

NEWS & COMMENTI

Assistente o igienista? Un equivoco frequente (specie al di fuori del dentale)

Esiste ancora qualche confusione tra i due categorie. La segnala Rossella Abbondanza (Italian Dental Assistants) rivendicando pari dignità, ognuna nel proprio ruolo.



pagina 8

MEETING & CONGRESSI

Simone Marconcini, Responsabile Ricerca IST premiato allo IADR di Londra col Premio Philips

Al Meeting internazionale dello IADR, oltre 11.000 iscritti nel mondo, svoltosi a Londra dal 25 al 28 luglio, a Simone Marconcini (specialista in chirurgia orale dell'IST) è stato assegnato l'ambito premio "IADR/Philips Oral Healthcare Young Investigator Research Grant".

pagina 20



Il successo dello studio passa attraverso una forte identità e un management che guarda al futuro

Dental Tribune Italia

Nella II edizione del Congresso del Management organizzato dalla Tueor Servizi al Centro Congressi di Marina di Carrara il 21 e 22 settembre scorso, all'indice di successo quantitativo se ne potrebbe aggiungere un altro, sociologico/didattico, ossia "il clima congressuale", che vede alla fine, relatori e pubblico, soddisfatti. I primi per aver trasmesso nozioni ed esperienze utili alla platea, realizzando il sogno di ogni partecipante di tornare a casa (pardon, allo studio)



con un bagaglio professionale (ed umano) spendibile.

Il congresso è stato incentrato sull'identità sul cui tema hanno risposto in modo esauriente tutti i relatori, ognuno nel suo specifico. Per non sprecare tempo ed energie e seguire una direzione senza ripensamenti, il cambiamento deve diventare progetto, che parte dal "chi siamo e qual è il nostro sogno per il futuro". Così si crea un obiet-

L'ingresso al centro di Carrara Fiere.

tivo e a ritroso si considereranno, con l'ausilio di consulenti, i più adeguati a se stessi, quali investimenti, trasformazioni o implementazioni richieda lo studio e la professione e se "ne valga la pena" per avere un profitto bastevole e convincente per i propri obiettivi personali, ma anche il tempo libero (come sottolineato da Andrea Grassi, nel presentare il suo ultimo libro "Fuori dai Denti").

> pagina 22

Per la difesa dell'ambiente separatori di amalgama obbligatori dal 1° gennaio

Dental Tribune Italia

Il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare attraverso la Direzione generale per le valutazioni e le autorizzazioni ambientali ha inviato il 3 agosto ai rappresentanti delle maggiori as-

sociazioni odontoiatriche, oltre a vari enti ed Assessorati alla sanità delle Regioni e delle due Province autonome di Trento e Bolzano, una circolare avente per oggetto "informativa sulle disposizioni rela-

tive all'amalgama dentale previste dall'articolo 10 del regolamento (Ue) 2017/852 sul mercurio". Ne riportiamo il testo integrale.

> pagina 2



Dal primo gennaio Erario interconnesso grazie alla normativa UE 2015/2376

Alfredo Piccaluga

Come oramai noto, dal 1° gennaio dello scorso anno, per effetto della direttiva Ue 2015/2376, è ufficialmente iniziata l'era dello scambio automatico di informazioni fiscali tra i Paesi. È solo l'ultimo e definitivo accordo che segue una serie di armonizzazioni e scambi cui oramai si assiste almeno dal 2009.

La finalità ufficiale è, come di consueto, la lotta all'evasione. Chi negli ultimi anni ha ricevuto multe in Italia per la detenzione di case o conti correnti all'estero... ne sa qualcosa. Oramai il "Grande Fratello erario" nostrano è interconnesso con il resto del mondo.

La maggior parte delle nazioni ha infatti già ufficializzato l'ado-

zione del Crs (Common reporting standard) ossia del sistema di condivisione automatica dei dati dei contribuenti. Un sistema messo a punto dall'Ocse. Ultimo capitolo, dicevamo, di un lungo processo.

Già nel 2017 erano arrivate tutte le informazioni personali dei cittadini italiani con interessi in Svizzera, che, con un cambio di direzione storico, aveva consegnato i dati in suo possesso a 41 paesi, tra cui l'Italia, aderenti al "Progetto Beps" (Base Erosion and Profit Shifting), insieme di strategie poste in essere da alcune imprese per sfruttare disallineamenti normativi e spostare profitti verso giurisdizioni con tassazione bassa o inesistente (profit shifting)



o abbattere la base imponibile attraverso pratiche elusive (base erosion).

Sono molti a fantasticare di residenze in Paesi dalla fiscalità privilegiata o dal sistema bancario silente

onde sfuggire ai controlli dell'erario. Per decenni la meta privilegiata sono stati senza dubbio i cantoni d'oltralpe: il Progetto nasceva quindi dalle necessità di assicurare che i

CASE REPORT - MEDICINA LEGALE

"Malpractice" e conoscenze specifiche del CTU: un caso paradigmatico 4

NEWS & COMMENTI

Sul tema "amalgama" aggiornamenti, prospettive ed implicazioni legali 6

MEETING & CONGRESSI

A Buenos Aires la carica degli 8 mila per il 106° World Dental Congress FDI 19

PERIO TRIBUNE

Speciale
Come è cambiata la terapia parodontale non chirurgica **pagina 9**

ORTHO TRIBUNE

Pratica & Clinica
Il valore della valutazione estetica tridimensionale **pagina 1**

profitti venissero tassati dove avviene l'attività economica.

Di qui il dover disporre di tutte le banche dati estere, anche quelle storicamente inaccessibili. Insomma, Lugano addio! Nel 2015 poi era stato recepito l'accordo Fatca con gli Usa: accordo amministrativo (Competent Authority Arrangement) tra Agenzia delle Entrate italiana e Internal Revenue Service statunitense. Anch'esso finalizzato allo scambio di dati tra paesi.

> pagina 3

ESACROM
The Allero of Ultrasonic

R. & D. DEPARTMENT

SUS
Surgery Ultrasonic Site



CORSI MENSILI DEDICATI
Tecnica di preparazione ad ultrasuoni sito differenziato biologicamente guidata

Info: ESACROM Srl Tel.: 0542 643227 - Sig. Marri cell.: 3920586068 - marketing@esacrom.com

ONE MORE STEP IN ULTRASONIC SURGERY...
www.esacrom.com

Per la difesa dell'ambiente separatori di amalgama obbligatori dal 1° gennaio

operatori degli studi odontoiatrici che utilizzano l'amalgama dentale o rimuovono otturazioni contenenti amalgama dentale, ovvero denti con tali otturazioni, devono garantire che il proprio studio sia dotato di separatori di amalgama per trattenere e raccogliere le particelle di amalgama, incluse quelle contenute nell'acqua usata. Tali operatori garantiscono che:

- I separatori di amalgama messi in servizio a decorrere dal 1° gennaio 2018 assicurino un livello di ritenzione delle particelle di amalgama pari almeno al 95%;
- A decorrere dal 1° gennaio 2021 tutti i separatori di amalgama in uso assicurino il livello di ritenzione specificato alla lettera a). I separatori di amalgama devono essere soggetti alla manutenzione conformemente alle istruzioni del fabbricante per garantire il più elevato livello di ritenzione praticabile.

Infine, in base al comma 6, i dentisti garantiscono che i loro rifiuti di amalgama, compresi i residui, le particelle e le otturazioni di amalgama nonché i denti, o loro parti, contaminati con amalgama dentale, siano gestiti e raccolti da una struttura o da un'impresa per la gestione dei rifiuti autorizzata. I dentisti non rilasciano in alcun caso direttamente o indirettamente tali rifiuti di amalgama nell'ambiente.

