

PREMESSA STORICA NASCITA DELL'APPARECCHIATURA PROGRAMMATA

Il Dr.L.F.Andrews con la collaborazione di Liberi Professionisti e Centri Universitari Americani iniziò una raccolta di dati che durò dal 1960 al 1964, riuscendo a raccogliere 120 modelli di soggetti mai trattati ortodonticamente.

I soggetti selezionati presentavano le seguenti caratteristiche:

- non avevano mai subito trattamenti ortodontici
- i denti erano correttamente posizionati e piacevoli a vedersi
- avevano un'occlusione in linea di massima corretta
- non avrebbero tratto alcun beneficio da un ipotetico trattamento.

Da questo studio emersero ulteriori valori nei 120 soggetti analizzati: corretta angolazione (Tip), e inclinazione (Torque), mancanza di rotazioni o spazi tra i denti e, la linea-forma del piano occlusale non era identica in tutti i modelli, ma era talmente modesta la variazione che potè essere stimata come carattere differenziale.

Il Dr.L.F.Andrews e i suoi collaboratori giunsero a delle conclusioni provvisorie, individuarono sei caratteristiche definendole le "Sei Chiavi dell'Occlusione".

Tuttavia si rese necessario avere dei riscontri clinici, quindi l'equipe del Dr.L.F.Andrews iniziò a seguire le "Sei Chiavi dell'Occlusione" come obiettivo nei trattamenti ortodontici. Dal 1965 al 1971 furono trattati 1150 casi ortodontici con lo scopo di conoscere in che grado le "Sei Chiavi dell'Occlusione" fossero fondamentali per un buon trattamento ortodontico. Presentarono i loro casi a Congressi Nazionali e Internazionali, portando le loro stesse osservazioni positive o negative, affrontando un mondo ortodontico molto scettico davanti a certe affermazioni. Dopo undici anni di studio si stabilirono "Le Sei Chiavi di un'Occlusione Ottimale", vennero giudicate significative, non soltanto perchè presenti in tutti i 120 soggetti normali non trattati ortodonticamente, ma perchè la mancanza di una delle "Sei Chiavi dell'Occlusione" era un difetto che anticipava un incompleto risultato finale nei modelli dei soggetti trattati ortodonticamente. Fin dal 1927 il Dr.Angle aveva suggerito di angolare il bracket sul dente al fine di ridurre le pieghe di II° ordine. Per primo il Dr.Jaraback nel 1957 inserì il torque direttamente nei brackets solo per gli incisivi. Nel 1958 il Dr.Stifter creò una apparecchiatura con brackets che avevano un componente maschio e diversi componenti femmina che inseriti tra loro davano angolazioni e inclinazioni diverse in base al movimento che doveva essere effettuato.

All'inizio degli anni Settanta il Dr.L.F.Andrews inizia lo studio per un'apparecchiatura completamente programmata, nel 1975 viene distribuita sul mercato Nord Americano la prima apparecchiatura interamente programmata denominata "Straight-Wire". Tale apparecchiatura venne messa a punto dopo uno studio condotto dal Dr.L.F.Andrews dapprima su occlusioni trattate ortodonticamente ed in seguito su occlusioni naturali ottimali.

Questo studio portò alla definizione delle: "Sei Chiavi di un'Occlusione Ottimale".

Oggi le "Sei Chiavi dell'Occlusione" sono il punto di arrivo di qualsiasi trattamento ortodontico, riconosciuto in tutto il mondo e valido per qualsiasi tecnica utilizzata.





Ronald H. Roth, D.D.S., M.S., F.A.C.D., F.I.C.D., A.B.O.
Clinical Professor of Orthodontics
University of California San Francisco
University of the Pacific
University of Detroit/Mercy
University of Western Ontario



Robert E. Williams, D.D.S., M.S., A.B.O.
Specialists in Orthodontics
Worldwide Consulting

LA FILOSOFIA ORTODONTICA del Dr. R.H. Roth e del Dr. R.E. Williams

Sfruttando le proprietà dell'apparecchiatura inventata dal Dr. L.F. Andrews, il Dr. Ronald H. Roth e il Dr. Robert E. Williams hanno sviluppato un'approccio globale al trattamento ortodontico fornendo obiettivi di trattamento con criteri definiti per un'appropriata diagnosi del caso, seguiti dalla scelta di un appropriato piano di trattamento e dal tipo di apparecchiatura che accompagna questo piano, gli ortodontisti ora possono raggiungere gli obiettivi del loro trattamento in modo più efficiente. Dopo decenni di studi e di clinica il Dr. Roth ha concluso che l'occlusione funzionale debba essere uno degli obiettivi primari in ogni piano di trattamento.

Nel 1974, al 17° incontro annuale della fondazione per la ricerca e l'educazione ortodontica dell'Università di Saint Louis, Ronald Roth riportò la sua esperienza con le sei chiavi di Andrews dicendo: ".....se io dovessi definire sinteticamente quali dovrebbero essere in una dentatura naturale le caratteristiche occlusali ideali, sia anatomicamente che funzionalmente, dovrei dire che essa dovrebbe presentare le sei chiavi con la mandibola disposta in relazione centrica gnatologica".

Dr. Ronald H. Roth

Dr. Robert E. Williams



ELEMENTI DELLE SEI CHIAVI DI UN'OCCLUSIONE OTTIMALE

1^a chiave: Relazione molare.



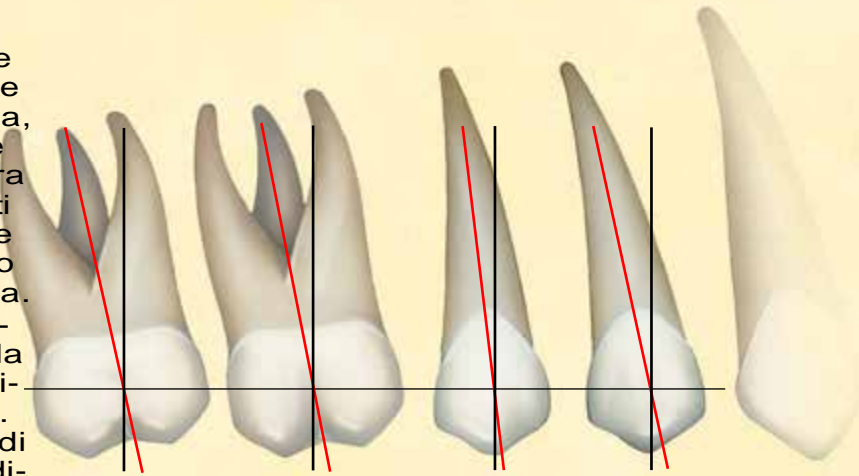
La superficie distale della cuspide distovestibolare del primo molare superiore permanente giunge in contatto ed occlude con la superficie mesiale della cuspide mesiovestibolare del secondo molare permanente inferiore.

La cuspide mesiovestibolare del primo molare superiore permanente cade nel solco fra le cuspide mesiale e media del primo molare inferiore permanente (i canini e i premolari rispettano il rapporto cuspide-incisura vestibolarmente e mostrano una relazione cuspide-fossa lingualmente).

2^a chiave: Angolazione delle corone: "tip" mesiodistale.

In questo lavoro il termine angolazione delle corone si riferisce all'angolazione dell'asse longitudinale della corona, non all'angolazione dell'asse longitudinale dell'intero dente. L'ortodontista lavora specificatamente con le corone dei denti e, perciò, esse diventano la nostra base di comunicazione, o "referente", proprio perchè sono la nostra base clinica. La porzione gengivale dell'asse longitudinale di ogni corona è distale alla porzione incisale, con variazioni individuali a seconda della forma dei denti. L'asse longitudinale delle corone di tutti i denti, eccetto i molari, è giudicato essere la cresta mediana, che è la porzione verticale più prominente vicino al centro della superficie labiale o vestibolare.

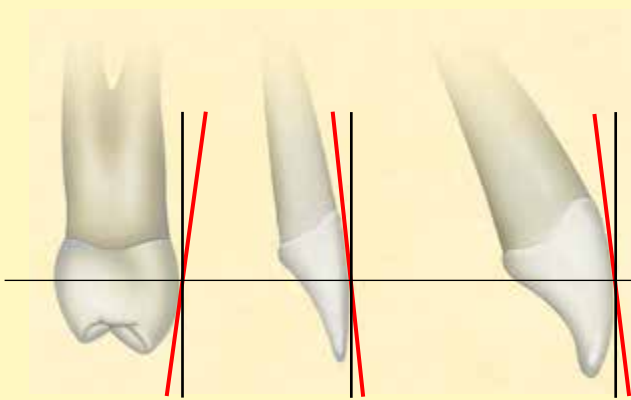
L'asse lungo dei molari è identificato dal solco principale verticale sulla superficie vestibolare della corona.



