PERIO TRIBUNE
ORTHO TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Ottobre 2015 - anno XI n. 10

www.dental-tribune.com

Chirurgia robotica

Considerazioni bioetiche

D. Casula

Negli ultimi decenni la robotica ha assunto un ruolo di primaria importanza per lo sviluppo di nuove tecniche di chirurgia mininvasiva video-assistita.

› pagina 2

Il controllo infezioni nello studio odontoiatrico

Uno speciale dedicato all'approfondimento di un problema molto sentito

Il 7 maggio la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il documento sulla legionella, in cui vengono riunite le indicazioni delle "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" (G.U. maggio 2000); quelle "recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-recettive e termali" e "ai laboratori con attività di diagnosi microbiologica e controllo ambientale della legionellosi" (G.U. 4 e 5 febbraio 2005). *Ulteriori approfondimenti a pag. 9.*

ATTUALITÀ
Unione Europea e materiali odontoiatrici ad alto rischio 3

NEWS INTERNAZIONALE
Cancro orale: Giornata europea 8

INFOPOINT
I prossimi appuntamenti 47

Superare i limiti nel calcolo di costo di una terapia

L'importanza di tener conto del margine di profitto e del rischio di impresa

A. Pelliccia

Anche quest'anno posso annunciare ufficialmente l'apertura delle iscrizioni al mio Corso pratico annuale (CPA) su Management e Marketing odontoiatrico (CPA 2015/2016) al quale si possono iscrivere i titolari degli studi dentistici, i manager di studi di grandi dimensioni, i collaboratori di segreteria ed eventualmente anche i collaboratori medici. Il CPA è arrivato alla sua XIII edizione, con più di 600 dentisti iscritti e il 100% di grado di soddisfazione! Per sei mesi nelle due sedi distinte di Roma e di Milano, avrà accesso al corso solo un numero selezionato di partecipanti che potranno conoscere il metodo manageriale per la gestione delle risorse umane, economiche e di mercato attraverso una modalità di aggiornamento formativo motivante e interattivo, ricco di casi pratici e di esempi concreti. Si affronterà il perché delle scelte gestionali, ma anche cosa fare, quando e come. Si lavorerà su schemi operativi che saranno consegnati ai partecipanti, sotto copyright.

› pagina 4

	aspetti caratterizzanti
ANALISI DI MERCATO	prospettive di sviluppo (esigenze future dei pazienti)
	capacità di fidelizzazione (stabilità di domanda di cure)
	concorrenza
	posizionamento studio
	individuazione punti di forza
	individuazione opportunità
	capacità produttive (competitività, redditività, liquidità)

Tab. 1 – Analisi di mercato: aspetti caratterizzanti.

Editoriale

Il troppo stroppia

Ritorna "il caso Pessoa". Ricordate? A Roma, in nome della libertà di insegnamento, l'istituzione di un'università straniera (la portoghese Pessoa) intenzionata per somme per niente modiche a istituire facoltà per diventare dentisti. La ferma reazione, anche in giudizio, dei sindacati, le agitazioni di piazza degli studenti indignati, ma soprattutto la decisione del Consiglio di Stato, avevano fatto recedere la Pessoa dal suo intento. Ora la storia si ripete. A Enna, per la modica somma di 9 mila euro, un'università romena è pronta ad avviare corsi di laurea in Medicina. Altra levata di scudi, altre reazioni dell'Ordine (FNOMCeO) e dei sindacati dinanzi al tentativo, con tempestiva discesa in campo del Ministro che, a causa di gravi vizi procedurali («non è stata richiesta alcuna autorizzazione»), ha affermato che non se ne parla. Forse, una volta tanto è prevalso il buon senso. Perché, tra il diritto alla libera circolazione (sacrosanta) e quello a una buona salute fondata sulla "buona scuola", il secondo dovrebbe prevalere. Ma è forse "buona scuola" avere 34 corsi di laurea di Odontoiatria – cui si è aggiunto, di recente, il 35° a Salerno (più della Germania, il doppio della Francia)? Non è forse lecito dubitare della bontà della scuola dinanzi al proliferare dei corsi universitari e di coloro che li frequentano?

Considerazioni bioetiche sulla chirurgia robotica

‹ pagina 1

Si propone di ampliare le capacità e la precisione del medico, di ridurre al minimo i traumi e, conseguentemente, i tempi di ripresa del paziente nel decorso post-operatorio. Il termine "robotica" non deve trarre però in inganno: non si parla ancora di intelligenze artificiali autonome ma più che altro di telechirurgia, ossia di strumenti ad altissima precisione, montati su braccia robotiche controllate tramite consolle. Per quanto l'utilizzo di questi nuovi strumenti sia promettente e abbia già ottenuto numerosi consensi, l'ottimismo legato alle loro potenzialità è accompagnato da interrogativi e dubbi. Numerose sono le riserve relative all'elevato costo dei macchinari e del loro mantenimento, alla reale possibilità di ammortizzare tali costi attraverso l'effettiva riduzione dei traumi e al fatto che rappresentino realmente una valida alternativa alle tecniche più tradizionali.

L'introduzione e l'impiego di questi macchinari all'interno del nostro Sistema sanitario nazionale ha visto negli ultimi anni un forte incremento. Se da una parte l'elevato costo di queste tecnologie rimanda a tutte le questioni relative all'allocazione delle risorse, dall'altra la loro conseguente disomogenea diffusione sul territorio implica tutte le problematiche legate alla disuguaglianza dei pazienti nell'accesso ai servizi sanitari.

Nel momento in cui ci concentriamo sui differenti agenti morali coinvolti nell'atto medico in sé, emergono altre questioni interessanti. Come già accennato gli strumenti robotici semplificano notevolmente il lavoro del chirurgo senza, però, sostituirsi ad esso. Consentono di effettuare movimenti di grande precisione, eliminano i tremori, limitano le perdite di sangue e l'eventuale fabbisogno trasfusionale, rendono la dissezione più precisa e le suture più facili e accurate con una conseguente accelerazione dei tempi di recupero del paziente. Questo processo di minimizzazione dei traumi ha avuto inizio in chirurgia con l'introduzione della laparoscopia. Sebbene molti considerino la chirurgia robotica un ulteriore passo avanti in questo senso, i più scettici sostengono che i benefici clinici rimangono relativamente immutati a fronte di una spesa nettamente superiore; il reale beneficiario di queste innovazioni sarebbe in realtà il chirurgo, il cui lavoro è facilitato e anche maggiormente tutelato dal pericolo di infezioni grazie all'accresciuta distanza dal tavolo operatorio. Tale distanza fisica potrebbe inoltre avere il non secondario risvolto psicologico negativo di indurre a "spersonalizzare" l'atto medico in sé e portare a "deresponsabilizzare il medico" fuorviando l'attenzione da un aspetto fondamentale: questi strumenti rappresentano solo un mezzo attraverso cui il chirurgo compie un'azione di cui continua ad essere pienamente responsabile sia dal punto di vista legale che morale. Un altro aspetto di non secondaria importanza in termini di responsabilità è rappresentato dalla necessità di fornire un'adeguata formazione al personale medico. La qualità della formazione, la selezione degli operatori e la verifica da parte degli ospedali che chi manovra la macchina sia all'altezza della situazione diventa fondamentale per garantire uno standard di sicurezza adeguato.