A questo riguardo si ricorda inoltre che, a decorrere dal 1° luglio 2018, l'amalgama dentale non può essere utilizzato per le cure dei denti deceduti, le cure dentarie dei minori di età inferiore a 15 anni e delle donne in stato di gravidanza o in periodo di allattamento, tranne nei casi in cui il dentista lo ritenga strettamente necessario per esigenze mediche specifiche del paziente.

Si prega il Ministero per lo Sviluppo Economico, gli Enti e le Associazioni di categoria in indirizzo che leggono in conoscenza di dare la massima diffusione possibile di questa informativa.

Il Direttore Generale, Giuseppe Lo Presti.

A pag. 6 il commento di Raimondo Pische, un esperto del grave problema.

Inoltre, in base al comma 4, a decorrere dal 1° gennaio 2019 gli



< pagina 1

Com'è noto, il Regolamento (UE) 2017/852 sul mercurio prevede, all'articolo 10, misure per la gestione sostenibile dell'amalgama dentale in ortodonzia. In base al comma 1 di tale articolo, a decorrere dal 1° gennaio 2019 l'amalgama dentale può essere usato solo in forma incapsulata pre-dosata. L'uso del mercurio in forma libera da parte dei dentisti è vietato.

L'odontoiatria dai veri e propri giovani ai tardo anziani

Considerazioni sul variare delle definizioni riguardanti l'età e sui riflessi sull'odontoiatria a cura di Ugo Covani.

Le categorie di "giovane", "adulto",

"anziano", spesso insufficienti a inquadrare il variegato modo di essere di ogni singolo, sono oggi del tutto insufficienti in ragione dei profondi mutamenti sopraggiunti a cavallo dei

due secoli in cui ci troviamo coinvolti e del significativo aumento dell'età media della popolazione. Non possiamo dimenticare, infatti, che negli anni Cinquanta l'aspettativa di vita era di 60 anni per gli uomini e di 65 per le donne, mentre oggi si parla rispettivamente di 80 e 85 anni.

Ne consegue che un sessantenne che alla metà del secolo scorso sarebbe stato certamente definito anziano ha oggi un'attesa di vita di circa 20 anni e quest'orizzonte espanso non gli consente di definirsi, ed ancor meno, sentirsi vecchio. Il suo sentire lo porta ad affrontare un periodo in cui, libero dai molti stress di quell'età che definiamo adulta lo pone in una condizione di grande libertà personale e di intima soddisfazione.

Si tratta di mutamenti sociali complessi che hanno portato ad una ridefinizione delle fasce di età. Ecco dunque che sempre più spesso si sente parlare di giovani (21-25 anni) e di giovani adulti (26-34), di adulti propriamente detti (35-54) ed ancora di tardo-adulti (55-64); si giunge così a quella che un tempo veniva chiamata terza età e che oggi grazie alla sua dilatazione temporale comprende l'apparente ossimoro dei "giovani anziani" (65-75), gli "anziani" veri e propri (76-84) e i "grandi anziani" (85 e oltre).



Le fasce d'età, se aggiungiamo l'infanzia e l'adolescenza, sono dunque diventate nove e forse in futuro l'aumento progressivo dei centenari potrebbe rendere necessari nuovi aggiustamenti.

Questa nuova visione delle fasi della vita crea nuovi bisogni e nuove sfide in tutti i campi e proprio per questo anche l'odontoiatria, insieme alle altre discipline mediche, è chiamata ad adeguarsi e dare nuove risposte a nuovi bisogni. Tutte le statistiche ci dicono che tenderanno a scomparire la figura del vecchio edentulo portatore di dentiera, del vecchio con il bastone, del vecchio dai movimenti impacciati per far posto ad una nuova figura che saprà cogliere tutti i vantaggi del progresso medico, psicologico, esistenziale.

Ugo Covani

ECM on line ECONOMICO • FACILE • COMODO

Patologie ossee e mucose del cavo orale

> Corso completo di VIDEO
> CASE REPORT con soluzioni concrete

50 CREDITI ECM

ACCREDITAMENTO ECM
dal 20 giugno 2018 al 20 giugno 2019

COSTO: 150 euro iva compresa*

*Il costo per l'acquisto è deducibile al 100%

Per ulteriori informazioni e/o iscrizioni:
chiamare lo 011 3110675
scrivere a info@tueorservizi.it
acquistare su shop.tueorservizi.it

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper - Italian Edition

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
DIRECTOR OF CONTENT - Claudia Duschek
SENIOR EDITOR - Yvonne Bachmann
CLINICAL EDITORS - Nathalie Schüller; Magda Wojtkiewicz
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
EDITORS - Brendan Day; Kasper Mussche
JUNIOR EDITORS - Franziska Beier; Luke Gribble
COPY EDITORS - Ann-Katrin Paulick; Sabrina Raaff
JUNIOR BUSINESS DEVELOPMENT & MARKETING MANAGER - Alyson Buchenau
DIGITAL PRODUCTION MANAGER - Tom Carvalho
JUNIOR DIGITAL PRODUCTION MANAGER - Hannes Kuschick
PROJECT MANAGER ONLINE - Chao Tong
IT & DEVELOPMENT - Serban Veres
GRAPHIC DESIGNER - Maria Macedo
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
PRODUCT MANAGER CME - Sarah Schubert
PRODUCT MANAGER SURGICAL TRIBUNE & DDS.WORLD - Joachim Tabler
SALES & PRODUCTION SUPPORT
Nicole André; Puja Daya; Madleen Zoch
ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Manuela Hunger
DATABASE MANAGEMENT & CRM - Annachiara Sorbo
MEDIA SALES MANAGERS - Antje Kahnt (International); Melissa Brown (International); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Weridiana Mageswki (Latin America); Barbora Solarova (Eastern Europe); Peter Witteczek (Asia Pacific)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

©2018, 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 GMBH
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 Rasio 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: +1 212 244 718

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XIV Numero 10, Ottobre 2018

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, B. Rapone, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio

CONTRIBUTI
R. Abbondanza, C. Agostinelli, V. Cau, G. Del Mastro, L. Grivet Brancot, A. Piccaluga, R. Pische, C. Sanavia, M. Sanzi, T. Testori.

REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Cordinamento: Adamo Buonerba
Giornalisti: Massimo Boccaletti, Alessandro Genitori, Patrizia Gatto
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363

GRAFICA - Tueor Servizi

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.

Dal primo gennaio Erario interconnesso grazie alla normativa UE 2015/2376

< pagina 1

Sui terminali di mezzo mondo, solo per ciò che attiene l'aspetto prettamente economico, ad esempio, saranno disponibili i saldi del conto, interessi, dividendi, ricavi dalla vendita di asset transitati per i conti di persone e società, riferiti a nominativo e dati identificativi del titolare del conto, suo numero e valore, oltre ai dati identificativi dell'istituto finanziario, etc..

Il fatto che i nostri dati siano disponibili all'estero e di rimando trasmessi alle autorità italiane, implica anche che si sia in qualche modo censiti. Infatti anche le persone fisiche non censite ai fini IVA sono codificate in tutti i Paesi (quanto meno in quelli aderenti all'UE) per consentire una puntuale identificazione e lo scambio di informazioni.



Sia chiaro... non esiste ancora una banca dati europea, ma per esempio la commissione UE ha già creato da tempo e messo a disposizione di chiunque il portale VIES (VAT Information Exchange System), che, oltre ad essere un sistema di scambi automatici tra le amministrazioni finanziarie degli Stati membri UE, permette a chiunque, con una semplice connessione internet, di verificare qualsiasi titolare di partita Iva in Europa, indicando se sia in attività, quando l'abbia iniziata o eventualmente cessata e ovviamente, se la sua partita iva risulti regolare. Un qualsiasi odontoiatra in Romania, ad esempio, può già oggi verificare gli estremi di un suo collega italiano in pochi minuti. E viceversa.

