

**“... i denti sono il riflesso del cranio,
il cranio è il riflesso dei denti...”**

Dr. Andrew Taylor Still



Per informazioni:

numero verde

800 59 24 59

ATTIVATORI PLURIFUNZIONALI
“L'eccellenza dentale diventa globale”

approccio ortodontico globale

sodis.a.p.f.

info@approccioortodonticoglobale.it - www.approccioortodonticoglobale.it



Approvata la riforma dello Statuto ENPAM

Il 28 giugno scorso è stato approvato il nuovo Statuto dell'ENPAM con 86 voti a favore e 2 astenuti; il risultato è stato frutto di tre anni di lavoro della Commissione paritetica ENPAM-FNOMCeO, del Consiglio di amministrazione dell'ENPAM, delle Consulte, del Consiglio nazionale della Fondazione e del confronto con le organizzazioni sindacali di categoria.



> pagina 8

ATTUALITÀ

Maculan (ANTLO) alla Camera «L'Odontoiatria appartiene anche a noi odontotecnici»

Con il Convegno “La questione odontotecnica” del 6 giugno alla Camera gli odontotecnici, hanno affermato di esser parte attiva (e non solo in veste sussidiaria) nel definire i futuri modelli di odontoiatria.



pagina 5

INDUSTRY REPORT

Profilassi di successo delle perimplantiti

La perimplantite è una delle complicanze più temute in implantologia, soprattutto una volta che la terapia implantare e protesica siano state completate.



pagina 11

Identikit dei consumatori di prestazioni odontoiatriche

Aldo Piperno

È notorio che la crisi economica degli ultimi anni abbia inciso negativamente su tutti i consumi e le spese delle famiglie. Il settore della salute non è rimasto indenne da questo impatto. A risentirne di più sono state le prestazioni a pagamento e, tra queste, quelle considerate e/o percepite dai cittadini come prestazioni rinviabili o addirittura rinunciabili (anche se

tali non sono, ovviamente, sotto il profilo dello stato di salute). Non è diffusa, invece, la conoscenza di chi siano quelle famiglie e/o individui che hanno consumato e spesso meno (o più) di altri. Le tabelle fornite (elaborazioni ad hoc su fonti dati Istat ed Eurostat) aiutano a costruire questo profilo.

> pagina 8

ATTUALITÀ

Nuovo Codice deontologico 4

NEWS & COMMENTI

Professione, cultura e filosofia 6

SPECIALE SBIANCAMENTO

Prerogativa degli odontoiatri 28

Trattamento mininvasivo 28

SPECIALE GIOVANI

Accessi alla facoltà di Medicina 29

Sentenza del Consiglio di Stato 30

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 39

HYGIENE TRIBUNE

Il paziente cardiopatico.

Prevenzione dell'endocardite batterica.

pagina 18

Verso una nuova era di crescita



Oggi la tecnologia digitale in odontoiatria è uno dei segmenti di mercato più in crescita: all'interno degli studi e nei laboratori dentali i processi digitali sono sempre più determinanti nella pratica quotidiana.

> pagina 9

L'inglese non è fatto solo di “yes” (e nemmeno di tanti gesti)



Una campagna pubblicitaria lanciata qualche anno fa da una nota scuola di lingue mostrava l'immagine di un bebè di due anni in camicia e cravatta, accompagnata da una domanda del tipo «Tu l'inglese lo parli come lui?». Domanda che non aveva bisogno di tante spiegazioni. Che l'inglese sia ormai indispensabile (anche troppo) è ormai un fatto. Che sia usato anche a sproposito, anche questo

è accertato. Ma che troppo grande sia il dislivello tra la cultura tecnico-scientifica di un professionista, medico dentista o avvocato, poco importa, e la sua capacità di esprimersi in questa lingua è anch'esso un fatto che si tocca con mano e per colmarlo non bastano gli “yes” o gli “ok”. Né tantomeno i gesti.

> Leggi l'articolo a pagina 29

CONCENTRATED GROWTH FACTORS
Da un prelievo di sangue una tecnologia innovativa, nell'uso dei fattori di crescita.

MEDIFUGE MF200
Separatore di fasi “Patent Pending”
Motore in monoblocco con autoventilazione. CGF Programma dedicato con accelerazione, velocità, decelerazione e tempo. Ciclo di decontaminazione con luce riflessa UVC.

CGF KIT
Protocollo composto da 24 Particolari che consentono di operare in assoluta sterilità durante la preparazione delle fasi e degli innesti.

STRUMENTI PARTICOLARI:

- Formatore di membrana
Dott. Sacco
- Posizionatore di membrana
Dott. Sacco
- Iniettore
Dott. Sacco

PER CONTATTI
E CORSI DI FORMAZIONE CONTATTARE SILFRADENT SRL - info@silfradent.com

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

programma immagine

Come leggere i dati del dentale



studi Istat, che anche in questo numero vengono proposti con un articolo del

prof. Piperno; gli studi Keystone, commissionati dall'UNIDI; nonché le riflessioni proposte da CAO, ANDI e AIO. Una sintesi di dati, spesso in contraddizione tra loro, può e deve essere fatta da ognuno per capire gli indirizzi da prendere nel futuro. Sino allo scorso anno i pazienti hanno rinunciato ad alcune prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di tipo privato. Ciò sembra vero per quanto

concerne l'odontoiatria, ma leggendo l'articolo che segue riguardante la medicina estetica, la crescita continua, anzi è molto maggiore, non contenendo rilevazioni di categorie di professionisti, come gli studi dentistici, che praticano ai propri pazienti la medicina estetica. Alcuni prodotti di consumo obbligatori sono venduti in quantità costante. Pertanto si presume che le prestazioni siano

ancora tali. Vero è che la concentrazione dei pazienti avviene negli studi medici più grandi e attrezzati. Tutta l'odontoiatria è trainata da un profondo cambiamento legato al digitale ma la crescita, avvenuta nel 2014 anche in Europa, non riguarderà tutti.

L'Editore - Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueor.com

Bellezza, i dati AICPE

Liposuzione, aumento del seno e blefaroplastica gli interventi i più praticati nel 2013

Secondo l'AICPE, Associazione italiana Chirurgia plastica estetica, tra i chirurghi plastici italiani sono 956.500 gli interventi estetici eseguiti in Italia nel 2013: 75% sono trattamenti non chirurgici di medicina estetica, il 25% di chirurgia plastica estetica. Rispetto al 2012, sono aumentati del 3,5%, ma quelli di chirurgia plastica estetica sono diminuiti del 5,5%, mentre quelli di medicina estetica sono cresciuti del 6,8%. «L'indagine fa capire l'andamento del settore nel Paese» afferma Mario Pelle Ceravolo, presidente AICPE. «Dal 2011, l'Associazione effettua un'indagine su grandi numeri e larga scala, uno spaccato su ciò che avviene nel Paese. Medicina e chirurgia estetica hanno in Italia, come altrove, una forte attrattiva. L'interesse è costante e continuo l'afflusso di neopazienti: 112.500 nel 2013 per la chirurgia plastica e 126.000 per la medicina estetica». Negli interventi di chirurgia plastica estetica, tra i primi quelli riguardanti il corpo: al 1° posto (vedi dati 2012) la liposuzione (44.464 interventi, -15% rispetto al 2012), poi aumento del seno (33.481, +6,4% sul 2012). «La mastoplastica additiva nel 2012 era "scivolata" al 4° posto per lo scan-

dalo delle protesi Pip» ricorda il segretario AICPE, Pierfrancesco Cirillo. «Oggi è l'intervento più richiesto». Al 3° posto la blefaroplastica (ringiovanimento dello sguardo: 31.982, -23,8%), cresce la rinoplastica (23.892 +55,4%). Nella medicina estetica: primo, per il terzo anno consecutivo, l'acido ialuronico (289.607 trattamenti, + 14,5% sul 2012), poi tossina botulinica tipo A (223.500 trattamenti, +10,4%) e l'idrossiapatite di calcio (filler di lunga durata) fino a 45.000 procedure (+72,8%). La fascia più rappresentata è dai 35 ai 50 anni, quando si ha «maggior consapevolezza e decisionalità, con maggiore possibilità economica» dice Cirillo. Tra le regioni dove esercitano i chirurghi trionfano Lombardia (20,57%), Lazio (20,31%) ed Emilia (12,50%). «Da anni, tuttavia, i pazienti del Sud vanno al Centro o al Nord per i trattamenti» puntualizza. Gli interventi su minori (3.781, lo 0,4% del totale) hanno riguardato problemi funzionali o sociali (come otoplastica, rinoplastica, gigantomastia). I fenomeni dei "baby boobs" e "baby tox" non riguardano l'Italia: tra gli under 18 nessun aumento di seno o tossina botulinica.



