A, B and C ('Always' – 'Between' – 'Complex'). If two or more criteria for a partial score are assessed as yellow (for B, medium risk), the entire partial score is deemed to be B (yellow, medium risk). Similarly, four yellow or two orange criteria result in an overall partial score of C (orange, increased risk).

The ABC classification is defined as follows:

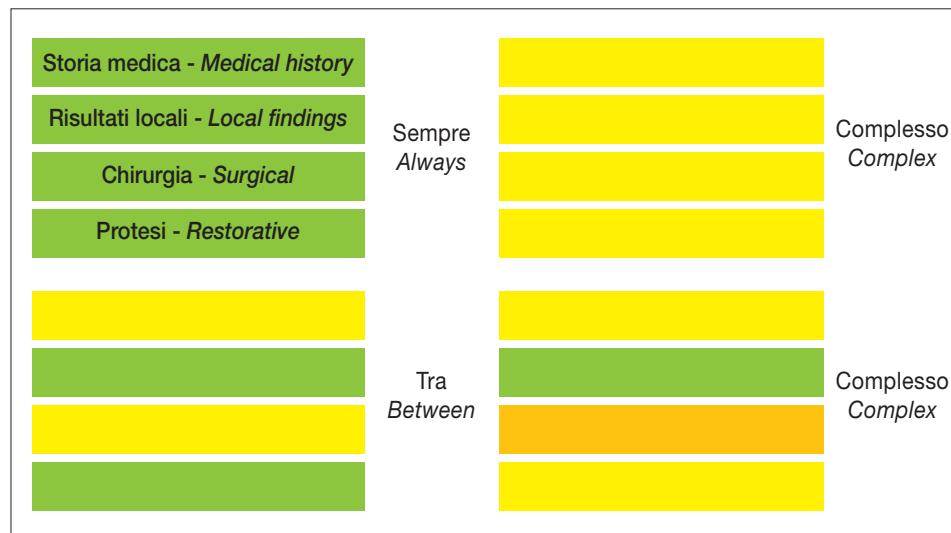
- 'Always' lowest assessed risk green area
- 'Between' medium risk yellow area
- 'Complex' increased risk orange area

Red is reserved for cases where the risk assessment shows that treatment at issue may not be recommended which is not the same as being contraindicated.

The overall patient assessment according to the Cologne ABC Risk Score works as follows:

- *If all partial scores are green, the patient case as a whole is assessed as low-risk (A for 'Always').*
- *If at least two of the four partial scores are yellow, the patient case as a whole is assessed as medium-risk (B for 'Between').*
- *If all partial scores are yellow, the patient case is assessed as increased-risk (C for 'Complex'). The same is true if at least two of the four partial scores are orange and yellow.*

Focusing traumatic bone loss or advanced atrophic bone, hard-tissue augmentation is necessary to reach successful aesthetical oral rehabilitation. For many decades autologous bone augmentation had been considered the gold standard in regenerative surgery – besides distraction osteogenesis. Socket preservation plays an increasing role when extracting the tooth in order to avoid extensive bone resorption of the alveolar ridge, and to keep the buccal bone plate accordingly. Nevertheless, extensive bone defects can not always be avoided especially after traumatic tooth loss.



rigenerativa – a fianco della distrazione osteogenetica. La conservazione dell’alveolo riveste un ruolo maggiore in caso di estrazione del dente al fine di evitare un esteso riassorbimento osseo della cresta alveolare e per mantenere di conseguenza il piano osseo buccale. Nonostante ciò, non sempre è possibile evitare difetti ossei estesi, soprattutto dopo la perdita traumatica di un dente.

La Cologne Classification of Alveolar Ridge Defects (CCARD) classifica le mancanze di volume del processo alveolare indipendentemente dalla loro eziologia come difetti verticali, orizzontale e combinati (H, V, C), eventualmente in combinazione con un difetto nell’area del seno (+S). Prende in considerazione l’estensione dell’incremento necessario (1: < 4 mm, 2: 4-8 mm, 3: > 8 mm) e la relazione dell’innesto alla morfologia circostante (i: interno, all’interno del contorno della cresta vs. e: esterno, al di fuori del contorno della cresta) e raccomanda possibili approcci di trattamento basati sull’attuale letteratura.

Queste raccomandazioni CCARD hanno lo scopo di servire solo da linee guida, nei casi di tessuto molle sano e condizioni generali buone. Essi possono essere disattesi in casi eccezionali (come chirurgia precedente, co-morbilità, qualità ossea compromessa, mancanze del tessuto molle), sulla base del Cologne ABC Risk Score, e se il trattamento viene eseguito da specialisti designati.

Una scarsa pianificazione del trattamento protesico e/o la sua esecuzione può portare al malposizionamento degli impianti. Come è possibile evitare le complicanze causate da una pianificazione inadeguata? Questa relazione fornirà una panoramica dei sistemi di pianificazione del trattamento – a partire dalla diagnostica tridimensionale in implantologia orale in combinazione con i nuovi sistemi CAD/CAM e i nuovi sistemi per integrare le opzioni virtuali e protesiche. Saranno date raccomandazioni per la prevenzione dei danni alle strutture adiacenti. In letteratura è stato riportato che il malposizionamento si verifica nell’1% dei casi (Goodacre, 2003). Si deve notare, però, che può essere stato incluso il considerazioni rilevanti solo il malposizionamento su larga scala (con conseguenze terapeutiche). La letteratura suggerisce anche che la regione anteriore, e in particolare le sostituzioni di denti singoli o in caso di estesi spazi edentuli, rappresentano la massima sfida per quanto riguarda il corretto posizionamento tridimensionale degli impianti. Questa relazione include anche la pianificazione del trattamento computer-assistita, nonché i sistemi di navigazione chirurgica al fine di descriverne i vantaggi da un punto di vista

Part.1:	Orientamento del difetto <i>Orientation of the defect</i>
	H: orizzontale - <i>horizontal</i>
	V: verticale - <i>vertical</i>
	C: Combinato - <i>combined</i>
	S (or + S): area del seno - <i>sinus area</i>
Part.2:	Necessità di ricostruzione associate al difetto <i>Reconstruction needs associated with the defect</i>
	1. bassa - <i>low</i> : < 4 mm
	2. media - <i>medium</i> : 4-8 mm
	3. alta - <i>high</i> : > 8 mm
Part.3:	Relazione di incremento e regione del difetto <i>Relation of augmentation and defect region</i>
	i. interno, all'interno del contorno - <i>internal, inside the contour</i>
	e. esterno, al di fuori del contorno della cresta - <i>external, outside the ridge contour</i>

The Cologne Classification of Alveolar Ridge Defects (CCARD) classifies volume deficiencies of the alveolar process regardless of their aetiology as vertical, horizontal and combined defects (H, V, C), possibly in conjunction with a sinus area defect (+S). It takes into account the extent of the augmentation needed (1: < 4 mm, 2: 4-8 mm, 3: > 8 mm) and the relation of the graft to the surrounding morphology (i: intern, inside the ridge contour vs. e: extern, outside the ridge contour) and makes recommendations on possible treatment approaches based on the current literature.

These CCARD-recommendations are intended to serve as a general guideline only, in cases of healthy soft tissue and good general conditions. They can be departed from in exceptional cases (e.g. previous surgery, co-morbidity, compromised bone quality, softtissue deficiencies), based on the Cologne ABC Risk Score, and if the treatment is performed by designated specialists.

Poor prosthetic treatment planning and/or its execution may lead to malpositioning of implants. How can complications be avoided caused by inadequate planning? This lecture will give an overview of treatment planning systems – beginning with three-dimensional diagnostics in oral implantology in combination with new CAD/CAM-systems and new systems to integrate both virtual and prosthetic options. Recommendations for the prevention of damage to adjacent structures will be given. Malpositioning has been reported in the literature as occurring in than 1% of cases (Goodacre, 2003). It should be noted, however, that only malpositioning on a larger scale (with therapeutic consequences) may have been included in the relevant considerations. The literature also suggests that the anterior region, and in particular single-tooth replacements in single-tooth or extended edentulous spaces, present the greatest challenges with regard to the correct three-dimensional positioning of implants. The lecture includes computer-assisted treatment planning as well as surgical navigation systems to describe their benefits from a scientific and clinical point of view. Diligent evaluation of all findings are prerequisite for avoiding numerous potential complication of implant treatment before the fact.

Focusing traumatic bone loss or advanced atrophic bone, hard-tissue augmentation

scientifico e clinico. L'accurata valutazione di tutti gli elementi sono un prerequisito per evitare il potenziale di complicanze nel trattamento implantare prima che si verifichino.

Per quanto riguarda la perdita traumatica di osso o l'avanzata atrofia ossea, è necessario un incremento di tessuto duro per ottenere una riabilitazione orale estetica di successo. Per molti decenni, l'innesto di osso autologo è stato considerato il gold standard nella chirurgia rigenerativa – a fianco della distrazione osteogenetica. La conservazione dell'alveolo riveste un ruolo maggiore in caso di estrazione del dente al fine di evitare un esteso riassorbimento osseo della cresta alveolare e per mantenere di conseguenza il piano osseo buccale. Nonostante ciò, non sempre è possibile evitare difetti ossei estesi, soprattutto dopo la perdita traumatica di un dente.

La letteratura riporta che le procedure di incremento osseo sono ancora difficili da eseguire, danno risultati non predibili e possono essere associate a complicanze. In base alla Cologne Classification of Alveolar Ridge Defects (CCARD) i diversi metodi per la ricostruzione del processo alveolare sono mostrati in combinazione con i diversi materiali d'innesto utilizzato per l'incremento. Ciascun metodo tiene in considerazione l'entità dell'incremento necessaria e la relazione dell'innesto con la morfologia circostante.

Anche se la percentuale di sopravvivenza degli impianti può essere considerata elevata, si possono verificare complicanze biologiche e tecniche. Questo significa che è necessario che paziente, clinico, sistema assicurativo e società in generale accettino che una considerevole parte del tempo di trattamento sia dedicata alla riparazione e al mantenimento dei restauri fissi già eseguiti. Finora, vi sono pochi studi della durata di 10 o più anni e quindi poco si può dire sull'interpretazione dei dati relativi alla realizzazione di specifici modelli dopo tale lasso di tempo.

D'altra parte, al giorno d'oggi i pazienti vengono sempre più trattati non più da un solo dentista, ma da diversi specialisti. Nello stesso tempo, bisogna prestare molta attenzione al fatto che le opzioni terapeutiche non devono essere giudicate soltanto in base alle competenze terapeutiche di un singolo dentista.

		Orizzontale Horizontal			Verticale Vertical			Combinato Combined			Seno Sinus		
		<4	4-8	>8	<4	4-8	>8	<4	4-8	>8	<4	4-8	>8
Espansione/split <i>Expansion/splitting</i>		x	x					x			x		
Bone chip intraorali <i>Intraoral bone chips</i>		x	x	x	x						x	x	x
Blocco osseo intraorale <i>Intraoral bone block</i>	All'interno del contorno della crestă	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cresta iliaca (blocco e chip) <i>Iliac crest (block and chips)</i>	inside the ridge contour				x	x	x	x	x	x	x	x	x
BSM (incl. GBR)		x	x		x			x			x	x	x
BSM + osso autol. (incl. GBR) <i>BSM + autol. bone (incl. GBR)</i>		x	x*	x**	x*	x**	x**	x*	x**	x**	x	x	x
Distrazione osteogenetica <i>Distraction osteogenesis</i>					x	x	x	x	x	x			
Tecnica Sandwich <i>Sandwich technique</i>					x	x	x	x	x	x			

is necessary to reach successful aesthetical oral rehabilitation. For many decades autologous bone augmentation had been considered the gold standard in regenerative surgery – besides distraction osteogenesis. Socket preservation plays an increasing role when extracting the tooth in order to avoid extensive bone resorption of the alveolar ridge, and to keep the buccal bone plate accordingly. Nevertheless, extensive bone defects can not always be avoided especially after traumatic tooth loss. Literature reports that bone augmentation procedures are still difficult to perform, unpredictable in results and may be associated with complications. Following the Cologne Classification of Alveolar Ridge Defects (CCARD) the different methods of reconstruction possibilities of the alveolar process are showed in combination with the different grafting materials used for augmentation. Each method takes into account the extent of the augmentation needed and the relation of the graft to the surrounding morphology.

Even though survival rate of Implants can be referred to as high, biological and technical complications occur. This means that a remarkable proportion of treatment time has to be accepted by patient, dentist, insurance and society in general in order to repair and maintain already fixed restorations. Up to now, there are few studies existing over a 10-year-run and more, therefore, little can be said about the data interpretation for several specific fabrication models after this time frame.

On the other hand more and more, patients nowadays will not be treated by one single dentist only but by different specialists. At the same time, there is to pay close attention that therapeutic options are not to be judged solely by the dentist's individual therapeutic spectrum.

* sostituti ossei stabili nel volume (BSM) e membrane con funzione barriera a lungo termine

** membrane non riassorbibili più stabilizzazione, se necessaria

* volume-stable bone-substitute materials (BSM) and membranes with long-term barrier function

** volume-stable bone-substitute materials (BSM) and membranes with long-term barrier function

	Orizzontale Horizontal			Verticale Vertical			Combinato Combined		
	<4	4-8	>8	<4	4-8	>8	<4	4-8	>8
Espansione/split <i>Expansion/splitting</i>	x								
Bone chip intraorali <i>Intraoral bone chips</i>									
Blocco osseo intraorale <i>Intraoral bone block</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cresta iliaca (blocco e chip) <i>Iliac crest (block and chips)</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
BSM (incl. GBR)	x*								
BSM + osso autol. (incl. GBR) <i>BSM + autol. bone (incl. GBR)</i>	x	x*	x**	x**			x**		
Distrazione osteogenetica <i>Distraction osteogenesis</i>				x	x	x	x	x	x
Tecnica Sandwich <i>Sandwich technique</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x

La programmazione protesica in chirurgia guidata

Tommaso Cantoni

Venerdì 27 Maggio 2016 - 15.30/16.00

Dal punto di vista protesico la possibilità di prevedere la posizione finale dei denti prima della chirurgia implantare è di fondamentale importanza per risolvere il caso in maniera ottimale. Con l'aiuto di apposite dimes radiologiche è possibile una diagnosi accurata e una programmazione chirurgica precisa, soprattutto nei casi di riabilitazione di una arcata completa. Nei casi in cui gli elementi dentali residui debbano essere estratti e si trovino in una posizione non ideale, l'utilizzo di mascherine radiologiche scomponibili in più parti, permette di completare l'iter diagnostico e da la possibilità al paziente di arrivare al giorno della chirurgia mantenendo un provvisorio fisso. Questo è di fondamentale importanza per i pazienti, perché evita loro di dover obbligatoriamente estrarre i denti compromessi e di dover ricorrere ad una protesi rimovibile, con conseguente notevole disagio.



Figura 1

Caso iniziale di riabilitazione totale.

Initial case of a full arch rehabilitation



Figura 2

Elementi dentali residui.
Residual teeth.

Prosthetic Planning in Guided Surgery

Tommaso Cantoni

Friday, May 27, 2016 - 15.30/16.00

From the prosthetic point of view, the possibility to predict the final position of the teeth before implant surgery is of fundamental importance in order to solve the case in an optimal way. With the support of specific radiological templates, it is possible to make an accurate diagnosis and a precise surgical planning, especially in cases of full arch rehabilitation.

In those cases in which the residual dental elements are in a position that is not ideal, the use of radiological templates that can be divided in different parts, allows to complete the diagnostic procedure and make it possible for the patient to reach the day of the surgery maintaining a fixed provisional. This is very important for patients, because they are not compelled to have all their compromised teeth extracted, with the consequence of a removable prosthesis and the related discomfort. This is a methodology that can be applied also in very complex cases. In the lecture we will show different clinical cases in order to make the audience understand the therapeutic possibility of this technique. In cases of partial edentulism, the development of new softwares allows to obtain the same results, but in a simplified way. It is no more necessary to have a radiological template, because the scan of the diagnostic wax-up, can be integrated with the DICOM file of the volumetric axial CT. It this way, it will be possible a computer implant planning based on the volume and the prospected restoration profile.

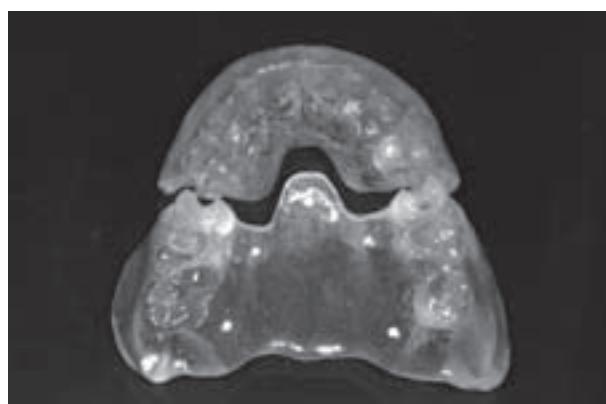


Figura 3

Dima radiologica scomposta.
Disjointed radiological template.

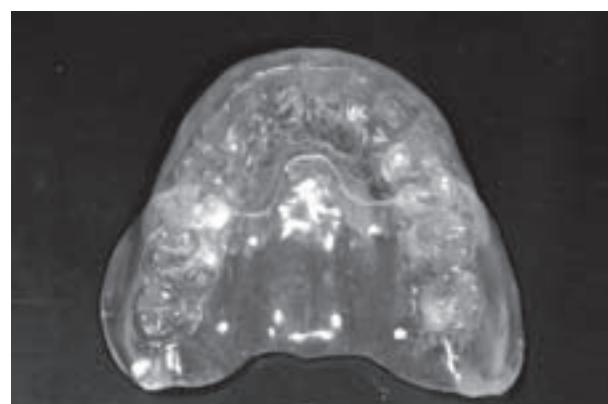


Figura 4

Dima radiologica ricambiata.
Assembled radiological template



Figura 5

Radiografie all'inserzione degli impianti con carico immediato.
X-rays at the moment of the immediately loaded implants positioning.

È un metodica che può essere applicata anche a casi molto complessi. La relazione mostrerà diversi casi clinici per far capire alla platea le possibilità terapeutiche di questa tecnica. Nei casi di edentulia parziale, lo sviluppo di nuovi software permette di ottenere gli stessi risultati ma in maniera semplificata. Non è più necessario predisporre una ditta radiologica, ma avvalendosi della scansione di una ceratura diagnostica, questa può esser integrata con i file dicomm della tomografia assiale computerizzata volumetrica. Sarà quindi possibile una pianificazione al computer degli impianti in base al volume e al profilo del restauro finale previsto.



Figura 6
Provvisorio a carico immediato.
Immediate loading provisional restoration



Figura 7
Caso ultimato visione frontale.
Frontal view of the finished case.



Figura 8
Caso ultimato visione occlusale.
Occlusal view of the finished case.

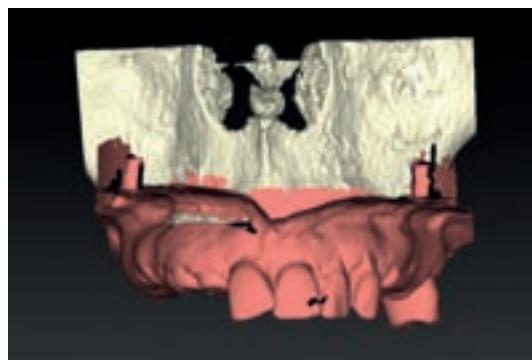


Figura 9
Caso di edentulia parziale,
scansione del modello,
visione frontale

*Partial edentulous case,
scan of the cast, frontal view*

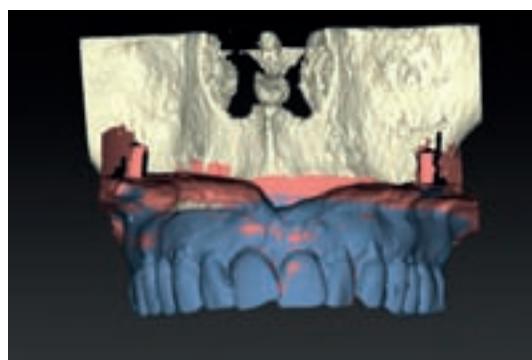


Figura 10
Caso di edentulia parziale,
scansione del modello,
visione oclusuale

*Partial edentulous case,
scan of the cast, occlusal view*

Figura 11
Sovrapposizione della
ceratura alla CBCT.
*Superimposition of the
wax-up to the CBCT
frontal view*

Figura 12
Sovrapposizione della
ceratura all CBCT.
*Superimposition of the
wax-up to the CBCT
occlusal view*



Figura 13
Dima chirurgica per la guida solo della fresa da 2mm.
Surgical template guiding only the 2mm drill.

Figura 14
Radiografia post inserzione con carico immediato.
X-ray after the insertion with immediate loading.



Figura 15
Provvisori a carico
immediato.
*Immediate loading
provisional restoration.*

L'integrazione tissutale e cromatica dei restauri in area estetica: consigli per la gestione delle problematiche cliniche

Andrea Chierico, Davide Faganello

Venerdì 27 Maggio 2016 - 16.00/16.30

L'evoluzione delle tecniche e dei materiali restaurativi ha permesso ad un numero sempre maggiore di clinici di ottenere dei risultati estetici migliori e maggiormente predibili.

Viene considerata 'sana e bella' una dentatura che comprende 3 componenti fondamentali in armonia fra di loro:

1. morfologia dentale
2. architettura gengivale
3. relazione tra le labbra e tutte le altre componenti

La relazione di queste 3 fattori può creare un'impressione positiva o negativa all'osservatore¹.

Una zona critica è la zona di passaggio tra l'estetica rosa e l'estetica bianca: se non c'è una buona integrazione il restauro apparirà sempre poco naturale. Invece, la naturalezza e la stabilità di questa interfaccia sono definite prima di tutto da un restauro preciso e da un supporto parodontale adeguato che lo possa 'accogliere'.

Obiettivo di questa nostra relazione sarà quindi sviluppare la tematica dell'interfaccia tra margine protesico e margine gengivale, integrando la diagnosi e la terapia parodontale con gli attuali protocolli restaurativi.

La recessione del margine gengivale risulta il principale fattore di rischio estetico, sia per restauri posti su denti naturali, come su impianti.

Il rischio di recessione è tanto maggiore quanto più il biotipo osseo e gengivale risulta sottile. La tematica della diagnosi del biotipo parodontale può essere compresa solo considerando che esiste una relazione statisticamente significativa tra spessore gengivale (misurazione dello spessore alla base della gengiva libera compresa tra profilo radicolare ed epitelio orale) e dimensione del solco dento-gengivale²⁻⁴. Infatti, un biotipo sottile in condizioni di salute mostra sondaggi parodontali minimi (poco solco), mentre un biotipo più spesso mostra sondaggi parodontali maggiori.

Risulta evidente che, quando si verifica l'esigenza di un margine di preparazione sub-gengivale (ad esempio la chiusura di un diastema oppure il mascheramento di una discromia dentale), il solco deve essere ben rappresentato con un contorno gengivale di spessore adeguato⁵.

La modifica di spessore dei tessuti molli e, di conseguenza, del solco dentogengivale, può essere fatta:

- 1) con tecniche tradizionali di chirurgia plastica a mezzo di innesti connettivali
- 2) utilizzando anche tecniche di preparazione protesica che riducano il profilo di emergenza vestibolare aumentando, quindi, la distanza tra epitelio orale e profilo radicolare⁷.

The Tissue and Color Integration of Restorations in Aesthetic Area: Advice for the Management of Clinical Problems

Andrea Chierico, Davide Faganello

Friday, May 27, 2016 - 16.00/16.30

Restorative materials and techniques evolution allowed more and more dentists to obtain better and more predictable aesthetic results.

We consider teeth as 'beautiful and healthy' when they have 3 fundamental components in harmony:

1. Dental morphology
2. Dental architecture
3. Relationship between lips and all other components.

The relationship between these 3 factors can create a positive or a negative impression to the observer¹.

A critic area is the one between the pink aesthetic and the white aesthetic: if there isn't a good integration, the restoration will always appear non enough natural. Actually, the naturalness and the stability of this interface are first of all defined by an accurate restoration and by an adequate periodontal support that can 'embrace' it.

The aim of our lecture will be to examine the role of the interface between the prosthetic margin and the gingival margin, integrating diagnosis and periodontal therapy with the current restorative protocols.

The gingival margin recession is the main aesthetic risk factor for restorations on natural teeth and those supported by implants.

More the bone and gingival biotypes are thin and higher is the risk of recession.

The issue of the diagnosis of the periodontal type can be understood only considering the presence of a relationship statistically relevant between the gingival thickness (measurement of the thickness at the basis of free gingiva between root profile and oral epithelium and dimension of the dento-gingival sulcus²⁻⁴). Indeed, a thin biotype in health conditions shows minimal periodontal probing (scarce sulcus), while a thicker biotype shows greater periodontal probing.

Is evident that, when there is the need of a sub-gingival preparation margin (for example, to close a diastema or to mask a dental dyschromia), the sulcus must be well represented with a gingival contour of adequate thickness⁵.

The modification of soft tissue thickness, and consequently of the dento-gingival sulcus, can be performed:

- 1) With traditional techniques of plastic surgery with connective grafts.
- 2) By using techniques of prosthetic preparation that can reduce the vestibular emergency profile, so increasing the distance between the oral epithelium and the root profile⁷.

When the modifications to the gingival frame are minimal, it is possible to manage them only from a prosthetic point of view, by means of differentiated preparations (horizontal and/or vertical), adequate restorative materials and with a proper management of the emergency profiles both of the temporary and definitive restoration (Fig 1).

With reference to the restoration supported by implants, the same considerations about thickness apply. In this case, the aim of increasing the thickness is achieved through a

Infatti, quando le correzioni della cornice gengivale sono minime, è possibile gestirle solo dal punto di vista protesico, attraverso preparazioni differenziate (orizzontale e/o verticale), materiali restaurativi adeguati e, con la corretta gestione dei profili di emergenza, sia del provvisorio che del restauro definitivo (Fig. 1).

Per il restauro su impianti valgono le stesse considerazioni di spessore, in questo caso l'obiettivo di aumento di spessore viene ottenuto attraverso un protocollo che combina posizionamento tridimensionale adeguato (prevalentemente palatino), scelta dell'hardware (impianti a diametro standard o ridotto), tecnica chirurgica (bifasica associata a GBR e/o CTG) e tecnica protesica⁶.

L'applicazione di tale protocollo, di fatto da luogo a spessori gengivali importanti (3-4 mm) che risultano molto stabili nel tempo e in grado di integrare, senza subire variazioni di colore, diversi materiali protesici (Fig. 2).

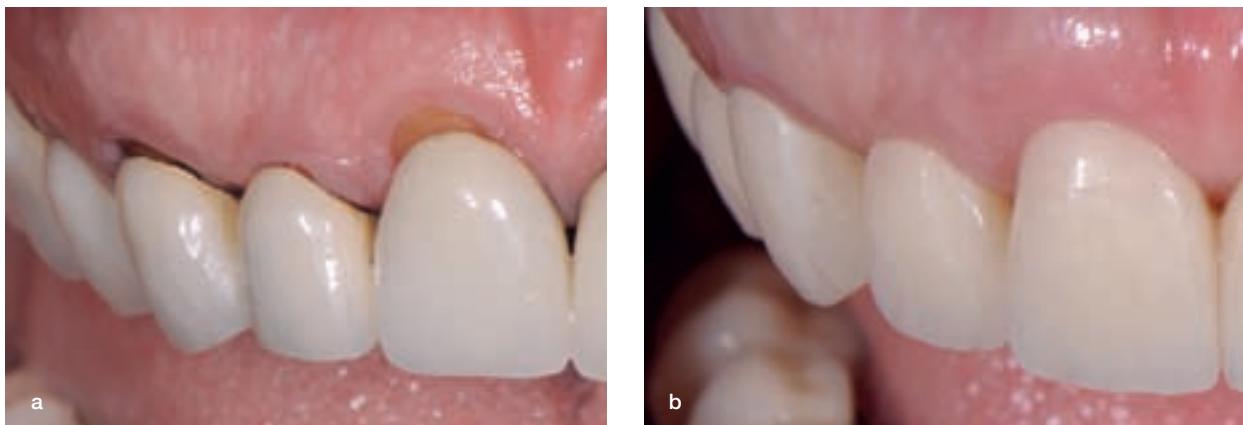


Figure 1a,b

Aspetto dei tessuti prima della rimozione dei vecchi restauri ed a una settimana dalle preparazioni e dall'inserimento dei provvisori ribasati.
Tissue situation before old restorations removal and one week after the preparation and insertion of the relined provisional.

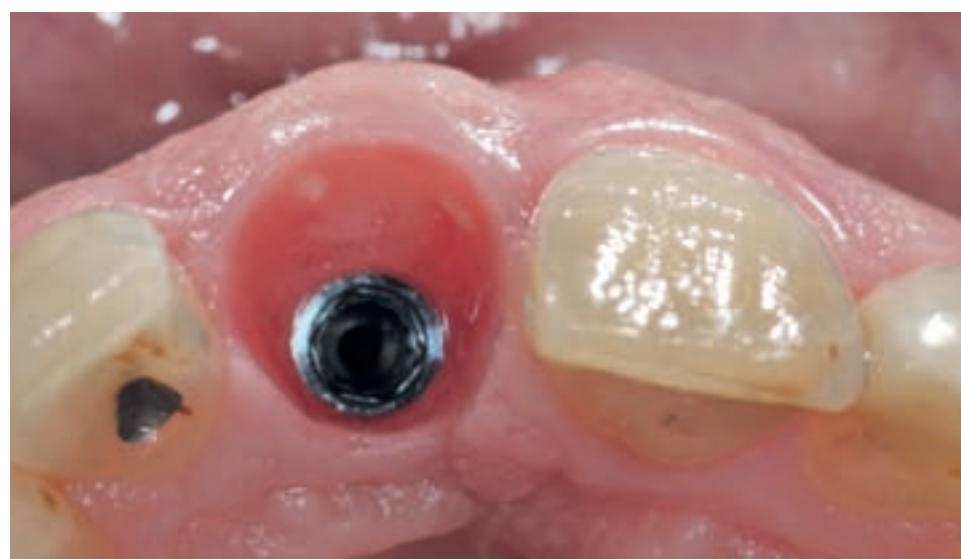


Figura 2

protocol combining a proper three-dimensional positioning (mainly palatine), hardware choice (implants with standard or reduced diameter) surgical technique (in two stages associated with GBR and/or CTG) and prosthetic technique⁶.

The application of such protocol leads to important gingival thickness (3-4 mm) that are very stable in time and able to integrate without being subjected to colour variations and different prosthetic materials (Fig 2).

Case report

The patient came to our practice asking an aesthetic improvement of her upper frontal teeth and the closure of the black spaces between her teeth.

From the examination, was evident a good periodontal health, the presence of discoloured 2.1-2.2-2.3 and of increased interdental spaces due to a pronounced triangular shape of the anterior teeth. The elements 1.1-1.2-1.3 presented old and infiltrated conservative restorations. Due to economical reasons, the patient asked to limit the treatment to the anterior sextant.

A mock-up was prepared (Fig 3) in order to evaluate the volumes and shapes modification.

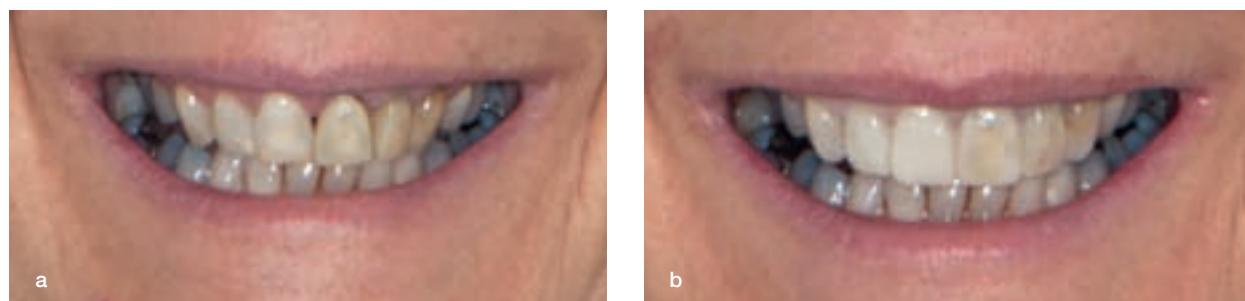


Figure 3a,b

Aspetto del sorriso prima e dopo il mock-up.

The smile before and after the mock-up.

The problems to be solved were:

- Discoloration Masking
- Modification of the non symmetric gingival parabolas
- Interdental black spaces closure

As the discrepancy of the parabolas was not severe (fig 4) we decided to perform the correction only from a prosthetic point of view, through the management of the preparations and profiles of the temporary and definitive restorations.

For the definitive restorations we used a feldspathic ceramic for the veneers and a translucent zirconia structure covered by feldspathic ceramic on the vestibular wall.

The appearance of the definitive restorations after tissue healing (fig 6), seems to fully satisfy the patient needs, with a complete discoloration masking, the black triangles closure, a uniformity of appearance from the shape point of view, of the colour and of the gingival levels.

Presentazione del caso

La paziente si presenta presso la nostra struttura con la richiesta di migliorare l'aspetto dei denti frontali superiori e di chiudere gli spazi neri tra dente e dente.

Dall'analisi si nota uno stato di salute parodontale buona, la presenza di 2.1-2.2-2.3 discromici e di spazi interdentali aumentati a causa dalla forma marcatamente triangolare dei denti anteriori. Gli elementi 1.1-1.2-1.3 presentavano delle ricostruzioni conservative di vecchia data ed infiltrate. La paziente, per motivi economici, vuole limitare il trattamento al sestante anteriore.

Si esegue un mock-up (Fig. 3) per valutare la modifica delle forme e dei volumi.

Le problematiche da risolvere erano quindi:

- Mascherare la discromia
- Modificare le parabole gengivali non simmetriche
- Chiudere gli spazi neri interdentali

Visto che la discrepanza delle parabole non era marcata (Fig. 4), si è deciso di operare la correzione solo dal punto di vista protesico attraverso la gestione delle preparazioni e dei profili dei restauri provvisori e definitivi.

Il materiale utilizzato per i restauri definitivi è stato, per le faccette, una ceramica feldspatica mentre per le corone una struttura in zirconio traslucente rivestita sulla parete vestibolare da ceramica feldspatica.

L'aspetto dei restauri definitivi, dopo la guarigione dei tessuti (Fig. 6), risulta soddisfare ampiamente le esigenze della paziente ottenendo il mascheramento completo della discromia, la chiusura dei triangoli neri, di uniformare l'aspetto dal punto di vista delle forme, del colore e dei livelli gengivali.



Figura 4

Endorale prima delle le preparazioni. Da notare la forma triangolare degli elementi, la marcata discromia tra lato destro e sinistro e la discrepanza tra le parabole gengivali.

Intraoral x-ray before preparations. Are visible the triangular shape of the elements, the severe discolouration between right and left side and discrepancy of the gingival parabolae.



Figura 5

Sugli elementi 1.1-1.2-1.3 si è eseguita una preparazione per faccetta approfondendo la preparazione all'interno del solco nella parte interossimale. Sugli elementi 2.1-2.2-2.3 è stata eseguita una preparazione per corone.

On elements 1.1-1.2-1.3 a veneer preparation was performed, deepening the sulcus in the interproximal part. On elements 2.1-2.2-2.3 a crown preparation was performed.



Figura 6

Aspetto finale dopo la guarigione dei tessuti.

Final result after tissue healing.

Bibliografia / References

1. Yuji Tsuzuky. Estetica biologica e architettura gengivale. Part 1. Fattori per l'ottenimento dell'armonia biologica ed estetica. QDT 2015;38:101-112.
2. Olsson M, Lindhe J, Marinello CP. On the relationship between crown form and clinical features of the gingiva in adolescents. J Clin Periodontol. 1993 Sep;20(8):570-7.
3. Muller HP, Heinecke A, Schaller N, Eger T. Masticatory mucosa in subjects with different periodontal phenotypes. J Clin Periodontol. 2000 Sep;27(9):621-6.
4. Alpiste-Illueca F. Dimensions of the dentogingival unit in maxillary anterior teeth: a new exploration technique (parallel profile radiograph). Int J Periodontics Restorative Dent. 2004 Aug;24(4):386-96.
5. Valderhaug J. Periodontal condition and caries lesion following the insertion of fixed prosthesis: a 10 -years follow -up study. Int Dent J. 1980 Dec;30(4):296-304.
6. Fu JH, Lee A, Wang HL. Influence of tissue biotype on implant esthetics. 2011;26(3):499-508.
7. Loi L, Di Felice A. Preparation tecniche biologicamente orientato (BOPT): a novel approach to prosthetic restoration of periodontally healthy teeth. Eur Est Dent. 2013;1:11-24.

Sbiancamento dentale: materiali e tecniche per il successo

Enrico Cogo

Sabato 28 Maggio 2016 - 09.00/13.00

Sempre più spesso i pazienti richiedono di migliorare il colore dei propri denti: proprio per questo motivo gli Odontoiatri e gli Igienisti devono essere pronti a soddisfare le loro richieste ed aspettative.

La metodica dello sbiancamento è un'arma che, se ben usata, può dare molte soddisfazioni a fronte di costi contenuti ed elevato rispetto biologico dei tessuti. Ovviamente, come tutte le terapie che facciamo, il massimo dei risultati lo si ottiene solamente affidandosi a protocolli operativi ben precisi ed a materiali di provata sicurezza ed efficacia.

Il corso si rivolge agli odontoiatri ed agli igienisti che vogliono effettuare trattamenti sbiancanti prediligibili e sicuri, massimizzando la resa dei prodotti presenti in commercio e minimizzando i possibili effetti collaterali.

Il corso si rivolge anche agli odontoiatri che si occupano prevalentemente di endodonzia o protesi poiché durante il corso verranno trattati anche gli sbiancamenti dei denti devitali e gli sbiancamenti dei denti prima di essere restaurati con faccette o corone.

Durante il corso verranno trattati sia gli sbiancamenti ‘cosmetici’ (cioè tutte quelle situazioni in cui i denti non sono affetti da nessuna patologia ma semplicemente il paziente ha il desiderio di averli più bianchi) e sia gli sbiancamenti ‘terapeutici’ (per esempio di denti devitali, denti discromici da tetracicline, denti che poi dovranno essere restaurati con restauri diretti oppure faccette o corone in ceramica integrale ecc).

Parte del corso tratterà i limiti e le possibilità che i clinici hanno nei trattamenti sbiancanti alla luce della nuova normativa Europea che disciplina in maniera chiarissima i prodotti presenti sul mercato e le possibilità di utilizzo nei trattamenti ambulatoriali e domiciliari. Largo spazio verrà dedicato alla spiegazione mediante foto e video delle tecniche da usare ed alla scelta del prodotto più adeguato per ogni situazione.

Questo corso nasce grazie all’esperienza maturata dai molti casi clinici realizzati e dai molti corsi tenuti che hanno oramai formato migliaia di colleghi. È proprio tutta questa esperienza che ci permette di rispondere ai quesiti che più frequentemente i clinici riscontrano nell’attività quotidiana:

- tra i miei pazienti ho pochissima richiesta di sbiancamenti, come posso incentivare questo desiderio?
- come faccio ad individuare i pazienti più indicati al trattamento sbiancante ed evitare quelli su cui posso avere dei problemi?
- quale tecnica dà il maggior sbiancamento e soprattutto il risultato più duraturo nel tempo?
- perché gli sbiancamenti che faccio ai miei pazienti recidivano presto?
- i miei pazienti hanno paura che i gel sbiancanti danneggino lo smalto, è vero?
- i miei pazienti hanno i denti sensibili durante e dopo lo sbiancamento, come posso evitare ciò e più in generale come si minimizzano gli effetti collaterali?
- ho sentito dire che lo sbiancamento dei denti devitali è pericoloso per il dente e poi dura poco, è vero? come devo fare per risolvere questi casi in sicurezza ed in modo duraturo?

Dental Bleaching: Materials and Techniques for the Success

Enrico Cogo

Saturday, May 28, 2016 - 09.00/13.00

Ever more frequently, the patients want to improve their tooth shade. For this reason, dentists and dental hygienists must be ready to meet their requests and expectations.

Tooth whitening is a technique which, if used correctly, can be very satisfactory with reasonable costs and great respect of the tissues from the biologic point of view. Like all the therapies that we carry out, the maximum results can be obtained only if we rely on specific operative protocols and on materials of proven safety and effectiveness.

The course is addressed to dentists and dental hygienists who want to carry out predictable and safe whitening treatments, maximizing the performance of the products available on the market and minimizing eventual side effects.

The course is also addressed to dentists who mainly deal with endodontics or prosthetics, since it will also cover devitalized tooth whitening and that of teeth before being restored with veneers or crowns.

The course will cover both 'cosmetic' whitening (that is, all those situations in which the teeth are not affected by any pathology, but in which the patient only wants to have them whiter) and 'therapeutic' whitening (for example, of devitalized teeth, dyschromic teeth due to the use of tetracyclines, teeth that must be restored with direct restorations, veneers or all-ceramic crowns, etc.).

A part of the course will deal with the limits and possibilities that the clinicians have in the whitening treatments in the light of the new European regulation which very clearly disciplines the products available on the market and their possibilities of use in surgery and home treatments.

Time will be given to explanations by means of pictures and videos of the techniques to be used and the selection of the most suitable product for every situation.

This course has been developed thanks to the experience gained by treating a great number of clinical cases and holding many courses which have provided training to thousands of colleagues. All this experience allows us to reply to the most frequent queries posed by the clinicians in their daily activities:

- *I have very few requests for whitening among my patients; how can I increase this demand?*
- *How can I pick out the most suitable patients for the whitening treatment and avoid those with whom I could have problems?*
- *Which technique gives the best whitening and mainly the most durable result?*
- *Why do my whitening treatments undergo early relapse?*
- *My patients are afraid that whitening gels can damage enamel; is this true?*
- *My patients have sensitive teeth during and after the whitening treatment; how can I avoid this and how can side effects be minimized in general?*
- *I have heard that devitalized tooth whitening is dangerous for the tooth and only lasts for a short time; is this true? What can I do to solve these cases safely and durably?*

At present, the two most widely used and tested techniques for vital teeth are those in the surgery and at home.

According to the surgery technique, the whitening procedure is carried out by the clinician

Attualmente le 2 tecniche più utilizzate e testate per i denti vitali sono quella ambulatoriale e quella domiciliare.

La tecnica ambulatoriale prevede che lo sbiancamento venga eseguito dal clinico in ambulatorio, si usano dei prodotti a base di perossido di idrogeno ad alta concentrazione i quali vengono lasciati in posa sui denti per circa 45 minuti. Questa applicazione può essere ripetuta più volte a distanza di circa una settimana fino al raggiungimento del risultato voluto. Durante questo trattamento si può ricorrere all'ausilio di lampade o laser per potenziare il risultato finale o per ridurre i tempi operativi. Questo aspetto ha risentito molto delle influenze sia commerciali che di innovazione tecnologica perciò verrà dedicato molto spazio a ciò durante il corso in modo da fare chiarezza e permettere al clinico di scegliere secondo un criterio razionale.



a



c



b

Figure 1a-c

Esempio di trattamento sbiancante domiciliare con mascherine personalizzate.

Example of home whitening treatment with customized masks.

La tecnica domiciliare prevede che il clinico consegni delle mascherine (personalizzate o standard) al paziente e poi quest'ultimo verrà istruito ad inserire il gel sbiancante (generalmente a base di perossido di carbammide a bassa concentrazione) nelle mascherine e poi le indosserà per un arco di tempo variabile tra pochi minuti fino a tutta la notte. Il 'segreto' per la buona riuscita di questa metodica risiede proprio nella forma e nella qualità delle mascherine che vengono consegnate al paziente. Le mascherine infatti devono sigillare perfettamente sui denti per evitare che il gel sbiancante fuoriesca e vada a causare delle ustioni chimiche sul parodonto. Un altro problema legato ad uno scarso sigillo della mascherina sta nel fatto che la saliva entra dentro la mascherina andando a diluire ed inattivare il gel sbiancante, inficiando così il risultato finale.

Lo sbiancamento dei denti devitali segue regole simili a quello dei denti vitali, le differenze dal punto di vista operativo sono presenti in una fase preliminare allo sbiancamento dove il dente deve essere 'preparato' ad accogliere il gel sbiancante.

at his surgery, applying products with a high concentration of hydrogen peroxide to the teeth for about 45 minutes. This application can be repeated several times at one week intervals until the desired result is achieved. During this treatment, lights or lasers can be used to enhance the final result or to reduce the working times. This aspect has been greatly affected by both commercial and technologic innovation influences; therefore, time will be given to this during the course, in order to clarify this point and allow the clinician to make rational choices.

In the home technique, the clinician provides the patient with customized or standard masks and instructs him on how to insert the whitening gel (generally containing low-concentration carbamide peroxide) in the masks. The patient subsequently applies the masks for a time that can vary from a few minutes to the whole night. The 'secret' of a good result with this method lies in the shape and quality of the masks given to the patient. In fact, the masks must create a perfect seal on the teeth to avoid whitening gel leakage, which can cause chemical burns on the periodontium. Another problem related to a poor seal of the mask is saliva penetration, which can dilute and inactivate the whitening gel, compromising the final result.

Devitalized tooth whitening has similar rules as for vital teeth; the differences under the

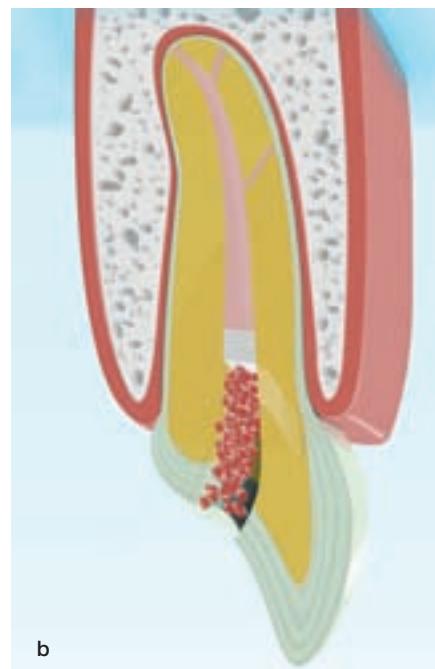


Figure 2a-c
Esempio di trattamento sbiancante su elemento devitale con disegno esplicativo su come gestire lo spazio endodontico.

Example of whitening treatment on a devitalized element with explanatory scheme of endodontic space management.

In particolare, le due cose più importanti da fare prima di applicare il gel sono:

- rimuovere la causa della discromia in modo da evitare future recidive;
- proteggere la guttaperca in modo da evitare danni alla terapia endodontica ed alla radice del dente.

Lo sbiancamento dei denti devitali permette di evitare interventi terapeutici più invasivi: se infatti la discromia del dente può essere risolta solamente con lo sbiancamento, ciò evita di ricoprire il dente con una faccetta o una corona. Tutto ciò va a vantaggio del nostro paziente perché riceve un trattamento meno invasivo ed anche a vantaggio del clinico perché gli permette di avere maggior profitto a fronte di minor impegno.

Le nuove prospettive di impiego degli sbiancamenti dentali sono rivolte a modificare il classico modo di pianificare i trattamenti protesici negli elementi anteriori. Spesso infatti ci troviamo a dover ricoprire con faccette o corone denti discromici; è opinione comune che queste procedure mettono alla prova il clinico ed il suo tecnico perché si è costretti a scegliere materiali opachi e dunque più coprenti (ma con meno performance estetica) oppure si è costretti a sacrificare più tessuto duro del dente in modo da dare al tecnico più spazio per lavorare e stratificare. Se invece sbianchiamo gli elementi discromici prima della ricopertura con faccette o corone, diventa evidente a tutti come la fase protesica diventi molto più facile e meno invasiva.

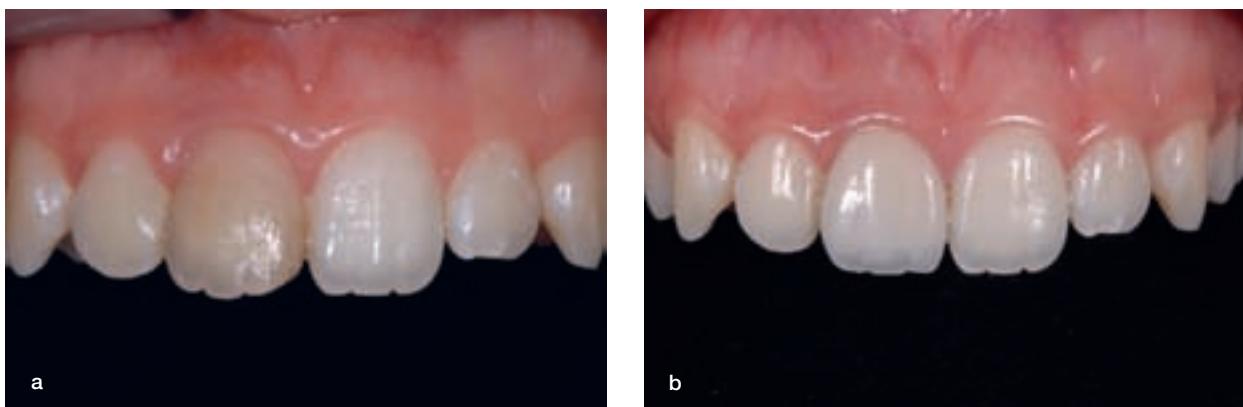


Figure 3a,b

Esempio di trattamento sbiancante su dente devitale poi ricoperto con ceramica e successivo trattamento sbiancante di tutti gli altri elementi.
Example of whitening treatment on a devitalized tooth subsequently covered with ceramics, and further whitening treatment on all the other elements.

operative aspect rely on a step preceding whitening, in which the tooth must be 'prepared' to receive the whitening gel. In particular, the two most important things to do before applying the gel are:

- *Removing the cause of dyschromy to avoid future relapses*
- *Protecting the gutta-percha to avoid damages to the endodontic treatment and tooth root.*

Devitalized tooth whitening allows us to avoid more invasive treatments: if tooth dyschromy can be solved with whitening alone, it is then unnecessary cover the tooth with a veneer or a crown. All this is to the advantage of both our patient, because receives a less invasive treatment, and also of the clinician, since he can have greater profit with less effort.

The new perspectives in the use of tooth whitening procedures involve a change in the conventional way of planning the prosthetic treatments on anterior elements. In fact, we often have to cover dyschromic teeth with veneers or crowns; according to popular opinion, these are challenging procedures for the clinician and his technician, since it is necessary to choose opaque, and therefore more covering materials (with inferior aesthetic performance), or to sacrifice more hard tissue of the tooth in order to give the technician more space to work and stratify. Instead, if the dyschromic elements are whitened before they are covered with veneers or crowns, the prosthetic step will be clearly easier and less invasive.

Gli impianti nella zona estetica

Ueli Grunder

Venerdì 27 Maggio 2016 - 12.30/13.30

L'ottenimento di un risultato estetico ottimale in terapia implantare è una procedura impegnativa e su vasta scala. Nella maggior parte dei casi, dopo l'estrazione di un dente, vi è una mancanza di tessuto osseo e/o molle, tale da rendere necessarie procedure di incremento, soprattutto nei casi ad elevata valenza estetica (Grunder e Coll. 1996). È ben noto che la presenza di osso è il fattore chiave per l'ottenimento di un contorno gengivale armonico intorno agli impianti (Grunder 2000, Salama e Coll. 2000, Tarnow e Coll. 2000, Kois 2001), dato che lo spessore del tessuto molle è limitato (Van der Velden 1982, Abrahamsson e Coll. 1998, Berglundh e Coll. 1998, Kois 2000).

Però, lo spessore del tessuto molle può variare di molto. Clinicamente, dopo l'estrazione di un dente, nella maggior parte dei casi è possibile vedere un cambiamento verso un tessuto molle più sottile. Quindi, dopo l'incremento di osso, si raccomanda di incrementare anche questo tessuto molle, al fine di migliorare il risultato estetico di una terapia implantare. Sono disponibili diversi metodi di incremento del tessuto molle.

Tipo di tessuto da innestare

Verrà utilizzato un tessuto connettivo subepiteliale o un innesto a tutto spessore. Il tessuto connettivo viene prelevato dal palato (Langer & Calagna 1980) mentre l'innesto a tutto spessore spesso viene dal tuber.

Tempistica dell'innesto di tessuto molle

La procedura di innesto può essere eseguita al momento del posizionamento dell'impianto o dopo la sua guarigione, prima o alla seconda fase della procedura. Una procedura di innesto al momento del posizionamento dell'impianto sembra essere meno favorevole, dato che clinicamente si assiste a una maggior retrazione del tessuto molle nel tempo. Ci si possono aspettare risultati più predibili se tale procedura di innesto viene eseguita 1 mese prima della connessione dell'abutment (il più delle volte in combinazione con la rimozione di una membrana non riassorbibile usata per l'incremento osseo), mentre la procedura di innesto in combinazione con la connessione dell'abutment è più rischiosa.

Qui di seguito, vengono presentati diversi metodi precedenti o al momento della seconda fase della procedura.

Innesto di tessuto subepiteliale prima della seconda fase della procedura

Vi sono diversi modi per eseguire la tecnica di incisione nell'area che deve essere incrementata:

Taglio di preservazione della papilla

Con questa tecnica di incisione, il rischio di perdita dell'altezza della papilla è minimale. Sfortunatamente, con il piccolo lembo che ne risulta, non è possibile l'adattamento del lembo senza tensione e molto spesso si presenta tessuto cicatriziale. Questa tecnica non deve assolutamente essere utilizzata in zona estetica (Fig. 1).

Lembo ampiamento mobilizzato

Questo tipo di tecnica di lembo, simile a quella utilizzata per l'incremento osseo al momento del posizionamento dell'impianto, permette un adattamento del

Implants in the Aesthetic Zone

Ueli Grunder

Friday, May 27, 2016 - 12.30/13.30

To achieve an optimal esthetic result in implant therapy is a challenging and large-scale procedure. In most of the cases either bone and/or soft tissue is missing after tooth extraction and augmentation procedures are needed in the majority of the cases with a high demand on esthetics (Grunder et al 1996). It is well known, that the presence of bone is the key factor for achieving harmonic soft tissue contour around implants (Grunder 2000, Salama et al 2000, Tarnow et al 2000, Kois 2001), since the soft tissue thickness is limited (Van der Velden 1982, Abrahamsson et al 1998, Berglundh et al 1998, Kois 2000). Nevertheless this soft tissue thickness varies a lot. Clinically a change to a rather thin soft tissue complex after tooth extraction can be seen in most of the cases.

Therefore it is recommended to also augment this soft tissue following bone augmentation, to improve the esthetic outcome of an implant therapy. Different soft tissue augmentation methods are known.

Type of tissue to be grafted

It is either a subepithelial connective tissue- or a full-thickness-graft that will be used. The connective tissue is harvested from the palatina (Langer & Calagna 1980) whereas the full thickness graft most often comes from the tuber.

Timing of soft tissue grafting

The grafting procedure can be done at implant placement or after implant healing, prior to or at second stage procedure. A graft procedure at the time of implant placement seems to be less favorable, since more soft tissue shrinkage over time is seen clinically. The most predictable results can be expected if such a graft procedure is done 1 month prior to the abutment connection (most often in combination with the removal of a non-resorbable membrane used for bone augmentation), whereas the graft procedure in combination with the abutment connection is more risky.

In the following, different methods prior to or at second stage procedure will be presented.

Subepithelial connective tissue graft prior to second stage procedure

There are different ways to do the incision technique in the area which has to be augmented:

Papilla preservation cut

With this incision technique the risk of loosing papilla height is minimal. Unfortunately with the resulting small flap, a tension-free flap adaptation is not possible and resulting scar tissue is most often seen. This technique should not be used in the esthetic zone at all (Fig 1).

Widely mobilized flap

This kind of flap technique, similar to the one used for bone augmentation at implant placement, allows a tension-free flap adaptation after placing a subepithelial connective tissue graft, which is mandatory if you expect good healing, especially in the papilla area. There is only one vertical incision in a distal position if the flap



Figure 1a,b

Con la **papilla-preservation-cut** technique molto spesso si ha come risultato la presenza di tessuto cicatriziale.
With the **papilla-preservation-cut** technique most often the presence of scar tissue is the result.

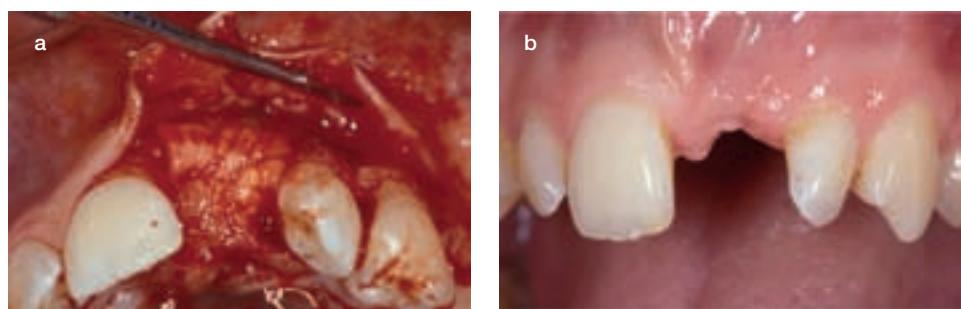


Figure 2a,b

Grazie al **lembo ampiamente mobilizzato**, è possibile un adattamento del lembo senza tensioni e alla fine non si ha alcun tessuto cicatriziale. Un'incisione orizzontale più palatale preserva la papilla.
Thanks to the **widely mobilized flap** a tension-free flap adaptation is possible and no scar tissue is present in the end. Doing a more palatal horizontal incision preserves the papilla.

