

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno V, n. 3

Marzo 2009

Euro 3,00



Speciale Disinfezione



COSA È MEGLIO PER UNA EFFICACE STERILIZZAZIONE?

La disinfezione ad alto livello e la sterilizzazione della strumentazione sono processi fondamentali nella pratica quotidiana dello studio odontoiatrico. Come fare?

> pagina 7

Attualità



IL DENTISTA E LA SICUREZZA SUL POSTO DI LAVORO

Gianfranco Prada spiega gli obblighi previsti dal DL 9 aprile 2008, n° 81, una legge complessa che riforma la tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

> pagina 19

Made in Italy



IL MOTTO DELLA CATTANI: FANTASIA, RICERCA E QUALITÀ

Aspirazione e compressione sono le due glorie della Cattani. Il presidente, Augusto Cattani, racconta come da un sogno giovanile è nata la storica azienda di Parma.

> pagina 24



L'IDS di Colonia, mercato di dimensioni planetarie



Le prospettive del mercato dentale come emergono dalla 33ª edizione dell'IDS (International Dental Show) di Colonia, 24-28 marzo 2009, sono buone. In una recente conferenza stampa, il timore di tagli causati dall'attuale crisi economica è stato decisamente giudicato privo di fondamento. Stando infatti all'intervista rilasciata da Martin Rickert, presidente dell'Association of German Dental Manufacturers (VDDI e.V.), a Daniel Zimmermann, Dental Tribune International, la domanda odontoiatrica rimane costante.

Nel 2008 l'andamento del mercato dentale in Germania è stato di segno abbastanza positivo. Tale circostanza è cambiata con l'attuale crisi finanziaria?

No. Come ha giustamente sottolineato, si tratta di una crisi finanziaria. L'industria nel 2008 si presenta in buona salute e ci sono segnali di un ritorno alla stabilità che, sebbene non esaudiscano appieno le nostre aspettative, promettono tuttavia profitti soddisfacenti. Si registrano fluttuazioni in vari settori e nei mercati a livello mondiale, non attribuibili ad una singola causa.

Dagli Usa arrivano notizie di esuberi. Ci si deve preparare anche in Germania ad interventi di ridimensionamento?

Il sistema sanitario degli Stati Uniti differisce da quello della Germania e della maggior parte dei Paesi europei: ecco perché molti investitori privati sono stati colpiti dalla crisi finanziaria. Gli esuberi in settori chiave indicano solamente che molte persone negli Usa non sono più in grado di aderire ai programmi di

→ [DT](#) pagina 26

Via alla revisione degli studi di settore

È disponibile sul sito www.sose.it della Società per gli Studi di Settore il questionario per il monitoraggio della crisi economica che ha investito anche la nostra professione e che potrà essere compilato,

→ [DT](#) pagina 28



Le due "gambe" della professione

Laureato in Odontoiatria a Bologna, collaboratore con Carlo Guastamacchia nel volume "Gestione della pratica professionale odontoiatrica" e autore del libro "Dentista tra lavoro e vita", Tiziano Caprara ha tenuto a Torino il 23 gennaio al Congresso regionale Andi un corso sulla gestione dello studio di cui pubblichiamo una sintesi.

La qualità clinica è la condizione necessaria per il successo dello studio dentistico. La professione cammina infatti su due gambe: quella clinica e quella relazionale. I colleghi troppo sbilanciati su una delle due zoppicano, incontrando notevoli difficoltà. Personalmente quando aprii lo studio, credevo che i pazienti venissero da me solo per la qualità oggettiva delle prestazioni. A fine anno

→ [DT](#) pagina 2



Elettra De Stefano Dorigo

siano favoriti confronto e coordinamento. Tutte le Università statali e le private (Cattolica del S. Cuore, Vita e Salute S. Raffaele di Milano e Campus biomedico) sono rappresentate, nel Collegio, da un ordinario eletto tra i docenti di discipline odontostomatologiche e di chirurgia ma-

xillo-facciale di ciascuna sede. Denominato referente di sede, costituisce, assieme ai colleghi, un organismo politico ("Collegio dei referenti") che, con Presidente e Segretario, assume le decisioni riguardanti le tematiche accademiche d'interesse collegiale sostituendo lo storico Direttivo formato da Presidente, Past-President, Presidente eletto, Segretario e Tesoriere. Data la stretta vicinanza e gli obiettivi condivisi, il Collegio dei referenti è stato per statuto esteso alle Presidenze delle Conferenze dei corsi di laurea specialistica in Odontoiatria e protesi dentaria e in Igiene dentale, delle Scuole di specializzazione in Ortognatodonzia, Chirurgia speciale odontostomatologica, orale, maxillo-facciale e, ove necessario, al Tesoriere. Dato l'inaccettabile

→ [DT](#) pagina 2



Editoriale

Consapevolezza
e
comunicazione

Carissimi lettori e lettrici, quando si parla di comunicazione, nel senso di iniziarla, incrementarla, dimezzarla, escluderla, sappiamo bene di utilizzare un linguaggio improprio. Gli esseri viventi sono dotati di mezzi di espressione più o meno sofisticati e comunque tutti interagiscono con l'ambiente circostante.

L'uomo possiede poi il massimo delle possibilità e, se non può contrastare la potenza della moderna tecnologia in termini di velocità e numero di contatti, certamente non può essere superato nelle sue molteplici espressioni: il silenzio dell'essere umano comunica qualcosa! (Anche delle aziende per inciso). Noi non possiamo fare a meno di comunicare, perché qualunque gesto, decisione, persino la non visibilità, sono messaggi inviati all'ambiente e creano un'opinione su ciò che una persona, un professionista o un'azienda è o vuole esprimere in quel momento. Ciò che fa la differenza è la consapevolezza di "come" si comunica, se la comunicazione è adeguata a quanto desidero esprimere e quindi raggiunge degli obiettivi analizzati in precedenza. Forse questo può far perdere un po' di spontaneità, ma questa spesso è scambiata per "cose lasciate al caso".

Un esempio personale per non cadere nel teorico. Io a volte sono un po' in ritardo a consegnare l'editoriale alla mia redazione e potrei essere tentata di rinviare a un prossimo numero quest'appuntamento. Ma se qualche lettore è abituato a leggerlo o semplicemente a vederlo graficamente sul giornale può recepire: non è più interessata a uno spazio di comunicazione personale con i lettori; non ha più argomenti da esprimere; è cambiato l'editore; ha cambiato l'indirizzo e-mail; l'editoriale non ha successo e quindi meglio evitarlo. Magari io ero semplicemente stanca, all'estero, senza linea internet o a letto con l'influenza. Meglio seguire quanto programmato e poi, nei contenuti, procedere con spontaneità (un po' troppo evidente?). Si comunica con i pazienti in ogni caso, così come con i potenziali clienti. Quello che oggi conviene fare è scegliere con quali mezzi, quante persone e cosa si desidera comunicare di se stessi e della propria professione. Da questo punto decidere gli strumenti più adeguati agli obiettivi e alle possibilità di investimento. Siamo consapevoli di come e cosa stiamo comunicando? Governare non vuol dire mancare di spontaneità, ma presuppone chiederci chi siamo, scegliere come e a chi esprimerlo.