Le sei chiavi di occlusione contribuiscono individualmente e collettivamente allo schema totale di occlusione e, sono quindi essenziali nel trattamento ortodontico.

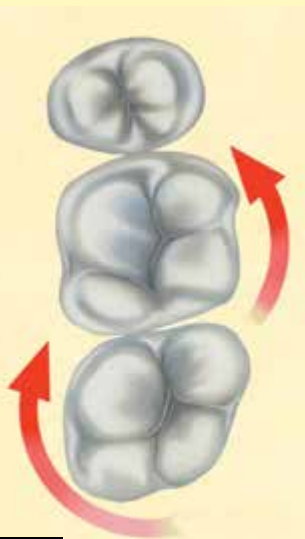
3^a chiave: **Inclinazione delle corone ("torque" labio-linguale o vestibolo-linguale).**

Si riferisce all'inclinazione labio-linguale o vestibolo-linguale dell'asse longitudinale della corona, non all'inclinazione dell'asse longitudinale dell'intero dente. L'inclinazione di tutte le corone viene schematizzata in:



- a.** denti anteriori (incisivi centrali e laterali). Le corone dei denti anteriori superiori ed inferiori sono orientate in modo da resistere alla sovra-estrusione e, anche, per garantire un corretto posizionamento dei denti posteriori nella loro relazione con gli antagonisti, permettendo una corretta occlusione delle corone posteriori;
- b.** denti posteriori superiori (canini-molari). Una inclinazione coronale esiste nelle corone dei denti posteriori superiori. È costante e simile dai canini ai secondi premolari ed è debolmente più pronunciata nei molari;
- c.** denti posteriori inferiori (canini-molari). L'inclinazione coronale linguale dei denti inferiori e posteriori aumenta progressivamente dal canino al secondo molare.

N.B. - INCISIVI SUPERIORI INCLINAZIONE POSITIVA
- CANINI E PREMOLARI INCLINAZIONE NEGATIVA SIMILE TRA DI LORO
- INCISIVI INFERIORI INCLINAZIONE NEGATIVA
- MOLARI INCLINAZIONE NEGATIVA

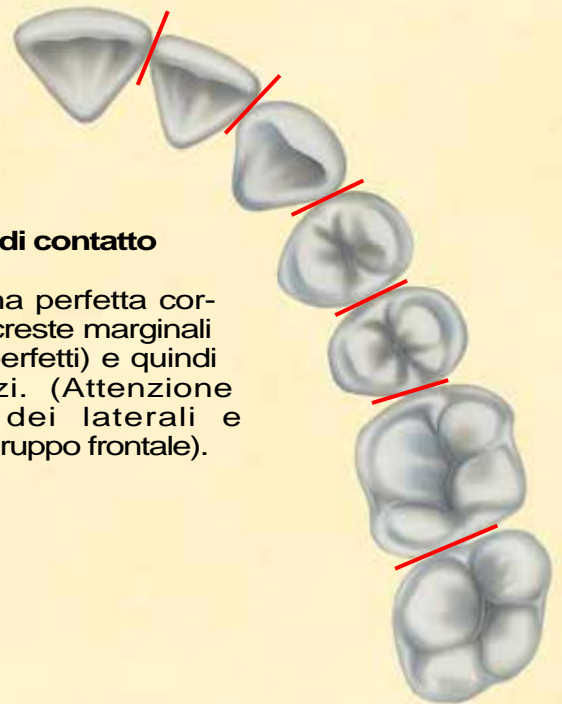


4^a chiave: **Rotazioni**

Devono essere assenti rotazioni, in particolare a livello di premolari e molari.

5^a chiave: **Punti di contatto**

Ci deve essere una perfetta corrispondenza delle creste marginali (punti di contatto perfetti) e quindi assenza di spazi. (Attenzione all'angolazione dei laterali e all'inclinazione del gruppo frontale).

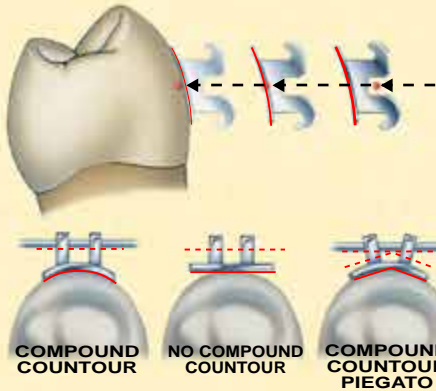


6^a chiave: **Piano oclusale (curva di Spee).**

Durante il trattamento l'obiettivo è quello di avere un piano oclusale piatto come forma di ipercorrezione preventiva. A fine trattamento c'è una tendenza naturale della curva di Spee ad approfondirsi di 1/2 mm.

Le sei chiavi di occlusione contribuiscono individualmente e collettivamente allo schema totale di occlusione e, sono quindi essenziali nel trattamento ortodontico.

PARTICOLARI TECNICI E FONDAMENTALI NELL'APPARECCHIATURA PROGRAMMATA



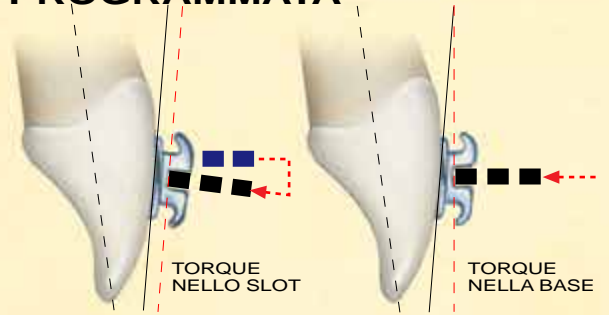
COMPOUND COUNTOUR

Il disegno della base dell'attacco deve rispecchiare esattamente l'anatomia mesio-distale ed occluso-gengivale della corona clinica di ciascun dente, con questa caratteristica l'attacco si adatta perfettamente alla morfologia del dente, trasmettendo le informazioni presenti.



IN/OUT

Grazie al corretto spessore studiato per ogni attacco, ciascun dente raggiunge la sua corretta posizione nell'arcata senza la necessità di pieghe di 1° ordine per l'offset molare.



TORQUE NELLA BASE

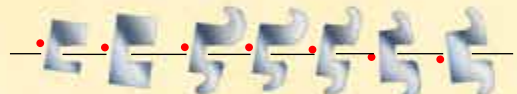
Caratteristica fondamentale per l'originalità di una apparecchiatura programmata. Il centro dello slot ed il centro della base dell'attacco si trovano sullo stesso piano, in tal modo lo slot si pone come prolungamento del piano medio trasverso della corona clinica del dente.



A IL CENTRO DELLO SLOT E IL CENTRO DELLA BASE SONO SULLO STESSO PIANO.



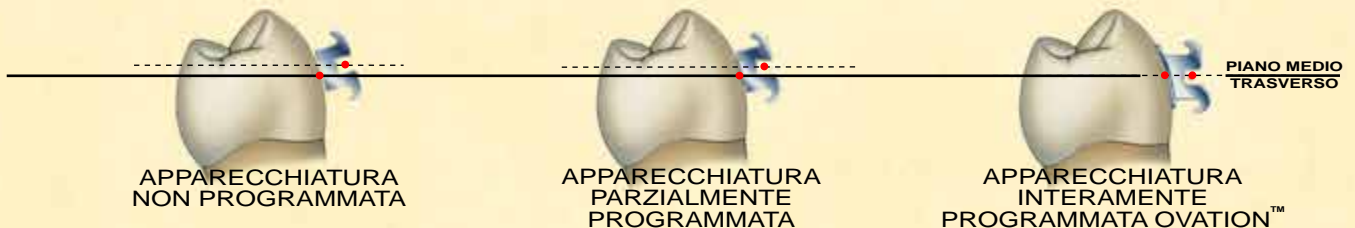
B IL CENTRO DELLO SLOT E IL CENTRO DELLA BASE NON SONO SULLO STESSO PIANO.



C IL CENTRO DELLA BASE E IL CENTRO DELLO SLOT NON SONO SULLO STESSO PIANO.

LEVEL SLOT

Quando tutti i denti raggiungono la posizione desiderata avremo un allineamento e un livellamento tridimensionale di tutti gli attacchi delle arcate. (Fig. A).



LA NUOVA APPARECCHIATURA DEL DR. R.H. ROTH

OVATION™ si propone come un'apparecchiatura completamente programmata per posizionare i denti in maniera adeguata nei 3 piani dello spazio. Con questa avanzata apparecchiatura completamente programmata avrete bisogno di un minore numero di pieghe sull'arco per ottenere i più fini dettagli perchè gli attacchi collocano meglio e più facilmente i denti nella loro corretta posizione.