I dati più importanti emersi dall'indagine Aicpe 2013

Chirurgia plastica. Prima la liposuzione, come nel 2012 (44.464 interventi, -15% rispetto al 2012). Seconda la mastoplastica additiva (33.481 interventi, +6,4% sul 2012), seguita da blefaroplastica (31.982; -23,8%); rinoplastica (23.892, +55,4%); trapianto di grasso autologo (23.875, -29,9%).

Medicina estetica. Trattamento più eseguito da 3 anni, l'acido ialuronico (289.607 interventi, + 14,5% sul 2012), tossina botulinica di tipo A (223.500 interventi, +10,4%); idrossiapatite di calcio (filler di lunga durata) fino a 45.000 procedure (+72,8%); peeling chimico per il ringiovanimento del volto (con 31.017 interventi, +8,1%) e laser depilazione (24.750 interventi, -4,8%).

Età. Tra i 35 e i 50 anni (42% del totale) si ricorre di più al chirurgo plastico: 34,81% sono donne. Tra i 19 e i 34, sono il 25,4%; tra 51 e 64 anni, 25,2%. Gli uomini sono il 17,8%

Nuovi pazienti. Nel 2013, 112.500 pazienti per la prima volta hanno subito un intervento di chirurgia plastica estetica; 126.000 gli accostati per la prima volta alla medicina estetica.

Minorenni. Nel 2013 i chirurghi plastici hanno ricevuto 5.100 richieste per interventi su minorenni, ma quelli eseguiti sono 2.603 (il 51%), tra cui nessuna mastoplastica additiva a fini estetici o iniezione di tossina botulinica, ma interventi legati a problematiche funzionali o sociali.

Operazioni "correttive". Il 16% delle operazioni totali di chirurgia plastica (37.884) è stato di interventi eseguiti dopo il fallimento della prima operazione: il 31,1% fatto dallo stesso dottore, il 54,4% ha operato pazienti operati la prima volta da un collega italiano, mentre nel 14,4% la prima operazione è stata eseguita da uno straniero.

Regioni. In Lombardia si esercitano più chirurghi (20,57%) a pari merito col Lazio (20,31%); seguono l'Emilia (12,50% degli intervistati) e Veneto (7,81%). L'indagine cui hanno risposto 283 medici (3 risposte scartate non coerenti), si riferisce ai plastici in Italia (1.500), esclusi i non specialisti o di altre specialità che eseguono trattamenti a fine estetico, per cui i numeri totali devono considerarsi sottostimati. Per avere un'idea degli interventi in ambito odontoiatrico, si stanno raccogliendo dati, malgrado le difficoltà di farlo in uno specifico settore come questo.

Nobel Biocare Symposium
Riccione, 23/25 ottobre 2014

Comitato Scientifico:
Chairman Mauro Merli

Enrico Agliardi	Luigi Galasso	Domenico Massironi
Giancarlo Barducci	Stefano Gracis	Stefano Panigatti
Roberto Bonfiglioli	Federico Gualini	Davide Riva
Luca Francetti	Giuseppe Luongo	Eugenio Romeo

Registratevi su
www.simposionobel2014.it

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Italian Edition

LICENSING BY DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL PUBLISHER TORSTEN OEMUS

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +49 341 48 474 107
CLINICAL EDITOR - Magda Wojtkiewicz
ONLINE EDITORS - Yvonne Bachmann; Claudia Duschek
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus
DIRECTOR OF FINANCE & CONTROLLING - Dan Wunderlich
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER - Claudia Salwiczek
EVENT MANAGER - Esther Wodarski
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Maria Kaiser (North America); Weridiana Mageswki (Latin America); Hélène Carpentier (Europe)
MARKETING & SALES SERVICES - Nadine Dehmel; Nicole André
ACCOUNTING - Karen Hamatschek
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
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

©2014, 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
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

REGIONAL OFFICES
Asia Pacific - Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 105-111
Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199
The Americas - Tribune America, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

Anno X Numero 7+8, Luglio+Agosto 2014
Registrazione Tribunale di Torino
n. 5892 del 12/07/2005

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti [direttore.giornale@tueor.it]
EDITORE
T.U.E.OR. Srl - C.so Sebastopoli, 225 - 10137 (TO)
Tel.: +39 011 0463350 | Fax: +39 011 0463304
www.tueor.it - redazione@tueor.com
Sede legale e amministrativa
Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
AMMINISTRATORE
Patrizia Gatto [patrizia.gatto@tueor.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspà
COMITATO SCIENTIFICO
G.C. Pescarmona, C. Lanteri, V. Bucci Sabatini,
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, 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
F. Alfonsi, D. Baldi, P. Biancucci, M. Brady Bucci,
A. Butera, A. De Biase, R. Di Giorgio, M. Ermetici,
C.U. Fritzscheier, L. Gallo, A. Genitori, B. Giovane,
F. Graziani, L. Guida, D. Karapetsa, C. Marra,
G.M. Nardi, A. Opizzi, L. Ottolenghi, A. Piperno,
B. Rapone, M.S. Rini, M. Roncati, A. Semjonova
REALIZZAZIONE - T.U.E.OR. Srl - www.tueor.it
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)
STAMPA
ROTO3 Industria Grafica S.p.a. Castano Primo (MI)
PUBBLICITÀ - Tueor Srl [alessia.murari@tueor.com]
UFFICIO ABBONAMENTI
T.U.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel.: 011 0463350 | Fax: 011 0463304
alessia.murari@tueor.com
Copia singola: euro 3,00
Forme di pagamento:
- Versamento sul c/c postale n. 65700361 intestato a T.U.E.OR. srl;
- Assegno bancario o bonifico su c/c postale 65700361 intestato a T.U.E.OR. srl
IBAN IT95F07601000000065700361
Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 633/72

ANES
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA
PERIODICA SPECIALIZZATA

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.

Come crescono il mercato mondiale del dentale e Ivoclar Vivadent

Un'analisi di Robert Ganley, CEO Ivoclar Vivadent

In una conferenza stampa, Robert Ganley ha introdotto il Circolo degli Esperti e il Simposio Internazionale 2014 Ivoclar Vivadent, il 13-14 giugno a Londra, nel magnifico Centro Congressi Queen Elisabeth II, fronte Westminster, presentando i dati del mercato del dentale dello scorso anno, le tendenze 2014 e i trend di mercato analizzati dall'azienda che hanno influenzato le strategie future, «perché la nostra visione è basata sul mercato»,

dichiara Ganley successivamente nella relazione introduttiva del Circolo degli Esperti. Il mercato mondiale nel 2013 è cresciuto del 2,5%, con picchi del 5% nell'area Asia Pacific e del 3% nell'area Middle East, mentre di circa l'1% in Europa. La crescita ha riguardato soprattutto il settore degli studi dentistici, mentre il laboratorio ha registrato una crescita intorno allo zero.

