

tueor
TUOR EDITORIAL ORGANIZATIONS

visita il nostro sito

www.tueor.com

News Internazionali

COLLEGAMENTO TRA SALUTE DELLA BOCCA E RESTO DEL CORPO

Neil Gottehrer e Marvin Slepian presentano una guida di riferimento per dentisti e medici da usare per la valutazione e la gestione di infiammazioni della bocca e del sistema cardiovascolare.

> pagina 6

Attualità

COME PARLARE DI CRISI NEL SETTORE DENTALE

La recessione dell'ultimo anno e mezzo ha acuito la crisi economica che stiamo attraversando. Ma in che modo si può parlare di crisi per il settore dentale? Lo spiega Franco Cellino.

> pagina 7

Speciale Disinfezione

NUOVE FORMULAZIONI DI DISINFETTANTI

Un'interessante disamina storica sull'uso dei disinfettanti, per arrivare alle nuove formulazioni di oggi, più rapide ed efficaci, e ai loro diversi livelli di azione.

> pagina 12

Non rincorrere il tuo aggiornamento!

CORSO ECM ONLINE TUEOR: ECONOMICO, FACILE, COMODO.

FORMAZIONE A DISTANZA
22 CREDITI ECM ANNO 2010

Per info 011 0463350
pagina 12

Annunciata nuova scoperta nell'ingegneria tissutale

I ricercatori della University of Illinois di Chicago potrebbero avere scoperto la chiave per la ricrescita dello smalto dentale. In uno studio comparativo su animali, hanno constatato che la ripetizione semplice di amminoacidi, come la cosiddetta "prolina", sono in grado di rendere i denti più forti e resistenti. La scoperta potrebbe contribuire a sostituirci parti perdute in pazienti affetti da carie. La prolina è un importante componente della proteina del collagene, la struttura del tessuto connettivo che lega tutti gli altri tessuti. Si trova anche in bolle di proteine che favoriscono la formazione dello smalto. I ricercatori hanno confrontato il numero di ripetizioni di prolina in anfibi e modelli animali, come topi, mucche e rane, e hanno scoperto che quando le ripetizioni sono brevi, i denti non hanno i prismi dello

smalto responsabili della forza dello smalto umano. Al contrario, quando le ripetizioni di prolina sono lunghe, contraggono gruppi di molecole che aiutano i cristalli di smalto a crescere. "Le ripetizioni di prolina sono sorprendenti", ha detto Tom Diekwisch, professore e direttore di biologia orale presso lo UIC College of Dentistry e ricercatore capo dello studio. "Hanno la chiave per comprendere la struttura e la funzione di molte proteine naturali, tra cui mucine, proteine antigelo, l'amiloide dell'Alzheimer e le proteine prioniche". Diekwisch ha aggiunto che i risultati della scoperta potrebbero non solo contribuire in odontoiatria, ma anche in altri importanti settori della ricerca scientifica, ivi compreso il trattamento di malattie neurodegenerative.

Claudia Salwiczek, DTI

Disinfezione orale: protocolli preventivi e presidi applicativi

Stefania Barbieri

È oggi consuetudine primaria diffondere le norme in merito alla disinfezione del cavo orale, visti i rischi di patologia associati alla comparsa di malattie conclamate nel distretto odontostomatologico. In genere è buona regola utilizzare il protocollo di disinfezione orale mediante presidi appropriati, che abbiano come priorità quella di abbassare la carica batterica a una percentuale dell'80%; ciò può essere effettuato mediante delle procedure già sperimentate e standardizzate secondo linee guida precise. In genere, la disinfezione si attua su pazienti affetti da patologie croniche (istoflogosi) come parodontopatie (Fig. 1), ma anche su soggetti affetti da



Fig. 1 - Parodontopatia.

infiammazioni acute (angioflogosi), come gengivopatie. Esaminando entrambe le patologie, in cenni immunologici, per gengivite si intende "una patologia infiammatoria acuta". Il segno clinico, che porta al tempestivo riconoscimento, è il sanguinamento; as-

sieme ad esso si riscontra gonfiore del margine gengivale e interprossimale, rossore delle mucose, tumefazione e limitazione funzionale localizzata o generalizzata, della zona colpita secondo il disturbo in atto.

> DT pagina 10

Terapia implantare all'Andi Piemonte

Al tradizionale congresso di Andi Piemonte al Lingotto (22-23 gennaio) sono stati affrontati i temi relativi alla terapia impiantare - dalla ricerca agli aspetti clinici - evidenziando le recenti innovazioni e approfondendo la funzione decisiva che l'occlusione su impianti riveste per il successo della terapia.

Il 23, la relazione di Adriano

Piattelli, massimo esponente di ricerche su rigenerazione e biomateriali, ha aperto l'incontro, seguita da Lorenzo Ravera, che ha trattato della rigenerazione ossea dei mascellari atrofici con nuovo utilizzo dei biomateriali.

> DT pagina 2

Fdi, Fola e Dti per Haiti

Il Presidente della Haiti Dental Association, Samuel Prophet ha detto al Dental Tribune Latin America che lui e molti colleghi contattati a Port-au-Prince dopo il terribile terremoto stanno bene. "Finora ci risultano dispersi soltanto due dentisti", ha scritto in una e-mail. Il sisma ha devastato non solo le già scarse risorse sanitarie di Haiti, ma anche la maggior parte degli studi dentistici. In un Paese in cui prima del 12 gennaio c'erano solo 500 dentisti per 9 milioni di persone, la tragedia ha colpito in ugual misura pazienti e professionisti del dentale.

> DT pagina 6

12 ore¹ di protezione antibatterica, clinicamente testata

COLGATE TOTAL[®] combatte:

- DISTURBI GENGIVALI
- PLACCA
- TARTARO
- ALITOSI

(Riduzione fino all'88%)* (Riduzione fino al 98%)* (Riduzione fino al 56%)* (Riduzione fino al 51%)*

www.colgate.it

AL PENSIERO DEL DENTISTA NASCE SUBITO UN BEL SORRISO

Silfradent Medica
L'alta tecnologia parla italiano

SURGYBONE SB 300

Oggi la tecnologia ad ultrasuoni consente una **biochirurgia** mini-invasiva con la sicurezza del manopolo **High Power** e protezione **Waterproof**

AREE DI UTILIZZO

- ESTRAZIONE
- APICECTOMIA
- CISTECTOMIA
- PRELIEVO OSSEO
- ESPANSIONE DI CRESTA
- RIALZO DEL SENO
- SCOLLAMENTO MEMBRANA DI SCHNEIDER
- OSTEOPLASTICA
- OSTEOTOMIA
- PREPARAZIONE DEL SITO IMPLANTARE
- PREPARAZIONE MONCONI E SUPERFICI RADICOLARI

ed inoltre

- ORTODONZIA CHIRURGICA
- ENDODONZIA
- PARADONTOLOGIA
- ABLAZIONE

silfradent

Via G. Di Vittorio 35/37 - 47018 S. Sofia (FC) - ITALIA
tel. +39 0543 970684 - fax +39 0543 970770
www.silfradent.com / info@silfradent.com

Editoriale

Il 2010: anno di paura e di svolta



Qualcuno lo ha definito "l'anno della paura".

Ma forse il 2010 potrebbe essere meglio chiamato "della svolta", definizione che non vuole essere ottimistica a tutti i costi.

La "paura" è naturalmente quella della crisi, che al contrario dell'Araba Fenice (che ci sia ognuno lo dice...) è una presenza più che tangibile anche a livello di studi odontoiatrici e produttivi (ma non sempre).

In un documentato servizio di socio-economia pubblicato in questo numero, vengono messi in evidenza alcuni aspetti, anche apparentemente contrastanti, del fenomeno, riscontrabile, per usare la bella espressione di un professionista affermato, "negli occhi smarriti di tanti pazienti messi di fronte a onorari che in buona sostanza non sono stati comunque aumentati".

Tuttavia, mentre l'articolo di cui sopra si dilunga, come giusto, su cifre e percentuali di macro e micro-economia, come viene vissuta a livello emotivo dalla categoria, questa crisi, vera o presunta? Come si riflette sullo stato d'animo del dentista "buon padre di famiglia" di cui parlano i libri di diritto quando devono indicare una figura media?

Il sentimento dominante è indubbiamente il timore, che prende corpo dinanzi a una lista di attesa che tende ad accorciarsi, a qualche "buco" nell'agenda, cui non si era più abituati. Lo accompagna un diffuso senso di esitazione nello spendere e nell'investire in strutture che un domani dovrebbero garantire gli attuali livelli di qualità (o incrementarli). Il tutto soffuso da un filo d'inquietudine provocata da una morosità nei pagamenti diffusa a tutti i livelli e dal senso di una conflittualità potenziale, sempre "dietro l'angolo".

