Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Giugno 2015 - anno XI n. 6

www.dental-tribune.com

MEETING & CONGRESSI

A conclusione di due importanti congressi intervista a Maurizio Tonetti presidente SIdP

Reduce dal congresso internazionale SIdP di Rimini svoltosi dal 5 al 7 marzo e dell'evento intersocietario SIdP/AIOP, Maurizio Tonetti ritorna su alcuni temi pregnanti in un'intervista rilasciata a *Dental Tribune*.

pagina 26

Con il divorzio

«Vita nuova e sede nuova» per gli Amici

Per l'UNIDI

«Business, innovation, science and charity»

La 58ª edizione degli Amici di Brugg, apertasi il 21 maggio con il saluto di Nicola Perrini presidente degli Amici, esponente della vecchia guardia, (46 anni negli Amici) non poteva naturalmente prescindere dall'accennare al "divorzio" dall'UNIDI, dopo 25 anni di convivenza a Rimini.

› pagina 2

ATTUALITÀ

Sit-in ANTLO 3

IL CONSULENTE IMMOBILIARE

Materiali antibatterici 6

Ecco i materiali eco-attivi 6

IL CONSULENTE LEGALE

Passaggio generazionale 7

Le infezioni post-operatorie nella chirurgia odontoiatrica

M. Labanca

Il rischio di infezioni post-operatorie dopo procedure di chirurgia orale e la loro gestione è stato ampiamente considerato e discusso in letteratura[1].

› pagina 9

Il cambiamento: risposta al tempo complesso

F. Reale

Sono trascorsi 8 anni dal mio ingresso professionale nel mondo dell'odontoiatria. In precedenza avevo ricoperto diverse posizioni manageriali in aziende del settore medicale e diagnostico. La motivazione principale ad intraprendere questa sfida proveniva dal bisogno di una delle aziende leader di modificare le modalità di fare business poiché si intuiva che una trasformazione era in atto, ed anticipare gli eventi creando soluzioni e quindi il famoso "valore aggiunto" sarebbe stato vincente.

› pagina 16

Editoriale

Tante teste, tanti pareri (*tot capita, tot sententiae*)

Capita quotidianamente che nella politica, nell'interpretazione dei fatti storici, dei contenuti artistici (soprattutto quelli innovativi) le opinioni divergano, e di molto. Scoppiano addirittura guerre per le divergenze di interpretazione. Capita tuttavia (e non dovrebbe) anche nella scienza. Leggendo un recente comunicato dell'Adnkronos apprendiamo che in Italia esiste una "giungla" di società scientifiche. Nel 2004 raggiungevano la rispettabile cifre di 7-800, stando al censimento tentato dall'allora Ministro della Salute Girolamo Sirchia. "Tentato", ma non riuscito, perché tutt'oggi non vi è registro che le certifichi. Considerando l'alto numero, potrebbe sembrare che l'Italia sia un Paese ad alto impegno scientifico. Le società scientifiche in sé sono infatti «una ricchezza straordinaria... perché, se funzionano bene, rappresentano per la comunità scientifica di riferimento una fonte autorevole per la produzione e la circolazione delle informazioni». Ma il dubbio, dato il numero (cospicuo anche in ambito odontoiatrico), appare più che lecito, anche perché – osserva l'articolo – «dietro alcune sigle si nascondono spesso pochi iscritti, nessuna attività scientifica e siti web fermi da tempo». Oppure (e questo lo aggiungiamo noi) personalismi, esibizionismi e qualche piccineria. L'articolo le definisce un po' brutalmente «società di corporazioni» fonte di contributi inesistenti, «dove spesso la scienza è usata e abusata». Come dargli torto?

Con il divorzio

«Vita nuova e sede nuova» per gli Amici

Per l'UNIDI

«Business, innovation, science and charity»

‹ pagina 1

Non sono state tanto le parole usate nell'accennare alle divergenze, soprattutto economiche, quanto il calore con cui Perrini ha salutato quella che sarà la "nuova vita" degli Amici, un ritorno alle origini, che li vedrà impegnati in un ideale Giro d'Italia a tappe per propalare i valori di Biaggi e Castagnola, «quale prima società scientifica in Italia a promuovere i contenuti tecnico scientifici di varia odontoiatria». Prima tappa sarà Salerno, l'11 e il 12 dicembre, una sede di buon auspicio, per la grande tradizione della Scuola di medicina e per il futuro revival. Perrini ha accennato ad altri motivi di ottimismo: l'eccellente risposta di presenze alla 58ª edizione; l'individuazione di una nuova location per il Congresso 2016 (Palacongressi di Bellaria, dal 7 al 9 aprile); la rinnovata apertura verso i giovani: il Brugg Gymnasium di quest'anno, varato due anni fa a S. Margherita, è ormai "esploso". Nel riaffermare il piacere e l'onore di essere presidente (non il liquidatore!) dei "nuovi" Amici orfani dell' UNIDI, Perrini ha concluso l'intervento con quel che suona come uno slogan: «Noi Amici siamo stati, ci siamo e ci saremo!». Ma che ha anche il sapore di una sfida. Due giorni dopo, sabato 23 maggio, alle 10.30 è stato dato anche l'annuncio ufficiale di Expodental Meeting, il nuovo evento che segue allo "strappo" tra UNIDI e Amici di Brugg, per bocca del presidente dell'Associazione delle industrie del dentale, Gianfranco Berrutti. Ha tenuto subito a precisare che la nuova manifestazione, a frequenza annuale, non risulta dalla somma aritmetica di due manifestazioni (Expodental e Amici di Brugg), bensì è un nuovo evento che ambisce a porsi in futuro come "l'Evento" di riferimento nel dentale italiano, caratterizzato da 4 contenuti: business, innovation, science and charity.

Non solo business, quindi, ma eventi culturali-scientifico-tecnici sotto l'egida di un "Share the future" un motto che la dice lunga sull'innovazione cui l'UNIDI tende con la sua nuova manifestazione. Tra i giornalisti è stato fatto circolare anche un pieghevole sulla prossima edizione dove, oltre ad esser riportato questo motto, si indica il periodo in cui si terrà la manifestazione (19-21 maggio): sempre a Rimini, riconfermata come location d'elezione, e sempre alla Fiera al contrario di quanto deciso dagli Amici, che terranno il loro 59° Congresso nella vicina Bellaria. Per annunciare il "new deal" logistico, Berruti ha invitato Fabio De Santis, manager dell'Ente Fiera, a illustrare i vantaggi di un Expodental non più nell'area tradizionale (Ovest) ma all'entrata Sud, sulla via Emilia, con collegamento ferroviario diretto attraverso la stazione Rimini Fiera. Immaginarsi il sollievo dei futuri visitatori, costretti finora a code estenuanti in auto e a lunghe attese di taxi nelle ore di punta della manifestazione!

