

Pietro Paolo MASTINU - Gabriele VASSURA

"Convenienza ed opportunità offerte dall'esercizio in forma imprenditoriale dell'attività odontoiatrica per il libero professionista odontoiatra. Aspetti normativi, fiscali ed operativi"

Dott. Pietro Paolo Mastinu e il Dott. Gabriele Vassura, sul tema "Convenienza ed opportunità offerte dall'esercizio in forma imprenditoriale dell'attività odontoiatrica per il libero professionista odontoiatra. Aspetti normativi, fiscali ed operativi".

Nella prima parte del webinar, a cura di Pietro Paolo Mastinu, si è parlato dell'esercizio in forma professionale e in forma imprenditoriale dell'attività odontoiatrica, scelta libera del clinico. Sono state quindi illustrate le principali differenze tra i due regimi e le implicazioni giuridiche in relazione alla tutela del patrimonio e alla pianificazione, anche dal punto di vista del profilo tributario. Inoltre, sia dal punto di vista delle autorizzazioni, che delle normative, si è parlato di strutture sanitarie semplici e complesse.

Tra le moltissime domane dei numerosi partecipanti si è anche sottolineato, come anche un collaboratore odontoiatrico possa costituire una propria società senza avere uno studio personale.

Nella seconda parte della relazione a cura di Gabriele Vassura, sono state illustrate le principali novità fiscali, che confermano ancora una volta la preferenza del legislatore verso l'impresa rispetto al professionista.

Infine si è parlato di fondo di garanzia, fondo perduto, tasso agevolato e dei rispettivi beneficiari.

La platea virtuale ha potuto così comprendere nuovi aspetti in merito alla propria professione grazie alla bravura, alle competenze e conoscenze dei relatori.

Nicola SCOTTI

«La semplificazione nella restaurativa diretta ed indiretta»

Nicola Scotti con la sua relazione "La semplificazione nella restaurativa diretta ed indiretta" dedicata non solo agli odontoiatri, ma anche alle ASO.

Nonostante a causa della pandemia continuiamo ad essere lontani, questo nostro incontro virtuale ha avuto un enorme successo come si è notato dall'attivo scambio di idee e dalle continue ed attente domande dei partecipanti. La conservativa ha una lunga storia ed oggi le resine composite fanno da padrone sulla scena delle riabilitazioni, a scapito dell'amalgama. Per ottenere un buon restauro è necessario conoscere attentamente i materiali, ma anche operare con un protocollo corretto per avere efficacia ed estetica. Oggi sono arrivati sul campo i sistemi adesivi di ottava generazione, utili sia nell'esecuzione di restauri in composito, ma anche per tutta una serie di altri materiali come la ceramica o la zirconia. A questo proposito è stato mostrato un piccolo vademecum, corredato di fotografie, su come utilizzare i sistemi di adesione sui vari materiali per guidare l'odontoiatra al loro utilizzo.

Nuovi materiali non significa che sia necessario cambiare la tecnica, né il rigore con cui l'odontoiatra esegue i suoi restauri, ma è necessaria un'ottima conoscenza della merceologia per scegliere terapie corrette.

Mario SEMENZA

«Odontoiatria 2.0 Due ore insieme parlando di Protesi»

Dott. Mario Semenza, che ha presentato la sua relazione "Due ore insieme parlando di protesi", serata con più di mille iscritti.

Questo è stato un ritorno in grande stile per il protagonista della nostra serata, che ha tenuto un incontro interattivo, con attenzione viva e molte curiosità. Inoltre al suo fianco è stato presente anche il Dott. Michele Perelli, esperto paradontologo.

Ciò che dobbiamo ricordarci è che nella protesi non esiste un bene ed un male assoluto. La protesi deve essere un'attenta valutazione di quelli che sono i parametri e soprattutto deve essere una successione di decisioni: non è un singolo momento, si parte da una diagnosi, dalle indicazioni, ma soprattutto la protesi è una sequenza di passaggi ben calibrati, affrontati in maniera precisa per ottenere un risultato, che altrimenti non arriverebbe. È un ragionamento che ci deve guidare per ottenere risultati, non solo il successo, ma ci sono fattori che ci permettono di limitare l'insuccesso terapeutico. Si è poi sottolineata l'importanza del valutare dove possa collassare il nostro restauro protesico: i deficit possono essere di tipo diagnostico, di tipo valutativo, poiché non tutti i casi vanno affrontati con lo stesso approccio, e di tipo operativo. Si è messo in luce come la diagnosi sia uno dei momenti fondamentali poiché qualunque cosa succeda, il processo diagnostico deve essere codificato. Molto rilievo si è poi dato alle preparazioni, ai materiali ed alle tecniche che vengono utilizzati in protesi, in quanto ritenuti la chiave del successo a seconda dei materiali scelti.