In un quadro simile, la corretta comunicazione tra medico e paziente, e in particolare l'adeguata informazione di quest'ultimo, deve rimanere un momento centrale della buona pratica medica. L'istituto del consenso informato si riconferma, in questo senso, come uno strumento necessario per salvaguardare il diritto all'autodeterminazione del paziente. I dettagli relativi alle novità della tecnica operatoria proposta, ai suoi benefici e rischi, e non in ultimo a livello di esperienza del chirurgo in merito diventano, infatti, essenziali per acconsentire in maniera consapevole a un intervento. A ben pensare, le nuove tecnologie, richiedendo, se possibile, una cura maggiore nell'informazione al paziente, mettono alla prova le modalità stesse del consenso informato. Premiando le buone pratiche di dialogo e di informazione tra medico e paziente, evidenziano l'inadeguatezza di quelle strutture sanitarie in cui tale preziosissimo strumento di emancipazione del paziente è ridotto a una mera pratica burocratica volta a salvaguardare più gli interessi della struttura che quelli del paziente. Come è evidente anche solo da questi brevi accenni le questioni su quali siano i reali benefici e chi i reali beneficiari della chirurgia robotica sono al momento di difficile soluzione. Quando il volume degli studi a riguardo sarà tale da poter effettuare un'adeguata comparazione dei suoi costi e benefici con le altre tecniche, solo allora, con il tempo e la sperimentazione, si potranno chiarire alcuni di questi interrogativi.

Daniela Casula, *Dottore di Ricerca in Discipline Filosofiche (Bioetica), Università di Pisa*

geass education

Oltre l'impianto.
Nuove tecnologie al servizio della clinica

7° convegno

21-23.01.2016 Mestre Venezia @ NH Laguna Palace

Nuove tecnologie, **nuove capacità** e **nuove competenze**: ecco la risposta ai bisogni di un mercato in continua evoluzione. Al **7° convegno GEASS**, coglieremo insieme i vantaggi delle superfici antibatteriche e delle tecnologie digitali innovative, per la clinica e la protesi.

Relatori: P. Asperio, R. Blasone, R. Bonfiglioli, M. Bosetti, L. Conoscenti, L. Drago, A. Ferrara, L. Francetti, G. Gallelli, F. Gallo, F. Graziani, C. Mongardini, G. Negri, P. Pelagalli, R. Pistilli, W. Rao, M. Sanz, U. Scilipoti, S. Speroni, F. Zingari

Segreteria organizzativa: GEASS Srl - tel. 0432 669191 - convegno@geass.it - www.geass.it

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

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

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER - Claudia Salwiczek
JR. MANAGER BUSINESS DEVELOPMENT - Sarah Schubert
PROJECT MANAGER ONLINE - Martin Bauer
EVENT MANAGER - Lars Hoffmann
MARKETING & SALES SERVICES - Nicole Andrä
EVENT SERVICES - Esther Wodarski
ACCOUNTING SERVICES
Karen Hamatschek; Anja Maywald; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Antje Kahnt (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Maria Kaiser (USA); Hélène Carpentier (Europe); Barbora Solarova (Eastern Europe)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

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

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

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

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

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

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

Anno XI Numero 10, Ottobre 2015

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G.C. Pescarmona, C. Lanteri, V. Bucci Sabattini, G.M. Gaeta, G. Barbon, P. Zampetti, G. E. Romanos, M. Morra, A. Castellucci, A. Majorana, G. Bruzzone
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Biancucci, E. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio, R. Kornblit
CONTRIBUTI
M. Aimetti, D. Casula, A. Cattani, E. Costa, L. Cricenti, S. Ditommaso, F. Ferrarotti, S. Fiorentino, M. Giacomuzzi, C. Manzella, G. Mariani, C. Mortellaro, M. Mozzati, G.M. Nardi, A. Nobili, M.R. Norton, A. Pelliccia, S. Perotto, F. Romano, G. Szabó, H.H. Sellmann, G. Schianchi, E. Tanteri, U. Uccioli, C.M. Zotti
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)
STAMPA
RDierichs Druck+Media GmbH
Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Germany
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari *[alessia.murari@tueorservizi.it]*
Stefania Dibitonto *[s.dibitonto@dental-tribune.com]*

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

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

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

L'Unione Europea in procinto di classificare "ad alto rischio" la maggior parte dei materiali odontoiatrici

Bruxelles, Belgio/Colonia, Germania: Secondo un nuovo progetto di regolamento all'esame della Commissione Europea e del Consiglio Europeo per l'aggiornamento delle norme in materia di dispositivi medici, numerosi materiali odontoiatrici verrebbero classificati come "ad alto rischio". Se le proposte verranno accolte, i prodotti dentali verrebbero messi sullo stesso piano dei pacemaker, delle articolazioni artificiali o delle protesi mammarie secondo il loro potenziale di rischio. Inoltre, il progetto potrebbe contemplare ulteriori studi clinici prima della messa sul mercato dei dispositivi dentali. Ciò rende sostanzialmente più severa la corrente legislazione sui dispositivi medici. L'attuale classificazione colloca il 95% dei dispositivi medici a rischio lieve o medio. I prodotti classificati di conseguenza sono stati per anni sul mercato senza riconoscerne i rischi per la salute o la vita dei pazienti. L'annunciato regolamento potrebbe ridefinire completamente il sistema di classificazione in materia, individuando una regolamentazione particolare per i prodotti contenenti nanomateriali. A tutti i dispositivi medici che hanno in sé o che potrebbero rilasciare nanomateriali avrebbe dovuto essere applicata la classificazione "ad alto rischio". Ciò significa che sarebbe interessato circa il 75% di tutti i materiali dentali, inclusi materiali di riempimento, corone, protesi e da impronta.

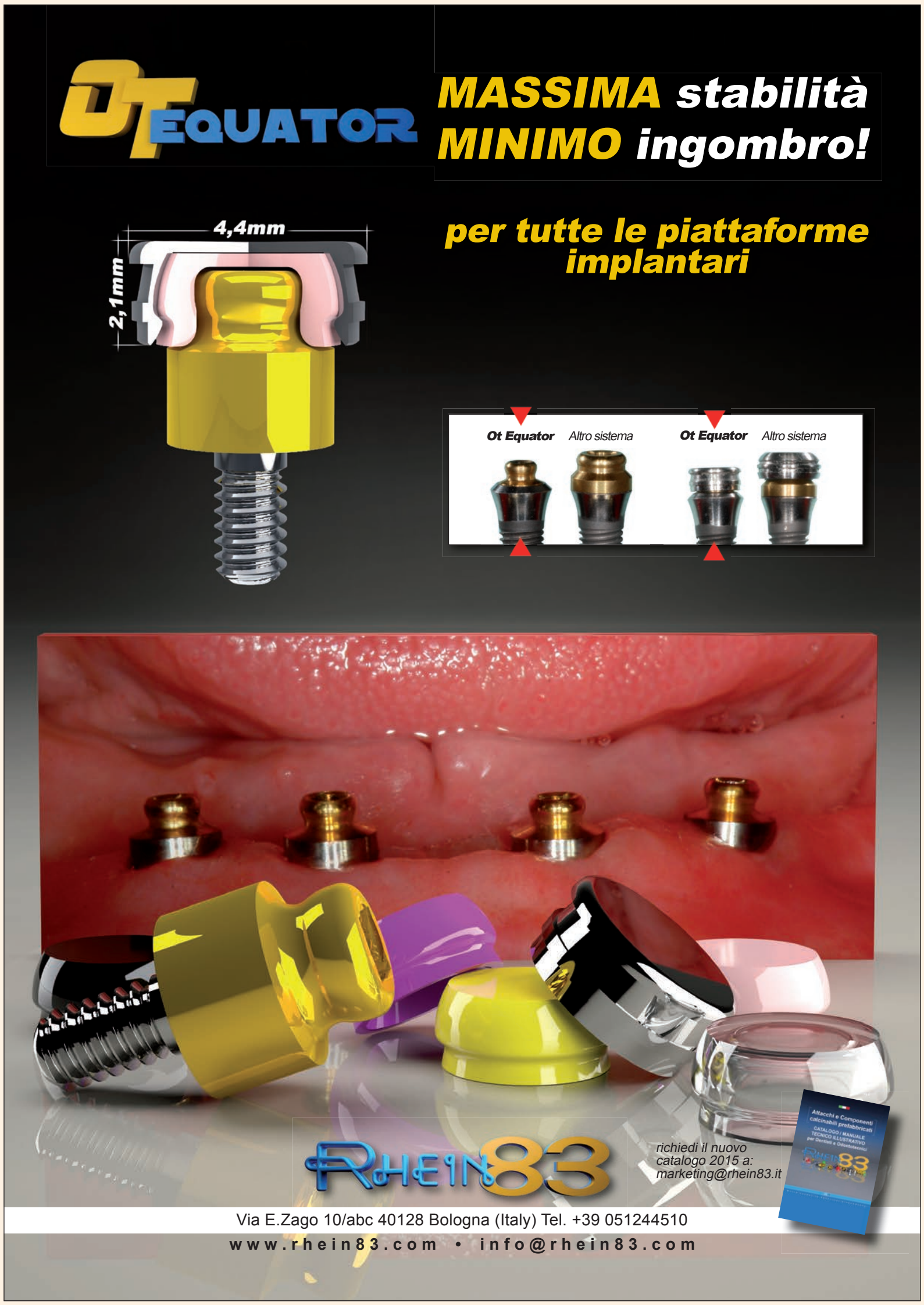
Martin Rickert, presidente dell'Associazione dei produttori dentali tedeschi (VDDI), ha criticato la decisione in quanto né la Commissione Europea né il Consiglio hanno fornito spiegazioni in merito a questo nuovo tipo di classificazione: «Con diverse dichiarazioni, il VDDI e la sua "organizzazione madre" europea, la Federazione dell'Industria europea dentale, hanno sottolineato che non vi è ragione per sostenere l'esistenza di un rischio più elevato per i pazienti o gli utenti per quanto concerne i prodotti contenenti nanomateriali. Solamente in caso di rottura in bocca del paziente o per naturale abrasione derivante da masticazione potrebbero essere rilasciate piccolissime quantità di nanomateriali», ha dichiarato Rickert.