- Una apparecchiatura per definirsi interamente programmata deve inserire in ogni singolo attacco queste caratteristiche:

COMPOUND COUNTOUR - TORQUE nella BASE - IN/OUT e LEVEL SLOT

PRESCRIZIONE SECONDO DR. R.H. ROTH

ARCATA SUPERIORE

STANDARD	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
TIP	5°	9°	13°	0°	0°	0°	0°
TORQUE	12°	8°	-2°	-7°	-7°	-14°	-14°
ROTAZIONE	0°	0°	4°M	2°D	2°D	14°D	14°D

ESTRATTIVO	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
TIP	5°	9°	9°	-	0°	0°	0°
TORQUE	17°	10°	3°	-	-7°	-14°	-14°
ROTAZIONE	0°	0°	4°M	-	2°M	0°	0°



ARCATA INFERIORE

STANDARD	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7
TIP	2°	2°	7°	-1°	-1°	-1°	-1°
TORQUE	-1°	-1°	-11°	-17°	-22°	-30°	-30°
ROTAZIONE	0°	0°	2°M	4°D	4°D	4°D	4°D

OVATION: UN SISTEMA COMPLETO ED EFFICACE



- TORQUE NELLA BASE
- TIP
- IN/OUT
- COMPOUND COUNTOUR
- LIVELLAMENTO DEGLI SLOT

- PIENA ED ELEVATA EFFICIENZA
- RISULTATI PREVEDIBILI
- VELOCITÀ NEL TRATTAMENTO
- RIDOTTO STOCCAGGIO IN STUDIO
- SISTEMA COMPLETO E CERTIFICATO DI BRACKETS, TUBI E BANDE

GNATOLOGIA

Gli obiettivi del nostro trattamento saranno la risoluzione del problema principale del paziente, produrre un'occlusione funzionale nel rispetto della A.T.M., dell'estetica facciale e del parodonto, garantendo una stabilità di risultato. Per raggiungere una armonia estetico/funzionale è indispensabile il montaggio in articolatore. La scelta del Dr.R.H. Roth è il sistema Panadent, che permette un utilizzo quotidiano dell'articolatore in modo efficace, preciso e funzionale.

L'aspetto più importante è costituito dai simulatori del movimento condilare, che offrono nell'area funzionale una lettura curvilinea simultanea nei tre piani dello spazio.

Con l'uso di strumenti Panadent, è possibile ottenere con semplicità un'ulteriore programmazione sui valori individuali che risultano indispensabili nel supporto Gnatologico relativo all'approccio diagnostico-terapeutico.

Tutta la sistematica è inoltre concepita per interagire con i tracciati cefalometrici e quindi permettere la realizzazione delle impostazioni terapeutiche dettate dai concetti Gnatologici.

POSIZIONAMENTO DEI BRACKETS

Il posizionamento dei brackets e dei tubi buccali nell'apparecchiatura programmata è sicuramente la fase più delicata e importante.

Tutti i punti centrali degli slot devono sovrapporsi al punto F.A. (Facial Axis Point)

A • CORONA CLINICA - viene definita come la parte di corona che è direttamente osservabile all'interno della bocca o su un modello di studio, in tarda dentizione mista o nell'adulto in presenza di una gengiva sana e senza retrazione.

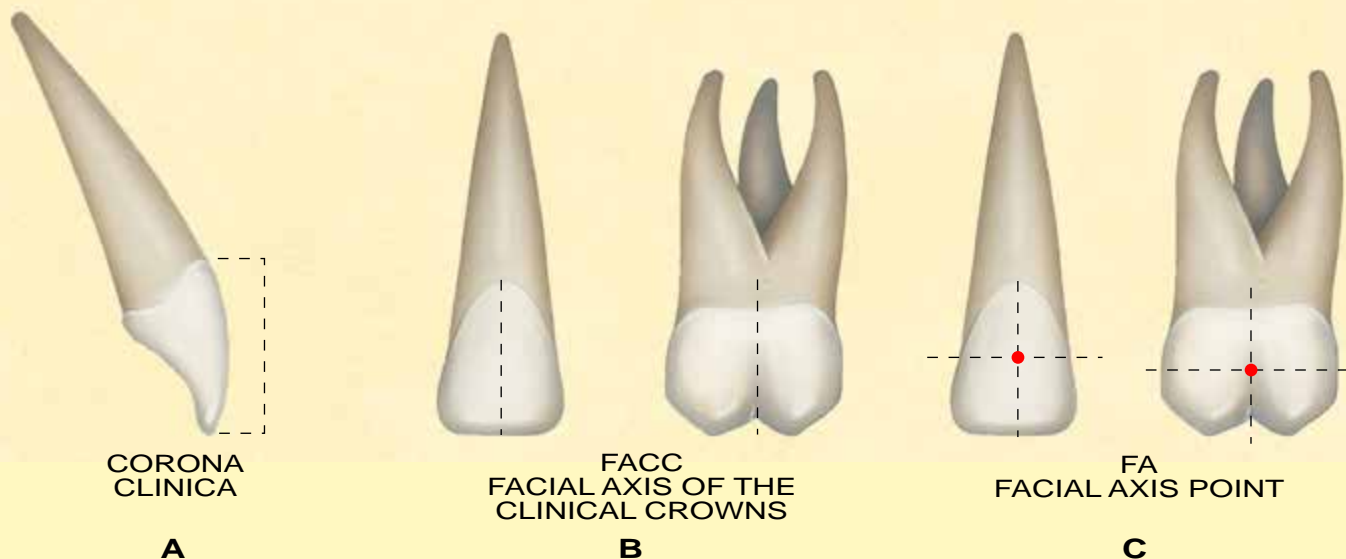
B • FACC - (Facial Axis of the Clinical Crown) è per tutti i denti, tranne i molari, la parte più prominente della convessità centrale sulla superficie vestibolare della corona. Per i molari è il solco vestibolare che separa le due grandi cuspidi vestibolari.

C • FA - (Facial Axis Point) è il punto sul FACC che separa la metà gengivale dalla metà occlusale della corona clinica. Nelle corone di un'arcata le distanze tra le estremità occlusali e gengivali delle superfici vestibolari sono diverse tra di loro, ma in ogni corona le estremità sono comunque equidistanti dal punto FA.

N.B. Da un punto di vista clinico, il FACC dei denti, può essere evidenziato usando il lato della mina di una matita tranne che per i molari, dove viene evidenziato utilizzando la punta.

Da una prospettiva vestibolare il FACC appare come una linea retta.

Da una prospettiva mesiale o distale il FACC é utilizzato per valutare l'inclinazione della corona.



GUIDA AL POSIZIONAMENTO DEI BRACKETS

Differenza del posizionamento tra una apparecchiatura programmata e altri sistemi.

I denti possono avere dimensioni mesio/distali e occluso/gengivali differenti fra di loro.

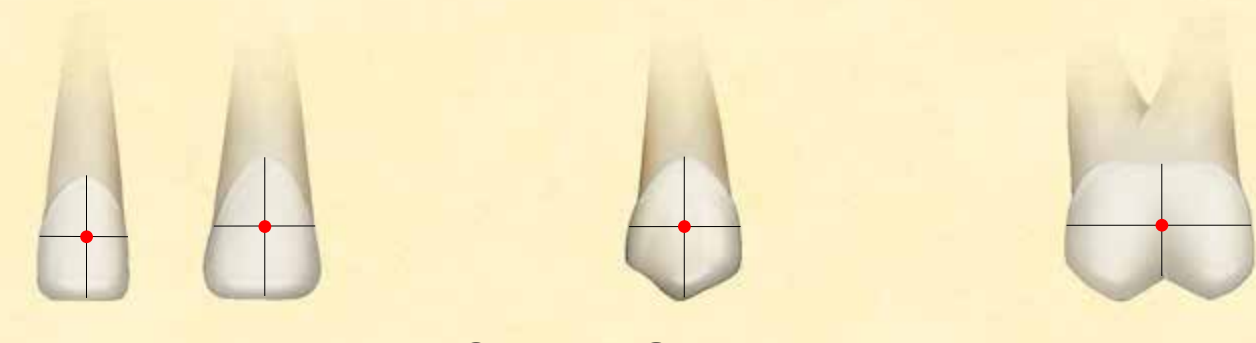
Determinando il posizionamento dei brackets ad una distanza standard dal margine occlusale o incisale si otterranno dei posizionamenti con torque e in/out differenti da paziente a paziente.

Con apparecchiature parzialmente programmate o Edgewise i brackets vengono collocati normalmente ad una distanza standard dal margine incisale, comportando così la necessità di applicare sugli archi pieghe con valori diversi di torque e in/out.