L'Editore

Patrizia Gatto

patrizia.gatto@tueor.com

Collegio Docenti alla Sapienza di Roma dal 22 al 24 aprile

← [DT](#) pagina 1

attacco mediatico all'Università italiana, e nella consapevolezza che la rappresentatività dell'area accademica odontoiatrica concentrasse sul Collegio un di più di responsabilità, il Collegio dei referenti ha deciso di portare il Congresso nazionale annuale, previsto dallo statuto, negli spazi istituzionali, rendendolo itinerante per approfondire la reciproca conoscenza e attuare un processo di comune sviluppo, nella convinzione che un sistema condiviso non deve solo premiare i migliori, ma porsi come obiettivo la crescita del sistema. Per crescere, bisogna tuttavia investire sul futuro e l'Università è futuro. Di qui la necessità di un nuovo rapporto con l'Industria, con la quale (ben consci del pericolo, sottolineato anche in realtà diverse dalla nostra, che l'interesse particolare del finanziatore possa indirizzare, sia pure indirettamente, sviluppo e conclusioni delle ricerche) abbiamo intrapreso un percorso innovativo di sostegno a progetti di formazione alla ricerca e didattica innovativa estesi a tutte le sedi universitarie, per innescare processi di miglioramento e concorrere a mantenere congiunte ricerca, didattica e assistenza, unica vera risposta per contrastare la licealizzazione dell'insegnamento universitario.

Sostenuto da questo quadro di riferimento e con spirito ricco di aspettative, il Collegio dei referenti ha affidato al Dipartimento di Scienze odontostomatologiche della Sapienza di Roma l'organizzazione del Congresso nazionale dei docenti in programma dal 22 al 24 aprile a

Roma presso il Dipartimento. Il 22 vedrà la presentazione delle Scuole universitarie italiane, cui farà seguito l'Inaugurazione nell'Aula Magna. Nei giorni successivi programmi di assoluto interesse dibattuti anche in tavole rotonde tecnico-politiche. Le problematiche nella riabilitazione implantoprotesica: esperienze e competenze professionali a confronto vedranno implantologi orali e chirurghi maxillo-facciali proporsi ad altissimo livello nei rispettivi ambiti, mentre l'Odontoiatria sociale, dal pubblico al privato e dal privato al pubblico, offrirà all'Ospedale G. Eastman, coinvolto nel programma, il confronto tra diverse realtà, anche internazionali, d'interesse per la diversità di proposte operative. Non verranno trascurati gli aspetti medico legali funzionali ai temi trattati, con attenzione particolare al contenzioso medico legale in Odontoiatria. Un Congresso contraddistinto da workshop tematici d'attualità organizzati da Aziende con relatori di riferimento per illustrare prodotti innovativi e tecnologie avanzate. Grande attenzione infine ai numerosi poster valutati per l'interesse delle ricerche e originalità dei contenuti, in funzione anche della loro pubblicazione in extenso. Numerosi i momenti assembleari dal Collegio alle Conferenze, con intrecci di presenze per una più interessante programmazione futura. Graditissimi come sempre gli studenti Aiso, in rappresentanza degli studenti italiani, cui vogliamo offrire un'Università capace di rinnovarsi con dialogo e confronto senza paura di essere valutata e giudicata, nella certezza che le critiche costruttive saranno bene accette per crescere in

qualità e trasparenza. L'eccellenza si sviluppa e diffonde, infatti, se aumenta la qualità media, non se il primo rimane tale (e le valenze in Odontoiatria non

mancano), ma se l'ultimo avrà saputo con l'aiuto di tutti fare un passo avanti.

Elettra De Stefano Dorigo

Le due "gambe"...



Tiziano Caprara

← [DT](#) pagina 1

tuttavia i risultati economici testimoniavano una realtà diversa. Non riuscivo a capacitarmi come mai, a fronte di un mio grande impegno clinico, non corrispondeva un'adeguata risposta dei pazienti. Come molti colleghi, mi sorprendevo perché operatori senza qualità clinica e abilitazione (abusivi) potessero aver successo. Era forse vera la frase riportata dalla rivista internazionale di Parodontologia ed Odontoiatria ricostruttiva (4/1994) "Si può essere ottimi dentisti e non avere pazienti"?

Decisi quindi di realizzare un questionario tra i miei pazienti sui fattori che influivano nel processo di scelta e, con mia grande sorpresa, mi resi conto che l'aspetto relazionale

era importante quasi quanto quello clinico. All'inizio la notizia mi "deluse" molto: significava forse che una pacca sulla spalla era meglio di una buona otturazione? Che un sorriso valeva più di un buon intervento parodontale? In fin dei conti avevo studiato per fare il dentista non il P.R., investito tempo e risorse per mettere su uno studio, non uno show.

Eppure, piacendomi o no, quella era la realtà. Nella professione l'aspetto relazionale-emozionale col paziente era di notevole importanza. Era il 1995 e da allora la mia professione è molto cambiata. Ho mantenuto alta la qualità clinica, che miglioro ogni anno con l'aggiornamento, ma ho sviluppato anche l'ambito extra clinico, perché ho capito che la fiducia del paziente si basa su 2 importanti aspetti: percezioni e relazioni. La percezione di professionalità si ricava dall'organizzazione (risposta al telefono, servizio personalizzato, ambito amministrativo, tempi) e dall'aspetto fisico della nostra struttura (musica, arredamento sala d'attesa e sale operative, odori, comunicazione indiretta).

→ [DT](#) pagina 5

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Publisher Torsten Oemus

Group Editor
Managing Editor
DT Asia Pacific

Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107

Managing Editor
German Publications

Jeannette Enders
j.enders@dental-tribune.com

Editorial Assistants

Claudia Salwiczek
c.salwiczek@dental-tribune.com
Anja Worm
a.worm@dental-tribune.com

Copy editor

Hans Motschmann
Sabrina Raaf

International Editorial Board

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

President/CEO

Peter Witteczek

Director of Finance and Controlling

Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services

Daniela Zierke

License Inquiries

Jörg Warschat

Accounting

Manuela Hunger

Product Manager

Bernhard Moldenhauer

Executive Producer

Gernot Meyer

Ad Production

Marius Mezger

Designer

Franziska Dachsel

© 2009, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

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

Dental Tribune International

Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany

Tel.: +49 341 4 84 74 502 - Fax: +49 341 4 84 74 175

Internet: www.dti-publishing.com

E-mail: info@dental-tribune.com

Regional Offices

Asia Pacific

Yontorisio Communications Ltd

Room A, 26/F, 589 King's Road, North Point, Hong Kong

Tel.: +852 5118 7508 - Fax: +852 5118 7509

The Americas

Dental Tribune America, LLC

215 West 35th Street, Suite 801, New York, NY 10001, USA

Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

Realizzazione

Fotoqui - www.fotoqui.it

Stampa

Artigrafiche LCL - Busca (Cuneo)

Pubblicità

TU.E.OR. Srl

Ufficio abbonamenti

TU.E.OR. srl - Corso Sebastopoli 225 - 10137 Torino

Tel. 011.197 15 665 - Fax 011.197 15 882

alessia.murari@tueor.com

www.tueor.com

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

Forme di pagamento:

Versamento sul c/c postale n. 65700561 intestato a TU.E.OR. srl;

Assegno bancario o bonifico su c/c postale 65700561

intestato a TU.E.OR srl IBAN IT95F0760101000000065700561

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

Associato

all'Unione Stampa Periodica Italiana



Dental Tribune Edizione Italiana fa parte del Gruppo Dental Tribune International che pubblica in 19 lingue in oltre 90 Paesi