La "svolta" nel 2010 è invece richiamata da un altro articolo pubblicato in questo stesso numero, denominata, con un gustoso termine, "mutazione". Anche il più sperduto odontoiatra della remota provincia percepisce che è in corso un fenomeno irreversibile, un mutamento del modo di essere e di porsi del dentista: come in ogni mutazione, cambia anche la "pelle della professione". Ne prende atto, per fare un esempio, il "vecchio", constatando il diverso modo di porsi del "giovane", il quale a sua volta si sorprende sentendo raccontare quel che succedeva in un passato anche recente. Nel 2010 entrambe, crisi e mutazione, sono in pieno divenire. "La cosa migliore - osserva saggiamente un professionista "vecchio" d'esperienza, ma "giovane" di vedute - è tener saldo il timone, navigare forse a vista, senza perdere d'occhio la rotta della qualità e la soddisfazione dei nostri pazienti".

Massimo Boccaletti

Implantologia tra ricerca di base e applicazioni cliniche al Congresso dell'Andi Piemonte

← **DT** pagina 1

Sugli aspetti estetici dell'implantologia sulla chirurgia plastica perimplantare e parodontale si è soffermato Andrea Bianchi, responsabile di Parodontologia e Implantologia allo Stomatologico di Milano.

Nella sessione pomeridiana, Eduardo Anitua Aldecoa, di-

rettore di un famoso istituto di ricerca e terapia implantologica a Vitoria (Spagna), ha trattato dei meccanismi legati ai fattori di crescita e alla biomeccanica implantare e dell'utilizzo degli impianti corti ed extra corti.

Ha chiuso la serie Mario Bosco, professore a Pavia e direttore di Fisiopatologia ma-

sticatoria dell'Istituto Stomatologico Tirreno in Versilia, occupandosi del ruolo centrale del ripristino di una corretta occlusione per il successo delle riabilitazioni implanto-protetiche.

Parallelamente al Congresso degli Odontoiatri, si è articolato anche il Corso per il personale ausiliario, il cui aggiornamento costante è elemento

imprescindibile, per rafforzare anche attraverso questi eventi il rapporto di collaborazione tra le due categorie.

A innovare questa edizione, l'inserimento (il 22) di un corso per Igienisti e 6 workshop in cui si sono affrontati temi specialistici relativi alle più recenti acquisizioni in ambito implanto-protetico.

La mutazione della professione Quale modello di sopravvivenza?

Il titolo della dissertazione svolta alla IV edizione del congresso Andi Piemonte dal presidente nazionale Roberto Callioni trae spunto dal bicentenario della nascita di Charles Darwin (2009), ricordando che a sopravvivere alla mutazione non furono i soggetti più intelligenti bensì quelli con maggiori capacità di adattamento.

La profonda metamorfosi in atto nella professione può realizzarsi solo sulla rinnovata scelta del paziente ad andare nello studio del dentista. Tuttavia, quel paziente è lo stesso che frequentava in passato? Con le stesse aspettative e istanze? Oggi non sono forse meglio le cure ortodontiche al figlio piuttosto che il regalo dell'iPhone? Meglio una vacanza sulla riviera adriatica piuttosto che non a Sharm El Sheik in low cost? Perché la brava cantante Laura Pausini, in un recente sondaggio, è risultata al primo posto tra gli italiani più famosi, lasciandosi alle spal-

le Leonardo, Verdi e Galilei? Al paziente in via di mutazione che frequenta lo studio monoprofessionale (o, al massimo, "associato"), a lui, frastornato dal battage pubblicitario, che risposta offre il dentista italiano come "nuovi valori" e come "spettro riabilitativo terapeutico" economicamente sostenibile?

Callioni esorta a non chiudersi a riccio negli studi in virtù di una inossidabile "qualità", un dogma che al "paziente mutante", nella stragrande maggioranza, appare semplicemente una percezione. Non solo il cittadino-paziente è in fase di metamorfosi, ma anche l'esercizio professionale quotidiano e lo stesso dentista (specie se di nuova generazione) che, soprattutto se non figlio d'arte, ha aspettative diverse dagli obiettivi che la generazione dei cinquantenni, la più numerosa, ha avuto negli ultimi vent'anni di professione.

I giovani odontoiatri "mutanti" vogliono - dice Callioni

- praticare una buona clinica indipendentemente se in uno studio monoprofessionale o un franchising. Non inseguono lo stereotipo del dentista a tutti i costi alla ricerca di una posizione socio-economica forse invidiabile un tempo, ma privilegiano il weekend libero, che i cinquantenni per lo più trascorrevano rigorosamente in studio. Paziente e odontoiatra stanno mutando - conclude il presidente Andi - e, come dice Darwin, solo chi avrà disponibilità ad adattarsi sopravviverà. O, comunque, soffrirà meno.

Qualche suggerimento

- Pensare sempre che la professione si svolge in una società fatta di pazienti che frequentano gli studi.
- Moltiplicare le attenzioni verso il paziente, questa risorsa fondamentale, valorizzando la "continuità terapeutica", base della reale "alleanza" medico-paziente.



Il presidente Andi, Roberto Callioni.

- Offrire un ventaglio di proposte riabilitative che tenga conto di una sostenibilità economica e di una sua aspettativa di valori.
- Esercitare un'oculata gestione amministrativa per eliminare sprechi.
- Esser soprattutto disponibili a guardare con occhi diversi un mondo in via di trasformazione, senza arroccamenti ideologici, incrementando la compliance verso le associazioni di categoria più serie.
- "Il tutto - parafrasando una celebre pagina di letteratura americana - per lenire un'inevitabile deriva che rischia di portare la professione a non essere né per giovani né per vecchi".

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

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

Publisher Torsten Oemus

Editorial Assistants Claudia Salwiczek
c.salwiczek@dental-tribune.com
Copy editor Sabrina Raaff
Hans Motschmann

International Editorial Board

Dr. Nasser Barghi, Ceramics, USA
Dr. Karl Behr, Endodontics, Germany
Dr. George Freedman, Esthetics, Canada
Dr. Howard Glazer, Cariology, USA
Prof. Dr. I. Krejci, Conservative Dentistry, Switzerland
Dr. Edward Lynch, Restorative, Ireland
Dr. Ziv Mazor, Implantology, Israel
Prof. Dr. Georg Meyer, Restorative, Germany
Prof. Dr. Rudolph Slavicek, Function, Austria
Dr. Marius Steigmann, Implantology, Germany

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
VP Sales & Marketing Peter Witteczek
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Manager Bernhard Moldenhauer
Executive Producer Gernot Meyer
Production & Ad Disposition Jens Lindenhain
Project Manager Online Alexander Witteczek
Designer Franziska Dachsel

© 2010, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved. Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

Dental Tribune International

Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 502 - Fax: +49 341 4 84 74 175
Internet: www.dental-tribune.com - E-mail: info@dental-tribune.com

Regional Offices

Asia Pacific Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 26/F, 589 King's Road, North Point, Hong Kong
Tel.: +852 5118 7508 - Fax: +852 5118 7509
The Americas Dental Tribune America, LLC
215 West 55th Street, Suite 801, New York, NY 10001, USA
Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

Anno VI Numero 2, Febbraio 2010
Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/2005

Direttore responsabile
Massimo Boccaletti

Editore
TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10157 Torino
Tel. +59.011.197.15.665 - fax +59.011.197.15.882
www.tueor.com - redazione@tueor.com

Sede amministrativa
Corso Sebastopoli, 225 - 10157 Torino

Amministratore
Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueor.com

Coordinamento tecnico-scientifico
Aldo Ruspà

Comitato scientifico

Gian Carlo Pescarmona, Claudio Lanteri, Vincenzo Bucci Sabatini, Gianni Maria Gaeta, Giancarlo Barbon, Paolo Zampetti, Georgios E. Romanos, Marco Morra, Arnaldo Castellucci, Alessandra Majorana, Giuseppe Bruzzone

Comitato di lettura e consulenza tecnico-scientifica

Luca Aiazzi, Ezio Campagna, Marco Del Corso, Luigi Grivet Brancot, Clelia Mazza, Gianna Maria Nardi, Giovanni Olivi, Franco Romeo, Marisa Roncati, Randal Rowland, Franco Tosco, Anita Trisoglio, Roly Kornblit

Contributi

Mario Aversa, Stefania Barbieri, Stefania Cantore, Teocrito Carlesi, Franco Cellino, Marco Chiesa, Marco Colombo, Marina D'Allocco, Alberto Dagna, Javier M. de Bison, Stefano Fiorentino, Richard Golden, Simone Grandini, Felice Roberto Grassi, Maurizio Maggioni, Carl E. Misch, Luca Mucciarone, Gianna M. Nardi, Claudio Poggio, Cristina M. Rodighiero, Germano Salvatorelli, Adele Scattarella, Salvatore Verga.