Nell'annunciare l'accordo di collaborazione stipulato con ANTLO destinato a entrare in vigore con la prossima Expodental Meeting , Berruti ha passato il microfono al presidente Maculan, che con voce emozionata ha espresso soddisfazione ed orgoglio di essere partner UNIDI. Quanto agli ex, nessuna accusa e recriminazione di Berrutti durante la presentazione al venire meno di una "convivenza" durata 25 anni. Ha solo accennato a "strategie non condivise", concludendo con un pacato: «Volevamo coinvolgerli, ma le nostre proposte non sono state accolte».

m.boc

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 6, Giugno 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
L. Cinelli, T. del Vaschetto, P. Gatto, L. Grivet Brancot, M. Labanca, F. Magenga, C. Maiorana, F. Reale, M. Tiberio, F. Tosco
TRADUZIONI SCIENTIFICHE
P. Biancucci
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
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]*
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
info@tueorservizi.it
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.

Maculan (ANTLO): «Il 15 maggio? Una giornata splendida d'orgoglio e risultati conseguiti»

Ben oltre 400 i partecipanti al sit-in del 15 maggio a Roma organizzato da ANTLO nonostante uno sciopero del trasporto pubblico. In piazza, oltre al "popolo ANTLO" presenti anche i rappresentanti delle associazioni aderenti (CIOd con il presidente Claudio Vittoni; ORTEC e Amici dei Denti con il presidente Giulio Palma) oltre ai due politici (on. Marco Rondini e Fabrizio Anedda). Causa sciopero l'incontro tra la delegazione degli odontotecnici e quella del Ministero avente per oggetto il "Manifesto delle richieste", è stato anticipato alle 11.40. Al termine è stato redatto un comunicato congiunto letto dal presidente ANTLO Massimo Maculan (in foto): «Confrontando quanto riportato dal Manifesto (richieste) e dal comunicato congiunto (risultati) si può verificare quanto è stato conseguito. Nei prossimi giorni i temi verranno approfonditi, mentre altri necessitano della presenza del Ministro che ha già dato il suo assenso».

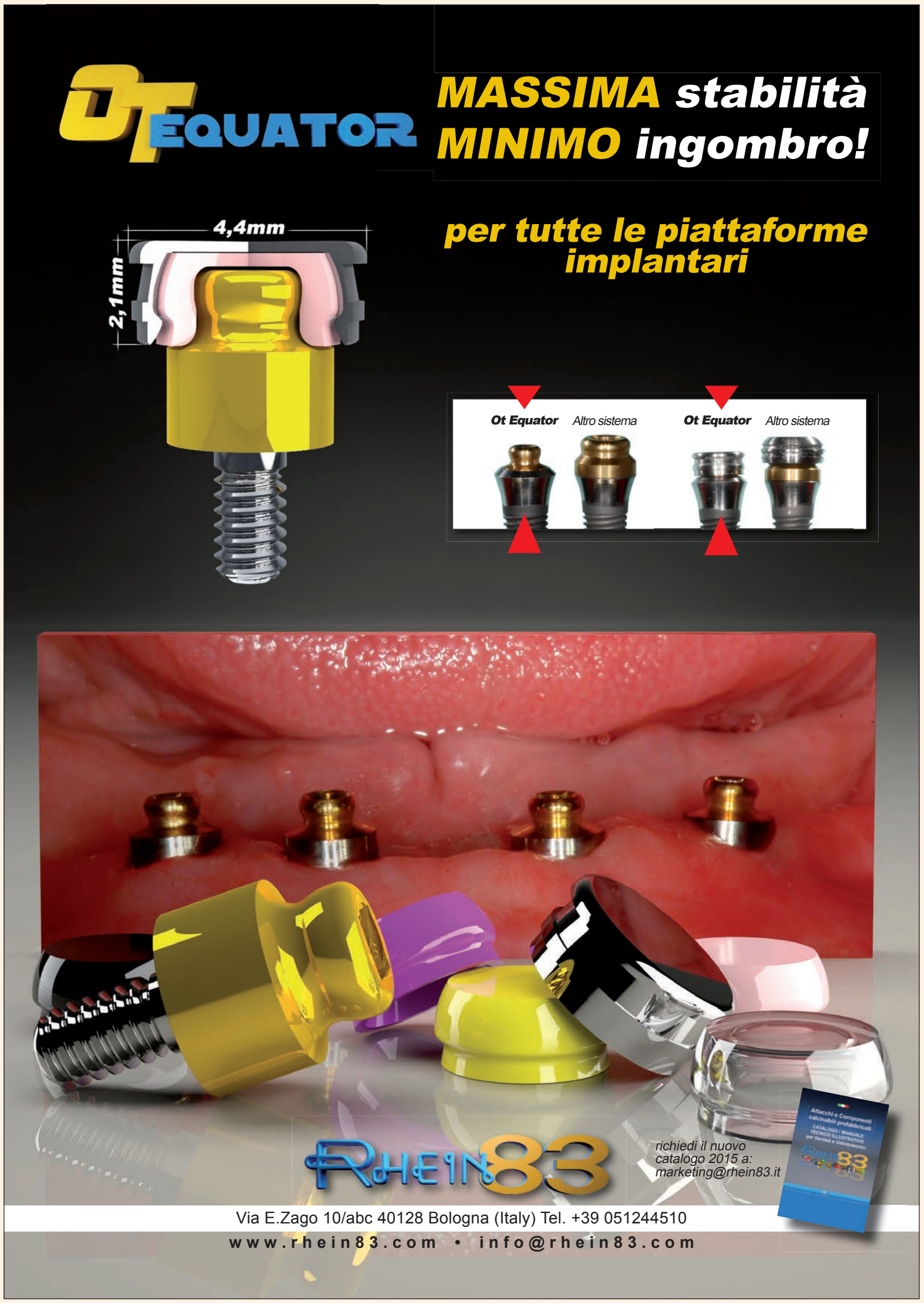
Ecco un breve elenco dei punti su cui le due delegazioni hanno convenuto.

