

APPUNTI dal Convegno
di bio – odontoiatria
ottobre 2009
e
tecniche gnatologiche

Giornata di domenica 25 ottobre

Erano presenti tra gli altri i due rappresentanti di spicco della bioodontoiatria in Italia- Pische e Ronchi, Bardaro ,presidente dell'Amco, Pelosi dell'accademia gnatologica di Parma.... e Matteo Dall'osso (dalla sedia a rotelle al Pacadute)

Mario Mariani Dal danno al ripristino

Il controsenso

Ippocrate-- Giusta dose di alimenti- esercizio fisico-procedere nel rispetto della natura

Le continue sollecitazioni esterne così come i problemi endogeni creano un blocco dell'attività enzimatica.

L'obiettivo dovrebbe essere quello di sbloccare , ma la medicina allopatrica tende a contrastare. Si agisce per antagonismo contravvenendo al giuramento di Ippocrate.

E' il principio della regolazione che si deve mettere in atto, non il contrasto.

La regolazione della matrice e' importante per far fronte all'aggressione esterna.

L'azione catalitica che si autogenera deve essere fermata.

Ogni decennio ogni 33 secondi per patologia cardiovascolare.

L'aterogenesi e' il dramma di questo mondo

La pancetta e' tremenda... Lo stress ossidativo galoppa col fumo

Il glicocalice (rivestimento cellulare più esterno) ci protegge dalle aggressioni, gli attacchi al glicocalice per esempio da un batterio ,o da sostanze tossiche sono martellate per il nostro organismo.

Le metastasi si diffondono per assenza di ossigeno.

Alta concentrazione di mitocondri nel miocardio, per quello l'hypoxia agisce soprattutto lì -infarto-

- riprogrammazione Neuro-Immuno-Endocrina
- supplementazione nutrizionale

Evidenze sperimentali indicano che le modificazioni della matrice influenzano la dinamica cellulare.

Risiedono nella matrice i delicati sistemi che regolano la bilancia salute-malattia.

la medicina fisiologica di regolazione (MFR)

Drenare

TERAPIA CHELANTE Mercurio fotografato nel neurone

Drenare

TERAPIA CHELANTE Mercurio fotografato nel neurone

I metalli tossici vengono trattenuti nella parte lipofila che non viene trasmutata in idrofila. EDTA La parte lipofila viene trattenuta

Il salmone selvatico contiene selenio che favorisce la disintossicazione-

Sushi (pesce crudo) da evitare.
Si al pesce azzurro -alici-sgombri- sardine

° Anche per un dopler alle gambe il dottore guarda la bocca.

Hypoxia - mancanza di ossigeno a livello cellulare.

<http://www.mmmariani.com/index2.htm>

BODY BURDEN

Il nostro organismo ha una notevole capacità di eliminazione, ma non si è mai evoluto per eliminare elementi come i metalli tossici (alluminio, piombo, cadmio, mercurio, etc.)

ed altri inquinanti.

Tutte queste tossine sono una fonte enorme di produzione di radicali liberi

CHELAZIONE

Uno dei metodi più efficaci per la reale determinazione del dosaggio dei metalli tossici è rappresentato dal "Test di Chelazione" che consiste nel confronto tra i valori dei metalli presenti nelle **urine** prima ed immediatamente dopo la somministrazione di un agente chelante (EDTA). La necessità di somministrare un agente chelante (EDTA) è data dal fatto che in condizioni fisiologiche per il fenomeno dell'omeostasi il nostro organismo trattiene nelle sue parti molli i metalli tossici. Quindi siamo indifesi verso queste sostanze che accumuliamo quotidianamente, e che non riusciamo ad eliminare attraverso le nostre vie di uscita principali: urine, feci, sudore. In tal modo il nostro "**body burden**" cresce di giorno in giorno, e più continua il rischio di esposizione e più il nostro organismo si carica di queste sostanze. La chelazione è un meccanismo chimico attraverso il quale una molecola biologica incorpora all'interno della propria struttura un minerale rendendolo inattivo. Una volta chelato il minerale perde dunque le sue proprietà e viene eliminato soprattutto attraverso la via urinaria.

Raimondo Pische

Tossicologia e rimozione profonda

Il dottore ha esordito dicendo di sentirsi un vero medico da quando e' stato anche un malato.
Intossicazione da mercurio per 10 anni.
Aveva cambiato carattere rendendo la vita difficile anche ai suoi familiari- Totale calo energetico-
Perdita della memoria al punto da non riconoscere nemmeno i pazienti.. .
Tutti i sintomi generici avevano un interessamento del sistema neurologico

Suo padre, pure dentista, ha smesso di lavorare a 62 anni per tremor mercurialis.
L'irritabilità e l'aggressività dei dentisti è dovuta ai metalli..

Chi è molto intossicato non rilascia tutto mercurio nelle urine e ce n'è poco nel sangue in quanto accumulato negli spazi interstiziali cellulari.

Sui farmaci-

Ok ai farmaci salvavita, ma i presidi terapeutici più importanti sono la terapia omeopatica e omeopatia- Attività fisica per eliminare la tossicità
- Indicazione nutrizionale corretta- Antiossidanti.

La Biorisonanza individua la risonanza dell'amalgama e la inverte.
Fitoterapia chelante -clorella, coriandolo...
Idrocolonterapia.

Il 2,5 % della popolazione mondiale è allergica al mercurio, come lui e suo padre.
In realtà nessuno è in grado di tollerare il mercurio (accenno a Matteo Dall'osso)
Ci sono pazienti organizzati in associazioni che vogliono essere tutelati e che entrano nello studio già con una buona informazione.
Nessuna persona può tollerare un valore minimo del mercurio anche se i governi alzano la soglia perché le industrie possano vendere. Che dire se il 50% dell'amalgama è il mercurio? In 4 otturazioni- sono contenuti 2 grammi di mercurio e poi stiamo attenti che l'acqua ne abbia meno di un microgrammo.

Daudender fondamentalista, propone addirittura di togliere i denti amalgamati e di bonificare l'osso.

Si possono avere danni anche a distanza di 30 anni.

Dopo rimozione protetta e seguito si sono avuti miglioramenti nell'Alzheimer, nel Parkinson...

I 13 milligrammi di mercurio pro die aumentano fino a un grammo quando il dentista appone la sua fresa diamantata calda- senza raffreddamento-

I danni che si possono provocare con la rimozione possono essere altamente superiori a quelli già denunciati dal paziente.

Quando l'otturazione è infiltrata l'intervento va diretto- creare dei cunei

La corretta rimozione contempla una revisione dello stile di vita.

Bisogna considerare le intossicazioni endogene, alimentari, ambientali, per creare una medicina dell'evidenza.

Attenzione -Con la rimozione non ben protetta il vapore dal palato passa direttamente al cervello, la parete separatrice è solo la lamina dell'etmoide.

L'uso del laser in problemi parodontali in corrispondenza di denti amalgamati scatena vapori di mercurio.

Sono state presentate proiezioni in cui si vedeva il vapore di mercurio - (fresa e laser)

Non surriscaldare, aspirare correttamente.

Il mercurio viene sequestrato, non basta la rimozione.

Attento a chi crede di fare rimozione protetta usando la diga.

La diga in lattice non trattiene assolutamente il mercurio.

Pische ha messo a punto un arco di diga modificato- una diga tubolare aspirante il MERK FREE.

Eugenio Luigi Iorio

Lo stress ossidativo del cavo orale

Crea una rottura di equilibrio attraverso la produzione di radicali liberi.

Fattori di ossidazione:

Polimerizzazione
Igiene e collutorio

Per far fronte a questo, antiossidanti sono presenti nelle cellule e fuori, ma saranno sempre sufficienti?

Lo stress ossidativo si puo' misurare con test biochimici.

La saliva gioca un ruolo importante contro lo stress, e' attraverso questa che possiamo misurare lo stress ossidativo in bocca.

Importante e' il rapporto tra stress ossidativo e malattie cardio-vascolari.

Malattia parodontale e stress ossidativo

Batterio parodontopatogeno ----> rischio arteriosclerosi-trombosi, cancerogenita'.

Parodontite indotta da etanolo (in ratto) si accompagna ad aumento di radicali liberi.

Si propone di usare antiossidanti in malattie parodontali- con misurazione di stress ossidativo sistemico.

La VIT.C sperimentata in positivo in cavie da laboratorio. Sono utili anche formulazioni topiche.

(ci sono due spray della cell food, per la bocca, uno multivitaminico, l'altro piu' concentrato di Vit. C...raccomandato questo soprattutto in caso di interventi, estrazioni....

Ivo Bianchi

Il danno da mercurio si estende a tutti i livelli

Quando il piombo va a sostituirsi al calcio, si da' un antagonista di calcio e magnesio.

Il ciclo di Krebs viene ostacolato dal mercurio che interferisce coi processi enzimatici.

L'intossicazione porta facilmente ad obesita' (vedi primo intervento e sito del relatore).

Il titanio ha degli impatti importanti nell'organismo.

Normalmente il metallo viene stoccato nell'organismo col glutazione

ma puo' uscire a seguito di alterazione funzionale.

Importante la cisteina.

Un domani ci potra' essere una terapia in base alla genetica del paziente, ora la si puo' fare sulla base della costituzione.

I protocolli e procedure standardizzate sono lontani dalla costituzione specifica dell'individuo.

Il metallo pesante causa piu' danni in una costituzione piuttosto che in un'altra.

Il tipo sanguigno che ha una funzionalita' escretoria molto attiva soffrira' meno per l'intossicazione da mercurio,

mentre piu' sensibile e' il fluorico. Puo'' rientrare nei danni da mercurio la sindrome "bambini iperattivi".

Il mercurio sposta la bilancia immunitaria.

Non ha la stessa azione quando si usano le alte dosi o le basse.

Le basse dosi possono provocare patologie localizzate come tiroidite autoimmune.

L'IPERSALIVAZIONE e' il sintomo piu' eclatante.

THI - Patologia in cui le cellule vengono distrutte- Alzheimer, linfoma e leucemia.

Stefano Colasanti

Filo a piombo Meglio doppio filo a piombo. Si mette sullo stipite di una porta.

Osservare l'allineamento di orecchio- spalla anca-malleolo - vista laterale)

Mandibola = bilanciere della postura. In una postura avanzata (inclinata in avanti) - mento arretrato.

Dopo l'applicazione di Frankel II la postura arretra.

Quante diagnosi di dismetria del bacino dalle rx! ma non si va a vedere che c'e' la stessa dismetria nella mandibola.

La lingua e' il muscolo piu' potente. Dovrebbe stare sul palato in posizione relax.

Facendo mettere al bambino la lingua sullo spot dietro agli incisivi cambia la postura.

~ Vedere cosa succede posturalmente alla persona che sta dietro al filo a piombo quando sta a bocca aperta, quando mastica, quando ha la lingua sullo spot

dismetria

<http://www.albanesi.it/Arearossa/Articoli/01dismetria38.htm>

Frankel II

<http://www.firenzeortodonzia.it/fo/040funzionale.html>

Stefano Colasanto

<http://www.odontopage.it/chi.htm>

Osteo-odontopatia

Approccio integrato nella pratica clinica

Vilmer osteopata

In caso di lesione osteopatica ascendente, attenti prima di mettere un bite per malocclusione!

Il Formetric permette di avere una buona acquisizione dei dati

Vilmer e Bruno Giovannini

Palpazione delle vertebre

palpazione del trapezio

osservazione del viso

palpazione dei condili

controllo della protrusiva

guida in lateralità

osservazione della simmetria in apertura e in chiusura

far sorridere il paziente con una leggera beanza

e con leggere pressione dell'indice

portare a rilevare i precontatti

Squadratura Sardi del calco.

Importanza della posizione della lingua.

Controllo con la pedana stabilometrica

e **controllo dei condili** ogni 15/20 giorni

per verifica rimodellamento scheletrico e cranico del paziente

controllo in statica e in dinamica

controllo anche con i test osteopatici.

Il chinesigramma (pedana posturale)

dimostra come l'equilibrio si sia stabilito

E' stato presentato il caso documentato con diapositive

di una paziente molto sofferente con collo e spalla bloccata ,

che aveva sperimentato invano molte terapie.
Il dottor Giovannini si offrì di trattare il caso a livello sperimentale
senza promesse di risultato certo.
L'asimmetria delle spalle era notevole, scoliosi dunque molto accentuata.

Alla fine del trattamento durato da aprile a novembre, il chinesigramma
ha dimostrato come l'equilibrio posturale si sia stabilizzato.
Cio' ha comportato un aggravamento delle curve vertebrali da 5 a 20°.
La paziente si era comunque sbloccata e si era liberata della pregressa sintomatologia.

La paziente si era comunque sbloccata e si era liberata della pregressa sintomatologia.
Giovannini ha detto che lui posiziona i condili nella posizione più corretta
con lo stopper di Pasqualini -cioè rimodellamento delle cuspidi o molaggio selettivo,
e quel che sorprende, lo può fare all'inizio (come nel caso in questione) o dopo.
Che dire su questo procedere (che sembra strano nel contesto dei parametri adottati)
se alla fine la paziente stava meglio? Per quanto tempo comunque?
Se avesse considerato un ripristino della dimensione verticale,
forse non si sarebbero aggravate le curve vertebrali?

Ha detto poi, in disparte, che si fa fare la S.F.S. per avere delle indicazioni
ma poi il bite lo costruisce lui direttamente in bocca (?) per accelerare i tempi.
Vicino a lui c'era un giovane sportivo che diceva di essere stato rimesso in piedi da lui,
potendo così riprendere la sua attività agonistica.
Non faceva che invitare calorosamente ad andare da questo, secondo lui, il più bravo.

* Nota

Formetric è il nome di un nuovo esame termografico computerizzato tridimensionale del dorso
e della colonna vertebrale basato sulle asimmetrie termiche, in grado di valutare l'entità delle
deviazioni e monitorare la loro evoluzione. Viene usato per lo studio ed il controllo di scoliosi,
cifosi, lordosi e anomalie posturali. Grazie a due telecamere che emettono fasci luminosi, è
possibile produrre un'immagine computerizzata tridimensionale che conduce ad una corretta
valutazione di deviazioni della colonna. La caratteristica peculiare di tale analisi è di non essere
invasiva e quindi ripetibile. Il sistema Formetric è un grosso aiuto per la diagnostica esplorativa
ortopedica e fisioterapica e in tutte quelle situazioni in cui occorre una diagnosi posturale
immediata e non invasiva.
<http://www.medicina-naturale.com/formetric.htm>

Andrea Pelosi dell' accademia gnatologica di Parma

Posturologia e bite

dopo aver espresso il suo disaccordo sul molaggio selettivo da cui non si torna indietro
(magari Pasqualini sapeva esattamente dove andare a parare-dice)*

elenca i benefici del bite, la funzione di riequilibrio cranio-mandibola. Parte integrante del
sistema di controllo e' la pedana posturale 50° peso del corpo sui talloni, il resto viene
distribuito su 4° e 5° metatarso. Con webcam e un programma specifico si possono fare
sovrapposizioni. Perche' le afferenze spaziali funzionino al meglio, osservare bene la
posizione del cranio.

Importante la deglutizione. Deglutendo informo il cranio della posizione della mandibola
rispetto al corpo.

Analisi posturale prima e dopo il bite

E' considerato lo gnatologo degli sportivi. La preparazione e competizione atletica porta alla patologia. Fare prevenzione a livello posturale.

Proietta diapositive sulla situazione di uno sportivo e della sua moto. Il movimento della ruota in curva dava indicazioni sul bite . Una conferma che il nostro veicolo e' un prolungamento di noi stessi e riceve il nostro input.
Se si cura uno sportivo -dice- non si prende in cura anche il suo competitore.

Un famoso danzatore di tango che soffriva di mal di piedi e aveva portato 23 tipi di plantari diversi si rivolse a lui.
Dall'esame posturale la diagnosi : frenulo corto

Troncò la sua esposizione. Sceso dal palco cercai di avvicinarlo per porgli una domanda , volevo sapere come avesse fatto ad allungare il frenulo , con esercizi forse? La sua risposta immediata: gesto della mano a forbici- taglio--
Siccome si era detto che il frenulo non consente di mettere il bite, non si è capito se è finita lì o se c'è stato un prosieguo

Ma questa storia del frenulo

* Il M.S. un tempo era citato nel suo sito fra le pratiche adottate. Meglio così' se ha cambiato idea.

Commento per Giovannini

Sbloccata e liberata della sintomatologia occorre vedere nel tempo quanto dura.
Difficile una valutazione del genere se non con un po' di anni... e se questo non sfocierà in nuove patologie.
Certo che fare molaggi prima di un nuovo assetto posturale ..

~~~ **Osservazioni di Emma Castagnari** dentista olista

Il bite non serve solo al rialzo dell'occlusione in senso verticale, ma ripristina l' equilibrio dell'occlusione in lateralità...come conseguenza inevitabile l'azione si ripercuote favorevolmente sulle ATM (articolazioni temporo-mandibolari) e lo si modifica finchè non sia raggiunto l'optimum.

A questo punto il problema non è ancora risolto perchè bisogna stabilizzare la situazione, dopo aver controllato che non siano stati creati nuovi danni.

Aggiungo che dopo un bel molaggio abbiamo distrutto lo smalto dei denti, che è molto sottile, è un tessuto a termine, quindi non si riproduce, si mette a nudo la dentina, per cui il dente diviene sensibile alle temperature, al dolce, all' acido e si caria.

L' aggravamento riconosciuto rappresenterà. nel futuro grossi problemi di postura, dolori interessando vertebre cui è devoluta la postura, la marcia, la buona situazione delle catene muscolari **L' UOMO è UNO.**

Tanto poi la signora diventerà paziente di ortopedico, osteopata, chiropratico....

Recentemente ero ad un seminario di odontoiatria integrata dove il relatore parlava **bite -sempre sotto** (cioè sui denti inferiori), mai sopra  
io ho interloquito dicendo che li faccio sotto ma **in due pezzi per tenere libera la sinfisi mentoniera.**

risposta: "la sinfisi non ha importanza"

Questo dopo aver parlato dei movimenti del cranio, delle conseguenze di bloccare il palato ecc.  
A buon intenditor poche parole!!!!

Quando si e' raggiunto l'optimum?  
Come controllare che non si siano verificati altri danni?

--

E' necessario che l'operatore conosca bene l'anatomia dello scheletro, dei muscoli, il respiro cranio-sacrale, la fisiologia delle ossa, dei muscoli, la situazione degli organi interni, degli occhi, orecchie, elementi di occlusodonzia, i parametri della fisiognomica...

## **Dentista non relatore**

### **Cura e stress**

#### **Osservazione e consiglio al paziente —**

Per chi e' in cura gnatologica (forse vale anche per altri sottoposti a trattamenti impegnativi) La bocca e' il principale organo di espressione emotiva , questa funzione viene ridotta forse anche in misura differente a seconda degli annessi e connessi della situazione , e trovarsi al 40° significa essere portatore di un notevole stress ossidativo.

Quindi sarebbe bene fare uso di un drenante, in quella circostanza nominò il già citato Gallium Heel.  
Fare attività fisica , pratiche energetiche quali lo yoga, il ki kung, esercizi di respirazione, rilassamento.  
Bravo nella sua visione olistica.

Le gengive, la loro architettura, il colore, i tatuaggi, le lesioni tipo afte, il cere ecc, dicono tante cose utili alla terapia non strettamente odontoiatrica o medica, ma dell'anima. La lingua con il suo colore, la correlazione tra gli organi e le varie zone della lingua stessa, gli eventuali segni dei denti.

Anche nella medicina allopatica si parla di lingua geografica

Quanti di noi oggi esaminano la lingua?

Perciò quando esaminiamo la bocca del nostro paziente diventiamo edotti di tanti segreti consci e inconsci, scopriamo la sua interiorità , le sue ferite, le malattie di cui soffre..non limitiamoci alla cura dei denti, ma diventiamo dei veri dentisti olistici che si occupano della salute del paziente nella sua complessità.

La bocca è l'organo da cui escono i suoni e le parole, in essa viene introdotto il cibo che è vita, qui avviene la prima demolizione degli elementi. Prima digestione in ore non ha solo il significato materiale di demolizione, ma quello saturnino di demolire per costruire, e mercuriano dello scambio: il cibo diventerà nutrimento, esattamente come succede al seme che dopo la demolizione nella terra darà la nuova pianta.

La paura può giungere alla perdita di coscienza cioè alla fuga, con i fiori, dopo aver individuato il problema del paziente lo mettiamo in condizione di superare il suo rifiuto...

Tratto da - La medicina vibrazionale in odontoiatria di Emma Castagnari

## **Daniele Galvani - naturopata dentale**

Nelle rimozioni le molecole dei metalli si fissano sui tessuti.

Il mineralogramma -screening test - fornisce indizio.

Si usano anche peli pubici. Il mercurio non è facile da intercettare.

Dopo la chelazione spesso si svela la reale entità del mercurio, quindi si vede un aumento rispetto all'inizio (questo dopo 6/12 mesi),

poi si dovrebbe vedere diminuzione.  
naturaltutor

### Chelazione naturale

I minerali prendono il posto delle molecole dei metalli.

Ala-coriandolo-clorella-glutatione-chelanti extracellulari.

DMSA extracellulare

Omeopatici-omotossicologici - possono spingere il mercurio in profondità'.

Un chelante non chela mai al 100%, quello dei 3 giorni non e' sufficiente,

aggiungendo il chelante Ala ogni 3 ore, si porta via il residuo impedendo che giunga al cervello.

Non prendere Ala prima di tre mesi dalla cessata esposizione al mercurio.

E' intracellulare, incrementa la produzione di glutatione.

Non c'e' altri che chi ha provato sulla propria pelle  
che possa essere motivato per cercare la cura.

## **Ronchi**

### **Endodonzia e focalita' batterica.**

Tecniche di devitalizzazione.

° Assenza di segni radiologici

° Assenza di sintomi.

° Il segno scuro all'apice non si sa se sia recente o antico.

° Non si sa nulla della microbiologia presente all'interno del dente devitalizzato.

### **Studio su tecnica digitale e su pellicola classica .**

Nessuna delle due e' in grado di mostrare l'infiammazione dell'apice.

All'esame istologico si e' trovato il 30% di infiammazioni non diagnosticate.

Battere sul dente per vedere se c'è dolore :

La differenza fra chi ha dolore e no non dà risultato evidente.

Bisognerebbe verificare **la microbiologia**.

Quindi anche il sigillo tridimensionale non dà nessuna prova dell'isolamento.

C'è chi cerca il 4° canale molare ma anche questo non arriva a prendere in considerazione

tutte le canalizzazioni con apici.

Impossibilità di avere sterilità'.

Ci sono migliaia di tubuli di 5 micron per la lunghezza di 3 chilometri.

Quindi pulire un canale laterale è insufficiente.

Tutti i detergenti non riusciranno ad entrare nei tubuli.

Consideriamo poi la porosità delle strutture.

**Lo iodio radioattivo** inserito nei canali si diffonde in tutto il corpo.

Tutto quello che si mette nel dente si diffonde nel corpo umano.

Dente devitalizzato. Funghi all'interno : aspergillo.

Poi tutti i prodotti di degrado delle tossine – le esotossine

che riescono a odificare l'ambiente in cui si liberano.

C'è da gestire **la biologia della decomposizione**.

Il dente devitalizzato estratto puzza.- putrescina- cadaverina.

Per rendere asettico il dente i dentisti hanno usato delle schifezze

come **la formaldeide** mummificante. Esce dal dente e va nei tessuti.

Dove vanno a finire queste sostanze? Prevaletemente cuore, mediastino...

**Recente:**

**Valutazione tossicità in vivo.**

Possibilità di fare delle misurazioni con test di microbiologia molecolare -  
Si possono campionare tossine batteriche e fungine.  
Che fare per abbassare questa tossicità'?

Negli anni 50 si è introdotta la **devitalizzazione ocalessica**  
in cui si fa una disèesione di calcio diffusa- calce viva-  
quindion sono interessati solo i canali abituali.  
E' stata abbandonata perchè non c'è visibilità radiologica (medico- legale).  
Esiste sempre inoltre la possibilità che il materiale di dispersione  
determini una frattura dell'apice.

Opinione del naturopata dentale:

esiste questo rischio nei casi la radice sia fragile o molto compromessa  
ma è paragonabile a fare un'incidente in macchina

secondo me  
-----

**Giovanni Delsanto**  
**odontoiatra olistico- non relatore**  
**sulla devitalizzazione e sulla rimozione**

Un dente devitalizzato puo' dare problemi in quanto viene interrotto il fascio vascolo nervoso con possibile alterazione del potenziale elettrico locale .

tale alterazione puo' tramite le vie parasimpatiche portare l'alterazione a livello del s.n.c. e causare le malattie mafeocali. Su questi principi si basa la **neuralterapia** e l'utilizzo della procaina come terapia.

nella misurazione delle correnti orali ritengo piu' utile utilizzare un amperometro (vega test),in quanto misurando gli ampère troviamo l'amalgama che rilascia piu' ioni hg++, troviamo pertanto l'amalgama piu' dannosa



--

# ADDENDUM

**Sulle MBT**  
**Andrea Pelosi**

**Ho consigliato tanti colleghi all'uso di MBT.**

Mi occupo di postura da oltre 20 anni, del suo studio e della sua analisi con vari strumenti, ho collaborato e collaboro con varie federazioni del Coni e sono prof a c. presso il corso di Laurea in Scienze Motorie dell'Università di Parma . Ho conosciuto le MBT durante le mie ricerche e studi sulla postura ormai alcuni anni fa. Decisi di provarle di persona per un problema di dolore al ginocchio sinistro e di schiena che compariva quando rimanevo troppo in postura eretta, ho avuto un miglioramento e tuttora le porto tutti i giorni.

Da allora ne ho "consumate" tante e ho consigliato tanti pazienti e colleghi all'uso con buonissimi riscontri. Andrea Pelosi odontoiatra [www.ap.pr.it](http://www.ap.pr.it)

Andrea Pelosi - Odontoiatra

DETTAGLIO TECNICHE : [odontoiatria.naturale.it](http://odontoiatria.naturale.it)

**TERAPIA DI SUPPORTO NELLA RIMOZIONE DELLE AMALGAME** Eliminare la amalgame dentali comporta una serie di precauzioni operative già enunciate nell'articolo dedicato, ma anche una adeguata preparazione prima durante e dopo la rimozione. La terapia di supporto naturale attraverso l'alimentazione dovrà prediligere alimenti alcalinizzanti quali mandorle ed agrumi e molta acqua circa due litri al giorno tiepida o a temperatura ambiente, mai fredda, sempre lontano dai pasti. Non assumere durante la disintossicazione pesce, crostacei, molluschi, caffè,thè, superalcolici, alcolici, cioccolata, coca-cola, latte e derivati, cipolle crude; non mangiare pesante (fritti , carni grasse, insaccati) specialmente la sera. Utilizzare olio di oliva e ridurre la carne magra a tre volte la settimana. L'intestino deve lavorare bene altrimenti vi è un accumulo di tossine. Assumere SYMBIOLACT bustine una al giorno o PSILLIUM CSM un cucchiaino prima di pranzo e cena in acqua tiepida. In caso di stitichezza assumere anche RABY CSM una compressa prima dei pasti.

**TERAPIA DI SUPPORTO OMEOPATICA** : METALFREE (chelante vitaminico-aminoacidico-minerale) un misurino al di  
CHELOM (chelante omeopatico)

DENTE MINERALE (rimineralizzante omeopatico in polvere) un cucchiaino al di BYOSIMPA ( riequilibratore della flora batterica intestinale)

PIACCASETTE CSM (riequilibrante del PH ematico): seguire esattamente le istruzioni e misurare il ph con le apposite stricchette allegate.

DREN-COMP : 10 gocce tre volte al giorno. La terapia sia naturale che omeopatica, comincia una

settimana prima la rimozione delle amalgame e continua fino al mese successivo. Fare attenzione a non usare dentifrici al fluoro ed alla menta o gomme da masticare alla menta, collutori a base di clorexidina in quanto neutralizzano l'effetto omeopatico.

**TERAPIA DI SUPPORTO OMOTOSSICOLOGICA:** Si effettua con dei compositum drenanti associati tra di loro che possono essere a seconda della classificazione del paziente all'interno della tavola omotossicologica o

LYMPHOMIOSOT E GALIUM dieci gocce di entrambi i composti mattina e sera , oppure GALIUM E PULSATILLA COMPOSITUM sempre dieci gocce mattina e sera da cominciare 15 giorni prima della rimozione e continuare fino al mese successivo. Il tutto come sopra accompagnato da una terapia alcalinizzante e due litri di acqua al giorno.

**TERAPIA DI SUPPORTO FITOTERAPICA :** e' una terapia mista di fitoterapici ed integratori alimentari il primo gruppo costituito da sostanze ad effetto chelante quali vitamina c, vitamina e, selenio, magnesio, zinco, acido lipoico aminoacidi solforati volti a contrastare l'effetto npcivo dei radicali liberi assieme a sostanze fitoterapiche quali la chlorella pyreneidosa, coriandrum sativum ed un secondo gruppo di sostanze ad effetto rimineralizzante con vitamine del gruppo b, the verde, cardo mariano, estratti di cavolo, sylibum mariano, crescione; questi elementi sono ben presenti in due prodotti della gheos il KELABLEND ed il TOXIRID SG.

Autore: Odontoiatra Ennio Calabria

<amalgamaemercurio@yahoogroups.com>

Dettaglio piuttosto importante nell'uso del **chelante naturale al glutatione OSR**

Cutler qui dice che stante alle notizie fornite da Haley OSR deve essere preso ogni 6 ore per evitare danni da redistribuzione.

Daniele Toxkeeper

Subject: [OxidativeStressRelief] half life?

To: OxidativeStressRelief@yahoogroups. com

Please note below what Andy Cutler, PhD, notes about OSR half-life:

"One major issue in chelation is that all chelating agents have to be given more or less once a half life (see any standard medical text, e. g. Goodman and Gilman's Pharmacological Basis of Therapeutics) . Since kinetic data on OSR is unavailable in the literature it has not been possible for anyone to prescribe it responsibly. Dr. Haley has been so kind as to provide us with a preview of his unpublished studies, below, that allow some reasonable estimate to be made of half life. Do note that when I say "half life," this presumes first order kinetics which are not necessarily the case. Also the range of values he gives doesn't include the number of individuals in the trial so I can't estimate a 95% confidence interval for the range of values in the population. Thus what I am doing below is making reasonable estimates based on unproven assumptions and inadequately detailed data – not really enough to base giving OSR to real human beings, but a lot better than nothing. These estimates are a place to start. Hopefully Dr. Haley's very limited permission (from the FDA I believe) to speak about OSR will permit him to answer some questions by providing more detailed data.

Dr. Haley says that OSR levels in blood fall to 4-12% of 2 hour levels by the time of a 24 hour measurement. 2 hours gives time for the OSR to distribute so that simple calculations based on blood level should be reasonable estimates. I'll show this example here and discuss it.

The half life range is between

$-22 \cdot \ln(2) / \ln(0.04)$  and  $-22 \cdot \ln(2) / \ln(0.12)$

or 4.74 and 7.19 hours.

Most things taken by mouth do have about a 2 hour absorption period that can be added to the half life, so most people should be OK at least with the chelating performance of OSR if it is taken every 6 hours around the clock, a few will actually tolerate 8 hour dosing. Taking it less frequently WILL cause damage in anyone with a clinically significant level of heavy metals and WILL make them harder to help later.

Clearly, all instructions on the use of OSR to date have been inappropriate and potentially harmful. Knowing the stuff is a chelator (regardless of its FDA status) and not knowing the half life the only responsible instructions for use are every 2-3 hours day and night.

### **Per rimozione amalgama e chelazione**

paziente riferisce

Io ho fatto il Purification Rundown molti anni fa, e me lo ero anche studiato per bene (molti anni fa avevo anche amministrato il Purif/Rd, in qualità di incaricato, ad alcune persone).

Per fortuna (ma proprio per caso) ho trovato un dentista Svedese che lavora da tanti anni a Bassano del Grappa (io abito a circa 20Km), ha 35 anni di esperienza nell'odontoiatria bio e mi sta dando tante informazioni e consigli. Bravo, disponibile e onesto lo consiglio. Fra l'altro costa meno del mio solito dentista (che è un primario). Questo dott. Beckman è veramente economico rispetto alla media.

### **Amalgama sotto il ponte? Come saperlo prima?**

se si tratta di un dente devitalizzato o che prima era stato otturato con amalgama la probabilità è altissima. forse meno se c'è dentro le radici un perno-moncone

#### **Test**

con un eav o amalgamometro o **\*semplice test impostato sui 100 millivolt** si può toccare con un puntale la guancia interna e con l'altro la parte metallica del ponte e vedere se da più di 20 millivolt ( il che farebbe pensare all'amalgama)

nota:

si puo' comprare da un cinese un multitester elettronico da 5 euro e usarlo come ho detto ovvero girando il selettore per misurare i 100 mililvolt max

Il naturopata dentale



Nota :se non usano l'ossigeno nel protocollo è come se non fosse un protocollo di protezione.

## **Su Galium Heel Report di paziente**

Io credo che ogni essere umano è storia a sè e per quanto esistano dei protocolli universali, le terapie devono essere attuate solo da un tecnico che si interfaccia con il paziente e, in base ad una dettagliata anamnesi, prescrive una terapia...

Non è vero che i prodotti omeopatici non danno effetti collaterali e quindi prenderli sull'onda del sentito dire o letto è un errore. Il GALIUM della Heel per fare un esempio è un ottimo prodotto ma non va bene per tutti e non in qualsiasi momento, ci sono momenti nella storia clinica di un paziente in cui avviare un forte processo di drenaggio può comportare una serie di eventi a catena che vanno ad alterare un equilibrio interno dell'organismo, portando con sè effetti collaterali a volte molto indesiderati.

Mi riallaccio a quanto ha scritto un altro lettore del forum circa la DINAMICA NON LINEARE, sono assolutamente d'accordo, a volte l'uso indiscriminato di una sostanza (anche naturale come il polline) può innescare dei meccanismi di dipendenza per cui interromperne l'assunzione crea forti disagi.

Da 20 anni studio l'omeopatia e la mia famiglia, io e compresi i miei gatti, ne abbiamo tratto un grande vantaggio, il mio medico omeopata di 20 anni fa mi disse, signora si documenti pure su tutti i libri di materia medica omeopatica ma non faccia mai terapie a casaccio e comunque si ricordi che in ACUTO, un rimedio non deve mai superare i 5 giorni, se entro tale data non ottiene benefici, sospenda la cura e osservi un riposo di almeno 10 giorni.

Questo accadeva quando ancora la prescrizione si limitava a prodotti unici e non era diffusa l'omotocologia che utilizza più rimedi in un'unica somministrazione.

Questa estate mi sono ritrovata fra le mani il testo di uno dei precursori e fondatore della scuola di NATUROPATIA internazionale: LEZAETA ACHARAN " la medicina naturale alla portata di tutti", per me è stata una rivelazione. Non diceva nulla di straordinario semplicemente asseriva che lo stato di salute è alla portata di tutti e non si nasconde dietro complessi meccanismi medicali o terapeutici.

Ebbene ho messo in pratica una buona parte di questi consigli sull'igiene fisica è ho perso 15 KG, mio marito ne ha persi quasi 19, mio figlio che era magro ha messo un pò di peso e un altro figlio che era in sovrappeso ne ha persi 5.

Insieme alla strategia di drenaggio attuata dalla mia omeopata, in seguito ad una attenta valutazione della mia anamnesi da cui era emersa anche un' intolleranza grave a varie sostanze (coloranti, additivi, conservanti alimentari, intolleranza alla caseina e al NICKEL) ho messo in pratica i consigli dell'autore LEZAETA e di LUIGI COSTACURTA (fondatore della scuola di Naturopatia Italiana).