La serata si è conclusa con un attivo scambio di idee, un confronto proficuo tra i relatori ed i partecipanti al Webinar, oltre che il commento di vari casi clinici da cui sono sorte interessanti riflessioni.

Silvia MASIERO

La gestione della complessità degli Stadi III della parodontite

Incontro con un'altra serata di grande qualità in compagnia della Dott.ssa Silvia Masiero con la sua relazione "La gestione della complessità negli stadi III della parodontite".

Durante la relazione sono state messe in luce le linee guida di approccio alla patologia parodontale con dovizia di particolari ed esemplificate da interessanti casi clinici.

Innanzitutto, è stato sottolineato che quando parliamo della stadiazione della parodontite dobbiamo parlare di gravità, complessità ed estensione. Per avere uno stadio III dobbiamo avere almeno 5 mm di perdita di attacco per quel che riguarda la gravità; se lo valutiamo per complessità una perdita ossea oltre il terzo medio e se lo valutiamo poi per estensione dobbiamo avere già un buon numero di denti andati perduti. Inoltre, sono di grande rilievo anche l'età del paziente in esame e la presenza di modificatori di grado peggiorativo, come il fumo ed il diabete.

È stato chiarito che, quando andiamo a risanare completamente la patologia parodontale, abbiamo la possibilità di cambiare il grado: lo stadio, invece, non può cambiare, a meno che la chirurgia rigenerativa non abbia portato alla completa risoluzione del caso. Un altro aspetto importante che è stato valutato è che l'obiettivo che ci viene proposto dalle linee guida può essere di due tipi:

1. obiettivo d'eccellenza che consiste nella stabilità dei tessuti parodontali con sanguinamento inferiore al 10%, un sondaggio inferiore a 4 mm, tenendo sotto controllo i fattori sistemici e locali;
2. obiettivo minimo o remission control, cioè una condizione di guarigione dopo la terapia in cui vi è una diminuzione dei parametri del sanguinamento, una condizione in cui la profondità di sondaggio è diminuita drasticamente, ma non in tutti i siti inferiore ai 4 mm ed un controllo non completo dei fattori di rischio sistemici e locali.

Sarà infine necessario abbinare nel modo adeguato una terapia chirurgica e non chirurgica, con l'ausilio correttamente studiato anche di biomateriali rimanendo imprescindibile la collaborazione del paziente sul lungo termine.

Enrico CASSAI

Serata dedicata all'endodonzia in compagnia del **Dott. Enrico Cassai** nel tema "*Il ritrattamento in Endodonzia moderna*", un argomento molto interessante e di grande utilità.

Durante l'esposizione, sono stati principalmente trattati diversi temi, tra cui il successo in campo di ritrattamenti e i fattori prognostici.

L'obiettivo del ritrattamento deve essere il successo in termini di anni e per ottenerlo sarà necessario effettuare una fase diagnostica, l'esecuzione di cavità di accesso, un sondaggio manuale, sagomatura, detersione e otturazione dei canali e la finalizzazione con un restauro. Con il termine successo si intende l'assenza di sintomatologia, un tessuto parodontale normale, l'assenza di fistola e il controllo attraverso esami radiografici di primo e secondo livello ripetuti nel tempo.

In particolare, si è evidenziata l'importanza di valutare tutte le nostre terapie per almeno 5 anni per vedere se le lesioni scompaiono o se si ripresenta una recidiva.

Inoltre, è stata data una definizione di ritrattamento come quell'intervento che il clinico fa in presenza di un trattamento inadeguato e di una lesione che non guarisce. Si è poi sottolineato come il miglioramento di una terapia endodontica fallimentare parta da un'accurata diagnosi e la sempre crescente importanza nei ritrattamenti dell'utilizzo di una CBCT preoperatoria.

L'obiettivo che deve essere raggiunto sarà la riconfigurazione cavitaria, la fase di terapia legata alla detersione e sagomatura con protocolli diversi, una tecnica di otturazione che sia adeguata ed un restauro definitivo dell'elemento dentale, con copertura o meno, anche in funzione dell'impatto occlusale. Tutto questo significa successo che viene identificato come l'eliminazione dei batteri e la prevenzione di una successiva contaminazione, risultato ottenibile solamente con un sigillo tridimensionale a livello apicale, cervicale e coronale.

Inoltre si è visto come nel campo dei ritrattamenti, a differenza della terapia iniziale, sia possibile anche la sola sopravvivenza, cioè se non si riuscisse a mantenere un sigillo apicale a causa di danni iatrogeni precedenti, l'alternativa può essere di mantenere il dente in sopravvivenza, eliminando la sintomatologia e mettendolo in funzione.