1. Conferenza nazionale e nuovo modello di odontoiatria. Il Ministero ritiene opportuna una iniziativa per invertire il negativo (da oltre 15 anni) trend di accesso alle cure che colpisce le fasce più deboli della popolazione. In una Conferenza nazionale sull'odontoiatria tra tutti i soggetti interessati, si potrebbero definire le linee di intervento per un'odontoiatria più adeguata ai tempi e alle esigenze della popolazione.
2. Difesa dello spazio professionale degli odontotecnici. Il Ministero, constatata la volontà di non frapporre ostacoli alle innovazioni tecnologiche che stanno investendo anche il comparto odontotecnico, ritiene opportuna un'iniziativa per garantire ai pazienti i requisiti essenziali di sicurezza e salute dei dispositivi protesici installati indipendentemente dalle modalità di fabbricazione, validandone le fasi di fabbricazione.
3. Nuovo profilo professionale. Il Ministero si attiverà dopo le prossime elezioni regionali per approvazione del profilo sulla base delle istanze della categoria.
4. Commissione permanente per gli odontotecnici. Accolta favorevolmente la richiesta della costituzione di un "Gruppo tecnico delle figure non cliniche" in odontoiatria (odontotecnici e igienisti), il Ministero valuterà la proposta di modificare il "Gruppo tecnico sull'odontoiatria" in "Gruppo tecnico degli odontoiatri".
5. DDL Marinello e criminalizzazione degli odontotecnici. Valutati in dettaglio gli emendamenti presentate da ANTLO in Commissione Giustizia della Camera, si auspica che il parlamento lo approvi sanzionando – in particolare in odontoiatria – quanti esercitino abusivamente la professione odontotecnica e odontoiatrica, ma anche sostengono l'abusivismo attraverso prestanomismo, con sanzioni davvero deterrenti e con l'automatica applicazione delle sentenze passate in giudicato da parte di Albi e Ordini professionali.

«Volevamo una festa/protesta – commenta Maculan –. Volevamo che chi si era sobbarcato lunghe ore di viaggio tornasse a casa felice di aver partecipato a una bella manifestazione ed ottenuto risultati tangibili. Sull'importanza dei punti rimandiamo a future più dettagliate narrazioni».

Dental Tribune

Guarda la video intervista sul sito www.dental-tribune.com



Ripartenza economica e accettazione dei preventivi

Franco Tosco, *Sociologo, Lessicom Srl*

La situazione della crescita di produzione acquisita, negli studi professionali privati del nostro pacchetto di clienti, nei primi tre mesi di quest'anno, rivela un trend decisamente positivo. La tendenza si nota soprattutto sotto l'aspetto dell'accettazione dei preventivi. Il primo aspetto che emerge è la disponibilità alla spesa. Tanto l'ISTAT, quanto gli osservatori delle varie categorie produttive e dei media nazionali più seri, segnalano la fiducia crescente degli italiani verso l'uscita dalla crisi economica. Del resto il nostro tessuto produttivo, che in gran parte ha resistito al pesante periodo vissuto, e che naturalmente perdurerà ancora per un certo tempo, ha perso una significativa parte, quella meno adatta a reggere il confronto con il mercato sul piano della qualità, e sta nuovamente recuperando quelle caratteristiche di eccellenza che l'hanno sempre contraddistinto.

La fiducia nel futuro prossimo, che porta con sé la disponibilità alla spesa, tocca anche l'importante settore della salute. Nel nostro caso, del settore dentale.

Gli studi che hanno retto, e quindi che hanno investito in organizzazione in modo serio, sfruttando bene il periodo difficile, sono adesso in pole position nel momento dell'avvio della ripresa. Gli indicatori ci sono e sono collocati maggiormente al Centro-Nord. Ne elenco alcuni.

- Aumento dei nuovi pazienti a cui si presentano preventivi. La percentuale in quest'area, sul nostro solito target, è +10/15%.
- Variazione della tipologia di cure richieste e accettate. Ancora nel 2013/2014 i preventivi non accettati inferiori a 500,00 € hanno raggiunto dei picchi del 72%. Il che deve essere interpretato come, in situazioni sociali di paura e di insicurezza, sono le spese "piccole" ad essere sospese, posticipate o eliminate. Attualmente, in certe aree del Nord, tali preventivi sono pressoché scomparsi.
- In termini generali, sommando cioè i preventivi proposti a pazienti nuovi con quelli a pazienti abituali, il numero non è aumentato in modo significativo. Forse c'è addirittura una leggera tendenza alla diminuzione di pazienti storici. Ma variano le tipologie di prestazioni richieste, più rilevanti, impegnative e quindi più costose. Tant'è che abbiamo un reale aumento di acquisizione del valore globale dei preventivi accettati. Questo fenomeno si era già verificato negli anni 2008/2009. Ciò che occorre tenere sotto controllo non è il numero dei preventivi accettati o proposti (anche), ma il valore globale da essi rappresentato.

L'analisi sistematica dei preventivi è un importane strumento di comunicazione aziendale a fini economici, anche detto superficialmente marketing.

Conoscere, e quindi prevedere, il comportamento del nostro pacchetto pazienti a fronte di un preventivo significa mettere a punto il linguaggio, i modi e i tempi per muovere con il massimo delle chance per raggiungere l'obiettivo, cioè farlo accettare. In questo momento di ripresa, seppur lenta, del mercato occorre utilizzare tutti gli strumenti che possono essere utili. L'analisi dei preventivi è uno di questi.

Echi del terremoto del Nepal: «Siamo ancora sotto shock»

In uno dei peggiori terremoti degli ultimi 80 anni, più di 10.000 persone, secondo le stime, sono morte in una settimana nella Repubblica Federale Democratica del Nepal. Il dott. Sushil Koirala, dentista, che nella capitale Katmandu vive e dove pratica l'odontoiatria, è stato vittima diretta del disastro. Dental Tribune Asia Pacific ha avuto modo di parlare brevemente con lui della situazione nel Paese e sul modo in cui la comunità internazionale può aiutare a superare la crisi umanitaria.

Il terremoto ha avuto un effetto devastante sulle infrastrutture del Paese e sulla gente. Qual è attualmente la situazione a Katmandu e in che modo lei è stato colpito?

La situazione nella capitale rimane molto difficile a causa degli ingenti danni a molti edifici pubblici, uffici governativi e scuole. Quasi 7500 vite sono state perse e 14.500 ferite. I sopravvissuti sono traumatizzati. Dal punto di vista fisico io e la mia famiglia stiamo bene, ma siamo ancora in stato di shock. I miei figli sono sconvolti: erano da soli a casa durante la prima scossa. Alcuni miei collaboratori, quelli negli ospedali e nelle cliniche, hanno purtroppo perso la casa e devono stare dai parenti.

Qual è la situazione dei suoi colleghi in altre parti del Paese?

La maggior parte è illesa, ma molti si trovano alle prese con gravi danneggiamenti degli studi. La maggior parte dei reparti ospedalieri odontoiatrici a Katmandu è chiusa e gli addetti non sono in condizioni di lavorare perché impegnati a ricostruirsi una vita. Si calcola che più di 8 milioni di persone in 39 dei 75 distretti del Paese sono state colpite. Le zone più colpite sono stati i distretti del centro Nepal: Bhaktapur, Dhading, Dolakha, Katmandu, Kavre, Lalitpur, Nuwakot, Ramechhap, Rasuwa e Sindhupalchowk, oltre a quello di Gorkha nella parte occidentale.