Per questa ragione è importantissimo collocare il bracket nel punto di mezzo dell'asse maggiore verticale della corona clinica (FA). L'asse lungo verticale della corona clinica è situato sulla cresta mediana che percorre verticalmente tutti i denti ed è la porzione più esterna della superficie labiale/buccale (FACC).

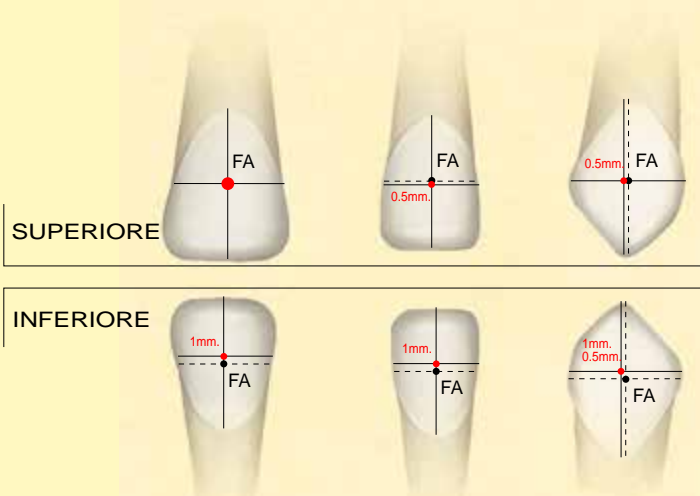
Per i molari l'asse verticale della corona clinica è dato dal solco verticale principale sulla superficie vestibolare.

Nell'apparecchiatura "Ovation" i gradi di tip, torque, in/out, e rotazione sono programmati in ciascun bracket, in modo tale che con un corretto posizionamento, sia possibile ottenere una prestazione ottimale da parte dell'intera apparecchiatura.



MODIFICA DI POSIZIONAMENTO del Dr.R.H.Roth

In relazione alla forma d'arcata preferita da Roth, nella sua tecnica i sei brackets anteriori vengono posizionati non sul punto FA come stabilisce Andrews, ma per i centrali superiori il punto di riferimento rimane il centro della corona clinica (FA). I laterali superiori devono essere posizionati 0,5 mm. più incisali rispetto al punto FA. I canini superiori vengono posizionati rispetto al FACC e al FA di 0,5 mm. più mesiali. Nell'arcata inferiore centrali, laterali e canini devono essere posizionati 1 mm. più occlusalmente rispetto al FA, inoltre i canini vengono posizionati rispetto al FACC e al FA di 0,5 mm. più mesiali.



Un posizionamento leggermente più incisale di questi brackets, consentirà di livellare la curva di Spee con un arco piatto invece che applicare pieghe di compenso e finitura. Inoltre crea un overbite incisivo e canino che aiuta ad avere una maggiore disclusione.

- PUNTO FA, CENTRO CORONA CLINICA
- MODIFICA POSIZIONAMENTO DEL DR.R.H.ROTH

ERRORI PIÙ COMUNI NEL POSIZIONAMENTO

ERRORI GENERALI

Tre fondamentali problemi intervengono generalmente nel posizionamento del bracket: errori verticali, errori assiali di parallelismo ed errori orizzontali.

Al fine di evitarli, è essenziale visualizzare il dente direttamente dalla superficie labiale/vestibolare, come anche dalla superficie incisale/occlusale durante l'applicazione dei brackets.

ERRORI VERTICALI

La collocazione dei brackets troppo gengivali, o troppo incisali/occlusali è probabilmente l'errore più comune nel posizionamento. Una delle principali ragioni è dovuta alla non completa eruzione dei denti quando viene applicata l'apparecchiatura. In questo caso, l'ortodontista deve "immaginare" dove potrà essere il centro della corona clinica quando il dente sarà completamente eretto. Questo metodo può sembrare più una congettura, ma è sorprendentemente facile centrare il punto mediano di un elemento lungo 10 mm. circa.

ERRORI ORIZZONTALI

Gli errori orizzontali derivano da un posizionamento del bracket o troppomesiale o troppo distale rispetto all'asse lungo della corona clinica.

Minimi errori nella collocazione orizzontale del bracket comportano effetti negativi sulla rotazione dei denti.

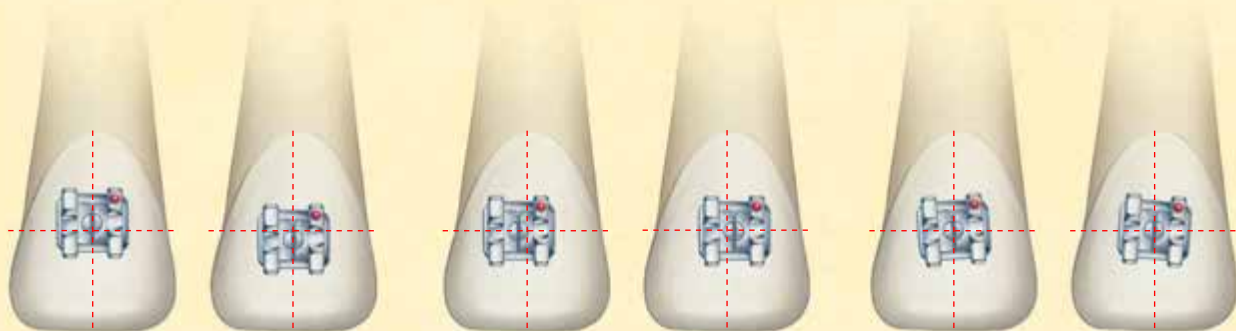
Quando la superficie labiale/buccale della corona è curva, come nel caso dei canini è molto importante utilizzare una prospettiva vestibolare ed occlusale per facilitare la visione dell'asse lungo della corona clinica stessa.

ERRORI ASSIALI DI PARALLELISMO

Gli errori di parallelismo rispetto all'asse lungo delle corone cliniche è probabilmente il secondo errore più comune nel posizionamento del bracket.

Solitamente interviene quando non viene accuratamente identificato l'asse lungo della corona clinica e perciò non equamente collocato tra le estremità del bracket.

VISUALIZZAZIONE DEGLI ERRORI



ERRORI VERTICALI

GENGIVALE OCCLUSALE

ERRORI ORIZZONTALI

DISTALE MESIALE

ERRORI ASSIALI DI PARALLELISMO

ROTAZIONE DISTALE
ROTAZIONE MESIALE



IL NUOVO BRACKET DEL DR. R.H. ROTH

Ovation™
DESIGN



Rivoluzionario per la sua volumetria, ridotto nella dimensione occluso/gengivale; mantiene le caratteristiche del bracket Standard, con i benefici estetici del bracket Mini osservando rigorosamente la prescrizione del Dr. R.H. Roth.



STANDARD



OVATION™



MINI

METODO DI COSTRUZIONE

OVATION è il primo sistema completamente programmato che unisce la tecnica di stampaggio ad iniezione (*MIM) per il controllo dei dettagli, alla precisione della fresatura controllata al computer (*CNC), una tecnologia di produzione che assicura e garantisce la massima precisione.

*Metal Injection Molding - *Computer Numerical Controls

BRACKET OVATION™ CARATTERISTICHE TECNICHE

RIFERIMENTO LINEARE MARCATO
PER IL POSIZIONAMENTO
SULL'ASSE DELLA CORONA CLINICA

INSERIZIONE FACILITATA DEI
FILI GRAZIE ALLA SMUSSATURA
DELLO SLOT

SLOT DI ALTA PRECISIONE
OTTENUTO PER FRESATURA
CONTROLLATA AL
COMPUTER (CNC)

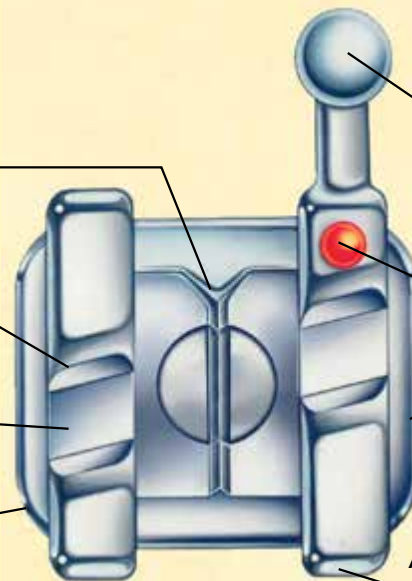
STRUTTURA PIÙ RESISTENTE
GRAZIE AL SISTEMA A
INIEZIONE (MIM)

POST CONFORTEVOLE E
ATRAUMATICO
UTILE PER L'APPLICAZIONE
DI ELASTICI E MOLLE
INTRAORALI

RIFERIMENTO DISTO/GENGIVALE
IN RILIEVO E COLORATO PER
UNA IDENTIFICAZIONE
VELOCE DEL QUADRANTE

BASE RETTANGOLARE PER
FACILITARE IL POSIZIONAMENTO
ORIZZONTALE

ALETTE SMUSSATE E ARROTONDATE
PER MAGGIOR COMFORT
PROFONDITÀ MAGGIORE NELLA ZONA
DI INSERIMENTO DELLE LEGATURE
ALETTE GENGIVALI RIALZATE PER EVITARE
INTERFERENZE CON LA GENGIVA



VANTAGGI DELLA NUOVA BASE: SUPER MESH ME™



Base con nuova tipologia di mesh, vengono utilizzati 3 tipi di retine sovrapposte così da poter infittire la maglia senza togliere profondità, importantissimo per la ritenzione del composito.

