

La radiologia intraorale a portata di mano!

NOMAD PRO 2™

Fai evolvere il tuo studio.

NOMAD PRO 2

permette di acquisire immagini radiografiche intraorali in modo più rapido ed efficiente.

Trascorrerai più tempo vicino al tuo paziente!

- RAPIDO FLUSSO OPERATIVO
- MASSIMA FLESSIBILITÀ
- ESTREMA PRATICITÀ

Semplice da usare, pronto da subito.

Distribuito da KaVo ITALIA
www.kavo.it - demo@kavo.com

**CONTATTACI
PER SAPERNE
DI PIÙ**



JOB-Angebot

Österreich/Tirol

Für unsere exklusive + moderne Praxis in den wunderschönen Bergen Tirols, suchen wir einen freundlichen, teamfähigen Zahnarzt (m/w zw. 30-50 J.) mit Erfahrung in den Bereichen Zahnersatz und konservierende Zahnbehandlung.

Beste Verdienstmöglichkeiten!

Kontakt: praxistirol@gmx.at

L'importante ruolo del dentista nella società

All'Annual World Dental Congress a Bangkok, il dottor Patrick Hescot ha assunto ufficialmente la presidenza dell'FDI dal presidente in carica, la dott.ssa T.C. Wong. In questa intervista esclusiva ci ha parlato dell'evoluzione del ruolo dei dentisti e di quello che cercherà di realizzare durante il suo mandato biennale.



> pagina 4



VITA ASSOCIATIVA

AIO e i "terzi paganti" 3

TEKNOSCIENZA

Formazione virtuale anatomica 12
Prevenire le infezioni agli impianti 12

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 39

L'educazione continua in medicina?



Un dovere verso il paziente e verso se stessi

Dental Tribune ha rivolto alcune domande a Stefano Almini, il nuovo rappresentante della categoria odontoiatrica in seno alla Commissione ECM.

Che cosa vuole dire essere il nuovo rappresentante della categoria in seno alla Commissione ECM?

La Commissione ECM ha una sua strutturazione complessa, una sua storia, una sua modalità di sviluppo. Parafrasando Lavoisier, nulla si crea,

nulla si distrugge, tutto si trasforma. Così è per il mondo dell'educazione continua in medicina. Certamente essere stato nominato come nuovo rappresentante per la categoria odontoiatrica comporta tre considerazioni.

> pagina 6

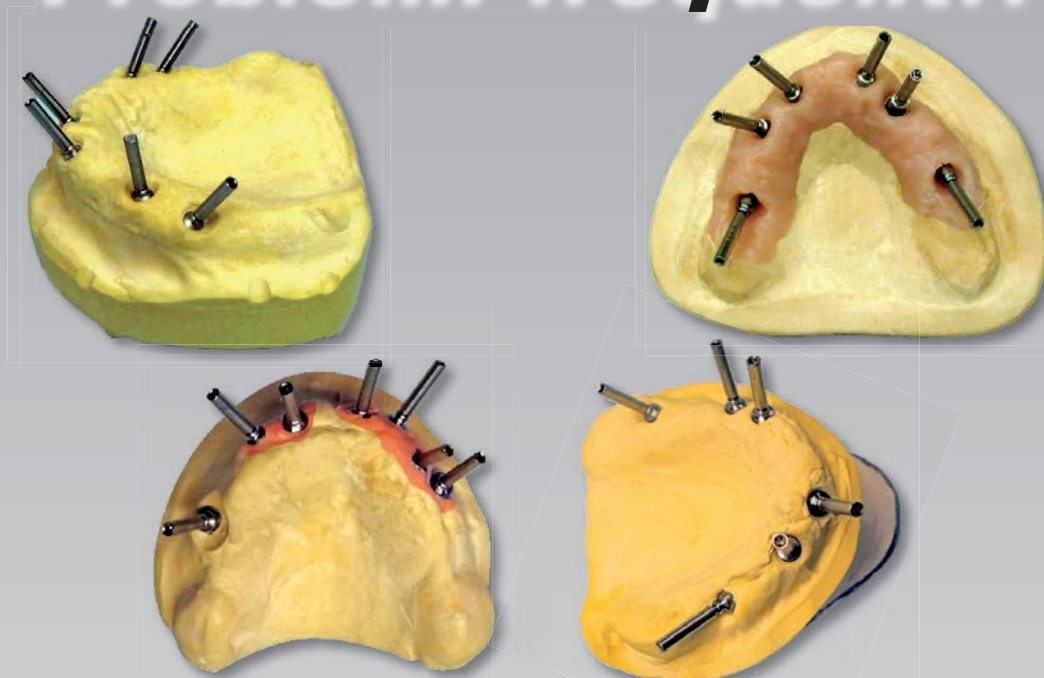
Reti d'impresa in odontoiatria

M. Rossini

Alcuni soggetti che operano nel settore odontoiatrico stanno percorrendo da tempo, forse in modo inconsapevole, una via alternativa per ottenere vantaggi organizzativi, produttivi ed economici, senza la necessità di mettere in campo investimenti inadeguati o risorse difficili da reclutare per una singola attività. Il concetto di rete è stato affiancato alla produzione di manufatti in odontoiatria protesica e sono state messe in evidenza alcune peculiarità di questo modo di fare impresa.

> pagina 8

Problemi frequenti?

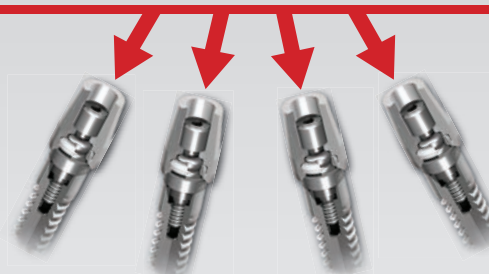


Soluzioni semplici Protesi fissa "Seeger Bridge"

OT Equator Biologic Abutment

Su tutti i tipi di impianti

INSERZIONI DISPARALLELE OLTRE 60-70 GRADI



**CORSI MENSILI
IN SEDE
A BOLOGNA**



OT IMPLANT SRL Via Sebastiano Serlio, 26 - 40128 Bologna (NUOVA SEDE)
Tel. (+39) 051 42 08 111 - Fax (+39) 051 42 14 884 - info@otimplant.com - www.otdentalstudio-implant.com

Dental Tribune
edizione italiana
compie 10 anni



dizione italiana di Dental Tribune

Dieci anni fa, il 20 ottobre 2005, al Circolo della Stampa di Milano, con Expodental in corso, venne presentato il Numero Zero dell'e-

ditional. Il quadro allora era molto diverso: il comparto dentale più florido, le testate (tutte cartacee) non si contavano sulle dita come ora, anzi, mentre il web aveva appena cominciato il suo "moto uniforme-mente accelerato". Causa la varietà di riviste, qualcuno scommise che la new entry editorial-odontoiatrica

non avrebbe resistito. E invece eccoci qui, fedeli ancora alla carta (anche se convertiti in parte al web), ma soprattutto ai nostri principi di un'informazione non partigiana, esauriente (almeno negli intenti), ma soprattutto affidabile. Allora, come oggi, il nostro obiettivo rimane racchiuso in una frasetta che per un

giornale, non importa se generico o di specie, rimane pur sempre il miglior complimento: «L'ha detto Dental Tribune!». Concludiamo questo nostro rapido "come eravamo" con un augurio anche per il futuro, di buona lettura, che per noi suona, ovviamente, come rinnovato impegno e sprone.

Editoriale

Gherlone ricorda Dolci: "Grand'uomo e punto di riferimento per tutti noi"

A ottobre, all'età di 80 anni è venuto a mancare il prof. Giovanni Dolci. Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1962 presso l'Università di Roma "Sapienza", specializzato in Odontostomatologia nel 1964, professore ordinario di Malattie odontostomatologiche presso il medesimo ateneo, è stato presidente del Corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi dentaria dal 1992 al 2008, presidente del Collegio dei docenti di Odontoiatria dal 1991 al 2005 e direttore del Dipartimento di Scienze odontostomatologiche della "Sapienza" di Roma fino al 2007. Ricordare questo grande maestro non è facile. Molti sono i sentimen-

ti che colgono nel farlo, uno su tutti la riconoscenza mia personale e dei suoi innumerevoli allievi sparsi in tutti gli atenei nazionali. Sotto la sua illuminata guida ha preso corpo il Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, e moltissimi i dicenti afferenti a questo tra i suoi allievi. Personalmente e non solo, ritengo che sia venuto a mancare un grand'uomo e un punto di riferimento per tutti noi, una guida che, forte della sua esperienza, del carisma e conoscenza del nostro mondo, lascia un grande vuoto. Nel 2016 il Collegio dei docenti da lui fondato e presieduto e la SIOCOMF di cui è stato presidente organizza-



Giovanni Dolci con la moglie Sandra

ranno presso la "Sapienza" di Roma un simposio in suo onore, come merita ed è doveroso, invitando tutti i

suoi allievi colleghi e amici.