Coordinamento editoriale

Cristiana Ferrari

Hanno collaborato

Enrica Casalegno, Alessia Murari, Francesco Pesce, Carla Ragni, Egle Tulliso

Grafica e impaginazione

Angiolina Puglia

Realizzazione

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

Stampa

Rotoservice Srl - Busca (Cuneo)

Pubblicità

TU.E.OR. Srl

Ufficio abbonamenti

TU.E.OR. srl - Corso Sebastopoli 225 - 10157 Torino
Tel. 011.197 15 665 - 011.0465350 - Fax 011.197 15 882
alessia.murari@tueor.com

Copia singola: Euro 5,00 - Arretrati: Euro 5,00 + sped. postale
Forme di pagamento:

Versamento sul c/c postale n. 65700561 intestato a TU.E.OR. srl; Assegno bancario o bonifico su c/c postale 65700561 intestato a TU.E.OR. srl IBAN IT950760101000000065700561 Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 635/72

Associato

all'Unione Stampa Periodica Italiana



AIO e Oral-B presentano una campagna educativa sull'importanza dell'igiene orale

“Prevenire significa risparmiare”. Questo il messaggio lanciato da Salvatore Rampulla, presidente nazionale Aio, in occasione di una conferenza stampa per la presentazione della campagna educativa sull'importanza della corretta igiene orale, tenutasi lo scorso 19 gennaio a Milano.

La campagna, organizzata da Oral-B in collaborazione con l'Associazione Italiana Odontoiatri, parte dalla constatazione che ancora oggi la carie è la patologia più diffusa, con un'incidenza pari al 90% e preoccupanti (60%) anche per gengivite e malattia parodontale. Se a questo aggiungiamo che solo il 30% della popolazione italiana si reca abitualmente dal dentista, il quadro che si viene a creare non è certo dei più incoraggianti.

L'incontro è stato quindi l'occasione per sottolineare ancora una volta quanto sia importante che gli italiani imparino a prendersi cura della propria igiene orale: le visite regolari dal dentista, come più volte sottolineato da Rampulla, sono un investimento sicuro per la propria salute e consentono di intervenire in tempi rapidi, prima che la situazione degeneri in qualcosa di più grave.

“È l'evidenza scientifica”, ha aggiunto Alessandro Staffelli, presidente regionale di Aio Milano Lombardia, “che ci impone di sensibilizzare i nostri pazienti su quelle che sono le pericolose correlazioni tra la malattia parodontale e le malattie sistemiche o i parti pretermine. Non dimentichiamo, poi, un'altra pericolosa insidia: il cancro del cavo orale. Una corretta e scrupolosa valutazione da parte dell'odontoiatra è fondamentale per intercettare questa patologia già nelle sue prime manifestazioni”.

Solo la prevenzione può garantire il mantenimento delle buone condizioni di salute orale e generale e, al contrario di quanto verrebbe da pensare, fidelizza nel tempo il rapporto odontoiatra-paziente.

Per una corretta routine di igiene orale, l'uso degli spazzolini elettrici rappresenta un ausilio indispensabile.

Come spiegato da Anna Lucia D'Orazio, responsabile Relazioni Esterne Tecniche e Scientifiche Procter & Gamble, “le nuove generazioni di spazzolini elettrici ricaricabili rimuovono fino al doppio della placca rispetto agli spazzolini manuali tradizionali, aiutando a mantenere i denti forti e le gengive in salute. Tale risultato è possibile grazie all'altissima frequenza di rotazioni e oscillazioni e al movimento della testina, che disgrega e rimuove la placca con un'efficacia che non può essere eguagliata da un movimento manuale”.

L'efficacia dei nuovi spazzolini rotanti è confermata da una ricca bibliografia scientifica e dal documento *Dall'analisi della scienza la prima indagine italiana sui benefici offerti dallo spazzolino elettrico e il suo corretto utilizzo*, sintesi dei numerosi studi clinici internazionali,

validati anche da importanti organizzazioni di controllo della qualità degli studi scientifici come la Cochrane, un'organizzazione internazionale no-profit e indipendente. La campagna educativa includerà una serie di iniziative informative

negli studi odontoiatrici associati Aio su tutto il territorio nazionale e nei principali punti vendita dove vengono distribuiti i prodotti Oral-B. Inoltre, anche quest'anno Oral-B lancia la “Campagna Rottamazione”, un programma con cui invita gli

italiani a passare dallo spazzolino manuale all'innovativa tecnologia oscillante-rotante degli spazzolini elettrici ricaricabili. Dal 1° gennaio al 30 giugno 2010 basterà acquistare uno spazzolino elettrico Oral-B per ricevere uno sconto fino a 30 euro. Nel-

le farmacie in cui è presente la campagna, si riceverà invece un kit da viaggio per prendersi cura della propria igiene orale.

Per ulteriori informazioni, è a disposizione il sito www.oralb.it.

Cristina M. Rodighiero

DATI CLINICI CONFERMANO L'EFFICACIA A LUNGO TERMINE DI ORAL-B® TRIUMPH®

Oral-B® è la marca di spazzolini elettrici più utilizzata dai dentisti italiani.

Oral-B® Triumph® ha dimostrato significativi benefici sulla salute gengivale in due studi a lungo termine¹

Oral-B® è la marca di spazzolini elettrici più raccomandata dai dentisti nel mondo.

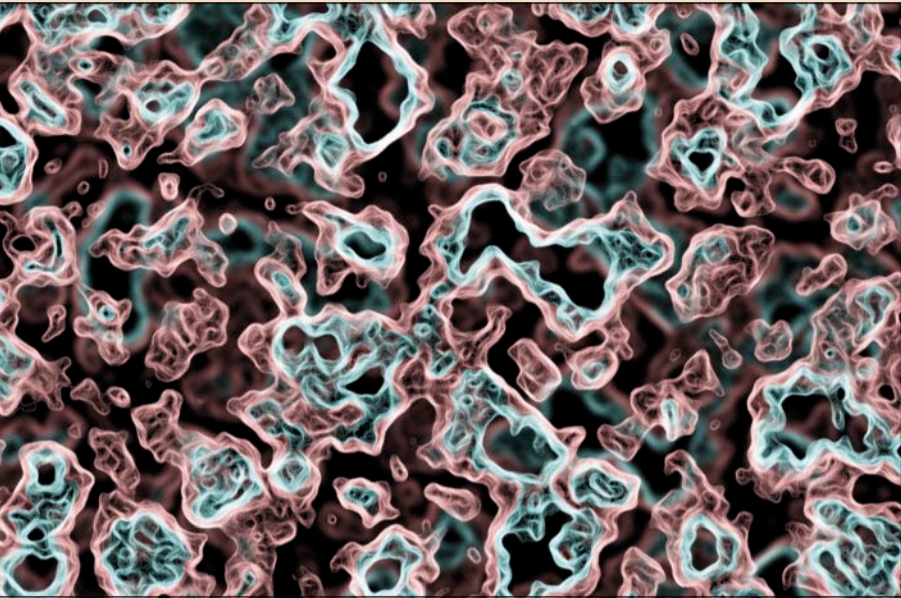


Per ulteriori informazioni e per l'accesso ai dati contattare il numero 06.5097.2534.



Riferimento: 1. Dati in archivio, P&G.

Il “bifidobacterium dentium” nemico dichiarato dei denti



Cosa fa del Bifidobacterium dentium il nemico numero uno dei denti? Sono le sue peculiarità genetiche, che lo rendono in grado di tollerare pH molto acidi e digerire diversi tipi di carboidrati, facendone uno dei più efficienti batteri coinvolti nella formazione delle carie dentali. Le sue armi sono state svelate da un gruppo di ricerca internazionale coordinato da Marco Ventura e Francesca Turroni dell'Università di Parma, che ne hanno sequenziato l'intero

genoma, pubblicando i risultati dell'analisi su Plos Genetics.

Per scoprire le basi genetiche degli adattamenti che permettono al batterio di sopravvivere nel cavo orale, i ricercatori hanno isolato alcuni patogeni da carie dentali umane e condotto un'accurata analisi per sequenziare il loro genoma.

Dai risultati è emerso un codice genetico costituito da un singolo cromosoma circolare con 2.636.368 paia di basi, l'89% delle quali contiene le informa-

zioni necessarie per la sintesi di proteine. Si tratta di uno dei genomi più “lunghi” di tutto il genere Bifidobacterium e più ricco di peculiarità.