Ci sono state prese di contatto da parte della comunità dentale?

Sono lieto di aver ricevuto da tutto il mondo molte e-mail con gli auguri da parte degli amici del dentale. È gratificante sapere che molti hanno dato un sostegno alle vittime del terremoto del Nepal. Alcuni produttori hanno dichiarato l'intenzione di aiutarci nella riabilitazione dei bambini colpiti.

Nonostante la risposta immediata dell'India e dei Paesi occidentali, i soccorsi sembrano essere insufficienti. È anche questa la sua impressione?

La comunità internazionale ha offerto un sostegno immediato e noi abbiamo apprezzato l'aiuto. Tuttavia, 39 dei villaggi più colpiti sono in località lontane, racchiusi da montagne. Di qui l'ostacolo a soccorsi efficaci e ritardi nella consegna dei beni di prima necessità. In questi villaggi vi sono ancora molti in attesa di cibo e riparo. Inoltre, nonostante gli sforzi compiuti dall'esercito, polizia e Croce Rossa del Nepal, come dalle organizzazioni internazionali, operanti 24 ore al giorno e 7 giorni su 7, manodopera e forniture appaiono ancora inadeguate.

Secondo lei, come, sul lungo periodo, il disastro inciderà sull'infrastruttura del Paese?

I fondi destinati alla ricostruzione del Nepal dipendono principalmente dagli aiuti stranieri. Ricostruire le infrastrutture colpite dal terremoto richiederà circa 200 miliardi di dollari, cifra che il governo prevede di raggiungere soprattutto attraverso finanziamenti internazionali. Tuttavia, il danneggiamento delle infrastrutture influenzerà sicuramente in modo negativo la crescita economica del Nepal.

Quanto al riavvio dello studio, sarò in grado di iniziare nuovamente quando il mio staff sarà psicologicamente pronto. La vita quotidiana a Katmandu è ancora stressante per via delle frequenti scosse, la gente è rimasta terrorizzata. In queste condizioni, non mi aspetto certo che i pazienti vengano per farsi curare i denti, se non in caso di emergenza.

Quali sono secondo lei le azioni più importanti per migliorare la situazione e come può la comunità dentale internazionale essere d'aiuto?

Nei villaggi colpiti oltre il 95% delle case e delle infrastrutture sono state danneggiate. La ricostruzione a favore delle vittime del terremoto sarà pertanto una grande sfida per il Paese. Personalmente ritengo che per superare questo difficile momento si abbia bisogno di sostegno da parte di ogni individuo e professionista in Nepal. Abbiamo avviato un progetto umanitario, il Dental Community for Humanity – Nepal Earthquake Relief Project, sotto l'egida della Fondazione Punyaarjan, organizzazione senza scopo di lucro che si dedica al sostentamento dei bisognosi, che si propone di sostenere i bambini poveri nei villaggi lontani. Faccio umilmente appello alla comunità internazionale del dentale perché porti avanti questa causa. Con le donazioni e il sostegno riporteremo il sorriso sulla bocca dei bambini poveri.

Per maggiori informazioni su come sostenere the Dental Community for Humanity project, si prega di contattare il dott. Koirala all'indirizzo e-mail: drsushilkoirala@gmail.com.

Dental Tribune Asia Pacific

Dental Community for Humanity

Accordo tra Confprofessioni e CIGIL, CISL UIL sul rinnovo del contratto degli Assistenti

Siglato lo scorso 17 aprile l'accordo di rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per i dipendenti degli studi professionali tra Confprofessioni (per l'ANDI, il segretario sindacale nazionale Alberto Libero) e CGIL, CISL e UIL

Ne dà notizia l'ANDI in una nota ricordando che il contratto (che interessa oltre un milione e mezzo di lavoratori tra cui quelli degli studi odontoiatrici) era scaduto nel settembre 2013 e che il nuovo accordo avrà validità fino al 31 marzo 2018 con decorrenza 1 aprile 2015. «La trattativa con i sindacati confederali è stata lunga e a tratti esasperante – riferisce Alberto Libero – in quanto spesso bozze governative sul mercato del lavoro si inserivano nella stesura del rinnovo contrattuale, modificando il testo concordato».

«Ritengo sia stato elaborato un buon contratto – continua Libero – che darà strumenti utili per rilanciare le assunzioni e ricreare quel clima di positività di cui tanto sentiamo la mancanza. Anche l'aspetto economico mi pare non incidere in maniera pesante sulla gestione dei nostri studi, soprattutto perché gli aumenti sono stati spalmati sul triennio. Anche il welfare contrattuale – sottolinea – è particolarmente favorevole non solo ai lavoratori ma anche a noi dentisti tramite i rimborsi per implantologia e ortodonzia».

«La parte più importante riguarda gli elementi normativi – rileva la nota ANDI – che aiuteranno i datori di lavoro ad accedere ad assunzioni con minori costi del lavoro, e quelli economici con aumenti salariali mantenuti in una percentuale intorno al tasso di inflazione e spalmati in cinque tranche sull'intero triennio (pari a 85 euro mensili a fine vigenza, per il terzo livello), senza corresponsione di una tantum (nonostante il lungo periodo dalla scadenza del precedente contratto). Uno degli elementi normativi introdotti, particolarmente interessante perché comprende una vasta platea di possibili lavoratori – sottolinea il comunicato ANDI – è la possibilità di un contratto ad hoc a condizioni agevolate per il reimpiego dei disoccupati da almeno 12 mesi, degli over 50 e dei giovani, anche con il progetto "Garanzia giovani", secondo una gradualità retributiva particolarmente favorevole».

Altra caratteristica è la rivisitazione della maturazione dei permessi per i neoassunti, con graduazione correlata all'anzianità di servizio. Particolare attenzione è stata posta alla contrattazione di secondo livello tramite la quale si potrà intervenire anche sulle modalità di organizzazione dell'attività dello studio, a partire dall'orario di lavoro. «Si è mantenuto il welfare dei dipendenti – continua la nota – erogato da Cadiprof (ad esempio è stato confermato il recente bonus economico per implantologia e trattamenti ortodontici per tutti i dipendenti degli studi di libero professionali in cura presso i soci ANDI aderenti al contratto), estendendolo anche ai titolari degli studi e ai collaboratori, in forme che verranno successivamente definite».

