

ESACROM
electronics and medical devices

R. & D. DEPARTMENT

SUS
Surgery Ultrasonic Site




Tecnica di preparazione ad ultrasuoni sito differenziato biologicamente guidata

www.esacrom.com

I CONGRESSO
Management dello studio
e della professione odontoiatrica

Trasformare
lo studio
odontoiatrico
in un'IMPRESA
di SUCCESSO

22/23 SETTEMBRE 2017
Centro Congressi CARRARAFIERE
Marina di Carrara
www.managementodontoiatrico.it

Leggi gli articoli dei relatori alle pagg. 4, 5

TePe

Rivestimento
in silicone

**TePe
EasyPick™**

Il segreto sta nella
combinazione dei
materiali



Made in
Sweden

Rigenerazione tissutale guidata in difetti parodontali profondi

G. Tarquini

Le tecniche di rigenerazione tissutale guidata (GTR) sono fondate sul principio dell'esclusione cellulare selettiva: mediante la copertura del difetto intraosseo con una barriera fisica, si consente l'accesso e la proliferazione alle sole cellule in grado di ricostruire l'apparato di attacco parodontale.

> pagina 8



LEGGI LE INTERVISTE INEDITE

- **A. Piattelli:** «Parodontologia e medicina unite verso nuove linee metodologiche di promozione della salute generale» 17
- **M. Martignoni, S. Grandini:** Trattamento endodontico: il fulcro è la pianificazione del restauro finale 19

È allarme diabete

Internista e odontoiatra possono e devono diventare complementari nella prevenzione

G. Del Mastro

Le patologie del cavo orale, nello specifico le parodontopatie, sempre più spesso sono associate a pazienti che presentano fattori di rischio comuni o manifestazioni sistemiche anche gravi. In l'occasione di un recente congresso tenutosi a Napoli, e che ha coinvolto la totalità delle figure professionali interessate al tema, parleremo di diabete. Viene qui offerta una discussione a tre voci per focalizzare il problema. Ascolteremo Luca Lione, dalla Liguria, diabetologo e dentista, membro del direttivo nazionale AMD (Associazione Medici Diabetologi), nella quale riveste anche il ruolo di segretario regionale ligure; fondatore del gruppo di studio Oral Care in seno a AMD, contribuisce alla stesura con SidP delle Linee guida nazionali su diabete e parodonto nel 2015. Insieme a lui, Gerhard Seeberger, cittadino del mondo nato in Baviera, odontoiatra italiano di fatto, già presidente nazionale AIO (Associazione Italiana Odontoiatri), attuale presidente dell'Assemblea generale e ora candidato per la presidenza FDI (Fédération Dentaire Internationale). Infine, si potranno leggere alcune puntualizzazioni di Raffaele Sodano, da sempre sostenitore dell'interdisciplinarietà e impegnato nell'emersione di situazioni di estremo disagio sociale.

> pagina 17

HYGIENE TRIBUNE

Case report

Valutazione clinica dello sbiancamento combinato post Invisalign **pagina 9**

RIVOLUZIONARIA - UNA PER TUTTO!

- SOTTO- E SOPRAGENGIVALE
- TRATTAMENTI PARODONTALI E PERI-IMPLANTARI
- DELICATA E CONFORTEVOLE

UNA COMBINAZIONE IMBATTIBILE!

Sareste interessati a ricevere alcuni lavori scientifici e maggiori informazioni sull'AIR-FLOW®? Se sì, inviate una mail: dental@ems-italia.it

WWW.EMS-DENTAL.COM

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS



Da soli si va più veloci
ma insieme si vince



reintroduzione del «giusto compenso» avevano presente questo detto latino.

Concordia parvae res crescunt, discordia maximae dilabuntur. Chissà se gli ordini dei professionisti scesi in piazza a Roma il 13 maggio chiedendo la

Forse era stata solo la pronuncia della Corte di Giustizia Europea, avvenuta l'8 maggio 2016, sulla «legittimità dei minimi tariffari inderogabili» a unire sotto una bandiera professionisti di varia estrazione. Alla manifestazione del 13 maggio erano presenti anche CAO nazionale, ANDI e AIO, che così traducono la loro visione di unità.

Giuseppe Renzo (CAO): «Si è registrato un

altro momento di unitarietà delle professioni, un fine che ha sempre contraddistinto la mia attività: occorre unire non dividere». Dal canto suo Prada (ANDI) ha dichiarato: «La decisione di portare una voce unica del settore alla politica – dice – è un passaggio ormai necessario per rivendicare il fatto che le tutele di cui godono tutti i pazienti quando si rivolgono a un singolo professionista

devono valere anche per coloro che si rivolgono alle catene». Osserva Fausto Fiorile di AIO: «Di fronte ai problemi che la categoria non è stata in grado di risolvere, perché disunita, servono compattezza e unità di intenti», e cita un proverbio africano che potrebbe essere la traduzione di quello latino: «Da soli si va più veloci, ma insieme si va più lontano».

Lacci e laccioli della professione odontoiatrica in un momento di crisi economica e d'identità

L'odontoiatra svolge nella società civile un ruolo di rilievo. La sua funzione di prevenzione è di fondamentale importanza non solo per le patologie orali, ma per tutte quelle malattie che riguardano la salute in generale. In Italia il settore odontoiatrico genera inoltre un indotto di circa 400 mila addetti (dati de *Il Sole 24 Ore*) tra odontoiatri, odontotecnici, assistenti, segretari, agenti e fornitori, con un fatturato annuo totale che si aggira sui 10 miliardi di euro.

Un momento importante nella formazione del professionista è il percorso universitario che, oltre alla valorizzazione delle capacità tecnico-scientifiche, permette di sviluppare paral-

lelamente una costante attenzione alla dimensione umana del paziente, quale sistema complesso di diagnosi e cura, cui approcciarsi in maniera

armonica e trasversale. L'Università degli Studi dell'Aquila, sede alla quale chi scrive appartiene come docente, cerca da sempre di coniugare gli insegnamenti accademici con la vita lavorativa post-lauream, proponendo agli studenti dell'ultimo anno incontri specifici di avviamento alla professione, organizzati in collaborazione con l'Ordine provinciale dei medici e le principali associazioni sindacali di categoria. I docenti dei corsi di laurea in Odontoiatria, che hanno la prerogativa di esercitare la professione, rappresentano un esempio virtuoso, riuscendo a trasferire efficacemente nell'insegnamento l'esperienza clinica quotidiana di lavoro a contatto diretto con i pazienti e le problematiche legate alla complessità dei casi clinici trattati.

La professione ha vissuto, e ancora ne subisce le conseguenze, un momento di difficile crisi non solo economica, ma anche di identità. Una delle questioni che è tornata prepotentemente alla ribalta in questi ultimi anni – non fosse altro per il diffondersi delle cosiddette “catene” – è l'anarchia che imperversa sulla pubblicità sanitaria, dove la scorretta divulgazione dell'informazione non reca danno soltanto alla professione, ma è irrispettosa dei cittadini e del loro diritto alla salute.

Come noto, l'evoluzione normativa, iniziata con il cosiddetto Decreto Bersani (D.L. n. 223/2006) e ampliata

con il Decreto sulla libera concorrenza e pubblicità informativa (D.P.R. n. 137/2012), ha dato vita a un processo di liberalizzazione nel campo della pubblicità sanitaria. I criteri stabiliti dalle norme hanno tuttavia lasciato ampio margine a diverse interpretazioni giurisprudenziali e a prese di posizione da parte delle autorità preposte, quali l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM), che ha emanato provvedimenti sanzionatori a carico della FNOMCeO, relativamente agli articoli del codice deontologico sulla pubblicità sanitaria.