Enrico Gherlone

Presentato il ricorso ANDI

al TAR contro l'obbligo di invio delle spese sanitarie attraverso il Sistema tessera sanitaria

È necessario annullare il decreto ministeriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema tessera sanitaria da rendere disponibili all'Agenzia delle Entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata", in quanto determina una palese disparità di trattamento tra medici liberi professionisti, strutture sanitarie non accreditate e medici convenzionati. È questo, in sintesi, il motivo principale del ricorso al TAR del Lazio che ANDI (Associazione nazionale dentisti italiani) ha presentato il 30 ottobre scorso contro l'obbligo per dentisti e medici di comunicare gli importi delle fatture emesse per ogni singolo paziente attraverso il Sistema tessera sanitaria (STS) per la predisposizione del 730 precompilato. Nelle 17 pagine della memoria depositata, i legali di ANDI hanno evidenziato tutte le problematiche che gli odontoiatri liberi professionisti sarebbero costretti a sopportare se verrà confermato l'obbligo, tra le quali la necessità di informatizzare lo studio, ma anche le questioni non ancora risolte. Non ultima l'impossibilità, a oggi, per i dentisti liberi professionisti di accedere al Sistema tessera sanitaria per inserire i dati



e le modalità di inserimento. «Non siamo contrari al 730 precompilato, ma alle modalità e alla burocrazia inutilmente creata per trasmettere dati che già forniamo al Ministero dell'Economia. Inoltre le pesanti sanzioni (100 euro per ogni fattura emessa non inviata!) che inizialmente dovevano decorrere dal 2017, con la Legge di Stabilità verrebbero anticipate al 1° gennaio 2016», chiarisce il presidente ANDI Gianfranco Prada. Principalmente sono tre i punti su cui si fonda il ricorso di ANDI. Il primo entra nel merito del testo della norma. Secondo i legali di ANDI la formulazione del provvedimento coinvolge medici e dentisti in quanto iscritti all'ordine, ma di fatto la norma obbligherebbe a inserire i dati nel STS solo i liberi professio-

nisti e le strutture sanitarie convenzionate o accreditate, lasciando escluse tutte le altre strutture sanitarie private. «In questo modo i cittadini non avrebbero comunque nel 730 tutte le spese sanitarie effettuate e si creerebbe una disparità tra libero professionista non accreditato (obbligato a comunicare i dati) e strutture sanitarie non accreditate (esentate dalla comunicazione)», ricorda il presidente Prada. Il secondo evidenza come la norma vada in contrasto alle leggi che regolamentano il buon andamento e l'efficienza della pubblica amministrazione imponendo a dentisti e medici liberi professionisti di inviare due volte i dati del 2015 che vengono già inviati dagli stessi soggetti, sempre all'amministrazione pubblica, attraverso lo spesometro.

Il terzo punto sottolinea come la norma sia in contrasto con le norme sulla privacy, in quanto i dati sensibili che riguardano la salute sono raccolti dal professionista che li invia al Sistema tessera sanitaria ma il titolare del trattamento dati risulta essere il MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze) e non il professionista che li raccoglie e li invia. Questo mette a rischio sanzioni lo stesso professionista. «Abbiamo ritenuto necessario e doveroso proporre ricorso contro il decreto – conclude il presidente Prada – per porre una base concreta alle nostre rimozioni e obbligare a una risposta il Ministero dell'Economia, ma siamo convinti che nelle prossime settimane riusciremo a ottenere dalle istituzioni, grazie anche al sostegno della FNOMCeO, i chiarimenti necessari e le modifiche che abbiamo richiesto al fine di evitare che dentisti e medici liberi professionisti siano pesantemente penalizzati dal provvedimento che porta solo ulteriore burocrazia negli studi e nessun beneficio ai cittadini». Intanto ANDI sta anche lavorando per coinvolgere nel ricorso gli altri sindacati di riferimento delle professioni mediche interessate dal provvedimento.

Fonte ANDI

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +49 341 48 474 107
CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz
ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER - Claudia Duschek
EDITORIAL ASSISTANTS - Anne Faulmann; Kristin Hübner
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER - Claudia Salwiczek
JR. MANAGER BUSINESS DEVELOPMENT - Sarah Schubert
PROJECT MANAGER ONLINE - Martin Bauer
EVENT MANAGER - Lars Hoffmann
MARKETING & SALES SERVICES - Nicole Andrä
EVENT SERVICES - Esther Wodarski
ACCOUNTING SERVICES
Karen Hamatschek; Anja Maywald; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Antje Kahnt (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Maria Kaiser (USA); Hélène Carpentier (Europe); Barbra Solarova (Eastern Europe)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger
INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD
Dr Nasser Barghi, USA - Ceramics
Dr Karl Behr, Germany - Endodontics
Dr George Freedman, Canada - Aesthetics
Dr Howard Glazer, USA - Cariology
Prof Dr I. Krejci, Switzerland - Conservative Dentistry
Dr Edward Lynch, Ireland - Restorative
Dr Ziv Mazar, Israel - Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany - Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria - Function
Dr Marius Steigmann, Germany - Implantology

©2015, Dental Tribune International GmbH.
All rights reserved.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105-111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 7185

Anno XI Numero 12, Dicembre 2015

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G.C. Pescarmona, C. Lanteri, V. Bucci Sabatini,
G.M. Gaeta, G. Barbon, P. Zampetti, G. E. Romanos,
M. Morra, A. Castellucci, A. Majorana, G. Bruzzone
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Bianucci, E. Campagna, M. Del Corso,
L. Grivet Brancot, C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi,
F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco,
A. Trisoglio, R. Kornblit
CONTRIBUTI
A. Butera, M. Delgrosso, G. Farronato, A. Genovesi,
M. Gerardi, E. Gherlone, B. Giovane, F.R. Grassi,
R. Grassi, M. Luperini, M.A. Mauri, G.M. Nardi,
L. Parisi, B. Rapone, M. Rossini, C. Sanavia, F. Scarano
Catanzaro, M. Tremolati, L. Zangari, F. Zotti
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
Ha collaborato: Rottermajer - Servizi Letterari (TO)
STAMPA
RDierichs Druck+Media GmbH
Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Germany
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari [alessia.murari@tueorservizi.it]
Stefania Dibitonto [s.dibitonto@dental-tribune.com]

Copia singola: euro 3,00
Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C
DPR 633/72

DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE DEL GRUPPO DENTAL
TRIBUNE INTERNATIONAL CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Associazione Italiana Odontoiatri apre al dialogo con i “terzi paganti”, ma li avverte

no a low-cost e demedicalizzazione dell'atto

Roma 21 novembre 2015 – Da Bruxelles a Roma la parola d'ordine per allargare l'accesso dei cittadini alle cure è abbassare i costi dei servizi anche nel privato. Ma nel momento in cui il servizio sanitario si ritira e il decreto appropriatezza toglie ulteriori prestazioni, conferire a personale non medico e non odontoiatrico compiti di medici e odontoiatri, o vessare queste ultime categorie burocraticamente, è una scommessa perdente.

È il messaggio che lancia Associazione italiana odontoiatri (AIO) che, contro le contraddizioni delle più recenti misure di questo governo in tema di sanità, sarà in prima fila sabato 28 novembre alla manifestazione degli stati generali delle professioni medica e odontoiatrica. La decisione è stata presa al termine del V Congresso politico nazionale: pur non chiudendo la porta totalmente al dialogo con la parte pubblica, il sindacato odontoiatrico AIO condivide i cinque no e i cinque sì del decalogo FNOMCeO e sottolinea in particolare tre punti:

1. obblighi amministrativi, come la predisposizione on-line dei dati delle fatture per il 730 precompilato, oltre a togliere tempo alla relazione di cura distruggono gli studi monoprofessionali ancora non preparati a questo tipo di adempimento, dai costi economici e di tempo incisivi e inusitati;
2. il sottofinanziamento del servizio sanitario erode le prestazioni offerte alle fasce più indigenti, vulnerabili e giovani, lo stato dimentica la prevenzione e al posto di tutele “longlife” ai cittadini-pazienti offre un medico-CAF;
3. AIO è in prima linea nel combattere per “una coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale”.

Il Congresso ha visto la partecipazione di esperti di organizzazione sanitarie – come Ivan Cavicchi, docente all'Università di Tor Vergata, e Guido Broich dell'Università di Ferrara – e di mutue integrative di collaudato spessore e grande impatto come la CASAGIT dei giornalisti italiani, rappresentata dal presidente Daniele Cerrato, e la mutua odontoiatrica del Nordreno Westfalia in Germania con il presidente Ralf Wagner.

Il comun denominatore degli interventi, in linea con il messaggio AIO, è che con le mutue e i fondi integrativi del servizio sanitario nazionale occorre dialogare, a fronte del ritirarsi della sanità pubblica. L'associazione intende portare avanti un dialogo franco con mutue, fondi, assicurazioni

private. Ma propedeutico al dialogo è costruire una rappresentanza della professione che tuteli il paziente.

