All'interno Learning Journal ClassImplant

IMPLANT TRIBUNE

The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

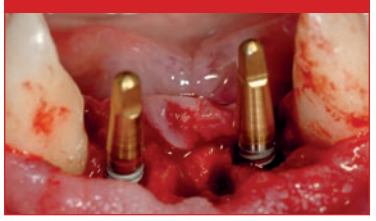
Anno V n. 2

Supplemento n. 1 di Dental Tribune Italian Edition
Anno VII, n. 5 - Maggio 2011

Maggio 2011

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma1, DCB Torino - Contiene inserti pubblicitari

Case Report



MINI-IMPIANTI A CARICO IMMEDIATO IN REGIONE ESTETICA

Per la perdita di elementi dentali non prontamente sostituiti, se i pazienti non vogliono sottoporsi a trattamento ortodontico, è possibile ricorrere ai mini-impianti.

> pagina 10

Speciale Regeneration

UTILIZZO DEL PRGF NEL CARICO IMMEDIATO POST-ESTRATTIVO

Il carico immediato post-estrattivo può essere considerato come una soluzione affidabile e predicibile, che consente di risolvere sia le problematiche estetiche che funzionali.

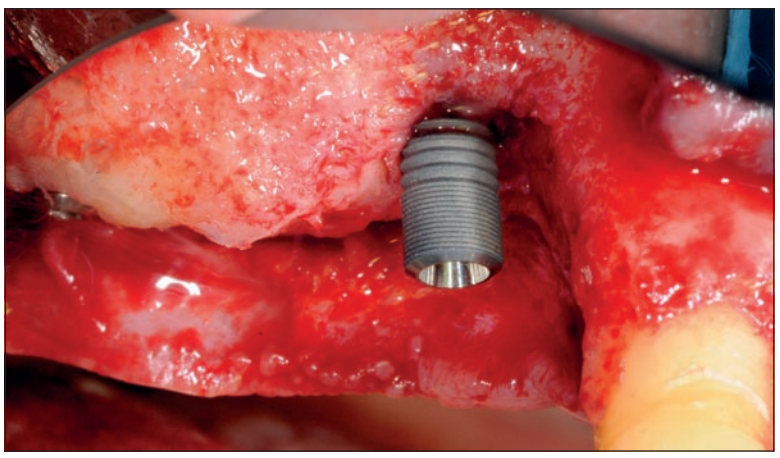
> pagina 35

Approccio multidisciplinare nei casi implanto-protesici complessi

Vincenzo La Scala

Quando giunge all'osservazione dell'odontoiatra, un paziente che presenta una situazione clinica relativamente semplice, normalmente, ad una visita mirata a raccogliere i principali dati anamnestici del paziente segue una raccolta di informazioni radiografiche – come una ortopantomografia e una serie di RX endorali – che permette al clinico di stabilire in maniera veloce e sicura le cure necessarie al ripristino della salute dentale e/o gengivale di quel paziente (carie di alcuni elementi dentari, terapie endodontiche, un'estrazione, una corona in metallo ceramica ecc.).

Ma quando ci troviamo di fronte ad un caso cosiddetto "complesso", le cose si complicano un po'. La parola "complesso", secondo il dizionario Garzanti, significa "di difficile comprensione" o anche "composto dall'unione di diversi elementi"; è questa seconda definizione che, a mio parere, si addice di più al nostro caso.



→ IT pagina 3

Gestione dell'insuccesso in implantologia

Francesco Vedove

Quanti di noi non hanno mai avuto un insuccesso in implantologia? E quanti hanno quantificato i propri insuccessi e valutato l'impatto economico e la relativa perdita d'immagine? Per rispondere a queste domande è necessario prima di tutto affrontare il problema dal punto di vista manageriale ovvero calcolare il costo orario del proprio studio. In merito esistono diversi sistemi più o meno analitici; l'importante è sapere che più dettagliata è l'analisi del costo orario, tanto più affidabile sarà l'esatta valutazione di ogni singolo rifacimento. Alcuni parametri, determinanti, occorre quantificarli, anche utilizzando semplici fogli Excel nei quali la segretaria potrà inserire i valori corrispondenti.

Essi sono:

- il tempo medio necessario per portare a termine una certa prestazione;
- i costi annuali della struttura e il relativo costo orario;
- quanti impianti si eseguono in un anno;
- qual è la percentuale di successo personale.

Non è questa la sede per parlare della possibili cause di insuccesso, ma certamente il suo monitoraggio darà utili informazioni anche per questo fine. Estremamente importante, invece, è il valore che la ricaduta di un insuccesso ha per noi, per lo studio e la professione. Se in un insuccesso esiste un aspetto quantificabile dal punto di vista monetario, esiste altresì un "costo fantasma" che colpisce più duramente: il danno all'immagine. In tutte le varie scuole di pensiero che interessano la comunicazione è risaputo quanta risonanza negativa possa trasmettere un paziente insoddisfatto e, viceversa, quanto sia difficile ottenere un consenso dopo un trattamento ben finalizzato.

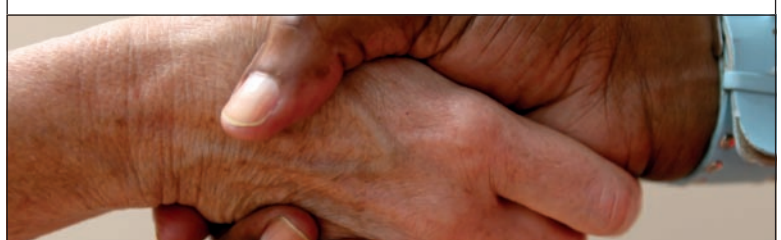
Quindi l'argomento ricaduta aprirà due fronti di analisi, uno puramente economico e l'altro di comunicazione.

Se è vero che, secondo la letteratura, gli impianti raggiungono il 94-98% di successo, quanto costerà il rifacimento della restante percentuale?

La risposta è: dipende dall'organizzazione dello studio e dal numero di impianti che il professionista esegue in un anno, dove per "organizzazione" si intende "un'organizzazione integrata", cioè uno studio attento ai costi fissi ed efficiente nelle procedure.

Possiamo così considerare due aspetti:

→ IT pagina 15



Intervista a Eugenio Romeo Presidente Sio

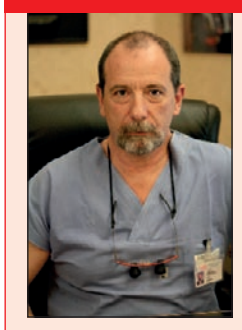
Patrizia Gatto

Durante IDS Colonia, la tecnologia legata all'implantologia è stata assolutamente protagonista e prevalente; però si parla tanto di prevenzione nel mondo e si vuole puntare su questa nei prossimi anni per migliorare la salute e anche la spesa sanitaria. Dunque, al Presidente della Società italiana di Osteointegrazione chiedo l'opinione sul futuro.

Io credo che anche nel prossimo futuro l'implantologia continuerà ad essere una tecnica largamente utilizzata.