Gli ordini provinciali purtroppo sono spesso impotenti davanti al dilagare del fenomeno e la Federazione nazionale non è forse riuscita a interloquire in maniera incisiva con le istituzioni politiche per poter limitare comportamenti scorretti che possano determinare una lesione dei diritti fondamentali e un pregiudizio alla salute dei pazienti. L'attività professionale non si può ridurre alla mera ricerca del profitto, in ogni modo e con ogni mezzo, considerando la salute come una “merce” alla pari di prodotti comunemente venduti sugli scaffali dei negozi.

Il principio della tutela della salute (art. 32 della Costituzione e fondamento etico del nostro Codice deontologico) si realizza anche attraverso una corretta e veritiera informazione sanitaria: le informazioni scorrette e

ingannevoli spesso inducono i pazienti a valutazioni erronee, comportando una lesione dei loro diritti fondamentali e un pregiudizio per chi opera nel rispetto delle regole. Sarebbe di grande aiuto alla professione vagliare la possibilità di un incremento delle detrazioni fiscali, per potere offrire alla popolazione una maggiore possibilità di accesso alle cure.

Si tratterebbe di un investimento dovuto da parte dello Stato, e non di un costo, tanto più se si pensa che andrebbe a generare a medio termine un risparmio molto superiore, considerando le migliaia e migliaia di cittadini che non dovranno richiedere al Sistema sanitario pubblico di farsi carico di situazioni ormai croniche con interventi onerosi e complessi. Se tale risparmio appare difficilmente quantificabile in termini finanziari, risulta invece immediatamente inquadrabile in termini di vantaggi sociali e di tutela dalla salute.

La professione, la deontologia, l'etica, impongono di impegnarsi in questa direzione. Le istituzioni e la politica non possono rimanere insensibili al nostro richiamo, sulla base di pur motivate ragioni di carattere finanziario che tuttavia non appaiono mai anteposte alla tutela della salute dei cittadini, il solo bene primario in cui tutti dovrebbero riconoscersi.

Giuseppe Marzo

Un Regolamento per accreditare le Società scientifiche odontoiatriche

L'approvazione all'unanimità, avvenuta l'11 maggio, del Regolamento per l'accreditamento delle Società scientifiche in Odontoiatria apre un nuovo capitolo nella storia dell'Odontoiatria, in specie di quella scientifica. Gli odontoiatri sono infatti la prima professione a dotarsi autonomamente di tale Regolamento – rileva una nota della FNOMCeO – «anche in vista dell'applicazione della Legge Gelli sulla sicurezza delle cure, che affiderà proprio alle Società scientifiche il ruolo di elaborare linee guida cliniche per l'esercizio professionale».

Quasi conseguente, quindi, il giudizio di evento “storico”, come infatti è stato denominato il varo del documento. A “portare a casa” tale risultato, la Commissione albo odontoiatri nazionale che aveva riunito in sessione plenaria a Roma tutte le Società

scientifiche odontoiatriche presso l'Auditorium del Ministero della Salute. Giustificata, pertanto, la soddisfazione nel commento del presidente CAO nazionale, Giuseppe Renzo, per il quale «la professione ha definito un percorso di qualità e si è dotata di regole certe – riporta la nota –. Abbiamo identificato un set di requisiti minimi per poter definire accreditabile un'Associazione scientifica odontostomatologica». A Renzo ha fatto eco la dichiarazione del sottosegretario alla Salute, Davide Faraone: «L'approvazione del Regolamento per il riconoscimento dei titoli necessari all'accreditamento ministeriale – dice – rappresenta un passaggio cruciale per tutto il mondo della Sanità, un obiettivo che l'Odontoiatria può fregiarsi di aver centrato pienamente a beneficio di tutto il Sistema Sanitario Nazionale. «Redigere

quest'elenco – continua la nota – è anzitutto uno strumento a garanzia dei pazienti e degli operatori sanitari a ogni livello» e ha auspicato «che il Regolamento sia l'ennesimo passo di una lunga e duratura sinergia».

Per avviare l'iter di accredito, le Società dovranno dimostrare di possedere molti requisiti di legge, correttezza economica, qualità scientifica, dimensione e territorialità – tanto per citarne alcuni. Le domande di riconoscimento saranno valutate da un board insediato lo stesso 11 maggio e destinato a rimanere in carica quattro anni. Ne fanno parte quattro presidenti CAO: Giovanni Braga, Jean Louis Cairoli, Giuseppe Lo Giudice e Giovacchino Raspini.

Dental Tribune Italia

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830

CLINICAL EDITORS
Magda Wojtkiewicz; Nathalie Schüller

ONLINE EDITOR/SOCIAL MEDIA MANAGER - Claudia Duschek

EDITORS - Kristin Hübner; Yvonne Bachmann

MANAGING EDITOR & HEAD OF DTI COMMUNICATION SERVICES
Marc Chalupsky

JUNIOR PR EDITOR - Brendan Day; Julia Maciejek

COPY EDITORS - Hans Motschmann; Sabrina Raaff

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus

CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich

CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres

BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek

PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho

JUNIOR PROJECT MANAGER ONLINE - Hannes Kuschick

E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann

EDUCATION DIRECTOR TRIBUNE CME - Christiane Ferret

TRIBUNE CME & CROIXTURE PROJECT MANAGER ONLINE
Sarah Schubert

MARKETING SERVICES - Nadine Dehmelt

SALES SERVICES - Nicole Andrä

ACCOUNTING SERVICES
Anja Maywald; Karen Hamatschek; Manuela Hunger

MEDIA SALES MANAGERS - Antje Kahnt (International);
Barbora Solarova (Eastern Europe); Hélène
Carpentier (Western Europe); Maria Kaiser (North
America); Matthias Diersner (Key Accounts);
Melissa Brown (International); Peter Witteczek
(Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America)

EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer

ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

©2017, 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.
c/o Yonto Risio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan, Kowloon, 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 XIII Numero 7+8, Luglio+Agosto 2017

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]

COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa

COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini,
A. Castellucci, G.M. Gaeta, M. Labanca, C. Lanteri,
A. Majorana, M. Morra, G.C. Pescarmona,
G.E. Romanos, P. Zampetti

COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Bianucci, E. Campagna, M. Del Corso,
L. Grivet Brancot, R. Kornblit, C. Mazza, G.M. Nardi,
G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco,
A. Trisoglio

CONTRIBUTI
F. Ancarani, D. Betti, A. Butera, F. Capelli, A. Chiesa,
A. Chimienti, E. Costa, V. De Dominicis, G. Del
Mastro, R. Di Giorgio, R. Erario, F. Esposito, P. Gatto,
A. Gisco, R. Grassi, R. Lombardo, G. Malagnino,
G.P. Marcone, G. Marzo, G.M. Nardi, C. Preda, M.
Quaranta, D. Rimini, P. Ruggi, M. Segù, G. Tarquini,
T. Testori.

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)

GRAFICA
Tueor Servizi Srl

STAMPA
Del Gallo Editori DGE Green Printing srl
Via Tornitori 7 - 06049 Spoleto (PG) - IT

COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl

PUBBLICITÀ
Alessia Murari [alessia.murari@tueorservizi.it]
Stefania Dibitonto [s.dibitonto@dental-tribune.com]

UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 | Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it

Copia singola: euro 3,00



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.