Anno V Numero 3, Marzo 2009

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

Direttore responsabile

Massimo Boccaletti

Direttore editoriale

Cristina Rodighiero

Editore

TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino

Tel. +39.011.197.15.665 - fax +39.011.197.15.882

www.tueor.com - redazione@tueor.com

Sede amministrativa

Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino

Amministratore

Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueor.com

Coordinamento tecnico-scientifico

Aldo Ruspa

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

Mario Aversa Tiziano Caprara, Vince Croud, Luca Dalloca, Elettra De Stefano Dorigo, M. J. Fernandez-Aceñero, George Freedman, R. Herruzo-Cabrera, Gianna Maria Nardi, Ruggero Paris, Marisa Parma Benfenati, Antonio Pelliccia, Gianfranco Prada, Cristina M. Rodighiero, M.J.Vizcaino-Alcaid

Hanno collaborato

Enrica Casalegno, Alessia Murari, Francesco Pesce, Egle Tulliso

Grafica e impaginazione

Andrea Carraro

Se non fosse per i pazienti, il mio sarebbe uno studio di successo

← **DT** pagina 1

La relazione deriva invece dalle interazioni dentista-paziente e personale ausiliario-paziente, da considerare momenti di verità perché non si trasformino in "storia dell'orrore". Per questo la risposta al telefono, l'accettazione, la comunicazione nelle sale operative, la descrizione del piano di trattamento, la presentazione del preventivo, sono momenti propedeutici e favorevoli all'accettazione delle cure da parte del paziente. La prima visita deve quindi essere considerata un momento importante, preparatorio all'accettazione della terapia. L'appuntamento per una nuova visita è il vero momento produttivo dello studio, perché solo se ben organizzato sfocerà in un nuovo ciclo di cure. Inserire la visita del nuovo paziente tra un appuntamento e l'altro, o dedicargli poco tempo perché "dobbiamo lavorare", significa rischiare la perdita del paziente e del suo passaparola. Le emozioni positive derivanti da una corretta percezione e relazione creano la giusta motivazione per far parlare di noi ad amici e parenti. Dalle ultime ricerche (AD Communication 09-2008) si ricava che più del 90% dei pazienti ci conosce attraverso amici, parenti e colleghi.

L'importanza della relazione e l'effetto del passaparola (basato per lo più su fattori relazionali e percettivi) spiegano perché la professione sia rappresentata principalmente da studi monoprofessionali. Se il fattore costo fosse il parametro più importante nella scelta del dentista sarebbe la fine della libera professione come intesa oggi, col passaggio ad un'odontoiatria "su vasta scala" gestita da poche enormi strutture regionali. Invece ciò non succede, malgrado i grandi sforzi del capitale, perché è una prestazione personalizzata legata ad aspetti emotivi e valori importanti come la salute, difficilmente standardizzabili. Anche nelle ultime ricerche, il costo rimane sempre al terzo posto, molto distante da parametri come professionalità e atmosfera.

Tali informazioni ci spingono ancora di più a cambiare la nostra visione da bocca-centrica a paziente-centrica. Il dentista, sempre concentrato sulla prima, parla normalmente in termini tecnici (in "dentistico") non facendosi comprendere, non costruisce relazioni, ma cura solo denti; consegna un preventivo al paziente e si aspetta un "sì o no" entro 30 giorni; non gestisce un sistema organizzato di richiamo dei pazienti attivi, ma basa la professione solo sulle prime visite.

Chi s'interessa al paziente, invece, parla in maniera comprensibile (ossia in "pazientese"); cerca di costruire relazioni durature perché sa che la scelta del dentista e il mantenimento del risultato della terapia dipen-

dono dal (buon) rapporto instaurato. Sa che ogni paziente che arriva in studio ha una serie di carichi personali cui dovrà aggiungersi il trattamento dentale. Fa in modo pertanto che la terapia si "adatti" ai suoi impegni dal punto di vista temporale ed economico; considera ogni persona

"in cura a vita" e organizza un sistema di richiami ben strutturato nel tempo.

La scelta del dentista, legata all'esperienza della prima visita e all'accettazione del trattamento, sono i due maggiori fattori di successo di uno studio. Tuttavia, spesso si notano colleghi che

inseriscono nuove visite tra un paziente e l'altro, non destinandogli il giusto tempo, o che non preparano la presentazione del piano terapeutico correttamente dal punto di vista comunicazionale. Gli effetti purtroppo si sentono solo a lungo termine. Dopo è difficile porvi rimedio.

Lo studio, per camminare, deve bilanciarsi su due gambe. Solo se si darà la giusta importanza a tali aspetti si potrà avere successo. Altrimenti si dovrà iniziare a combattere la dura battaglia dei prezzi da cui difficilmente si uscirà vincitori.

Tiziano Caprara



Indicando insieme la strada per l'igiene orale a lungo termine

Consigliare gli spazzolini elettrici Oral-B può aiutare i Suoi pazienti a raggiungere i propri obiettivi di salute orale a lungo termine. L'esclusivo design delle testine piccole e rotonde e la tecnologia oscillante-rotante offrono infatti una pulizia superiore nei punti difficili da raggiungere rispetto all'uso di uno spazzolino manuale tradizionale.

Insieme alle Sue indicazioni su come spazzolare i denti adeguatamente, possiamo fare la differenza.

Oral-B®

P&G Professional Oral Health

Il “buco legislativo” degli igienisti Problema da affrontare in modo responsabile

Pubblichiamo una lettera aperta di Luca Dalloca in merito alla carenza legislativa legata a questa figura professionale

Come ben sapete la maggior parte degli Odontoiatri si è avvalsa e si avvale della collaborazione di assistenti alla poltrona ed igienisti per il buon svolgimento della propria professione e la cura dei propri pazienti. Purtroppo, le figure di queste due categorie subiscono ed hanno subito un buco legislativo che negli ultimi tempi è diventato di grande attualità.

Mentre per gli igienisti è nato un corso di laurea triennale, come dal decreto MURST (Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica), 3 novembre 1999, n. 509 (Gazzetta Ufficiale n. 2 del 4 gennaio 2000) - “Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei” - che ha imposto la graduale trasformazione dei Diplomi Universitari dell'area sanitaria in Lauree triennali di primo livello, per le assistenti dentali si è invece nella stessa situazione in cui ci si trovava fino a solo qualche anno fa con gli “igienisti praticanti senza titolo di studio”.

Se il decreto è entrato in vigore nel 2000, bisogna dedurre che i primi igienisti laureati siano entrati nel mercato del lavoro nel 2003-2004. E quanti igienisti dentali sono disponibili oggi dopo solo 4 anni? Oggi le Università che offrono il titolo di studio in igiene dentale sono 35: se queste fossero state tutte operative dal primo anno, per circa 20 studenti per ogni ateneo, oggi si dovrebbe poter contare su circa 2800 igienisti laureati, più circa al-

tri 1000 che hanno parificato il titolo di diploma a laurea breve. Anche la Dott.ssa Marialice Boldi, Presidentessa dell'Associazione Igienisti Dentali Italiani, afferma che oggi gli igienisti sono circa 4.000 e che, secondo le medie europee, il fabbisogno italiano è di almeno 20.000.

Gli odontoiatri in Italia sono circa 50.000, ed è ragionevole credere che ogni Odontoiatra scrupoloso abbia bisogno almeno di un igienista a testa e che quindi ci sia una gran carenza di igienisti. Prima che la scuola riesca ad offrire al mercato un numero sufficiente di igienisti, alla media di 500 igienisti all'anno, ci vorranno almeno altri 15 anni.