~~~~

Sui composti Daniele odontotecnico

Le resine (ne esistono sostanzialmente di tre tipi:acriliche (metilmetacrilato) , policarbonato, e compositi di vecchia e nuova

generazione) differiscono a seconda dell' uso.[Nomi commerciali: 1 MMA
2 BIS-gma 3 PEX

Le prime per protesi parziale ,per protesi totale mobile o per provvisori e sono caratterizzate da lunghe catene molecolari che hanno il difetto di non essere "chiuse" e perciò attaccabile dagli agenti orali i quali, dopo essersi mescolati con il monomero in eccesso(sostanza che attiva, sostanzialmente, la reazione a catena) tendono a sgretolare i legami chimici polimerici, rilasciando sostanze nocive nell' organismo ospitante.

I compositi sono caratterizzati da matrici vetrose (alcune ordinate, alcune disordinate) con microriempitivi di vario genere.

I compositi di nuova generazione, invece, hanno strutture cristalline geometricamente ordinate (quindi caratterizzate da legami più stabili) e con riempitivi non inclusi "random" ma dispersi nella massa in modo uniforme.

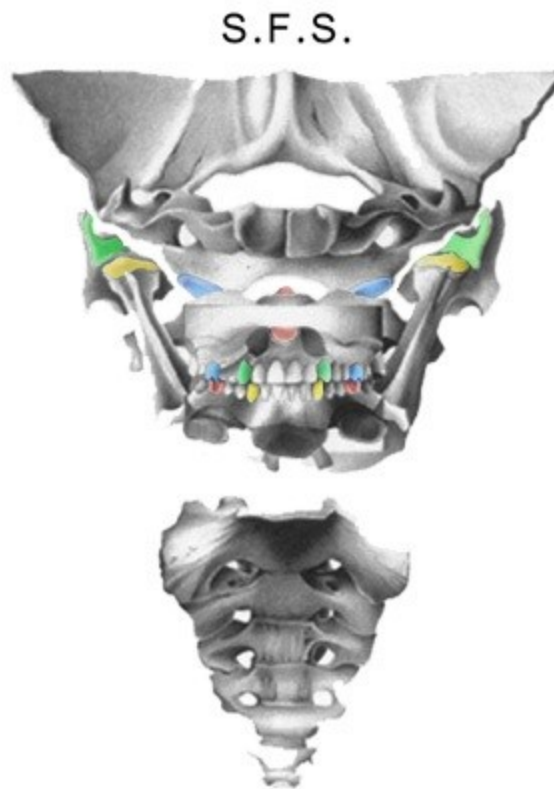
Esistono poi i compositi di nuova generazione con matrici diverse (PEX=phenolic epoxine)di grado bio-medicale che qualche studioso però classifica solo un prodotto uguale agli altri, ma con un marketing migliore.

Io personalmente li uso tutti e ho trovato una notevole differenza tra i compositi classici e quelli di nuova generazione.

Comunque , il mio consiglio è di richiedere i materiali metal-free, che escludono la presenza sia di metalli interagenti con il cavo orale (se qualcuno mi dimostra il contrario sono felice di ricrederemi. .solo gli stupidi non cambiano mai idea daniele Di nenno www.infobiolab.it www.odontoblog.net

METODI GNATOLOGICI

Dal sito di Paolo Sardi



http://www.paolosardi-squadraturafunzionale.it/Squadratura_Funzionale_Sardi/Home.html

Appoggiati sullo zoccolo posteriore sono espressione di un rapporto ideale, definito di "testa a testa", tra basi funzionali sfenoide-ioide che a loro volta stabiliscono come intervenire sui rapporti occlusali.

La particolarità di questo tipo di osservazione sta nella capacità di informare gli addetti ai lavori sulle deviazioni dei rapporti occlusali rispetto alle basi funzionali sfenoide-ioide, evidenziando dunque le problematiche dell'ATM, del rapporto cranico-colonna (C0-C1-C2) e della dinamica linguale; aspetti che in patologia vengono definiti “asimmetrie funzionali”.

Si può inoltre aggiungere che l'interpretazione dei due concetti (modelli in occlusione abituale e modelli liberi) è assimilabile al concetto di “catena cinematica chiusa” – “catena cinematica aperta”. Questa differenziazione porta a determinare, ai fini diagnostici e terapeutici, un “punto critico” di incontro tra i mascellari che, nel rispetto dell'individualità (cioè lasciando inalterate le caratteristiche individuali), determina un novo rapporto fisiologico di equilibrio dell'apparato stomatognatico.

Numerose sono le conferme provenienti da medici del settore che da anni applicano costantemente questa metodica con ottimi risultati sia in ambito ortodontico che protesico riabilitativo, nonché nella terapia del dolore funzionale extrastomatognatico.

La semplicità di esecuzione e di utilizzo della squadratura descritta, oltre a consentire una valutazione costante (con il semplice rilevamento di due impronte) dei progressi ottenuti, rende facilmente individuabili eventuali errori commessi da chi non ne abbia la completa padronanza.

La soddisfazione finale può venire dalla verifica della metodica S.F.S. con strumenti tra i più utilizzati in ambito odontoiatrico: kinesiografo e pedana stabilometrica, nonché dai controlli osteopatici, ed infine dal confort finale per il paziente.

Il nuovo paradigma odontotecnico

Disfarsi dalle opinioni e ricostruire dalle fondamenta il sistema delle proprie conoscenze.

la dimensione verticale -la normocentrica

Per la stragrande maggioranza dei dentisti la dimensione verticale è un optional o meglio ancora problema non esistente. Prima di accanirvi con il molaggio osservate e valutate questa immagine.

Dopo il trasferimento delle registrazioni Possiamo constatare la differenza tra Modelli in occlusione abituale (malocclusione) e Modelli in rapporto intermascellare normale (dopo la determinazione della normocentrica)



Commento:

Dato lo spessore da recuperare nella stragrande maggioranza dei casi, ci chiediamo quale senso abbia la pratica del molaggio e quali danno possa arrecare all'equilibrio globale della persona.

Nota:

Che il metodo segnali lo sbaglio dei più nel fare il molaggio è un fattore da evidenziare. Segnaliamo comunque che:

- Le misurazioni non prendono in considerazione lo schema posturale.
- I fautori dell'autobilanciamento osservano che il tutto vien fatto su una struttura che ha già consolidato uno schema deformato, quindi non può realizzarsi il riallineamento della bocca-cranio con il resto del corpo su un nuovo asse correttivo.
- Il metodo però si può applicare anche a chi non ha cuspidi superiori ed agli edentuli, cosa non fattibile, per ora, con l'autobilanciamento.

La perfezione è sempre da ricercare, chissà forse attraverso qualche processo d'integrazione!

Dal sito occlusione gravità

<http://www.occlusionegravita.it/Home/tabid/36/Default.aspx>

La Placca di Riposizionamento Cranio-Mandibolare(PRCM)

- Gli aggiornamenti sono scritti in blu e si trovano all'interno della pagina -

Una piccola premessa: chi sottovaluta questo dispositivo(Ortesi - anche se preferirei fosse definito Protesi Mobile in quanto ha forse più importanza di una protesi ad un arto mancante) asserendo senza cognizione di causa che un "pezzo di plastica"(che poi plastica non è) non possa curare sintomi o malattie anche gravi, è in malafede e non conosce nulla del tema esposto in questo sito.

LA PLACCA DI RIPOSIZIONAMENTO VA COSTRUITA SULL'ARCATA INFERIORE! Chi ve la vuole costruire sull'arcata superiore è obsoleto anche rispetto alla moderna odontoiatria e significa che non capisce nulla di bite e....figuriamoci di Bilanciamento(che non ci capiscono nulla nemmeno gli altri che la costruiscono inferiore).

Badate che non è la Placca di Riposizionamento(Bite) che vi sposta la mandibola! Siete VOI che la spostate(non solo la mandibola ma tutto il corpo) consapevolmente verso la simmetria scheletrica(identificata precedentemente da una foto a bocca chiusa di testa collo spalle) e il Bite vi fa da sostegno per questo spostamento. Man mano che ci si raddrizza si modifica il Bite per avere sempre sostegno stabile e uniforme da PREMOLARE A MOLARE! I denti INCISIVI E CANINI NON SONO DENTI DI SOSTEGNO E NON DEVONO CONTATTARE SUL BITE SE NON IN SFIORAMENTO. Il Bite fa da "sostegno al ritorno in simmetria!". Non sposta

nulla! Siete voi che spostate! Ditelo ai vostri gnatologi e dentisti che queste cose proprio non le sanno (se le avessero sapute non avrei perso 20 anni di vita dietro alle loro incompetenze). Più che scriverlo ed evidenziarlo io non so che altro fare per farvelo entrare in testa (mi riferisco a medici e pazienti).

Questa nella foto è una Placca di Riposizionamento Cranio Mandibolare (PRCM), un particolare tipo di Bite (per comodità nel sito leggerete spesso la parola Bite anche se preferirei non usarla in quanto è un termine usato e abusato dai dentisti che sottovaluta la sua reale utilità) che può costruirvi un dentista qualsiasi dopo aver identificato il tipo di Sbilanciamento del Rapporto Scheletrico Cranio Mandibola con alcune specifiche di costruzione che vi indico in questo sito. La PRCM non è molto differente dalla Placca di Riposizionamento Mandibolare o Ortotico del dott. Jankelsson. La differenza è che la PRCM viene costruita prendendo l'impronta del morso in chiusura tendente alla simmetria. Mai fidarsi dei soli muscoli (specialmente per i casi più sbilanciati). Casomai non trovaste un dentista disposto a farvi una PRCM, potete farvi costruire un Ortotico (che ha delle specifiche europee di costruzione quindi se non la conoscono, sono incompetenti) che poi modificherete voi con resina a freddo per trovare i contatti nella postura tendente alla vostra simmetria scheletrica.

Aggiornamento 02 dicembre 09:

L'aggiornamento è dovuto ed è un approfondimento al blocco precedente dove parlo di Bite Ortotico (leggete prima quel blocco). **Non vi venga in mente di farvi costruire un bite ortotico e poi tenerlo com'è perchè rischiate di farvi del male seriamente:** perchè? Semplicemente perchè il bite ortotico è cuspidato come i vostri denti superiori e quelle cuspidi vi ingabbiano la mandibola in modo da non poterla muovere durante la fonazione o durante uno sforzo; il risultato è che voi impazzite....diventate tesi e nervosi. Quindi, se vi fate fare un bite ortotico perchè il vostro dentista non si fida a fare una PRCM, sappiate che quel bite va subito limato a zero nella zona cuspidata e va trovato combaciamento uniforme su entrambe le emiarcate da premolare a molare con la resina autopolimerizzante a freddo (come da mio Metodo) con fosse (impronte delle cuspidi superiori sul bite) non più profonde di 1.5 mm altrimenti torniamo al bite ortotico e alla mandibola in gabbia. La mandibola, quando parlate, per esempio, si muove avanti e indietro; se impedito quel movimento i muscoli del collo diventano di marmo e le vertebre compresse vi provocano mille sintomi....spesso molto invalidanti. Ricordate anche di spostare il mento nella direzione opposta alla Laterodeviiazione-Lateralizzazione quando prendete l'impronta con la resina a freddo (lo dico per chi già si bilancia....ma anche per

dentisti e gnatologi). Insomma, dentisti e affini....possibile che non vedete ste cose così banali?

Ecco come calza sui denti dell'arcata inferiore la PRCM; va solo in appoggio sui denti, non servono ganci e deve inserirsi facilmente senza intoppi per non impedire le modifiche successive con resina autopolimerizzante a freddo:



Molti mi scrivono dicendo che i bite li fanno quasi tutti i dentisti e i centri specializzati; non confondetevi: non conoscendo il meccanismo occluso posturale descritto in questo sito, questi specialisti vanno alla cieca e costruiscono bite inventati o con tecniche di diagnosi fantascientifiche...quando invece si vede benissimo da una fotografia.

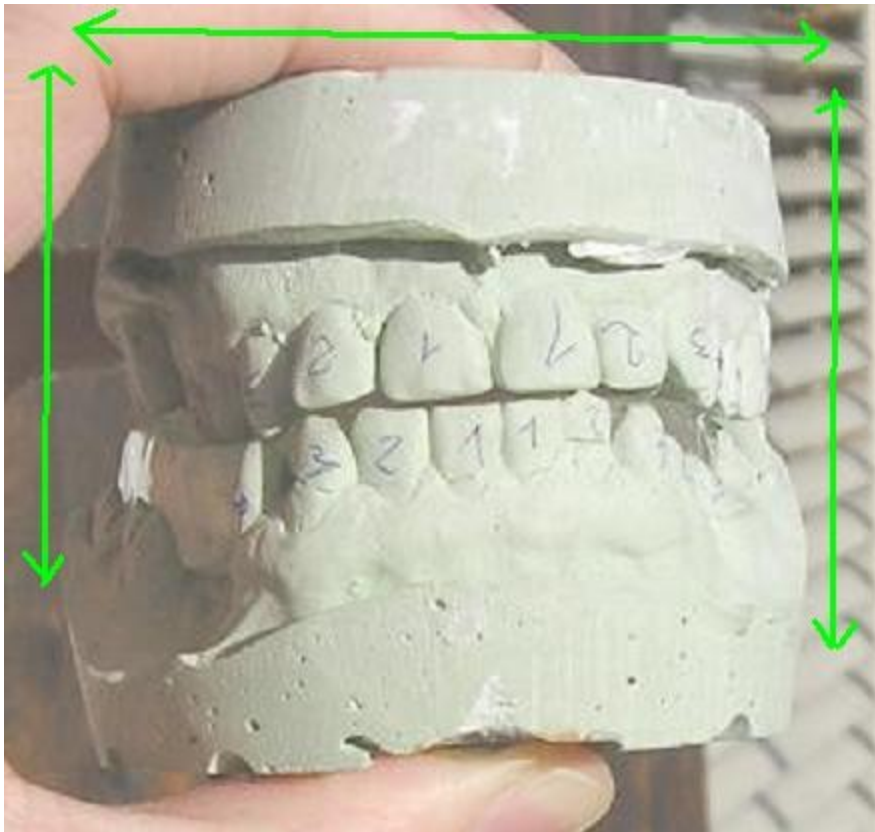
Mi raccomando: questo dispositivo non è da confondere con i mille dispositivi inutili(Bite) che propongono e propinano i dentisti e che non servono a nulla e fungono solo da "coperta per i denti"; uno di questi è il termostampato costruito mediante un disco di resina...un altro è la Placca di Svincolo costruita sull'arcata superiore e imm modificabile. Nell'immagine sotto vedete un Bite Termostampato; io lo chiamo "coperta per i denti" in quanto a differenza della Placca di Riposizionamento che avete visto sopra, ricopre interamente i denti dell'arcata inferiore e va ad incastro quindi è IMMODIFICABILE e non è possibile bilanciarsi. Segnalo agli ignari pazienti che questo inutile termostampato spesso ve lo vendono a prezzi esorbitanti (ho notizia di persone che l'hanno pagato fino a 2000 euro)....bene sappiate che al dentista costa meno di 5 euro di materiale e qualche minuto di lavoro. STATE ATTENTI!

Ecco il Bite Termostampato; come potete vedere ricopre interamente i denti

quindi per forza di cose va ad incastro ed è imm modificabile in quanto le modifiche vanno fatte stendendo prima la resina a freddo sulla parte superiore del bite da premolare a molare(su entrambe le emiarcate); provate un po' a incastrare il bite senza mettere le dita sulla resina a freddo e combinare un disastro?



Questa sotto è la Placca di Riposizionamento Cranio Mandibolare Bilanciata. Notate la differenza di questo Bite dal Termostampato? La PRCM si appoggia solo sui denti nella loro parte frontale, non li ricopre; viene ricoperta solo la parte posteriore dei denti. Il Bite PRCM risulta quindi modificabile....non a caso ha una procedura di costruzione più complessa(che trovate dettagliatamente [sul mio libro](#)) e ha un costo di "fabbricazione" più elevato ma...non oltre i 300-350 euro(aggiornato al 2009).



Questa è la Placca di Riposizionamento Cranio Mandibolare (PRCM): in resina rigida e trasparente posto sull'arcata inferiore .

Se adeguatamente costruita e successivamente modificata permette il recupero della simmetria cranio-mandibola-colonna; le attuali conoscenze medico scientifiche non indicano la vera funzione di questo dispositivo che di fatto dovrebbe essere considerato alla pari (ribadisco fino allo sfinimento che è più importante in quanto funziona anche quando si dorme) di un arto artificiale.

A cosa serve la PRCM? Serve a riportare in simmetria ossea e muscolare la mandibola rispetto al cranio (e viceversa in quanto non si ri-posiziona solo la mandibola sul cranio ma anche il cranio sulla mandibola) e alla colonna vertebrale. Ossa e muscoli in simmetria permettono al corpo umano di muoversi e vivere con il minimo dispendio di energia senza accumulare stress.

Per riportare un corretto rapporto Cranio-cervico-mandibolare, occorre avere dei denti (almeno un premolare e un molare su ogni emiarcata mascellare e mandibolare).

Chi non avesse abbastanza supporto dentario deve assolutamente rimediare (eventualmente con un impianto) ma sia ben chiaro che senza denti non si può cominciare la riabilitazione!

LA PRCM VA PORTATA 24 ORE AL GIORNO! SEMPRE!

Ho scritto in maiuscolo perchè la gnatologia moderna(ramo della medicina che studia e cura le patologie occlusali) non è chiara sulla vera funzione di questi dispositivi.

Questo dispositivo va portato sempre(nei casi più gravi....anche mangiando) perchè sopperisce alla mancanza di spessore dentario ; se viene tolto anche solo per 1 ora i muscoli e le articolazioni tendono a riportare la postura di cranio/mandibola nella situazione di partenza ovvero nella condizione in cui si era all'inizio della riabilitazione con tutti i sintomi conseguenti.

La PRCM VA MODIFICATA con resina a freddo autopolimerizzantefacendo le aggiunte o togliendo materiale mediante un trapanino....per permettere il ritorno in asse(linea perpendicolare al pavimento) di cranio e mandibola.

NON VA TENUTA A VITA!

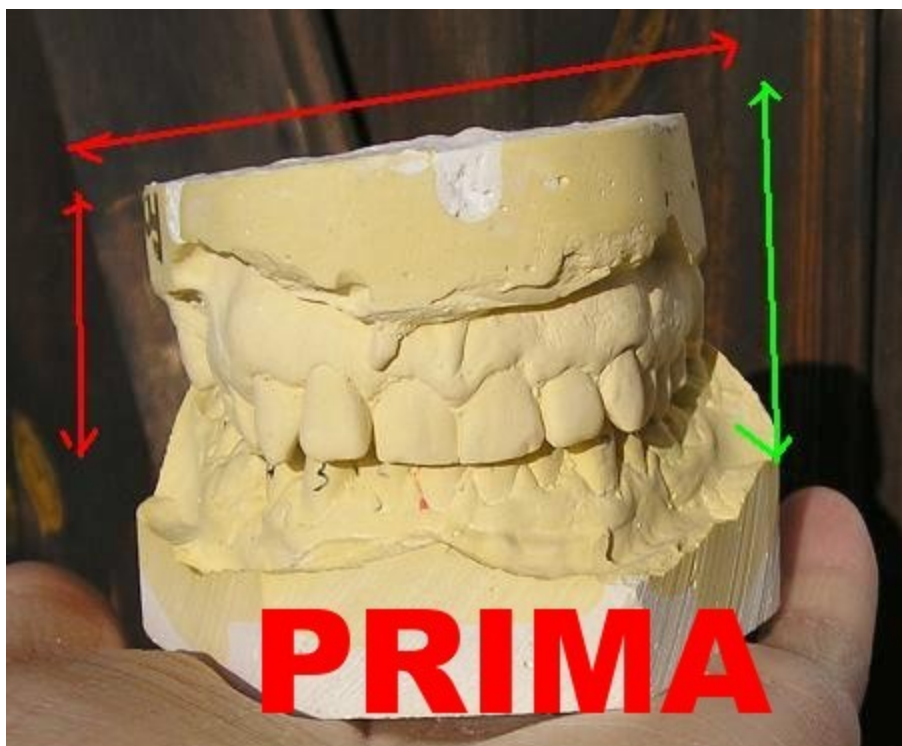
Una volta ottenuto un buon bilanciamento Cranio-Mandibola (facilmente identificabile solo guardandosi allo specchio) si può togliere e ricostruire sui propri denti un "rialzo definitivo" ovvero spessorare i propri denti laddove non c'è più combaciamento con gli antagonisti. Ormai il lavoro sulla PRCM ha ricondizionato l'articolazione (ATM) e ha modificato l'assetto muscolare perciò tenere la PRCM a vita non ha senso. Occorre quindi ,mediante capsule o rialzi in composito o ortotici in composito o ponti etc . , ricostruire sui propri denti un "rialzo" che riprenda le altezze ottenute sulla Placca (PRCM). Questo lavoro rimane DEFINITIVO.

Non fatevi ammaliare da terminologie complesse(SPLINT,APPARECCHI ETC.) che non servono a nulla e non risolvono uno sbilanciamento Cranio Mandibola. Gli interventi chirurgici per correggere malocclusione o sbilanciamento NON VANNO FATTI! Evitate il chirurgo Maxillo Facciale che quasi sempre vi consiglia l'intervento(spesso inutile e pericolosissimo).

La PRCM non può costare più di 300-350 euro proprio per le sue caratteristiche di costruzione e per il materiale. Se vi propongono cifre maggiori evitate.



Ritorno in simmetria grazie alla modifica della Placca di Riposizionamento Cranio Mandibolare(PRCM)



"Gli stampi per i calchi in gesso dell'arcata mascellare che vedete(calchi della mia bocca) sono

stati presi a cranio raddrizzato quindi rappresentano fedelmente la postura del cranio e della mandibola prima e dopo il bilanciamento."

IMPORTANTE: la PRCM viene costruita sull'arcata inferiore ed è spessa circa 1-2 mm in resina dura. Viene ritoccata continuamente dal paziente con resina autopolimerizzante reperibile in qualsiasi magazzino di materiali per odontotecnici e limata con trapanino (tipo modellismo). I ritocchi sono periodici e vanno fatti in base alle sensazioni muscolari a muscolatura in tensione (per ottenere la tendenza alla simmetria). Durante le modifiche a resina fresca, oltre agli accorgimenti da me descritti in queste pagine, per ottenere le impronte sulla PRCM si utilizzano le manovre muscolari del "Bacio" e della "Coca Cola" della Appim (www.appim.it) che considero validissime. Per ottenere una PRCM asimmetrica come nel [mio caso](#) sull'emiarcata dx calcolate che il sistema masticatorio non accetta più di un decimo di mm di spessore per volta.....potete capire il motivo per cui al sottoscritto ci sono voluti più di 3 anni per ottenere un riposizionamento della mandibola come descritto sopra. Certamente ho impiegato più tempo perchè ho dovuto sperimentare e scoprire quanto sto pubblicando in questo sito ma badate che in casi "gravi" com'ero io il bilanciamento non è di breve durata.

IMPORTANTISSIMO: durante il bilanciamento occorre SEMPRE avere contatti uniformi sulla PRCM (da premolare a molare contemporaneamente su emiarcata dx e sx); non è che "spessorare a dx" (nel mio caso) significa rialzare solo a destra! Sono i muscoli che lavorano a determinare la postura/dislocamento/posizione della mandibola in base al rapporto scheletrico corretto e non la PRCM. La PRM aiuta e registra queste posizioni...."come un cric della macchina" per intenderci....uno step per volta ma SEMPRE LAVORANDO CONTEMPORANEAMENTE SU ENTRAMBE LE EMIARCAE.

Una volta ottenuto un buon bilanciamento con la scomparsa della sintomatologia e il recupero del corretto rapporto cranio-mandibola, si passa sui propri denti riportando le altezze ottenute sulla PRCM. Questo è il lavoro più costoso ed è una vergogna che le tariffe di Voi dentisti siano così alte ma soprattutto non si possa fare un lavoro del genere in ambito pubblico quindi dietro il solo pagamento del ticket. Perchè?

~

Questo sono io mentre lavoro sulla PRCM. La PRCM va ritoccata costantemente in base ai principi che troverete in queste pagine.

VIETATO INTERVENIRE CHIRURGICAMENTE O CON PRATICHE E TERAPIE INVASIVE. Il bilanciamento

mandibolare si ottiene unicamente modificando questa Placca(PRCM) in resina.

La Placca di Riposizionamento Cranio Mandibolare(PRCM)non deve essere utilizzata solamente per rialzare il morso!

Differenza tra "rialzo del morso" e "bilanciamento della PRCM":

L'inclinazione della mandibola spesso(sempre) è confusa con il rialzo del morso.

Cos'è il rialzo del morso?

Per rialzo del morso si intende lo spessoramento uniforme del bite tra premolari e molari. In questo caso la distanza tra Mandibola e Cranio rimane identica a partire dalla zona degli incisivi fino ai molari. Solitamente i bites vengono fatti in questo modo ed e' proprio questa la ragione degli insuccessi di queste terapie. Nella foto successiva vedete la differenza tra PRCM che rialza il morso e PRCM bilanciata. Con il bilanciamento si cambia l'inclinazione della mandibola: si determina maggior spessore sui posteriori(molari) rispetto agli anteriori(premolari) quindi si allontana la Mandibola dal Cranio nella zona dei molari rispetto alla zona degli incisivi. In fase di bilanciamento gli incisivi e i canini sono considerati solo come "guide". Provate a immaginare a livello di condili e cavità glenoidea cosa deve succedere per permettere quella diversa inclinazione. Questo è il motivo per cui il bite va modificato grazie allo sforzo muscolare della muscolatura in tensione e al ri-posizionamento in simmetria e in fisiologia di cranio-mandibola-colonna e questa è anche la ragione per la quale gli INTERVENTI MAXILLO FACCIALI PER CORREGGERE LE MALOCCLUSIONI SONO INUTILI E DANNOSI.