> continua a pagina 32



Slide di presentazione del CEO Robert Ganley. © Ivoclar Vivadent



Proposte di CAO (e ANDI) alla Commissione Igiene e Sanità del Senato

In primis l'autonomia della rappresentanza ordinistica di Odontoiatria

Il Presidente della Commissione Albo odontoiatri nazionale, Giuseppe Renzo, è intervenuto in audizione formale presso la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato sul disegno di legge n. 1324 recante "Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della Salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale". Lo dice il comunicato FNOMCeO di venerdì 20 giugno che pubblica anche la lettera di Renzo ai presidenti delle Commissioni odontoiatriche e le proposte emendative della CAO al Ddl condivise con ANDI. Nella sua lettera Renzo indica come obiettivo quello di pervenire all'autonomia della rappresentanza ordinistica dell'Odontoiatria a livello disciplinare, economico e anche previdenziale in riferimento al progredire della riforma dello Statuto ENPAM. Tra gli emendamenti proposti anche una sostituzione dell'art. 5 del Ddl, approvato dal Consiglio dei Ministri il 17 dicembre scorso e dedicato alla repressione dell'esercizio abusivo della professione sanitaria. Infine, si richiede una verifica dei percorsi formativi e la riforma dell'esame di abilitazione alla professione di odontoiatra, soluzione che va trovata «anche se non necessariamente nell'ambito della riforma dell'ordinamento delle professioni sanitarie».



Dental Tribune

AIG
Associazione Italiana di Gnatologia

Torino
3 - 4 OTTOBRE 2014
CENTRO CONGRESSI
TEATRO VITTORIA
Via Gramsci n° 4

OCCLUSIONE e DTM

VENERDI' 3 OTTOBRE

08.15-9.00	Registrazione partecipanti
9.00-9.15	Saluti di benvenuto
9.15-9.45	E. Tanteri (AIG-IT): Il concetto di Malocclusione nella valutazione clinica
9.45-10.15	R. Prandi (AIG-IT): Concetti occlusali: aspetti biodinamici
10.15-10.45	C. Tanteri (AIG-IT): Occlusione e DTM: evidence-based?
10.45-11.15	PAUSA CAFFE
11.15-11.45	G. Slavicek (IAAID-Steinbeis Univ.-AT): Identificazione delle cause: Processi lineari e circolari - il dilemma dell'occlusione
11.45-12.15	S. Vollaro (Univ. Federico II Napoli-IT): Il ruolo dell'Occlusione nei DTM
12.15-12.45	C. Di Paolo (EACD-IT): Il piano occlusale nei pazienti con DTM: aspetti clinici e scientifici
12.45-13.00	Discussione
13.00-14.00	PAUSA PRANZO
14.00-14.30	A. Nanussi (SIOS, AIG-IT), A. Negroni , C. Missaglia , D. Bellotti (SIOS-IT): Malocclusione, concetto anatomico o funzionale? Analisi clinica e strumentale e rapporto con DTM in atleti professionisti
14.30-15.00	G. Chiogna (AIG-IT): La sindrome Oto-Gnatologica
15.00-15.30	A. Monaco , R. Cattaneo (Univ. L'Aquila-IT): Relazioni tra Occlusione e Apparato visivo
15.30-16.00	A. Baldini , A. Nota (Univ. Tor Vergata Roma, SIOS-IT): DTM e occlusione, utilizzo di nuove tecnologie
16.00-16.20	PAUSA CAFFE
16.20-16.50	J. Kostrzewa-Janica (IAAID-PL): Bilanciamento ortopedico dell'organo masticatorio nei pazienti con Internal Derangement articolare. Efficacia del trattamento
16.50-17.20	D. Di Gregorio (AIPP-IT): La riabilitazione neuro-occlusale del Prof. Planas nel trattamento dei disturbi temporo-mandibolari
17.20-17.50	P. Bracco (Univ. Torino, AIG-IT): Occlusione e D.C.M
18.00-19.00	Assemblea Soci AIG
20.30	CENA DI GALA AIG

SABATO 4 OTTOBRE

9.00-9.30	U. Capurso (AIG-IT): Riposizionamento mandibolare e disfunzione stomatognatica, quando e perché
9.30-10.00	J.D. Orthlieb (IAAID, CNO, Univ. Marseille-FR), A. Manière Ezvan (IAAID, CNO, Univ. Nice -FR): Occlusione e DTM: quando, perché e come, indicazioni per la correzione occlusale in prima intenzione
10.00-10.30	T.L. Hansson (SW): (A) Simmetria condilare e stabilità orale
10.30-11.00	Hideiro Yoshimi (IAAID ASIA Sect.-JP): Gestione del Bruxismo
11.00-11.30	PAUSA CAFFE
11.30-11.50	E. Pieshlinger (Univ. Vienna-AT): Il ruolo dell'occlusione nello sviluppo dei disturbi temporo-mandibolari
11.50-12.10	B. Gsellmann (Univ. Vienna-AT): Utilizzo dei dati del paziente nella riabilitazione orale totale per evitare i disturbi cranio-mandibolari
12.10-12.30	G. Reichenberg (Univ. Vienna-AT): Effetti a lungo termine dell'internal derangement sulle strutture delle articolazioni temporo-mandibolari, una indagine con risonanza magnetica
12.30-13.00	Avv. R. Longhin (Consulente legale OMCEO Torino-IT): Aspetti medico legali nei DTM
13.00-14.00	PRANZO
14.00-16.30	Tavola rotonda - dibattito aperto tra audience e relatori

XXVII International AIG Congress

Segreteria AIG
e-Mail: segreteria@aigatologia.it
Fax: 011 6981930
Info: 340 8703148

Segreteria Organizzativa
Sig.ra Tofaletti Marina
Via Chambery, 93/115/u - 10142 TORINO
Cell. 340 8703148

Le iscrizioni devono pervenire entro il 10 settembre 2014. Oltre tale data sarà possibile effettuare l'iscrizione unicamente in sede congressuale.

Il nuovo Codice di deontologia medica

Continuità, novità, polemiche, autonomia della professione odontoiatrica

Maria Sofia Rini*, Marco Brady Bucci**

*Odontoiatra, odontologo forense, professore a contratto Dipartimento Scienze biomediche e neuromotorie, Università degli Studi di Bologna

** Medico chirurgo odontoiatra, odontologo forense, presidente Accademia Italiana di Odontoiatria Legale – OELLE

La stesura del nuovo Codice di deontologia medica, a pochi anni dal precedente (avvenuta nel 2006), ha rappresentato un percorso con numerosi tratti in salita, la sua pubblicazione infatti è stata accolta nel mondo professionale con alcune aspre polemiche. Il documento segue, in linea di massima, le linee tracciate dal precedente, del quale approfondisce, chiarisce e puntualizza alcuni punti salienti. Molti sono gli elementi di novità e di innovazione, non senza alcuni passaggi critici, che hanno fatto e, di sicuro, faranno ancora discutere.

Secondo Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), il Codice tiene conto di nuove realtà e contesti, si confronta con le criticità della professione senza subirla, prende atto delle innovazioni senza temerle, dello sviluppo della medicina, della sanità e dei cambiamenti della società (Marco Belfari – “Sanità Informazione”). Mauro Barni, Consulente FNOMCeO per la deontologia medica, considerava il Codice 2006

un'autentica crescita deontologica al di là dei condizionamenti, dei suggerimenti ideologici, politici e giuridici. Il mondo medico e odontoiatrico, per contro, non ha accolto con lo stesso entusiasmo questo nuovo Codice, sebbene esso dovrebbe rappresentare una naturale evoluzione della precedente stesura. Forse ci si aspettava qualcosa di più.

