

All'interno lo speciale
LASER TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno VII n. 2

Febbraio 2011

Euro 3,00

Associazione Amici di Brugg

IL CONGRESSO PER TUTTO L'ANNO CREDITI ECM ONLINE

54° Congresso Amici di Brugg

Programma UNIDI

Accreditato ECM

PARCHEGGIO GRATUITO IN FIERA PER TUTTI GLI ISCRITTI

SABATO POMERIGGIO: INTERVENTO IN DIRETTA TV IN ALTA DEFINIZIONE

Scopri tutto il PROGRAMMA e tutte le NOVITÀ del 54° Congresso Amici di Brugg su www.amicidibrugg.it



News e Commenti

L'INVIO ALL'OSPEDALE DI PAZIENTI PROBLEMATICI

Inizia la collaborazione di Marco Mozzati, Responsabile del Servizio di Chirurgia Orale della Dental School di Torino. Si parla di rinvio all'ospedale di pazienti problematici.

> pagina 4



L'Intervista

PRESENTE E FUTURO SIE E DELL'ENDODONZIA

Dopo il Congresso nazionale Sie, Dental Tribune ha intervistato Marco Martignoni, il nuovo presidente della Società, sul suo incarico e sulle prospettive future dell'Endodonzia.

> pagina 26

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper - Italian Edition

online adesso!

www.dental-tribune.com

Delogu: le sfide della nuova dirigenza Aio nel prossimo triennio



Pierluigi Delogu.

Lo scorso 5 dicembre 2010, l'Assemblea elettiva Aio ha eletto il nuovo Consiglio direttivo: sarà Pierluigi Delogu - odontoiatra di Sassari, classe 1962, specializzato in ortognatodonzia, e già segretario nazionale - a guidare l'Aio fino al 2013.

Dental Tribune l'ha incontrato subito dopo la sua nomina.

Quale funzione intenderà svolgere l'Aio nel prossimo triennio?

L'Aio, ne sono sicuro, svolgerà sempre di più, un ruolo politico centrale e ricco di proposte operative in virtù dell'elasticità operativa dell'organizzazione e di un gran fermento di idee all'avanguardia. La ridotta età media degli iscritti diventa un fattore determinante di una mentalità associativa rivolta all'innovazione e alla comunicazione attraverso le nuove tecnologie. Su questo aspetto siamo stati i primi in campo odontoiatrico ad operare, e nei prossimi tre anni intendiamo spendere molte energie per creare, all'interno dell'ambito dentale e all'esterno, un'immagine

ne del socio Aio ben identificabile e riconoscibile come un valore aggiunto.

C'è qualche punto particolarmente qualificante di tale azione?

È quello di puntare al concetto di "etica del socio Aio": non un concetto astratto, bensì pratico e ricco di contenuti. Etica nella professione, con il paziente al centro dell'attività, e la salute orale come primo obiettivo. Vogliamo affermare con forza il concetto di professione intellettuale basata sull'atto medico, cancellando con decisione dal nostro vocabolario le parole "impresa" e "mercato".

→ **DT** pagina 2

Via libera all'uso di emocomponenti

Abbiamo spiegato in precedenti articoli come attraverso convenzioni con i Servizi Trasfusionali competenti per territorio, la Regione Lombardia avesse di fatto liberalizzato la "processazione" degli emocomponenti anche al di fuori del Servizio Trasfusionale, purché sotto il suo controllo. Su questa linea si sono mosse, nella seconda metà del 2010, il Veneto (Delibera di Giunta Regionale 27 luglio) e il Piemonte (DGR 29 dicembre). Curioso notare come il sistema veda in "prima linea" le tre grandi regioni del Nord, affiancate dalla sola Toscana; nelle altre 16, il nulla, ovvero una totale mancanza di norme certe che diano all'odontoiatra una tranquillità a prova di NAS e al paziente controlli qualitativi indispensabili quando si manipola il sangue, pur autologo. Sotto un profilo squisitamente giuridico, interessante notare come nelle delibere citate una costante sia data dal percorso formativo che dovrà caratterizzare il "referente clinico" (l'odontoiatra),

→ **DT** pagina 7

Aso: gli "angeli di Studio"

In questi anni, con maggior frequenza si sprecano scritti sulle principali riviste del settore ed interventi in convegni, prendendo atto di una trasformazione della realtà professionale in funzione dei profondi mutamenti socio-politico-economici che interessano i cittadini-pazienti, interlocutori

primari della professione odontoiatrica. Tutti i suoi principali attori ne sono coinvolti e quindi anche il personale di Studio, con evidente riferimento a quelli che vengono definiti "Aso" (Assistenti di Studio Odontoiatrico).

→ **DT** pagina 5

L'apnea ostruttiva del sonno



In un'intervista a Dental Tribune, J. Brian Allman, fondatore della terapia ATM e del Centro del sonno del Nevada, parla di apnea ostruttiva del sonno (OSA) e del ruolo che i dentisti possono svolgere nella diagnosi e trattamento.

Allman, secondo cui "le vie respiratorie sono il re e il volume della lingua è la regina", auspica che tutti diventino esperti del "sonno dentale".

→ **DT** pagina 6

Sensitive Pro-Sollievo

PROGRAMMA DI TRATTAMENTO

Colgate

IL TUO PARTNER NELL'IGIENE ORALE

GABA Vobas

www.colgateprofessional.it

AL PENSIERO DEL DENTISTA NASCE SUBITO UN BEL SORRISO

Silfradent Medica
L'alta tecnologia parla italiano

COMBIOSS
LEADING BONE GENERATION

COMBIOSS IL MATERIALE DI SINTESI IDEALE PER L'INNESTO OSSEO

Altamente poroso, osteoconduttivo, 100% riassorbibile, 100% sintetico

Il CombiOSS viene prodotto in conformità ai più elevati standard di qualità ed è privo di materiali di origine umana o animale. CombiOSS è una formazione granulare porosa di β -tricalcio fosfato sintetico (β -TCP) a fase pura superiore al 99%, progettato per il riempimento di difetti e cavità ossee. Esprime il suo massimo potenziale osteoconduttivo associato alla tecnologia CGF - Round up (Concentrated Growth Factors).

Ref. CBO 500-05
0,5 ml 315-500 μ m

Ref. CBO 1000-10
1,0 ml 500-1000 μ m

silfradent

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

Editoriale

Guardando
al futuro
oltre l’Odontoiatria



Carissimi lettrici e lettori, il mese di gennaio si presenta pieno di propositi e program-mazionitali da creare un senso di ansia, quasi di incapacità di riuscire a fare tutto. Spesso questa sensazione si trasferisce sui “massimi sistemi”, che vanno dall’economia globale alla politica nazionale, ai collaboratori (cercando capri espiatori) per finire sul “gigantesco” microcosmo: ma perché farò tutto questo? E cos’è la vita umana (domanda assai pertinente per un medico che spesso deve rispondere a terzi)? I dissemi natalizi hanno anche questi effetti! Io e qualche altro fortunato abbiamo partecipato al Congresso organizzato dal Galeazzi di Milano (vedi servizio all’interno), e vi assicuro che dopo la lectio magistralis della ricercatrice Elena Cattaneo su “La sfida delle cellule staminali” (con applauso di oltre 12 minuti), molti di noi hanno ingranato la 6a marcia, guardando il percorso e l’obiettivo con ritrovata fiducia: è bastato seguire il percorso delle piccole cellule, le loro capacità nell’accettazione di un inevitabile destino che serve a comunità sempre più grandi (i nostri organi e il nostro corpo). E noi, agglomerato di cellule, siamo a disposizione per le nostre comunità e per l’intero sistema terra. Nessuno serve solo a se stesso. Ma come la cellula si differenzia, anche gli uomini con la loro “mission” professionale lo fanno (scegliendo; ma le cellule scelgono o no?). E chi lavora nel settore della medicina e della ricerca correlata, ha veramente responsabilità enormi nei confronti degli esseri umani e, in generale, del pianeta. Mi inchino, quindi, e rimango affascinata perché con il nostro lavoro possiamo in qualche modo contribuire. Tutto banale? Affatto. Presieduto da Weinstein, con l’importante collaborazione di Testori e del loro gruppo, il Congresso ha voluto mettere a disposizione anni di ricerca immediatamente applicabile al paziente nella rigenerazione e nel trattamento multidisciplinare dei denti, a partire dall’intero viso. Peccato che la platea fosse di appena 150 partecipanti, per lo più insegnanti, che guarda caso erano venuti lì. Come, ad esempio Gian Carlo Pescarmona, per aggiornarsi (perché non si finisce mai!). Temi difficili, trasformati in semplici spiegazioni comprensibili persino per i giornalisti, e che regalano agli operatori il sorriso (prima che ai pazienti). Soluzioni per la professione, ma anche per capire la vita e la propria “mission”.