In primis, possiede geni che gli permettono di digerire molti più zuccheri rispetto alle altre specie di bifidobatteri; riesce così a far scorta di maggiori quantità di energia per vivere e a riprodursi più efficacemente. Inoltre, presenta geni che conferiscono la capacità di metabolizzare i carboidrati presenti nella saliva secreta dalle ghiandole della cavità orale, sintetizza proteine che gli permettono di aderire saldamente alla superficie dei denti, sa difendersi contro gli agenti anti-microbici e riesce a tollerare ambienti molto acidi, conseguenza dell'attività dei batteri della placca dentale.

Adattamenti che lo rendono decisamente diverso da altri bifidobatteri come quelli presenti nella flora microbica intestinale, noti invece per contribuire alla salute dell'ospite: partecipano alla digestione del cibo, stabilizzano il pH intestinale, promuovono la proliferazione e differenziazione cellulare, aiutano l'attività del sistema immunitario.

Fonte: galileonet.it

Vietato chiedere al paziente se ha l'Aids

“È molto frequente che negli studi medici vengano utilizzati questionari dove occorre dichiarare se si è sieropositivo. Questa procedura è poco ortodossa ed è applicata anche al di fuori della sanità”. Lo sostiene Matteo Schwarz, legale di Nps Italia – associazione di persone che hanno contratto l'Aids – che difende l'operato di Francesco Pizzetti, Garante della privacy che ha deliberato lo scorso 30 dicembre il divieto per il medico e operatori sanitari di raccogliere informazioni sulla sieropositività da HIV in fase di accettazione di ogni paziente, a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico.

“Noi pretendiamo – sottolinea Schwarz – che l'informazione rientri nell'ambito di uno scambio confidenziale tra il medico e il paziente. Siamo indignati della passività degli Ordini professionali che non sono mai intervenuti per censurare comportamenti dei loro iscritti”.

Il duro j'accuse del legale di Nps Italia si scontra, invece, con le esigenze dei medici, in particolar modo per gli odontoiatri che dal loro forum “ODONTOLINE” sostengono come il provvedimento del Garante sia “un grande limite per la professione e che la privacy in questo caso rischia di creare un danno al paziente poiché la presenza dell'infezione può compromettere il successo delle terapie”.

La delibera

Con delibera n. 35 del Garante per la privacy si è stabilito che il medico e gli altri

operatori sanitari non possono raccogliere informazioni sulla sieropositività da HIV in fase di accettazione di ogni paziente, a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico.



peu-
tico.

L'informazione può essere raccolta, previa consenso informato, solo durante la cura e in relazione a specifici interventi clinici. Ciò non toglie che il paziente possa comunque rifiutarsi di fornire l'informazione.

La decisione, nata da un caso riguardante un dentista, si basa sul fatto che non può essere invocata a sostegno della raccolta del dato l'esigenza di attivare specifiche misure di protezione per il personale sanitario in quanto la normativa di settore prevede che esse debbano comunque essere attivate nei confronti di ogni singolo assistito, a prescindere dal suo stato di salute.

Fonte: ilbisturi.it

Nuovo TMM2

LASCIATI GUIDARE NEL MONDO DELL'IMPLANTOLOGIA EVOLUTA

Grazie agli elevatissimi standard ottenuti dall'unità produttiva I.D.I. Evolution, è oggi possibile realizzare i protocolli di riabilitazione implanto-protetica a carico immediato con inserti endossei dedicati e componenti protesiche di alta precisione

- > accedere a protocolli guidati per carico differito e immediato mediante **kit intelligente**,
- > identificare resistenza e qualità ossea,
- > visualizzare la stabilità primaria dell'impianto,
- > gestire tutte le funzioni attraverso il monitor touch screen estraibile,
- > vocalizzare i dati intraoperatori e memorizzarli tramite porta usb.

Engineered by

Per informazioni contattare: I.D.I. Evolution srl via Monza, 31 20049 Concorezzo (MI) ITALY tel. 039/6908176 Fax 039/6908862 mail: idisrl@tin.it www.idievolution.it

A Cuneo riabilitazione protesica e sociologia

Organizzato dall'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, dall'Andi e Antlo di Cuneo, con il patrocinio del locale Ordine dei Medici e dalle Cattedre di Protesi Dentaria delle Università di Torino e di Genova, si tiene sabato 27 marzo, al Centro Incontri della Provincia di Cuneo, un incontro dedicato agli “Attuali orientamenti in riabilitazione protesica”, molteplici interventi articolati in tre diverse sessioni dove si dibattono delle problematiche più attuali della specialità. Oltre a Preti, Politi e Menicucci, relatori della prima sessione (moderata da Berutti e Defabianis) e a Bassi, moderatori Gassino e Devalle, da segnalare una voce insolita nel coro delle disertazioni tecnico scientifiche: Massimo Boccaletti, direttore

di Dental Tribune, parla infatti (ore 12) non di tecnica, ma di “sociologia odontoiatrica”, illustrando alcune storie di “stra-ordinaria professione” raccolte nel suo volume *Il villaggio dentale*, edito da Tueor, in cui vengono descritte anche le vicende umane e professionali di alcuni dei realtori intervenuti. Dopo la discussione, in chiusura della sessione mattutina, l'incontro prosegue alle 14 con una terza sessione (moderatori Schierano e Rinaudo) caratterizzata dagli interventi successivi di Ruffino, Bernardi, Tealdo, Bevilacqua, Scaglione e Pera fino alla “Disamina dei fattori occlusali in protesi fissa” illustrata da Carossa.

Chiude la giornata dei lavori la discussione incentrata sulla sessione pomeridiana.

BENVENUTI NELLA NUOVA DIMENSIONE DELLA DIAGNOSI RADIOLOGICA!

GALILEOS

Il radiologico volumetrico 3D

GALILEOS è il più avanzato sistema di Dental Volume Tomography, in grado di combinare la più elevata qualità d'immagine con una dose ridotta. Grazie ad un facile utilizzo ed a prestazioni eccellenti, GALILEOS porta l'imaging 3D nell'odontoiatria e nella diagnosi evoluta, con una tecnologia che garantisce in ogni situazione la massima affidabilità. Sarà una buona giornata. Con Sirona.



www.sirona.it
Tel. 045 82.81.811

The Dental Company

sirona.

Fdi, Fola e Dental Tribune International in aiuto ai dentisti haitiani terremotati

← **DT** pagina 1

Il presidente della Federazione Odontoiatrica Latino-Americana (Fola), Adolfo Rodríguez ha lanciato una campagna per soccorrere sia la popolazione che i dentisti di Haiti.

Rodríguez, che è anche il presidente dell'Associazione Odontoiatrica Dominicana (Aop), chiede alle aziende e ai professionisti del dentale di donare strumenti, materiali e attrezzature. Con l'aiuto dell'FDI World Dental Federation e di Dental Tribune International sta anche organizzando la campagna per Haiti e inoltre sta mettendo insieme squadre di volontari del dentale per recarsi ad Haiti una volta che la grande crisi sanitaria e umanitaria saranno sotto controllo, per provvedere al fabbisogno odontoiatrico della popolazione. Centro operativo sarà la sede Aop di Santo Domingo.

“Vogliamo dimostrare il nostro sostegno ai colleghi di Haiti, la maggior parte dei quali hanno perso tutto”, ha detto Rodríguez. “Dobbiamo rimmetterli in sesto, aiutandoli a ricostruire i loro studi”.

Studi distrutti

Nella e-mail, Prophet ha detto che “è una bella notizia apprendere che Fola, Fdi e Dental Tribune stiano cercando di aiutare

i dentisti haitiani. Grazie agli aiuti in arrivo, i professionisti possono cominciare a nutrire speranze per il futuro!”.

Dental Tribune intende diffondere la campagna per Haiti nelle proprie edizioni on-line e cartacee di tutto il mondo.

In una riunione svoltasi a Panama, il presidente della Fola, Rodríguez, ha anche ricevuto il sostegno dei presidenti delle Associazioni dentali dell'America Centrale e ha lanciato un accurato appello ai produttori per mettere a disposizione le forniture di maggior necessità, annunciando che Colgate ha deciso di donare spazzolini e dentifrici e che è sua intenzione di incontrare KaVo do Brasil al meeting CIOPS di San Paolo per chiedere fornitura di riuniti nuovi e usati. È commovente – ha aggiunto Rodríguez – vedere professionisti del dentale di Paesi con scarse risorse come Honduras, Nicaragua ed El Salvador, che raccolgono fondi, attrezzature di seconda mano e forniture dentali per aiutare i colleghi haitiani”.

Importanti professionisti latino-americani provenienti, tra gli altri, da Brasile, Uruguay e Costa Rica, hanno già manifestato la loro volontà di far parte di team odontoiatrici per venire incontro ai bisogni più urgenti della popolazione.