È veramente ipocrita da parte degli organi competenti disconoscere che gli Odontoiatri si siano arrangiati a formare igienisti “fatti in casa” per oltre 30 anni, e ne è una conferma che associazioni di settore e professionisti di fama organizzassero corsi di formazione “ufficiali” per “assistenti igienisti” fino a solo qualche anno fa e che, ancor oggi, esistano corsi di perfezionamento per igienisti dove non è indispensabile possedere la laurea breve o essere per lo meno iscritti all'università al corso di igiene per potervi partecipare. Il mercato è in realtà saturo di igienisti “abusivi” e presto gli Odontoiatri saranno obbligati a licenziare dai 50.000 ai 50.000 collaboratori per far posto a questa “nuova” categoria.

Com'è possibile che, dall'entrata in vigore della legge 42 del 1999, la maggior parte degli

Odontoiatri sia diventata automaticamente prestanome perseguibile per il favoreggiamento all'abusivismo dell'igiene dentale e che le associazioni di categoria non abbiano tutelato gli odontoiatri per trattare con le istituzioni ad un adeguamento graduale in funzione delle necessità e richieste del mercato, come per esempio è avvenuto per la legge 626 o nel ramo infermieristico? Non si è pensato all'impatto sociale di tale legge? Non si è pensato a permettere a questi “igienisti praticanti” di potersi mettere in regola con dei corsi o esami integrativi? 50.000 nuovi disoccupati: è lo stesso numero di dipendenti che senza ammortizzatori sociali la Fiat si appresta a licenziare e questo fa notizia su tutti i giornali e telegiornali. Cosa si fa? Si nasconde la testa sotto la sabbia e si obbliga gli Odontoiatri a liberarsi di validi e formati collaboratori con esperienze anche ventennali senza fare nulla, lasciandogli subire un sopruso come se la categoria fosse fatta da delinquenti? E se domani le istituzioni si inventassero la laurea breve per assistente dentale si sarebbe costretti a lasciare a casa altri 100-150.000 dipendenti?

Credo che sia corretto che le associazioni di settore, l'ordine e le istituzioni affrontino il problema in maniera responsabile per garantire la tutela e la legalità degli Odontoiatri ed offra una giustizia sociale nei confronti dei loro validi collaboratori.

Luca Dalloca

Indagine esplorativa sulle abitudini dentali nella provincia di Udine

Il 26 novembre 2008 è stata presentata all'Ordine dei Medici di Udine l'indagine Andi “Gli studi dentistici. Report esplorativo su abitudini e conoscenze dei cittadini della provincia di Udine”. Sin dalla nascita, Andi Udine - che oggi rappresenta circa 500 odontoiatri della provincia - è attiva nella promozione, nella ricerca, formazione ed approfondimento culturale e professionale della categoria. Vengono continuamente create occasioni di scambio tra soci e non, tra dentisti e la comunità in cui operano, organizzati corsi e congressi, promosse indagini in merito ai temi più scottanti del settore ed azioni di volontariato, partecipando attivamente a manifestazioni di portata nazionale. Secondo l'indagine, effettuata ad ottobre su un campione stratificato tramite un questionario, dalle domande emergono in sintesi le seguenti risultanze:

Da quanti anni va dal suo dentista?

Una buona percentuale ha fiducia del proprio dentista, le donne appaiono più fidelizzate.

Quante volte all'anno?

Il 54,4% almeno una volta l'anno. Le donne risultano più attente alla prevenzione.

Soddisfazione sul dentista?

Il 58,8% si dichiara molto soddisfatto (a livello regionale il 50%).

Cambio dentista negli ultimi 5 anni?

Il 76% non cambia, ad ennesima conferma della fedeltà dei pazienti. Cambia di più l'uomo. Cambia studio il 25%, il 62% 2 volte, il 38% 1 volta.

Motivi del cambiamento?

Costi eccessivi (solamente il 12%), insoddisfazione per la relazione, tempi d'attesa troppo lunghi, scarsa professionalità.

Scelta del nuovo studio

Il passaparola è la fonte fondamentale di conoscenza di un nuovo studio dentistico.

Elementi più apprezzati nel servizio?

Le buone relazioni umane, l'atmosfera, la professionalità e l'aggiornamento continuo, il giusto tempo dedicato a terapia e igiene.

Appartenenza del proprio dentista ad associazione professionale

Il 98,5% dei pazienti si sentirebbero molto e/o abbastanza tutelati.

Propensione al low cost

Il 49,3% dice di no, il 41,5% dice forse, il resto non ha mai sentito parlare dei low cost e non sa cosa dire. I motivi dei prezzi più bassi secondo gli intervistati sono: materiali di qualità differente, scarso tempo dedicato alla terapia, margini di profitto più bassi, risparmio sull'igiene e sulla sterilizzazione.

Protesi “esotiche”

Il 41,2% non si fiderebbe delle protesi provenienti da paesi tipo Cina e India. Nel complesso l'87,2% avrebbe paura di aver in bocca un materiale non controllato.

Frequenza dei low cost

Il 77,7 non li ha mai frequentati, il 25,3 sì (per urgenza perché in vacanza all'estero), il 5% non risponde. Alcuni nella provincia di Trieste e Gorizia hanno provato solo per curiosità (più gli uomini che le donne). Il 95% rimane in Italia, solo il 7% va all'estero. Le donne preferiscono l'Italia.

Correlazione tra la salute orale e quella generale

Il 62% non ne è a conoscenza (sono più le donne informate rispetto agli uomini). Il 65% andrebbe dal dentista se fosse a conoscenza di questa correlazione, mentre il 34% “forse sì”.

DENTALPOINT
Swiss Implant Solutions

Sviluppiamo, produciamo e distribuiamo con successo impianti dentali realizzati in materiali di qualità superiore. Per la distribuzione del nostro impianto di ultima concezione ZERAMEX®, che è già stato lanciato con successo sul mercato svizzero e tedesco, siamo alla ricerca di un

distributore generale per l'Italia

altamente qualificato e ben integrato in tutto il territorio.

L'impianto a due componenti ZERAMEX® tecnologicamente avanzato in ossido di zirconio è resistente alle rotture, privo di metallo e soddisfa i massimi requisiti estetici. Può essere impiantato facilmente ed è estremamente flessibile nell'utilizzo protesico.

Come nuovo partner sarete responsabili della gestione completa del mercato (acquisizione, formazione, congressi, ecc.) con un'offerta di servizi corrispondente nella distribuzione e nella vendita.

Vi offriamo condizioni interessanti e vi forniremo il nostro supporto da un punto di vista tecnico e comunicativo.

Gli interessati possono rivolgersi a Dentalpoint AG telefonando al numero +41 44 388 36 36 o inviando un'e-mail all'indirizzo info@dentalpoint.ch

“E’ bello volare...”

Rispondendo all'interessante editoriale del 1° numero 2009 mi ritengo perfettamente in linea con i concetti espressi, nel senso che per essere quanto più possibile artefici del proprio futuro e tralasciare l'antipatica e passiva sistemazione in panchina occorre una scelta attiva, di costante avanzamento, informata da costanza e coraggio, sebbene contrassegnata da inevitabili cadute e risalite, da continui stop and go. Riprendendo il pensiero di Franco Bolelli, vorrei aggiungere che la sperimentazione non è, e non deve essere, un'eccezione o una stranezza, ma un'avventurosa necessità, da unire felicemente in matrimonio con una forte energia di comunicazione. Proprio in questa simbiosi fra l'irresistibile impulso ad andare oltre e la imponente voglia di condividere sta il nuovo, più ampio ruolo degli sperimentatori e dei pionieri. D'altronde è bello sognare, volare più in alto, fino a “fare un esperimento della propria stessa vita...” (Nietzsche).