Scusate i disegni molto stilizzati ma non sono un disegnatore e nemmeno un computer grafico. Si capisce no che e' raffigurata una mascella e una mandibola in nero mentre in rosso lo spessore della PRCM?!? Abbiate pazienza....

~~~~~

Vi farò un esempio pratico di cosa si intende per "identificare uno sbilanciamento" ed evidenziarlo.

Vi porto l'esempio della foto di una mano con artrite che ho preso sul web(ho messo

**VOLUTAMENTE una foto sfuocata per dimostrare anche ai piu' cocciuti che non importa che la foto sia di qualita' perfetta e professionale: il dito deformato si vede COMUNQUE!).**

**Come potete vedere dall'immagine sotto, le falangi dell'indice della mano sono deformate e disallineate.**

**Lo vedete anche senza che traccio le linee.**

**Ma supponiamo che non riusciste a vederlo e io semplicemente vi evidenzi la posizione delle falangi con una linea verde e una linea rossa.**

**Riuscite a vedere meglio la loro posizione?**

**Voi mi direte che lo vedevate anche prima!!!**

**Io semplicemente ho evidenziato quella posizione.**

**La stessa cosa la faccio per la posizione del cranio e della mandibola che , in sbilanciamenti complessi, voi non vedete.**

**Supponete che al posto della falange evidenziata in verde ci sia il cranio e al posto della falange evidenziata in rosso ci sia l'osso della mandibola.**

**Vedreste immediatamente che le due ossa non sono in linea sulla stessa verticale.**

**Tutto qui.**

**Ora, qual'e' la mia scoperta?**

**Che, mettendo il cranio e la mandibola in linea sulla verticale del pavimento(per quanto riguarda la vista di fronte della persona...per la vista di profilo e' un po' piu' complesso ma ugualmente evidenziabile) spariscono o si attenuano dolori e compressioni, ansia, stress, depressione etc.(questo nel mio caso....ma non solo nel mio).**

---

Da [www.appim.it/forum](http://www.appim.it/forum)

## Ma la poltrona del dentista... prendere le cere stando a schiena diritta è d'obbligo...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 10/01/10 21:46

non esiste pero' garanzia di occlusione centrica corretta anche se a schiena diritta...  
lo spessore disturba...è facile deviare, arretrare o protrudere...soprattutto se si è seduti sulla poltrona del Dentista senza avere **uno specchio in mano** nel quale guardarsi mentre si serrano le arcate sulla cera...

soltanto pazienti molto allenati a chiudere in occlusione centrica corretta possono impostare le fosse sulla cera nello studio del Medico...

---

### il calco delle arcate non richiede accorgimenti...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 11/01/10 08:41

Essendo le due arcate dentarie indipendenti l'una dall'altra, il Dentista puo' prenderti le impronte anche da distesa sulla poltrona...

E' l'incastro anatomico che poi fa fede e quello da distesa o da diritta non cambier□ mai...

mentre invece il jig o **la cera di masticazione riproduce sui due lati il rapporto tra i denti anteriori**...questa volta bisogna prenderlo ad arcate possibilmente **in posizione corretta di icp**...la cosa è comunque difficile, perchè lo spessore già di per se stesso rappresenta un ostacolo che confonde e sul quale bisogna agire con forza...

## La manovra di Dawson

Autore: [fla](#) (77.89.9.---)

Data: 20/10/09 16:25

Infatti la nuova gnatologia come hai già scoperto da solo **non prevede più l'idea di massima retrusione condilare in RC**. Ma la manovra consente questo, mentre viene eseguita d□ proprio l'idea di qualcosa di innaturale al paziente, e ripeto, penso che attualmente solo i medici meno aggiornati pretendano ancora di usarla per segnare i contatti.

Al massimo ti guideranno il tap tap con la mano ma senza spingere distalmente...anche perchè con sta storia che la poltrona è inclinata un'eventuale componente di retrusione già c'è, anche se io ho notato che con l'inclinazione normalmente usata sulla poltrona del dentista nella mia bocca non cambia molto.

Autore: [maria](#)

Data: 20/10/09 16:29

[[nmdds.net](http://nmdds.net)] Jankelson vs/ Dawson



dentisti mediocri...a tal proposito, bisogna riconoscere che Adriana ha ragione, molti riescono a provocare disastri nella bocca dei pazienti

Jankelson vs/ Dawson

dentisti mediocri...a tal proposito, bisogna riconoscere che Adriana ha ragione, molti riescono a provocare disastri nella bocca dei pazienti

[Autore: maria \(151.15.123.---\)](#)

Data: 20/10/09 16:29

[[nmdds.net](#)]

Jankelson vs/ Dawson

Manovra di Dawson e copyright...

dentisti mediocri...a tal proposito, bisogna riconoscere che Adriana ha ragione, molti riescono a provocare disastri nella bocca dei pazienti.

## **Statement from Dr. Clayton A. Chan**

In Dental Practice Report, July / August 2000 issue, the article entitled A Conversation with Dr. Peter Dawson, I find many statements and comments unfounded, misinformed and purposefully ignoring the historical record. Dr. Dawson continues to perpetuate his biased agenda without regard to science nor presents clear evidence regarding his own occlusal concepts. Dr.'s Hornbrook and Dawson have used this publication as a means to antagonize and attack other schools of thought, institutions, trademarked instrumentation as well as FDA and ADA approved bioinstrumentation/ companies. They have used this publication as a means to blatantly misinform the health and dental profession of other competing views and philosophies that are obvious threats to his own arena. They have not gone unnoticed.

[Sul metodo](#)

<http://forum.appim.it/read.php?3,15823,15915#msg-15915>

Intervengono

Adriana Valsecchi, autrice del libro -teoria dell'occlusione mandibolare,

Paolo, tecnico ortodontico, che ha frequentato i corsi di Sardi e che dopo vari scambi ha deciso di sperimentare l'autobilanciamento (vedi post di maggio sul forum)

Stefano, paziente con densa esperienza e vasta conoscenza, molto abile nel fare correlazioni tra le metodologie

## **Se un Medico pretende di risolvere una malocclusione..**

postura linguale e malocclusione

Le classi

Autore: fla (77.89.9.---)

Data: 08/04/10 14:39

per Supro: ovvio che se il bite ti sposta la mandibola per farle trovare la posizione poi i denti non combaciano più, infatti per rendere i risultati definitivi in qualche modo i denti vanno modificati. La decompensazione di una III classe però in genere avviene solo se si modificano le inclinazioni dei denti, sempre che tu intenda la stessa cosa con "decompensazione"..

---

Se un Medico pretende di risolvere una malocclusione..Autore: Adriana Valsecchi  
(Moderatore)

Data: 30/03/10 08:50

Se un Medico pretende di risolvere una malocclusione o un problema di parafunzioni o abitudini viziate della lingua suggerendo una ginnastica significa che ignora l'influenza dello sbilanciamento mandibolare sulla lingua...

la lingua risponde all'impostazione mandibolare visto che è un muscolo ad essa collegata...

è sufficiente osservare i casi in cui la lingua esce storta in certe bocche sbilanciate e deviate dall'asse o impedita in apertura dal menisco deformato...

questo è quanto un Medico dovrebbe tenere a mente sempre...

E' logico che se non sa valutare uno sbilanciamento o un fuori asse, se non sa vedere

sul viso del paziente i segni evidenti del problema oclusale, se non ha la capacità di risolvere in primis questo difetto o comunque non sa leggere con le cartine blu o sul calco certe anomalie e che dovrebbero essere affrontate per prime...se non sa niente di questo o se non se ne preoccupa...ma vede solo il danno e-o la parafunzione... ovviamente che suggerisca la ginnastica...ma con quali risultati a lungo o a medio termine ?

non sarebbe il primo a suggerire questa terapia visto che è<sup>1</sup> una pratica suggerita da vari Docenti...come altre terapie fantasiose sono state suggerite da altri ancora, Docenti convinti e intelligenti...ma che non sanno affrontare sui denti il lavoro di ricostruzione di spessori bilancianti...

ma noi ne sappiamo parecchio ormai in fatto di riabilitazione, e chi ci legge non può sottovalutare il nostro punto di vista...

quello che sappiamo deriva da esperienza diretta...  
non l'abbiamo appreso sui libri...

---

Autore: Igor (20.133.1.---)

Data: 31/03/10 07:56

...prima dell'autoriabilitazione soffriva di forti emicranie e torcicollo... era lo stesso che mi guardava gambe e piedi per bilanciare l'occlusione e che mi ha telefonato anni dopo curioso di sapere qualcosa di più sul metodo APPIM... **Questa è la gnatologia moderna, un enorme buco nell'acqua.**

---

Autore: Piersilvio Uggiosi (79.55.58.---)

Data: 31/03/10 15:08

Effettivamente i TUOI 'luminari' dovevano essere dei gran cazzoni per non riuscire a capire che dovevano alzarti posteriormente.

Non oso immaginare tu avessi avuto una torsione importante .

Effettivamente i TUOI luminari sono stati un buco nell'acqua.

Per cui siccome la TUA esperienza equivale per te alla realtà cosmica fai bene a generalizzare.

A relativizzare si è sempre a tempo.

---

1

-----

Autore: paolo465 (84.223.125.---)

Data: 07/04/10 18:25

Buongiorno a tutti, sono nuovo, primo messaggio :-)

Mi presento.

Mi chiamo Paolo, faccio il **tecnico ortodontico** da 25 anni circa, sono curioso di natura ed aperto mentalmente.

Prendo spunto da questo topic per provare a dire la mia... e cercherò di essere semplice.

**La postura linguale** di un neonato (primaria o infantile) fa sì che la lingua si spinga tra le labbra ed ottenere il sigillo labiale per l'assenza dei denti.

Il passaggio a quella secondaria, adulta, non avviene per tutti allo stesso modo ed alcuni perdono questo "appuntamento".

Le stesse classi dentali (I-II-III) hanno un comportamento dinamico della stessa diverso, con tutto quello che ne può conseguire (sono riduttivissimo)

Ora, pensare che un diverso e alterato comportamento linguale non possa essere responsabile di una malocclusione o forse un po' azzardato.

La lingua è un muscolo sensoriale, tattile, riempie gli spazi edentuli cercando di riequilibrare il piano masticatorio e concorre in alcuni casi, proprio per questo motivo, a spostare la mandibola.

Non contesto quanto espresso dalla moderatrice. Mi sento solo di affermare che qui si tratta come spesso succede di stabilire se è nato prima l'uovo o la gallina :-)

Paolo

-----

Autore: paolo465 (84.223.125.---)

Data: 07/04/10 19:21

Integro, visto che ho letto qualcosa in un topic sulla mioterapia che è stato chiuso.

Al limite chi vuole può chiedere, spero di saper rispondere.

Ho letto un'affermazione che le II classi morso profondo non hanno patologia linguale....

Diciamo che non hanno patologia ma una funzione di II s.

Mi spiego e cercherò di spiegare perchè Fla vede i suoi denti premolari erompere.

Partiamo con l'affermazione che la posizione spaziale dei denti è data dall'equilibrio tra la spinta centrifuga della lingua e la spinta centrifuga delle guance.

Possiamo ben capire perchè allora una III classe con una postura bassa sviluppa poco il mascellare superiore la cui forma è modellata dalla corretta posizione linguale.... le

rughe sono accentuate, il palato è costretto da non poter contenere la lingua, la deglutizione non è corretta. Spesso il non corretto sviluppo mascellare comporta una poca pervietà delle vie aeree nasali (il pavimento del naso e la parte superiore del palato) e ci si trova davanti facce "adenoidee".

Passiamo ad una II classe:

La mandibola è indietro rispetto al mascellare. La lingua ha una posizione posteriore rispetto alla norma. Come disse la buonanima di Balters nel suo libro sul Bionator lo spazio dinamico della lingua è corretto e ottimale con i denti incisivi superiori ed inferiori a testa-testa.... l'interno del cavo orale assume in questa posizione una forma ad "uovo rovesciato", con la base larga dell'uovo dietro ai denti incisivi (bisognerebbe disegnarlo :-). In II classe l'uovo si ribalta e anteriormente si viene a trovare la parte appuntita. La lingua svolge la sua dinamica posteriormente e lo fa come può. Si allarga e si appoggia ai denti posteriori, inserendosi tra le arcate. Inclina così i molari ed i premolari lingualmente, accentuando le curve di Spee e di Wilson e concorrendo al morso profondo.

La lingua si può interporre lateralmente o anteriormente anche nelle I classi.

O presentare una deglutizione infantile o atipica, spingendo sui denti frontali (mi sembra d'aver capito sia la situazione di Fla).

L'ELN di Bonnet che utilizza la notte (e poco durante il giorno, l'azione principale si svolge nelle fasi incoscienti del sonno, laddove la mioterapia con esercizi non arriva) oltre a rieducare anteriormente la lingua ne impedisce il contatto con le guance, con l'interposizione tra le arcate.

Per questo motivo Fla vede i suoi denti erompere.... sta appiattendo la curva di Spee.

Una considerazione.....

Il Bite, inferiore per definizione e per logica, occupa dello spazio linguale mandibolare e se ben modellato aiuta una corretta postura linguale :-)))

Paolo

Autore: **Adriana Valsecchi** (Moderatore)

Data: 07/04/10 21:39

I tuoi discorsi sono ben concatenati, hanno una logica...peccato però che tu sia fuori strada...e ti dico il perché...se vuoi rispondimi...

1. sei in grado di vedere uno sbilanciamento latero-laterale sul viso di un paziente ?  
da che cosa lo noti ?

2. sei in grado di verificare l'impostazione muscolare di un mento ? in che modo ?  
cosa ne sai di fosse e stop di retrusione ? sai come verificarli ?

3. vedo che dai valore alla classe scheletrica...ma per coloro che hanno protesi estese,  
come fai a impostare il loro morso ? sulla base di che cosa ? radiografie o controlli  
muscolari ?

4. che valore hanno per te le radiografie ? sono essenziali ? ma gli spessori mancanti  
sui denti come fai a ricostruirli e a quantificarli ?

5. ultimo punto...

- sono stata una seconda classe scheletrica

- non ho mai avuto problemi di lingua

- e nel tempo sono andata fuori asse e in morso profondo non tanto per la lingua che  
non si □ mai interposta tra i denti posteriori (a mia memoria) quanto per l'usura dei  
denti sempre piu' sbilanciati...

mi sono autoriabilitata come tanti altri, ho utilizzato i test muscolari, mi sono tirata  
diritta stabilmente di schiena, collo e spalle...ho assunto una andatura simmetrica mai  
avuta in vita mia prima ...ho acquisito forza muscolare e resistenza alla fatica che  
tuttora possiedo eguale a distanza di 20 anni dalla riabilitazione...e guarda caso la  
posizione del mio mento, controllata con test muscolari vari incluso il rilassamento  
profondo, la posizione del mio mento è esattamente quello di allora, una seconda  
classe...

le altezze e l'inclinazione del piano oclusale logicamente sono diverse oggi rispetto  
ad allora...la curva di Spee è quella che è sui due lati in quanto il tecnico ha fatto quel  
che ha voluto...mi sono dovuta accontentare, ma il morso è sempre una seconda  
classe perch□ muscolarmente questa è la mia posizione...e la muscolatura anche del  
corpo mi conferma che così deve essere...

in conclusione...se tu usi e conosci i test muscolari puoi fare tante considerazioni e  
con molta sicurezza...se tu non li conosci e ti appigli ai concetti che leggi sui libri,  
non puoi che sperare di aver capito il perch□ e il percome di certe situazioni...sperare  
soltanto pero'...ma non □ colpa tua...□ tutta la Gnatologia che ha preso un  
granchio...inventandosi teorie che alla prova dei nostri test purtroppo dimostrano la  
corda...

vedi, ti sei infilato in un forum ove tutti noi abbiamo sperimentato ampiamente le  
conoscenze di grossi Professionisti...e ci siamo poi impegnati in prima persona per  
trovare certe regole di occlusione e regole di controllo dello sbilanciamento fondato  
sui test muscolari nella tensione...

questi test che tu volendo puoi provare su te stesso, posizionano automaticamente la  
mandibola in bilanciata massima dimensione spaziale, evidenziando cos□ l'unico dente  
che normalmente non andrebbe mai toccato...evidenziando pero' l'entità della

malocclusione e i vuoti da colmare (in questo caso parliamo di denti naturali da spessorare con finte otturazioni o intarsi)...

nessun Dentista che io sappia sa spessorare dei denti inferiori per bilanciare una mandibola...non vede neppure lo sbilanciamento..continua a fare molaggi abbassando e facendo in ultimo collassare l'articolazione...

su questo sei d'accordo ?

vedi, noi siamo come dei cacciatori con il fucile imbracciato che fanno fuoco sulla preda appena questa mette il capo fuori dalla caverna ..

non lo facciamo per cattiveria...lo facciamo tentando di evitare che vengano danneggiati altri pazienti e per spiegare che il nostro sistema ha finalmente chiarito i passi da farsi per controllare e risolvere una malocclusione...  
con tutti gli altri sistemi si sopravvive soltanto, se va bene...

Allego intanto la foto di due crani secchi, uno dei quali evidentemente ha grossi problemi a tutti i livelli...come faresti per riposizionare la mandibola in bilanciamento muscolare ? proviamo insieme a predisporre un piano di trattamento, se hai tempo e voglia...

ciao.

-----

Non contesto quanto espresso dalla moderatrice. Mi

- > sento solo di affermare che qui si tratta come
- > spesso succede di stabilire se è nato prima l'uovo
- > o la gallina :-)
- > Paolo

diciamo che si nasce così... ma si sta bene , il corpo si adegua, compensa, trova un suo equilibrio

MA

chisse perchè ad un certo punto della vita succede un qualcosa che scombina tutto

Secondo te Paolo in che direzione occorre andare a cercare la causa ?

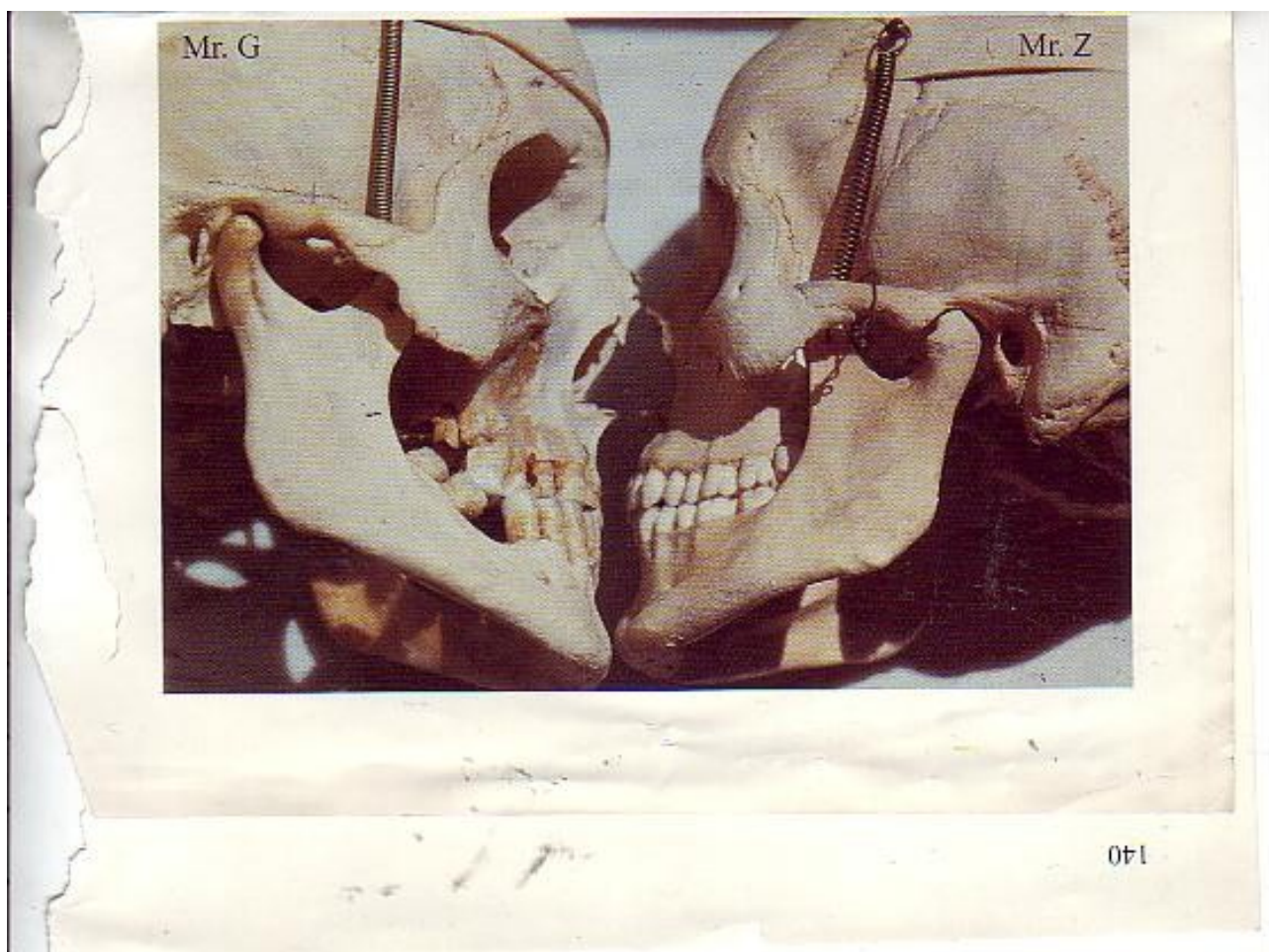
~~~

ciao :-))

Autore: fla (77.89.9.---)

Data: 07/04/10 23:28

Mi permetto di risponderti su di me...in realta' io piu' che spingere in avanti (anche!) la infilavo tra i premolari e tra i molari e avevo conservato solo uno o due contatti premolari per lato. Credo che la mia curva di Spee fosse in realt□ invertita e ora si sta ricreando, tanto che i settimi inferiori, cercando sempre di pi□ l'occlusione, adesso sono piu' "in alto" dei premolari..spero di essere stato chiaro. Comunque spingevo anche davanti con tendenza al ritorno di un lieve open bite che si □ chiuso benissimo e rapidamente



Autore: [paolo465](#) (84.223.125.---)

Data: 08/04/10 18:18

Dunque, due o tre cose.

I test muscolari li conosco, lavoro per medici che controllano i miei lavori con i test. E non limano un dente, nemmeno se precontatta. Utilizzano il bite e poi: o protesizzano, o fanno ortodonzia, o utilizzano medicinali omeopatici, chiropratica e quant'altro per ricondizionare la

muscolatura.

Ma non controllano solo i Bite..... controllano pure gli apparecchi per la rieducazione della lingua, come le protesi o gli anestetici che utilizzano.

Poi certo, ci sono professionisti che non distinguono una occlusione centrica da una abituale, non dobbiamo certo stare a raccontarcelo.

Il disagio dei pazienti lo conosco e lo capisco, la complessità dell'argomento pure.

In questo genere di patologie siamo di fronte a cause scatenanti di diversa origine ed è vero, se ne dicono di tutti i colori.

Per quanto riguarda le mie capacità diagnostiche un chiarimento:

io sono un tecnico, appassionato magari dell'argomento di cui vivo ma che deve innanzitutto costruire correttamente ciò che gli viene chiesto. E ti assicuro che non è poco e nemmeno banale in quest'italia di tuttologi che s'inventano di conoscere tutto di tutti gli argomenti.

Io non devo vedere uno sbilanciamento. Devo costruire correttamente il dispositivo sul morso di costruzione che mi danno. E sappiamo benissimo entrambi che è il molaggio alla poltrona a funzionalizzarlo... io lo faccio solo il più vicino possibile a quanto richiesto.

Per quanto riguarda la tua II classe.... rileggimi. Io parlo di funzione di II, non di patologia. Non è un problema, è una dinamica, non a tutti scaturisce problemi o quant'altro.

Per quanto riguarda i crani secchi spero tu stia scherzando. Se vuoi giocare giochiamo ma chiedere una valutazione (a me poi) sulla base di una (brutta) foto di profilo di un cranio non è cosa. Per chi mi hai preso, per il mago Otelma?

:-)

Paolo

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 08/04/10 20:45

Paolo, cosa intendi per occlusione abituale...quale la differenza con l'occlusione centrica...giusto per capirci su alcuni concetti fondamentali...

Paolo, riguardo al cranio secco non vedo la difficoltà...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 08/04/10 20:48

Paolo, riguardo al cranio secco della foto non vedo la difficoltà nel programmare una riabilitazione...

se vuoi inizio io osservandone i difetti, poi però tu devi proseguire con qualche argomentazione tecnica...

1. Stiamo parlando del cranio sinistro della fotografia allegata..

2. La mesializzazione del molare inferiore (sesto) indica un effetto leva durato anni e anni, aggravato dalla mancanza del dente vicino, e causato da posteriori troppo bassi rispetto alle esigenze delle due arcate ovvero rispetto alla distanza muscolare ottimale che dovrebbe esistere tra di loro

(verificabile ad esempio con la prova della Sbarra che determina le altezze posteriori rispetto al primo premolare).

3. Presenza quindi di dimensione verticale insufficiente posteriore che ha causato abrasione dei denti di primo contatto (gruppo frontale da canino a canino)..

4. Guida canina e guida incisiva e superficie di contatto dei denti posteriori usurati a causa del bruxismo...mancanza di guide assoluta...niente stop di retrusione, niente fosse, niente guide canina e incisiva significa bruxismo e parafunzione varie e instabilità di tutti i tipi...

5. Carie, placca e retrazione gengivale da premolare a premolare..

6. Carie profonda su settimo superiore che probabilmente ha creato infezione apicale e possibile granuloma...

7. Capsula piatta mancante di cuspidi di stampo sul sesto superiore..

8. Condili che premono in cavità per insufficiente spessore dentario posteriore con probabili dolori trigeminali, occhi infiammati, orecchie tappate, rinorrea, problemi alla gola, alle mani, al basso ventre, e alle gambe e piedi...

9. Tendenza a scivolare in avanti con il mento come tutti gli anziani malocclusi, quando manca un rapporto cuspidato-fossa sui denti esistenti posteriori...

10. Appeso alla sbarra il soggetto avrebbe dovuto faticare a contattare sui denti posteriori se non incassando il collo tra le spalle...

11. Lato dentario "alto" presunto: il suo lato sinistro, in quanto la mesializzazione normalmente avviene solo sul lato dentario "basso"...

Paolo, coraggio, adesso tocca a te...

cosa faresti dovendogli ricostruire i denti o protesizzare il tutto...quale il tipo di morso ?

prima classe o seconda classe ? gli estrarresti tutti i denti per poter costruire una dentiera o faresti qualche impianto o delle corone, scheletrati o ponti...e quale la dimensione verticale dei posteriori ?

sentiamo...

11.

Autore: [paolo465](#) (84.223.125.---)

Data: 08/04/10 21:57

In situazione di riposo, magari dopo aver (parzialmente) smemorizzato l'occlusione del paziente con due rotoli di cotone tra le arcate, o con l'uso della tens, guidare i denti al primo contatto (occlusione centrica, con i condili centrati nella fossa glenoidea).

Proseguire fino alla massima intercuspità, deglutendo (occlusione abituale).

Per uno stato di benessere ci deve essere meno differenza possibile, l'abituale deve ottenersi senza scivolamenti o spostamenti della mediana rispetto alla centrica.

Ok?

Per giocare:

il cranio da te mostrato non ha il 6° inclinato ma molto probabilmente il 7°.

Il primo molare mi sembra sia stato perso e questa situazione si verifica nelle forme più accentuate proprio con la perdita del dente pilastro, il 6° appunto.

Il 7° si mesializza e la sua cuspidato distale entra in contatto di malocclusione con la distale del 6° superiore.

Il paziente in questione però mi sembra anche in morso crociato a dx, con a questo punto probabile deviazione importante della linea mediana.

Scivolamento in avanti e a dx quindi del condilo di sx.

Rapporti di lateralità quindi inesistenti, il canino probabilmente in inversione (dx).

Tendenza di III classe, forse funzionale a questo punto, con gli incisivi retro inclinati per

compensazione.

Quindi palato stretto, quindi forse deglutizione anomala, lingua bassa, difficoltà respiratoria non escludibile. Probabili occhiaie, disturbi del sonno.

Diminuzione della dimensione verticale a dx, ripercussioni in colonna a carico della sincondrosi sfeno occipitale.

Ma io il cranio non l'ho visto, se non in questa brutta foto :-)

Che fare??

Innanzitutto ritrovare la centrica, rimettere i condili a posto.

Come? Un bite, un ortotico, dei rialzi sulla sua protesi se presente.

Probabilmente rialzare posteriormente e a dx maggiormente ma questo non a caso, lavorando su dei morsi di costruzione dopo deprogrammazione (spero si dica così :-)) dell'occlusione.

Chiudere gli spazi dove sono mancati degli elementi e dove si inserisce la lingua.

Facendo bene attenzione alle dimensioni di ciò che gli si mette in bocca, la lingua reagisce alle dimensioni sia in eccesso che in difetto.

Controllo di postura linguale ovviamente.

Quando hai trovato la posizione in cui il paziente riferisce stato di benessere fai un pò quello che ti pare :-)

Contenta?

Come morso terrei il suo, naturalmente :-)

P.S. mantenere un profilo adeguatamente basso nei forum è indice di reciproco rispetto e l'acidità mal si sposa con la richiesta di approfondimenti.

Non sono contrario all'ironia, anzi, mi affascina, presuppone intelligenza... ma d'altro canto so riconoscere quando questa vira verso il bruciore di stomaco :-)

fase seconda....Paolo, riguardo al cranio secco non vedo la difficoltà...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 08/04/10 22:28

Indico soltanto i punti che mi appaiono confusi o in contraddizione

1. ...da riposo guidare i denti al primo contatto (occlusione centrica) OK

2. ...occlusione centrica on i condili centrati (?) nella fossa glenoidea..

cosa intendi per centrati visto che i condili in o.c. sono sempre anteriorizzati nelle bocche ben occluse (vedi crani secchi di gente morta giovane con denti integri a Genova nel Museo di Anatomia Umana vicino alla stazione di Brignole)

3. come fai a stabilire la centratura dei condili che sono di forma ovale in una fossa ovale anch'essa e non visibile interamente...centrati dunque rispetto a che cosa ?

4. da occlusione centrica suggerisci di proseguire fino alla massima intercuspidação deglutendo...ma l'occlusione centrica e la massima intercuspidação allora non sono la stessa cosa ? qual'è la differenza ?

5. gli spostamenti della mediana rispetto alla centrica cosa significa ? significa forse che entrando in fossa il rapporto tra gli incisivi inferiori e superiori non dovrebbero deviare...ma se per caso sono stati estratti dei denti, è possibile che le mediane non coincidano piu'...effettivamente sono casi rari questi...

Per giocare:

il settimo inferiore mesializzato ha una cuspidè distale in contatto con la distale del sesto

superiore...ma cuspidi contro cuspidi come fanno ad entrare in contatto...la foto forse non è chiara, ma il rapporto non può essere di cuspidi contro cuspidi...noi intendiamo parlare sempre di cuspidi superiori contro fossa inferiore...non contro cuspidi inferiori...le cuspidi vestibolari e linguali dei denti inferiori non servono all'occlusione ma alla masticazione...se non sbaglio...però correggimi .. è vero che il morso incrociato esiste a destra, il che allora presuppone una cuspidi vestibolare superiore in contatto di fossa con il dente antagonista inferiore...e qui hai piena ragione riguardo al morso incrociato...la linea mediana non è influenzata però necessariamente dal morso incrociato ...

E i denti abrasivi come mai lo sono così tanto ? quelli superiori (anteriori) si sono praticamente dimezzati...come mai secondo te ?

La lingua reagisce alle dimensioni verticali in eccesso in quale modo ?

Il controllo della postura linguale come intendi possa essere fatto ?

la dimensione verticale tout court come la controlli ? con quale metodo ?

e su quali denti inizieresti la riabilitazione ? quali denti terrestri come riferimenti sicuri se non altro per evitare al paziente perdita diffusa di osso poroso...?

il benessere a breve termine o a medio termine che garanzie ti dà ?

e di bilanciamento (schiena, spalle, gambe) ovvero di postura perché non parlare ?

Autore: [paolo465](#) (84.223.125.---)

Data: 09/04/10 08:02

- 1) ok
 - 2) piccola considerazione: lo studio delle strutture anatomiche sui crani dimentica componenti importanti che non sono più visibili. In questo caso i dischi articolari. Per patologie varie i dischi possono essere fuori sede, si sono spostati ed allora sorgono le patologie dolorose (stringatissimo)
 - 3) un condilo centrato è quello in posizione più fisiologica, con i dischi normalmente posizionati che svolgono il lavoro di cuscinetto.
 - 4) No, l'occlusione centrica e la massima intercuspidazione non sono la stessa cosa.
- 2) **Un esempio:** con una perdita di dimensione verticale dal lato più basso non hai il condilo centrato ma spostato in alto, con il disco che tende a spostarsi, chi dice anteriormente, chi dice ovunque. immaginiamo che tu rialzi da questo lato fino a riportarlo in posizione corretta mantenendo il contatto dentale dall'altro lato. Ok? Centrica. Se la vedi al contrario cioè in chiusura, al primo contatto ti fermi, prima che lo spostamento della mandibola vada a cercare l'occlusione (abituale). Più chiaro?
 - 5) immagina di chiudere una bocca, arrivare al primo contatto ed averlo non congruo (dente in inversione, otturazione troppo alta, protesi con cuspidi in precontatto ecc.). La mandibola che fa? si sposta, sfugge il primo contatto e cerca una possibilità di occlusione su ambo i lati, che permetta di masticare, di deglutire. Se si sposta, la linea mediana cambia. L'osservazione di modelli permette alcune volte, con l'osservazione delle usure dentali, di stabilire i precontatti, di immaginare i movimenti. Questo però non ti dà assolutamente le dimensioni. Ok?

Da qui la considerazione: la linea mediana è assolutamente influenzata dal morso crociato... e da cos'altro sennò?

Quando ti dico l'importanza della lingua è proprio questo il punto (uno dei).

Lingua bassa equivale a non sviluppo del mascellare superiore. Mascellare più piccolo, corretto contatto dentale cuspidi fossa impossibile in centrica. In abituale scivolamento con contatto cuspidi fossa corretto da un lato e inverso dall'altro. Linee mediane deviate,

ovviamente.

Ma non sempre è così, sarebbe troppo bello e troppo facile, se un disco ormai è fuori sede il discorso cambia....

Uff. non sono uno gnatologo :-))

Faccio fatica a spiegarmi.....

I denti si abradono perchè il tuo cervello cerca di togliere il precontatto che ti è dannoso.

Alla lunga ne risentono :dente/parodonto/articolazione. Il più debole cede prima.

Più sei stressato più lavori occlusalmente. Se sei un pacioccone vivi a bocca semichiusa ed il problema si sviluppa più avanti o non si sviluppa.

Semplice no? :-)

Questo per le prime domande :-)

Paolo

con la poca comprensione che ho per chi è del mestiere...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 09/04/10 13:21

Paolo, pur con la poca comprensione che ho per chi è del mestiere e non ha la forza di autosperimentare almeno sul bite nonostante possieda intelligenza e amore per il proprio lavoro, ricomincio a parlare dei concetti fondamentali ...mi raccomando prenda questi commenti come uno scambio amichevole di informazioni ...

Premesso che le nostre deduzioni provengono sempre da esperienza personale, osservazione, riflessione...i risultati positivi ottenuti ci danno la sicurezza di parlare dando verità e non ipotesi...

e che duemila anni di Odontoiatria non sono riusciti a determinare le regole di occlusione e di bilanciamento, applicando le quali la schiena si raddrizza stabilmente, la bocca mastica sui due lati, la muscolatura ritorna in simmetria e la forza fisica e psichica riappaiono dopo anni di crisi fisica ed esistenziale...

Premesso tutto questo passo a chiarire alcuni passaggi...

A. I dischi articolari, cosiddetti menischi condilari, si spostano nella funzione della mandibola insieme ai condili, ma sono strettamente collegati ad essi e mantenuti al loro posto dai legamenti... nella malocclusione da morso profondo si forano, si alterano contro il tetto della cavità che a sua volta si appiattisce e consuma, e possono bloccare il condilo contro la eminenzia articolare nella protrusione...ma alla fine rimangono là dove il Creatore e i legamenti li obbligano a stare...il dolore riferito dal paziente non è dato dal menisco, ma dalla infiammazione in cavità, dalla compressione dei nervi tipo la branca mandibolare del trigemino che transita in cavità provenendo dalla fossa ovale del cranio...i dolori non provengono certo da una cartilagine (menisco) ove non esistono terminazioni nervose di rilievo...

B. un condilo "centrato" è un condilo anteriorizzato se la dentatura è giovane e ben occlusa...la posizione fisiologica è dunque tutta da valutare in base ai denti...e nessuno la può immaginare se non in contemporanea con i test muscolari...se questi indicano sbilanciamento qualsiasi posizione del condilo non è dunque fisiologica e/o affidabile...oltretutto come Lei sa il condilo si adegua alla cavità dalla prima infanzia in poi e quindi tra di loro i tessuti e i rapporti reciproci possono apparire

normali pur essendovi malposizione di condili e mandibola...

la centratura dei condili è un argomento che dovrebbe essere assolutamente eliminato perché è estremamente fuorviante dare parametri che nella realtà sono discutibilissimi...

C. "i dischi normalmente posizionati" sono altrettanto discutibili, in quanto fossa, condilo e dischi subiscono i contraccolpi dello sbilanciamento e la normalità può nascondere sbilanciamenti anche di un centimetro...anche qui valgono i test di controllo...

D. L'occlusione centrica non è certo la posizione di riposo...ma se non è la posizione di riposo retrusa, l'occlusione centrica è sempre la massima intercuspidação...non vedo quale altra posizione posizione oclusale possa esistere, a parte la protrusione e lo spostamento in guida canina...

la fossa di occlusione centrica è fossa...lo stop di retrusione è sempre il versante inclinato sul davanti della fossa...la guida incisiva e la guida canina sono le altre due guide che sostengono il peso della mandibola quando questa si libera dai contatti posteriori...Immagino che Lei intendesse parlare di centrica lunga, che è il contatto di comodo di chi ignora l'utilità dello stop di retrusione...

E. Sul precontatto invece siamo d'accordo...

F. Se il menisco è usurato o bucato questo intralcia la movimentazione con conseguente deviazione...e anche qui siamo d'accordo...ma fuori sede un menisco lo è solo in presenza di locking oppure nel movimento di apertura-chiusura a baionetta...

G. I denti si abradono non perché il cervello cerca di togliere il precontatto...il cervello lasciamolo stare, visto che parliamo di ostacoli sui denti, e di muscolatura sensibile che si ribella ...

è vero che il più debole cede per primo (dente, parodonto, articolazione..)

esistono dei limiti di sopportazione, e dei casi anomali, delle compensazioni, delle qualità obiettive dell'osso che non si usura persino in presenza di carichi anomali, mentre in altre bocche l'osso si scioglie come neve durante la masticazione sbilanciata e nel parlare e nel serrare per deglutire... e su questo siamo d'accordo..

H. L'ultimo punto sul quale noi pazienti non possiamo essere d'accordo è lo stress...se inteso come causa di malocclusione... lo stress è un prodotto della malocclusione, non una causa...o meglio la muscolatura del viso, resa inquieta da una situazione dentaria problematica e-o dallo sbilanciamento di mandibola, è in cerca perenne di sostegni dentari che la normalizzano...non trovandoli li va a cercare senza sosta, spinta a ciò da un'ansia inconscia (organica - ormonale) ...

che contribuisce a peggiorare la malocclusione usurando in tanti casi le guide che dovrebbero stabilizzare l'attività muscolare ...i danni sui denti (abrasione) si accumulano e possono produrre il bruxismo se le guide non sono riconosciute sufficienti dalle esigenze muscolari... quindi più si è stressati e maggiori sono le deficienze di contatto...se sei poco stressato significa che non hai ancora superato la soglia limite e-o che lo sbilanciamento è lieve...

Si faccia coraggio e cerchi di avere la pazienza di leggere tutto questo discorso...ma non lo prenda con le molle...