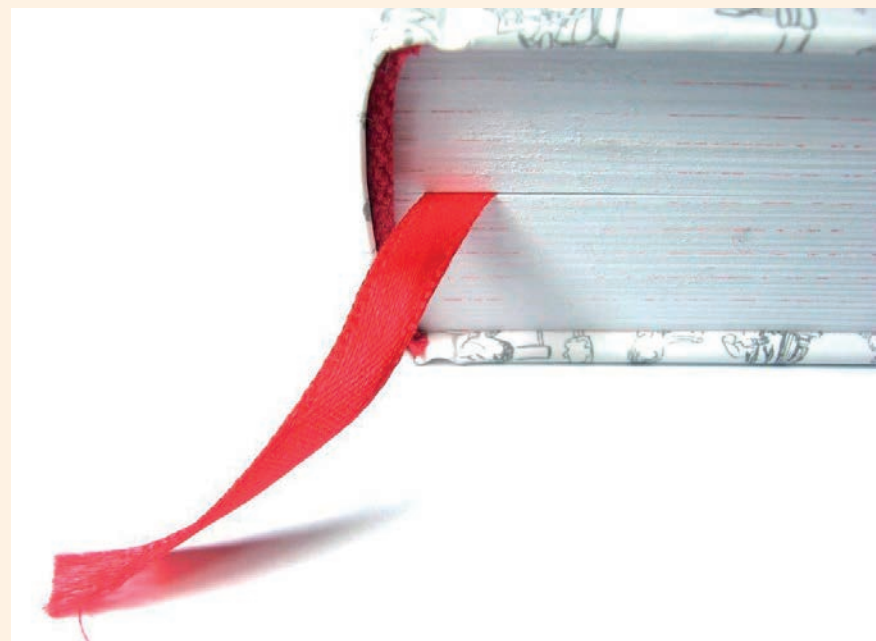
La sostituzione della dizione “cittadino” (termine effettivamente poco adatto all'interno di un rapporto di cura) con “persona assistita” non ha trovato consenso unanime e di fatto, pur rappresentando un passo avanti, non tutti ritengono che renda appieno il concetto di relazione di cura tra medico/odontoiatra e paziente.

Intento non nascosto del Codice del 2006 era quello di traghettare «da una medicina difensiva ad una medicina responsabile», salvaguardando libertà, indipendenza e dignità professionale, con un complesso di disposizioni atte ad autodisciplinare l'esercizio dell'attività medica al suo interno e a regolamentarne i rapporti con i destinatari

dell'attività stessa.

Una manifestazione di «autoregolamentazione sociale», pertanto, in grado di individuare una base etica condivisa e condivisibile, con valori di riferimento uniformemente accettati che, al di là delle innovazioni scientifiche e tecnologiche, potesse mantenere l'esercizio della professione nel perimetro di valori etici trasversali. Una crescita culturale importante della classe medica e odontoiatrica, quindi, anche attraverso processi di educazione alla salute e attraverso il rapporto con l'ambiente (art. 5), di qualità professionale e gestionale (art. 6), di sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico (art. 14), di controllo del conflitto di interessi (art. 30), di informazione sanitaria e di pubblicità dell'informazione sanitaria (artt. 55 e 56).

Anche il nuovo Codice, partendo dal principio inalienabile del dovere di tutela della vita, della salute psicofisica, del trattamento del dolore, del sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della per-



sona, al di là di ogni tipologia di condizionamento (art. 2), ribadisce che l'esercizio della professione medica è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità (art. 4), sottolineando con questo ultimo termine l'onere di rispondere delle proprie azioni proiettandolo anche sulle conseguenze delle stesse a tutela della persona assistita. Libertà, indipendenza, autonomia nell'esercizio delle proprie competenze professionali senza dimenticare i principi di efficacia e appropriatezza, aggiornati allo stato dell'arte, sottolineando l'obbligo alla costante verifica e revisione dei propri atti.

Particolarmente rilevante appare l'articolo 20, in cui si ribadisce l'essenzialità della relazione di cura e della condivisione consapevole e informata delle scelte terapeutiche, là dove “il tempo della comunicazione” viene assimilato al tempo di cura, rivalutando la cura delle relazioni all'interno del rapporto di cura. Tra medico e paziente nasce così una nuova condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il nuovo Codice, pur riprendendo e ribadendo molti concetti cardine strutturati nel Codice del 2006, lascia insoddisfatti, come già detto, alcuni autorevoli esponenti del mondo medico e odontoiatrico.

Alcuni sindacati, e con loro alcuni presidenti di ordini di popolose città, rimproverano a questo Codice di non aver risolto il nodo del “conflitto di interessi” tra politica e professione. Secondo costoro questo Codice non interviene «sul tema del rapporto tra le istituzioni mediche e la politica», nonostante denunci l'invasione della partitocrazia nel governo della sanità pubblica e delle ASL (Salvo Carli – SMI). Roberto Carlo Rossi, presidente dell'ordine dei medici e degli odontoiatri di Milano, ritiene inaccettabile la definizione delle competenze del medico così come contenuta nell'art. 3, che lascia apparire una figura di un «medico asservito alle innovazioni organizza-

tive e gestionali messe in campo dalle aziende sanitarie pubbliche e private» e che rimanda «il medico, per le competenze cui deve attenersi, al corpus dell'ordinamento universitario delle facoltà di Medicina e Odontoiatria, consegnando così l'autonomia della categoria nelle mani dell'università e delle Regioni». Rossi sottolinea come, nel rispetto rigoroso della legge, il medico, nello svolgimento della sua funzione «deve essere indipendente nel suo giudizio da condizionamenti non solo di natura commerciale e privatistica, ma anche da pressioni di natura pubblica e politico-organizzativa, in primo luogo nell'interesse del paziente». (AdnKronos, articolo del 22/05/2014).

Parimenti, Pizza, presidente dell'ordine dei medici di Bologna, in un articolo del giorno precedente, aveva ritenuto inaccettabile la possibilità di comminare «una sanzione deontologica al medico che non rispetta le modifiche organizzative decise dai servizi sanitari nazionali o dalle aziende» (AdnKronos, articolo del 21/05/2014). Sempre in tema di conflitto di interesse, è di sicuro riferimento ma meno incisivo di quanto ci si aspettasse, l'articolo 62 in materia di attività medico-legale. Esso recita testualmente: «L'attività medico-legale, qualunque sia la posizione di garanzia nella quale viene esercitata, deve evitare situazioni di conflitto di interesse ed è subordinata all'effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso». Di estrema rilevanza, sebbene anche qui il documento non entri nel dettaglio, il riferimento al «possesso delle specifiche competenze richieste dal caso», che derivano non solo da competenze clinico-tecniche, ma anche, da parte dei consulenti in materia specialistica, di una conoscenza degli elementi di base della medicina-legale che consenta loro di supportare validamente l'attività del medico legale.

idievolution®



TUTTO PER L'IMPLANTOLOGIA EVOLUTA IN UN'UNICA AZIENDA ITALIANA:

diagnosi ossea intraoperatoria, valutazione della stabilità primaria complessiva dell'impianto, software di archiviazione dati intraoperatori, cartella clinica digitale, procedura assistita di incorporazione impianti a carico immediato, chirurgia computer guidata, il rivoluzionario brevetto MAD per la rilevazione intraoperatoria dell'angolo implantare, scanner intraorale per le impronte digitali, protesi individualizzate, reparto cad-cam, gamma implantare dedicata alle diverse tipologie ossee e componentistica protesica completa con produzione interna certificata secondo i più alti standard qualitativi.

SCOPRI COME SU **IDIEVOLUTION.IT** OPPURE CHIAMANDO AL **039/6908176**
O SCRIVENDO A **INFO@IDIEVOLUTION.IT**

Made in Italy

< pagina 4

Per quanto concerne la materia del nostro specifico interesse, è da notare che gli odontoiatri nel 2006 avevano visto ampiamente riconosciuta la propria professionalità e, attraverso l'articolo 67, in maniera autonoma, si disciplinava con chiarezza il divieto di esercizio abusivo della professione. Disposizioni già contenute nelle precedenti stesure, ma che nel 2006 trovavano maggiore dignità e spessore. L'articolo 64 riconosceva alle CAO (commissioni albo odontoiatri), e in particolare ai suoi presidenti, un ruolo fondamentale nella vigilanza deontologica e disciplinare. Tutti i punti essenziali sono ribaditi anche nella recente stesura, nella quale, in aggiunta, all'odontoiatria viene riservata una posizione di ancor più chiara autonomia rispetto alle altre branche medico-chirurgiche.

L'articolo 69 – sulla direzione sanitaria e il responsabile sanitario – indica, infatti, che «il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario di una struttura privata [...] deve essere in possesso dei titoli previsti dall'ordinamento per l'esercizio della professione ed essere adeguatamente supportato per le competenze relative a entrambe le professioni di cui all'art.1 in relazione alla presenza delle stesse nella struttura». Le professioni di cui all'articolo 1 sono la professione medica e quella odontoiatrica.