Mario Aversa

APRITEVI A NUOVI ORIZZONTI PROFESSIONALI.

TENEO. Addio vecchio studio dentistico.

Felice esito della Divisione Ricerca & Sviluppo Sirona, dell'engineering e della qualità produttiva "made in Germany", Teneo rappresenta oggi lo stato dell'arte del riunito: per tecnologia, funzionalità e design. Il nuovo top di gamma Sirona ottimizza il lavoro del professionista a livelli mai raggiunti in precedenza. **Teneo: per te, niente di meno.**



www.sirona.it

The Dental Company

sirona.

Una migliore igiene dentale può ridurre le infezioni ospedaliere

Uno studio dell'Università di Tel Aviv rivela che lavare i denti può prevenire le infezioni ospedaliere fino al 50%. Secondo il direttore della ricerca, Ofra Ranan, dal Dipartimento Infermeria dell'Università, le infermiere di vari centri medici del

Paese hanno constatato che lavare i denti di pazienti intubati tre volte al giorno ha portato ad un decremento della polmonite associata a ventilazione (VAP), un'infezione che si sviluppa in persone ventilate meccanicamente.

Infezioni ospedaliere quali la VAP costituiscono un serio rischio per le degenze a lungo termine. La VAP solitamente è causata da innocui batteri presenti nella bocca che si spostano in piccole goccioline attraverso il tubo, trovando accesso ai pol-

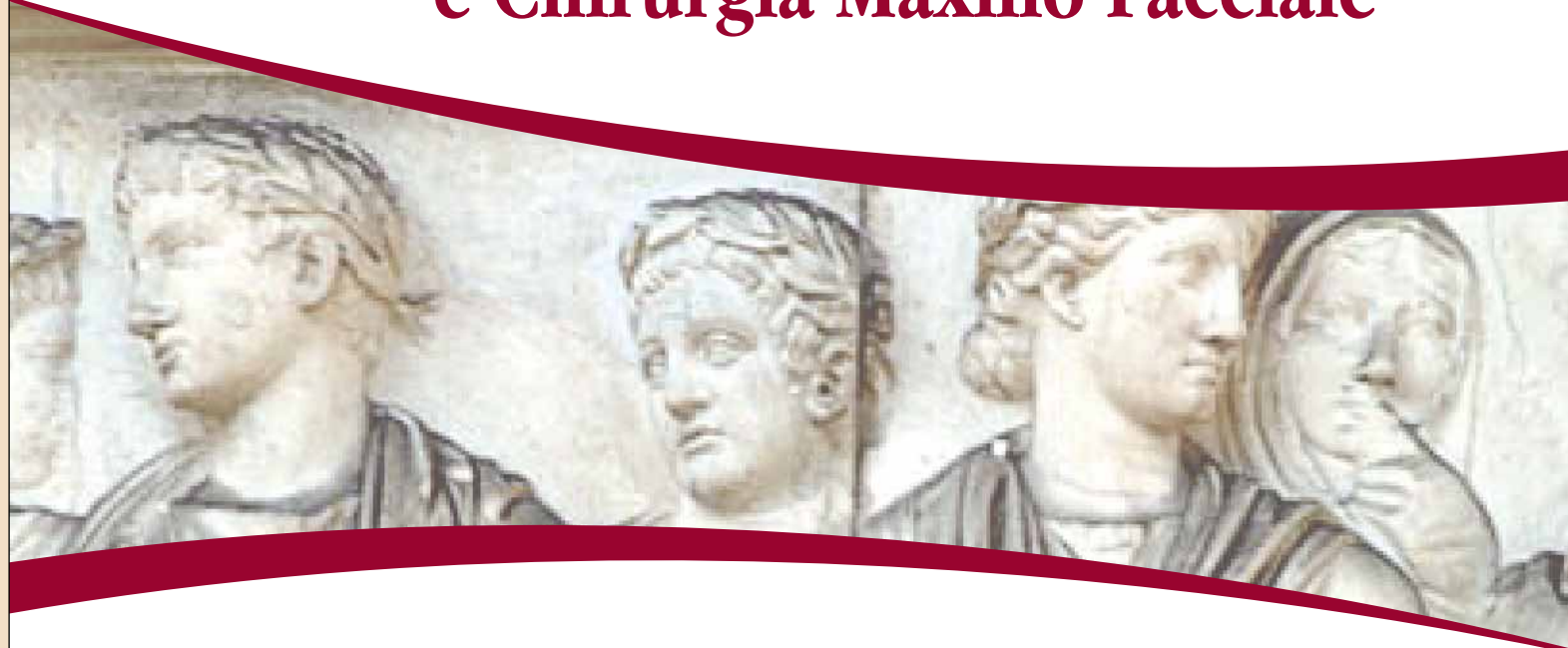
moni dove si colonizzano. Una volta entrati, i batteri sfruttano il sistema immunitario indebolito del paziente e si moltiplicano, causando infezioni che possono portare alla morte. I pazienti intubati possono essere infettati dalla polmonite solamente due

o tre giorni dopo l'inserimento del tubo.

Le infermiere di solito usano un sistema di aspirazione meccanico per rimuovere le secrezioni dalla bocca e dalla gola o mettono il paziente in posizione seduta ogni poche ore. La Ranan riferisce che le sue raccomandazioni, elencate nella pubblicazione di un noto giornale per infermieri, possono indurre molti centri medici nel mondo ad investire maggiori risorse nella pratica di routine del lavaggio dentale dei propri pazienti. "Questo approccio migliorerà certamente le probabilità di sopravvivenza" ha dichiarato.


Presidente
Elettra De Stefano Dorigo

Congresso Nazionale dei Docenti di Discipline Odontostomatologiche e Chirurgia Maxillo Facciale



ROMA
22-24
Aprile 2009

ARGOMENTI DEL CONGRESSO

mercoledì 22 aprile

Presentazione delle Scuole Universitarie Italiane

giovedì 23 aprile

Le problematiche nella riabilitazione implanto-protesica: esperienze e competenze professionali a confronto

venerdì 24 aprile

L'Odontoiatria Sociale dal pubblico al privato e dal privato al pubblico: confronto dei progetti regionali
Aula Andrea Benagiano Ospedale Regionale "G. Eastman"

23-24 aprile

Sessione poster

23-24 aprile

Workshop tematici

www.collegiodocentiodonto2009.it

COMITATO SCIENTIFICO
Giunta del Collegio dei Docenti

COMITATO PROMOTORE:
Collegio dei Referenti del Collegio dei Docenti

COMITATO PROMOTORE LOCALE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



COMITATO ORGANIZZATORE
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche
Sapienza Università di Roma

SEDE
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche
Via Caserta, 6 - 00161 Roma

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

FASI S.r.l.
Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma
Tel. +39-0697605610
Fax +39-0697605650
info@fasiweb.com
www.fasiweb.com



Nuovo "ispettore" per rilevare la placca

In collaborazione con l'Inspektor Research Systems BV dei Paesi Bassi, scienziati dell'Università di Liverpool hanno sviluppato un nuovo prodotto per l'identificazione della placca in accumulo nella bocca prima che diventi visibile all'occhio umano. Grande come uno spazzolino, il dispositivo ha una luce blu all'estremità che permette di vedere facilmente la placca come un bagliore rosso tutt'intorno alla bocca quando viene illuminata ed esaminata con lenti gialle dotate di filtro rosso.