→ IT pagina 3

Editoriale



Tanti problemi, molte le soluzioni, con un unico denominatore: la volontà di risolverli in sinergia

Sono felice di poter redigere questo editoriale che mi dà modo di fare il punto sul trend della nostra odontoiatria in un momento particolarmente delicato per la libera professione e per l'accademia.
Nei programmi degli opposti schieramenti, alle ultime elezioni, campeggiava un traguardo fondamentale: la salute orale. Mi preme sottolineare il messaggio che è passato: quello del diritto-dovere di curarsi il cavo orale. Ora i cittadini, giustamente, chiedono come. A noi toccano le risposte. Abbiamo molte soluzioni allo studio, indirizzate in primo luogo alla prevenzione. Va detto che la libera professione, con molta buona volontà, si sta organizzando in questo senso.
Il 29 marzo, al Ministero della Salute si è svolto un convegno da me coordinato alla presenza del Ministro che reputo un mattone fondamentale per la nostra disciplina, dove vari relatori della libera professione e dell'accademia hanno avuto modo di renderci edotti di vari aspetti importanti.
In tutti i contributi è emerso un dato fondamentale che conosciamo, ma che non va assolutamente sottovalutato: ad oggi il 60% dei cittadini non si reca dal dentista. Alcuni asseriscono per ignoranza, ma ai giorni nostri all'ignoranza io credo poco.
Oggi sono soprattutto i costi a tener lontane dall'odontostomatologo alcune fasce della popolazione. A serio pregiudizio della loro salute, si rivolgono agli abusivi o percorrono la via del turismo odontoiatrico low cost.
Un altro dato importante è emerso: mentre il turismo odontoiatrico per svariate ragioni sta avviandosi ad un'inversione di tendenza, l'abusivismo è in recrudescenza, mentre le società di capitale, che utilizzano in modo virulento e aggressivo la liberalizzazione della pubblicità (non rispondente molte volte a realtà), creano preoccupazione per la tutela della salute dei cittadini.
Proprio su questi punti di criticità mi sono soffermato, esponendo alla presenza del Ministro la nostra preoccupazione relativa a questa tipologia di odontoiatria low cost e, in genere, al terzo pagante, troppo spesso "terzo lucrante", con tendenza a far diventare il paziente un consumatore di prestazioni, non un malato da riabilitare e curare, invertendo il rapporto medico-paziente alla base di una buona medicina.
Si sono evidenziate, inoltre, anche se in misura minore, alcune criticità riguardanti i fondi integrativi che, essendo legge dello stato e per di più, bipartisan, non possiamo ignorare, ma dobbiamo cercar di governare con l'aiuto della politica.
Ad esempio, stimolando convenzioni con rapporto indiretto, che permetterebbero al cittadino la libera scelta del curante.
Personalmente, dopo attenta riflessione e studio dei vari fenomeni, ritengo che l'unica via seriamente percorribile con efficacia sia dell'Ordine autonomo degli odontoiatri che, con un potenziamento dei poteri, consenta il monitoraggio e controllo di questi fenomeni nell'interesse degli odontoiatri e dei cittadini. La parola d'ordine deve essere "qualità", chiave di tutto il sistema, a 360° nelle prestazioni, nell'organizzazione, nella formazione post e under graduate dove, oltre all'ordine e alla politica, entra pesantemente in gioco l'accademia ,responsabile della formazione dei futuri professionisti.
Un altro aspetto che mi sta a cuore è smentire che l'Ordine sia morbido nei confronti di chi sbaglia. Non è vero! Non è per nulla morbido, agisce con i mezzi di cui dispone. Occorre una legislazione mirata, non punitiva, ma preventiva.
Voglio ribadire che la maggiore autonomia dell'Ordine dei dentisti, attualmente in discussione in Parlamento, può facilitare anche la risoluzione di questi aspetti, assieme a quello del terzo pagante e dei low cost.
Vero è che la modernità non si può frenare. La tendenza verso queste nuove realtà esiste, ma è necessaria molta attenzione. Se è giusto proporre prestazioni odontoiatriche più accessibili, è necessario guardarsi dalle forme di società di capitali che promettono tutto e subito, cercando esclusivamente un ritorno economico equivalente spesso ad un risparmio sulle prestazioni.
In proposito, sarebbe importante che queste forme societarie rispettassero le stesse regole cui sono sottoposti i liberi professionisti, conferendo appunto più potere agli Ordini (in questo caso alle Commissioni Albi) nell'interesse della salute pubblica.
Non si deve correre il gravissimo rischio che il paziente, da malato da curare, si trasformi in un investimento interessante.
Altro aspetto su cui mi preme soffermarmi è quello degli Studi monoprofessionali, patrimonio per l'odontoiatria privata che sfrutta una peculiarità propria, la capillarizzazione sul territorio.
Di quest'aspetto non si può fare a meno: basti ricordare che sono più che raddoppiati nel quinquennio 2004-2009, passando da 5580 a 13.380.
Nell'immediato futuro dovranno sempre più cercare una sinergia, se non una rete associativa, per cercare di contenere i costi senza ridurre la qualità del servizio.
Concludendo, auspico che, pur rispettando le regole comunitarie, si riesca a porre un freno al fenomeno degli studenti, che per aggirare il numero programmato in Italia si recano all'estero iscrivendosi a università private dove la programmazione non esiste. Non è corretto ed è penalizzante per chi segue i canali tradizionali.
Di questi aspetti ho parlato al Ministro della Salute, concorde nell'aiutarci a risolverli con le modalità e nelle sedi opportune, come sta facendo per le nuove Scuole di specializzazione, che pensiamo di licenziare a brevissimo termine. Spero che quando verrà pubblicato questo editoriale, il problema sarà già risolto.
Insomma tanti problemi, molte possibili soluzioni, ma un unico comun denominatore: la volontà di risolverli in sinergia con tutti gli autori della filiera.
Buon lavoro a tutti!

Enrico Gherlone

Meno radice che corona per un impianto di successo

È ormai pratica comune sostituire un dente con un impianto. Prima però, il curante deve capire se su un determinato paziente l'intervento avrà successo. Di solito, valuta il rapporto corona-radice, ossia quanto è lunga la corona e quanto la radice: questo rapporto, tuttavia, deve essere ancora determinato.

Valutando lo stato delle protesi impiantate da più di cinque anni, una ricerca pubblicata sul *Journal of Oral Implantology* giunge alla conclusione che tale fattore non è poi così importante come si pensava per il successo delle protesi.

Attraverso le radiografie sono stati esaminati 309 restauri compiuti su 194 pazienti e su impianti di breve lunghezza, collocati tra il febbraio 1997 e dicembre 2005. Il rapporto ideale è giudicato essere 1 a 2, ossia il doppio di quello tra corona e radice in un dente sano. Sul rapporto relativo al dente impiantato, tuttavia, alcuni studi compiuti in precedenza hanno fornito risultati contrastanti. Elevati rapporti corona-impianto sono stati considerati dannosi per una durata a lungo termine. La ricerca di cui stiamo parlando ha trovato un rapporto medio tra corona e impianto di 2 a 1, ma quando vi sono denti naturali che presentino tale rapporto se ne raccomanda l'estrazione e la sostituzione. Gli autori hanno scoperto che le protesi stabili potrebbero essere prodotte con una radice minore. Non vi sono, inoltre, relazioni statisticamente significative tra l'aumento del rapporto corona-impianto e la riduzione del livello di contatto osso-impianto tutt'attorno.

L'articolo "Crown-to-Implant Ratios of Short-Length Implants" è stato pubblicato sul *Journal of Oral Implantology*, Vol. 36, No. 6, 2010.
Il *Journal of Oral Implantology* (*JOI*) è la pubblicazione ufficiale dell'American Academy of Implant Dentistry e dell'American Academy of Implant Prosthodontics. Fornisce informazioni preziose a dentisti generici, chirurghi orali, protesisti, parodontologi, scienziati, clinici, tecnici di laboratorio, produttori e formatori. Il *JOI* si distingue come la prima e la più antica rivista del mondo dedicata esclusivamente all'implantologia.