Nonostante le affermazioni della Commissione e del Consiglio dell'Unione Europea, il Parlamento ha deciso di cambiare la regolamentazione sulle classificazioni dei dispositivi già nell'aprile 2014 alla prima lettura del progetto. Secondo il Parlamento, solo i dispositivi medici destinati a rilasciare nanomateriali nel corpo dovrebbero essere classificati "ad alto rischio". Il Parlamento ha giustificato la decisione sottolineando che vari dispositivi medici contenenti nanomateriali non sono dannosi per il paziente.

Un ulteriore problema che potrebbe emergere dalla nuova normativa è che i produttori di materiali "ad alto rischio" sarebbero obbligati a condurre ricerche, procedura lunga e costosa che potrebbe non essere alla portata di tutti i produttori, in particolare per le piccole e medie imprese. Il VDDI ritiene che la proposta di regolamentazione, eccessivamente burocratica, della Commissione e del Consiglio Europeo avrebbe conseguenze negative per la varietà e la qualità del trattamento odontoiatrico.

Dental Tribune International

La Commissione e il Consiglio dell'Unione Europea prevedono di rendere più severa l'attuale legislazione sui dispositivi medici, classificando tutti i materiali contenenti nanomateriali (per la maggior parte odontoiatrici) come "ad alto rischio" (foto: ©Xavier Pironet/Shutterstock).



Superare i limiti nel calcolo di costo di una terapia

L'importanza di tener conto del margine di profitto e del rischio di impresa

Prof. Antonio Pelliccia

‹ pagina 1

Il CPA – Corso pratico annuale di Marketing e Management – aiuta a cambiare rotta adottando una gestione manageriale dello studio, senza perdere la fondamentale relazione umana e la determinante relazione personale e dialogica tra medico e paziente. Con tutti i partecipanti chiarisco fin da subito quanto sia importante la realizzazione di uno strumento principe per i processi decisionali e organizzativi, come il business plan, e di un'adeguata e personalizzata strategia di marketing e di comunicazione per i loro singoli studi, perché ogni studio è diverso dall'altro: cambiano contesto, geolocalizzazione, cultura sociale, economica e territoriale. Il CPA è frutto anche delle numerose consulenze che personalmente io e il mio team professionale svolgiamo con successo direttamente presso gli studi odontoiatrici da circa ventidue anni (www.arianto.it). Dopo questa premessa, che definisce le fonti della ricerca pratica, voglio entrare nel tema di questo articolo, soffermandomi su un aspetto molto importante nella determinazione del posizionamento strategico dello studio: il calcolo del prezzo minimo di vendita. Sebbene questo parametro sia fondamentale per tutta la gestione delle attività economiche, e quindi anche del marketing, raramente ho trovato studi che avessero professionalmente affrontato questo aspetto. In molti casi viene confuso il listino con il prezzo minimo di vendita, che corrisponde invece al punto di pareggio, cioè dove i costi eguagliano i ricavi. Altre volte viene adottato un listino frutto di un copia e incolla di listini presenti sul territorio, acquisiti da studi di colleghi, e in base a questa raccolta si praticano una riduzione o un aumento, uno sconto o una ridefinizione dei valori.
Molti odontoiatri, calcolando il prezzo di vendita del loro servizio, applicano un'equazione come questa – che è sbagliata:

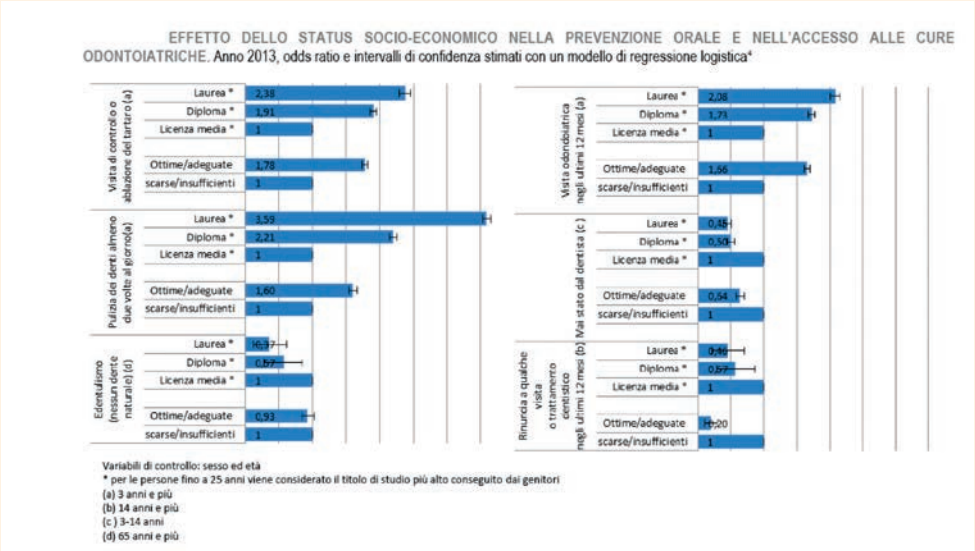
costo materie prime + costo del personale
+ spese generali
=
costo totale + margine di utile
=
prezzo di vendita