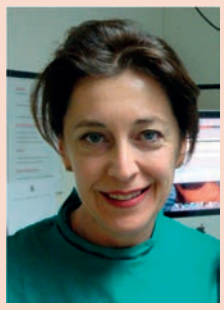
«Direi – conclude Libero – che abbiamo dato il nostro contributo a uscire da una situazione di crisi. Ora tocca al governo intervenire tramite gli studi di settore, accogliendo le nostre proposte di avere correttivi di crisi più incisivi ed essere meno punitivi con chi investe. Ma questa è la prossima sfida che come ANDI ci attende per un rilancio dell'attività e dei nostri redditi».

L'intesa raggiunta con i sindacati CGIL, CISL e UIL, precisa la nota ANDI, verrà sottoposta all'approvazione del Consiglio generale di Confprofessioni nelle prossime settimane.

Fonte: ANDI

Cosa cambia per gli ASO con il rinnovo contrattuale?

Risponde il segretario nazionale SIASO, Fulvia Magenga



È stato rinnovato il contratto di lavoro per gli studi professionali, che per la parte economica varrà tre anni. «Soddisfatti i sindacati di settore [...] il rinnovo rafforza le relazioni sindacali e premia l'impegno delle parti coinvolte a dare un impulso positivo al comparto, troppo spesso sottovalutato», la segretaria generale Filcams CGIL, Maria Grazia Gabrielli, così riassume la conclusione della trattativa.

Cosa cambia per gli ASO? La "chicca" dell'accordo è l'adeguamento della parte economica: «Pari a 85 euro a regime, per il terzo livello». L'ASO viene collocato nei livelli 4°, 4° super e 3°. La massa critica ASO è presente al 4°. L'aumento "a regime" viene così distribuito per i quarti livelli: € 14,02 (aprile 2015), € 14,02 (gennaio 2016), € 14,02 (settembre 2016), € 18,70 (marzo 2017), € 18,70 (settembre 2017). Quello complessivo, a settembre 2017, sarà di € 79,46, non di € 79,47, come riportato dalla tabella del rinnovo (non sarà l'errore a far la differenza). La Filcams CGIL lo definisce "adeguamento economico", termine improprio. Sostanzialmente si è ripartito un adeguamento in modo ragionevole per i datori. Infatti Alberto Libero, segretario sindacale ANDI dice: «Anche l'aspetto economico mi pare non incidere in modo pesante sulla gestione degli studi, essendo gli aumenti spalmati sul triennio».

ANDI dichiara testualmente: «La parte più importante del CCNL riguarda gli elementi normativi che aiuteranno i datori ad assumere con costi del lavoro minori e quelli economici, con aumenti contenuti attorno al tasso di inflazione e spalmati in cinque tranche nel triennio (pari a € 85 mensili a fine vigenza, per il 3° livello) e senza una tantum (malgrado il lungo periodo dalla scadenza del precedente CCNL)».

«Come segretario generale del Sindacato Italiano Assistenti di Studio Odontoiatrico (SIASO) non condivido l'entusiasmo della segretaria generale Filcams CGIL. In occasione dei rinnovi del CCNL, perché non avvalersi della competenza SIASO (ogni volta proposta e rifiutata)?».

Fulvia Magenga

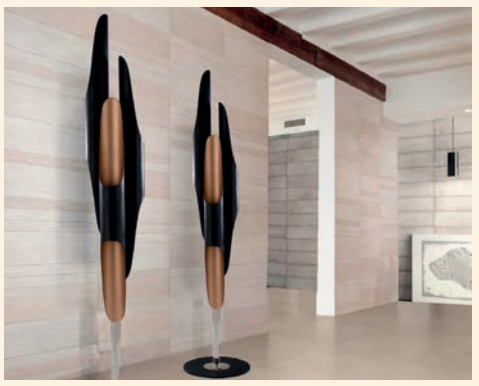
L'auspicio di Anna Girardi, segretario AIASO

Colto al volo anche il commento di Anna Girardi, segretario del sindacato AIASO (Associazione Italiana Assistenti Studio Odontoiatrico): «Auspichiamo che le migliorie economiche, sia pur molto contenute, e la possibilità di reintegri e di nuove assunzioni si concretizzino al più presto, e rivolgiamo un cordiale ringraziamento gli ASO che si sono adoperati per la conclusione della trattativa».

Dental Tribune Italia

Materiali antibatterici nello studio Ma che significa veramente?

Spesso in commercio si sente parlare di materiali con proprietà antibatteriche, ma che cosa significa realmente? Non ci si riferisce tanto al senso lessicale del termine, ma quanto alla reale efficacia attuativa dei materiali. Innanzitutto bisogna fare chiarezza sul concetto di azione antibatterica. Ci possono essere due tipologie di azioni antibatteriche: una limitata nel tempo e una continuativa nel tempo. Al primo caso appartengono tutti quei materiali (come i prodotti disinfettanti e d'igiene) che uccidono i batteri presenti in un momento specifico, ma non intervengono sui batteri che si depositano successivamente. Al secondo gruppo appartengono tutti i materiali che hanno la capacità di uccidere o degradare i batteri in maniera prolungata e costante nel tempo; sono questi che ormai da più di una decina d'anni hanno visto crescere la loro presenza in ambito architettonico, specialmente in quello sanitario.



Semplificando, i materiali antibatterici possono essere raggruppati in base alle proprie modalità operative e tecniche: un gruppo è composto da materiali ottenuti tramite alterazioni chimiche e nanometriche per implementare gli stessi materiali, altrimenti intrinsecamente incapaci all'azione antibatterica; un altro gruppo raccoglie materiali la cui proprietà antibatterica già presente nella struttura chimica del materiale stesso è stata enfatizzata (rame, argento, oro, zinco per esempio); l'ultimo gruppo è composto da materiali che presentano al loro interno composti chimici (biossido di silicio, biossido di titanio) in grado di attivare reazioni chimiche naturali allo scopo di disattivare la carica virale dei batteri. Anche se per ogni gruppo esistono diverse modalità e tecnologie antibatteriche, quelle ormai più consolidate nel panorama architettonico sono tre: ioni di argento (per il primo gruppo); rame (per il secondo gruppo); e il biossido di titanio (per il terzo gruppo).

A differenza del primo e del secondo gruppo in cui l'agente antibatterico è inserito all'interno di un composito o un altro materiale, per quanto riguarda il rame (Antimicrobial Copper Cu+) è il materiale stesso che in massa funziona come antibatterico, questo implica un utilizzo limitato a maniglie, interruttori, rubinetterie, tubature (raramente per gli elevati costi) e piani di appoggio.