Solo successivamente, in seguito ad un costante monitoraggio, si deciderà se intervenire chirurgicamente sull'elemento dentale e mantenerlo in bocca, oppure se sarà necessario procedere per altre vie.

Inoltre, sono stati proposti altri dati riguardanti il successo della terapia endodontica in relazione alla modifica o al mantenimento della morfologia originale. Si è visto come, nel caso in cui il dente non rispetti la corretta anatomia, la possibilità di successo si abbassi al 53%. Un'altra considerazione che è stata fatta in senso prognostico è relativa all'inadeguata otturazione dei canali. Ancora un altro dato che è stato preso in considerazione è la lunghezza di lavoro. Infatti la letteratura ha evidenziato diverse percentuali di successo in relazione alla distanza del materiale rispetto all'apice, con una minor probabilità di successo della terapia in caso di superamento dell'apice. Un altro aspetto che è stato preso in esame è la presenza di perforazione. La letteratura ci dice che la presenza di perforazione porta ad un successo del 30%. Se c'è pure sondaggio, la percentuale di successo si riduce del 20% perché la lesione è endoparodontale. Il successo dipenderà anche dalla posizione dall'ampiezza della perforazione.

Una notevole complessità nella gestione tipica dei ritrattamenti è rappresentata dalla rimozione degli strumenti rotti. È stato inoltre sottolineato come nella loro rimozione sia fondamentale l'uso di ingrandenti ed estrattori dedicati. In conclusione, è stato messo in luce come genericamente si debba andare a ritrattare un dente in presenza di sintomi e in presenza di segni radiografici e se il sigillo coronale presente non è sufficiente.

Enzo PASCIUTI

“L’ortodonzia moderna con allineatori trasparenti”

Una relazione in ambito ortodontico che ha suscitato grande interesse tra i partecipanti.

Il relatore è stato il Dott. Enzo Pasciuti che ci ha mostrato la sua esperienza come ortodontista nella relazione “L’ortodonzia moderna con allineatori trasparenti”.

Innanzitutto, sono stati sottolineati i vantaggi a cui può portare l’adozione dell’ortodonzia invisibile rispetto a quella fissa.

La gestione clinica del paziente subisce un notevole miglioramento, in quanto, a differenza dello standardizzato appuntamento mensile, si può passare ad effettuare un controllo ogni 3 mesi. Diminuisce anche il tempo alla poltrona perché il controllo di norma non richiede un aggiustamento del trattamento, ma serve solo per assicurarsi che tutto proceda come previsto.

A fronte di questi vantaggi, però, la letteratura affermerebbe che un trattamento con allineatori non abbia la stessa predicibilità dell’ortodonzia fissa, specie per alcuni movimenti.

Per ovviare a questo problema, durante l’incontro è stato sottolineato come il cardine dell’utilizzo degli allineatori siano le corrette conoscenze biomeccaniche. Infatti l’errore in cui inciampano spesso gli odontoiatri, spesso se generalisti, è quello di accettare il set up iniziale che i laboratori propongono: da questo ne consegue una perdita di controllo del trattamento del paziente.

Quindi è stato a più riprese evidenziato come la chiave del successo sia quello di creare un proprio set up, un proprio piano di trattamento sulla base delle proprie conoscenze biomeccaniche per ottenere un risultato predicibile.

A tal proposito, per fare un setup corretto sono necessari diversi passaggi:

- riorientamento dei modelli dei pazienti nei 3 piani dello spazio;
- creazione del set up finale;
- pianificazione degli attachments. Quindi la soluzione è pianificarne di più voluminosi, anche se meno estetici;
- movimenti e pianificazione degli stage;
- overcorrection.

Il tutto è stato spiegato in abbinamento a casi clinici in cui abbiamo visto come si possano risolvere diverse situazioni, come seconde classi, morsi profondi, morsi aperti e terze classi proprio con l’utilizzo degli allineatori e di protocolli corretti.

E’ stato infine ricordato, quanto fosse importante il ruolo delle ASO nel gestire sia il magazzino che la preparazione degli allineatori stessi, inserendovi all’interno già il materiale composito per la realizzazione dei futuri attachments.

Luca TACCHINI

“I trattamenti estetici con approcci diretti e indiretti: come ottenere qualità ottimizzando i tempi”

Il Dott. Luca Tacchini ha destato grande interesse presentando la sua relazione dal titolo “I trattamenti estetici con approcci diretti e indiretti: come ottenere qualità ottimizzando i tempi”.