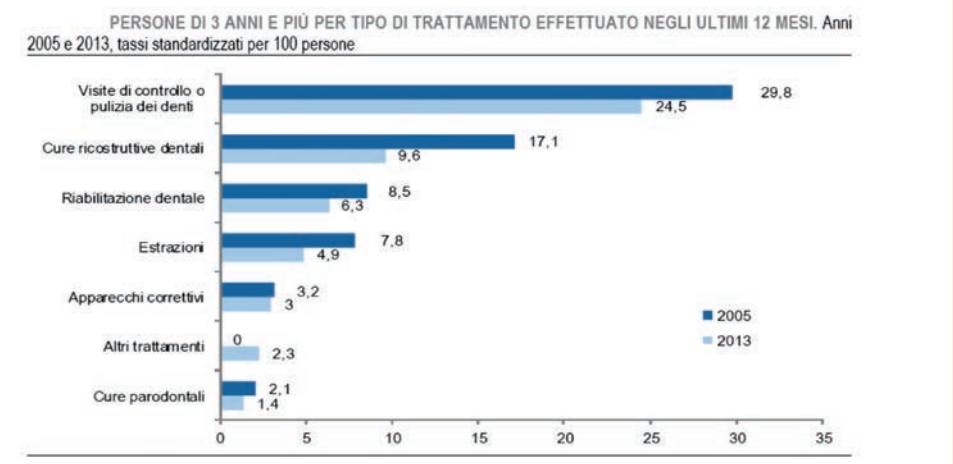
Controllare i costi significa comprendere la strada che lo studio sta percorrendo, prendere la direzione giusta e misurare gli interventi di sviluppo insieme ai correttivi; analizzare le decisioni e ridurre il rischio di impresa.
Calcolare in questo modo il prezzo di una prestazione ha una serie di limiti; il più caratteristico è che non tiene conto correttamente dei costi fissi. Questi costi incidono sull'individuazione del costo totale della prestazione in modo "indiretto" (costi indiretti). In pratica, se acquisto una tecnologia o se assumo un dipendente, sto aumentando i costi indiretti, quei costi non collegati direttamente alla vendita, perché li pago in modo fisso, costante: indipendentemente se ho più o meno pazienti questo mese, lo stipendio della segretaria è quello. Se acquistassi più impianti o se pagassi più fatture per un aumento dei lavori dell'odontotecnico, significherebbe invece sicuramente che ho avuto più pazienti. I costi indiretti come il personale o le attrezzature incidono sul costo aziendale e quindi non producono reddito direttamente come i costi diretti.
Quindi esistono due ordini di costi principali:

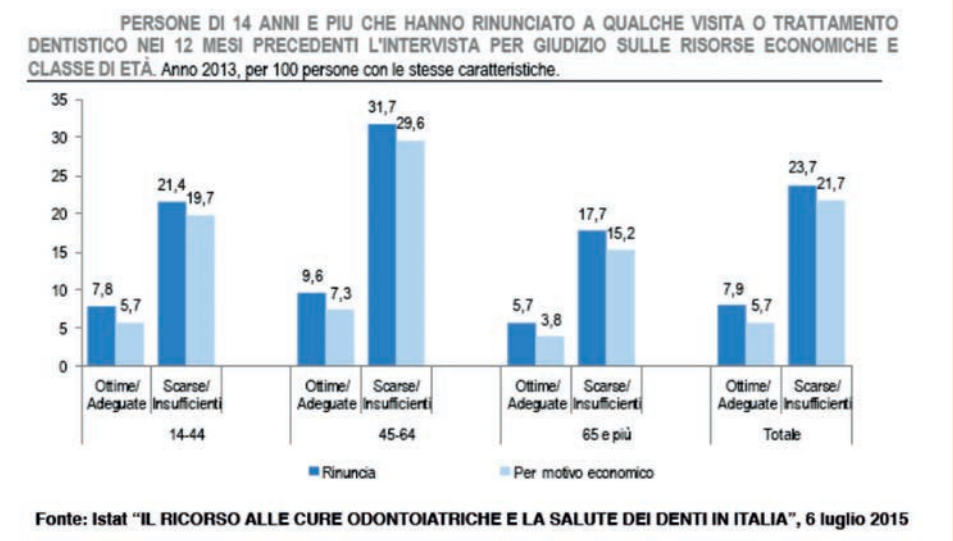
1. costi indiretti (fissi), che producono indirettamente un reddito e sono legati prevalentemente alle imposte indirette;
2. costi diretti (variabili), all'aumentare dei quali per forza ci sono stati più pazienti trattati e sono collegati al reddito direttamente, quindi alle imposte dirette.

Dunque, quando l'odontoiatra deve formulare il prezzo delle sue prestazioni, deve tenere in considerazione anche alcuni costi che si generano sempre: le quote di ammortamento; gli stipendi e i TFR dei dipendenti; l'eventuale affitto; le utenze; i canoni leasing; le banche; le spese amministrative; la gestione finanziaria... e altri ancora. Quindi, classificando bene i costi, si possono prendere le decisioni gestionali più adeguate e meno rischiose per l'impresa, avendo ben presenti tutti i costi che lo studio sostiene.
Nonostante questa sia una delle informazioni più importanti per la vita dello studio odontoiatrico, è anche tra quelle meno sviluppate e più rare da trovare nelle attività di gestione svolte all'interno. Solitamente, la maggior parte degli odontoiatri si rivolge al commercialista per un supporto fiscale, a volte finanziario, quando però le decisioni su "come" spendere i diversi budget economici disponibili sono già state prese o, peggio ancora, non sono mai state pianificate. La quantità di informazioni che vengono fornite al commercialista spesso non sono sufficienti per una profonda, reale e concreta azione di efficientazione dello studio. Basandosi solo sui dati contabili che provengono dal conto economico e che hanno natura prevalentemente fiscale, non si può pretendere che ci sia un quadro realistico dello stato di salute dello studio, ma soprattutto delle prospettive future. La contabilità ci informa a posteriori e non esamina quali siano gli elementi che intervengono sulle decisioni e sui protocolli clinici e gestionali manageriali per crearne il costo complessivo. Molti odontoiatri credono che "controllo" significhi "controllo solo di numeri", ma l'adeguato valore delle proprie attività e dei propri investimenti si ottiene efficientando i protocolli interni; migliorando la penetrazione nel proprio mercato di riferimento, ottimizzando i processi decisionali, intervenendo sulla motivazione individuale delle risorse umane, sviluppando le relazioni e le azioni di marketing, verificando la qualità, e non solo la quantità dei costi appunto. Bisogna analizzare i numeri nella loro "formazione"; monitorando le varie attività con intervalli di tempo regolari è possibile capire come si generano i valori, prevenendo il rischio di impresa e trovando soluzioni di management personalizzate. Questo si ottiene con un adeguato "controllo di gestione".
Non fare analisi quantitativa e qualitativa di come si formano e sviluppano i valori che determinano la sopravvivenza e la redditività dello studio, significa accettare rischi non misurabili e sottoporre ad aleatorietà la maggioranza delle decisioni legate al denaro, dal prezzo di vendita agli investimenti da intraprendere. Indipendentemente dalla motivazione del controllo e da chi lo svolgerà, si deve sempre procedere in due momenti separati. Gli studi dentistici non sono tutti uguali, quindi l'analisi va svolta in modo specifico, "tailor made", cucita su misura. Analisi ambientale e analisi di settore servono per capire se lo studio odontoiatrico è in grado di implementare la sua attività. Si può pensare di avere alta qualità e alti costi perché è evidente che il mercato a cui ci si rivolge ha le potenzialità per comprare servizi costosi e di valore.
Oppure, si può considerare anche il posizionamento dello studio in termini di tendenze, e in questo caso si può determinare la fortuna di alcuni studi che hanno investito nell'innovazione, nel cambiamento tecnologico e dei servizi. È bene, quindi, conoscere il contesto di mercato (environment) in cui opera lo studio odontoiatrico, così da poterne cogliere i segnali e le tendenze. Avete mai pensato che i costi dipendono anche dal personale e da come questo lavora, da come ognuno genera le proprie funzioni? Lo studio odontoiatrico, che sia piccolo o grande, in questa fase del controllo di gestione, deve identificare molto bene i centri di responsabilità?
Un centro di responsabilità è un gruppo di persone che opera insieme per raggiungere un obiettivo dello studio. A ogni centro di responsabilità è abbinato un centro di costo, ed è qui che convergono i costi provenienti dalle varie attività dello studio. L'utilizzo di un software gestionale significa, nella migliore delle ipotesi, elaborare la contabilità analitica (o contabilità dei costi), ma non produrre il piano a medio e lungo termine (business plan) fondamentale, così come la determinazione degli indici economici. Questi ultimi sono indispensabili per la direzione e il management dello studio odontoiatrico, perché il loro utilizzo consente di prendere decisioni in modo razionale e coerente con gli obiettivi prefissati in fase di pianificazione, riducendo sensibilmente il rischio di impresa, che in questo particolare momento economico, sociale e di mercato è fondamentale governare. Ecco perché è importante implementare un sistema di controllo di gestione dei costi, anche se può costare impegno ed un po' di denaro. Quello che si investe per introdurre un sistema di controllo, poi "ritorna" sotto forma di decisioni più rapide, più precise e più redditizie e di risparmio, ottimizzando le risorse e migliorando la qualità della vita in studio.