Al centro Adolfo Rodríguez, presidente Fola, chiede aiuto a favore di Haiti in una riunione a Panama. Accanto a lui, il presidente (a destra) e il vicepresidente della Panama Dental Association.

Le squadre opereranno in unità mobili sul confine dominicano di Haiti, una volta che le emergenze sanitarie più pressanti saranno in qualche modo sotto controllo.

Port-au-Prince è in gran parte ridotta in macerie e il governo dominicano ha allocato la maggior parte delle proprie risorse sanitarie mobili al confine, nel tentativo di curare gli haitiani ed evitare un esodo migratorio.

Il presidente Fola ha detto che la tragedia costituisce “un’opportunità per costruire un servizio sanitario pubblico che

comprenda le cure odontoiatriche. Abbiamo chiesto alla Pan American Health Organization (Paho), all’Fdi, alle Associazioni dentali latino-americane, alle aziende e ad altre istituzioni di aiutare formando gruppi di professionisti per andare ad Haiti e iniziare a lavorare da lì, lasciando in loco centri di trattamento odontoiatrico di base”.

Sarà un programma a lungo termine che includerà la ricostruzione della Scuola di odontoiatria dell’Università e degli studi privati.

Ci vorrà del tempo per iniziare.

La priorità dovrebbe essere per il trattamento di bambini e donne incinte”. Il leader dei dentisti latino-americani riferisce di aver chiesto finanziamenti anche al governo della Repubblica Dominicana.

Javier M. de Bison,
DT Latin America

Aziende e dentisti desiderosi di soccorrere Haiti possono contattare Rodríguez al seguente indirizzo: arn@codetel.net.do o telefonare al numero +809 519-0789.

Luminari a confronto sul collegamento tra salute della bocca e resto del corpo

Che cosa c’entra la salute orale con quella del cuore? Molto, se lo si chiede ad alcuni dei massimi esperti dei rispettivi campi.

È dimostrato da tempo che coloro che sono affetti da patologie della bocca sono a più alto rischio di infarti e ictus, mentre ricerche più recenti dicono che migliorare l’igiene orale di una persona riduce il rischio di arteriosclerosi o di placche nelle arterie.

Prove così evidenti che i massimi esperti di parodontologia e cardiologia stanno unendo le forze per incoraggiare i dentisti a collaborare con altri medici.

“Sta diventando scientificamente sempre più evidente – dichiara il parodontologo Neil Gottehrer, vera autorità nelle connessioni tra cavo orale e infiammazioni dell’organismo – il grande potere che i dentisti hanno di incidere non solo sulle malattie della bocca dei loro pazienti, ma anche sullo stato generale della loro salute. Specie quando si tratta degli effetti collaterali infiammatori sul resto del corpo derivanti dalle cattive condizioni della bocca”.

Autori della guida *Evaluation & Management of the Oral Body Inflammatory Connection* (stampata grazie al contributo di ChaseHealthAdvance), Got-

tehrer e il cardiologo Marvin Slepian hanno compiuto un intervento su tale tema all’ultimo meeting dell’Academy of General Dentistry a Baltimora.

“Dato che sempre più dentisti e altri medici sono consapevoli del fatto che esistono protocolli di trattamento in grado, nel lungo termine, di diminuire o eliminare malattie gengivali, si cominciano a vedere sempre più pazienti che godono di miglior salute grazie ai trattamenti ricevuti negli studi odontoiatrici”, dice Gottehrer.

“Probabilmente stiamo per entrare in una delle fasi più interessanti che l’odontostomatologia abbia mai visto”.

Secondo Slepian, quando persone a rischio si presentano in uno studio dentistico o altro studio medico, è importante che vengano indirizzate anche all’altro. Per esempio – sottolinea – chi va dal dentista per curare un’infiammazione gengivale potrebbe avere qualcosa di più grave. D’altra parte – spiega –, pazienti in terapia per problemi cardiaci potrebbero ridurre i rischi e migliorare la salute in generale curando di più quella della bocca”.

“Alcune di queste malattie hanno una ricaduta in altra spe-

cialità medica e viceversa. Se la bocca si trova in cattive condizioni, si è sulla buona strada di avere dei guai al cuore”.

Gottehrer e Slepian sono i promotori di un nuovo sistema rivolto ai dentisti per incrementare gli scambi di pazienti tra questi e altri specialisti, in modo da ridurre il rischio di malattie sistemiche causate da patologie dentali. I dentisti hanno a disposizione semplici strumenti di screening da usare con i propri pazienti. “Nell’ambito della più ampia assistenza generale noi dobbiamo fare squadra”, dice Slepian. Vi sono due tipi di esami del sangue che possono aiutare a scoprire se malattie della bocca stanno avendo effetti anche sul sistema circolatorio e la cura praticata dal dentista può incidere direttamente sugli elementi sospettati di provocare la malattia nell’organismo.

Nella maggior parte di pazienti affetti da malattie della bocca e che contemporaneamente all’esame del sangue presentano marker biologici, c’è chiaramente bisogno – dice Gottehrer – di cure parodontali, di sostituire spesso denti malati con impianti oppure di adottare corone Captek se hanno corone troppo vicine alle gengive. Per i dentisti



Da sinistra, il parodontologo Neil Gottehrer e il cardiologo Marvin Slepian hanno scritto una guida di riferimento per dentisti e medici da usare per la valutazione e la gestione di infiammazioni sia della bocca sia del sistema cardiovascolare (DTI/Foto Fred Michmershuizen).

e altri medici interessati ad applicare nei loro studi questa filosofia terapeutica sono a disposizione numerose informazioni. La Big Case Marketing [Azienda americana di marketing e consulenza per dentisti, Ndr], ha sviluppato un programma di orientamento-pazienti e di marketing per dentisti generici, parodontologi, chirurghi orali e protesisti tale da facilitare contatti e relazioni tra i vari tipi di medici. Secondo il Ceo, James McAnally: “Per alcuni specialisti del dentale – dice – questo modello migliorerà significativamente il rapporto tra medici e dentisti di riferimento”.

Il programma include manuali di protocolli clinici, amministrativi, moduli clinici interni, moduli per l’indirizzo dei pazienti al medico e modelli di lettere per la comunicazione a

tre (medico-dentista-paziente).

Previa iscrizione, la ChaseHealthAdvance financing options, una Divisione della Chase Card Services della JPMorgan Chase, offre a dentisti e agli altri medici una copia omaggio della guida Evaluation & Management of the Oral Body Inflammatory Connection.

“La nostra formula di finanziamento mette in condizione molti pazienti di accettare le cure prescritte loro dagli operatori sanitari con abbattimento di costi e dilazione dei pagamenti in comode rate mensili”, dice Barry Trexler, Vice Presidente Senior di Marketing e Vendite della ChaseHealthAdvance.

“Diamo a tutti i nostri pazienti – osserva – una linea di credito di almeno 5000 \$”.

Fred Michmershuizen, DTA



Ma che cos'è questa crisi?¹

Franco Cellino Lessicom Srl

Il testo è pubblicato su gentile concessione dell'Autore (vedi il sito: www.lessicom.it).

Di crisi del settore dentale si parla ormai da circa un decennio, o forse più. Il suo segnale più evidente sembra essere il calo dei pazienti lamentato da molti studi odontoiatrici, dove il numero degli italiani che si rivolgono al dentista è a i minimi storici, con cali che vanno dal 30-35% per le cure "tradizionali" fino ad arrivare a un 50% per i manufatti protesici.

Il calo della domanda inevitabilmente coinvolge tutto il settore dentale, dai compensi percepiti dagli odontoiatri, all'industria, fino alla distribuzione². La recessione al livello mondiale dell'ultimo anno e mezzo ha sicuramente acuito tale crisi, e molti qualificati economisti sono concordi nel ritenere che sarà lungo il tempo, da tre a quattro anni, richiesto per tornare ai livelli di consumo del 2007.

La recessione ha sicuramente coinvolto la maggior parte delle attività produttive, portando elevati tassi di disoccupazione e di cassa integrazione nei paesi più sviluppati; e i risvolti macroeconomici sono immediati. Gli studi odontoiatrici ricevono risorse economiche dai pazienti per le prestazioni mediche fornite. Poi, a loro volta, le reimmettono sul mercato in termini di salari, di acquisto di beni e servizi necessari alla propria attività, di contribuzione al bilancio pubblico pagando imposte e contributi vari.

Ecco come gli studi odontoiatrici, che si trovano collocati al centro di una filiera di produzione di servizi sanitari essenziali alla popolazione, generano flussi economici e finanziari che vanno ad alimentare soggetti privati e pubblici che esulano dal campo dell'odontoiatria.