Nessuna alleanza terapeutica se il paziente non diventa a sua volta responsabile della cura

Il tema dell'alleanza terapeutica, nel contesto della relazione odontoiatra-paziente, è stato focalizzato di recente in un evento formativo tenutosi a Rubano (Padova) dal titolo "Alleanza terapeutica: il ruolo della comunicazione". Mutuato dalla psicoanalisi nord-americana degli anni Sessanta, il termine sembra applicarsi con successo al filo conduttore del rapporto medico-paziente che mira a una comunicazione ispirata a una tutela della salute costituzionalmente garantita.

Elemento fondamentale di tale comunicazione è la chiarezza espositiva, adeguata alle facoltà di comprensione del paziente e ispirata dall'onestà intellettuale del professionista, finalizzata a illustrare la soluzione tecnica ottimale per il paziente, tenendo conto delle sue necessità di cura e sempre connotata da un'empatia che deve colmare – per quanto possibile – l'inevitabile asimmetria culturale con il medico. "Alleanza", tuttavia, è anche altro. Il paziente che, da un lato, acquisisce la maturità culturale che gli permette di operare scelte più consapevoli nella gestione della propria salute, assume in contemporanea anche una sua competenza per conservarla. Sorge quindi il concetto di "dovere" alla salute (non solo diritto), che lo qualifica modernamente come soggetto attento al suo mantenimento, oltre le norme di legge che lo tutelano (divieto di fumo, limitazioni di alcolici alla guida, sistemi di protezione passivi sui veicoli a motori, vaccinazioni ecc.). Considerato quindi come protagonista, non solo soggetto passivo. In altre parole, un alleato dell'operatore sanitario, che sul proprio versante si occupa di fornire i mezzi tecnici necessari.

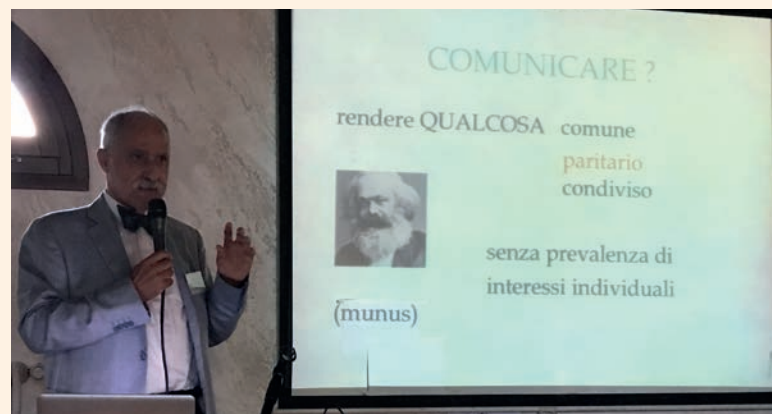
Questa interpretazione completa il concetto di alleanza, richiamando il cittadino a un'autotutela consapevole: l'osservanza delle prescrizioni di cura, dei controlli e di quanto sia utile all'attuazione di un programma di cura che è condotto dal sanitario, ma portato a compimento dal paziente per quanto di sua competenza.

Un'osservazione: "responsabilità" è una parola per motivi storico-culturali poco sentita nella nostra società, se non come fattore sgradevole, meglio se traslato su altri. Ma in un complesso socialmente organizzato, "gli altri" siamo noi, e lo scarico della responsabilità, portato agli ultimi termini, si risolve in un danno per l'intera collettività. Dal momento che la salute è comunque anche un bene personale, è ancor più giustificato che il cittadino assuma nei confronti di se stesso e delle persone di cui deve affettivamente e legalmente rispondere, una responsabilità gestionale a compimento dell'alleanza. In sintesi. Se è vero che il cittadino si è evoluto socio-culturalmente, lo è

altrettanto ora che è sufficientemente maturo per prendere su di sé una quota di responsabilità nella gestione della propria salute, a conferma del passaggio da una dipendenza

adolescente a una matura consapevolezza del proprio ruolo nella relazione medico-paziente.

Dario Betti



Il prof. Dario Betti, docente a.c. di Medicina legale alla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova.

OT EQUATOR SmartBOX

be smart

Il contenitore di cappette autoparallelizzante della linea Ot Equator



fulcro di rotazione

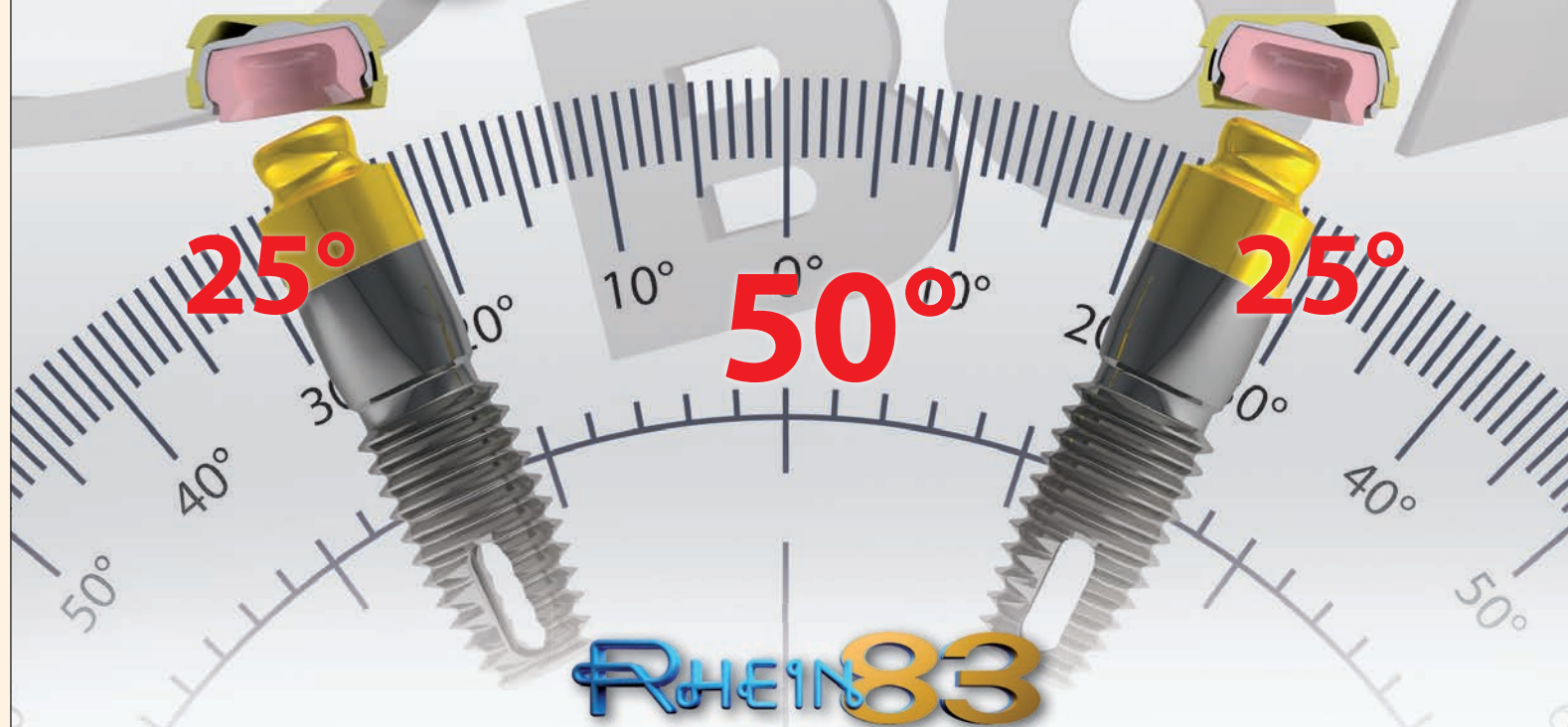
contenitore in titanio+TiN

meccanismo basculante

cappetta ritentiva

Inserzione atraumatica

Corregge disparallelismi fino a 50°



Via E.Zago 10/abc 40128 Bologna (Italy) Tel. +39 051244510

www.rhein83.com • info@rhein83.com

Perché conviene stare in ENPAM

Il comma 2 dell’art. 38 della Costituzione recita: «I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria».