Viene espresso con chiarezza che il medico che assume il ruolo di direttore sanitario di una struttura pubblica o privata, o di responsabile di una struttura privata nella quale si erogano prestazioni mediche e odontoiatriche, se non è in possesso dei titoli previsti dall'ordinamento per l'esercizio sia della professione medica sia di quella odontoiatrica (contemporanea iscrizione all'albo dei medici e a quello degli odontoiatri), dovrà essere adeguatamente supportato per le competenze relative all'altra professionalità per la quale gli mancano i necessari requisiti. Se iscritto al solo albo dei medici necessiterà del supporto di un odontoiatra, al pari del collega iscritto al solo albo degli odontoiatri che dovrà essere supportato da un medico nell'espletamento dell'incarico di direttore sanitario o di responsabile sanitario.

Viene identificata, pertanto, la possibilità per l'odontoiatra di assumere la direzione sanitaria di una struttura, se adeguatamente supportato per le competenze relative alla professione medica, laddove questa sia rappresentata. Ne consegue idealmente che, in caso contrario, tale figura risulterebbe deontologicamente sanzionabile.

Tutto ciò rafforza notevolmente l'autonomia e il prestigio della professione odontoiatrica, e c'è da augurarsi che gli odontoiatri sappiano in futuro adottare le proprie scelte manageriali nel rispetto dell'alta collocazione della professione sanitaria, senza cadere nella mercificazione e nello svilimento della stessa, riducendo un'arte medica a semplice vendita di un prodotto.

Gli odontotecnici: «L'odontoiatria è anche nostra, non solo affare di qualcuno»

Il Convegno “La questione odontotecnica” del 6 giugno alla Camera dei Deputati segna un passo importante: essersi gli odontotecnici dotati di un Centro autonomo di analisi del comparto odontoiatrico significa fornire strumenti di riflessione e progettazione agli odontotecnici e loro laboratori e affermare di esser parte attiva nel definire i modelli di odontoiatria non solo in veste sussidiaria.

Ribadisce Massimo Maculan, presidente ANTLO: «Rivendichiamo la legittimità di discutere di odontoiatria, come abilitati al suo esercizio, ma come attività che non è solo affare di qualcuno. Negare a noi di interessarci di odontoiatria significa negarci l'interesse per il nostro futuro. Confrontarsi sul contesto di riferimento



significa alzare l'asticella dell'impegno e competenza, non essere condannati a una inarrestabile residualità, alla considerazione di “figli di un dio minore”. Esordire con un convegno nella sala Mercede della Camera – ha sottolineato – «ribadisce l'appartenenza a pieno titolo alla sanità». Presenti al tavolo di presidenza, il consigliere per l'odontoiatria del Ministro Lorenzin, Franco Condò e Maurizio Troiani, che ha coordinato gli interventi di vari invitati. La relazione Maculan (14 cartelle circa) è stata letta a una platea a numero chiuso prendendo le mosse dal contesto generale di riferimento, compreso il modello di odontoiatria. Tra i dati analizzati: accessi alle cure, immagine dell'odontoiatra odierna, “occasioni mancate” e tra i passaggi salienti «Noi vogliamo parlare della crisi strutturale del comparto. Usciamo pertanto dai laboratori per non chiuderli. Dobbiamo trovare soluzioni, diventare soggetti attivi. Abbiamo trovato ostacoli in passato tentando di por mano all'odontoiatria. Sembrava noi non potessimo farlo mentre rivendichiamo di poter dire la nostra. Per farlo tuttavia bisogna cambiare la visione dell'odontotecnico, visto come abusivo o che applica alti costi». Parlando di modelli di odontoiatria ha sottolineato «il comparto privato a supporto del pubblico va per la maggiore ma crea un calo negli accessi alle cure e nella filiera. Non si può imputare solo alla crisi se il modello presenta problemi, essendo intrinseca al modello proposto finora». Quanto alle occasioni mancate, si è riferito al 2002, allorché ANDI nel Congresso “Governare il cambiamento” sancì la volontà di costituirsi in “soggetto collettivo” associandosi con altri della filiera per confrontarsi con le varie forme di “terzo pagante” e favorendo così l'avvento della sanità integrativa in odontoiatria. Deliberazioni senza seguito, ostacolate secondo Maculan anche da ambienti ordinistici. «Oggi invece la sanità integrativa è un'opportunità per l'odontoiatria di qualità considerata tale anche dagli odontoiatri. «Un cambio epocale – lo definisce – visto che fino a poco fa non erano affatto dell'avviso. Siamo favorevoli all'abolizione degli Ordini professionali, a cominciare dai medici – ha dichiarato Maculan – che hanno

bloccato accesso alle cure». Un accenno anche all'ENPAM. «Hanno proposto l'apertura ad altre professioni sanitarie ma la componente odontoiatrica è la più ostile». Anche il profilo professionale degli odontotecnici, non poteva non trovare rilievo nella relazione. Trascinatasi per 86 anni la vicenda ha come interlocutori

il Ministero e gli sessori regionali alla Salute. «Siamo stretti da due fattori negativi» – ha detto –, «l'avversione delle rappresentanze e la complicità dell'iter. Il profilo non è una soluzione, ma una battaglia di dignità, su cui non escludiamo la mo-

bilitazione». Argomento ripreso dall'on. Fabrizio Anedda: «L'attuale profilo non ha più senso con i nuovi cambiamenti tecnologici». Grande il rilievo, ripreso da molti relatori istituzionali, al Ddl Marinello n. 471 contro l'esercizio abusivo delle professioni. «Siamo favorevoli alle sanzioni per chi esercita abusivamente la professione, da ripristinare anche per i prestanome, condizione “in sé” dell'abusivismo, uno “scippo con destrezza” non citato dalle organizzazioni odontoiatri-

che». Altro tema caldo, le tecnologie, dove senza negarne l'avvento, si ribadisce la volontà di difendere lo spazio professionale in un quadro normativo «che non permetta a chiunque di fare il nostro lavoro» dando adito a nuovi abusivismi. Significativo l'intervento di Giuseppe Venturini, della Nobel Metal, azienda impegnata nel settore odontotecnico: «Oggi noi cavalchiamo il CAD/CAM, non lo subiamo. Le nuove tecnologie si devono utilizzare, non subire». Tra in benefici, creando una rete di tracciabilità e un filo diretto col paziente (per esempio, per la camera intraorale). «Per cavalcare e non subire». – ha concluso – «ci vuole più impegno e un'attenta valutazione delle scelte, ossia fare impresa». Dimostrando scarsa fiducia nei “Tavoli del dentale” Maculan ha proposto al Ministero della Salute la convocazione di una conferenza che dovrebbe coinvolgere tutti i soggetti della filiera. Inoltre l'affermazione di una sanità integrativa in odontoiatria e la defiscalizzazione delle prestazioni, oneri recuperabili con l'aumento del comparto. Di defiscalizzazione ha parlato il sen. Sangalli, della Commissione Bilancio, riportando altre esperienze nei settori edile e automobilistico, sottolineando «più si concentra ricchezza, meno esiste capi-

talismo e la domanda aggregata si abbassa. Il governo intende fare ora un'azione di stimolo alla domanda. Interventi sono stati fatti sul “cuneo fiscale” e sull'IRAP per aziende, ma se non faranno parte di un intervento europeo, i problemi strutturali del paese non si risolveranno». Sulla questione odontotecnica «è un problema di Sanità.» – ha sottolineato – «Il calo del presidio alla salute è calo di qualità di vita, decadimento sociale oltre che economico. Per via anche del sommerso l'odontoiatria è una questione delicata e la detraibilità potrebbe farlo recuperare». Altre conclusioni importanti tratte da Ilvo Diamanti, dell'Università di Urbino e di Parigi, editorialista de “la Repubblica” che si occupa di identità e rappresentanze «delle quali – ha detto – anche dovreste occuparvi. La questione odontotecnica non può essere ridotta ai rapporti con le professioni vicine, l'abusivismo, il Ministero, i cosiddetti “tavoli”, ma ha a che fare con la rappresentanza, l'identità. Prima di comunicarlo, dovete spiegarlo a voi stessi, cambiare il profilo personale e autocomunicarvi meglio, per avere un maggior peso sociale. Perché – ha aggiunto – tu esisti solo se tu sai di esistere e solo così gli altri ti riconosceranno». Insomma, odontotecnico... chi sei?