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Publisher Torsten Oemus

Group Editor Daniel Zimmermann
Managing Editor newsroom@dental-tribune.com
DT Asia Pacific +49 341 48 474 107

Editors Claudia Salwiczek, Anja Worm
Copy Editors Sabrina Raaff, Hans Motschmann

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 Mazor, Israel – Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
Sales & Marketing Peter Witteczek, Antje Kahnt
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Manager Bernhard Moldenhauer
Project Manager Online Alexander Witteczek
Executive Producer Gernot Meyer

© 2011, 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 4 84 74 302 - Fax: +49 341 4 84 74 173
Internet:www.dental-tribune.com-E-mail:info@dental-tribune.com

Regional Offices
Asia Pacific Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong Tel.: +852 3113 6177 - Fax: +8523113 6199
The Americas Dental Tribune America
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

IMPLANT TRIBUNE
The World's Newspaper of Implantology · Italian Edition

Supplemento n. 1 di Dental Tribune Italian Edition - Anno VII, n. 5 - maggio 2011
Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/200

Direttore responsabile Massimo Boccaletti

Direzione scientifica Enrico Gherlone, Tiziano Testori

Amministratore Patrizia Gatto

Editore TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 10137 Torino Tel.+39.011.04.63.350 Fax +39.011.197.15.882 www.tueor.com redazione@tueor.com

Coordinamento editoriale Crisitana Ferrari

Comitato scientifico Alberto Barlattani, Andrea Bianchi, Roberto Cocchetto, Ugo Covani, Mauro Labanca, Carlo Maiorana, Gilberto Sammartino, Massimo Simion, Paolo Trisi, Leonardo Trombelli, Ferdinando Zarone

Progetto e controllo grafico Angiolina Puglia

Realizzazione TU.E.OR. Srl - www.tueor.it

Stampa Arti Grafiche Amilcare Pizzi Spa - Cinisello B. (MI)

Pubblicità TU.E.OR. Srl

Italian Edition Anno V n. 2 - Maggio 2011

Approccio multidisciplinare nei casi implanto-protesici complessi

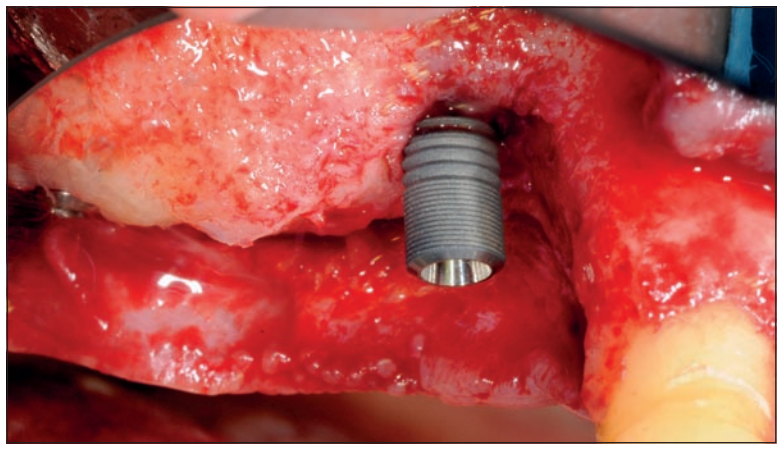


Fig. 1

← IT pagina 1

Composto da più elementi significa che il paziente presenta contemporaneamente una serie di patologie che possono andare dalle carie alla malattia parodontale più o meno grave, alle edentulie parziali di una o di entrambe le arcate, a problemi di malocclusione, a sindromi mio-faciali, a migrazioni di alcuni elementi dentari, e così via. La complessità di trattamento di un caso, però, non dipende esclusivamente dalla contemporanea presenza di più patologie; in realtà, volendo analizzare bene quelli che possono essere potenziali fattori di complessità riferibili ad un trattamento, dobbiamo ricercarli in almeno tre ambiti distinti:

1. **il medico;**
2. **il paziente;**
3. **il sito specifico da trattare.**

Per quanto riguarda il primo punto, cioè il medico, giocherà un ruolo fondamentale la sua preparazione, nonché la sua esperienz e, non ultimo, gli skill della squadra di cui si avvale, siano essi collaboratori, igienisti, assistenti o odontotecnici. Un caso cosiddetto complesso, infatti, renderà necessaria una sinergia di competenze ad alto livello che coinvolgono spesso tutto il gruppo di lavoro.

Un'attenta valutazione del paziente (secondo ambito di possibile complessità del caso) ci metterà al riparo da possibili complicazioni lungo il tragitto terapeutico che lo riguarda.

Elementi da tenere in considerazione sono:

- **malattie dismetaboliche come il diabete;**
- **malattie sistemiche che possono avere una estrinsecazione clinica in ambito orale;**
- **biotipo parodontale;**
- **parafunzioni;**
- **grado di apertura della bocca;**
- **sindromi temporo-mandibolari;**
- **aspettative del paziente.**

Anche il sito specifico da trattare può condizionare il grado di difficoltà del caso. Situazioni cliniche da valutare con attenzione sono:

- atrofie ossee (necessità di rigenerazione ossea guidata) (Fig. 1);
- non congruità spaziale tra presenza di osso e posizione ideale protesicamente guidata dell'impianto (Fig. 2);
- mancanza di tessuto cheratinizzato (Fig. 3).

Dato per acquisito, dunque, la preparazione del clinico, l'addestramento del team coinvolto nella riabilitazione e un'attenta valutazione dei possibili fattori di rischi inerenti al paziente e al sito da trattare, il corretto atteggiamento dell'odontoiatra di fronte a un caso complesso può essere inquadrato in tre azioni successive (Fig. 4):