Autore: [paolo465](#) (84.223.125.---)

Data: 10/04/10 12:56

Ho abbandonato da anni certe definizioni in statica delle strutture anatomiche dell'ATM. Ho avuto da sempre l'impressione che non ci fosse uniformità di definizioni. Ho avuto conferma di questo da

un professionista francese parecchi anni fa il quale non si preoccupava, come altri suoi colleghi, di determinare se il menisco si fosse anteriorizzato, interiorizzato, bucato o quant'altro. Non andava quindi a far manovre di "ricattura" con placche in protrusiva o a studiarne altre particolari, si limitava a rialzare posteriormente ridando dimensione verticale, distraeva i condili rialzando piano posteriormente.

Sicuramente quindi per mia colpa, per essermi espresso male, per aver utilizzato termini che altri usano in maniera diversa ma quando intendo posizione fisiologica dei condili e del menisco non mi riferisco ad una posizione definita, più anteriorizzata o centrata geometricamente quanto a quella posizione in cui il paziente sta bene e risponde positivamente a test muscolari. Diciamo posizione funzionalmente ottimale. Mi sembra la strada più semplice da seguire. D'altronde la ricerca è di un benessere, non di una posizione più retrusa o protrusa e tentare di ricreare su articolatori, di qualunque tipo, la fisiologia di un corpo umano che è differente da caso a caso è un esercizio di stile che non mi interessa.

Un buon bite può essere costruito su un qualsiasi articolatore, ciò che conta è la diagnostica, la determinazione della posizione bilanciata della mandibola. E questo è compito di chi mi fornisce i morsi di costruzione. Qualcuno è capace, altri no. Qualcuno ha la pazienza di funzionalizzare per mesi altri non lo sanno fare. Perché ripeto pretendere che un bite uscito dal laboratorio sia un prodotto finito ed in grado di ristabilire una funzione, un equilibrio, è un miraggio.

Ma io non sono ammesso ad indagare sul paziente, diventerei fuorilegge, sono abbastanza chiaro?

Se trovo il modo di mettere qualche immagine porrò qualche domanda pure io e forse sarò più chiaro.

Una cosa sia chiara: io non banalizzo o trovo discutibile il sistema Appim.

Io sono entrato qui dentro ad intervenire riguardo una osservazione sulla necessità o meno di rieducare le funzioni linguali e su questo continuo ad essere in disaccordo. Su questo l'esperienza mi conforta che l'occlusione ne è influenzata ed ho clienti, uno in particolare (il mio dentista :-)) che valuta con i test muscolari pure queste patologie, con successo.

A presto.

Paolo

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 10/04/10 13:29

Apprezziamo il suo buon senso...ma non ha risposto a domande precise che Le abbiamo fatto..e le lacune di chi opera nell'ambiente riabilitativo si ripercuotono comunque sul paziente, creandogli problemi in progressione per tutta la vita...

essere persone perbene in un ambiente come il vostro non basta...

i pazienti non hanno bisogno di persone perbene, ma di persone capaci e non solo di dare benessere (transitorio) visto che la schiena e tutti i collegamenti del corpo richiedono molto di piu'...

la popolazione che si affida ai Dentisti Gnatologi o agli Ortodontisti o ai Protesisti è condannata diciamo noi, e non trova soluzione ai suoi problemi affermava già nel 1985 il Prof. Giorgio Vogel che tra tutti era forse l'unico a criticare duramente i Colleghi...

Autore: [paolo465](#) (84.223.125.---)

Data: 10/04/10 13:51

Domande ne ha fatte tante, a quali si riferisce in special modo?

Le ho già detto che su alcune non so rispondere, esulano dal mio ruolo e soprattutto dalla possibilità di una mia verifica e controllo.

Ho verifiche fatte su di me, che mi hanno portato a conclusioni strettamente personali di riequilibrio e che non possono essere prese ad esempio per formulare una terapia generalizzata (ho rimosso le amalgame che mi portavano ad uno scivolamento della mandibola per raggiungere la massima intercuspiazione e non ho messo quindi nessun bite).

Su altre siamo in disaccordo ma ho l'impressione che lo rimarremo.

Non passo per reticente a cuor leggero e il mio essere per bene o meno non ha nulla a che fare con l'argomento in discussione.

Io rimango sempre dell'idea che la fase principe, fondamentale della terapia, sia la diagnosi e che i mezzi per arrivare ad un ripristino delle funzioni possa avere delle variabili (protesiche, ortodontiche, bite-terapie) Che sia autodiagnosi o compiuta da un professionista poco mi importa.

Paolo

Ricominciamo il discorso con Paolo ...qui..

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 10/04/10 22:17

Paolo, per essere noi ex-pazienti o pazienti malocclusi gravi che stavano per rimetterci la pelle a causa della preparazione confusa e delle contraddizioni dei Medici, devo dire che i nostri toni sono molto pacati...

ciononostante non possiamo accontentarci in queste risposte approssimative...sappiamo della buona volontà di tanti Operatori, ma sappiamo pero' che a distanza di tanti anni il vostro ambiente presenta delle lacune inaccettabili delle quali sono i pazienti sempre e soltanto a soffrirne poi per tutta la vita...

visto che tu non hai accesso diretto al paziente evito di chiederti con quali metodi riesci a valutare uno sbilanciamento di mandibola...è vero che la diagnosi è il passo fondamentale...pero' questo non ti compete...compete al Medico...

a te pero' compete la preparazione delle protesi che rappresentano la terapia...è vero che il molaggio eseguito dal Dentista dovrebbe in teoria perfezionare il manufatto, pero' abbiamo quattro domande soltanto da porti:

1. quando costruisci una overdenture inferiore o un ponte o uno scheletrato in zona molare, che tipo di rapporti hanno i denti antagonisti tra di loro ? quali sono i punti contrapposti di sostegno superiori e inferiori che potremmo segnare con la punta di un pennarello nero ?

2. quando costruisci invece superiormente una protesi estesa dai la stessa conformazione sia alle cuspidi palatine che alle vestibolari ?
e la fossa che separa le palatine dalle vestibolari che ruolo gioca ?

3. Accetti l'idea della squadratura o imposti una Curva di Von Spee ?

4. Come fai a determinare l'inclinazione del piano oclusale e a determinare l'altezza dei molari rispetto al premolare ?

Vabene, ricominciamo

Autore: [paolo465](#) (109.114.26.---)

Data: 11/04/10 11:27

Ed allora rileggiamoci il mio primo messaggio.

Ho ben specificato di essere un tecnico ortodontico.

Di questo mi occupo da sempre, la ricostruzione protesica non è il mio mestiere.

Sono intervenuto ad una sua precisa affermazione categorica :

"Se un Medico pretende di risolvere una malocclusione o un problema di parafunzioni o abitudini viziate della lingua suggerendo una ginnastica significa che ignora l'influenza dello sbilanciamento mandibolare sulla lingua...
la lingua risponde all'impostazione mandibolare visto che □ un muscolo ad essa collegata..."

Questo ho trovato approssimativo e non corretto.

Ed a questo non ho avuto risposta.

Grazie.

Paolo, non vedo la domanda...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 11/04/10 15:32

La mia affermazione non è approssimativa...è molto chiara.

Corretta lo è dal mio punto di vista: dalla mia esperienza...

è vero che la lingua risponde all'impostazione muscolare della mandibola in quanto muscolo ad essa collegata...Cosa c'è di sbagliato ? che poi non tutti i malocclusi abbiano gli stessi problemi o parafunzioni lo sappiamo..ma appesi alla sbarra contattano tutti su un solo dente...

la ginnastica linguale non risolve una malocclusione...non bilancia certo una dentatura...se la malocclusione esisteva, esiste anche dopo, magari diversa...ma sempre malocclusione è...e i test muscolari sono lì pronti a dimostrarlo in due minuti..

che poi un beneoccluso abbia un dente scheggiato e la lingua continui ad insistere in quel punto, è un altro problema ancora...

Lingua

Autore: [paolo465](#) (109.112.74.---)

Data: 11/04/10 15:44

La lingua, immaginiamone la conformazione e la posizione corretta, concorre a mantenere la dimensione verticale. La base spinge sulla mandibola, la sua parte superiore e la punta in posizione corretta si appoggiano ed esercitano una forza sul palato.

Non funge solo una funzione di spia, concorre al corretto funzionamento di tutto l'apparato, che non è formato dalla mandibola.

Voglio dire che se ripristini le dimensioni verticali sulla mandibola non è detto che tutto funzioni sempre fisiologicamente.

la lingua in effetti, essendo estremamente sensibile alla chiusura dei denti, agli spazi vuoti e ai difetti di vario tipo incluso i precontatti o la mancanza di contatto di un solo dente e persino all'inclinazione (curva di Wilson) dei denti in direzione linguale.. essendo così sensibile rappresenta una spia di controllo importante...ma la ginnastica che risolve i problemi, a questo purtroppo non ho

creduto mai anche quando ero assolutamente all'oscuro di tutto...

per quanto riguarda la costruzione delle protesi e i rapporti dentari hai ragione...non è compito tuo...

la lingua sta tranquilla al suo posto nel riabilitato...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 11/04/10 15:57

La lingua non deve spingere né sul palato né altrove...

nel bilanciato la lingua sta tranquilla, tanto tranquilla che le arcate dentarie posizionate in simmetria dalla muscolatura che le sostengono, restano leggermente staccate tra di loro (pochi millimetri) e in quella posizione di leggero riposo retruso subentra il rilassamento muscolare del viso...e scompaiono "les grimaces" di espressione tipiche dei malocclusi...

Come NON costruire un bite..

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 10/04/10 08:37

Il bite non deve essere troppo spesso perché si perde sensibilità ai contatti e precontatti...Non deve essere piatto perché provocherebbe slittamenti continui...Non deve essere piu' corto dell'ultimo molare in quanto deve contattare con l'ultima cuspidè palatina dell'ultimo molare su ambo i lati...

Quali le caratteristiche del bite ideale ?

Deve essere innanzitutto inferiore, rigido, con fosse appena accennate sotto le palatine.

Non deve contattare con le vestibolari superiori, va scaricato sotto di esse

Lo spessore massimo deve essere 1,5 mm a meno che vi sia un morso profondo da rialzare di un altro millimetro o due

Deve ricopiare l'occlusione sbilanciata fin dall'inizio...meglio ricopiarla che reinventarla...In zona anteriore deve presentare un margine sottile che rappresenti la guida incisiva, considerando che i rialzi posteriori potrebbero causare un morso aperto...

Perché un bite piuttosto sottile che ricopri l'occlusione sbilanciata ?

Perché gli spessoramenti bilanciati ne rialzeranno lo spessore, ma non andranno fatti su tutto il bite contemporaneamente, bensì dente per dente in base alle sensazioni di pieno e di vuoto in corso di test muscolare..

Bisogna infatti spessorare punto per punto per portare in simmetria lato destro con lato sinistro, quarto con quarto, quinto con quinto, ecc.

utilizzando la prova del Bacio inizialmente e poi procedendo con gli altri test incrociati...

Meglio concentrarsi sulle fosse dapprima, che siano larghe in modo che non intralcino i movimenti della mandibola a denti ravvicinati...

ma che siano in posizione tale da non deviare il mento né retrocederlo o protruderlo...

il calco con il bite in mezzo serve anche a questo, a verificare che i rapporti anteriori dei denti non abbiano subito modifiche ...

e ancora, il trapanino da utilizzare per fresare la superficie del bite deve essere leggero come un pennarello visto che i ritocchi dovranno essere minuscoli di volta in volta, come d'altronde l'aggiunta di resine...

una capocchia di spillo nelle fosse basse dopo aver eseguito il test ed essersi assicurati con la cartina blu che effettivamente quella fossa è debole..e in caso di precontatto da limare vale sempre il test del pollice spinto contro la cuspide palatina che denota il dente dolorante...

Autore: [emanuela](#) (79.16.98.---)

Data: 11/04/10 21:45

ciao Adriana..

ho notato che quando impronto il bite, sui premolari c'è sempre molta più resina, quindi le fosse risultano molto più alte..

puo' significare che lo spessore maggiore che mi manca è solo sui molari?

tra premolare e molare c'è proprio una specie di salita..quella che, per intenderci, Formia chiamava "impennata sui premolari"..

quello che mi par strano è che in un anno e mezzo che porto il bite questa impennata mi esce solo ora..prima non c'era..è un buon segno? o no?

puo' significare che ho recuperato un po' di spessore sui premolari ?

Autore: [emanuela](#) (79.16.98.---)

Data: 11/04/10 21:57

..ah dimenticavo..sto provando e riprovando le manovre..e sento dei buoni stop sui premolari (più a destra che a sinistra..)

e come mai non li senti anche sui molari ?

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 11/04/10 22:02

Gli stop di retrusione debbono essere contemporanei su premolari e molari..non solo sui molari... se esistono sui molari ma non li senti, abbassa quelli dei premolari che vanno in precontatto quando aspiri...

Autore: [emanuela](#) (79.16.98.---)

Data: 11/04/10 22:14

quindi mi conviene limare i premolari e rifare le fosse..o alzare i molari...

io gli stop li sento solo sui premolari..

meglio alzare i molari allora..

un'altra cosa..con questa nuova modifica e quest'altezza pero' la cartina blu non mi viene trattenuta dagli incisivi..mi sa che devo limare tutto e rifare :-(

puoi spessorare il margine anteriore del bite...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 11/04/10 22:47

devi assolutamente sfiorare gli incisivi con il bite..quindi o spessori il margine del bite o scendi sui premolari...

valuta tu...spessorando pero' le fosse dei molari, ammesso che tu non li senta quando sei appesa alla sbarra, non dovresti aprire il morso...il morso dovrebbe rimanere sempre lo stesso...

La salita è forse uno stop di retrusione ?

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 11/04/10 21:59

Se la noti solo adesso significa tre cose...

1. si è sfondato il contatto di fossa adiacente oppure
2. hai aggiunto resina dimenticandoti di eliminarla dopo aver stretto a Bacio..
evidentemente non ti dà fastidio pero'...oppure
3. è un versante di guida canina...

mettiti davanti allo specchio, sposta la mandibola in tutte le direzioni e cerca di capire...altrimenti, per ultimo, dopo esserti assicurata che quel versante non è uno stop di retrusione (Coca Cola) né un versante di guida canina, limalo leggermente con la fresa conica...le sensazioni di contatto non dovrebbero cambiare...

pero' se non ti dà fastidio lascialo così com'è e vai a vedere sull'altro lato come è la situazione del premolare...fai comunque la prova della sbarra per valutare i molari...li senti oppure no ? e controlla a tavolino con le cartine blu...slittano da sotto i molari ? questi molari contattano davvero sul bite ?

Autore: [emanuela](#) (79.16.98.---)

Data: 11/04/10 22:10

adesso i molari contattano e le cartine non slittano perchè ho aggiunto resina dietro il bite in quanto era più corto dell'ultimo molare superiore..e quindi le cuspidi dell'ultimo molare non contattavano

domani ne parlo con il dentista..voglio sentire anche un suo parere sul fatto del bite più corto...in effetti aggiungendo resina e contattando ora con la cuspidi dell'ultimo molare, mi sento più sostenuta..

non credo che la salita dei premolari sia uno stop...non mi dà fastidio..è proprio che c'è più resina..lo spessore del bite viene più alto sui premolari che sui molari..e questo da entrambe le parti..

per la guida canina..sono un po' in altomare...il canino scivola sul bite senza intoppi..lo sfiora..va bene così?

se spostandoti di lato il canino disclude contro il bite...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 11/04/10 22:50

se succede questo sei a posto in quanto a guida canina...

lo spessore in eccesso del premolare lascialo perché probabilmente confina e-o fa corpo unico con

la guida canina...se lo alleggerisci con la fresa potresti renderre piu' fragile la guida canina...usa la cartina blu per assicurarti che non vi sia un eccesso di contatto mentre aspiri...

mi è comunque difficile darti un parere senza vedere...

Analisi dei modelli

Autore: [paolo465](#) (84.222.84.---)

Data: 18/04/10 10:19

Mi ci sono voluti diversi incontri ed un pò di studio (e non ho assolutamente tutto chiaro)..... mi crede troppo bravo per farlo così, in poche righe.....

Posso dire che si analizzano le arcate dentarie in rapporto cuspide fossa dei primi molari ottimale :-)

A partire da questo assunto (che mi pone molte domande) si tagliano i modelli ed il risultato è che si evidenzia la diversità delle curve nelle emiarcate ed il rapporto tra macellare e mandibola come rispondenza dei rapporti della sincondrosi sfeno-occipitale.

Detto proprio in due righe.

[www.paolosardi-squadraturafunzionale.it]

Provi a guardare questo documento, Guardi i modelli e le linee della paziente :-))

Il modello nella foto 5 è in occlusione abituale, con la massima intercuspide.

Nella foto 6 con i rapporti secondo il taglio Sardi.

Dalle linee della paziente cosa evidenzia, dove spessora con la resina il suo bite?

Paolo

<http://forum.appim.it/read.php?3,16022,16093#msg-16093>

Autore: [paolo465](#) (84.222.84.---)

Data: 17/04/10 16:21

E chi parla delle due emiarcate?

Io parlo della corrispondenza tra superiore ed inferiore, rileggere please.

Certo che li guardo i miei calchi, per chi mi prende, per un primo pelo?

Faccio pure la squadratura Sardi se è per questo nella quale si vedono benissimo le differenze tra le emiarcate. Ed i suoi corsi mi sono stati molto utili per imparare ad osservare i modelli, capire le dinamiche del distretto che prima limitavo alle due sole arcate. Ho le mie convinzioni riguardo alla sua terapia (dubbi miei, magari sono io a non capire) ma sull'analisi dei modelli è molto bravo.

Se per caso non riesce a capire qualcosa chiedi, non passi subito alla convinzione che il suo interlocutore sia un incapace.

Lei dice di non offenderci a vicenda ma questo suo modo di fare lo è, offensivo.

Grazie.

Paolo

Re: Paolo...nell'analisi dei modelli è molto bravo...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 17/04/10 22:58

La squadratura dei modelli secondo Sardi noi la contestiamo...
un piano occlusale parallelo al piano del tavolo non è fisiologico...

e se nell'analisi dei modelli a te sembra molto bravo, spiegalcelo in poche parole...cerchiamo di capirci ...

non capisco, tagliate i modelli per valutare le curve di Von Spee...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 18/04/10 20:46

Paolo, quando tagliate i modelli per valutare le curve di Von Spee che sicuramente sono diverse tra di loro, qual'è il passo successivo ? e cosa significa il fatto che le curve possano essere diverse l'una dall'altra...

Autore: [paolo465](#) (84.222.84.---)

Data: 14/04/10 14:15

Così, giusto per capirci meglio, ho messo dei riferimenti sulle mediane e sulla vestibolare dei due molari...

Simmetriche?

Paolo

.

<http://forum.appim.it/read.php?3,16107>

La squadratura dei modelli secondo S.

Commento su SFS

http://www.paolosardi-squadraturafunzionale.it/Squadratura_Funzionale_Sardi/Home_files/Spot%20Paradigma.pdf

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 18/04/10 10:34

La foto n. 8 dimostra la paziente con uno sbilanciamento evidente...

ora, ammettiamo che venga riabilitata secondo il metodo S. quali sarebbero i passi iniziali, visto che in bocca sono tutti denti naturali...

il discorso della squadratura in questo caso cade...

ma la paziente come la trattereste ? quale il tipo di sbilanciamento ha secondo voi ? vediamo almeno di intenderci su casi semplici come questo...

Autore: [paolo465](#) (84.222.84.---)

Data: 18/04/10 10:38

Semplificando, un bite più rialzato a sx.

Paolo

bite inferiore o bite superiore ?

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 18/04/10 20:05

Paolo, che tipo di bite ? superiore o inferiore e spesso quanto ? e rialzato di quanto ? come decidere di quanto spessorare ?

e continuando a spessorare a sinistra (lato basso) alla fine sui denti inferiori non si rischia una modifica di contatto di icp tra i denti antagonisti di destra? e in questo caso come intervenire per normalizzare l'intercuspidazione ?

la cera presa alla cliente è sottoposta in bocca a forze muscolari che falsano gli spessori effettivamente necessari allo sbilanciamento...

Autore: [paolo465](#) (84.222.84.---)

Data: 18/04/10 10:45

Però spetterebbe al Sardi stesso.

Non conosco tutta la sua teoria.

A dire il vero credo che la conosca approfonditamente solo lui :-)) e non vorrei interpretarla non correttamente.

Quindi questo è quel che farei io.... non in base alla squadratura sardi ma su di una cera presa alla paziente come in fig. 7. Che però a ben vedere si assomigliano :-)

Saluti.

Paolo

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 18/04/10 20:23

Se conosci per sommi capi la teoria, significa che non ti è chiara..se non ti è chiara perché la condividi ?

la mia idea personale è che Sardi si sia convinto della bontà della squadratura in quanto principio teorico che potrebbe semplificare il lavoro...ma se non sbaglio Sardi non conosce i controlli muscolari...non li applica...non conosce l'effetto negativo di una curva di Von Spee inesistente né l'utilità di una guida incisiva, di una guida canina né degli stop di retrusione...

se effettivamente questi aspetti della riabilitazione gli fossero poco noti o addirittura sconosciuti e-o estranei...se non fosse addentro alle esigenze di contatto contemporaneo di 4 denti per parte ... se per caso ignorasse che collo, spalle, schiena e gambe rispondono alle altezze corrette del piano oclusale e che questo è verificabile sempre in un solo modo: conformando fosse e stop percepibili uniformemente durante il test della sbarra...

se dovesse ignorare come valutare uno sbilanciamento osservando i tratti del viso del paziente, confrontando le linee di simmetria tra occhi e labbra

e il modo di camminare, di accavallare la gamba, di cedere con la spalla, di dormire sempre con la guancia poggiata sul cuscino, di masticare da un lato solo e sempre su quello, di ridere sollevando un angolo delle labbra, di tenere un sopracciglio piu' alto dell'altro, di portare la borsa della spesa sempre con lo stesso braccio alzando automaticamente la spalla...

se per caso questo e altro non facessero parte del suo bagaglio tecnico-scientifico...se come mi sembra dovesse fondare i suoi controlli sulla kinesiografia e sulla pedana stabilometrica...credo che varrebbe la pena di non preoccuparsi solo della squadratura, ma di procedere e di integrarla con altre metodiche...giusto per avere qualche conferma in piu' della sua validità...

Per spiegare meglio

Autore: [paolo465](#) (84.222.84.---)

Data: 18/04/10 10:59

Alcune volte do per scontate alcune cose, scusatemi.

La squadratura dei modelli avviene senza cere di occlusione.

Si squadrano separatamente il modello superiore ed inferiore, prendendo per ognuno dei punti di repere ma senza tagliarli assieme.

Poi si appoggiano su di un piano sulla base posteriore ed il rapporto che viene evidenziato è il reale rapporto tra le arcate a paziente equilibrata, con i rapporti di cranio e colonna corretti.

La foto 7 è la paziente prima di cercare l'occlusione abituale, prima dell'instaurarsi della malocclusione.

Paolo

Data: 18/04/10 19:32

Guarda io ho letto il documento di Sardi.

non solo il pdf a cui rimandi ma proprio TUTTO nel suo sito..

Il giochino delle sequenze di foto per spiegare il suo metodo e' carino visivamente e molto new age sono le didascalie..fuori tema rispetto alle foto..

Cioe' la corrispondenza tra testo e foto rimane ambigua e assai poco didattica.

SE TU ammetti non tanto la difficolta' delle linee teoriche Sardi quanto la esposizione delle stesse figuriamoci un non addetto ai lavori.

Di fatto andrebbe preso il documento pdf, andrebbero scorporate tutte le foto e su ognuna di queste ,riportando le didascalie 'esplicative' di Sardi ,integrare con un linguaggio (tuo,di Adriana o di chiunque) davvero didattico ed esplicativo.

Questo e' il solo modo di procedere che possa avere un senso.

Lo farei volentieri ma il mio programma pdf (copia di valutazione) non mi permette di scorporare una ad una le foto .

Se qualcuno e' in grado di farlo lo faccia isolando le 8 foto con le relative didascalie di Sardi.

Si parte quindi da foto uno e si ampiano i concetti delle didascalie di Sardi con considerazioni nostre (tue di adriana,mie o di chi vuole)

Andare a foto 8 per dire che occorre spessore a sinistra equivale a TAGLIARE tutto i ragionamento precedente Sardi per arrivare a questa conclusione (che va da se e' corretta).

E' un lavoro del c@zzo questo dello scorporo delle foto e dell'analisi delle didascalie una ad una..

Ma e' il solo che possa ENTRARE nei meccanismi del metodo Sardi in modo didattico per effettuare critiche e approfondimenti.

Ciao.

Autore: [UP](#) (79.3.193.---)

Data: 18/04/10 19:38

[www.paolosardi-squadraturafunzionale.it]

Qui si vedono i modelli di cui si parla

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 18/04/10 23:17

Stefano, sono d'accordo su tutto praticamente...non vedo divergenze d'opinione, di visione o di interpretazione...spiegamele..l'unico punto sul quale insisto sempre è di non accontentarsi del benessere... benessere e bilanciamento non vanno sempre d'accordo anche se il benessere è primario perlomeno nelle fasi iniziali...

proseguire ricercando l'assetto perfetto è solo una questione di carattere, di puntiglio o di testardaggine...diventa una sfida continuare per provare a se stessi di essere stati bravi, una sfida che ti dà però delle soddisfazioni...il fatto positivo è che più ti inoltri nel bilanciamento e più migliora la postura e il senso di sicurezza personale, fisica e psichica...

ti senti di aver vinto una sfida che ti stava portando all'invalidità, di esserti riappropriato della vita attiva dopo aver temuto di averla persa, significa recuperare la propria personalità, vederla rafforzata, soprattutto quando ci si confronta con i propri coetanei che anno dopo anno declinano... e tutto questo per aver saputo impostare qualche fossa e qualche stop...sembra impossibile che tutto dipenda da questo...e pensa un po', ci salviamo dai disturbi della vecchiaia solo grazie a quei pochi millimetri...nessuno ci crede, facciamo fatica a farlo capire alla gente che ricorre ad analisi, cure, trattamenti, interventi chirurgici per non saper agire reimpostando i denti inferiori nei confronti della mascella...

detto questo ragioniamo un momento, tanto per chiarirci reciprocamente le idee su alcuni punti ...

1. Stop di retrusione di Slavicek
2. Centriche lunghe
3. L'articolatore
4. I Condili
5. La torsione non corretta e gli stop
6. Fig. 7 e Fig. 8 di www.PaoloSardi.squadraturafunzionale.it
7. La collaborazione con il Dentista
8. Il ruolo del paziente

1. Che la retrusione sia determinata dalla muscolatura è logico, mai forzare il mento con le mani all'indietro...ma è nella tensione che si determina la retrusione corretta..aspirando "male e poco" la retrusione non porta la mandibola all'indietro in asse...la porta indietro a casaccio...è la tensione che evidenzia la presenza o meno di stop adeguati e comodi contro i quali il soggetto si sostiene facendo contemporaneamente abbassare i condili dalle cavità di quei pochi millimetri, sufficienti però a decomprimere i tessuti della fossa...e in questa retrusione sotto sforzo i condili si centrano automaticamente nelle fosse, indipendentemente dalla forma della cavità che negli anni della malocclusione si è adeguata ai condili sbilanciati...

qualsiasi discorso quindi sulla centratura anatomica dei condili è un discorso senza senso...

Per sostenere la retrusione servono degli stop inclinati...

che Slavicek li predisponga sui denti superiori sarebbe il meno...perché infatti i versanti curvi superiori e inferiori debbono pure incontrarsi...

il problema è che le vestibolari inferiori possono sì confrontarsi con i versanti interni dei denti superiori (vestibolari superiori piuttosto che palatine superiori...)

ma mancando il contatto predominante (palatina superiore contro fossa inferiore) siamo in presenza di un contatto zoppo...

per esperienza posso dire che una palatina in fossa inferiore dà sensazione di sicurezza e di stabilità sicuramente molto più di un contatto tra vestibolare inferiore e versante interno superiore...

anche perché la masticazione fisiologica necessita di un rapporto cuspidale superiore contro fossa..è determinante, essenziale, fisiologico, assolutamente indispensabile...chi imposta l'occlusione lasciando la palatina sul vuoto sbaglia...

le palatine sono fatte per chiudere in fossa nei morsi normali e nei morsi incrociati laterali sarà la vestibolare superiore a chiudere in fossa inferiore...

ovvero la fossa inferiore è fatta per accogliere una cuspidale...da questo non si scappa...

2. Le centriche lunghe sono la prova dell'incapacità a costruire gli **stop di retrusione**...sono la causa delle compressioni in fossa e dei disturbi evidenziabili soprattutto la notte quando si è distesi e nascono fastidi circolatori e tensioni agli occhi, alle mani...i condili retrocedono ma non si abbassano in quanto i denti non trovano questi versanti inclinati che servono da guida...

sicuramente meglio una centrica lunga piuttosto che uno stop ripido che ti blocca e disturba molto di più'...però la centrica lunga intanto non ti dà sicurezza e comporta una continua ricerca muscolare di stabilizzazione del mento, visibile attraverso le labbra che vanno in tensione continuamente

per consentire alla mandibola di avanzare e di recuperare la sua posizione, visto che scivola continuamente all'indietro...

sarebbe sufficiente aggiungere un goccio di resina morbida sul davanti della fossa per costruire quel piccolo versante di stop

per evitare anche un certo bruxismo proprio di denti senza guide di retrusione e canine... e per evitare il serramento che a volte è causato da una fossa troppo profonda rispetto alle altre... lo sbilanciamento di una dentatura opera in modo obliquo come una macina che lavora in diagonale...

3. Che l'articolatore sia poco raccomandabile volendo impostare una occlusione bilanciata è risaputo anche dai Dentisti. C'è il fatto oltretutto che l'articolatore presenta la parte inferiore (mandibola) fissa e quella superiore mobile.. praticamente il contrario di quello che è una bocca... gli stop, ma non solo quelli, anche la guida canina sono impossibili da costruire in quel modo... bisogna controllare tutto in bocca affidandosi alla pazienza di un Dentista che conosca le sequenze e l'uso delle cartine blu dente per dente...praticamente la cosa è impossibile da farsi in studio per mancanza di tempo ...e non solo per quello...

4. I condili seguono l'impostazione dei denti...purché non vi sia un morso profondo, e purché non vi sia un menisco perforato e deviante, e un fuori asse irrisolto i condili si adeguano via via al bilanciamento senza disturbare...

5. La torsione corretta è garantita soltanto quando la muscolatura in tensione riconosce stop adeguati sui due lati, almeno uno o due per parte contemporaneamente...

se aspirando l'aria fortissimamente sentiamo uno stop soltanto su un lato, significa che poi nell'intercuspidare usciamo in torsione...sbilanciandoci...

è anche vero che spessorando le fosse sui due lati con pazienza, quarto con quarto, quinto con quinto andiamo adagio adagio a predisporre anche i versanti di stop...o meglio, se percepiamo un solo stop da un lato è perché dall'altro oltre alla mancanza di stop esiste anche una mancanza (probabile) di fossa in altezza..spessorando dunque la fossa bassa prepareremo un minimo di stop

sul davanti che, ritoccato con la fresa, potrà diventare finalmente un versante che ci farà arretrare in asse, se lo sentiremo comodo..e se comodo non sarà, lo rettificheremo ancora...

La figura 7 e 8 di Paolo Sardi denotano intanto l'idea di trarre indicazioni dal piano di Camper (?) e di non saper leggere invece le linee di asimmetria

tra occhi e labbra a dimostrazione dello sbilanciamento...non capisco perché fidarsi del piano di Camper, a cosa serve ? forse Paolo ce lo puo' spiegare...

Comunque il fatto che la ragazza sia sbilanciata è evidente, ma non è chiaro il perché a fronte di uno spessore mancante sul suo lato sinistro, abbiano staccato i denti sul lato destro...e non si capisce ancora perché i denti anteriori siano in morso aperto (visto che la ragazza non ha denti usurati ma di altezza normale)

...non è il caso di spessorare così tanto da dover far perdere la guida incisiva con il rischio della retrazione gengivale...rialzando il lato sinistro da 4 a 7, sicuramente verrà persa la guida canina e qualcosa della guida incisiva,

ma sul lato destro del viso, il quarto non dovrà in teoria perdere il contatto con l'antagonista, perché va considerato l'unico dente sul quale fare riferimento e l'unico dente comunque in primo contatto nei nostri controlli muscolari...gli spessori bilanciati sul lato destro del viso inizieranno dal quinto per arrivare al settimo in misura maggiore mentre sarà sul lato sinistro ad esservi necessità di rialzi da 4 a 7...e in quantità rilevante, vista la asimmetria del viso..certo bisognerà tener presente l'effetto tenaglia che forse richiederà il molaggio a destra di alcuni versanti esterni per permettere alle palatine di entrare solidamente in fossa, riducendo ancora il gap anteriore ...le palatine entreranno in fossa se i versanti interni delle vestibolari inferiori non andranno in precontatto a causa dell'effetto tenaglia...

7. e 8. La collaborazione del Dentista è necessaria. Il paziente deve però essere preparato. In mancanza di questo il Dentista avrà carta bianca e farà quello che ha appreso in Facoltà...Tuttavia senza capacità di distinguere il percorso sarà lungo e faticoso per tutti e due. Meglio allora armarsi di pazienza e di buona volontà e proseguire da soli possibilmente a casa, seduti ad un tavolino con una bella luce che illumini specchio e bocca e il trapanino e resine sottomano...Le cartine blu aiutano e sono indispensabili. I Dentisti non sono dei maghi né dei martiri. Non si può pensare che possano fare più di tanto.

temo che Paolo non accetterà questi discorsi...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 19/04/10 08:10

Vediamo su quali punti si trova d'accordo Paolo...

P.S. Peccato aver cancellato il post, vedi se puoi ripeterlo almeno in parte...

Autore: [UP](#) (79.31.8.---)

Data: 20/04/10 11:54

Beh Sardi non è così complesso come sembrerebbe...