Cere dentali PAM



Cera da registrazione occlusale



Basta riscaldarla in acqua calda a 45°-50°

- Semplice nell'utilizzo come una normale cera in fogli
- Pulita durante il riscaldamento
- Precisa e resistente come una resina



Cera diagnostica e testabile nel cavo orale

Unica al mondo!

- si modella in laboratorio e si prova in bocca
- consente di realizzare un progetto condiviso
- altamente resistente, ma facilmente lavorabile in studio
- controllo totale di funzione, estetica e fonetica

Coperta da Brevetto Nazionale ed Internazionale







PAMWAX s.r.l.
Cere Tecniche

info

www.pamwax.com
info@pamwax.com
+39 338.3007266

I due modi di intendere la professione secondo un “odontoiatra filosofo”

Segretario ANDI Lazio, specialista alla Tufts University e una laurea in Filosofia, Luigi Gallo esercita l'attività nel suo studio di Roma. Invitato in qualità di vicepresidente ANDI Lazio a un convegno tenuto dal 20 al 22 febbraio scorso a Roccaraso (AQ), a cura di F. Bambini – docente presso l'Università degli Studi di Ancona –, ha tenuto il suo intervento venerdì 21 febbraio nel corso della sessione presieduta da Angelo Putignano, con Antonella Polimeni quale presidente onorario. Successivamente Gallo è stato invitato da Sergio de Paoli e Piero Simeone a un incontro a Roma in tema di formazione professionale su formazione e cultura, organizzato da Altaformazione, su progetto di P. Simeone. In entrambi i casi la questione esaminata da Gallo aveva gli stessi contorni.

Occorre guardare oltre l'orizzonte culturale entro il quale una professione cresce sana e forte, per individuare un principio in grado di aprire nuove prospettive. Guardare con sguardo curioso e aperto, non egocentrico, non chiuso in se stesso, attento a un nuovo orizzonte che disponga lo spirito ad apprendere oltre e al di là dei rigori della scienza, convertendo l'apprendimento in prassi potenziata. Cosa c'è oltre l'orizzonte tracciato da una scienza che non è scienza, ma tuttavia di grande aiuto al professionista?

Nel titolo che ho dato al convegno di Roccaraso, ovvero “La professione tra l'interpretazione solipsistica del sé e il confronto con i modelli d'eccellenza”, c'è un orizzonte pensato come pura scienza, sovrana indiscussa di ogni forma sapere, che costituirebbe tuttavia, a mio parere, una specie di liquidazione per la professione, perché sotto il peso di eccessive nozioni, tra cui alcune errate, il professionista rischia la disgregazione. Nella sovrabbondanza di ciò che viene proposto, come potrebbe infatti non giungere alla sazietà, alla saturazione?

La professione deve dunque ripensare un modo di rapportarsi alla cultura che vada oltre il principio della scienza positiva, che valuta l'oggetto di studio secondo criteri di analisi quantitativa.

Per andare oltre, si debbono invece prendere in considerazione altri elementi intrinseci alla professione, non misurabili quantitativamente, né oggettivabili nel classico procedere della disciplina scientifica.

A questo proposito sono solito parlare di beni immanenti, una pratica complessa e socialmente condivisa, da tenere distinti da quelli cosiddetti esterni.

Se desidero che mio figlio impari a suonare il pianoforte ed è goloso di gelati, gli compro un gelato ogni volta che fa esercizio sulla tastiera.

Ma quando troverà un altro ordine di ragioni nei valori offerti dal pianoforte, come un certo virtuosismo nell'eseguire un brano, la disinvoltura nel generare musica gradevole, il gelato passerà in secondo piano e a questo punto prevarranno le ragioni per eccellere in tutto ciò che il suonare bene il pianoforte richiede.

Analogamente, nella professione si hanno due tipi di valori perseguibili: da un lato, quelli esterni quali posizione sociale, prestigio o denaro; dall'altro i valori interni alla professione, non raggiungibili se non praticandola. Proprio come il ragazzo che raggiungerà l'eccellenza solo esercitandosi al pianoforte.

SonoStripping ortodontico: mai stato così sicuro!

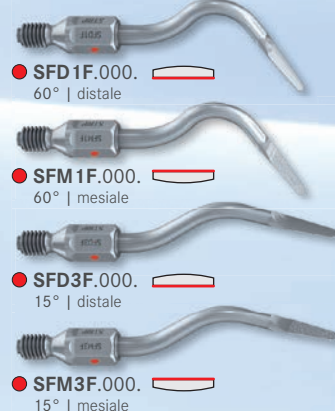
In ortodonzia l'asportazione di smalto interprossimale è un'operazione sempre più frequente. Le tecniche con mascherine invisibili (per es. Arc Angel, Clear Step, Invisalign) richiedono uno stripping interdentale nella gran parte dei casi. Con le punte SonoStripping, ideate dal Dr. Ivo Agabiti di Pesaro, da montare su manipolo sonico (per es. SF1LM Komet) è possibile effettuare un'asportazione monolaterale - mesiale o distale - dello smalto, sia sui denti

frontali che sui denti posteriori, in condizioni di assoluta sicurezza e rispetto dell'anatomia e senza danneggiare il dente vicino. A differenza di lime reciproche, strisce abrasive e strumenti rotanti, le punte SonoStripping consentono un'asportazione veramente omotetica dello smalto e, cosa importantissima, non insultano gengive e papille. Le punte SonoStripping si possono usare anche in caso di debonding.



Stripping

rivestimento del lato diritto



www.komet.it



mettono un confronto per misurare il proprio grado di inadeguatezza. L'autorità dei valori immanenti alla pratica e quella dei modelli d'eccellenza consentono all'odontoiatra, da un lato di non cadere nel circolo vizioso dell'auto-referenzialità, dall'altro, di non entrare nello sciame danzante che insegue corsi, congressi e study club, ingozzandosi di una cultura che scorre via come un grigio, ininterrotto flusso, crescendo su se stessa senza referenti oggettivi nella realtà esterna.

Circa la lievitazione innaturale e autoreferenziale di certa cultura odontoiatrica, faccio riferimento a un articolo, segnalatomi da

Adriano Piattelli dell'Università degli Studi di Chieti, relatore di spicco al congresso di Roccaraso, con il quale mi sono confrontato sui temi esposti nel mio intervento.

Il lavoro, intitolato *Impact Factor: nuovo record, 66 riviste squalificate per doping*, a cura di Giuseppe De Nicolao, si può reperire all'indirizzo www.roars.it/online/impact-factor-nuovo-record-66-riviste-squalificate-per-doping/ (pubblicato il 17 ottobre 2013 ore 03:54:20, la data e l'ora riportate consentono di rintracciare meglio l'articolo).

Luigi Gallo

< pagina 6

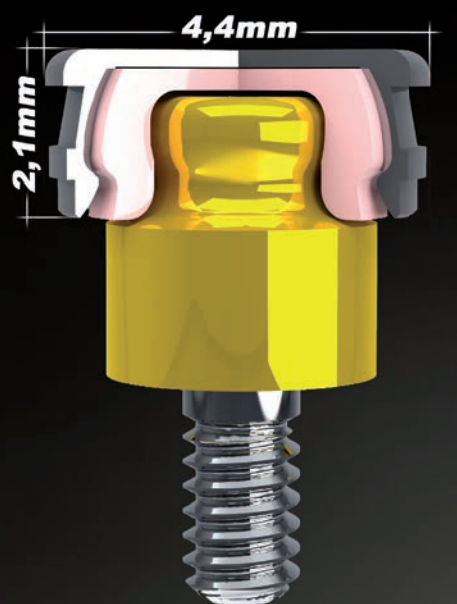
I valori immanenti in odontoiatria sono identificabili in rapporto alla disciplina, riconosciuti come tali solo attraverso l'esperienza pertinente la professione. Chi ne è privo, risulta incompetente nel giudicarli.