→ IT pagina 4

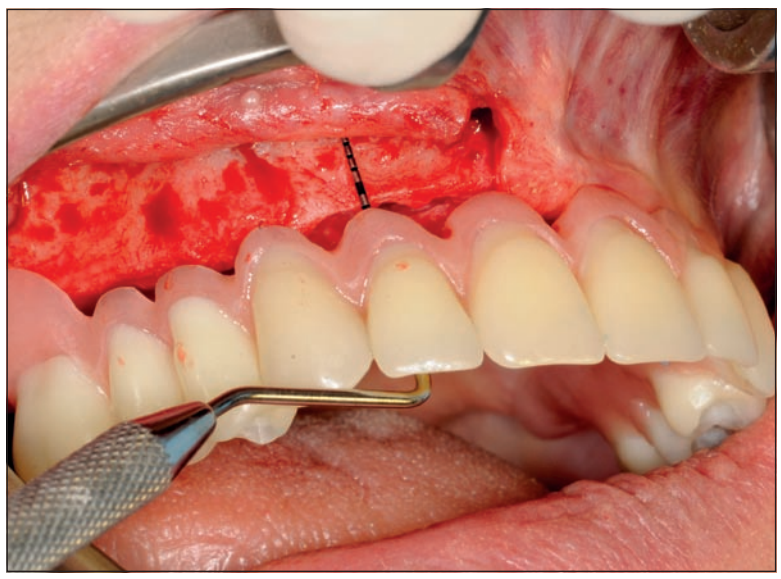


Fig. 2

Fig. 3

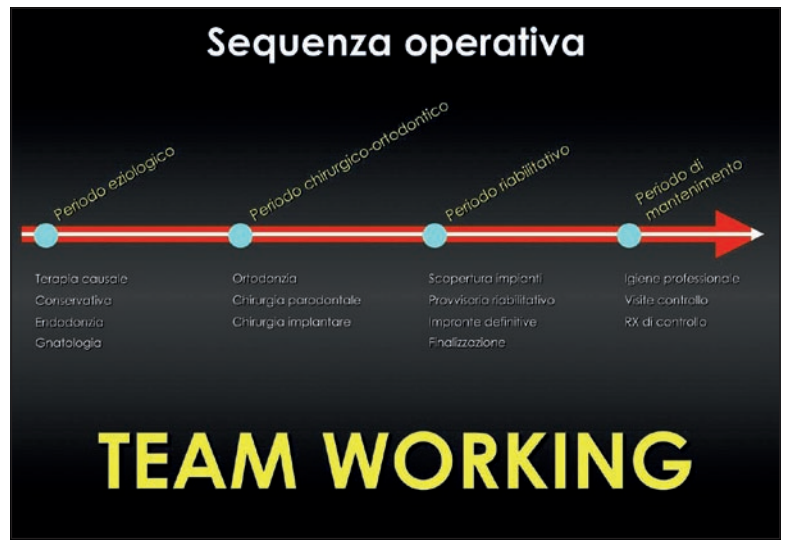
← IT pagina 3

1. *pensare*, sulla base di un'accurata raccolta dati che comprenderà:
   a. Anamnesi
   b. Status fotografico
   c. Status radiografico
   d. Sondaggio parodontale
   e. Modelli di studio
2. *pianificare*, quindi elaborare, un progetto. In questa fase assume importanza assoluta una ceratura diagnostica (Fig. 5) da parte dell'odontotecnico per stabilire forme dei denti, piani occlusali corretti ecc. Tale progetto deve essere svolto in funzione delle capacità tecniche del singolo operatore, della sua esperienza, ma anche e soprattutto in funzione di un'analisi accurata della letteratura, che ci darà valide indicazioni su quelle che sono le scelte tecniche più predicibili.
3. *gestire* da un punto di vista operativo e secondo una sequenza corretta le varie fasi del piano di trattamento elaborato.
   Nel dover procedere con lo svolgimento di un piano di trattamento complesso, risulta essenziale, per la buona riuscita del caso, stabilire un timing ben preciso delle cure previste. Sarebbe del tutto inopportuno, ad esempio, cominciare un trattamento chirurgico implantare prima di aver proceduto ad un abbattimento importante della carica batterica presente nel cavo orale del paziente; o programmare un intervento di chirurgia parodontale senza prima aver sottoposto i denti oggetto dell'intervento alle cure conservative e/o endodontiche necessarie.

Possiamo distinguere, a tal proposito, da un punto di vista temporale, cinque periodi di lavoro che devono susseguirsi l'uno con l'altro:

1. Periodo diagnostico (durante il quale eseguiamo la raccolta dati, facciamo diagnosi ed elaboriamo un piano di trattamento preliminare).
2. Periodo eziologico (in questa fase andiamo a togliere tutti i possibili fattori patogeni responsabili di malattia). Fanno parte di questo periodo:
   a. la terapia causale della malattia parodontale (*scaling* e *root planing* a quadranti);
   b. eliminazione delle carie;
   c. cure endodontiche;
   d. cure gnatologiche.
3. Periodo chirurgico-ortodontico, dove si esegue, se previsto, trattamento ortodontico, chirurgia parodontale e/o chirurgia implantare.
4. Periodo riabilitativo: va dalla scopertura degli impianti alla realizzazione del manufatto protesico progettato, passando per le impronte, applicazione di uno o più provvisori, gestione dei tessuti molli, di nuovo impronte di precisione per la realizzazione del manufatto protesico finale.
5. Periodo di mantenimento, importantissimo per la durata nel tempo del nostro lavoro. Esso comprende, a scadenze ben precise e regolari:
   a. sedute di igiene professionale;
   b. visite di controllo;
   c. controlli radiografici.

Fig. 4 - *"Le Pensur". Auguste Rodin, 1902.*



Schema 1

Fig. 5

È riportato di seguito uno schema riassuntivo dei vari periodi (Schema 1).

La gestione diagnostico-operativa di un caso implanto-protesico complesso, salvo rare eccezioni di colleghi talentuosi in grado di garantire alti standard qualitativi un po' in tutti i settori dell'odontoiatria, richiede un lavoro di quadra (*team working*) ben concertato dove spesso è il protesista che fa da direttore di orchestra, avvalendosi delle competenze specifiche del parodontologo, dell'implantologo, dell'endodontista, dell'ortodontista, dell'odontotecnico e così via. Nella realizzazione di un caso protesico complesso particolare enfasi va posta nel rapporto di stretta collaborazione tra protesista e odontotecnico, elemento indispensabile per una corretta progettazione e realizzazione del manufatto protesico finale.

Vincenzo La Scala

L'articolo è stato tratto dalla conferenza del dott. Vincenzo La Scala al Congresso Nazionale dei Docenti di Discipline Odontostomatologiche, durante una sessione di lavoro organizzata dalla Sicoi.

Italian Edition Anno V n. 2 - Maggio 2011

La soddisfazione di accompagnare una Società in crescita. Parla Eugenio Romeo, presidente Sio

← IT pagina 1

Questo sostanzialmente perché gli effetti della prevenzione, in termini di diminuzione della prevalenza della carie e quindi della perdita di elementi dentari, per questo motivo saranno evidenti solo tra una ventina d'anni, almeno in Italia, dove la prevenzione ha avuto un ruolo importante solo da una quindicina di anni a questa parte.
Resta comunque il problema della parodontite, principale causa di perdita di elementi dentari, che invece ha visto negli ultimi anni un incremento della prevalenza nella popolazione.

Recentemente la conservazione del dente è diventato un nodo fondamentale, e spesso nascono polemiche con i colleghi endodonzisti e parodontologhi. Come si rapporta la Sio con queste problematiche e con i colleghi?

La Sio, anche se ha come obiettivo la formazione in ambito implantare, non disconosce nel modo più assoluto la priorità della conservazione dell'elemento dentario naturale. Quindi, non c'è assolutamente vis polemica né con gli endodontisti né con i paradontologi, anzi. Riteniamo, infatti, che il trattamento riabilitativo implantare abbia successo solo quando l'indicazione all'utilizzo di questa tecnica è assoluta, e la perdita dell'elemento dentario è ineluttabile.

In questi mesi si è sostenuto che per una buona implantologia e un perfetto piano di trattamento sia necessario analizzare tutto il viso, utilizzando variegate tecniche interdisciplinari che possono migliorare l'efficacia del trattamento implanto-protesico. Così, il Total Face Approch, presentato a gennaio dal Galeazzi a Milano, e così alcuni americani (vedi articolo su *Implant Tribune*, novembre 2010), relativamente alle tecniche di chirurgia estetica quali botox e filler da integrare all'implantologia. Cosa ne pensa? La vostra società si aprirà a tutti questi nuovi approcci?

La richiesta estetica, non solo dal punto di vista odontoiatrico, è sicuramente cresciuta moltissimo negli ultimi anni, soprattutto in funzione dell'avvento in ambito estetico extra-orale di tecniche a bassa invasività come il botox o i riempitivi per i tessuti molli. Questo, però, dell'estetica extra-orale è un aspetto molto peculiare che coinvolge differenti professionalità che a mio parere devono essere molto ben distinte, senza che vi siano sovrapposizioni di ruoli. Non ritengo che l'odontoiatra, visto il curriculum studiorum che oggi lo caratterizza, abbia le competenze opportune per poter approcciare e utilizzare questa tecnica in maniera adeguata.
A Milano c'è un detto: "Ofelee fa' 'l to mestee" che tradotto vuol dire "pasticciere, fa' il tuo mestiere", e che viene utilizzato quando si vuole invitare una persona a desistere da compiti ai quali non è preparato. Credo che questo detto possa essere applicato molto bene all'odontoiatra per quanto riguarda questo aspetto.