È che come tutti gli appassionati di filosofie orientali incasina concetti semplici con ridondanti esoterismi linguistici...

Nel suo sito ci sono ,cercando bene ,[5 documenti pdf scaricabili che vanno letti TUTTI](#),perché'

interpolandoli si capisce sufficientemente del suo Metodo.

Integrare anche con i due filmati youtube facilmente rintracciabili in rete.

Ovviamente piano di francoforte,piano di camper,concetti di base di elaborazione cefalometrica, alcune nozioni schematiche su C0-C1-C2 ,tutte desumibili da una qualsiasi enciclopedia web e assimilabili in un'oretta di studio, sono essenziali per capire il suo ragionamento.

Caso mai Paolo se vuole puo' aggiungere qualcosa su un punto che e' mancante di documentazione e cioe' sul trattamento Sardi nell'edentulia o in riabilitazioni di protesizzati.

Sardi ha un suo metodo anche per queste situazioni ma non esiste alcun documento esplicativo su come avviene la squadratura dei modelli in questi casi, mancando i riferimenti dentali per effettuare i tracciati incrociati..

Lui ne sa qualcosa?

Non ho alcuna intenzione di sintetizzare il metodo Sardi ,perche' studiandosi attentamenti i documenti citati ognuno puo' trarre conclusioni positive e negative ..e comunque vale la pena farlo dal momento che gli assunti di partenza di Sardi sono assolutamente condivisibili da chiunque riconosca la corrispondenza DIRETTA tra occlusione e C0-C1-C2-C3 come inconfutabile.

Per fare un esempio ..ognuno di noi sa perfettamente,ne abbiamo discusso per mesi e anni,di come i lavori dentistici sull'occlusione (molaggi-spessoramenti ecc ecc) vengano eseguiti in posizioni dettate non tanto da posture fisiologiche del rachide cervicale del paziente ma da supposte 'ergonomie' delle poltrone dentistiche.

Di fatto ci si ritrova durante i lavori sull'occlusione, a bocca aperta con collo in compressione e in lordosi , o in piedi col collo in iperestensione..

Entrambe le posizioni sono staticizzazioni vertebrali che non prevedendo un collegamento tra la mandibola e la fisiologica escursione vertebrale in senso dinamico determinano DUE o PIU' occlusioni che appunto sono valide staticamente (quando lo sono) :in posizioni di lordosi cervicale da sdraiati poi si scontrano con il fuori-occlusione degli assetamenti vertebrali di C1-C2-C3-fisiologici in estensione nella posizione in piedi , e dunque nell'assetto posturale di orizzontalita' dello sguardo che e' SEMPRE determinante la congruita' dell'occlusione,dal momento che l'assetto di orizzontalita' dello sguardo e' un parametro di postura per definizione ed e' automatico.)

E viceversa.

Questo e' il fulcro del ragionamento di Sardi mi sa..

Aver riconosciuto come l'occlusione debba prevedere nel MOVIMENTO ,e cioe' nella funzione, il range di tollerabilita' delle cervicali individuale, e di come l'USCIRE da questo range porti automaticamente a BLOCCHI dinamici nell'assetto postero-anteriore.

Sugli aspetti tecnici di rilevazione e realizzazione come detto ognuno si documenti da se, il materiale c'e' in rete..

Mi va di sottolineare la corrispondenza tra Planas e Appim e Sardi sugli aspetti posturali come prioritari nelle impostazioni teoriche...

Tutti questi metodi possono essere discussi nell'ambito del loro specifico applicativo ,diverso,ma di sicuro hanno una corrispondenza nelle linee teoriche di indirizzo ..

Di fatto il rapporto tra postura e occlusione non e' un gadget new-age da implementare opportunisticamente su terapie obsolete e tradizionaliste di tipo articolare ma una nuova visione teorico-pratica della occlusione certamente destinata a soppiantare (non ne sono prevedibili i tempi e le modalita'...) l'approccio metodologico di tutta la vecchia odontoiatria.

In realta' esiste una rete di collegamento tra i terapeuti di queste scuole 'posturali' e un reciproco scambio.

Esistono anche per la verita' punti di divergenza..

ne sottolineo alcuni in rapporto ad appim,per esempio..

Il primo che mi viene in mente ,e che praticamente fa da sponda tra appim e Sardi e' il seguente:

Sardi verifica una situazione cervicale ,non la modifica e la asseconda attraverso una occlusione compatibile.

Per la verita' c'e' anche in alcuni casi una fase di 'riaggiustamento vertebrale' delegata ad un osteopata ,ma con una individuazione mirata del problema specifico posturo-vertebrale desunta dall'occlusione abituale, a cui successivamente segue l'impostazione occlusale compatibile con la fisiologia articolare-vertebrale del paziente.

Appim ha una impostazione diversa ,non dico opposta ,ma diversa..

Partendo dall'occlusione e lavorando su questa mira alla normalizzazione della patologia articolare-vertebrale.

Sono due approcci diversi ,anche se lavorano sugli stessi fattori.

In uno c'e' un riconoscimento del tratto cervicale non in senso di patologia ma di funzione (qualunque essa sia essendo ampiamente individuale) e un lavoro occlusale che assecondi e mantenga o ripristini QUELLA funzione..

Nell'altro c'e' un imputazione di responsabilita' di anomalie vertebrali del cervicale all'occlusione e una determinazione di 'normalizzazione' delle stesse attraverso la congruita' occlusale ritrovata.

In pratica :

1)-non si modifica la situazione vertebrale ,se ha possibilita' funzionali ma si ottimizza l'occlusione per rendere pienamente funzionale l'esistente.

2)- la tua situazione vertebrale patologica e' determinata dall'occlusione e modificando questa MODIFICHERO' anche la postura vertebrale .

Naturalmente il tutto e' un mio schema di ragionamento grossolano ,pero' di fatto e' un paradigma su cui si scontra di fatto la posturologia e la fisiatria dell'ultimo mezo secolo...

A)-Ottimizzare e funzionalizzare?

b) -Correggere e rifunzionalizzare?

Dal momento che una radicalizzazione di questo tipo non puo' che esser teorica e di fatto viene riprosta da mezzo secolo di pratiche fisiatrico-posturali ed essendo l'apparato stomatognatico per eccellenza uno dei fulcri del motore posturale per il futuro e' auspicabile una linea teorico-pratica meno radicale e piu'

dettata da riscontri oggettivi che di fatto possono essere di tipo A o B in un mix di altissima variabilita' soggettiva e individuale del paziente.

Di sicuro funzionalizzare pienamente l'esistente non esclude certamente (non vedo il motivo) anche una correzione di evidenti anomalie scheletriche..

E' che i parametri sono altamente individuali..

Quel che e' certo e' che lavorando su coordinate muscolari e/o vertebrali non ci ritrovera' nela situazione peggiore che e' quella di una occlusione che fa a pugni con la conformazione vertebrale cervicale qualunque essa sia, e che e' l'errore piu' clamoroso che la gnatologia-estetica e' ben lontana dal riconoscere quali primo fattore di sintomatologia invalidante.

per quanto riguarda Paolo non e' necessario che accetti nulla ,per poter ragionare..

Ci mancherebbe.

Primo perche' mi rendo conto perfettamente che nell'operativita' quotidiana il flusso lavorativo porta a standardizzazioni e automatismi che diventano di fatto un metodo di lavoro...

E di questo ognuno nel suo proprio settore lavorativo ha piena coscienza..

Secondo perche' cio' non esclude di ritagliarsi comunque uno spazio 'privato' ed extralavorativo in cui si possano elaborare nuove ipotesi attraverso ragionamenti a tutto campo, e mi sembra che Paolo si ritagli ampi spazi..

Terzo e non ultimo perche' il frutto di tali ragionamenti possono poi trovare uno spazio applicativo

nel lavoro quotidiano ,modificandolo integrandolo ecc ecc ..
Del resto e' tutto questo processo di fatto il motore della Ricerca.....
Ora ,il confronto diretto con pazienti disfunzionali per un odontotecnico e' assai limitato essendovi l' interfaccia dal dentista...
Ricordo pero' che tutte le novita' terapeutiche piu' all'avanguardia sono frutto nel campo odontoiatrico di ODONTOTECNICI o ex-Odontotecnici o di persone non del settore: Adriana Valsecchi,**Laura Attina'** ecc ecc. che si sono rimboccate le maniche e hanno messo a frutto una naturale curiosita' ,senza pregiudizi dogmatici o imprinting di tipo ultraspecialistico del cui valore pratico-terapeutico e' oramai nota ai piu' la dubbia efficacia ..
Per cui se Paolo vuole continuare a postare l'interesse mio c'e'.
tra l'altro uno degli argomenti che mi piacerebbe esplorasse e' il rapporto di lavoro col dentista..
La mia esperienza dice che spesso l'odontotecnico e' costretto 'obtorto collo' ad eseguire lavori palesemente mal impostati dal dentista..
Io negli anni precedenti per avere l'odontotecnico in studio nelle fasi finali dei miei (troppi) provvisori ho dovuto sudare parecchio...
E ancor di piu' ho dovuto sgomitare per avere un dialogo DIRETTO ,quando la sua presenza c'e' stata..
Soluzioni di ottimizzazioni dell'esistente dovrebbe essere l'odontotecnico a eseguirle sul paziente..
E' paradossale che un odontotecnico non possa mettere le mani in bocca allo stesso paziente a cui di fatto HA COSTRUITO la protesi, per ottimizzarla o individuare errori e aggiustamenti!
Trovo vergognoso e indecoroso il trattamento riservato agli odontotecnici da parte di alcuni dentisti.

Anche se molto odontotecnici ci sguazzano nella ambiguita' della situazione professionale in cui i dentisti li costringono,e fanno grana a palate senza peraltro alcuna responsabilita' diretta su lavori maleseguiti funzionalmente ma perfetti esteticamente..
Io credo che nel campo protesico perlomeno ,l'odontotecnico da una certa fase in poi dovrebbe in tutto e per tutto soppiantare il dentista nello studio..
Cioe' auspico un ampliamento delle operativita' dell'odontotecnico proprio sui pazienti e l'eliminazione di una interfaccia opportunistica che il dentista esige di mantenere per motivazioni non certo dettate da ragioni etico-professionali....
Paolo che ne pensa?

Re:il fatto è pero' che sia l'Odontotecnico che il Dentista...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 20/04/10 14:54

Il fatto è pero' che sia il Tecnico che il Dentista danno importanza all'aspetto estetico e non all'occlusione...nessuno dei due si rende conto dell'importanza dei contatti ...ho visto protesi e scheletrati inferiori che non incastravano con le protesi superiori...
abbiamo dovuto spessorare il tutto con resina a freddo per dare un minimo di confort, per evitare fastidi di tutti i tipi, per evitare rotture di ganci...

ora io mi chiedo..possibile che un tecnico che lavora per decine di Dentisti non abbia ricevuto una preparazione tale da consentirgli perlomeno di far incastrare due arcate tra di loro...
ho visto altre protesi con denti costruiti cubo contro cubo...e sentito Dentisti in studio che all'osservazione della paziente che non riusciva ad aprire piu' di tanto la bocca, dirle che avrebbe ulteriormente limato le protesi...

praticamente portando al collasso dell'articolazione...

Stefano, se tu avessi il tempo e la possibilità di ascoltare i Dentisti quando parlano con i pazienti di occlusione, ti sentiresti male...
non ne dicono una giusta...non ne fanno una giusta sui malocclusi...sembra lo facciano apposta ad aggravare la situazione...

sono in pratica come dei marziani che nella nebbia della padura padana hanno perso la bussola e si orientano un po' a destra e un po' a sinistra...
non voglio offendere la categoria..so benissimo che hanno delle capacità, guai se non ci fossero...ma in fatto di occlusione qualsiasi cosa noi facciamo da soli va nella direzione giusta, dopo i primi errori iniziali...noi possiamo gestire la nostra riabilitazione...non loro...

Autore: [Stefano](#) (79.31.8.---)

Data: 20/04/10 21:26

In vari anni ho passato una **sfilza di dentisti e odonto** che lo sa solo dio.

Con molti di questi ho avuto esclusivamente consulti verbali e non ho mai concluso alcunché, specie dopo aver capito l'antifona...

Semplicemente salutavo (pagavo) e amen

Conosco almeno due odonto personalmente a cui potrei rivolgermi pressoché gratuitamente...

Uno di questi tre anni fa per 'sistemarmi' prima delle vacanze in agosto mi scarico' entrambi i canini...ma proprio di brutto: zac a sinistra e zac a destra.

Vacanza memorabile ovviamente...

Per cui non pensare neanche per un momento che non conosca la facilonieria e il presappochismo della categoria ...

Di fatto però chi lavora con cognizione (e dunque coloro che hanno doti naturali di intelligenza e di apprendimento e di intuizione come per ogni settore professionale) ha dalla sua una conoscenza dei meccanismi dentali che il dentista standard se li scorda....

La sfortuna è che tale conoscenza degli ingranaggi dentali è collegata strettamente all'uso dell'articolatore ..

Di fatto un odonto di bocche vere non ne vede...

Vede occlusioni in simulazione.

Il dentista vede bocche vere ma di principi di occlusione non ne sa mezza..

Per questo mi auguravo una nuova figura professionale nel settore tecnico con più ampie possibilità di intervento.

Se un 'massaggiatore' può trattare l'atlante con manipolazioni di estrema delicatezza e con una palese ignoranza dell'anatomia generale non vedo perché un odonto preparato con 5 anni di formazione non possa mettere le manacce sue nella boccuccia del paziente.

Scalzare il monopolio dei dentisti in questo senso non significa certo perdere in 'sicurezza' visto che l'80% dei dentisti ha una capacità manuale e cognizioni di occlusione probabilmente inferiore a quelle di un utente tipo del Forum...

Di fatto moltissimi odonto lamentano l'impreparazione dei dentisti, loro clienti..

Impronte mal eseguite, richieste di passaggi operativi non accompagnate da coordinate diagnostiche ,da indagini strumentali ecc ecc.

Normalmente l'odonto se ne frega e procede....

I migliori odonto bloccano il lavoro e richiedono delucidazioni ,poi sputtanano il dentista...

Tornando a Sardi...

Sardi rivendica risultati eclatanti presso i suoi clienti (dentisti) .

NOI non sappiamo se esistono,ne' possiamo saperlo.

Di fatto i dentisti di Sardi sono suoi clienti e insieme formano una comunita' che si autopromuove attraverso convegni ecc..

Il che e' anche legittimo ma sufficientemente ambiguo per non ingenerare perplessita'..

La documentazione di casi risolti avviene per lo piu' in questi Stages e Convegni in cui nessuno ha interesse a presentare casi irrisolti ma a pompare verso il proprio mulino.

Basta fare un giro sul web ,linkare e collegare e salta fuori un manipolo di 4-5 persone che si promuovono a vicenda...e quasi sempre sono relatori negli stessi convegni...

Sardi e' in pieno in un sistema ..

E' semplicemente in un altro 'sistema' di riferimento rispetto alla gnatologia tradizionale.

Ma la grana,l'autopromozione personale,il prestigio ecc ecc sono identici...

Anche qui sul Forum ci sono pazienti che hanno fatto Sardi...

(Non io ,che non sapevo esistesse fino a una anno fa...)

Per cui alla fine la squadratura puo' essere una ulteriore indagine diagnostica a conferma di altre ,piu' che altro per una conferma di sbilanciamento e per avere un calco di riferimento su cui riportare il lavoro successivo e verificarne col senno di poi la congruita' o meno.

Del resto anche lui (**Sardi**) si lascia andare ad una affermazione di questo tipo nel suo sito in una paginetta laterale..

E' da notare la proliferazione verticale e vertiginosa di corsi di aggiornamento,stages ,ecc , promossi da varie scuole gnatologiche.

E' il boom!

Un sacco di dentisti si ricicla nella didattica piu' assurda essendo il mercato operativo saturo da alcuni anni..

Per cui il business vero in questo momento e' la malocclusione o per dirla col loro linguaggio il disfunzionale.

Dentro c'e' di tutto e di piu'.

Mi sono infiltrato in alcuni convegni che mi parevano interessanti e il clima e' quello della massoneria..

Un mondo fatto di tesoreri,vicetesorieri,presidenti ,vicepresidenti,sindaci,membri ordinari,membri senior....

Siamo al ridicolo, eccetto rarissime eccezioni (L'AIPP o la SIKON per esempio) in cui il clima e' di effettivo confronto su casi e diagnostica.

Alla fine della fiera e' ovvio che in una situazione di reiterato fallimento un disfunzionale che tale e' rimasto dopo varie terapie fallimentari sia portato alla caccia al guaritore ..

Il che puo' anche avvenire ma nel senso di beccare una persona che pazientemente e con semplicita' si prenda a cuore il problema...

In questo senso l'autolavoro offre le maggiori garanzie,per chi puo' e vuole farlo.

Non escludo affatto che possa essere un dentista senza alcun 'prestigio' ,tuttaltro..

Di fatto occorre davvero una serie di fallimenti per rendersi conto che ogni volta che affronti un dentista stai delegando la tua salute in mani del tutto impreparate ..

che a fronte di improbabili miglioramenti i rischi di un aggravamento sono assai piu' probabili statisticamente..

Che se e' vero che nomi prestigiosi delimitano abbondantemente l'errore (perche' comunque una preparazione anche teorica qualcosa ancora significa) questa garanzia e' estremamente al ribasso visto che non garantiscono successi certi a fronte di esposizioni economiche non indifferenti..

Insomma situazione piu' che tragica.

Dal momento che la strada e' quella della riappropriazione della terapia, dell'azzeramento dei costi o del massimo contenimento, della gestione progressiva del dentista nel corso del lavoro..tanto vale cercare figure professionali abordabili..

Personalmente avendo le cognizioni attuali e tornando indietro affiderei il tutto all'abusivo sotto casa ,sotto la mia supervisione e gestione e responsabilita' o all'odontotecnico disponibile.

Di sicuro avrei ora coi soldi spesi in dentista un appartamento nel centro di Bologna da lasciare a mio figlio.

Gli stages e i corsi dovrebbero farli i pazienti per capire in modo economico e senza fare da cavie paganti che la strada terapeutica e' quella della estrema cautela e del massimo controllo ,per non dire della pura autogestione che sfortunatamente non puo' essere un parametro di riferimento di massa ma che e' pure una strada percorribile da alcuni.

Di sicuro imparare a gestire il dentista in modo serrato ,a volte ultraserrato,non esporsi a terapie complesse,evitare salti nel buio terapeutici ecc ecc richiede sfortunatamente proprio quelle caratteristiche che il disfunzionale sente via via scemare e perdersi,ovvero lucidita' oggettivita' equilibrio serenita' di giudizio,capacita' critica e grandissima mobilita' (nel senso di levarsi immediatamente dalle balle situazioni terapeutiche o dentisti al primissimo errore..)-

Comunque tali caratteristiche se uno non le ha di suo ,cioe' se non sono nel suo dna ,attraverso errori improduttivi alla fine le trova per un puro istinto di autoprotezione...

Se non le trova o ha una improbabile botta di culo finale oppure si spegne nell'indifferenza generale..

Questa e' la realta' attuale, abbastanza macabra , ma fortunatamente se la patologia uno non se la puo' scegliere ,sulla terapia si puo' intervenire eccome.

E che dubito che uno possa farlo senza prima aver compiuto errori terapeutici precedentemente..

E quindi la scelta di giocarsela cum grano salis sia frutto piu' che di lucida determinazione di un azzeramento di aspettative e deleghe dovute ad insuccessi precedenti..

Anche perche' parliamoci chiaro , un insuccesso lo verifichi sempre post-terapia...

E fortunatamente esistono situazioni in cui terapie standard producono risultati a vari livelli.

Ma davvero e' oggettivamente troppo poco per riconoscere a tali terapie standard una valenza di oggettiva efficacia.

E poi i costi sono talmenti sproporzionati ! sia in rapporto ai risultati che all'oggettivo lavoro di diagnostica-terapia !

...da rapportarsi a quelli del mercato del narcotraffico.

In nessun campo terapeutico viene richiesta una tale esposizione in termini economici al paziente.

Con una latitanza delle istituzioni e della sanita' pubblica che non si capisce per quale ragione continua a passare sotto il silenzio dei media..

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 20/04/10 22:22

Stefano, non possiamo che essere d'accordo con te su tutto...siamo in un bel guaio.. Odontoiatria rifiuta di aggiornarsi ...è una decisione presa anni fa ai Vertici per non condannare al ludibrio gli Autori di ponderosi volumi di gnatologia ... per non riconoscere che i pazienti ne stavano smascherando le lacune, dando soluzioni di buon senso... nonostante questi Gnatologi fossero persone rispettabilissime..soltanto fuori strada...Fu una decisione presa sia per l'obiettivo difficoltà di riabilitare i pazienti utlizzando regole precise di occlusione e i nostri test muscolari, sia per il timore di rendere i pazienti troppo esigenti in fatto di contatti di simmetria, sia per non voler riscrivere da capo i concetti fondamentali dell'Odontoiatria riabilitativa e della gnatologia...

insomma per non perdere la faccia, è stato elevato il muro di indifferenza...la salute del paziente, il progresso scientifico, la serietà professionale, la coscienza non sono stati sufficienti per ribellarsi alle direttive generali ...

il gruppo è rimasto unito anche per il timore del nuovo ..

e noi ancora siamo qui a dover pubblicare sui giornali certi articoli a pagamento, per allertare la popolazione sui rischi e sui disturbi da malocclusione...argomento che dovrebbe essere portato

avanti dai Dentisti

ma con il disappunto di tanti colleghi Medici specialisti, quali i Reumatologi, gli Psichiatri, i Neurologi, i Neurochirurghi, gli Oculisti, i Laboratori di Analisi, gli Osteopati... che si vedrebbero sottrarre clienti dai Dentisti stessi...

così invece si passano i pazienti l'un l'altro e il business si ingrossa...

il che non sarebbe il male peggiore se poi alla fine il paziente recuperasse salute ...

La Sanità pubblica forse sa della situazione visto che è formata da Medici ...

ma la direttiva è il silenzio...le Cliniche di tutte le branche hanno bisogno di sovvenzioni statali...se per esempio si venisse a sapere che l'artrosi dipende dal corpo storto del maloccluso, credi proprio che verrebbero dati fondi per la ricerca alla Società Italiana di Reumatologia che nonostante i 40 anni di vita, e le sue ricerche e i suoi 40 Congressi non ha ancora capito che periartrite e guai vari alla colonna vertebrale dipendono da una malocclusione ? come potrebbe il suo Presidente continuare a chiedere soldi se venisse fuori il discorso che questi disturbi dipendono dalla bocca sbilanciata ?

eccolo qui il motivo dello stallo...l'orgoglio e business...e i Media stanno

Autore: [Stefano](#) (79.31.8.---)

Data: 20/04/10 23:58

Condivido,e' ovvio..

Di fatto tutta questa propulsione e questa accelerazione sulle terapie dei disfunzionali porterà ad una saturazione di metodiche improduttive, quando il problema sarà eclatante e visibile saranno le terapie semplici,intuitive e fuori dal business a dire la loro.

E' solo questione di far maturare la questione e favorirne l'autoesplosione fisiologica attraverso la nostra testimonianza e le poche azioni che possiamo permetterci..

E intanto fare qualcosa per noi stessi,ovviamente secondo i parametri di semplicità e di autoappropriazione della terapia che riconosciamo..

Senza delegittimare nessuna strada alternativa o parallela o canonica che rimane il fatto che siamo parte in causa della questione e si vorrebbe uscirne legittimamente e velocemente con ogni mezzo disponibile.

Ma errori grossolani di approccio terapeutico che tutti noi abbiamo sperimentato vanno assolutamente evitati o quanto meno esposti in modo netto nel Forum, particolare ad uso di chi ha una diagnosi recente di malocclusione e si appresta ad una terapia dovendo scegliere nel caos generalizzato delle proposte sul mercato..

Non dico che tutti faranno l'autobilanciamento (mi auguro anzi che molti risolvano in prima battuta) ma un campanellino nella zucca è opportuno continui ad essere messo.

Mi sembra tu lo faccia egregiamente, secondo le tue coordinate che pur non essendo totalmente le mie (per alcuni aspetti operativi che giocoforza non posso fare miei data la mia situazione dentale anomala) condivido alla grande negli aspetti di base sia di denuncia che di impostazione terapeutica.

Mi piace del resto questa nuova visione sugli aspetti che ci accomunano piuttosto che su quelli che divergono.

Essendo i primi abbondantemente più proficui se valorizzati e portati avanti ,i secondi diventano davvero irrilevanti e rientrano nel range dei punti di vista personali per così dire,fisiologici

Autore: [giada](#) (85.43.252.---)

Data: 20/04/10 11:03

Così si esprime un "amico" della SFS

La **metodica Sardi** non è solo squadratura dei modelli ma fa parte di tutta una filosofia è questo che si intende per visione allargata.

Non basta un corso e una squadratura dei modelli per saper applicare questa metodologia di lavoro.

Negli incontri si cerca di approfondire la sistematica nei vari aspetti e le varie correlazioni.

Dall'allegato si evince una certa apertura e un mettersi sempre in discussione.

Il che è da verificarsi nella pratica.

Riprovo a ricaricare l'allegato pdf

Per ora non possibile

Autore: [paolo465](#) (84.222.84.---)

Data: 20/04/10 20:17

uno sparisce due giorni

E guarda te che sfilza di domande.

A dir la verità ero passato di corsa ma ho chiuso subito, ho preso spavento :-)

Salterò quindi inevitabilmente parecchie domande, al limite su qualcuna specifica mi fate un appunto e ci ritorno.

Io lavoro, di solito :-)

Sardi... no no, Sardi è complesso. approfondito, le dinamiche dei distretti orofacciale e cranio sacrale le conosce bene ed è stato il primo che a mio modo di vedere ha tentato di dare una risposta "alternativa" all'odontoiatria classica.

E' vero quanto ha riportato Giada, è una filosofia (che io non mi sento di abbracciare in toto, sbaglio probabilmente io....) di cui i modelli non sono che lo strumento tecnico iniziale per approcciare appunto questa filosofia e quello che si trova in rete non è che una piccolissima parte, nemmeno un'infarinatura.

Io non sono il più adatto a fare riflessioni approfondite in merito.

Potrei cercare di motivare le mie scelte e le mie decisioni su questo metodo ma non è questo l'oggetto del contendere, non mi sembra sia interessante.

Giusto una cosa, per quanto riguarda la protesica utilizza dei punti di repere imm modificabili anche nell'edentulo ma evito le castronerie grosse addentrandomi in un terreno che proprio non è il mio.

Di sicuro è vera una cosa: c'è il tentativo di un approccio nuovo e diverso ai lavori ed ai trattamenti odontoiatrici, non so quali sviluppi potrà avere ma già oggi chi si avvicina alla kinesiologia applicata, all'osteopatia, alla pedana stabilometrica e alla kinesiografia lo fa rendendosi conto che esiste una grossa differenza tra l'odontoiatria ricostruttiva/estetica e quella riabilitativa.

E di sicuro il dilemma è se:

A)-Ottimizzare e funzionalizzare

b) -Correggere e rifunzionalizzare

Iniziamo però ad eliminare come oggetto del contendere manufatti grossolanamente malfatti (senza cuspidi, a cuspidi palatali nel vuoto, dimensione e forma senza un minimo di criterio). A proposito

di forma (piccola digressione) Sardi è stato il primo che ho sentito a farmi riflettere anche sulla dimensione dei manufatti protesici (anche il singolo dente) e di come si possano cambiare le dinamiche muscolari non rispettandole. Lo so, è banale..... col senno di poi.

Sul rapporto odontotecnico e dentista non vorrei entrare in conflitto d'interessi ma credo sia una delle cause (non l'unica, sia ben chiaro) del troppo lento progredire verso l'odontoiatria riabilitativa. Mi sento di condividere quanto espresso dall'autore del post.

Ma dovrebbero essere i pazienti e le associazioni di consumatori a rendersi conto della cosa e pretendere un cambiamento in questo senso.

Perchè non è sicuramente un controllo occasionale od un intervento d'emergenza che da all'odontotecnico la capacità di operare anche sul paziente quanto un rapporto più stretto col professionista dove quotidianamente si hanno verifiche, conferme o smentite di quanto si produce in laboratorio.

Da qui un'altra considerazione banale:

Ognuno cerca di sviluppare un proprio miglioramento a partire da quello che ha a disposizione.

Un odontotecnico ha i modelli, il paziente non lo vede, le sue linee gli sono oscure. Del come si comporti una mandibola in apertura e chiusura e del possibile sbilanciamento tanto meno.

E' quindi normale che proprio sui modelli si cerchino i contatti abrasivi, le inclinazioni, le mediane, l'analisi delle curve, i recessi gengivali, le estrusioni, le inclinazioni, i diastemi e le beanze che ci possono portare ad una parziale analisi della funzione.

Le asimmetrie di forma nel palato possono indicare una lingua che funziona differentemente, un emiarcata che lavora in verticalità mentre l'altra in lateralità (eh sì, non tutte due le emiarcate si comportano sempre allo stesso modo) ed hanno quindi delle curve differenti ed un rapporto canino diverso, una malfunzione, una sindrome.... e chi più ne ha più ne metta.

Per quanto riguarda **l'articolatore** perfettamente d'accordo.

Ha dei limiti che devono essere compensati nella ricerca della corretta occlusione trasferita poi con delle cere e con una corretta rettifica in bocca.

Non c'è altra via.

Sulla corretta conformazione (**accuratezza morfologica e costruttiva**) delle cuspidi e delle protesi in genere ho una mia teoria.

Se un bite ha la capacità di mantenere in stato di benessere, bilanciato e senza sofferenze un paziente anzi in una situazione riabilitativa, lo ha pure una protesi di primo acchito malfatta.

Mi spiego: considero la posizione, l'occlusione in cui viene costruita a farla da padrone. Se questa è giusta e se sono osservate poche regole (posso riconoscere le vostre) non ci sono problemi.

Alla prossima

la corretta occlusione...la corretta rettifica...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 20/04/10 21:34

Corretta in che senso ?

il termine corretto è usato a volte a sproposito come il termine scientifico...

tutto quello che sembra corretto puo' invece essere sbagliato...
tutto quello che è presentato come scientifico puo' invece essere ben lontano dalla scienza...
mi spaventano i discorsi improntati all'ottimismo o a concetti vaghi che vorrebbero rassicurare e invece spaventano per la loro superficialità...non sto alludendo alle sue affermazioni, Paolo ...mi sto riferendo ai discorsi che vengono fatti nei Congressi ove di tutto si parla, dando per sicure certe terapie, quando poi a fatti ci si accorge che il relatore è maloccluso e non sa di esserlo...e quindi non sapendo autovalutarsi non puo' ovviamente distinguere sul paziente i segni di uno sbilanciamento di mandibola né leggere i contatti di un calco in gesso...
ho le prove di quanto dico...ho sperimentato l'approssimazione di chi opera ai livelli piu' alti...e ai Convegni ai quali ho partecipato ho visto i presenti applaudire Gnatologi che hanno parlato per giorni di tutto fuorché di denti...e li applaudivano pur non avendo capito da che lato iniziare il lavoro sul paziente, non avendo ricevuto informazioni su come osservarne lo sbilanciamento...

queste sono le cose importanti da suggerire e da spiegare...tutto il resto, P.S. incluso, sono chiacchiere tra ciechi...perché all'atto pratico non insegnano niente, confondono...sono un pastrocchio nel quale sguazzare dandosi arie da pionieri...bisogna dare dritte precise...essere seri...non girare attorno al problema come un cane attorno all'osso...

forse i Medici non hanno ancora chiaro il concetto di bilanciamento secondo Appim...e neppure posseggono un metodo di controllo dello stesso...
non voglio continuare a ripetermi, ma la nostra serietà nel suggerire metodiche di controllo, regole di occlusione, test muscolari e altri accorgimenti utili è una manna per una categoria che non se la merita proprio...

Autore: [Stefano](#) (79.31.8.---)

Data: 20/04/10 23:28

Dice Paolo:

Mi spiego: considero la posizione, l'occlusione in cui viene costruita a farla da padrone.
Se questa è giusta e se sono osservate poche regole (posso riconoscere le vostre) non ci sono problemi.

Innanzitutto va chiarita la tipologia di paziente che hai di fronte.

Persone che accettano una ciabatta in bocca come congrua non fanno testo (esistono dio li benedica e li conservi ,ma sono i testimonials che consentono ai medici odontoiatri di formulare l'ipotesi del disfunzionale come anomalia...)

Persone (e sono tante) che per varie ragioni escono dal range di tollerabilità di eventuali errori occlusali non si accontentano di affermazioni di questo tipo riportate da Paolo.

vanno ad analizzare dettagliatamente le sue parole..

facciamolo:

Paolo considera la POSIZIONE in cui viene costruita l'occlusione a farla da padrona..

Innanzitutto la gnatologia degli ultimi 50 anni si basa sulla diatriba confusionale di quale sia la giusta posizione (rest-position?-posizione di riferimento? relazione centrica con manovra Dawson?)

relazione centrica senza forzature? mioentrica? ecc ecc...Ce n'e' da fare biblioteche su queste concetti ancora IRRISOLTI).

Secondo :se Paolo accetta una **impostazione di tipo neuromuscolare** deve per forza accettare come componente essenziale non solo il ruolo muscolare il che e' ovvio ma anche la componente DINAMICA della funzione oclusale..

Ovvero deve riconoscere che la posizione di riferimento e' una primissima componente per trovare la quadra..

Anch'io ragionavo come lui...essendo protesizzato...

trovare l'asse muscolare e la posizione di riferimento della mandibola e impostare l'occlusione con un articolatore e' un gioco da ragazzi..

BALLE.

E' pura semplificazione.

Ma Paolo per la verita' ammette che l'articolatore non e' in grado di riprodurre ecc ecc e che dunque e' richiesto per lo piu' un adattamento successivo in bocca da parte del dentista..