Sempre la commissione mette poi a disposizione il "Portale del TIN" strumento che permette di risalire alle regole di formazione del tax identification number di ciascun Paese membro, un qualcosa di leggermente più complesso, essendo profondamente diverso di Paese in Paese.

Sono per lo più codici numerici in sequenza. Nessun Paese (a parte la Lettonia il cui TIF contiene la data di nascita) consente di ricavare dal codice una o più informazioni anagrafiche. Discorso a parte riguarda l'Italia, i cui codici fiscali contengo-

no data e luogo di nascita oltre a una radice del nome e del cognome.

Alcuni, come la Spagna ad esempio, utilizzano numerazioni diverse per i residenti e non, altri pubblicano il TIN su tutti i documenti ufficiali come passaporti e patente, altri

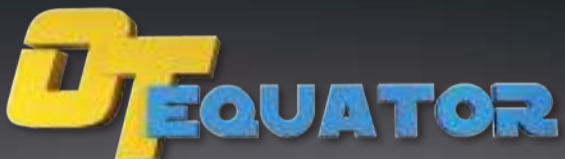
ancora lo occultano al contribuente poiché il codice identificativo è noto solo alla Pubblica amministrazione. Un po' come se il codice fiscale fosse a disposizione solo delle autorità, anziché comodamente riposto nel portafoglio.

Per poter interagire con un collega forestiero sarà quindi necessario conoscere la sua VAT (termine indicante la Partita Iva) e, talvolta, il suo TIN, mentre, operando anche solo saltuariamente all'estero, saremo identificati con quei medesimi


riferimenti, talvolta creati appositamente per gli stranieri non residenti. Tutti dati che poi confluiranno dall'estero al nostro fisco.

Per questo merita informarsi.

Alfredo Piccaluga



Il sistema Ot Equator offre le dimensioni più ridotte in altezza e diametro rispetto a tutti gli altri sistemi




CONTENITORE METALLICO
ALTEZZA 2,1mm
DIAMETRO 4,4mm

CAPPETTA ELASTICA IN NYLON
ASSORBE LO STRESS DEL CARICO MASTICATORIO


TITANIO CON NITRURAZIONE TIN
1600 VICKERS DI DUREZZA


FILETTO IN TITANIO
COMPATIBILE CON TUTTE LE PIATTAFORME IMPLANTARI




Dr. G. Schiatti
C. Borromeo

LINEA DI CAPPETTE OT EQUATOR
ELASTICITA' E RITENZIONE MECCANICA ASSICURANO LA MASSIMA FUNZIONALITA' E STABILITA' ALLA PROTESI





GLI ATTACCHI OT EQUATOR SONO DISPONIBILI PER LE MAGGIORI CASE D'IMPIANTI. SU RICHIESTA SI POSSONO COSTRUIRE PER OGNI TIPO D'IMPIANTO. PER ORDINARE INDICARE SEMPRE: LA MARCA DELL'IMPIANTO, IL DIAMETRO DELL'IMPIANTO, L'ALTEZZA DELBORDO DI GUARIGIONE. DISPONIBILE FINO a 7 mm.




Ref. 130

KIT OT EQUATOR PER IMPIANTI
CONFEZIONE CONTENENTE

- 1 MONCONE OT EQUATOR IN TITANIO CON RIVESTIMENTO TIN
- 1 CONTENITORE DI CAPPETTE INOX
- 1 DISCHETTO PROTETTIVO ROSA
- 4 CAPPETTE RITENTIVE ASSORTITE (1 GIALLA EXTRA-SOFT, 1 ROSA SOFT, 1 BIANCA TRASPARENTE STANDARD, 1 VIOLA FORTE)

€ 115,00 + IVA 4%



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

“Malpractice” e conoscenze specifiche del CTU: un caso paradigmatico

Claudio Agostinelli*, Luigi Grivet Brancot**, Maurizio Sanzi***

* Libero professionista in Teramo, Italia

** Libero professionista in Torino, Italia

*** Medico Legale - Odontostomatologico Brescia, Italia

Il contenzioso odontoiatrico, secondo recenti articoli, rappresenterebbe il 7% di tutti quelli medici. La soccombenza per i dentisti è risultata dell'80% giudiziale, mentre quella extragiudiziale del 95%. Quando tuttavia la condanna dell'odontoiatra è dovuta a una reale “malpractice”? Il CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio) è sempre preparato specificatamente per valutare l'opera del professionista convenuto? Quali i criteri di scelta del CTU da parte del Giudice?

Ecco uno dei tanti episodi che contrappongono un modus operandi supportato da conoscenza scientifica e competenza clinica a un sistema giudiziario incapace, a volte, di discernere azioni strumentali da “malpractice”.

La paziente (che agirà in giudizio) 55 anni, fumatrice con scarso controllo dell'igiene domiciliare, in cura nel 1998 per parodontopatia cronica e compromissione dei quattro incisivi superiori (Fig. 1-5) per dodici anni, viene trattata con terapie chirurgiche e non². Nel luglio 2010, dopo ben 12 anni di mantenimento di tali denti, si presenta all'osservazione dell'odontoiatra per la rottura dello splintaggio, riferendo di aver subito un accidentale trauma facciale.

Il dentista verifica un aggravamento della mobilità dei quattro incisivi e sollecitato dalla paziente a migliorare l'aspetto estetico, prospetta la sostituzione degli elementi naturali da estrarre, con una protesi fissa su impianti. Al fine di ridurre



il rischio di un ulteriore riassorbimento dell'osso alveolare residuo e del collasso dei tessuti molli³⁻⁷ della pre-maxilla, prima delle estrazioni degli incisivi, viene prospettata la loro estrusione^{8,9}.

Questo trattamento preliminare contrasta il fisiologico riassorbimento del processo alveolare portando, nell'arco di qualche mese, all'incremento di osso alveolare oltre al recupero della normale festonatura gengivale^{10,11} in grado di conferire un aspetto naturale al sorriso.

Contestualmente all'accurata esposizione del piano di trattamento proposto, con schemi, disegni ed immagini di casi clinici simili, illustrano alla paziente i rischi del fumo in implantologia¹²⁻¹⁵. Si ricorda, in particolare, l'importanza, nei pazienti parodontopatici sottoposti a terapie implantari e del controllo della placca batterica¹⁶.

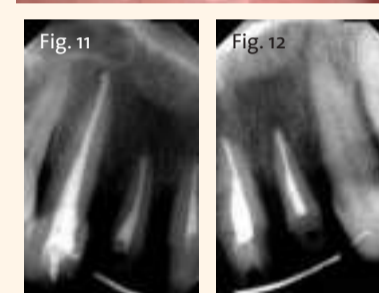
L'odontoiatra, valutate le aspettative della paziente, stila in data 25 ottobre 2010, un preventivo relativo a un protesi fissa supportata da due impianti, da 1.2 a 2.2, proponendo, in via preliminare, l'estrusione dei denti con un sistema invisibile e confortevole per mezzo dello stesso provvisorio (Fig. 6).



Per ottenere la trazione dei due incisivi laterali, la protesi provvisoria verrebbe sostenuta dai due incisivi centrali. A estrusione ottenuta si sarebbero estratti i due incisivi laterali ed inseriti contestualmente i due impianti nelle stesse sedi alveolari¹⁷.

Dopo alcuni mesi, la protesi provvisoria sarebbe stata sostituita, collocando i monconi (abutments) sui due impianti già inseriti (1.2 e 2.2). Con la medesima tecnica, sarebbero poi stati estrusi i due incisivi centrali. Ottenuta la maturazione dei tessuti molli e un livello gengivale desiderato, si sarebbero estratti anche i due incisivi centrali e intrapresa la fase protesica definitiva.