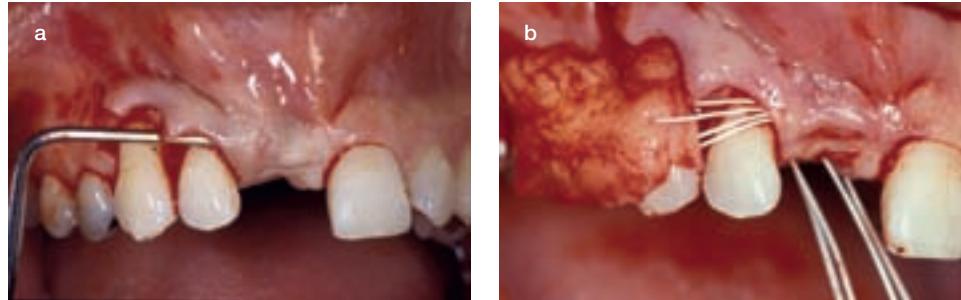


Figure 3a,b

L'incisione viene fatta solo nell'area distale, e l'innesto viene inserito con la tecnica a **tunnel technique**.
Dato che non viene fatta lacuna incisione nello spazio edentulo, la conservazione della papilla è ottimale.
The incision is done only in the distal area, and the graft is inserted using the **tunnel technique**. Since no incision is done in the edentulous space, papilla preservation is optimal.

lembo senza tensioni dopo il posizionamento di un innesto di tessuto connettivo subepiteliale, che è obbligatorio se si desidera una buona guarigione, soprattutto nell'area della papilla. Vi è una sola incisione verticale in una posizione distale se il lembo include 3 denti o non vi è alcuna incisione verticale se il lembo include fino a 10 denti e quindi non vi è il rischio di cicatrice visibile (Fig. 2).

Tecnica Roll-flap

Questa tecnica (Abrams 1980) non ha senso, se non usata in combinazione con la

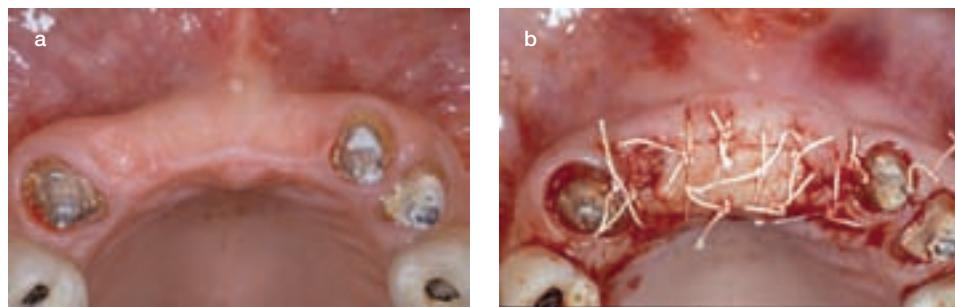


Figure 4a,b

Per acquisire mucosa cheratinizzata e il volume del tessuto molle, si inserisce un innesto a tutto spessore (**innesto inlay**) sulla parte superiore della cresta edentula.

*To gain keratinized mucosa and soft tissue volume, a full-thickness-graft (**inlay graft**) is inserted on top of the edentulous crest.*

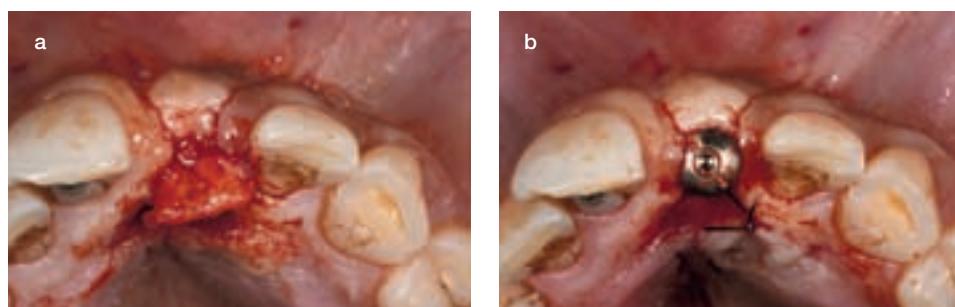


Figure 5a,b

Il tessuto connettivale subepiteliale dal lato palatale dell'implante viene trasferito buccalmente mediante tecnica **roll-flap technique**, senza estendere

*The subepithelial connective tissue from the palatal side of the implant is transferred buccally using the **roll-flap technique**, without extending the incision to the buccal area*

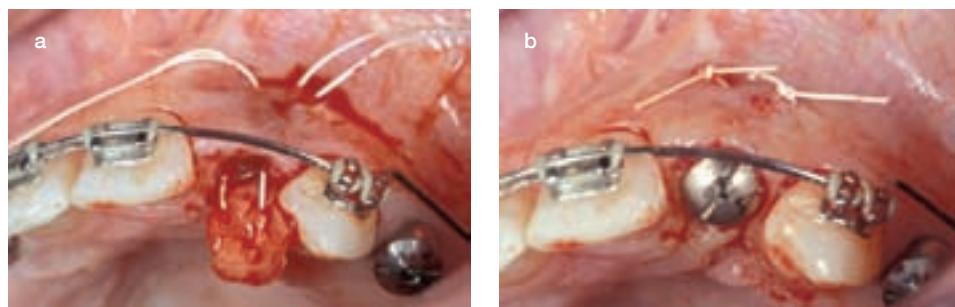


Figure 6a,b

Mediante una piccola incisione che è necessaria per la connessione dell'abutment, si può inserire un innesto. Con questa tecnica a tunnel, è possibile apportare solo minime correzioni al tessuto molle.

*Through a small incision that is necessary for the abutment connection a graft can be inserted. Only minor soft tissue corrections are possible with this **tunnel technique**.*

includes 3 teeth or there is no vertical incision if the flap includes up to 10 teeth and therefore there is no risk for visible scar tissue (Fig 2).

Roll-flap technique

This technique (Abrams 1980) does not make sense, if not used in combination with the abutment connection, since there is a high risk of implant exposure following this procedure.

connessione dell'abutment, dal momento che vi è un elevato rischio di esposizione dell'impianto dopo questa procedura.

Tecnica a Tunnel

Dato che vi è il rischio di perdita di tessuto nell'area della papilla con un'incisione in questa particolare regione, la tecnica a tunnel offre un'alterantiva favorevole alla tecnica sopra descritta. La mobilizzazione del lembo avviene mediante un'incisione nell'area distale (Raetzke 1985). Nello spazio edentulo, non è necessaria alcuna incisione, con il risultato che non vi è alcun rischio di perdita di tessuto nell'area della papilla o la creazione di tessuto cicatriziale (Fig. 3).

Innesto a tutto spessore prima della seconda fase della procedura

Tecnica di innesto a inlay

Se si deve incrementare non solo il volume del tessuto molle, ma anche la mucosa cheratinizzata, la tecnica di innesto a inlay può avere molto successo (Grunder 1997). L'idea è che il tessuto cheratinizzato esistente venga spinto verso il lato buccale e il rimanente spazio riempito con un innesto a tutto spessore. Sono necessari uno spessore di tessuto molle di almeno 3 mm e un perfetto adattamento tra l'innesto e il lembo (Fig. 4).

Innesto di tessuto connettivo subepiteliale nella seconda fase della procedura

Procedura del lembo

Bisognerebbe evitare di scollare il lembo nella seconda fase della procedura (soprattutto in caso di sostituzione di un dente singolo), a causa dell'elevato rischio di ridurre l'afflusso ematico nell'area della papilla, con la conseguenza di una cattiva guarigione e perdita della papilla. D'altra parte, l'uso della tecnica con mucotomo limitata, che permette di applicare pressione sull'area della papilla e creare una papilla più alta, offre il notevole vantaggio del risultato estetico ideale per un restauro su impianto.

Lo scollamento del lembo, l'inserimento di ulteriore tessuto molle e di un abutment da una parte non permette un perfetto adattamento del lembo nell'area della papilla e, dall'altra, non garantisce un afflusso ematico sufficiente per ottenere una guarigione predicibile. A causa dell'elevato rischio di perdita della papilla, non si dovrebbe usare questa tecnica.

Tecnica Roll-flap

L'uso di tessuto subepiteliale dal lato palatale dell'impianto, lasciandolo attaccato al lembo buccale, ripiegandolo buccalmente sotto al tessuto esistente e fissandolo con un perno di guarigione e un abutment, rappresenta un metodo efficace per incrementare piccole quantità di tessuto molle. È molto importante non estendere l'incisione troppo buccalmente, al fine di evitare la creazione di tessuti cicatriziale (Fig. 5).

Tecnica a tunnel

Se si esegue la connessione dell'abutment, è possibile inserire un piccolo innesto attraverso una piccola incisione sulla parte superiore dell'impianto, che è comunque necessaria per la seconda fase della procedura. Ancora una volta, è importante non eseguire alcuna incisione nell'area della papilla (Fig. 6).

Innesto a tutto spessore nella seconda fase della procedura

Tecnica di innesto a inlay

Più complessi sono i casi e più spesso manca la mucosa cheratinizzata. Per non perdere ulteriore tessuto cheratinizzato nella seconda fase della procedura, questo tessuto dovrebbe essere spinto verso il lato buccale proprio durante la seconda fase. Con l'aiuto di perni di guarigione, può essere fissato in questa posizione. Il risultato è un deficit di tessuto molle tra gli impianti. Gli innesti a tutto spessore possono aiutare a riempire questo tessuto, come sopra descritto. Se questa tecnica viene usata in combinazione con la connessione di un

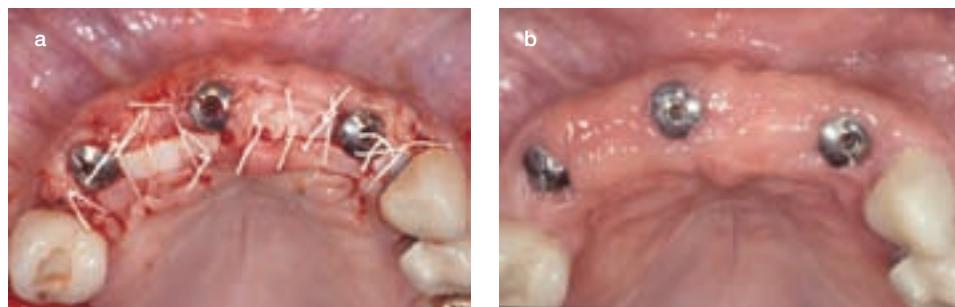


Figure 7a,b

La **tecnica di innesto a inlay** nella seconda fase della procedura permette di preservare la mucosa cheratinizzata e acquisire un importante volume di tessuto molle tra gli impianti.

The **inlay graft technique** at second stage procedure allows to save keratinized mucosa and to gain important soft tissue volume between the implants.

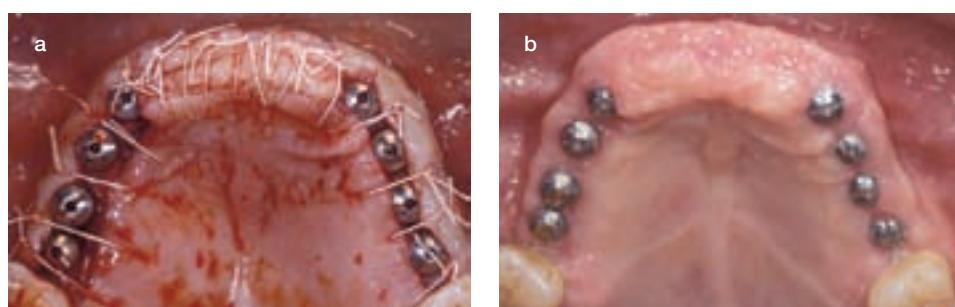


Figure 8a,b

Anche per le aree estese dei pontici nei casi complessi, la **tecnica di innesto a inlay** è molto utile per migliorare le possibilità estetiche.

Also for extended pontic areas in complex cases the **inlay graft technique** is very useful to improve the esthetic possibilities.

Tunnel technique

Since there is a risk of losing tissue in the papilla area with any incision in this particular region, the tunnel technique offers a favorable alternative to the technique described above. The mobilization of the flap is done through an incision in the distal area (Raetzke 1985). In the edentulous space no incision is necessary at all with the result, that there is no risk either for tissue loss in the papilla area or the creation of scar tissue (Fig 3).

Full thickness graft prior to second stage procedure

Inlay-graft technique

If not only soft tissue volume but also keratinized mucosa has to be gained, the inlay-graft technique can be very successful (Grunder 1997). The idea is that the existing keratinized tissue is pushed to the buccal side and the remaining space filled in with a full thickness graft. A soft tissue thickness of at least 3mm and a perfect adaptation between the graft and the flap is necessary (Fig 4).

Subepithelial connective tissue graft at second stage procedure:

Flap procedure

Raising a flap at second stage procedure should (especially in single tooth replacement) be avoided, because of a high risk of reduced blood supply in the papilla area and the consequence of bad healing and loosing the papilla. On the

abutment, la distanza tra i due impianti dovrebbe essere più di 3 mm per garantire la guarigione di un innesto a inlay in questa particolare area (Fig. 7). La procedura di innesto a inlay è utile soprattutto nei casi in cui si è eseguito un notevole incremento osseo, dal momento che uno dei risultati di tali procedure di incremento è la perdita di mucosa cheratinizzata (Fig. 8).

Riassunto

Vi sono diverse tecniche per incrementare il tessuto molle e la maggior parte di esse possono essere molto utili se si sceglie la procedura migliore per ciascun caso clinico.

Letture consigliate / Recommended Readings

- Abrams L. Augmentation of the deformed residual edentulous ridge for fixed prosthesis. *Compend Contin Educ Dent.* 1980; 1: 205-13.
- Abrahamsson I, Berglundh T, Glantz PO, Lindhe J. The mucosal attachment at different abutments. An experimental study in dogs. *J Clin Periodontol.* 1998; 25: 721-7.
- Berglundh T, Lindhe J, Ericsson I, Marinello C, Liljenberg B, Thomsen P. The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clin Oral Impl Res* 1991; 2: 81-90.
- Grunder U, Spielman HP, Gaberthuel T. Implant-supported single tooth replacement in the aesthetic region: a complex challenge. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1996 Nov-Dec; 8: 835-842.
- Grunder U. The inlay-graft technique to create papillae between implants, *J Esthet Dent* 1997;9:165-168.
- Grunder U. Stability of the mucosal topography around single tooth implants and adjacent teeth: 1-year results. *Int J Periodont Rest Dent* 2000; 20: 11-17.
- Kois JC. The restorative-periodontal interface: biological parameters. *Periodontol* 2000. 1996:11: 29-38.
- Kois JC, Kan JYK. Predictable peri-implant gingival aesthetics: surgical and prosthodontic rationales. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001; 13: 691-689
- Langer B, Calagna L. The subepithelial connective tissue graft. *J Prosthet Dent* 1980;44:363-367.
- Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. *J Periodontol.* 1985; 56: 397-402.
- Salama H, Salama MA, Garber D, Adar P. The interproximal height of bone: a guidepost to predictable aesthetic strategies and soft tissue contours in anterior tooth replacement. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1998 Nov-Dec;10:1131-41; quiz 1142.
- Tarnow D P, Cho S C, Wallace S S. The effect of inter-implant distance on the hight of inter-implant bone crest. *J Periodontol* 2000; 71: 546-549.
- Van der Velden U. Regeneration of the interdental soft tissue following denudation procedure. *J Clin Periodontol* 1982; 9: 455-495.

other hand, using the limited punch technique, which allows to apply pressure on the papilla area and to create a higher papilla, offers a big advantage for the esthetic outcome of an implant-supported restoration.

Raising a flap, inserting additional soft tissue and an abutment on the one hand does not allow a perfect flap adaptation in the papilla area, and on the other hand, does not guarantee sufficient blood supply to achieve predictable healing. Because of the high risk of losing the papilla, this technique should not be used.

Roll-flap technique

Using the subepithelial tissue from the palatal side of the implant, leaving it attached to the buccal flap, rolling it buccally under the existing tissue and fixing it with a healing post or an abutment, is an effective method to augment small amounts of soft tissue. It is very important not to extend the incision too far buccally, again in order to prevent creating scar tissue (Fig 5).

Tunnel technique

If an abutment connection is done, a small graft can be inserted through a small incision on top of the implant which is necessary for the second stage procedure anyway. Again, it is important that no incision is done in the papilla area (Fig 6).

Full thickness graft at second stage procedure:

Inlay-graft technique

The more complex the cases are, the more often keratinized mucosa is missing. In order not to lose additional keratinized tissue at second stage procedure, this tissue should be pushed to the buccal side at second stage procedure. With the help of healing posts it can be fixed in this position. The result is a soft tissue deficit between the implants. Full thickness grafts can help to fill in this tissue, as described above. If this technique is used in combination with an abutment connection, the distance between two implants should be more than 3mm to guarantee the healing of an inlay graft in this particular area (Fig 7). The inlay graft procedure is especially useful in cases where extended bone augmentation has been done, since one of the outcomes of such augmentation procedures is the loss of keratinized mucosa (Fig 8).

Summary

There are several techniques to augment soft tissue, and most of them can be very effective if the best procedure is chosen for each particular case.

La pianificazione estetica del restauro protesico attraverso strumenti digitali: attualità e nuove tendenze

Mario Imburgia

Sabato 28 Maggio 2016 - 14.00/14.30

Negli ultimi anni software e applicazioni di ultima generazione sono stati introdotti sul mercato al fine di semplificare il workflow e rendere più predicibile il risultato. Scopo della relazione sarà quello di fare il punto sulle tecniche di previsualizzazione estetica digitale, e di mostrare le nuove tendenze.

Il Digital Smile Design è una tecnica per la pianificazione estetica del restauro protesico codificata e pubblicata nel 2011 dai Dottori Coachman e Calamita. Tale approccio ha rivoluzionato il modo di analizzare l'estetica dei nostri pazienti ed al tempo stesso ha fornito al clinico uno strumento eccezionale di comunicazione con il laboratorio e con il paziente. Il concetto di base si fonda su alcuni steps quali un accurato protocollo fotografico, l'utilizzo di software con semplici strumenti di elaborazione grafica, la calibrazione di un'immagine al fine di misurare le modifiche che si desidera effettuare.



Figura 1
Progetto digitale effettuato con iPad in uno spazio di lavoro dimensionalmente calibrato.

Digital planning done with the iPad in a workspace dimensionally calibrated.

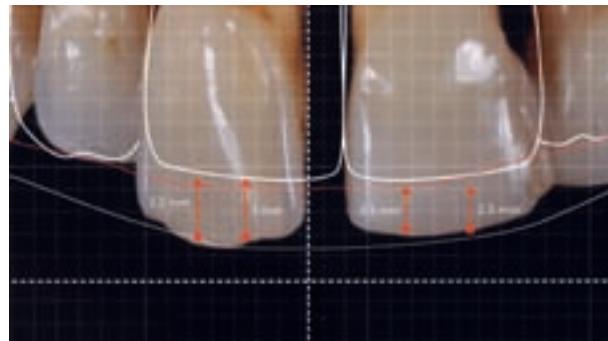


Figura 2
Indicazioni riguardo le modifiche estetiche da effettuare.
Indications of the aesthetic modifications to be performed.



Figura 3
Analisi della discrepanza tra posizione dentale ideale e livello dei tessuti esistenti.

Analysis of the discrepancy between the ideal dental position and the existing tissue level.



Figura 4
Visione pre-operatoria del sorriso del paziente.
Pre-operative view of the patient's smile.

Planning the Aesthetics of the Prosthetic Restoration through Digital Tools: Current Concepts and New Trends

Mario Imburgia

Saturday, May 28, 2016 - 14.00/14.30

In the last years, software and latest generation applications have been introduced in the market in order to simplify the workflow and make the result more predictable. Aim of the lecture will be that to make a point of the digital aesthetic preview techniques, showing the new trends.

The Digital Smile Design is a technique for the aesthetic prosthetic restoration planning codified and published in 2011 by doctors Coachman and Calamita. Such approach revolutionised the way to analyse the patients aesthetic and, in the meanwhile, has supplied the dentist with an exceptional way to communicate with the dental laboratory and the patient. Its rationale is based on some steps, such as an accurate photographic protocol, the use of software equipped with simple graphic elaboration tools, the image calibration in order to evaluate the modifications we want to perform.

The initially developed protocol now has been enriched with several additional procedures, so to extend this accurate aesthetic analysis to different clinical applications. Among its advantages, the communication with the patient has improved, with a consequent increase of treatment planning acceptance, a substantial increase of the predictability of the aesthetic outcome, and an improvement of the dental team performances.

This method is based on the use of a computer, but the tablet introduction in the last years has become an important reality, registering 195.000.000 devices in 2013 and a forecast of 396.000.000 units all over the world in 2017.

The fundamental aspects of the tablet are the extreme versatility and the speed with which the tablet acquires new functionalities thanks constant efforts of software factories and the development of new apps which have brought a very strong expansion of the online applications market, with a turnover 25 billions dollars in 2013 and a forecast of 46 billions dollars in 2017. The motto 'for everything there is an app' derives from the fact that generally for each new function that might be done by a tablet or a smartphone, there is always an app developer trying to satisfy the market needs.

The possibility to apply the Digital Smile Design principles by means of a tablet and its applications and in some cases to extend its utility represents the last frontier of digital dentistry. Some of the application fields are represented by the following procedures.

Digital smile design on the tablet

The use of few clinical photos taken in the right way allows to process a virtual smile design by an application of vectorial graphics.

The use of digital preset mock-up ideally positioned following facial parameters gives to the dentist and the technician extraordinary indication in order to obtain a restoration to be easily integrated with the face aesthetic.

The available apps allow to manage vectorial designs without using a professional



Figura 5
Visione post-operatoria del restauro portesico.
Post-operative view of the prosthetic restoration.



Figura 6
Analisi estetica mediante disegni vettoriali.
Aesthetic analysis by means of vectorial drawings

Il protocollo inizialmente sviluppato si è andato arricchendo di una serie procedure aggiuntive in maniera tale da potere estendere questa analisi estetica accurata nei più svariati scenari clinici. Tra i benefici riscontrati si è rilevato un incremento della comunicazione con il paziente ed un conseguente aumento dell'accettazione dei piani di trattamento, un sensibile aumento della predicitività dell'outcome estetico, ed un miglioramento dell'efficacia del team odontoiatrico.

Tale metodica si basa sull'utilizzo del computer, tuttavia, nel corso degli anni l'introduzione sul mercato dei tablet, è diventata una realtà importante registrando 195.000.000 dispositivi nel 2013 ed una previsione per il 2017 di 396.000.000 in tutto il mondo.

L'aspetto fondamentale che contraddistingue il tablet è l'estrema versatilità e la velocità con il quale tale dispositivo acquisisce velocemente nuove funzionalità grazie al costante lavoro di software factory e sviluppatori app indipendenti che hanno reso il mercato delle applicazioni online in fortissima espansione registrando un giro di affari di 25 miliardi di dollari nel 2013 e 46 miliardi di dollari previsti per il 2017. Il detto 'per ogni cosa c'è un'app' deriva proprio dal fatto che generalmente per ogni nuova funzione che potrebbe essere svolta da un tablet o da uno smartphone c'è sempre uno sviluppatore che cerca di soddisfare per primo le richieste del mercato.

La possibilità di applicare i principi del Digital Smile Design tramite il tablet e le sue applicazioni ed in alcuni casi di estenderne l'utilità rappresenta l'ultima frontiera nell'odontoiatria digitale. Alcuni dei campi di applicazioni sono rappresentati dalle seguenti procedure.

Digital smile design sul tablet

L'utilizzo di poche fotografie cliniche eseguite con alcune accortezze consente di potere elaborare un disegno del sorriso virtuale mediante un'applicazione di grafica vettoriale.

L'utilizzo di mock-up digitali preformati posizionati idealmente seguendo dei parametri facciali fornisce delle indicazioni al clinico ed al tecnico straordinarie per ottenere un restauro che sia facilmente integrabile con l'estetica del volto.

Le app disponibili consentono di potere gestire dei disegni vettoriali senza necessità di ricorrere a software professionali, che richiedono un rapido training ed un piccolo investimento.

Un ulteriore possibilità è data da app che posizionano dei mock-up colorati rispettando i parametri facciali del paziente in pochi click. Questa previsualizzazione rappresenta un rendering del futuro restauro protesico.



Figura 7
Il wax-up trimendisonale segue le indicazioni realizzate in 2D.
The 3D wax-up follows the indications done in 2D.

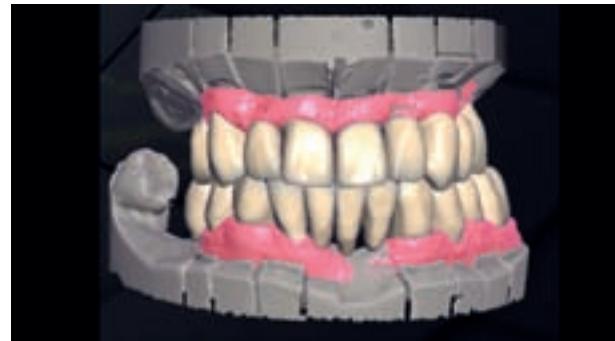


Figura 8
Completamento del wax-up 3D.
3D wax-up completion.



Figura 9
Il restauro protesico progettato digitalmente realizzato.
The planned prosthetic restoration digitally carried out.

software that needs a little training and a little economical investment. An other possibility comes from apps that allow to position coloured mock-up, with the respect of the patient facial parameters in just few clicks. This preview represents a rendering of the forthcoming prosthetic restoration.

Digital sharing

Tablets and smartphones allow to share in a more easy way our plans both from a professional and a communication point of view. Indeed, in the first case we can easily share with different professional figures (prosthesist, implantologist, orthodontist, dental technician) cooperating in the treatment of our patients some specific and accurate information, without the need to meet personally, with the so called asynchronous communication.

Moreover, the tablet allows us to have a very powerful tool to communicate with the patient, with the possibility to show in the right context some therapies that are often difficult to be explained to the patient. One of the more frequent clinical examples is the presence of a discrepancy between soft tissue levels in a prosthetic rehabilitation, whose surgical solution is often not well accepted by the patient. Explaining to the patient these details in a conversation is not simple and so the aid of a visual communication with the real clinical situation of the patient and not by means of drawings or standardized videos is an undeniable advantage. The possibility to show in its specific context a therapy allows to gain in most cases the acceptance of the necessary procedures in order to have an optimal aesthetic result.

La condivisione digitale

I tablet e gli smartphone consentono di condividere più facilmente i nostri progetti, sia a livello professionale sia a livello di comunicazione. Infatti, nel primo caso possiamo con semplicità condividere con diverse figure (protesista implantologo, ortodontista, ed odontotecnico) che concorrono al trattamento dei nostri pazienti delle informazioni specifiche e precise senza necessità di incontrarsi fisicamente, la cosiddetta comunicazione asincrona.

Il tablet, inoltre ci consente di potere avere un potentissimo strumento di comunicazione con il paziente dando, inoltre, la possibilità di potere circostanziare alcune scelte terapeutiche spesso di difficile comprensione per un ‘non addetto ai lavori’. Uno degli esempi clinici, più frequenti è la presenza di discrepanze nei livelli dei tessuti molli nel contesto di una riabilitazione protesica la cui risoluzione chirurgica incontra spesso le resistenze dei nostri pazienti. Spiegare al paziente questi dettagli risulta spesso difficile a voce, l’aiuto di una comunicazione visuale basata sul reale quadro clinico del paziente e non su disegni o video preformati rappresenta un vantaggio innegabile. Potere circostanziare una determinata scelta terapeutica consente di avere una maggiore accettazione delle procedure che riteniamo necessarie per l’ottimizzazione dell’outcome estetico.

Interfaccia 2D/3D

Uno dei limiti riscontrati in passato è la mancanza della terza dimensione. Tale limite non esiste più. Infatti, è oggi possibile importare in un ambiente software 3D un digital smile design 2D sviluppato dal clinico. Questa procedura consente di avere dei precisi riferimenti per un corretto posizionamento virtuale dei denti. Inoltre, tale procedura può essere effettuata anche in outsourcing affidandosi a dei service specializzati.

2D/3D Interface

One of the limits of the past is the lack of the third dimension. This limit does not exist any more. Today it is possible to import in a 3D software a 2D digital smile design developed by the technician. This procedure allows to have accurate references for a proper virtual teeth positioning. Moreover, that procedure can be performed also outsourcing by specialized services.

Il moderno ruolo della fotografia digitale nell'analisi dell'anatomia ottica dentale

Pasquale Loiacono

Sabato 28 Maggio 2016 - 09.00/13.00

In generale, la fotografia è un mezzo di esplorazione e narrazione della realtà, e anche nella pratica clinica odontoiatrica questo concetto è assolutamente pertinente, tanto da poter definire la fotografia come un ‘potente mezzo diagnostico’¹. Basandosi su questo fondamentale principio, è ragionevole ammettere che la fotografia possa guidare il clinico nell’analisi oggettiva dell’anatomia e dei colori dentali ai fini restaurativi.^{2,3}

Questo moderno approccio alla documentazione fotografica, si scontra però con la tradizionale cultura odontoiatrica, rivolta generalmente alla descrizione del colore in sé, piuttosto che ai fattori che ne generano la percezione.

La cultura odontoiatrica si basa sostanzialmente su una concezione artistica, dove il privilegio è legato all’analisi della percezione del colore e alla sua descrizione accurata, declinata nella ricerca di dimensioni e caratteristiche oggettive di un fenomeno che è in se stesso, e in modo ineludibile, soggettivo! Il fenomeno colore è stato prevalentemente analizzato e descritto basandosi sulla soggettività dell’osservatore, ponendosi così da una prospettiva parziale e finendo col dare sostanza a un fenomeno mentale che sostanza non può avere.⁴⁻⁶

Il colore è infatti solo un’idea nella mente dell’osservatore, un’emozione istantanea e sfuggente, legata alla singolarità della temperatura della luce e a una molteplicità di variabili incontrollate e incontrollabili.⁷ La descrizione dei colori dentali che ciascun operatore fornisce non può essere giusta o sbagliata in assoluto, così come non può esistere una



Figura 1

Immagine di gruppo frontale che esalta il valore conoscitivo della fotografia: si può apprezzare la differenza ottica tra gengiva cheratinizzata e margine gengivale libero. Si rendono molto evidenti anche le caratteristiche anatomiche di superficie e la volumetria degli elementi dentali.

View of the frontal group exalting the finding value of photography: it is possible to appreciate the optical difference between keratinized gingiva and free gingival margin. Also the superficial anatomic characteristics and the dental elements volumetry are very evident.



Figura 2

L’immagine fotografica è un mezzo di studio delle proporzioni e dell’anatomia dentale, tessutale e occlusale, risultando uno strumento diagnostico utile, anzi fondamentale, per la formulazione dei piani di trattamento.

A photographic image allows to study dental, tissue and occlusal proportions and anatomy, resulting in a useful diagnostic tool, indeed fundamental, for treatment plans design.

The Role of Digital Photography Today in the Analysis of Dental Optical Anatomy

Pasquale Loiacono

Saturday, May 28, 2016 - 09.00/13.00

In general, a photo can be considered a way of reality exploring and narration, and also in dentistry this concept is absolutely applicable, so that it is possible to define photography as a 'powerful diagnostic tool'.¹ Based on this fundamental principle, it is reasonable admit that photography can guide the clinician objective analysis of anatomy and dental colours in view of a restoration.^{2,3} Anyway, this modern approach to the photographic documentation collides with the traditional dental culture, generally oriented to a colour description in itself, rather than to generating perception factors. Dental cultured bases essentially itself on an artistic conception, in which the privilege is linked to the perception of the colour and its accurate description, searching objective dimensions and characteristics of a phenomenon that, in itself, is undoubtedly a subjective one! Colour phenomenon has been mainly analysed and described on the basis of the observer subjectivity, with a partial prospective and giving substance to a mental phenomenon that can't have a substance.⁴⁻⁶ As a matter of fact, colour is only an idea in the observer mind, an instant and elusive emotion, linked to a singularity of light temperature and to a multiplicity of uncontrolled and uncontrollable variables.⁷ Dental colours description provided by each operator can't be absolutely right or wrong, and in order to judge a colour and ideal light can't exist, as often someone affirms,⁵ because it is only possible to register a correspondence judgment between two colours, on which most of the observers agree.

In reality colour exists as a psychophysical sensation, that is as a neural stimulus produced by the retinal receptors (cones) producing a precise electric signal proportionally correlated to the number of photons by which have been stimulated. Colour can be 'measured' only in this psychophysical context, and described by three values (the fundamental values of the 'three-stimulus') with a precise mathematical model called 'colour space'.⁷ The digital camera can be considered as a tool to measure colours exactly by analogy of the physiological concept above described. In order to describe light and its relative colours, the digital camera obtains from a precise quantity of photons reaching the sensor three numerical values coherent in a specific colour space. Based on these data of reality, we can admit two conclusions: the first one is that the only visual judgment on the correspondence to a referral colour, evaluation necessarily done by the dentist in order to communicate the colour information and allow the technician to create a likely aesthetic prosthetic restoration, is always subjective and questionable. The second one is that the digital camera, absolutely more objective e precise thanks to its inherent characteristics, can represent a powerful tool for colours diagnosis!

Based on these consideration, it is necessary to move the dentist's attention from the colour phenomenon, always subjective and questionable, to the objectivity of anatomy, representing, together with the light, one of the colour matrices, and that is perfectly described by a digital image.^{2,3,8,9} This is why it is necessary to introduce the concept of 'optical anatomy', in order to underline the centrality of light/substance correlation in colour evaluation rather than perception in itself.^{6,7} In synchrony and in relation with the colour culture evolution, a innovative concept of the photographic tool developed,

luce ideale per giudicare il colore, come spesso si sostiene,⁵ ma si può solamente registrare un giudizio di corrispondenza tra due colori, sul quale convergono la maggior parte degli osservatori. Il colore esiste realmente sotto forma di sensazione psicofisica, cioè come stimolo neurale prodotto dai recettori retinici (i coni) che producono un segnale elettrico preciso e proporzionalmente correlato al numero di fotoni da cui sono stati stimolati. Il colore può essere ‘misurato’ solo in questo ambito psicofisico, e descritto tramite tre valori (i fondamentali valori del ‘tristimolo’ di un preciso modello matematico detto ‘spazio colore’).⁷ Si può considerare la fotocamera digitale come strumento di misurazione dei colori esattamente per analogia ai concetti fisiologici appena esposti, infatti anch’essa per descrivere la luce e i colori che la compongono ricava, da una precisa quantità di fotoni che raggiungono il sensore, tre valori numerici coerenti in un determinato spazio colore. Partendo da questi dati della realtà possiamo ammettere due conclusioni: la prima è che il solo giudizio visivo sulla corrispondenza a un colore di riferimento, valutazione che l’odontoiatra deve necessariamente formulare per comunicare le informazioni sul colore e consentire al laboratorio di creare un manufatto protesico esteticamente verosimile, è ovviamente sempre soggettivo e opinabile. La seconda è che la fotocamera digitale, assolutamente più oggettiva e precisa per sue intrinseche caratteristiche, può rappresentare un formidabile strumento per la diagnosi dei colori! Da queste considerazioni discende la necessità di spostare l’attenzione dell’odontoiatra dal fenomeno colore, sempre soggettivo e opinabile, all’oggettività dell’anatomia, che rappresenta, insieme alla luce, una delle matrici del colore, ed è perfettamente descritta da un’immagine digitale.^{2,3,8,9}

Ecco perché è pertinente e necessario introdurre il concetto di ‘anatomia ottica’, a sottolineare la centralità della correlazione luce/materia nella valutazione del colore piuttosto che la percezione in sé.^{6,7} In sincronia e in dipendenza dall’evoluzione della cultura del colore si è sviluppata una concezione dello strumento fotografico innovativa, nella quale la fotocamera



Figura 3

Immagine in CPP che permette di cogliere la complessità ottica dei denti e le proprietà ottiche intrinseche principali e accessorie dei denti.
Image in CPP that show the tooth complexity and the principal and ancillary inherent tooth properties.



Figura 4

Se correttamente utilizzata la fotocamera è uno strumento di misurazione e l’immagine un dato oggettivo e strumentale: in figura i valori $L^*a^*b^*$ ricavati su quattro punti tramite Photoshop. L’esame tramite software si è dimostrato preciso e affidabile nei limiti delle soglie comunemente accettate in odontoiatria.

*If properly used, the camera is a measuring tool and the image is an objective instrumental datum: in the figure the $L^*a^*b^*$ values acquired on 4 points through Photoshop. The examination by means of the software has shown to be precise and reliable within the threshold limits accepted in dentistry.*

in which the camera acquires more and more the role of 'measuring tool of light', and consequently even of colours.

However, in this perspective it is necessary to establish in an accurate way the conditions in which the camera can act as a measuring tool, and this can be found in the scientific evidence concepts of photography (EBDP).^{8,9} The Author believes that it is necessary to switch from a perceptive-artistic vision of photography and colour phenomenon to a scientific-objective one, in which the digital image precisely correlate the optical phenomena to the dental structure and reveals the complex dynamics originated by light radiation and substance. The optical anatomy is not a theoretical abstraction or a mere style exercise, but a practical tool in order to understand the intrinsic dental structure and its rationale, in order to apply them to the restoration layering techniques. Only by understanding the optical-structural tooth complexity it is possible to emulate them, even partially, in the restoration characteristics¹⁰. The aim of the optical anatomy is twofold: to specify and identify in an accurate way the perceptive correlations, that is the aesthetic sensations raised in the observer, and understand the perceptive correlations with the anatomical characteristics of the dental structure. In other words, the optical anatomy take in account the modalities with which the structural anatomy influences the optical behaviour of radiation and consequently the perceptive phenomena.¹¹

In this way, the traditionally defined 'optical properties of the tooth' will be analysed and described in a more precise and accurate way, with reference to the dental anatomical structure, with an logical workflow starting from the objectivity of the dental substance study and that only in the end give a conclusive perceptive judgment. In conclusion, it is possible to affirm that the objective and describable optical anatomy generates the perceptions of aesthetic and colour, always subjective and questionable. So, it is



Figura 5

La complessa e suggestiva dinamica ottica offerta dalle crepe dello smalto: si noti come alla crepa possa corrispondere una sottilissima depressione verticale, che nel tempo potrebbe pigmentarsi e arricchire ulteriormente la cromaticità dell'elemento dentario.

The complex and suggestive optical dynamic shown by the enamel cracks: note how the crack can correspond to a very thin vertical depression that over time could become stained, further enriching the dental element chromaticity.



Figura 6

Immagini di perikymata interne: linee sottili più chiare ad andamento orizzontale molto regolare, presenti negli strati interni dello smalto, espressione di uno stato di decussazione dei prismi dello smalto e quindi correlato perettivo delle bande di Hunter Schreger. Queste sono da considerare proprietà ottiche intrinsecamente accessorie, ma non per questo sono meno importanti nella genesi della percezione finale del dente.

Images of internal perikymata: thin clearer lines with an horizontal and very regular development, present in the inner layers of the enamel, expression of a decussation of enamel prisms and so perceptive correlated to the Hunter Schreger bands. These are to be considered as accessory optical properties, but not less important in the genesis of the final perception of the tooth.

assume sempre più il ruolo di ‘strumento di misurazione della luce’, e quindi dei colori. In questa prospettiva è stato però necessario stabilire con precisione le condizioni alle quali la fotocamera può funzionare da strumento di misurazione, e ciò si è concretizzato nei concetti della fotografia basata sull’evidenza scientifica (EBDP).^{8,9}

Il pensiero dell’Autore è che si debba passare da una visione artistica-percettiva della fotografia e del fenomeno colore a una scientifica-oggettiva, nella quale l’immagine digitale correla precisamente i fenomeni ottici alla struttura dentale e svela le complesse dinamiche originate dall’interazione tra radiazione luminosa e materia. L’anatomia ottica non è un’astrazione teorica o un puro esercizio di stile, ma uno strumento pratico per comprendere l’intima struttura dentale, comprenderne le logiche per applicarle alle tecniche di stratificazione dei restauri. Solo conoscendo la complessità ottico-strutturale del dente, si può pensare di riprodurne, anche parzialmente, le caratteristiche nei restauri.¹⁰ Lo scopo dell’anatomia ottica è duplice: specificare e identificare accuratamente i correlati percettivi, cioè le sensazioni estetiche suscite nell’osservatore, e risalire dalla comprensione dei correlati percettivi alle caratteristiche anatomiche della struttura dentale. In altri termini, l’anatomia ottica considera le modalità con le quali l’anatomia strutturale influenza il comportamento ottico della radiazione e quindi i fenomeni percettivi.¹¹ Così, quelle che tradizionalmente sono definite ‘proprietà ottiche del dente’, potranno essere analizzate e descritte in maniera più precisa e accurata, con riferimento alla struttura anatomica che le sostanzia, secondo un flusso di lavoro ordinato e razionale che inizia dall’oggettività dello studio della materia dentale e solo al termine fornisce un giudizio percettivo personale conclusivo. Concludendo si può affermare che l’anatomia ottica, oggettiva e descrivibile, genera le percezioni dell’estetica e del colore, sempre soggettive e opinabili. È quindi necessario comprendere che è l’anatomia ottica il vero oggetto di studio dell’analisi del colore, e la descrizione finale di questo tramite attributi percettivi (impropriamente ‘dimensioni’) solo una convenzione necessaria. Il concetto di anatomia ottica proposto si sposa così perfettamente, integrando e completando per la parte strutturale, la filosofia della Fotografia Basata sull’Evidenza, che ha come fine la corretta documentazione del colore dentale.



Figura 7

Le crepe dello smalto - enamel cracks - influenzano grandemente la dinamica della radiazione luminosa e quindi la percezione del dente stesso. Nella figura, oltre alle crepe verticali, sono ben visibili le perikymata interne ad andamento orizzontale.

The enamel cracks greatly influence the dynamic of the light radiation and consequently the perception of the tooth in itself. In the image, besides the vertical cracks, the internal perikymata are visible with their horizontal development.



Figura 8

Si noti come in questo paziente adulto la perdita della micro-anatomia di superficie ha reso più evidenti le perikymata interne. Come si può notare l’immagine fotografica permette l’esplorazione analitica, oggettiva e approfondita della sostanza dentale.

Note as in this adult patient the loss of the esuperficial micro-anatomy put more in evidence the internal perikymata. As can be noted, the photo allows an analytical, objective and deep exploration of the dental substance.

necessary to understand that the real object of the colour analysis is the optical anatomy and that the final description of the colour through perceptive attributes (improperly ‘dimensions’) is only a necessary convention. The proposed optical anatomy concept integrates and completes the structural part of the philosophy based on the Evidence Based Photography, aiming to document in a proper way the dental colour.

Bibliografia / References

1. Loiacono P, Pascoletti L. Photography in Dentistry. Quintessenza Edizioni, Milano, 2012.
2. Vanini L. Il restauro conservativo dei denti anteriori. ACME, Viterbo, 2003.
3. Spina G. Il colore è anatomia. Teamwork media, Brescia, 2010.
4. Chu SJ. Fundamentals of Color. Quintessence Publishing, Chicago, 2004.
5. Oleari C. Misurare il colore: fisiologia della visione a colori. Hoepli, Milano, 2008.
6. Loiacono P. Il nuovo concetto di Anatomia Ottica. Il dentista Moderno 2014;10: 44-82.
7. Loiacono P. Le Nuove Evidenze Scientifiche in Fotografia, Cultura del Colore e Workflow Digitale in odontoiatria. Quintessenza Edizioni, Milano, 2016.
8. Loiacono P. La fotografia digitale per la diagnosi dei colori in odontoiatria estetica. Parte prima. Quintessenza Internazionale 2012;28(3):93-113.
9. Loiacono P, Molina B. La fotografia digitale per la diagnosi dei colori in odontoiatria estetica. Parte seconda. Quintessenza Internazionale 2012;28(4):83-101.
10. Manauta J, Salat A. Layers, An Atlas of Composite Resin Stratification. Quintessenza Edizioni, Milano, 2012.
11. Bazos P, Magne P. Bio-emulation: Biomimetically emulating nature utilizing a histo-anatomic approach; structural analysis. Eur J Esthet Dent. 2011;6(1):8-19.

Full Digital Dentistry: la totale digitalizzazione delle procedure dello studio moderno

Giuseppe Luongo

Venerdì 27 Maggio 2016 - 14.30/15.00

È indubbio che la cosiddetta rivoluzione digitale che è in atto sta cambiando radicalmente la maniera in cui le persone pensano, comunicano e lavorano e tutto questo non poteva di certo risparmiare il mondo dell'odontoiatria.

La continua introduzione di nuove tecnologie nella pratica clinica quotidiana sta progressivamente trasformando il modo in cui i clinici progettano ed eseguono le proprie terapie ma sta soprattutto stravolgendo il modo in cui gli operatori comunicano tra di loro e con i pazienti.

Computers e dispositivi digitali eseguono ormai di routine molte delle operazioni della pratica odontoiatrica quotidiana che solo pochi anni fa erano rigorosamente manuali. E questo avviene in maniera più rapida, economica e riproducibile.

La situazione è ormai tale per cui ogni singolo aspetto dell'odontoiatria fa uso, in un modo o nell'altro, di tecnologie digitali. Anche le procedure di invio di informazioni ai laboratori odontotecnici, nonché le modalità di modellazione e di realizzazione dei manufatti protesici sono stati radicalmente modificati dall'introduzione di dispositivi digitali.

Tutto questo sta influenzando in maniera consistente la ricerca che si sta indirizzando verso soluzioni additive di ancora maggiore efficacia ed al tempo stesso verso l'individuazione di nuovi materiali più idonei alle nuove modalità di realizzazione.

È dunque possibile oggi parlare di 'Full Digital Dentistry' per identificare il processo per il quale dalla raccolta delle informazioni fino al completamento del piano terapeutico ogni singolo passaggio è gestito in maniera interamente digitale.

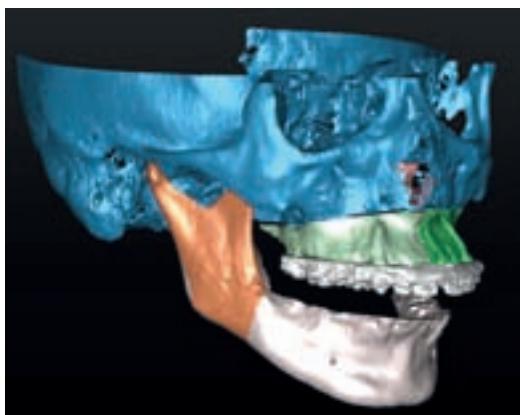


Figura 1

Riposizionamento virtuale dei mascellari in una progettazione di chirurgia ortognatica.

Virtual maxillary tooth repositioning in orthognathic surgery planning.

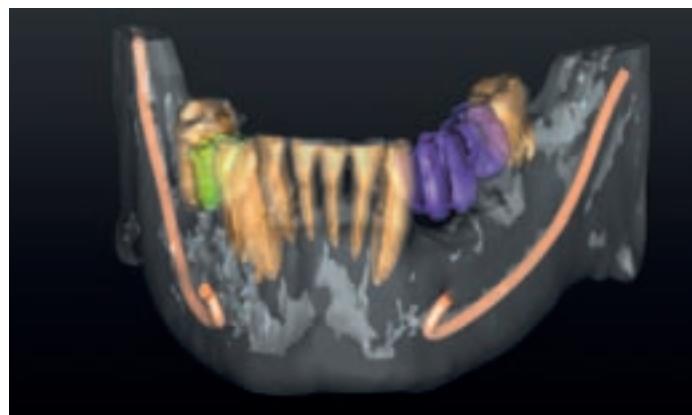


Figura 2

Immagine tridimensionale della mandibola nella quale sono identificabili le singole strutture anatomiche.

Three-dimensional image of the mandible in which the single anatomic structures can be recognized.

Full Digital Dentistry: the Total Digitalization of the Procedures of the Modern Dental Practice

Giuseppe Luongo

Friday, May 27, 2016 - 14.30/15.00

It is certain that the so called digital revolution is radically changing the way people think, communicate and work and all this certainly couldn't avoid the dentistry field.

The continuing introduction of new technologies in the daily clinical practice is progressively transforming the way dentists plan and perform their therapies, but is above all changing the way the members of the staff communicate between each other and with the patient.

Computers and digital tools routinely perform many of the procedures of the daily dental work and only few years ago the same procedures were strictly performed in a manual way. And all these procedures now take place in a more rapid, economic and reproducible way.

Now the situation is that every single aspect of dentistry uses, in one way or another, digital technologies.

Even the procedures of sending information to dental laboratories, and the modality of modeling and production of prosthetic elements have been dramatically changed by the introduction of digital tools.

All this is influencing in a significant way the research that is focusing on additive solutions more and more efficient and, in the meanwhile, on finding new materials, more suitable to the new manufacturing procedures.

So, nowadays it is possible to talk about 'Full Digital Dentistry' to identify a completely digital workflow, starting from the information collection and ending with the therapeutic plan accomplishment.

Anyway, it must be said that the very fast and continuing introduction in the market



Figura 3

Scansione tridimensionale del modello in gesso ed esecuzione della ceratura attraverso l'applicazione dei denti virtuali.

Three-dimensional gypsum model scanning and waxing with the application of virtual teeth.



Figura 4

Immagine 3D di un mascellare superiore con pianificazione della futura riabilitazione protesica.

3D image of an upper jaw with future prosthetic rehabilitation planning.

Occorre dire, tuttavia, che la rapidissima e continua introduzione sul mercato di nuovi dispositivi non ha avuto eguale corrispondenza nello sviluppo di training adeguati e nella costruzione di sufficiente evidenza scientifica.

Per colmare questo gap è nata l'idea di istituire una società scientifica che avesse come focus esclusivo l'odontoiatria digitale. È stata così fondata la Digital Dentistry Society (DDS) che, nel corso di un anno, ha attratto i maggiori esperti mondiali nel campo della digitalizzazione delle procedure in odontoiatria. La DDS è aperta non solo agli odontoiatri ma agli odontotecnici, ai radiologi, ai fisici, agli ingegneri informatici ed altre figure che a vario titolo abbiano attinenza con la digital dentistry. La DDS ha come obiettivo primario quello di favorire lo sviluppo e l'applicazione delle tecnologie digitali in odontoiatria valutandone con obiettività e rigore scientifico i reali vantaggi per i clinici e per i pazienti.

Tutte le informazioni sulle attività della DDS e le modalità per farne parte sono reperibili sul sito digital-dentistry.org

Figura 5

Pianificazione implantare: dirma a supporto mucoso, mascella.
Implant planning: mucosa-supported template, maxilla.

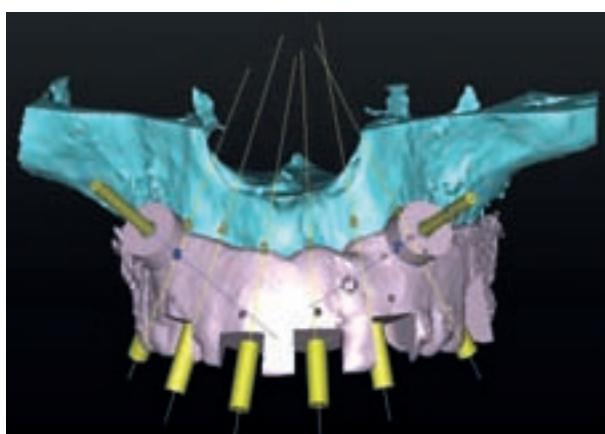
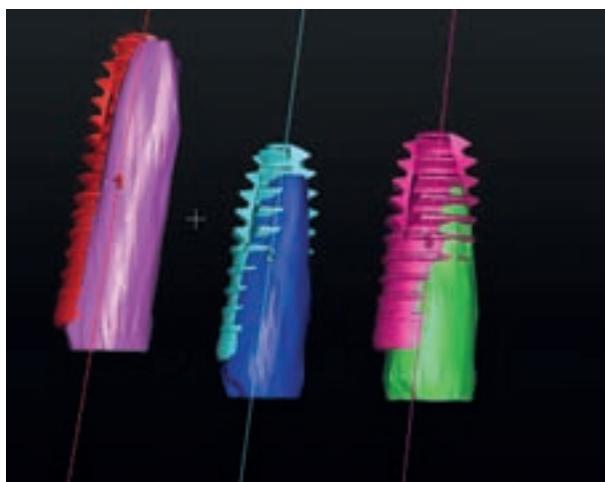


Figura 6

Immagine tridimensionale della sovrapposizione degli impianti progettati con quelli inseriti.
Three-dimensional image showing planned implants superimposed on inserted implants.



of new devices had not the same equivalence in the development of proper training activities and sufficient scientific evidence.

In order to fill this gap, it has been thought to institute a scientific society with the exclusive focus on digital dentistry. So, Digital Dentistry Society (DDS) was founded and in only one year has attracted the most important experts in the world in the field of dental procedures digitalization.

DDS welcomes dentists and dental technicians, radiologists, physicists, informatics engineers and other professional figures related to digital dentistry.

The main goal of DDS is to promote the development and application of digital technologies in dentistry, evaluating with objectiveness and scientific discipline the real advantages for dentists and patients.

All the information about DDS activities and the modality of subscription are available at digital-dentistry.org

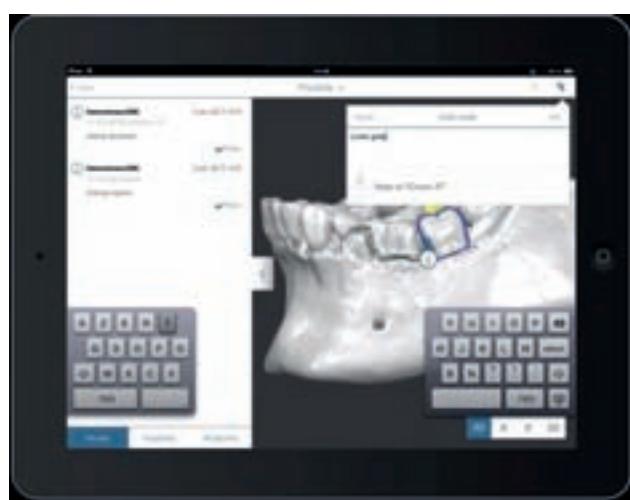


Figura 7

La comunicazione tramite iPad:
interattività tra iPad e software di
implantologia guidata.

*iPad communication:
Interactivity between iPad and
guided implant software.*

L'ortodonzia linguale fissa senza attacchi, un nuovo approccio all'ortodonzia

Anna Mariniello, Fabio Cozzolino

Sabato 28 Maggio 2016 - 09.00/09.30

La necessità di dover realizzare una terapia ortodontica in pazienti adulti diventa sempre più frequente. Molto spesso perché tali pazienti sono estremamente attenti alla loro immagine e a migliorare il proprio sorriso, altre volte perché l'intervento ortodontico è necessario a migliorare l'estetica e/o la funzione di una riabilitazione chirurgica e/o protesica, nell'ottica di un approccio multidisciplinare.

Spesso il comune denominatore è la richiesta di un trattamento fisso, completamente invisibile e il più comodo possibile, poiché questi pazienti vivrebbero con disagio la presenza di un'apparecchiatura visibile nonché l'eventuale fastidio provocato dal contatto con la lingua o le alterazioni della fonetica.

L'ortodonzia invisibile fissa linguale senza attacchi, che nasce dalla necessità di risolvere recidive di allineamenti anteriori, evitando di riposizionare nuovamente gli attacchi, si diffonde successivamente per poter venire incontro alle esigenze di questi pazienti adulti. Utilizzata dapprima per semplici allineamenti del settore frontale, la tecnica subisce poi continue evoluzioni e perfezionamenti fino ad essere utilizzata per trattare malocclusioni sempre più complesse.

La terapia si realizza con fili ortodontici, modellati in base all'anatomia, alla posizione dentaria e agli spostamenti che si desiderano ottenere. Tali fili sono direttamente bondati alla superficie non visibile dei denti. Al fine di poter esplicare una corretta trasmissione delle forze anche la sequenza di adesione si esegue mediante criteri ben precisi. Il filo maggiormente utilizzato è un intrecciato in acciaio, comunemente adoperato per la realizzazione di retainers passivi. Di frequente utilizzo sono anche dei sezionali realizzati mediante fili in acciaio .016-.016 inches, soprattutto nei settori di ancoraggio, nonché dei bottoni realizzati in composito per poter posizionare elastici inter-arcata.

Nei casi più complessi l'utilizzo di miniviti ortodontiche consente non solo di aumentare l'ancoraggio ma anche di ridurre le fasi in cui è necessaria la collaborazione del paziente. Gli autori espongono una serie di casi clinici nell'ottica di esaminare le potenzialità di questa tecnica. I casi introduttivi sono costituiti da affollamenti dentari di varia entità gestiti mediante stripping o espansione d'arcata.

Verrà poi esaminata la possibilità di correggere il rapporto di classe dentaria sia mediante estrazioni che mediante movimenti corporei sul piano sagittale (Figg. 1-4). Verrà quindi esaminata la gestione delle discrepanze verticali in caso di gravi deep bite e open bite.

Per quanto riguarda l'approccio multidisciplinare gli autori si soffermeranno sulla possibilità di poter modificare l'anatomia dei tessuti parodontali mediante gli spostamenti dentari, soprattutto in zone ad alta valenza estetica.

Verrà quindi esposto un caso clinico caratterizzato da un incisivo centrale non recuperabile, poiché affetto da riassorbimento interno della radice, con una notevole perdita di osso e gengiva rispetto al centrale controlaterale. La terapia consisterebbe in un'estrusione lenta del dente, al fine di migliorare l'anatomia dei tessuti duri e molli, per poi procedere con l'estrazione e l'inserimento di un impianto (Figg. 1-6).

Verrà poi esaminato un caso clinico caratterizzato da grave perdita di osso e gengiva

Bracketless Fixed Lingual Orthodontics, a New Approach in Orthodontic Treatment

Anna Mariniello, Fabio Cozzolino

Saturday, May 28, 2016 - 09.00/09.30

The need for an orthodontic therapy in adult patients is becoming increasingly frequent, often because these patients pay great attention to their appearance and to improve their smile; at other times, because an orthodontic intervention is necessary in order to improve aesthetics and/or functioning of a surgical and/or prosthetic rehabilitation within a multidisciplinary approach.