Ora..QUALI dentisti e su quali coordinate sono in grado di farlo?

Questa e' la domanda.

Ammettesse Paolo la oggettiva impreparazione a fare questo lavoro che e' il punto chiave di tutta la terapia.

Ammettesse che di formulazioni filosofiche ne e' piena la gnatologia piu' o meno alternativa.

E io ammetterò che **Sardi ,che Planas che jankelson** hanno avuto intuizioni certamente geniali ma che siamo a una primissima fase di applicazione delle loro ricerche..

che manca completamente l'aspetto applicativo su coordinate realistiche,che mancano protocolli manuali di intervento in bocca desunti non da testi ma da esclusive sensazioni che solo il paziente puo' dare e che il dentista deve saper interpretare.

Appim ha principalmente la funzione di riportare il problema ad una analisi che deve forzatamente essere soggettiva, caratterizzata dallo specifico sensoriale del paziente.

la scommessa e' che l'autobilanciamento divenga un bilanciamento guidato dal paziente al medico, negli Studi..

Ma occorre ai dentisti un bagno di modestia e una capacita' applicativa per farlo,che' e' un ribaltamento epocale del 'punto di vista' operativo e terapeutico.

Sardi ha bellissime parole sul paziente e sulla dignita' del paziente e sulla giusta sua pretesa di non ricevere cure invasive,costose,non verificate...

E io lo apprezzo per questo.

ma occorre davvero altro.

Occorre una formazione di dentisti che si separino NETTAMENTE dall'approccio operativo attuale.

Occorre una ABIURA per intenderci di categoria!

E questo nessuno per ora,pioniere o meno lo ha fatto!

Per cui non scassiamoci le balle con questioni di complessita' e di filosofia dentale,riguardo a Sardi come se questi parametri fossero di per se un valore.

Il valore sta nella semplicita' e nell'esecuzione su coordinate terapeutiche semplici e intuitive eabbordabili e finalmente vincenti e di massa.

Io ho fatto TUTTE le diagnostiche e metodiche possibili.

Ho portato bite ignobili, ne ho fatte di tutti i colori.

Posso vedere uno spiraglio principalmente per merito mio, per avere progressivamente sgrossato la cazzuta protesina da ogni coordinata oclusale che non sentivo mia..

E questo cozzando abbondantemente con diagnostiche strumentali che dicevano il contrario..

secondariamente per avere nei momenti di empassa avuto sempre una verifica schietta col mio dentista ,che ti assicuro avra' certamente maturato i suoi convincimenti lavorando su di me,essendo persona intelligente e aperta.

Il fatto e' che per un dentista anche bravo uscire dalla sua diagnostica e terapia e' sempre un atto paurosamente contraddittorio!

ma e' cosi' che uno diventa un dentista con le palle.

Ora, mancano non dico i dentisti con le palle, ma mancano i dentisti con protocolli diversificati. E la diversificazione E' La terapia essendo ogni paziente a se..

Sardi fa la solita filippica piu' o meno velata sui danni della gnatologia classica..

Ma anche **Jankelson** faceva lo stesso..

Luksich faceva lo stesso..

Gerber faceva lo stesso...

Lo stesso **Slacvicek**....

Tutti si scagliano contro la gnatologia classica per acquisire meriti che poi sul campo vanno tutti verificati..

Il mio apprezzamento va sicuramente alle nuove linee metodologiche che tutti sti signori pongono.. ma si ferma li!

manca completamente un protocollo applicativo in bocca,una manualita' e un protocollo di intervento manuale..

O meglio il protocollo applicativo e' quello di cinquantanni fa anche se le diagnostiche e le terapie e le teorie sono di nuovissima concezione.

E' che sti signori ragionano benissimo ma quando si tratta DAVVERo di operare sul paziente in BOCCA ,in modo certosino ,abbandonando le catene di montaggio e la dependance dell'odontotecnico collegato e degli articolatori col cavolo che sono disponibili..

TUTTI i dentisti ormai riconoscono il rapporto muscoli-occlusione!

Anche i piu' retrivi si sono adeguati con osteopata e quantaltro in studio..

Ma NESSUNO davvero fa propria le linee guida delle nuove teorie nell'operativita'.

Continuano su nuove basi teoriche a ricercare metodi applicativi che siano standardizzabili..come i vecchi..

continuano a cercare la grana.

Nessuno che lavori come un orefice ,o come un orologiaio, o come un restauratore..con precisione,dedizione,attenzione al dettaglio,tempo.

eppure i dentai sono strapagati come e di piu' di queste categorie professionali citate!

Per cui non diciamo cazzate ..rimane piu' valido un professionista che dedichi il suo tempo che un luminare con una diagnostica della madonna e orari di lavoro blindati tipo un paziente ogni venti minuti..

Cosi si fa la grana,non si fa il medico...

Che poi si pretenda ,come fa Paolo,che ci sia una sollevazione popolare per rilanciare il ruolo dell'odontotecnico secondo coordinate di operativita' nuove,parallele e completari a quelle del dentista fa solo ridere..

Non si riescono a scalzare le peggiori brutture della casta odontoiatrica figuriamoci con quali prospettive intraprendere rivendicazioni sociali a favore degli odontotecnici...

La verita' e' che c'e' SIA una oggettiva schiavizzazione dell'odontotecnico da parte del dentista ai livelli bassi sia una oggettiva connivenza e spartizione del bottino avanzando nei livelli professionali..

vedetevela tra voi,insomma...

La verita' e' che va riconosciuta una patologia disfunzionale.

Va riconosciuta la totale mancanza del SSN verso i pazienti disfunzionali.

Va riconosciuta l'ambiguita' con cui operatori terapeutici dei disfunzionali si muovono.

Vanno riconosciute le menomazioni che dentisti effettuano quotidianamente su pazienti ignari, che non sono forse percepibili all'istante ma che si sviluppano in tempi piu' o meno brevi...

va riconosciuta al paziente la possibiita' di agire SUL DENTISTA ANCHE A distanza di tempo visto che la sintomatologia si sviluppa con tempistiche differenziate..va riconosciuto il rapporto

causa-effetto anche su tempi lunghi.

Insomma come dice **Sardi** occorre creare un nuovo paradigma ma su basi realistiche e non filosofiche o teoriche.

Dunque ci sono problemi terapeutici che si collegano a problemi sociali, economici, di diritto .

Se si individuano e si mettono paletti sugli errori terapeutici e le patologie correlate a cascata crolla tutta l'impunita' di cui la classe odontoiatrica da anni

gode a qualsiasi livello.

altro che balle.

le patologie correlate....

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 20/04/10 23:51

Se la popolazione, che soffre dei disturbi che sappiamo dipendere dallo sbilanciamento, venisse informata che deve ringraziare il Dentista per i problemi di cui soffre, vedremmo eserciti di pazienti con il forcone in mano rincorrere eserciti di Dentisti in fuga

uno sparisce due giorni

Autore: [Stefano](#) (79.31.8.---)

Data: 20/04/10 21:54

"Sulla corretta conformazione (accuratezza morfologica e costruttiva) delle cuspidi e delle protesi in genere ho una mia teoria.

Se un bite ha la capacità di mantenere in stato di benessere, bilanciato e senza sofferenze un paziente anzi in una situazione riabilitativa, lo ha pure una protesi di primo acchito malfatta."

No.Scordatela la tua teoria dai retta..

I sintomi di una protesi malfatta si colgono pienamente dopo tre quattro mesi a volte un anno..Quando il paziente ha saldato il dentista e quando il dentista ha saldato te. ecco perche' puoi fare queste affermazioni..

Un disfunzionale poi ..una incongruita' protesica la sente al primo tap tap..

Ah Paolo Paolo..che delusione...