Il gioco al ribasso sulle tariffe non è compatibile con cure di qualità.

> pagina 4

Il Presidente
Pierluigi Delogu
inaugura il
V Congresso
Politico AIO.






“la linea di attacchi più completa sul mercato”




Via E.Zago 10/abc 40128 Bologna (Italy) Tel. +39 051244510
www.rhein83.com • info@rhein83.com

< pagina 3

Inoltre bisogna in ogni caso prevedere per il paziente la possibilità di recarsi da chi desidera: l'alleanza tra il paziente e il professionista di fiducia deve essere garantita. Infine, dialogare si può e si deve per favorire forme di assistenza indiretta dove non è il "terzo pagante" a retribuire l'odontoiatra, ma il paziente a onorare la parcella e il suo assicuratore lo rimborsa secondo reddito. AIO continuerà a chiedere la detrazione integrale per le spese odontoiatriche dei pazienti. Nel suo messaggio ai congressisti, il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha chiaramente fatto intendere come possa offrire un valore aggiunto al SSN la linea scelta dagli iscritti AIO – odontoiatri per lo più "privati" – nel promuovere attraverso programmi di formazione condivisi ("sentinelle della prevenzione") un coordinamento intersettoriale per affrontare misure in grado di garantire a tutti i cittadini la prevenzione e la salute della collettività. Ma oltre alla buona volontà di chi fa i programmi ci vuole la volontà di chi rappresenta gli italiani di proteggerli. Il V Congresso politico AIO lancia in parallelo l'allarme sulla piega che ha preso anche in Europa il dibattito sulle competenze professionali. Alla vigilia dell'introduzione della tessera professionale per tutti i sanitari europei, le prime professioni per le quali verrà strutturato questo documento – che consente di trasferirsi all'estero per esercitare alle stesse condizioni del Paese d'origine – sono infermieri, igienisti dentali, fisioterapisti: figure che pur avendo un training più basilare saranno le prime ad essere regolamentate in Europa, mentre si rimanda per medici e odontoiatri. AIO è intenzionata, a Bruxelles, come il 28 a Roma, a combattere contro ogni tentativo di far dimenticare quanto benessere abbia prodotto negli ultimi decenni l'odontoiatria degli odontoiatri.

Ufficio stampa Associazione italiana odontoiatri

Lectio
magistralis
di Ivan
Cavicchi
Sociologo.



Intervento
del vice
presidente
AIO Fausto
Fiorile.



Gerhard
Seeberger.



Il tavolo
AIO.



L'importante ruolo del dentista nella società

< pagina 1

Dr. Hescot, come nuovo presidente dell'FDI qual è il primo messaggio che desidera condividere con i dentisti di tutto il mondo?

La prima cosa che vorrei dire è che l'FDI è una federazione di associazioni odontoiatriche. È stata creata dai dentisti e uno dei suoi principali obiettivi è quello di lavorare per conto loro e comunicare il loro punto di vista a livello internazionale, in particolare in seno alle Nazioni Unite e alle sue agenzie, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Inoltre promuovere gli interessi degli odontoiatri e la loro responsabilità nei confronti della salute orale quando i soggetti del dibattito sono suscettibili di avere un impatto diretto sui dentisti e sulla loro capacità di svolgere il proprio lavoro in modo efficace.

Quali differenze importanti ha visto nella pratica odontoiatrica in questi ultimi anni?

Credo che le principali differenze debbano essere evidenti alle migliaia di persone che hanno partecipato alle mostre internazionali dell'FDI nel corso degli anni. L'uso della tecnologia avanzata, complessa e costosa è notevolmente aumentata nello studio dentistico – tutto a vantaggio del paziente. Infatti l'alta tecnologia è diventata parte integrante delle aspettative del paziente.

Da questo punto di vista, il dentista è anche chiamato a diventare un super tecnico, aggiornando costantemente la propria esperienza alla luce delle nuove attrezzature. Questo, naturalmente, ha importanti implicazioni sulla formazione continua e sulle opportunità all'Annual World Dental Congresses.

E per quanto riguarda il ruolo del dentista nella prevenzione?

La prevenzione è sempre stata un elemento chiave del lavoro del dentista, un fatto riconosciuto dal direttore generale dell'OMS Margaret Chan in un messaggio in occasione dell'Annual World Dental Congress a Hong Kong del 2012, che disse: «Il professionista dentale è un membro molto rispettato nella "famiglia della salute pubblica": dopo tutto, l'odontoiatria ha introdotto il concetto di medicina preventiva». Questo è semplicemente il riconoscimento di ciò che è stata una chiara filosofia dei dentisti fin dai primi giorni della fondazione dell'FDI.

Qual è il suo punto di vista sul ruolo dell'odontoiatria nel mondo moderno?

Penso che sia importante sottolineare che il dentista non è solo un medico. Nel complesso dà un importante contributo per la società, in termini di benessere umano, di fiducia e qualità della vita. Uno dei tre contributi chiave del dentista è la continua attenzione alla prevenzione attraverso una buona igiene orale e i regolari controlli dentistici. In alcuni Paesi, in particolare in quelli con reddito più basso e limitato accesso alle cure, la prevenzione e una buona igiene orale sono le uniche opzioni. Gli altri due elementi sono la conservazione e il restauro. Anche con la prevenzione, alcuni pazienti hanno più necessità di altri di richiedere un trattamento e il follow-up a causa, per esempio, di incidenti, predisposizioni genetiche o per la presenza di altre condizioni che interessano la salute orale.

Potrebbe fare un esempio specifico?

Un esempio che è stato citato in questi ultimi anni è l'invecchiamento della popolazione e le implicazioni sulla salute orale e l'igiene nelle diverse fasi della vita. Una buona dentatura per tutta la vita permette alle persone di continuare a godere di una buona qualità della vita, derivante in parte dalla loro capacità di masticare e digerire il cibo mantenendo un buon livello di nutrizione.



Il dr. Patrick Hescot (foto su gentile concessione di FDI, Switzerland).

In Giappone, una delle società con più anziani al mondo, viene fatta una distinzione tra anni di vita e anni di vita in buona salute. Una caratteristica degli anni in buona salute è rappresentata anche dalla salute orale, e gli anni sani sono anni di indipendenza. Nelle recenti conferenze che ho condotto sul tema dell'invecchiamento e della salute orale, ho evidenziato gli sforzi dei dentisti francesi nell'incoraggiare le strutture di sostegno, nello sviluppo di strategie di assistenza sanitaria orale e nell'accesso alle cure per i loro residenti. È noto che la scarsa salute orale sia un fattore della malnutrizione fra gli anziani. Il progetto Oral Health for an Ageing Population Partnership è un nuovo progetto molto interessante a questo proposito.

Pensa che ci sia più consapevolezza circa l'importanza della salute orale?

Per i Paesi ad alto reddito, e alcuni a reddito medio, questo potrebbe essere vero a causa di diversi fattori, che includono il marketing, l'accesso ai prodotti per la salute orale e l'impatto negativo che crea la perdita dei denti sull'individuo in termini di opportunità di carriera e di fiducia in se stessi. Ci sono anche particolari sforzi dei dentisti a livello nazionale per sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso giornate o campagne settimanali o mensili sulla salute orale. La Giornata Mondiale della Salute Orale, un'iniziativa dell'FDI, sta rapidamente diventando un'iniziativa fondamentale in tutto il mondo per trasmettere gli importanti messaggi sulla salute orale al grande pubblico.

Inizia il suo mandato biennale come presidente FDI. Quale sarà il suo focus?

Il mio obiettivo primario sarà quello di rafforzare ed espandere la vocazione dell'FDI a livello nazionale, regionale e internazionale. Questo significa rafforzare le proprie risorse e fornire ai membri gli strumenti per supportare le interazioni a livello nazionale con le autorità pubbliche e il pubblico in generale. L'FDI rimarrà la voce dei dentisti in tutto il mondo e un forum di dibattito sulla scienza, l'arte e la pratica dell'odontoiatria.

Il primo aggiornamento in farmacologia odontoiatrica: perché è indispensabile

Farmaci e parafarmaci utilizzati e somministrati nello studio, farmaci in uso dei pazienti, malattie dei pazienti: quali le interazioni con le procedure odontoiatriche, i rischi per la salute del paziente e i rischi medico-legali per l'operatore?

Le conoscenze in campo farmacologico devono essere bagaglio dell'odontoiatra e degli igienisti dentali. Le conoscenze apprese negli studi universitari o anche successivi vengono in gran parte superate dalla velocità evolutiva della scienza applicata alla medicina mentre i nuovi pazienti, con diverse patologie, assumono differenti tipologie di farmaci e farmaci da banco che possono interagire con le procedure odontoiatriche.