Gli ultimi dati del Fondo Monetario Internazionale ci dicono che la ripresa, seppure lenta, sia alle porte. Con il timore, però, che le ricadute negative della crisi si concentreranno sul lavoro, con tassi di disoccupazione attesi di oltre il 10%. Ebbene, sappiamo tutti che più disoccupazione vuol dire meno risorse per le famiglie, e quindi meno domanda di beni di consumo e di servizi. Tra cui, anche le cure odontoiatriche. In teoria tutto ciò è vero. Ma la realtà, almeno per qualcuno, è talvolta diversa. Molti dentisti, parlando dell'anno in corso, non hanno visto il decremento nel numero dei pazienti. Anzi, taluni hanno visto il numero aumentare sensibilmente, con ricadute positive sul fatturato e sul reddito.

Allora è lecito domandarsi come mai alcuni professionisti, non solo non abbiano subito alcun calo in termini di produzione, ma abbiano avuto incremen-

ti produttivi che, in percentuale, talvolta raggiungono le 2 cifre.

La questione, secondo il mio parere, deve essere analizzata tenendo conto di come è strutturato ad oggi il mercato odontoiatrico sul fronte dell'offerta.

Sotto il profilo della struttura organizzativa e funzionale degli studi odontoiatrici, le informazioni disponibili riconducibili agli studi di settore – fornite dal ministero dell'Economia e delle Finanze – ci dicono che il 75% degli studi odontoiatrici sono di piccola e media dimensione, mentre quelli di dimensioni grandi, ovvero quelli con molti professionisti, collaboratori specializzati nelle diverse aree cliniche, dipendenti ecc. non superano il 10%. Inoltre, sempre dal Ministero, sappiamo che il numero medio di produttori clinici per studio è pari a 1,5.

È relativamente facile cogliere come l'offerta odontoiatrica sia prevalentemente di tipo tradizionale, con il singolo dentista che si avvale di collaborazioni esterne in maniera saltuaria. È un modello tipico di impresa a carattere familiare rivolto a clientela molto localizzata, nata senza fare calcoli economici sulla sua localizzazione ottimale.

È il modello "old", obsoleto, con bassa capacità produttiva ma, soprattutto, non più in grado di soddisfare la domanda di una clientela sempre più informata, attenta, esigente.

Sembra assai probabile che questa tipologia di studio, che

andava bene 20 o 30 anni fa, oggi non abbia più la forza e gli strumenti per poter reggere il mercato. Che è competitivo sì, ma soprattutto che è cambiato nell'ultimo decennio ed è tuttora in fase di trasformazione.

Alcuni hanno intuito in tempo l'evoluzione del mercato odontoiatrico e si sono organizzati.

Hanno curato la loro formazione professionale, si sono dotati di strutture moderne in grado di rispondere a tutte le esigenze cliniche – vecchie e nuove – della propria clientela, hanno messo a punto una organizzazione del lavoro efficace ed efficiente, hanno introdotto criteri di gestione aziendale, si sono accorpati con la fusione di diversi studi. In pratica, si sono trasformati in aziende vere e proprie. E i risultati si vedono.

Siamo in un momento di report e di consuntivi. I nostri clienti, oltre a voler conoscere i dati economici e finanziari della loro attività, sollecitano informazioni su "come sono andati i colleghi".

Ebbene, posso dire che per il 50% di loro il 2009 si è chiuso con dati di produzione e reddito sostanzialmente allineati all'anno 2008, per il 20% con dati in crescita fino al 10% (crescita reale e non legata a un aumento delle tariffe), per un altro 20% con crescita anche fino al 30%. Solo un 10% subirà un leggero calo. Non superiore comunque all'8-9%.

Nel corso dell'anno, la massima criticità si è avuta nei primi mesi. Criticità più finanziaria che economica, cioè più legata alla difficoltà di mantenere i flussi di incasso che non alla capacità produttiva.

Credo che questo sia dovuto, in parte, alla frenata della spesa da parte delle famiglie, soprattutto

nei primi mesi del 2009, periodo in cui il timore di perdere reddito (anche tra coloro che oggettivamente sapevano di non correre un tale rischio) era molto sentito e, in parte, anche a una maggiore attenzione, per non dire disponibilità, dei titolari di studio a diventare più flessibili e meno aziendali verso i piani di pagamento, per paura della mancata accettazione del preventivo. Nei mesi successivi del 2009 tale gap tra prodotto ed incassato è andato a ridursi molto, e si è tornato ai livelli di efficacia dell'anno o degli anni passati.

Ancora due considerazioni. La prima riguarda un settore produttivo ancora troppo trascurato: l'igiene orale.

I dati di report dell'anno 2009 ci danno la quasi totalità dei nostri clienti (98%) in crescita.

E ciò in netta controtendenza con la paura iniziale di perdere produzione in questo settore a causa della crisi economica³. Questo sostanzialmente non è accaduto, anzi si sono visti i risultati produttivi indotti sul

settore medico per cure intercedute – come d'abitudine – proprio dalle sedute di igiene⁴.

La seconda, è che parte di questa crescita è dovuta all'acquisizione di nuovi pazienti provenienti da altri studi odontoiatrici. Ci sono sicuramente strutture (e non mi riferisco a quelle in franchising o a quelle low cost) che sono diventate polo di attrazione per una fascia di popolazione non estranea alle cure odontoiatriche.

Quali sono allora gli elementi di valutazione e di scelta di uno studio odontoiatrico da parte del cliente?

Perché alcuni studi presentano un maggiore appeal alla domanda di cure odontoiatriche?

Quali sono gli elementi di motivazione che portano il cliente ad accettare la cura proposta?

Rimanderei, per vedere delle linee di risposta a queste domande, agli articoli che sono comparsi rispettivamente sui numeri 1, 2 e 3 del Giornale dell'Andi - prov. di Torino del 2009⁵.

1 Simpatico motivetto del 1933, che portò grande fortuna al suo autore e interprete tale Rodolfo De Angelis, noto anche come attore, pittore e poeta vicino agli ambienti futuristi che con Filippo Tommaso Marinetti diede vita al Nuovo Teatro Futurista.

2 Indicazioni comparse in fasi successive in articoli e relazioni de Il sole 24 ore. Cfr. anche l'ultima relazione del Censis.

3 Se il paziente vuole risparmiare sulle cure odontoiatriche posticipa la seduta di igiene, dando priorità alle cure odontoiatriche vere e proprie!

4 Come già per altre considerazioni emerse in articoli di altri operatori della nostra società, i risultati riportati non hanno la pretesa di essere un dato statistico dell'andamento del complessivo mercato odontoiatrico, ma si limitano a comparare dati economici, finanziari e di tipologie di clienti di studi odontoiatrici affini per dimensioni [numero dei riuniti, risorse umane – dipendenti e collaboratori – ecc.] che sono presenti nel nostro pacchetto-clienti.

5 Gli artt. a firma di Franco Tosco, hanno i seguenti titoli: *Parola d'ordine: low cost* (Boll. Andi n. 1), *Della cicala e della formica* (Boll. Andi n. 2), *La qualità percepita* (Boll. Andi n. 3). Gli stessi articoli sono reperibili sulle newsletter di "Lessicom Informa", numm. 21, 22 e 23.

Exclusive Equipment



L'80% dei centri assistenza in Italia usano i nostri ricambi per riuniti

FIDATI DEI NOSTRI CENTRI ACCREDITATI




Tecnomed Italia s.r.l. • Via Salvador Allende 2 • 61040 Monte Porzio (PU) • Tel. 0721 956514-0721 955146 • Fax. 0721 955229 www.dentalastec.it • www.dentronica.com

In Odontoiatria sono legali i fattori di crescita piastrinici autologhi?

Allo stato attuale è tecnicamente possibile, per l'odontoiatra, la preparazione ambulatoriale di concentrati piastrinici attraverso appositi macchinari a circuito chiuso, regolarmente dotati di marcatura CE, in grado di centrifugare il sangue prelevato dal paziente e separare in modo autonomo la parte plasmatica, ricca di piastrine, a disposizione del chirurgo per l'utilizzo terapeutico autologo. Dal sangue così frazionato si ottiene sia gel piastrinico sia colla di fibrina usata in chirurgia per l'elevato potere adesivo ed emostatico.

Un grosso vantaggio della procedura è ottenere il prodotto finale prelevando al paziente una limitata quantità di sangue. La domanda che tuttavia l'odontoiatra spesso pone agli esperti in materia medico-legale è sempre la stessa, semplice e diretta: sono pratiche legali oppure no?