L’Editore
Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueor.com

Delogu: le sfide della nuova
dirigenza Aio nel prossimo triennio

DT pagina 1

Etica nella comunicazione e informazione sanitaria attraverso forme di divulgazione veritiere, non concorrenziali e decorose; nel rispetto delle normative e dei protocolli di sicurezza; nell’ambiente lavorativo e verso i pazienti; nella gestione economica, portandoci a chiedere con forza la detraibilità delle spese odontoiatriche da parte dei pazienti, unico sistema di compensazione capace di innescare un circuito virtuoso non discutibile.

E sul piano più decisamente politico?

Abbiamo due grandi sfide da affrontare nei prossimi mesi: 1) la riforma degli Ordini professionali; 2) la riforma dell’esame di stato per l’odontoiatra. I tempi sono ormai maturi. Si è arrivati ormai alla consapevolezza generale che la professione debba otte-

nere un’autonomia gestionale da tempo rivendicata. Il concetto di autodeterminazione è fondamentale nella gestione del percorso. L’Aio ha avviato un dibattito interno con la costituzione di una commissione, per arrivare ad una proposta operativa su come deve tradursi, in pratica, l’organizzazione professionale ordinistica. Il suo lavoro, discusso dal Consiglio di Presidenza, arriverà all’assemblea, dopo un’attenta analisi periferica e porterà ad una proposta che si confronterà in modo propositivo, non pregiudiziale, con le altre realtà associative e istituzionali. La riforma dell’esame di stato che 5 anni fa, pur con l’accordo di Cao, di Associazioni di categoria e Università, venne bloccata in fase istruttoria per un parere negativo espresso dal garante dell’Antitrust che ci paragonò ad una attività commerciale. Oggi più che mai, con la futura estensione dei confini

europei, si deve creare un sistema di regolamentazione e controllo efficace, che dia garanzie ai cittadini sulla qualità di chi opera per la salute orale. Anche qui l’Aio ha avviato una commissione di studio che in breve proporrà un nuovo schema di esame di stato che preveda una fase di tirocinio post laurea e una nuova commissione valutativa.

Tra i temi “caldi” c’è anche la Formazione Continua?

Nell’Ecm l’Aio svolgerà un ruolo sempre più da protagonista nel suo ruolo di provider; puntando alla formazione residenziale, ma soprattutto a quella a distanza (Fad), considerato la formula elettiva dei prossimi anni vista la sua economicità. L’Aio da sempre considera un dovere etico del socio la formazione continua, chiedendo che venga favorito da forme di finanziamento (totale detrazione delle spese per i corsi e rivaluta-

zione degli studi di settore in base ai giorni di lavoro mancati per impegni formativi). È una battaglia ancor tutta da giocare.

E in campo solidale?

Abbiamo una “mission” da compiere. Con la solidarietà vogliamo creare una nuova immagine dell’odontoiatra Aio inserito nel terzo millennio, con nuova coscienza e grandi obiettivi aperti al confronto con le necessità della società. Un odontoiatra disponibile a forme di collaborazione verso chi mostra segnali di sofferenza. Iniziative come screening delle fasce deboli della società e interventi mirati a situazioni d’emergenza saranno sempre più perseguiti. Abbiamo la necessaria determinazione per raggiungere questo e gli altri obiettivi, con spirito positivo e scevro da condizionamenti.

m.boc

Callioni e Covani
tra gli esperti del CSS
Soddisfazione dell’Andi per la nomina

Con decreto 22 dicembre 2010, il Ministro della Salute Ferruccio Fazio ha nominato Roberto Callioni, past president Andi, tra gli Esperti del Consiglio Superiore di Sanità, il cui compito è supportare i membri del CSS nell’attività.

“Oltre a Callioni – sottolinea

un comunicato Andi – un altro Socio Andi è stato nominato nel gruppo: Ugo Covani, professore straordinario di malattie odontostomatologiche all’Università di Pisa”.

“La nomina di Callioni (già membro del Consiglio Superiore di Sanità dal 2007 al 2009

durante la sua Presidenza) – prosegue il comunicato – costituisce particolare motivo di orgoglio, e non solo per l’Associazione. Unico libero professionista tra gli Esperti e nello stesso CSS, Callioni – ne siamo certi – saprà difendere i valori della libera professione e potrà

affiancare e sostenere l’azione di Enrico Gherlone, anch’egli Socio Andi e attuale membro del CSS per le questioni d’interesse odontoiatrico”.

Il comunicato si conclude con gli auguri di proficuo lavoro del nuovo presidente Andi, Gianfranco Prada.



Ugo Covani.



Roberto Callioni.

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Group Editor

Daniel Zimmermann

Managing Editor

newsroom@dental-tribune.com

DT Asia Pacific

+49 341 48 474 107

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

Publisher Torsten Oemus

Editors

Claudia Salwiczek

Anja Worm

Editorial Assistant

Yvonne Bachmann

Copy Editors

Sabrina Raaff

Hans Motschmann

Publisher/President/CEO

Sales & Marketing

Director of Finance & Controlling

Marketing & Sales Services

License Inquiries

Accounting

Business Development Manager

Project Manager Online

Executive Producer

Torsten Oemus

Peter Witteczek

Antje Kahnt

Dan Wunderlich

Nadine Parczyk

Jörg Warschat

Manuela Hunger

Bernhard Moldenhauer

Alexander Witteczek

Gernot Meyer

Comitato scientifico

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

Comitato di lettura e consulenza tecnico-scientifica

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

Contributi

A. Botticelli, R. Callioni, L. Damia, G. D'Amico, P. Delogu, E. DiVito, S. Fiorentino, A.M. Genovesi, S. Grandini, M. Maggioni, M. Martignoni, F. Michmershuizen, M. Mozzi, G. Macconi, G. Olivi, A. Profumo, P. Rossetti, G. Tomov, M.C. Vitale, D. Zaffe

Coordinamento editoriale

Cristiana Ferrari

Hanno collaborato

Enrica Casalegno, Stefania Dibitonto, Alessia Murari, Francesco Pesce, Carla Ragni

Grafica e impaginazione

Angiolina Puglia

Realizzazione

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

Stampa

Arti Grafiche Amilcare Pizzi Spa - Cinisello B. (MI)

Pubblicità

TU.E.OR. Srl

Ufficio abbonamenti

TU.E.OR. srl - Corso Sebastopoli 225 - 10157 Torino

Tel. 011.197 15 665 - 011.0463550 - Fax 011.197 15 882

alessia.murari@tueor.com

Copia singola: Euro 3,00 - Arretrati: Euro 3,00 + sped. postale

Forme di pagamento:

Versamento sul c/c postale n. 65700361 intestato a TU.E.OR. srl;

Assegno bancario o bonifico su c/c postale 65700361 intestato a TU.E.OR. srl IBAN IT95F0760101000000065700361

Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 635/72

Associato

all'Unione Stampa Periodica Italiana

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

Anno VII Numero 2, Febbraio 2011

Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/2005

Direttore responsabile

Massimo Boccaletti

Editore

TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10157 Torino

Tel.+39.011.197.15.665 - fax +39.011.197.15.882

www.tueor.com - redazione@tueor.com

Sede amministrativa

Corso Sebastopoli, 225 - 10157 Torino

Amministratore

Patrizia Gatto

patrizia.gatto@tueor.com

Coordinamento tecnico-scientifico

Aldo Ruspa

Dental Tribune Edizione Italiana fa parte del Gruppo Dental Tribune International che pubblica in 25 lingue in oltre 90 Paesi

Aso (assistenti): forse “angeli di Studio odontoiatrico”

← **DT** pagina 1

In questi anni si è inoltre spesso fatto riferimento alla qualità espressa dalla libera professione, che è sostanziale, non percepita, raggiunta grazie agli aggiornamenti dell'odontoiatra, ma anche all'evoluzione del team nel suo insieme. In sostanza, la qualità di una cura dipende fortemente anche da come lo Studio monoprofessionale è organizzato, nella sterilizzazione degli strumenti, nel “ricevimento della paziente”, o nelle pratiche attinenti la radiologia. Ma è l'intima “compliance” che l'odontoiatra raggiunge con il suo Assistente nella cura del paziente alla poltrona che esalta il ruolo dell'Aso, senza il quale oggi, a certi livelli, sarebbe praticamente impossibile esercitare la professione.

Nel contesto del suo cambiamento, potrebbero cambiare già nei prossimi mesi anche alcuni contenuti della funzione Aso. Fino a poco tempo fa, soprattutto se l'assunzione non avveniva a mezzo di un istituto quale l'apprendistato, l'apprendimento culturale e la pratica professionale avvenivano in trincea (leggi, nello Studio odontoiatrico) per conto del dentista. Nel tempo, soprattutto grazie a realtà locali di Andi (come le Sezioni di Como e Genova) sono stati organizzati corsi di formazione e aggiornamento che hanno condotto ad una significativa omogeneità del curriculum formativo di centinaia di assistenti.

Gli Aso da molti anni hanno un CCNL (Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro) anche per il mansionario, riconducibile a quello stipulato tra Andi e Sindacati, e fatto proprio da Confprofessioni. Un contratto ora in fase di riformulazione. Se il nuovo testo tarda ad essere proposto anche alla parte datoriale è per le profonde riflessioni fatte in un momento di grande trasformazione nella contrattualistica, anche del personale dipendente. Quanto a stravolgimento di rapporti e relazioni tra parti interessate, basta ricordare, a mo' d'esempio, quanto avvenuto per FIAT a Mirafiori con quello che ne sta seguendo. Nel contesto di tale cambiamento, anche il welfare di sostegno per il personale ausiliario sta per essere migliorato, con probabili e maggior rimborsi per le prestazioni odontoiatriche e sanitarie anche per il personale di Studio. Con sempre maggior intensità, il Ministero della Salute ha cominciato a interessarsi al ruolo degli Assistenti, che in virtù delle delicate funzioni espletate nel quotidiano, vorrebbe portare sotto il proprio “controllo”, e del Coordinamento Stato-Regioni, almeno per quanto concerne l'aspetto formativo.

In conseguenza di questi ultimi “movimenti”, si addensano all'orizzonte nubi preoccupanti. Chi provvederà alla professionalizzazione degli Assistenti? L'Università, con il rischio di una laurea breve, piuttosto che

la parte datoriale con le Associazioni di categoria o gli Enti bilaterali? A fronte della maggior professionalizzazione (ammesso che ve ne sia bisogno) quali oneri economici e burocratici deriverebbero per la professione in una fase di gravissima

recessione che ha portato Confprofessioni a definire una cassa integrazione in deroga per il personale degli Studi professionali, cosa impensabile fino a qualche anno fa? E che dire di talune Regioni che vorrebbero attribuire agli infermieri ospedalieri, a

livello di pronto soccorso, compiti per la “cura di emergenza” anche in ambito odontoiatrico, che parrebbero sconfinare con il ruolo precipuo dell'Assistente rispetto quello del medico e dell'odontoiatra? La metamorfosi della professione odontoiatrica (e in particolar modo dello Studio monoprofessionale) porta con sé anche queste preoccupanti tematiche, anche se torna il richiamo “romantico, ma non troppo” dell'Assistente che a fianco dell'odontoiatra condivide un'avventura quotidiana unica, viste le peculiarità che una

professione libero-professionale comporta.

Peculiarità tali che un dentista ebbe a dirmi che forse il termine Aso poteva stare per “angelo di Studio odontoiatrico”. Con tale riferimento, forse un po' troppo sdolcinato, voleva evidenziare alcuni aspetti del ruolo dell'Assistente: disponibile a quella flessibilità di orari che si tramuta in sacrifici per la vita privata, e, in sostanza, per la propria vita, per affrontare insieme la crisi in atto.

Roberto Callioni

Una raccomandazione per una salute orale che dura nel tempo.

Raccomandare lo spazzolino elettrico Oral-B® è uno dei migliori modi per aiutare i suoi pazienti a raggiungere una salute orale a lungo termine. Ecco perchè lo spazzolino elettrico Oral-B® può aiutare i suoi pazienti:

- Rimuove fino a due volte in più la placca*
- Riduce le gengiviti migliorando la loro salute gengivale
- Sviluppa una miglior attitudine allo spazzolamento
- Pulisce gentilmente lo smalto, le gengive e i lavori dentali



Oral-B®

#1

Oral-B® lo spazzolino elettrico più raccomandato al mondo dai dentisti

Per maggiori informazioni visitare il sito oralb.com

*rispetto ad uno spazzolino manuale tradizionale.

Referenza: 1. Data on file, P&G.

© 2010 P&G

PGW-3023B

Oral-B®

Attenzione continua per i pazienti, a casa come nel suo studio

“Non tutti i pazienti con quadri clinici complessi debbono essere allontanati o inviati ad altri”

Con questo numero inizia la sua collaborazione Marco Mozzati, Responsabile del Servizio di Chirurgia Orale della Dental School di Torino, trattando del rinvio dallo Studio medico all'ospedale di pazienti problematici, un fenomeno piuttosto diffuso anche in Odontostomatologia.

La Dental School è il nuovo Centro ospedaliero-universitario del S. Giovanni Battista di Torino, diretto da Stefano Carossa. Si tratta sicuramente di una delle strutture sanitarie in campo odontoiatrico migliori in Europa, organizzata per garantire assistenza e ricerca di

alto livello. Due le aree su due piani: una dedicata alla diagnosi e terapia di tutte le specialità, una seconda prettamente universitaria in cui risiedono il corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria e in Igiene Dentale.

Finalità primarie di tale

struttura? Garantire ai pazienti le migliori cure possibili, finalizzandole e associandole alla didattica, per ottimizzare l'insegnamento ai futuri dentisti ed igienisti. Come struttura ospedaliero-universitaria la Dental School deve occuparsi della ricerca scientifica orientata alla

realizzazione e gestione di protocolli terapeutici innovativi, rivolti in particolare alla fascia di popolazione che, per complessità della patologia sistemica o locale, non può rivolgersi a strutture private o ad ambulatori decentrati non sufficientemente attrezzati.