Oltre alla novità Supermesh ME, tutte le basi ritentive vengono ulteriormente sabbiate. Questa nuova procedura incrementa la ritenzione del 70/80 %.

• LE BASI DEL I° E II° PREMOLARE HANNO UN DESIGN DIFFERENTE TRA SUPERIORE ED INFERIORE PER FACILITARE IL POSIZIONAMENTO IN DENTI SOLITAMENTE POCO EROTTI.

TUBI BUCCALI OVATION™

Basso profilo
per massimo comfort

Slot convertibile
per arco di base

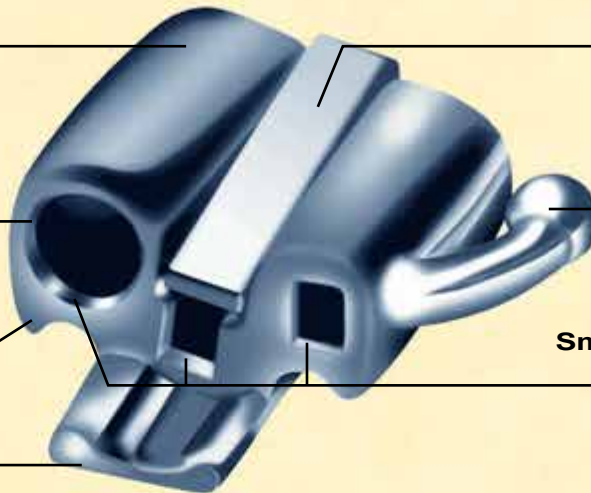
Tubo per extraorale
ø 0.45

Gancio con terminale
sferico
(esclusiva GAC)

Estensione per
facilitare la legatura

Smussatura per facilitare
l'inserimento dei fili

Torque
nella base



- La procedura di realizzazione è identica al bracket OVATION™ (MIM)
- Base SUPER MESH ME™
- Prescrizione originale del Dr. R.H. Roth
- Scelta del tipo di tubo ideale per il trattamento
- Tubi diretti, tubi da saldare, tubi puntati sulle bande



BANDE OVATION™

- La banda Ovation™ viene realizzata con pezzi grezzi differenti ogni due misure. Questo sistema limita lo stiraggio che avviene quando le bande sono formate riducendo la possibilità che le stesse si deformino.
- Ha una perfetta aderenza e chiusura sulla corona grazie allo studio morfologico eseguito nel procedimento di produzione.
- Hanno un triplo contorno e subiscono un trattamento termico per ottenere memoria elastica.
- Vengono mordenzate all'interno per irruvidire la superficie e creare una migliore cementazione meccanica con cementi all'ossifosfato di zinco o un miglior incollaggio chimico con cementi vetroionomerici.



- Il numero di identificazione viene mordenzato con procedimento elettro-chimico sulla superficie mesiale, preferito all'identificazione al laser che indebolisce la struttura.
- Possibilità di scegliere sia la banda prepuntata che liscia.



BONDAGGIO DIRETTO

L'errore più spesso commesso è quello di iniziare il bondaggio precocemente.

Molte volte conviene aspettare fino all'eruzione anche dei settimi per avere la possibilità di livellare meglio l'arcata. Dunque, se non siamo costretti ad iniziare il trattamento in tarda dentizione mista, si dovrà attendere l'eruzione dei settimi. Non tutti i pazienti possono ricevere una terapia ortodontica. La selezione avviene secondo una procedura ben precisa:

1^a visita: controllo igiene + lezione di igiene

2^a visita: controllo igiene + presa di impronte + montaggio in articolatore

3^a visita: controllo igiene + elastici separatori.

Poichè senza igiene sufficiente la decalcificazione dello smalto avviene in 40 gg., finchè il paziente non è in grado di garantire una buona igiene non viene sottoposto a terapia. Riconosciamo più fasi al momento del bondaggio, dalla cui perfezione dipende tutto il trattamento.

1) **Scelta della prescrizione:** al momento della scelta di bande e brackets programmare tutto ciò che servirà durante il trattamento.

2) **Profilassi:** per la profilassi utilizzeremo fluorizzazione con fluoruro stannoso per 30 gg. e per tutto il trattamento (Fluorinse 1 misurino la sera per 1 minuto) in pazienti con buona igiene. Dopo lo sbandaggio entrambi verranno utilizzati per almeno un anno.

3) **Sgrassatura:** dovrà essere effettuata con pomice. L'utilizzo di un Polish non è consigliato per la presenza in esso di olii che impedirebbero la perfetta pulizia delle superfici da mordenzare. Per migliorare la detersione delle superfici vestibolari dei molari è consigliato in questa fase passare leggermente una fresa (carborundum).

4) **Isolamento del campo:** è fondamentale. Garantisce un ottimo isolamento del campo il "Dry Field System", un apribocca con inserito un sistema di aspirazione.

5) **Mordenzatura:** si tratterà per prima l'arcata superiore con acido ortofosforico per 20" (max 30"). In presenza di denti decidui o iperfluoritici il tempo di mordenzatura salirà a 120". Lavare le superfici mordenzate per 10-20".

6) **Evidenziazione del FACC:** in genere si preferisce segnare il FACC sulla corona solo per il suo terzo gengivale ed il suo terzo coronale. È consigliabile farlo tenendo sotto controllo con lo specchietto la superficie oclusale. Per evitare che il segno della matita permanga impresso sulla superficie del dente, si consiglia rimandare l'evidenziazione del FACC dopo l'utilizzo del sealant. L'individuazione del FACC può essere non facile in caso di denti poco erotti (in genere ciò vale per i secondi premolari superiori e i canini inferiori) per cui può essere consigliabile rimandare il bondaggio dei singoli elementi alla visita successiva.

7) **Scelta del sealant:** viene preferito e consigliato il "Maximum Cure" (Reliance) perchè è dimostrato che: ha maggiore capacità di polimerizzazione, possiede un sistema resistente all'ossidazione, garantisce un rilascio prolungato di fluoro, è compatibile con tutti i sistemi di bonding (mono-pasta, due-paste e/o fotopolimerizzabili) della linea Reliance.

8) **Scelta del composito:** vanno considerate tutte le alternative che oggi offre il mercato ortodontico. Da parte nostra il composito Phase II Dual Cure della Reliance è quello migliore tra i vari testati, rende possibile agire sia per fotopolimerizzazione che per autopolimerizzazione. È un composito ad alto caricamento di particelle in silice specificatamente indirizzato all'ortodonzia, il cui monomero rilascia fluoro. Ha viscosità sufficiente per mantenere il bracket in posizione e permette il posizionamento di più brackets. Possiede una ridotta possibilità di contaminazione. Nella gestione del materiale è consigliabile posizionare il bracket e fissarne la posizione con una prima fotopolimerizzazione di 5-10": solo una volta posizionati tutti i brackets di una emiarcata o di tutta l'arcata, si procederà alla fotopolimerizzazione completa di tutti i brackets per un tempo pari a 30" per bracket. La luce ultravioletta dovrà essere indirizzata di fronte al bracket in caso di attacco estetico, e su tutti i lati per l'attacco metallico (sempre per 20-30").

• L'ultimo nato della linea Reliance è "ASSURE", composito monocomponente fotopolimerizzabile, permette il posizionamento dell'attacco su campo umido e in caso di ricostruzione in amalgama, composito o parti in metallo.

9) **Eliminazione degli eccessi.**

10) **Verificare qualità.**

BANDAGGIO

Il bandaggio con un'apparecchiatura interamente programmata è molto importante al fine di ottenere un buon ancoraggio. Una banda corretta ha un'unica posizione e sarà consigliabile seguire la seguente procedura.

1) Qualche giorno prima della seduta durante la quale si cementeranno le bande porre degli anelli separatori (verranno lasciati in posizione da 2 a 7 gg. in paziente adulto, 2 gg. in bambini). Si consigliano anelli separatori radiopachi facili da individuare in radiografia

2) Il procedimento di profilassi e sgrassatura è identico a quello del posizionamento dei brackets.