Da questo principio deriva l’esistenza delle casse di previdenza e assistenza dei professionisti, tra le quali l’ENPAM. Nate come enti pubblici, nel 1994 il governo Amato, resosi conto dell’insostenibilità del sistema pensionistico vigente, le trasformò in fondazioni di diritto privato. Le conseguenze più importanti sono, in estrema sintesi:

- lo Stato non sarebbe più intervenuto a sanare eventuali default delle casse;
- le singole professioni avevano l’autonomia, all’interno di regole ben definite, sotto una stringente vigilanza governativa e parlamentare, per fissare le regole e i parametri su cui

il singolo appartenente alla categoria avrebbe costruito la sua pensione.

La sola facilitazione che lo Stato dava al professionista era la possibilità di dedurre dal suo reddito netto (sul quale viene calcolato il versamento previdenziale) tutto il versato. Ciò oggi corrisponde a un risparmio fiscale di circa il 50%. Questo significa che, mentre fino al 1994 si aveva diritto a una pensione che era indipendente da quello che un lavoratore aveva messo da parte (cioè versato alla propria cassa o all’INPS), da quel momento, e in maniera sempre più stringente con il passare degli anni, ogni lavoratore avrebbe avuto una pensione proporzionale a quanto versato. Da qui la necessità di cominciare a occuparsi della propria vita post lavorativa e di quella della propria famiglia appena si ha un reddito, ma anche prima. L’odontoiatra ha quindi la necessità di organizzare il

proprio “bilancio” tenendo presente che una parte del proprio reddito lo deve mettere da parte: deve pensare che la pensione non gli sarà “regalata”, ma dovrà considerarla come un suo “reddito differito”, che utilizzerà quando non potrà/vorrà più lavorare. E per questo la Costituzione obbliga lo Stato a favorirlo con la possibilità di dedurre quanto versa. È, quindi, un errore pensare di “risparmiare” sui versamenti previdenziali: non si deduce e non si avrà una pensione adeguata. E conviene stare in ENPAM: a parità di versamenti si avrà una pensione il 20-25% più alta di quella che si avrebbe dal sistema pubblico: perché noi, oggi, abbiamo un patrimonio di poco meno di 20 mld, l’INPS no! Il comma 2 parla anche di altre “tutele”, che i lavoratori dipendenti hanno ottenuto con i loro contratti (infortunio, malattia, invalidità, disoccupazione involontaria). I profes-

sionisti sono riusciti finora ad avere un reddito tale che consentiva loro di tutelarsi da soli. Oggi questo non è più vero, a causa di tanti fattori, ma soprattutto della lunga crisi che attanaglia i Paesi occidentali, e l’Italia in particolare. L’ENPAM che, oltre ad essere l’ente di previdenza, lo è anche di assistenza, ha messo in atto alcuni strumenti per garantire quelle tutele e sta utilizzando le proprie finanze per sostenere le colleghe e i giovani colleghi che più sentono la crisi e che, di conseguenza, hanno più difficoltà a costruirsi una rendita post lavorativa adeguata.

Giampiero Malagnino, Gian Paolo Marcone

L’argomento sarà approfondito durante la relazione di sabato 23 settembre, ore 12.30.

Come introdurre la medicina estetica con successo nello studio odontoiatrico

Grazie alla medicina estetica, lo studio dentistico ha un’opportunità di differenziarsi, rinnovarsi, trovare nuovi stimoli di crescita per l’intero team e, non ultimo, aggiungere fonti di reddito dirette o indirette.

Tuttavia, occorre ricordare che introdurre la medicina estetica in uno studio odontoiatrico e comunicarla in modo efficace ai pazienti è un processo più complesso della semplice introduzione di un nuovo trattamento odontoiatrico.

Troppo spesso ci si concentra solo sulla formazione clinica di chi ef-

fettua il trattamento. La formazione clinica è sicuramente importante e necessaria ma non sufficiente.

Per integrare in maniera adeguata la medicina estetica in studio serve un approccio completo che deve coinvolgere entrambi gli elementi cardine dello studio: il medico e il team. Solo successivamente, attraverso una comunicazione adeguata, si potrà trasmettere valore ai pazienti, in modo congruo ed efficace.

Gli interventi devono essere mirati, ma allo stesso tempo integrati tra loro per assicurarsi che ci sia coeren-

za e allineamento con lo stile dello studio.

In particolare, le azioni su cui concentrarsi per sviluppare sinergia tra medicina estetica e odontoiatria sono:

1. raggiungere un adeguato livello di competenza clinica che si ritiene personalmente necessario per effettuare i trattamenti con totale fiducia e sicurezza;
2. coinvolgere attivamente tutto il team in questa iniziativa di crescita (ad esempio, formazione, riunioni, ecc.). Ricordarsi che non

esistono elementi neutri, chi non è coinvolto e partecipativo, finisce direttamente o indirettamente con il remare contro;

3. pianificare specifiche iniziative di marketing a diversi livelli (ad esempio, materiale in sala accoglienza, video, materiale online, ecc.) per comunicare in modo efficace i nuovi trattamenti agli attuali pazienti e ai potenziali pazienti che vogliamo raggiungere;
4. curare gli aspetti gestionali e organizzativi per garantire l’operatività e la gestione ottimale degli

spazi e dei tempi clinici.

La medicina estetica rappresenta un’opportunità per fare un salto di paradigma e una grande possibilità di evoluzione per l’odontoiatra, ma sono necessari passione, organizzazione, programmazione e innovazione a tutti i livelli perché la si possa valorizzare appieno.

Ezio Costa, Roberto Erario

L’argomento sarà approfondito durante la relazione di sabato 23 settembre, ore 14.30.



Un nuovo mestiere per l’odontoiatra: la comunicazione

«Comunicare», dal latino *communicare*, significa interagire, condividere o creare una relazione tra due o più soggetti. Spesso però non viene percepita l’importanza di questa attività e di quanto sia fondamentale, soprattutto nell’ambito dell’erogazione di servizi. La

difficile comprensione, o il non ascoltare il feedback del paziente. Una volta accettato il preventivo si procede con la programmazione delle sedute e la gestione dell’agenda, poi, nel presentarlo alla segreteria, si dovrà concordare la modalità di pagamento. In questa fase è fondamentale dimostrare di essere una figura a supporto, e non apparire come un più asettico “contabile amministrativo”. Concluso il piano di trattamento la segreteria controlla i pagamenti e procede al saldo finale. Anche in questa fase possono nascere criticità dovute alla difficoltà di incasso e la fase di recupero crediti (molto importante e da presidiare con grande attenzione), ed è necessaria quindi una capacità relazionale molto elevata. La gestione della clientela nel tempo è l’ultimo step nel “processo produttivo” dello studio odontoiatrico: la capacità di fidelizzarli è diventata infatti una strategia determinante per ottenere ottimi risultati nel lungo periodo.