Energie, risorse, tecnologia e personale altamente specializzato sono quindi principalmente indirizzati a questi trattamenti complessi, riducendo inevitabilmente gli spazi per organizzare e garantire cure di eccellenza anche al resto dei pazienti che afferiscono direttamente o inviati dai colleghi. Una struttura come la nostra, anche se estremamente grande, non può, ma soprattutto non deve, dedicarsi alle cure odontoiatriche routinarie, ma concentrare le proprie risorse di specialisti e tecnologiche per trattare i pazienti altamente “complessi”.

Come definire questo termine? La “complessità” di un caso può essere identificata attraverso due importanti valutazioni: la presenza di una patologia sistemica che altera a tal punto la salute generale, andando a condizionare qualsiasi terapia invasiva conducibile nel cavo orale, o patologie che lo colpiscono per la cui risoluzione sono necessari interventi altamente specialistici, supportati da tecnologia avanzata.

Entriamo nello specifico per meglio comprendere il significato di patologie sistemiche che condizionano le prestazioni odontoiatriche. Quelle di cui sono affetti i nostri pazienti sono estremamente numerose, e la popolazione oggi può essere definita come in progressivo invecchiamento con ulteriori inevitabili problematiche di salute associate. La classi-

ficazione da farsi per procedere ad una selezione corretta prevede l'identificazione di un grado di rischio terapeutico odontoiatrico.

La centralizzazione ad una struttura d'eccellenza deve quindi avvenire solo per quei pazienti identificati con “rischio grave” che, se curati senza protocolli dedicati o la gestione congiunta con altri specialisti, possono incorrere in complicanze serie. Nella realtà pratica, il loro numero è molto elevato: ad esempio, prendiamo quelli in attesa di trapianto d'organo e analizziamo le insufficienze epatiche, molto diffuse, trattate con il trapianto di fegato.

In associazione all'insufficienza epatica, questi pazienti hanno alterazioni che compromettono non solo la guarigione dei tessuti, ma anche l'efficienza della coagulazione, con alto rischio emorragico anche dopo semplici interventi conservativi come la detartrasi. Lo stesso vale per quelli con patologie del midollo e del sangue a cui, oltre al sanguinamento, aumenta esponenzialmente il rischio di infezioni.

Altre condizioni da prendere come esempio sono le disabilità psicosomatiche che, soprattutto nei casi di scarsa collaborazione, possono essere trattate esclusivamente in centri ospedalieri. Al contrario, ci sono diverse condizioni patologiche impropriamente considerate ad alto rischio e dirottate a centri d'eccellenza anche quando non lo sono. Ad esempio, il paziente diabetico, patologia estremamente diffusa, da non considerarsi assolutamente come a rischio terapeutico odontoiatrico nella sua totalità.

Fondamentale discriminare, quindi, il grado di gravità di questa sindrome e capire che il diabetico possa essere curato senza rischio da tutti gli ambulatori odontoiatrici. Quando può subentrare un rischio? Sicuramente quando il quadro della malattia si aggrava, andando ad intaccare altri organi come il rene, alterando quindi il quadro sistemico.

È difficile semplificare in poche righe la complessità della valutazione dei nostri pazienti. Il messaggio che vorrei portare con questo articolo è che ogni paziente può presentare quadri clinici locali e sistemici complessi, avere patologie, ma ciò non significa che debba essere sempre allontanato o meglio inviato ad altri. Fondamentale è imparare ad identificare la reale presenza di un rischio con procedure semplici che passano attraverso una corretta anamnesi ed alcune volte a consulenze specialistiche che meglio possono inquadrare la patologia. Ma il tutto deve essere finalizzato a comprendere se il nostro paziente può o non essere curato lontano da un ospedale.

Marco Mozzati

Responsabile del Servizio di Chirurgia Orale Dental School di Torino

Sviluppo in Giappone di un sostituto del metallo dentale



Scienziati dell'Università di Kyoto (Giappone) comunicano di aver sviluppato una nuova lega simile al palladio, metallo raro utilizzato nei restauri dentali. “L'elemento è stato prodotto da una miscela di molecole di argento e rodio, due elementi chimicamente vicini al palladio, e potrebbe essere un primo passo nella produzione di alternative sintetiche per altri elementi rari”, hanno detto i ricercatori al giornale *Yomiuri Shimbun* di Tokyo. Il palladio si trova in natura solo in alcune parti della Russia, Sud Africa, Canada e Stati Uniti. Oltretutto in Odontoiatria, è usato per produrre catalizzatori, gioielli e, tra le altre cose, i componenti essenziali per i prodotti

dell'elettronica di consumo. Una relazione del 2010 di una società chimica statunitense, la Johnson Matthey, stima che il 5-6% della domanda annuale proviene dai dentisti per la produzione di corone e ponti. Con una domanda annuale di 8,5 tonnellate, il Giappone continua a utilizzare la più grande quantità di palladio nel settore dentale, nonostante ci siano altre opzioni di trattamento, come le corone in ceramica integrale, secondo quanto riferito dal rapporto stesso. I ricercatori hanno avviato progetti di ricerca congiunti con l'industria giapponese, anche se dicono che la nuova lega sarà difficile da produrre a scopi commerciali. Alcuni esperti chimici, però, sono scettici:

“Sembra proprio che siano riusciti a creare ‘nanoparticelle’ – parola spesso abusata – di rodio e argento, che normalmente sarebbero prodotte con tecniche di fusione tradizionale”, dichiara Peter Duncan, il Direttore generale della Johnson Matthey al giornale sudafricano *Mining Weekly*. “È un fatto comune che gli accademici giapponesi brevettino qualcosa di vagamente nuovo, a prescindere dalle sue potenzialità commerciali”. Gli esperti giapponesi dicono che i sostituti sintetici dei metalli rari potrebbero rendere il Giappone più indipendente da Paesi come la Cina, che attualmente produce oltre il 90% di metalli rari nel mondo.

Yvonne Bachmann, DTI



È tutta italiana la nuova via all'implantologia.

Ergonomia chirurgica, libertà protesica ed estetica. Per gestire al meglio tempo e risorse, e far sorridere i pazienti.

Scegli la filosofia implantare GEASS: 1 protocollo, 3 connessioni, tante soluzioni protesiche e la prima superficie biomimetica per una perfetta osteointegrazione, **SYNTHESGRA**.

Tutto questo è way MILANO connessione interna, way ROMA connessione transmucosa, way VENEZIA connessione esterna.

L'idea vincente è





ORTHOPHOS XG 3D

Il sistema radiologico più amato al mondo. Ora con 3D!

Semplicemente straordinario. Il nuovo ORTHOPHOS XG 3D unisce tutti i vantaggi delle radiografie panoramiche, 3D e teleradiografie. Con il suo campo visivo «piccolo-grande» garantisce una maggiore sicurezza e offre nuove prospettive per il futuro, come ad esempio, attraverso la pianificazione protesica e chirurgica simultanea degli impianti con CEREC. Il sensore 2D/3D completamente automatico, l'uso intuitivo e il funzionamento del software orientato alla diagnosi rendono il vostro studio dentistico ogni giorno più efficiente. **Sarà una buona giornata. Con Sirona.**

www.sirona.it

The Dental Company

sirona.

Intervista: l'apnea ostruttiva del sonno può essere un killer pericoloso e pandemico

← **DT** pagina 1

Cosa devono sapere i dentisti riguardo l'apnea ostruttiva del sonno (OSA)?