Sul numero di marzo di *Implant Tribune* abbiamo pubblicato un editoriale del prof. Ugo Covani, che sostiene che l'implantologia non sarà una vera e propria specialità chirurgica quanto piuttosto un problema di protesizzazione e che, pertanto, questa disciplina passerà ai protesisti.

Devo dire che mi fa molto piacere, da protesista quale io sono, che un Professore Ordinario di Chirurgia, qual è Ugo Covani, affermi questo. Ma devo dire che in piccola parte dissento, in quanto proprio perché protesista che esegue anche interventi chirurgici di implantologia, nella mia esperienza l'aspetto chirurgico, pur se subordinato alla pianificazione protesica riabilitativa,

→ IT pagina 6

Eugenio Romeo.

← IT pagina 5

necessita di competenze anatomiche e di tecnica chirurgica che non sempre il protesista possiede.
Certamente già oggi l'utilizzo delle nuove tecnologie e nello specifico del digitale, consente di pianificare in maniera virtuale e molto precisa il trattamento implantare, rendendo poi abbastanza semplice, sempre comunque in mani esperte, l'atto chirurgico di posizionamento degli impianti.
Questa tecnica, la guided surgery, probabilmente cambierà in maniera drastica la filosofia del piano di trattamento implantare nella maggior parte dei casi. Restano comunque condizioni cliniche che non possono essere trattate in questa maniera e che necessitano di interventi ricostruttivi pre-implantari. In questi casi è comunque di fondamentale importanza la collaborazione tra chirurgo e protesista.

Qual è, in questo momento, l'elemento caratterizzante la vostra Società scientifica con la sua presidenza?

L'elemento caratterizzante la nostra Società scientifica è sicuramente il messaggio che stiamo portando avanti da oramai alcuni anni: la Qualità.
Infatti, uno dei punti di forza che ha contraddistinto la Sio è stato sicuramente il Forum Qualità fortemente voluto e coordinato dal prof. Leonardo Trombelli. Riuscire a formulare una proposta condivisa non solo dai Soci attivi della nostra Società, ma anche da molti dei clinici più importanti che operano nel settore dell'implantologia, oltre che con le più importanti aziende del settore, che identifichi criteri di qualità in implantologia, è stato uno dei momenti maggiormente importanti della vita societaria.
A testimonianza di tutto ciò, la Sio è stata chiamata a far parte delle Società scientifiche che hanno, unitamente al mondo universitario, formulato le Raccomandazioni Cliniche Ministeriali che sono ad un passo dall'essere varate.
Questo concetto di qualità sarà il comun denominatore di tutta la nostra politica culturale, e che riguarderà non solo il livello qualitativo del messaggio formativo che intendiamo proporre, ma anche la modalità di comunicazione. Proporremo serate di formazione per la disseminazione della qualità in implantologia, abbiamo organizzato il Corso di Aggiornamento a Como, che verrà trasmesso in diretta satellitare in quattro sedi distaccate nel Centro-Sud Italia, proporremo i nostri eventi come FAD per consentire ai partecipanti di ottenere quanti più crediti formativi possibile. Insomma, cercheremo di portare qualità sia nei contenuti che nella forma delle nostre proposte formative ai clinici, per poter garantire quello che in una didattica che vuole essere professionalizzante è indispensabile: insegnare il saper fare.

Infine, nel ringraziarla per l'intervista che ci ha rilasciato, desideriamo concludere raccontando ai nostri lettori: cosa si aspetta "l'uomo" Eugenio Romeo da questa esperienza?

Mi aspetto due anni di lavoro mostruoso, cosa che peraltro è già iniziata dal momento del mio insediamento. Questa società è cresciuta enormemente negli ultimi 6-8 anni e gestirla oramai è diventato come un secondo lavoro. Devo dire che nel tempo, avendo una grandissima fiducia in questa Società, è stata una grande soddisfazione vederla crescere come una bambina, fino a vederla diventare grande e camminare in maniera sicura e rispettata nel mondo delle Società scientifiche. Le assicuro che per chi, come me, ama questa Società è stato emozionante.
Come una signorina, anzi oramai una donna, và riempita di attenzione, di cura e di amore.
Mi auguro di riuscire a farlo e di essere congruo rispetto alle sue aspettative.

Patrizia Gatto

14° Congresso Internazionale di Terapia Implantare L'estetica implantare nell'era digitale

15-17 settembre 2011 - Palazzo della Gran Guardia, Verona

Per tredici anni consecutivi, il tradizionale incontro implantare di Verona si è tenuto la terza settimana di settembre; quest'anno, onde evitare il diretto conflitto con altri importanti eventi nello stessa data, è stato anticipato di una settimana.

Verona 2011 fa quindi da prologo e inaugura quest'anno la stagione autunnale dei congressi implantari.

Il titolo del congresso, "L'estetica implantare nell'era digitale" la dice tutta sulla sua attualità. Odontoiatria in generale e implantologia in particolare vantano ogni giorno sempre nuove tecnologie "digitali", atte a rendere la terapia implantare più accetta ed esteticamente ottimale. Scopo principale del congresso è quello di analizzare queste nuove tecnologie e valutarne l'innovazione; di illustrare il ruolo del clinico al centro ed al comando del piano di trattamento "digitale" e di proporre strategie "evidence based" per un successo estetico a lungo termine. Per svolgere il tema congressuale, i due organizzatori del congresso, Biomet 3i e Quintessenza Internazionale, hanno chiamato a Verona i più prestigiosi nomi nazionali ed internazionali dell'estetica implantare e dell'odontoiatria digitale.

Il congresso si svolge in due giornate (giovedì e venerdì) ed è articolato in tre sessioni. È seguito nella giornata di sabato da una serie di corsi di approfondimento post-congressuali.

La prima sessione, "Strategie terapeutiche per il successo estetico impiantare", analizza tutti gli elementi del successo estetico assieme al contributo delle nuove tecnologie.

Vengono paragonati e valutati protocolli di trattamento convenzionale con protocolli di trattamento "digitale" ed approfondite particolari strategie (Platform-Switching, chirurgia flapless, chirurgia guidata) finalizzate al successo estetico.

Il team di relatori della prima sessione (Mauro Fradeani, Kenneth Malament, Tommie Van de Velde, Xavier Vela, Daniele Botticelli, Andrea Chierico, Fabio Scutellà, Gianluca Paniz) assicura uno svolgimento esaustivo e stimolante del tema.

La seconda sessione, "Principi biologici, multidisciplinarità e fattori di rischio nel piano di trattamento estetico", illustra aspetti e protocolli operativi in grado di aumentare sensibilmente la predicibilità del successo estetico e approfondisce ulteriormente le tecnologie emergenti e i piani di trattamento innovativi nello scenario implantoprotesico. Definisce poi i parametri di rischio associati al trattamento delle zone estetiche, illustrando metodi di valutazione diagnostica e indicando percorsi protocollari atti a minimizzare possibili complicanze. Il prestigioso team di relatori della seconda sessione è costituito da Henry Salama, Ueli Grunder, Ignazio Loi, Stefano Patroni, Angelo Sisti, Fabrizio Bambini e Francesco Amato.