Per rispondere correttamente è necessario, a mio avviso, partire non dagli aspetti giuridici, ma da quelli pratici, chiedendosi quale attività compie di fatto l'odontoiatra e quali siano le sue precipe caratteristiche. Solo alla luce di questa ricerca "fattuale" sarà possibile inquadrare il problema dal punto di vista normativo e trarre le debite conclusioni.

Emocomponenti, non emoderivati. Primo aspetto da sot-

tolinare è che la preparazione di gel piastrinici o di colla di fibrina non si configura come produzione di derivati dal sangue, bensì come frazionamento con mezzi semplici e/o fisici per ottenere emocomponenti.

Sicurezza. Sia la colla di fibrina che il gel piastrinico sono emocomponenti sicuri, che non veicolano infezioni, non interagiscono con altri farmaci e si preparano velocemente. Unico rischio, nel donatore autologo, deriva da eventuali malpractices nella preparazione.

Utilizzo. Nel caso in esame, il gel piastrinico ha un'indicazione terapeutica topica e quindi al di fuori della classica somministrazione infusione/trasfusionale.

Preparazione, manipolazione minima. La preparazione dei concentrati piastrinici avviene senza dubbio con mezzi fisici semplici (centrifugazione, separazione), escludendo che la pratica possa definirsi sperimentale o rientrare nella terapia cellulare somatica, il che è confermato all'evidenza anche da un'ulteriore duplice ordine di considerazioni:

- le manipolazioni in questione possono essere ritenute minime anche quando non vi sia una semplice centrifugazione del sangue autologo bensì una gelificazione del

concentrato piastrinico mediante aggiunta di crioprecipitato autologo, calcio gluconato sterile e/o batroxobina; tali manipolazioni non determinano alcuna proliferazione cellulare essendo le piastrine elementi cellulari privi di nucleo, bensì solo modificazione della forma con liberazione di chitochine come avviene in ogni procedura aferetica, seppur in modo meno evidente.

Norme di riferimento. L'attuale quadro normativo italiano sul sangue (l. 219/2005 e D.Lgs. 261/2007) riserva tendenzialmente ai Servizi Trasfusionali competenti per territorio le attività inerenti la manipolazione del sangue, a prescindere dall'uso (autologo o omologo) e senza tener conto delle quantità impiegate. Una distinzione assolutamente importante per rispondere al quesito di cui sopra, è tuttavia contenuta nella normativa che recepisce la direttiva comunitaria in materia (D.Lgs. 261/2007), che distingue tra:

- utilizzo del sangue in via infusione/trasfusionale, il cui flow è interamente di competenza, senza esclusione alcuna, del Servizio trasfusionale;
- utilizzo non infusione/trasfusionale (tra cui rientra

all'evidenza quello topico effettuato dall'odontoiatra) nel quale al Servizio Trasfusionale sono riservate in via esclusiva le attività relative alla raccolta e controllo del sangue e degli emocomponenti e non anche della lavorazione, conservazione, distribuzione e assegnazione.

Possibilità di lavorazione dell'emocomponente "a remoto". La nuova normativa sembra aprire alla possibilità che la lavorazione dell'emocomponente sia effettuabile al di fuori del Servizio Trasfusionale, limitatamente all'uso topico. Tuttavia, l'uso del condizionale è d'obbligo: se l'uso della centrifuga nello studio odontoiatrico non incontra più i limiti di legge, tutta la fase preparatoria (prelievo ematico, controllo del campione e tracciabilità) rimane pur sempre di competenza del Servizio Trasfusionale, cui l'odontoiatra dovrebbe rivolgersi per il servizio.

Convenzioni. Lo strumento per richiedere al Servizio Trasfusionale tale attività, prevista dalla legge, è sicuramente la convenzione, argomento di cui tratterò, vista la peculiarità, in un articolo di prossima pubblicazione.

Ora possiamo solo anticipare che la diffusione dello strumento convenzionale dovrebbe finalmente squarciare

Autore



STEFANO FIORENTINO, laureato nel 1995 in Giurisprudenza a pieni voti all'Università di Padova, avvocato in Verona, si occupa dal 1997 degli aspetti giuridici e regolatori in materia di biotecnologie mediche, biomateriali, biofarmaci e tessuti ingegnerizzati. Autore di varie pubblicazioni e di tre volumi in Diritto delle Biotecnologie mediche (2001-2007-2008), è docente in numerosi Master dedicati alla formazione di specifiche figure professionali nelle Biotecnologie e relatore ai Congressi medici su aspetti legali della medicina rigenerativa. Membro dal 2008 della Commissione Siot sulla rigenerazione tissutale, svolge attività di consulente in piena autonomia dei più importanti progetti italiani in materia di biotecnologie mediche.

il velo di omertà e "poca chiarezza" che ha reso sino ad oggi problematico, in odontoiatria, l'utilizzo clinico ambulatoriale dei fattori di crescita piastrinici autologhi.

Stefano Fiorentino

Ancora sul consenso informato Un problema sentito e attuale



Il tema della responsabilità professionale del medico e dell'odontoiatra suscita da sempre interesse, alimentato anche da una crescente esigenza di tutela del malato. La rinnovata cultura sociale sul modo d'intendere il rapporto medico-paziente ha inoltre influenzato anche la giurisprudenza che ha recepito e poi ritenuto fondamentale il principio dell'obbligatorietà del consenso informato (CI). Nel panorama delle professioni intellettuali, caratterizzate da tecnicismo e specializzazione, l'informazione al paziente assume un rilievo sempre più consistente anche dal punto di vista deontologico. In quasi tutte le professioni intellettuali, il cliente (o meglio, il creditore della prestazione) viene più o meno indirettamente posto di fronte a scelte con valutazioni costi/benefici più ardue. Per assumerle, fondamentale è la corretta informazione del professionista oltre alla sua cultura

generale. Trattandosi di prestazione che coinvolge da un lato beni di rilevanza primaria, dall'altro materie di presumibile, ancorché assoluta ignoranza da parte del paziente, il dovere di informarlo, emerge con peculiare intensità. Sicuramente alcune prestazioni mediche possono, per la loro ordinarità, ritenersi conosciute dai più, essendo parte dell'esperienza di ciascuno. Vedi, ad esempio, il prelievo di sangue, una frattura composta o una carie di 1^a classe. Che tali prestazioni comportino ora l'iniezione con una minima ferita al braccio, ora l'immobilizzazione del segmento osseo fratturato, ora la pulizia e l'otturazione della cavità, è caratteristica conosciuta o conoscibile con l'ordinaria diligenza.

Salvo che non vi siano elementi per sostenere che il professionista avrebbe dovuto avvedersi della mancata consapevolezza nel paziente delle più elementari nozioni medico-sanitarie e integrarne la conoscenza. In ogni altro caso, il dovere d'informare assume fondamentale rilievo, in duplice direzione. Da una parte, la corretta informazione è presupposto per la valida prestazione del consenso al trattamento medico. Dall'altra, assume i contorni di un dovere autonomo rispetto alla

stessa colpa professionale, potendone addirittura prescindere.

In molti si domandano perché il consenso informato rappresenta un problema di difficile soluzione per la categoria. Proveremo a rispondere, proponendo una ipotetica, desiderata soluzione. Esistono certamente due determinanti legate ai gap comportamentali distorsivi e agli stereotipi culturali.

Medici e odontoiatri che in passato ne hanno poco sentita l'esigenza, oggi lo includono nel proprio codice comportamentale, impegnandosi ad ottenerlo dai pazienti. Ma lo guardano anche con apprensione dall'interno del girone in cui li ha immessi il contenzioso giudiziario in un clima di sorpresa, timore e crescente sofferenza. Sarebbe facile sostenere la risolvibilità, attraverso un sistematico consenso scritto con moduli comprendenti le informazioni sulle ragioni del trattamento diagnostico e terapeutico e soprattutto i rischi cui il paziente può andare incontro. Ma la necessità di un equo bilanciamento tra le esigenze di informarlo e il dovere di non infliggergli dolorose preoccupazioni, rende spesso intricata la questione. Sta di fatto che il consenso informato è divenuto uno dei principali fattori di distorsione del rapporto medico-paziente perché, invece

del dovere da osservare nei limiti del possibile e ragionevole, è oggi considerato dal medico un passaggio a rischio di ritorsioni. Quindi ben lontano dalla serenità e fiducia che dovrebbero improntare tale rapporto.

Quanto ai suoi requisiti e forma, la dottrina medico-legale conosce, nel Paese, diverse scuole che, pur tra loro non espressamente contrapposte, sembrano rifarsi a diverse opzioni culturali.