I dentisti sono in prima linea nello screening e devono indagare su eventuali problemi inerenti il sonno, capire le problematiche cranio-facciali, riconoscere determinati indizi anatomici. E, infine, devono imparare a riconoscere i segnali della pericolosa patologia. Se un paziente (o, più probabilmente, il compagno di letto) manifesta episodi di russamento e sonnolenza diurna, è assai probabile che abbia disordini respiratori notturni. Se uno controlla a stento la pressione con un farmaco di terza generazione, lo si raccomanda ad uno specialista del sonno. I pazienti che si svegliano più volte nella notte, stentano a dormire o saltano più volte per urinare, necessitano di approfondimenti. Aggiungendo al questionario del paziente domande sui problemi del sonno, cefalea mattutina, russamento, la storia familiare e valutando in modo diverso condizioni di salute che richiedono l'uso di farmaci (ad esempio, la pressione arteriosa, il diabete mellito tipo 2, il COPD [Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Ndr], l'obesità), l'odonto-

iatra può aiutare a identificare e combattere questa malattia. Inoltre, imparando a riconoscere gli indizi cranio-facciali (es. una postura mandibolare in posizione retrognatica, affollamento orofaringeo e lingua rilassata) chi ne soffre, potrà essere aiutato da una corretta diagnosi medica.

In cosa l'apnea ostruttiva del sonno differisce dal normale russamento?

Il russamento è il tuono e l'OSA è il fulmine. Uno è fastidioso, l'altro può arrivare ad uccidere. Il russare indica un impedimento delle vie aeree, nel caso del russamento primario – anche se benigno –, ma essendo legato alla sequele cardiovascolari e cerebrovascolari, potrebbe trasformare una “cacofonia” in un blocco patologico delle vie aeree, fino ad una grave apnea con sovraccarico del sistema nervoso simpatico, ipertensione, ictus e altre conseguenze pericolose per la vita metabolica.

Perché importa che i pazienti siano curati dall'apnea ostruttiva del sonno nello Studio?

L'odontoiatria giace su un vulcano che sta per esplodere, mentre l'odontoiatria del sonno viene praticata da medici ben preparati in materia di “sonno dentale”. L'odontoiatra deve diventare

membro di uno staff multidisciplinare per la gestione dell'OSA. Lavorando insieme, dentisti, specialisti del sonno, otorinolaringoiatri, allergologi, cardiologi, neurologi e altri, si sarà più in grado di prestare la miglior terapia. Ad esempio, l'optimum per il trattamento di gravi casi di OSA è la pressione positiva continua (CPAP) per cui i dispositivi mantengono nelle vie aeree una pressione costante più elevata di quella atmosferica durante il ciclo respiratorio per favorire il reclutamento alveolare ed aumentare la capacità funzionale residua (CFR). Purtroppo, sebbene la terapia sia molto efficace, non tutti la tollerano. Si possono usare in alternativa altri apparecchi. In clinica, lavorando a fianco di specialisti del sonno, si usano apparecchiature per migliorare la compliance della CPAP, stabilizzando la mandibola con abbassamento della pressione dell'aria necessaria, sovente causa di non conformità della CPAP. Nel 2006, gli specialisti del sonno hanno pubblicato le linee guida della terapia OSA raccomandando la prescrizione di apparecchi con lieve e moderata diagnosi. Non ci sono però sufficienti dentisti qualificati: i colleghi medici spesso non conoscono gli speciali-



Un'immagine della maschera per il respiro notturno (CPAP).

sti cui affidare i pazienti. Stiamo lavorando per educare più dentisti per metterli in grado di fornire quest'assistenza.

Quali tipi di apparecchi possono curare persone che soffrono di apnea ostruttiva del sonno?

Attualmente vi sono vari apparecchi come il SomnoDENT o il regolabile Herbst, facili da fabbricare e regolare. Per il drammatico aumento di richieste vari prodotti di nuovo design sono in approvazione FDA. Mi rallegra vedere tanta creatività e innovazione per costruire la miglior “trappola per topi”. Costituiscono valide alternative quegli apparecchi che massimizzano il comfort della mascella e la stabilità dei tessuti molli e duri, riducendo gli strumenti che interessano la lingua. Ora, però, non esiste un'apparecchiatura che faccia tutto.

Avete sviluppato una programmazione in 7 punti fondamentali per la terapia orale dell'OSA e un protocollo di fatturazione. Quali i vantaggi di tale protocollo?

Prima di tutto, la Medicina del sonno dentale (DSM, Dental Sleep Medicine) deve essere praticata, almeno in parte, da ogni dentista e dovunque. Praticarla presuppone un ampio spettro di coinvolgimento clinico. I dentisti, per lo meno, dovrebbero fare una valutazione e poi collegarsi a specialisti per la diagnosi dei pazienti con evidenti disturbi del sonno. I dentisti desiderosi di entrare in un team multi disciplinare di gestione OSA possono apprendere la terapia orale adeguata e il follow-up con appropriata formazione. Mio obiettivo è realizzare un esauriente protocollo DSM per il dentista come primo soggetto di riferimento nell'identificare il disturbo e guida terapeutica multidisciplinare. Due ostacoli sono l'adozione di apparecchiature idonee nello Studio e le strategie di fatturazione medica. La DSM è fonte di confusione per molti Studi e Compagnie d'assicurazione poiché viene fornito un servizio odontoiatrico per gestire una patologia medica. Nel chiedere i rimborsi alle Compagnie per procedure a carattere non specificatamente odontoiatrico, il personale dello Studio può trovarsi in difficoltà. Nell'ottimiz-

zare quel che dovrebbe essere una generica routine, si è sviluppato un protocollo in 7 punti (riguardanti raccomandazioni dentali, modelli di fatturazione per singole consultazioni e follow-up di appuntamenti) per la gestione della pratica. Applicandoli uno Studio può superare le difficoltà della DSM. Fortunatamente la pratica medica del sonno dentale è stata studiata in modo da instradare bene gli Studi. Non dico che la fatturazione sia facile e che il protocollo abbia virtù magiche ma con la creazione di un modello ripetibile, più Studi avranno successo e più pazienti saranno gestiti positivamente.

Come si gestiscono gli effetti collaterali ATM nei pazienti con apnea ostruttiva del sonno?

Evitandoli tutti insieme! Gli apparecchi OSA sono stati costruiti per un posizionamento iniziale non idoneo spesso difficile da adattare e con tensione eccessiva e danni al complesso temporo-mandibolare (ATM, muscoli, tendini e legamenti). Con una tecnica più agevole o con l'amata “bite registration” (impronta del morso) si può accentuare la compliance e ridurre i disagi. Con il tempo, si capirà che ciò che inizialmente è comodo e lavora lentamente su periodi di tempo più lunghi, riduce la probabilità di subire disagio e dolore.

Che cosa aggiungere?

La OSA è una patologia anatomica cranio-facciale mortale e il dentista “formato” impara a riconoscere chi ne soffre. Con più impegno, può diventare membro di un team multidisciplinare di gestione OSA. Se non considera l'alta percentuale di russatori afflitti da una patologia, se la tratta in modo errato e rischioso con apparecchi anti-russamento, senza considerare il tasso di mortalità, l'odontoiatria è colpevole di negligenza, se non distinguerà il russamento da altre forme di apnea. Sono in netto svantaggio, dato che ben poca formazione sul sonno è impartita nelle scuole di medicina e odontoiatria. Diamo quindi un alt all'ignoranza e integriamo meglio la Medicina con l'Odontoiatria.

Non ci sono solo i denti!

Fred Michmershuizen, DTA

Polisonnigrafi EMBLA

Leader nella diagnosi delle OSAS



SAPIO LIFE distribuisce in esclusiva per l'Italia l'intera gamma di polisonnigrafi Embla, riconosciuti i migliori sul mercato dagli esperti del settore per affidabilità, precisione e facilità di analisi.