La terza sessione, L'opzione digitale ed analogica per il restauro implantare in zona estetica, ha come relatori il dr. Francesco Oreglia e il dr. Pasquale Iudica. Essa mette a paragone due approcci tecnologici emergenti per il restauro estetico: il digitale e l'analogico. Di ciascuno vengono indicate tecniche operative, evidenze, vantaggi e casistiche cliniche.

Per informazioni:
Dr.ssa Angela Negri
Tel.: 0444.913410
E-mail: angelanegri@biomax.it

Eccellenza in implantologia: dal piano di trattamento al follow-up

30 settembre 2011 - Savoia Hotel Regency, Bologna

Dentsply Italia è lieta di presentare il 1° Dentsply Dental Forum - Meeting Implantologia, che si terrà a Bologna il 30 settembre 2011.

Il Dentsply Dental Forum è un momento di grande interesse scientifico che Dentsply vuole organizzare con cadenza annuale per il mondo dell'odontoiatria d'eccellenza.

Questo I Meeting Implantologia si articola in un programma intenso che rivolge la propria attenzione verso tutte le tecniche che, in sinergia tra loro, permettono oggi di affrontare una corretta riabilitazione implanto-protesica nel rispetto della situazione clinica e delle esigenze dei pazienti.

La giornata è ricca di interventi che approfondiscono il tema "Eccellenza in implantologia: soluzioni per il paziente dal piano di trattamento al follow-up", sviluppandone le applicazioni nella pratica quotidiana sulla base delle più aggiornate evidenze scientifiche.

Attraverso un programma scientifico di altissimo livello, i relatori offriranno soluzioni brillanti per affrontare in maniera rapida ed efficace percorsi "personalizzati" per i pazienti: è fondamentale, infatti, instaurare con questi un dialogo sulle esigenze e le aspettative, al fine di garantire loro un piano di trattamento implanto-protesico che assicuri un successo a lungo termine, con il pieno raggiungimento degli obiettivi funzionali ed estetici.

Aprirà il congresso la presidenza del prof. C. Marchetti e, con la moderazione di M. Degidi, D. Di Stefano e A. Piattelli, si alterneranno sul podio alcuni dei clinici più esperti del campo dell'implantologia italiana: L. Baggi, E. Bianchini, E. Bressan, G.P. Ciabattoni, S. Conti, L. De Stavola, M. Di Girolamo, G. Garlini, C. Lenzi, G. Luongo, M. Piombino, M. Redemagni, A. Sisti. Al termine della sessione plenaria, il programma del congresso prevede un piacevole "Happy Hour" durante il quale i presenti potranno approfittare del "Talk to the Expert", un momento di confronto e di condivisione delle proprie esperienze con i relatori del congresso.

È possibile iscriversi con quota agevolata entro il 30 giugno 2011.

DENTSPLY dental forum
meeting implantologia
Bologna • 30.09.2011
Savoia Hotel Regency
www.dentsply.it

Per informazioni:
www.dentsply.it
Numero Verde: 800.921107

Italian Edition Anno V n. 2 - Maggio 2011

Qualità e controllo dei costi in implantologia: un connubio possibile

Mauro Labanca, *MD DDS - Titolare per Affidamento dell'insegnamento di Patologia Speciale Chirurgica Odontostomatologica Università Vita Salute - Ospedale San Raffaele, Milano. Direttore: Prof. Enrico Gherlone*

Oggi circa il 65% degli odontoiatri italiani esercita l'implantologia. Negli ultimi anni in Italia sono stati inseriti oltre un milione d'impianti su base annuale. In una indagine conoscitiva commissionata dalla Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (Sio) sul percepito della implantologia da parte della popolazione italiana, è emerso che in caso di bisogno di un dente artificiale, il 68% degli intervistati ricorrerebbe alla stessa, e un italiano su tre ha già avuto esperienza diretta o indiretta di un intervento di implantologia orale. Ne deriva che l'implantologia osteointegrata in futuro verrà praticata da un numero sempre più elevato di professionisti e interesserà fasce sempre più vaste della popolazione (Forum Qualità in Implantologia - Sio, Verona - 15-17 novembre 2008).

Va inoltre considerato che la crisi economica ha pesantemente colpito anche il settore odontoiatrico, e le ripercussioni di questo fenomeno sono riportate da giornali di cronaca, da associazioni professionali e dal Ministero della Salute stesso.

Il rapporto Osservasalute, una fotografia dello stato di salute in Italia (condotto dall'osservatorio Nazionale sulla salute delle Regioni Italiane, con sede presso l'Università Cattolica di Roma), riporta nel 2010 che gli Italiani sono costretti a fare economia e a farne le spese sono "la tavola ed il dentista". L'ex presidente dell'Andi Roberto Callioni, in una conferenza svoltasi nell'ambito delle iniziative del Ministero della Salute il 29 marzo 2011, ha analizzato le conseguenze della crisi economica e le prospettive future.

Il dottor Callioni riconosce, in base ad un sondaggio Andi 2010, che nel nostro Paese, a causa della crisi, il 30% degli odontoiatri lavora di meno, e osserva ancora un incremento dell'offerta dovuto al prolungamento dell'età pensionabile e del numero dei laureati, e un calo della domanda relativo al decremento del potere d'acquisto, al calo della natalità e ad una diminuzione dell'indice DMFT.

L'incremento dell'offerta e la riduzione della domanda portano il professionista medio ad avere maggiori costi e minori ricavi, dato il quadro di instabilità tra domanda e offerta.

L'implantologia orale risente, come le altre discipline odontoiatriche, del quadro socio-economico attuale, ma in termini diversi: la sensazione è infatti quella di una maggiore richiesta da parte del pubblico e di una necessità da parte dell'odontoiatra di erogare questa prestazione a costi inferiori.

In Italia a tutt'oggi si contano più di trecento sistemi implantari differenti (stima sicuramente in difetto, considerando la difficoltà di censire i cloni dei cloni!). Questi sistemi hanno quasi sempre la certificazione necessaria alla commercializzazione, ma solo una quota ridotta di essi è in possesso di una documentazione scientifica, basata su studi opportunamente disegnati e condotti da istituzioni di ricerca indipendenti, che ne attesti l'affidabilità clinica, specialmente nel lungo periodo e con l'adeguato follow up. Sono queste le considerazioni che, insieme alla mancanza di parametri qualitativi di riferimento, hanno spinto la Sio a organizzare il Forum sopra menzionato, in cui un ampio numero di esperti ha analizzato i differenti aspetti della "Qualità in Implantologia".

→ IT pagina 8

Chirurgia Implantare Asa Dental

Più spazio ai miei strumenti, più comfort ai miei pazienti.

La nuova portaimpronta in alluminio

La nuova portaimpronta monouso è costruita in alluminio, un materiale con rigidità e resistenza idonee alle impronte su impianti, ma facilmente adattabile all'anatomia della bocca del paziente. La nuova base è completamente libera dal manico e da meccanismi di ancoraggio; questo permette all'operatore di poter forare liberamente la base in qualsiasi punto, indipendentemente da dove possa cadere il supporto. L'alluminio con il quale è costruita evita inoltre il fastidioso odore di plastica bruciata e problemi di impasto della fresa.

MADE IN ITALY

Il nuovo vassoio ancora più grande

Il nuovo vassoio per chirurgia implantare presenta un'altezza superiore rispetto ai normali vassoi porta strumenti. I ponticelli in acciaio inox e in gomma permettono di inserire strumenti per implantologia con una altezza maggiore rispetto allo standard.