Una mira soprattutto al buon rapporto tra medico e paziente (di cui il primo deve essere attivo ricercatore), presupposto di una corretta informazione e conseguente valido consenso. Critica, tra l'altro, l'asperato tecnicismo di taluni moduli di consenso informato, originato dall'esperienza Usa, dove, per fronteggiare eccessi risarcitori, si è affermata una medicina difensiva ed assicurativa. Altri autori suggeriscono una metodologia dell'informazione e acquisizione del consenso optando per un modello che presuppone un'interazione medico-paziente di tipo "deliberativo", una sorta di corresponsabilità che la giurisprudenza prevalente non è ancora disposta a riconoscere. Orientamenti dottrinali, in sostanza, che temono la burocratizzazione dell'informazione e del consenso.

La giurisprudenza è drastica, esigente e "semplificante" nel pretendere dal professionista la prova dell'avvenuta informazione, sottoponendo a riscontri (o, addirittura, per vincere presunzioni di falsità) l'affermazione del sanitario di averla data quando il consenso scritto non è documentato. Sottopone, è vero, a critica consensi troppo tecnici o dettagliati, ma è anche vero che essi forniscono la prova non solo che è stato acquisito, ma di aver dato, ancor prima, una diffusa informazione. Vi sarà così riscontro, per il Giudice, tra consenso scritto (perché dettagliato) e avvenuta informazione. In sostanza quello scritto non è ancora sufficiente, ma sempre raccomandabile, perché necessario a prova dell'avvenuta informazione. Nel processo dovrà fornirla il medico, poiché l'onere secondo la prevalente giurisprudenza finisce sempre (e in parte erroneamente) su di lui.

La prassi del consenso scritto, di più facile riscontro probatorio rispetto alla prova per testimoni, risponde alle esigenze del diritto e soprattutto della giurisprudenza. Bisogna sempre ricordare, tuttavia, che il CI è un atto a forma libera senza forma scritta, se non nei casi previsti.

Mario Aversa

Tirocini formativi e di orientamento Esperienze sui luoghi di lavoro

Salvatore Verga Consulente del Lavoro - Torino

I tirocini formativi e di orientamento, definiti anche "stage", e rivolti a giovani con obbligo scolastico assolto, costituiscono una forma di inserimento temporaneo all'interno di un'azienda o studio professionale per realizzare un'alternanza tra studio e lavoro nell'ambito di processi formativi e agevolare scelte professionali mediante conoscenza diretta del mondo del lavoro. Possono beneficiarne anche i cittadini comunitari con esperienze professionali in Italia. Attraverso i tirocini, i datori di lavoro possono formare e valutare le capacità di un individuo ed inserirlo eventualmente e stabilmente nell'organico.

Tipologia del rapporto

I rapporti instaurati per lo svolgimento dei tirocini non determinano l'instaurazione di alcun rapporto di lavoro.

Soggetti promotori

Sono promossi dai seguenti

assicurare agli studenti, un raccordo con i percorsi formativi svolti presso le strutture di provenienza;

- nominativo del tutor incaricato dal soggetto promotore e del responsabile aziendale;
- estremi identificativi delle assicurazioni Inail e Rc;
- durata e periodo di svolgimento del tirocinio;
- settore aziendale di inserimento.

Limiti numerici

- I tirocinanti da ospitare sono:
- uno per datori di lavoro con max 5 dipendenti a tempo indeterminato;
 - non più di 2 tirocinanti contemporaneamente per datori con 6 fino a 19 dipendenti a tempo indeterminato;
 - tirocinanti in numero non superiore al 10% contemporaneamente per datori di lavoro con più di 20 dipendenti a tempo indeterminato.

per l'erogazione, da parte delle strutture pubbliche, di servizi per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro.

Tutoring

I datori di lavoro ospitanti devono indicare nella convenzione il responsabile aziendale cui riferirsi per l'inserimento dei tirocinanti. Il soggetto promotore deve garantire la presenza di un tutor come responsabile didattico-organizzativo dell'attività.

Garanzie assicurative a favore del tirocinante

I promotori sono tenuti ad assicurare i tirocinanti contro il rischio infortuni e malattie professionali presso l'Inail e ad attivare apposita polizza presso una Compagnia di assicurazione contro danni arrecati a terzi per responsabilità civile, tenendo presente che:

- gli oneri connessi alle coperture in oggetto possono essere assunti dalle Regioni;

Durata massima dei tirocini

DURATA MASSIMA	TIPOLOGIA
Fino a 4 mesi	Studenti della scuola secondaria
Fino a 6 mesi	Lavoratori inoccupati o disoccupati compresi gli iscritti a liste di mobilità
	Allievi di Istituti professionali di Stato, corsi di formazione professionale, studenti che frequentano attività formative post-diploma o laurea, anche nei 18 mesi successivi al completamento della formazione
Fino a 12 mesi	Studenti universitari, compresi coloro che frequentano corsi di diploma universitario, dottorati di ricerca e scuole o corsi di perfezionamento e specializzazione, nonché di scuole o corsi di perfezionamento e specializzazione post-secondari anche non universitari, anche nei 18 mesi successivi al termine degli studi
	Personale svantaggiato: invalidi fisici, psichici e sensoriali, ex degenti di istituti psichiatrici, soggetti in trattamento psichiatrico, tossicodipendenti, alcolisti, minori in età lavorativa con difficoltà familiari, condannati ammessi a misure alternative alla detenzione previste dalla legge nonché i soggetti indicati con D.P.C.M.
Fino a 24 mesi	Portatori di handicap

soggetti:

- Agenzie per l'impiego e sezioni circoscrizionali per l'impiego;
- Università e istituti di istruzione universitaria statali e non abilitati al rilascio di titoli accademici;
- Provveditorati agli studi;
- Scuole statali e non statali che rilasciano titoli di studio con valore legale;
- Centri di formazione professionale e/o orientamento, quelli autorizzati e convenzionati con la Regione o Provincia competente;
- Comunità terapeutiche, Enti ausiliari e Cooperative sociali;
- Servizi di inserimento lavorativo per disabili gestiti da Enti pubblici delegati dalle Regioni.

Convenzioni e progetto formativo

I soggetti promotori devono stipulare una convenzione su modelli appositi del Ministero del Lavoro, stipulati tra i soggetti promotori e datori di lavoro ospitanti. Occorre allegare un progetto formativo con:

- obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio per

Obblighi dei tirocinanti

- Svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento;
- rispettare le norme d'igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere la riservatezza su dati e informazioni acquisite nello svolgimento del tirocinio;
- seguire le indicazioni del tutor;
- rispettare i regolamenti interni aziendali.

Obblighi degli ospitanti

- Favorire l'esperienza del tirocinante nell'ambiente di lavoro mediante conoscenza diretta delle tecnologie e organizzazione aziendale, la visualizzazione di processi produttivi e fasi di lavoro;
- designare il responsabile aziendale incaricato di seguire il tirocinante.

Credito formativo

Le attività svolte nel periodo di tirocinio possono aver valore di credito formativo, e se debitamente certificate dalle strutture promotrici, essere riportate nel curriculum del tirocinante

- qualora i soggetti promotori del tirocinio siano strutture pubbliche operanti nel collocamento e nella politica attiva del lavoro, gli oneri possono essere assunti dal datore ospitante.

Somme eventuali percepite dai tirocinanti: adempimenti fiscali e previdenziali

Il tirocinio non crea alcun obbligo retributivo al soggetto ospitante. Tuttavia, se volesse concedere somme in favore del tirocinante, è opportuno rammentare che:

- le somme corrisposte a titolo di borsa di studio, assegno, premio o sussidio per fini di studio o addestramento professionale sono assimilate ai redditi di lavoro dipendente;
- sono deducibili dal reddito professionale nei limiti previsti dal TUIR con le stesse modalità applicabili ai redditi di lavoro dipendente o assimilato;
- non sono previsti oneri contributivi a carico del soggetto ospitante, ma solo l'obbligo assicurativo contro infortuni sul lavoro, nel caso il promotore non provvedesse.



FENDERMATE® Matrice



Si inserisce come un cuneo



Punto di contatto di forma convessa



L'intimo adattamento al margine cervicale evita la formazione di sottoquadri

Il supporto flessibile esercita la pressione necessaria per mantenere la separazione e per un corretto adattamento cervicale

The World's Fastest Matrix?

FenderMate è indicato per ricostruzioni in composito

Visitate il nostro sito www.directadental.com per maggiori informazioni su

FENDERWEDGE®
PRACTIPAL® TRAYS
PROPHY PASTE CCS

Luxator®
Extraction Instruments

2098-0910 © Directa AB

FenderMate® is a trademark registered by Directa AB. Registered Design and Patent pending.

DIRECTA AB P.O. Box 723, SE-194 27 Upplands Väsby, Sweden
Tel: +46 8 506 505 75, Fax: +46 8 590 306 30, info@directadental.com, www.directadental.com