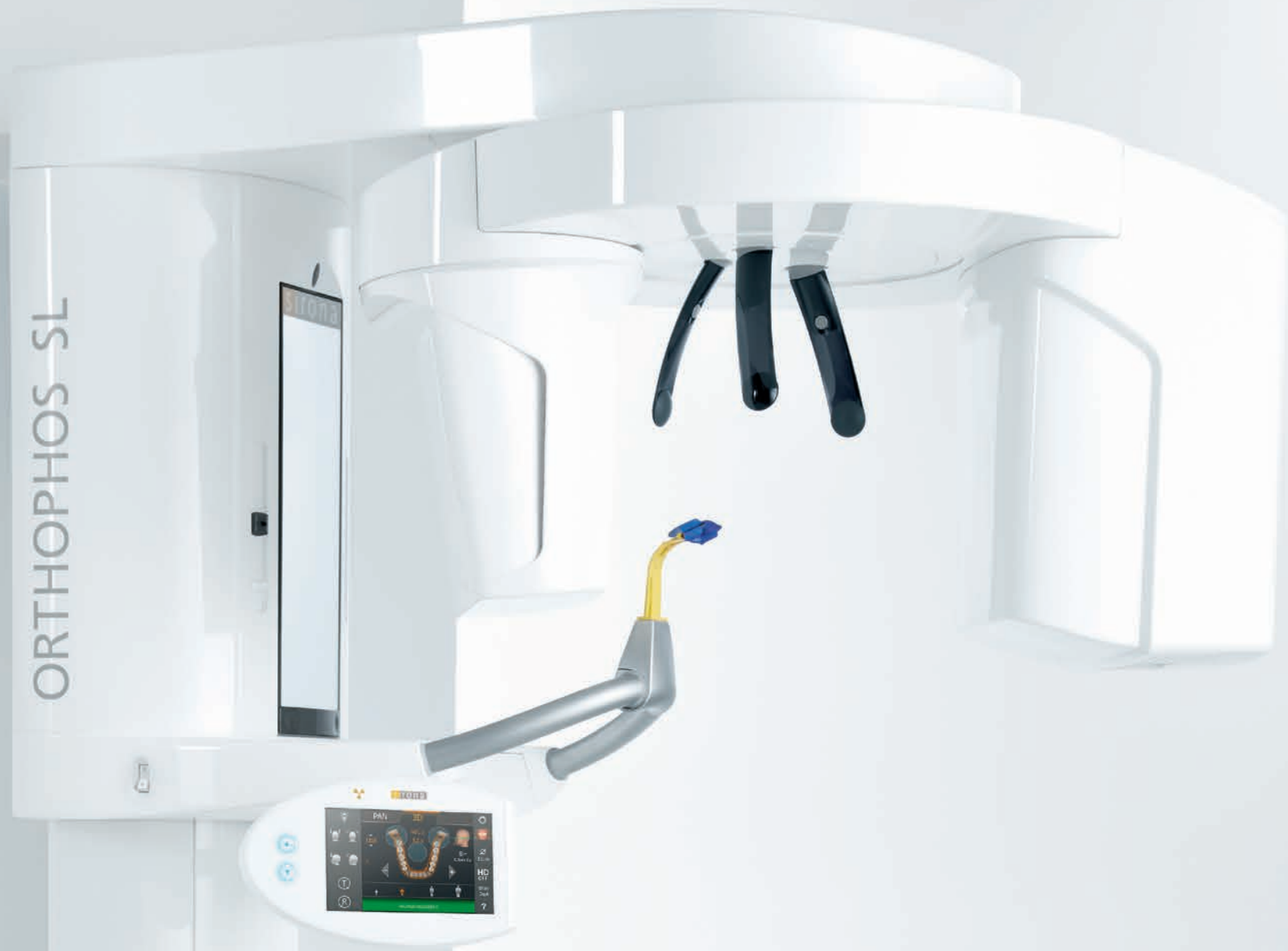
Tab. 2 – Analisi del clima: aspetti caratterizzanti.



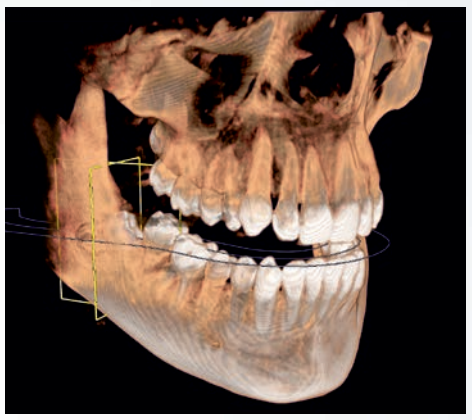




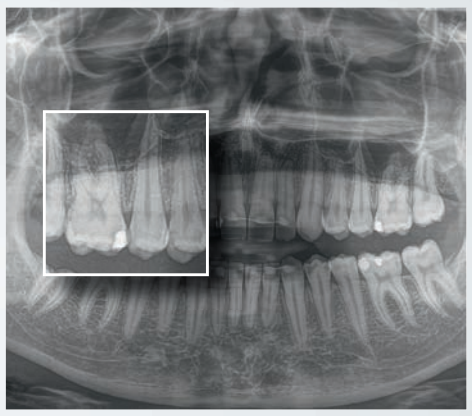
SIRONA.IT



MultiFoV 11x10



La tecnologia Sharp Layer



IL MIO STUDIO.
IL MIO TRATTAMENTO.
IL MIO ORTHOPHOS SL.

Il nuovo ORTHOPHOS SL offre soluzioni per svariate situazioni di terapie mediche. Affascina con una qualità di immagine superiore, con una articolata facilità d'uso ed affidabilità "Made in Germany". Evolve con Voi grazie ad una struttura modulare e secondo le Vostre esigenze. In combinazione con l'intuitivo software radiografico SIDEXIS 4, ORTHOPHOS SL offre soluzioni di insieme per ogni flusso di lavoro e per ogni studio medico. **Sarà una buona giornata. Con Sirona.**

Siamo presenti a: Verona, Milano, Roma, Bolzano e Catania.
www.sirona.it - Tel. 045/82.81.811

The Dental Company

sirona.

Il Progetto Agenas sulla medicina difensiva Cosa ne pensano i medici?

Nell'ambito di un'ampia indagine di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), a firma di Quinto Tozzi, pubblichiamo i dati di un interessante questionario.