Si rende pertanto obbligatorio un'attività di aggiornamento sulle attuali competenze, quantomeno sulle evoluzioni più significative. Questa la Mission del 3° Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano, dal titolo "Farmacologia odontoiatrica: gli aggiornamenti irrinunciabili", che, come sottolinea il prof. Covani nella sua presentazione mira ad affrontare non tanto il come si fa quanto il perché si fa.

Quando

29 - 30 gennaio 2016

Sede del Congresso

Viareggio - Grand Hotel Principe Di Piemonte

Il 3° Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano si svolgerà quest'anno completamente all'interno del Grand Hotel Principe di Piemonte, uno storico e prestigioso hotel che si affaccia sul lungomare di Viareggio. Sorto nei primi anni 20, ha rivisto la luce nel 2004 dopo 2 anni di restauro conservativo, che hanno riportato l'hotel all'antico splendore. Sede ideale per

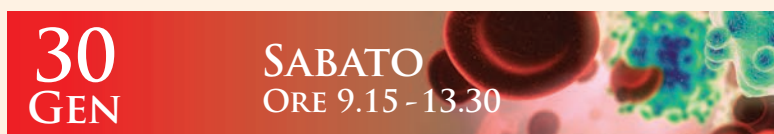
i meeting, le sale regalano un'atmosfera ricca di storia e di fascino senza trascurare la più moderna tecnologia delle attrezzature. Il programma culturale del venerdì e del sabato si svolgerà nella Sala Regina. La veranda e il suo bar saranno a disposizione per i desk degli sponsor, i coffee break, gli aperitivi, mentre la ristorazione è prevista nella Sala Butterfly. Le sale sono particolarmente apprezzate per la loro disposizione, con vista sul lungomare di Viareggio e sulle colline della Versilia, che permettono agli ospiti di godere della bellezza dei luoghi e di vivere nel centro di Viareggio.

A disposizione dei congressisti e degli accompagnatori l'ospitalità alberghiera. I cinque piani, arredati in stili differenti, compiono un percorso ideale attraverso ogni epoca: Internazionale (con tessuti orientali della Parigi del XVIII secolo), Belle époque, Coloniale (sete e pergamene dell'India, Oriente e Africa), Impero e l'attico in stile moderno, che circonda la luminosità contemporanea della piscina sul tetto che fonde edificio e orizzonte agli occhi dello spettatore. La piscina termale è riscaldata e sarà a disposizione degli ospiti durante l'evento.

PROGRAMMA



Ore 8.30 - 9.00	Registrazione e welcome coffee
Ore 9.00 - 9.15	UGO COVANI - ANNAMARIA GENOVESI Apertura del Convegno e saluto ai partecipanti
PRESIDENTE DI SESSIONE: MARIA RITA GIUCA	
Ore 9.15 - 10.00	NICOLA PERRINI (Lectio Magistralis) Cenni storici sulle terapie antalgiche
Ore 10.00 - 10.45	CARMELO SCARPIGNATO (Università di Padova) Uso appropriato dei FANS in Odontoiatria: benefici e rischi
Ore 10.45 - 11.15	Coffee Break
Ore 11.15 - 12.00	ROBERTO MATTINA (Università di Milano) La antibiotico terapia e la profilassi in odontoiatria
Ore 12.00 - 12.45	GIUSEPPINA CAMPISI (Università di Palermo) Farmaci antirassorbitivi e antiangiogenetici: istruzioni per l'odontoiatra nella prevenzione e cura dell'osteonecrosi delle ossa mascellari (ONJ)
Ore 12.45 - 14.00	Pausa pranzo
PRESIDENTE DI SESSIONE: ADRIANO PIATTELLI	
Ore 14.00 - 14.45	LORENZO LO MUZIO (Università di Foggia) Nuove terapie in oncologia: implicazioni per il cavo orale
Ore 14.45 - 15.30	GIULIA CERVETTI (Università di Pisa) Nuovi anticoagulanti: consigli terapeutici per l'odontoiatria
Ore 15.30 - 16.00	Coffee Break
Ore 16.00 - 16.45	GIOVANNI BATTISTA DESIDERI (Università dell'Aquila) ANGELO RAFFAELE (Università dell'Aquila) Il paziente polimedcato: dimensione del problema
Ore 16.45 - 17.15	ROBERTO ROTUNDO (Università di Firenze) Anti-biofilm therapy: razionale ed applicazione in Parodontologia e Implantologia



PRESIDENTE DI SESSIONE: MARIO GABRIELE	
Ore 9.15 - 10.00	MICHELE VANO (Università di Pisa) Nuove strategie per il trattamento dell'ipersensibilità dentinale
Ore 10.00 - 10.45	ANTONELLA POLIMENI (Università La Sapienza di Roma) MAURIZIO BOSSÙ (Università La Sapienza di Roma) Sostanze/Farmaci Anticarie
Ore 10.45 - 11.30	FILIPPO GRAZIANI (Università di Pisa) Farmacologia in parodontologia
Ore 11.30 - 12.00	Coffee Break
Ore 12.00 - 12.45	ANDREA SARDELLA (Università di Milano) Le patologie del cavo orale che richiedono sostitutivi salivari
Ore 12.45 - 13.30	GIUSEPPE FICARRA (Università di Firenze) Effetti collaterali dei farmaci e cavità orale

Quote agevolate sino al 15 dicembre

Gala Dinner e **Notte Degli Award**
Venerdì 29 Gennaio 2016

PACCHETTI

Iscrizione - Coffee Break - Camera Grand Hotel Principe di Piemonte
Iscrizione - Coffee Break - Corso ECM online 50 Crediti
a partire da **250 euro** tutto incluso, possibili pacchetti personalizzati.

3° CONGRESSO
ISTITUTO STOMATOLOGICO TOSCANO

FARMACOLOGIA ODONTOIATRICA:
GLI AGGIORNAMENTI IRRINUNCIABILI

29 • 30 gennaio 2016 - VIAREGGIO
GRAND HOTEL PRINCIPE DI PIEMONTE

Segreteria organizzativa
Tueor Servizi Srl
Via D. Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel. +39 011 3110675 - segreteria@tueorservizi.it

WWW.ISTITUTOTOSCANOCONGRESS.IT

L'educazione continua in medicina? Un dovere verso il paziente e verso se stessi

< pagina 1

La prima: la responsabilità di “inserirsi” come una figura credibile all'interno della Commissione, cercando cioè di acquisire prima di tutto uno spazio di ascolto. La seconda considerazione riguarda l'auspicio di sapere trasformare l'attenzione della Commissione in sostegno e adesione alle eventuali nuove progettualità formative tarate specificatamente per l'universo odontoiatrico. La terza considerazione: rispondere alle alte aspettative della categoria che a ogni nuovo cambio di persona (pur nello stesso ruolo) si attende dal rappresentante neo inserito.

L'ECM oggi è un vantaggio o un peso. Lei come lo vede?

La domanda di per sé, così come è impostata, sembra suggerire la dicotomia implicita nella sigla ECM, riversando su ogni iscritto all'ordine il dilemma (quasi shakespeariano) sul significato stesso del senso dell'ECM. Averne crediti (da inserire nella costruzione del credito personale) oppure essere obbligati a incasellare crediti con una raccolta punti triennale? La vita insegna che ogni situazione ha due facce, due prospettive, due angolazioni. L'ECM è nato nei Paesi anglosassoni dove l'aggiornamento risponde prima di tutto a un dovere etico inscritto nel dna dell'essere medico e odontoiatra. In Italia invece il recepimento dell'ECM è stato inizialmente indirizzato verso gli operatori sanitari del SSN, come obbligo, scegliendo come “unità di misura” il tempo dedicato all'aggiornamento durante le ore di lavoro all'interno della strutture ospedaliere. In seguito al coinvolgimento della libera professione, era inevitabile che la pur corretta indicazione a favorire l'aggiornamento (nell'ambito del SSN) diventasse una zavorra per i liberi professionisti, già per conto loro abituati a investire in formazione post-laurea, conoscendo le regole della competizione professionale che privilegia la competenza delle prestazioni efficaci, come frutto dell'aggiornamento al servizio effettivo della professione. L'ECM, nella sua essenza di “allert” contro la routine e le abitudini di ogni operatore sanitario, può comportare stimoli nuovi alla sedentarietà intellettuale, ma nello stesso tempo se l'ECM si abbina semplicemente a una quantificazione temporale (svincolata dal suo valore etico tendente a migliorare i comportamenti professionali) è ovvio che si vivrà soltanto come obbligo, come imposizione sterile, come incombenza da risolvere come un cruciverba, incrociando contenuti verticali e orizzontali per riempire le caselle dei crediti necessari. La ricetta perfetta non esiste. Scienza e coscienza sono “sorelle” da sempre, ma è la più adulta (la coscienza) a di-

rigere la più giovane e imprevedibile (la scienza). Il dilemma di questo ECM tutto italiano esiste, anche perché abbiamo un'anima mediterranea, non anglosassone. Il nostro senso del dovere e di autoverifica è meno forte della nostra fantasiosa lista dei diritti e l'ECM, così com'è impostato, non convince perché la verifica dell'apprendimento suona come una stonatura all'interno di uno spartito che non appartiene alla categoria odontoiatrica. Dovremmo però sempre ricordarci che la coscienza “contiene” la scienza, non il contrario. Il codice deontologico, depositario delle regole comportamentali della professione, è sempre impolverato sullo scaffale là in alto dello studio, dimenticato dai gesti quotidiani della professione.