SAPIO LIFE Srl

Via S. Pellico, 48 - 20900 Monza - Tel. +39 039 83981 - Fax +39 039 2026143
www.grupposapio.it - dispositivirespiratori@sapio.it

Via libera all'uso di emocomponenti anche da parte degli odontoiatri del Piemonte

← **DT** pagina 1

che richiederà la convenzione ed effettuerà la "processazione" del sangue sotto il controllo, per quanto "a distanza", del Servizio Trasfusionale. Mentre Lombardia e Veneto hanno lasciato alle aziende fornitrici dei kit (centrifughe e materiale monouso) l'attività, o meglio, la formazione dell'odontoiatra, cui verrà rilasciato l'attestato di avvenuto apprendimento, il Piemonte, in controtendenza, ha riservato il percorso formativo all'Azienda ospedaliero-universitaria S. Giovanni Battista di Torino e, per quanto attiene allo specifico settore odontoiatrico, alla Dental School, Centro d'eccellenza per assistenza, didattica e ricerca in campo odontostomatologico, specificamente istituzionalizzata ai fini formativi. L'"anomalia" del Piemonte avrà certamente conseguenze interessanti per gli odontoiatri della regione. Da un punto di vista operativo, il professionista dovrà dunque interfacciarsi con un Ente sito a Torino, con evidenti disagi per chi non risiede nel capoluogo. Sotto questo profilo, stanno meglio quelli del Nord-Est, più "coccolati" dalle aziende di settore, in grado di offrire il servizio di formazione presso l'ambulatorio del richiedente tramite specialisti o personale *ad hoc*. Tuttavia, la soluzione piemontese presenta anche aspetti positivi, che in un'ottica più lungimirante potrebbero superare di gran lunga gli apparenti svantaggi. Il fatto di aver centralizzato la formazione presso un Ente universitario implicherà che nel corso di formazione si spiegherà non solo come usare i kit commerciali, ma soprattutto come effettuare prelievi, protocolli, tracciabilità e quanto afferisce la normativa sul sangue.

In quest'ottica riteniamo, perderebbe significato l'annosa e cavillosa questione se l'odontoiatra (che non sia pure medico) possa o meno effettuare il prelievo: è evidente che se sarà finalizzato alla preparazione dell'emocomponente e l'odontoiatra avrà svolto con profitto il corso presso la Dental School, ottenendo la convenzione col Servizio Trasfusionale, il prelievo costituirà un atto legittimo in quanto oggetto di specifico apprendimento e autorizzazione. Di ben diversa caratura appaiono, invece, taluni problemi che troveranno soluzione con l'operatività della procedura. Ad esempio, le Delibere prevedono che il prelievo debba essere svolto in asepsi e, nell'ipotesi di utilizzo di sistemi aperti, siano eseguiti controlli di sterilità a campione con una percentuale di almeno 1 su 10.

Se il sistema usato per la preparazione ambulatoriale degli emocomponenti non è strutturato a circuito chiuso, le Delibere prevedono controlli di qualità potenzialmente distruttivi del prodotto finale, viste le piccole quantità spesso ottenute ed uti-

lizzate per la medicina rigenerativa ed in particolare in campo odontoiatrico. Pochissimi i kit in commercio aventi le caratteristiche del sistema chiuso: pur essendo operatore-dipendente, il sistema è in grado per lo più di assicurare la lavorazione

dell'emocomponente in condizioni di asepsi.

A nostro avviso, le aziende dovranno dunque lavorare intensamente per rendere i prodotti sempre meno difficili da usare ("idiot proof", come si dice in Usa) e l'operatore sani-

tario dovrà essere addestrato ad ottenere performance di produzione sempre più standardizzate. L'odontoiatra, da parte sua, dovrà scegliere l'utilizzo dei vari sistemi avendo sempre in mente la salute del paziente, legata, nel caso di specie, alla qualità del

prodotto finale sotto il profilo della sicurezza ma anche d'efficacia. L'opinione diffusa è che il futuro sarà costituito da sistemi che, pur gestibili ambulatorialmente (centrifughe), abbiano un livello d'automazione tale da rendere ininfluente l'intervento dell'operatore sanitario per ottenere un emocomponente sicuro, fresco, di qualità e "processato" nell'asepsi più totale: cosa per altro richiesta dalle norme tecniche (*in primis* il Decreto Ministero Salute 3 marzo 2005) vigenti.

Stefano Fiorentino

VITALDENT
CLINICHE ODONTOIATRICHE



**4.000.000 di sorrisi
e non ci bastano.**

**Cerchiamo medici
odontoiatri che condividano
il nostro progetto.**

**VITALDENT è
il più importante
network europeo
di franchising
odontoiatrico, venite
a lavorare con noi.**



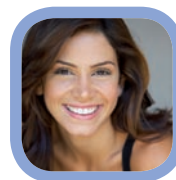
**Collaborazioni
settimanali
flessibili**



**Possibilità
di mantenere
il lavoro
in proprio**



**Tecnologia
all'avanguardia**



**Forti
investimenti
pubblicitari**



**Al tuo fianco
un team
odontoiatrico
completo**

hr@vitaldent.com

www.vitaldent.com

**Numero Verde
800-913266**
DA RETE FISSA E MOBILE

Fondato nel 1989, VITALDENT è presente con 500 centri in Spagna, Italia e Portogallo. Nelle cliniche VITALDENT operano circa 4 mila persone tra manager, medici odontoiatri, igienisti, assistenti, per più di 4 milioni di pazienti.

In Italia abbiamo già aperto oltre 50 cliniche. Cerchiamo odontoiatri di tutte le discipline: implantologia, conservativa, protesi, ortodonzia e tutti gli altri professionisti del dentale interessati a collaborare con le nostre cliniche.

Vantaggi derivanti dall'utilizzo di un sistema a vapore saturo secco surriscaldato per la sanificazione dello Studio odontoiatrico: un case history



Lo Studio odontoiatrico è il luogo in cui il paziente entra in contatto con la professionalità del dentista, e dove vengono messe alla prova le capacità dell'odontoiatra di curare il paziente, di metterlo a proprio agio e di guadagnarsi la sua fiducia. Un importante indice di professionalità, oltre alla continua formazione e aggiornamento su tecniche odontoiatriche e materiali innovativi, è l'assicurazione delle adeguate condizioni igieniche della strumentazione e dello Studio, nel rispetto della salute del paziente e degli stessi operatori. Nello Studio dentistico sono abitualmente presenti diversi fluidi biologici come sangue, saliva, materiale dentale e residui organici, a cui possono essere associati un gran numero di microorganismi patogeni. In seguito alle pratiche odontoiatriche e alle cure prestate al paziente, questi microrganismi vengono a contatto con tutti gli strumenti utilizzati dal dentista e, tramite l'uso di turbine e strumenti rotanti, vanno a costituire un aerosol ricco di particelle infettanti, in grado di contaminare le superfici presenti in un raggio di circa 2 metri, dal riunito in tutte le sue componenti, al mobilio, ai pavimenti.