Diversamente gli ioni d'argento (Ag+) vedono un uso maggiore, in materiali quali piastrelle, vernici, lastre, laminati, tessuti, membrane, piani in marmo e pietre ricostruite. La loro azione antibatterica (sia nei confronti dei batteri grampositivi che gramnegativi), fungicida e inibente la crescita delle spore (di un certo numero di funghi patogeni), è data dal rilascio degli stessi ioni, inseriti con diverse modalità (fitoriduzione, nanotecnologie) all'interno del materiale.

Discorso più complesso per il biossido di titanio (TiO_2), perché sfruttando il fenomeno naturale della fotocatalisi, oltre all'azione antibatterica, migliora le condizioni dell'aria, regola l'umidità, elimina la formazione di cattivi odori, riduce significativamente (fino al 70%) molti degli agenti inquinanti presenti nell'aria ed è repellente allo sporco. A differenza dei due gruppi percenti poiché l'azione antibatterica è data dalla fotocatalisi in cui il TiO_2 agisce solo come attivatore del fenomeno, esso non si degrada e così non perde le proprie proprietà nel tempo, restando sempre attivo e capace di innescare continuamente il succitato fenomeno. Le sue applicazioni architettoniche sono le più ampie: piastrelle, lastre, vernici, rivestimenti, laminati, impasti, cementi, piani in marmo, pietre rigenerate, prodotti tessili e membrane.

Bisogna però fare ancora alcune precisazioni. Qualitativamente i tre gruppi hanno un'azione antibatterica di tipo batteriostatica e non battericida. Quantitativamente bisogna fare molta attenzione a come i principi attivi antibatterici vengono inseriti nel materiale: laminature o strati superficiali (spessori nanometrici) rischiano l'esaurimento, in breve tempo, dei principi attivi a causa dell'abrasione o della ridotta quantità del principio. Di solito è meglio usare materiali che hanno inseriti in massa o a strati profondi il principio attivo.

Per quanto riguarda gli ioni d'argento (Ag+), questi inseriti con diverse modalità (fitoriduzione, nanotecnologie), all'interno del materiale, hanno un'attività antibatterica sia nei confronti dei batteri grampositivi che gramnegativi e sono anche in grado di svolgere un'azione fungicida inibire la crescita delle spore di un certo numero di funghi patogeni. Vedono un uso amplissimo, in materiali quali piastrelle, vernici, lastre, laminati, piani in marmo e pietre ricostruite, fino ai tessuti e alle membrane.

Massimo Tiberio, *architetto in Torino*

Ecco i materiali eco-attivi

Per mantenere la pulizia ma anche l'estetica

I materiali eco-attivi sono materiali (artefatti dall'uomo) che, sfruttando il fenomeno naturale della fotocatalisi, permettono di migliorare le condizioni dell'aria in ambienti confinati (e non), di regolarne l'umidità, di contrastare efficacemente la formazione di cattivi odori, di bloccare miratamente le radiazioni UV, di neutralizzare i batteri, di ridurre significativamente molti degli agenti inquinanti presenti nell'aria e di essere repellenti allo sporco, il tutto in maniera continuativa e duratura nel tempo.

L'essere "attivo" di questi materiali dipende dal fatto che la loro azione si attiva automaticamente in presenza della luce e senza la necessità di un intervento (meccanico o manuale) di terzi. Questo si traduce in un minore impatto ambientale complessivo con consistenti risparmi legati ai consumi energetici, alla manutenzione, con buona riduzione delle relative emissioni e con l'ottima garanzia di salubrità e igiene degli ambienti e superfici.

La fotocatalisi è un fenomeno (similare alla fotosintesi clorofilliana) in cui una sostanza (il fotocatalizzatore) alla presenza della luce (naturale o artificiale) innesca una reazione chimica, principalmente di natura ossidativa, delle sostanze inquinanti e microbiche presenti nell'aria decomponendole in sostanze organiche o inorganiche non nocive o utili al miglioramento qualitativo dell'ambiente stesso.

Attualmente il fotocatalizzatore più utilizzato per i materiali edili è il biossido di titanio (TiO_2) perché agisce solo come attivatore del fenomeno senza parteciparvi (questo permette di non degradarsi, di non perdere le proprie proprietà nel tempo), così da restare sempre attivo e capace di innescare continuamente il processo di fotocatalisi. Altra peculiarità del TiO_2 è di innescare la fotocatalisi in presenza non solo di luce, ma anche di ossigeno.

Le proprietà eco-attive, oggigiorno, si possono trovare in diverse tipologie e forme di materiali per esempio in piastrelle, lastre, vernici, rivestimenti, impasti, cementi, prodotti tessili, membrane, ecc. Ciò che determina la qualità dei materiali eco-attivi è la modalità di incorporazione della tecnologia nel prodotto. Il TiO_2 deve essere parte integrante della materia dell'elemento (semplici trattamenti superficiali a strati sottilissimi rischiano di diventare inefficienti in materiali sottoposti a costante abrasione) e deve avere dimensione micrometrica e non nanometrica (escludendo così ogni rischio per la salute dell'uomo e dell'ambiente).

Il processo di fotocatalisi attivato dal biossido di titanio decompone e trasforma gli elementi inquinanti e tossici (ossidi di azoto, ossidi di zolfo, fumo di sigaretta, odori, ammoniaca, anidride solforosa, benzene, etanolo, polveri sottili) in composti innocui come nitrati, solfati, carbonati e sali, riducendo fino al 70% gli inquinanti presenti nell'ambiente (per esempio 1000 m^2 di piastrelle "eco-attive" equivalgono all'effetto benefico di 300 alberi o a 220 m^2 di fogliame).

A livello batterico elimina pericolosi ceppi batterici e neutralizza la loro pericolosità decomponendoli e danneggiando irrimediabile le pareti cellulari (*Escherichia Coli, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae*). Il biossido di titanio esercita sullo sporco che quotidianamente si deposita sui pavimenti e rivestimenti un duplice effetto: da un lato la sua idrofilia attira e trattiene sulla superficie delle molecole d'acqua contenute nell'aria, inibendo così allo sporco (di natura inorganica) e allo smog di aderire; dall'altro lato invece lo sporco di natura organica subisce lo stesso processo di degrado che avviene per gli agenti inquinanti e i batteri. Questi due aspetti permettono sia l'inalterato mantenimento nel tempo dell'integrità estetica della superficie, sia l'assicurazione di una maggior pulizia delle stesse superfici senza l'uso di detersivi aggressivi, bastando prodotti di origine naturale o semplicemente l'acqua.