Asa Dental S.p.A. uninominale
Via Valenzana di Sopra, 60 - Bozzano - 55054 Massarosa (LU) Italy
Tel. +39 0584 938305 - Fax +39 0584 937167 - asadental@asadental.it
www.asadental.it - www.asadental.com

ASA DENTAL
MAKE PEOPLE SMILE

← IT pagina 7

La selezione di un sistema implantologico adatto alle richieste del professionista è dunque un'esigenza molto sentita al fine di ottimizzare i costi, cercando dove possibile di aumentare i profitti senza però interferire sulla qualità erogata. Come scritto da Pierluigi La Porta (Sistema implantare, gestione delle apparecchiature, protocolli clinici, esperienza: ecco il mix che fa qualità), sempre nel contesto del Forum della qualità in Implantologia: "La responsabilità professionale, in quanto parte che caratterizza l'essere professionista, impone che lo stesso abbia sotto il suo controllo tutti i fattori produttivi, dotandosi di strumenti utili a misurare la qualità di ciò che eroga, dei risultati che consegue, dei presìdi che utilizza per realizzare la propria prestazione. Inoltre, in campo sanitario, è nota l'asimmetria informativa che caratterizza il rapporto medico/paziente, che pone quest'ultimo nelle condizioni di affidare se stesso alle decisioni del professionista nell'intento di risolvere il proprio problema sanitario. Tale affidamento denota fondamentalmente l'incapacità del paziente, per quanto informato, di decidere realmente cosa sia meglio fare in quella specifica situazione. Le sue aspettative sono quelle legate alla risoluzione del problema, raramente la sua attenzione è rivolta alle modalità, agli strumenti, ai presìdi con cui il problema sarà risolto; ecco dunque che subentra il professionista, con la sua responsabilità, che la giurisprudenza indica nella capacità di 'agire come il buon padre di famiglia', quando assume le decisioni per il proprio assistito. Ecco allora che essere quanto più certi della qualità della propria prestazione diventa un imperativo del proprio modo di agire ed essere professionisti. Quando i professionisti cominciano a interrogarsi sulla qualità delle proprie prestazioni, allora ci si trova davanti a un cambiamento epocale, una vera e profonda svolta culturale".

A queste considerazioni si potrebbe aggiungere: "Perché un paziente sceglie di farsi curare in uno studio dentistico invece che in un altro?".

"Il dentista? Un meccanico che cambia i pezzi della tua macchina ma, non essendoci tecnici, non si sa mai se ti sta fregando o meno". Così, un intervistato risponde alla richiesta del noto psicologo e docente di Scienze dell'Educazione, Alberto Crescentini, alla richiesta di descrivere la figura dell'odontoiatra.

Il paziente medio difficilmente riesce a valutare la bontà di una prestazione medica da un punto di vista tecnico perché, semplicemente, non ne ha le competenze. Sarà compito nostro non tradirlo, agendo secondo scienza e coscienza.

Tenendo tutto ciò chiaramente in mente, è opportuno allora chiedersi quali siano i margini di risparmio nella gestione dell'implantologia e se acquistare un impianto a minor costo consenta un reale risparmio.

Anche perché, per citare Charles Darwin, "non sono le specie più forti a sopravvivere, né le più intelligenti, ma sono quelle che riescono a rispondere con maggior prontezza ai cambiamenti".

In letteratura esistono numerosi articoli relativi a tecniche chirurgiche implantari, biomateriali e protocolli di carico, ma molto poco invece emerge per quanto riguarda l'analisi dei costi relativamente alle procedure implanto-protesiche.

Anche in sede congressuale le domande "Quanto costa fare implantologia?" o "Quanto si fa pagare per l'inserimento di una fixtures?" risultano spesso essere tabù, come se in realtà l'unico e solo aspetto esistente fosse la finalizzazione del caso. In un Paese come l'Italia, in cui l'Odontoiatria è in gran parte privata, l'aspetto economico è invece preponderante anche per l'accettazione del piano di trattamento da parte del paziente stesso. Anche in termini etici, se ritengo che la scelta implantologica sia realmente la più appropriata per la soluzione di quel caso specifico, un preventivo non affrontabile potrebbe privare il paziente di quella possibile soluzione o spingerlo verso altre scelte, sia operative (altre soluzioni riabilitative) che logistiche (centri low cost o viaggi all'estero).

Come abbiamo già detto, in Italia esistono più di 300 differenti tipi di impianti. Convenzionalmente si usa dividere gli stessi in classi di appartenenza, dove il prezzo di vendita costituisce uno degli elementi di classificazione.

Si potrebbe però obiettare che un po' tutti gli impianti si osteointegrino e che gli impianti più costosi siano semplicemente più pubblicizzati, ma nella sostanza simili agli altri.

"L'Italia da sola contribuisce al mercato mondiale con molte sistematiche implantari 'home made' e 'low cost' la cui tracciabilità in letteratura è praticamente assente, le cui case produttrici non sono in grado di garantire un'affidabilità nel tempo" (Millennium Research, 2009). Se si valutano i dati di vendita delle principali aziende produttrici di impianti, si può facilmente verificare come del potenziale mercato esistente il 90% dello stesso venga coperto dalle 8-10 aziende di primaria importanza.

Come logica conseguenza, il restante 10%, quantificabile approssimativamente in 100-150 mila unità, risulterebbe a questo punto da suddividersi tra le rimanenti 300 o più aziende esistenti sul mercato. Quale può essere il numero medio di impianti venduti da ognuna di queste? Quale il follow up, quale la casistica, quale la letteratura? Non si può dimenticare che l'intervento di implantologia consiste nel posizionare un "oggetto estraneo", seppure in titanio, nella bocca di un paziente, auspicabilmente per tutta la vita, e con indiscutibili effetti biologici. Per far ciò, in maniera verificata ed eticamente corretta, credo che l'operatore dovrebbe porsi delle domande ed andare ben oltre la verifica del solo marchio CE, tanto quanto farebbe nel prescrivere un farmaco. Chi raccomanderebbe ad un paziente di assumere un antibiotico esistente in commercio da pochi anni e utilizzato solo su poche decine o centinaia di pazienti?

Dopo queste considerazioni, di natura procedurale ed etica, vorrei passare ad analizzare quali possono essere le voci di costo da considerare per la realizzazione di una riabilitazione implanto-protesica. La valutazione non nasce da una competenza commercialistica o da fine economista, ma da puro e semplice operatore che quotidianamente deve valutare quali elementi incidono realmente sulla pratica clinica quotidiana in una realtà libero-professionale.

Occorre prendere in considerazione i costi variabili e quelli fissi. I costi variabili si modificano più o meno proporzionalmente al variare del volume produttivo: per esempio, inserire due impianti e due corone costa di più che inserirne una sola, oppure pagare un assistente due ore costa meno che pagarlo otto ore; viceversa, sono definiti fissi i costi che non derivano dai volumi di produzione: in ambito odontoiatrico sono costi fissi quelli relativi alla radio protezione, alle verifiche dell' impianto elettrico, alla sterilità, allo smaltimento rifiuti, alla polizza assicurativa, alle spese condominiali e alle utenze in genere.

I costi fissi vanno tenuti presenti per qualsiasi tipo di prestazione lo studio eroghi (Tabb. 1, 2).

Siamo comunemente portati a pensare che per risparmiare sui costi in implantologia basti comprare una impianto che costa di meno; facendo un'analisi dei costi variabili riferibili a questa disciplina ci si accorge, in realtà, di come siano invece le spese relative al magazzino e alla componentistica implantare a fare la differenza.