3) Per un posizionamento corretto della banda seguiamo questi accorgimenti: molari superiori; a causa dell'anatomia del dente che mostra superficie più palatolinguale che vestibolare, far salire la banda prima dalla parte mesio-vestibolare e poi da quella disto-palatale. Una volta impegnata, farla scendere completamente facendo forza palatalmente. Spesso la banda va contornata disto-occlusalmente e mesio-gengivalmente.

4) Posizionata correttamente la banda sul dente viene brunita a livello della fossa centrale.

5) Scelta del cemento: consigliamo l'utilizzo di cementi vetroionomerici a rilascio di fluoro. La linea Reliance produce due cementi/composito, Band Lok bicomponente auto e fotopolimerizzabile e Ultra Band Lok monocomponente solo fotopolimerizzabile che garantisce un tempo di lavoro illimitato.

RIPOSIZIONAMENTO DI UN BRACKET

Se il bracket si stacca nei primi giorni c'è un errore nella procedura di posizionamento iniziale, se accade dopo, devono essere presi in considerazione altri fattori. In genere i momenti più opportuni per il riposizionamento dei brackets sono: dopo l'allineamento iniziale e prima della rifinitura finale. Come si possono riutilizzare i brackets senza alterare le caratteristiche così importanti per il buon esito del trattamento?

1) Staccare il bracket nel modo indicato: usare un filo a pieno spessore posto nello slot per evitare deformazioni dello stesso, se ciò accade sostituire con un bracket nuovo.

2) Pulire la base del bracket con una microsabbatrice (MICROETCHER) utilizzando polvere di ossido di alluminio da 50 micron. Si consiglia di effettuare la pulizia all'interno di un microaspiratore (MICROCAB) per evitare che la polvere di alluminio possa espandersi nell'ambiente operativo.

3) Pulire la superficie con frese millelame al carburo di tungsteno con tocco leggero.

4) Preparare, mordenzare, lavare ed asciugare il dente.

5) Applicare su dente e bracket l'Adhesion Booster in 2 o 3 strati; lasciare asciugare.

6) Attaccare il bracket nel modo usuale.

7) Eliminare gli eccessi.

8) Verificare qualità.

SBONDAGGIO

Dopo aver tolto gli attacchi con l'utilizzo di una pinza 231 Dentronix si consiglia di utilizzare la fresa 118 S della Reliance, una fresa millelame che non intacca lo smalto e si utilizza a secco, per pulire la superficie del dente dal composito rimasto. Per la pulizia finale dei denti utilizzare la nuova pasta per profilassi FX™ che, con una percentuale del 9% di periossido di carbamide, aiuta la rimozione delle scolorazioni formatesi.

Per la lucidatura consigliamo la fresa 383 della Reliance. Continuare l'utilizzo del fluoro.

SEQUENZA FILI CONSIGLIATA

SEZIONE	TIPOLOGIA	FORME ARCATA		UTILIZZO
016	SENTALLOY®	ACCU-FORM	IDEAL	ALLINEAMENTO e LIVELLAMENTO
018	SENTALLOY®	ACCU-FORM	IDEAL	ALLINEAMENTO e LIVELLAMENTO
018x025	NEO SENTALLOY®	ACCU-FORM	IDEAL	ALLINEAMENTO TRIDIMENSIONALE
019x025	LOOPED EXTRACTION	ACCU-FORM	----	CHIUSURA SPAZI e CONTROLLO ROTAZIONI
021x025	ACCIAIO	ACCU-FORM	----	RIFINITURA
021x028	BIOFORCE®	ACCU-FORM	IDEAL	RIFINITURE DELLE INTERCUSPIDAZIONI
021x025	MULTI BRAID®	ACCU-FORM	----	RIFINITURA e CONTROLLO RECIDIVA GUIDATA
SENTALLOY® TONDO		<ul style="list-style-type: none"> • ATTIVAZIONE TERMICA • SUPERELASTICITÀ • MEMORIA DI FORZA 	<ul style="list-style-type: none"> • FORZA LIGHT BLU • FORZA MEDIUM GIALLO • FORZA HEAVY ROSSO 	
NEO SENTALLOY® RETTANGOLARE		<ul style="list-style-type: none"> • ATTIVAZIONE TERMICA • SUPERELASTICITÀ • FORZE CALIBRATE 	<ul style="list-style-type: none"> • FORZA 80 GRAMMI • FORZA 100 GRAMMI • FORZA 160 GRAMMI • FORZA 200 GRAMMI • FORZA 300 GRAMMI 	
BIOFORCE® RETTANGOLARE		<ul style="list-style-type: none"> • ATTIVAZIONE TERMICA • SUPERELASTICITÀ • MEMORIA DI FORZA • FORZE DIFFERENZIATE 	<ul style="list-style-type: none"> • FORZA DA 80-100 GRAMMI ZONA ANTERIORE • A 300-320 GRAMMI ZONA DEI MOLARI 	
LOOPED EXTRACTION		• FILO IN ACCIAIO CON ANSE PREFORMATE		
MULTIBRAID®		• OTTO FILI INTRECCIATI		

FORME ARCATE

ACCU-FORM

LINEA MEDIANA

FORMA ARCATA SUPERIORE

LINEA MEDIANA

FORMA ARCATA INFERIORE

ACCU-FORM
È LA FORMA PIÙ UTILIZZATA NEL TRATTAMENTO STANDARD.
LA SUA FORMA CREA UN'ARCATA AMPIA CON PIÙ ELEMENTI INSERITI NEL SORRISO

IDEAL

LINEA MEDIANA

FORMA ARCATA SUPERIORE

LINEA MEDIANA

FORMA ARCATA INFERIORE

IDEAL
È UNA LINEA DI ARCATA PIÙ EUROPEA
DISTANZA INTERCANINO RIDOTTA
RESTRINGIMENTO A LIVELLO MOLARE
PER EVITARE LA VESTIBOLARIZZAZIONE

TEMPLATE ARCHI PREFORMATI

LINEA Ovation™

BRACKETS

CODICE CATALOGO

CASO STANDARD SUPERIORE		GRADI			SLOT 022	
DENTE	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L	
CENTRALE	U1	12°	5°	0°	82-112-00	82-212-00
LATERALE	U2	8°	9°	0°	82-122-00	82-222-00
CANINO	U3	-2°	13°	4°M	82-132-10	82-232-10
I° e II° PREMOLARE	U4/5	-7°	0°	2°D	82-142-10	82-242-10

CASO STANDARD INFERIORE		GRADI			SLOT 022	
DENTE	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L	
CENTRALE	L1	-1°	2°	0°	82-312-00	82-412-00
LATERALE	L2	-1°	2°	0°	82-312-00	82-412-00
CANINO	L3	-11°	7°	2°M	82-332-10	82-432-10
I° PREMOLARE	L4	-17°	-1°	4°D	82-342-10	82-442-10
II° PREMOLARE	L5	-22°	-1°	4°D	82-352-10	82-452-10

OPZIONI CASO STANDARD		GRADI			SLOT 022	
DENTE	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L	
CANINO SUP. NO POST	U3	-2°	13°	4°M	82-132-00	82-232-00
I° e II° PREMOLARE SUPERIORE - NO POST	U4/5	-7°	0°	2°D	82-142-00	82-242-00
CANINO INF. NO POST	L3	-11°	7°	2°M	82-332-00	82-432-00
I° PREMOLARE INF. NO POST	L4	-17°	-1°	4°D	82-342-00	82-442-00
II° PREMOLARE INF. NO POST	L5	-22°	-1°	4°D	82-352-00	82-452-00

CASO OVATION™ 5 a 5 Superiore e Inferiore con Post su Canino, e I° - II° Premolare

KIT 82-055-22

CASO OVATION™ 5 a 5 Superiore e Inferiore con Post su Canino

KIT 82-055-23

CASO OVATION™ 5 a 5 Superiore e Inferiore senza Post

KIT 82-055-20

CASO ESTRATTIVO		GRADI			SLOT 022	
SUPERIORE	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L	
CENTRALE	U1	17°	5°	0°	82-112-01	82-212-01
LATERALE	U2	10°	9°	0°	82-122-01	82-222-01
CANINO	U3	3°	9°	4°M	82-132-11	82-232-11
I° e II° PREMOLARE	U4/5	-7°	0°	2°D	82-142-10	82-242-10
INFERIORE	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L	
CENTRALE	L1	-1°	2°	0°	82-312-00	82-412-00
LATERALE	L2	-1°	2°	0°	82-312-00	82-412-00
CANINO	L3	-11°	7°	2°M	82-332-10	82-432-10
I° PREMOLARE	L4	-17°	-1°	4°D	82-342-10	82-442-10
II° PREMOLARE	L5	-22°	-1°	4°D	82-352-10	82-452-10