A treatment which is fixed, totally invisible and as comfortable as possible is a frequent common denominator, as otherwise these patients would experience the inconvenience of visible braces, as well as the possible discomfort caused by the contact with the tongue or phonetic alterations.

Bracketless fixed lingual orthodontics, originally developed to treat anterior alignment relapses, avoiding new brackets positioning, has subsequently spread to meet the requirements of these adult patients. Initially used for simple alignments in the anterior sectors, this technique has undergone continuous evolution and improvements, and today it is used for the treatment of more and more complex malocclusions.

The therapy is carried out with orthodontic wires which are shaped according to anatomy, tooth position and the movements that must be achieved. Such wires are directly bonded to the internal surface of the teeth. To allow for proper force transmission, the bonding sequence itself must follow specific criteria. The most commonly used type of wire is made of braided steel, generally used for the creation of passive retainers. Sectional wires made of .016-.016 inches steel are also used especially in the anchorage sectors, as well as composite buttons for interarch elastic positioning.

In the most complex cases, the use of orthodontic miniscrews not only allows increased anchorage, but also reduction of the steps that require patient cooperation.

In this article, the Authors present a series of clinical cases to examine the potentialities of this technique. The introductory cases describe teeth crowding at various levels, managed with stripping or arch expansion.

Subsequently, the possibility of correcting the tooth class relationship with both extractions and body movements on the sagittal plane will be examined (Figs 1 to 4). Then, the management of vertical discrepancies in case of severe deep bites and open bites will be analyzed.

Regarding the multidisciplinary approach, the Authors will underline the possibility of changing the periodontal tissue anatomy by means of tooth movements, especially in areas of great aesthetic importance.

Then, a clinical case will be shown, characterised by a central incisor that cannot be saved, because affected by internal root resorption with a considerable bone and gingival loss compared to its counterlateral central incisor. The therapy will consist of a slow tooth extrusion aimed at improving hard and soft tissue anatomy, followed by its extraction and implant insertion (Figs 1 to 6).

A clinical case will subsequently be examined, characterised by a severe bone and gingival loss in the upper anterior sector in the presence of a #21 that cannot be saved. The case will be managed by means of a slow #21 extrusion, followed by its



Figure 1-4

Caso clinico di II Classe di Angle caratterizzato da affollamento dentario e deep bite trattato mediante distalizzazione su ancoraggio scheletrico del settore laterale superiore ed intrusione all'arcata inferiore.

Angle Class II case characterised by teeth crowding and deep bite treated with skeletal anchorage distalization of the upper lateral sector and lower arch intrusion.

nel settore frontale superiore, in presenza di un 21 non recuperabile. Il caso sarà gestito mediante estrazione lenta del 21 seguita dalla successiva estrazione dello stesso ed inserimento di un impianto ed intrusione del restante settore frontale mediante ancoraggio scheletrico (Figg. 7-9).

In entrambi i casi l'apparecchio ortodontico consente di poter posizionare in maniera fissa un elemento dentario provvisorio nell'arco di tempo che va dall'estrazione dentaria fino alle realizzazioni di un provvisorio fisso su impianto.

Le conclusioni cliniche di questa presentazione sottolineano come al vantaggio di poter offrire un trattamento realizzato mediante un'apparecchiatura molto sottile e confortevole si affiancano le difficoltà dovute alla mancanza di tutte le informazioni presenti negli slots delle apparecchiature multibrackets. Pertanto è fondamentale un'accurata conoscenza della biomeccanica e del sistema di forze sviluppato, oltre che un'adeguata manualità per la modellazione dei dispositivi.



5



6



7



8



9



10

Figure 5-10

Esempio clinico di estrusione lenta del 12, affetto da riassorbimento interno della radice, seguita de estrazione e posizionamento di un impianto. Lo spostamento ortodontico dell'incisivo consente di ottimizzare l'anatomia del tessuto gengivale ed osseo.

Clinical example of slow extrusion of #12 affected by internal root resorption, followed by its extraction and implant insertion. The orthodontic movement of the incisor gives the possibility to optimize the anatomy of bone and gingival tissues.



Figure 11-13

Caso clinico in cui, mediante spostamenti ortodontici sul piano verticale, si ottiene il miglioramento delle parbole gengivali. L'apparecchio consente anche il mantenimento di un provvisorio fisso dopo l'estrazione del 21 nell'attesa di caricare l'impianto mediante provvisorio fisso.

Clinical case in which an improvement of the gingival tissue parable is achieved with orthodontic movements on the vertical plane. The appliance allows the attachment of a fixed temporary after 21 extraction before the implant can be loaded with a fixed temporary.

extraction and implant insertion, and final intrusion of the remaining anterior sector through skeletal anchorage (Figs 7 to 9).

In both cases, the orthodontic appliances allow to place a fixed temporary element in the period that occurs from tooth extraction and the implant fixed temporary placement. The clinical conclusions of this presentation underline that, besides the advantage of a very thin and comfortable treatment, there are also difficulties due to the lack of the informations that the brackets slots provide. Therefore, it is essential to have an accurate knowledge of biomechanics and of the force system developed, besides a proper manual ability for device shaping.

Alternative terapeutiche implantari nei casi clinici complessi

Mauro Merli

Venerdì 27 Maggio 2016 - 09.00/09.30

Nell'ambito di questa conferenza saranno descritti, grazie ad immagini e videofilmati, due casi di edentulia parziale con compromissione significativa della funzione masticatoria e dell'estetica non solo del sorriso ma anche dell'intero viso (Figg. 1,2).

Due casi apparentemente simili saranno affrontati con approcci terapeutici differenti: si descriverà il razionale delle scelte sulla base delle conoscenze disponibili.

Quali approcci terapeutici è possibile adottare in simili situazioni?

Per poter rispondere a questa domanda si deve partire dalla diagnosi protesica integrata dell'esempio clinico che prevede di acquisire, in maniera ordinata, in sequenza metodologica, le informazioni che permettano di organizzare al meglio il lavoro a livello progettuale e proporre la soluzione terapeutica ritenuta più appropriata. È necessario ascoltare i desideri e le aspettative oltre ai vincoli che il paziente pone. Si dovrà quindi stabilire la sequenza operativa che implica la definizione delle precedenze terapeutiche per l'integrazione degli specialisti coinvolti e i tempi necessari nel rispetto delle conoscenze biologiche attuali e delle evidenze disponibili.

Figure 1a-d



Therapeutic Alternatives in Implant Treatment in Complex Clinical Cases

Mauro Merli

Friday, May 27, 2016 - 09.00/09.30

Two cases of partial edentulism, highly compromised from an esthetic and functional perspective involving not only the smile but the entire face, will be illustrated through videos and static images during this lecture (Figs. 1 and 2).

The rationale behind the choice of the two different therapeutic approaches for cases that appear similar will be described. What are the therapeutic sequences that can be adopted in these clinical situations?

The answer lies in a integrated prosthetic diagnosis which aims to acquire, in an orderly, methodologic manner, all of the data available to better design the operative sequence. This is supported by listening to and understanding the patients' desires and expectations, as well as any limits they may impose. The clinician can then propose the most appropriate therapeutic solution, and involving other specialists, establish the timing necessary with respect to biologic factors and evidence available based on current knowledge.



Figure 2a-d

Disegno protesico: aspetti clinici e tecnici al sistema di ‘previsualizzazione estetica’ nei casi semplici e complessi

Vincenzo Musella

Sabato 28 Maggio 2016 - 14.30/15.00

Un paziente ha il diritto di non sapere cosa vuole. Può portare fotografie di attori o di persone famose chiedendo di avere ‘quel sorriso’ rendendosi comunque conto, spesso, che quel sorriso potrebbe non essere così attraente nel proprio contesto facciale. È difficile parlare di colore dentale, forma, lunghezza se il paziente non se lo vede addosso.

La riabilitazione estetica del gruppo frontale, infatti, da sempre rappresenta una delle maggiori sfide per la nostra professione.

La previsualizzazione estetica rappresenta una tecnica prevedibile ed affidabile che porta il paziente a formulare un parere ed una decisione informata sul potenziale risultato, valutando la coincidenza, o meno, con le proprie aspettative.

La possibilità di previsualizzare il risultato finale di una riabilitazione protesica quando questa sia ancora scevra dall’impegno di qualsiasi particolare soluzione restaurativa, costituisce un unico insostituibile mezzo per valutare obiettivamente estetica e funzione.

La condivisione delle informazioni tra il paziente, il dentista e l’odontotecnico diventa una determinante premessa alla formulazione di un corretto piano di trattamento. In questo caso sono state messe a confronto sia la tecnica di previsualizzazione estetica diretta che quella indiretta utilizzando la tecnologia CAD/CAM.

Figura 1

Caso iniziale.
Initial situation.



Prosthetic Design: Clinical and Technical Aspects in the System 'Aesthetic Preview'

Vincenzo Musella

Saturday, May 28, 2016 - 14.30/15.00

A patient has the right to know what he wants. He can bring photos of actors or famous people, asking to have 'that smile', often even being aware that smile could not be so attractive in his/her facial context. It's difficult to talk about dental colour, shape, length if the patient doesn't see these elements on his/herself.

The aesthetic rehabilitation of the frontal teeth, indeed, represents one of the major challenges for our profession.



Figura 2

Modellazione in cera degli elementi interessati alla previsualizzazione.

Wax modelling of the elements involved in the preview.



Figura 3

Stampaggio del composito diretto attraverso la mascherina di previsualizzazione.

Moulding of the direct composite by means of the preview template.

Figura 4

Definizione dei margini di lavoro sulla scansione del modello originale con il software Ceramill Mind

Definition of the operating margins on the scan of the original cast with Ceramill Mind software

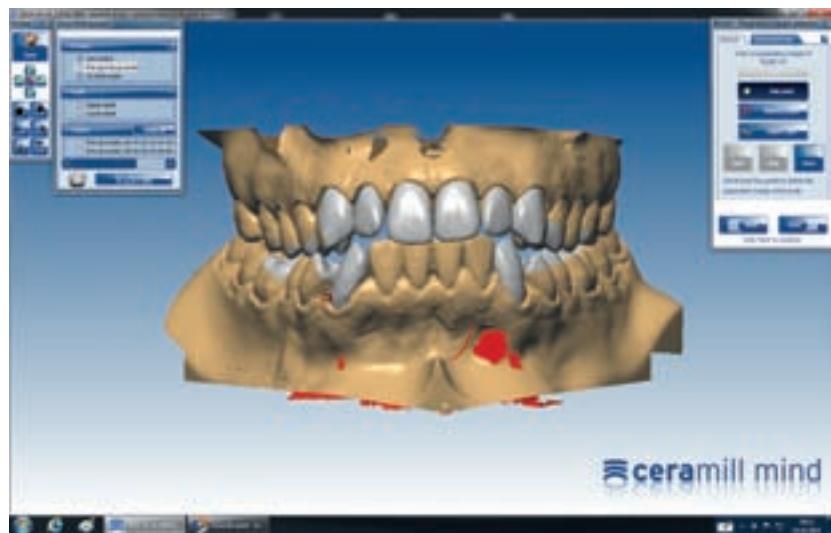


Figura 5

Simulazione dinamica virtuale con il modulo software Ceramill Artex (frontale).

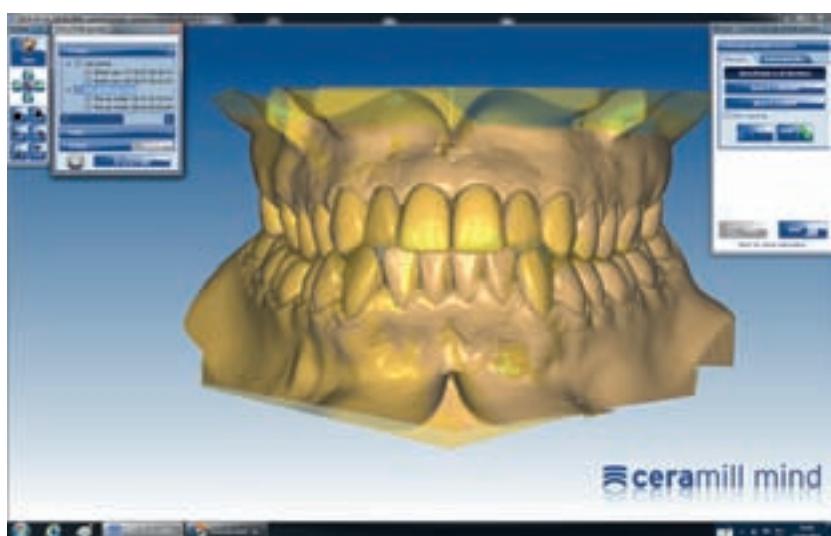
Virtual dynamic simulation with Ceramill Artex (frontal) module software



Figura 6

Modellazione virtuale direttamente con l'utilizzo del software di progettazione Ceramill Mind.

Virtual modelling directly with Ceramill Mind design software.



The aesthetic preview represents a predictable and reliable technique that leads the patient to express an informed opinion and decision about the potential outcome, evaluating the possible coincidence with his/her own expectations.

The possibility to preview the final outcome of a prosthetic rehabilitation when this is still free from any involvement of a particular restorative solution, represents a unique and irreplaceable way for a objective evaluation of aesthetic and function.

Sharing of information between patient, dentist and dental technician becomes a determinant prerequisite to a proper treatment planning formulation.

On this case, we compared the aesthetic preview technique both direct and indirect with the application of CAD/CAM technology.

Figure 7-9

Risultato di Previsualizzazione Estetica.

Outcome of the aesthetic preview.



Precoci e tardive complicatezze in implantologia

Jörg Neugebauer

Venerdì 27 Maggio 2016 - 10.30/11.00

I fallimenti in implantologia sono un'evenienza rara, ma ciascuno di essi rappresenta una situazione difficile per il paziente interessato da tale fallimento.

La gamma delle possibili opzioni di trattamento oggi è ampia ed è quindi importante esaminare il paziente nella sua globalità e scegliere il trattamento corretto per ogni singolo caso clinico.

Per un trattamento di successo delle complicatezze è necessaria una diagnosi dettagliata. Grazie alla possibilità di usare la CTCB in studio, le informazioni diagnostiche sono disponibili in breve tempo, il che permette di scegliere il trattamento più adatto alle esigenze del paziente. La miglior opzione di gestione delle complicatezze è di evitarle o di interagire con esse in una fase precoce (mucosite).

Le linee guida europee per giustificare l'indicazione a eseguire una CTCB prevedono, per esempio, una storia di sinusite acuta o cronica, prima di un innesto nel seno, se sono ancora presenti segni clinici, o in caso di posizionamento di impianti angolati con protocolli a carico immediato. Se sono presenti difetti parodontali difficili, una CTCB può fornire ulteriori informazioni per la procedura chirurgica, in base al difetto perimplantare e anche i parametri di imaging costituiscono ulteriori informazioni.

Per determinare il possibile risultato di un ulteriore intervento chirurgico è necessario rivalutare i fattori di rischio esistenti e quelli nuovi per mantenere o rimuovere un impianto infetto. La maggior parte delle complicatezze biologiche sono difficili da trattare, a causa della ridotta vascolarizzazione e alla superficie microstrutturata del materiale d'innesto

Figura 1

Ampia deiscenza della ferita dopo posizionamento di impianti angolati con restauro immediato (Sky fast & fixed, bredent medical, Senden, Germania).
Large wound dehiscence after angled implant placement with immediate restoration (Sky fast & fixed, bredent medical, Senden, Germany).



Figura 2

Decontaminazione con terapia fotodinamica antimicrobica (Helbo, bredent medical).
Decontamination with antimicrobial photodynamic therapy (Helbo, bredent medical).



Early and Late Complications in Implant Dentistry

Jörg Neugebauer

Friday, May 27, 2016 - 10.30/11.00

Failures in implant dentistry become a rare occurrence, but each one is a difficult situation for each affected patient. The complexity of the possible treatment option is large today, that it is important to examine the patient in total and select the appropriate treatment for the individual findings.

For a successful complication treatment a detailed diagnosis is necessary. Due to the possibilities to use the CBCT in private practice the diagnostic information is available very shortly, which allows to choose the appropriate treatment according the patient specific findings. Best option of complication management is to avoid those or to interact at an early state (mucositis). The European guideline for the justifying indication to perform CBCT is for e.g. a history of acute or chronic sinusitis, prior to a sinus graft, if still clinical signs are present or for angled implant placement with immediate loading protocols. If difficult periodontal defects are present a CBCT may deliver further information for the surgical procedure, depending on the peri-implant defect and the imaging parameters also here further information are possible.

To determine the possible outcome of an additional surgical procedure it is necessary to re-evaluate the existing and new risk factors to maintain or remove an infected implant. Most biologic complication are difficult to treat, due to the

Figura 3

Decorso positivo dell'osteointegrazione 6 mesi dopo il trattamento delle complicanze.

Uneventful course of osseointegration 6 month after complication treatment.



e degli impianti. L'applicazione locale o sistemi di antibiotico è limitata a causa della resistenza a un crescente numero di specie e farmaci.

Un'opzione per eseguire un'efficace gestione del biofilm è la terapia fotodinamica antimicrobica. Questo metodo non invasivo permette di disinfezionare ciò che impedisce la guarigione della ferita, il tessuto duro e molle infetto e le superfici implantari microstrutturate.

Per stabilizzare la perdita di osso perimplantare dopo la disinfezione fisico-chimica, l'innesto con osso autologo mostra i migliori risultati. Il prelievo può essere eseguito mediante Piezosurgery in prossimità del sito implantare, così da usare un trapianto vitale senza un secondo sito donatore.

Se non è possibile mantenere gli impianti infetti, in base alle aspettative del paziente, può essere eseguito in re-impianto che, a causa della perdita di osso, richiede ulteriori tecniche di innesto. Un'alternativa è rappresentata anche dal posizionamento di un numero ridotto di impianti in posizione angolata per evitare procedure di innesto più importanti. Se gli impianti richiedono un innesto laterale, l'opzione di un restauro immediato non è raccomandata al fine di ottenere una rigenerazione ottimale dell'innesto.



Figura 4

Grave perimplantite con perdita di osso intorno a tutti gli impianti.
Severe periimplantitis with bone loss around all implants.



Figura 5

Prelievo di osso locale per innesto nel difetto con Piezosurgery
(Piezomed, W&H Bürmoss, Austria).

*Local bone harvesting for defect grafting by Piezosurgery
(Piezomed, W&H Bürmoss, Austria).*



Figura 6

Perdita di osso verticale
con tessuto molle sano
intorno agli impianti.

*Vertical bone loss
with healthy soft tissue
around the implants.*

reduced vascularization and the micro-structured surface of the graft material and the implants. Local or systemic antibiotic application is limited due to the resistance for of an increased number of species and drugs. One option to perform an effective biofilm management is the antimicrobial photodynamic therapy. This non-invasive method allows to disinfect the various wound healing disturbances, infected hard and soft tissue and micro-structured implant surfaces.

To stabilize the peri-implant bone loss after the physico-chemical disinfection grafting with autologous bone shows the best results. Harvesting can be performed by Piezosurgery next to the treated implant, to use the option of a vital transplant without a second donor site.

If the infected implants cannot be kept, according to the expectations of the patients, a re-implantation can be performed, which requires due to the bone loss further grafting techniques. An alternative option is also the placement with a reduced number of implants in angled position to avoid major grafting procedures. If the implants require lateral grafting the original idea of immediate restoration is not recommend, to achieve the optimal regeneration of the graft.

Efficacia della cefalometria 3D nella programmazione dei casi ortognatici

Giovanna Perrotti, Massimiliano Politi

Sabato 28 Maggio 2016 - 09.30/10.00

L'intervento chirurgico talvolta rappresenta l'unica possibilità terapeutica per riposizionare basi scheletriche maxillo-mandibolari alterate e disarmoniche al fine di ripristinare un'occlusione corretta, una funzionalità neuromuscolare idonea e un'estetica che soddisfi le esigenze del paziente.

La chirurgia non si sostituisce né quasi mai può essere applicata senza l'intervento ortodontico che ha la finalità di riposizionare gli elementi dentari in funzione degli spostamenti ossei che il chirurgo dovrà realizzare.

Ogni intervento ortodontico-chirurgico necessita di una fase diagnostica preliminare che ha l'obiettivo di inquadrare morfologicamente la malocclusione dento-scheletrica evidenziando le aree scheletriche che devono essere corrette.

Il primo step diagnostico è l'analisi bidimensionale che, a fronte di valori medi norma, può individuare, come nel caso in esame, che questi valori corrispondano o deviano dalla norma (Fig. 1).

Ogni tipologia di analisi proposta ha comunque l'obiettivo di fornire indicazioni sulla proiezione verticale e sagittale della mascella e della mandibola, l'angolazione del piano occlusale e l'angolazione dell'asse incisale superiore e inferiore rispetto alle basi ossee rispettive.

Il limite della cefalometria è quello di valutare in senso bidimensionale un oggetto estremamente complesso e totalmente esprimibile in senso tridimensionale come è di fatto il cranio.

Dall'introduzione sul mercato delle apparecchiature TC cone-beam, si è assistito ad una rivoluzione diagnostica per lo studio tridimensionale del cranio.

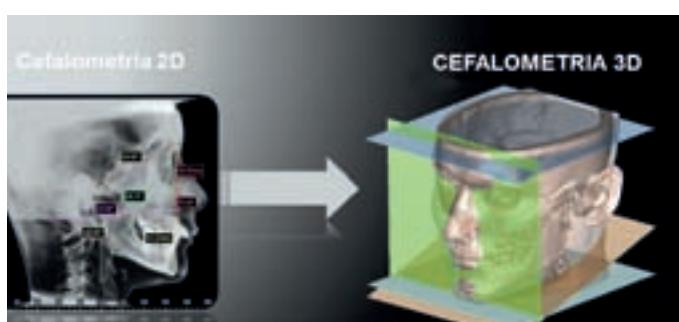
La visione 3D pone il problema di come eseguire un inquadramento nosologico delle varie disgrazie. Jacobson R.¹ nel 2006 ha pubblicato un approccio multiplanare per l'analisi nello spazio della proiezione verticale e sagittale di mascella e mandibola.

Nel 2012² gli Autori hanno pubblicato una metodica multiplanare cefalometrica di derivazione dei lavori di Jacobson. Attraverso l'utilizzo di un software in grado di elaborare l'analisi a partire dalla costruzione di piani di riferimento (assiale, coronale e

Figura 1

La cefalometria 2D consiste nella valutazione ai fini diagnostici e terapeutici di valori geometrici, misurazioni angolari e lineari, rilevati su una teleradiografia laterale del cranio del paziente. Il passaggio dal 2D al 3D è la naturale conseguenza dell'adeguamento agli strumenti diagnostici di nuova generazione come le CBCT e gli scanner facciali.

2D cephalometry consists in the evaluation of geometric values, angular and linear measurements detected on a lateral tele-X-ray of the patient's head for diagnostic and therapeutic purposes. The transition from 2D to 3D cephalometry is the natural consequence of the upgrade to the new generation diagnostic tools, such as CBCT and face scanners.



Effectiveness of 3D Cephalometric in Programming of Orthognathic Cases

Giovanna Perrotti, Massimiliano Politi

Saturday, May 28, 2016 - 09.30/10.00

Surgery is sometimes the only therapeutic possibility for repositioning altered, disharmonious maxillary and mandibular skeletal bases, in order to restore a correct occlusion, a proper neuromuscular functionality and an aesthetic appearance that meets the patient's expectations. Surgery cannot replace and can hardly ever be applied without orthodontic intervention aimed at repositioning dental elements according to bone movements created by the surgeon. Every orthosurgical intervention requires a preliminary diagnostic phase aimed at morphologically assessing the dental-skeletal malocclusion, highlighting the skeletal areas which must be corrected.

The first diagnostic step is the two-dimensional analysis, which can detect whether the values are normal or altered in comparison to normal average values, as in the examined case (Fig 1). Each type of suggested analysis aims at providing indications about the maxillary and mandibular vertical and sagittal projections, the occlusal plane angle and the upper and lower incisal axis angle in relation to their bone bases.

The limit of cephalometry is to evaluate an extremely complex, entirely three-dimensional object like the head in a two-dimensional way.

Since CT cone beam equipment appeared on the market, there has been a diagnostic revolution in the three-dimensional study of the head.

The 3D view poses the problem of how to carry out a nosological classification of the various dysgnathias. In 2006, Jacobson R.¹ published a multiplane approach for the spatial analysis of the maxillary and mandibular vertical and sagittal projections.

In 2012², the Authors published a cephalometric multiplane methodology derived from Jacobson's works, using a software capable of processing the analysis starting from the creation of reference planes (axial, coronal and sagittal) and structural planes passing through buccal cephalometric points, as well as the detection of linear measurements among the planes. All this to obtain a method which assesses malocclusion from the nosological aspect. The three-dimensional view of the head is certainly more complete than the two-dimensional view and gives more accurate information both in the vertical and the anteroposterior directions. In the vertical direction, the vertical dimension of the maxillary bone is shown with a progressive anterior-to-posterior pattern, determining different dimensional levels depending on detection depth (Fig 2).

This information is extremely useful in surgical orthodontic planning (Fig 3).

By evaluating the maxillary height, the orthodontist can plan the extrusive or intrusive tooth movements, while the surgeon plans the maxillary osteotomies in the vertical direction, progressively developing the maxillary height in the anterior-to-posterior direction.

In the anteroposterior direction, the orthodontist who is planning a surgical case must evaluate the upper and lower incisal axis angle. The upper incisal axis in relation to the maxillary base must be angled at approximately 95-112° (Fig 4).

This parameter is important, as it influences the rotation movements of the maxilla during surgical repositioning. The lower incisal axis in relation to the mandibular base must be angled at about 90° (Fig 5). The three-dimensional evaluation of this axis is also interesting for the study of the cortical bone thickness which, especially in Class III patients, is very low in the buccolingual direction.

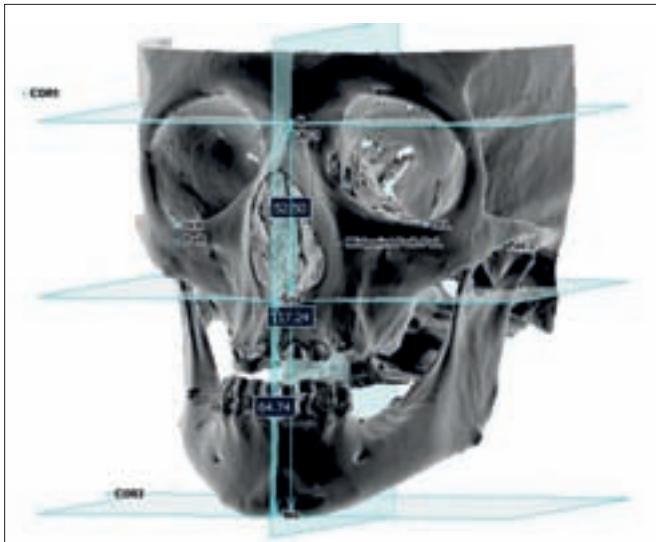


Figura 2

La cefalometria 3d multiplanare consiste nella valutazione ai fini diagnostici e terapeutici di valori espressi da misure lineari fra piani costruiti passanti per punti cefalometrici: l'immagine mostra l'analisi delle dimensioni scheletriche verticali.

Multiplane 3D cephalometry consists in the evaluation, for diagnostic and therapeutic purposes, of values expressed with linear measurements between structural planes passing through cephalometric points. The image shows the analysis of vertical skeletal dimensions.

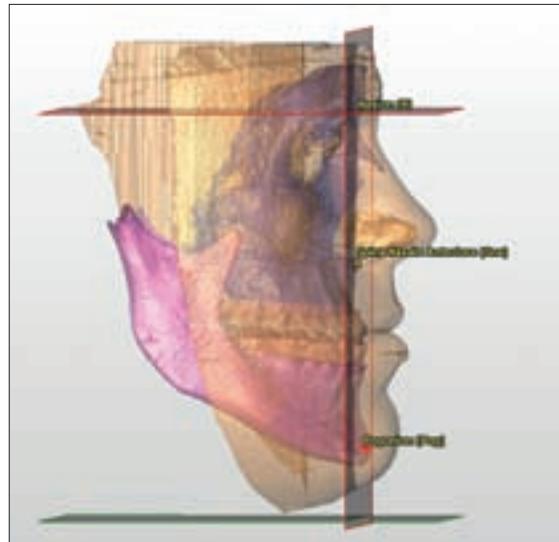


Figura 3

La ricostruzione tridimensionale del cranio è utilizzata per la progettazione virtuale delle osteotomie ai fini del riposizionamento spaziale delle basi ossee in caso di disgrazia dento-scheletrica.

The three-dimensional reconstruction of the head is used for osteotomy virtual design, with purposes of spatial repositioning of bone bases in case of dental-skeletal dysgnathia.

sagittale) e piani di costruzione passanti per punti cefalometrici vestibolari e rilevazioni di misure lineari fra i piani.

Tutto ciò al fine di ottenere una metodica che inquadri nosologicamente la malocclusione. La visione tridimensionale del cranio è sicuramente più completa rispetto a quella bidimensionale e fornisce in dettaglio informazioni più accurate in senso verticale e in senso antero-posteriore.

In senso verticale, la dimensione del mascellare si esprime con un andamento progressivo da anteriore verso posteriore determinando livelli dimensionali differenti a seconda dalla profondità di rivelazione (Fig. 2).

Questo dato è estremamente utile nella programmazione ortodontica chirurgica (Fig. 3). L'ortodontista valutando l'altezza mascellare può programmare i movimenti estrusivi o intrusivi, mentre il chirurgo programma le osteotomie mascellari in senso verticale sviluppando in modo progressivo l'altezza della mascella da anteriore verso posteriore.

In senso antero-posteriore, l'ortodontista che prepara un caso chirurgico, deve valutare l'angolazione dell'asse incisale superiore e inferiore. L'asse incisale superiore in relazione alla base mascellare deve avere un valore orientativo fra 95° e 112° (Fig. 4). Questo dato risulta importante perché condiziona i movimenti di rotazione della mascella durante gli spostamenti chirurgici. Anche l'asse incisale inferiore rispetto alla base mandibolare deve avere un valore intorno ai 90° (Fig. 5).

La valutazione tridimensionale di questo asse è interessante anche riguardo allo studio dello spessore della corticale che spesso, specie nei soggetti di terza classe scheletrica, appare molto sottile in senso vestibolo-linguale.

Il chirurgo, con l'analisi cefalometrica 3D della struttura sagittale del cranio, individua

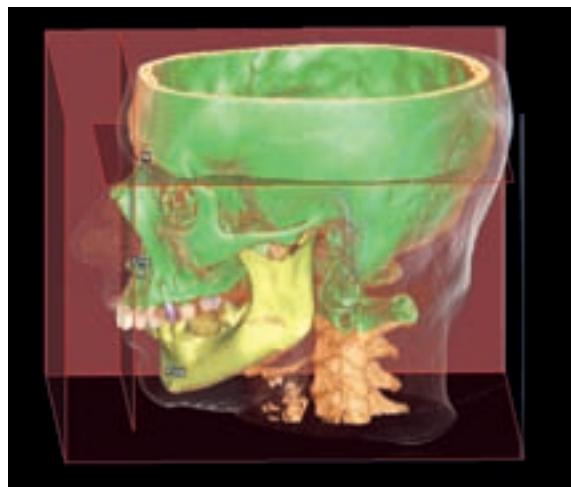


Figura 4

La cefalometria 3d multiplanare consiste nella valutazione ai fini diagnostici e terapeutici di valori espressi da misure lineari fra piani costruiti passanti per punti cefalometrici: l'immagine mostra l'analisi delle dimensioni scheletriche antero-posteriori.

Multiplane 3D cephalometry consists in the evaluation, for diagnostic and therapeutic purposes, of values expressed with linear measurements between structural planes passing through cephalometric points. The image shows the analysis of anteroposterior skeletal dimensions.

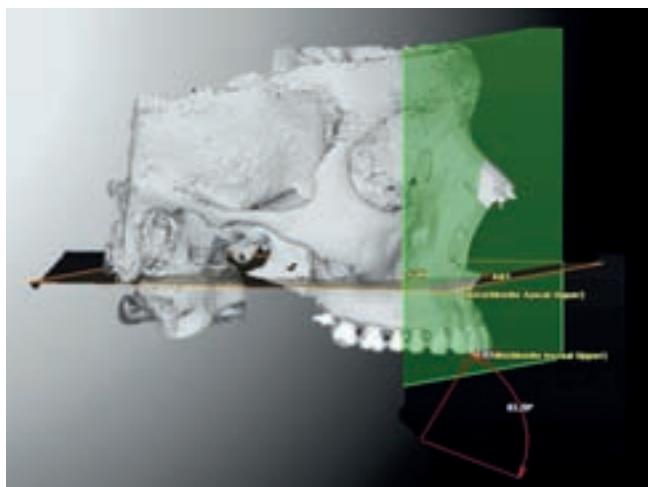


Figura 5

La valutazione dell'asse radicolare degli incisivi superiori è un dato cefalometrico fondamentale nella programmazione orto-chirurgica.

The evaluation of the root axis of upper incisors is essential cephalometric information in orthosurgical planning.

With 3D cephalometric analysis of the sagittal structure of the head, the surgeon detects the maxillary and mandibular spatial position and, with the use of visual treatment and surgical planning (Fig 6), informs the orthodontist of the recommended number of millimetres of movement forwards or backwards of the skeletal bases (Fig 7).

The three-dimensional view of the head also permits the study of skeletal symmetry.

In an article issued in 2011³, Gateno J. made an excellent examination of the characteristics that a three-dimensional cephalometric analysis should have in order to be truly useful for diagnostic and orthosurgical planning purposes.

The multiplane system is the method that best studies the three-dimensional structure. The quantitative and qualitative differences existing between 3D and 2D analyses for the detection of asymmetrical structures at the maxillofacial level make the use of 3D preferable. It gives the possibility to take accurate measurements of the maxilla-mandibular dimensions of the right and left sides, the condyle view and its possible anatomic alterations^{4,5} (Fig 8). The right and left symmetry indexes can be compared and are considered relevant if the differences between the measurements on one side in relation to the contralateral are greater than 4 mm.

Conclusions

The three-dimensional cephalometry is a field of study which still requires investigations and scientific evidence.

However, it is clear that, compared to two-dimensional analysis, it can evaluate more efficiently the anatomic aspects and the detection of the defect that leads to dysgnathia classification.

Even the concept of dysgnathia assumes a peculiar aspect, since multiplane measurements

la posizione spaziale della mascella e della mandibola e attraverso il visual treatment, planning chirurgico (Fig. 6), comunica con l'ortodontista i millimetri consigliati di avanzamento e/o arretramento delle basi scheletriche (Fig. 7).

La visione tridimensionale del cranio permette anche lo studio della simmetria scheletrica. Gateno J. in un articolo del 2011³ esamina in modo esemplare le caratteristiche che deve possedere un'analisi cefalometrica tridimensionale perché sia realmente fruibile ai fini diagnostici e di programmazione orto-chirurgica.

Il sistema multiplanare risulta la metodica che meglio studia la struttura tridimensionale. Le differenze esistenti in termini quantitativi e qualitativi tra il 3D e il 2D per l'individuazione della presenza di strutture asimmetriche a livello craniale maxillo-facciale è assolutamente a vantaggio del 3D.

L'analisi 3D permette di misurare in dettaglio le dimensioni maxillo-mandibolari del lato destro e sinistro, la visione del condilo e le sue eventuali alterazioni anatomiche^{4,5} (Fig. 8). Gli indici di simmetria di destra e sinistra sono confrontabili e si considerano significativi per valori superiori a 4 mm di differenze fra misurazioni di un lato rispetto al controlaterale.

Conclusioni

La cefalometria tridimensionale è un campo di studio che ancora richiede approfondimenti ed evidenza scientifica.

È indubbio però che rispetto alle analisi bidimensionali si possono valutare in modo più efficiente gli aspetti anatomici e la localizzazione del difetto che porta alla classificazione di disgnazia.

Anche il concetto di disgnazia assume una visione peculiare perché le misurazioni multiplanari forniscono in dettaglio il livello del difetto scheletrico in una visione proiettata nello spazio.⁶

Il limite della cefalometria 3D applicata al rendering volumetrico sta nel fatto che si rende necessaria un'acquisizione di immagini CBCT il cui costo biologico in termini di radiazioni assorbite è da non sottovalutare.

È per questo che attualmente la cefalometria tridimensionale è indicata nei casi di pazienti edentuli a fine crescita sottoposti a trattamento orto-chirurgico, nei casi di riabilitazioni totali implanto-protesiche e nella gestione delle gravi malformazioni cranio-facciali.

Bibliografia

1. Jacobson A, Jacobson RL. Radiographic Cephalometry: From Basics to 3D Imaging (ed 2). New Malden, England, Quintessence Publishing, 2006.
2. Perrotti G, De Vecchi L, Testori T, Weinstein RL. Proposta di analisi cefalometrica 3D per un'analisi facciale globale in ortodonzia e implantologia. Italian Oral Surgery 2012;11:s154-164.
3. Gateno J, Xia JJ, Teichgraeber JF. A new three-dimensional cephalometric analysis for orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg 2011;69:606-622.
4. Gateno J, Xia JJ, Teichgraeber JF. Effect of facial asymmetry on two-dimensional and three-dimensional cephalometric measurements. J Oral Maxillofac Surg 2011;69:655-662.
5. Rossoni G, Cavallini C, Cassetta M, Barbato E. 3D cephalometric analysis obtained from computed tomography. Review of the literature. Analisi di Stomatologia 2011;II(3-4):31-39.
6. Perrotti G, Politi M. I quadri disgnatici in 3D. In: Perrotti G, Testori T, Politi M (ed) Imaging , 3D e odontoiatria. Quintessenza Edizioni, Milano, 2014:188-201.

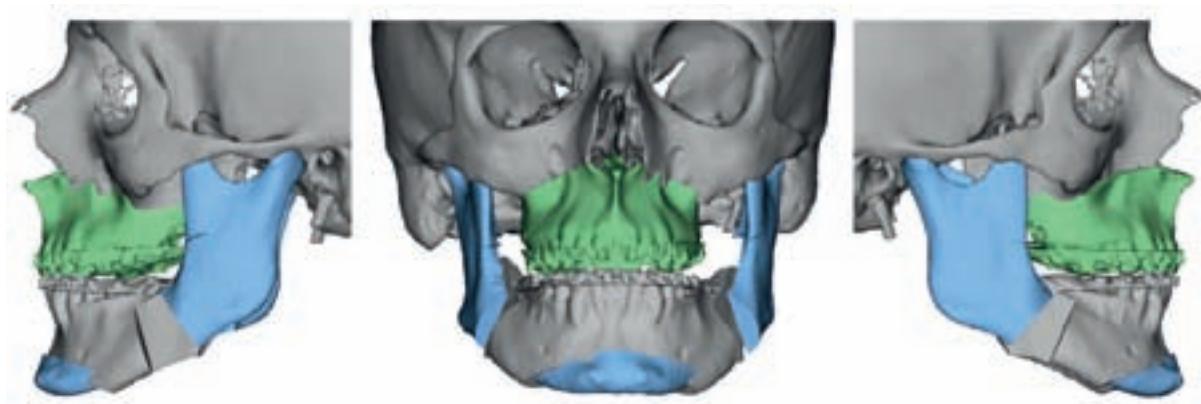


Figura 6

Il Simulated Virtual Surgical Plan eseguito con software dedicati deriva dalla verifica cephalometrica dell'analisi del problema scheletrico per eccesso o per difetto.

The Simulated Virtual Surgical Plan carried out with specific software derives from the cephalometric check of the skeletal problem analysis either by excess or defect.

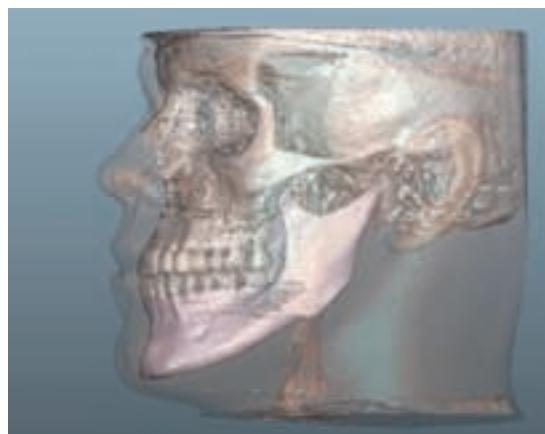


Figura 7

Ricostruzione tridimensionale degli esiti di chirurgia maxillo-facciale e visualizzazione in trasparenza dei tessuti molli. Si nota la relazione fra le arcate e la linea della commissura labiale.

Three-dimensional reconstruction of maxillofacial surgery results and transparent visualization of soft tissues. Notice the relation between the arches and the labial commissure line.

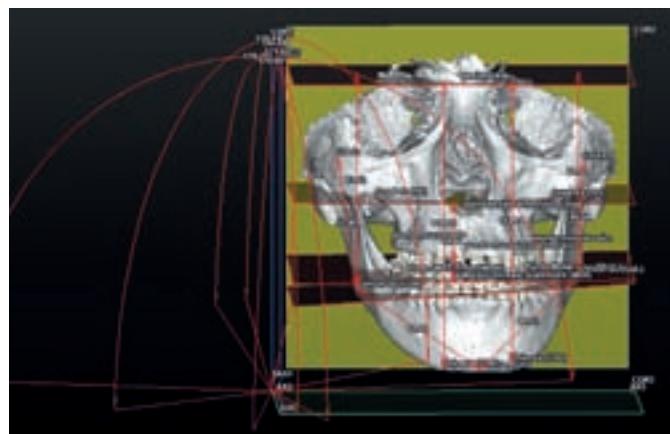


Figura 8

La cefalometria 3d multiplanare consiste nella valutazione ai fini diagnostici e terapeutici di valori espressi da misure lineari fra piani costruiti passanti per punti cefalometrici: l'immagine mostra l'analisi della simmetria del distretto maxillo-mandibolare.

Multiplane 3D cephalometry consists in the evaluation, for diagnostic and therapeutic purposes, of values expressed with linear measurements between structural planes passing through cephalometric points. The image shows the symmetry analysis of the maxillomandibular area.

provide a detailed level of the skeletal defect in a spatial view.⁶

The limit of 3D cephalometry applied to volumetric rendering is that it requires CBCT image capture, whose biological cost in terms of absorbed radiations must not be underestimated. For this reason, three-dimensional cephalometry is currently indicated in cases of adult edentulous patients subjected to orthosurgical treatment, in cases of total implant-prosthetic rehabilitations and in the management of severe craniofacial malformations.

Vantaggi della chirurgia guidata in alveoli post-estrattivi e in zona tubero-pteroigoidea

Giovanni Polizzi

Venerdì 27 Maggio 2016 - 15.00/15.30

La transizione da una dentatura irrimediabilmente compromessa ad una riabilitazione fissa su impianti di un arcata significa per il paziente accettare una fase di edentulia per un certo periodo. In tali casi è stata utilizzata dopo le estrazioni una protesi provvisoria rimovibile ed anche durante il periodo di guarigione per ottenere l'osteointegrazione.

Comunque molti pazienti rifiutano una protesi completa rimovibile per ragioni psicologiche e funzionali, e vorrebbero una protesi fissa durante tutta la fase del processo riabilitativo. Per evitare l'uso di una protesi rimovibile nel caso di una dentatura compromessa è stata proposta l'inserzione immediata di impianti combinata con il carico immediato ed una protesi provvisoria fissa. Recentemente è stato dimostrato che il carico immediato di impianti inseriti in siti post-estrattivi costituisce una opzione prevedibile per la sostituzione di una dentatura irrimediabilmente compromessa¹⁻². Sebbene il carico immediato può mettere gli impianti a maggior rischio di complicazioni³, le percentuali di sopravvivenza riportate per i due protocolli di carico sono comparabili⁴.

Inoltre il carico immediato combinato con l'inserzione immediata in alveoli post-estrattivi può risultare in una migliore estetica dovuta alla preservazione dell'architettura ossea e gengivale, offre un ridotto tempo del trattamento ed al paziente il vantaggio di una sostituzione immediata dei denti⁵. Il rischio di fallimento implantare può essere minimizzato da una appropriata selezione del paziente, da operatori ben istruiti, alta stabilità primaria degli impianti, mancanza di micromovimenti.

Nel 2009, Cantoni e Polizzi hanno descritto una tecnica che utilizza una guida radiologica, in due pezzi ricombinabili, specificamente disegnata e che permette al paziente di mantenere la dentatura residua compromessa fino al giorno della chirurgia, rendendo possibile la transizione da una dentatura compromessa ad una protesi ancorata ad impianti^{2,6}.

L'evoluzione delle metodiche basate su pianificazione a computer e sull'inserzione guidata degli impianti ne ha permesso l'applicazione anche in casi complessi dove è prevista l'inserzione immediata in siti post-estrattivi consentendo al paziente di mantenere una dentatura residua, irrimediabilmente compromessa, fino al giorno della chirurgia ed evitando quindi il disagio di una fase intermedia con una protesi rimovibile.

L'analisi viene fatta con una speciale guida radiografica ricomponibile nei totali o con SmartFusion® nei parziali. L'indicazione ideale per questa procedura è la riabilitazione totale o parziale superiore con lo scopo di restaurare e ridurre il riassorbimento e il rimodellamento osseo che sarebbero maggiori lasciando guarire gli alveoli residui sotto una dentiera.

L'inserzione guidata di impianti in zona tubero-pteroigoidea permette, con maggiore sicurezza e prevedibilità, di evitare al paziente la chirurgia ossea rigenerativa e/o con la necessità di Inlay grafts preliminari, rendendo quindi il trattamento minimamente invasivo e di minor durata.

Advantages of Guided Surgery in Extraction Sockets and in Tuber-Pterygoid Area

Giovanni Polizzi

Friday, May 27, 2016 - 15.00/15.30

The transition from an irreversibly compromised dentition to a full arch fixed rehabilitation on implants means that the patient must accept to be toothless for a certain period of time. In such cases, in order to obtain the osseointegration, after extractions a removable temporary denture has been used.

Anyway, many patients don't accept a removable temporary denture for psychological and functional reasons and so they would prefer to have a fixed prosthesis for all the steps of the rehabilitation procedure.

To avoid the application of removable denture in case of compromised dentition, the immediate implant positioning combined with immediate loading and a fixed temporary prosthesis has been proposed. Recently, it has been demonstrated that the immediate loading of implants inserted in post-extraction sockets is a predictable option in case of an irreversibly compromised dentition to be substituted¹⁻². Even if immediate loading can expose the implants to a major risk of complications³, the reported survival rates for the two loading protocols are comparable⁴.

Moreover, immediate loading combined with immediate insertion in post-extraction sockets can lead to a better aesthetic thanks to the preservation of the bone and gingival architecture, offers reduced treatment times and the patient can take advantage of the immediate substitution of his/her teeth⁵. The risk of implant failure can be minimized through an accurate patient selection, well-trained operators, high primary stability of implants, absence of micro-movements.

In 2009, Cantoni and Polizzi described a technique with a specifically developed radiological stent, in two re-combining pieces, that allows the patient to maintain his/her residual compromised dentition until the day of surgery, and so it is possible the transition from a compromised dentition to a implant-supported prosthesis^{2,6}.

The evolution of the methods based on computer planning and guided implant positioning allowed its application also in complex cases, where the immediate insertion in post-extraction sockets is planned, with the advantage for the patient to maintain his/her residual compromised dentition until the day of surgery, so avoiding the discomfort of an intermediate step with a removable prosthesis.

The evaluation takes place by means of a special re-combining radiological stent in case of total edentulism or with SmartFusion® in case of partial edentulism. The ideal indication of this procedure is the total or partial upper rehabilitation, with the aim of restoring and reducing bone resorption and remodelling that would be more pronounced in case of leaving the residual sockets to heal under a denture.

The guided implant positioning in the tubero-pterygoid area allows, with more safety and predictability, to avoid to the patient a regenerative bone surgery and/or preliminary inlay grafts, and consequently to perform a minimally invasive treatment, in shorter time.

The case illustrated by the images (Figs 1 to 6) is that of a patient treated in 2010, with a rehabilitation with immediate positioning in post-extraction sockets and immediate loading, with the support of guided surgery after a computer planning (NobelGuide® method)

Il caso illustrato dalle immagini (Figg.1-5) riguarda proprio una paziente trattata nel 2010. Riabilitata con inserzioni immediate anche in siti post-estrattivi e carico immediato utilizzando la chirurgia guidata dopo pianificazione a computer (metodica NobelGuide®)



Figura 1

Situazione clinica iniziale di una paziente con denti irrimediabilmente compromessi nel mascellare superiore.

Initial clinical situation of a patient with irreversibly compromised dentition in the upper jaw.



Figura 2a,b

Situazione radiologica iniziale della stessa paziente con i denti da estrarre.

Initial radiological situation of the same patient, showing the teeth to be extracted.

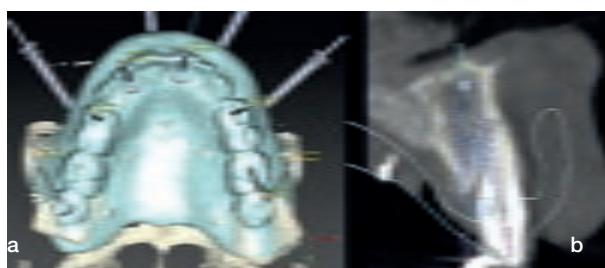


Figura 3a,b

Pianificazione degli impianti anche in presenza di denti da estrarre e guida radiologica per la fabbricazione di template chirurgico che annulla nelle immagini del software le corone e/o i monconi residui. Lo speciale stent radiografico in due pezzi ricombinabili. Permette il set-up ottimale anche in presenza di malposizioni dentarie.

Implants planning in presence of teeth to be extracted and radiological stent for the fabrication of the surgical template that, in the software images, cancels the crowns and/or the residual stumps. The radiological stent, in two re-combining pieces. This allows the optimal set-up, even in case of dental malpositioning.



Figure 4a,b

Situazione clinica della riabilitazione su impianti dopo 5 anni di follow-up.

Clinical situation of the implant-supported rehabilitation at the 5 years follow-up.



Figure 5a-c

RX endorali di impianti tubero-pteroigoidei e postestrattivi. Stabilità dei livelli ossei all'ultimo follow-up (5 anni).

Intraoral x-rays of tubero-pterygoid and post-extractive implants. Bone levels stability at the 5 years follow-up.

Bibliografia / References

1. Esposito M, Grusovin MG, Polyzos IP, Felice P, Worthington HV. Timing of implant placement after tooth extraction: immediate, immediate-delayed or delayed implants? A Cochrane systematic review. Eur J Oral Implantol 2010;3:189-205.
2. Polizzi G, Cantoni T. Five-Year Follow-Up of Immediate Fixed Restorations of Maxillary Implants Inserted in both Fresh Extraction and Healed sites using the NobelGuide™ System. Clin Implant Dent Relat Res 2013 Jun 23. Doi:10.1111/cid.12102. (Epub 2013 Jun 23)
3. Atieh MA, Payne AGT, Duncan WJ, Cullinam MP. Immediate restoration/loading of immediately placed single implants: is it an effective bimodal approach? Clin Oral Implants Res 2009;20:645-59.
4. Esposito M, Grusovin MG, Maghaireh H, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: different times for loading dental implants. Cochrane Database Syst Rev 2013;3:CD003878.
5. Kan JYK, Rungcharassaeng K, Lozada JL, Zimmerman G. Facial gingival tissue stability following immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: a 2- to 8-year follow-up. Int J Oral Maxillofac Implants 2011;26: 179-187.
6. Cantoni T, Polizzi G. Implant treatment planning in fresh extraction sockets: use of a novel radiographic guide and CAD/CAM technology. Quintessence Int. 2009;40:773-81.

Come la morfologia gengivale influenza la preparazione del dente? Quanta importanza riveste la precisione marginale per l'ottenimento di un follow-up a lungo termine?

Loris Prosper

Venerdì 27 Maggio 2016 - 17.30/18.00

Il termine profilo d'emergenza è stato utilizzato per la prima volta nel 1977 da Stein e Kuwata per descrivere i contorni del dente e della corona quando attraversano i tessuti molli e si dirigono verso l'area di contatto interprossimale. Il glossario dei termini protesici lo definisce come il contorno di un dente o di un restauro protesico provvisorio o definitivo, sia esso corona su dente naturale o su moncone implantare, è in rapporto con i tessuti molli adiacenti¹. Un corretto profilo d'emergenza è indispensabile per ottenere un buon risultato estetico, va programmata attraverso la ceratura diagnostica e verificato con il provvisorio (Figg. 1-3)



Figura 1

Il profilo di emergenza della corona provvisoria ha ottenuto una adeguata maturazione della gengiva marginale.

The emergency profile of the provisional crown obtained an adequate marginal gingiva maturation



Figura 2

Il profilo d'emergenza convesso a livello crevicolare viene evidenziato tramite una sonda parodontale millimetrata: il provvisorio ha condizionato i tessuti molli, rendendoli tonici e stabili.

The convex emergency profile at a crevicular level is put in evidence by the millimetre periodontal probe: the provisional conditioned the soft tissues, making them tonic and stable.



Figura 3

Visone occlusale di due preparazioni per valutare il rapporto tra pilastro e gengiva marginale: la marginatura ha condizionato in maniera eccellente la gengiva che è rosea e tonica.

Occlusal view of two preparations in order to evaluate the abutment and the marginal gingiva: the margination conditioned in an excellent way the gingiva that now is pink and tonic.

How Gingival Morphology influence Tooth Preparation? How Much Importance Marginal Fit has in Order to obtain Long Term Follow Up?

Loris Prosper

Friday, May 27, 2016 - 17.30/18.00

The term 'emergency profile' was used for the first time in 1977 by Stein and Kuwata to describe tooth and crown profiles when they go through soft tissues towards the interproximal contact area. The glossary of the prosthetic terms defines it as the outline of a tooth or a temporary or definitive prosthetic restoration, be it a crown on a natural tooth or on an implant abutment, when in relationship with the adjacent soft tissues.

A proper emergency profile is fundamental in order to obtain a good aesthetic result, and it must be planned by means of a diagnostic wax and verified with the temporary restoration (Figs 1 to 3).

In 1989, Fugazzotto defined the emergency profile as the angle with which the tooth emerges from the supporting bone tissues. In order to have a good periodontal health, he suggested that the tooth should emerge with a 90° angle from the supporting bone tissues. A proper emergency profile helps in preventing the occurring of soft tissue inflammation and swelling and of the feared 'black triangles'³.

As the margins of our restoration are mainly subgingival, the more critical part of the emergency profile is the intracrevicular one: as a matter of fact, a correlation between the restoration shape and position at this level and the periodontal health exists⁴. The microorganisms causing inflammation can colonize these areas, and so it is necessary

Figure 4,5

Riproduzione su modello didattico della tecnica proposta dall'autore: il provvisorio viene ribassato, il risultato che si ottiene (5), ha una impronta in negativo della gengiva marginale (linea rossa è il margine di chiusura e la linea blu è il limite vestibolo-inferiore raggiunto dalla resina da ribasatura). Questo avallamento viene utilizzato come guida per definire il nuovo profilo di emergenza. Si eseguono le procedure adesive quindi l'avallamento viene riempito con composito flow (Beautifil, Shofu) nella misura decisa dal clinico. Si termina con la rifinitura e lucidatura.

Reproduction on a training model of the technique proposed by the author: the provisional has been relined, the obtained result (5), has a negative impression of the marginal gingiva (the red line is the closure margin and the blue line is the vestibular lower limit reached by the relining resin). This hollow serves as a guide to define the new emergency profile. The adhesive procedures are being performed and so the hollow is filled with a flow composite (Beautifil, Shofu) up to the dentist choice. The procedure ends with the finishing and polishing steps.



Nel 1989 Fugazzotto definì il profilo d'emergenza come l'angolo con cui il dente emerge dai tessuti ossei di supporto. Suggerì, per ottenere una buona salute parodontale, che il dente dovesse emergere a 90° dal tessuto osseo di supporto².

Un corretto profilo d'emergenza aiuta a prevenire l'occorrenza sia di infiammazione e gonfiore dei tessuti molli sia dei temuti 'triangoli neri'³.

Essendo i margini dei nostri restauri principalmente sotto gengivali, la parte più critica del profilo d'emergenza di un restauro è quello intracrevicolare: esiste infatti un collegamento tra forma e la posizione del restauro a questo livello e la salute parodontale⁴. I microrganismi che causano infiammazione possono colonizzare queste aree, ed è per questo necessario sviluppare un profilo d'emergenza che riduca l'accumulo della placca e funga da stimolo alla salute parodontale⁵. Oltre alla forma è importante anche l'interazione fra un materiale sintetico e risposta dell'ospite. L'organismo umano deve aver tempo di adattarsi a un nuovo profilo d'emergenza, creato ad hoc dal professionista. Proprio per questo il provvisorio assume un ruolo terapeutico oltre che di 'prova' del definitivo. Prima di procedere con il manufatto definito è necessario avere la conferma di una risposta soddisfacente dei tessuti marginali con una serie di almeno due provvisori: uno immediato e uno o più costruiti con fasi progettuali identiche al definitivo di cui saranno una copia perfetta una volta valutata la risposta positiva dei tessuti marginali e la loro stabilità. Per poter fare ciò la casistica dell'autore prevede un tempo di attesa minimo di 30 giorni nel caso di pazienti con un fenotipo gengivale spesso e di 45-60 in caso di pazienti con biotipo sottile. Dato il tempo di attesa relativamente lungo, è consigliabile utilizzare materiali per il provvisorio che siano in grado di minimizzare l'accumulo di placca: primum movens delle gengiviti e delle mucositi perimplantari, responsabili delle retrazioni dei tessuti molli parodontali e perimplantari. In particolare esistono materiali compositi e resine a freddo capaci di resistere alla colonizzazione batterica: la tecnologia Giomer® (Shofu)^{6,7} e SINTODENT®⁸.