Queste aree possono fungere da veicolo di trasmissione di agenti infettivi verso gli operatori sanitari o i successivi pazienti che, con la cute lesa e le mucose esposte, sono ancora più suscettibili alle infezioni. È noto, inoltre, come la buona riuscita delle operazioni chirurgiche e degli interventi più invasivi sia influenzata anche dall'eventuale presenza di carica microbica patogena che, in caso di un'infezione della ferita chirurgica, è in grado di compromettere l'esito degli interventi. Per scongiurare il rischio di sviluppo di colonie microbiche sulle superfici, e il relativo sviluppo di infezioni negli operatori e nei pazienti, è indispensabile che, oltre ai corretti protocolli di pulizia, disinfezione, sterilizzazione dello strumentario, vengano impiegate idonee procedure di pulizia e disinfezione delle superfici. Sul mercato esistono diverse soluzioni per la disinfezione delle superfici, tipicamente basate sull'impiego di un disinfettante liquido da applicare sul riunito e il mobilio, tramite l'utilizzo di salviette, panni o spray. Questi disinfettanti liquidi possono essere composti da diversi tipi di molecole biocide e spesso necessitano di tempi di attesa molto lunghi per poter esplicare la loro azione antimicrobica, tempi durante i quali le superfici sono inutilizzabili. Inoltre, alcuni tipi di disinfettanti devono essere risciacquati una

volta depositati sulle superfici e devono essere maneggiati con attenzione, utilizzando dispositivi di protezione individuali come guanti o mascherine. Una soluzione alternativa per il trattamento di disinfezione del riunito e delle superfici presenti nello Studio odontoiatrico è Sani System Polti. Il sistema si compone di una caldaia, in cui viene prodotto vapore saturo secco, e di un erogatore in cui è presente il brevetto mondiale Polti per il surriscaldamento fino a 180 °C del flusso di vapore. Al vapore saturo secco surriscaldato viene addizionata in uscita una minima quantità di HPMed, liquido sanificante. Il sistema permette di abbattere in pochi secondi la carica batterica, fungina e virale presente sulle superfici grazie allo shock termico provocato dall'alta temperatura raggiunta dal vapore. Il surriscaldamento, oltre a portare il vapore ad altissima temperatura, fa sì che eventuale condensa o residuo umido, presenti nel vapore prodotto dalla caldaia, vengano trasformati a loro volta in vapore, ottenendo in questo modo un flusso "asciutto", quasi del tutto privo di particelle liquide, che non bagna le superfici su cui viene erogato e che evapora spontaneamente nel giro di pochi secondi senza lasciare residui di umidità e senza bisogno di asciugare manualmente le superfici.

Sperimentazione*, finalità del progetto e parametri monitorati

Per poter valutare l'impatto economico di Sani System nel menage di uno Studio dentistico è stato disegnato, e quindi allestito, uno studio comparativo, dove si è andati a testare e confrontare i costi associati alla disinfezione a vapore dello superfici e della disinfezione con metodi tradizionali, tramite l'uso di un disinfettante liquido. Sono stati innanzitutto definiti l'arco temporale della sperimentazione e i parametri da monitorare e analizzare per poter adeguatamente confrontare i costi associati alle due metodiche di disinfezione. Per ottenere un risultato il più preciso possibile e che potesse essere trasportato anche su scala più ampia, come finestra temporale si è deciso di utilizzare una settimana lavorativa standard di 5 giorni, che potesse adeguatamente rispecchiare il reale turnover di pazienti e la reale operatività dello Studio. Entrambi i metodi di disinfezione, tramite il vapore con Sani System e tramite un disinfettante liquido tradizionale, sono stati pertanto implementati e analizzati per una settimana. I parametri selezionati per il monitoraggio dei costi associati alle due metodiche di disinfezione sono legati all'utilizzo di prodotti consumabili e ai tempi necessari per la disinfezione dello Studio. In particolare si è deciso di analizzare:

1. consumo di prodotto disinfettante o di HPMed;
2. consumo di acqua utilizzata per diluire il disinfettante, risciacquarlo o per azionare

- la caldaia di Sani System;
3. consumi di panni di carta necessari all'asciugatura delle superfici e per la distribuzione del prodotto disinfettante;
4. consumo di energia elettrica;
5. tempi necessari per la sanificazione del riunito e delle superfici limitrofe (poltrona, lampada, lavandino, faretra, sgabello, mobilio);
6. costo orario dell'operatore predisposto alla disinfezione dello Studio.

Nel caso di Sani System, che non richiede asciugatura manuale delle superfici, il consumo di panni di carta è zero, così come il consumo di energia elettrica è nullo nel caso del disinfettante liquido tradizionale.

Si è mantenuto invariato, per tutta la durata della sperimentazione, l'operatore predisposto alla disinfezione dello Studio con le due metodiche. La sperimentazione è stata allestita in uno Studio odontoiatrico di Milano, che lavora con due riuniti.

Risultati

Di seguito sono riportati in Tabella i consumi misurati nell'arco di tempo prestabilito. In entrambe le due settimane in cui sono stati monitorati i consumi, sono stati eseguiti interventi su 20 pazienti. Il disinfettante tradizionale utilizzato è uno spray a base di clorexidina e sali di ammonio quaternario.

Parametro	Disinfettante tradizionale	Sani System
Consumo di: ¥ disinfettante § HPMed	¥ 1 litro 9.6 €	§ 0.025 litri 2.5 €
Acqua di rete	33 litri 0.037 €	1 litro 0.0011 €
Panni di carta	150 pz 1.8 €	0 0 €
Energia elettrica, consumo stimato per paziente e alla settimana	0 KW/h = 0 € 0 € x 20 pz = 0 €	0.05552 KW/h = 0.57 € 0.57 € x 20 pz = 11.4 €
Tempo impiegato per disinfettare lo Studio dopo ogni paziente	ca. 12 minuti	ca. 2 minuti
Costo lordo operatore per paziente e alla settimana	2.6 € 2.6 € x 20 pz = 52 €	0.43 € 0.43 € x 20 pz = 8.6 €
Costi totali settimanali	63.44 €	22.5 €

Tab. 1 - In entrambe le settimane in cui sono stati monitorati i consumi, sono stati eseguiti 20 interventi e 20 relative disinfezioni dello Studio. Il totale dei costi è stato ricavato, pertanto, sul totale dei 20 interventi eseguiti. I costi dei servizi sono stati calcolati come segue: costo HPMed, confezione da 50 mL: 5 €; costo disinfettante in flacone da 750 mL: 7.2 €; costo 1 m3 di acqua nel Comune di Milano: 1.14 €; costo bobina carta 240 pz: 2.88 €; costo energia elettrica: 10.25 c€/kWh (consumo singolo intervento da 2 minuti: 0.05552 KW/h, valore calcolato sul modello Sani System Express); costo orario lordo operatore: 13 €/h.

Come è possibile notare dai risultati, il costo settimanale della disinfezione dello Studio con Sani System (22.5 €), è inferiore rispetto al costo settimanale della disinfezione eseguita con i metodi tradizionali (63.44 €).

La differenza settimanale è pari a 40.94 € e si trasforma, a fronte di un'ipotesi di 46 setti-

mane lavorative complessive, in 1883.24 € di risparmio annuo.

Oltre al risparmio economico, dall'analisi fra i due metodi è emerso che il sistema di disinfezione a vapore Sani System risulta essere molto più veloce rispetto alla disinfezione effettuata con i metodi tradizionali. La disinfezione a vapore degli elementi considerati ha richiesto in media 2 minuti per ogni intervento a fronte, invece, dei 12 minuti richiesti dalla metodica tradizionale.

Discussione

La disinfezione delle superfici è un aspetto molto importante per la corretta gestione di uno Studio odontoiatrico e non deve essere sottovalutata nel momento in cui si vuole offrire ai pazienti un servizio sanitario che sia adeguato per prestazioni e condizioni igieniche. La carica microbica presente sulle superfici può essere facilmente veicolata verso altri pazienti o verso gli stessi operatori, andando a comprometterne lo stato di salute o la riuscita di un'operazione chirurgica.