Massimo Tiberio

Passaggio generazionale: necessità e opportunità

Secondo le statistiche, da anni la professione medica soffre di un progressivo invecchiamento. Questa situazione è una sfida per il sistema sanitario, ma lo è anche per gli studi professionali, dove il titolare (o i soci anziani) qualora si avvicini il momento del pensionamento, per non rischiare la dissoluzione del patrimonio aziendale accumulato, deve affrontare per tempo il problema del passaggio generazionale. Il professionista maturo potrebbe aver già individuato nell'ambito della cerchia familiare il proprio successore naturale, o essere alla ricerca di un erede professionale al di fuori. Nel primo caso, il problema del passaggio generazionale si confonde con il fenomeno successorio – la successione nel patrimonio –, nel secondo caso, la ricerca di un successore "spirituale" sfocerà probabilmente nella cessione dello studio (o di quota parte), con problematiche più affini a quelle di una cessione di ramo d'azienda.

Dal punto di vista giuridico lo studio professionale non rientra in senso stretto nel "patrimonio del professionista": vi possono rientrare i beni strumentali (i muri, i riuniti, il magazzino), ma non necessariamente il portafoglio clienti, a norma degli artt. 2229ss CC il medico con il proprio paziente ha, infatti, un rapporto di prestazione d'opera intellettuale caratterizzato da un lato da un elemento fiduciario ineludibile (il paziente può cambiare medico in qualunque momento), dall'altro si esaurisce nella prestazione; una volta conclusa la quale non vi sono contratti duraturi da valorizzare.

Per portare in valore lo studio è quindi necessario organizzarlo sotto il profilo legale in modo da trasformare il valore-lavoro ivi contenuto in valore suscettibile di valutazione finanziaria, e successivamente di cessione. La Cassazione, con la sentenza 2860/2010, considerata in letteratura un'innovazione importante, ha qualificato il passaggio oneroso di clientela da un professionista a un altro in termini di presentazione di clientela, sancendo definitivamente la validità, ad alcune condizioni, del contratto cosiddetto di "cessione" della clientela professionale: grazie all'innovazione diviene più agevole gestire strategie di subentro di nuovi soggetti in realtà che consentano di realizzare la monetizzazione del valore-lavoro accumulato dal professionista.

In entrambi i casi è importante che egli pianifichi la strategia di successione sotto il profilo organizzativo, legale e fiscale per selezionare per tempo l'erede e organizzare lo studio minimizzando il costo fiscale e il rischio legale.

Una buona operazione di passaggio generazionale può, in estrema sintesi, essere coronamento di una vita professionale di successo.

Dr. Tomaso del Vaschetto, *area legale Lessicom*

NOVITÀ

SR Vivodent® S PE

La scelta decisiva per soddisfare le tue esigenze

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

2015
UN ANNO
CON NOI

SPECIAL EVENT GRATUITO

La protesi rimovibile:
presente e futuro.

Hotel Rome Cavalieri
ROMA, 13 Giugno 2015

Milan Marriott Hotel
MILANO, 20 Giugno 2015

Novotel Bologna Fiera
BOLOGNA, 12 Settembre 2015

Grand Hotel Vesuvio
NAPOLI, 3 Ottobre 2015

Le iscrizioni sono da effettuarsi esclusivamente on-line,
compilando la scheda di iscrizione sul sito
www.ivoclarvivadent.it/unannoconnoi

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

The Essential Addition

for Your Successful Practice

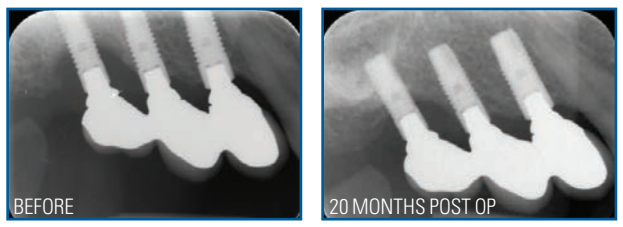
The WaterLase iPlus Version 2.0,
from the global leader in dental lasers, expands and enhances
the treatments you can offer your patients, reflecting the almost universal interest in practice growth.

- Delight patients with gentle, minimally-invasive procedures
- Expand your treatment offerings with REP*ai*R™
- Enable faster healing times and improved comfort*
- All-new SureFire™ YSGG Delivery System, the new gold standard in all-tissue laser delivery systems

WaterLase is the all-tissue laser trusted by the most dentists worldwide, with over 27,300,000* patients treated. Its unrivaled clinical versatility – with the ability to treat hard tissue, soft tissue and bone – gives you unmatched results in treatment outcomes and outstanding ROI... making it the essential addition for your successful practice.

REPaiR

Regenerative **E**r,Cr:YSGG **P**eriodontitis **R**egimen



Courtesy of Dr. Rana Al-Falaki

"The WaterLase iPlus is an integral part of every procedure I do. The results we achieve are outstanding, with so much less stress, so much more fun and so much more comfort for patients."
— Dr. Rana Al-Falaki, London, UK

Introducing the New and Improved
WaterLase iPlus™ Version 2.0

SureFire REPaiR

Upgrade Available
for current WaterLase iPlus owners.

Grow your practice with WaterLase.
Contact your BIOLASE distributor today.

The NEW BIOLASE
Global Leadership in Lasers

Practice Growth. Assured.

BIOLASE Europe GmbH Paintweg 10, 92685, Floss, Germany • +0049 9603 80802 • biolase.com

©2015 BIOLASE, Inc. All rights reserved. *Data on file.

Le infezioni post-operatorie nella chirurgia odontoiatrica

Mauro Labanca, *MD DDS FICD*

‹ pagina 1

È infatti noto che, affinché la guarigione di una qualunque ferita chirurgica avvenga in maniera corretta e predicibile, è necessario che vengano soddisfatte due condizioni che definirei "cardine": che la ferita non sia soggetta a traumi e che non si sovra-infetti. Nel cavo orale questi due fattori difficilmente possono venire rispettati. È assolutamente noto che il cavo orale, in quanto tratto iniziale dell'apparato digerente, è un ambiente contaminato per definizione e il rischio di infezione durante un intervento chirurgico intra-orale è aumentato rispetto ad altre chirurgie e paragonabile a interventi a carico dell'intestino. È infatti praticamente impossibile ottenere una condizione di asepsi a causa del grande numero di microorganismi presenti; come tutti sappiamo batteri, funghi e protozoi vivono nei tessuti molli creando biofilm. Il ciclo di vita del biofilm dipende dall'attacco, dalla colonizzazione e dalla proliferazione di questi microorganismi.

La normale flora batterica intra-orale è variabile e consiste in batteri aerobi e anaerobi potenzialmente patogenetici[2]. La riduzione temporanea della conta di questi batteri può ridurre il rischio di infezione post-operatoria[3].

Quindi quando viene eseguita una procedura chirurgica è necessario ricordare che la ferita non è mai sterile e quando si ha un infezione spesso la stessa è correlabile alla flora batterica presente sulla cute periorale.