Stabilità l'importanza del profilo d'emergenza, resta la domanda su quale profilo d'emergenza sia migliore. Molti autori fra cui Fugazzotto e Martignoni sono promotori di un profilo d'emergenza 'piatto', a 90°. Nella pratica clinica dell'autore una soluzione che prevedesse un vario grado di bombè dell'eminenza della corona ha avuto migliori risultati estetici e di mantenimento della salute parodontale nel tempo. Il razionale di questa tecnica risiede nelle pubblicazioni di Olsson e Coll⁹ e di Wagman¹⁰. Il primo sosteneva che la forma dentaria correlava con il biotipo gengivale, in particolare un profilo convesso a livello cervicale e un punto di contatto più apicale correlevano con una gengiva più spessa, mentre un profilo più 'piatto' correleva con un biotipo sottile. Sydney Wagman rilevò che l'utilizzo di un profilo d'emergenza piatto a livello crevicolare faceva mancare il supporto ai tessuti gengivali marginali che si 'arrotolavano' favorendo l'accumulo della placca. Il consiglio di questo autore per ottenere una estetica rosa soddisfacente e stabile era di replicare la moderata convessità del 'cervical ridge of enamel' presente a livello crevicolare nei denti naturali. L'entità dell'aumento del profilo d'emergenza del dente a livello vestibolare e buccale che veniva suggerito da Wagman era pari alla metà dello spessore della gengiva libera a livello della sua transizione con la gengiva aderente. Questo profilo aveva inoltre il vantaggio di porre il solco crevicolare con un asse diverso rispetto a quello del dente e di porlo al riparo della replica del 'cervical ridge of enamel', caratteristiche che riducono in certa misura l'accumulo della placca.

La tecnica dell'Autore, la marginatura (Figg.4-8), prevede la creazione di un angolo d'emergenza variabile: vestibolare tra 10° 30°, palatale tra 20° e 45°. È fondamentale non superare il range 0°-10° interproximali per non ischemizzare le papille. Il profilo bombato è pressoché uguale sia che si tratti un paziente con gengiva festonata e sottile che uno con

to develop an emergency profile able to reduce the plaque accumulation and act as a stimulus for the periodontal health. Besides the shape, also the interaction between a synthetic material and the host response is important. Human organisms needs time to adapt itself to the new emergency profile created ad hoc by the dentist. Just for this reason, the provisional has also a therapeutic role, and not only the one of 'trial' of the definitive restoration. Before proceeding with the definitive restoration, it is necessary to have the confirmation of a satisfying response by the marginal tissues through at least two provisionals: the first of them is the immediate one and the other one or more than one manufactured with the same design of the definitive restoration, of which they will be a perfect copy once evaluated the positive response of the marginal tissues and their stability. In order to do so, the author experience foresees a waiting time of at least 30 days in case of patients with thick gingival biotype and of 45-60 days in case of patients with thin biotype. As the waiting time is relatively long, it is advisable to use for the provisional materials able to minimize the plaque accumulation: primum movens of gingivitis and peri-implant mucositis, responsible of periodontal and per-implant soft tissue contraction. In particular, there are composites and cold resins able to withstand the bacterial colonization: Giomer® technology (Shofu)^{6,7} and SINTODENT^{®8}.

Once understood the importance of the emergency profile, we must discuss about the best kind of emergency profile. Many authors, including Fugazzotto and Martignoni, encourage a flat at 90° emergency profile. In the author's clinical practice, a solution with different degrees of crown eminence shape showed better aesthetic results and a better maintenance of periodontal health over the time. The rationale of this technique is in Olsson et al.⁹ e di Wagman¹⁰ publications. The first affirmed that the dental shape is correlated to the gingival biotype, in particular a convex profile at cervical level and a more apical contact point are correlated to a thicker gingiva, on the contrary, a more 'flat' profile is correlated to a thin biotype. Sydney Wagman found that the use of a flat emergency profile at crevicular level caused the lack of support by the marginal tissues that tended to roll-up, favouring the plaque accumulation. The advice of this author in order to obtain a satisfying

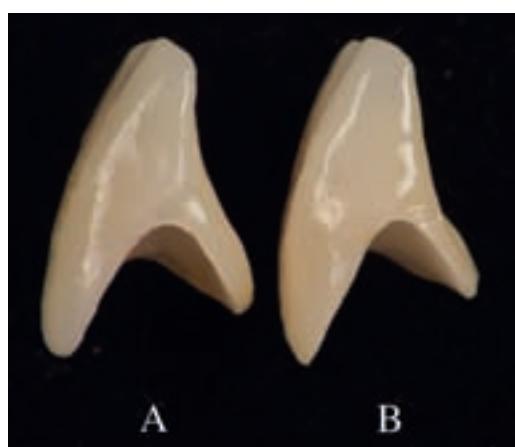


Figura 6

La differenza tra il profilo secondo il modello Wagman-Proper ed il profilo di emergenza classico.

Difference between the profile according the Wagman-Proper model and the classical emergency profile.



Figura 7

L'aumento di spessore conseguito tridimensionalmente.
Thickness increase gained three-dimensionally..

gengiva spessa (fatta eccezione nelle aree di interproximali in cui è imprescindibile evitare qualsiasi bombè in caso di gengiva sottile). Attesa la maturazione e la stabilizzazione dei tessuti un definitivo che sia l'esatta copia dell'ultimo provvisorio assicura un successo a lungo termine (Figg. 9,10). Nel corso della relazione verranno presentate le due tecniche di marginatura (intraorale ed extraorale) sviluppate dall'autore ed il loro impiego in casi di protesi su dente naturale e implantare con follow up a lungo termine.

Figure 8,9

La corretta gestione del provvisorio permette di passare da una situazione dento-parodontale del genere (9) ad una situazione di generale benessere ed estetica mantenendoci in una ottica di minima invasività e di preservazione degli elementi del paziente: ridurre il costo biologico ed economico delle nostre riabilitazioni sono un dovere etico ed una soddisfazione personale.

The proper management of the provisional allows to shift from a dental-periodontal situation like this one (9) to a situation of a comprehensive wellness and aesthetic, in the perspective of a minimal invasiveness and preservation of the patient elements: reducing the biological and economical costs of our rehabilitations is an ethic duty and a personal satisfaction.



pink aesthetic was to replicate the moderate convexity of the 'cervical ridge of enamel' present at a crevicular level in natural teeth. The increasing rate of the tooth emergency profile at a vestibular and buccal level that was suggested by Wagman was equal to half the thickness of free gingiva at its transition with the adherent gingiva. Moreover, this profile had the advantage to put the crevicolare sulcus with a different axis from that of the tooth and to preserve it from the replica of the 'cervical ridge of enamel', and these are characteristics that in some way reduce the plaque accumulation.

The author technique, the margination (Figs 4 to 8), consists in the creation of a variable emergency angle: from 10° to 30° vestibularly, from 20° to 45° palatally. It's fundamental non to overcome the 0°-10° range interproximally in order not to cause the papilla ischemia. The curved profile is practically the same for both a patient with scalloped and thin gingiva and one with a thick gingiva (with the exception of the interproximal areas in which is fundamental to avoid any kind of bombè in case of a thin gingiva). After the tissue maturation and stabilization, a definitive restoration, being a perfect copy of the last provisional, ensures a long term success. (Figs 9 and 10). In this lecture, the two (intraoral and extraoral) margination techniques developed by the author and their application in case of tooth- or implant-supported prosthesis with a long term follow up will be presented.

Bibliografia / References

1. The Glossary of Prosthodontic Terms. J Prosthet Dent, 1999 Jan;81(1):39-110.
2. Fugazzotto P. A. Preparation of the Periodontium for Restorative Dentistry. Ishiyaku Euro America, Tokyo, 1989.
3. Croll BM. Emergence profiles in natural tooth contour. Part II: Clinical considerations. J Prosthet Dent. 1990 Apr;63(4):374-9.
4. Ross IF. The relation between periodontal therapy and fixed restorative care. J Periodontol. 1971 Jan;42(1):13-20.
5. Reeves, WG. Restorative margin placement and periodontal health. J Prosthet Dent. 1991 Dec;66(6):733-6.
6. Hahnel S, Wastl DS, Schneider-Feyrer S, Giessibl FJ, Brambilla E, Cazzaniga G, Ionescu A. Streptococcus mutans biofilm formation and release of fluoride from experimental resin-based composites depending on surface treatment and S-PRG filler particle fraction. J Adhes Dent. 2014 Aug;16(4):313-21. doi: 10.3290/j.jad.a31800.
7. Ma S, Imazato S, Chen JH, Mayanagi G, Takahashi N, Ishimoto T, Nakano T. Effects of a coating resin containing S-PRG filler to prevent demineralization of root surfaces. Dent Mater J. 2012;31(6):909-15.
8. Cappelli M, Albergo G, Casolari L, Sampalmieri F, Furore G. Antibacterial activity of a resin: a qualitative study. Journal of dental research. 1998;77:1389-1389.
9. Olsson M, Lindhe J, Marinello CP. On the relationship between crown form and clinical features of the gingiva in adolescents. J Clin Periodontol. 1993 Sep;20(8):570-7.
10. Wagman, SS. The role of coronal contour in gingival health. J Prosthet Dent. 1977 Mar;37(3):280-7.



Figura 10

La replica del condizionamento con la ceramica è frutto di un ottimo lavoro del provvisorio.

The replica of conditioning with porcelain is the result of the optimal task performed by the provisional.

Parodontologia oggi: che cosa significa? Considerazioni su 44 anni di attività clinica

Giano Ricci

Sabato 28 Maggio 2016 - 10.30/11.15

La terapia parodontale più o meno complessa, da molti colleghi, è stata sostituita pressoché integralmente dagli impianti. Le ragioni sono essenzialmente tre. L'implantologia può risultare più facile in quanto richiede, grazie anche alle moderne metodiche digitali, un minor 'know how' soprattutto a livello prognostico, è più veloce e più remunerativa da un punto di vista economico.

Il professionista orientato eticamente deve tuttavia informare i propri pazienti che esiste la possibilità di salvare a lungo termine la dentatura naturale anche nei casi più complessi. Di fronte all'alternativa di inserire degli impianti o salvare i propri denti è incredibile il numero di pazienti, che informati correttamente, scelgono la seconda opportunità terapeutica anche se questo può comportare qualche rischio soprattutto nei denti trattati endodonticamente e protesicamente. Nel caso di denti integri questi sono destinati a durare la vita del paziente anche se parodontalmente compromessi purché trattati in modo adeguato.

Figure 1,2

Recupero della papilla. 1) Perdita della papilla per lesione infiammatoria. 2) Recupero della papilla a seguito della rimozione dei fattori eziologici.
Papilla recovery. 1) Papilla loss due to inflammatory lesion. 2) Papilla recovery following the removal of the etiological factors.



Periodontics Today: What does it mean? Considerations based on 44 Years of Clinical Practice

Giano Ricci

Saturday, May 28, 2016 - 10.30/11.15

Many colleagues have almost completely replaced the more or less complex periodontal therapy with implants. The reasons for this are essentially three. The implant therapy may seem to be easier, thanks to the modern digital techniques, needs less 'know how', especially at a prognostic level, it's faster and more profitable from an economical point of view.

Anyway, the ethic-oriented practitioner must inform his/her patients about the possibility of a long-term preservation of their natural teeth even in the most complex cases. In front of the choice between implant positioning or natural teeth preservation, it's unbelievable how many patients, properly informed, choose the second therapeutic opportunity, even if this one can present some risks, mainly related to teeth treated from an endodontic and prosthetic point of view. In case of intact teeth, these ones are intended to last the patient's life, even if periodontally

Figure 3-6

Recupero della papilla. 3-4) Caso di un'adolescente con ascessi multipli diffusi a entrambe le arcate. Una volta rimossi i fattori eziologici e controllata l'infezione si è verificata una notevole riduzione delle papille nei settori anteriori. 5-6) Con controlli periodici trimestrali, con il miglioramento della tecnica di spazzolamento e la maturazione dei tessuti, si è verificato nel tempo il recupero completo della papilla interdentale.

Papilla recovery. 1) Papilla loss due to inflammatory lesion. 2) Papilla recovery following the removal of Papilla recovery. 3-4) Case of a young patient with multiple abscesses in both jaws. Once removed the etiological factors and controlled the infection, an important reduction of the papilla in the anterior sectors occurred. 5-6) Thanks to quarterly follow-up sessions, the improvement of brushing technique and the tissue maturation, a complete recovery of the interdental papilla has been reached over time.



Una diagnosi accurata, un piano di trattamento calibrato sul paziente ed una precisa esecuzione delle terapie parodontali rappresentano la chiave di volta del successo a lungo termine.

La cura di un'accentuata mobilità dentale, di complessi problemi estetici sia a livello dei denti che delle creste edentule, di gravi difetti ossei sia orizzontali che angolari di lesioni a livello delle biforcazioni consentono di mantenere nel tempo i denti naturali dei nostri pazienti ed evitare la patologia correlata alla comparsa della perimplantite, malattia di cui ignoriamo la cura in modo predicibile, contrariamente a quanto accade per la carie e la malattia parodontale che sappiamo come trattare da più di mezzo secolo.

Durante la presentazione verranno fatte importanti considerazioni cliniche e verranno presentati casi trattati in più di 40 anni di attività.

Figure 7-9

Movimento di intrusione associato a terapia rigenerativa.

7-8) Il caso iniziale presenta morso coperto anteriore. Sventagliamento dei denti, sondaggio di 15 mm mesiale e 11 mm distale al 2.1.
9) Il caso dopo la fine del trattamento. I denti sono stati restaurati con delle faccette additive in ceramica, si nota il buon andamento dei margini gingivali e la completa chiusura dei diastemi.

Movement of intrusion associated to a regenerative therapy.

7-8) *The initial situation presents an anterior covered bite. Fanning of teeth, probing of 15 mm mesial and 11 mm distal to 2.1.*
9) *The result after the treatment. The teeth have been restored with additive porcelain veneers. It can be seen the good outline of the gingival margins and the complete closure of the diastema.*



compromised, provided they are properly treated from a periodontal point of view. An accurate diagnosis, a treatment plan well tailored to the patient and a precise execution of the periodontal therapies are the key factors for a long term success. The treatment of a pronounced dental mobility, complex aesthetic problems related to teeth and toothless ridges, severe bone defects both horizontal and angular or lesions at bifurcations level allows to maintain over time the natural teeth of our patients and avoid the pathology correlated to perimplantitis, for the treatment of which we don't know a predictable therapy, contrary to what happens for caries and periodontal disease that we know how to treat for more than half a century.

During the lecture, some important clinical considerations will be presented, as well as some clinical cases treated in more than 40 years of activity.

Terapia parodontale non chirurgica. Indicazioni, limiti e protocolli clinici con l'uso aggiuntivo del laser a diodo. Trattamento non chirurgico della periimplantite

Marisa Roncati

Sabato 28 Maggio 2016 - 09.00/13.00

La terapia parodontale non chirurgica deve essere sempre preceduta da un'accurata diagnosi, per programmare un intervento terapeutico specifico e personalizzato alle esigenze individuali di ciascun paziente. La terapia parodontale è indicata, con opportuni adattamenti, a tutte le tipologie di pazienti ed è un complemento essenziale e necessario di tutte le specialità odontoiatriche¹.

Gli esiti della terapia causale sono influenzati da numerose variabili, ma l'impiego di tecniche rigorose, protocolli validati e tecnologie di ultima generazione possono determinare effetti clinici ben più soddisfacenti²⁻⁴ rispetto a quelli che si evincono da una revisione della letteratura odontoiatrica sull'argomento, che risulta alquanto datata⁵⁻⁷. In un recente studio clinico retrospettivo a tre anni, in tasche ≥ 6 mm si è riscontrata una riduzione della profondità di sondaggio da 6,2 mm a 1,8 mm, con un guadagno medio di attacco clinico di 4,4 mm nei mono-radicolati e di 2,9 mm nei pluri-radicolati, associato ad una riduzione di profondità di sondaggio da 6,7 mm a 3,6⁸.

Il mantenimento parodontale rappresenta la fase terapeutica essenziale e più rilevante, a tutela della stabilità clinica, di qualsiasi trattamento odontoiatrico eseguito dopo una corretta diagnosi⁹. Il clinico deve aggiornare la diagnosi in occasione di ogni appuntamento di richiamo. La sonda parodontale è lo strumento più indicato per una rivalutazione continua ed è inoltre essenziale per il rilevamento iniziale del tartaro presente.

In occasione della prima visita, dopo aver raccolto gli indici parodontali biometrici, che associati alla valutazione radiografica indicano la diagnosi, ad es.: di parodontite cronica dell'adulto, di forma generalizzata-grave, si propone al paziente una terapia parodontale non chirurgica, meglio definita come terapia causale.

Figura 1

Aspetto clinico del caso prima del trattamento parodontale non chirurgico.

La sonda parodontale rileva una profondità di sondaggio di 10 mm, associata a sanguinamento.

Clinical aspect of the case before the non-surgical periodontal treatment.

The periodontal probe reveals a 10 mm probing depth associated to bleeding.



Nonsurgical Periodontal Therapy. Indications, Limits and Clinical Protocols with the Additional Use of Diode Laser. Nonsurgical Treatment of Perimplantitis

Marisa Roncati

Saturday, May 28, 2016 - 09.00/13.00

The nonsurgical periodontal therapy must always be preceded by an accurate diagnosis, so that the planned therapeutic intervention can be specific and customized to the individual requirements of each patient. With opportune adaptations, the periodontal therapy is indicated for all types of patients and it is a fundamental, necessary completion for all dental specializations¹.

The limits of the causal therapy are influenced by some variables, but the use of strict techniques, validated protocols and the latest technology suggest a review of the results²⁻⁴ of what is a rather outdated dental literature on this argument⁵⁻⁷. In a recent 3-year retrospective clinical study, a 6.2 mm to 1.8 mm probing depth reduction was observed in ≥ 6 mm pockets, with an average gain of clinical attachment of 4.4 mm in single-rooted teeth and of 2.9 mm in multi-rooted teeth, associated to a 6.7 mm to 3.6 mm probing depth reduction.⁸



Figura 2

Rivalutazione del caso a 3 anni di distanza: si rileva un sondaggio nella norma. Si osserva una condizione di salute parodontale, associata a valori di sondaggio nella norma, in assenza di sanguinamento.

Case reassessment after 3 years. A normal probing depth is detected. A condition of periodontal health is observed, associated to normal probing depth values without bleeding.

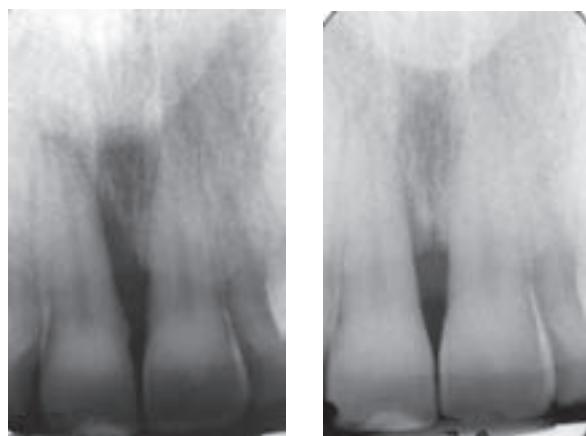


Figura 3

Immagine radiografica pre-trattamento.
Pre-treatment X-ray image.

Figura 4

Immagine radiografica a tre anni dal trattamento parodontale non chirurgico. Si apprezza una ri-mineralizzazione del difetto verticale, evidente nella radiografia pre-trattamento (3).

X-ray image after 3 years from the non-surgical periodontal treatment. A remineralization of the vertical defect (evident in the pre-treatment X-ray image shown in Fig 3) is observed.



Figura 5

In occasione della visita, richiesta dal paziente per la sintomatologia algica e l'evidente gonfiore, si rileva un sondaggio di 7 mm, sull'aspetto mesiale dell'impianto, in sede distale. Si nota un edema marcato, che si estende anche per una componente orizzontale di circa 7 mm.

At the visit requested by the patient due to the pain symptoms and evident swelling, a 7 mm probing depth is detected on the mesial aspect of the implant, in the distal position. A marked oedema is noticed, extending even horizontally for about 7 mm.



Figura 6

In occasione dell'appuntamento di richiamo, a sette anni di distanza, dalla terapia parodontale non chirurgica, si rileva una profondità di sondaggio di 2 mm sull'aspetto mesiale, in assenza di sanguinamento. Valori nella norma si registrano anche circonferenzialmente a questo come all'impianto adiacente. Il sigillo mucoso perimplantare appare in buone condizioni di stabilità.

At the follow-up visit after 7 years from the non-surgical periodontal treatment, a 2 mm probing depth is detected on the mesial aspect without bleeding. Normal values are measured also on the circumference of this implant, as well as the adjacent one. The peri-implant mucous seal is in a good condition of stability.

L'autore suggerisce un programma di trattamento secondo lo schema seguente: 3 appuntamenti ravvicinati, possibilmente entro una settimana, il primo di 2 ore e i successivi di 1 ora ciascuno, ognuno dei quali associato all'uso del laser a diodo. Un quarto appuntamento, a 30 giorni circa di distanza, anch'esso di 1 ora^{8,9}.

L'obiettivo del clinico è di rimuovere tutto ciò che è estraneo al dente, rispettando sostanza biologica. Per cui il rilevamento del tartaro deve essere particolarmente meticoloso, eseguito sia con la sonda, che con la punta del laser spento o acceso, proprio per raccogliere il maggior numero di informazioni circa la distribuzione e l'entità dei depositi rilevati⁹.

Si raccomanda di usare il laser prima della strumentazione parodontale non chirurgica, proprio per la sua azione antalgica, conseguente all'inversione della pompa sodio-potassio di tutte le membrane cellulari, che crea analgesia della polpa, per circa 20 minuti, a vantaggio del comfort del paziente. Oltre a ciò, iniziare il trattamento con una procedura indolore serve a tranquillizzare il paziente e l'impiego di tecnologie di ultima generazione può generare un impatto positivo.

La fibra è inserita all'interno della tasca, fino a raggiungerne l'estensione più apicale. La fibra è in continuo movimento, con un'oscillazione di breve escursione, con un andamento circonferenziale attorno al dente per un'azione tipo 'scanner'.

La funzione del laser è principalmente battericida. Se si orienta la fibra del laser a diodo in direzione del tessuto infiammato, al fine di uccidere i batteri più patogeni che si localizzano proprio nelle pareti interne della tasca parodontale, questa manovra sembra evitare l'aggravarsi della recessione (Figg. 1-4).

Il laser indebolisce l'adesione del tartaro al dente, per effetto della sua azione termica, di conseguenza la successiva strumentazione parodontale risulta facilitata, ma sempre necessaria⁹.

Il laser a diodo è particolarmente indicato nella terapia parodontale non chirurgica, perché interagisce in modo selettivo con il tessuto infiammato, ricco di cromofori endogeni, come l'ossi-emoglobina e la melanina, determinando innumerevoli effetti biologici.

Periodontal maintenance represents a fundamental and most relevant therapeutic phase to ensure clinical stability of any dental treatment carried out after a correct diagnosis.

The clinician must update his diagnosis at every follow-up visit. The periodontal probe is the most indicated instrument for a continual reassessment; besides, it is essential for initial calculus detection.

At the first visit, after collecting the biometric periodontal indexes which, associated to radiographic evaluation, suggest a diagnosis (for example, of generalized severe adult chronic periodontitis), a nonsurgical periodontal therapy, better known as causal therapy, is proposed to the patient.

The Author suggests an appointment programme according to the following scheme: 3 visits, possibly within one week: the first of 2 hours and the others of 1 hour each; during every visit, the diode laser is also used. Then follows a fourth 1-hour visit after about 30 days.⁹ The aim of the clinician is to remove all which is not part the tooth, respecting biological substance. Therefore, calculus detection must be particularly scrupulous and carried out with both the probe and with the laser insert, off or on, to collect the maximum amount of information regarding the distribution and extent of the detected deposits.⁹

The laser device must be used before the non-surgical periodontal instrumentation, especially for its analgesic action driven by the sodium-potassium pump inversion in all the cell membranes, that induces pulp analgesia for about 20 minutes to the advantage of patient's comfort. Besides, starting a treatment with a painless procedure reassures the patient, and the use of the latest technology has a positive impact.

The fibre tip is inserted in the pocket up to the most apical extension. The fibre has a continuous, short swinging movement with a circumferential pattern around the tooth for a 'scanning' action. Laser has a mainly bactericidal function. If the laser diode fibre is directed onto the inflamed tissue to kill the most pathogenic bacteria located in the internal walls of the periodontal pocket, this operation seems to avoid recession worsening (Figs 1 to 4).

Due to its thermal action, the laser weakens tartar adhesion to the tooth; as a consequence, the subsequent periodontal instrumentation is facilitated but always necessary.⁹

Laser diode is particularly indicated in non-surgical periodontal therapy, since it selectively interacts with the inflamed tissue - rich in endogenous chromophores such as oxy-haemoglobin and melanin - causing numerous biological effects.

The diode also has a haemostatic effect, it can be used even in patients with haemorrhagic diathesis or in anticoagulant therapy without suspending it.

It interacts with the granulomatous tissue by vaporising it and causing its expulsion in the form of clots, by virtue of its haemostatic action.

It facilitates the conventional manual instrumentation, particularly in areas of difficult access, such as furcations, areas in root proximity, pockets which are narrow and deep.

The times needed for laser-assisted non-surgical periodontal instrumentation are similar to those required without the use of this technology. The use of laser diode is not aimed at reducing working times, but at improving treatment quality; the use of ultrasound and manual instruments is complementary.

The ultrasound insert is used with short, rapid swinging movements almost on the part in question. The site should be frequently changed to avoid overheating, which would cause discomfort to the patient.

The use of sickle scalers is recommended, at first with mainly horizontal movements. It is important to carry out a very short controlled movement which follows the curved profile of the root, always keeping a very strict control of the instrument to avoid traumas to the mucous membranes.

Il diodo ha poi un effetto emostatico, può essere utilizzato anche in pazienti in diatesi ematica o in terapia con anti-coagulanti, senza dover interrompere l'assunzione di tali farmaci.

Interagisce col tessuto granulomatoso, vaporizzandolo e provocandone la fuoriuscita sotto forma di coaguli, in virtù della sua azione emostatica.

Facilita la strumentazione manuale tradizionale, soprattutto in siti di difficile accesso, come le biforcazioni, la presenza di prossimità radicolare, tasche strette e profonde.

Per quanto riguarda i tempi di strumentazione parodontale non chirurgica, laser assistita, risultano analoghi a quelli in assenza di tale tecnologia. L'utilizzo del diodo non è finalizzato ad abbattere i tempi operativi, bensì a migliorare la qualità del trattamento. Si usano poi strumenti a ultrasuoni e manuali, in modo complementare.

L'inserto a ultrasuoni è utilizzato con movimenti oscillatori, di escursione ridotta, veloci, ma quasi sul posto. Si suggerisce di cambiare frequentemente sito per evitare un surriscaldamento che procurerebbe fastidi al paziente.

Si raccomanda l'utilizzo di scaler o falcetti, utilizzati inizialmente e prevalentemente con movimenti orizzontali. È importante eseguire un movimento molto corto e controllato che soprattutto segua il profilo curvilineo della radice, sempre con un controllo molto rigoroso dello strumento per evitare di traumatizzare le mucose.

Il controllo dello strumento e l'esecuzione di una tecnica corretta sono essenziali per non traumatizzare i tessuti molli, eseguendo movimenti orizzontali, specialmente nello spazio ridotto delle superfici centro-vestibolari, che si rastremano in direzione apicale.

Gli strumenti manuali, sia area specifica che universali, sono utilizzati rigorosamente di punta, con movimenti verticali, secondo una metodica modificata dall'autore e ampiamente descritta in un suo recente testo⁹.

Non è assolutamente necessario applicare sostanze come il Betadine o come il blu di Toluidina, in quanto il tessuto infiammato, già in maniera selettiva, rappresenta il tessuto target verso il quale si concentra la radiazione luminosa.

Il tartaro ematico rappresenta il target ideale della radiazione luminosa per le sue caratteristiche cromatiche.

La fibra va foto-attivata, ad esempio su un cartoncino nero, prima di eseguire alcune procedure come: gengivoplastica, frenulectomia e altri trattamenti chirurgici. Dopo la foto-attivazione, il laser perde il rivestimento plastico e assume proprietà diverse: è in grado di incidere il tessuto mucoso, come la lama di un bisturi manuale.

Al termine della strumentazione, si raccomanda di eseguire la biostimolazione del sito, che accelera la replicazione del RNA messaggero, con conseguente aumento del metabolismo connettivale e osseo e della produzione autocrina di fattori di crescita.

Il laser a diodo può essere utilizzato, come strumento aggiuntivo, nel trattamento di lesioni periimplantari, come le figure 5-8 illustrano.



Figura 7

Immagine radiografica che documenta come 5 spire dell'impianto non siano più circondate da osso di supporto (a confronto con una radiografia, eseguita in precedenza, in assenza di alterazioni patologiche).

The X-ray image shows that 5 implant threads are no longer surrounded by supporting bone (compared to a previous X-ray carried out when no pathological alterations were present).



Figura 8

Immagine radiografica a sette anni dal trattamento parodontale non chirurgico. Si apprezza una quota di ri-mineralizzazione attorno ad alcune spire dell'impianto, precedentemente esposte (7).

X-ray image after 7 years from the non-surgical periodontal treatment. A certain amount of remineralization around some previously exposed implant threads (Fig 7) is noticed.

The control of the instrument and the correct movement are of fundamental importance to avoid traumas to the soft tissues. Horizontal movements must be carried out especially in the limited space of mesial-buccal surfaces flared in the apical direction.

If used with vertical movements, the manual instruments of both specific and universal types must be used only with their tip, according to a method which has been modified by the Author and widely described in a recent book.⁹

The application of substances like betadine or toluidine blue is not necessary, since the inflamed tissue selectively represents the target tissue towards which the light radiation is focused.

For its chromatic characteristics, the emetic tartar is the ideal target for light radiation.

The fibre must be light-activated, for example on a black card, before carrying out procedures such as gingivectomy gingivoplasty, frenectomy and other surgical treatments. After light activation, the laser loses its plastic coating and acquires different properties and can make incisions on the mucous tissue like a surgical blade.

After instrumentation, a site biostimulation is recommended, which accelerates RNA replication with a consequent increase in connective and bone metabolism and in the production of autocrine growth factors.

The laser diode can be used as an additional instrument for the treatment of peri-implant lesions, as shown in Figs 5 to 8.

Bibliografia / References

1. Roncati M, Parma Benfenati S. Parodontologia non chirurgica. ANDI MEDIA, Roma, 2015.
2. Gariffo A, Attorresi E, Roncati M. Protocollo di mantenimento periimplantare. Quintessenza Internazionale & JOMI 2014; 30(3):13-21.
3. Roncati M, Gariffo A. Systematic review of the adjunctive use of diode and Nd:YAG lasers for nonsurgical periodontal instrumentation. Photomed Laser Surg. 2014 Apr;32(4):186-97.
4. Roncati M. The Diode Laser: A Step-by-step Operative Technique Video. Indications, protocols and clinical cases with follow-up. DVD Tueor Servizi, Torino, 2015.
5. Stambaugh RV, Dragoo M, Smith DM, Carasali L. The limits of subgingival scaling. Int J Periodontics Restorative Dent 1981: 1: 30-41.
6. Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. J Clin Periodontol 1984;11:63-76.
7. Heitz-Mayfield LJ, Trombelli L, Heitz F, Needleman I, Moles D. A systematic review of the effect of surgical debridement vs non-surgical debridement for the treatment of chronic periodontitis. J Clin Periodontol. 2002;29 Suppl 3:92-102; discussion 160-2.
8. Roncati M, Gariffo A. Three years non surgical periodontal treatment protocol to observe clinical outcomes in ≥ 6 mm pockets: a retrospective case series. Int J Periodontics Restorative Dent 2016: 2:189-197.
9. Roncati M. Terapia parodontale non chirurgica Indicazioni, limiti e protocolli clinici con l'uso aggiuntivo del laser a diodo. Quintessenza edizioni, Milano, 2015.

Le ricostruzioni parziali e totali nell'era digitale: indicazioni, materiali e applicazioni cliniche

Roberto Spreafico

Sabato 28 Maggio 2016 - 15.30/16.15

Le resine composite e gli agenti adesivi sono stati introdotti alla fine degli anni 50 del secolo scorso.

Gli agenti adesivi, inizialmente utilizzati per l'adesione allo smalto, sono stati costantemente migliorati e sono oggi utilizzati anche come adesivi dentinali.

Costantemente migliorate nelle loro caratteristiche chimico-fisiche ed estetiche le resine composite sono oggi largamente utilizzate come materiale da restauro e per la cementazione adesiva di restauri protesici indiretti parziali e totali.

Cavità di I, II, III, IV e V classe di Black possono essere restaurate in una singola seduta tramite l'applicazione diretta del materiale composito. Tuttavia nel caso di grandi cavità, coperture cuspidali e ridotto substrato dentale la tecnica diretta non è sufficiente per ottenere una forma anatomica adeguata e sempre predicibile.

Il composito può anche essere utilizzato come materiale per restauri semidiretti (Chair-Side) ed indiretti soprattutto nel caso di inlays, onlays ed overlays.

La Tecnologia CAD-CAM era in uso nell'industria da diversi anni, ma la sua applicazione in odontoiatria comincia negli anni 80.

I primi tentativi cominciarono nei primi anni 70 ad opera di Bruce Altschuler negli Stati Uniti e François Duret in Francia.

Nel 1985 Mormann e Brandestini introdussero il primo prototipo, Cerec 1 che rendeva possibile la presa dell'impronta digitale e la produzione di un restauro parziale partendo da un blocchetto di ceramica feldspatica.

Figura 1

Molare superiore trattato endodonticamente, verrà restaurato con una endocrown in composito con la tecnologia CAD-CAM in una sola seduta.
Endodontically treated upper molar that will be restored with a composite endocrown with CAD-CAM technology in one session.



Figura 2

Molare superiore trattato endodonticamente, verrà restaurato con una endocrown in composito con la tecnologia CAD-CAM in una sola seduta.
The dental dam and the matrix are being simultaneously applied in order to obtain a proper field isolation.



Partial and Full Restorations in the Digital Era: Indications, Materials and Clinical Applications

Roberto Spreafico

Saturday, May 28, 2016 - 15.30/16.15

Composite resins and adhesive agents have been introduced in the late Fifties of the last century.

Adhesive agents, used at the beginning for the adhesion to enamel, have been constantly improved and now are used also as dentinal adhesives.

Constantly improved in their chemical-physical and aesthetic properties, composite resins are nowadays widely used as restorative material and luting cement for indirect partial and total prosthetic restorations.

I, II, III, IV and V Black classes cavities can be restored in a single session thanks to the direct application of the composite material. However, in case of large cavities, cuspid coverage and reduced dental substrate, the direct technique is not enough in order to achieve a proper and predictable anatomical shape.

Composite can be used also as a material for semi-direct (Chair-Side) and indirect restorations, especially in case of inlays, onlays and overlays.

Industry has started to apply CAD- CAM many years ago, but dental industry started to use it only in the '80s.

Altschuler in USA and François Duret in France attempted to apply it for the first time at the beginning of '70s.

In 1985 Mormann and Brandestini introduced the first Cerec I prototype, able to take a digital impression and produce a partial restoration starting from a feldspathic porcelain block. Since then, there has been a constant evolution and nowadays this technology is widespread in laboratories, especially in some countries (USA, Germany, Switzerland), and in some dental clinics.

Figura 3

Dopo avere effettuato le normali procedure adesive, si applica del composito per eliminare sottosquadri nella camera pulpare ed ottenere la rilocazione dei margini subgingivali.

After the normal adhesive procedures, the composite is applied to eliminate the undercuts in the pulp chamber and obtain the relocation of the subgingival margins.



Figura 4

La matrice viene rimossa e la preparazione viene ultimata.
Removal of the matrix and finishing of the preparation



Da allora c'è stata una costante evoluzione e ai nostri giorni la tecnologia è diffusa nei laboratori odontotecnici e, specialmente in alcuni paesi (USA, Germania, Svizzera), anche negli studi odontoiatrici.

L'introduzione di nuovi materiali da restauro, ci consentono oggi la fabbricazione di provvisori, inlays e onlays, faccette, corone, ponti su denti naturali ed impianti in una sola seduta.

L'uso del sistema CAD-CAM fornisce numerosi vantaggi al paziente ed al dentista. Consente la fabbricazione di restauri in una sola seduta senza dover ricorrere ad un restauro provvisorio, l'impronta digitale è ben tollerata dal paziente e richiede un tempo inferiore rispetto all'impronta tradizionale.

Inoltre oggi c'è una ampia scelta di materiali da restauro definitivi: composito, ceramica vetrosa infiltrata con resina, ceramiche vetrose e policristalline.



Figura 5
Il restauro appena fresato.
The milled restoration.



Figura 6
Lo stesso restauro caratterizzato.
Characterization of the same restoration.

Figura 7
La prova della endocrown prima della cementazione:
si controllano l'efficacia
dei punti di contatto prossimali e
l'accuratezza marginale.
*Endocrown try-in before
cementation: the efficacy of the
proximal contacts and the marginal
accuracy are being controlled.*



Thanks to the introduction of new restoration materials, today is possible to manufacture temporaries, inlays and onlays, veneer, crowns, bridge on natural teeth and implants in just one session.

The application of CAD-CAM technology assure several advantages both to patients and dentists. It allows to manufacture a restoration in one session, without the necessity of a temporary one. Digital impression is well tolerated by patients and it takes less time than the traditional one.

Moreover, today there is a wide selection of materials for definite restorations: composite, glass-ceramic with resin and polycrystalline ceramic.



Figura 8

Il restauro a due settimane dalla cementazione.

The restoration two weeks after its cementation.

Atrofie mandibolari di classe V e VI di Cawood e Howell: protocolli terapeutici

Tiziano Testori

Venerdì 27 Maggio 2016 - 10.00/10.30

Introduzione

In seguito alla perdita degli elementi dentali l'osso alveolare va incontro ad un graduale riassorbimento, che può essere accelerato dalla presenza di una protesi mobile.

Ai fini riabilitativi implantari sono stati sviluppati diversi tipi di interventi che hanno lo scopo di aumentare il volume osseo residuo: rigenerazione ossea guidata, innesti ossei da sedi intra o extra-orali e lembi liberi vascolarizzati.

Tali metodiche ricostruttive possono rappresentare una valida opzione terapeutica, tuttavia non tutti i pazienti possono sottoporsi a tali interventi a causa di controindicazioni mediche e non corretti stili di vita, età avanzata, costo biologico, temporale ed economico del trattamento o il rifiuto a sottoporsi a procedure di chirurgia avanzata.

Gli impianti inclinati e gli impianti corti sono una delle alternative riportate in letteratura, alle procedure di aumento del volume osseo e hanno una minor invasività.

Molti studi hanno evidenziato come gli impianti corti siano una valida opzione terapeutica nelle mandibole estremamente atrofiche e se associata al carico immediato presenta vantaggi in termini temporali per il paziente e per il clinico, eliminando la necessità di portare una protesi mobile durante il periodo di osteointegrazione degli impianti.

L'obiettivo di questo studio è di valutare la sopravvivenza cumulativa di impianti di lunghezza 7 o 8,5 mm posizionati in mandibole atrofiche, su cui viene posizionata una protesi fissa ibrida a carico immediato.

Materiali e metodi

Il campione analizzato è costituito da 39 pazienti con mandibole totalmente edentule di tipo VI secondo Cawood e Howell.

L'altezza media della cresta alveolare nella zona interforaminale è compresa tra 7 e 9 mm, la larghezza di almeno 6 mm, così da permettere il posizionamento di impianti con diametro 4 mm. Tutti i pazienti arruolati sono stati riabilitati con una protesi fissa provvisoria avvitata a carico immediato tipo Toronto bridge senza estensioni distali mentre la protesi definitiva è stata poi costruita con estensioni distali (Figg. 1a-f).

La discriminante per quanto riguarda il numero di impianti posizionati è stata la distanza interforaminale. Con una distanza inferiore a 32 mm 4 impianti, tra 32 e 44 mm 5 impianti, oltre i 44 mm se ne posizionano 6.

La sopravvivenza implantare è stata valutata secondo i seguenti criteri: assenza di mobilità e di periimplantite, dolore, neuropatia o parestesia. Il successo è stato valutato attraverso una misura del grado di riassorbimento osseo periimplantare, che

Cawood and Howell Class V and Class VI Mandibular Atrophies: Treatment Protocols

Tiziano Testori

Friday, May 27, 2016 - 10.00/10.30

Introduction

Following the loss of dental elements, the alveolar bone undergoes gradual resorption which can be accelerated by the presence of a removable denture.

For rehabilitation purposes, different types of interventions have been developed with the aim of increasing the remaining bone volume: guided bone regeneration, bone grafts from intraoral or extraoral sites and vascularized free flaps.

Such restorative methods can represent a valid therapeutic option; however, not all patients can undergo these interventions due to medical contraindications, inappropriate lifestyles, advanced age, biological, time and financial cost of the treatment or refusal to be subjected to advanced surgical procedures.

The tilted and short implants are one of the alternatives, reported in literature, to the bone volume augmentation procedures and show a reduced degree of invasivity.

Many studies have shown that short implants are a valid therapeutic option in extremely atrophic mandibles and, if associated to immediate loading, they bring advantages in terms of time for both the patient and the clinician, since they eliminate the need to wear a removable denture during implant osseointegration.

The aim of this study was to evaluate the overall survival of 7 or 8.5 mm long implants placed in atrophic mandibles, on which a hybrid fixed denture with immediate loading was positioned.

Materials and methods

The analyzed sample was made up of 39 patients with type VI totally edentulous mandibles according to Cawood and Howell.

The average height of the alveolar ridge in the interforaminal area ranged from 7 to 9 mm, its width was at least 6 mm to allow for the placing of 4 mm diameter implants. All the patients enrolled in the study were subjected to rehabilitation with a temporary screw-retained fixed denture with immediate loading of Toronto Bridge type without distal extensions, while the final denture was subsequently created with distal extensions (Figs 1a-f).

The discriminating factor regarding the number of positioned implants was the interforaminal distance: 4 implants were placed at a distance lower than 32 mm, 5 implants at a distance ranging from 32 to 44 mm and 6 implants at a distance of more than 44 mm.

Implant survival was evaluated according to the following criteria: absence of morbidity and peri-implantitis, pain, neuropathy or paresthesia. Success was evaluated through the measurement of peri-implant bone resorption degree, which had to be lower than 1.5 mm after the first year of loading and not greater than 0.2 mm/year afterwards.

The prosthetic success was considered achieved when no repairs were necessary and the denture maintained its function (masticatory and phonetic capacity) following application.

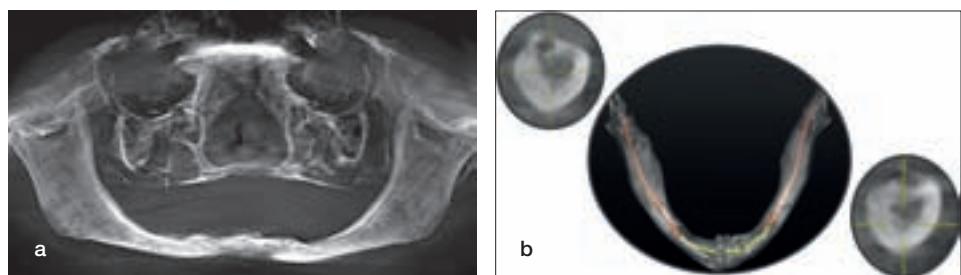


Figura 1a,b

Ortopantomografia iniziale (a). Il mascellare presenta un grado di atrofia elevato con una superficializzazione del decorso del canale alveolare (b).

Initial orthopantomography (a). The maxillary bone shows a high atrophy level, with superficialization of the alveolar canal path (b).



Figura 1c

Protesi provvisoria senza estensioni distali a carico immediato. Controllo a tre settimane. L'ampio spazio tra la protesi e la mucosa è stato creato per favorire le manovre d'igiene. In questi pazienti l'altezza del pavimento orale può creare difficoltà nel mantenimento domiciliare nei casi in cui la protesi provvisoria sia a contatto con la mucosa.

Temporary denture with immediate loading without distal extensions. Follow-up at three weeks. The wide gap between the denture and the mucous membrane was created to facilitate hygiene procedures. In these patients, the height of the oral floor can create difficulties during home management in cases where the temporary denture is in contact with the mucous membrane.

doveva essere inferiore a 1,5 mm dopo il primo anno di carico e successivamente non superiore a 0,2 mm/anno.

Il successo protesico è stato considerato raggiunto quando non sono stati necessari interventi di riparazione e la protesi ha preservato la sua funzione (capacità masticatoria e fonetica) dopo il suo posizionamento.

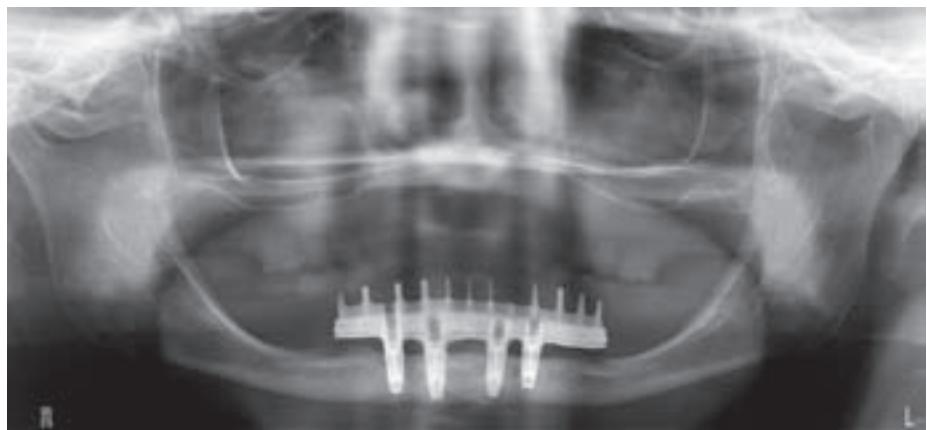
Inoltre sono state condotte misurazioni sulla tomografia computerizzata delle dimensioni della mandibola prima dell'intervento e dopo 1 anno dal carico e sono state eseguite analisi volumetriche di sovrapposizione pre e post-carico per visualizzare le aree di maggior rimodellamento osseo.



Figure 1d-f

Visione extraorale (d) ed intraorale (e) ed ortopantomografica finale con la protesi fissa avvitata definitiva con estensioni distali (f).

Extraoral (d), intraoral (e) and final orthopantomographic views with the final screw-retained fixed denture with distal extensions (f).



CT measurements of mandibular dimensions were also carried out before the intervention and after 1 year from loading, and volumetric analyses of pre-loading and post-loading superimposition were performed in order to view the areas subjected to greater bone remodelling.

Results

156 implants were inserted; 2 of them failed during the osseointegration phase but were not repositioned, since they were not located in the most distal areas of the prosthetic design and the patient had other 4 implants available for the final denture. At 5 years, the overall survival rate reached 98.7%, with a prosthetic survival rate of 100%.

No surgical complications (mandibular fractures) were observed, unlike in previous studies on the treatment of atrophic mandibles.

The only prosthetic complications observed regarded aesthetic coating fracture in three prosthetic structures (92.3% success).

The three-dimensional superimposition analysis showed that the mandible undergoes a morphological variation, probably due to the functional stimulus determined by the prosthetic load. Local bone mineralization was also increased (Figs 2a-c).

Risultati

Sono stati inseriti 156 impianti, 2 impianti sono falliti durante la fase di osteointegrazione, ma non sono stati riposizionati in quanto non si trovavano nelle zone più distali del progetto protesico e il paziente presentava comunque 4 impianti per la protesi finale. La sopravvivenza complessiva a 5 anni ha raggiunto il 98,7% con una percentuale di sopravvivenza protesica del 100%.

Non si sono evidenziate complicanze chirurgiche (fratture mandibolari), come invece riportato in precedenti studi riguardanti il trattamento delle mandibole atrofiche.

Le uniche complicanze protesiche riscontrate riguardano la frattura del rivestimento estetico in tre strutture protesiche (successo 92.3%).

L'analisi di sovrapposizione tridimensionale ha evidenziato come la mandibola subisca una variazione morfologica, probabilmente grazie allo stimolo funzionale determinato dal carico protesico. Risulta inoltre incrementata la mineralizzazione ossea locale (Figg. 2a-c).

Discussione

Il carico immediato su impianti corti, in pazienti con atrofia severa della mandibola, può rappresentare una valida opzione terapeutica nei casi di edentulia totale. Nella letteratura scientifica pochi articoli si sono focalizzati sull'utilizzo di impianti corti, specialmente nelle atrofie avanzate. In passato alcuni articoli avevano evidenziato un maggiore rischio di fallimento, a seguito di carico sfavorevole, in condizioni di volume osseo ridotto.

Questo articolo dimostra che gli impianti corti posizionati nella mandibola anteriore sono un trattamento altamente predicibile. Inoltre la procedura di carico immediato, che unisce gli elementi implantari durante la fase di guarigione, riduce l'incidenza di fallimenti. Questa alternativa terapeutica dimostra una riduzione del grado di difficoltà del trattamento, riducendo la morbidità e il tempo necessario, aumentando inoltre il numero di pazienti candidabili alla chirurgia implantare.

In un precedente studio un rapporto corona-impianto, prima considerato troppo elevato, non ha determinato una maggiore incidenza di complicanze protesiche. In questo studio il rapporto corona-impianto è risultato compreso tra 1:2.0- 2.4

In questo nostro studio la sola complicanza protesica riportata è stata la frattura del rivestimento estetico. Tale evenienza è stata gestita a livello ambulatoriale.

L'analisi radiografica eseguita ha evidenziato come la mandibola, sottoposta allo stimolo funzionale del carico implantare, abbia modificato la sua morfologia. A livello dei settori posteriori, come già dimostrato da altri studi, la sezione del corpo mandibolare è aumentata in senso cranio-caudale. Sempre nelle regioni posteriori si è riscontrato un incremento del valore di densità ossea, indice che il rimodellamento non è avvenuto solo in termini dimensionali, ma anche qualitativi. La sovrapposizione volumetrica ha dimostrato le zone in cui il rimodellamento osseo è più evidente.

Conclusioni

Il carico immediato su impianti corti nei pazienti con atrofia severa della mandibola rappresenta un'alternativa predicibile.

L'analisi radiografica eseguita ha evidenziato come la mandibola, sottoposta allo stimolo funzionale del carico implantare, abbia modificato la sua morfologia ed incrementato la densità ossea rispetto alla condizione ossea pre-operatoria.

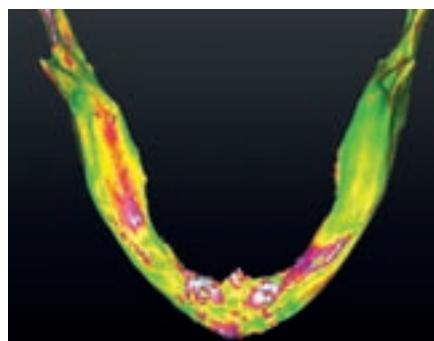
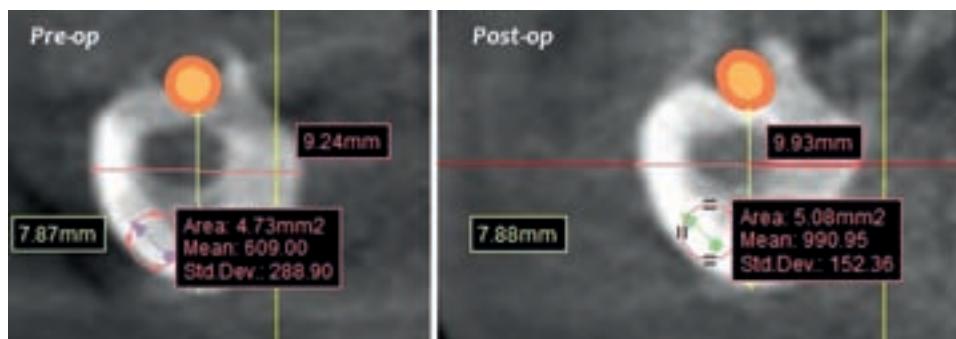
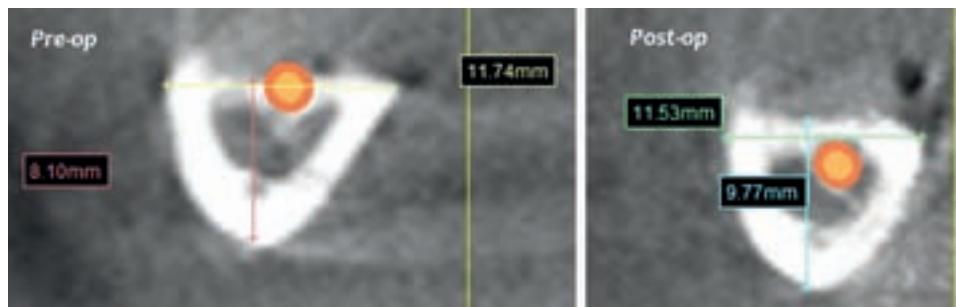


Figura 2c

Sovrapposizione della scansione Tc pre e post-trattamento. Sono evidenti le aree in cui si è modificata la morfologia della mandibola in seguito al carico funzionale degli impianti.

Pre-treatment and post-treatment CT scan superimposition. The areas in which the mandibular morphology has changed following implant functional loading are evident.

Figure 2a,b

Dopo 12 mesi di carico funzionale misurazione pre e post-trattamento della dimensione del corpo mandibolare. È evidente la modifica morfologica della forma mandibolare. Misurazioni della densità ossea pre e post-trattamento. È stato evidenziato un aumento della densità locale.

Pre-treatment and post-treatment measurements of the mandibular body dimensions after 12 months of functional loading. The change in mandibular shape morphology is evident. Pre-treatment and post-treatment bone density measurements. An increase in local density is evident.

Discussion

Immediate loading on short implants, in patients with severe mandibular atrophy may represent a valid therapeutic option in cases of total edentulism. In scientific literature, few articles have focused on the use of short implants, especially for advanced atrophies. In the past, some articles showed a higher failure risk, following unfavourable loading, in conditions of reduced bone volume.

This article shows that short implants placed in the anterior mandible are a highly predictable treatment. Moreover, immediate loading procedure, in which the implant elements are connected during the healing phase, reduces the occurrence of failures. This therapeutic alternative shows a lower degree of difficulty in the treatment, a reduction in morbidity and time and an increase in the number of patients suitable for implant surgery.

In a previous study, a crown-implant ratio which was formerly considered too high, did not cause a higher occurrence of prosthetic complications. In this study, the

Bibliografia / References

1. Johnson K. A study of the dimensional changes occurring in the maxilla following tooth extraction. *Aust Dent J* 1969;14:241-244.
2. Pietrokowski J, Massler M. Alveolar ridge resorption following tooth extraction. *J Prosthet Dent* 1967;17:21-27.
3. Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003;23:313-323.
4. Araujo MG, Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. *J Clin Periodontol* 2005;32:212-218.
5. Del Fabbro M, Bellini CM, Romeo D, Francetti L. Tilted Implants for the Rehabilitation of Edentulous Jaws: A Systematic Review. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012 Aug;14(4):612-21. doi: 10.1111/j.1708-8208.2010.00288.x. Epub 2010 May 13.
6. Cawood JI, Howell RA. A classification of the edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988;17:232-236.
7. Soehardi A, Meijer GJ, Manders R, Stoelinga PJ. An inventory of mandibular fractures associated with implants in atrophic edentulous mandibles: a survey of Dutch oral and maxillofacial surgeons. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2011;26:1087-1093.
8. Lekholm U, Gunne J, Henry P, Higuchi K, Linden U, Bergstrom C, van Steenberghe D. Survival of the Branemark implant in partially edentulous jaws: a 10-year prospective multicenter study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999;14:639-645.
9. Branemark PI, Svensson B, van Steenberghe D. Ten-year survival rates of fixed prostheses on four or six implants ad modum Branemark in full edentulism. *Clin Oral Implants Res* 1995;6:227-231.
10. Friberg B, Grondahl K, Lekholm U, Bränemark PI. Long-term follow-up of severely atrophic edentulous mandibles reconstructed with short Branemark implants. *Clin Implant Dent Relat Res* 2000;2:184-189.
11. Ghariani L, Segaan L, Rayyan MM, Galli S, Jimbo R, Ibrahim A. Does crown/implant ratio influence the survival and marginal bone level of short single implants in the mandibular molar? A preliminary investigation consisting of 12 patients. *J Oral Rehabil*. 2016 Feb;43(2):127-35. doi: 10.1111/joor.12342. Epub 2015 Aug 30.
12. Reddy MS, Geurs NC, Wang IC, Liu PR, Hsu YT, Jeffcoat RL, Jeffcoat MK. Mandibular growth following implant restoration: does Wolff's law apply to residual ridge resorption? *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2002 Aug;22(4):315-21.

crown-implant ratio ranged from 1:2.0 to 1:2.4.

In this study, the only prosthetic complication was aesthetic coating fracture. This was dealt with at surgery level.

The radiographic analysis showed that the mandible changed its morphology after being subjected to the functional stimulus of implant loading. At the posterior level, the section of the mandibular body increased in the craniocaudal direction, as shown by other studies. In the same posterior areas there was an increase in bone density value, a sign that remodelling did not occur only in dimensional, but also in qualitative terms. Volumetric superimposition showed areas of more evident bone remodelling.

Conclusions

Immediate loading on short implants in patients with severe mandibular atrophy represents a predictable alternative.

The radiographic analysis showed that the mandible changed its morphology after being subjected to the functional stimulus of implant loading and bone density increased in comparison with its pre-operative bone condition.

Odontoiatria additiva vs sottrattiva. Quale seguire?