<http://forum.appim.it/read.php?3,16107,16142#msg-16142>

~~~~

Capire Sardi attraverso i SUOI documenti pdf...

Autore: [Stefano](#) (79.31.8.---)

Data: 21/04/10 22:35

Capire Sardi senza tante menate?

Si va qui:

**[www.paolosardi-squadraturafunzionale.it](http://www.paolosardi-squadraturafunzionale.it)**

Quando si e' sulla home page cliccare su conferenze e ci sono i documenti scaricabili...

Si scarica il documento pdf n.6: Correlazione tra fisiologia cranica individuale e piani di orizzontalità, Francoforte e Camper [7 Mb]

Il documento e' CHIARISSIMO..e scritto alla grande..

Leggere attentamente.

---



Sono pochi passaggi: si parte dalla contestazione del piano di francoforte come linea di orizzontalità'..

Dalla contestazione del piano di camper come parallelo al piano oclusale..

Da qui sardi sviluppa la sua teoria SEMPLICISSIMA da capire .

Condivisibile o meno .

Di sicuro di difficile contestazione almeno sul piano teorico.

Se qualcuno lo legge POI si puo' entrare nel merito della questione .

Inviterei anche Paolo l'odonto con tutto il rispetto a leggerlo.

Non capisco cosa ci veda di trascendentale e complesso...

Se poi si vogliono analizzare i procedimenti di squadratura si passi agli altri pdf...

E' tutto scritto per essere capito, nulla di trascendentale...

Molto, ma molto interessante, a prescindere dalle opinioni vale assolutamente la lettura..

---

L'orizzontalità delle superfici oclusali...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 21/04/10 23:15

Non so Stefano se hai visto i disegni sull'orizzontalità delle superfici oclusali..

praticamente due arcate che si appoggiano una sull'altra senza alcuna curva di Spee, senza possibilità di guida incisiva e di guida canina...

Io lo trovo un discorso campato in aria..assolutamente improponibile, superficiale...dimmi tu come puo' un maloccluso avere denti in simmetria senza che vi sia stata necessità di rialzare o di allungare i denti maggiormente da un lato per ovviare allo sbilanciamento ...

mi piacerebbe partecipare ad un Corso di S. a Milano...

P.S. non sono riuscita ad aprire gli allegati nel settore Conferenze...mi dà file danneggiato...

---

L'orizzontalità delle superfici oclusali...

Autore: [Stefano](#) (87.6.95.---)

Data: 22/04/10 20:22

Ti dico cosa ho capito io..

Lui dice che se il piano oclusale e' dettato dall'angolo del **piano di camper** a cui e' perallelo .e se l'angolo di camper ( di tot gradi.non ricordo..10-15..) e' desunto dal **piano di francoforte** ,e se il piano di francoforte NON E' come sostenuto finora dalla gnatologia il piano orizzontale reale della traguardazione visiva (usa un altro termine piu' specifico che non ricordo.) trasferire con una arco facciale i riferimenti cefalometrici basati su un francoforte scorretto su articolatore sara' fallimentare..

La linea dello sguardo non e' la linea di francoforte dice cioe' Sardi.

La linea dello sguardo lui dice e' FUNZIONE delle vertebre C=C1-C2-C3 e varia con il loro posizionamento dinamico in modo individuale di tot gradi individualmente..

Il tracciamento dell'inclinazione del piano oclusale la cui desunzione ha come base di partenza di riferimento l'orizzontalità' ipotetica del piano di francoforte va a farsi benedire...se il piano orizzontale non corrisponde alla linea dello sguardo ma devia di 4-5°...

Inoltre nelle emiarcate ,dice vi sono piani differenziati! in caso di sbilanciamento ( e qui sarai certamente d'accordo)..E vanno assolutamente identificati e riprodotti!

Di fatto Sardi rispetto a te dice: la situazione vertebrale cervicale personale va individuata e tal quale (a parte alcune patologie che vanno trattate precedentemente) identificata come non patologica ,ma funzionale SE si adatta il piano oclusale a quella situazione ..

---

Tu dici.. (schematizzando abbondantemente,in reata' non sei cosi' rigida..) che situazioni patologiche della cervicale vengono corrette da ripristino di congrue occlusioni. Sardi funzionalizza l'esistente vertebrale cervicale assecondando l'occlusione alla situazione.. Tu teorizzi una correzione dell'esistente patologico vertebrale attraverso l'occlusione corretta. A grandi linee e tanto per buttarla li..quindi non sto facendo la 'squadatura' nessuno .) Comunque il discorso della squadatura dei modelli e' solo diagnostico.. Poi Sardi imposta curve di spee.... e svncoli ecc ecc..ovviamente... Anch'io vorrei partecipare al convegno, andiamoci assieme..cosi' vengo a Milano e mi dai una occhiata in bocca. Per la verita' Sardi a naso non mi sta antipatico e colgo molte corrispondenze col tuo approccio..almeno prende in considerazione la individuazione e la correzione di uno sbilanciamento buttando un po in aria le carte del solito sistema di trasferimento su articolatore... Per la verita' come operi sui denti poi alla fine e' tutto un mistero... Sara' che io rapporto ogni cosa alla mia situazione e vedo tutto in termini di costruzione di manufatti... Almeno per la costruzione di protesi il ragionamento di Sardi sembra piu' sensato di molti altri .. Di fatto e' un protesista e il suo ragionamento e' molto da protesista... Sull'applicazione in chi ha denti propri davvero non vedo come possa agire.. Anche ammesso individui lo sbilanciamento ,tutte le guide,gli stop ,gli svncoli... chi li calibra secondo coordinate muscolari individuali? Di tu qualcosa se hai informazioni e testimonianze dirette...

---

### **Devo documentarmi prima di parlare di Sardi...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 22/04/10 21:52

Non ho esperienza diretta mia o di altri...soltanto sono rimasta sconcertata dal fatto che niente dimostra che P.S. sappia valutare lo sbilanciamento della mandibola...ovvero che non veda le asimmetrie muscolari del viso...almeno mi pare che non ne parli mai...e che non pensi mai di dover spessorare in modo asimmetrico una dentatura o una protesi per far sì che i contatti siano contemporanei sui due lati...non usa i test muscolari...e come fa allora a far raddrizzare la schiena e il collo al paziente ?

spessorare in modo asimmetrico rappresenta un passo terapeutico fondamentale, visto che l'esistenza di un primo contatto è la norma nelle verifiche a muscolatura in tensione...e i che la malocclusione agisce in modo obliquo facendo diventare sempre piu' basso il lato dentario. basso...stortando sempre piu' la bocca e la schiena negli anni...non succede mai il contrario...non è l'abrasione che bilancia la mandibola...l'abrasione dei denti o delle protesi nasce dagli effetti leva da sbilanciamento proprio sul lato basso, visto che la muscolatura è immobile e non si contrae sul lato alto...e non potrebbe essere altrimenti...gli scivolamenti e le contrazioni dei masseteri avvengono ove manca spessore...non ove ne esiste...

del metodo Sardi ne parlerò appena riuscirò a capire qualcosa...per ora i tracciati del viso (Camper e Francoforte, utilizzati anche da Jankelson) secondo me sono un sistema arcaico da aspiranti stregonii...

---

Autore: [Stefano](#) (87.6.95.---)

Data: 22/04/10 19:16

confermo che la sua teoria parte dalla contestazione del piano di francoforte come dima di orizzantilita'.

da qui la sconfessione del camper come parallelo al piano occusale..

Da qui la corrispondenza tra orizzontalita' dello sguardo -piano di francoforte-piano occusale dettato da coordinate specificatamente verbrali (atlante-epistrofeo-c3)

Da qui l'individuazione delle patologie vertebrali del cervicale come BASE di trattamento individuale per l'impostazione del piano occusale.

Da qui la squadratura secondo i paramtri descritti di posizione funzionale...

Insomma e' tutto molto semplice..

Anche per un neofita quale io sono.

Neofita , ma che non si fa intimorire da letture tenciche anche complesse, prendendosi il suo tempo di studio e riflessione per metabolizzarle..

Brillantemente semplice ropeto la Teoria di Sardi, come deve essere una teoria non confusa e direttamente operativa..

Paolo imputa a Sardi una complessita' che lui stesso disconosce nel suo sito.

Imputandogli una difficolta' didattica assolutamente falsa dal momento che si e' fatto il mazzo per creare un sito di consultazione e didattica attraverso bei documenti esplicativi e PUBBLICI e non per addetti ai lavori...

### **Sardi e' ampiamente didattico.**

Il suo sito e' notevole.

C'e' tutto ,ben esposto,ben visibile,senza alcuna ambiguita'.

Questo conferma non la bonta' del suo metodo,(che' io non l'ho provato e ho l'abitudine di parlare solo di esperienze dirette in tema di terapia in un Forum frequentato da persone che di chiacchiere ne hanno sentite fin troppe a loro spese..) ) ma di sicuro conferma la validita' teorica del suo ragionamento e che non ciurla nel manico e non si muove con ambiguita'.

Molto diretto ed esplicativo.

Le stesse ragioni per cui apprezzo Adriana ,quando parla del suo metodo senza ambiguita' e in modo semplice ma non semplicistico.

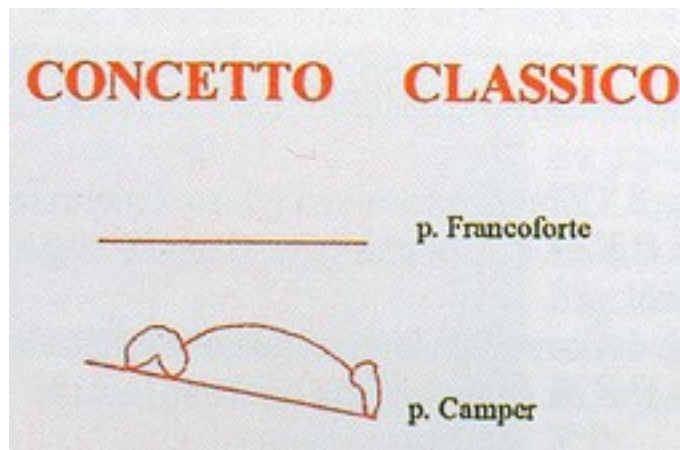
Apprezzerai anche te se parlassi del TUO lavoro in modo altrettanto diretto ,didattico e non ambiguo...

Se ti sottrai alla discussione adesso ,che e' sugli aspetti tecnici del metodo Sardi dopo che ci siamo un po' documentati per poter sostenere un confronto con un professionista del settore,quale di fatto sei, e dunque davvero la discussione puo' farsi interessante e produttiva per tutti .

Semplicemente non ho preso per buone le tue affermazioni positive su realta' terapeutiche ,di cui dici di non poter parlare perche' troppo complesse, senza prima andare a verificare..

Io ,dopo essermi documentato non le ritengo troppo complesse per discuterne.

Se Paolo le ritieni tali , ed è un addetto ai lavori, forse il problema non e' nella complessita' ma nella tua capacita' di apprendimento..



### **Sulle terze classi di Sardi secondo Pailo, tecnico ortodontico**

preferisco, l'integrazione è lunga a venire e spesso la mia condizione mi fa cancellare testi già pronti ma che potrebbero rivelarsi "diagnostici", cosa che non mi spetta e che non mancano mai di rimarcare.

Non voglio comunque fare diagnosi, lavoro in laboratorio, solo condividere qualche riflessione

La tecnica SFS mi affascina, trovo che ci siano delle ottime riflessioni, degli spunti notevoli che in alcuni casi sbloccano situazioni difficilmente risolvibili ma... mi rimangono dei dubbi inevasi dallo stesso Sardi.

Ai suoi corsi (due per la verità, all'incirca nel 2002) non ho visto casi trattati, la terza classe "falsa" che fa vedere nel suo filmato vorrei vederla risolta, vorrei avere dei modelli in chiusura abituale

(non teorica) dopo il trattamento... ma è reticente su questo punto.

Questo tipo di critiche vengono recepite da lui ed il suo staff come un attacco personale e mi sono trovato in situazioni imbarazzanti. Rimane comunque un metodo con cui confrontarsi, riflettere.

Però due o tre consigli te li posso dare:

I suoi lavori prendono spunto da convinzioni osteopatiche, è stato ospite dei loro congressi e non si dovrebbe fare questo "tragitto" senza una monitoraggio costante da parte di questi professionisti, lo dice anche ai suoi corsi.

2) chiarire se lsi tratta è una falsa III classe o se è scheletrica.

Una delle cose che non mi piacevano e che continuano a non piacermi del metodo SFS è di tagliare i modelli sempre con rapporto molare di I classe, come se le II o III scheletriche non esistessero.

Punto. E non è molto difficile capirlo, si fa una radiografia latero laterale destra si fa il tracciato si misura la mandibola e le idee sono chiare.

----

Dunque, Sardi ha una filosofia interessante e che come vedi apprezzo ma che si incaglia a mio modo di vedere nell'attuazione pratica.

Se hai un'asimmetria scheletrica secondo me il suo castello di carte cade, inutile tagliare i modelli in occlusione ideale.

Per cui vengono costruiti bite che magari toccano un solo dente e vanno bene, riportando la mandibola pian piano ad un occlusione che ritorna fisiologica ed altri che con le stesse caratteristiche non funzionano, fanno danni.

Come riconoscere le due diverse situazioni? Qui casca l'asino, nessuno lo capisce. Forse solo Sardi, ma dubito che si pigli anche lui delle belle cantonate.

Un sistema, una filosofia, fin quando non ha un grado di sviluppo tale da dimostrarsi efficace sotto molteplici aspetti deve essere presa come un mezzo in più, non come un dogma assoluto.

Un pò quello che succede anche con Adriana secondo me.

Autore: [Stefano](#) (79.31.51.---)

Data: 26/04/10 22:59

### **Proposta**

Creare una rete ampia e **un collegamento con altre metodiche alternative** e non convenzionali (Sardi, Planas, ecc) sebbene da pazienti e da non addetti ai lavori puo' portare un grosso contributo sia alla Ricerca che costoro comunque svolgono in un ambito parallelo e spesso non riconosciuto dell'odontoiatria che a portare nuovi sviluppi e applicazioni del metodo Appim.

Io mi do disponibile da subito a propormi in questa chiave..  
Se tu fai altrettanto e ognuno fa la sua parte credo che si possa ragionevolmente in tempi brevissimi dare una nuova impronta al Forum e percepire una maturazione individuale e collettiva che certamente in questi mesi (anni ormai) c'e' stata ed e' patrimonio comune che non va disperso.

Strumenti-Diagnosi-verifica - e il paziente? perchè deve sempre pagare?

Stefano scrive:

## Ho testato personalmente la scarsa corrispondenza tra diagnostica strumentale e risultato finale .

Personalmente non rifarei lo stesso percorso neanche mi fosse proposto gratuitamente da un ipotetico SSN per ora latitante..

Sulla **cefalometria** ..: E' un apparentemente innocuo esame ..

Ma un errore di partenza ,probabile se eseguito da tecnici inesperti (odontotecnici spesso e volentieri) determina in sequenza un esponenziale cascata di errori ,tali da rendere la metodica di livello scientifico lombrosiano..)

Se un medico si basa su una cefalometria per impostare un lavoro che non riesce a leggere in bocca del paziente o tramite i riferimenti muscolari riferiti dal paziente o valutabili attraverso la palpazione o metodiche di bassissima invasività (bite) ,se per ovviare ad una impreparazione del suo specifico che dovrebbe essere di tipo oclusale imposta il lavoro su parametri articolari e di rapporti articolari...se oltretutto tali rapporti non si basano su analisi di tipo posturale e di corrispondenza muscolare ma sono **elaborazioni computerizzate desunte da tracciati con punti di riferimento anatomici del tutto NON TESTATI,DISCORDANTI,MAI UNIVOCAMENTE ACCETTATI,SEMPRE OGGETTO DI CONTROVERSIE E SEMPRE SOGGETTI A 'REVISIONI' PERIODICHE secondo i tiramenti di culo delle varie scuole gnatologiche** ...beh ,parliamoci chiaro...le possibilità di recupero funzionale (perche' questo e' quello che il paziente chiede) si riducono al lumicino...

Personalmente avendo fatto cefalometrie condilografie e axiografie a ripetizione posso affermare con certezza che:

- 1).In caso di totale perdita di riferimenti oclusali CREANO a tavolino comunque una accettabile situazione di ripristino di tipo 'anatomico' dell'occlusione..
- 2).Che tale ripristino ha una sua efficacia anche nell'attenuazione della sintomatologia..
- 3).Che non portano mai ad una scomparsa totale della sintomatologia ,indice di uno squilibrio funzionale irrisolto.
- 4).Che una ottimizzazione successiva (in bocca) viene ostacolata dalla stessa diagnostica precedente che continua ad essere presa come riferimento ad oltranza ..e dalla esecuzione di manufatti costruiti con metodiche di rapporti oclusali fisiologici esclusivamente per l'articolatore e l'esecuzione del Laboratorio non certo per le catene muscolari del paziente..

**Chissa perche' viene chiesto al paziente di non mettere in gioco le sue proprie sensazioni a scapito di una diagnostica e poi risultata questa inefficace il dentista**

**CHIEDE per togliersi dal casino allo stesso paziente informazioni propriocettive che egli stesso ha contribuito ad annientare ritenendole inizialmente FUORVIANTI ?**

Questa e' la domanda da porsi...

Tutti fanno gli sboroni all'inizio terapia,affascinati piu' che mai dalla 'gravita' del problema! Gravita' che anzi stupidamente tendono a ipertrofizzare per imporre e giustificare diagnostiche strumentali costosissime..

C'e' un approccio assolutamente ingiustificato ...

**Nessuna lettura iniziale su parametri muscolari, su semplici letture di calchi,su 'banali' interventi di simulazione con rialzi e spessoramenti..**

Macche'!

**Valangate di diagnostica strumentale ,di letture di inclinazioni di eminenze,di rapporti condilari anatomici,di tracciati di morfologia cranio-mandibolare...**

NON un solo test muscolare....non una sola diagnostica basata su rilevazioni visive ,su corrispondenze posturali,su correlazioni muscolari...

O sull'ascolto minuzioso di cio' che il paziente riferisce ..

Cio' che tu in modo 'ragionevole' racconti sono le cose che raccontavo io da buon positivista fiducioso nella Medicina e nella Scienza.

Solo che quella Otorinolaringoiatrica non e' una branca della Medicina..

E' una volgarissima parodia .

Ci vuol tempo a capirlo..

La diagnostica strumentale non e' un supporto come dovrebbe essere ma e' semplicemente il braccio esecutivo del dentista..

Essendo rilevazioni strumentali rientrano in protocolli legalmente riconosciuti dalla comunita' scientifica.

Vengono usati questi protocolli acriticamente per pararsi il culo da qualsiasi recriminazione del paziente..

Uscire da questi protocolli significa per il dentista esporsi personalmente..

Ecco perche' nessun dentista sconfessera' mai la sua diagnostica strumentale anche quando palesemente porta risultati discordanti dal benessere del paziente.

Potra' sempre dire:

Il Metodo funziona e' il paziente che non funziona... ..

Questo a grandi linee...

C'e' da chiedersi:

Ma allora la diagnostica strumentale non serve?

Dipende dall'uso che ne fa il dentista...

**Se e' un buon dentista non sara' mai la diagnostica utilizzata come parametro di riferimento ma utilizzata per CONFERMARE una intuizione diagnostica desunta da parametri oggettivi (neuromuscolari e visivi)..**

Esistono medici che lavorano in tal senso?

MA COME? TUTTI lavorano in tal senso!!!!

A chiacchiere.

Le corrispondenze tra muscoli e occlusione le conoscono attraverso corsi o stages da week end o attraverso articoli all'avanguardia di 'dentista moderno'

o in qualche sito web da addetti ai lavori ..

Ho utilizzato la password di un amico medico per accedere ad alcuni siti...

Altro che Appim!

Polemiche da bassa lavanderia..

Sconfessioni reciproche...

Insulti e prese per il culo di pazienti o tipologie di pazienti...  
Esistono una decina di baroni che pontificano attraverso pubblicazioni..  
E migliaia di dentisti arrivisti che valutano il carro su cui salire per garantirsi una fetta di torta...  
Attualmente il paziente disfunzionale e' il vero grande business dell'odontoiatria.  
Puo' essere trattato ,legalmente.con almeno una decina di protocolli diversi (quasi sempre discordanti) DA CHIUNQUE..  
Puo' essere rivoltato come un calzino con una impunita' garantita.  
Nascono consulenti esterni come funghi... osteopati consulenti di studio (conniventi) vengono trattati come mezze cartucce da utilizzare per tranquillizzare il paziente.  
Slegati da qualunque analisi o interpolazione che non si vede come potrebbero effettuare essendo i dentisti completamente a digiuno sulle corrispondenze muscolari e gli osteopati ignari dei rapporti occlusali...  
Va' che e' un bel casino altro che balle.  
Di bello c'e' che quando ci sara' la saturazione di terapie del disfunzionale ,quando davvero le persone si incazzeranno ci sara' una bella selezione e forse un intervento della Sanita', formulazione di protocolli possibili,attendibili,non invasivi,economici,ece cc.  
per il momento la parola d'ordine e':  
Bassissimo profilo.  
Interventi semplici,mirati,non invasivi.  
Evitare di rapportare l'efficacia di una terapia in base al suo costo.  
Azzerare qualsiasi intervento in bocca non attinente e specifico al problema attuale .  
Procedere per gradi consequenziali escludendo pianificazioni proiettate in terapie lunghe , nebulose,invasive,costose.  
Non c'e' nulla che non possa essere identificato su un bite.  
E non c'e' nulla che se non identificato su un bite un dentista possa identificare attraverso modificazioni irreversibili.  
PRIMA fammi una diagnosi.  
PRIMA dammi un benessere muscolare e una occlusione corrispondente simulata a costi contenuti su un bite..  
POI proponimi un ventaglio di scelte terapeutiche.  
Per valutarle il paziente deve avere un minimo di benessere psicofisico...  
Imporre terapie costose e a lungo termine ad un paziente sofferente e' criminale.  
Si capisce che non sei sintomatico....  
cambieresti musica e molte tue sicurezze le vedresti tra un dentista e l'altro cadere miseramente.  
Ripeto: Adriana non ti ha dato del pirla ma su sta raffrontando con te in modo assolutamente critico ma costruttivo.  
<http://forum.appim.it/read.php?3,16341,16433#msg-16433>

## **Dobbiamo aiutare i Dentisti a ragionare di bilanciamento...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 27/03/10 20:07



Dobbiamo aiutare i Dentisti a fare diagnosi senza necessità di utilizzare strumentazioni sofisticate e a fare riabilitazione chiedendo la collaborazione del paziente...

dovremo quindi ricominciare utilizzando foto e disegni e illustrando una ad una le manovre muscolari sulle quali si fonda il metodo di controllo dello sbilanciamento mandibolare...

d'ora in avanti chi condivide le nostre teorie □ pregato di impegnarsi su un argomento che gli sia congeniale portandolo avanti con serietà□...

e chi invece contesta il metodo lo faccia con messaggi brevi e ben motivati senza sollevare comunque esagerati dubbi che sono in questa sede assolutamente fuori posto..

---

### **Il sorriso simmetrico di un bilanciato centenario...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 16/04/10 00:44

Proprio simmetrico forse non è del tutto..pero' il sorriso, la postura e l'espressione denotano un buon bilanciamento mandibolare...e i rapporti tra naso e mento danno per scontato la presenza di una bella dentiera che stabilizza il mento senza provocare bruxismo...

e d'altronde se un soggetto si storta negli anni non si puo' intervenire sulle ossa per raddrizzarlo...sono i muscoli contratti che trascinano schiena, gambe, collo e testa in avanti o di lato...

in realtà sulle ossa si puo' intervenire se per ossa si intendono i denti mandibolari...in effetti la mandibola è l'unico osso mobile indipendente del corpo, in quanto collegato alla mascella solo da muscoli e legamenti...e la mandibola influenza la postura del collo e di tutta la catena ...

intervenendo sui denti inferiori, per maggior comodità, con spessori al punto giusto, suggerito dai test, si raddrizza il corpo in modo stabile e la gamba che prima cedeva o sembrava corta si normalizza..

e la spalla bassa si riporta all'altezza dell'altra...e l'occhio basso si riposiziona grazie al capo e al collo che si raddrizzano...

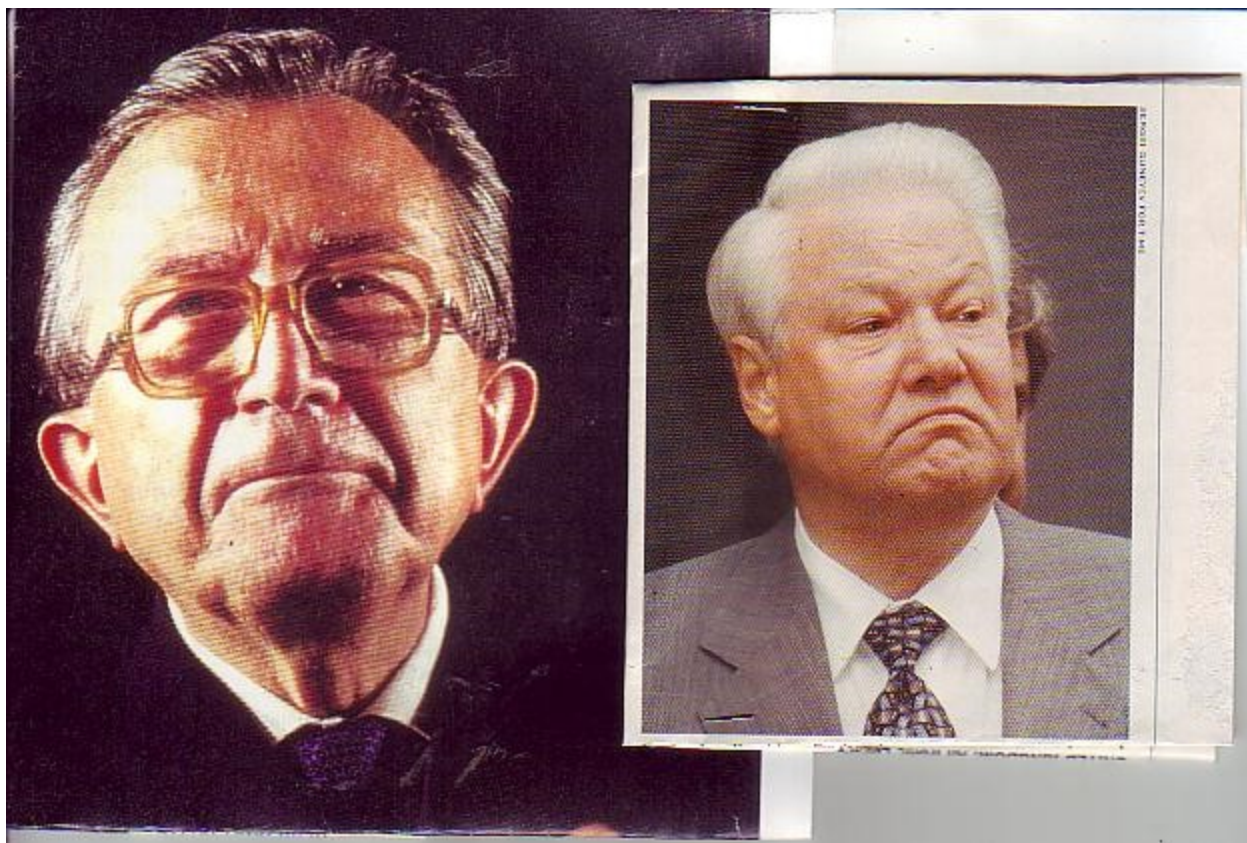
---

quando i denti sono troppo bassi in zona posteriore...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 01/04/10 13:30

Quando i denti posteriori sono troppo bassi rispetto al gruppo frontale oppure quando mancano del tutto, gli angoli delle labbra vanno all'ingiù



e: quando invece rialzando i denti permane sbilanciamento...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 01/04/10 13:41

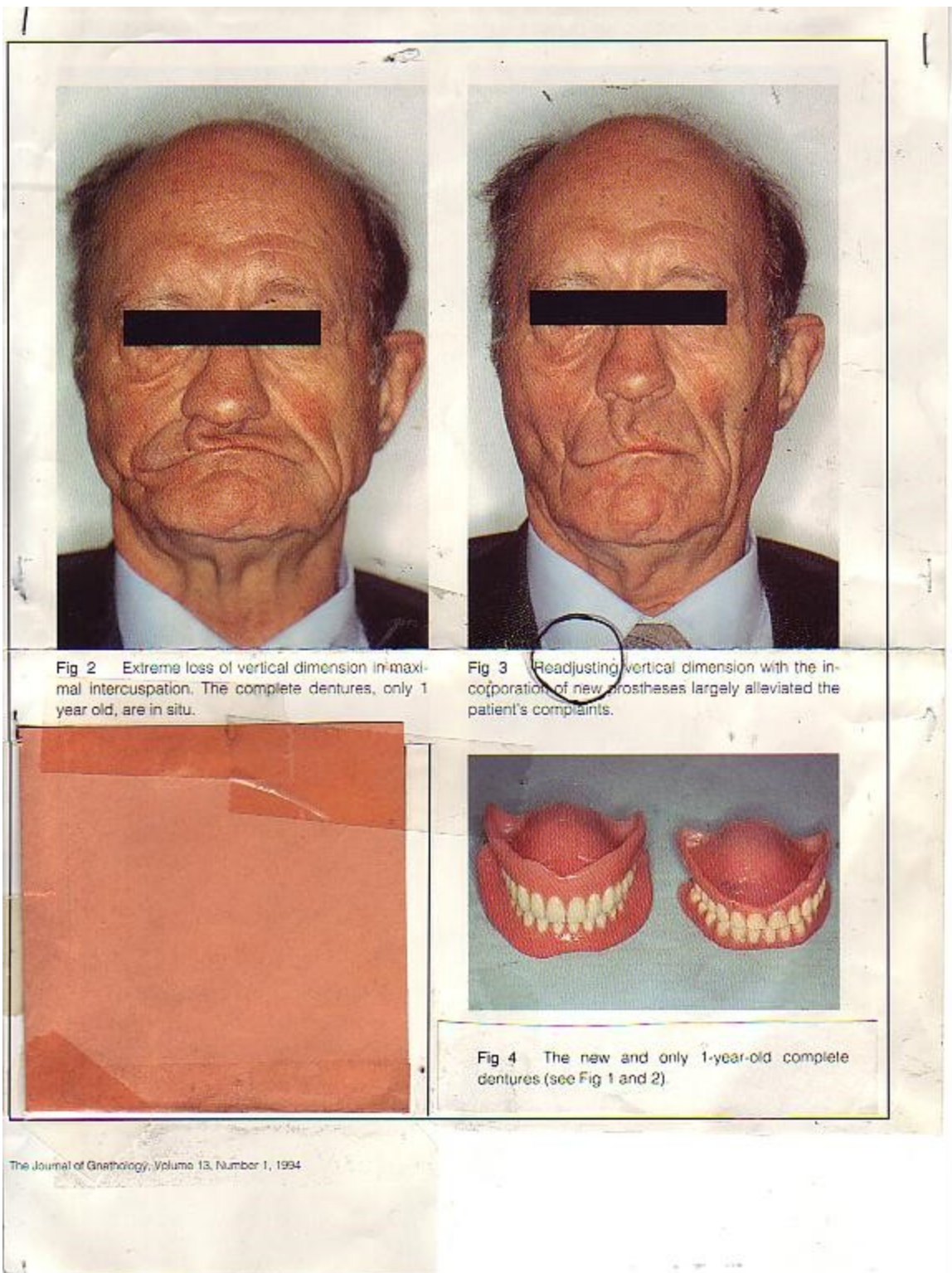
**Non è sufficiente ricostruire le altezze dei denti** e dar loro una simmetria estetica per risolvere uno sbilanciamento di mandibola...

il lato destro del viso del soggetto (fig. 3) presenta il rapporto piu' lungo occhio-labbro rispetto al lato sinistro ..

il rapporto naso/labbra denota un fuori asse della mandibola verso sinistra...

lo sbilanciamento tra i due lati è evidenziato dalla muscolatura non tonica idelle guance causata presumibilmente da un sostegno insufficiente sui molari nonostante i rialzi delle protesi finali.

Re: quando manca spessore in zona destra, le labbra ...



**quando manca spessore in zona destra, le labbra ...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 01/04/10 13:54

Quando manca spessore in zona destra, le labbra si inclinano salendo verso l'orecchio



destro...obbligate a cio' dalla muscolatura della guancia che si contrae per dare ai denti la possibilita di incontrarsi...

e maggiormente inclinate le labbra appaiono quando si ruota il cranio in modo da avere gli occhi lungo una linea orizzontale...

coloro i quali pensano di avere un occhio basso, □ sufficiente che ruotino la testa di tot gradi... come nella foto di Johnny Cash ...

inserendo in bocca degli spessori sul lato destro, le labbra ritorneranno ad essere parallele agli occhi...

sono gli occhi il riferimento essenziale per valutare il tipo di sbilanciamento esistente...

La mano che sostiene la guancia sar□ sempre utilizzata sul lato dentario basso, non certo su quello alto..



## **: come vedere il fuori asse in una mandibola osservando le labbra...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 02/04/10 12:49

Sono le labbra il riferimento da osservare quando si vuol capire se una mandibola □ spostata dall'asse..

il che rappresenta il primo passo da farsi con il paziente seduto di fronte...

se le labbra appaiono nel loro mezzo centrate tra di loro, qualsiasi sia la loro inclinazione e le diversità □ di spessore, non può esistere il sospetto di mandibola deviata o fuori asse o comunque laterodeviata rispetto alla mascella...

intanto non bisogna usare il termine laterodeviata in presenza solo di uno sbilanciamento tra lato destro e lato sinistro

il che obbliga il collo e il cranio ad inclinarsi di lato nell'atto di stringere i denti...

la laterodeviata indica un reale spostamento rispetto alla mascella-cranio..

e non uno sbilanciamento che comunque □ sempre presente e contemporaneo...

facciamo un esempio pratico -

chi presenta il centro del labbro inferiore spostato verso sinistra (vedi foto allegata) rispetto al centro del labbro superiore che □ inamovibile e fisso,

dovr□ riposizionarsi sulle resine morbide del bite inferiore forzando la mandibola verso destra, suo lato alto..

dopo di che per sostenere la torsione dovr□ spessorare la zona che non contatter□ piu', ovvero il lato basso, ovvero la zona sinistra per bilanciare tra di loro le due emiarcate...

chi ha la mandibola spostata dall'asse normalmente non può masticare sul lato alto (lato destro della foto) ma masticher□ sempre sul lato sinistro ove scivola intercuspидando...masticare sul lato alto (destro) richiederebbe uno sforzo sgradevole, comunque della durata di pochi minuti...

osservare la punta del mento □ altrettanto inutile in quanto sono le labbra a meritare attenzione...la punta o la forma del mento sono in vari casi poco attendibili per lievi malformazioni dell'osso ...



**vediamo la postura di chi non ha denti in bocca e ...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 08/04/10 21:50

Chi non ha denti in bocca non puo' serrare le arcate, perché i legamenti dei condili glielo impediscono...quindi interpone la lingua sostenendosi sul palato oppure rimane a bocca semiaperta contraendo ritmicamente guance e labbra...



I condili malposizionati ostacolano e danneggiano i collegamenti articolari, nervosi, venosi tra testa e collo, creando compressioni a distanza.



Un caso di edentulia totale, contemporanea a contratture di vario tipo

7:

**vediamo l'atteggiamento di chi è sbilanciato tra dx e sx...**

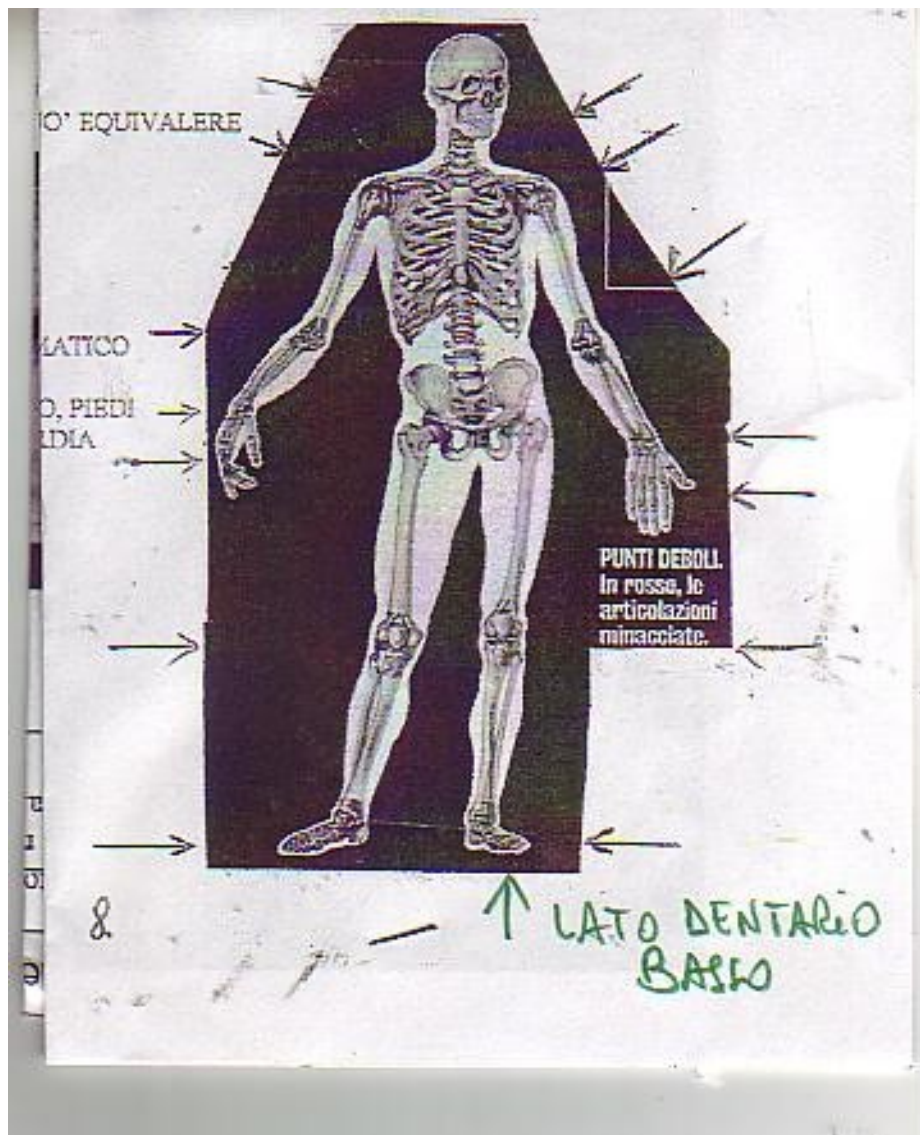
Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 08/04/10 21:57

Quando si aspetta una persona ci si appoggia piu' volentieri sulla gamba dal lato dentario basso, perché in questo modo si puo' sfruttare anche il sostegno dell'altra gamba che fa da stampella.. se viceversa ci si volesse sostenere con la gamba dal lato dentario alto (vedi a sinistra nella foto) si perderebbe il sostegno della gamba "corta" del lato dentario basso...



usare la gamba del lato dentario alto, solo quella, diventerebbe faticoso e insostenibile dopo cinque minuti...



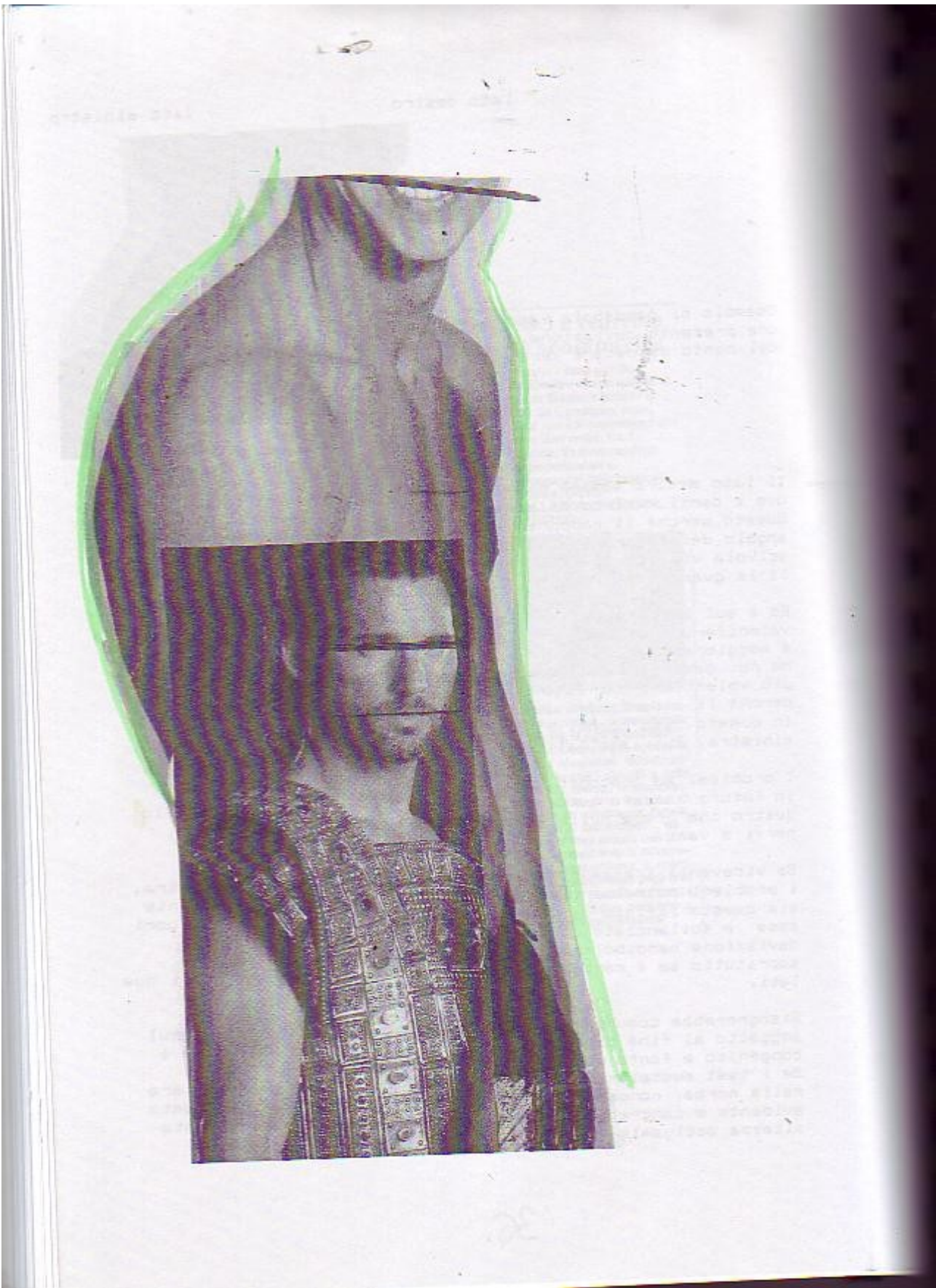
**vediamo ancora la postura di chi ha denti bassi posteriori...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 08/04/10 22:04

bassi e sbilanciati..

sono sempre i denti posteriori che determinano l'atteggiamento della schiena...



**: e adesso parliamo di bite inferiore...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 15/04/10 00:31

Il bite inferiore rigido è l'unico modo per riposizionarsi nei confronti della mascella utilizzando i test muscolari nella chiusura sulle resine morbide...

aprendo e chiudendo controllando il movimento in simmetria, le fosse di intercuspidação tendono ad essere centrate sempre che il paziente non abbia chiuso aspirando l'aria (in retrusione) o andando innaturalmente in avanti o di lato spinto a ciò da un menisco deformato e deviante...

Nel momento in cui le resine si seccheranno, si potranno iniziare i controlli dei precontatti di icp, di retrusione, di lateralità e di protrusione sempre eseguiti a denti ravvicinati...

il bite inferiore deve essere semplice, senza versanti inclinati eccezion fatta per lo stop di retrusione che si localizza sul davanti di ogni fossa di intercuspidação...fosse larghe il cui centro andrebbe modificato per ultimo in caso di sensazione fastidiosa in chiusura...vanno eliminati tutti i bordi attorno, eccetto lo stop in modo che la fossa si presenti come un largo catino senza bordi che diano l'idea del pozzo...la cartina blu chiarirà meglio la presenza anche di bordi ripidi all'interno della fossa che possono ostacolare la chiusura in icp che lo spostamento in lateralità a denti molto ravvicinati... bordi comunque da eliminare con la fresa conica...





### **contatti fondamentali sia sul bite che sulle protesi e denti...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 19/04/10 23:33

Un bite semplificato senza versanti inclinati è da preferire...  
per contatti fondamentali si intendono le fosse costruite sotto le palatine e gli stop di retrusione costruiti sul davanti di ogni fossa...

come fare per costruire fosse e stop...

l'ideale sarebbe avere già un bite inferiore rigido che ricopi l'occlusione abituale ovvero una occlusione sbilanciata,,,

a fronte di un bite così impostato, il paziente dovrà incominciare a controllarsi con manovre e cartine blu...si inizierà sul lato alto per stabilizzarsi senza troppa fatica e poi si passerà sul lato basso, inserendo un quantità minuscola nelle fosse per pareggiare i contatti con l'altro lato..

non bisognerebbe quindi perdere tempo inizialmente nel perfezionare il bite...non puo' esservi ancora una tale capacità...meglio imparare a distinguere tra le sensazioni collegate alle minuscole modifiche e a lavorare con il trapanino stando leggeri come piume...

Se i punti fondamentali sono così pochi, non è detto che vadano sottovalutati...quindi vanno incrociate tutte le manovre facendo attenzione alle differenze tra i due lati...il pericolo è che dimenticandosi di spessorare una fossa bassa o di eliminare un precontatto sul quale si insiste abitualmente, le gengive possono ritirarsi sia per assenza di sostegno al dente sia per eccesso...

### **le regole di occlusione...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 07/05/10 21:59

Vediamole sintetizzando al massimo...

#### **Prima regola per i morsi normali**

- il contatto fondamentale è tra le cuspidi palatine superiori di 5, 6 e 7 e fosse o creste dei denti inferiori
- il quarto contatta al contrario, la vestibolare inferiore chiude sulla cresta esistente del quarto superiore

#### **Nei morsi incrociati :**

- il contatto fondamentale è tra le cuspidi vestibolari superiori e le fosse o le creste dei denti inferiori
  - il quarto contatta tra vestibolare superiore e cresta inferiore del quarto...
- non sempre però...valutando un calco di paziente giovane in morso incrociato si capirà meglio...

Mai e poi mai si dovrà dare contatto a chiunque utilizzando le vestibolari dei denti superiori contro una ipotetica fossa superiore, dimenticandosi di contrapporre a questo contatto comunque inventato e fantasioso, il contatto principe palatina contro fossa...

#### **Seconda regola:**

- le fosse inferiori non possono essere piatte tali da costituire delle centriche lunghe, debbono presentare il versante inclinato che fa da stop nella retrusione e nella aspirazione a denti ravvicinati
- gli stop di retrusione non possono essere impostati in laboratorio ma nella bocca del paziente...esistono vari sistemi...uno dei quali è lavorare sempre sul composito polimerizzabile e prima di seccarlo con la lampada chiedere al paziente di aspirare a denti ravvicinati, passando dall'icp alla retrusione in pochi secondi...dopo di che le sbavature di composito andranno fresate per eliminare il rischio che divengano dei precontatti fastidiosi nella movimentazione della mandibola un altro sistema è creare fosse più alte del necessario spessorando con il composito e poi abbassarle dappertutto meno che sulla zona anteriore che diventerà uno stop opportunamente limato in sintonia con le sensazioni del paz. e la traccia blu...il tutto richiede molta pazienza e capacità di distinguere tra appoggio di icp e versante anteriore di stop

#### **Terza regola:**

- la guida incisiva richiede contatto contemporaneo dei due incisivi centrali superiori contro i due antagonisti inferiori..nella protrusione questi due denti debbono essere percepiti come un solo dente...
- e la guida canina deve essere costruita dopo che si è impostato la guida incisiva, non prima...la

disclusione canina deve essere immediata rispetto allo spostamento in lateralità...immediata ma con un minimo di stacco che liberi gli incisivi...il canino prenderà il carico dai due incisivi e solo nell'ultima fase della corsa prenderà su di sé tutto il carico della disclusione...

- la disclusione canina deve assolutamente liberare gli anteriori e i posteriori da eventuali precontatti...se però il canino fosse troppo corto, il precontatto anteriore e-o posteriore sarebbe inevitabile, così come è inevitabile quando il canino è troppo "lontano" dal suo antagonista ...troppo corto o troppo distante sono due difetti da evitare...

così come potrebbe essere inevitabile, a fronte di una guida incisiva troppo corta, un precontatto sui versanti posteriori alla fossa dei denti posteriori...in questo caso le soluzioni potrebbero essere le seguenti:

- abbassare qualsiasi versante in zona posteriore rispetto alla fossa
- allungare o rendere più ripida la guida incisiva...

## IA DIAGNOSTICA Classica

Signori Jankelson, padre e figlio, nonostante...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 28/04/10 14:12

Se i Signori Jankelson, Bernard e Robert, nonostante i quaranta anni e più di ricerca e di clinica i cui risultati hanno consentito loro di introdursi a pieno titolo nei Congressi medici e di contrastare i sostenitori di altri trattamenti terapeutici, e che in definitiva li hanno promossi Autori di un metodo scientifico di tutto rispetto, fondato su valide intuizioni relative al ruolo giocato dal sistema neuromuscolare nella patogenesi delle disfunzioni dell'apparato stomatognatico.. avessero autosperimentato il loro metodo...forse avrebbero capito i limiti della sua applicazione...

è vero che i Signori in questione hanno effettivamente intuito il collegamento tra apparato masticatorio e apparato muscolo-scheletrico e hanno messo a punto uno strumento per la misurazione del fenomeno che determina i movimenti mandibolari...appellandosi al motto che "cio' che è misurabile è un fatto; e cio' che non lo è, è soltanto una opinione"...

ma come mai allora le prove fotografiche sulle quali sole al momento possiamo contare (vedi allegato) dimostrano che uno dei soggetti riabilitati dimostra una asimmetria del viso più evidente e più marcata rispetto all'inizio del percorso riabilitativo ?

come mai ? che cosa significa ? significa forse che il kinesiografo non sa distinguere o che l'Operatore (in questo caso Mr. Robert Jankelson) non sa leggere i tracciati o non sa applicare sui denti protesizzati le modifiche necessarie e indispensabili ad ottimizzare i tracciati stessi ?  
eppure, escludendo che non sappia leggere i tracciati, forse non dà valore alle asimmetrie del viso o forse si accontenta del risultato, considerando le asimmetrie impossibili da risolvere ?

peccato...avesse conosciuto i nostri test muscolari di controllo, avrebbe evitato di tirarsi così la zappa sui piedi pubblicando foto che denotano uno sbilanciamento residuo dell'articolazione...foto

presenti nella sua opera principale "Neuromuscular dental diagnosis and treatment" 1990, by Ishiyaku EuroAmerica, Inc. che avrebbero dovuto testimoniare la bontà delle sue teorie...

eppure anni fa mi recai a Torino ad un suo convegno, su suggerimento del Prof. De Biase che unico rispose alle nostre lettere indirizzate ai Docenti di tutta Italia...non mi fecero neppure entrare...forse che l'idea di essere contraddetti avrebbe potuto far scemare il business dei Kinesiografi in Italia...è possibile...eppure un metodo alternativo di controllo, facile e veloce come il nostro, avrebbe potuto far comodo anche a loro, evitando di danneggiare la propria immagine e la propria credibilità...andata ormai in fumo...

e adesso non chiediamoci perché esiste un muro tra noi e i Medici che ci impedisce di dialogare con loro ...interessi privati, orgoglio ferito, immagine distrutta, libri al macero che pure sono costati anni e anni di fatica...

### **come primo passo vale la pena....**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 07/05/10 23:11

### **Come primo passo vale la pena di studiarsi il calco in gesso del paziente..**

contrapponendo le due arcate andranno osservati i contatti palatine contro fosse per i morsi normali...e vestibolari superiori contro fosse per i morsi incrociati..

spesso delle otturazioni troppo profonde disturbano le sensazioni del paziente che poggia con una sola cuspid palatina su due dei molari oppure mantiene contatto tra cuspidi vestibolari inferiori e versanti inclinati superiori, ricevendone un senso di disagio fisico e di insicurezza che difficilmente regrediscono...

un'occhiata attenta ai contatti puo' già chiarire la causa di certi fastidi...

e il controllo dente per dente con la cartina blu chiarirà ulteriormente l'esistenza di contatti o di denti che non occludono a sufficienza...

l'osservazione va fatta dall'interno del calco visto che le palatine sono valutabili solo dall'interno...



Come può una simile valutazione suggerire l'orientamento necessario a quella mandibola, ben sapendo che sono le altezze dei denti posteriori e l'orientamento degli appoggi che determineranno il risultato finale ?

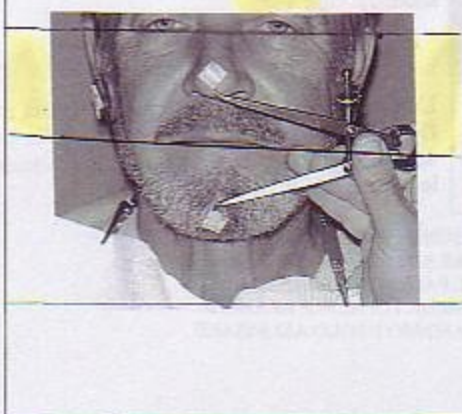
Situazione iniziale



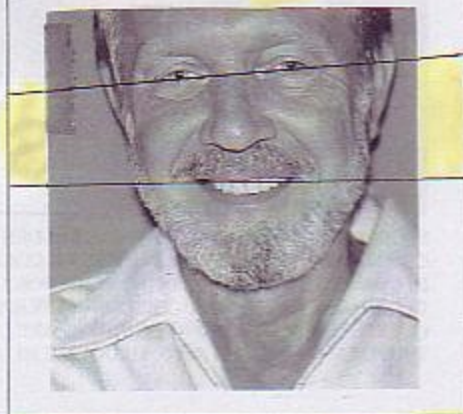
Situazione finale



Situazione iniziale



Situazione finale



Lo sbilanciamento iniziale perdura a lavoro ultimato

## Se i Signori Jankelson, padre e figlio, nonostante...

Autore: [Stefano](#) (79.27.48.---)

Data: 28/04/10 16:05

Adriana Scrivi:

ma come mai allora le prove fotografiche sulle quali sole al momento possiamo contare (vedi allegato) dimostrano che uno dei soggetti riabilitati dimostra una asimmetria del viso piu' evidente e piu' marcata rispetto all'inizio ?

come mai ? che cosa significa ? significa forse che il kinesiografo non sa distinguere o che l'Operatore (in questo caso Mr. Robert Jankelson) non sa leggere i tracciati o non sa applicare sui denti protesizzati le modifiche necessarie e indispensabili ad ottimizzare i tracciati stessi ?  
eppure, escludendo che non sappia leggere i tracciati, forse non vede le asimmetrie del viso o forse si accontenta del risultato, considerando le asimmetrie impossibili da risolvere ?

Se si leggono gli atti (pochissimi e parziali in internet) dei congressi Sikon & C. ci si rende conto che il problema che poni esiste ed e' identificato attualmente anche dagli stessi terapeuti...

A fronte di risultati evidenti c'e' una fascia (non quantificabile ma presumo piuttosto alta) di pazienti che non ha beneficio da queste metodiche strumentali.

Esiste cioe' un problema.

Tu dici:

E' un problema delle macchine?

E' cioe' legato alla diagnostica strumentale?

A una lettura successiva scorretta?

O e' legato alla post-diagnosi e dunque al percorso terapeutico successivo?

Poni cioe' la domanda: Ammettendo che i tracciati kinesio e i referti elettromiografici abbiano validita' oggettiva in molti casi ,quali sono le coordinate realistiche di recupero della malocclusione in terapia?

Trovata una myocentrica su basi neuromuscolari come si puo' poi gestire il tutto con gli strumenti tradizionali quali articolatori, archi facciali ecc. dimostratisi ampiamente inaffidabili e fonte di un sacco di errori a cascata?

Questa domanda che poni:

"significa forse che il kinesiografo non sa distinguere o che l'Operatore (in questo caso Mr. Robert Jankelson) non sa leggere i tracciati o non sa applicare sui denti protesizzati le modifiche necessarie e indispensabili ad ottimizzare i tracciati stessi ?" individua ,nei casi irrisolti ( non esclusivamente protesizzati..) dei jankelsoniani ,la mancanza di quella componente aggiuntiva che non consente il superamento dell'empasse tra diagnostica e terapia.. per una larga fetta di pazienti , e dunque il vero limite della terapia stessa..

Chiaramente il discorso che una fetta piu' o meno grande di pazienti non trova riscontro in tale diagnosi-terapia per un fatto 'fisiologico' o 'statistico', discorso che nei Convegni e nei documenti ufficiali viene ormai portato avanti apertamente, e' un discorso opportunistico..

Non tanto per il discorso in se, ma proprio perche' si autonegano la evidenza di una mancanza specifica del loro stesso metodo ,che invece dovrebbero riconoscere non come dato statistico ,ma dovrebbero analizzare per impostare nuovi percorsi di ricerca o nuovi percorsi integrativi..

Di fatto se non lo fanno monopolizzano impropriamente una impostazione neuromuscolare della terapia della malocclusione ,ormai riconosciuta come la piu' attendibile, relegandola su terreni

routinari e di status quo..

E quindi negandosi i contributi di ricerche parallele quali Appim, che di fatto ha se non altro il pregio di mettere in evidenza chiaramente e senza timori i limiti propri del Jankelsonismo se non strumentale ,TERAPEUTICO..

Quindi rifiutando le percentuali di insuccessi come dati statici da accettare come fisiologici...

E quindi contestandone l'impossibilita' di alternative' come immobilismo di fatto.

Di fatto sappiamo perfettamente che il limite e' nella insufficiente capacita' di lavorare manualmente nell'occlusione trovata su coordinate neuromuscolari da parte degli stessi che fanno diagnosi.

Dunque una grande diagnostica che produce risultati SE la gestione dell'occlusione in terapia (cioe' il LAVORO su bite e denti) e' relativamente semplice...

Al di fuori di questa fascia di malocclusi 'fortunati' ,quando le cose si complicano,quando intervengono fattori 'misti' extraocclusali o intraocclusali ,ecco aprirsi il vuoto totale nella gestione ,non strumentale, ma poststrumentale,terapeutica,manuale, del problema...

Mi sembra chiaro che noi in quanto fuori dalla casistica piu' favorevole del metodo jankelsoniano non possiamo rapportarci a quel metodo con fiducia..avendone riconosciuto i limiti terapeutici, a prescindere dalla validita' della diagnostica strumentale che invece puo' essere utilizzata su coordinate terapeutiche personalizzate..

Allo stesso tempo non possiamo ignorare la reale efficacia strumentale e terapeutica di tale metodo per una fascia di popolazione piu' fortunata'.

Di fatto alcune cose possiamo chiedere (ai Congressi e altrove..)

1) Che sia fatta chiarezza sulle reali possibilita' di guarigione dalla malocclusione attraverso statistiche attendibili.

2) che sia fatta chiarezza sulle reali percentuali di casi irrisolti.

3) che sia chiarito su quali coordinate di ricerca la terapia jankelsoniana si muova per ricondurre la fascia di irrisolti in una possibilita' terapeutica che possa produrre risultati , al di la della terapia convenzionale .

4) Che siano cioe' evidenziati I LIMITI propri della terapia jankelsoniana basandosi su coordinate oggettive desunte da screening attendibili su fasce di pazienti..

5) Che si impostino le terapie agganciandole a tariffe accessibili e non a determinazioni individuali di comodo di ogni operatore..

6) Che si chiarisca se l'intuizione di Jankelson ormai pluridecennale sia attualmente recepita da chi prosegue il suo percorso come una base per la Ricerca o se invece non sia diventata una routine terapeutica , e cioe' quali siano le coordinate di Ricerca e di superamento dei limiti storici ,oramai ampiamente riconosciuti della terapia jankelsoniana..

----

**Stefano, il discorso è complesso e semplice allo stesso tempo...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 28/04/10 23:31

Sono dell'idea intanto che il sistema neuro-muscolare ha un ruolo nel peggioramento di una malocclusione già esistente piuttosto che nella sua origine ...

in altre parole lo sbilanciamento di un'articolazione nasce da una asimmetria dei contatti dentari presente quasi sempre fin dall'infanzia...

questa asimmetria dei contatti (verificabile con i test muscolari) provoca asimmetriche risposte muscolari...

sono queste che determinano nel tempo sovraccarichi ed effetti leva che deteriorano ulteriormente i contatti e aggravano lo sbilanciamento, provocando un quadro globale tipico evidenziato dalla postura...

e ai danni subiti dalle arcate dentarie non viene dato rimedio adeguato in quanto i trattamenti odontoiatrici sono incapaci di ristabilire equilibri perduti o mai esistiti...

Il motivo principale degli insuccessi dei trattamenti kinesiografici è dato dal fatto che il kinesiografo, strumento delicatissimo, non sa distinguere tra un tracciato disturbato da un menisco deformato da anni di malocclusione che ostacola la traiettoria di apertura-chiusura e un tracciato alterato da una "normale" occlusione sbilanciata...oltre alle carenze tecniche del medico in fatto di occlusione vera e propria...

Inoltre, bisogna tener presente che **la Tens con i suoi elettrodi applicati sul viso del paziente** seduto a collo diritto non può realmente imprimere un rilassamento muscolare necessario per ricollocare mandibola e condili in asse e in bilanciamento...

Oltretutto il rilassamento è un fenomeno muscolare delicatissimo che non può essere utilizzato in un lavoro ripetitivo. Lo scontro fisico tra le arcate dentarie nel tentativo di imprimere le resine annullerà in ogni caso il rilassamento e la simmetria di movimentazione iniziali...parliamo di resine morbide poggianti su arcate squilibrate...

come può essere compensata la mancanza di contatto ad esempio sul lato destro se gli impulsi provocano contatto bilaterale contemporaneo ? come può una emiarcata rimanere staccata lasciando che la resina formi spessore ?

come può una mandibola portarsi in asse se il menisco intralcia lo spostamento di lato ?

anche dosando gli impulsi in modo da compensare la minor potenza di uno dei due masseteri per equilibrarne la risposta muscolare, la posizione risultante non sarà mai affidabile....

riposizionare un'articolazione in asse richiede un'azione di forza e di precisione muscolare insieme..l'asse di centrica con o senza torsione risulta dallo sforzo congiunto di tutti i muscoli, non solo da quello dei masseteri superficiali...

Se lo sbilanciamento da colmare non è conosciuto né controllabile e se gli stimoli elettrici nel lavoro di imprimere le resine sono i primi responsabili del vanificarsi del rilassamento muscolare, come può lo specialista rapportare l'intensità degli stimoli stessi alla diversa elasticità dei masseteri e all'entità reale dello sbilanciamento quando già esiste il dubbio che il rilassamento non sia neppure stato raggiunto e che il menisco deformato abbia influenzato fin dall'inizio la traiettoria di movimentazione mandibolare ?

tu penserai che servirebbe un metodo alternativo di controllo...certo, ma quale ? forse il nostro, ma non lo considerano... lo temono...

e allora ? bisognerebbe procedere con lievi ritocchi sperando via via che le traiettorie migliorino...però a furia di rialzi i morsi si aprono perché il kinesiografo lavora sulle resine aggiunte, e il dentista non si azzarda a limare per abbassare...

e allora anche su questo punto ci troviamo d'accordo...

Il kinesiografo dimostra che le traiettorie sono ancora irregolari...ma l'Operatore imputa l'impossibilità a risolvere lo sbilanciamento ad un fattore fisiologico del paziente stesso...

un nuovo percorso da prendere in considerazione è presto detto...

imparare a leggere sul viso del paziente i difetti residui

e su questi intervenire spessorando solo ove serve...senza applicare resina dappertutto, dovendo mantenere il morso nei limiti normali, dovendo evitare di costruire denti troppo alti che renderebbero difficile la masticazione di cibo voluminoso...

e imparare ad applicare i nostri test muscolari per determinare almeno il dente di primo contatto in icp e in retrusione...

considera inoltre che l'inclinazione del piano occlusale, ovvero l'altezza dell'ultimo molare nel confronto del primo premolare che determina la linea del sorriso, è verificabile soltanto con la prova della Sbarra..

non è infatti concepibile che il soggetto appeso ad una sbarra non percepisca i molari, dai quali ad esempio il ginnasta attinge forza...questo per far capire che chi fa palestra e non contatta nello sforzo muscolare sui denti di ambo i lati renderà molto poco muscolarmente (e Karminè qui per cortesia ci dia un suo parere)...

Inoltre, hai ben inquadrato il problema da tutti i lati...anche sull'aspetto di insufficiente capacità del medico di lavorare manualmente sull'occlusione trovata sulle coordinate neuromuscolari...gli stop di retrusione dei quali nessuno in quell'ambiente sa parlare in quanto sconosciuti, sono importantissimi ai fini sia del rilassamento muscolare dell'articolazione che dello sviluppo di forza muscolare nella tensione abituale...

ne parleremo poi a Milano, perché senza stop la muscolatura di viso e corpo non si rilassano mai...senza stop si finisce per chiudere su centriche lunghe che determinano serramento o continuo scivolamento del mento all'indietro...

che poi il **Kinesiografo** sia in grado di impostare un'occlusione sufficientemente confortevole grazie ad un Dentista abile, è un dato di fatto...

il soggetto fotografato appariva contento, ma storto e quindi probabilmente soggetto a qualche fastidio ...sarebbe bastato rialzare maggiormente un lato per portare il sorriso in simmetria con gli occhi...

ma Jankelson non se ne è accorto...ha imputato i tracciati scoordinati ad un difetto irrisolvibile e ha dato il via per la pubblicazione della foto...

qui cont. lo scambio

<http://forum.appim.it/read.php?3,16287,16309#msg-16309>

I dubbi dei pazienti

la kinesiografia

Autore: [emanuela](#) (192.44.136.---)

Data: 27/04/10 19:48

ciao Gioio

Io ho fatto **la kinesiografia ed elettromiografia** ai muscoli masticatori a padova, clinica odontoiatrica..la ssn non passa un tubo.

L'esame è privato e l'ho pagato 200 euri..

Non è servito assolutamente a nulla..se non a darmi la diagnosi di laterodeviiazione sinistra della mandibola..ma il dentista che mi segue mi ha detto che di quell'esame non gliene poteva fregar di meno..



l'ho usato io per "ingrassare" la mia pratica di invalidità..ma ad altro non è servito..persino a padova, il medico che me lo faceva mi ha detto che non sarebbe servito a nulla per la terapia..e mi ha chiesto per quale scopo lo facevo..

quindi, se non ti è espressamente richiesto da qualche medico o se non ti serve per l'invalidità..evita di spendere..

questo è il mio consiglio  
ciao

---

Autore: [Stefano](#) (79.3.112.---)

Data: 27/04/10 20:54

Non è servito assolutamente a nulla..se non a darmi la diagnosi di laterodeviiazione sinistra della mandibola

E TI PARE POCO?

E' esattamente quello che serve a Giorgio per iniziare a capirci qualcosa.

..ma il dentista che mi segue mi ha detto che di quell'esame non gliene poteva fregar di meno..

Il tuo dentista non se ne fa nulla perche' non e' uno gnatologo neuromuscolare.

Un Jankelsoniano allo stesso modo non cagherebbe una condilografia neanche morto...

Se Giorgio si rivolge ad un kinesiografista e' ovvio che l'impostazione terapeutica successiva sara' funzionale alla kinesiologia..

Tu hai portato un ortotico?

Hai proseguito la terapia secondo una logica desunta dalla kinesiologia?

Non direi...

Hai fatto l'esame e hai avuto una valutazione del tuo stato attuale.

E' chiaro che se ti sei rivolta ad un gnatologo articolare quella kinesiologia non sara' un punto di riferimento per lui..

Ha altre metodiche ..

Brutto?

Bruttissimo.

Che non esista una uniformita' di vedute in gnatologia e' cosa nota...

Pero' che non sappia leggere un tracciato ne dubito...

Evidentemente la condilo conferma la kinesiologia e lui procede col suo riferimento terapeutico..

Dove andra' a parare sarai tu a valutarlo..

Ripeto, dire a Giorgio di non fare la kinesiologia prendendo come riferimento la tua situazione mi lascia perplesso...

la condilografia

Gli esami inutili: la condilografia...

Autore: [adriana](#) (Moderatore)

Data: 04/01/10 23:10

A mio parere non ha nessuna utilita' diagnostica nè terapeutica...

.....

Emanuela

LA CONDILO NON POTRA' MAI SAPERE SE CONFERMA LA KINESIO..PERCHE'..RIPETO..LA KINESIO Il dentista NON L'HA MAI LETTA..

IL DENTISTA MI HA POSIZIONATO IL BITE IN BASE AI RISULTATI DELLA CONDILO..L'UNICO RISULTATO E' STATO DI PEGGIORARE LA SINTOMATOLOGIA..

TRA LA PRIMA E LA SECONDA CONDILO, DAI TRACCIATI, IL DENTISTA, HA EVIDENZIATO UN MIGLIORAMENTO..CHE EVIDENTEMENTE E' SOLO NEI TRACCIATI PERCHE' IO STAVO PEGGIO...

ORA STIAM SEGUENDO ALTRE STRADE...ABBIAMO INIZIATO UNA NUOVA TERAPIA..VEDREMO..

cont.

<http://forum.appim.it/read.php?3,16265,16305#msg-16305>

la condilografia serve solo a chi "cura" gli allocchi...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 30/12/09 14:50

...Maria non perderti dietro a indagini assolutamente inutili...fossero anche gratis, rifiutale...la condilografia serve solo a riempire le tasche di chi cura gli allocchi...

sarebbero questi i Professionisti che si dedicano con passione alla gnatologia ? stiamo alla larga da costoro...

ma ti rendi conto della loro incredibile superficialit  ? E' una presa in giro nei confronti dei

pazienti....chiedi loro cosa credono di ricavare da questo esame, ben sapendo che la malocclusione deforma il condilo e la cavit□ durante la funzione della mandibola, li deforma negli anni...ma il danno anche se visibile non suggerisce la soluzione...

che questi Signori siano degli sprovveduti lo sappiamo per averlo sperimentato personalmente, ma che ancora qualcuno di voi ci caschi è proprio grossa...

e d'altronde se non ci fossero gli ingenui, non potrebbero esistere i furbi che si fanno pagare immeritatamente per poi scaricarsi la coscienza andando a fare del volontariato...pericoloso non solo per loro, ma anche per i loro abituali pazienti, visto il pericolo di infezioni incrociate...

Autore: [maria](#) (151.15.68.---)

Data: 30/12/09 21:39

stavo comunque valutando che il metodo Slavicek, **condilografia**, lastre, modelli di studio ecc., sebbene fatti da stimati professionisti, ha un costo notevole e sommando anche i costi per nuove corone in ceramica, ecc. la cifra sale considerevolmente, accidenti, difficile per me.

Nel pomeriggio ho contattato il primo dentista da cui ero andata, persona squisita e disponibile, purtroppo non conosce il metodo, ma mi assicurato che il mio problema □ risolvibile rifacendo corone ben fatte. Su sua richiesta gli ho mandato i links su Slavicek. Chiedendo anche al suo odontotecnico, ha la nomina di essere bello tosto e professionale.

Basta con sta rottura, finisce qui il mio viaggio alla ricerca della cuspide perduta...ho appuntamento dopo le feste. Mi sono rotta le scatole di pensare ai denti.

### Cefalometria+Arco facciale+Condilografia

---

Autore: [Utente anonimo](#) (79.3.112.---)

Data: 20/09/09 09:08

Non esiste UNA metodica per la ricerca della dimensione verticale.

Esiste l'arco facciale ,che molti utilizzano a sproposito.

L'interpolazione tra Arco Facciale ,Cefalometria e Condilografia e' attualmente la metodica (Slavicek,appunto) piu' precisa e affidabile.

---

il **craniostato** puo' solo effettuare...

Autore: [adriana](#) (Moderatore)

Data: 01/01/10 20:54

puo' solo effettuare una radiografia del condilo...inutile quanto una condilografia in ogni caso...

### Ripeto: Arco facciale+condilografia servono a confondere...

---

Autore: [adriana](#) (Moderatore)

Data: 20/09/09 21:27

Quante volte ti devo dire che condilografia e arco facciale non servono se non a valutare le conseguenze di uno sbilanciamento...ne parlo per esperienza diretta...

i risultati delle tre valutazioni non coincideranno mai tra di loro...nel senso che una mandibola



malocclusa non puo' dare tracciati tali che indichino gli spessori mancanti, necessari per capire quanto serve al bilanciamento...

la condilografia serve a zero...

l'arco facciale prima di arrivare a qualcosa che rassomigli a tracciati normali richiede decine di sedute a meno che il Dentista prenda per buona una situazione intermedia, tutta da verificare comunque...

la cefalometria deve essere interpretata da chi preferisce sicuramente ad un certo punto fare una valutazione approssimativa e chiudere il caso...

non capisci che ti stai infilando in un pasticciaccio ove il Top One ha tutto l'interesse di manipolare i dati facendo uscire dal cappello un coniglio gradevole nell'aspetto ma già morto ?

Se il Dentista sapesse veramente bilanciare, butterebbe dalla finestra arco facciale e tutto il resto...semplificando il lavoro al massimo come facciamo noi, non rendendolo complicato per farsi bello e intelligente davanti ai tuoi occhi..

non capisci quanto è fasulla la situazione nella quale ti sei messo ? non capisci che quel Medico □ nella confusione piu' completa nonostante i sorrisi che ti fa, e che dopo aver fatto tanto lo spiritoso non ne puo' gi □ piu' di un paziente (esigente) come te ?

Collabora con lui ma datti da fare da solo a casa con le resine...portagli tu le altezze corrette che solo tu puoi verificare su te stesso e falle poi verificare a lui con l'uso, a questo punto, dei suoi marchingegni...ma dei condili non ti preoccupare proprio in questa fase...

## gli esami radiografici dell'articolazione...

---

Autore: [adriana](#) (Moderatore)

Data: 02/01/10 14:41

Gli esami radiografici dell'articolazione sono tutti delle prese in giro...

valgono tutti zero ai fini del bilanciamento dell'articolazione...

sono delle grandi perdite di tempo...

neppure chi li ha inventati li sa interpretare e applicare in modo tale che i controlli muscolari dell'Appim ne approvino i risultati...

□ questo il motivo della mancata condivisione dei test muscolari da parte dei Medici...lo sanno bene i Dentisti che la simmetria di contatti nella tensione dei test □ la piu' temibile prova del nove...

siamo noi, noi che abbiamo scoperto i test di controllo dello sbilanciamento muscolare, che abbiamo tra le mani un'arma pronta a sparare...

noi possiamo essere e dobbiamo essere ascoltati da coloro che soffrono di malocclusione. I pazienti comprendono noi, non loro. Noi che indichiamo la strada piu' difficile ma piu' comprensibile.

I pazienti possono stabilire un confronto.

L'autoriabilitazione, lo sappiamo, □ dura, ma il suo procedere apre le menti e vuota il campo dai dubbi e dalle contraddizioni dei Medici.

Non ci deve essere posto per le contraddizioni che confondono e angosciano il paziente illudendolo e poi facendolo piombare nello scoramento, sottraendogli tempo e denaro e vita...

Non ci deve essere posto per gli ignoranti in campo gnatologico, per i mascalzoni, per i vanitosi e per coloro che speculano sullo stato di necessità di pazienti disperati...palleghandoseli l'un l'altro...

---

## dentisti-miracoli e disponibilita'

Autore: [giada](#) (213.174.185.---)

Data: 31/12/09 12:32

Piersilvio Uggiosi Ha scritto:

-----  
Auguri e buona vita con buoni denti!

> E lo dico anche perche' lo stesso Federzoni usa  
> spesso la frase:  
> "Non faccio miracoli, e se potessi farli li farei  
> per me"..  
Ehi ehi l'Ego non puo' fare miracoli...si fanno solo per gli altri...di' che provi nella seconda direzione:-)

> Aggiungo comunque che sia Calzavara che Federzoni  
> operano ,nel loro tempo libero, in situazioni di  
> disagio sociale e di realta' particolarmente  
> sfavorevoli, e lo fanno per loro esclusivo senso  
> etico..  
> Ad alcuni parra' una sciocchezza,per me sono  
> comportamenti che ancora tendo ad apprezzare..non  
> essendo ancora intaccato dal cinismo sociale  
> imperante in questo Paese..

Ce ne sono un tot che fanno così, operano in situazioni sociali di disagio dove è manifesto il loro nome , ma se uno a corto di risorse magari per danni fatti da altri,bussa alla porta del loro studio chiedendo aiuto, ti liquidano all'istante....  
Buon anno anche a loro e buon cuore per tutti!

## Le ricerche dei pazienti in corso di autobilanciamento

# Materiali di spessoramento

C'e' una nuovissima tecnica di microspessoramenti dente per dente con microsferes ..  
Per performare simulazioni di occlusione senza bite...  
Pressoche' sconosciuta in It ma del tutto nuova a prescindere.  
Non ne so altro...sto cercando info..

Ne sai qualcosa?

E' incredibile che non esistano materiali con caratteristiche di plasticita' e tenuta per simulare MICROspessoramenti...

Cioe' non e' che 'e' incredibile..

E' inconcepibile...

Se la Ricerca attuale non ha prodotto nemmeno le piu' elementari robe di semplice utilizzo pratico evidentemente e' perche' la tecnica di molaggio/SPESSORAMENTO ,che ora comincia ad essere riconosciuta e' sempre stata una tecnica di SOLO MOLaggio.

Materiali per la simulazione dei rialzi occlusali (MICROrialzi..) figuriamoci se l'industria non li produce..

E' che l'applicazione in campo odontoiatrico non viene presa in considerazione perche' i dentisti dovrebbero cominciare a ragionare in termini di spessoramento ( e non globalizzato ma settoriale e minuzioso) e non solo in termini di molaggio .

Ora ..ho sentito che una nuovissima tecnica e' quella delle microsfe,ma non trovo info.

Praticamente la vedo come microsfe che hanno una resistenza programmata alla deformazione ,un blocco successivo di rigidita' e una capacita' di adesione sufficiente a non compromettere la rimozione successiva.

Se cosi' fosse e' un Bingo odontoiatrico..!

---

Autore: [paolo465](#) (84.222.86.---)

Data: 04/05/10 18:07

La cera in questione si trova in fogli, è normalmente usata per le basi delle protesi ed è una buona via di mezzo come morbidezza/stabilità.

Le cere da arco facciale sono più dure, quelle ortodontiche troppo morbide :-)))

Ci sono 1000 cere diverse, rimango dell'idea che una cera tipo Tenatex soft sia adatta allo scopo (immaginati una cera da candele tirata in fogli di 1 mm :-).

Si taglia una striscia di 3 cm circa, viene scaldata sulla fiamma fino a renderla plastica, si piega su se stessa 1 o 2 volte per aumentarne lo spessore come vogliamo, le si dà una forma ad arco, si appoggia sui denti inf. premendo un pò con le mani per far prendere la forma dei denti inf. e renderla stabile in bocca, si prende il morso e poi si raffredda da sola in bocca in un paio di minuti. Consiglio di bere acqua fredda prima di estrarla dalla bocca.

Il silicone va molto bene ma è più "liquido" e non si riesce a fare tap tap :-)

Diciamo che va molto bene da "sparare" tra le arcate quando uno ha determinato la posizione delle arcate volute ma non sono lavori che si possono fare da soli.

Sui dubbi di posizione mandibolare concordo.

Però dovrebbero esserci i medesimi dubbi a far tap tap su di un bite mi sono detto :-)



Sui dubbi di posizione mandibolare concordo.

Però dovrebbero esserci i medesimi dubbi a far tap tap su di un bite mi sono detto :-)

est semplice semplice

Autore: [paolo465](#) (84.222.86.---)

Data: 04/05/10 19:06

Può servire ed è semplice da effettuare, per controllare i propri manufatti o le cere, comunque la posizione che ci siamo dati.

Mettersi in piedi con uno specchio alle nostre spalle, togliere il bite, chiudere gli occhi, pestare i piedi un paio di volte e deglutire.

Riaprire gli occhi, ruotare la testa e guardare alle nostre spalle verso lo specchio, a spalle ferme. Memorizzare quanto riusciamo a vedere.

Mettere il bite (o il morso di costruzione in cera) e rifare la stessa cosa.

Se il manufatto è corretto la tensione delle spalle dovrebbe diminuire e consentirci di vedere lo specchio più agevolmente.

Potrebbe succedere che si riesce meglio da una parte e dall'altra meno, indica che qualcosa non va.

Potrebbe essere però fuorviante..... in caso di tensioni causate da altro.

Però qui iniziano le mie perplessità non condivise qui dentro.

Anche una postura linguale non corretta ad esempio influenza questo test.

Paolo

**Re: test arcaico...**

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 04/05/10 21:27

perché non usare i nostri test incrociandoli velocemente...abbiamo i denti in bocca...usiamoli...perché pensare ai piedi, agli occhi e a chissà che cosa ....

P.S. in questa maniera si può testare di tutto :-)

Re: lo spessore della cera ostacola la chiusura bilanciata...

Autore: [Adriana Valsecchi](#) (Moderatore)

Data: 04/05/10 21:26

Paolo, avere in bocca della cera piu' o meno morbida disturba la chiusura...perdi i riferimenti essenziali che debbono essere rappresentati dal primo premolare sul lato dentario alto...ammesso che il soggetto abbia imparato a distinguere perlomeno il suo lato alto...

nel momento in cui tu hai in bocca questa l'cera, e probabilmente hai dei dubbi sul lato alto, e sei appeso in tensione, e devi chiudere con questo ostacolo di mezzo, sfrutterai senza saperlo la tensione maggiore che si sviluppa sempre sul lato dentario basso...

è probabile quindi che tu senza volerlo imprima piu' volentieri la cera proprio dove non dovresti stringere maggiormente...

perché una cosa è pensare di chiudere bilanciati e una cosa è stringere bilanciati senza il riferimento del primo premolare alto...restarne staccati un millimetro è tutto da discutere...

oltretutto il margine dei denti frontali non dovrebbe essere ricoperto dalla striscia di cera perché disturba anch'essa la chiusura posteriore...bisogna essere liberi sul davanti per poter chiudere bene sui posteriori...non ti sembra ?

usa due strisce di cera su molari e premolari dx e sx e stai libero sui frontali...vedrai come sarà piu' facile la chiusura soprattutto se farai riferimento al premolare andando a contattarlo bucando la cera...

**CONVEGNI SULL'OCCLUSIONE A MILANO**

Consultare la homepage di

[www.appim.it](http://www.appim.it)

**Materiali**

Autore: [paolo465](#) (84.222.86.---)

Data: 04/05/10 19:25

Dunque, divago un pò:

Il materiale che si usa nella costruzione degli apparecchi ortodontici mobili nelle basi delle protesi mobili, neii bite, è il PMMA, polimetilmetacrilato (plexiglass).

E' una resina che si compone da una polvere (polimetilmetacrilato) ed un liquido (metilmetacrilato) che mescolati assieme assumono una consistenza pastosa che, dopo la successiva polimerizzazione,

torna ad essere dura e quindi di nuovo polimetilmetacrilato.

La polimerizzazione avviene con apporto di calore (resine a caldo, vanno cotte diciamo) o in autopolimerizzazione, con dei catalizzatori che innescano la reazione termica che determina la reazione senza apporto di calore esterno.

Lo stesso materiale esiste sotto forma di dischi da termoformare.

Non si mescolano i due componenti ma si scaldano i dischi in PMMA in appositi macchinari (biostar, erkopress....) e si stampano con pressione o con formazione di vuoto sui modelli.

Si tagliano con delle frese, con delle forbici robuste solo le misure più sottili (0.5 / 0.75 / 1.0 mm).

Questi dischi esistono anche in altri materiali più morbidi o morbido/rigidi.

Un professionista che prepara i bite sportivi usa ad esempio un materiale semirigido al quale fa le aggiunte usando lo stesso materiale sotto forma di barrette che scioglie con una pistola tipo quelle da colla a caldo.

E' un buon sistema perchè consente anche delle aggiunte e non solo i fresaggi in riduzione di spessore.

Comunque ai dischi rigidi, quelli in PMMA per intenderci, accettano aggiunte di resina a freddo (è quel che ho fatto io :-)

Paolo

<http://forum.appim.it/read.php?3,16323,16379#msg-16379>

## ZIRCONIO

Qualche tempo fa a Iesi durante una conferenza pomeridiana è emerso che presso l'Università di Chieti sono stati effettuati dei test sullo **zirconio**, zirconia, lega metallica per strutture rivestite da ceramica per protesi fissa pubblicizzata agli ignari pazienti, ceramica integrale.

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare il legame tra i due materiali.

Nell'occasione della conferenza il relatore ha evidenziato il grandissimo problema che i test sono stati di esito negativo cioè il legame tra i due materiali è nullo, è pari a zero, cioè non esiste.

Nel 2004 in occasione di una relazione di una conferenza altri colleghi asserivano che **questo materiale bianco zirconio, zirconia hanno problemi ancor più gravi, problemi di tipo dissociativo idrotermico, cioè vale a dire che si scioglie sotto forma di micro particelle finendo nel sistema biologico umano.**

Appena qualche anno fa presso l'Università di Modena, la Dott.ssa Gatti ha eseguito delle ricerche sul comportamento di questi materiali e ha messo in evidenza la **presenza di elementi come l'allumina nei tessuti di una lesione orale e di zirconia in una lesione intestinale.**

In internet, in Google, digitando la frase "zirconia problems" è emerso un'allarme internazionale dal 1984 sui danni provocati da questi materiali in campo ortopedico. Siamo sempre sicuri che questi materiali siano sicuri?

FONTE: [www.mednat.com](http://www.mednat.com)

GUIDA alla SALUTE NATURALE

### **OSSIDO di ZIRCONIO**

PERICOLOSITA' delle AMALGAMI DENTALI e dei **METALLI TOSSICI**

Dossier Amalgami + Danni da Amalgama + Denti Tossici e materiali Dentari

Eliminazione dell'amalgama + Sensibilita' chimica multipla

Ossido di Zirconio

Ecco cosa afferma l'associazione degli odontotecnici italiani:

"Lo zirconio è l'elemento chimico di numero atomico 40. Il suo simbolo è Zr. È un metallo di transizione bianco-grigio, duro, il cui aspetto ricorda quello del titanio.

I tessuti umani tollerano facilmente questo metallo, che quindi è adatto per giunti e protesi artificiali impiantabili, nonché nella realizzazione di strutture per protesi dentarie. (da Wikimedia)

In campo dentale ne viene utilizzato l'ossido quindi ossido di zirconio (parlare di ossido di Zirconio o Zirconia è la stessa cosa). Molto apprezzato per le proprietà meccaniche ed il colore bianco che in sostituzione del colore grigio dei metalli offre la possibilità di realizzare protesi altamente estetiche".

Tratto da: <http://www.odontotecnici.net/dossier/Zirconio.htm>

Ecco cosa afferma un fabbricante:

"La solubilità di Cercon base e, conseguentemente, il rilascio di ioni nel corpo umano è estremamente basso. Essa raggiunge, in test condotti con differenti acidi e con idrossido di sodio, un massimo di 10 ug/cm<sup>3</sup> in un periodo di 320 giorni.

## **Zirconia, interessi e scienza dimenticata**

Ancora oggi la società civile, è in preda, è succube di rivelazioni, scienza e idoli collusi, pronti a far credere, consigliare e pressare consumo di tecniche e prodotti altamente tossici e pericolosi.

Per problemi di forte interesse, chi è competente non ha la possibilità di replicare le proprie conoscenze perché è in panico a qualsiasi tipo di ritorsioni.

In internet oramai troviamo tante discussioni, tante esternazioni di chi purtroppo oltre a



Secondo voi, cosa dice "lega agli ossidi di zirconia"?

Qualcuno la definisce ceramica!

Secondo gli studi di chi ha contribuito, definito i termini chimici a livello internazionale, dice che tutti quei elementi legati all'ossigeno sono ossidi e i loro derivati sono definiti metalloidi.

La lega agli ossidi di zirconia è un agglomerato di elementi sottoprodotti, senza una loro formulazione atomica, senza una propria forza di coesione elettronica, immessi sotto pressione in un altro ossido siliceo, detto silicato, miscelato e compresso ad una alta pressione, circa 600 atmosfere?

E questo la chiamate ceramica?

La vera ceramica ha di base elementi propri, con le proprie caratteristiche atomiche e naturalmente in piccole percentuali ritroviamo ossidi di reazione primaria, ben diversi dai sotto prodotti.

Per legge biochimica, quando finiscono nel nostro sistema biologico, gli ossidi sono il presupposto di fenomeni patologici, attivano malattie autoimmuni etc.

Voi mi direte perché?

Purtroppo il nostro sistema, in gran parte circa 80%, è composto da sostanze liquide con tutti gli annessi e connessi: proteine, vitamine, enzimi etc, il tutto in relazione a campi elettrici e regolato da un fattore pH che per tutta una serie di situazioni è fortemente acido.

Ebbene, proprio questo fattore elettrolitico a contatto con i materiali, determina una dissoluzione dei detti materiali, cioè, l'ossigeno e la presenza degli ossidi sono il fattore determinante della dissoluzione.

Per non parlare poi della dimensione di detti microcomponenti, detti nanoparticelle paragonabili a una dimensione di un micron, basti pensare che oltre alla inoculazione attraverso la respirazione, questi elementi polverizzati durante la lavorazione possono, attraversano la pelle fino a introdursi nel sistema fisiologico e arrivare al fegato nell'incirca 12 ore e creare seri problemi patologici.

Siamo sicuri quanto detto da chi afferma che la zirconia è una ceramica ed è sicura?

[http://www.odontotecnicanaturale.it/forum/topic.asp?TOPIC\\_ID=1286](http://www.odontotecnicanaturale.it/forum/topic.asp?TOPIC_ID=1286)