NELLA PRESCRIZIONE DEL CASO ESTRATTIVO L'ARCATI INFERIORE
NON SI DIFFERENZIA DALLA PRESCRIZIONE STANDARD

TUBI BUCCALI

TUBI BUCCALI				CODICE CATALOGO	
GRADI				SLOT 022 + Ø 045	
STANDARD DIRETTI	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L
1° MOLARE SUPERIORE TRIPLO-TUBO 2 RETTANGOLARI + TEO	-14°	0°	14°D	68-162-80	68-262-80
1° MOLARE SUPERIORE DOPPIO-TUBO 1 RETTANGOLARE + TEO	-14°	0°	14°D	68-162-14	68-262-14
2° MOLARE SUPERIORE TUBO-SINGOLO	-11°	0°	14°D	68-172-05	68-272-05
1° MOLARE INFERIORE DOPPIO-TUBO 2 RETTANGOLARI	-30°	-1°	4°D	68-362-84	68-462-84
1° MOLARE INFERIORE DOPPIO-TUBO 1 RETTANGOLARE + TEO	-30°	-1°	4°D	68-362-82	68-462-82
2° MOLARE INFERIORE TUBO-SINGOLO RETTANGOLARE	-30°	-1°	4°D	68-372-80	68-472-80

TUBI BUCCALI				CODICE CATALOGO	
GRADI				SLOT 022 + Ø 045	
STANDARD DA PUNTARE	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L
1° MOLARE SUPERIORE TRIPLO-TUBO 2 RETTANGOLARI + TEO	-14°	0°	14°D	69-162-80	69-262-80
1° MOLARE SUPERIORE DOPPIO-TUBO 1 RETTANGOLARE + TEO	-14°	0°	14°D	69-162-14	69-262-14
2° MOLARE SUPERIORE 1 TUBO-SINGOLO	-14°	0°	14°D	69-172-05	69-272-05
1° MOLARE INFERIORE DOPPIO-TUBO 2 RETTANGOLARI	-30°	-1°	4°D	69-362-84	69-462-84
1° MOLARE INFERIORE DOPPIO-TUBO 1 RETTANGOLARE + TEO	-30°	-1°	4°D	69-362-82	69-462-82
2° MOLARE INFERIORE TUBO-SINGOLO RETTANGOLARE	-30°	-1°	4°D	69-372-80	69-472-80

TUBI BUCCALI ESTRATTIVI				CODICE CATALOGO	
GRADI				SLOT 022 + Ø 045	
DIRETTI	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L
1° MOLARE SUPERIORE TRIPLO-TUBO	-14°	0°	0°	68-162-82	68-262-82
2° MOLARE SUPERIORE TUBO-SINGOLO	-14°	0°	0°	68-172-82	68-272-82

TUBI BUCCALI ESTRATTIVI				CODICE CATALOGO	
GRADI				SLOT 022 + Ø 045	
DA PUNTARE	TORQUE	TIP	ROTAZIONE	R	L
1° MOLARE SUPERIORE TRIPLO-TUBO	-14°	0°	0°	69-162-82	69-262-82
2° MOLARE SUPERIORE TUBO-SINGOLO	-14°	0°	0°	69-172-82	69-272-82

N.B. I TUBI BUCCALI DIRETTI HANNO COME RIFERIMENTO IL CODICE N°68
I TUBI BUCCALI DA PUNTARE HANNO COME RIFERIMENTO IL CODICE N°69

BANDE PREPUNTATE

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	QUANTITÀ
STARTER KIT MU 096	96 BANDE PREPUNTATE E PROVVISI DI CLEAT LINGUALE	
	1° MOLARE SUPERIORE DESTRO SOLO NUMERI CENTRALI	48 BANDE
	1° MOLARE SUPERIORE SINISTRO SOLO NUMERI CENTRALI	48 BANDE
STARTER KIT ML 096	96 BANDE PREPUNTATE E PROVVISI DI CLEAT LINGUALE	
	1° MOLARE INFERIORE DESTRO SOLO NUMERI CENTRALI	48 BANDE
	1° MOLARE INFERIORE SINISTRO SOLO NUMERI CENTRALI	48 BANDE
INTRODUCTORY KIT MU 1000	150 BANDE PREPUNTATE E PROVVISI DI CLEAT LINGUALE	
	1° MOLARE SUPERIORE DESTRO TUTTI I NUMERI	75 BANDE
	1° MOLARE SUPERIORE SINISTRO TUTTI I NUMERI	75 BANDE
INTRODUCTORY KIT ML 1000	150 BANDE PREPUNTATE E PROVVISI DI CLEAT LINGUALE	
	1° MOLARE INFERIORE DESTRO TUTTI I NUMERI	75 BANDE
	1° MOLARE INFERIORE SINISTRO TUTTI I NUMERI	75 BANDE

STARTER KIT (ESEMPIO)

1° MOLARE SUPERIORE DESTRO E SINISTRO

N° BANDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
QUANTITÀ	DX	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	=	=	=	=	=	=	=
	SX	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	=	=	=	=	=	=	=

INTRODUCTORY KIT (ESEMPIO)

1° MOLARE SUPERIORE DESTRO E SINISTRO

N° BANDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
QUANTITÀ	DX	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	4	4	5	6	6	5	5	4	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1
	SX	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	4	4	5	6	6	5	5	4	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1

I kit delle bande nude hanno la stessa tipologia degli esempi riportati sopra

ARCHI PREFORMATI

TIPOLOGIA	SEZIONE	ARCATA	CODICE CATALOGO	
			FORMA ACCU	FORMA IDEAL
SENTALLOY® FORZA MEDIA	016	SUPERIORE	02-511-12	02-517-12
		INFERIORE	02-511-62	02-517-62
	018	SUPERIORE	02-511-13	02-517-13
		INFERIORE	02-511-63	02-517-63
NEO SENTALLOY® FORZA MEDIA 200 grammi	18x25	SUPERIORE	02-523-15	02-526-15
		INFERIORE	02-523-65	02-526-65
ARCHI ESTRAZIONE QUATTRO ANSE	19x25	22 mm	03-925-21	---
		24 mm	03-925-22	---
		26 mm	03-925-23	---
		28 mm	03-925-24	---
		30 mm	03-925-25	---
		32 mm	03-925-26	---
		34 mm	03-925-27	---
		36 mm	03-925-28	---
		38 mm	03-925-29	---
		40 mm	03-925-30	---
		42 mm	03-925-31	---
	44 mm	03-925-32	---	
ARCHI ACCIAIO	21x25	SUPERIORE	03-125-63	---
		INFERIORE	03-125-64	---
MULTI BRAID®	21x25	SUPERIORE	03-125-43	---
		INFERIORE	03-125-44	---
BIOFORCE®	21x28	SUPERIORE	02-528-08	02-529-08
		INFERIORE	02-528-58	02-529-58

PINZE DENTRONIX® ROYAL

Dentronix® in esclusiva per il Dr. R.H.Roth ha realizzato dei nuovi modelli di pinze ortodontiche. La caratteristica principale della linea Dentronix® è la procedura di fabbricazione in acciaio inossidabile in fusione, realizzato con l'uso delle tecnologie nel campo della fusione a vuoto. Questo metodo ha permesso a Dentronix® di diventare leader fra i produttori di pinze ortodontiche congiunte con sistema scatolare.

Tutte le punte e parti di taglio delle pinze Dentronix® hanno inserti trattati con una resistente lega di Cobalto/E52 che garantisce un'eccezionale durezza.