Le ferite chirurgiche causate dai chirurghi orali inoltre sono continuamente soggette a traumi: masticatori; per appoggio protesico; per il movimento della lingua o dei muscoli peri-orali. Questo tipo di traumatismo, involontario e ripetuto, non è di fatto eliminabile in alcun modo e ovviamente contribuisce in maniera significativa alla riduzione della velocità di guarigione della ferita stessa.

Anche parlando con giovani colleghi, molto spesso noto come venga posta gran parte dell'attenzione alla sequenza operativa, senza considerare quale è il vero elemento condizionante l'esito dell'intervento: la corretta guarigione della ferita. Infatti se si manifesta una sovra-infezione della ferita con deiscenza del lembo, l'intervento stesso e/o il materiale innestato rischiano di andare incontro a fallimento e a insuccesso. Quindi è fondamentale che come obiettivo ci si ponga la guarigione del lembo per prima intenzione e che la ferita, nonostante si trovi in ambiente infetto e dinamico, sia "protetta" da sovra-infezioni e da traumi. Ma come prevenire un infezione post-operatoria?

Ritengo, anche rifacendomi alla letteratura e alla mia pluriennale esperienza come chirurgo di pronto soccorso prima e come chirurgo orale poi, che ci siano differenti parametri da prendere in considerazione quando viene eseguito un intervento di chirurgia orale: l'esperienza dell'operatore; la durata dell'intervento stesso; i fattori di rischio concomitanti; l'asepsi del campo operatorio; la scelta dei materiali utilizzati.

Va inoltre ricordato che quando si parla di chirurgia orale non si deve intendere unicamente l'implantologia o le varie tecniche rigenerative. Anche una apparentemente banale avulsione può a pieno titolo essere considerata una chirurgia e come tale soggetta come le altre a rischio di infezione con più o meno gravi effetti collaterali per il paziente (Fig. 1).

Passiamo ora in rassegna i sopraindicati fattori di rischio per poterli meglio esaminare singolarmente (Tab. 1).

Esperienza

Nell'esecuzione di un intervento chirurgico l'esperienza risulta essere un elemento determinante. È stato riportato che chirurghi con meno esperienza hanno un rischio di infezione 4 volte più alto rispetto a chirurghi maggiormente esperti[4]. L'esperienza non è sicuramente un parametro su cui è possibile agire (se non invecchiando e lavorando molto!), ma è necessario prenderne atto, e quindi giovani colleghi che affrontano la chirurgia dovranno porre maggiore attenzione al loro operato consci di questo aspetto.

Durata

Nel definire la durata dell'intervento due fattori devono essere presi in considerazione: la durata in senso relativo e quella in senso assoluto. Il valore assoluto indica il tempo necessario all'esecuzione della procedura chirurgica in condizioni ottimali e con operatore della adeguata esperienza. In sostanza il giusto tempo di esecuzione, senza essere frettolosi ma anche senza inutili perdite di tempo. Quando invece inesperienza o insicurezza determinato un allungamento di questa durata temporale, si parla di durata relativa: in sostanza il tempo impiegato ma che avrebbe potuto essere ridotto.

È stato riportato che la durata dell'intervento inferiore a 1 ora ha un rischio di sovra-infezione dell'1,3%, mentre questo rischio aumenta al 4% se l'intervento ha una durata di circa 3 ore. Il rischio di sovra-infezioni post-operatorie raddoppia ogni ora in più di intervento[5].

Ancora una volta giova ricordare che questi valori si riferiscono alla durata corretta dell'intervento. Per chiarire, se un intervento ben eseguito dura un'ora il rischio è 1,3%, se dura 3 ore sale al 4%. Ma se quell'intervento eseguibile in un'ora dura 3 ore a causa dell'inesperienza dell'operatore il rischio di infezione aumenta considerevolmente oltre l'1,3% sopra detto.

Fig. 1 - Grave infezione facciale conseguente all'estrazione di un terzo molare inferiore.

Fattori di rischio	
Esperienza	
Durata	Durata dell'intervento relativa e assoluta.
Fattori sistemici	Età, diabete, disordini autoimmunitari e sistemici, fumo, assunzione di farmaci.
Antisepsi	Modalità di allestimento della sala, utilizzo di antibiotici locali e sistemici.
Materiali utilizzati e innestati	Impianto, materiale da riempimento, membrana, fili di sutura.

Tab. 1 - Fattori di rischio in chirurgia orale.

Fig. 2 - Tavolo chirurgico sterile adeguatamente allestito.

Fig. 3 - Inadeguata preparazione di una tavolo operatorio.

Fattori sistemici

Esistono fattori sistemici che promuovono la sovra-infezione del coagulo sanguigno tra cui diabete non compensato (che provoca anche una guarigione molto più lenta del normale), disordini autoimmunitari e sistemici e fumo[6-8]. L'assunzione concomitante di farmaci deve inoltre essere sempre considerata attentamente per evitare che alcuni di essi possano pesantemente interferire con le modalità di guarigione (basti pensare ai bifosfonati, problema sempre più presente nella nostra attività clinica). Anche l'età del paziente è da valutare attentamente; nella procedura di avulsione di un terzo molare il rischio di complicanze post-operatorie è del 10% in un paziente di vent'anni e del 30% in un paziente di 40 anni[9]. L'età infatti comporta molto spesso assunzione di farmaci e abbassamento delle difese immunitarie oltre alla presenza di sindromi concomitanti.

Antisepsi

Diversi studi hanno evidenziato come, in chirurgia orale e implantare, sia sufficiente l'allestimento di una sala cosiddetta pulita per aver una percentuale di successo sovrapponibile a quella ottenibile con una sala allestita in maniera sterile[10,11] (Fig. 2).

Questo dato può e deve essere interpretato in due modi differenti. Da una parte significa che non è pertanto necessario allestire il nostro studio come se fosse una vera e propria sala operatoria ogni qualvolta noi eseguiamo un intervento; per contro, significa che non mettere almeno in atto quelle procedure minime di preparazione della sala e del campo operatorio, ottenibili con poco tempo e un modesto investimento economico, potrebbe comportare un inutile e significativo aumento del rischio di insuccesso o di infezione del sito operato (Fig. 3).

La prescrizione di una antibioticoterapia per via sistemica, prevista da gran parte delle linee guida esistenti, è sicuramente una importante e utile procedura aggiuntiva volta a diminuire la carica batterica normalmente presente nel cavo orale, ma di per sé non è sufficiente a scongiurare il rischio di infezione. Quindi, seppur prescritta, non deve essere considerata sostitutiva della applicazione di tutte le necessarie norme di antisepsi.

› pagina 10