~~~

E si allarga l'informazione sulla tossicità del titanio

Dental implants can harm your health

- August 8th, 2009 3:50 pm CT

Wikimedia Photo

Many people will go to great lengths to get a million dollar smile and they'll stop short of paying their dentist a million dollars to achieve it. The current "must have" in the cosmetic dental industry are [dental implants](#), which are recommended when people are missing teeth or their teeth are too damaged to be saved. A dental implant is a [crown](#) that covers an artificial root which looks like a post or screw. Many people opt for this procedure because dental implants look and act like real teeth; therefore, they'll pay for this convenience with a big dent in their pockets. However, their pockets aren't the only thing that ends up with a dent. Current research shows that they might be paying with their health as well.

Most dental implants that your dentist offers are made of [titanium](#) or [titanium alloy](#) because it's strong and supposedly [bio-compatible](#). However, [research](#) has shown that titanium is not a bio-compatible substance and has caused many illnesses in patients who have titanium based medical devices including dental implants. What makes titanium implants so toxic?

According to Dr. Joseph Mercola of [Mercola.com](#), titanium implants release [metal ions](#) twenty-four hours per day, which might subject your mouth (and ultimately your whole body)

to allergies, [autoimmune diseases](#), and [inflammation](#). Dr. Mercola goes on to say that in one report, a 54 year old patient, who had four dental implants, suffered from severe chronic fatigue syndrome, [Parkinson](#) like shaking, and depression, which prevented him from going to work. In another report, a 14 year old girl who wore [orthodontic brackets](#) made out of titanium, developed inflammatory [lesions](#) on her face six months after she had been fitted. Fortunately, the 54 year old male and the 14 year old girl saw dramatic improvements to their health once the titanium devices were removed from their mouths. Lastly, the [Journal of the American Dental Association](#) (JADA) cites a case where a 38 year old woman developed [chondroblastic osteosarcoma](#) of the right maxilla (bone cancer of the upper jaw), eleven months after receiving titanium implants. Her treatment included removal of the titanium implants, chemotherapy, and a mixillary resection. The woman was fortunate like the other two previous cases because forty-seven months after treatment, she still remained cancer free. So should you be worried about titanium implants?

Please note that JADA states that there have been no additional dental reports which link titanium dental implants with the development of osteosarcoma. With that said, JADA feels that it is extremely rare to develop osteosarcoma from titanium implants because only one case has been reported although there have been over 910,000 dental implant surgeries in the US since the year 2000. If getting titanium implants still make you a little uncertain, there are other options available.

[Additional Articles by Toni Hall Parker](#)

<http://www.examiner.com/women-s-health-in-dallas/dental-implants-can-harm-your-health>

La zirconia Cad Cam, grande truffa del secolo sulla salute in ambito odontoprotesico.

Da una indagine è risultato che tantissime aziende a livello internazionale si sono trovate in tribunale a causa di tantissime ingiunzioni penali dipendenti dalla tossicità di manufatti semilavorati attraverso la nuova tecnologia CAD CAM.

Al di là della tossicità intrinseca del materiale stesso, la goccia che ha fatto traboccare il vaso è stato il fatto che durante la lavorazione di asportazione CNC CAD CAM, per tutelare le frese dalla usura e per il raffreddamento di quest'ultime, usano olii meccanici che poi rimangono intrappolati nell'interno del materiale stesso.

Quindi a contatto con i liquidi, i fluidi organici (la saliva) non avviene solo il rilascio ionico di ossidi della zirconia altamente pericolosi ma, anche tanti altri rilasci che ha provocato un tale disastro che le aziende si sono dovute difendere in tribunale e anno fatto retrofront dagli investimenti nel dentale mentre altre anno dovuto convertire l'uso del CAD CAM utilizzando tra le altre un altro materiale altamente tossico, il cromo-cobalto.

Riportato da Rosario Muto

~~~~~

compilation

a cura di [www.merkabaweb.net](http://www.merkabaweb.net)