Ogni elemento dello staff ricopre un ruolo centrale, offrendo un contributo in termini d’immagine della struttura. La comunicazione infatti è alla base di ogni buona relazione e diventa essenziale per generare, alimentare e conservare i clienti. Il cliente si deve sentire al centro dell’attenzione, compreso e aiutato durante tutte le fasi all’interno della struttura, bisogna quindi cercare di adottare uno stile di comunicazione assertivo, mettendosi sempre sul piano del proprio interlocutore e ascoltandolo attivamente. Solo attraverso la collaborazione e la condivisione dell’intero staff si possono raggiungere risultati ottimali per l’intera struttura, con conseguenze positive nella gestione e nella soddisfazione dei pazienti. In questo tipo di attività, il rapporto finale con il paziente è fondamentale, sia per mantenere un vantaggio competitivo in un’ambiente in cui la concorrenza continua ad aumentare, sia per ampliare la propria base pazienti. In un settore che negli ultimi anni sta subendo una regressione a livello di fatturato, il primo passo da compiere è quello di mantenere la propria base clienti costante. Come farlo?

Attraverso una buona comunicazione!

È possibile sintetizzarla in 3 fasi:

1. La fase di ascolto, primo momento relazionale. Obiettivo: farsi conoscere creando interesse verso i propri servizi, utilizzando gli strumenti di comunicazione verso l’esterno.
2. La fase di scelta, dove il professionista dovrà avere ottima capacità di ascolto verso il paziente, cercando di rispondere ai suoi bisogni e generando la fiducia necessaria per farsi scegliere.
3. La fase di consumo, nella quale bisogna fare vivere esperienze positive al paziente, ottenendone la fedeltà nel tempo e la generazione del passaparola positivo nei confronti di altri potenziali clienti.

In un mondo sempre più interconnesso diventa importante avere un ottimo piano di comunicazione, che per essere efficace deve prevedere:

- un’analisi del mercato;
- una definizione degli obiettivi;
- l’individuazione del pubblico da intercettare;
- la strategia comunicativa da attuare;
- la scelta dei contenuti (chiari, espliciti, veritieri);
- e la misurazione dei risultati ottenuti.

Gli obiettivi dello studio odontoiatrico possono essere diversi, dall’incremento del senso di fiducia verso la propria attività, al pubblicizzare nuove tipologie di prestazioni, o all’aumento del numero di visite. È utile per questo tipo di attività, vista la fondamentale importanza, farsi accompagnare da esperti nel settore o da agenzie di consulenza.

Daniele Rimini

L’argomento sarà approfondito durante la relazione di sabato 23 settembre, ore 14.30.

relazione tra studio odontoiatrico e cliente è complessa e continua nel tempo, ed è fondamentale per il dentista garantire un ottimo servizio senza deludere le attese.

Bisogna cercare di aumentare la capacità di gestione del paziente, andando oltre gli aspetti clinici, durante l’intero ciclo di vita della relazione. Già dal primo contatto, attraverso la segreteria, è necessario cercare di trasmettere una sensazione di disponibilità e calore al cliente, acquisendone inizialmente le prime informazioni e programmando la prima visita. Successivamente, quando il paziente si recherà presso il dentista, sarà importante l’accoglienza della segreteria che rappresenterà l’immagine dello studio verso l’esterno ed è allo stesso tempo il suo punto di riferimento all’interno. Al termine della prima visita si procederà a elaborare un preventivo relativo al piano di cura stabilito per il cliente: in questa fase è importante, attraverso una buona comunicazione, far percepire il valore dell’offerta, non solo dal punto di vista economico, ma cercando di ascoltare le esigenze generali del paziente. Spesso infatti uno studio odontoiatrico si limita a pensare che i clienti non accettino un preventivo solo per motivi di natura economica, quando in realtà potrebbero essercene degli altri come: uso di termini troppo tecnici e



Trasformare lo studio odontoiatrico in un'IMPRESA di SUCCESSO

Tel. 011 311 06 75 - E-mail segreteria@tueorservizi.it - www.managementodontoiatrico.it

PER INFORMAZIONI:

Wellness dental marketing e convergenze intersettoriali

Il wellness marketing è un nuovo trend che si sta diffondendo con forza. Un mercato di 239.000 miliardi di euro (2013, stima SRI) capace di una crescita a due cifre (+44% periodo 2010-2013) anche in anni di crisi economica senza precedenti.

La trasversalità tra i diversi settori è sempre più evidente: la farmacia tradizionale si trasforma in boutique e le imprese farmaceutiche soffrono la concorrenza di imprese food che presentano al mercato cibi “funzionali” come lo yogurt anticolsterolo (Fig. 1).

Il nuovo scenario competitivo impone di ridefinire in modo radicale il proprio modello di business per ottimizzare la customer value proposition, sviluppando strategie di marke-

ting proattive fondate sul benessere e sul «wellness through everyday take care». Tale cambiamento è in parte in atto. Lo studio odontoiatrico tradizionale si sta evolvendo verso la catena di “cliniche del sorriso”. Key-Stone ha rilevato che nel 2015 sono 482 gli studi dentistici appartenenti alle cliniche (erano 214 nel 2012). Il settore ha destato l'attenzione e l'interesse dei fondi di private equity, che si stanno proponendo come consolidatori di questa rapida crescita. Dalla combinazione della cosmesi e del mondo farmaceutico ha origine la cosmeceutica, nuova area di concorrenza ibrida. In ambito odontoiatrico nascono nuove sfide e opportunità di cross-selling grazie a nuovi prodotti che incontra-

no il desiderio crescente di sentirsi bene (ad esempio, sbiancare i denti e correggere eventuali dicromie). Il cambiamento delle dinamiche competitive porta all'ampliamento dei modelli distributivi di e-commerce. Amazon, da un lato, sta ampliando la propria offerta di prodotti healthcare e dentali sul canale online e contemporaneamente, tramite la piattaforma Amazon Web Services, si rivolge in modo specifico a coloro che operano nel settore benessere e salute supportando le realtà nella gestione medico-paziente e migliorando il coinvolgimento dei pazienti. Il mondo del benessere diventa così un nuovo concept a 360 gradi, dove l'innovazione è protagonista e dove il tradizionale orientamento a cliente

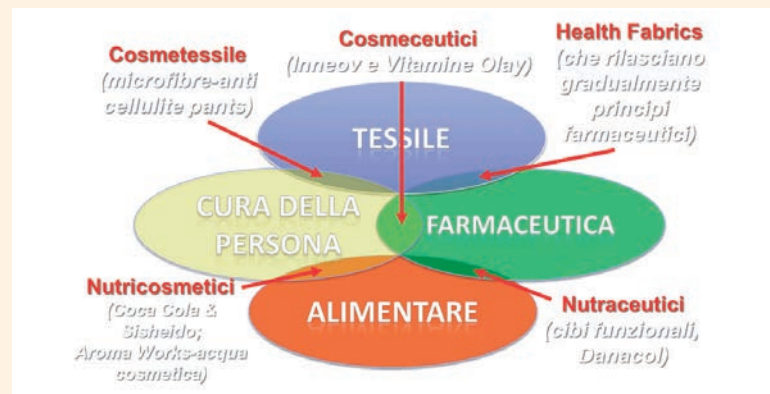


Fig. 1 - Fonte: Ancarani F., Gisco A. (2013), Wellness Marketing, Egea, Milano.

e mercato da parte dello studio deve integrarsi con skill tecnologiche specifiche, indispensabili per il successo e in grado di conferire un valore aggiunto al consumatore finale.