I dentisti attualmente usano agenti rivelatori sotto forma di pastiglie per indicare carie e placca dentale, ma spesso macchiano la bocca e hanno un sapore sgradevole. Noto come Inspektor TC, il nuovo prodotto è stato progettato per uso domestico quotidiano e potrebbe risultare particolarmente utile per coloro che sono più vulnerabili alle malattie dentali, specie bimbi e anziani.

"La placca allo stadio iniziale è invisibile. Tale dispositivo invece potrà mostrare alla gente parti della bocca trascurate nel lavaggio dei denti, permettendo di rimuovere la placca prima che diventi un problema" dice Sue Higham, Direttrice delle Ricerche alla School of Dental Sciences dell'Università di Liverpool. "Inspektor TC è progettato in modo che la gente possa facilmente inserirlo nella quotidiana igiene dentale".

Il suo team ha già ricevuto il Medical Futures Innovation Award, in riconoscimento della significativa innovazione scientifica del prodotto.

"Adesso si spera di collaborare con l'industria per sviluppare il prototipo in modo che la gente possa usarlo a casa, individuando la placca prima che un qualsiasi intervento dentistico diventi necessario" aggiunge la Higham.

Viaggio nell'eccellenza odontoiatrica

La prima tappa del nostro viaggio tra gli studi odontoiatrici che si distinguono per le loro caratteristiche d'eccellenza è in una delle vie storiche del centro di Milano, presso lo studio del professor Mauro Labanca.

Appena si entra, si respira un'atmosfera diversa. Sarà per il sorriso aperto della receptionist, sarà per il profumo di essenze naturali che pervade in modo discreto l'ambiente, o forse sarà perché i colori caldi delle pareti e dell'arredamento contribuiscono a creare una sensazione di tepore.

In realtà, sono un po' in anticipo sul mio appuntamento e quindi mi accomodo in sala d'attesa: un ambiente moderno, luminoso, ordinato e confortevole; con musica classica in sottofondo che aiuta a creare una sensazione di armonia e rilassamento. Nell'espositore delle riviste vi sono giornali di diverso genere, ma anche opuscoli informativi di argomento odontoiatrico.

In questo ambiente è possibile cogliere anche nei piccoli particolari il rispetto dell'igiene e della pulizia, senza però avere la sensazione di un ambiente asettico e impersonale.

Puntuale al nostro appuntamento, il professor Labanca mi accoglie con ancora indosso il caschetto ingrandente, ulteriore testimonianza della precisione e della professionalità che pervade questo studio.

Ci soffermiamo a parlare proprio della sala d'aspetto, del fatto che la rigorosa applicazione dei protocolli operativi ed ergonomici permette di ridurre al minimo i tempi di attesa da parte del paziente. E si sa che l'attesa rende sempre un po' nervosi...

Mi spiega che lo studio è stato ristrutturato dalla società Imeta, ma l'entusiasmo e la competenza con cui mi illustra il razionale della scelta dei materiali e dei colori mi confermano il suo attivo coinvolgimento in tutta la fase di progettazione e ristrutturazione. Ecco allora sottolineare che il colore arancione delle pareti rappresenta il sole, mentre il pavimento in pietra viva rappresenta la terra. Il tutto per creare la sensazione di un accogliente abbraccio: "per far sì che il paziente si senta un po' a casa propria".

Entriamo poi in quella che è la zona operativa e qui l'attenzione si focalizza subito sulla sala di sterilizzazione, posizionata al centro e completamente a vista. Il colore predominante è sempre il giallo-arancio e dalle vetrate è possibile vedere attrezzature moderne e conformi ai più severi requisiti in fatto di disinfezione e sterilizzazione. Il professor Labanca mi spiega che questa dislocazione della sala sterilizzazione riprende un po' il concetto delle cucine a vista dei ristoranti: rassicurare il paziente-cliente che tutto viene eseguito nel massimo rispetto dell'igiene e, di conseguenza, della sicurezza sia del paziente che degli operatori.

Le tre unità operative sono

collegate in rete tra loro e la comunicazione tra gli operatori avviene tramite un sistema di messaggistica su PC, minimizzando così l'utilizzo del telefono e abbattendo al minimo l'inquinamento acustico. Sempre nell'ambito dell'acustica, c'è un sistema centralizzato di diffusione della musica, ma ogni studio può autonomamente regolare o escludere il volume. Lo stesso sistema vale anche per il riscaldamento, assicurando così la costante creazione di ambienti personalizzati e confortevoli per i pazienti e gli operatori.

I monitor a riunito hanno diverse funzioni: dalla visualizzazione delle immagini cliniche a quella dei programmi di intrattenimento per quei pazienti che preferiscono distrarsi dalle procedure odontoiatriche.

Nel pieno rispetto delle normative, diversi sono i sistemi di sicurezza elettrica che garan-

tiscono la costante funzionalità delle attrezzature in tutte le condizioni operative.

Le aree dedicate al personale prevedono un ampio spogliatoio, un bagno con doccia e lavatrice, un angolo break con cucina, testimoniando anche in questo caso l'attenzione alle esigenze di ogni persona che gravita all'interno di questo studio, sia esso un paziente o un operatore. Gli ultimi ambienti che visitiamo sono l'ufficio amministrativo e quello privato del professor Labanca.

A questo punto, chiedo al professore quale sia il "segreto" per ottenere ambienti così funzionali, dove niente è lasciato al caso: è sufficiente affidarsi a una società che si occupa di ristrutturazioni? La risposta è immediata. "È certamente fondamentale affidarsi a società specializzate e competenti, senza dimenticare però che è ne-



La sala di sterilizzazione.

cessario seguire personalmente tutte le fasi, sottolineando di volta in volta le proprie esigenze operative e confrontandosi con i progettisti per trovare sempre la soluzione più adatta e in li-

nea con il nostro lavoro di tutti i giorni".

E a giudicare dall'eccellente risultato, è senz'altro un consiglio da seguire alla lettera!

Cristina M. Rodighiero



L'entrata dello studio.



La sala d'attesa.



La sala d'attesa.



La sala di sterilizzazione.



Una delle unità operative.



Lo studio privato.



2

soluzioni alla prevenzione delle infezioni

+39.0481.413.053 www.medicaline.it

Rely+On™ Virkosept

- compatibile con la superficie del tuo riunito
- minimo ingombro: 1 flacone = 50 tablets
- disinfetta ad alto livello superfici e attrezzature
- disinfetta ad alto livello le impronte dentarie
- veloce, sicuro e biodegradabile
- virucida HIV-HBV-HCV
- sporicida, tubercolicida, battericida, fungicida
- deterzione e disinfezione in un solo step
- senza esalazioni nocive DL50 4123 mg/kg
- inodore nell'ambiente
- testato contro più di 200 agenti patogeni



Rely+On™ Peracilyse

- rispetta il tuo strumentario chirurgico
- flacone gr 810 50/100 litri di soluzione
- indicato per la decontaminazione
- indicato per la deterzione in ultrasuoni
- indicato per la sterilizzazione a freddo - 10 minuti
- indicato per la disinfezione dei circuiti idrici autosteril®
- virucida HIV-HBV-HCV
- sporicida, tubercolicida, battericida, fungicida
- non emana fumi tossici
- smaltibile direttamente nella rete fognaria
- completamente solubile



Infezioni causate dall'Aspergillus

Con ogni probabilità, gli Aspergilli sono il gruppo di funghi più diffuso nel nostro ambiente. Questo genere comprende molte specie che vivono in numerosi substrati, come foraggi, grano, noci, cotone, rifiuti organici ed acque inquinate da materiale organico.