Il medico divenuto manager della sanità si occupa principalmente di valori esterni: deve reperire i fondi per sostenere l'ospedale o il laboratorio di ricerca e tener conto di una revisione della spesa su scala nazionale che investe la sanità. Altrettanto vale per il direttore sanitario di una mega struttura odontoiatrica low cost impegnato a produrre utili per gli investitori. Una volta mutato il riferimento professionale, costoro non sono più in grado di riconoscere i beni immanenti alla professione, le loro valutazioni rispondendo al solo criterio dei beni esterni.

Per lo studio monoprofessionale o associato, tuttavia, le cose stanno diversamente: il dentista deve tener conto dei beni esterni per fronteggiare i costi correnti, ma anche di quelli immanenti per conseguire quanto più possibile l'eccellenza nella professione, unico elemento a garanzia del futuro dell'attività. Nei tentativi di incrementare il progresso della disciplina e dare risposte creative ai problemi che essa presenta, bisogna fare ricorso ai valori immanenti alla professione in quanto cruciali per individuare i passaggi difficili e superare le strettoie che consentono di giungere alla soluzione del caso clinico. Si tratta di attuare un fare, che mentre fa, inventa il modo di fare.

I beni esterni, oggetto di competizione, in cui vi sono perdenti e vincitori, una volta raggiunti sono di proprietà dell'individuo. Quelli immanenti, al contrario, arricchiscono l'intera comunità interessata alla pratica, la quale può condividere tutta il lembo di Widman, o la registrazione occlusale secondo la manovra di Dawson, modelli d'eccellenza a cui guardare con umiltà. Nessun dentista condividerà invece l'attico a Manhattan del dottor x.

L'odontoiatria comporta modelli d'eccellenza. Partecipare a una pratica significa accettare la loro autorità: non si può esservi iniziati senza accettare l'autorità dei modelli migliori fino a quel momento realizzati, i quali per-

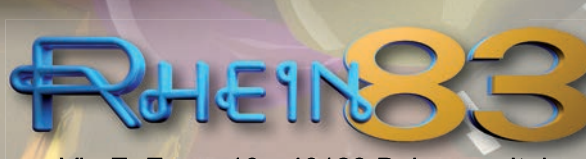
MASSIMA stabilità MINIMO ingombro!

per tutte le piattaforme
implantari









Via E. Zago, 10 - 40128 Bologna - Italy
Tel. (+39) 051 244510 - (+39) 051 244396
Fax (+39) 051 245238 - Numero verde 800-901172
info@rhein83.it - www.rhein83.com

GUARDA
IL NUOVO FILMATO
"OT EQUATOR 2014"
SUL SITO RHEIN83

Identikit dei consumatori di prestazioni odontoiatriche: spesa e rinuncia alle cure

< pagina 1

Tra il 2007 e il 2012 hanno speso di meno (rispetto alle famiglie in altra condizione) i gruppi degli operai e assimilati (-170,27 €), quelli con un livello di istruzione elementare e media, residenti in Lombardia, Trentino, Campania e Calabria, nelle regioni del Nordovest e del Sud. È lecito ipotizzare che si tratti di famiglie operaie residenti nelle regioni industrializzate, maggiormente colpite dalla crisi industriale, e in quelle meridionali, dove più elevato è il livello di disoccupazione. Dalla seconda tabella si specifica chi sono gli individui che non hanno

speso proprio per mancanza di soldi: ossia residenti nel Sud e nelle Isole, appartenenti a classi di età tra i 35 e i 59 anni, persone sole o monogenitori, con istruzione bassa e senza lavoro. I dati delle tabelle non debbono far dimenticare, però, un risultato generale: a spendere di meno o a rinunciare alle cure odontoiatriche è tutta la popolazione. Quelli sopradescritti sono i ceti il cui profilo è maggiormente negativo, ma negativo, seppur in minor percentuale, è tutto il resto della popolazione. Si “salvano” solo quelli che per posizione professionale e profili correlati non hanno sofferto di decrementi importanti di reddito.

Una considerazione generale scaturisce, infine, da questi dati. Appare evidente che i consumi e la spesa odontoiatrica dipendono dal reddito delle famiglie, degli individui e del paese. Se da un lato questa correlazione (reddito-consumo-spesa) vale in linea generale per tutti i tipi di consumo, essa è tradizionalmente minore nel caso delle spese per la salute. Se i dati eviden-

ziano che la correlazione si è invece fatta più “forte” nel caso delle prestazioni odontoiatriche, si potrebbe dedurre che la crisi ha indotto un cambio di paradigma nella mentalità collettiva. Potrebbe essere accaduto – e se è così, sarà difficile tornare indietro – che l’odontoiatria sia scesa nella scala delle priorità, oggettive e soggettive, dei cittadini. Ovviamente, questo cambio

di paradigma non può non riguardare, per così dire, l’indotto: i compensi professionali e i ricavi commerciali e industriali. Per promuovere un’inversione di rotta, occorrerebbe strategicamente che il reddito pesasse meno sul consumo, attraverso azioni multiple dal lato dell’offerta e della domanda.

Aldo Piperno

Individui di 16 anni e più che hanno rinunciato (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) per motivi economici ad una visita dal dentista di cui avevano bisogno	
Caratteristiche individuali	Percentuale sul totale delle persone residenti
Ripartizione	
Nord	6,5
Centro	7,1
Sud e Isole	13,0
Sesso	
Maschi	8,2
Femmine	9,4
Classe d'età	
16-24	4,6
25-34	7,9
35-44	10,3
45-54	10,7
55-59	10,8
60-64	8,3
65-74	9,6
75 e più	7,4
Tipologia familiare	
Persone sole	10,4
Coppie senza figli	7,6
Coppie con figli	8,6
Monogenitori	11,2
Altra tipologia	8,4
Titolo di studio	
Nessuno, elementare	11,5
Media inferiore	11,5
Media superiore	6,7
Laurea	3,7
Condizione professionale	
Dipendenti	8,2
Autonomi	7,9
Disoccupati	16,7
Altri non occupati	9,5
Ritirati dal lavoro	7,1
Totale	8,9