Il Progetto "Medicina difensiva: sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico", realizzato da Agenas con un finanziamento del Ministero della Salute, si propone una corretta definizione di medicina difensiva (MD) come intesa dalla letteratura internazionale. È stato pertanto realizzato un questionario allineato con detta letteratura, somministrato con tecnologia web based, composto da 71 items e somministrato, previa sperimentazione, su base volontaria e anonima in quattro regioni (Lombardia, Umbria, Marche e Sicilia). Vi hanno risposto 1484 medici (60% ospedalieri, 20% ambulatoriali, 11% DEA/PS, 8% laboratorio e servizi tecnici) di 38 specialità. Il 58% dei rispondenti ha dichiarato di aver esercitato attività di MD nell'ultimo anno. L'azione prevalente è stata la richiesta non necessaria di esami strumentali e di laboratorio (entrambi al 33%) e di visite specialistiche (16%). Il 6% di chi pratica MD riferisce di non fornire, per motivi difensivistici, cure potenzialmente efficaci ma ad alto rischio di complicanze, mentre il 4% riferisce per gli stessi motivi di evitare di assistere pazienti ad alto rischio di complicanze. Dell'intero campione, il 93% ritiene che la MD è destinata ad aumentare. Per quanto riguarda le cause, il 31% del campione ritiene che quella principale sia la legislazione sfavorevole al medico, il 28% il rischio di essere citato in giudizio, il 14% lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente, le pressioni e aspettative eccessive del paziente e dei familiari. Il 25% dei medici che praticano la MD non ritiene di averne tratto giovamento e il 69% lo ritiene un fattore limitante la professione. Fa riflettere che il 42% ritiene che la MD distragga dalla centralità del paziente e il 19% che incrementi il rischio per gli assistiti; il 14% ritiene invece che le migliori perché (per il 40%) il paziente crede di essere meglio curato. Il 64% dice che aver assunto comportamenti di MD abbia ridotto il rischio di procedimenti legali e il 34% invece che è stato ininfluente e solo il 2% che lo abbia aumentato. L'86% dei medici che praticano MD ritiene che abbia aumentato i costi e il 14% che non ha influito. La MD inciderebbe sui costi del SSN per il 10,5% circa, per una cifra pari a 10 miliardi di euro, che rappresenta la stima dei costi sulla base della sovraprescrizione di 8 tipi di prestazioni dovute a MD (in ordine decrescente: farmaceutica, visite specialistiche, esami di laboratorio ed esami strumentali). Sono da aggiungere i costi indiretti della MD negativa (tempo del personale, aumento della lunghezza della degenza, dei tempi delle liste di attesa ecc.). Ai fini del risparmio di risorse non è pensabile ritenere i 10 miliardi eliminabili, in quanto la parte aggredibile con interventi efficaci è limitata alle prestazioni dall'evidenza scientifica inconfutabile. Secondo gli intervistati gli interventi per controllare la MD sono: 47% riforma delle norme sulla responsabilità professionale, 19% maggiore interessamento dell'opinione pubblica, 17% incentivi per le performance mediche positive, 14% maggior supporto delle aziende. Importanti sono: 17% aderenza alle evidenze scientifiche, aggiornamento, 16% miglior comunicazione con il paziente. Pur non dando risultati assoluti, l'indagine lascia spazio ad ampie riflessioni per la conoscenza del problema e per interventi mirati al contenimento. Utile sarebbe l'applicazione dello strumento su territorio nazionale.

Dental Tribune

Medicina e odontoiatria difensiva

Caratteristiche singole e rapporto

ANDI, attraverso la voce di Gerardo Ghetti, tesoriere nazionale, ha affrontato di recente il concetto di odontoiatria difensiva in un'ampia ottica, premettendo che per sviscerarne la problematica, occorre partire innanzitutto dalla sua definizione. Ossia, un «insieme di pratiche diagnostiche e di misure terapeutiche condotte per assicurare la salute del paziente, ma anche per garantirsi dalle responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate».

Ghetti distingue quindi la medicina difensiva in positiva e negativa. Nel primo caso, è attuata con comportamenti cautelativi di tipo preventivo, spesso rappresentati da una richiesta di prestazioni non necessarie (analisi, visite specialistiche o trattamenti) per ridurre i risultati negativi e il rischio di richieste di danni dai pazienti, e disporre di una documentazione adeguata agli standard di cura cogenti.

Quella negativa, invece, si ha quando il medico evita di occuparsi di determinati pazienti o di effettuare interventi ritenuti ad alto rischio. «Di fatto, circa l'80% dei medici della Sanità pubblica mette in atto comportamenti difensivi. La causa – osserva Ghetti – risiede prevalentemente nel rischio del contenzioso medico-legale, timore motivato da un aumento generale delle denunce di errori sanitari e da esperienze vissute in proprio o da colleghi. Ma anche per richieste eccessive, pressioni o aspettative immotivate dei pazienti e dei loro familiari.»

Quanto alle azioni che possono ridurre il fenomeno, si possono riassumere in due modi: quello individuale (attenersi alle evidenze scientifiche, EBM) e generali-organizzative (ovvero «riforma delle norme sulla responsabilità professionale per fornire maggiore chiarezza, evitare richieste immotivate e riequilibrare una legislazione e una giurisprudenza sfavorevoli ai medici»).

«L'esperienza medica si può applicare all'odontoiatria – osserva Ghetti – ma tenendo conto di importanti differenze. Una per tutte è che la medicina è per l'80% pubblica, mentre l'odontoiatria è al 90% privata. E mentre la medicina difensiva è stata, ed è, abbondantemente analizzata, studiata, sperimentata, verificata, sull'odontoiatria difensiva è stato fatto solo qualche convegno e autorevole intervento. La conseguenza è che i medici hanno piena padronanza della problematica e sanno gestirla, mentre gli odontoiatri non dispongono di un tale strumento. Al momento – continua – non si va oltre la definizione comune e qualche aspetto giuridico, peraltro applicabile solo in modo parziale all'odontoiatria». Ghetti prende spunto da questa osservazione per dire che in realtà l'odontoiatria difensiva non esiste, mentre le cause che ne sarebbero la base sono ben presenti e sempre più rilevanti, con potenziali gravi ripercussioni anche sulla gestione professionale quotidiana. «Quel che manca – conclude Ghetti – sono gli strumenti che ne permetterebbero un approccio razionale: informazione e formazione. Serve una piccola rivoluzione culturale su cui c'è ancora tanto da lavorare».

Per paura delle conseguenze legali, molti medici praticano la medicina… in difesa

Da un'indagine condotta da aprile a giugno 2014 da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) su 1500 medici in quattro regioni (Lombardia, Marche, Umbria e Sicilia) e riportata da *Surgical Tribune*, più della metà dei medici italiani ospedalieri riferisce di praticare la medicina difensiva per timore di incorrere in cause legali. Dalla rilevazione, effettuata su quasi 1500 ospedalieri di 38 specialità, emerge che oltre la metà (58%) dichiara di praticare la medicina difensiva. Il fenomeno si articola in vari comportamenti: dal prescrivere esami di laboratorio e strumentali non necessari (33% in entrambi i casi); visite specialistiche non necessarie (16%); fornire cure potenzialmente efficaci ma a rischio di complicanze (6%); evitare di assistere pazienti ad alto rischio di complicanze (4%); prescrivere farmaci (4%) e inviare al pronto soccorso per ricovero in ospedale (3%). Tra le principali cause, i medici intervistati indicano la legislazione sfavorevole (31%); il timore di essere citati in giudizio (28%); e le eccessive richieste, pressioni e aspettative di pazienti e familiari (14%).