Tutto ciò viene dettagliatamente spiegato sia verbalmente, sia descritto nel “Consenso informato” che la paziente sottoscrive dopo aver richiesto un secondo consulto



presso un altro studio. Il trattamento estrusivo dei due incisivi laterali inizia nel gennaio 2011 (Fig. 7, 8). Al raggiungimento del risultato desiderato (Fig. 9, 10), si attendono 60 giorni di “stabilizzazione” dell'osso alveolare¹⁸ (Fig. 11, 12).

La fase chirurgica viene pianificata con la preparazione iniziale (igiene orale, controllo emato-chimico delle condizioni della paziente, prescrizione della profilassi/terapia antibiotica¹⁹⁻²⁰ e della sospensione del fumo).

> pagina 5



ESACROM
SOLUTIONS FOR ORAL SURGERY

SUS
Surgery Ultrasonic Site

Ultrasonic site differentiated preparation technique biologically guided

SUS KIT

Zygoma Kit

one hand grip in ultrasonic surgery...

www.esacrom.com

bibliografia

- Pinchi V, Pradella F, Garatti S, Norelli GA. Il Contenzioso Odontoiatrico: la Realtà del Fenomeno - Dental Cadmos 83(2)February 2015.
- Società Italiana di Parodontologia - L. diagnosi parodontale - Masson 1999.
- Chen ST, Darby IB, Adams GG, Reynolds EC. A prospective clinical study of bone augmentation techniques at immediate implants. Clin Oral Implants Res 2005;16:176-184.
- Araujo MG, Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. J Clin Periodontol 2005;32:212-218.
- Araujo MG, Sukekava F, Wennstrom JL, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: An experimental study in the dog. J Clin Periodontol 2005;32:645.
- Araujo MG, Sukekava F, Wennström JL, Lindhe J. Tissue modeling following implant placement in fresh extraction sockets. Clin Oral Implants Res 2006; 17:615-624.
- Tomasi C, Sanz M, Cecchinato D, Pjetursson B, Ferrus J, Lang NP, Lindhe J. Bone dimensional variations at implants placed in fresh extraction sockets: a multilevel multivariate analysis Clin Oral Implants Res. 2010 Jan;21(1):50-6. doi: 10.1111/j.1600-0501.2009.01848.x.
- Salama, Henry; Salama, Maurice. The Role of Orthodontic Extrusive Remodeling in the Enhancement of Soft and Hard Tissue Profiles Prior to Implant Placement: A Systematic Approach to the Management of Extraction Site Defects., International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry . Aug1995, Vol. 15 Issue 4, p312-333. 22p.
- Korayem M1, Flores-Mir C, Nassar U, Olfert K. Implant site development by orthodontic extrusion. A systematic review. Angle Orthod. 2008 Jul;78(4):752-60. doi:10.2319/0005-219(2008)078[0752:ISDBOE] 2.0.CO;2.
- Re S, Corrente G, Abundo R, Daniele C. Orthodontic Treatment in Periodontally Compromised Patients: 12-Year, International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry . Apr2000, Vol. 20 Issue 2, p50-59. 10p.
- Sung Hyun Kim, DDS, MSc, PhDa, Vinicius Augusto Tramontina, DDS, MSc, PhDb, Vula Papalexou, DDS, MSc, PhDe, Sônia Mara Luczynyn, DDS, MSc, PhdD Orthodontic extrusion and implant site development using an interocclusal appliance for a severe mucogingival deformity: A clinical report.
- Bain C.A., May P.K.: “The influence of smoking on bone...” Int. J. Oral Maxillofac Impl. 1995; 9:125-128.
- Bain CA, Moy PK. The association between the failure of dental implants and cigarette smoking. Int J Oral Maxillofac Implants 1995;8:609-15.
- Kenney EB, Kraal JH, Saxe SR, Jones J. The effect of cigarette smoke on human oral polymorphonuclear leukocytes. J Periodontol Res. 1977 Jul;12(4):227-34J.
- Bain CA, Smoking and implant failure—benefits of a smoking cessation protocol. Int J Oral Maxillofac Implants. 1996 Nov-Dec;11(6):756-9.
- Mombelli A, Van Oosten MA, Schurch E Jr, Land NP: The microbiota associated with successful or failing osseointegrated titanium implants. Oral Microbiol Immunol. 1987 Dec;2(4):145-51.
- Chen ST1, Wilson TG Jr, Hämmerle CH Immediate or early placement of implants following tooth extraction: review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes.. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004;19 Suppl:12-25.
- Tidu Mankoo, Laura Frost. Rehabilitation of esthetics in advanced periodontal cases using orthodontics for vertical hard and soft tissue regeneration prior to implants - a report of 2 challenging cases treated with an interdisciplinary approach. Dec 2011. European journal of esthetic dentistry: official journal of the European Academy of Esthetic Dentistry.
- Esposito M1, Grusovin MG, Coulthard P, Oliver R, Worthington HV. Eur J Oral Implantol. 2008 Summer;1(2):95-103. The efficacy of antibiotic prophylaxis at placement of dental implants: a Cochrane systematic review of randomised controlled clinical trials.
- Olson JW, Farish SE, Bellome J, Casino AJ, Morris HF, Ochi S. J Oral Maxillofac Surg. 1997 Dec;55(12 Suppl 5):19-24. The influence of preoperative antibiotics on success of endosseous implants up to and including stage II surgery: a study of 2,641 implants. Dent CD1.
- Lockhart DE, Dawson MP, Murray CA, Smith AJ. A review of dental implants and infection. J Hosp Infect. 2009 Jun;72(2):104-10. doi: 10.1016/j.jhin.2009.02.010. Epub 2009 Mar 28. Pye AD1.



< pagina 4

Il 23 giugno 2011, vengono estratti i due incisivi laterali (Figg. 13, 14) e inseriti contestualmente due impianti Xive (Dentsply) di diametro 3,8 mm e lunghezza 15 mm (Figg. 15, 16), dimensioni ottimali per la successiva protesi (ponte di 4 elementi da 1.2 a 2.2 con 1.1 e 2.1, elementi "intermedi").

Vengono inserite due viti di guarigione e riposizionato il provvisorio, debitamente adattato in corrispondenza dei due incisivi laterali. Alla seduta di controllo a una settimana dall'intervento implantare, la paziente confida, alle assistenti dello studio, di non aver assunto gli antibiotici prescritti né prima né dopo l'inserimento degli impianti e tantomeno di essersi astenuta o limitata dal fumo di sigarette! Alla seconda visita di controllo, dopo 30 giorni, la stessa presenta un pessimo stato di igiene orale e due ascessi vestibolarmente ai due impianti (1.2 e 2.2) (Figg. 17, 18).

L'odontoiatra, informata la paziente dell'accaduto la rende partecipe della necessità di rimuovere i due impianti²¹ e, preso atto della sua scarsa collaborazione, rinvia la rivalutazione dei siti implantari dopo circa 2 mesi. La paziente ammette le proprie responsabilità per non aver rispettato le prescrizioni del dentista.

Dopo alcuni mesi, declinando gli inviti da parte dello studio a riprendere le cure, si rivolge ad altro professionista, sottoponendosi ad un nuovo trattamento implanto-protetico e all'estrazioni dei due incisivi centrali residui con inserimento di quattro impianti in posizione 1.2 - 1.1 - 2.1 e 2.2. A distanza di circa due anni, la paziente cita in giudizio il primo professionista e chiede il risarcimento dei "danni subiti" dal trattamento implantare "fallito"; contestava inoltre i trattamenti protesici effettuati quattordici anni prima!