Ci indichi i valori presenti in questo aggiornamento forzato.

L'aggettivo “forzato” è tendenzioso e mi obbliga a difendere il tanto bistrattato aggiornamento, perché inevitabilmente qualsiasi situazione, evento, atteggiamento “forzato” potrà solo e sempre essere vissuto male. Una partenza forzata, un bacio forzato, un addio forzato, una scelta forzata contengono sempre malessere, rancore, disaffezione. Quindi se abbiniamo all'aggiornamento dell'ECM l'aggettivo “forzato”, avremo sempre un risultato negativo, tanto più che siamo latini e ci irrita enormemente tutte le volte che siamo obbligati a fare qualcosa. Per cercare di difendere e dare una possibilità di recupero di immagine all'aggiornamento forzato dell'ECM devo fare appello a una verità incontestabile. Anche l'operatore sanitario (medico oppure odontoiatra) poco convinto e disattento all'ECM, prima o poi, incontra lungo il percorso di ricerca dei crediti un corso, una conferenza, una lettura, una FAD che gli trasmette un brivido, gli suggerisce una nuova visione procedurale, gli risolve un dubbio. Il valore della cultura ha infatti una peculiarità che condivide con il valore del tempo: l'imprevedibilità. Può accadere che, anche se obbligati e forzati ai lavori intellettuali di un corso, ognuno di noi possa improvvisamente essere colpito da un raggio di luce capace di fare chiarezza intellettuale alle aree buie del sapere. Ognuno di noi ha zone culturali “deboli”, ovvero zone dove nebbia e confusione possono rendere indeciso il passo clinico e tremolante la mano chirurgica. Ecco il valore della cultura (forzata e non): obbligarci ad approfondire le aree grigie dei nostri dubbi professionali. Parafrasando Erasmo da Rotterdam (a cui chiedo perdono), il valore del dubbio è sempre da elogiare perché indica il nostro fermarci, riflettere e osservare, prima di agire. Il dubbio diagnostico deve accompagnare la decisione in medicina e chirurgia: grazie all'aggiornamento, qualunque esso sia, potremo sempre imbatterci



Stefano Almini, Giuseppe Renzo, Peter Asselmann.

in attimi di luce, capaci di indicare la strada giusta tra le diagnosi differenziali e le alternative terapeutiche.

Quali correzioni vorrebbe fossero apportate alla normativa e quali migliorie?

Tutto si trasforma, anche il modo di proporre l'aggiornamento. Più che correggere una normativa (a che titolo potrei pensare di essere il correttore?), credo sia importante convergere. Convergere progettualità concentrando sull'odontoiatra le coordinate della salute a trecentosessant gradi del paziente. Il paziente, inserito nella rete informatica, chiede al “dott. Google” risposte e informazioni, ritenendolo il depositario delle conoscenze universali. Questa presunzione del paziente di potersi “aggiornare” su Internet ha messo in discussione il rapporto tra il paziente stesso e il suo curante, considerato come esecutore dell'arte medica-chirurgica, non più come portatore del suo valore intellettuale diagnostico, prima che terapeutico. Così come il paziente si è trasformato, anche l'aggiornamento deve trasformarsi interpretando i nuovi bisogni dell'odontoiatria, proponendo percorsi misti tra professionisti, nella ricerca di una visione complementare tra diverse aree della medicina e odontoiatria. Dove potremmo migliorare? Nella progettazione di nuovi strumenti formativi e di nuove modalità di raggiungimento dei crediti ECM, sempre più a misura della realtà professionale di ogni giorno. Penso che si possa migliorare anche sul versante della progettazione delle domande nell'ambito delle verifiche dell'apprendimento: piuttosto che puntare il dito su un'unica opportunità che consente di “sbagliare” una sola volta nella

risposta al questionario, penso si dovrebbe attivare una maggiore responsabilità dei provider per quanto riguarda l'analisi di ciò che “manca” nel panorama intellettuale dell'odontoiatria, invece di osservare ciò che già si conosce e si continua a ripetere. Troppi eventi culturali sono cloni ripetuti di argomenti scontati, che si sovrappongono intasando l'offerta formativa. Credo invece che si possa percorrere e favorire processi formativi sui nuovi percorsi appropriati delle prescrizioni radiologiche, chirurgiche, cliniche, farmacologiche. Non credo si possa cambiare la normativa a uso e consumo dell'odontoiatria. Si potrebbero invece analizzare i nuovi bisogni della professione e aiutare gli odontoiatri a pianificare la propria formazione verso aree di competenza che a loro volta potranno generare “lavoro” sul campo. Sicuramente l'introduzione in futuro del dossier formativo (oggi in fase sperimentale) potrebbe essere un'altra occasione per trasformare un obbligo (vissuto come una nuova imposizione) in una opportunità per indagare seriamente la progettazione e pianificazione della cultura, esattamente come architetto e ingegnere devono prevedere quando hanno l'obiettivo di realizzare strutture che sfidino la forza di gravità. Anche la professione sanitaria subisce la forza di gravità intellettuale e deve temere le cadute, le crepe, il crollo della propria mission originale, secondo il giuramento di Ippocrate (altro testo dimenticato sullo scaffale dello studio). L'ECM, nella sua provocazione di numeri (triennali) e tempo (un'ora uguale a un credito), lascia spazio alla qualità dei contenuti: un miglioramento potrebbe essere indirizzato all'approccio trasversale dell'odonto-

iatra con le discipline mediche, allargando i campi di indagine a favore di una figura odontoiatrica inserita in un contesto di medicina generale, attivamente propositore di stili di vita proattivi della salute, piuttosto che processi formativi concentrati solo sulla terapia. L'aggiornamento che lascia traccia nei comportamenti (successivi a ogni evento culturale) si basa sulla sua capacità di rimettere in discussione una visione rigida dell'odontoiatria (ingabbiata in sequenze operative tecniche ripetitive e poco collaborante con altre figure cliniche trasversali professionali). Questa è una area di miglioramento che l'ECM di domani potrebbe individuare e sostenere. In definitiva, se la normativa dell'educazione continua in medicina lo permetterà, si potrebbero ipotizzare nuovi percorsi di aggiornamento, collocando l'odontoiatra al centro di una visione umanistica della salute e della malattia, incrociando competenze e nuovi bisogni del paziente e dell'odontoiatra (come la detrazione fiscale della fatturazione). Incentivazione dei crediti ECM con un sistema di premi? Ma quale sistema di premi? E solo verso chi ha assolto tutti i crediti obbligatori? Come verificare la qualità dei risultati dell'aggiornamento? La compilazione di un questionario non potrà mai essere la “prova” dell'aggiornamento effettuato bene. Ma qui rientra in gioco la sorella coscienza, la quale, nel suo silenzio strategico, ci lascia liberi di scegliere quando, come e perché vivere l'aggiornamento professionale come dovere etico oppure avvertirlo come un soffocante obbligo, che affatica il respiro.

> pagina 7

< pagina 6

Una cosa è certa: diversamente da chi opera nel servizio sanitario nazionale, le ore dedicate all'aggiornamento della libera professione sono sottratte alle ore di lavoro, non sono pagate da nessuno e non sono riconosciute, a volte, dallo stesso paziente che ascolta l'odontoiatra e poi "controlla" su Google. Forse, dico forse, se i pazienti conoscessero le fatiche dell'aggiornamento e il loro controvalore in termini di crediti (seriamente ottenuti), si potrebbe pensare in una realtà, come quella anglosassone, in cui la scelta del curante avviene anche attraverso la valutazione pubblica dei crediti di aggiornamento, pubblicamente a disposizione dei cittadini. Ma questa è un'altra storia.

Ritiene che l'introduzione dell'ECM abbia contribuito a migliorare i livelli professionali dei medici?