DESCRIZIONE	CODICE CATALOGO
Tronchesino Diritto Mini	ROTH 201S
Tronchesino Distale Mini con trattenuta fili	ROTH 200SV
Tronchese Diritto	ROTH 201
Tronchese Distale con trattenuta fili	ROTH 200V
Pinza di How	ROTH 110
Pinza di Weingart	ROTH 213
Pinza Turbyfill	ROTH 131
Pinza per piega a V su fili in nickel-titanio	ROTH 242N
Pinza becco d'uccello fili grossi	ROTH 139
Pinza becco d'uccello fili medio/leggeri	ROTH 104
Pinza a torretta per fili leggeri	ROTH 209TR
Pinza a tre becchi per fili medi	ROTH 344
Pinza a tre becchi per fili grossi	ROTH 344 F
Pinza di Young per fili grossi	ROTH 3144
Pinze per Torque settoriale	ROTH 261A+B
Pinza di Tweed punte corte	ROTH 210T
Pinza di Tweed punte lunghe	ROTH 210
Porta aghi Mathieu	ROTH 216
Pinza per posizionare elastici separatori	ROTH 223
Posizionatore Brackets angolato	ROTH 220
Posizionatore Brackets dritto	ROTH 226
Strumento di utilità Brunitore e Scaler	ROTH 1612
Spingibande autoclavabile (Teflon)	ROTH BSI
Pinza toglie Brackets posteriore	ROTH 230N
Pinza toglie Brackets anteriore	ROTH 231
Toglie bande universale	ROTH 347SI
Silicone lubrificante Spray	SL-16

CONSIGLI PER LA STERILIZZAZIONE

- **TRATTAMENTO DI PULIZIA PRELIMINARE:** immergere gli strumenti subito dopo l'utilizzo, nel liquido disinfettante.
- **PULITURA AD ULTRASUONI:** passaggio rapido ed efficace; riduce l'esposizione di contaminazione e assicura la rimozione di qualsiasi materiale depositato sullo strumento.
- **ASCIUGATURA APPROPRIATA:** è molto importante asciugare bene lo strumento prima di inserirlo nell'unità di sterilizzazione è consigliabile un getto d'aria calda poichè l'umidità aumenta la possibilità di corrosione del metallo.
- **INSERIMENTO IN STERILIZZATRICE.**

L'INOSSERVANZA DELLE PROCEDURE DI PREPARAZIONE PUÒ SIGNIFICARE LA DIFFERENZA TRA UNA STERILIZZAZIONE PERFETTA E UNA INADEGUATA

NEO SENTALLOY[®] MOLLE

TIPOLOGIA	RIF. colore	Ø FILO Inc. mm.	Ø SPIRALE Inc. mm.	FORZA grammi	CODICE catalogo		
Molla chiusa con anelli terminali	- nero	.009"	0.23	.036"	0.9	50	10-000-25
	- blu	.010"	0.26	.036"	0.9	100	10-000-03
	- giallo	.011"	0.28	.036"	0.9	150	10-000-02
	- rosso			.036"	0.9	200	10-000-01
	- verde			.036"	0.9	250	10-000-18
	- bianco			.036"	0.9	300	10-000-20
Molla aperta	- grigio	.009"	0.23	.036"	0.9	50	10-000-24
	- blu	.010"	0.26	.036"	0.9	100	10-000-09
	- giallo	.011"	0.28	.036"	0.9	150	10-000-08
	- rosso			.036"	0.9	200	10-000-07
	- verde			.036"	0.9	250	10-000-17
	- bianco			.036"	0.9	300	10-000-19
Molla aperta diritta 200 mm. da tagliare	- blu	.009"	0.23	.036"	0.9	100	10-000-21
	- giallo	.010"	0.26	.036"	0.9	150	10-000-22
	- rosso	.011"	0.28	.036"	0.9	200	10-000-23

CARATTERISTICHE:

● LEGGERE FORZE INIZIALI	● ATTIVATE DALLA TEMPERATURA CORPOREA
● RIDUZIONE DEI TEMPI DI TRATTAMENTO	● FORZA COSTANTE INDIPENDENTE DALLA QUANTITÀ DI ATTIVAZIONE

SISTEMA PANADENT

STRUMENTAZIONE PANADENT	CODICE ARTICOLO
ARTICOLATORE PCH (asta incisale curva intercambiabile)	PN - 571701
ARCO FACCIALE ANATOMICO	PN - 57FB2
MANDIBULAR MOUTING (aiuto montaggio inferiore)	PN - 572280
CPI III"COMPLETE SYSTEM (indicatore della posizione dei condili)	PN - 57CPO3
AXI PATH II RECORDER (assiografo)	PN - 57QA1

ACCESSORI	CODICE ARTICOLO
BITE FORK ASSEMBLY (gruppo forchetta)	PN - 57FB7
MAGNA MOUNT KIT (trasferimento magnetico modelli)	PN - 572800
BITE TABS (pasta termoplastica con base adesiva)	PN - 574405
PLASTIC MOUNTING PLATES (piatti di montaggio)	31GW8580/B
DELAR BITE REGISTRATION WAX	---- 260016

POSIZIONAMENTO DEI BRACKETS

PRODOTTO	DESCRIZIONE	CODICE CATALOGO	
DRY FIELD SYSTEM	APRIBOCCA CON ASPIRATORE INCORPORATO AUTOCLAVABILE - ADULTO E BAMBINO	SMALL LARGE	400-S 401-S
MAXIMUM CURE RELIANCE	SEALANT	MAXICURE	
PHASE II DUAL CURE RELIANCE	COMPOSITO BICOMPONENTE FOTOPOLIMERIZZABILE e AUTOPOLIMERIZZABILE	PHASE II DC	
ASSURE RELIANCE	COMPOSITO MONOCOMPONENTE FOTOPOLIMERIZZABILE	ASSURE	

POSIZIONAMENTO DELLE BANDE

PRODOTTO	DESCRIZIONE	CODICE CATALOGO	
ANELLI DI SEPARAZIONE	ELASTOMERI RADIOPACHI	SS-2	
BAND LOK RELIANCE	CEMENTO BICOMPONENTE FOTOPOLIMERIZZABILE E AUTOPOLIMERIZZABILE	MINI KIT 2 SIRINGHE BAND LOK 6	
		MASTER KIT 6 SIRINGHE BAND LOK 24	
ULTRA BAND LOK (BLU) RELIANCE	CEMENTO MONOCOMPONENTE FOTOPOLIMERIZZABILE	MINI KIT 2 SIRINGHE ULTRA BL 12	
		MASTER KIT 6 SIRINGHE ULTRA BL 36	

RIPOSIZIONAMENTO DEI BRACKETS

PRODOTTO	DESCRIZIONE	CODICE CATALOGO
ADHESION BOOSTER RELIANCE	RAFFORZANTE DI ADESIONE AUTOPOLIMERIZZABILE BICOMPONENTE	BOOSTER
ADHESION BOOSTER RELIANCE	RAFFORZANTE DI ADESIONE FOTOPOLIMERIZZABILE MONOCOMPONENTE	LC BOOSTER
MICROETCHER	MICROSABBIATRICE	97-222-22
MICROCAB	ASPIRATORE PER SABBIATRICE	97-222-26
PASTA RESTORE RELIANCE	PASTA DIAMANTATA	RESTORE

SBONDAGGIO

PRODOTTO	DESCRIZIONE	CODICE CATALOGO
FRESA - RELIANCE	RIMOZIONE COMPOSITO - TURBINA	FG 118 S
FRESA - RELIANCE	LUCIDATURA FINALE - CONTRANGOLO	LA 383

ROTH-WILLIAMS

INTERNATIONAL SEMINARS

CONTINUING EDUCATION PROGRAM

ORTEAM in collaborazione con gli Istruttori riconosciuti dalla Roth Foundation organizza un programma completo di corsi sulla tecnica del "filo diritto" con l'obiettivo di creare una filosofia di trattamento comune, che dia la possibilità di confrontarsi e crescere nella pratica quotidiana.

Corso di base: rivolto a tutti i Professionisti che hanno la necessità di iniziare l'ortodonzia, scegliendo la tecnica del "filo diritto", una tecnica efficace, pratica e sempre più diffusa.

È un corso prevalentemente teorico della durata di circa 1 anno. L'obiettivo è dare al partecipante una serie di nozioni, che permettano l'applicazione della tecnica nello studio, affrontando con serenità le difficoltà che si incontrano.

Corso di Perfezionamento e Approfondimento: per tutti gli Ortodontisti che utilizzano quotidianamente apparecchiature interamente o parzialmente programmate. È un corso teorico-pratico della durata di 14 mesi. L'intento è quello di dare all'Ortodontista nuovi obiettivi diagnostici, occluso-funzionali e biomeccanici, così da poter ottimizzare il trattamento ortodontico nella pratica quotidiana.

Gruppo di studio : dopo aver concluso il corso di perfezionamento e approfondimento si ha la possibilità di partecipare attivamente al "Gruppo di studio" nato dall'esigenza di un continuo aggiornamento e confronto con gli altri professionisti.

Two Year Clinical Orthodontic Program

È il corso biennale del Dr.R.H.Roth e del Dr.R.E.Williams fondatori e istruttori del "ROTH-WILLIAMS CENTER FOR FUNCTIONAL OCCLUSION". Il corso dal 1998 si tiene in Italia, ed è rivolto a tutti i Professionisti che fanno dell'ortodonzia la loro pratica quotidiana.

Un'impostazione ortodontica mirata ad una occlusione funzionale, da inserire in un'armonia facciale, è l'insegnamento che si vuole trasmettere.

La scuola del Dr.R.H.Roth viene definita un programma di "Eccellenza in Ortodonzia" che dà la possibilità all'Ortodontista di essere partner attivo del Protesista, dell'Implantologo e del Chirurgo maxillo - facciale.

Gli Ortodontisti che vi hanno partecipato lo descrivono come un'esperienza che dà una svolta positiva alla propria carriera professionale.