Considerata l'ubiquità ambientale dell'Aspergillus, si può dire che l'uomo sia costantemente esposto a questo genere di funghi. Negli individui con normale funzionalità del sistema immunitario, le infezioni causate dall'Aspergillus sono relativamente rare ed inconsuete. Tuttavia, a causa del sostanziale incremento nella popolazione di individui con immunosoppressione attiva, come i pazienti affetti da HIV, ammalati sottoposti a chemioterapia o a trattamento con corticosteroidi, la contaminazione ambientale da parte di funghi, specialmente dalle specie di Aspergillus, è divenuta un fattore sempre più rilevante. Negli Stati Uniti, l'aspergillosi è oramai la seconda causa di infezione da funghi che richiede l'ospedalizzazione.

Il genere Aspergillus comprende più di 185 specie. Circa 20 di queste sono riconosciute da tempo come agente scatene di infezioni opportunistiche nell'uomo. Tra tutte, la specie isolata più di frequente è l'A. fumigatus, seguita dall'A. flavus e dall'A. niger. L'A. clavatus, il gruppo dell'A. glaucus, l'A. nidulans, l'A. oryzae, l'A. terreus, l'A. ustus e l'A. versicolor, sono alcune tra le altre specie meno rilevanti come patogeni opportunistiche.

Le specie di Aspergillus sono ben note quali importanti attrici in tre differenti situazioni cliniche: 1) infezioni opportuni-

stiche, 2) stati allergici 3) tossicosi. L'immuno-soppressione è il fattore di maggior predisposizione allo sviluppo di infezioni opportunistiche. Queste sono chiamate aspergillosi. Tra tutti i funghi filamentosi, l'Aspergillus è quello più comunemente isolato in infezioni invasive ed è il secondo fungo, dopo la Candida, che causa più di frequente micosi opportunistiche (colonizzazione di tessuto vivente da parte di un fungo).

Quasi tutti gli organi o sistemi del corpo umano ne possono venire coinvolti. Onicomicosi (infezione fungine delle unghie), sinusiti, aspergillosi cerebrale, meningiti, endocarditi (infiammazione della membrana cardiaca), miocarditi (infiammazione della parete muscolare cardiaca), aspergillosi polmonare, osteomieliti (infezione dell'osso, della sua porzione corticale o midollare), otomicosi (infiammazione dell'orecchio), endoftalmi (infiammazione dei tessuti oculari), aspergillosi cutanea, aspergillosi epato-splenica (fegato e milza) ed inoltre funge-mia e aspergillosi diffusa. Sono probabili anche aspergillosi causate da cateteri ed altri dispositivi nosocomiali.

Negli ambienti ospedalieri, il maggior rischio per lo sviluppo dell'aspergillosi è rappresentato dai lavori di ristrutturazione, in particolar modo per i pazienti neutropenici (quelli con un basso livello di globuli bianchi, per i quali esiste un elevato rischio di infezione). Considerato che i pazienti più colpiti dall'aspergillosi invasiva sono quelli fortemente immuno-compromessi, la presenza delle spore di Aspergillus nell'aria ospedaliera rappresenta un'importante implicazione.

Le spore di Aspergillus si trovano di frequente negli ospedali di tutto il mondo ed un certo numero di gravi epidemie, che hanno causato morti dovute a diffuse aspergillosi, sono state rilevate a seguito di lavori di ristrutturazione.

Le specie di Aspergillus possono anche colonizzare le cavità polmonari causate da precedenti tubercolosi, sarcoidosi, pneumoconiosi, bronchiectasia, anchilosi spondilite o neoplasmi ed essere riassunte in una distinta entità clinica chiamata aspergilloma. L'aspergilloma può colpire anche i reni.

Alcuni antigeni dell'Aspergillus sono allergeni fungini e possono dare origine ad una broncopolmonite allergica da aspergillosi. L'A. fumigatus, il più frequente patogeno opportunista, si trova abbondantemente nei materiali organici in decomposizione. Visto che la temperatura ideale per lo sviluppo è al di sopra dei 55°C, la fermentazione ed il conseguente riscaldamento del compost organico fornisce l'ambiente ideale per lo sviluppo dei funghi. Nei campioni di aria rilevati in prossimità di siti di compostaggio, l'A. fumigatus si è rivelato l'organismo più numeroso. Le persone che manipolano compost o cumuli di fieno in decomposizione, spesso sviluppano ipersensibilità alle spore di Aspergillus e dopo l'esposizione possono soffrire di gravi fenomeni



allergici.

La seconda specie di Aspergillus che viene rilevata più di frequente nelle infezioni fungine è l'A. flavus. Oltre ad essere causa di infezione, l'A. flavus è noto come produttore di aflatossine, una delle più potenti sostanze cancerogene per l'uomo. Il rischio associato all'esposizione ad aflatossine ed altre micotossine aerogene in un edificio contaminato non è stato ancora adeguatamente studiato. Le micotossine sono prodotte dalle altre specie di Aspergillus. La terza specie di Aspergillus più comune causa di infezioni è l'A. niger, che è il più diffuso di ogni altra specie di questo genere e trova domicilio nel più vasto assortimento di substrati. È solitamente aggregato in "sfere fungine", una particolare condizione dove i funghi si sviluppano nel polmone umano, formando degli agglomerati sferici, senza invadere il tessuto polmonare.

A cura di:

Dr. Vince Croud, Technical Director,
Human Health, Antec International –
a Dupont Company

Legionella: malattia del Legionario e febbre di Pontiac

La malattia del Legionario è un'infezione polmonare (polmonite) provocata da un batterio Gram-negativo, aerobico, conosciuto con il nome di Legionella pneumophila. Ad oggi sono state identificate più di 30 specie di Legionella, ma il 90% delle affezioni negli esseri umani sono causate dalla Legionella pneumophila. La seconda specie più volte isolata in esseri umani è la Legionella micdadei, che diventa la prima nei pazienti trapiantati.

Il periodo di incubazione della malattia del Legionario va dai due a dieci giorni. Per svariati giorni il paziente può sentirsi stanco ed affaticato. La maggior parte dei ricoverati in ospedale sviluppano febbre molto alta, spesso superiore ai 39,5° C.

La tosse può rappresentare il primo segnale di un'infezione polmonare e può essere sufficientemente grave da produrre escreato. Sono comuni anche sintomi gastrointestinali, dei quali la diarrea è il più identificativo. Molti pazienti hanno pure nausea, vomito e mal di stomaco. Altri sintomi frequenti sono mal di testa, dolori muscolari e toracici, respiro affannoso. Analisi di laboratorio possono poi indicare un malfunzionamento dei reni.

Dopo essere stati dimessi dall'ospedale, alcuni pazienti possono soffrire, per svariati mesi, di affaticamento, perdita di energia e di difficoltà di concentrazione. Di solito, il completo recupero non avviene prima di un anno.

Se la polmonite viene trattata sul nascere, con le adeguate cure di antibiotici, la ripresa è eccellente, a patto che il paziente non soffra già di altre malattie che ne compromettano il sistema immunitario. Viceversa, un ritardo nell'adozione di un'adeguata terapia in quei pazienti con un sistema immunitario indebolito, compresi i trapiantati, può portare ad una prolungata ospedalizzazione, complicazioni e talvolta al decesso.