Se una sistematica, ad esempio, prevede molti passaggi chirurgici, molte frese, piattaforme implantari diverse in base al diametro del collo, un cacciavite chirurgico ed uno protesico, se costringe a richiedere per ogni impianto posizionato pilastri differenti, il costo finale della prestazione si modificherà notevolmente, oltre all'inevitabile aumentato rischio di errori o imprecisioni (Tabb. 3, 4).

In particolare, qualora il sistema implantare preveda diversi diametri, e ad ognuno di essi faccia riscontro un differente pilastro di guarigione, un differente transfer e un differente analogo, la quantità di materiale da tenere a magazzino sarà decisamente superiore, dovendo considerare la soluzione protesica per ogni singola opportunità. Basti pensare ai pilastri di guarigione: avere differenti altezze e differenti larghezze in accordo ad ogni diametro disponibile (almeno 4 per i principali sistemi implantari) richiede la necessità di avere decine di healing abutment anche se sono stati posizionati pochi impianti. Tutto ciò induce inoltre a inevitabili errori, disguidi organizzativi ecc. Risulta evidente come ad esempio poter avere, insieme all'impianto, e quindi già compreso nella confezione (e nel prezzo) la vite tappo, dei pilastri di guarigione in peek (e quindi modificabili) di differente altezza renda molto più ergonomico il tutto. Non più la necessità di approvvigionare altro materiale, non più la necessità di riutilizzare pilastri di guarigione in titanio mai realmente utilizzati una sola volta, con l'inevitabile rischio correlato di indurre una periimplantite durante la fase della riapertura. A tal proposito, un altro importante elemento da considerare è la sterilità. Come affermato da Dennis Tarnow ("Success rates of osseointegration for implants placed under sterile versus clean conditions", D.R. Scharf, D.P. Tarnow, J. Periodontology 1993 oct; 64 (10): 954-6) non esiste una significativa differenza in termini di successo, sia nel caso di una implantologia effettuata in condizioni di sterilità assoluta sia in caso di chirurgia "pulita". Questo significa che, se da un lato non è quindi indispensabile affrontare i costi di una sterilità assoluta (Tab. 5), dall'altro è opportuno non indulgere verso una chirurgia senza alcun parametro di adeguata sterilità.

→ IT pagina 9

COSTI FISSI

- RADIO PROTEZIONE
- VERIFICHE IMPIANTO ELETTRICO
- SMALTIMENTO RIFIUTI
- POLIZZA RC
- SPESE CONDOMINIALI
- UTENZE VARIE = 55 EURO/ORA

Tab. 1

COSTO ORARIO DI UN DIPENDENTE

• RETRIBUZIONE LORDA 3 LIVELLO:	1254
• RATEO 13 MENSILITÀ:	104
• RATEO 14 MENSILITÀ:	104
• CONTRIBUTO INPS:	423
• CONTRIBUTI INAIL:	16
• T.F.R.:	109
• GESTIONE PAGA E CONTRIBUTI:	70
TOTALE	2080

COSTO ORARIO: 15 EURO/ORA

Tab. 2

COSTO PER LA STERILITÀ

• Kit Per Chirurgia Ad Alta Sterilità	100 euro
• Kit Per Chirurgia A Media Sterilità	50 euro
• Kit Per Chirurgia In Condizioni di Sterilità	30 euro

Tab. 5

Costi fissi per impianto

- Costo singolo impianto
- Vite tappo
- Costo frese/usura
- Cacciavite chirurgico
- Analogo
- Transfer
- Pilastro in titanio
- Cucchiaio individuale
- Cacciavite per serrare viti protesico
- Soluzione protesica
- Strumentario chirurgico

Tab. 3

Magazzino materiali

- Assorbimento implantare per dimensioni e lunghezza
- Viti tappo/diametro
- Transfer/diametro
- Viti di guarigione/diametro
- Frese aggiuntive

Tab. 4

Italian Edition
Anno V n. 2 - Maggio 2011

← IT pagina 8

Un risparmio modesto, in termini di incidenza sul costo totale dell'intervento, potrebbe comportare un significativo aumento del rischio di insuccesso. E questo ci introduce a un ulteriore elemento di grande importanza: quale è il vero valore e la vera incidenza di un insuccesso?

Non possiamo non considerare che ad esempio l'utilizzo di un sistema implantologico non adeguatamente sperimentato potrebbe indurre ad errori anche banali (difficoltà nel rilevare una impronta precisa, difficoltà nel serrare le componenti, rotazione o allentamenti delle componenti protesiche) che comportano inevitabili perdite di tempo, che a loro volta incidono sui costi di esercizio e di erogazione.

Che senso ha risparmiare 50 euro sul costo dell'impianto per spendere poi altrettanto o più per acquistare a parte alcune componenti o per vedere il paziente molte volte in più per compensare questi errori banali (ricordando il costo orario dello studio sopra descritto?).

Inoltre, se un insuccesso è sempre un elemento da tenere in considerazione, occorre cercare di eliminare gli insuccessi prevedibili, intendendo quelle situazioni in cui si è responsabili certi di questo accadimento (la già citata mal gestione della sterilità, una non corretta pianificazione chirurgica, una non corretta o adeguata sequenza chirurgica).

Un insuccesso prevedibile ed evitabile può comportare non solo un danno economico facilmente quantificabile alla luce degli elementi sopra descritti, ma anche un importante e meno facilmente quantificabile danno in termini di immagine e di credibilità nei confronti del nostro paziente, che potrebbe interferire con la sua fiducia nei nostri confronti e nella sua disponibilità a farsi portavoce per noi presso altri.

Volendo trarre delle conclusioni, nella gestione dei costi nella nostra chirurgia implantologica occorrerebbe considerare:

- una particolare attenzione alle voci maggiori dei costi;
- una semplificazione e snellimento delle procedure cliniche ed extracliniche;
- la identificazione di alternative di trattamento con diverso rapporto costo-beneficio;
- una pianificazione per riduzione/eliminazione degli imprevisti ed errori e dei rilevanti costi associati.

Tutto questo sarà necessario per comprendere meglio, e con maggiore responsabilità ed eticità, quando risulti essere davvero necessario provare un nuovo sistema implantare e con quali criteri valutarne la reale affidabilità ed attendibilità; quale sia la reale incidenza del costo dell'impianto sul costo totale della nostra prestazione chirurgica al fine di non farci fuorviare nelle scelte considerando un elemento che, alla luce di quanto sopra descritto, non risulta essere di primaria importanza in termini di costo assoluto.

Infine, quanto costi, in termini monetari e di immagine, un eventuale insuccesso o fallimento altrimenti evitabile?

Alla luce di queste considerazioni, utilizzando una maggiore rigorosità nella selezione dei nostri protocolli e dei materiali da noi scelti ed utilizzati e una maggiore eticità nelle nostre valutazioni, potremo riuscire ad ottenere una reale diminuzione dei costi nelle aree che non comportano interferenze nella qualità finale erogata.

Senza andare invece a "risparmiare" in maniera non razionale su aree la cui influenza sul nostro risultato finale sarà significativa, con importanti conseguenze per noi, per la nostra professionalità e per i pazienti che a noi si sono affidati dandoci la loro salute e la loro fiducia da gestire. Abbiamo il diritto di tradirla o invece il dovere di custodirla e di rispettarla?

Si ringrazia il dottor Eugenio Paglia per l'importante contributo fornito per la parte relativa ai costi e alle valutazioni economiche in ambito nazionale ed internazionale.