L'autore pratica implantologia dal 1985, perfezionando la sua formazione in ambito accademico e presso colleghi di fama. Docente in corsi universitari di implantologia avanzata, ha tenuto conferenze anche in sedi internazionali, ha brevettato una sistemica implantare ed è autore di pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali.

In sede giudiziale i legali del professionista citato in giudizio chiedono al Giudice, di nominare un CTU di eleva-

ta competenza implanto-protetico, attingendo preferibilmente dall'ambito accademico in grado di valutare obiettivamente l'operato del professionista.

Il Giudice decide invece diversamente.

In sede peritale il CTU stenta a comprendere il "piano di terapia" proposto ed eseguito alla perizianda, non le chiede adeguate informazioni ed ignora i dettagli descritti dal convenuto. Confermando la tesi dei tecnici della paziente, lo censura affermando che la sua opera «si possa ritenere incongrua esclusivamente con riguardo al piano di terapia con relativi onorari e realizzazione di un ponte di 4 (quattro) elementi in metallo ceramica supportati anche dagli incisivi centrali superiori (denti 11 e 21)».

«Il CTU ritiene la condotta del professionista nel trattamento terapeutico... sia stato imprudente, negligente e imperita...» determinando il "danno" con il «5% di invalidità permanente... per scarso supporto osseo e negativo rapporto radice-corona clinica dei due incisivi centrali superiori...».

Tra le varie "contestazioni" da parte del CTU alle osservazioni del convenuto: «... è inesistente il IV sestante, essendo l'apparato dentario suddiviso in 4 (quattro) quadranti, due per l'arcata dentaria superiore, due per l'arcata dentaria inferiore...».

Conclusioni

Altro caso di corretto operato di un professionista tacciato come episodio di "malpractice"? È sempre più frequente la tendenza di pazienti che rivendicano risarcimenti di presunti "danni subiti".

All'ingravescente fenomeno si aggiunge la censurabilità del criterio di scelta del CTU da parte del giudice. Oltre ad alimentare la diffidenza verso la categoria dei Consulenti, la cui opera può produrre esiti giudiziali incredibili, ripercuotendosi sull'immagine del professionista.

SIRIO BIO-LOGIC

CLINICAL AND TECHNICAL STRATEGIES TO RESTORE IMPLANTS

REDEFINITION OF THE NEW TRENDS

AUDITORIUM VIALE MANZONI, 1 - ROMA
ANTONIANUM NOVEMBRE 23, 24 - 2018

Save The Date

<p>- Stefano Gracis Considerazioni biomeccaniche ed occlusali nella creazione della protesi implantare. <i>Biomechanical and occlusal considerations in the fabrication of implant prosthesis.</i></p>	<p>Alessandro & Andrea Agnini Razionale chirurgico e protetico del protocollo Surgical Veneer Grafting nella gestione dell'alveolo post estrattivo. <i>Surgical Veneer Grafting Utilization in Immediate Implant Placement.</i></p>	<p>- Nitzan Bichacho Management dell'interfaccia tessuto/implanto/protesi nella zona estetica: concetti e strategie. <i>Managing the peri-restorative interface of implant-based restorations at the smile zone. Concepts and strategies.</i></p>
<p>- Fabio Galli La protesi su impianti post-estrattivi. <i>Prosthetic restoration on post-extraction implants.</i></p>	<p>- Vincenzo Bruno L'implanto post-estrattivo: il punto di vista protetico. <i>The post-extraction implant: a prosthetic view.</i></p>	<p>- Luigi Canullo approccio biologico al restauro implanto protetico tra ricerca e clinica. <i>Biologic approach to implant supported restoration between research and clinics.</i></p>
<p>- Egon Euwe Ottimizzazione dell'interfaccia rosa nella moderna implantologia. <i>Optimizing the pink interface in modern implantology.</i></p>	<p>- Giovanni Ghirlanda Risposta tissutale al carico immediato con impiego di polimeri di ultima generazione. <i>Tissue response in immediate loading approach using new type of polymers.</i></p>	<p>- Bernard Touati La barriera dei tessuti molli peri-implantari: preservazione dello spazio biologico con un protocollo clinico innovativo. <i>Peri-implant soft tissue barrier: preserving the biological space with an innovative clinical protocol.</i></p>
<p>- Gianluca Paniz Elementi implanto-protetici per il successo a lungo termine nel settore anteriore. <i>Prosthetic key-factors for long-term success on implants in the esthetic zone.</i></p>	<p>- Mario Guerra Estetica e stabilità tissutale a lungo termine in implanto-protesi: fattori determinanti. <i>Long term esthetics and tissue stability in implant dentistry: key factors.</i></p>	<p>- Rolf Ewers Quanto estetico può essere un full arch Trinia su 3-4 impianti? <i>How esthetic can be a full arch Trinia prosthesis on all-on-four or all-on-three?</i></p>
<p>- Gianluca Dellificorelli Analisi degli elementi critici per il successo estetico. <i>Analysis of the key elements for the esthetic success.</i></p>	<p>- Roberto Cocchetto Crescita continua dei mascellari nell'adulto e suo impatto in implanto-protesi. <i>Continuous growth of adult maxillae and its impact in implant prosthodontics.</i></p>	<p>- Ignazio Loi Trattamento protesicamente guidato dei tessuti molli. <i>Soft tissues prosthetically guided treatment.</i></p>

PRESIDENTI DEL CONGRESSO:
PROFESSA ANTONELLA POLIMENI
DOTT. ROBERTO PISTILLI

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA:
EMAIL: SEGRETARIA@SIRIOROMA.ORG
PHONE: +39 333 1455027
WWW.SIRIOROMA.ORG

ISCRIZIONI:
SOCI SIRIO 2018: 50€
SOCI SIRIO 2019: 100€
SOCI GISOS, ANDI, AIO: 180€
NON SOCI: 250€



Fig. 17

Fig. 18

Sul tema “amalgama” aggiornamenti prospettive ed implicazioni legali

Probabilmente è questo, storicamente, il momento più importante nella secolare discussione sull'amalgama. Era il 1831 quando zio e nipote Crawcour portarono in America il composto, creato da Bell e perfezionato da Taveau (attraverso

il grattamento di monete d'argento mescolato al mercurio), denominato “Royal Mineral Succedaneum”, quale alternativa alle otturazioni in oro allora utilizzate.

Gli anni successivi furono quelli più furenti in quella denominata

“La Guerra dell'amalgama” fra due schieramenti opposti: etiche e deontologiche le argomentazioni dei contrari all'uso del mercurio da una parte, di praticità e chiaro vantaggio economico quelle dei sostenitori dell'amalgama. Come spesso

accade, furono i secondi a prevalere.

Evoluzione delle coscienze e della scienza sono una endiadi che nella storia umana ha spesso dimostrato un'intima relazione e, seppur con cronico ritardo, ciò sta avvenendo anche sul tema amalgama.

Si sta sempre più palesando l'“assurdo”, concettuale, etico e scientifico, dell'uso della sostanza più neurotossica, il mercurio, per motivi “sanitari”, nella “disconoscenza” degli effetti che esso ha avuto, e continua ad avere, sulla salute dell'Uomo e dell'Ambiente.

Perché parlo di “momento storicamente importante”? Le prove inconfutabili sulla tossicità del mercurio dell'amalgama vanno di pari passo alla crescita della consapevolezza sul rispetto della salute umana e della natura: presa di coscienza e nuove conoscenze stanno demolendo il pauperismo culturale a sostegno di quell'incredibile paradosso scientifico rappresentato dall'amalgama che, nell'ipocrita “convinzione” (anche ordinistica e di categoria) di efficacia e sicurezza, è causa di gravi patologie neuro-degenerative.