LECM, come obbligo, ha determinato un fatto: ha fatto parlare dell'aggiornamento. Possiamo essere contrari o favorevoli al sistema ECM, possiamo aderire al programma o disattenderlo completamente. Certamente sappiamo tutti che esiste il problema dell'aggiornamento, tutti noi sappiamo che "essere a posto" con i crediti è meglio che non esserlo: questo perché di fronte a un giudice per una malaugurata causa legale non essere in regola con l'aggiornamento continuo obbligatorio è un punto debole, indipendentemente dalla qualità dei crediti ottenuti. Il vero problema è che la verifica del miglioramento di una categoria, attraverso il suo grado di formazione e apprendimento, è difficilissima, perché non esiste, che io sappia, un'analisi sul territorio nazionale sulle modifiche del comportamento professionale successivo a un percorso formativo. Il dossier formativo, così come ideato, avrebbe la funzione di stimolare la categoria a prevedere in anticipo dove orientare la propria ricerca di miglioramento, verificando l'anno successivo alla presentazione del dossier come e quanto si è riusciti a rispettare la propria previsione di aggiornamento. Ancora una volta, con umiltà, dobbiamo riconoscere che nell'anima mediterranea manca il senso di autoverifica come impegno etico rivolto ai pazienti (rispetto alla sterile raccolta dei crediti ECM). Il miglioramento della categoria sarà obbligato dai fatti, dalle circostanze in cui gli odontoiatri saranno inseriti: occorrerà in futuro avere competenze diverse, essere professionali, non professionisti. D'altro canto, se ci pensiamo, sono sempre i pazienti a scegliere. A noi il compito di essere pronti.

Guardando all'estero, cosa si potrebbe mutuare per rendere l'ECM più utile?

Analizzando il panorama europeo, prendendo come parametro di riferimento la sanzionabilità dei diversi sistemi di aggiornamento ECM, tranne la Francia che severamente indica sanzioni amministrative e finanziarie, l'Italia, il Belgio, l'Austria, il Regno Unito non prevedono sanzioni. Se un obbligo di legge non prevede sanzioni reali e certe significa che lo Stato si affida alla coscienza personale dei sin-

goli. Domanda: per ottenere maggiore adesione all'obbligo, sarebbe più opportuno sanzionare chi non rispetta le regole o premiare chi le rispetta? In Norvegia e Belgio esistono incentivi finanziari per favorire la prassi dell'ECM. Un esempio da perseguire? Ritengo non sia possibile pensare a premialità economiche, in Italia. Dal Belgio, si potrebbe mutuare, tra le tipologie formative, la loro esperienza di gruppi specifici per attività di formazione pratica: questo aspetto è sicuramente intrigante per la libera professione. D'altro canto, un interes-

sante suggerimento della Francia è l'analisi della pratica professionale rispetto alle raccomandazioni cliniche elaborate dalle società scientifiche; anche in questo caso, la valutazione della percorribilità delle raccomandazioni può diventare strumento di aggiornamento, basato sull'analisi dei comportamenti diagnostici e prescrittivi. In Italia, a differenza di tutti, è stato impostato il dossier formativo, a cui affidare la pianificazione a medio e lungo termine. Altra peculiarità italiana la combinazione di diverse tipologie formative, unendo

in unico mix i vantaggi degli eventi residenziali, a distanza e legati alla formazione sul campo. I gruppi di miglioramento potrebbero essere potenziati e proposti sul territorio, generando una aumento della cultura tra i partecipanti, nella ricerca di una maggiore omogeneità dello spessore scientifico dell'aggiornamento. Le recenti disposizioni di legge sulla appropriatezza suggeriscono come la professione deve e dovrà tutelare la propria indipendenza intellettuale e recuperare il valore della diagnosi come elemento imprescindibile a

ogni atto terapeutico. Se la salute dei pazienti è il focus di partenza di ogni obiettivo dell'area sanitaria in senso lato, l'aggiornamento sarà sempre la "benzina" necessaria a muovere correttamente ogni gesto professionale, senza dimenticare ancora una volta che al volante della nostra volontà decisionale si trova la coscienza professionale, patentata dal primo nostro giorno di lavoro.

Grazie per l'intervista.

Dental Tribune

0µm 10µm

SMALTO DANNEGGIATO*

0µm 10µm

SMALTO TRATTATO CON MICROREPAIR**

stomyprox

*Studio chimico-fisico in vitro delle modificazioni dello smalto condotto da LEBSC (Laboratorio di Strutturistica Chimica Ambientale e Biologica)
Immagini dello smalto al microscopio elettronico SEM.

L'UNICA PASTA PER PROFILASSI IN GRADO DI REMINERALIZZARE LO SMALTO

**L'UNICA CON
microRepair®
RIPARA-SMALTO**

Pasta per profilassi monodose disponibile in due diverse granulometrie, dai gusti melone e menta.

FINE

MEDIUM

PROTEGGE, LUCIDA,
REMINERALIZZA
E DESENSIBILIZZA

Distributore esclusivo per l'Italia

UNA NUOVA GENERAZIONE DI PRODOTTI PER IL TUO STUDIO

Dall'esperienza Stomygen e dalla ricerca Biorepair® Professional nasce la prima linea di prodotti per il tuo studio a base di microRepair®, il rivoluzionario principio attivo in grado di remineralizzare lo smalto.

E per il trattamento quotidiano di igiene orale domiciliare, Stomygen consiglia la linea di dentifrici Biorepair®

Powered by *microRepair®*

Reti d’impresa in odontoiatria

Michele Rossini

< pagina 1

Sopravvivere in questo momento storico, per uno studio dentistico e per un laboratorio odontotecnico, significa diversificarsi da quella che tradizionalmente è stata l’erogazione di un servizio di qualità, basata sulle conoscenze e sulle capacità di un singolo che riuscivano a soddisfare le necessità del mercato (in questo caso i pazienti). La necessità delle imprese in odontoiatria è diventata quella di capitalizzare la capacità distintiva, spesso immateriale, relativa alla produzione di idee, al marketing o alla qualità. Chi in questi anni non ha saputo mettere in pratica questo tipo di approccio ha sofferto pesanti riduzioni della propria attività fino alle estreme conseguenze della chiusura totale.

È possibile che in questo contesto sia di aiuto il concetto di rete d’impresa, che vede nella libera aggregazione di realtà produttive imprenditoriali una valida soluzione per cogliere eventuali opportunità o per affrontare meglio una minaccia avvalendosi delle competenze del gruppo. Se l’opportunità economica reale sarà valida per tutti i soggetti che fanno parte di questo tipo di aggregazione, tale fattore ne permetterà la continuazione nel tempo. L’idea, non nuova, della rete tra imprese può quindi trovare in ambito odontoiatrico e odontotecnico un valido campo di applicazione. La tecnologia di produzione di manufatti in odontoiatria, i suoi costi sempre più elevati e l’enorme diversificazione e frammentazione delle esigenze dei pazienti potrebbero portare gli studi e i laboratori ad aprirsi alla collaborazione in modo da ottenere gran parte dei benefici (massa critica, know-how, tecnologia, soluzioni) che oggi fanno riferimento alle grosse economie tipiche delle grandi imprese.

Non basta tuttavia la sola idea, anche buona di per sé, affinché la rete possa nascere e svilupparsi. È necessaria anche la presenza di un’opportunità di business comune, la potenzialità di stare nella rete dei vari partner, la filosofia imprenditoriale e le relazioni tra i vari partecipanti alla rete. Una volta accettati e chiariti i termini di questi quattro punti precedenti, si può pensare alla visione strategica e all’analisi dei processi chiave che contribuisca a definire, a comunicare e a condividere una strategia comune orientata al mercato a livello integrato e non più in singola organizzazione. In altre parole, devono essere definiti gli obiettivi specifici e la pianificazione al fine di poter definire le modalità per concretizzare tutte le opportunità che si possono trovare sul mercato.

Una volta acquisita una produttività

superiore e la capacità di aumentare il margine, grazie a offerte più complesse e a più alto valore aggiunto per il cliente, la rete d’impresa deve essere in grado di ripartire in modo adeguato i proventi dell’attività comune. Infatti solo un metodo di ripartizione dei vantaggi materiali e immateriali in modo condiviso e applicato con equità rende la rete più solida e capace di durare nel lungo periodo.

Oltre all’idea iniziale, in questo caso sarà fondamentale, per meglio comprendere i vantaggi di un approccio in rete, modificare il punto di osservazione ed estendere la propria visione passando dal semplice rapporto fornitore-cliente al più ampio rapporto fornitore del fornitore e cliente del cliente. Continuando a ragionare in termini di singola organizzazione, si rimarrebbe sulle posizioni fino a ora conosciute, secondo le quali si ha:

- organizzazione singola, fornitore ► impresa ► cliente.

Questo schema può essere facilmente replicato anche per:

- un laboratorio, fornitore ► laboratorio odontotecnico ► odontoiatra.

Oppure per:

- uno studio dentistico laboratorio odontotecnico ► odontoiatra ► paziente.

Nel caso invece ci si voglia confrontare con un tipo di organizzazione più complessa, considerando tutte le dinamiche in gioco, si deve passare a una visione molto più ampia del processo; tenuto conto che non esiste più un’impresa che sta al centro della filiera di produzione, sia essa di tipo verticale o orizzontale, ma esiste appunto una rete di imprese collegate tra loro da vantaggi di vario genere. Per cui, in questo caso, si ha uno schema un po’ più complesso (Fig. 1) che può essere definito organizzazione produttiva integrata (rete).