La Febbre di Pontiac è invece una malattia a carattere lieve, le persone interessate manifestano febbre e dolori muscolari, ma non polmonite. Il periodo di incubazione della Febbre di Pontiac è più corto rispetto a quello della Legionellosi e generalmente varia da alcune ore fino ad un paio di giorni.

Possono contrarre la malattia del Legionario individui di ogni età, tuttavia l'infezione colpisce preferibilmente le persone di mezza età e gli anziani, in particolar modo i fumatori e coloro i quali soffrono di disturbi polmonari cronici. Sono persone ad alto rischio di infezione anche gli immuno-compromessi per malattie come cancro, diabete, Aids ed anche i pazienti dializzati. Anche i tossicodipendenti sono individui ad alto rischio. La Febbre di Pontiac è più comune nelle persone in buona salute.

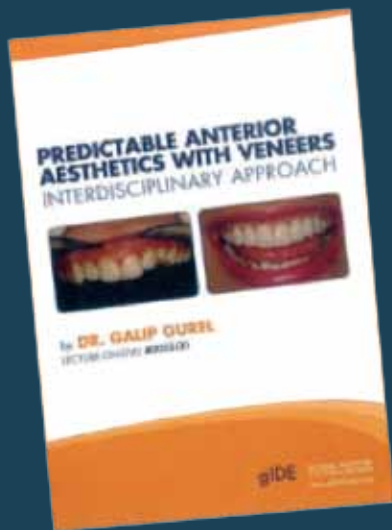
La Legionella è un'abitante naturale degli ambienti acquatici e si può trovare in fiumi, laghi e ruscelli. Una specie di Legionella (L. longbechae) è stata trovata nel terriccio da vaso.

La Legionella si può trovare in numerosi sistemi idrici, tuttavia i batteri si riproducono in gran numero nell'acqua tiepida e stagnante (30-40° C) come, ad esempio, quella che si trova in svariati impianti idraulici e contenitori di acqua calda, nelle torri di raffreddamento e condensatori di evaporazione dei grandi impianti di condizionamento e nelle sorgenti termali.

Si sono verificate epidemie di Legionellosi dopo che alcune persone avevano respirato le goccioline provenienti da acqua contaminata dal batterio della Legionella. Si può essere esposti a queste goccioline in casa, nei posti di lavoro, negli ospedali o nei locali pubblici. La Legionellosi non si trasmette da persona a persona.

Il controllo continuo dei livelli di Legionella nei sistemi idrici è essenziale per prevenire il rischio di epidemie di Legionellosi.

Dr. Galip Gurel



Durata: 90 minuti circa
Prezzo: 110€ +iva

PREDICTABLE ANTERIOR
AESTHETICS WITH VENEERS
INTERDISCIPLINARY APPROACH
IN LINGUA INGLESE

INDICE

- Analyzing the smile. Visualizing the future smile
- Treatment planning the case with an interdisciplinary approach
- Final communication with the patient and the lab
- Importance of wax-up, APR and ATP
- Minimal tooth preparation techniques for complex cases.

Solo un piano di trattamento dettagliato, che è unico per ogni caso, può creare la precisione in termini di preparazione, adattamento e risultato estetico finale con i restauri venneri. Disegnare un nuovo sorriso per un paziente consiste in molti passaggi che se seguiti correttamente producono un risultato prevedibile. La chiave per il successo estetico è la comunicazione con il paziente e con il laboratorio che lo specialista deve attivare dall'inizio alla fine del caso.

Questo dvd si pone come obiettivo quello di spiegare step by step i passaggi fondamentali, dal punto di vista clinico e di comunicazione con il paziente, dei restauri

Per ordini e informazioni chiama il 393 9339699
oppure visita il sito www.tueor.com

Confronto sull'efficacia disinfettante del Peracilyse e della glutaraldeide al 2% nei test in vitro

M.J. Vizcaino-Alcaide, R. Herruzo-Cabrera e M.J. Fernandez-Aceñero

Dipartimento di Medicina di Prevenzione, Scuola di Medicina e Ospedale "La Paz", Università autonoma di Madrid, Madrid, Spagna

Sommario

La glutaraldeide al 2% è stata per molto tempo il prodotto di riferimento per la disinfezione di alto livello, ma la sua frequente associazione agli effetti collaterali ha stimolato la ricerca verso nuovi prodotti disinfettanti. E' stata comparata l'efficacia della glutaraldeide al 2% con quella di una nuova formulazione disinfettante, il Peracilyse (Perasafe®), 0,2% di acido peracetico, in 6 test in vitro: effetto germicida in una sospensione di microrganismi; una lima (file) metallica endodontica contaminata da microbi; un endoscopio; un test di capacità modificato; un test sporicida; un test di corrosione sullo strumentario metallico. Entrambi i prodotti si sono dimostrati efficaci germicidi in 10-20 minuti, distruggendo completamente i microbi con l'eccezione del Mycobacterium e delle spore. Anche il lavaggio interno degli endoscopi con una soluzione di 100 ml di entrambi si è dimostrato altrettanto efficace. Le due soluzioni hanno resistito all'inattivazione dopo ripetuti lavaggi, e non hanno corrosione lo strumentario. Tuttavia, quando è stata aggiunta materia organica, la formulazione al 2% di acido peracetico ha pulito senza corrodere, mentre la glutaraldeide ha fissato la sostanza allo scalpello, causandone la corrosione in 2 ore. In sintesi, il Peracilyse (Perasafe®) è un buon sostituto della glutaraldeide al 2% per la disinfezione di alto livello.

Introduzione

La disinfezione di alto livello è una pratica chiave nel controllo delle infezioni intraospedaliere. Diversi prodotti possono essere utili a questo scopo e la loro selezione dipende da fattori quali efficacia, sicurezza e costi. Il prodotto di riferimento per questo tipo di disinfezione è la glutaraldeide al 2%, una dialdeide impiegata come disinfettante e sterilizzante a basse temperature, principalmente per endoscopi e strumentario chirurgico. Possiede un ampio spettro d'azione contro i batteri e le loro spore, funghi e virus^(1,2), sebbene sia meno efficace contro micobatteri atipici e protozoi e sia probabilmente inefficace contro i prioni. La sua soluzione non viene inattivata dalla materia organica ed erode efficacemente i depositi formati da certi microrganismi.

La glutaraldeide ha alcuni effetti collaterali^(1,2): il contatto diretto con la sostanza può causare dermatiti e aggravare gli eczemi, mentre le sue

© 2008 McCann Healthcare RGB Milano



LIFE FROM INSIDE



NELLA STOMATITE AFTOSA RICORRENTE

Aftamed®

VINCE LE AFTE SUL TEMPO

- immediato sollievo dal dolore
- rapida guarigione delle lesioni aftose
- efficace prevenzione
- elevata sicurezza, senza controindicazioni

Acido ialuronico
Alto Peso
Molecolare

L'unico a base di acido ialuronico biomimetico.

Le formulazioni di Aftamed aderiscono alle lesioni formando una barriera protettiva che isola le terminazioni nervose scoperte e assicura un immediato sollievo. L'acido ialuronico, di peso molecolare identico a quello della mucosa orale, attiva i naturali meccanismi di riparazione tissutale anticipando la guarigione.¹



Per bambini

- Innocuo se ingerito,
- non brucia (senza alcol),
- senza zucchero

AFTAMED. SICURAMENTE ATTIVO

1. Nolan A. et al.: "The efficacy of topical hyaluronic acid in the management of recurrent aphthous ulceration" J.Oral Pathol.Med.2006;35:461-465