Francesca Vailati

Sabato 28 Maggio 2016 - 12.00/13.00

Attraverso dati epidemiologici o basandosi sulla semplice osservazione clinica, si può notare che i denti si stiano più velocemente disintegrandando non solo per l'eccessiva presenza di acido nel cavo orale (erosione dentale), ma anche per l'aumentata incidenza di abitudini parafunzionali (serramento e digrignamento dei denti).

Quando la perdita di smalto rende i bordi incisali fragili, i pazienti sono pronti ad accettare terapie restaurative immediate. Spesso, però, il problema dell'usura è più esteso, coinvolgendo anche i denti posteriori, dove l'esposizione di dentina è frequentemente asintomatica.

Di conseguenza, spesso i pazienti, non percepiscono la gravità del loro problema, e tendono a non voler accettare piani di trattamento più estesi, esigendo restauri solo a livello dei denti anteriori e lasciando i denti posteriori non protetti dall'ulteriore usura.

Inoltre, sulla necessità di proteggere la dentina esposta, la comunità dentale non si trova unita nel pensare che la perdita dello strato di smalto debba considerarsi una patologia da curare con urgenza.

Si possono distinguere due opposte attitudini tra i dentisti, quelli che aspettano che l'usura diventi più severa prima di intervenire (dentisti d'attesa) e quelli che invece preferiscono intervenire immediatamente spinti dalla richiesta estetica dei pazienti (dentisti d'azione).

Purtroppo questi ultimi interventi spesso si basano su trattamenti sottrattivi, in quanto denti già compromessi sono infatti ancora più ridotti per essere restaurati con corone o per fornire gli spessori necessari ai tecnici anche in caso di restauri adesivi.

L'autrice parte dall'idea invece che i migliori materiali siano già presenti nella bocca dei pazienti: lo smalto, la dentina e la polpa e che la capacità clinica di restaurare dentature affette



a



b

Figure 1a,b

Esempi di distruzione del tessuto dentale legata a problemi di parafunzioni ed erosione dentaria rispettivamente. Generalmente il danno che ne deriva a livello dei bordi incisali è subito percepito dai pazienti, che per ragioni estetiche sono pronti ad essere trattati.

Examples of dental tissue destruction due to parafunctional and tooth erosion problems, respectively. Generally speaking, the resulting damage at the incisal margin level is immediately noticed by the patients, who are ready to undergo treatment for aesthetic reasons.

Additive Dentistry vs Subtractive, which follow?

Francesca Vailati

Saturday, May 28, 2016 - 12.00/13.00

The epidemiologic data or simple clinical observations reveal that teeth undergo faster degeneration, not only for the excessive presence of acids in the oral cavity (tooth erosion), but also for the increased incidence of parafunctional habits (tooth clenching and grinding). When enamel loss makes the incisal margins fragile, the patients are ready to accept immediate restorative treatments. However, the problem of tooth wear is often more extended and involves even posterior teeth, where dentine exposure is frequently asymptomatic.

Consequently, the patients are not often aware of the gravity of their problem and tend to be unwilling to accept more extended treatment plans; therefore, they only want anterior tooth restorations, leaving the posterior teeth unprotected from further wear.

Moreover, regarding the need to protect exposed dentine, the dental community does not agree in considering the loss of enamel layer a pathology which needs urgent care.

Two different attitudes can be distinguished among dentists: those who wait until tooth wear becomes more severe before operating (waitful dentists) and those who prefer to operate immediately when pressed by the aesthetic requests of their patients (action dentists).

Unfortunately, the latter types of interventions are often based on subtraction treatments, because already compromised teeth must undergo an even greater reduction to be restored with crowns or to provide the necessary thickness for the technicians, even in case of adhesive restorations.

The Author believes that the best materials are already present in the patient's mouth (enamel, dentine and pulp) and that the clinical capacity to restore worn out teeth should be related to the amount of remaining tooth structure. The less the amount, the more complex the restorative treatments and less predictable and favourable the results.

Therefore, a waitful attitude until a major damage occurs must not be considered wise,



Figure 2a,b

Danno a livello dei denti posteriori legato all'erosione dentaria e a parafunzioni. Poiché spesso i denti posteriori che presentano dentina esposta sono asintomatici, i pazienti sottovalutano il problema e tendono a postporre la terapia dentale.

Damage at the posterior tooth level due to tooth erosion and parafunctional habits. Since the posterior teeth with exposed dentine are often asymptomatic, the patients underestimate this problem and tend to delay the dental treatment.

da usura sia da mettere in relazione con la percentuale di struttura dentale restante. Minore la percentuale, più complicate le terapie restaurative e meno predibili e favorevoli i risultati. Di conseguenza, un atteggiamento di attesa di un danno maggiore non è da considerarsi saggio, perché la perdita di struttura sana dentale non viene ostacolata.

Allo stesso tempo, un intervento immediato ma sottrattivo non è auspicabile, perché riduce la percentuale dei migliori materiali e complica i trattamenti a lungo termine.

L'usura dentale dovrebbe invece essere subito intercettata con un approccio additivo (odontoiatria non invasiva), per proteggere quel che resta della dentizione.

La 3 STEP technique è un protocollo semplificato per riabilitazioni adesive additive. Grazie all'aumento della dimensione verticale (VDO), i denti sono restaurati senza più la necessità di sacrificare tessuto dentale sano.

Grazie a questa visione additiva, i pazienti sono maggiormente coinvolti nel mantenimento dei loro restauri adesivi in prima persona.

Partendo dal principio che restauri additivi debbano proteggere i denti e non il contrario, ovvero che i denti debbano essere indeboliti per rendere più resistenti i restauri, un loro potenziale fallimento è preso in considerazione come un evento normale, dove ogni paziente assume i costi come d'accordo prima di incominciare la terapia restaurativa additiva.

Tale fallimento sarà però solo di tipo meccanico e permetterà riparazioni semplici o sostituzioni del restauro senza alcuna perdita del tessuto sano o dell'elemento dentario.

Questa nuova filosofia di lavoro trova già larghi consensi tra i pazienti e rappresenta il futuro/presente della nostra professione nel campo dell'usura dentaria.



Figura 3

Paziente di 40 anni trattata con terapia sottrattiva. I 4 incisivi superiori erano stati devitalizzati e preparati per corone. Il resto della dentizione era privo di restauri eccetto alcuni composti estetici sulle superfici vestibolari. Il danno iatrogeno è indiscutibile.

40 year-old patient treated with subtraction therapy. The 4 upper incisors were devitalized and prepared for crowns. The remaining teeth were free from restorations, except for some aesthetic composite restorations on the buccal surfaces. The iatrogenic damage is evident.



Figure 4a,b

Paziente affetto da bruxismo. Una riabilitazione completa adesiva additiva è stata effettuata con il 100% della preservazione del rimanente tessuto dentale. L'intero trattamento è stato effettuato senza anestesia.

Patient affected by bruxism. A complete additive adhesive rehabilitation was carried out with a 100% preservation of the remaining dental tissue. The whole treatment was performed without anaesthesia.

since it does not prevent the loss of healthy tooth structure.

At the same time, an immediate subtraction intervention is not desirable, since it reduces the amount of the best materials and complicates long-term treatments.

Tooth wear should be immediately intercepted with an additive approach (non invasive dentistry) to protect what remains of the teeth.

The 3 STEP technique is a simplified protocol for additive adhesive rehabilitations. Thanks to an increase in the vertical dimension of occlusion (VDO), the teeth are restored without the need to sacrifice healthy dental tissue.

Thanks to this additive approach, the patients are more involved in the personal maintenance of their adhesive restorations.

Based on the principle that additive restorations must protect the teeth and not vice versa (i.e., that the teeth should be weakened in order to strengthen the restoration), their potential failure must be considered as a normal event for which every patient bears the costs, as agreed before the start of the additive restorative treatment.

However, such failure will only be of mechanical type and will permit simple repairs or replacements of the restoration, without any loss of healthy tissue or the dental element.

This new working philosophy has already received wide approval among patients and represents the future/present of our profession in the field of tooth wear.

Figure 5a,b

Risultato estetico finale del paziente mostrato il figg. 4a,b.

Final aesthetic result of the patient shown in figs 4a and b.



a



b

I risultati clinici dei primi 15 anni di utilizzo della chirurgia ossea piezoelettrica in Italia e nel mondo

Tomaso Vercellotti

Venerdì 27 Maggio 2016 - 11.30/12.00

La Chirurgia Ossea Piezoelettrica è stata inizialmente introdotta dall'autore per migliorare alcune tecniche di chirurgia orale per fini implantari. L'analisi dei risultati clinici ottenuti con una revisione della letteratura, dopo i primi quindici anni di utilizzo del taglio piezoelettrico, permette di affermare che la Chirurgia Ossea Piezoelettrica rappresenta una nuova era in chirurgia ossea in qualunque distretto anatomico, in termini di precisione, sicurezza intraoperatoria, ridotto trauma chirurgico e ancora la favorevole attivazione di una ottimale e rapida guarigione dei tessuti caratterizzata da una ridotta morbilità per il paziente.

La relazione rappresenta una sintesi dell'attuale stato dell'arte in odontoiatria dove l'impiego del Piezosurgery, oltre ad aver migliorato significativamente tutte le tecniche di chirurgia orale esistenti, recentemente si sta affermando come il nuovo paradigma in Implantologia.

In particolare viene illustrato il nuovo protocollo chirurgico per il rialzo di seno per via laterale e quello per via crestale. Quest'ultimo si basa sulla applicazione della nuova tecnica di Piezo-Graft. Infine, per la prima volta e in modo pragmatico, vengono introdotti i nuovissimi Piezoimplants la cui forma non più necessariamente cilindro conica permette il trattamento minimamente invasivo delle creste sottili.



Figura 1

Rimozione piezoelettrica di cheratocisti mandibolare in sede ambulatoriale.
Piezoelectric removal of a mandibular keratocyst carried out in Dental Clinic.



Figura 2

Rimozione dei residui epiteliali evidenziati dal liquido di Carnoy.
Removal of epithelial residues highlighted by Carnoy's fluid.



Figura 3

Tecnica Piezo-Graft, rialzo sinusale per via crestale.
Piezo-Graft technique: sinus lift with crestal approach.

Figura 4

Innesto endosinusale in fase di mineralizzazione.
Endosinus graft in the mineralization phase.

The Clinical Results of the First 15 Years of Use: the Piezoelectric Bone Surgery in Italy and in the World

Tomaso Vercellotti

Friday, May 27, 2016 - 11.30/12.00

Piezoelectric Bone Surgery (PBS) has been introduced for the first time by the Author in order to improve some oral surgical techniques in implant therapy. The analysis of the obtained clinical outcomes with a literature review, after 15 years of piezoelectric cut, allows to state that Piezoelectric Bone Surgery (PBS) represents a new era in bone surgery, in any anatomical district, with reference to accuracy, intra-operative safety, reduced surgical trauma, as well as positive activation of an optimal and fast tissue healing, with a reduced morbility for the patient.

The lecture represents a synthesis of the actual state of the art in dentistry where the use of Piezosurgery, besides having significantly improved all the existing oral surgical techniques, now is becoming the new paradigm in implantology.

In particular, the new sinus lift surgical protocol, both with lateral approach and crestal approach, will be presented. The latter one is based on the application of the new Piezo-Graft technique.

Finally, for the first time and in a pragmatic way, we will introduce the new Piezoimplants, whose shape, not anymore necessarily cylindrical-conical, allows a minimally invasive treatment of thin bone ridges.



Figura 5

Estrazione piezoelettrica di dente perso.

Piezoelectric extraction of an hopeless tooth.



Figura 6

Impianto immediato con tecnica piezoelettrica.

Immediate implant placement with the piezoelectric technique.



Figura 6

Risultato a lungo termine.

Long-term result.

Il trattamento dei difetti estetici periimplantari

Giovanni Zucchelli

Sabato 28 Maggio 2016 - 11.15/12.00

Un uomo di 33 anni si è presentato presso il Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università di Bologna per la valutazione di una corona singola supportata da un impianto nella posizione dell'incisivo centrale superiore sinistro.

Il suo principale problema era l'inestetismo durante il sorriso. Il dente era stato estratto 24 mesi prima, dopo il fallimento della precedente terapia endodontica ed era stato trattato con un posizionamento immediato dell'impianto, subito dopo l'estrazione del dente.

Il paziente era molto arrabbiato con il dentista che aveva eseguito la terapia implantare, ma allo stesso tempo era molto preoccupato per il trattamento propostogli da un altro dentista che consisteva nella rimozione dell'impianto, ponte provvisorio Maryland, chirurgia ossea ricostruttiva, nuovo impianto e nuova corona. L'esame clinico mostrava la disarmonia nell'andamento del margine gengivale buccale con il tessuto molle marginale del restauro implantare in una posizione più apicale (5 mm) rispetto al dente omologo adiacente, anch'esso ricoperto da una corona protesica (Fig. 1); Inoltre, vi era un difetto orizzontale di tessuto molle con un profilo di emergenza inadeguata della corona dell'impianto dovuto al posizionamento eccessivamente buccale dell'impianto. Il tessuto molle vestibolare era così sottile che lasciava trasparire la superficie scura dell'impianto. Nessuna perdita di attacco interdentale era presente ai denti adiacenti l'impianto. L'esame radiografico (Fig. 2) mostrava che la testa dell'impianto si trovava oltre 7 millimetri apicale al margine buccale della corona protesica dell'incisivo centrale adiacente, mentre non vi erano segni di periimplantite o perdita ossea interproximale. L'andamento verticale della cresta ossea mesiale e distale all'impianto era pertanto riconducibile al posizionamento troppo apicale dell'impianto e non ad una perdita ossea di natura infettiva.

Figura 1

Situazione clinica iniziale:
disarmonia del margine
gengivale tra corona pro-
tesica su dente naturale (#11)
ed impianto (#21).

*Initial clinical situation:
disharmonic gingival margin
between the prosthetic
crown on natural tooth (#11)
and implant (#21).*



The Perimplant Aesthetic Defects Treatment

Giovanni Zucchelli

Saturday, May 28, 2016 - 11.15/12.00

A 33 year-old man came to the Department of Biomedical and Neuromotor Sciences of the University of Bologna for the evaluation of an implant-supported single crown on the upper left central incisor. His main concern was an aesthetic problem regarding smile. The tooth had been extracted 24 months earlier, after the failure of a previous endodontic treatment and the patient had undergone implant application immediately after tooth extraction. The patient was very irritated with the dentist who had carried out the implant treatment, but at the same time he was very worried about the treatment suggested by another dentist, consisting of implant removal, temporary Maryland bridge, bone restorative surgery, new implant and crown. The clinical examination showed a disharmonic pattern of the buccal gingival margin with the soft tissue margin of the implant restoration located more apically (5 mm) than the adjacent analogous tooth, it too covered with a prosthetic crown (Fig 1). Besides, there was a horizontal soft tissue defect with an unsuitably emerging implant crown profile due to an excessively buccal implant positioning. The buccal soft tissue was so thin, that the dark implant surface was visible through it. No loss of interdental attachment was observed in the teeth adjacent to the implant. The X-ray examination (Fig 2) showed that the implant head was located at more than 7 mm apically to the buccal margin of the prosthetic crown of the adjacent central incisor, while there were no signs of peri-implantitis or interproximal bone loss. The vertical bone ridge pattern mesially and distally to the implant was therefore related to an excessively apical implant positioning, and not to a bone loss due to infection. The primary aim of the treatment was to improve the anterior aesthetic appearance of the patient, and particularly to remove the margin soft tissue discrepancy between the implant restoration and the adjacent central incisor restoration. The secondary aim of the treatment was to increase the thickness of the buccal soft tissue in order



Figura 2

Radiografia endorale: la piattaforma impiantare impianto si trova oltre 7 millimetri apicale al margine buccale della corona protesica dell' incisivo centrale adiacente. Non vi sono segni di perimplantite.

Intraoral X-ray: the implant platform is located at more than 7 mm apically to the buccal margin of the prosthetic crown of the adjacent central incisor. There are no signs of peri-implantitis.

L'obiettivo primario del trattamento era quello di migliorare l'estetica frontale del paziente ed in particolare di eliminare la discrepanza marginale dei tessuti molli tra il restauro implantare e il restauro dell'incisivo centrale adiacente. L'obiettivo secondario del trattamento era quello di aumentare lo spessore del tessuto molle vestibolare per mascherare la trasparenza dell'impianto e per dare la corona a supporto implantare un profilo di emergenza corretto.

Terapia eziologica

Il paziente ha ricevuto una sessione di profilassi in cui è stato istruito sull'utilizzo di una tecnica di spazzolamento a rullo diretta coronalmente per minimizzare il trauma da spazzolamento sui margini gengivali vestibolari.

Fase protesica prechirurgica

La corona implantare è stata rimossa, l'abutment svitato ed è stata presa un'impronta della testa implantare per costruire un nuovo abutment (chirurgico) il più stretto possibile e una corona provvisoria 'corta' cioè con il margine buccale allineato con quello della corona del incisivo adiacente. (Fig. 3)

L'abutment chirurgico privato di ogni sovracontorno orizzontale (spalle-chamfer), di forma conica e con una linea di finitura verticale rispetto ai tessuti molli, ha permesso di aumentare lo spazio tra esso e i due denti adiacenti. Questo spazio, lasciato libero dalla corona provvisoria corta viene progressivamente occupato dai tessuti molli. Il tempo minimo necessario perché i tessuti molli interdentali possano occupare lo spazio e raggiungere una maturazione sufficiente da poter essere utilizzati come letto vascolare per le papille chirurgiche del lembo spostato coronalmente è di 2 mesi (Zucchelli e Coll.) (Fig. 4).

Figura 3

Due mesi dopo la rimozione della corona e il cambiamento dell'abutment.

Two months after crown removal and abutment replacement.



Figura 4

Lo spazio tra l'abutment e i denti adiacenti è stato completamente occupato dal tessuto molle.

The space between the abutment and the adjacent teeth has been completely filled with soft tissue.



to prevent implant visibility and to give the implant-supported crown a correct emerging profile.

Aetiological treatment

The patient underwent a prophylaxis session in which he was instructed on the use of a tooth brushing roll technique in the coronal direction, to minimize the brushing trauma on the buccal gingival margins.

Pre-surgical prosthetic phase

The implant crown was removed, the abutment was loosened and an implant head impression was taken to produce a new, as narrow as possible, (surgical) abutment and a 'short' temporary crown, that is, with the buccal margin aligned with that of the adjacent incisor crown (Fig 3).

The surgical abutment without any horizontal overcontour (shoulder/chamfer), with a tapered shape and a finish line vertical to the soft tissues, allowed for an increase in the space between this and the two adjacent teeth. The space left free by the short temporary crown is gradually filled with soft tissues. Two months is the minimum time necessary for the interdental soft tissues to fill the space and mature enough to be used as a vascular bed for the surgical papillas of the coronally-shifted flap (Zucchelli et al.) (Fig 4).

Figura 5a-d

Due mesi dopo la rimozione.
Surgical technique.



Terapia chirurgica

La tecnica chirurgica (fig 5) adottata consiste in un lembo trapezoidale spostato coronalmente (CAF) (De Sanctis & Zucchelli 2007), che ricopre un innesto di tessuto connettivo (CTG) applicato sulla superficie vestibolare dell'abutment e posizionato a livello del margine gengivale dell'incisivo adiacente. Il lembo è stato sollevato con un approccio split-full-split in direzione coronale-apicale. Le papille chirurgiche ampie 3 mm in senso mesio distale, sono state incise a spessore parziale, il tessuto molle buccale, che comprende il tessuto cheratinizzato è stato scollato a spessore totale fino ad esporre 2-3 mm di osso apicalmente alla cresta ossea buccale. L'avanzamento coronale del lembo vestibolare è stato ottenuto mediante due incisioni a spessore parziale: una 'profonda', che taglia le inserzioni muscolari sul periostio e una 'superficiale' che distacca la struttura muscolare dalla superficie interna della mucosa di rivestimento. Questa seconda incisione è quella che permette l'avanzamento passivo del lembo. Il tessuto molle coronale alla papille chirurgiche, aumentato di volume e spessore grazie alla fase protesica prechirurgica, rappresenta le papille anatomiche che possono essere disepitelizzate in direzione occluso-palatale per creare ampi letti vascolari di ancoraggio per le papille chirurgiche del lembo spostato coronalmente. Ciò consente una guarigione dei tessuti molli per prima intenzione mesialmente e distalmente all'abutment chirurgico. L'innesto connettivale deriva dalla disepitelizzazione extraorale con la lama del bisturi di un innesto gengivale libero. La dimensione mesio-distale dell'innesto è di 10 mm, l'altezza di 6 mm (dal margine gengivale del dente adiacente fino a ricoprire 2-3 mm di osso vestibolare apicale alla cresta ossea) e lo spessore di circa 1.5 mm (12). Dopo la disepitelizzazione lo spessore dell'innesto è di circa 1.2 mm. L'innesto viene suturato alla base delle papille anatomiche disepitezzate con punti staccati 7-O. La sutura del lembo consiste in una serie di punti staccati lungo le incisioni verticali di rilasciamento e due suture sospese intorno al cingolo palatale dei denti adiacenti all'abutment chirurgico.

Maturazione del tessuto molle aumentato chirurgicamente.

Al termine della chirurgia il provvisorio viene ulteriormente accorciato in modo da non interferire con la guarigione dei tessuti molli (Fig. 6A). Per un periodo di circa 3 mesi il tessuto molle viene lasciato libero di maturare e di aumentare di spessore ed altezza senza che il contatto con il provvisorio possa ostacolare la tendenza del tessuto molle aumentato di spessore di migrare coronalmente (fenomeno del creeping) (Fig. 6B).

Condizionamento del tessuto molle aumentato chirurgicamente.

Il condizionamento del tessuto molle aumentato di spessore e altezza, viene eseguito con un nuovo provvisorio avvitato. Ciò permette di comprimere apicalmente il tessuto aumentato in senso verticale fino a raggiungere il margine del tessuto molle del dente adiacente e di comprimere orizzontalmente il tessuto molle aumentato di spessore fino ad ottenere una morfologia ottimale delle papille mesiali e distali alla corona implantare. La fase del condizionamento dura circa 3-4 mesi (Fig. 7).

Fase protesica definitiva

Raggiunta la posizione e morfologia ideale dei tessuti molli periimplantari si esegue un'impronta definitiva della testa dell'impianto. Ciò permette di costruire un abutment personalizzato in zirconio che presenta linee di finitura minimamente sotto gengivali. Ciò facilita la rimozione del cemento della corona protesica definitiva (Fig. 8) e il controllo igienico da parte del paziente e dell'igienista.



Figura 6a,b

A) il provvisorio corto non interferisce con la guarigione dei tessuti molli B) il tessuto molle maturato 3 mesi dopo la chirurgia.
A) The short temporary does not interfere with soft tissue healing. B) Mature soft tissue 3 months after surgery.

Surgical treatment

The selected surgical technique (Fig 5) consists of a coronally-advanced trapezoidal flap (CAF) (De Sanctis & Zucchelli 2007), which covers a connective tissue graft (CTG) applied to the buccal surface of the abutment and located at the gingival margin level of the adjacent tooth. The flap was lifted using a split-full-split approach in the coronal-apical direction. The surgical papillas, measuring 3mm in the mesiodistal direction, were incised at partial thickness; the buccal soft tissue, including the keratinized tissue, was detached at full thickness, until the exposure of 2-3 mm of bone apically to the buccal bone ridge. The coronal advancement of the buccal flap was obtained with two incisions at partial thickness: a 'deep' incision, cutting the muscle insertions on the periosteum, and a 'surface' incision, detaching the muscular structure from the internal surface of the lining mucous membrane. This second incision was the one that allowed for passive flap advancement. The soft tissue located coronally to the surgical papillas, which had an increased volume and thickness thanks to the pre-surgical prosthetic phase, represented the anatomic papillas which could be dysepithelialized in the occlusal-palatal direction, to create wide vascular beds for anchoring the surgical papillas of the coronally-advanced flap. This permitted soft tissue healing by primary intention, mesially and distally to the surgical abutment.

The connective graft was created by extraoral dysepithelialization of a free gingival graft with a scalpel blade. The mediolateral dimension of the graft was 10 mm, 6 mm high (from the gingival margin of the adjacent tooth until covering 2-3 mm of buccal bone apically to the bone ridge) and about 1.5 mm thick (#12). The graft was reduced in thickness to about 1.2 mm after dysepithelialization and it was sutured at the base of the dysepithelialized anatomic papillas using 7-0 interrupted stitches. The suture consisted of a series of separate stitches along the vertical relaxing incisions and two suspension sutures around the palatal cingulum of the teeth adjacent to the surgical abutment.

Figura 7

Il tessuto molle aumentato di spessore condizionato con il provvisorio avvitato.

È il momento dell'impronta definitiva

Thicker conditioned soft tissue with screw-retained temporary. The final impression can be taken.



Figura 8

Corone protesiche definitive su entrambi gli incisivi.

Il margine gengivale è allineato

Final prosthetic crowns on both incisors. The gingival margin is aligned.



Letture consigliate / Recommended Readings

Zucchelli G, Mazzotti C, Mounssif I, Mele M, Stefanini M, Montebugnoli L. A novel surgical-prosthetic approach for soft tissue dehiscence coverage around single implant. Clin Oral Implants Res. 2013 Sep;24(9):957-62.

De Sanctis M, Zucchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: three-year results. J Clin Periodontol. 2007 Mar;34(3):262-8.

Surgically-augmented soft tissue maturation

After surgery, the temporary was further shortened, so that it did not interfere with soft tissue healing (Fig 6A). After about 3 months, the soft tissue was left free to mature and increase its thickness and height, without letting the contact with the temporary prevent the tendency of the thicker soft tissue to migrate coronally (creeping phenomenon) (Fig 6B).

Surgically-augmented soft tissue conditioning

Surgically-augmented soft tissue conditioning was carried out with a new screw-retained temporary. This allowed for apical compression of the vertically-augmented tissue until reaching the margin of the adjacent tooth soft tissue, and for horizontal compression of the thicker soft tissue until obtaining an optimum morphology of the papillas mesially and distally to the implant crown.

The conditioning phase lasted for about 3-4 months (Fig 7).

Final prosthetic phase

When the ideal position and morphology of peri-implant soft tissues was attained, a final impression of the implant head was taken. This permitted the creation of a customized zirconium abutment with minimally under gingival finish lines, which facilitated cement removal from the final prosthetic crown (Fig 8) and hygiene control for the patient and the hygienist.

BYE-BYE BIOFILM



AIR-FLOW MASTER PIEZON®

PER UNA PROFILASSI SOPRA-SOTTOGENGIVALE CONFORTEVOLE E UNA DETARTRASI SENZA DOLORE CON LA TECNOLOGIA PIEZON NO PAIN



DIMOISTRAZIONE
E PROVA
GRATUITA

nel vostro studio



Per informazioni e/o una dimostrazione dental@ems-italia.it

BYEBYEBIOFILM.COM

EMS Italia SRL, Via Faravelli, 5, 20149 Milano (MI) - Italia

EMS+

TOMMASO GHEDINI

08.40 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato nel 2011 con pieni voti assoluti e lode presso l'Università degli Studi di Milano e specializzato in Chirurgia Odontostomatologica con pieni voti assoluti e lode presso lo stesso ateneo.

Medico frequentatore unità di Chirurgia Orale, responsabili Dott. Jason Motta Jones e Dott. Alessandro Di Marco - Clinica Odontoiatrica dell'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi (Direttore: Prof. Roberto L. Weinstein), università di Milano.

Socio SICOI e membro ITI.

Autore di pubblicazioni su riviste nazionali.

Relatore a congressi nazionali in ambito della chirurgia orale.

Svolge la libera professione a Milano.

Received his DDS degree in 2011 (110/110 cum laude) and specialized in Oral Surgery (70/70 cum laude) at Milan University.

Resident at Oral Surgery department, head Dr. Jason Motta Jones and Dr. Alessandro Di Marco - IRCCS Galeazzi Orthopaedic Institute, School of Dentistry (Chairman: Prof. Roberto L. Weinstein), Milan university. ITI and SICOI member.

Author of scientific publications. Speaker at National congresses in the field of oral surgery. Private practice in Milan, Italy.

LA TECNOLOGIA PIEZOELETTRICA APPLICATA ALLA TERAPIA CHIRURGICA DELLE LESIONI RADIOTRASPARENTI DEI MASCELLARI

La diagnosi e il corretto trattamento delle lesioni radiotrasparenti dei mascellari rappresentano passaggi fondamentali per ottenere una *restitutio ad integrum* dei tessuti.

L'utilizzo dello strumentario piezoelettrico risulta estremamente utile in determinate situazioni cliniche e in particolari distretti anatomici.

Riveste inoltre un importante ruolo nell'applicazione di una tecnica minimamente invasiva.

Verrà analizzato l'iter diagnostico e la pianificazione degli interventi anche mediante imaging 3D.

PIEZOELECTRIC BONE SURGERY IN TREATMENT OF RADIOLUENT LESIONS OF JAWS

Diagnosis and proper treatment of radiolucent lesions of the jaws are essential steps to achieve a good healing with a restitutio ad integrum.

By means of the piezoelectric technology it is possible to manage lots of clinical situations especially when the lesion is close to noble structures.

It covers also an important role in the application of a minimally invasive surgery technique.

We will have an overview on the 3D imaging applied at the diagnostic and planning stages.

TOMMASO WEINSTEIN



Laureato a pieni voti in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Milano nel 2008; Dottorato di Ricerca (PhD) in Scienze Fisiopatologiche, Neuropsicobiologiche e Assistenziali del Ciclo della Vita presso la stessa Università nel 2012. Medico frequentatore presso Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale (Responsabile: Dr. Tiziano Testori) IRCCS-Istituto Ortopedico Galeazzi. Servizio di Odontostomatologia (Direttore: Prof. R.L.Weinstein). Section editor della rivista Quintessenza Internazionale & JOMI.

*Degree in Dentistry (DDS) and PhD at the University of Milan, Italy.
Tutor of the Implant Dentistry and Oral Rehabilitation Department (Head: Tiziano Testori MD, DDS, FICD), IRCCS Galeazzi Orthopedic Institute, School of Dentistry (Chairman: Prof. R.L. Weinstein), University of Milan.
Section Editor of the Italian edition of Quintessence International and Jomi (QI&J).*

RICCARDO SCAINI



Laureato in odontoiatria e protesi dentaria presso l'Università degli Studi di Milano, specializzando in Chirurgia Odontostomatologica presso la stessa Università. Frequentatore del reparto di implantologia e riabilitazione orale (Responsabile: Tiziano Testori MD, DDS, FICD), IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Servizio di odontostomatologia (Direttore: Prof. R.L. Weinstein), Università degli Studi di Milano. Membro della Società Italiana di Chirurgia Orale e Implantologia (SICOI), Membro della Società Italiana degli Specializzati in Chirurgia Odontostomatologica ed Orale (SISCOO) Vincitore per l'anno 2013 del premio SICOI Young Clinical Case Competition. 2013-2015 Tutor per il Corso di Alta Formazione in Implantologia (Presidente: Prof. R.L. Weinstein. Direttore del corso: Tiziano Testori MD, DDS, FICD. Coordinatore scientifico: Prof. Massimo Del Fabbro) Autore di pubblicazioni scientifiche inerenti la chirurgia implantare.

*Degree in Dental Surgery (DDS) at the University of Milan, Italy, postgraduate in Oral Surgery at the same University.
Member of the Implant Dentistry and Oral Rehabilitation Department (Head: Tiziano Testori MD, DDS, FICD), IRCCS Galeazzi Orthopedic Institute, School of Dentistry (Chairman: Prof. R.L. Weinstein), University of Milan.
Member of the Italian Society of Oral Surgery and Implantology (SICOI), Member of the Italian Society of Specialist in Oral and Dental Surgery (SISCOO)
Winner of the SICOI Young Clinical Case Competition Award year 2013.
2013-2015 Tutor for the annual post graduate course 'Corso di Alta Formazione in Implantologia' (Head Prof R. L. Weinstein. Course director: Tiziano Testori MD, DDS, FICD. Scientific coordinator: Prof. Massimo Del Fabbro)
Author of scientific publications in the field of Implant Dentistry.*

09.00 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016

EASY LOADING PROTOCOL: PROTOCOLLO SEMPLIFICATO INTRAOPERATORIO PER IL CARICO IMMEDIATO NELLE EDENTULIE TOTALI

Gli aspetti critici per la realizzazione di una protesi a carico immediato nelle edentulie totali sono molteplici: a una fase diagnostica preoperatoria, assistita dalle attuali tecniche digitali, che deve tenere in conto il ripristino della funzione e dell'estetica di un'arcata, segue la difficoltà di effettuare alcune fasi protesiche. Durante una procedura di carico immediato c'è l'esigenza di controllare il campo chirurgico attraverso tecniche le più asettiche ed efficaci possibili.

La presente relazione propone un protocollo clinico semplificato per le procedure del carico immediato descrivendo una metodica standardizzata per acquisire in sede intraoperatoria posizione implantare, relazione centrica e dimensione verticale per poi riprodurre con il manufatto protesico la progettazione eseguita in fase pre-operatoria.

L'Easy Loading Protocol facilita il controllo dell'asepsi e velocizza la procedura protesica all'interno della fase chirurgica.

EASY LOADING PROTOCOL: INTRAOPERATIVE SIMPLIFIED PROTOCOL FOR THE IMMEDIATE LOADING IN TOTALLY EDENTULOUS PATIENT

There are many critical issues to manufacture an immediate loading prosthesis in totally edentulous patients: the diagnostic preoperative phase, improved by digital technologies, should take in account the functional and esthetic demand of the patient; the prosthetic phase itself could be difficult too.

The conference illustrates a simplified clinical protocol for immediate loading procedures. A standardized method to acquire and relate the intra-operative implant position, the centric relation and the vertical dimension from the pre-operative and diagnostic phase to the immediate loading prostheses is presented.

The Easy Loading Protocol facilitates the control of asepsis and improves the efficiency the prosthetic procedure during surgery.

MATTEO DEFLORIAN



Laureato col massimo dei voti assoluti in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Milano nel 2007. Tutor presso il Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale (Responsabile Dr. T. Testori), Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi - Servizio di Odontostomatologia, Direttore Prof. R.L. Weinstein.

Dal 2010 al 2015 Docente a Master e Corsi di Perfezionamento in Implantologia presso l'Università degli Studi di Milano. Membro del Comitato di Lettura di 'I & J' (Quintessenza Internazionale e JOMI).

Relatore a Corsi e Congressi nazionali di Società Scientifiche in campo implantare.

Autore di pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali. Co-autore con il Dr. T. Testori, il Dr. F. Galli ed il Dr. M. Del Fabbro, del libro 'Il carico immediato, la nuova era dell'implantologia orale' ed. ACME 2009 e dell'edizione in lingua inglese 'Immediate Loading', Quintessence Publishing 2011 e con M. Capelli e T. Testori del libro 'Implantologia' ed. ACME 2012.

Socio Attivo SIO (Società Italiana di Implantologia Osteointegrata).

Libero professionista in Milano e Piacenza.

Doctor of Dental Science at the University of Milan, Italy 2007 (DDS). Expert in oral surgery and implantology. From 2008-currently Tutor at the Section of Implant Dentistry and Oral Rehabilitation, School of Dentistry (Chairman: Prof. R.L. Weinstein), I.R.C.C.S. Galeazzi Institute, University of Milan, Italy. From 2010 Lecturer at national and international meetings and in continuing education and conferences in the area of implant surgery. Member of the editorial board of 'I&J'. Author of over 50 scientific articles in Italian and international journals. Co-author of the book 'Il carico immediato, la nuova era dell'implantologia orale' by T Testori, F Galli, M. Del Fabbro, published by ed. Acme 2009. English edition 'Immediate loading: a new era in oral implantology' published by Quintessence Publishing 2011. Co-author of the book 'Implantologia tecniche implantari miniinvasive ed innovative'. by Capelli M., Testori T., published by Ed. ACME 2012. Active member of the Italian Society of Osseointegrated Implantology (SIO) .

ANDREA PARENTI



Laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria. Esperto in Chirurgia Orale ed Implantoprotesi, dal 2001 collaboratore del Dr. T. Testori. Responsabile del Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale della Clinica Odontoiatrica (Direttore: Prof. R.L. Weinstein), Università degli Studi di Milano, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano.

Dal 2005 Tutor del Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale dello stesso Istituto Socio Attivo SIO (Società Italiana di Implantologia Osteointegrata), AO (Academy of Osseointegration), EAO (Europen Academy of Osseointegration), SICOI (Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia). Membro della commissione Accettazione Soci Attivi della SICOI (Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia) per il biennio 2015-2016. Socio Fondatore A.I.S.G. (Advanced Implantology Study Group) e SISBO (Società Italiana Studio Bisfosfonati in Odontostomatologia). Relatore a Corsi e Congressi nazionali di Società Scientifiche in campo implanto-protesico. Autore di oltre 60 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali.

Co-autore del libro 'La chirurgia del seno mascellare e le alternative terapeutiche' Dr. T. Testori, Prof. R. L. Weinstein, Prof. S. Wallace, ed. Acme 2005 e della riedizione in lingua inglese 'Maxillary Sinus Surgery', Quintessence Publishing 2009.

Co-autore con il Dr. T. Testori e il Dr. M. Del Fabbro, del libro 'Il carico immediato, la nuova era dell'implantologia orale' ed. Acme 2009 e dell'edizione in lingua inglese 'Immediate Loading', Quintessence Publishing 2011.

Co-autore del libro della SICOI 'Manuale di Chirurgia Orale' ed. Elsevier 2011.

Co-autore del libro Implantologia tecniche implantari miniinvasive ed innovative. Capelli M., Testori T., Ed. ACME 2012. Co-autore del libro della SIO 'Il successo in implantologia: diagnosi, piano di trattamento e protocolli operativi' SIO, Milano Edra 2013. Libero Professionista in Piacenza.

Doctor of Dental Science at the University of Milan, Italy 2001 (DDS). Expert in oral surgery and Implantology .From 2001 to 2005 fellowship at the Section of Implant Dentistry and Oral Rehabilitation, School of Dentistry (Chairman: Prof. R. L. Weinstein), I.R.C.C.S. Galeazzi Institute, University of Milan, Italy. From 2005-currently Tutor at the Section of Implant Dentistry and Oral Rehabilitation, School of Dentistry (Chairman: Prof. R. L. Weinstein), I.R.C.C.S. Galeazzi Institute, University of Milan, Italy. Active member of the Italian Society of Oral Surgery and Implantology (SICOI), and Italian Society of Osseointegrated Implantology (SIO). Member of the examination board for admission of new active members of the Italian Society of Oral Surgery and Implantology (SICOI) in 2015-2016. Founder member of A.I.S.G. (Advanced Implantology Study Group) and SISBO (Italian Society of Biphosphonates). Lecturer at national and international meetings and in continuing education and conferences in the area of implant surgery. Author of over 80 scientific articles in Italian and international journals. Co-author of the book 'La chirurgia del seno mascellare e le alternative terapeutiche' by T Testori, R. L. Weinstein, Wallace S, published by Ed. ACME 2005. English edition 'Maxillary Sinus Surgery and Alternative Therapies' published by Quintessence Publishing 2009. German edition 'Sinusboden augmentation - Chirurgische techniken und alternative Konzepte', published by Quintessence Publishing 2010. Co-author of the book 'Il carico immediato, la nuova era dell'implantologia orale' by T Testori, F Galli, M. Del Fabbro, published by ed. Acme 2009. English edition 'Immediate loading: a new era in oral implantology' published by Quintessence Publishing 2011. Co-author of the book of the SICOI 'Manuale di Chirurgia Orale' published by ed. Elsevier 2011. Co-author of the book 'Implantologia tecniche implantari miniinvasive ed innovative'. by Capelli M., Testori T., published by Ed. ACME 2012. Co-author of the book of the SIO 'Il successo in implantologia: diagnosi, piano di trattamento e protocolli operativi' SIO, published by Edra 2013.

09.30 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016

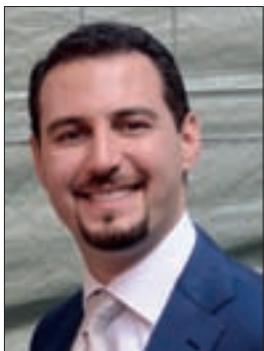
LA MODERNA FASE DIAGNOSTICA: LA VALUTAZIONE DEI FATTORE DI RISCHIO IN IMPLANTOLOGIA SECONDO IL PROTOCOLLO LONGEVITY

Nel corso degli ultimi anni si è molto discusso di come la valutazione dei rischi debba essere parte integrante delle fasi diagnostiche, prognostiche e terapeutiche; in ambito odontoiatrico tale approccio è stato ampiamente adottato già in parodontologia e cariologia. Seguendo questa moderna visione, l'iter diagnostico che porta alla formulazione di un piano di trattamento implanto-protesico complesso non può prescindere da un'accurata valutazione dei fattori di rischio che possono portare all' insuccesso del trattamento. Longevity si pone come un protocollo diagnostico informatizzato per la definizione della prognosi dei trattamenti implanto-protesici, con l'obiettivo di offrire un sistema di calcolo che permette la valutazione simultanea dei fattori di rischio noti.

THE MODERN DIAGNOSTIC PHASE: RISK ASSESSMENT IN ORAL IMPLANTOLOGY. THE LONGEVITY PROTOCOL

In recent years risk assessment in medicine became a fundamental step in diagnostic and prognostic phase. In dentistry risk assessment is widely used in periodontology and cariology. A modern approach to oral implantology cannot prescind from valuation of risk factors that may cause treatment failure. Longevity is a computerized diagnostic protocol for the definition of prognosis of dental implant in order to provide a tool that allows simultaneous evaluation of known risk factors.

10.30 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato in 'Odontoiatria e Protesi Dentaria' presso l'Università degli studi di Roma 'Tor Vergata', PhD in 'Chirurgia Maxillo-Facciale' è attualmente Ricercatore presso l'Università 'Sapienza' di Roma dove si occupa principalmente della gestione odontoiatrica dei pazienti affetti da patologie Maxillo-Facciali come l'oncologia, la traumatologia, la malformativa e le gravi atrofie ossee in genere. Da sempre elemento di congiunzione tra i reparti di 'Chirurgia Maxillo-Facciale' e di 'Implanto-protesi' del Policlinico 'Umberto I' di Roma, è docente di Protesi Dentaria II presso il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università 'Sapienza', presso il Master di II livello di 'Implanto-protesi in Odontostomatologia' e docente di Chirurgia Orale presso il CLID del Polo Pontino della stessa Università, dal 2015 è docente accreditato presso l'International Zimmer-Biomet Institute. Ha partecipato a numerosi congressi e corsi in Italia e all'estero sulla materia ed è autore di numerose pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.

Graduated in 'Dentistry' in 2006, PhD in 'Maxillofacial Surgery', he is currently Assistant Professor at the University of Rome 'Sapienza'.

He is primarily interested in the dental management and rehabilitation of patients affected by Maxillofacial diseases such as oncology, traumatology, malformation and severe bone atrophy. He is the linking element between 'Maxillofacial Surgery' and 'Implanto-prosthesis rehabilitation' Units of the Policlinico 'Umberto I' in Rome.

He teaches 'Prosthodontics II' at the School of Dentistry at the University of Rome 'Sapienza', 'Elements of Implant Prosthetics and Oral Surgery' at the Dental Hygiene School of the Polo Pontino; he is professor at the 'Implanto-prothesis in dentistry' II Level Master at University 'Sapienza'.

He has participated in numerous conferences and courses in Italy and abroad on the subject by publishing on national and international journals.

TRATTAMENTI ODONTOIATRICI IN CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE: COME GESTIRE IL PAZIENTE POST-ONCOLOGICO?

La riabilitazione orale dei pazienti maxillo-facciali, occupandosi della gestione del paziente gravemente atrofico, del malformato, del traumatizzato ed del paziente post-oncologico, rappresenta da sempre uno dei trattamenti più complessi e multidisciplinari con cui l'odontoiatra deve cimentarsi.

Tale branca, infatti, richiede la collaborazione di numerosi specialisti: Chirurghi Maxillo-Facciali, Otorinolaringoiatri, Chirurghi plastici, Oculisti, Neurologi, Oncologi, Radioterapisti, Fisioterapisti e Odontoiatri. Questi ultimi, nella fase riabilitativa, sono gli utilizzatori finali del lavoro svolto dai colleghi che li hanno preceduti e con loro devono rapportarsi per comprendere al meglio l'iter seguito dal malato e poter completare il lavoro nel modo più adeguato.

La riabilitazione implanto-protesica del paziente post-oncologico rappresenta pertanto la sintesi di tutte le criticità e le sfide che il dentista deve superare per metter il malato in condizione di tornare ad una vita di relazione normale sotto il profilo sia funzionale che estetico.

DENTAL TREATMENTS IN MAXILLOFACIAL SURGERY: HOW TO MANAGE THE POST-ONCOLOGICAL PATIENT?

Dental management of Maxillo-Facial patients includes different skills. This discipline provides for the treatment of malformed, traumatized and oncological patients, either in terms of the planning of various surgical operations and in terms of their implant-prosthetic finalization.

What seems clear is the extent of such field of interest and its important social function; in fact, it should be considered that such patients are often faced with oncological diseases of which not even know the existence; they must undertake a demanding therapeutic process, undergoing numerous surgeries that, if on one hand are aimed at improving their quality of life, on the other hand, greatly affect their lives in terms of economic, psychological and social discomforts.

The report will highlight the main areas of dental interest in the treatment of Maxillo-Facial patients mainly focusing on the management of the post-oncological ones.

LUCA GOBBATO



Dr. Luca Gobbato è Clinical Instructor presso la Harvard University a Boston nel dipartimento di Oral Medicine, Infection and Immunity, nel corso di specialità di Parodontologia. Diplomato dell'American Board of Periodontology. Revisore della rivista ufficiale dell'American Academy of Periodontology, Journal of Periodontology e membro del peer review panel dell'International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry.

Professore a contratto dell'Università di Padova, nel dipartimento di Parodontologia. Tutor presso il Master di Implantologia dell'Università degli studi di Padova.

Laureato in odontoiatria e protesi dentaria presso l'università di Padova, ottiene il diploma di Certificate of Advance Education in Periodontology presso la Tufts University, School of Dental Medicine di Boston, al termine di un corso triennale. Presso la stessa università consegue il 'Master of Science (MS)' in 'Periodontology' con una ricerca clinica ed istologica sulle superfici implantari bioattive ed il loro ruolo nel processo di osteointegrazione. È attualmente candidato al titolo di Phd presso l'università internazionale di Catalunya (UIC) a Barcellona. Socio attivo dell'Accademia Americana di Osteointegrazione (AO), della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (SIO) e dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Estetica (IAED).

Relatore a congressi nazionali e internazionali. Autore e coautore di pubblicazioni scientifiche, limita la sua attività privata alla parodontologia e all'implantologia presso gli studi di Noventa Padovana (PD) e Vittorio Veneto (TV) www.casottogobbato.com

*Dr. Luca Gobbato is a diplomate of the American Board of Periodontology.
He received his Dental Degree (DDS) from University of Padova, Italy.*

Dr. Gobbato attended Tufts University for three years where he earned his MS (Master of Science in Periodontology) and his Certificate of Advance Education in Periodontology.

His Academics appointments are: Clinical instructor in the Department of Oral Medicine, Infection and Immunity, Division of Periodontics at Harvard School of Dental Medicine, Faculty in the Department of Periodontology, at University of Padova, Lecturer Master of Dental Implants, University of Padova.

He serves as reviewer for the International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry (IJPRD) and for the Journal of Periodontology (JOP). He is currently a Phd Candidate at University of Catalunya, Barcelona, Spain.

He is an active member of the American Academy of Osseointegration (AO), Italian Society of Osseointegration (SIO), Italian Society of Esthetic Dentistry and Italian Society of Tufts Alumni. Dr. Gobbato is practicing in Padova and Vittorio Veneto (Treviso), Italy, limiting his practice to periodontics and implant dentistry. Visit his webpage at www.gobbatostudiudentistico.it

FABIO MAZZOCCO



Laureato in odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Padova con il massimo dei voti. Da Settembre 2004 ad Agosto 2007 frequenta la 'TUFTS University, School of Dental Medicine' di Boston (Ma, USA) ove consegue, dopo un corso triennale, la specializzazione in Parodontologia ed Implantologia. Presso la stessa Università consegue il titolo di 'Master of Science'

Diplomato dell'American Board of Periodontology.

Socio attivo della Società Italiana di Osteointegrazione (SIO) socio attivo della Italian Academy of Esthetic Dentistry, Socio fondatore dell'Italian Tufts Alumni, International Member dell'American Academy of Periodontology.

Relatore in congressi e corsi nazionali ed internazionali ed autore di numerose pubblicazioni presenti su riviste nazionali ed internazionali. Attualmente Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Padova e Visiting Professor nel dipartimento di Parodontologia presso l'Università Internazionale di Catalunya a Barcellona.

*Dr. Fabio Mazzocco is a diplomate of the American Board of Periodontology.
He received his Dental Degree (DDS) from University of Padova, Italy.
Dr. Mazzocco attended Tufts University for three years where he earned his MS (Master of Science in Periodontology) and his Certificate of Advance Education in Periodontology.
His Academics appointments are: Faculty in the Department of Periodontology at Universitat International de Catalunya, Barcelona Spain and faculty in the Department of Periodontology, at University of Padova.
He serves as reviewer for the International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry (IJP RD).
He is currently a Phd Candidate at Universitat International de Catalunya, Barcelona, Spain.
He is an international member of the American Accademy of Periodontology (AAP), active member of the Italian Society of Osseointegration (SIO), Italian Society of Esthetic Dentistry and founder of the Italian Society of Tufts Alumni.
Dr. Mazzocco published many articles on National and International peer reviewed journals and lectured extensively on implant dentistry and periodontology.
Dr. Mazzocco is practicing in Padova and Venice*

10.50 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016

KEY FACTORS NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE NELLE ZONE ESTETICHE: DAI TRATTAMENTI AI ‘RITRATTAMENTI’

Da quando l'implantologia dentale è divenuta il principale trattamento delle edentulie singole e multiple, gli operatori del settore hanno cercato di imitare la dentatura naturale al fine di garantire un risultato estetico e funzionale che incontrino le esigenze del paziente.

La presentazione in oggetto si pone come obiettivo la realizzazione di una check list da fornire al clinico per la gestione di diverse situazioni cliniche: dall'impianto post estrattivo alle tecniche di preservazione alveolare, fino alla gestione delle complicanze associate ad impianti precedentemente posizionati.

Per ognuna di queste due diverse situazioni verrà fornito un iter terapeutico, basato sull'evidenza scientifica e su quella clinica, il cui scopo è quello di garantire un trattamento funzionale, predicibile e duraturo nel tempo.

KEY FACTORS FOR ESTHETIC SUCCESS WITH IMPLANT SUPPORTED RESTORATIONS. FROM AN ESTHETIC FAILURE TO A SUCCESSFUL RESULT

Since implant dentistry has become a common treatment for replacing missing teeth, dentists have been trying to mimic natural tooth morphology in order to achieve both functional result and to fulfill the patient's esthetic desires. What was considered the standard of care 26 years ago is not necessarily valid today. The purpose of the presentation is to provide a check list that will guide the clinician developing a proper analysis and diagnosis for the successful esthetic result with implant supported restoration. Different clinical scenarios will be discussed: such as immediate implant placement and socket preservation via socket grafting. In conclusion we will analyze compromised esthetic results providing possible clinical solutions. This presentation will provide the clinician with a therapeutic guide to solve esthetic issues with an evidenced based clinical approach.

FABIO VIGNOLETTI

11.20 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Verona nel 2001. Ha conseguito il diploma di specializzazione in Parodontologia nel 2006 presso l'Università Complutense di Madrid, ottenendo il titolo di specialista riconosciuto dalla Federazione Europea di Parodontologia. Nel 2010 ha conseguito il titolo di Dottore Europeo (PhD Odont) presso questa stessa Università, dove copre l'incarico di ricercatore. È membro del comitato editoriale della rivista Journal of Clinical Periodontology e della rivista Periodoncia Clinica.

È responsabile formazione del Gruppo PerioCentrum e svolge la libera professione a Verona e a Madrid.

DDS. 2001, University of Verona, Italia. CAGS in Periodontology, 2006, Complutense University, Madrid. EFP (European federation of Periodontology) Certificate of advanced Periodontal training, 2006. European PhD (Dr. Odont), Complutense University, Madrid, 2010. Researcher and invited Professor of the post-graduate program in Periodontology of the Complutense University of Madrid. Member of the editorial board of the Journal of Clinical Periodontology and Periodoncia Clinica. Education manager of PerioCentrum Group.

CHIRURGIA PLASTICA PARODONTALE: TECNICHE E FATTORE CRITICI PER IL SUCCESSO

I progressi nella comprensione biologica della guarigione dei tessuti molli hanno contribuito principalmente a variazioni delle tecniche chirurgiche che consentono oggi giorno al clinico di offrire risultati clinici prevedibili per i pazienti. L'obiettivo di questa presentazione è di presentare i principi fondamentali in chirurgia plastica parodontale e le principali tecniche chirurgiche applicate al trattamento delle recessioni, concentrando principialmente sugli aspetti critici della fase operativa: il disegno del lembo, la mobilizzazione e infine, il suo adattamento e stabilizzazione.

PERIODONTAL PLASTIC SURGERY: TECHNIQUES AND KEY ELEMENTS FOR SUCCESS

Advances in the biological understanding of soft tissue wound healing have mainly contributed to changes in the surgical techniques that allow nowadays the clinician, to offer predictable clinical results to the patients. The objective of this presentation is to review the fundamental principles in periodontal plastic surgery and the main surgical designs in flap surgery applied to the treatment of recessions, focusing mainly on the key aspects of the operative phase: flap design, flap mobilization and advancement and lastly, flap adaptation and stabilization.

STEFANO CORBELLA

11.40 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Dottore di Ricerca in Tecniche Innovative in Implantologia Orale e Riabilitazione Implanto-protesica, Specialista in Chirurgia Odontostomatologica, dedica la sua attività clinica e di ricerca al campo della parodontologia, implantologia e chirurgia odontostomatologica, nell'ambito delle attività del Centro di Ricerca in Implantologia Orale, diretto dal Prof. Luce Francetti. È autore di numerose pubblicazioni nazionali ed internazionali, Professore a Contratto di Parodontologia presso l'Università degli Studi di Milano e relatore ad eventi nazionali ed internazionali.

Dr. Stefano Corbella obtained a DDS degree, a PhD (Oral implantology) and followed a Postgraduate Course in Oral Surgery (Università degli Studi di Milano, Milan, Italy). His fields of clinical and research activity are related to periodontology, implant dentistry and oral surgery, belonging to the Council of the Oral Implantology Research Centre (Head: Prof. Luca Francetti). He authored many international and national clinical papers, he is Visiting Professor (Università degli Studi di Milano, Milan, Italy) and lecturer in national and international congresses.

PROTOCOLLI OPERATIVI PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLA PARODONTITE AGGRESSIVA

La parodontite aggressiva può comportare una distruzione marcata dell'apparato di sostegno degli elementi dentali che spesso avviene in un intervallo temporale ridotto e non è correlata alla quantità di placca batterica riscontrabile.

L'attenta analisi anamnestica (anche familiare) insieme alle valutazioni di carattere microbiologico possono aiutare nella procedura diagnostica e nell'impostazione del piano terapeutico.

Il protocollo di trattamento non chirurgico prevede il debridement del compartimento sottogengivale in tutte le tasche parodontali attraverso l'utilizzo di strumentario manuale ed ultrasonico. La somministrazione di antibiotici sistemicamente può essere associata alla terapia non chirurgica.

Considerando le caratteristiche della patologia, l'impostazione di uno schema di richiamo e di controllo periodico molto assiduo rappresenta un fattore fondamentale per il successo a lungo termine.

OPERATIVE PROTOCOLS FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AGGRESSIVE PERIODONTITIS

Aggressive periodontitis may lead to a significant disruption of the support apparatus of teeth, that often happen in a limited time frame and is not related to the quantity of detectable dental plaque.

An accurate anamnesis (also including the family) and microbiological evaluations could help in the diagnostic procedure and in planning the treatment.

Non-surgical treatment protocol includes subgingival debridement and detoxification in all periodontal pockets using both manual and ultrasonic instruments. Antibiotics administration may be associated to non-surgical therapy.

Considering the characteristics of the pathology itself, the planning and proposal of a recall and control program, with reduced time intervals, could be considered fundamental for long-term success.

MARTINA STEFANINI

12.00 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Si laurea in odontoiatria e protesi dentaria con lode nel 2005. Frequenta l'Università di Bologna dal 2005 come borsista presso il reparto del Prof. G. Zucchelli e attualmente in qualità di dottoranda.

Nel 2011 ha conseguito il Master di II livello in Parodontologia presso l'Università di Siena in collaborazione con la SidP.

Dal 2012 è socia attiva della SidP (Società Italiana di Parodontologia).

Coautrice di pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali e relatrice in numerosi congressi.

Graduated in Dentistry in 2005 cum laude.

Since 2005 to present-awarded research grant working with Prof.Giovanni Zucchelli.

Since 2012 phd student in general medical sciences at bologna university

2011 obtained level II Master in Periodontology at the University of Siena (Italy)

2012 activ member of the Italian Society of Periodontology

Co-author of many scientifical papers in national and international journals and speakers at several conferences.

LA TECNICA DELLA PARETE CONNETTIVALE IN CHIRURGIA RIGENERATIVA

L'obiettivo della chirurgia rigenerativa nelle aree estetiche non è solamente la risoluzione della componente infraossea del difetto, ma anche il miglioramento dell'estetica dei tessuti molli.

La tecnica chirurgica che verrà proposta, associa alla preservazione della papilla l' impiego di un innesto connettivale al di sotto del lembo spostato coronalmente in grado di fornire una parete di tessuto molle vestibolare. Questa parete consente di aumentare la stabilità del coagulo all'interno del difetto infraosseo trattato con EMD, con l'obiettivo di ottenere la rigenerazione parodontale e il miglioramento del risultato estetico.