Sta ormai passando anche il concetto che quella odontoiatrica non è “categoria protetta” dal rischio tossicologico per volontà divina, né tantomeno ordinistica, ma che, anzi, è quella più esposta ai pericoli dei vapori mercuriali. Fanno scuola i lavori di Nylander, Rowland, Aaseth, Hilt, Bjorklund, Nagpal, Crocombe, Johnson e molti altri (vedi database IAOMT-Dental Personnel), sugli effetti del mercurio sulla salute di dentisti e assistenti dentali. Fanno breccia le iniziative dell'International Academy Oral Medicine and Toxicology (IAOMT), di cui recentemente abbiamo costituito il “Chapter Italia”, che dimostrano sempre più la necessità di protocolli a tutela in ambito professionale.

Fa timidamente capolino anche la consapevolezza che il “mercurialismo” è malattia professionale per la nostra categoria e che abbiamo tutto il diritto di:

- Essere tutelati nell'esercizio della professione attraverso un'informazione non solo scientifica (spesso “manovrata”) ma anche legale;
- Essere indagati a fini diagnostici e preventivi, attraverso la ricerca del mercurio nel nostro organismo, prima di esserlo dal punto di vista penale da parte di pazienti e di associazioni ambientaliste.

Tutto ciò anche per evitare che si attivi una class action “universale” contro noi dentisti che potremmo

> pagina 7





A novembre va in scena il Flusso Digitale



INTEgrow

Your Digital Workflow **ON STAGE**

Le migliori soluzioni per il tuo Workflow Digitale



DIAGNOSTICA TRIDIMENSIONALE



PROGETTAZIONE CHIRURGICO-PROTESICA



INTERVENTO CLINICO IMPLANTARE



PROTESI DIGITALE CAD-CAM E 3D PRINTING



COGLIERE OPPORTUNITÀ nel mondo dell'odontoiatria si può! La tecnologia, il mercato che cambia, nuove metodologie di lavoro permettono di affermare o recuperare la propria competitività. **BQuadro vi affianca** in questo percorso grazie ad una proposta unica di prodotti e servizi. Con **INTEgrow** - per la parte tecnologica, e **4T System** - per la formazione applicata, vogliamo essere fianco a fianco dei nostri clienti supportandoli nell'implementazione di un **workflow digitale** personalizzato e profittevole.



il SISTEMA perfetto per competere in un MERCATO che **CAMBIA!**

CLAPP Scarica CLAPP

SCARICA CLAPP PER SCOPRIRE DI PIÙ. Inquadra il QRCode in base al tipo di dispositivo, CLAPP è disponibile per **IOS** e **Android**.









© Shutterstock

< pagina 6

essere considerati correi – o primi responsabili – nel determinismo di una miriade di malattie mercurio-correlate, oltre che di danno ambientale.

In quest'ottica vanno inquadrare due importanti iniziative che, parallelamente ma in maniera del tutto indipendente, stanno prendendo corpo in questi mesi:

- La strutturazione del Post-Graduate (o Master) in "Odontoiatria Biologica e Sistemica" (già organizzato e approvato al/dal San Raffaele di Milano e successivamente abrogato dallo stesso Istituto);
- La valutazione di una class action di categoria per richiesta danni e risarcimento economico agli enti preposti al controllo da parte dei dentisti esposti senza adeguate informative, istruzione tossicologica e tutela, al mercurio durante la propria attività professionale. E per un'azione preventiva volta a garantire se stessi rispetto alla potenziale chiamata in causa, in termini risarcitori e/o penali, da parte di pazienti, ambientalisti e da dipendenti per la mancata tutela sul posto di lavoro.

Tale iniziativa è rappresentata dall'Associazione CODICI Onlus - Centro per i Diritti del Cittadino - (<http://codici.org/iscriviti.html>) con il patrocinio dell'Avv. Massimo Longarini (longarini05@libero.it - tel. 392/0502574) per garantire i diritti inalienabili del cittadino (operatori odontoiatrici compresi) alla salute, basandosi sul principio intoccabile della Costituzione che all'art. 32 recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività».

Il suo valore cogente risulta oggi definitivamente acquisito con l'approfondimento del nesso indissolubile fra salute individuale e salubrità ambientale: la salute, cioè, non può prescindere dal contesto in cui viviamo, con la conseguenza che tutti gli attentati all'ambiente costituiscono, in forma più o meno diretta, "lesioni" della salute, individuale e collettiva, intesa secondo l'OMS quale «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente un'assenza di malattia o di infermità».

Ciò in linea con i principi cardine della Convenzione di Minamata che sta ottenendo la "phase out" dell'amalgama principalmente per i danni ambientali provocati dal mercurio odontoiatrico (gli studi dentistici rappresentano, sempre secondo l'OMS, la maggior fonte non industriale di inquinamento mercuriale),

oltre che per la tutela della salute delle fasce più deboli della popolazione.

L'azione di classe associativa ha quale sua esclusiva finalità quella di tutelare con ogni mezzo legittimo, ivi compreso il ricorso allo strumento giudiziario, i diritti inalienabili dell'uomo sanciti dalla Costituzione e dall'Organizzazione Mondiale della Salute che afferma «il godimento del miglior stato di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, opinioni politiche,

condizione economica e sociale».

I diritti costituzionali e quelli indicati dall'OMS, si sommano al "principio di precauzione" stabilito a Rio de Janeiro nel 1992 e al Decreto Legislativo 81/2008, noto anche come "Testo Unico", sull'onere a valutare tutti i rischi sanitari e sociali. Per cui con ancor maggior forza si può affermare come vincolo inalienabile l'obbligo alla tutela della salute, non solo dei pazienti, ma degli stessi operatori odontoiatrici: cioè noi.

Raimondo Pische

SPIETATO CONTRO I BATTERI DELICATO SULLE MUCOSE

FORHANS CLEXIDIN COLLUTORIO MANTENIMENTO CLOREXIDINA ALLO 0,12%
Collutorio antisettico pronto all'uso senza Alcool. Azione quotidiana di mantenimento e prevenzione. Coadiuvante per il trattamento delle stomatiti e delle parodontiti e aiuta a ridurre la formazione della placca abbattendo la carica batterica.

FORHANS CLEXIDIN GEL USO TOPICO CLOREXIDINA ALLO 0,30%
Spiccata azione antibatterica, combatte efficacemente placca dentale e flora batterica orale. Coadiuvante nel trattamento di stomatiti e parodontiti. La formulazione gel permette l'adesione sul sito da trattare.

FORHANS CLEXIDIN COLLUTORIO AZIONE D'URTO CLOREXIDINA ALLO 0,20%
Collutorio antisettico pronto all'uso senza Alcool. Azione d'urto laddove sia necessario un abbattimento rapido e consistente della flora batterica. Disponibile anche nel formato professionale da 1.000 ml, ideale per l'utilizzo presso lo Studio Dentistico.

FORHANS CLEXIDIN SPRAY CLOREXIDINA ALLO 0,30%
Spray antisettico con beccuccio erogatore per un'azione mirata su gengive, gola e denti, in caso di infiammazioni o alitosi. Lo speciale beccuccio erogatore permette di raggiungere le parti che necessitano di una azione antisettica: le zone oggetto di cure odontoiatriche, la gola irritata, le gengive infiammate.



Forhans Clexidin

La Clorexidina con un buon sapore

- Una perfetta azione antibatterica contro placca e gengiviti
- Aiuta a ridurre le infiammazioni gengivali e parodontali
- Bocca igienizzata e sana contro l'alitosi



I Collutori **Forhans Clexidin Azione d'Urto e Mantenimento**, il **Forhans Clexidin Gel Uso Topico** e il **Forhans Clexidin Spray** ti aiuteranno ogni giorno al mantenimento di una corretta Igiene Orale.