In questo schema si perde completamente di vista la centralità dell’unità produttiva per acquisire una visione globale nella quale si può apprezzare l’interscambio di informazioni, di tecnologia, di know-how e di prodotti tra i vari attori. Emerge chiaramente la forte interazione esistente all’interno dell’ambiente che si viene a creare (Fig. 2). Avere il controllo su una realtà di questo tipo permette di condividere attività o iniziative per raggiungere un obiettivo, per risolvere problemi comuni, razionalizzare gli investimenti e ottimizzare il sistema produttivo. Questo è un tipico esempio di una rete informale nella quale i vari soggetti/attori si relazionano attraverso accordi che non devono per forza essere legati tramite contratti specifici. Non c’è inoltre la presenza di una azienda leader in grado di dettare le condizioni tecniche, procedurali, commerciali ed economiche ma si assiste alla presenza di un obiettivo o un progetto condiviso dagli attori che si coordinano e collaborano in maniera differenziata e secondo una linea di tipo orizzontale. Non si tratta quindi di una vera e propria produzione di filiera. Anche

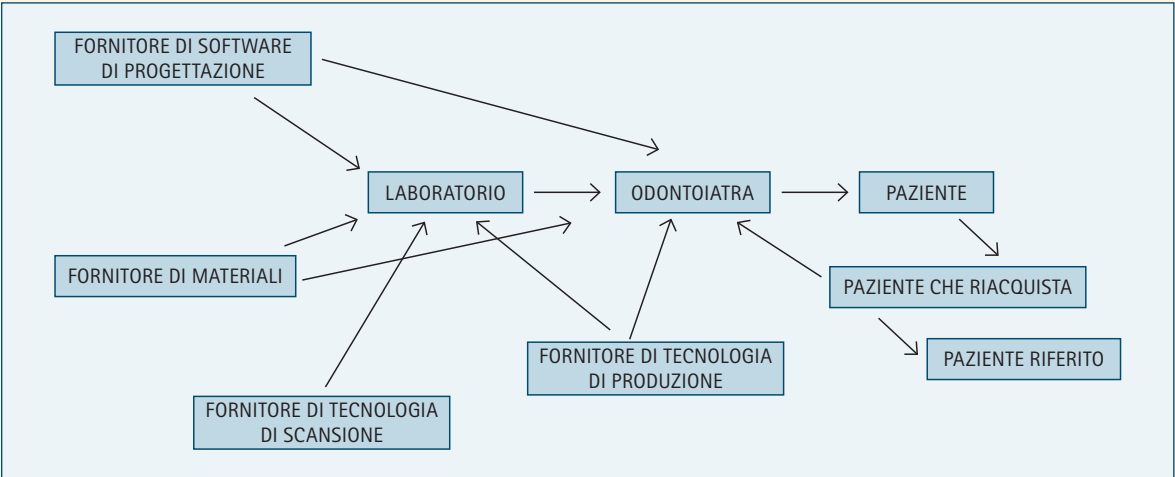


Fig. 1 - Schema di rete in odontoiatria.

se questo tipo di logica è presente, tuttavia non costituisce la guida della relazione. La rete orizzontale in questo caso è un sistema costituito da un insieme di aziende autonome che agiscono in modo organico e integrato per creare di volta in volta il flusso di lavoro più adatto per il tipo di produzione richiesto in quel momento.

L’obiettivo in questo caso può essere quello di razionalizzare le risorse per mantenere standard qualitativi elevati senza l’obbligo di investimenti non sostenibili da parte delle singole entità sia in termini di tecnologia, sia in termini di know-how e risorse umane. Gli obiettivi prevalenti di questo tipo di aggregazione dovrebbero essere:

- scambio di informazioni;
- ricerca;
- sviluppo;
- razionalizzazione degli investimenti;
- innovazione;
- qualità;
- approvvigionamenti materiali;
- produzione;
- commercializzazione e marketing.

Se ci si riferisce a questo tipo di obiettivi, si evidenzia, come accennato sopra, che nel campo del dentale, qualora si voglia pensare a un’unione tra imprese, ci si trova di fronte alla contemporanea presenza delle due principali categorie di rete che vengono sempre rappresentate e che possono entrambe costituire un vero valore aggiunto per lo sviluppo del servizio.

- Rete verticale (filiera) dove tutti gli aderenti con le loro funzioni e i prodotti specifici concorrono alla

realizzazione e al trasferimento del prodotto dalla produzione fino allo stato finale di utilizzo. Si passa dall’acquisto della materia prima, alla sua trasformazione con tutte le fasi di lavorazione, fino all’ottenimento del prodotto finito e alla sua commercializzazione e servizio post vendita.

- Rete orizzontale (di condivisione) dove i soggetti aderenti basano la condivisione su un obiettivo comune conferendo ognuna un apporto specifico anche se non direttamente collegato a fasi produttive o di semilavorazione. In questo caso, alla fase lineare di lavorazione si affiancano realtà produttive e di servizio che vanno a completare l’offerta. L’esempio classico è quello dell’offerta turistica completamente estranea alla cura del paziente ma legata alla permanenza dello stesso in un particolare luogo che potrebbe presentare attrattive di tipo culturale e/o commerciale.

Nessuno studio odontoiatrico può oggi prescindere dall’ausilio dell’odontotecnico se vuole veramente sviluppare l’utilizzo di tecnologia digitale nell’erogazione del servizio al paziente, così come nessun laboratorio di tipo e, soprattutto, di dimensioni tradizionali, pur avendo acquisito nel tempo enormi competenze tecniche, può pensare di competere a livello prettamente tecnologico con realtà strutturate e orientate alla produzione di grandi numeri e all’affidabilità di tipo industriale. La possibilità di un’alleanza tra soggetti direttamente o indirettamente interessati e coinvol-

ti nell’erogazione del servizio, unita alla possibilità di sviluppo di rapporti sia orizzontale che verticale, può rappresentare la vera arma vincente nel panorama odierno, che presenta una richiesta estremamente frammentata e diversificata. Richiesta che, qualora venisse affrontata da un singolo, sarebbe praticamente impossibile da ottemperare.

Configurazione

Quando si pensa a questo tipo di rete non si può fare a meno di notare una certa complessità nella gestione dei ruoli, delle risorse e dei rischi. Ovviamente il livello di formalizzazione degli accordi deve essere scelto in base alle risorse e agli impegni che ognuno mette in campo. Si può parlare di una rete molto semplice e informale regolata da un “gentlemen agreement”, in cui si procede attraverso accordi di collaborazione aspecifici e rivolti alla semplificazione di determinati rapporti o situazioni, fino alla vera e propria formalizzazione di un contratto più definito, qualora vengano investite delle risorse importanti sia economiche, sia umane, sia tecnologiche. Più le funzioni messe a disposizione dalle aziende sono importanti, più il legame tra loro diventerà critico e la necessità di strutturare il vincolo sarà maggiore. Non da ultimo si deve sottolineare il problema della complessità e dell’incremento delle interrelazioni che si vanno a formare al crescere dei soggetti aderenti al progetto.

> pagina 9

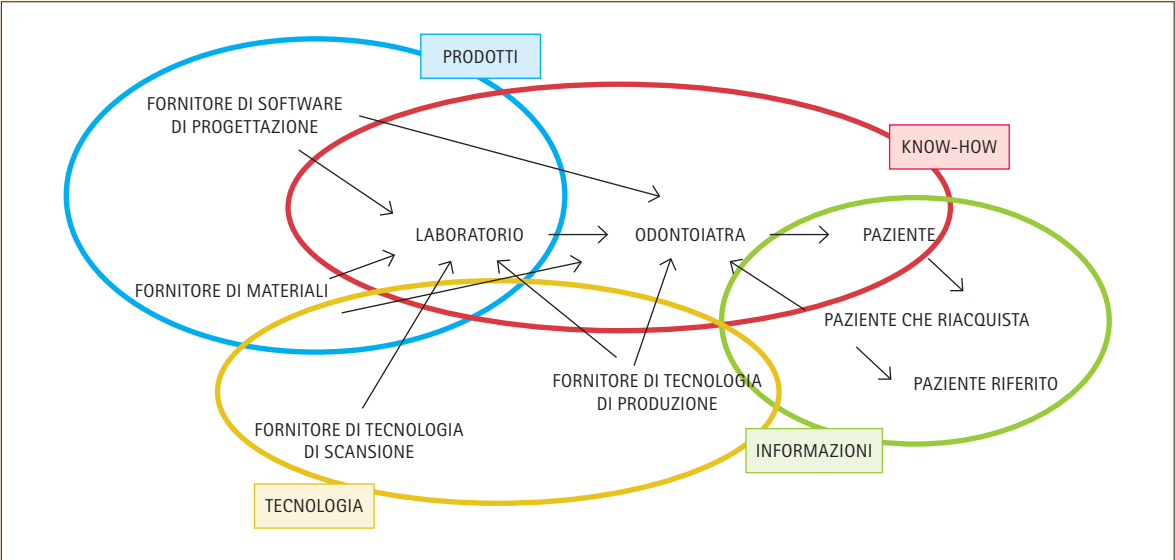


Fig. 2 - Interazione all’interno della rete.