Fabio Ancarani, Aurelio Gisco

L'argomento sarà approfondito durante la relazione di venerdì 22 settembre, ore 9.15.

Cambio di ruolo dello studio odontoiatrico: campanello d'allarme?

Rimbazo tecnico fallito, come in Borsa o nel mercato immobiliare. La centralità del paziente, che ha cambiato ruolo sotto la spinta della trasformazione socioeconomica, provoca stress nell'altalenanza fastidiosa della richiesta di prestazioni che, per quanto mantenga costante il fatturato dello studio, rende l'idea di un cambio di ruolo in arrivo. Forse non così presto come in altri comparti, ma che arriverà anche contro la nostra volontà.

Il gravame dell'incremento dei costi dello studio odontoiatrico quello asfissiante della burocrazia, per non parlare della vituperata vicenda della pubblicità o, peggio ancora, dell'imprenditorializzazione dell'attività professionale: un peso insopportabile per la generazione odontoiatrica dei baby-boomer, che ha conosciuto momenti migliori ma oggi è talmente stanca da esser pronta a “mollare” per mancanza di progettualità, specie se mancano i famosi “figli d'arte” (gli eredi).

Oltre il 60% dei dentisti in attività ha più di 55 anni, mentre ben oltre il 40% più di 60. Perché mai un dato così dovrebbe impressionare? Semplice: perché la mole degli studi in vendita o in procinto di vendere gonfia l'offerta in un momento in cui la domanda dei giovani odontoiatri latita. Ma se il prezzo nasce dall'incontro offer-

ta/domanda, ecco che il valore dello studio scende, quando l'offerta eccede la domanda.

Vero che nessun studio professionale è uguale a un altro e che il valore dipende in buona parte dalle caratteristiche. Affermazione “macigno”, che, ingrandita, porta a dire che il valore dello studio odontoiatrico libero-professionale è la coazione a ripetere nel tempo redditività e cash flow, dove la garanzia è data solo dalla continuità operativa.

Per sbizzarrirci con i metodi di valutazione, parliamo del metodo fiscale, risalendo al luglio 2006 e alla Bersani, che riconduce, per la prima volta per i liberi professionisti, a tassare i corrispettivi a seguito di cessione della clientela. Prima, lo studio si cedeva “forgiando” la fattura con la vendita della sola attrezzatura, esente IVA e non imponibile IRPEF. Per semplicità possiamo ricondurre le altre metodologie al metodo patrimoniale, piuttosto che al reddituale, se non addirittura a quello misto tra i due, il tutto calcolato sulla media degli ultimi tre esercizi. Sofferamoci sul metodo derivante da usi e consuetudini tra professionisti, utilizzato normalmente prima di Bersani, quando si valutava tout court uno studio in base al fatturato di un anno, senza fare la media degli ultimi tre esercizi.

Perché oggi non potrebbe esser più valido? Intanto per i costi, ora enormi rispetto agli anni d'oro.

Ma soprattutto perché chi vuole ridurre l'impegno professionale senza ridurre il valore dello studio, deve “muoversi bene” guadagnare qualcosa meno oggi, quando si è sui 50 per associare un giovane odontoiatra ad affiatamento avvenuto, non aspettando i 65, quando si è disinvestito nelle attrezzature e nell'attività dello studio, il numero dei pazienti è scemato, il fatturato sceso, e non si ha più tempo di scegliere.

Forse molti giovani odontoiatri preferiscono operare solo con collaborazioni, con fatturati (non guadagni) interessanti appena laureati. Non tutti oggi se la sentono di rilevare studi in totale assenza di progettualità con una massa critica di fatturato sotto il breakeven, sale d'attesa inguardabili e attrezzature diventate “antiche”, senza essere nemmeno invecchiate. Ci sono alternative? Forse sì...

Maurizio Quaranta

L'argomento sarà approfondito durante la relazione di sabato 23 settembre, ore 11.45.

L'importanza del supporto di un consulente nella scelta di nuove tecnologie

Su questo tema parlerò al Congresso di settembre dedicato alla trasformazione dello studio odontoiatrico, e per affrontarlo allargherò l'argomento al ruolo più generale delle aziende nel campo dell'innovazione tecnologica, che quasi sempre comprende anche un cambiamento di tipo culturale, oggi quanto mai evidente nell'odontoiatria e nell'odontotecnica.

Oltretutto, il campo nel quale operiamo è particolarmente sensibile, poiché di tipo medico, con la conseguen-

za di un coinvolgimento diretto nella salute e una correlazione fra innovazioni di successo e “maggior salute”, o comunque con una facilitazione all'accesso delle cure.

In tutto questo, le aziende che stabiliscono nell'innovazione il loro “core business” hanno il compito fondamentale di facilitare il cambiamento mettendo a disposizione della maggior parte degli operatori attuali e futuri gli strumenti culturali e scientifici che possano metter in grado di affron-

tare consapevolmente le scelte di investimento. Ecco allora la necessità da parte delle aziende di rendere attiva una trasformazione dell'organizzazione interna, preparando le proprie strutture, anche di vendita, ad essere di supporto nelle scelte, in termini di soluzioni complessive e non solo di obiettivi di vendita (seppur importanti). E questo dev'essere, a mio avviso, messo in opera promuovendo processi di formazione e aggiornamento professionale per portare a una “cer-

tificazione” degli operatori e aiutare gli odontoiatri e gli odontotecnici che si accingono a compere delle scelte di acquisto ad affidarsi a persone e strutture che possiedono competenze riconosciute. Oltre a questo le aziende che hanno al proprio interno una componente di ricerca e sviluppo dovrebbero, a mio avviso, destinare una parte della loro attenzione alle scuole di odontotecnica e alle Università, e implementare attività strutturate di consulenza clinica.

L'innovazione tecnologica è da sempre uno stimolo all'evoluzione della società: sta a tutti noi facilitare questo processo, mettendo a disposizione di più persone possibili gli strumenti per comprendere e mettere in atto strategie di successo.

Franco Capelli

L'argomento sarà approfondito durante la relazione di sabato 23 settembre, ore 9.45.

Composito Flow, filo intrecciato e microvite: quale novità?

Vincenzo De Dominicis, Italia

Apparentemente nessuna novità:

tutti e tre prodotti ampiamente utilizzati in ortodonzia da anni. In realtà, con le modifiche apportate, una vera rivoluzione in questo settore.

L'idea è quella di offrire uno strumento in più all'ortodontista per il trattamento di casi complessi, nei quali gli apparecchi tradizionali

Caso 1

In una paziente in corso di terapia ortodontica con brackets tradizionali all'arcata inferiore, c'era la necessità di distalizzare i premolari e il canino superiori sinistri per la risoluzione dell'affollamento nella zona degli incisivi (Figg. 1, 2). Come effettuare tale spostamento, non avendo a disposizione un an-

legatura metallica nello slot della microvite (Figg. 8 e 9).

L'occhiello libero della leva è stato agganciato all'occhiello del filo Triflex, posizionato distalmente al secondo premolare (Figg. 8 e 9).

Nei controlli successivi sono state effettuate solo le foto di controllo, senza sganciare la leva. Dopo 3 mesi di trazione si è ottenuta la

correzione desiderata del rapporto di classe canina, senza alcuna necessità di riattivazione del dispositivo di partenza (Figg. 12 e 13). La notevole resistenza del composito Flow alle forze torsionali ha consentito di trasmettere le forze occorrenti alla distalizzazione in blocco dei tre denti coinvolti, senza alcuna frattura del materiale

durante i tre mesi di trazione. Ma lo spostamento è stato possibile grazie alla microvite, che ha svolto egregiamente, e da sola, per tutta la durata dello spostamento, il ruolo di ancoraggio extra-dentario.