Dental Tribune

320 mila casi di danni

Su otto milioni di ricoveri, questa è la somma degli errori evitabili

Un paziente su due ha paura di incappare in errori medici, e al pronto soccorso tale paura aumenta, perché con l'affollamento dei reparti di emergenza gli errori diventano più probabili. Da un convegno svoltosi a Roma è emerso che su 8 milioni di ricoveri ogni anno in Italia, 320.000 sono i casi di danni o conseguenze per il paziente provocati da errori in parte evitabili.

In due casi su tre gli incidenti scaturiscono da problemi organizzativi, mentre per un terzo dei casi c'è una negligenza o imperizia da parte del personale sanitario. Negli ultimi 25 anni le denunce contro professionisti sono cresciute del 300%, le cause pendenti sono 12 mila, con richieste di risarcimento danni per oltre 2,5 miliardi di euro, più circa 13 miliardi di spesa per il SSN dovuti alla medicina difensiva. Per ridurre la probabilità di errori e restituire ai pazienti fiducia, la Regione Lazio ha emanato nuove linee guida per gestire il rischio clinico in ospedale, con semplici soluzioni ai pericoli e alla portata di tutti.

L'84% degli errori viene commesso nel trascrivere la prescrizione, perché la scrittura del medico non viene compresa e la cura modificata. Nella maggioranza dei casi i problemi derivano da un'organizzazione inadeguata, dall'uso di strumenti obsoleti, da incomprensioni banali sulla cartella clinica, con gravi conseguenze economiche: denunce per lesioni alle vittime di errori ospedalieri in crescita, valore medio dei sinistri di circa 40.000 euro, quasi la metà dei casi riconducibili ai reparti di chirurgia generale, ortopedia e pronto soccorso.

La Regione Lazio ha deciso di mettere a punto linee guida sul rischio clinico non per colpevolizzare i medici, ma per prevenire preparando percorsi alternativi e meno rischiosi.

Dental Tribune

Syra, la risposta semplice.

Dal paziente completamente edentulo alla riabilitazione singola, l'impianto **Syra** semplificherà il tuo lavoro. Come?
Con la connessione unica, con la possibilità di scegliere spira e superficie più adatta ad ogni caso clinico, con la **protesi Skin,** anodizzata rosa, che minimizza la trasparenza sotto i tessuti molli.

Riscuotendo l'entusiasmo dei clinici un gruppo di implantologi selezionato dal **dott. Cannizzaro** di Pavia ha dato vita al **Syra Team,** uno study group che attualmente sta eseguendo un trial clinico randomizzato multicentrico su protocollo del dott. Marco Esposito, Editor dello **European Journal of Oral Implantology.**

sweden-martina.com

sweden & martina IMPLANTOLOGY

Cancro orale: Giornata europea per sottolinearne la gravità

NOVITÀ

SR Vivodent® S PE

La scelta decisiva per soddisfare le tue esigenze

Caso: Signora M.C., Liechtenstein, protesi totale

- Eccezionali forme: 15 forme anteriori individuali
- Colori vitali: esclusiva stratificazione PE
- Materiale DCL altamente reticolato: impiegabile universalmente

Per ulteriori informazioni:
www.ivoclarvivadent.it/pe-toothline-it

www.ivoclarvivadent.it
Ivoclar Vivadent s.r.l.
Via Isonzo 67/69 | 40033 Casalecchio di Reno (BO) | Italy | Tel. +39 051 6113555 | Fax +39 051 6113565

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

BRUXELLES, Belgio - Il 12 settembre, il Consiglio dei dentisti europei (CED) ha organizzato l'annuale Giornata europea per la Salute Orale. Secondo il Consiglio, l'evento, focalizzato sul cancro orale, si è proposto quest'anno di sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza della diagnosi e del trattamento precoci, sottolineando inoltre l'importanza in tutta l'Unione Europea del ruolo dei dentisti nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nel trattamento di pazienti.

Il cancro orale è al decimo posto tra quelli più diffusi in Europa, con circa 75.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno nell'Unione. Comprensivo dei tumori delle labbra, della lingua e della cavità orale, è più comune negli uomini che nelle donne. La malattia molto aggressiva, dall'alto tasso di mortalità, è tra tutti i tumori uno dei più deturpanti. Se rilevato solamente in una fase avanzata, scarsa è la prognosi per i pazienti affetti.

La malattia desta crescente preoccupazione, in quanto cresce l'incidenza di nuovi casi. Un incremento da attribuire principalmente all'esposizione ai fattori di rischio, come l'uso di tabacco, il consumo di alcol, l'infezione da papilloma virus umano o lo stile di vita insalubre. Tuttavia, il cancro si può prevenire e la sua incidenza può essere ridotta, sottolinea il CED. La diagnosi precoce e il trattamento, aumentano notevolmente il tasso di sopravvivenza.

Il 23 giugno, il CED ha tenuto una riunione sul tema "Oral cancer: dentists saving lives" al Parlamento europeo con gli eurodeputati facenti parte del "Gruppo anticancro" che, per affrontare la sfide posta dall'UE, sta lavorando a fianco della Commissione europea e del Consiglio, collaborando con le organizzazioni dedicate – come il CED – per ridurne l'incidenza del 15% entro il 2020. Dalla collaborazione sono scaturite varie conferenze e tavole rotonde sull'importanza della diagnosi precoce, il trattamento e sul ruolo vitale dei dentisti in tale contesto.

Dental Tribune International

Per una maggior sensibilizzazione al problema, il CED ha organizzato per il 23 giugno un incontro presso il Parlamento europeo. La grave malattia, la sua prevenzione e la diagnosi precoce costituiscono i temi della Giornata della salute orale europea di quest'anno, indetta per il 12 settembre (Foto: © Walencienne / Shutterstock.com).

Dopo l'allarme legionella a Torino la messa a punto scientifica degli esperti

"Rischio legionella dal dentista, tre professionisti sotto inchiesta", titolava *la Repubblica* il 15 aprile con un sommario ancora più choccante: "Elevate cariche batteriche rilevate nei circuiti idrici delle poltrone. Si indaga anche fuori Torino". Promotore dell'inchiesta il procuratore Guariniello che, inviati funzionari dell'ASL a controllare una cinquantina di studi odontoiatrici, avrebbe riscontrato in tre di loro valori oltre il consentito, con conseguente iscrizione nel registro degli indagati dei tre titolari, «essendo stata ritrovata nei campioni d'acqua del circuito idrico delle poltrone odontoiatriche un'alta carica batterica nei punti critici, ossia in corrispondenza della turbina che fa girare gli attrezzi nebulizzando l'acqua e alla fontanella che riempie il bicchiere dal quale il paziente bene per sciacqua nelle pause degli interventi».

Questo l'antefatto di cronaca. L'Ordine dei Medici di Torino (presidente Guido Giustetto) si era immediatamente attivato con una conferenza stampa (23 aprile) a Villa Raby, consegnando ai giornalisti generalisti e specializzati un comunicato dal titolo eloquente "Dentisti e legionellosi: perché non è un problema di salute pubblica", concetto ripreso da Roberto Longhin, consulente giuridico dell'Ordine, e ribadito dal Gruppo di studio creato ad hoc per lo studio dei vari aspetti del problema.

Con Giustetto e Longhin, per sottolineare l'attenzione al tema e alle sue varie implicazioni, alla conferenza stampa avevano preso parte Gianuigi D'Agostino, presidente CAO Torino, Virginio Bobba, presidente ANDI-Torino, William Manuzzi, presidente SUSO-Torino, Vincenzo Macri, rappresentante dell'AIO e, ultima ma certamente non meno importante, Carla Maria Zotti, Associato di Igiene e medicina preventiva all'Università di Torino. A lei *Dental Tribune* ha chiesto di dare il suo contributo, quale esperta del problema in un'ottica prettamente scientifica.