< pagina 8

Se si pensa all'utilizzo di tecnologie di scansione intraorale a livello clinico, non si può pensare a una rete di produzione che comprenda meno di tre o quattro soggetti, includendo l'odontotecnico, il fornitore di software CAD, il fornitore di software CAM, il tecnico in grado di supportare la produzione sia essa eseguita per fresatura o stampa 3D. La complessità nel far funzionare questa filiera di produzione deve prendere in considerazione l'idea di strutturare la cooperazione al fine di ottenere un prodotto e un servizio affidabili e il più possibile efficienti.

La strategia

La rete nasce da un'esigenza e l'esigenza definisce la strategia per affrontarla. Si deve quindi determinare la struttura più o meno complessa delle interazioni tra gli aderenti e gli obiettivi da raggiungere (posizionamento). Deve essere definito il grado di collaborazione e devono essere chiarite le modalità attraverso le quali la collaborazione avrà luogo con la valutazione delle differenti tipologie di rapporti, le politiche interne ed esterne e i processi decisionali. In sostanza il network si forma dopo la valutazione di tutti i livelli di rapporto cliente-fornitore, tenendo in considerazione, come già accennato, il fornitore del fornitore e il cliente del cliente. Solo una volta chiarito il quadro complessivo dell'esigenza da affrontare e delle risorse necessarie, si potranno valutare eventuali inserimenti di nuovi soggetti in grado di sopperire ai bisogni, e magari si potrà pensare a un nuovo ruolo per soggetti esistenti. In generale infatti, per risolvere un problema di configurazione, è necessario valutare tutti i nodi che compongono il sistema, stabilirne i relativi collegamenti e identificare i soggetti che li realizzano. In questo caso, l'esigenza che nasce non può prescindere dalla considerazione del valore che viene creato e venduto all'utente finale. Tutti i membri attivi della rete di collaborazione devono essere d'accordo sul valore dell'offerta che si propone e sul ruolo e la funzione che essi stessi andranno a compiere all'interno dell'impresa di rete.

La tattica

Con la tattica si risolvono i problemi relativi alle scelte organizzative che guidano l'attività da sviluppare, spostando l'attenzione dalla collaborazione strategica alle decisioni di coordinamento per la pianificazione del flusso di lavoro in maniera integrata all'interno della organizzazione. In questo ambito si svolge la classificazione delle risorse e delle abilità per guidare il processo di produzione.

- Informazioni: coordinamento, condivisione, tecnologie;
- delocalizzazione: outsourcing;
- approvvigionamento: materiali e software;
- gestione della produzione: gestione dei materiali, capacità, ubicazione delle lavorazioni.

Con la tattica si decidono i modi e i tempi dell'organizzazione del lavoro all'interno del flusso di erogazione del servizio. Avendo deciso cosa si fa e con che tempistica, si può procedere al livello operativo.

L'operatività

Una volta organizzata l'idea, attraverso la strategia, e definite le modalità organizzative, attraverso la tattica, si può passare al livello operativo in cui si attuano concretamente tutte le procedure per la

gestione dei processi e si programma l'attività di scambio delle conoscenze, di divisione dei compiti, di organizzazione della produzione e infine di controllo sull'attività svolta. Si può procedere attraverso cinque livelli.

1. Reclutamento: è la fase in cui una azienda o un soggetto decide di creare una rete con un'idea e, come primo compito, si fa carico di reclutare partner adeguati allo scopo.

2. Posizionamento: caratteristico del marketing, questo concetto racchiude in sé la guida di tutto il processo di marketing inclusa la strategia. Con il posizionamento vengono definite le "regole" grazie alle quali si muoverà tutta la produzione. Ogni azione della rete deve essere coerente con il posizionamento e ogni soggetto appartenente alla rete deve essere congruente a queste regole.
3. Realizzazione: è l'aspetto attua-

tivo dove vengono realizzate tutte le fasi teorizzate nel posizionamento e poi progettate. Le attività produttive, di scambio di informazioni, logistiche e di marketing vengono realizzate in questa fase.

4. Supporto: tutti i soggetti nella rete devono svolgere la loro attività con criteri ragionati in termini di supporto alla programmazione effettuata.

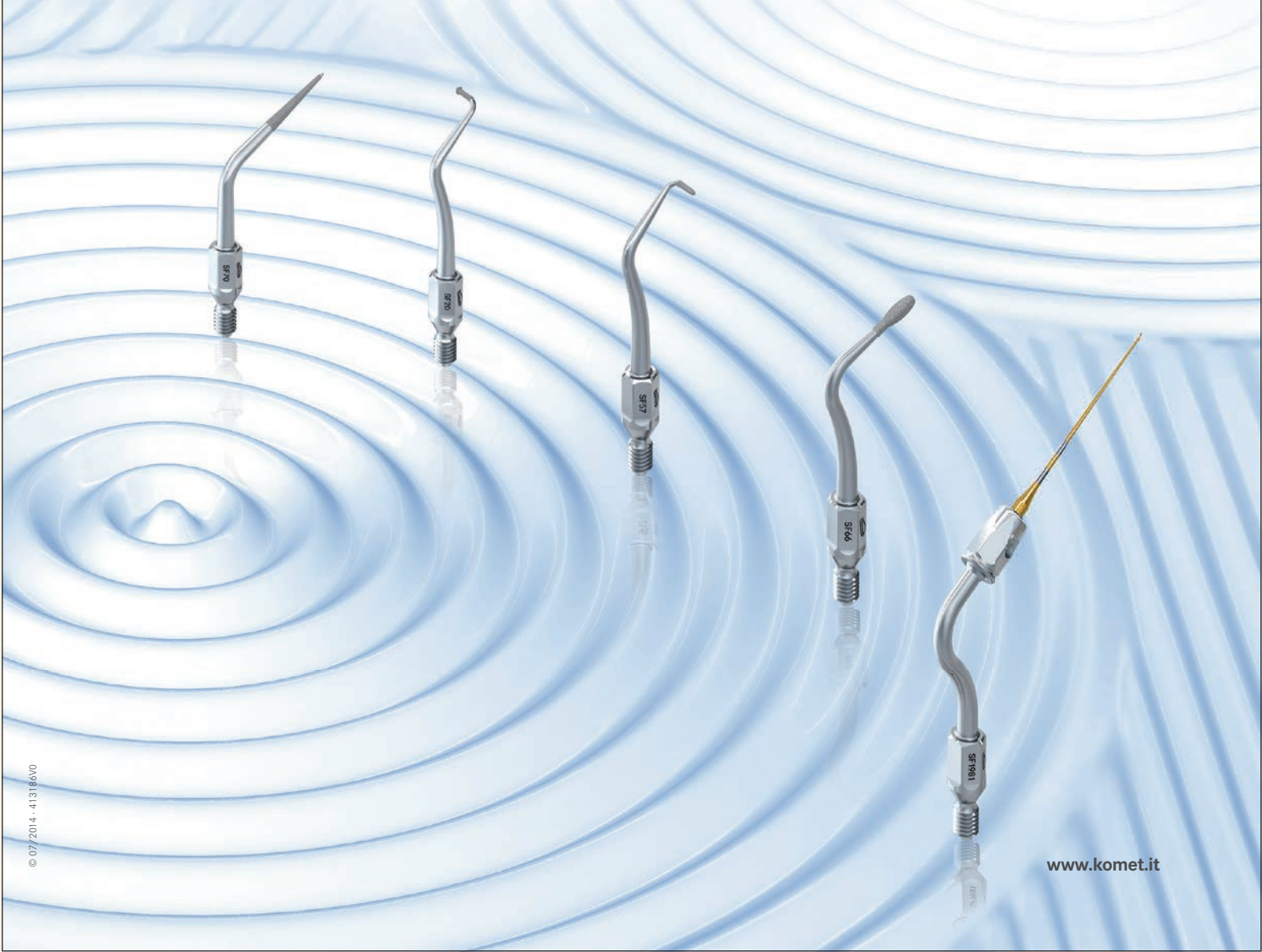
> pagina 10



Quasi **zendodonzia**. SonicLine per una endodonzia precisa e sicura.

Punte SonicLine per Endodonzia: La forza è nel controllo. Le punte a vibrazione sonora a invasività minimale, dalla SF66 alla SF70, sono indicate per la preparazione ortograde della cavità d'accesso. L'effetto cavitazionale della punta a vibrazione sonora SF65

incrementa l'effetto pulente nel sistema dei canali radicolari. Per la preparazione della cavità retrograda è possibile scegliere tra sette punte a vibrazione sonora a doppio angolo che consentono una visuale insuperata del sito chirurgico.



© 07/2014 - 41316610

www.komet.it