Si è inizialmente analizzato cosa significhi in questo ambito l'estetica, cioè saper usare restauri sia diretti che indiretti a seconda delle richieste del paziente e della disponibilità economica di quest'ultimo. Gli obiettivi per noi devono essere sempre quelli di mantenere qualità, costi e tempi. I pazienti vogliono velocità, precisione, ma soprattutto quando parliamo di estetica diretta o indiretta entra in gioco la componente psicologica. A questo punto si è entrati più nel vivo ponendoci alcuni quesiti. Cosa fare per gestire restauri multipli? È stato spiegato quanto sia importante gestire al meglio l'isolamento e saper scegliere la corretta preparazione cavitaria tra bisello e chamfer in base al restauro. Un altro quesito è stato: come dare naturalezza agli incisivi centrali? Si è sottolineato come un dente naturale si distingue soprattutto negli ultimi 2 mm finali. Dobbiamo dare il giusto tono e la giusta massa grigia al dente nel margine incisale e per farlo si possono sia usare compositi grigi del commercio che un composito grigio creato in studio aggiungendo la grafite della matita. Inoltre è stato visto anche come si possano condizionare i tessuti dentali con i compositi con la tecnica BOPT dopo aver sondato accuratamente.

Per quanto riguarda i restauri indiretti, quindi le faccette, sono stati elencati gli step fondamentali per la loro realizzazione:

1. ascoltare il paziente e proporre cosa vorremmo fare;
2. fotografia, smile design, impronta e arco facciale;
3. ricezione dall'odontotecnico di ceratura e mascherina da mock up;
4. stampare il mock up in bocca con mascherina in silicone;
5. accettazione o rifiuto del trattamento da parte del paziente;
6. preparazione con blue mock up per ottenere gli spessori corretti per creare il giusto spazio per la faccetta del tecnico;
7. impronta ed arco facciale;
8. provvisorio;
9. prova delle faccette;
10. cementazione con flow liquido per faccette.

Infine è stato visto come non sia corretto pensare di realizzare sempre un trattamento prep o no prep, ma valutare quale sia il più adeguato alle situazioni che ci troviamo di fronte, spiegando il tutto al paziente.

Quindi la gestione dei restauri diretti e indiretti del settore anteriore ha bisogno di passaggi predefiniti, adeguati al paziente ed al caso, ma che devono essere standardizzati.

Martina STEFANINI

In prima battuta, è stato presentato come protagonista principale il lembo spostato coronalmente, uno degli interventi più importanti della chirurgia mucogengivale. Tecnica predicibile che ci garantisce una copertura radicolare completa ed un risultato estetico ottimale nei giusti casi selezionati.

L'indicazione all'uso dell'innesto si ha in presenza di una quantità di tessuto cheratinizzato gengivale residuo inferiore in altezza ad 1 mm ed in spessore a 0,8 mm.

È stata descritta nel dettaglio l'esecuzione del lembo e si è precisato che la chiave della tecnica è il punto attaccato al periostio perché ci permette di ricreare la profondità del vestibolo.

Sono poi state viste altre tre condizioni in cui è necessario aggiungere un innesto connettivale: le eccessive prominente radicolari, le abrasioni profonde e la scarsa profondità di vestibolo.

L'innesto usato tipicamente è un innesto autologo di 4 mm di altezza e di meno di 1 mm di spessore (0,8-0,9mm). Quando le radici sono prominenti non permettono la stabilizzazione del coagulo al di sotto del lembo. Invece, quando le radici sono molto abrase l'innesto ha il ruolo di evitare il collasso del lembo all'interno dell'abrasione stessa. Quando c'è uno spessore sufficiente di tessuto cheratinizzato si può utilizzare in alternativa una matrice di collagene la cui unica funzione è di stabilizzare il coagulo con effetto spugna. La terza indicazione è l'assenza di profondità di vestibolo, anche in presenza di tessuto cheratinizzato sufficiente, condizione comune negli incisivi inferiori. In questo caso l'innesto può essere più alto di 4 mm, arrivando fino a 6.

Nella seconda sezione della relazione si è parlato di tessuti molli attorno agli impianti. Si è visto come sugli impianti sia tutto più difficile. Infatti, intorno ai denti abbiamo la CEJ che ci delimita la recessione. È stata in seguito proposta una classificazione delle deiscenze in 4 classi e 3 sottoclassi. Le classi si basano sulla posizione dell'impianto che supporta la corona e la testa dell'impianto, mentre le sottoclassi sono in rapporto al livello delle papille. In relazione a ciò, si è sottolineato come possano esservi 3 approcci differenti. Nei casi meno gravi si può procedere senza rimozione della corona, come se gestissimo un dente naturale. Quando la situazione è più complessa si può optare per un approccio combinato protesico-mucogengivale. Infine, quando la situazione è molto critica, specie in relazione alle papille, si sceglierà una guarigione sommersa dell'impianto