> pagina 7



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

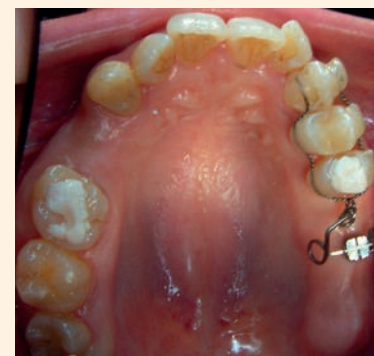


Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

a disposizione non consentono il raggiungimento del risultato desiderato. Ho pensato, quindi, di unire i vantaggi dell'utilizzo di ancoraggi extra-dentari a quelli di dispositivi senza brackets, ma fissi.

Ho sviluppato un composito Flow dalle notevoli capacità di resistenza alle forze torsionali, così da poterlo utilizzare per bondare direttamente dei fili ortodontici sulle superfici dentarie, senza l'interposizione di un brackets ortodontico. Ho inoltre disegnato una microvite con delle caratteristiche tali da garantire un ancoraggio assoluto, cioè in grado di non coinvolgere la dentatura naturale del paziente, semplice da applicare e da rimuovere a fine terapia. La combinazione è risultata esplosiva. Vediamo un paio di casi esplicativi.

coraggio dentario adeguato?

È stata applicata una microvite MDL Ortho di Intra-Lock nella sella edentula, a una distanza dal secondo premolare, tale da consentire una distalizzazione con correzione del rapporto di classe canina, senza rischiare di interferire con la posizione della microvite stessa (Figg. 3, 4).

Sono stati modellati in laboratorio, su un modello in gesso, i due fili occorrenti. Il primo un filo intrecciato Triflex in acciaio 0195 inch (Figg. 5, 6) e il secondo, una leva in beta-titanio 019X025 (Fig. 7).

Il filo Triflex è stato bondato direttamente alle superfici linguali e vestibolari dei tre denti coinvolti nello spostamento iniziale, utilizzando il composito Titan Flow di Intra-Lock, mentre la leva in beta-titanio è stata legata con una



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

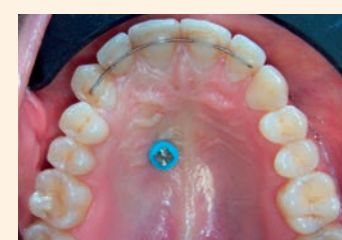


Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

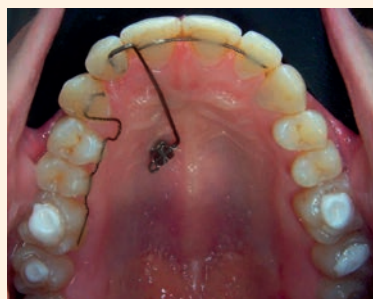


Fig. 20

< pagina 6

Caso 2

Paziente adulta di 25 anni, che aveva ricevuto una terapia ortodontica all'età di 16 anni e alla quale era stato applicato un retainer di contenzione. A distanza di poco meno di 10 anni dalla terapia ortodontica, si manifesta una recidiva a carico del canino superiore destro, con proclinazione evidente (Figg. 14, 15).

La collega ortodontista che aveva eseguito la terapia ortodontica mi chiede se è possibile correggere il torque del canino senza coinvolgere nell'ancoraggio i denti contigui con chiari problemi parodontali. Posiziono una microvite MDL ortho Intra-Lock in zona palatale (Fig. 16) e la utilizzo come unico ancoraggio per l'applicazione di un sezionale di correzione del torque del 13.

Il sezionale in filo beta-titanio 019X025, modellato e preattivato sul modello in gesso (Fig. 17), viene legato con una legatura metallica nello slot della microvite e poi bondato all'altra estremità sulla superficie linguale del canino (Fig. 18), utilizzando il composito Titan Flow Intra-Lock ad alta capacità di resistenza alle forze torsionali.

A distanza di 8 settimane il torque del canino è quasi completamente corretto, si può applicare un retainer attivo linguale per l'ulteriore correzione del 13 e si utilizza la microvite per l'applicazione di un sezionale in beta titanio 019X025 per la correzione del torque del 12. In questo secondo caso appare evidente come la resistenza del composito Flow (125 MPa) lo renda adatto a sostituire un brackets, anche in caso di applicazione di forze intense, come quelle di torque.

La scelta strategica della posizione della microvite ne consente il duplice utilizzo, per la correzione del torque del 13, prima, e del 12, poi.



MINI IMPIANTO ORTODONTICO



PROSSIMI CORSI

● **SALERNO**
29 - 30 SETTEMBRE

● **ROMA**
27 - 28 OTTOBRE

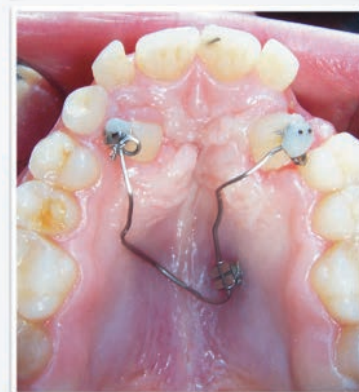
● **TORINO**
24 - 25 NOVEMBRE

CORSO TECNICA B.F.T.

Brackets Free Technique

La nuova ortodonzia fissa senza brackets

Il corso sulla nuovissima tecnica messa a punto dal Dott. De Dominicis, facile da realizzare, applicare e riattivare. La semplicità di gestione della metodica la rende strumento versatile, estremamente efficace, capace di dare grandi risultati anche nelle mani di non specialisti. Il corso si rivolge, infatti, a tutti gli odontoiatri, e prevede una parte pratica con applicazione su simulatori dei dispositivi B.F.T. Verrà inoltre presentato il nuovo composito flow, dalla eccezionale resistenza alle forze torsionali.



INTRA-LOCK SYSTEM EUROPA
Via Fabrizio Pinto, 16 84124 Salerno (SA) Italy
www.intra-lock.it • info@intra-lock.it

Rigenerazione tissutale guidata (GTR) in difetti parodontali profondi

Giacomo Tarquini

< pagina 1

Viene presentato il caso di un difetto intraosseo profondo a carico dell'elemento dentario 1.3 risolto mediante procedura di rigenerazione tissutale guidata (GTR). Al termine della terapia causale e della terapia parodontale non chirurgica, il paziente è sottoposto a successiva rivalutazione; viene quindi programmata una procedura di rigenerazione tissutale guidata (GTR) a carico dell'elemento 1.3 secondo la tecnica della Modified Papilla Preservation Technique (MPPT).

Dopo aver effettuato l'incisione dei

tessuti molli, così come descritto dal protocollo chirurgico, la papilla interdentale viene sollevata e ribaltata sul versante palatale; si procede quindi con l'elevazione di un lembo a spessore totale che espone l'area interprossimale (Fig. 1).

Poiché il difetto intraosseo presenta una morfologia complicata, allo scopo di accedere anche alle zone più profonde, il debridement e il trattamento della superficie radicolare vengono effettuati per mezzo di inserti ultrasonici dedicati; gli stessi inserti vengono utilizzati anche per rimuovere il tessuto di granulazione (Fig. 2).