La presentazione sarà incentrata sulla descrizione dettagliata della tecnica chirurgica e risponderà ai seguenti quesiti:

- come deve essere eseguita la terapia eziologica a livello del sito con difetto infraosseo;
- quale tecnica di preservazione della papilla è più indicata nel trattamento di un difetto verticale in area estetica;
- quando è indicato spostare coronalmente il lembo e aggiungere un innesto connettivale in chirurgia rigenerativa;
- che tipo di biomateriale è indicato;
- è davvero possibile migliorare l'aspetto estetico dei tessuti molli nel trattamento rigenerativo di un difetto osseo

THE CONNECTIVE TISSUE GRAFT WALL TECHNIQUE IN PERIODONTAL REGENERATION

The outcomes of the regenerative therapy in the esthetic area are not only the resolution of the intrabony defect but also the improvement of soft tissue esthetic appearance.

The proposed procedure combining a papilla preservation technique with a CTG below the CAF to act as the buccal "soft tissue wall" of the intrabony defect treated with EMD increase the blood clot stability in order to obtain periodontal regeneration and improve the esthetic result.

The objective of this presentation is to describe step by step this new surgical technique and answer this questions:

- *how do you perform cause-related therapy in the area of the infrabony defect;*
- *which kind of papilla preservation technique do we have to choose in the treatment of an infrabony defect in the esthetic area of the mouth;*
- *when do you need to coronally advance the flap and add a CTG in periodontal regeneration;*
- *which kind of biomaterials do you need to use;*
- *is it really possible to improve esthetic outcomes in regenerative surgery*

CLAUDIO MAZZOTTI

12.20 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato in odontoiatria e protesi dentaria con lode presso l'Università degli Studi di Bologna nel 2005.
Borsista/contrattista nel reparto del Prof. G. Zucchelli presso la Clinica Odontoiatrica del Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università di Bologna.
Master di 2° livello in Parodontologia presso l'Università degli Studi di Siena.
Socio attivo della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP).
Autore di pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali.
Relatore a corsi e conferenze nazionali.

*Graduated in Dentistry and Prosthesis in 2005 cum laude at the University of Bologna.
Fellow contractor in the Department of Prof. G. Zucchelli at the Dentistry Clinic of the Department of Biomedical Science and Neuromotor at the University of Bologna.
Master of II level in Periodontology at the University of Siena (Italy).
Active member of the Italian Society of Periodontology (SIdP).
Author of scientific papers in national and international journals.
Speaker at courses and national conferences.*

IMPIANTO IN ZONA ESTETICA A CARICO IMMEDIATO CON INNESTO CONNETTIVALE

Riabilitare con un impianto un elemento anteriore, mette il clinico di fronte a un duplice problema: ripristinare la funzione ottenendo la miglior armonia estetica possibile. Infatti, una complicanza frequente è la comparsa di recessione dei tessuti molli perimplantari che alterano così la mimetizzazione estetica del manufatto protesico.

La relazione tratterà il ripristino funzionale di una sella monoedentula mediante un impianto a carico immediato con incremento estetico dei tessuti molli e risponderà ai seguenti quesiti:

- quali fattori sono associati alla comparsa di recessione dei tessuti molli perimplantari;
- come posso prevenire la recessione perimplantare;
- quali dimensioni deve avere l'innesto connettivale e dove lo posiziono;
- come posso gestire il lembo vestibolare per ottenere la migliore mimetizzazione possibile;
- come devo condizionare i tessuti molli perimplantari

IMMEDIATE LOADED IMPLANT IN AESTHETIC AREA IN CONJUNCTION WITH A CONNECTIVE TISSUE GRAFT

The rehabilitation of an anterior tooth with dental implant present a double challenge: re-establish the function and achieve the maximum aesthetic result. The recession of the buccal soft tissue margin is a frequent complication of well-integrated dental implants and it can affect the aesthetic camouflage of the prosthetic restoration.

The present lecture will describe the functional rehabilitation of a single tooth with an immediate loaded implant placement combined with a soft tissue plastic procedure and will answer this questions:

- which factors are associated with peri-implant mucosal recession;
- how can be prevent peri-implant mucosal recession;
- which are the dimension of the connective tissue graft and where do I need to place it;
- how can I manage the buccal flap in order to obtain the best camouflage of the treated area;
- How to perform the conditioning of the peri-implant soft tissue

GIACOMO SANTORO

12.40 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Si laurea nel Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria nell'anno 2007 presso l'Università degli Studi di Milano.

Nel 2010 conclude presso la stessa Università il Corso triennale di Specialità in Chirurgia Odontostomatologica.

È Socio Ordinario della SIDP (Società Italiana di Parodontologia), Socio Attivo della SICOI (Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia), Socio Attivo dell'IAED (Accademia Italiana di Odontoiatria Estetica), Socio Attivo del FLORENCE PERIO GROUP (Associazione culturale di parodontologia ed implantologia) e Socio Fondatore della SISCOO (Società Italiana Specializzati in Chirurgia Odontostomatologica e Orale).

È autore di pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali.

Esercita la libera professione in Milano ed in Carpi.

Dr. Santoro obtained his degree in Dentistry in 2007 from the University of Milan.

In 2010 he completed his three-year post-graduate course in Oral Surgery at the University of Milan. He is Ordinary Member of SIDP (Società Italiana di Parodontologia ed Implantologia), Active Member of SICOI (Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia), Active Member of IAED (Accademia Italiana di Odontoiatria Estetica), Active Member of FLORENCE PERIO GROUP (Associazione culturale di parodontologia ed implantologia) and Founding Member of SISCOO (Società Italiana Specializzati in Chirurgia Odontostomatologica e Orale).

He is the author of several scientific publications in national and international magazines.

Dr. Santoro practices in Milan and Carpi.

GESTIONE DEI TESSUTI PERIIMPLANTARI IN SITUAZIONI CLINICHE COMPLESSE

Spesso il clinico si trova a dover trattare problematiche connesse ad impianti precedentemente inseriti. Oltre alle perimplantiti anche la comparsa di una superficie implantare scoperta è frequente causa di insoddisfazione da parte del paziente. Anche un erroneo posizionamento implantare può portare ad un inestetismo per la differente lunghezza del dente rispetto ai denti adiacenti. Le tecniche di chirurgia plastica parodontale attuali consentono di trattare problematiche connesse ad impianti precedentemente inseriti ottenendo risultati soddisfacenti dal punto di vista funzionale ed estetico.

MANAGEMENT OF PERI-IMPLANT TISSUES IN COMPLEX CLINICAL SITUATIONS

Often the clinician has to deal with problems related to previously inserted implants. In addition to the perimplantitis also the vision of the implant surface is frequent cause of patient dissatisfaction. Even an erroneous implant placement can lead to an imperfection for the different length of the tooth with respect to the adjacent teeth. The periodontal plastic surgery techniques allow today to treat problems related to previously inserted implants with functional and aesthetic satisfactory results.

MAGDA MENSI

13.00 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Nata a Breno in provincia di Brescia il 13 Novembre del 1976.

Diploma di maturità scientifica sperimentale nel 1995 con 60/60 e laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria nel 2000 con 110/110 e lode.

Ricercatore presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Brescia dal 2002, Dirigente medico di I livello presso l'U.O. di Odontostomatologia degli Ospedali Civili di Brescia dal 2002.

Attività di ricerca e assistenziale presso i reparti di Chirurgia Orale e Parodontologia.

Professore aggregato di Igiene, Parodontologia e Implantologia nei corsi integrati del Corso di Laurea di Igiene Dentale e di Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Brescia.

Master di II livello in Chirurgia Parodontale e Implantologia nei pazienti parodontalmente compromessi Università di Ferrara 2010 - 2012. Docente presso Master di parodontologia Università La Sapienza Roma. Visiting Professor presso department of Periodontology Ohio State University Columbus. Socio Ordinario della SidP dal 2001. Autrice di pubblicazioni nazionali e internazionali. Relatore a corsi e congressi nazionali.

Libera professionista come consulente in Parodontologia e Implantologia.

Born in Breno, Brescia on November 13th, 1976.

Sperimental scientific high school Diploma taken in 1995 with 60/60 and graduated in Dentistry in 2000 with honors.

Researcher in Oral Surgery and Periodontology at University of Brescia Italy since 2002 and first level medical manager at Dental Clinic at hospital 'Spedali Civili' of Brescia since 2002.

Main topics of research: Aggressive Periodontitis, Topic antibiotics and delivery systems and perimplantitis. Professor of Periodontology, Oral Surgery and Implantology at Dental and Hygiene School of University of Brescia. Ordinary Member of SidP (Italian Society of Periodontology) since 2001. Master in Periodontology and Implantology at University of Ferrara (Italy) from 2010 to 2012. Author on main national and international papers. Speaker at courses and congresses in Italy. Private Profession in Periodontology and Implantology. Scientific advisor for Dental Companies.

MODERNI PROTOCOLLI DI PROFILASSI E TERAPIA PARODONTALE NON CHIRURGICA: FULL MOUTH AIR POLISHING THERAPY. DAL PAZIENTE SANO AL PAZIENTE CON PERIIMPLANTITE

La malattia parodontale rappresenta la malattia infiammatoria cronica più frequente al mondo, più del 60% della popolazione infatti ne è affetta in varie forme. Prevenirla, diagnosticarla e trattarla è dovere di odontoiatri ed igienisti.

Identificare il livello di rischio dei singoli soggetti ed inquadrarli in programmi di follow-up personalizzati permette di prevenire o stabilizzare la patologia. La storia della terapia non chirurgica si è evoluta rapidamente passando dalle terapie a quadranti eseguite con le curettes alle full mouth disinfection con ultrasuoni in doppia terapia antibiotica, all'introduzione di antimicrobici topici, all'utilizzo di laser e fotodinamica, fino ad arrivare alla Full Mouth Air Polishing Therapy che si basa sull'impiego di polveri a bassa abrasività per la rimozione del biofilm sopra e sottogengivale senza l'utilizzo di strumenti manuali o meccanici che verranno utilizzati solo nella fase finale della terapia per la rimozione del tartaro. Il filo conduttore è il tentativo di eliminare il biofilm, causa primaria della malattia, senza creare danni ai tessuti duri e molli, conservando perciò cemento radicolare, smalto coronale e attacco epiteliale e connettivale.

MODERN PROTOCOLS OF PROPHYLAXIS AND NON SURGICAL PERIODONTAL THERAPY: FULL MOUTH AIR POLISHING THERAPY. FROM HEALTHY PATIENT TO PATIENT WITH PERIIMPLANTITIS

Periodontal disease is the most common chronic inflammatory disease in the world, more than 60% of the population it is affected in various forms. Prevent, diagnose and treat it is the duty of dentists and hygienists.

Identify the level of risk of individual subjects and frame them in programs follow-up custom allows to prevent or stabilize the pathology. The history of non-surgical therapy has evolved rapidly moving from quadrants therapies performed with curettes to full mouth disinfection with ultrasonic devices in double antibiotic therapy, the introduction of topical antimicrobials, the use of laser and photodynamic, up to the Full Mouth Air Polishing Therapy that is based on the use of low abrasive powders for the removal of biofilm supra and subgingival without the use of manual or mechanical devices that will be used only in the final phase of therapy for the removal of calculus. The underlying theme is the attempt to eliminate the biofilm, the primary cause of the disease, without causing damage to the hard and soft tissues, thus preserving root cementum, enamel, connective and epithelial attachment.

FILIPPO FONTANA

14.20 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria con 110/110 e lode presso l'Università degli studi di Milano. Specializzato in Chirurgia Odontostomatologica presso lo stesso ateneo con 70/70 e lode. Professore a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica dell'Università degli studi di Milano. Dal 2000 è medico frequentatore del Dipartimento di Implantologia della Clinica Odontoiatrica fondazione Cà Grande diretto dal Prof. Carlo Maiorana. Vincitore nel 2002 della 'borsa di studio per il perfezionamento all'estero', ha trascorso il periodo sett 2002 – giugno 2003 presso il Dipartimento di Oral Medicine, Infection and Immunity - Harvard School of Dental Medicine – Boston (Dir. J.P. Fiorellini) in qualità di assistente clinico e ricercatore. È consulente clinico e di ricerca dell'Institute for Dental Research and Education (IDRE) diretto dal Prof. Simion. Socio fondatore della S.I.S.C.O.O. (Società Italiana specializzati in chirurgia odontostomatologica e orale). Autore di pubblicazioni nazionali ed internazionali, focalizza la sua attività clinica sulla parodontologia e sull'implantologia con particolare attenzione per la rigenerazione ossea.

Graduated in dentistry with the score of 110/110 cum laude at the University of Milano in 2000. Master of science in oral surgery with the score of 70/70 cum laude at the same University in 2009. Visiting Professor at the School of Oral Surgery of the University of Milano. Research Associate of the Eng. A. B. Growth Factors and Bone Regeneration Research Chair of the King Saud University in Riyadh (Saudi Arabia). Since 2000 he is clinical assistant at the Department of Implantology of the University of Milano directed by Prof. Maiorana. Awarded one year scholarship in 2002, he was research assistant at the Department of Oral Medicine, Infection and Immunity of Harvard School of Dental Medicine (Boston, MA, USA). Research assistant of the Institute for Dental Research and Education (IDRE) directed by Prof. Massimo Simion. Author of several articles, he focus his clinical activity on implantology with particular care to bone regeneration.

INCREMENTI OSSEI CON MEMBRANE RIASSORBIBILI E NON RIASSORBIBILI

La rigenerazione ossea guidata (GBR) è una tecnica chirurgica introdotta negli anni 90 per ricostruire l'osso alveolare in siti con deficit ossei, permettendo l'inserimento di impianti.

Questa procedura chirurgica consiste nel posizionamento di una barriera fisica (membrana) tra il tessuto connettivale e il difetto osseo. La membrana favorisce l'esclusione epiteliale e connettivale, previene il collasso dei tessuti molli e crea uno spazio dentro il quale il coagulo sanguigno può organizzarsi in modo da formare nuovo osso.

Le membrane si dividono in due grandi categorie: riassorbibili e non riassorbibili, la cui scelta deriva dall'attenta analisi del difetto da riparare. Le membrane riassorbibili hanno un ampio utilizzo clinico, tuttavia, in caso di rigenerazione di un difetto osseo verticale e/o orizzontale molto esteso le membrane non riassorbibili rappresentano ancora il dispositivo di prima scelta. Lo scopo di questo incontro è quello di fornire precise indicazioni cliniche sul loro utilizzo, di analizzare in dettaglio la tecnica chirurgica, con particolare attenzione ai punti chiave, così da ottenere prevedibilità e successo. Vengono inoltre classificate le complicatezze più frequenti e discusso il loro piano di gestione clinica.

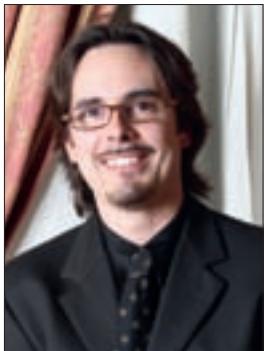
BONE AUGMENTATION WITH RESERVABLE AND NON RESERVABLE MEMBRANES

Guided bone regeneration (GBR) is a regenerative procedure that has been developed in the 90's to rebuild the alveolar bone allowing implant placement in compromised sites. This surgical technique consists in the placement of a cell-occlusive physical barrier between the connective tissue and the alveolar bone defect. This barrier prevents the collapse of the soft tissue into the defect and creates a space into which a blood clot can form, with subsequent formation of new bone.

The lecture will focus on the clinical applications of GBR for vertical and horizontal ridge augmentation. The surgical procedure of the use of non absorbable membranes in association with different bone grafts will be described and showed in details. Particular care will be done on the management of the soft tissue and on the suture technique, key-points for an uneventful healing.

CLAUDIO MOCCI

14.40 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato con lode nel 2002 presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma con la tesi 'Distrazione ossea in implantologia orale' elaborata presso il dipartimento di chirurgia maxillo-facciale del St. Radboud Hospital – Nijmegen (Olanda). Ha frequentato il Master biennale post-universitario in Chirurgia Orale presso l'ACO S. Filippo Neri di Roma. Ha svolto attività clinica chirurgica e medico-legale presso l'Ospedale Militare di Caserta ed il Policlinico Militare del Celio di Roma, in qualità di Ufficiale Odontoiatra. Perfezionato presso l'Università degli Studi di Firenze in Chirurgia Parodontale e Patologia Orale; in Parodontologia Avanzata presso l'Università degli Studi di Ferrara; in Odontologia e Odontoiatria Forense presso l'Università degli Studi di Milano. Ha frequentato lo Stage Clinico di implantologia presso la Sahlgrenska Academy - Università di Goteborg presso il reparto di Parodontologia del Prof. I. Lindhe. Svolge attività libero-professionale nel proprio studio di Allumiere (RM) ed in consulenza presso altri studi in Roma, dedicandosi prevalentemente alla chirurgia orale, implantare e parodontale, ed alla protesi su denti e su impianti con metodologie CAD-CAM. Docente per l'a.a. 2013-2014 al Master di II livello in Implantoprostesi presso La Sapienza - Università degli Studi di Roma (Dir. Prof. G. Pompa). Relatore in corsi e conferenze su tematiche implanto-protesiche. Ha conseguito nel 2015 la Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche.

Graduated with honors at the Università Cattolica del Sacro Cuore (Rome) discussing the thesis 'Distraction Osteogenesis in Oral Implantology', elaborated at the department of Oral and Maxillofacial Surgery of St. Radboud Hospital - Nijmegen (NL).

He has attended the biennial post-graduate Master in Oral Surgery at the ACO S. Filippo Neri Hospital in Rome. He has worked as Odontologist Officer for the Italian Army in the Military Hospital in Caserta and the Military Poli-Clinic in Rome, dealing with clinical-surgical and medical-legal activities. He has attended spcecializing master courses in Periodontal Surgery and Oral Pathology (University of Forence), Advanced Periodontology (University of Ferrara), Forensic Dentistry (University of Milan). He has attended the Clinical Stage of Implantlogy at the Sahlgrenska Academy – University of Goteborg, at the department of Periodontology directed by Prof. I. Lindhe. He works in his own private dental office in Allumiere (RM) and as an external free lance surgery consultant in different dental offices in Rome, addressing particularly to oral, implant and periodontal surgery, and also teeth and implant-supported proestheses by means of Cad-Cam technology. He was a teacher in 2013-2014 academic year in the second-level Master of Implant Prosthetic Dentistry at the University of Rome "La Sapienza". He is also a speaker and opinion leader in classes and conferences about different implant prosthetic dentistry themes.

Lastly, he graduated in 2015 in Psychological Sciences and Techniques.

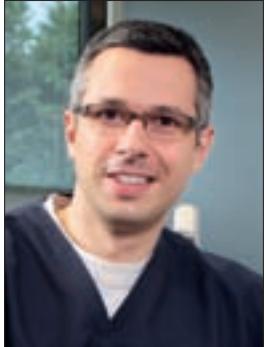
FLUSSO DI LAVORO DIGITALE NELLA GESTIONE DEI TESSUTI MOLLI PERIIMPLANTARI: DAL CARICO IMMEDIATO ALLA FINALIZZAZIONE PROTESICA

L'introduzione del Cad-Cam all'interno dello studio dentistico ha favorito lo sviluppo di nuovi protocolli in implanto-protesi. L'utilizzo dello scanner intra-orale, insieme allo sviluppo di software dedicati, rendono ad oggi possibile la conversione in digitale delle classiche procedure di impronta e di replica dei tessuti molli peri-implantari, consentendo soprattutto una riduzione dei tempi di lavoro, un aumento della precisione, e la possibilità di utilizzare un'ampia gamma di materiali da restauro. La relazione illustrerà questi vantaggi mediante la rassegna di alcuni casi clinici.

DIGITAL WORKFLOW IN THE MANAGEMENT OF PERI-IMPLANT SOFT TISSUES: FROM IMMEDIATE LOADING TO THE FINAL PROSTHETICS

The introduction of Cad-Cam technology into dental offices has gained the developement of new prosthetic protocols in implant dentistry. The use of intra-oral scanners, together with the development of specific softwares, make today possible the digital conversion of the classical procedures of taking impression and make replicas of soft tissue peri-implant tissues, thus allowing working-time reduction, an increase in precision and the possibility to use a lot of restoration materials. This presentation will illustrate these advantages by showing some clinical cases.

GIACOMO ORI



Il Dott. Ori è Diplomate dell'American Board of Prosthodontics.
È socio attivo dell'American Academy of Fixed Prosthodontics.
Si è laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Bologna con 110 e lode nel 1998.
Ha quindi continuato i suoi studi all'estero divenendo ricercatore in Biologia Orale presso la Boston University School of Dental Medicine (BUSDM).
Dopo dieci mesi di ricerca sulle proteine salivari, ha iniziato il corso post-laurea annuale in Odontoiatria Generale (AEGD) del quale ha ricevuto il diploma nel 2002.
Nel luglio 2002 il Dott. Ori ha iniziato il programma triennale in Protesi Dentaria. Durante i tre anni di frequenza è stato premiato per le sue presentazioni cliniche a Boston, New York, Philadelphia e Chicago. Ha ottenuto nel 2005 il Baraban Award.
È socio fondatore di COBE Dental, studio associato multi-specialistico a Bologna, dove si dedica esclusivamente alla protesi ed alla conservativa.
È revisore per la rivista Journal Of Dental Traumatology.

*Dr. Ori is a Diplomate of the American Board of Prosthodontics.
He is a member of the American Academy of Fixed Prosthodontics.
He graduated with high honors from Bologna University in 1998.
He then pursued to study abroad and became a researcher in Oral Biology at Boston University School of Dental Medicine (BUSDM).
After ten months of research on salivary proteins, Dr. Ori continued on to a post-doctoral study in General Dentistry (AEGD) where he earned a Certificate of Advanced Graduate Studies and the Excellence Award in 2002.
In July 2002, Dr. Ori began a three year residency program in Prosthodontics at BUSDM. During the three years of the course, he was recognized for his clinical presentations in Boston, New York, Philadelphia and Chicago. He was the recipient of the Baraban Award in 2005. Dr. Ori is partner of COBE DENTAL, a multi-specialty practice in Bologna, Italy, where his practice is limited to Prosthodontics and Operative Dentistry.
He is a reviewer for Journal of Dental Traumatology.*

DIEGO CAPRI



Laurea con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Bologna nel 1996. Nel 1999 è vincitore di una borsa di studio della Università La Sapienza (Roma) per corsi di specializzazione all'estero.
Nel 2001 consegne il Certificate of Advanced Graduate Study in Periodontology presso la Boston University - Henry M. Goldman School of Dental Medicine.
Nel 2002 diventa Diplomate dell'American Board of Periodontology. È socio attivo dell'American Academy of Osseointegration dal 2000. Nel 2013 diventa socio attivo della Società Italiana di Parodontologia (SIdP). Nel 2014 diventa socio attivo della Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia (SICOI) e, nello stesso anno, diventa socio attivo della European Academy of Esthetic Dentistry (EAED).
È socio fondatore di EDUPERIO (Periodontal Education and Research International Organization), organizzazione internazionale di clinici e ricercatori indipendenti con interessi specifici nel campo della Parodontologia, della Chirurgia Orale e dell'Implantologia.
Viene eletto Segretario Culturale della sezione provinciale ANDI di Bologna nel 2015.
È co-autore di pubblicazioni su riviste internazionali. Relatore in Italia ed all'estero nel campo della parodontologia e dell'implantologia. È autore del capitolo sulla gestione dei tessuti molli periimplantari del libro 'Practical Periodontal Plastic Surgery' edito dalla Blackwell Munksgaard. Attualmente lavora come specialista in parodontologia ed implantologia a Bologna presso lo Studio Odontoiatrico Associato COBE DENTAL.

Graduated with honors in Dental Medicine from the University of Bologna in 1996. In 2001 earned the Certificate of Advanced Graduate Study in Periodontology after a 3-year program at Boston University - Henry M. Goldman School of Dental Medicine. In 2002 passed the exams of the American Board of Periodontology becoming a Diplomate. He is an active member of the American Academy of Osseointegration. He is an active member of the Italian Society of Periodontology and Implantology (SIdP), an active member of the Italian Society of Oral Surgery and Implantology (SICOI) and an Active Member of the European Academy of Esthetic Dentistry (EAED). He has published several articles in the fields of periodontology and implantology in international journals and lectures extensively both nationally and internationally. Author of the chapter titled 'Soft Tissue Management Around Dental Implants' in Practical Periodontal Plastic Surgery edited by Blackwell Munksgaard. He currently practices as a Periodontist in Bologna.

15.20 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016

ACCURATEZZA DEL SISTEMA DENTALVOX PER IL POSIZIONAMENTO IMPLANTARE COMPUTER ASSISTITO

La posizione implantare è di fondamentale importanza per ottenere un restauro protesico che sia funzionalmente ed esteticamente corretto. Per questo motivo il piano di trattamento implanto-protesico deve sempre iniziare con la pianificazione tridimensionale della protesi finale, che indicherà la posizione migliore per l'impianto. Il sistema Dentalvox nasce proprio per rispettare durante la chirurgia la pianificazione effettuata nella fase iniziale del trattamento.

La presentazione mostrerà casi clinici per dimostrare i passaggi che devono essere seguiti per applicare i principi del Dentalvox, e dati ottenuti dallo studio di casi in vivo per validare l'accuratezza del sistema.

DENTALVOX SYSTEM ACCURACY FOR THE COMPUTER ASSISTED DENTAL IMPLANTS POSITIONING

Dental implant position is of crucial importance to obtain a functionally and esthetically correct prosthetic restoration. For this reason the implant treatment plan must begin with the three-dimensional planning of the final prostheses, that will guide the best implant position. The Dentalvox system was created to transfer during the surgery this implant position directly and accurately into the patient's mouth.

The presentation will show clinical situations to demonstrate the steps to be followed to apply the Dentalvox principles, and data obtained from in vivo cases to validate the system accuracy.

DAVIDE FARRONATO

15.50 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Si laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria con 110 e Lode a Milano, è Dottore di Ricerca in 'Tecniche innovative in Implantologia Orale ed in Riabilitazione Implanto Protesica', si specializza in Chirurgia Odontostomatologica ed Orale con 110 e lode, sotto la guida del Dir. Prof. Franco Santoro e del Prof. Carlo Maiorana. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali e partecipa come relatore a congressi nazionali ed internazionali. E' socio attivo SICOI (Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia), socio attivo SIED (Società Italiana di Estetica Dentale) e tesoriere, nonché socio fondatore, della SISCOO (Società Italiana Specializzati in Chirurgia Odontostomatologica e Orale). Vince il concorso per ricercatore a tempo determinato presso l'Università dell'Insubria: al Centro di Ricerca sulle Innovazioni Tecnologiche e Biomateriali del Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Morfologiche Dir. Prof. A. Tagliabue. La sua attività clinica è orientata principalmente alla gestione dei casi estetici su denti naturali ed impianti. La sua attività scientifica è volta alla comprensione delle variabili che influiscono sulla stabilità dei tessuti perimplantari nel lungo termine e alla progettazione di sistemi implantari per diverse compagnie.

He graduated in Dentistry with 110 cum laude in Milan, has a PhD in 'Innovative Techniques in Oral Implantology and Implant Prosthetic Rehabilitation', specializes in Oral Surgery with 110 cum laude. Active member of SICOI (Italian Society of Oral Surgery and Implantology), active member SIED (Italian Society of Esthetic Dentistry), treasurer and founding member of the SISCOO (Italian Society of Specialists in Oral Surgery). He is Implant Designer for different companies and Researcher at the University of Insubria. His clinical activity is mainly oriented to the implant rehabilitation. His scientific work is aimed at understanding the variables that affect the stability of peri-implant tissues in the long term.

FATTORI CHIAVE NELLA GESTIONE ESTETICA DEI TESSUTI PERIIMPLANTARI

I fattori chiave atti all'ottenimento di una estetica durevole e biomimetica nelle riabilitazioni implantari sono sempre più oggetto di studio e discussione nel panorama internazionale. In questa relazione verranno definiti nuovi parametri di confidenza che diminuiscano rischio di recessioni e assicurino papille più estese nelle riabilitazioni implantari secondo uno schema gnoseologico che dia strumenti concreti all'implantologo e al protesista su impianti.

KEY FACTORS IN IMPLANT AESTHETIC REHABILITATION

The key factors aimed to obtain a durable and aesthetic implant rehabilitation are increasingly subject of study and discussion on the international scene. This report will define new parameters of confidence that reduce the risk of recession and ensure more extended papilla in implant rehabilitation. Will be given usable tools of evaluation of the possible tissue maturation around implants to the clinicians.

GIANLUCA PANIZ

16.10 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato presso l'università degli Studi di Padova con il massimo dei voti nel luglio del 2002 (DDS). Dal 2003 al 2006 frequenta la 'TUFTS University, School of Dental Medicine' di Boston (USA) dove consegue il Certificate of Advanced Education in Prosthodontics. Nel 2006 consegue anche il 'Master of Sciente (MS)' in Prosthodontics e il Certificate of Advanced Education in Esthetic Dentistry. Tuttora continua la collaborazione presso la TUFTS University con l'incarico di 'Adjunct Assistant Professor' nel Dipartimento di Protesi. Dal 2007 collabora anche con l'Università degli Studi di Padova come Professore a Contratto, Docente e Tutor nel Master di II livello in Implantologia Osseointegrata. Attualmente è Titolare dell'Insegnamento di 'Protesi in Parodontologia'. Relatore a congressi nazionali ed internazionali, autore o co-autore di varie pubblicazioni scientifiche e capitoli di libri. È socio dell'‘AIOP’, Diplomato dell’American Board of Prosthodontics e International Fellow dell’American College of Prosthodontics. Socio attivo della ‘Accademia Italiana di Odontoiatria Estetica’ e della ‘Società Italiana di Implantologia Osteointegrata’ dove è attualmente Presidente della Commissione Scientifica. Libero professionista a Padova.

Gianluca Paniz achieved his dental degree (DDS) at the University of Padova (Italy) in 2002. He attended TUFTS University (Boston, USA) from 2003 till 2007 and achieved the Certificate of Advanced Education in Prosthodontics, the Master of Science and the Certificate of Advanced Education in Esthetic Dentistry. At the moment Gianluca Paniz is Adjunct Assistant Professor in the Department of Prosthodontics and Operative Dentistry at TUFTS University and Visiting Professor in the Department of Implantology at the University of Padova. Gianluca is Diplomate of the American Board of Prosthodontics and International Fellow of the American College of Prosthodontics, Member of the Italian Academy of Prosthetic Dentistry (AIOP), Active Member of the Italian Academy of Aesthetic Dentistry (IAED) and President of the Scientific Committee of Italian Society of Osseointegration (SIO). Gianluca Paniz limits his practice to prosthodontics in his offices in Padova Italy.

ESTETICA IN IMPLANTO-PROTESI

La presentazione definirà i passaggi protesici fondamentali per il raggiungimento di un risultato implanto-protesico naturale a lungo termine. Le sequenza di trattamento, i profili protesici i materiali e le tecnologie digitali verranno descritti al fine di favorire una estetica a lungo termine.

AESTHETICS IN IMPLANT PROSTHODONTICS

The presentation will focus on the fundamental prosthetic aspects important for the achievement of a long term-natural result on implants. Treatment sequencing, prosthetic profiles, materials and digital technologies will be described in order to favor a long lasting esthetic results.

LUCA SOLIMEI

17.00 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato nel 2003 a pieni voti nel Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Genova.

Socio effettivo degli Amici di Brugg, socio attivo dell'Accademia Italiana di Estetica Dentale (IAED), socio ordinario dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (AIOP).

Professore a.c. presso l'Università di Genova - Dipartimento di scienze chirurgiche e diagnostiche integrate (D.I.S.C.) - Prof. S.Benedicenti.

Relatore a congressi nazionali ed internazionali.

Esercita la libera professione a Genova , dedicandosi esclusivamente a Odontoiatria Restaurativa con particolare attenzione all'ambito estetico ed alle nuove tecnologie digitali.

Graduated in 2003 with honors in the Degree in Dentistry, Faculty of Medicine, University of Genoa. Active member of Amici di Brugg, active member of the Italian Academy of Esthetic Dentistry (IAED) and ordinary member of the Italian Academy of Prosthetic Dentistry (AIOP).

Professor a.c. at University of Genoa, Italy - Department of Surgical and Diagnostic Sciences (D.I.S.C.) - Prof. S. Benedicenti.

Speaker at national and international conferences.

Private practice in Genoa, devoting himself exclusively to Restorative Dentistry with particular attention to CAD/CAM technologies and aesthetics.

IL FLUSSO DI LAVORO DIGITALE IN PROTESI FISSA: PROTOCOLLI OPERATIVI

Parlando di protesi e nuove tecnologie mi preme sottolineare come questo connubio non voglia stravolgere le tecniche e le conoscenze su cui è stata basata la nostra pratica clinica.

Certo è che, con l'evolversi delle tecnologie e degli strumenti, si è potuto modificare il flusso di lavoro inserendo la componente digitale come fattore ormai altamente predicable e performante.

La relazione tratterà i differenti momenti in cui il digitale può essere un valido ausilio alla finalizzazione dei nostri casi.

THE DIGITAL WORKFLOW IN FIXED PROSTHODONTICS: OPERATIVE PROTOCOLS

Speaking of implants and new technologies I would point out that this union does not want to upset techniques and knowledge on which it was based our clinical practice.

What is certain is that, with the evolution of technology and tools, it has been possible to change the workflow adding the digital component as a factor now highly predictable and efficient.

The lecture will discuss the different circumstances where the use of digital can be a valuable aid to the finalization of our cases.

GIACOMO FABBRI

17.20 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Pavia. È Socio attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (A.I.O.P) e dell'Accademia Italiana di Estetica Dentale (I.A.E.D). Autore di articoli scientifici su riviste internazionali, è relatore nell'ambito di congressi nazionali ed internazionali. Svolge attività di studio sulle ceramiche integrali e sul loro impiego clinico in collaborazione con centri universitari sia in Italia che all'estero. Esercita l'attività libera professionale dedicandosi alla protesi fissa su denti naturali ed impianti.

Dr. Fabbri graduated with honours in dentistry and dental prosthodontics from the University of Pavia, Italy. He is an active member of the Italian Academy of Prosthetic Dentistry (A.I.O.P), a prestigious scientific Academy in the field of aesthetics and prosthetic dentistry. He has published several international articles in peer-reviewed journals and lectured in Italy and abroad on topics related to fixed prosthodontics and implant prosthodontics with a specific interest in aesthetics, new materials and the minimally invasive dentistry. He works at the Ban Mancini Fabbri Specialist Dental Practice, located in Cattolica (Italy), in the field of aesthetics and prosthetic rehabilitation on natural teeth and implants.

LA GESTIONE DELL'AREA CERVICALE NEL RESTAURO PROTESICO SU DENTI NATURALI E IMPIANTI

L'integrazione cervicale del restauro rappresenta da sempre l'elemento più critico e significativo della terapia protesica. Il successo, in tal senso, dipende da fattori multipli che il clinico deve analizzare e gestire al fine di ottenere il miglior risultato in relazione alle condizioni ed alle aspettative del paziente. Questi fattori sono la salute, la morfologia e lo spessore dei tessuti molli, le caratteristiche cromatiche dell'elemento da trattare ed il materiale restaurativo che dovrà assicurare un adeguato passaggio e rifrazione della luce. Il relatore illustrerà quali sono le procedure cliniche finalizzate ad idealizzare l'aspetto dell'estetica cervicale sia su dentatura naturale che su impianti.

INTERFACE AREA MANAGEMENT IN CASES OF TEETH AND IMPLANT SUPPORTED RESTORATIONS

The esthetic cervical integration of the prosthetic outcome represents the most critical aspect in the field of prosthetic therapy, in particular in cases of esthetic segments. The success, on this topic, depends on several factors which the clinician has to analyze and manage in order to obtain an ideal prosthetic outcome from a biological and an esthetic point of view. The clinical factors that are critical in this topic are: the health, morphology and thickness of the soft tissue in addition to the translucency of the restorative material which has to allow correct transmission and refraction of light. The lecturer will illustrate the recent clinical procedures aimed to idealize the blending between the soft tissue and the restoration, both in cases of teeth-supported and implant-supported restorations.

ROBERTO SORRENTINO

17.40 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria nel 2002 presso l'Università 'Federico II' di Napoli. Corso di Aggiornamento in 'Protesi tradizionale ed implantare e biomeccanica restaurativa' (2003, Direttore Prof. F. Zarone). Master Scientifico Culturale e Dottorato di Ricerca Internazionale (PhD) in 'Materiali dentari e loro applicazioni cliniche' presso l'Università di Siena (2004-2006, Direttore Prof. M. Ferrari). Corso di Perfezionamento in 'Estetica del Sorriso' (2012, Direttore Prof. F. Zarone). Abilitazione a Professore Associato nel 2014. Professore a contratto di 'Protesi e Riabilitazione' presso le Università 'Federico II' di Napoli e di Siena. Relatore a corsi post-universitari di aggiornamento, perfezionamento e master di I e II livello. Consulente per aziende nazionali ed internazionali. Collaboratore a Progetti di Ricerca di Rilevante Interesse Nazionale (PRIN) e coordinatore nazionale di un Progetto FIRB in merito a biomeccanica e biomimetiche implanto-protesiche. Autore di circa 80 pubblicazioni e coautore di capitoli di libri. Revisore di circa 20 riviste internazionali. Relatore a congressi nazionali ed internazionali. Past-President e membro del 'Membership & Recruitment Committee' dell'International Association for Dental Research (IADR). Socio ordinario della Academy of Dental Materials (ADM) e della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (SIO). È stato Segretario nazionale della Società Italiana di Odontostomatologia Protesica ed Implantoproteesi (SIOP). Ha ricevuto riconoscimenti a livello nazionale ed internazionale in ambito clinico e di ricerca.

Graduated with full marks and honors in Dentistry in 2002 at the University 'Federico II' of Naples. He attended a Postgraduate Retraining Course in 'Traditional and Implant-Supported Prosthodontics and Restorative Biomechanics' in 2003 at the University 'Federico II' of Naples (Director: Prof. F. Zarone). Then, he got a Master Course and PhD in 'Dental Materials and their Clinical Applications' in 2004 and 2006 respectively at the University of Siena (Director: Prof. M. Ferrari). In 2012, he attended a Postgraduate Retraining Course in 'Esthetics of the Smile' in 2003 at the University 'Federico II' of Naples (Director: Prof. F. Zarone). Qualified as Associate Professor in 2014. Teaching and Research Assistant of Prosthetic Dentistry at the Dental School of the University "Federico II" of Naples. Aggregate Professor of Prosthodontics at the University of Siena. Lecturer at several Postgraduate and Master Courses in different Universities. Researcher, expert and consultant for national and international dental companies. Coworker in several PRIN projects and Principal Investigator of a FIRB research project about 'Biomechanics and biomimetics in implant-supported Prosthodontics' shared between the Second University of Naples and the University Vita-Salute San Raffaele of Milan. Author of about 80 publications in national and international peer-reviewed scientific journals and co-author of chapters of books on Prosthodontics. Reviewer of about 20 peer-reviewed scientific journals. Speaker at national and international meetings. Past President and member of the Membership and Recruitment Committee of the International Association for Dental Research (IADR). Member of the Academy of Dental Materials (ADM) and of the Italian Society of Osseointegration (SIO). Past-Secretary of the Italian Society of Prosthetic Dentistry and Implant Prosthodontics (SIOP). Winner of several national and international prizes for research and clinical activity on tooth and implant supported Prosthodontics, biomaterials, biomechanics and highly esthetic all-ceramic rehabilitations.

LE CERAMICHE INTEGRALI IN PROTESI FISSA: DALLA TRADIZIONE ALL'ODONTOIATRIA DIGITALE

Le ceramiche policristalline ad elevata resistenza con lavorazione CAD-CAM, quali la zirconia e le ceramiche vetrose rinforzate, quali il disilicato di litio, hanno permesso di coniugare un'estetica ottimale con proprietà meccaniche valide per l'impiego intraorale, ampliando le possibilità restaurative sia in protesi tradizionale che in implanto-protesi.

La relazione si propone di offrire una revisione clinica e sperimentale dell'impiego di tali materiali nelle riabilitazioni protesiche complesse, dalle soluzioni tradizionali alla pianificazione con workflow digitale.

ALL-CERAMIC MATERIALS IN PROSTHODONTICS: FROM THE TRADITION TO THE DIGITAL DENTISTRY

CAD-CAM high strength polycrystalline ceramics, just like zirconia and reinforced glassy ceramics, such as lithium disilicate, allowed to combine optimal esthetics with excellent mechanical properties for intraoral use, widening the restorative choices in tooth- and implant-supported prosthodontics.

The lecture will aim at reviewing the clinical and experimental data regarding all-ceramic materials in complex prosthetic rehabilitations, from traditional solutions to treatment plans based on digital workflows.

PIERO VENEZIA

18.00 - GIOVEDÌ 26 MAGGIO 2016 - THURSDAY, MAY 26, 2016



Laureato con lode in Odontoiatria presso l'università degli studi Bari.
Perfezionato nel 2003 in protesi estetica adesiva presso l'università di Siena.
Ha frequentato l'Oral Health Center della University of Southern California diretta dal Prof. Pascal Magne. Perfezionato in protesi presso l'Università di Bari, presso la quale ha espletato anche attività didattica. Docente in master di perfezionamento post-universitario nelle Università di Napoli, Bari, Foggia e Roma.
Socio attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (A.I.O.P.).
Socio attivo della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (S.I.O.).
Socio Attivo della IADDM (International Academy for Digital Dental Medicine).
Fellow I.T.I. (International Team for Implantology). Autore di articoli su riviste nazionali ed internazionali.
Affianca alla attività clinica quella didattica, curando l'aggiornamento avanzato in tema di protesi estetica, protesi mobile ed implanto-protesi.
Svolge la sua attività libero professionale, limitatamente al campo protesico, a Bari

He received his Dentistry Degree with honours from Bari University in 1989. He completed a Post-Graduate Adhesive Aesthetic Prosthodontics Program at Siena University in 2003. He attended courses at the Oral Health Center of Southern California University, directed by Prof. Pascal Magne. He completed a Prosthodontics Program at Bari University, where he also taught. He was also involved in teaching activities at the Post-graduate Master Courses of Bari, Naples and Rome Universities. He is an Active Member of the Italian Academy of Prosthetic Dentistry (A.I.O.P.) and an Active Member of the Italian Society of Osseointegrated Implantology (S.I.O.). Active Member of IADDM (International Academy for Digital Dental Medicine). He is a Fellow of I.T.I. (International Team for Implantology). He has written articles for national and international journals. He combines clinical practice with teaching activities, with a focus on advanced refresher courses on aesthetic prosthodontics, removable dentures and implant-supported restorations. He works in an associate private practice in Bari and at Altamura (BA), with a specific focus on prosthodontics.

L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE CAD/CAM IN PROTESI TOTALE: POTENZIALITÀ E LIMITI

L'introduzione delle nuove tecnologie nella pratica odontoiatrica non può prescindere da un'accurata diagnosi. Il successo, nei casi complessi, è il risultato di attenta analisi delle strutture biologiche che saranno oggetto della terapia e di un adeguato piano di trattamento indirizzato all'integrazione estetica e funzionale della protesi. Verranno descritte le procedure per realizzare protesi rimovibili seguendo un flusso digitale e di come le informazioni ottenute possano essere utilizzate nelle riabilitazioni a supporto implantare.

USE OF CAD/CAM TECHNOLOGIES IN TOTAL PROSTHESIS: POTENTIALITY AND LIMITS

The introduction of new technologies in dental practice is not feasible without an accurate diagnosis. The success, in complex cases, is the result of careful analysis of biological structures that will be the subject of therapy and appropriate treatment plan directed to achieve the aesthetic and functional integration of the prosthesis. It will be explained how to make complete dentures following a digital workflow and how the information obtained can be used in implant-supported restorations.

MAURO MERLI

09.00 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - FRIDAY, MAY 27, 2016



Il prof. Mauro Merli si è laureato con lode in Medicina e Chirurgia nel 1986 presso l'Ateneo di Bologna e specializzato con lode in Odontostomatologia nel 1989 presso lo stesso Ateneo. Svolge attività clinica e di ricerca come Libero Professionista nello studio associato 'Clinica Merli', in Rimini. Dal 2011 svolge attività didattica come Professore di Parodontologia e Chirurgia Implantare presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, in Ancona. Past-president della Società Italiana di Parodontologia (SIdP), è socio attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (AIOP) e della European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery (EACMFS), è membro della European Federation of Periodontology (EFP) e degli editorial board dello European Journal of Oral Implantology (EJOI) e del Journal of Periodontics & Restorative Dentistry. Ha tenuto relazioni e conferenze in ambito nazionale ed internazionale, è autore di articoli scientifici pubblicati su riviste peer-reviewed e del libro 'Terapia Implantare: il piano di trattamento integrato' della casa editrice Quintessenza.

Prof. Mauro Merli earned his degree in Medicine and Surgery at the University of Bologna in 1986, and in 1989 received his degree in Odontostomatology.

He is an active member of the Italian Society of Periodontology (SIdP), the Italian Academy of Prosthetic Dentistry, the European Federation of Periodontology and of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery. Prof. Merli held the position of Secretary, Treasurer, Vice-president and President of SIdP.

Author of Volume I and II of the multimedial book 'Implant Therapy: The Integrated Treatment Plan' published by Quintessenza Edizioni and of several scientific articles, Prof. Merli lectures in National and International conferences and courses. Together with his brother Aldo and sister Monica, Dr. Merli runs a private practice founded by his father Mario.

Professor of Periodontology (UPM), President of the Clinica Merli and Scientific Director of Indent - International Dental Research and Education, he is also on the Editorial Board of the European Journal of Oral Implantology and an Editorial Consultant for the International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry.

ALTERNATIVE TERAPEUTICHE IMPLANTARI NEI CASI CLINICI COMPLESSI

Il percorso diagnostico e la progettazione del piano di trattamento dei casi clinici complessi che necessitano di una riabilitazione estetico-funzionale ha subito una profonda trasformazione negli ultimi anni in virtù dell'importanza attribuita alla valutazione estetica del viso per arrivare a quella del sorriso ed a quella intraorale con il concetto del 'facially generated treatment plan'. Tutto ciò si riflette, sempre più frequentemente, in un processo dinamico che potrà prevedere il coinvolgimento di altri specialisti, quali il dermatologo, il chirurgo plastico e soprattutto il chirurgo maxillo-facciale. Questa visione 'allargata' rende indispensabile una nuova attitudine al lavoro di gruppo e deve contemplare una raccolta ordinata e metodica delle informazioni secondo dei precisi protocolli.

THERAPEUTIC ALTERNATIVES IN IMPLANT TREATMENT IN COMPLEX CLINICAL CASES

The diagnostic process and elaboration of the treatment plan in complex clinical cases that require aesthetic-functional rehabilitation have undergone a sweeping transformation over the recent years. This is largely due to the importance given to the aesthetic assessment of the total face, which leads to the smile as well as an intraoral evaluation: the concept of the 'facially generated treatment plan'.

All of these factors give rise to a dynamic process that may involve other specialists, such as dermatologists, plastic surgeons, and mainly the maxillofacial surgeon. With this 'broadened' vision, a new inclination towards teamwork is essential and should contemplate an orderly and methodological gathering of information following precise protocols.

ENRICO AGLIARDI

09.30 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - FRIDAY, MAY 27, 2016



Il Dott. Enrico Agliardi è nato a Milano il 10/6/1967. Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano. Specialista in Chirurgia Maxillo-Facciale (Università degli Studi di Milano, Direttore Prof. R. Brusati). Specialista in Ortognatodonzia (Università degli Studi di Milano, Direttore Prof. A. Salvato). Da dicembre 2009 responsabile reparto di Chirurgia Speciale Riabilitativa, San Raffaele Dental Clinic presso Istituto Scientifico Universitario San Raffaele (MI) Dipartimento di Odontoiatria, Università Vita-Salute San Raffaele, Direttore Prof. Enrico Gherlone. Esperienza pluriennale in Chirurgia Orale, Chirurgia Ortognatica, Chirurgia pre-protesica e pre-implantare, Implantologia avanzata (impianti intra-orali ed extra-orali) Bränemark (Nobel Biocare). Relatore in diversi congressi nazionali ed internazionali, autore e coautore di diverse pubblicazioni nazionali ed internazionali.

Dr. Enrico L. Agliardi is Doctor of Medicine and Surgery, Specialist in Maxillofacial Surgery and Orthognathodontics 'Università degli Studi' of Milan. From December 2009 is chief of Special Rehabilitation Surgery department of San Raffaele Dental Clinic, directed by Prof. Enrico Gherlone. Many year-experience in Oral, Orthognathic, Pre-Prosthetic and Pre-Implant Surgery, Advanced Implantology (intraoral and extraoral implants). Professor of Special Rehabilitation Surgery, Faculty of Medicine and Surgery, Course of Dental Hygiene, University Vita-Salute S. Raffaele Milan. Supervisor of various National and International Congresses and author and co-author of several National and International Publications and books.

RIABILITAZIONI A CARICO IMMEDIATO DEI MASCELLARI ATROFICI CON IMPIANTI INCLINATI

All'interno della relazione verranno affrontati, tramite l'esplicazione dei principi teorici e la presentazione di casi clinici, le nuove metodiche di riabilitazione dei mascellari atrofici con impianti inclinati. Tali metodiche sono:

- All-on-4
- V-II-V
- Impianti zigomatici

Queste soluzioni riabilitative permettono una riabilitazione a carico immediato dei mascellari, con qualsiasi grado di atrofia, senza l'ausilio di innesti ossei, con grande beneficio per il paziente e vantaggio per il clinico, sia dal punto di vista biologico che economico. Dopo aver spiegato in che cosa consistono tali metodiche, quali sono i principi alla loro base e quali evidenze scientifiche le supportano, verranno presentati casi clinici tramite i quali si potranno apprezzare i risultati estetici e funzionali che queste tecniche permettono di ottenere.

IMMEDIATE LOADING REHABILITATION OF ATROPHIC MAXILLARY WITH ANGLED IMPLANTS

During this lecture, through the explanation of theoretical principles and the presentation of clinical cases, new methods for the atrophic jaws rehabilitation by means of tilted implants will be examined. Such methods are:

- All-on-4
- V-II-V
- Zygomatic implants

These solutions allow an immediate rehabilitation of the jaws, affected by any type of atrophy, without the need of bone grafts, with important advantages from the biological and economical point of view, both for the dentist and the patient. After the explanation of what these methods are, which are the principles and the scientific evidence at the basis of them, some clinical cases will be shown, allowing to appreciate the aesthetic and functional results achievable by the use of these techniques.

TIZIANO TESTORI

10.00 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - *FRIDAY, MAY 27, 2016*



Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1981 presso l'Università degli Studi di Milano, specializzato in Odontostomatologia nel 1984 ed Ortognatodonzia nel 1986 presso lo stesso ateneo. Fellowship in chirurgia orale ed implantare presso University of Miami, Department of Maxillofacial Surgery and Implant Dentistry (Direttore Prof. R. E. Marx), Miami, FL, USA. Responsabile del Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale presso la Clinica Odontoiatrica (Direttore Prof. R. L. Weinstein), I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Università degli Studi di Milano. Professore a contratto, Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Università degli Studi di Milano. Past-President (2007-2008) della Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia (SICOI). Membro attivo del Board Europeo di Chirurgia Orale (EFOSS). Membro dell'«European Journal of Oral Implantology», Quintessence Publishing Co, London, UK. Membro dell'Editorial Board dell'«International Journal of Oral and Maxillofacial Implants» (IJOMI) e dell'«International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry» (IJP RD), Quintessence Publishing Co, Inc, Illinois (USA). Autore di 96 articoli scientifici indicizzati su PubMed.

Received his MD degree (1981), DDS degree (1984). Specialty in Orthodontics (1986) from University of Milan, Italy. Fellowship at the Division of Oral Maxillofacial Surgery (Head: Robert E. Marx, DDS), School of Medicine, University of Miami, Miami FL (2000). Currently Head of the Section of Implant Dentistry and Oral Rehabilitation Department of Biomedical, Surgical and Dental Science (Chairman: prof. R.L. Weinstein), IRCCS, Galeazzi Institute, University of Milan, Milan, Italy. Associate clinical professor School of Dentistry, University of Milan, Milan, Italy. Past President (2007 - 2008) of the Italian Society of Oral Surgery and Implantology (SICOI). Member of the Editorial Board of IJOMI, EJOI, IJP RD, Quintessence Publishing. Author of 98 peer-reviewed publications indexed in Pub Med.

ATROFIE MANDIBOLARI DI CLASSE V E VI DI CAWOOD E HOWELL: PROTOCOLLI TERAPEUTICI

La riabilitazione della mandibola atrofica è stato un argomento molto dibattuto per molti anni e sono stati proposti diversi tipi di interventi ricostruttivi ossei con innesti di osso autogeno da siti donatori extraorali o con biomateriali. Tuttavia nei pazienti totalmente edentuli altre scuole di pensiero hanno proposto trattamenti meno invasivi senza ricostruzioni ossee con il solo trattamento implantare.

CAWOOD AND HOWELL CLASS V AND CLASS VI MANDIBULAR ATROPHIES: TREATMENT PROTOCOLS

Treatment of the atrophic mandible has been a long debated issue and several treatment procedures have been proposed, either involving autogenous bone grafts from extra-oral sites or the use of biomaterials.

For totally edentulous patients, though, less invasive options involving no bone augmentation and the sole use of implants have been proposed. This lecture will address this kind of approach and will explain the clinical indications for short implants, super-short implants and angulated implants.

JÖRG NEUGEBAUER

10.30 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - FRIDAY, MAY 27, 2016



Laurea in Odontoiatria presso l'Università di Heidelberg, seguita da diversi anni di impegno nel settore dei dispositivi dentali, ultima posizione direttore R & S in Implantologia.

Più avanti specializzazione in chirurgia orale, poi consulente Interdisciplinare ambulatoriale nel Dipartimento di Chirurgia Orale e Implantologia presso l'Università di Colonia, direttore Prof. Dr. JE Zöller. Da Agosto 2010 clinica privata dentale Dres. Dres Bayer, Kistler, Elbertzhagen, Neugebauer e colleghi, Landsberg am Lech. Insegnamento e nomina di ricercatore universitario di Colonia, Cattedra di Formazione Continua Comitato consultivo di Vigilanza /Accademia di Osteointegrazione, Stati Uniti d'America.

Tema della ricerca: affidabilità del trattamento dell'impianto dentale, terapia fotodinamica antimicrobica, Cone Beam CT, Guide Surgical, impianti in ceramica. Numerose pubblicazioni e conferenze nazionali ed internazionali. Editore del libro di testo: Volumetrica Cone Beam Imaging nel dentale, Medicina orale e maxillofacciale - Fondamenti, diagnostica e piano di trattamento, Quintessence Publishing, Berlino, Chicago.

Dental degree at the University Heidelberg, followed by several years of engagement in the dental device industry, final position director R&D Implantology. Further on specialization in oral surgery, then consultant at the Interdisciplinary Outpatient Dep. for Oral Surgery and Implantology at Cologne University, director Prof. Dr. Dr. J.E. Zöller. Since August 2010 private dental clinic Dres. Dres Bayer, Kistler, Elbertzhagen, Neugebauer and colleagues, Landsberg am Lech. Teaching and research appointment University Cologne, Chair Continuing Education Oversight/Advisory Committee, Academy of Osseointegration, USA Research topic: reliability of dental implant treatment, antimicrobial photodynamic therapy, Cone Beam CT, Surgical Guides, Ceramic Implants. Numerous national and international publications and lectures. Editor of the text book: Cone Beam Volumetric Imaging in Dental, Oral and Maxillofacial Medicine - Fundamentals, Diagnostics and Treatment Planning, Quintessence Publishing, Berlin, Chicago.

PRECOCI E TARDIVE COMPLICANZE IN IMPLANTOLOGIA

I fallimenti in implantologia sono diventati rari, ma ogni errore è ovviamente una situazione difficile per ogni paziente affetto. Oggi la complessità delle possibili opzioni di trattamento è di grandi dimensioni; pertanto è estremamente importante esaminare in modo approfondito il paziente e selezionare il trattamento appropriato per l'individuazione dei singoli risultati. La gestione di queste complicanze richiede una pianificazione dettagliata del trattamento con un'analisi intensiva del rischio per definire le iniziative successive più appropriate. Inoltre, le aspettative del paziente sui possibili risultati del trattamento devono essere chiarite prima di iniziare il nuovo trattamento.

EARLY AND LATE COMPLICATIONS IN IMPLANT DENTISTRY

Failures in implant dentistry have become rare, but each failure is of course a difficult situation for each affected patient. Today the complexity of possible treatment options is large; therefore, it is of utmost importance to examine the patient in total and select the appropriate treatment for the individual findings.

The management of these complications needs detailed treatment planning with intensive risk analysis to define the appropriate further steps. Additionally, patient's expectations on the possible treatment outcomes must be clarified before beginning the new treatment.

TOMASO VERCELLOTTI

11.30 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - *FRIDAY, MAY 27, 2016*



Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1979 con lode, specialità in Odontostomatologia, Università degli Studi di Genova.

Inventore della Chirurgia Ossea Piezoelettrica, ideatore delle Tecniche di Preparazione Ultrasonica del Sito Implantare, Microchirurgia Ortodontica e Wedge Implants.

Fondatore, Presidente Onorario della International Piezosurgery Academy (IPA)

Honorary Faculty presso UCL Eastman Dental Institute of London.

Membro onorario di The Schluger-Ammons Study Club

Socio Attivo: AO, AAP, ICOI.

Relatore Internazionale: AO, AAP, NYU, USC, ICOI

Autore di una nuova Classificazione Ossea Chirurgica.

Autore di qualificati articoli scientifici su riviste primarie internazionali, di 3 libri di Chirurgia Ossea Piezoelettrica e di 10 capitoli in libri internazionali.

Esercita la libera professione a Genova.