Dental Tribune

Quando l'infezione rientra fra i rischi lavorativi e assistenziali dello studio odontoiatrico

Carla M. Zotti, Savina Ditommaso, Monica Giacomuzzi

Dipartimento di Scienze della Sanità pubblica e pediatriche – Università degli Studi di Torino

La domanda che ci si deve porre quando si esamina un evento sanitario è: «È un problema di salute?».

Questo significa definire una soglia (di quantità, di gravità, di qualità) al di sopra della quale una situazione non è compatibile con la salute umana e necessita di soluzioni più o meno drastiche, rapide, efficaci a tempi brevi ed efficienti, in un contesto dove le risorse vanno scarseggiando.

La ricerca di soluzioni efficaci, efficienti, fattibili passa ovviamente attraverso una disponibilità di tecnologie con evidenza di efficacia, studiate scientificamente, con risultati pubblicati su riviste attendibili, provate sul campo oltreché nei laboratori, e condivise dalla comunità di operatori coinvolti nel problema.

Allora la domanda che ci poniamo, «la legionella è un problema per l'odontoiatria?», passa attraverso una serie di valutazioni di tipo epidemiologico, e le soluzioni all'eventuale problema – quando ne sia dimostrata l'esistenza – devono passare attraverso l'evidenza scientifica.

Gli aspetti noti da un punto di vista microbiologico, clinico e igienistico sono i seguenti: la legionella è un bacillo Gram-negativo, aerobio, asporigeno, generalmente mobile per la presenza di uno o più flagelli. Ne sono conosciute 52 specie suddivise in oltre 70 sierogruppi, circa la metà delle quali risultano patogene opportunistiche; 20 specie sono state individuate come patogene per l'uomo, e di queste *L. pneumophila* è responsabile del 90% dei casi; in particolare, *L. pneumophila* di sierogruppo 1 è la maggiormente implicata nella patologia umana (80% dei casi) seguita da *L. pneumophila* sg. 3 (2-3%), e da altri sierogruppi (5-6%) di *L. pneumophila*.

Vive in ambienti acquatici naturali e artificiali; la trasmissione interumana della legionella non è mai stata dimostrata, pertanto l'unica sorgente di infezione a oggi riconosciuta è rappresentata dall'ambiente. Non è nota la dose minima infettante per l'uomo.

L'infezione, che può decorrere anche in modo asintomatico, si presenta in due forme cliniche: la febbre di Pontiac e la malattia del legionario.

La prima, dopo una incubazione di 24/48 ore si manifesta con un quadro simil-influenzale senza interessamento polmonare.

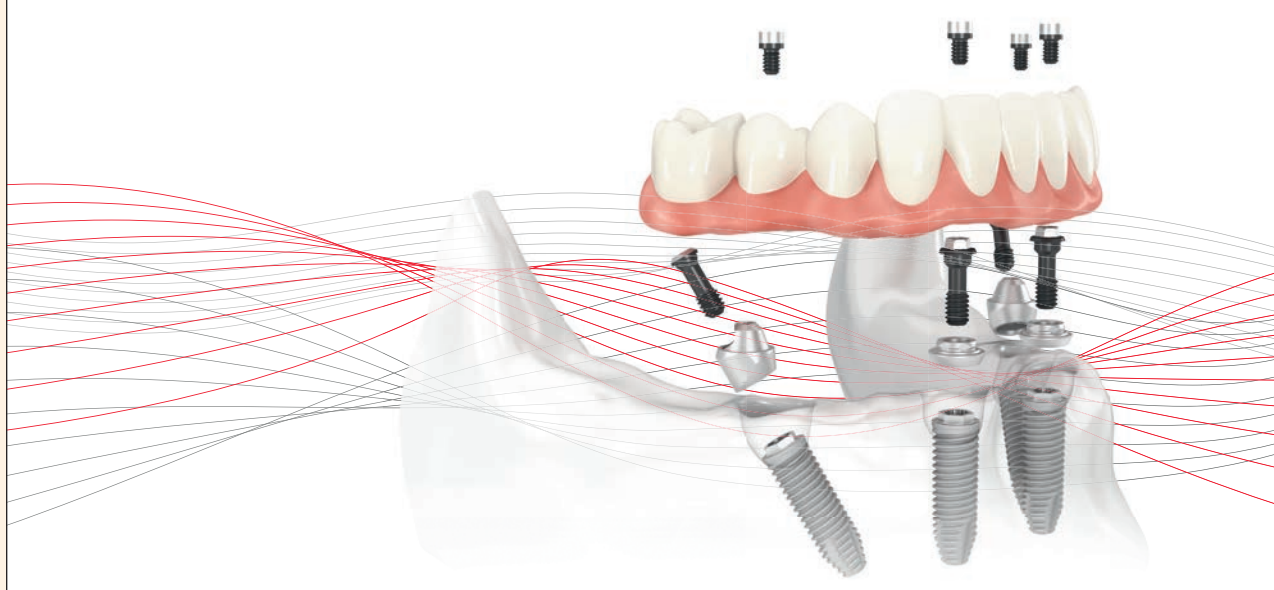
La seconda, dopo una incubazione da 2 a 10 giorni dà luogo a una polmonite interstiziale non necessariamente con manifestazioni extra polmonari. Fattori predisponenti la malattia sono l'età avanzata, la presenza di malattie croniche e l'immunodeficienza. Il rischio di ammalarsi è inoltre correlato al grado di intensità dell'esposizione, dipendente dalla quantità di legionelle presenti e dal tempo di esposizione, dalla virulenza e dalla carica infettante dei singoli ceppi.

L'esito della malattia è condizionato da caratteristiche individuali e da patologie preesistenti che spiegano la diversa suscettibilità alla malattia da parte di soggetti esposti alla stessa fonte di contagio. La letalità media è del 10%, con picchi fino al 30-50% nei casi di origine nosocomiale, e raggiunge l'80% nei soggetti immunocompromessi o non trattati.

La temperatura condiziona in modo importante la sopravvivenza del batterio: legionella sopravvive a 20-25 °C senza replicarsi; ha una temperatura ottimale di replicazione a 25-42 °C; può essere sofferente e senza replicazione a temperature di 45-50 °C; a 50-60 °C muore in 2 ore il 90% delle cellule batteriche; a temperature > 60 °C si osserva la morte del 90% delle cellule in 2 minuti.

› pagina 10

La soluzione migliore



Concetto di trattamento All-on-4®

Il concetto di trattamento All-on-4 è la soluzione migliore nella sua indicazione. Ma solo con l'uso di prodotti Nobel Biocare originali. Molti hanno cercato di replicare questo concetto rivoluzionario ma dalla nostra parte abbiamo un successo scientificamente documentato. Il concetto di trattamento All-on-4 offre ai pazienti edentuli o prossimi all'edentulia una protesi fissa su quattro impianti il giorno stesso della chirurgia. Con questa soluzione potrete trattare i vostri pazienti al meglio.

Visitate nobelbiocare.com/all-on-4

LA GESTIONE DEL TIMING IN TERAPIA IMPLANTARE: CONTROVERSIE E NUOVE POSSIBILITÀ
Roma, venerdì 16 ottobre 2015
Per iscrizioni ed informazioni visitate eventonobel2015.it

Nobel Biocare®

© Nobel Biocare Services AG, 2015. Tutti i diritti riservati. Nobel Biocare, il logo Nobel Biocare e tutti gli altri marchi di fabbrica sono, salvo diversa dichiarazione o evidenza dal contesto in un caso specifico, marchi di fabbrica di Nobel Biocare. Esclusione di responsabilità: alcuni prodotti potrebbero non avere l'approvazione o l'autorizzazione alla vendita da parte degli enti normativi in tutti i mercati. Rivolgersi all'ufficio vendite locale Nobel Biocare per informazioni sulla gamma dei prodotti esistenti e la loro disponibilità.