Dall'esperienza **Forhans** una perfetta sinergia per la lotta alla Placca Dentale.

Comunicazione destinata alla classe medica.

URAGME Srl
Via della Bufalotta, 374
00139 Roma, Italia
www.forhans.it



Vorrei diventare un'ASO (o forse è meglio igienista)?

Rossella Abbondanza, Presidente dell'Associazione di Assistenti alla poltrona (IDEA, Italian Dental Assistants) parla delle due diverse figure del team odontoiatrico, che vengono talvolta impropriamente accostate, pur essendo decisamente diverse.

Accade sempre più spesso, all'interno dei numerosissimi gruppi Facebook, di imbattersi in discussioni tra chi intende conseguire la qualifica e colleghe disilluse e demotivate dalle esperienze negative accumulate negli anni che puntualmente consigliano: «Fossi in te farei un piccolo sforzo e cercherei di diventare un'igienista. Loro guadagnano di più e vengono rispettate».

Questa abitudine di sentenziare in modo superficiale senza peraltro rispondere alla richiesta di chi desidera soltanto conoscere più da vicino la nostra professione genera una visione del tutto distorta dell'attività ASO. Perché consigliare di diventare igienista a chi ha già scelto di diventare Assistente?

Per rispondere è opportuno conoscere la differenza tra lavoro dipendente e autonomo ma anche, e soprattutto, tra ASO e igienista dentale.

Partiamo quindi dalla prima, figura di interesse sanitario recentemente regolamentata dal DPCM del 6 aprile 2018. E dalla definizione di "lavoratore dipendente" (art. 2094 CC) ossia «Chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell'impresa, prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione dell'imprenditore».

Tratto tipico della subordinazione è l'assoggettamento alle altrui direttive, con obbligo di eseguire la prestazione presumibilmente a titolo oneroso. Cosa fa in effetti un ASO? L'Accordo Stato Regioni del 23 novembre 2017 dice che «attenendosi alle disposizioni dell'Odontoiatra, è in grado di assistere lo stesso e i professionisti del settore durante le prestazioni proprie dell'odontoiatra, di predisporre l'ambiente e lo strumentario, relazionarsi con le persone assistite, collaboratori esterni e fornitori e di svolgere attività di segreteria per la gestione dello studio. Non può svolgere alcuna attività di competenza delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, delle professioni mediche e delle altre professioni sanitarie per l'accesso alle quali è richiesto il possesso della laurea».

Figura quindi di "interesse sanitario" (che si differisce dal sanitario), si occupa dell'accoglienza della persona assistita, dell'allestimento degli spazi e strumentazioni di trattamento odontoiatrico, dell'assistenza all'odontoiatra e trattamento della documentazione clinica e amministrativo contabile. Tutto dettagliatamente definito nell'all. 1 dell'Accordo che elenca queste attività:

- Accoglienza persona assistita. Accoglie la persona assistita nello studio, raccoglie i dati anagrafici e personali al fine di completare il documento contenente l'anamnesi della persona assistita, assiste la persona prima, durante e dopo i trattamenti, cura i rapporti con i professionisti e gli altri operatori dello studio, con i consulenti e i collaboratori esterni.
- Allestimento spazi e strumentazioni di trattamento odontoiatrico. Sanifica e sanitizza i diversi ambienti di lavoro, prepara l'area dell'intervento clinico, la decontamina, la disinfetta e la riordina, decontamina, disinfetta, pulisce e sterilizza gli strumenti e le attrezzature, esegue il controllo delle scadenze e lo stoccaggio



dei farmaci, dei materiali dentali, dello strumentario e delle attrezzature, raccoglie ed esegue lo stoccaggio e lo smaltimento dei rifiuti sanitari differenziati.

- Assistenza all'odontoiatra. L'ASO lo assiste nelle attività proprie dell'odontoiatria, lo supporta nell'organizzazione dei soccorsi per le emergenze e nelle manovre di primo soccorso, aiuta la persona assistita ad affrontare eventuali disagi durante l'intervento.
- Trattamento documentazione clinica e amministrativo contabile. Gestisce le procedure amministrative di accoglienza e di dimissione della persona assistita, le prenotazioni e il calendario degli appuntamenti, lo schedario delle persone assistite, la documentazione clinica e il materiale radiografico e iconografico delle persone assistite, i rapporti con fornitori, agenti di commercio, informatori scientifici, consulenti e collaboratori esterni, il magazzino e la cassa.

Tutto questo definisce schematicamente e dettagliatamente una professione la cui bellezza non si apprezza tuttavia con la semplice lettura di un mansionario. Essere ASO significa amare il contatto con la gente, avere a cuore la salute del prossimo, la voglia di ricoprire un ruolo che può, ad un occhio poco attento, apparire marginale ma in realtà fondamentale per il buon andamento dello studio odontoiatrico.

Essere ASO significa aver scelto di ricoprire un ruolo che non richiede una laurea ma un attestato di qualifica e lavora dietro indicazioni del titolare osservando rigorosamente le sue direttive. Dettaglio importante perché molti dipendenti ritengono giusta o no una sua richiesta senza avere spesso idea degli aspetti che egli cura in prima persona e decidendo arbitrariamente (con relativi rischi) nello stabilire obiettivi, decidendo con quali mezzi e ritmi di lavoro raggiungerli.

L'ASO non risponde personalmente di eventuali danni ma solo in caso di abuso di professione, punto da focalizzare perché ultimamente le pene si sono notevolmente inasprite. Capire se quel che viene richiesto è di propria competenza o meno è importante poiché la legge non ammette ignoranza.

Quindi per lavorare un ASO deve semplicemente possedere un attestato di qualifica (700 ore di formazione da conseguire in 12 mesi),

siglare un contratto di lavoro ed effettuare l'aggiornamento obbligatorio di 10 ore all'anno, obbligatorie non soltanto per chi è in attività ma per tutti gli ASO che desiderano mantenere la qualifica.

L'Igienista Dentale è invece una figura sanitaria che può lavorare all'interno di strutture sanitarie pubbliche o private, come dipendente o come libero professionista. Svolge i propri compiti sulla base delle indicazioni di odontoiatri e medici chirurghi abilitati. Se desiderasse lavorare come ASO dovrebbe solo conseguire la qualifica.

Suoi compiti principali? Effettuare la pulizia dei denti; rilevare la presenza di fattori che causano tartaro o placca batterica ed effettuare la rimozione e i fattori di rischio per l'insorgenza di problemi relativi a denti e mucose gengivali; applicare fluoro e agenti remineralizzanti ai pazienti che lo necessitano; istruire e consigliare sull'igiene orale, la prevenzione, e la corretta alimentazione per una sana salute dentale.

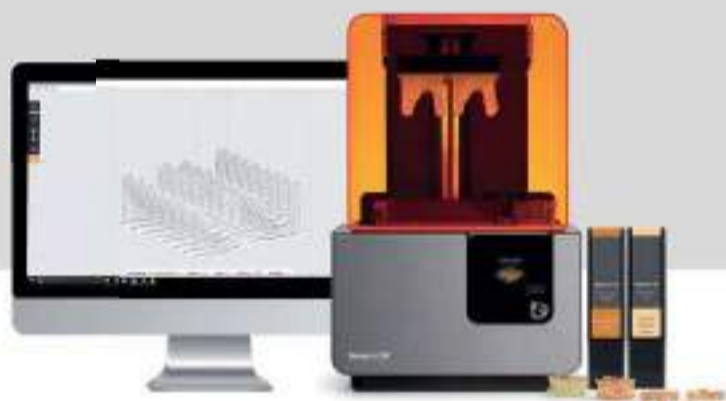
È più frequente che un Igienista Dentale lavori con Partita IVA e presti la propria opera di consulenza presso più studi odontoiatrici. Un'attività quindi che richiede già in partenza requisiti differenti rispetto all'ASO: conseguimento della laurea triennale in Igiene dentale, iscrizione all'Albo degli Igienisti Dentali, apertura partita IVA, ECM annuali (150 crediti triennali, con alcune variabili).