Tomaso Vercellotti graduated in Medicine and Surgery cum laude in 1979 and specialized in Odontostomatology at University of Studies of Genoa in 1984.

He is the inventor of Piezoelectric Bone Surgery procedure and developer of Ultrasonic Implant Site Preparation and Orthodontic Microsurgery Techniques.

Founder and Honorary President of International Piezosurgery Academy (IPA).

Faculty at UCL Eastman Dental Institute of London.

Honorary Member of The Schluger-Ammons Study Club

Active member: AO, AAP, ICOI

International Speaker: AO, AAP, NYU, USC, ICOI

Author of a new bone quality classification for surgical purposes.

Author of qualified scientific articles on international primary magazines, of 3 books of Piezoelectric Bone Surgery and of 10 chapters in international books.

He maintains a private practice in Genoa (Italy).

I RISULTATI CLINICI DEI PRIMI 15 ANNI DI UTILIZZO DELLA CHIRURGIA OSSEA PIEZOELETTRICA IN ITALIA E NEL MONDO

La Piezochirurgia ideata dall'Autore, definisce oggi lo stato dell'arte di numerose tecniche di chirurgia ossea, come risulta dall'ampia letteratura internazionale. La relazione mette in risalto le procedure più attuali come il relativo outcome clinico.

In fine vengono presentati i vantaggi clinici di nuove forme implantari (piezoimplants) che semplificano il trattamento delle creste sottili grazie ad un minimo trauma chirurgico e ridottissima mobilità postoperatoria.

THE CLINICAL RESULTS OF THE FIRST 15 YEARS OF USE: THE PIEZOELECTRIC BONE SURGERY IN ITALY AND IN THE WORLD

The Piezoelectric Surgery designed by the author, defines today's state of the art of several bone surgery techniques, as is apparent from the large international literature. The lecture also highlights the most current procedures as its clinical outcome. Finally are described the clinical benefits of new implant shapes (piezoimplants) that simplify the treatment of narrow ridges thanks to a very low minimum surgical trauma and postoperative mobility.

ALESSANDRO AGNINI



Il Dottor Alessandro Agnini si laurea nel 1989 all'Università di Modena e Reggio Emilia. Svolge la libera professione nei suoi studi di Modena e Sassuolo, dove si dedica esclusivamente alle discipline di Protesi Fissa, Parodontologia ed Implantologia. Ha partecipato al programma di Protesi Fissa del Dottor Gianfranco Di Febo nel biennio 1991-1993 ed a quello di Parodontologia del Dottor Gianfranco Carnevale tra il 1993 ed il 1995. Nel 1995 ha partecipato al programma annuale di Implantologia con il Dottor Mauro Merli. Dal 2006 è socio attivo della Accademia Italiano di Odontoiatria Protesica. Svolge il ruolo di professore a contratto nell'insegnamento di Protesi Fissa ed Implant Protesi all'Università di Modena e Reggio Emilia. Autore e co-autore di pubblicazioni scientifiche in riviste nazionali ed internazionali ed è relatore a congressi nazionali ed internazionali. Direttore scientifico, dal 2008, del Corso Annuale di Protesi Fissa, Parodontologia e Implantologia, che si svolgono nel suo studio di Sassuolo. Dal 2011 è un relatore del sito www.dentalxp.com di cui è parte del board editoriale. Svolge il ruolo di professore a contratto nell'insegnamento di Protesi Fissa ed Implant Protesi all'Università di Modena e Reggio Emilia dal 2013. Segretario culturale Andi Modena dal Marzo 2013. Autore del Libro 'La rivoluzione Digitale: La curva di Apprendimento' edito da Quintessenza nel 2014. Dal 2014 fa parte della Commissione Scientifica Aiop.

Dr. Alessandro Agnini graduated in 1989 from the University of Modena and Reggio Emilia, Italy. He has private dental practices in Modena and Sassuolo, Emilia Romagna, where he dedicates only to Fixed Prosthetic Dentistry, Periodontology and implant Dentistry. He attended the 'Fixed Prosthetic' program of studies with Doctor Gianfranco Di Febo in the two years 1991 - 1993 and the Periodontology program of studies with Doctor Gianfranco Carnevale in the two years 1993 - 1995. In 1995 he attended the One Year Program in Implant Dentistry with Doctor Mauro Merli. Since 2006 he is an active member of the Italian Academy of Prosthetic Dentistry. He is an adjunct Professor at the University of Modena and Reggio Emilia, Italy, for the teaching of Fixed Prosthetic Dentistry and Implant Prosthetic Dentistry. He is author and co author of italian and international scientific publications and italian and international lecturer. He is the scientific director, since 2008, of the annual courses in Fixed Prosthetic Dentistry, Periodontology and Implant dentistry based at his own private office in Sassuolo. Since 2011 he is a lecturer of the Dental Xp Website, being also part of the Editorial Board. Author of the book 'The Digital Revolution: the learning curve' edited by Quintessence.

ANDREA AGNINI



Il Dottor Andrea Mastrorosa Agnini si laurea a pieni voti nel 2007 all'Università di Modena e Reggio Emilia. Svolge attività di libera professione in Modena e Sassuolo, Emilia Romagna, Italia, assieme al fratello Alessandro. Ha frequentato nel corso del Biennio 2009 - 2011 un master di specializzazione alla New York University, avendo, tra gli altri, come insegnanti e mentori il Dottor Dennis Tarnow, il Dottor Christian Stappert, il Dottor Stephen Chu ed il Dottor Michael Bral. È stato nell'anno accademico 2010 -2011 Clinical Research Fellow dell'Ashman Department di Parodontologia ed Implantologia alla New York University, collaborando con il Dottor Sang Choong Cho. Autore e co autore di pubblicazioni scientifiche in riviste nazionali ed internazionali ed è relatore a congressi nazionali ed internazionali. Dal 2008 è tutor nel programma annuale di Protesi Fissa e dei programmi semestrali di Parodontologia ed Implantologia che si svolgono all'interno del centro corsi dello Studio Agnini. Dal 2011 è un relatore del sito www.dentalxp.com di cui è parte del board editoriale. Autore del Libro 'La rivoluzione Digitale: La curva di Apprendimento' edito da Quintessenza nel 2014.

Dr. Andrea Mastrorosa Agnini graduated in 2007 from the University of Modena and Reggio Emilia.

Dr Agnini works in private practice in Modena and Sassuolo, Emilia Romagna, Italy, following his brother, Alessandro, focusing on Fixed Prosthetic Dentistry, Periodontology, and Implant Dentistry.

He attended the NYU College of Dentistry in the years 2009 - 2011 having, among others, as teachers and mentors Doctor Dennis Tarnow, Doctor Christian Stappert, Doctor Stephen Chu and Doctor Michael Bral.

He has been the Clinical Research Fellow of the Ashman Department of Periodontology and Implant Dentistry at NYU, under the supervision of Dr Sang Choon Cho.

He is co-author of various Italian and international scientific publications and international lecturer.

He is part, since 2008, of the scientific committee of the annual programs in Prosthetic Dentistry, Periodontology and Implant Dentistry based at Studio Agnini Odontoiatria.

Since 2011 he is a lecturer of the Dental Xp Website, being also part of the Editorial Board. Author of the book 'Digital Dental Revolution: The Learning Curve' edited by Quintessence.

12.00 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - FRIDAY, MAY 27, 2016

LA RIVOLUZIONE DIGITALE: LA CURVA DI APPRENDIMENTO

Nelle riabilitazioni protesiche, abbiamo utilizzato per anni protocolli codificati ed ampiamente descritti in letteratura, con risultati che hanno soddisfatto le nostre esigenze ed anche quelle dei nostri pazienti. Si può affermare che l'avvento delle nuove tecnologie abbia permesso al team odontoiatrico di utilizzare nuovi materiali e nuovi strumenti che hanno facilitato la produzione, un adattamento ed una precisione del manufatto protesico che era stata, fino ad oggi, difficile da ottenere in maniera standardizzata. Oggi, la presa dell'impronta digitale è una delle aree più studiate in odontoiatria, dato che lo scanner tridimensionale orale viene richiesto per diverse finalità cliniche quali protesi, su denti naturali ed impianti, ed ortodonzia. Tutti gli scanner orali esistenti stanno cercando di eliminare i limiti e gli svantaggi dei protocolli tradizionali, mantenendo un alto livello di precisione per poter diventare una alternativa efficace alle tecniche analogiche. Durante la presentazione verranno analizzati diversi casi clinici, sottolineando i protocolli digitali che hanno sviluppato nel corso della loro curva di apprendimento, ponendo la loro attenzione sui continui sviluppi dei materiali dei materiali e delle loro caratteristiche, ed i miglioramenti quotidiani dei nuovi software. Vengono anche descritti come i materiali e le tecniche tradizionali siano stati in parte sostituiti con le nuove innovative tecnologie, e come i risultati ottenuti da queste sistematiche siano alla pari, ed in molti anche migliori, di quelle tradizionali.

THE DIGITAL REVOLUTION: THE LEARNING CURVE

In prosthetic rehabilitations, we used for many years codified and widely described protocols in literature, with results that met our expectations and well above those of our patients. It is true that the advent of new technologies has enabled the dental team to use new material and new equipment that facilitated the production of an adaptation and an accuracy of the prosthetic rehabilitation that has, up to now, been difficult to obtain. Today, intra-oral mapping technology is one of the most exciting new areas in dentistry since three dimensional scanning of the mouth is required in a large number of procedures such as prosthodontics, implant dentistry and orthodontics. All the existing intra-oral scanners are trying to face the limitations and the disadvantages of the traditional impression procedure maintaining an high accuracy level in order to be used as an efficacious alternative to the conventional impression technique. With this presentation, the authors analyze different cases, highlighting the operational differences that they have developed over time, with the increasing knowledge of the new materials and the daily developing of the new softwares. It is also described how traditional materials and techniques have been replaced with other innovative new technologies, and how the results obtained with these are systematic and overlapping times better than traditional one.

12.30 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - *FRIDAY, MAY 27, 2016*



Il Dr. Ueli Grunder si è laureato presso l'Università di Zurigo, Svizzera, nel 1982. Presso la stessa università ha conseguito anche la specializzazione post-laurea in protesi fissa. È specialista di protesi fissa nella Swiss Society of Prosthodontics (SSRD) e di implantologia nella Swiss Society of Oral Implantology (SGI). Ha avuto uno studio privato nel periodo 1989 - 2014 insieme al Dr. Thomas Gaberthüel e al Dr. David Schneider e al Dr. Ronald Jung presso Zollikon-Zurich, ha pubblicato numerosi articoli e ha tenuto numerose relazioni in ambito nazionale e internazionale sugli aspetti chirurgici e protesici dell'implantologia. Il suo libro 'Implants in the aesthetic zone' è stato pubblicato da Quintessence nel 2015. Dr. Grunder è Past-president della Swiss Society of Oral Implantology (SSOI) e Past-President della European Academy of Esthetic Dentistry (EAED).

Dr. Ueli Grunder received his DMD degree from the University of Zurich, Switzerland, in 1982. His post-graduate education in advanced fixed prosthodontics also came from the University of Zurich. He is specialist in fixed prosthodontics of the Swiss Society of Prosthodontics (SSRD) and in implantology of the Swiss Society of Oral Implantology (SGI). He maintains a private practice from 1989 - 2014 together with Dr. Thomas Gaberthüel and with Dr. David Schneider and Dr. Ronald Jung since 2014 in Zollikon-Zurich and has published numerous papers and extensively lectured nationally and internationally on the surgical and prosthetic aspects of implant dentistry. His book 'Implants in the aesthetic zone' was published by Quintessence 2015. Dr. Grunder is Past-president of the Swiss Society of Oral Implantology (SSOI) and Past-President of the European Academy of Esthetic Dentistry (EAED).

GLI IMPIANTI NELLA ZONA ESTETICA

Il posizionamento di impianti è diventata una procedura di routine, con risultati altamente predibili. L'ambito più impegnativo è ancora rappresentato dalle zone estetiche.

Viste le numerose opzioni di trattamento oggi disponibili, l'analisi del caso e la pianificazione del trattamento sono diventate fasi ancor più importanti. La conoscenza dei limiti da un punto di vista biologico di ciascuna tecnica risulta indispensabile per la pianificazione del caso.

Molto spesso, il problema maggiore è garantire osso sufficiente a supportare il tessuto molle. L'approccio tridimensionale è il fattore chiave per il successo.

IMPLANTS IN THE AESTHETIC ZONE

To place implants has become a routine procedure, and results can be achieved with a high predictability. The most challenging field is still the aesthetic zone.

Because of the variety of treatment options available today the analysis of the case and treatment planning have become an even more important treatment step. Understanding the limits from the biological point of view and the limits of each technique is mandatory in order to plan a case.

Most often the great problem is to guarantee enough bone to support the soft tissue. A three-dimensional approach is the key factor for success.

GIUSEPPE LUONGO

14.30 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - FRIDAY, MAY 27, 2016



Laurea in medicina e chirurgia nell'Università di Napoli. Specializzazione in Odontostomatologia nell'Università di Roma e specializzazione in Chirurgia Maxillo-Facciale nell'Università di Napoli. Dall'inizio della propria attività professionale si dedica alla chirurgia ricostruttiva mediante l'uso di impianti osteointegrati nelle riabilitazioni intra ed extra orali. Socio attivo dell'Academy of Osseointegration e di altre associazioni italiane e straniere nonché autore di numerose pubblicazioni prevalentemente di argomento implantare. Co-editor del libro 'Il successo in Implantologia' edito da Elsevier. Author of the Book 'Digital Implantology' edito da Quintessence. Docente a Master e Corsi di perfezionamento in implantologia in diverse Università italiane. Dal 1999 professore a contratto presso la scuola di specializzazione in Chirurgia Maxillo Facciale dell'Università Federico II di Napoli. Presidente della SIO (Società Italiana di Implantologia Osteointegrata) nel biennio 2009-2011. Presidente della Digital Dentistry Society. Esercita la libera professione in Roma.

*Degree in medicine and surgery from the University of Naples in 1980.
Post-graduate Specialization in Odontostomatatology in the University of Rome in 1983,
Post-graduate Specialization in Maxillo-Facial Surgery in the University of Naples in 1988.
Since 1988, his main interest is intra-and extra-oral reconstructive surgery through the use
of osseointegrated implants. Adjunct Professor at the School of Maxillo-Facial Surgery of the
University Federico II of Naples from 1999. Active Member of the Academy of Osseointegration.
Member of several Italian and international professional associations, and author of numerous
publications mainly in the field of implantology. Editor and Author of the book 'Il Successo
in Implantologia' edited by Elsevier. Author of the book 'Digital Implantology' edited by
Quintessence. President of the Italian Society of Osteointegration (SIO), from 2009 to 2011.
President of the Digital Dentistry Society (DDS). Private practice in Rome.*

FULL DIGITAL DENTISTRY: LA TOTALE DIGITALIZZAZIONE DELLE PROCEDURE DELLO STUDIO MODERNO

È indubbio che la rivoluzione digitale sta cambiando radicalmente la maniera in cui le persone pensano, comunicano e lavorano. Il mondo dell'odontoiatria non è di certo stato escluso da questo processo: computers e dispositivi digitali eseguono ormai di routine molte delle cose che solo pochi anni fa erano operazioni manuali. E questo avviene in maniera più rapida, economica e riproducibile.

Dopo un lungo periodo di osservazione riteniamo che oggi la qualità e l'affidabilità di queste nuove tecnologie sia tale da permetterci di completare questa rivoluzione digitale che è in atto da molti anni attraverso l'introduzione di nuovi dispositivi e modalità operative nella routine di lavoro dei nostri studi.

Diverse applicazioni di 'Digital Dentistry' verranno presentate e discusse evidenziandone potenzialità e benefici senza trascurarne i limiti.

Un breve accenno verrà dedicato alla presentazione di una nuova Società Scientifica, la Digital Dentistry Society. Essa ha come obiettivo primario quello di favorire lo sviluppo e l'applicazione delle tecnologie digitali in odontoiatria valutandone con obiettività e rigore scientifico i reali vantaggi per i clinici e per i pazienti.

FULL DIGITAL DENTISTRY: THE TOTAL DIGITALIZATION OF THE PROCEDURES OF THE MODERN DENTAL PRACTICE

The Digital revolution is changing the way people think, communicate and work.

Even the world of Dentistry is experiencing the effects of the Digital revolution: computers and Digital devices are making what were previously manual tasks easier, faster, cheaper and more predictable.

Digital technologies are rapidly advancing in Dentistry: new tools such as intra/ extra-oral scanners, cone beam computed tomography (CBCT) scanners, computer aided design/ computer aided manufacturing (CAD/CAM) softwares and innovative fabrication procedures such as 3D printing and layered manufacturing are changing the way we treat and communicate with our patients. Moreover, now the technology is mature enough and priced reasonably to complete the digital revolution in dentistry. Different applications of the new digital dental procedures will be presented discussing their benefits and limits.

To improve the evidence base of this new digital procedures and to provide a support network for all dental health professionals, a Scientific International Society has been established. It has been named DIGITAL DENTISTRY SOCIETY (DDS). Its scopes and philosophy will be show.

GIOVANNI POLIZZI

15.00 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - FRIDAY, MAY 27, 2016



Laureato in Medicina e Chirurgia, specializzato in Anestesiologia e Rianimazione presso l'Università di Milano dove lavora in Chirurgia d'Urgenza, Cardioanestesia e Rianimazione fino al 1977.

Nel 1980 completa la sua specializzazione in Odontostomatologia e Protesi Dentaria presso l'Università di Padova. Dal 1985, dopo tirocinio clinico presso le Università di Lund e Gothenburg, lavora a tempo pieno nel campo dell'osteointegrazione. Ha partecipato a numerosi studi clinici multicentrici internazionali e come relatore a congressi nazionali ed internazionali.

È autore di numerosi articoli; è coautore di un testo sul carico immediato.

Ha pubblicato articoli sul carico immediato di impianti ed in siti post-estrattivi.

Negli ultimi anni ha sviluppato un protocollo per l'utilizzo della chirurgia guidata nelle inserzioni implantari in siti post-estrattivi e nelle zone tubero-pteroigoidee e con carico immediato.

A Verona svolge la sua attività di libero professionista dedicandosi alla Chirurgia Implantare.

È membro attivo dell'EAO, dell'AO e della SIO - Società Italiana di Implantologia Osteointegrata.

Dr. Giovanni Polizzi has got MD, DDS degree and a Certificate in Anesthesiology. He has devoted himself to tissue-integrated reconstruction since 1986 after clinical training at Lund and Gothenburg Universities. He has published several articles and is a frequent lecturer in several post-doctoral programs and congresses. Dr. Polizzi has acquired great experience using pterygoid implants and, with a modified diagnostic protocol, NobelGuide in extraction sites. At his Verona clinic, he dedicates himself to oral-implant surgery. He is an active member of AO and EAO.

VANTAGGI DELLA CHIRURGIA GUIDATA IN ALVEOLI POST-ESTRATTIVI E IN ZONA TUBERO-PTERIGOIDEA

L'evoluzione delle metodiche basate su pianificazione a computer e sull'inserzione guidata degli impianti ne ha permesso l'applicazione anche in casi complessi dove è prevista l'inserzione immediata in siti post-estrattivi consentendo al paziente di mantenere una dentatura residua, irrimediabilmente compromessa, fino al giorno della chirurgia ed evitando quindi il disagio di una fase intermedia con una protesi rimovibile.

L'analisi viene fatta con una speciale guida radiografica ricomponibile nei totali o con SmartFusion nei parziali. L'indicazione ideale per questa procedura è la riabilitazione totale o parziale superiore con lo scopo di restaurare e ridurre il riassorbimento e il rimodellamento osseo che sarebbero maggiori lasciando guarire gli alveoli residui sotto una dentiera. L'inserzione guidata di impianti in zona tubero-pteroigoidea permette, con maggiore sicurezza e prevedibilità, di evitare al paziente la chirurgia ossea rigenerativa e/o Inlay grafts rendendo quindi il trattamento minimamente invasivo e di minor durata.

ADVANTAGES OF GUIDED SURGERY IN EXTRACTION SOCKETS AND IN TUBER-PTERYGOID AREA

The development of methods based on computer planning and guided insertion of implants has allowed the application even in complex cases like immediate insertion in post-extraction site. This allows the patient to maintain a residual compromised dentition until the day of surgery thus avoiding the inconvenience of an intermediate stage with a removable prosthesis.

The analysis is done with a special radiographic guide reassembled in total cases or with SmartFusion system in partial cases. The ideal indication for this procedure is total or partial rehabilitation in upper jaw. The purpose is to immediately restore and to reduce reabsorption and bone remodelling that would be much greater leaving the residual alveolus to heal under a denture. The guided insertion of implants around the tuber-pterygoid area allows, with greater security and predictability, to avoid the patient preliminary bone regenerative procedure and/or Inlay grafts thus making the treatment less invasive and in shorter time.

TOMMASO CANTONI

15.30 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - *FRIDAY, MAY 27, 2016*



Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentale presso l'Università degli Studi di Milano nel 1990. Successivamente si è specializzato in protesi presso la Boston University conseguendo il Certificate of Advanced Graduate Studies nel 1993 e il Master of Science nel 1995. Fa parte del comitato scientifico dell'edizione italiana dell'International Journal of Prosthodontics e dell'ISSD (International Society for Digital Dentistry). Socio Fondatore del GICC (Gymnasium Interdisciplinare CAD CAM). È stato Presidente della B.U.I.A. Boston University Italian Alumni per il biennio 2013-2014. Libero professionista in Verona si occupa di protesi fissa, mobile e protesi su impianti.

Dr. Tommaso Cantoni graduated from the University of Milan School of Dentistry in 1990. He then specialized in Prosthodontics at Boston University and received the Certificate of Advanced Graduated Studies in 1993 and the Master of Science in 1995. He is on the scientific committee of the Italian edition of the International Journal of Prosthodontics and on the scientific advisory board of the ISSD (International Society for Digital Dentistry). He is a founder member of the GICC (Gymnasium Interdisciplinare CAD CAM). He has been President of the B.U.I.A. Boston University Italian Alumni in 2013 and 2014. He has been lecturing on the subject of implantology and prosthodontics both nationally and internationally. He is a principal in a private practice with other specialists in Verona (Italy), mainly treating complex cases in a team setting.

LA PROGRAMMAZIONE PROTESICA IN CHIRURGIA GUIDATA

Dal punto di vista protesico la possibilità di prevedere la posizione finale dei denti prima della chirurgia implantare è di fondamentale importanza per risolvere il caso in maniera ottimale. Con l'aiuto di apposite dimesse radiologiche scomponibili è possibile una diagnosi accurata e una programmazione chirurgica precisa, soprattutto nei casi di riabilitazione di una arcata completa, in cui gli elementi dentali residui debbano essere estratti e si trovino in una posizione non ideale. Lo sviluppo di nuovi software permettono, nei casi di edentulia parziale, di ottenere gli stessi risultati in maniera semplificata, senza nemmeno dover predisporre una ditta radiologica.

PROSTHETIC PLANNING IN GUIDED SURGERY

From a prosthetic point of view, the possibility to preview the final teeth position prior to the implant surgery, it is of great importance to solve the case in an optimal way. With the aid of a special multiple piece radiological template, it is possible to perform an accurate diagnosis and a precise implant planning, especially for those cases of total arch rehabilitation, where the residual teeth have to be extracted and are not in an ideal position. New software developments allow, in partial edentulous cases, to obtain the same results in a simplified way, without even the need of a radiological template.

ANDREA CHIERICO



Laureato in Odontoiatria presso l'Università degli Studi di Padova (1987). Specializzato in Parodontologia (CAGS) presso Boston University - USA - (1993-1995). Docente dal 1995 al 2001 nei corsi di perfezionamento in Chirurgia Orale e Implant-protesi presso l'Università degli Studi di Padova, di seguito dal 2001 al 2004 presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, dal 2008 al 2010 presso l'Università Internazionale di Catalunya (Barcellona), dal 2011 ad oggi presso il dipartimento di Parodontologia dell'Università degli Studi di Torino. Socio fondatore BUIA (Boston University Italian Alumni). Dal 1995, ha partecipato come relatore in conferenze nazionali ed internazionali trattando argomenti clinici e di ricerca sperimentale. Autore e coautore di articoli nel campo implantare e della rigenerazione ossea su riviste internazionali peer-reviewed. Socio attivo attivo della Società Italiana di Osteointegrazione. Membro della American Accademy of Periodontology. Direttore Sanitario dello studio odontoiatrico Synergy di Verona dove svolge la libera professione dedicandosi alla parodontologia, alla implantologia e alla chirurgia orale, dal 2008 coordinatore presso la stessa sede di un attività didattica principalmente dedicata all'implantologia e parodontologia (Advanced Dental Culture www.abcdental.it).

Graduated in Dentistry at the University of Padua (1987). Specialized in Periodontology (CAGS) -USA- at Boston University (1993-1995). 1995-2001 lecturer in courses in Oral Surgery and Implant prosthesis at the 'University of Padua, from 2001 to 2004 at the University of Modena and Reggio Emilia, from 2008 to 2010 at the' 'International University of Catalonia (Barcelona), from 2011 to today in the Department of Periodontology of the University of Turin. Founding partner BUIA (Boston University Italian Alumni). Since 1995, he has participated as a speaker at national and international conferences on topics of clinical and experimental research. Author and co-author of articles in the field of implant and bone regeneration on international peer-reviewed journals. Active member of the Italian Society of Osseointegration. Member of the American Academy of Periodontology. Medical Director of the dental practice Synergy in Verona where he practices devoted to periodontics, implant dentistry and to the oral surgery, coordinator since 2008 at the same venue of an educational activity mainly dedicated to implantology and periodontics (Advanced Dental Cultures - www.abcdental.com).

DAVIDE FAGANELLO



Diplomato come odontotecnico nel 1998, Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria a Padova nel 2004, ha frequentato numerosi corsi riguardanti la riabilitazione protesica in particolare con il dott. Mauro Fradeani. Si occupa dal 2009 in maniera esclusiva di protesi su denti naturali ed impianti presso il suo studio privato ed in collaborazione con professionisti di importanza internazionale.

Graduated as a dental technician in 1998. Degree in Dentistry in Padua in 2004, attending numerous courses on prosthetic rehabilitation in particular with Dr. Mauro Fradeani. Fully dedicated since 2009 to prosthesis on natural teeth and implants at his private practice and in collaboration with professionals of international importance.

16.00 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - FRIDAY, MAY 27, 2016

L'INTEGRAZIONE TISSUTALE E CROMATICA DEI RESTAURI IN AREA ESTETICA: CONSIGLI PER LA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE CLINICHE

L'integrazione tra estetica rosa ed estetica bianca e la loro stabilità nel tempo è un argomento quanto mai dibattuto. Un restauro ideale prevede una integrazione armoniosa con i tessuti molli adiacenti e che questi siano in grado di mantenersi stabili nel tempo. Le problematiche cliniche rispetto all'ottenimento di tale obiettivo sono molteplici, di natura diagnostica, parodontale e protesica. Lo scopo della presentazione è quello di affrontare argomenti come: diagnosi del biotipo tissulare, scelta di tecniche di chirurgia plastica parodontale adeguate e prevedibili, la scelta del materiale restaurativo, presenza di pilastri discromici, l'integrazione cromatica dei restauri rispetto ai tessuti molli e dare dei consigli pratici per la gestione degli stessi.

THE TISSUE AND COLOR INTEGRATION OF RESTORATIONS IN AESTHETIC AREA: ADVICE FOR THE MANAGEMENT OF CLINICAL PROBLEMS

The integration between pink and white aesthetics and their stability over time is a topic so controversial. An ideal restoration provides for a harmonious integration with the soft tissues adjacent and for their stability over time. The clinical problems compared to obtaining this goal are manifold, of nature diagnostic, periodontal and prosthetic. The purpose of the lecture is to address topics such as: diagnosis of biotype tissue, choice of periodontal plastic surgery techniques adequate and predictable, the choice of restorative material, presence of pillars discolored, integrating color restorations compared to the soft tissues and give practical advice for the management of the same.

CHRISTIAN BERGER

17.00 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - *FRIDAY, MAY 27, 2016*



Christian Berger è nato a Kempten/Germania nel 1957. Ha studiato odontoiatria presso le università di Heidelberg, Antwerp e Londra ottenendo la qualifica accademica nel 1984. Nel 1989 ha conseguito la laurea odontoiatrica in Chirurgia Orale presso il reparto di Chirurgia Orale e Maxillofacciale dell'Università di Heidelberg. Dal 1989 esercita nel suo studio privato a Kempten/Germania. I suoi interessi si focalizzano sulla chirurgia orale, sulla parodontologia e sull'estetica. Nel 2002 è stato eletto vice presidente della Bavarian Dental Chamber e nel 2006 è stato nominato responsabile del reparto di formazione post laurea. Dal 2014 è presidente della Bavarian Dental Chamber. Dal 2005 è presidente della European Association of Dental Implantologists (BDIZ EDI).

Christian Berger was born in Kempten/Germany in 1957. He studied dentistry at the universities of Heidelberg, Antwerp and London to gain full academic qualification in 1984. In 1989 he received his degree as Dentist of Oral Surgery from the University of Heidelberg's Department of Oral and Maxillofacial Surgery. Since 1989 he runs his own dental practice in Kempten/Germany. His special interests are focussed on dental surgery, periodontology and aesthetics. 2002 he was elected vice president of the Bavarian Dental Chamber and 2006 he was appointed head of the department of postgraduate education thereto. Since 2014 he is president of the Bavarian Dental Chamber. Since 2005 he is president of the European Association of Dental Implantologists (BDIZ EDI).

L'INFLUENZA DI POSIZIONAMENTO DELL'IMPIANTO PER IL SUCCESSO A LUNGO TERMINE, EVITANDO IL MALPOSIZIONAMENTO DELL'IMPIANTO

A differenza di altre discipline odontoiatriche, la terapia implantare non può iniziare se non quando siano già presenti gravi deficit, come la perdita di denti e danni al tessuto duro e molle. La relazione fornirà una panoramica delle opzioni per evitare rischi in fase precoce, nonché evitare e gestire le complicanze:

- Valutazione del rischio mediante il 2012 Cologne ABC Risk Score;
- classificazione delle insufficienze ossee mediante il 2013 CCARD (Cologne Classification of Alveolar Ridge Defects);
- corretta pianificazione protesica per evitare il malposizionamento implantare / in che modo è possibile evitare le complicanze dovute a una pianificazione non corretta?

Attualmente, dobbiamo prestare molta attenzione al fatto che le opzioni terapeutiche non siano giudicate solo in base al singolo spettro terapeutico del dentista. Senza la collaborazione tra clinico, odontotecnico e paziente non si può ottenere né conservare il successo funzionale ed estetico.

THE INFLUENCE OF IMPLANT POSITIONING FOR LONG TERM SUCCESS, AVOIDING IMPLANT MALPOSITIONING

Unlike other dental disciplines, implant therapy is not to start until severe deficits have already been existing: loss of teeth, damage of hard and soft tissue. The lecture will provide an overview of the options on how to avoid risks in an early state and to prevent and manage complications:

- *Risk assessment using the 2012 Cologne ABC Risk Score;*
- *classifying bone deficiencies with the 2013 CCARD (Cologne Classification of Alveolar Ridge Defects);*
- *proper prosthetic treatment planning to avoid implant malpositioning / how can complications be avoided caused by inadequate planning?*

Today, there is to pay close attention that therapeutic options are not to be judged solely by the dentist's individual therapeutic spectrum. Without the cooperation between clinician, dental technician and patient neither functional nor aesthetical success can be reached or preserved.

LORIS PROSPER

17.30 - VENERDÌ 27 MAGGIO 2016 - FRIDAY, MAY 27, 2016



Nei 1968 inizia l'attività lavorativa come orafo a Valenza Po'.

Dal 1971 al 1976 frequenta lo studio del Prof. G. Hruska a Milano iniziando così l'attività pratica di odontotecnico. Contemporaneamente si iscrive alla scuola per odontotecnici all'Istituto 'Cesare Correnti', dove si diploma nel 1974. Nel 1982 riveste il ruolo di insegnante nei seminari di protesi, consulente per problematiche gnatologiche e membro del reparto di ricerche in ceramica e metallurgia alla Scuola di Specializzazione in Odontostomatologia dell'Università di Genova. Nello stesso anno è consulente tecnico e scientifico della ditta Shofu di Kyoto in Giappone. Consegue la Laurea in Medicina e Chirurgia a pieni voti.

A.A. 1991-1994 Professore a contratto della Cattedra di protesi Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria Università G. D'Annunzio Chieti Direttore Prof. M. Quaranta.

Lo stesso anno è Direttore Scientifico della rivista QDT 'Quintessence of Dental Technology' ed. italiana. A.A. 2001-2002 Docente al Master Internazionale Biennale di Implantologia e Riabilitazioni Protesiche Università La Sapienza Roma. Dal 2002 Professore a.c. Università Vita e Salute San Raffaele Milano come Responsabile Reparto Odontoiatria Estetica. Dal 2006 è

Titolare dell'insegnamento di 'Materiali Dentali' presso il CLID, Università Vita e Salute San Raffaele Milano. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali. Co-autore dei testi 'L'impronta in protesi dentale' e 'La protesi su impianti osteointegrati' del Prof. E.F. Gherlone, editi da Masson. Dal 2013 insegnamento al corso di odontoiatria su 'Materiali estetici in tecnologie protesiche'. Svolge libera professione in Monza e Ospedale San Raffaele.

In 1968 he began his work as a goldsmith in Valenza Po'.

From the 1971-1976 attended the studio of Prof. G. Hruska in Milan thus beginning the activity of the dental practice. At the same time he enrolled at the school for dental institute 'Cesare Correnti', where he graduated in 1974. In 1982 he held the position of teacher in the seminaries of the prosthesis, a consultant for gnathologic problems and a member of the department of research in ceramics and metallurgy at the Postgraduate School of Dentistry at the University of Genoa. In the same year, technical and scientific consultant of the firm Shofu Kyoto in Japan. He graduated in Medicine and Surgery with honors. A.A. 1991-1994 Adjunct Professor of the Chair of the prosthesis Degree in Dentistry University GD 'Annunzio Chieti Director Prof. . M. Quaranta.

The same year he was Scientific Director of the review QDT 'Quintessence of Dental Technology' ed. Italian. A.A. 2001-2002 Lecturer in the Master International Biennial of Implantology and Prosthetic Rehabilitations La Sapienza University in Rome Since 2002 Professor BC University Vita- Salute San Raffaele in Milan as Head of Department Aesthetic Dentistry. Since 2006 he is Professor of 'Dental Materials' at the CLID, University Vita-Salute San Raffaele in Milan. Author of numerous scientific publications in national and international journals. Co-author of the texts 'The impression in dental prosthesis' and 'The prosthesis on osseointegrated implants' by Prof. EF Gherlone, published by Masson. From 2013 to teaching dentistry course on 'Materials aesthetic prosthetic technologies'. It carries profession in Monza and San Raffaele Hospital in Milan.

COME LA MORFOLOGIA GENGIVALE INFLUENZA LA PREPARAZIONE DEL DENTE? QUANTA IMPORTANZA RIVESTE LA PRECISIONE MARGINALE PER L'OTTENIMENTO DI UN FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE?

Il design delle preparazioni dei pilastri naturali è uno dei grandi argomenti della protesi dentale. Anche oggi si continua a discutere su quale disegno marginale sia preferibile. Molte scuole protesiche si concentrano ad insegnare i passaggi tecnici per la definizione del margine di chiusura piuttosto che sull'utilizzo del biotipo gengivale per scegliere quale sia il migliore margine di chiusura per ogni caso specifico.

In questo discorso ci sarà un primo sguardo ai risultati di uno studio a lungo termine ancora in corso per analizzare l'influenza di accuratezza marginale sui risultati a lungo termine dei restauri dentali. La variabile misurata è la tutela della salute parodontale e dell'estetica rosa nel tempo in relazione alle chiusure marginali. I risultati sono suddivisi in base al tipo di materiale della corona.

HOW GINGIVAL MORPHOLOGY INFLUENCE TOOTH PREPARATION? HOW MUCH IMPORTANCE MARGINAL FIT HAS IN ORDER TO OBTAIN LONG TERM FOLLOW UP?

Preparation design of natural abutments is one of the major topics of dental prosthetics. Even today we keep on discussing which marginal design is preferable. Lots of prosthetic schools focus on teaching the technical steps of marginal design shaping rather than on using gingival biotype to choose which is the best crown preparation margin for each specific case.

In this speech there will be an early look to the results of a ongoing long-term study analyzing the influence of marginal accuracy on long-term outcome of tooth-supported restorations. The variable measured was the preservation of periodontal health and of pink aesthetics in time in relation to marginal closures. Results are subdivided according to type of crown material.

ANNA MARINIELLO



Laureata con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli 'Federico II' nel 2004. Consegue il Perfezionamento in Ortognatodonzia nell'anno 2004/2005 presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II. Si è specializzata in Ortognatodonzia nel 2010 presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Autrice di poster e pubblicazioni su riviste specialistiche nazionali e internazionali. Relatrice a congressi nazionali e internazionali. Autrice di un testo di ortodonzia linguale 'Atlante di ortodonzia linguale fissa senza attacchi', Quintessenza Edizioni. Esperta nell'ortodonzia invisibile, da sempre dedita alla realizzazione di terapie ortodontiche che oltre ad essere invisibili siano anche confortevoli per il paziente. Fondatrice insieme ai colleghi Fabio Cozzolino e Roberto Sorrentino del blog in odontoiatria <http://www.zerodonto.com/> dove condivide la sua esperienza clinica attraverso la presentazione di casi clinici trattati mediante l'ortodonzia invisibile senza attacchi. Esercita la libera professione presso lo studio Odontoiatrico Cozzolino sito a Napoli in via Santa Lucia 107.

Graduated with full marks and honors in Dentistry in 2004 at the University 'Federico II' of Naples. She attended a Postgraduate Retraining Course in Orthodontics in 2004/2005 at the University 'Federico II' of Naples. Then she specialized in Orthodontics in 2010 at the Catholic University of the Sacred Heart of Rome. Author of posters and publications in national and international specialized journals. Lecturer at several national and international Congress. Author of a text of lingual orthodontics 'Atlas of bracketless fixed lingual orthodontics', Quintessenza Edizioni. Expert in invisible orthodontics, she has always been dedicated to providing therapies that besides being invisible are also comfortable for the patient. Founder with Dr. Fabio Cozzolino and Dr. Roberto Sorrentino of the dental blog <http://en.zerodonto.com/> where she shares her clinical experience showing some her invisible lingual orthodontic without brackets clinical cases. She has her private practice in Naples, at Cozzolino dental office, in via Santa Lucia 107.

FABIO COZZOLINO



Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli 'Federico II' nel 1996. Ha frequentato il Corso di perfezionamento in Parodontologia ed Implantologia presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli 'Federico II', negli anni 1999-2000. Ha conseguito il Dottorato di Ricerca presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli 'Federico II', negli anni 2000-2003. È Socio ordinario della Società Italiana di Parodontologia (SIdP), è socio ordinario della Società Italiana di Osteointegrazione (SIO) ed è membro ITI-Straumann. Autore di pubblicazioni su riviste specialistiche nazionali ed internazionali. Autore di un testo di ortodonzia linguale 'Atlante di ortodonzia linguale fissa senza attacchi', edito da Quintessenza Edizioni. Esercita come libero professionista presso lo studio di Napoli sito in Via Santa Lucia 107, 80132 Napoli, dove collabora con la dottessa Anna Mariniello che si interessa prevalentemente di Ortodonzia linguale senza attacchi ed il dott. Roberto Sorrentino che si interessa di protesi. Fondatore del Blog in odontoiatria <http://www.zerodonto.com/>, Fabio Cozzolino ha sempre dedicato tutti i suoi sforzi nel tentativo di trasmettere la sua esperienza clinica e scientifica agli altri. Con questo blog ha riunito un gruppo di colleghi mossi dallo stesso spirito nel tentativo di divulgare conoscenze in campo odontoiatrico. Il dottor Fabio Cozzolino all'interno dello studio si occupa prevalentemente di Implantologia e Parodontologia. È possibile consultare i casi clinici pubblicati nel blog www.zerodonto.com sotto la sezione implantologia.

Graduated with honors in Dentistry at the University 'Federico II' of Naples in 1996. In 1999-2000, attended a post-graduate course in Periodontology and Implantology at the Dental School of the University 'Federico II' of Naples. In 2003, received the PhD in Periodontology at the same University. Ordinary member of the Italian Society of Periodontology (SdP), of the Italian Society of Osseointegration (SIO) and member of the Straumann-ITI. Author of publications on national and international scientific journals. Co-Author of the textbook 'Atlas of Bracketless fixed Lingual Orthodontics', Quintessence Publishing. Private practitioner in his dental office in Naples, via Santa Lucia, 107 - 80132. Works together with Dr. Anna Mariniello, interested in Bracketless Invisible Lingual Orthodontics, and with Dr. Roberto Sorrentino, Prosthodontist. Founder of the Blog of Dentistry Zerodonto, he has always devoted his efforts to transmit his clinical experience to colleagues. Creating the blog, he brought together a team of young colleagues animated by the wish of communicating and sharing ideas and knowledge in Dentistry. Interested mainly in Periodontology and Implant Dentistry. His articles are available on the blog en.zerodonto.com in the Implantology section.

09.00 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016

L'ORTODONZIA LINGUALE FISSA SENZA ATTACCHI, UN NUOVO APPROCCIO ALL'ORTODONZIA

La maggiore richiesta di trattamento da parte dei pazienti adulti ha incrementato notevolmente l'utilizzo di terapie invisibili. Questo perché tali pazienti vivono spesso con disagio la presenza di apparecchiature visibili all'esterno e sono molto attenti all'estetica.

L'ortodonzia invisibile linguale senza attacchi offre la possibilità di essere trattati con un apparecchio fisso che oltre ad essere invisibile è anche estremamente confortevole, evitando irritazioni alla lingua e alterazioni della fonetica.

La terapia si realizza con fili ortodontici, modellati in base all'anatomia, alla posizione dentaria e in base agli spostamenti che si desiderano ottenere. Tali fili sono direttamente bondati alla superficie non visibile dei denti. Il filo maggiormente utilizzato è un intrecciato in acciaio, comunemente adoperato per la realizzazione di retainers passivi.

Gli autori espongono una serie di casi clinici ortodontici e multidisciplinari, di complessità differenti, esaminando la realizzazione e la gestione delle apparecchiature attraverso la loro modellazione, le sequenze di bondaggio e le pieghe di riattivazione.

Saranno presentate, nelle varie tipologie di classe dentaria, malocclusioni caratterizzate da affollamento dentario, open bite, deep bite, cross bite e recupero di denti inclusi. Si esamineranno anche spostamenti dentari realizzati per ottimizzare la funzione e l'estetica in casi protesici e chirurgici.

BRACKETLESS FIXED LINGUAL ORTHODONTICS, A NEW APPROACH IN ORTHODONTIC TREATMENT

The increased demand for treatment by adult patients has considerably enhanced the use of invisible therapies. This is because visible appliances often produce discomfort and patients pay always more attention to aesthetics.

Bracketless invisible lingual orthodontics allows fixed device treatment that besides being invisible is also extremely comfortable, avoiding tongue irritations and phonetic alterations.

The therapy is accomplished with orthodontic wires, shaped according to the anatomy, dental position and to the desired movements. These wires are directly bonded to the invisible surface of the teeth. The most used wire is a multistrand stainless steel wire, commonly used to create passive retainers.

The authors expose a series of orthodontic and multidisciplinary clinical cases, of different complexity, analyzing clinical procedures for fabricating appliances and their management through their modelling, the bonding sequences and the reactivation bends.

Different dental class malocclusion characterized by dental crowding, open bite, deep bite, cross bite and recovery of impacted teeth will be explained. Teeth movements designed to optimize the function and aesthetics in prosthetic and surgical cases will be also examined.

GIOVANNA PEROTTI



Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Specialistina in Ortognatodonzia.
Docente alla Scuola di Specialità in Ortognatodonzia dell'Università degli Studi di Milano (Direttore Prof. Antonino Salvato).
È attualmente Responsabile del Reparto di Ortodontia e Odontoiatria Infantile presso l'Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Tecnologie per la Salute, I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Clinica Odontoiatrica (Direttore Prof. R.L. Weinstein).
Docente al Corso Elettivo (Direttore: prof. A.B. Gianni): 'Terapia riabilitativa e ricostruttiva dei mascellari: quale collaborazione oggi tra ortodontista e implantoprotesista e chirurgo maxillo-facciale nella pratica clinica'. Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Università degli Studi di Milano, Docente al Master di Implantologia IRCCS Galeazzi Milano.
Autore del CD interattivo 'Implantologia estetica dei settori frontali. Approccio interdisciplinare ortodontico-implantare. Trattamento implantare su siti stabilizzati. Agenesie, edentulie da traumi, patologie endodontiche e parodontali. Impianti post-estrattivi' edito da Utet Scienze Mediche.
Autore di lavori scientifici su temi di Ortodontia.
Relatore in corsi di aggiornamento professionale in Italia.

Curriculum Dott.sa Giovanna Perrotti

Graduated in Dentistry. Specialist in Orthodontics.

Lecturer at the School of Specialization in Orthodontics at the University of Milan (Director Prof. Antonino Salvato). She's currently Head of the Department of Orthodontics and Dentistry Infant at the University of Milan, Department of Technologies for Health, IRCCS Galeazzi Orthopaedic Institute, Dental Clinic (Director Prof. R. L. Weinstein).

Elective Course Lecturer at (Director: prof. A. B. Gianni) 'Rehabilitative therapy and reconstructive surgery of the jaw: collaboration between implant surgeon-orthodontist and maxillofacial surgeon in clinical practice', Master of Science in Dentistry, University of Milan, Elective Course Lecturer at Master in Implantology IRCCS Galeazzi Institute Milan (ITALY).

Author of the interactive CD 'Implantology aesthetics of frontal areas. Interdisciplinary approach to orthodontic implant. Implant treatment sites stabilized. Agenesis, missing teeth from trauma, disease and periodontal disease. Post-extraction implants' published by UTET Medical Sciences. Author of scientific papers on topics of Orthodontics.

Speaker in professional training courses in Italy.

MASSIMILIANO POLITI



Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria con il massimo dei voti presso l'Università degli studi di Milano, AA 2011/2012. Specializzando in Ortodontia presso la Scuola di Specialità in Ortognatodonzia dell'Università di Milano (Direttore: Prof. C. Maiorana)

Tutor presso il Reparto di Ortognatodonzia della Clinica Odontoiatrica (Direttore: Prof. Roberto L. Weinstein) dell'I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche.

Vincitore del premio 'D.Tazza' dicembre 2013 come Miglior Tesi di Odontoiatria presso l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Perugia, con la tesi dal titolo: 'Studio comparativo tra analisi cefalometriche 2D e nuove proposte di metodiche cefalometriche 3D'.

Autore con il Prof. Testori e Dott.ssa Perrotti del libro: 'Imaging, 3D e Odontoiatria', editore Quintessenza 2014.

Tutor e docente del Lake Como Institute e del Advanced Implant Training Center.

Dedica gran parte del suo tempo alla ricerca nel campo della Diagnostica 3D.

Autore di pubblicazioni scientifiche nel campo dell'odontoiatria Digitale ed Implantare.

Svolge la sua attività di libero professionista in Lombardia e Umbria.

Degree in Dental Surgery (DDS) at the University of Milan, Italy.

Specializing in Orthodontics at the School of Specialization in Orthodontics at the University of Milan (Director: Prof. C. Maiorana).

Tutor at the Department of Orthodontics at the Dental Clinic (Director: Prof. Roberto L. Weinstein)

09.30 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016

IRCCS Galeazzi Orthopaedic Institute, Department of Biomedical, Surgical and Dental Sciences. Winner of the 'D. Tazza' award for the best thesis in dentistry at the order of doctors and dentists in Perugia, with thesis entitled: 'Comparative study between 2D cephalometric analysis and new 3D cephalometric methods'.

Editor with T. Testori and G. Perrotti of the book 'Imaging 3D in Dentistry' published by Quintessence Publishing 2014.

Tutor and Lecturer of the Lake Como Institute, Advanced Implant Training Center. Devotes much of his time to research in the field of 3D diagnostics.

Author of scientific publications in the field of Implant and Digital Dentistry. Private practice in Lombardia and Umbria.

EFFICACIA DELLA CEFALOMETRIA 3D NELLA PROGRAMMAZIONE DEI CASI ORTOGNATICI

Obiettivo della cefalometria è quello di, attraverso un sistema di misurazioni del cranio, poter eseguire un inquadramento nosologico di ogni tipologia facciale.

Ciò consente di eseguire delle diagnosi differenziali, di prospettare delle previsioni di crescita nei soggetti giovani, di progettare dei piani di trattamento ortodontici o finalizzati alle chirurgie riabilitative complesse.

Il limite più evidente della cefalometria è il fatto di eseguire misurazioni su radiografie bidimensionali che non possono rispecchiare integralmente l'anatomia tridimensionale del cranio.

La radiologia 3D supera questo limite e con essa si sviluppano i sistemi di misurazioni tridimensionali.

Gli obiettivi della cefalometria 3D multiplanare sono il riconoscimento delle dimensioni verticali del massiccio facciale, le proiezioni antero-posteriori della mascella e della mandibola.

Inoltre le indicazioni precise di valori di asimmetria scheletrica fra il lato destro e il lato sinistro.

L'eventuale asimmetria è valutata in funzione delle localizzazioni spaziali tridimensionali.

Questi dati forniscono materiale per l'inquadramento della malocclusione scheletrica in una visione 3D.

Si focalizza in modo molto efficiente il luogo del difetto scheletrico in senso verticale/sagittale e trasverso.

Da ciò si può dedurre una progettazione ortodontica e maxillo-facciale costruita su modelli virtuali che riproducono con margini di precisione elevatissimi i rapporti scheletrici.

Le progettazioni delle osteotomie attraverso i sistemi complementari forniscono un work-flow progettuale che si riporta in sala operatoria attraverso l'uso di splint chirurgici e placche di osteosintesi custom made.

Il rapporto cefalometrico fra la situazione pre-post serve di controllo meticoloso degli effetti del trattamento.

In conclusione l'utilizzo della cefalometria 3D è il risultato dell'evoluzione diagnostica in campo ortodontico che sempre più utilizza immagini tridimensionali soprattutto per le programmazioni orto-chirurgiche.

EFFECTIVENESS OF 3D CEPHALOMETRIC IN PROGRAMMING OF ORTHOGNATHIC CASES

The aim of cephalometry is the assessment of face types via cranial measurements which allow a range of diagnoses, prognosis of growth patterns in young subjects and planning orthodontic treatment or complex rehabilitation surgery.

The most important drawback of cephalometry is that the measurements are obtained using two dimensional radiographs which cannot faithfully reproduce 3D anatomy of the cranium.

The 3D radiology overcomes this drawback and can be used to develop 3D measurement systems. The aims of multiplane 3D cephalometry are the measurement of vertical dimensions of the face and the detection of any anterior-posterior protuberance of the mandible and/or maxilla as well as obtaining accurate measurements regarding skeletal asymmetry that may exist between the left and right sides.

Possible asymmetry is evaluated via spatial 3D localization. The data thus obtained allows the assessment of skeletal malocclusion in 3D images. It is hence possible to focus on the skeletal flaw, whether vertical sagittal or transverse, more efficiently. This in turn enables virtual orthodontic and maxillofacial planning that reproduces the skeletal structure with a high degree of precision.

The planning of osteotomies via complementary systems produces a work flow that can be utilized in the operating room in the form of surgical splints and custom made osteosynthesis plaques.

The cephalometric study between the pre and post conditions can be used to control the effects of the treatment in a meticulous manner.

In conclusion 3D cephalometry is the result of diagnostic advances made in the field of orthodontics which is increasingly using 3D images especially in orthognathic planning.

10.30 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



Il Dottor Giano Ricci ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia e la specializzazione in Odontoiatria presso l'Università di Firenze. Nel '72 ha iniziato la sua attività professionale di parodontologo presso la Boston University dove, dopo due anni di studi, ha ottenuto il "Master of Science in Periodontology". Dal '74, anno del suo rientro dagli Stati Uniti, svolge presso il suo studio di Firenze attività professionale dedicata esclusivamente alla parodontologia e dall'86 all'implantologia. Autore di numerose pubblicazioni in campo parodontale, ha recentemente pubblicato il testo "Diagnosi e Terapia Parodontale" edito da Quintessenza pubblicato in italiano, inglese e russo. Membro di numerose associazioni scientifiche nazionali ed internazionali è Socio attivo della European Federation of Periodontology (EFP), Socio onorario dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (AIOP), Fondatore Past President e Socio attivo della Società Italiana di Parodontologia, Presidente della European Academy of Esthetic Dentistry (EAED).

Doctor Giano Ricci graduated in Medicine and Surgery with specialization in dentistry at the University of Florence. In 1972 started his professional activity in periodontics at the Boston University where, after two years of study, he achieved the 'Master of Science in Periodontology'. He returned from USA in 1974 and since then he has his own practice dedicating himself exclusively to periodontics and, from 1986, to implant therapy.
Author of several publications about periodontics, he recently published the volume 'Diagnosi e Terapia Parodontale' published by Quintessenza both in Italian, English and Russian versions. He held several lectures, conferences, workshops and training courses on Periodontics, Implantology and Aesthetic in Europe, USA and Japan.
He is member of several scientific national and international associations and is an active member of the European Federation of Periodontology (EFP), honorary member of Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (AIOP), Founding Past President e active member of Società Italiana di Parodontologia, and President of European Academy of Esthetic Dentistry (EAED).

PARODONTOLOGIA OGGI: CHE COSA SIGNIFICA? CONSIDERAZIONI SU 44 ANNI DI ATTIVITÀ CLINICA

Che cosa è veramente importante in terapia parodontale?

Qual è il ruolo attuale e lo scopo finale della terapia non chirurgica, della chirurgia muco-gengivale, della chirurgia plastica parodontale e della chirurgia ossea?

Terapia funzionale e terapia estetica. Due mondi a parte?

Quali parametri decisionali seguire per ottenere un'estetica adeguata?

Quali parametri decisionali seguire per scegliere quando effettuare una terapia parodontale complessa e quando una terapia implantare?

Durante la relazione verrà data risposta a queste domande che il clinico si pone tutti i giorni nella pratica quotidiana.

PERIODONTICS TODAY: WHAT DOES IT MEAN? CONSIDERATIONS BASED ON 44 YEARS OF CLINICAL PRACTICE

What is really important in periodontics therapy?

Which is the effective role and the final aim of non-surgical therapy, mucogingival surgery, periodontal plastic surgery and bone surgery?

Functional therapy and aesthetic therapy. Two different worlds?

Which are the decisional parameters to be followed in order to achieve a proper aesthetic result?

Which are the decisional parameters to be selected when performing a complex periodontal therapy and when performing an implant therapy?

During the lecture an answer will be given to these questions that the clinic has to face every day in his/her daily practice.

GIOVANNI ZUCCELLI

11.15 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Socio Attivo della European Academy of Esthetic dentistry, Società Italiana Osteointegrazione e Società Italiana di Parodontologia, membro dell'European Federation of Periodontology e dell'American Academy of Periodontology.

Dottorato di Ricerca in 'Biotecnologie mediche' indirizzo 'Tecnologie biomediche' presso l'Università degli Studi di Bologna. Associate Editor e membro dell'Editorial Board dell'International Journal of Esthetic Dentistry e International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. Professore Associato di Parodontologia all'Università di Bologna. Abilitato al Ruolo di Professore Ordinario. Autore di più di 100 pubblicazioni in campo parodontale ed implantare. Relatore a congressi nazionali ed internazionali ed autore di numerose pubblicazioni su riviste internazionali. Autore di 2 libri-atlanti (editi da Martina) e di un libro sulla 'Chirurgia estetica mucogengivale' (edito da Quintessenza).

Co-autore del Capitolo 'Mucogingival therapy' del libro 'Clinical periodontology and implant dentistry' di Jan Lindhe & Niklaus Lang (ed. Wiley-Blackwell).

Degree in Dentistry and Prosthesis.

Active member of European Academy of Esthetic dentistry, Società Italiana Osteointegrazione and Società Italiana di Parodontologia, member of European Federation of Periodontology and American Academy of Periodontology.

PhD in 'Medical Biotechnologies' with orientation in 'Biomedical technologies' at Università degli Studi of Bologna. Associate Editor and member of the Editorial Board of International Journal of Esthetic Dentistry and International Journal of Periodontology and Restorative Dentistry.

Associated Professor of Periodontics at Università degli Studi of Bologna. Empowered to the role of Ordinary Professor. Author of more than 100 publications in the periodontal and implant field. Speaker in national and international congresses and author of several articles in international magazines. Author of 2 books-atlas (published by Martina) and of the book 'Chirurgia estetica mucogengivale' (published by Quintessenza).

Co-author of the chapter 'Mucogingival therapy' in the book 'Clinical periodontology and implant dentistry' by Jan Lindhe & Niklaus Lang (ed. Wiley-Blackwell).

IL TRATTAMENTO DEI DIFETTI ESTETICI PERIIMPLANTARI

La comparsa della superficie metallica o anche solo la sua trasparenza attraverso il sottile tessuto molle buccale sono frequentemente causa di lamentele estetiche da parte del paziente. Inoltre un erroneo posizionamento implantare può portare ad un posizionamento più apicale del margine gengivale della corona implantare rispetto al dente naturale adiacente anche senza alcuna esposizione di superfici metalliche. In questo caso il paziente lamenta la differente lunghezza dei denti adiacenti. Le tecniche di chirurgia plastica parodontale e in particolare la tecnica bilaminare, possono essere utilizzate con successo per ricoprire recessioni buccali e deiscenze del tessuto molle periimplantare, fornendo alla nuova corona protesica un tragitto transmucoso e un profilo di emergenza esteticamente soddisfacente per il paziente.