Al completamento di questo tem-

po chirurgico, una membrana di tipo riassorbibile viene posizionata a copertura dell'innesto di biomateriale di origine eterologa (Fig. 3) e fissata con due pins in titanio allo scopo di stabilizzare il coagulo e condurre la neoformazione tissutale all'interno del difetto (Fig. 4). Per consentire una chiusura per prima intenzione che sia completamente priva di tensione, il lembo buccale viene adeguatamente deteso e posizionato coronalmente; la ferita chirurgica è infine suturata con un filo 4/0 in PTFE (Fig. 5). Sebbene in letteratura i risultati clinici della strumentazione meccanica siano considerati sovrappo-

nibili a quelli della strumentazione ultrasonica, nei difetti intraossei più profondi e con una morfologia complicata, l'impiego di inserti dedicati riveste un ruolo cruciale, poiché consente l'accesso alle zone più profonde del difetto, altrimenti impossibile con una strumentazione di tipo classico, quali curettes o frese per parodontologia.

Grazie all'azione degli ultrasuoni è possibile effettuare in maniera semplice e rapida il clivaggio e la rimozione del tessuto reattivo (sempre abbondantemente presente all'interno della lesione) oltre che la completa decontaminazione della superficie radicolare anche laddo-

ve il contatto diretto tra superficie radicolare e inserto vibrante sia reso impossibile dalla difficoltà di accesso al sito o dalla complessità della morfologia radicolare.

Ciò è possibile grazie all'effetto combinato della cavitazione e del microstreaming acustico, che svolgono un'azione diretta sul biofilm batterico e sulle endotossine che sono adese alla superficie radicolare; va inoltre sottolineato che, per sfruttare al massimo l'effetto sopra descritto, è consigliabile che l'interno del difetto intraosseo sia mantenuto sotto costante irrigazione con soluzione fisiologica sterile.



Fig. 2

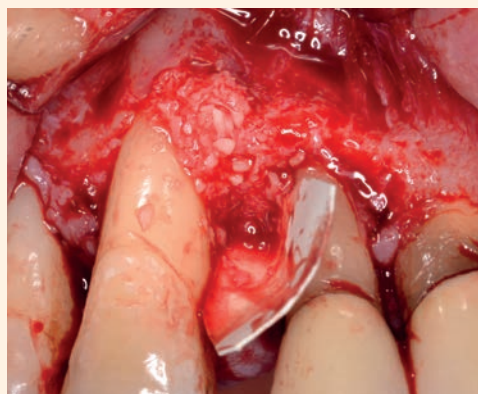


Fig. 3

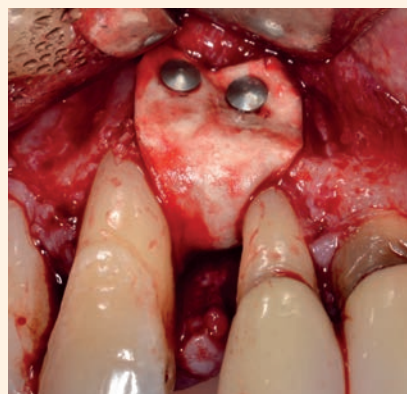


Fig. 4



Fig. 5

La perfetta combinazione di
**RESISTENZA,
ESTETICA,
AFFIDABILITÀ.**

Soluzioni protesiche e ortodontiche di massima precisione.

- Toronto Bridge in Titanio o lega Biomedicale
- Corone e ponti in Disilicato di Litio
- Zirconia anatomica multistrato: Wi.Zir
- Corone e ponti Cr.Co. Laser Melting: Wi.Melt
- Allineatori Sequenziali Ortodontici Clear Aligner
- Posizionatori Ortodontici Digitali



Dal 1955
i sorrisi dei Vostri pazienti
sono il nostro obiettivo.

WISIL LATOOR S.R.L.

Tel: **+39.02.29404192** · Fax: +39.02.29523936 · www.wisillatoor.it · #wisillatoor



HYGIENE TRIBUNE

The World's Dental Hygiene Newspaper • Italian Edition

Luglio+Agosto 2017 - anno X n. 2

Allegato n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Luglio+Agosto 2017 - anno XIII n. 7+8

www.dental-tribune.com



RIVOLUZIONARIA – UNA PER TUTTO!

- SOTTO- E SOPRAGENGIVALE
- TRATTAMENTI PARODONTALI E PERI-IMPLANTARI
- DELICATA E CONFORTEVOLE



UNA COMBINAZIONE IMBATTIBILE!

Sareste interessati a ricevere alcuni lavori scientifici e maggiori informazioni sull'AIR-FLOW®?

Se sì, inviate una mail: dental@ems-italia.it

WWW.EMS-DENTAL.COM

Valutazione clinica dello sbiancamento combinato post Invisalign: case report

A. Chiesa, C. Preda, A. Butera, A. Chimienti, F. Esposito, M. Segù

L'estetica del sorriso riveste sempre più un ruolo fondamentale nell'odontoiatria moderna ed è considerata quale outcome di primo piano nelle decisioni terapeutiche e nel management dei

pazienti, che dal loro canto hanno esigenze estetiche nei confronti del professionista sempre più pressanti e consapevoli. Premesso che innumerevoli volte il trattamento ortodontico non viene

proposto dal professionista per meri motivi estetici – nonostante esse siano solitamente le motivazioni principali del paziente –

> pagina 10

Corrispettivi professionali degli igienisti dentali

P. Ruggi

Il compenso di un igienista dentale, prestatore d'opera professionale, in regime di committenza con uno studio odontoiatrico, è determinato in una percentuale che varia dal 30% al 50% del corrispettivo che, per ciascuna prestazione di igiene orale, il

paziente versa a detto studio. In realtà, è evidente che già una percentuale del 40% produca un reddito appena sufficiente a remunerarne la prestazione e,

> pagina 16

La terapia di mantenimento e l'approccio clinico D-BIOTECH: case report

G. M. Nardi, R. Grassi, R. Di Giorgio

Il management del controllo dell'igiene orale nelle varie fasi di una terapia ortodontica è complesso per il variare di differenti tipologie di dispositivi ortodontici che richiedono una adeguata concordanza con il paziente sulla opportunità di controlli frequenti di igiene orale professionale. L'igienista dentale deve responsabilizzare il paziente al rischio che la presenza protratta nel tempo di dispositivi ortodontici possa compromettere la salute dei tessuti parodontali e dentali. Il rischio è dato dal determinarsi della variazione quantitativa e qualitativa della flora batterica (Stohmenger et al.) con un aumento significativo di lactobacilli (bastoncelli Gram positivi), proporzionale al numero di bande applicate, degli stafilococchi e del livello aumentato di streptococco mutans. Inoltre i materiali metallici e non dei dispositivi ortodontici sono ritenitivi di biofilm batterico e impediscono

un controllo efficace di placca nella pratica dell'igiene domiciliare. Risulta quindi opportuno, durante l'iter terapeutico, intercettare quelle tecnologie più efficaci per il controllo del biofilm batterico chimico e meccanico e condividere con il paziente la scelta personalizzata, come da approccio "tailored brushing method" (Nardi GM, Sabatini S, Guerra F, Tatullo M, Ottolenghi L. - Tailored brushing method (TBM): an innovative simple protocol to improve the oral care. J Biomed 2016; 1:26-31).



> pagina 12



Scovolini TePe.
Collo flessibile.

Scovolini TePe dai nuovi colori ravvivati, disponibili in nove diverse misure.

Le quattro misure più piccole hanno un collo flessibile brevettato, unico nel suo genere, per un accesso ottimale a tutti gli spazi interdentali.

We care for healthy smiles

AD70018T