Un igienista che scelga di lavorare in proprio spesso è soggetto a numerosi spostamenti, difficilmente opera presso un solo studio odontoiatrico. Procurarsi il lavoro e gestire adeguatamente i guadagni non è così semplice come potrebbe apparire. Spesso i dipendenti idealizzano l'attività autonoma pensando ai prevalenti aspetti positivi: più guadagno, libertà, autonomia decisionale, più rispetto. Fermo restando che il conseguimento di una laurea è sempre una scelta da incentivare, si deve sminuire l'importanza del ruolo ASO prendendo coscienza che non tutti sono disposti a studiare, a dedicare tante energie (ma anche tanto denaro) per guadagnarsi una posizione di rispetto. Ma si può orgogliosamente svolgere un lavoro in grado di offrire molto dal punto di vista umano. È a propria discrezione diventare professionisti qualificati o continuare ad eseguire gli ordini senza cognizione di quanto si sta eseguendo.

Le due figure, ASO ed Igienista Dentale, non si incontrano in nessun punto mansione o sfumatura. Sono figure dello stesso team con attività che ad entrambe danno l'opportunità di sentirsi fiere del proprio lavoro, se fatto con professionalità, esprimendo così il proprio valore.

Rossella Abbondanza, Presidente Italian Dental Assistants (IDEA)

Stampa 3D Odontoiatria



La stampante 3D Form 2 rende accessibile la stampa 3D di alta precisione ai professionisti e aziende del settore dentale, consentendo la produzione a costi contenuti di una vasta gamma di dispositivi



MODELLI ORTODONTICI



MODELLI PROTESICI CON MONCONI SFILABILI



GUIDE CHIRURGICHE BIOCOMPATIBILI



SPLINTS E RETAINERS

Richiedi un campione gratuito

Inserisci il codice **DT018** per ricevere la piacevole sorpresa riservata a tutti i lettori di Dental Tribune Italia

formlabs

energy group
3D PRINTING AND DIGITAL MANUFACTURING
member of THE 3D GROUP

tel. +39 051 864519
formlabs@energygroup.it
www.energygroup.it

energygroup.it/form2

AD

3i T3 IMPLANT™ **BIOMET 3i™**

PERIMPLANTITE

La patologia dell'osteointegrazione

Richiedi subito una copia aggiornata della brochure "Perimplantite, la patologia dell'osteointegrazione".

info@biomax.it
T. 0444 913410



Impianto T3 ZONA CORONALE



Rugosità di superficie:
Valore Medio Complessivo Sa 0,3 µm

"L'unica superficie contro il rischio perimplantite con validazione scientifica supportata da uno studio multicentrico e randomizzato con pubblicazione a 5 anni ed osservazione a 7 anni."

RICHARD LAZZARA
Journal of Periodontology, Aprile 2010, pagg. 493-501.

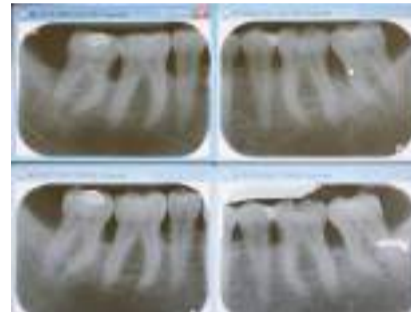
www.biomax.it

Come è cambiata la terapia parodontale non chirurgica

Consuelo Sanavia

Sono un'igienista dentale e lavoro nell'ambito della prevenzione orale fin dagli anni '80. Mi occupo anche di formazione e organizzo corsi rivolti ai colleghi. In questi trent'anni ho vissuto in prima persona i cambiamenti dell'odontoiatria e il modo in cui si è evoluto il concetto di prevenzione. In questo articolo, ripercorrerò le innovazioni più significative che hanno interessato la terapia parodontale. Cambiamenti avvenuti sia sul piano della comunicazione, ma anche dell'interpretazione della malattia e degli strumenti.

Anni ottanta: Nel 1965 il ricercatore H. Loe dimostrò la relazione di causa-effetto della placca batterica



Miglioramento dei siti trattati con TPNC evidenziabile attraverso l'RBL (Radiographic Bone Loss) in un paziente con parodontite di Stadio III e Grado A.

sullo sviluppo della gengivite. Fino ad allora, i batteri non erano ritenuti la causa primaria dei problemi gengivali, anche se molti anni pri-

ma Charles Bass (1875-1975), studioso di malattie tropicali, aveva dimostrato che pulendo bene con spazzolino e filo i problemi gengivali miglioravano. La divulgazione di alcuni concetti basilari della parodontologia impiegarono quasi due decenni per raggiungere il mondo odontoiatrico. Molti dentisti generici, fino alla fine degli anni Ottanta, consideravano la rimozione del tartaro più un fattore cosmetico che curativo. Il sanguinamento gengivale non veniva collegato alla presenza batterica e lo spazzolamento era spesso sconsigliato per non ferire la gengiva.

> pagina 11

La prevenzione odontoiatrica in gravidanza

Valeria Cau

Il periodo della gravidanza costituisce, per la donna, un importante cambiamento sia fisico che emotivo. L'organismo mette in moto la propria fonte di energia più potente, per partire dall'unione di due semplici cellule e generare una nuova vita. Se dal punto di vista emotivo si tratta di un vero e proprio miracolo, da quello scientifico l'organismo si trova ad ospitare, per un tempo limitato, il feto in crescita.

Quest'ultimo si alimenta di ciò che la mamma introduce in sé, usufruendo delle sue energie per crescere e formarsi. Attualmente si è constatato che i cambiamenti a carico dell'endometrio della sacca gestazionale non sono regolati esclusivamente dagli ormoni sessuali, ma in parte mediati dalle cellule del sistema immunitario, con un comportamento molto simile a quello che si verifica nell'instaurarsi di un'infezione.

Entrando nel dettaglio, vi è una classe di globuli bianchi, riconosciuta come Th2, che durante il periodo della gravidanza si attiva per difen-

dere il feto, in modo che venga accettato dal corpo materno. Possiamo affermare che lo stato "infiammatorio" generato indica una "difesa" da parte del nostro corpo, non necessariamente sintomo di malattia.

> pagina 12

Evviva l'eccellenza vs l'ignoranza sanitaria alimentata dalla rete

Giulio Del Mastro

Citando Bertrand Russell, l'Autore afferma che in ogni cosa è salutare, di tanto in tanto, mettere un punto interrogativo a ciò che a lungo si era dato per scontato.

Confesso, non sono un parodontologo. Nonostante ciò sono un inguaribile curioso e leggo

molto. Per questo sono impressionato dallo sviluppo raggiunto in questo settore - parte del merito va all'eccellenza dei ricercatori italiani - con le esperienze degli ultimi anni.

> pagina 10



GUIDED BIOFILM THERAPY

RIMOZIONE SICURA DEL BIOFILM DA:

- ▶ SMALTO
- ▶ DENTINA
- ▶ TESSUTI MOLLI
- ▶ GENGIVE, LINGUA E PALATO
- ▶ DENTI NATURALI
- ▶ APPARECCHI ORTODONTICI
- ▶ SUPERFICIE IMPLANTARE
- ▶ CONSERVATIVA



AIRFLOW®
PROPHYLAXIS
MASTER

Per info: EMS ITALIA S.r.l. - Tel. +39 02 34538111 - dental@ems-italia.it

EMS 
MAKE ME SMILE.