THE PERIMPLANT AESTHETIC DEFECTS TREATMENT

The appearing of the metal surface or even only its transparency through the thin buccal soft tissue lead often to aesthetic complaints by the patient. Moreover, an incorrect implant positioning may lead to a more apical positioning of the gingival margin of the implant crown in respect of the neighbouring tooth, even without any exposition of the metal surface. In this case, the patient complains about the different length of the neighbouring teeth. The periodontal plastic surgery techniques, in particular the bilaminar one, can be used with success in order to cover buccal recession and dehiscence of the periimplant soft tissue, giving to the new prosthetic crown a transmucosal path and an emergence profile that are appreciated by the patient.

FRANCESCA VAILATI

12.00 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



Dopo aver completato il corso di studi in Medicina presso l'Università di Bari nel 1996, la Dr. Vailati ha lasciato l'Europa per continuare il suo percorso formativo negli Stati Uniti d'America. Consegue nel 2000 la Laurea in Odontoiatria presso l'Università della Pennsylvania (USA) e nel 2003 la specialità in Protesi ed il MSD dall'Università del Connecticut (USA). Rientrata in Europa nel 2003, frequenta il Reparto di Protesi fissa diretto dal Prof Urs Belser presso l'Università di Ginevra, dove svolge il ruolo di senior lecturer. La Dr Vailati svolge la libera professione a Ginevra, dedicandosi all'odontoiatria restaurativa estetica ed alla protesi. Ha pubblicato numerosi articoli su argomenti di odontoiatria restaurativa ed implantologia e tiene corsi e conferenze su vari argomenti riguardanti la riabilitazione completa con tecniche adesive e la protesi su impianti.

Once completed her studies in Medicine at the University of Bari in 1996, Dr. Vailati left Europe in order to continue her professional training in the U.S.A.

She took her Dental Degree in 2000 at the University of Pennsylvania (USA) and three years later she specialized in Prosthesis and MSD at the University of Connecticut (USA).

She returned to Europe in 2003 and became part of the Fixed Prosthesis Department managed by Prof Urs Belser at the University of Geneva, where si work as senior lecturer. Dr Vailati is a part time free lance in Geneva, dedicating herself to aesthetic restorative dentistry and prosthesis.

She published several articles on restorative dentistry and implantology and she lectures on different items related to full rehabilitation with adhesive techniques and prosthesis on implants.

ODONTOIATRIA ADDITIVA VS SOTTRATTIVA. QUALE SEGUIRE?

Le usure dentali, legate all'erosione e a problemi parafunzionali (e.g. bruxismo), sono patologie frequentemente sottostimate che al giorno d'oggi colpiscono un numero di individui sempre maggiore.

Durante questa presentazione sarà affrontata la controversia sul perché una riabilitazione adesiva più precoce e meno invasiva deve essere preferita ad un trattamento convenzionale basato su un approccio sottrattivo e tale approccio posticiparlo. Nonostante le tecniche minimamente invasive possano semplificare le procedure cliniche e di laboratorio, il trattamento di pazienti affetti da usura dentale generalizzata continua ad essere una sfida, per i dentisti abituati a gestire un dente alla volta e non una bocca intera.

Un approccio semplificato, chiamato la '3 STEP Technique', è stato sviluppato dalla relatrice già nel 2005 all'Università di Ginevra ed implementato da anni con successo nella sua attività di studio privato.

La '3 STEP Technique' è un protocollo per ottenere una riabilitazione totale adesiva con un risultato prevedibile, la minima preparazione dentale ed il più alto livello di accettazione da parte del paziente. Non sempre una riabilitazione totale è necessaria, poiché un intervento terapeutico è proposto anche in situazioni meno severe di usura dentale.

Attraverso la 3 STEP MODIFICATA, casi di usura dentale iniziale possono essere intercettati più rapidamente, proteggendo la struttura dentaria restante piuttosto che lasciarla degradare col tempo.

L'utilizzo di nuovi materiali, come la ceramica pressata e i composti CAD-CAM, aiuta il clinico a continuare in questa nuova ottica. Questo cambio di atteggiamento (protezione del dente già al momento della prima esposizione della dentina) viene accettato volentieri dai pazienti per il suo minor costo economico ed il suo aspetto conservativo.

ADDITIVE DENTISTRY VS SUBTRACTIVE, WHICH FOLLOW?

Eating disorders, as bulimia and anorexia, or the abuse of acid substances, have severe impacts on dental structures.

The dissolution of enamel and dentin caused by gastric acid leads to a progressive dental destruction, with the consequence of biological, functional and aesthetic problems. The rehabilitation performed following the classical concepts of these clinical cases needs a lot of full coverage crown and endodontic treatments, with a great expenditure from a biological, economical and time point of view. The development of adhesive systems and composite resins now allows us to restore a tooth with a minimal or absent preparation. The minimal invasive principles should be the focus of the rehabilitation of those patients who are affected by severe tooth erosion. In the lecture the diagnostic and clinical steps of the rehabilitation of patients affected by erosion an abrasion will be examined, through a procedure developed thanks to the codification of steps, timing, materials and technique with aiming to make easier those treatment plans that, since few years ago, asked for great sacrifices from a biological, time and costs point of view.

MARIO IMBURGIA

14.00 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Dottore di Ricerca in Parodontologia (Università degli Studi di Palermo - Italia). Fellow dell'Accademia Internazionale di Estetica dento-facciale (IADFE) ed active member della Digital Dentistry Society. Assistant Clinical Teacher presso l'Università di Warwick dal 2011 al 2014 (Coventry - Regno Unito). Visiting Professor al Master in Clinical Dentistry presso la 'City of London' Dental School (Londra - Regno Unito) e presso la BPP University (Oxford - Regno Unito). Docente presso il corso di perfezionamento in Digital Dentistry - Università 'La Sapienza' (Roma). Docente presso il corso di Alta Formazione in Odontoiatria Digitale, Master di II Livello in Digital Dentistry - Università dell'Insubria (Varese). Docente all'European Certificate in Implant Dentistry - European Academy of Oral Surgery and Implantology. Relatore in congressi nazionali e internazionali, su argomenti correlati all'odontoiatria protesica ed estetica. Autore del libro 'iPad in Odontoiatria - La comunicazione digitale per il paziente e per il team' pubblicato da Quintessence Publishing. Esercita la libera professione a Palermo e Milano (Italia).

Graduated with honors in Dentistry. PhD in Periodontology (University of Palermo - Italy). Fellow of the International Academy of dental-facial Esthetics (IADFE) and active member of the Digital Dentistry Society. Assistant Clinical Teacher at the University of Warwick from 2011 to 2014 (Coventry - UK). Visiting Professor at Master in Clinical Dentistry at the 'City of London' Dental School (London - UK) and at BPP University (Oxford - UK). Lecturer at the Advanced course in Digital Dentistry - 'La Sapienza' University (Rome). Lecturer at the Master Course in Digital Dentistry - Insubria University (Varese). Lecturer at the European Certificate in Implant Dentistry - European Academy of Oral Surgery and Implantology. Speaker in national and international conferences on topics related to aesthetics and prosthetic dentistry. Author of the book 'iPad in Dentistry - Digital communication for the patient and for the team' published by Quintessence Publishing. Private practice in Palermo and Milan (Italy).

LA PIANIFICAZIONE ESTETICA DEL RESTAURO PROTESICO ATTRAVERSO STRUMENTI DIGITALI: ATTUALITÀ E NUOVE TENDENZE

Il Digital Smile Design è una tecnica per la pianificazione estetica del restauro protesico codificata e pubblicata nel 2011. Tale approccio ha rivoluzionato il modo di analizzare l'estetica dei nostri pazienti ed al tempo stesso ha fornito al clinico uno strumento eccezionale di comunicazione con il laboratorio e con il paziente. Negli ultimi anni software e applicazioni di ultima generazione sono stati introdotti sul mercato al fine di semplificare il workflow e rendere più predicable il risultato. Scopo della relazione sarà quello di fare il punto sulle tecniche di previsualizzazione estetica digitale, e di mostrare le nuove tendenze.

PLANNING THE AESTHETICS OF THE PROSTHETIC RESTORATION THROUGH DIGITAL TOOLS: CURRENT CONCEPTS AND NEW TRENDS

The Digital Smile Design is a technique codified and published in 2011. This approach has radically changed the way we analyze the aesthetics of our patients and at the same time gave the clinician a great tool of communication with the laboratory and with the patient. In recent years, softwares and applications have been introduced on the market in order to simplify the workflow and make more predictable the outcome. The purpose of the lecture is to resume the current concepts about digital aesthetic preview, and to show new trends.

VINCENZO MUSELLA

14.30 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



DR. Vincenzo Musella si diploma in Odontotecnica presso l'Istituto Galvani di Reggio Emilia e consegue la laurea in Odontoiatria e protesi dentaria presso l'Università di Ancona.

Nel 1996 l'incontro con il maestro Giuseppe Zuppardi, con il quale inizia un grande rapporto di amicizia e collaborazione, determina una importante evoluzione che lo porta a dedicarsi prevalentemente alla protesi estetica in tutte le sue forme.

Amico e allievo orgoglioso del Prof. Mario Martignoni, dal quale ha appreso la passione per la professione, collabora con il dr. Dario Castellani con cui stringe un sodalizio di reciproca stima e amicizia. Assistente professore presso il Dipartimento di Prodesi Dentaria Università di Sofia direttore Prof. Filtchev. Assistente professore al corso di laurea in Igiene Dentale presso Università di Modena direttore Prof. Andrea Forabosco.

Collabora attivamente nello sviluppo di nuovi materiali e per la realizzazione di casi clinici, con : clinica Prof. Andrea Forabosco - Modena; clinica Prof. Angelo Putignano - Ancona; clinica Prof. Nitzan Bichacho - Tel Aviv; clinica Prof. Dimitar Filtchev – Sofia.

Fa parte del gruppo Styleitaliano. È ideatore dei sistemi di Previsualizzazione Estetica e Stratificazione Inversa. È fondatore di Aesthetic dental.

Autore del libro 'Moderna Odontoiatria Estetica workflow dalla A alla Z' edito da Quintessenza.

DMD-MDT. Vincenzo Musella graduated in Dental Technician and graduated in Dentistry at the University of Ancona Italy.

In 1996 the meeting with Maestro Giuseppe Zuppardi, with whom he began a great friendship and collaboration, results in a significant evolution that led him to devote himself primarily to the aesthetic prosthesis in all its forms.

Proud friend and student of Prof. Mario Martignoni, from whom he learned the passion for the profession. Working with Dr. Dario Castellani with whom he formed a partnership of mutual respect and friendship.

Assistant professor in the Department of Prosthodontics University of Sofia director Prof. Filtchev. Assistant professor at depart in Dental Hygiene at the University of Modena director Prof. Andrea Forabosco.

Collaborate actively in the development of new materials and construction of clinical cases, with: clinic Prof. Andrea Forabosco - Modena; clinic Prof. Angelo Putignano - Ancona; clinic Prof. Nitzan Bichacho – Tel Aviv; clinic Prof. Dimitar Fitchev - Sofia.

Member Founder of Aesthetic dental full HD and member of the group Styleitaliano Creator systems 'Aesthetics Preview' and 'Inverse Layering Technique'.

He is author of the book 'Modern Aesthetic Dentistry Workflow A to Z' published by Quintessence.

DISEGNO PROTESICO: ASPETTI CLINICI E TECNICI AL SISTEMA DI 'PREVISUALIZZAZIONE ESTETICA' NEI CASI SEMPLICI E COMPLESSI

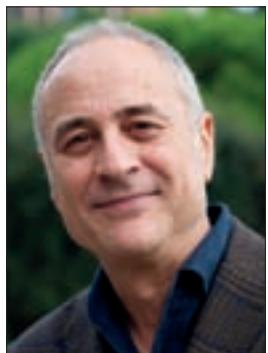
La riabilitazione estetica del gruppo frontale da sempre rappresenta una delle maggiori sfide per la nostra professione. Se è vero che 'non esiste estetica senza salute' sarà utile soffermarsi un attimo, fare il punto della situazione sotto il profilo biologico, dei materiali e della tecnica dentale, per poi gettare le premesse di un restauro estetico prevedibile, efficace e mantenibile nel tempo. La previsualizzazione estetica rende possibile dimostrare il tipo di trattamento e verificare il progetto in modo concreto ed in proporzioni reali. Non solo chiarifica il nostro progetto, ma soprattutto offre al paziente la possibilità di visualizzare il risultato finale prima che venga eseguita qualsiasi atto professionale.

PROSTHETIC DESIGN: CLINICAL AND TECHNICAL ASPECTS IN THE SYSTEM 'AESTHETIC PREVIEW'

Aesthetic rehabilitation of the anterior zone has always been considered one of the biggest challenges of our profession. If it is true that 'aesthetics does not exist without health', it would be useful to pause a while, regard the situation from a biological point of view, bearing in mind materials and dental technique, in order to plan a restoration that is reliable, efficient and easy to maintain over time. The aesthetic mock up provides the possibility of demonstrating the planned treatment and verifying the project in a concrete manner. Not only does it clarify our project, but also offers the patient the possibility of visualizing the final result before any irreversible professional action is taken; this also gives the patient the possibility to express his opinion and assent regarding the treatment.

ROBERTO SPREAFICO

15.30 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



Il Dottor Roberto C. Sprefaco si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1982, presso l'Università degli Studi di Torino. Ha frequentato l'Istituto di Medicina Dentale dell'Università di Ginevra dal 1983 al 1986 conseguendo il titolo di LMD. È Socio attivo della Accademia Italiana di Conservativa. È socio attivo della European Academy of Esthetic Dentistry. Founder e socio attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Estetica. Founder e socio di Digital Dental Academy. Founder e socio di International Academy for Digital Dental Medicine. Associate Editor di 'European Journal of Esthetic Dentistry'. Membro del comitato di lettura di: 'Journal of Adhesive Dentistry'. Autore di numerosi articoli scientifici su riviste Nazionali ed Internazionali. Autore di 16 capitoli di libri sull'odontoiatria estetica e adesiva. È co-autore del libro: Adhesive Metal-Free Restorations: current concepts for the esthetic treatment of posterior teeth. (Quintessenz Verlags) tradotto in Italiano, Francese, Tedesco, Spagnolo, Portoghese, Coreano. È relatore in Congressi scientifici in Italia e all'estero, ha tenuto lezioni in numerose Università italiane e straniere. Attualmente esercita la libera professione a Busto Arsizio, Varese.

Roberto Carlo Sprefaco, DM, DMD. Dr Roberto Sprefaco obtained his DM degree at Turin University, Italy, in 1982. In 1986, he obtained a DMD degree, at Geneva University, Switzerland. He is now a private practitioner, in Busto-Arsizio, near Milan, Italy. He is active member of: Accademia Italiana di Conservativa, European Academy of Esthetic Dentistry. Founder and active member of Italian Academy of Esthetic Dentistry. Founder of Digital Dental Academy, Founder of International Academy for Digital Dental Medicine. Associate Editor of 'European Journal of Esthetic Dentistry'. Member of the editorial board of: Journal of Adhesive Dentistry; Dr Sprefaco presently conducts a number of courses in the field of esthetic dentistry throughout Italy and abroad. He is also author of numerous clinical papers on this topic. Author of 16 book chapters. Co-authored the book 'Adhesive Metal-Free Restorations : current concepts for the esthetic treatment of posterior teeth.' by Quintessence Publishing Group (1997).

LE RICOSTRUZIONI PARZIALI E TOTALI NELL'ERA DIGITALE: INDICAZIONI, MATERIALI E APPLICAZIONI CLINICHE

Le resine composite e gli agenti adesivi sono stati introdotti alla fine degli anni 50 del secolo scorso.

Gli agenti adesivi, inizialmente utilizzati per l'adesione allo smalto, sono stati costantemente migliorati e sono oggi utilizzati anche come adesivi dentinali. Costantemente migliorate nelle loro caratteristiche chimico-fisiche ed estetiche le resine composite sono oggi largamente utilizzate come materiale da restauro e per la cementazione adesiva di restauri protesici indiretti parziali e totali. Il composito può anche essere utilizzato come materiale per restauri semidiretti (Chair-Side) ed indiretti soprattutto nel caso di inlays, onlays ed overlays. La tecnologia CAD-CAM era in uso nell'industria da diversi anni, ma la sua applicazione in odontoiatria comincia negli anni 80. Da allora c'è stata una costante evoluzione e ai nostri giorni la tecnologia è diffusa nei laboratori odontotecnici e, specialmente in alcuni paesi (USA, Germania, Svizzera), anche negli studi odontoiatrici.

L'introduzione di nuovi materiali da restauro, ci consentono oggi la fabbricazione di provvisori, inlays e onlays, faccette, corone, ponti su denti naturali ed impianti in una sola seduta. L'uso del sistema CAD-CAM fornisce numerosi vantaggi al paziente ed al dentista. Consente la fabbricazione di restauri in una sola seduta senza dover ricorrere ad un restauro provvisorio, l'impronta digitale è ben tollerata dal paziente e richiede un tempo inferiore rispetto all'impronta tradizionale. Inoltre oggi c'è un'ampia scelta di materiali da restauro definitivi: composito, ceramica vetrosa infiltrata con resina, ceramiche vetrose e policristalline.

PARTIAL AND FULL RESTORATIONS IN THE DIGITAL ERA: INDICATIONS, MATERIALS AND CLINICAL APPLICATIONS

Composite resins and adhesive agents have been introduced in the late Fifties of the last century. Adhesive agents, used at the beginning for the adhesion to enamel, have been constantly improved and now are used also as dentinal adhesives. Constantly improved in their chemical-physical and aesthetic properties, composite resins are nowadays widely used as restorative material and luting cement for indirect partial and total prosthetic restorations. Composite can be used also as a material for semi-direct (Chair-Side) and indirect restorations, especially in case of inlays, onlays and overlays. Industry has started to apply CAD- CAM many years ago, but dental industry started to use it only in the '80s. Since then, there has been a constant evolution and nowadays this technology is widespread in laboratories, especially in some countries (USA, Germany, Switzerland), and in some dental clinics. Thanks to the introduction of new restoration materials, today is possible to manufacture temporaries, inlays and onlays, veneer, crowns, bridge on natural teeth and implants in just one session. The application of CAD-CAM technology assure several advantages both to patients and dentists. It allows to manufacture a restoration in one session, without the necessity of a temporary one. Digital impression is well tolerated by patients and it takes less time than the traditional one. Moreover, today there is a wide selection of materials for definite restorations: composite, glass-ceramic with resin and polycrystalline ceramic.

09.00 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria nel 2005 presso l'Università degli Studi di Ferrara. Professore A Contratto dal 2006 presso il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria e presso il Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università degli Studi di Ferrara. Relatore a corsi e congressi sullo sbiancamento dentale e sui restauri adesivi estetici diretti ed indiretti. Autore di pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali. Autore insieme ai colleghi Pietro Sibilla e Roberto Turrini del testo 'Sbiancamento dentale: metodi per il successo' edito da Quintessenza Edizioni e già tradotto anche in lingua tedesca. Svolge attività libero professionale a Ferrara.

Graduated in Dentistry in 2005 at the University of Ferrara. Since 2006 Visiting Professor at Dental School of the University of Ferrara.

Speaker at courses and conferences on dental bleaching and esthetics direct and indirect adhesive restorations. Author of scientific articles in national and international journals.

*Author with his associates Pietro Sibilla and Roberto Turrini of the book 'Sbiancamento dentale: metodi per il successo' edited by Quintessenza Edizioni and translated into German.
Private practice in Ferrara.*

SBIANCAMENTO DENTALE: MATERIALI E TECNICHE PER IL SUCCESSO

Sempre più spesso i pazienti richiedono di migliorare il colore dei propri denti: proprio per questo motivo gli Odontoiatri e gli Igienisti devono essere pronti a soddisfare le loro richieste ed aspettative. Durante il corso verranno trattati sia gli sbiancamenti 'cosmetici' e sia gli sbiancamenti 'terapeutici' per esempio di denti devitali, denti discromici da tetraciclina, denti che poi dovranno essere restaurati con restauri diretti oppure faccette o corone in ceramica integrale ecc. Largo spazio verrà dedicato alla spiegazione delle tecniche da usare ed alla scelta del prodotto.

Il corso si propone di rispondere ai più frequenti quesiti clinici:

- quale tecnica e quale prodotto danno il miglior risultato?
- perché i miei sbiancamenti recidivano presto?
- è vero che i gel sbiancanti danneggiano lo smalto?
- come si minimizzano gli effetti collaterali?
- come si trattano i denti devitali?

DENTAL BLEACHING: MATERIALS AND TECHNIQUES FOR THE SUCCESS

More and more patients require to improve the color of their teeth: for this reason Dentists and Dental Hygienists must be ready to meet their requests and expectations. During the course we'll talk about 'cosmetics' bleaching and 'therapeutic' bleaching for example non-vital teeth, tetracycline discolored teeth, teeth that need to be restored with direct restorations or veneers or full-ceramic crowns etc.

A lot of time will be spented to the explanation of techniques and to the choice of the most useful product for each clinical situation.

The course will respond to the most frequent clinical questions:

- which technique and which product give the best result?
- why my whitening relapse soon?
- it is true that whitening gels harm the enamel?
- how to minimize the side effects?
- how manage non-vital tooth?

PASQUALE LOIACONO

09.00 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



Laureato con lode all'università di Messina nel 1987. Autore del testo, pubblicato in diverse lingue, 'Fotografare in Odontoiatria' in collaborazione con il Dr Luca Pascoletti; ha codificato e sintetizzato nei concetti dell'"Ortografia delle immagini" le regole per la moderna fotografia scientifica. Autore di numerosi articoli pubblicati su Riviste Internazionali, ha recentemente proposto l'"Evidence Based Dentistry Photography" sia per una migliore diagnosi e comprensione del colore a fini restaurativi, sia per l'attuazione di un corretto flusso di lavoro delle immagini. Nel 2013 ha proposto un nuovo approccio allo studio del colore in odontoiatria, e al relativo linguaggio, basato su criteri rigorosamente scientifici e non più puramente artistici. Si è interessato di fotografia a luce polarizzata, descrivendo il nuovo concetto di 'Diagnosi Strutturale' e ha ideato il nuovo concetto di 'Rapporto d'Ingrandimento Equivalente'. Nel 2014 ha introdotto il concetto di 'anatomia Ottica' per analizzare in modo oggettivo, tramite immagine digitale, l'estetica dentale originate dall'interazione luce/materia. Esercita la libera professione in Tropea dal 1988.

Dr Loiacono gained a first class honours degree from the University of Messina in 1987. He is author, in collaboration with Dr Luca Pascoletti, of the book: 'Photography in Dentistry' published in several languages; has codified and synthesized the rules for modern scientific photography in the concepts of orthography of images. Author of numerous articles on scientific photography, he has recently proposed the concept of Evidence Based Dentistry Photography, both for a better diagnosis and understanding of colour for restoration purposes, and for the implementation of a correct digital photography workflow. In 2013 he proposed a new approach to the study of colour in dentistry as well as its relative language, based no longer on purely artistic, but on scientific criteria. He has been concerned with polarized light photography, describing the new concept of Structural Diagnosis and the Equivalent Magnification Ratio. In 2014, he introduced the concept of 'Optical anatomy' in order to objectively analyse, by means of digital images, dental aesthetics arising from light-matter interaction. He has been practising dentistry in Tropea since 1988.

IL MODERNO RUOLO DELLA FOTOGRAFIA DIGITALE NELL'ANALISI DELL'ANATOMIA OTTICA DENTALE

La fotografia basata sull'evidenza scientifica riconosce alla fotografia digitale un ruolo fondamentale come strumento clinico di misurazione dei colori dentali. L'evoluzione di questo concetto ha portato all'introduzione del nuovo concetto di anatomia ottica. Lo studio dell'anatomia ottica tramite immagine digitale guida a un'analisi oggettiva/scientifica, non più basata su criteri esclusivamente percettivi, della sostanza e dell'estetica dentale. La relazione illustrerà i temi fondamentali di questo nuovo approccio, dando una risposta ai seguenti quesiti:

- la fotocamera può essere considerata uno strumento di misurazione dei colori dentali?
- quali sono le regole basilari della fotografia scientifica?
- quanto è attendibile e scientifica la cultura odontoiatrica del colore?
- la fotografia può essere considerata uno strumento clinico indispensabile?
- esiste realmente l'anatomia ottica?

THE ROLE OF DIGITAL PHOTOGRAPHY TODAY IN THE ANALYSIS OF DENTAL OPTICAL ANATOMY

Photography based on scientific evidence recognises the fundamental role played by digital photography as a clinical instrument in the measurement of tooth colour. The evolution of this concept has led to the introduction of a new concept: optical anatomy. The study of optical anatomy by means of digital images guides us to an objective/scientific analysis of tooth substance and aesthetics which is no longer based on merely perceptive criteria. This paper illustrates the fundamental topics relating to this new approach, and answers the following questions:

- Can a camera be considered an instrument in the measurement of tooth colour?
- What are the basic rules of scientific photography?
- How reliable and scientific is the dental culture of colour?
- Can photography be considered an indispensable clinical instrument?
- Does optical anatomy actually exist?

MARISA RONCATI

09.00 - SABATO 28 MAGGIO 2016 - SATURDAY, MAY 28, 2016



Laureata in Lettere Classiche. Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Igienista Dentale, Harvard University, Boston, U.S.A.. Prof. a c. Corso di Laurea in Igiene Dentale, Università Politecnica delle Marche. Presidente Prof. A. Putignano. Docente Titolare del modulo didattico 'Follow up ed igiene professionale post protesica' al Master Universitario di II livello di Protesi ed Implantoproteesi con Tecnologie Avanzate, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna. Direttore Prof R. Scotti. Insegnante all'European Master Degree on Laser Applications (EMDOLA). Università la Sapienza, Roma, Direttore Prof. U. Romeo. Insegnante al Master Universitario di II Livello in Chirurgia e Patologia Orale, Università degli Studi di Parma, Direttore Prof. P. Vescovi. Nel 2010 ha pubblicato 'GET SHARP', un libro e un DVD sull'affilatura degli strumenti parodontali e nel 2015 il libro: 'Terapia Parodontale Non Chirurgica. Indicazioni, Limiti e protocolli clinici con l'uso aggiuntivo di laser a diodo', entrambi per Quintessense International ed.

*Bachelor Degree in Classical Literature, University of Bologna, Italy.
Registered Dental Hygienist RDH at Forsyth School in Boston (U.S.A.).
Degree in Dentistry and Dental Prosthesis (DDS) at the University of Ferrara, Italy.
Assistant Professor at School of Dental Hygiene at the Marche Polytechnic University, Ancona Italy
Chairman: Professor A. Putignano, Lecturer in didactic Module : "Postprosthetic Follow-up and Professional Hygiene" at the Master of Prostheses and Implantology with Advanced Technologies at the University of Bologna, Chairman: Professor R. Scotti. Lecturer in Module 7: Laser in Periodontics and Implantology of the European Master Degree on Oral Laser's Applications, chairman: prof. U. Romeo, La Sapienza, University of Rome Lecturer at Master Degree in Surgery and Oral Pathology, Parma University (Italy). Chairman: Professor P. Vescovi. In 2010 she published "GET SHARP" a book and a DVD on instrument sharpening by Quintessense International ed.
In 2015 she published the book: 'Non Surgical Periodontal Therapy. Indications, Limits and Clinical Protocols with the additional use of diode laser' by Quintessense International ed.*

TERAPIA PARODONTALE NON CHIRURGICA. INDICAZIONI, LIMITI E PROTOCOLLI CLINICI CON L'USO AGGIUNTIVO DEL LASER A DIODO. TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELLA PERIIMPLANTITE

La strumentazione parodontale non chirurgica, sempre specifica e personalizzata, è necessaria come trattamento iniziale e come terapia di mantenimento di qualsiasi patologia infiammatoria, placca indotta, con l'obiettivo di rimuovere tutto ciò che è dannoso alla salute orale del paziente, preservando sostanza biologica, in modo non traumatico per i tessuti. La fase diagnostica è sempre cruciale. La terapia causale si compendia in due fasi essenziali: l'igiene domiciliare e la strumentazione professionale, di cui si descriveranno in dettaglio strategie e tecniche.

Il laser a diodi è un ausilio alla strumentazione parodontale non chirurgica, che presenta indicazioni e limiti. Non si sostituisce alle metodiche tradizionali, ma può offrire benefici aggiuntivi, se utilizzato con protocolli adeguati. Saranno presentati numerosi casi clinici, con un follow-up di diversi anni, a supporto dell'uso aggiuntivo di tale metodica. Infine si affronterà un argomento particolarmente emergente: la periimplantite. Il trattamento non chirurgico di tale condizione è di sicuro successo in caso di mucosite. Viceversa, in presenza di perdita irreversibile e progressiva di supporto osseo, la soluzione non chirurgica, anche se non è predicibile, è comunque sempre indicata come prima fase terapeutica e/o come terapia alternativa, nel caso in cui il trattamento chirurgico non sia accettato dal paziente o sia controindicato.

NONSURGICAL PERIODONTAL THERAPY. INDICATIONS, LIMITS AND CLINICAL PROTOCOLS WITH THE ADDITIONAL USE OF DIODE LASER. NONSURGICAL TREATMENT OF PERIIMPLANTITIS

The presentation illustrates in detail instruments and techniques, Modus Operandi, clinical protocols, comprehensive management of the periodontal patient, from the first visit to the revaluation, which culminates in periodontal maintenance, to achieve clinical stability. Manual and ultrasonic instrumentations, always site-specific, are fully described with several drawings, highly didactic. The laser is a tool that does not replace conventional therapy, but it may offer additional benefits, when used with protocols and appropriate parameters, suggested by a careful review of the dental literature, evidence-based.

The diode laser also presents indications, in case of mucositis and peri-implantitis. Innumerable case reports, with follow-up, will be fully illustrated.



Oral Tissue Decontaminant

HybenX® elimina l'Acqua, elimina il Biofilm Antibatterico, Emostatico, Antinfiammatorio



Distribuito da:



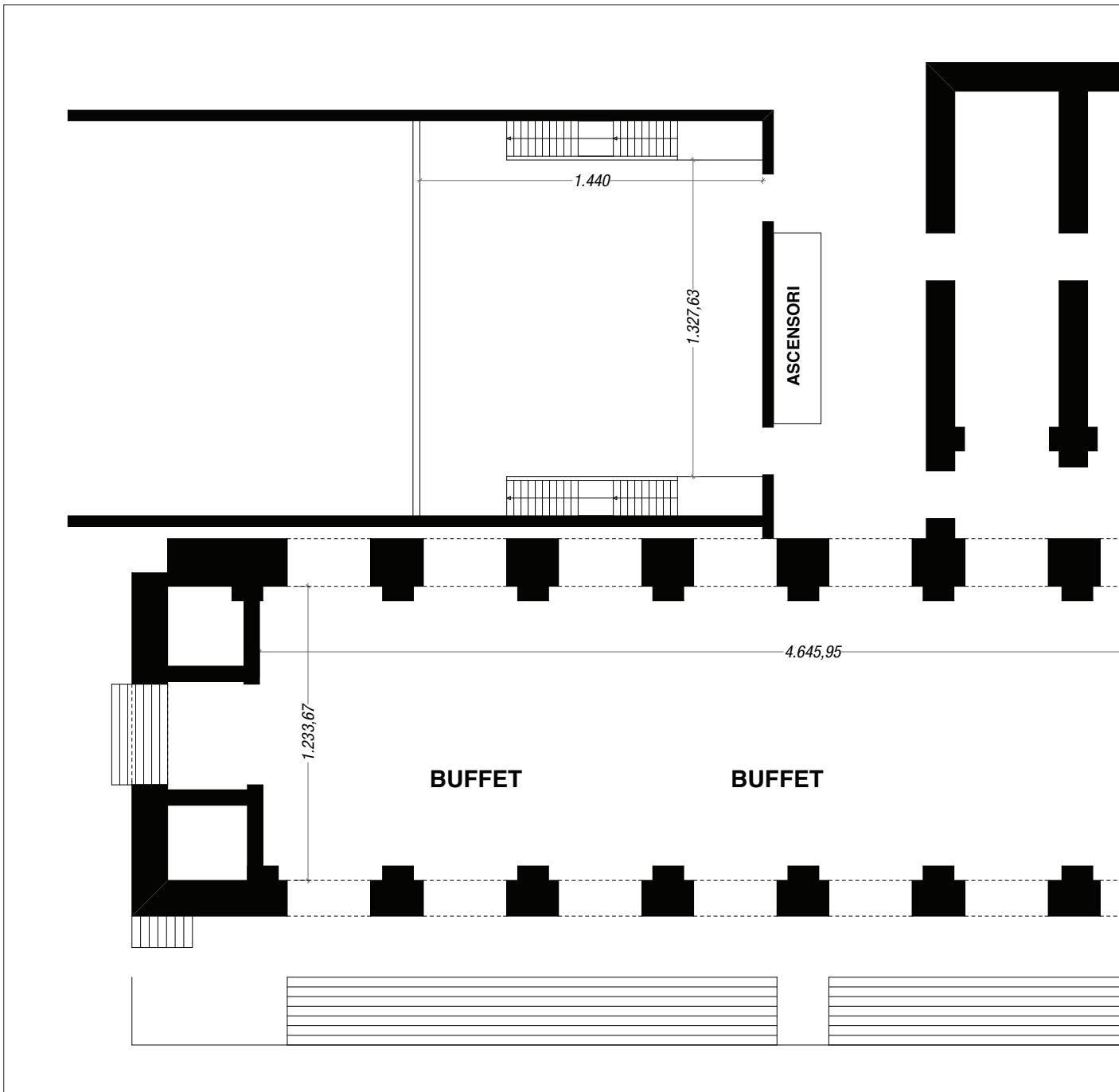
EPIEN Medical srl - European Sales and Distribution Center

Via 11 Aprile 1848, n. 37 - 37014 Castelnovo del Garda - Verona - Italy - Telefono: + 39 345 6313110

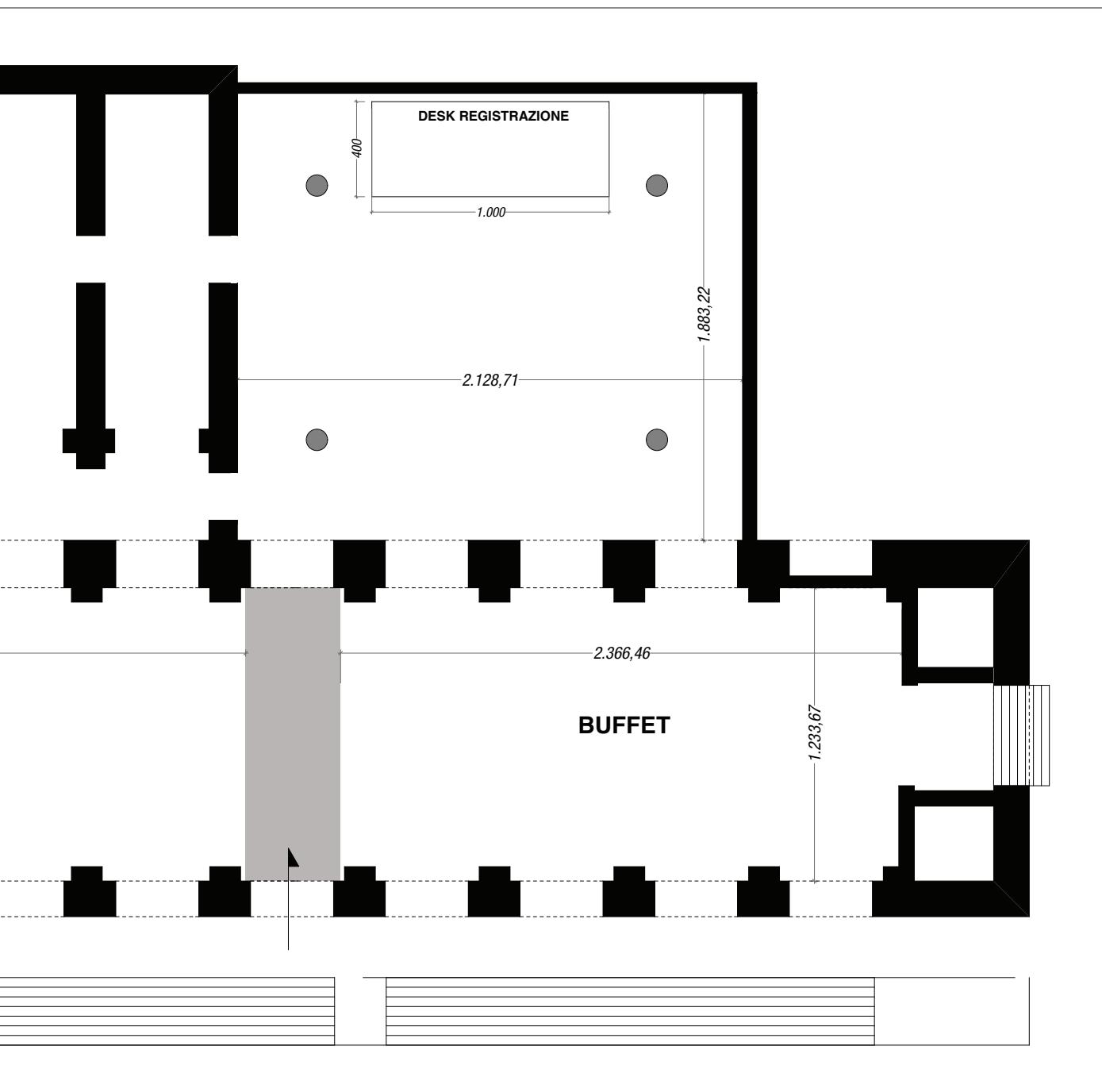
e-mail: infoit@epien.com - www.hybenx.it

2° CONGRESSO QUINTESSENZA EDIZIONI

Area Espositiva



Exhibiting Area



INFORMAZIONI GENERALI

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE

Auto: Autostrada A4 Serenissima Milano-Venezia, uscita Verona Sud, oppure Autostrada A22 Brennero-Modena e poi Autostrada A4 Milano-Venezia in direzione Venezia, uscita Verona Sud. Poi seguire le indicazioni per tutte le direzioni e continuare per il centro della città.

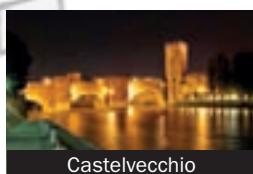
Treno: La stazione principale è VERONA PORTA NUOVA, che è il crocevia di entrambe le linee Milano-Venezia e Brennero-Roma. Ci sono treni diretti e treni Alta velocità che partono ogni giorno da tutte le principali stazioni ferroviarie del nord Italia. Gli autobus urbani possono essere presi dalla stazione ferroviaria al centro della città, fino in Piazza Bra, la piazza centrale dove si trova il Palazzo della Gran Guardia. I numeri di autobus sono 11, 12, 13, 14, 72 e 73.

Aereo: L'Aeroporto Valerio Catullo di Verona Villafranca è situato a circa 10 km a SO del centro della città. C'è un servizio di bus navetta da e per l'aeroporto ogni 20 minuti circa dalle 06.15 alle 23.30. Il terminal per bus per l'aeroporto è fuori dalla stazione ferroviaria di Porta Nuova.

Parcheggio: Arrivando in auto si può parcheggiare vicino al Palazzo della Gran Guardia. Dall'autostrada A4 o A22 prendere l'uscita per Verona Sud. Seguire il segnale "Tutte le Direzioni" e poi centro città.

Parcheggio Arena
Via M. Bentegodi, 8 - Verona

Parcheggio Apcoa Cittadella
Piazza Cittadella - Verona



HOW TO GET TO THE CONGRESS VENUE

By Car: Take highway A4 Milan-Venice exit Verona Sud, or highway A22 Brennero-Modena and continue on highway A4 Milan-Venice exit Verona Sud. Then follow the signs indicating: 'Tutte le Direzioni' (all directions) and continue to downtown.

By Train: The main railway station is Verona Porta Nuova, which is the crossroads of the Milan-Venice and Brennero-Rome lines. Every day direct trains and high-speed trains leave from major stations in northern Italy to Verona. In the railway station square you can take a bus (bus numbers are: 11,12,13,14,72 and 73) which brings you to Bra Square (downtown) where is located the Gran Guardia Building, venue of the Congress.

By Plane: The International airport Catullo in Villafranca (Verona) is located about 10 km southwest from the center of Verona. A shuttle service is available to and from the airport (every 20 minutes from 6:15 to 23:00) whose terminal is in the square of the railway station Porta Nuova.

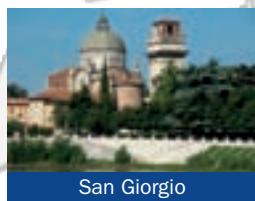
Parking: Arriving by car you can park next to the Congress Venue: from highway A4 or A22, exit Verona Sud. Follow the signs for 'Tutte le direzioni' (all directions) and continue to downtown.

Parking Arena
Via M. Bentegodi, 8 - Verona

Parking Apcoa Cittadella
Piazza Cittadella - Verona



GENERAL INFORMATION



San Giorgio



Castel San Pietro



Duomo



Ponte Pietra



Teatro Romano



Piazza dei Signori



Santa Anastasia



Piazza Erbe



Casa di Romeo



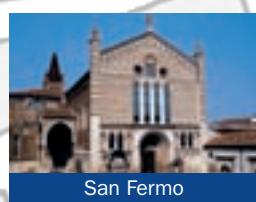
San Tommaso



Casa di Giulietta



Porta dei Leoni



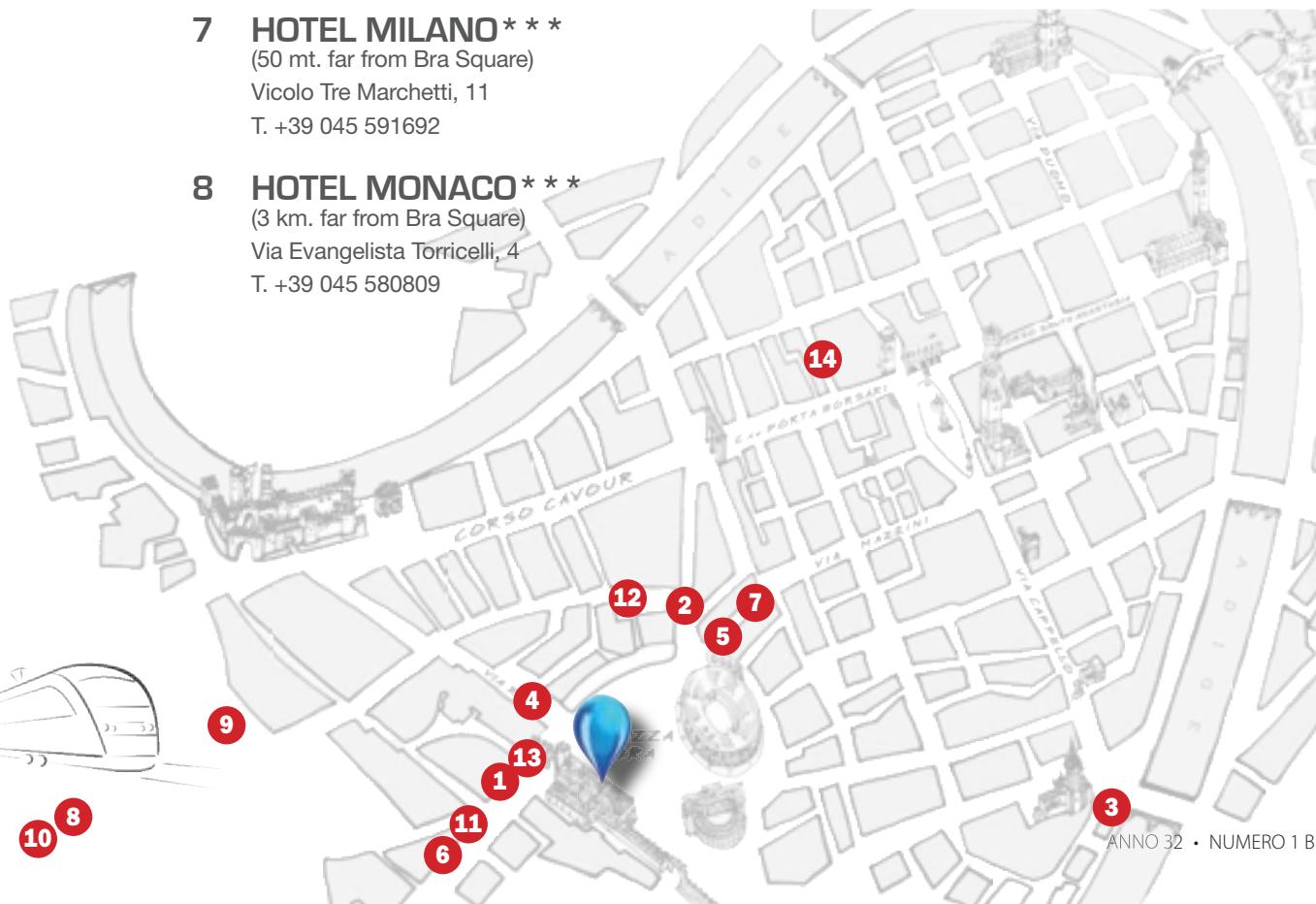
San Fermo

PALAZZO DELLA GRAN GUARDIA CONGRESS VENUE



HOTEL CONSIGLIATI RECOMMENDED HOTELS

- 1 HOTEL TRIESTE ****
(300 mt. far from Bra Square)
Corso Porta Nuova, 57
T. +39 045 596022
- 2 HOTEL BOLOGNA *****
(150 mt. far from Bra Square)
Piazzetta Scalette Rubiani, 3
T. +39 045 8006830
- 3 HOTEL DE CAPULETI *****
(200 mt. far from Bra Square)
Via del Pontiere, 26
T. +39 045 8000154
- 4 HOTEL EUROPA *****
(150 mt. far from Bra Square)
Via Roma, 8 37121
T. +39045594744
- 5 HOTEL GIULIETTA E ROMEO *****
(50 mt far from Bra Square)
Vicolo Tre Marchetti, 3
T. +39 045 800 3554
- 6 HOTEL MASTINO *****
(300 mt. far from Bra Square)
Cso Pta Nuova 16
T. +39 045 595388
- 7 HOTEL MILANO *****
(50 mt. far from Bra Square)
Vicolo Tre Marchetti, 11
T. +39 045 591692
- 8 HOTEL MONACO *****
(3 km. far from Bra Square)
Via Evangelista Torricelli, 4
T. +39 045 580809
- 9 HOTEL SAN LUCA *****
(200 mt. far from Bra Square)
Vicolo Volto San Luca, 8
T. +39 045 591333
- 10 HOTEL SUD POINT*****
(4 Km. far from Bra Square)
Via Enrico Fermi, 13/b
T. +39 045 820 0922
- 11 HOTEL VERONA *****
(500 mt. far from Bra Square)
Corso Porta Nuova, 47
T. +39 045 595944
- 12 HOTEL COLOMBA D'ORO *****
(100 mt. far from Bra Square)
Via Carlo Cattaneo, 10
T. +39 045 595300
- 13 HOTEL FIRENZE *****
(700 mt. far from Bra Square)
Corso Porta Nuova, 88
T. +39 045 801 1510
- 14 HOTEL PALAZZO VICTORIA *****
(5 minutes walk from Bra Square)
Via Adua, 8
T. +39 045 590566



SCHEDA DI ISCRIZIONE

(COD. 01A)

2° Congresso Quintessenza Edizioni

26 Maggio 2016

Congresso dei Giovani - Il Futuro dell'Odontoiatria	€ 80,00 IVA inclusa
-----------------------------------------------------	---------------------

26, 27, 28 Maggio 2016

Odontoiatri	€ 300,00 IVA inclusa
Odontoiatri (< 35 anni)*	€ 200,00 IVA inclusa
Studenti**	€ 100,00 IVA inclusa

28 Maggio 2016 - corsi aperti a Odontoiatri, Odontotecnici e Igienisti (prenotazione obbligatoria)

Enrico Cogo: 'Sbiancamento dentale'	GRATUITO
Pasquale Loiacono: 'Fotografia digitale'	GRATUITO
Marisa Roncati: 'Terapia parodontale non chirurgica'	GRATUITO

Nome _____ Cognome _____

Luogo di Nascita _____ Data di Nascita _____

Indirizzo _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Tel. _____ Mobile _____

Email _____ Fax _____

C.F. _____ P.IVA _____

Firma _____

La quota di iscrizione comprende l'accesso alle sessioni scientifiche, la cartella congressuale, l'attestato di partecipazione, nonché i coffee break e i lunch offerti da Quintessenza Edizioni.

Le preiscrizioni saranno chiuse il 12 Maggio 2016

Dopo tale data sarà possibile iscriversi solamente in sede congressuale.

*Gli odontoiatri sotto i 35 anni dovranno allegare un documento di identità alla scheda di registrazione.

**L'iscrizione Studenti (iscritti al Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria - specializzandi iscritti ad una Scuola di Specializzazione di area odontoiatrica) sarà ritenuta valida solo se accompagnata da copia del libretto universitario attestante regolare iscrizione all'anno accademico in corso.

Condizioni di pagamento

Bonifico Bancario anticipato intestato a Quintessenza Edizioni da effettuare su: Banca Popolare Commercio e Industria IBAN: IT 16 T 05048 33190 00000000 2010

oppure su: Banca Intesa San Paolo IBAN: IT 86 Y 03069 20502 100000005808

(Si prega di indicare il nome del partecipante sulla ricevuta di bonifico).

La scheda di iscrizione sarà considerata valida solo se accompagnata dalla ricevuta di bonifico.

Pagamento online con carta di credito e PayPal: www.quintessenzaedizioni.com

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003

SI NO

Firma

REGISTRATION FORM

(COD. 01A)

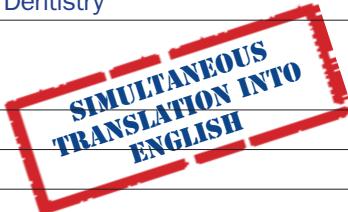
2nd Congress Quintessenza Edizioni

May 26, 2016

Congress of young dentists - The Future of Dentistry	€ 80,00 VAT included
------------------------------------------------------	----------------------

May 26-27-28, 2016

Dentists	€ 300,00 VAT included
Dentists (under 35 years)*	€ 200,00 VAT included
Students**	€ 100,00 VAT included



May 28, 2016 - Dental Technicians Congress (pre-registration is required)

Enrico Cogo: 'Dental bleaching'	FREE
Pasquale Loiacono: 'Digital photography'	FREE
Marisa Roncati: 'Non-surgical periodontal therapy'	FREE

First name _____ Last Name _____

Date of birth _____

Address _____

City _____ ZIP Code _____ Country _____

Phone Number _____ Mobile _____

E-mail Address _____

Tax Code _____ VAT Code _____

Signature _____

The registration fee includes access to scientific sessions, the congress bag, certificate of participation, as well as coffee breaks and lunch kindly offered by Quintessenza Edizioni.

Pre-registration will be closed on May 12, 2016

After this date participants can register only at the Congress Center.

*Dentists under 35 years must attach a document of identity, to the registration form.

**Registration for Students (enrolled in the Degree in Dentistry and Prosthesis – graduate students enrolled in a School of Specialization in the branch of Dentistry) is valid only if accompanied by a copy of the university book certifying regular registration to the current academic year.

Method of Payment

Wire Transfer payable to Quintessenza Edizioni – Congress Service:

Banca Popolare Commercio e Industria

IBAN: IT 16 T 05048 33190 00000000 2010 • SWIFT CODE: POCIITM1

or: Banca Intesa San Paolo

IBAN: IT 86 Y 03069 20502 100000005808 • SWIFT CODE: BCITITMM

(Please indicate the name of the participant on the bank transfer receipt).

The conference registration will be considered valid only if accompanied by the payment receipt.

Online Payment by credit card: www.quintessenzaedizioni.com

I authorize the use of my personal data in compliance with Legislative Decree 196/2003

Yes

NO

Signature _____

NEW

simply *integrated*™

La nuova opzione per una maggiore flessibilità e individualità

Impianti senza mount e SMART PACK protesico



Impianto senza mount
simplyInterActive™

Scegli lo SMART PACK protesico
in base alle tue esigenze



simply
crown & bridge



simply
fixed



simply
removable



simply
digital



simply
à la carte

Kontour™ Adapt

Membrana di collagene riassorbibile

NATURALE · PURIFICATO · FACILE DA UTILIZZARE



www.implantdirect.it | 00800 4030 4030

KaVo Kerr
Group

The Implant Direct Joint Venture
is part of the KaVo Kerr Group

Si ringraziano le Aziende Sponsor per il loro contributo

We thank the Sponsor Companies for their contribution

• GOLD



• SILVER



• BRONZE



COME ABBONARSI PER L'ANNO 2016

IN MANIERA VELOCE E SENZA PERDERE NESSUN NUMERO!

Gentile cliente,

Per permetterci di offrirLe un servizio puntuale, La invitiamo ad abbonarsi o a rinnovare il Suo abbonamento inviando la scheda allegata, compilata in tutte le sue parti, unitamente alla ricevuta di avvenuto pagamento via fax allo 02.93.50.91.26 o via e-mail a: commerciale@quintessenzaedizioni.it

In alternativa è possibile abbonarsi per il 2016 attraverso il nostro sito: www.quintessenzaedizioni.com con pagamento carta di credito (PayPal).

Costo dell'abbonamento per l'anno 2016, rivista cartacea + rivista online:

Quintessenza Internazionale & Jomi + Jomi online versione inglese compresa (4 numeri/anno) Euro 110,00 - studenti Euro 68,00
Implantologia, la rivista per il clinico (4 numeri/anno) Euro 110,00 - studenti Euro 68,00

Esthetic Dentistry (Edizione italiana 4 numeri/anno) Euro 138,00 - studenti Euro 88,00

Quintessenza Odontotecnica (10 numeri/anno) Euro 130,00 - studenti Euro 80,00

Le agevolazioni per gli studenti sono accessibili dietro presentazione della copia dell'attestato di iscrizione all'Università per l'anno in corso.

**Gratis lo storico online
della/e rivista/e
a cui ti abboni per il 2016**

Costo dell'abbonamento per l'anno 2016 solo rivista online:

Quintessenza Internazionale & Jomi + Jomi online versione inglese compresa (4 numeri/anno) Euro 70,00 - studenti Euro 45,00

Implantologia, la rivista per il clinico (4 numeri/anno) Euro 70,00 - studenti Euro 45,00

Esthetic Dentistry (Edizione italiana 4 numeri/anno) Euro 70,00 - studenti Euro 45,00

Quintessenza Odontotecnica (10 numeri/anno) Euro 70,00 - studenti Euro 45,00

**Gratis lo storico online
della/e rivista/e
a cui ti abboni per il 2016**

Metodi di pagamento:

- dal nostro sito internet www.quintessenzaedizioni.com con Carta di Credito tramite PayPal
- bonifico bancario anticipato: Banca Popolare Commercio e Industria IT 16 T 05048 33190 000000002010 oppure Banca Intesa San Paolo IBAN IT 86 Y 03069 20502 100000005808 indicando nella causale testata e anno dell'abbonamento;

**La copia del pagamento dovrà pervenire via fax allo 02.93.50.91.26 o via e-mail a commerciale@quintessenzaedizioni.it
unitamente al coupon compilato in ogni suo campo**

ABBONAMENTO 2016

Chiedo di sottoscrivere il mio abbonamento per l'anno 2016 a:

Quintessenza Internazionale & Jomi + Jomi online versione inglese

Standard Rivista solo cartacea: professionista € 100,00* studente € 58,00*
Full Rivista cartacea + online: professionista € 110,00* studente € 68,00*
Online Solo rivista online professionista € 70,00** studente € 45,00**

Nome - Cognome/Rag. Sociale: _____

Via _____ n. _____

Città _____

Cap _____ Prov. _____

Telefono _____

E-mail/Fax _____

P. IVA _____

C.F. _____

Firma _____

Implantologia, la rivista per il clinico

Standard Rivista solo cartacea: professionista € 100,00* studente € 58,00*
Full Rivista cartacea + online: professionista € 110,00* studente € 68,00*
Online Solo rivista online professionista € 70,00** studente € 45,00**

Esthetic Dentistry

Standard Rivista solo cartacea: professionista € 128,00* studente € 78,00*
Full Rivista cartacea + online: professionista € 138,00* studente € 88,00*
Online Solo rivista online professionista € 70,00** studente € 45,00**

Quintessenza Odontotecnica

Standard Rivista solo cartacea: professionista € 120,00* studente € 70,00*
Full Rivista cartacea + online: professionista € 130,00* studente € 80,00*
Online Solo rivista online professionista € 70,00** studente € 45,00**

Allego copia della ricevuta di avvenuto pagamento

* IVA 4% inclusa

** IVA 22% inclusa

Con la compilazione di questa scheda si autorizza l'Quintessenza Edizioni srl e le aziende ad essa collegate ad inserire il nominativo nel proprio indirizzario. In ogni momento, ai sensi dell'art. 13 - Legge 675/96, si potrà avere accesso ai propri dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo scrivendo a:

Quintessenza Edizioni S.r.l. • Via Ciro Menotti, 65 – 20017 Rho (MI) • Tel.: 02.93.18.08.21 – Fax: 02.93.50.91.26 • E-mail: info@quintessenzaedizioni.it • www.quintessenzaedizioni.com

crea.lign
powered by visio.lign



Opalescenza del dente naturale;

M.Odi: Jürgen Freitag, Bad Hamburg, Germania

Opalescenza di crea.lign;

Dr. Vincenzo Musella, Modena, Italia



create natural beauty

crea.lign® - il composito fotopolimerizzabile con nano particelle ceramiche per un risultato estetico naturale. Approfittate degli esclusivi vantaggi che crea.lign® Vi offre.

Risultato estetico naturale | opalescenza naturale & migliore trasmissione della luce

Fisiologico | notevolmente più resistente agli urti rispetto alla ceramica

Sicuro | adesione chimica di lunga durata su tutti i materiali per la realizzazione delle strutture

bredent^{group}