SPESA PER DENTISTA delle sole famiglie che hanno effettuato la spesa e % famiglie sul totale delle famiglie italiane					
Caratteristiche Consumatori	ANNO 2007		ANNO 2012		
	spesa media familiare mensile	Percentuale di famiglie che hanno effettuato la spesa	spesa media familiare mensile	Percentuale di famiglie che hanno effettuato la spesa	Differenza di spesa tra il 2012-2007
Condizione professionale capofamiglia					
Imprenditori e liberi professionisti	471,65	0,3	390,48	0,3	-81,17
Lavoratori in proprio	371,14	0,5	292,78	0,4	-78,35
Dirigenti e impiegati	317,32	1,6	331,72	1,5	14,40
Operai e assimilati	413,54	1,2	243,27	1,0	-170,27
Ritirati dal lavoro	546,92	1,6	448,29	1,4	-98,63
Altri in condizione non professionale	406,67	0,3	201,22	0,4	-205,45
Titolo di studio del capofamiglia					
Nessun titolo	335,32	0,0	319,91	0,1	-15,41
Licenza elementare e media	465,09	2,6	341,83	1,8	-123,27
Diploma scuola secondaria superiore	391,29	2,2	325,36	2,1	-65,93
Laurea	392,89	0,7	341,38	0,8	-51,51
Post-laurea	-	-	435,02	0,1	n.d
Regione di residenza					
PIEMONTE	431,85	0,7	479,31	0,4	47,46
VALLE D'AOSTA	590,22	0,0	1411,62	0,0	821,40
LOMBARDIA	646,12	1,2	418,64	0,9	-227,49
TRENTINO ALTO ADIGE	645,58	0,1	501,72	0,1	-143,86
VENETO	334,33	0,7	357,08	0,5	22,75
FRIULI VENEZIA GIULIA	494,56	0,1	503,67	0,1	9,12
LIGURIA	495,47	0,2	381,78	0,2	-113,69
EMILIA ROMAGNA	313,49	0,6	322,79	0,5	9,30
TOSCANA	298,80	0,4	231,46	0,3	-67,33
UMBRIA	374,29	0,1	294,63	0,1	-79,67
MARCHE	369,36	0,2	245,92	0,1	-123,44
LAZIO	316,59	0,4	324,29	0,4	7,70
ABRUZZO	-	-	234,18	0,1	n.d.
MOLISE	460,69	0,0	380,82	0,0	-79,87
CAMPANIA	330,93	0,2	140,48	0,2	-190,46
PUGLIA	296,28	0,2	224,32	0,3	-71,96
BASILICATA	368,37	0,0	369,25	0,0	0,88
CALABRIA	350,47	0,1	153,08	0,2	-197,39
SICILIA	221,47	0,2	246,72	0,3	25,25
SARDEGNA	296,95	0,1	248,47	0,1	-48,48
Ripartizione geografica di residenza					
NORD-OVEST	564,49	2,1	440,14	1,5	-124,35
NORD-EST	367,25	1,5	368,54	1,2	1,29
CENTRO	323,20	1,1	283,93	1,0	-39,27
SUD	337,31	0,6	200,28	0,8	-137,03
ISOLE	252,00	0,3	247,31	0,4	-4,69

Approvata la riforma dello Statuto ENPAM

< pagina 1

Il testo riduce il numero dei componenti del Cda da 27 a un massimo di 17. Del Consiglio nazionale (il parlamentino della Fondazione), invece, non faranno più parte solamente i presidenti degli Ordini provinciali dei medici e dei dentisti, ma anche rappresentanti eletti direttamente dai contribuenti. Prevista anche un'autonoma rappresentanza della professione odontoiatrica. Lo Statuto fissa inoltre l'obiettivo dell'equilibrio di genere e, per cominciare, impone che almeno il 20% dei candidati appartenga al sesso meno rappresentato. Nel Consiglio nazionale, inoltre, ci saranno osservatori dei giovani e dei pensionati. È prevista l'abolizione del Comitato esecutivo, che significherà una riduzione delle spese per gli organi

collegiali. Il nuovo testo statutario si occupa anche della gestione economica, introducendo il principio della prudenza e stabilendo che gli investimenti siano fatti secondo modelli procedurali. Lo Statuto, inoltre, elenca in maniera più dettagliata le forme di investimento ammesse e riduce la discrezionalità del Consiglio di amministrazione. Hanno manifestato soddisfazione il presidente della CAO, Giuseppe Renzo, il presidente dell'ANDI, Gianfranco Prada, e l'Esecutivo AIO, in alcune note pubblicate sui loro siti. Approvano all'unanimità la rappresentanza degli odontoiatri negli organi collegiali della Fondazione, riconosciuta – come sottolinea Renzo – in termini statutarî e regolamentari, e non più discrezionali. Renzo continua osservando che questo è un ulteriore passaggio verso il ricono-

scimento di autonomia e di autorappresentanza della componente odontoiatrica. Si plaude anche alla riduzione dei costi di gestione. Prada insiste nel chiedere di lavorare con impegno per dare un futuro alle pensioni, in particolare dei giovani medici e dentisti. AIO, invece, esprime ulteriore soddisfazione per il fatto che l'ENPAM resti l'Ente di previdenza assistenza dei soli medici e odontoiatri, ma manifesta anche alcune perplessità: «È mancata l'opportunità di rendere più snello ed efficace il Consiglio nazionale – si legge nel comunicato – che, con un numero di 185 componenti, in tempi di globale ridimensiona-

mento degli organismi istituzionali e politici, riteniamo ancora pletorico». Tuttavia, anche per AIO il giudizio globale rimane positivo.

Dental Tribune Italia



Il digitale trascina il settore dentale verso una nuova era di crescita

< pagina 1

Qualsiasi dato statistico sul mercato italiano, o mondiale che sia, e sui successi dei singoli studi dentali o dei laboratori odontotecnici, lo conferma. Ormai è nata un'era digitale nel settore dentale da cui non ci sarà un ritorno.

Tanti articoli pubblicati recentemente a cura degli studi Keystone-UNIDI e ANDI nazionale, ma anche su questo numero, a cura di aziende multinazionali, registrano un trend in continua crescita ed evoluzione. Tuttavia, non tutti ancora hanno adottato o conosciuto le opportunità della "digital dentistry".

Per offrire ai professionisti del settore un'occasione unica per tenere il passo con tali progressi, *Dental Tribune International* (DTI) lancia il Digital Dentistry Show (DDS), un evento, se non storico, certamente originale in assoluto, trattandosi della prima manifestazione espositiva interamente dedicata al digitale in odontoiatria. Una scelta scaturita dall'osservazione che, negli ultimi anni, un numero crescente di aziende del dentale ha contribuito a dare con innovazioni nel digital hardware, nel software e nei materiali di consumo, come l'imaging medicale 3D, CAD/CAM e nei dispositivi intraorali. Torsten R. Oemus (in foto), CEO e editore di DTI, ha confermato questa lungimirante strategia aziendale sottolineando i punti di forza della rivoluzione digitale: «Trasformare gli studi odontoiatrici in "parchi gioco hi-tech" sta diventando infatti una tendenza globale, favorendo sia i pazienti sia i dentisti. La tecnologia è ciò che differenzia un moderno studio dentistico da uno convenzionale, aumenta il flusso di pazienti e fa progredire risultati diagnostici e di trattamento, quelli che in ultima analisi portano a maggiori ricavi».

Ha invitato quindi i dentisti e i laboratori ancora incerti su come le tecnologie digitali potrebbero favorire lo sviluppo del loro studio a prendere parte al Digital Dentistry Show. La prima edizione europea del tour si terrà nell'autunno 2014, in occasione dell'International Expodental di Milano. Concentrandosi interamente sui prodotti digitali e le loro applicazioni nell'odontoiatria, la rassegna – unica nel suo genere – non solo mostrerà gli ultimi prodotti e soluzioni di fornitori leader nel settore, ma offrirà dal 16 al 18 ottobre anche un canale di formazione con relazioni e webinar dedicati.

Rivolto a odontoiatri, odontotecnici e a tutti gli esponenti dell'area dentale, garantirà pertanto complete informazioni sulla tecnologia digitale più recente. In contrasto con la tradizionale esposizione di prodotto nello stand, DDS sarà una combi-

nazione di presentazioni "live" di prodotti e tecniche digitali di ultima generazione, di workshop teorico-pratici e sessioni di dibattito, in un'ampia area espositiva e con una guida cartacea, offrendo ai frequentatori un'esperienza di formazione dinamica e interattiva. E non è un caso che lo show europeo venga

presentato proprio durante l'International Expodental di Milano, oggi uno degli eventi più importanti del dentale italiano. La registrazione online e il programma per i professionisti del settore sono disponibili sul sito DDS (www.digitaldentistryshow.com), ma sarà possibile registrarsi anche in loco.



INTRODUCING

DDS

DIGITAL DENTISTRY SHOW

AT
INTERNATIONAL EXPODENTAL MILAN

16 17 18 OCTOBER 2014

EXHIBITION
LIVE PRODUCT PRESENTATIONS
HANDS-ON WORKSHOPS
PRINTED REFERENCE GUIDE
COFFEE WITH THE EXPERTS

www.DigitalDentistryShow.com

Organized by Dental Tribune International in cooperation with Promunidi.
Dental Tribune International | Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig | Germany
T +49 341 48474 134 | F +49 341 48474 173
E info@digitaldentistryshow.com | W www.DigitalDentistryShow.com

dti Dental Tribune International

PROMUNIDI