Per verificare l'impatto economico di Sani System – un sistema per la disinfezione delle superfici attraverso vapore saturo secco surriscaldato fino a 180 °C – è stato allestito uno studio comparativo presso uno Studio odontoiatrico, dove oltre al sistema sopramenzionato, è stato analizzato un disinfettante tradizionale.



nale, il costo associato all'utilizzo di Sani System è risultato essere pari a 22.5 €, con un risparmio settimanale di circa 41 €.

Oltre al risparmio economico non è da trascurare il risparmio di tempo che comporta la disinfezione a vapore rispetto alla disinfezione effettuata con metodi tradizionali.

È sufficiente accendere Sani System e portarlo alla pressione operativa all'inizio della giornata perché l'apparecchio sia sempre disponibile e pronto all'uso. Per disinfettare, tra un paziente e l'altro, il riunito e le superfici limitrofe è sufficiente un tempo di 2 minuti, dopo il quale le superfici sono tranquillamente riutilizzabili.

Con le metodiche tradizionali il tempo necessario per poter trattare le stesse zone è 6 volte maggiore (12 minuti in media), tempo che determina un rallentamento nel flusso dei pazienti e una minore operatività dello Studio. Il risparmio di 10 minuti ad intervento, se viene infatti calcolato sull'intero arco della giornata, comporta una notevole riduzione dei tempi necessari al trattamento dello Studio, che si riflette in maggior tempo a disposizione per curare i pazienti o per visitarne un numero maggiore, con relativo e ulteriore incremento economico.

Un ultimo importante fattore da non sottovalutare è il diverso impatto ambientale delle due metodiche sotto analisi. Valutare il livello di inquinamento connesso ai due metodi di disinfezione non era l'obiettivo dello studio comparativo ma, nonostante ciò, sono emersi comunque importanti elementi che forniscono concrete indicazioni in merito. Utilizzando panni di carta per asciugare le superfici e distribuire il disinfettante e grandi quantità di prodotto consumabile (1 litro), la metodica tradizionale ha come effetto la produzione di notevoli quantità di rifiuti e imballaggi da smaltire, che vanno ad impattare sull'ambiente e gli ecosistemi, risorse che andrebbero invece preservate con ogni mezzo.

Sani System invece non richiede l'utilizzo di prodotti consumabili, ad eccezione di mezzo flacone di HPMed a settimana, e non prevede l'utilizzo di panni, confermandosi in questo modo una soluzione a basso impatto ambientale oltre che economicamente vantaggiosa e più veloce rispetto ai metodi tradizionali.

**La sperimentazione è stata condotta utilizzando il modello Sani System Express.*

Valeria De Luca,
biotecnologa
Polti Medical Division

L'importanza della stabilità implantare e della sua misurazione

L'introduzione degli impianti osteointegrati ha rivoluzionato l'odontoiatria, ampliando le prospettive di trattamento dei pazienti con edentulia parziale o totale. Uno dei requisiti fondamentali per adottare procedure implantari di successo nelle diverse condizioni cliniche è quello di una diagnostica affidabile e che permetta il posizionamento di impianti anche in situazioni biologicamente impegnative. In questo ambito, la misurazione della stabilità implantare assume un valore particolarmente rilevante.

La stabilità implantare può essere vista come una combinazione di stabilità meccanica, che è il risultato dell'osso compresso che tiene l'impianto saldamente in situ, e stabilità biologica, che è il risultato della formazione di nuove cellule ossee che si formano nel sito implantare a seguito del processo di osteointegrazione. La stabilità meccanica è generalmente elevata immediatamente dopo l'inserimento dell'impianto (stabilità primaria). La stabilità biologica, invece, diventa evidente solo nel momento in cui si formano nuove cellule ossee nel sito implantare e aumenta con il tempo (stabilità secondaria). Quindi, come risultato del processo di osteointegrazione, la stabilità meccanica iniziale è supportata e/o sostituita dalla stabilità biologica, e il livello di stabilità finale di un impianto è la somma delle due. Dato che la stabilità degli impianti gioca un ruolo significativo per il raggiungimento di un risultato di successo, la sua misurazione oggettiva è un valido strumento per costantemente risultati positivi e affidabili.

Negli anni, sono stati utilizzati diversi metodi per misurare la stabilità dell'impianto con diversi gradi di successo. Un metodo per valutare la stabilità dell'impianto è la semplice percezione del chirurgo. Questa spesso si basa sulla resistenza al taglio e sul torque di insediamento dell'impianto durante l'inserimento. Una percezione di "buona" stabilità può essere rafforzata dalla sensazione di un saldo arresto quando l'impianto viene inserito. La percezione di un chirurgo esperto è logicamente inestimabile e non deve, per nessuna ragione, essere ignorata. D'altra parte, non è ovviamente possibile quantificare la percezione e, soprattutto nei casi più impegnativi, fare affidamento sulla sola percezione spesso non è sufficiente per assicurare il risultato positivo del trattamento.

Anche la misurazione del torque di inserimento dell'impianto è un tentativo per quantificare la percezione tattile del chirurgo. Uno svantaggio di questo metodo è rappresentato dal fatto che il torque di inserimento varia a seconda delle proprietà di taglio

dell'impianto e della presenza di liquidi nella preparazione. Comunque, il metodo fornisce alcune informazioni riguardo l'energia usata nell'inserimento di un impianto. Il principale svantaggio è che, come la percezione del chirurgo, le misura-

zioni del torque di inserimento possono essere usate soltanto quando si inserisce l'impianto e non sono possibili nelle fasi successive.

Come il torque di inserimento, anche il torque finale di insediamento fornisce

alcune informazioni sulla stabilità primaria dell'impianto. La condizione sfavorevole è che non può essere ripetuto nelle fasi successive e, quindi, non può servire come un riferimento per il proseguire del trattamento.

Altri metodi utilizzati per valutare la stabilità implantare sono il test della percussione, il metodo del torque inverso e la misurazione della mobilità laterale.

→ **DT** pagina 10

Incontri di aggiornamento Neoss:

La misurazione della stabilità implantare: una possibilità per ottimizzare le decisioni cliniche

Gli indubbi vantaggi del trattamento implantare rispetto alle soluzioni alternative e la crescente preferenza del paziente fanno dell'implantologia un trattamento di larga diffusione. In questo contesto la Risonanza di Frequenza, offrendo un sistema di misurazione oggettivo per monitorare nel tempo la stabilità implantare, mette a disposizione del clinico un formidabile strumento per aumentare ulteriormente le percentuali di successo, ottimizzando le decisioni sui tempi di carico e la gestione dei casi con potenziali fattori di rischio.

Osstell, unico strumento oggi disponibile basato su tale tecnologia, con una misurazione oggettiva della stabilità facilita poi una migliore comunicazione con il paziente; permette inoltre una documentazione delle decisioni cliniche su basi razionali, confortate dall'ampissima letteratura scientifica disponibile, aspetto oggi di grande importanza anche da un punto di vista medico legale.

Il Prof. Lars Sennerby, che ha contribuito allo sviluppo e validazione scientifica di Osstell, proporrà un aggiornamento sulla Risonanza di Frequenza e sul contributo fornito nel migliorare le decisioni quotidianamente affrontate dal clinico in implantologia.

- La partecipazione all'incontro è a titolo gratuito, previa iscrizione.
- E' prevista la traduzione simultanea in italiano.

RELATORE:

Prof. Lars Sennerby

DATE:

Torino 3 Marzo 2011, h 20.00

Milano 7 Aprile 2011, h 20.00

Roma 16 Maggio 2011, h 20.00

Firenze 3 Novembre 2011, h 20.00



In collaborazione con:



Per informazioni ed iscrizioni:

Neoss Italia Srl
Via Marco Antonio Colonna, 42
20149 Milano
Tel. 02/92952221
Email: italia@neoss.info