DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Gennaio 2015 - anno XI n. 1

www.dental-tribune.com

ATTUALITÀ

L'odontoiatria praticata dai "low cost". Ma chi ci lavora è davvero soddisfatto?

Non s'intende demonizzare i "low cost", ma non si può ignorare il contesto in cui i dentisti sono chiamati a operare: ossia strutture realizzate da imprenditori con logiche attente al business.

pagina 8

TEKNOSCIENZA

Gilberto Sammartino, presidente dell'ANTHEC, e gli emocomponenti ad uso non trasfusionale

Gilberto Sammartino, il presidente ANTHEC, risponde a domande riguardanti la disciplina degli emocomponenti ad uso non trasfusionale, fondamentali non solo in ambito odontostomatologico.

pagina 15

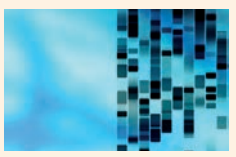
TEKNOSCIENZA

Sanguinamento iatrogeno: suggerimenti sul comportamento in chirurgia ambulatoriale

Descrizione dell'esperienza di vari autori nella gestione del sanguinamento iatrogeno nella chirurgia orale ambulatoriale con uso di presidi chirurgici e linee guida aggiornate.

pagina 10

TEKNOSCIENZA



Genetica terapeutica libera? In molti dicono di sì, tuttavia...

Luigi Gallo pone un quesito: si deve assistere indifferenti all'allargamento della genetica terapeutica lasciando il singolo decidere? "Strada maestra da seguire" per molti, perplesso l'autore.

pagina 17

A Rimini rilancio di Expodental

Annuncio dell'UNIDI (Berrutti) di un nuovo sbarco a Dakar

Expodental rinascerà nel maggio 2016, sotto la nuova denominazione di "Expodental Meeting", unico evento nazionale per esigenza espressa dalla maggior parte degli espositori. Location prescelta: Rimini, città di antica tradizione fieristica.

Le iniziative di incoming promosse da UNIDI verranno già dal 2015 trasferite all'evento di Rimini.

› pagina 2

Tasso in discesa dell'occupazione

Rapporto pletorico tra dentisti e abitanti

Che fine ha fatto il dentista benestante, con barca e auto di lusso? Lo stereotipo è definitivamente tramontato, almeno per quanto riguarda le giovani generazioni. A un anno dalla laurea, quasi il 40% degli odontoiatri è disoccupato, contro il 30% dei medici.

Soltanto nell'ultimo anno, il tasso di occupazione è sceso di ben sette punti percentuali, evidenziando un'accresciuta difficoltà del sistema ad assorbire l'offerta di odontoiatri.

› pagina 4

"Notte degli Awards"

Due edizioni sono poche per poter dire che è nata una tradizione. Ma il successo che ha avuto la cosiddetta "Notte degli Awards", svoltasi al Grand Hotel Principi di Piemonte di Viareggio, la sera di venerdì 12 dicembre dopo la cena di gala, fa ben sperare in una terza edizione.

› pagina 29

NEWS & COMMENTI

Cancro orale e bifosfonati 3
Tasso in discesa dell'occupazione 4

GESTIONE DELLO STUDIO

I social network nella professione 6
Risparmio energetico 6

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 31

Editoriale

Il paziente giudica (il dentista un po' meno)

Prima visita, normalmente gradita. Pochi minuti ma sufficienti al futuro paziente per giudicare chi lo visiterà. Lei o lui hanno già avuto molti indizi: la telefonata con chi ha fissato l'appuntamento, la segreteria che ha fatto l'accoglienza, la tipologia di sala d'attesa, gli altri pazienti, l'arredo tecnico e non solo, il logo dello studio, le brochure esposte, infine l'operatore che effettuerà la prima visita. Il paziente, in genere, non può giudicare la competenza del dentista in prima persona, ma cercherà risposte nella voce, nelle domande, nel suo aspetto, nello sguardo, negli oggetti che lo circondano, nell'abbigliamento prescelto. Il dentista o l'igienista hanno molte meno possibilità invece per farsi un'idea sul paziente. La loro concentrazione è sulla diagnosi, spesso sul corpo del paziente, inteso non come espressione di una personalità e di un vissuto, quanto piuttosto come l'oggetto di cura. In alcuni casi poi si visualizza solo l'interno della bocca utilizzando per lo più la propria competenza tecnica e scientifica. Ma chi è questa persona? Cosa desidera da noi? Come collaborerà in un futuro trattamento terapeutico? Come riconoscere un individuo disturbato, problematico o in malafede? A pagina 16 potrete leggere l'intervista con Cristina Brondoni, criminologa, che chiarirà l'importanza del profilo del paziente.

Patrizia Gatto

Rilancio di Expodental a Rimini

e nuovo sbarco a Dakar annunciati da Berrutti: parliamone!

‹ pagina 1

L'unica grande manifestazione che UNIDI organizzerà a Rimini, dal 21 al 23 maggio 2015, sarà a fianco del tradizionale Congresso degli Amici di Brugg.
L'UNIDI, per bocca del presidente Gianfranco Berrutti, ha anche annunciato le nuove date di IDEA, International Dental Exhibition Africa, rassegna internazionale del dentale programmata per il novembre scorso a Dakar e rinviata in seguito all'epidemia di ebola: si terrà dal 17 al 19 ottobre 2015, data stabilita in un recente incontro a New York tra Berrutti e il presidente eletto dell'FDI Patrick Hescot. IDEA nasce infatti dalla collaborazione tra UNIDI e FDI, fiduciaria del WHO. Annunciato anche lo svolgimento del primo FDI Summit, cui prenderanno parte i presidenti delle associazioni dentali di tutto il mondo. A differenza delle fiere che già si svolgono in Africa, dove partecipano in prevalenza distributori, IDEA vedrà la nutrita partecipazione del comparto industriale.
I due annunci appaiono degni della miglior sottolineatura. Quale miglior modo di soffermarsi, quindi, sulle due notizie se non parlandone direttamente con il presidente UNIDI, Gianfranco Berrutti?

Torsten Oemus e Gianfranco Berrutti.

Presidente Berrutti, quale accoglienza ha riscosso in seno all'UNIDI il "rilancio" di Expodental?

La maggior parte delle aziende associate ha accolto con grande favore il fatto che, già a partire dal prossimo anno, si terrà una sola grande manifestazione del settore dentale in Italia. Del resto, da tempo molti associati ci chiedevano di muoverci in questa direzione.

Non c'è stata qualche perplessità nel lasciare una sede polivalente come quella milanese?

La decisione di spostare Expodental a Rimini (dal 19 al 21 di maggio 2016) è stata frutto di un'approfondita analisi che ha preso in considerazione molteplici fattori. Gran parte delle aziende da noi interpellate ha manifestato una preferenza per Rimini, e questo ha fugato ogni dubbio in merito alla decisione di spostarsi da Milano. In aggiunta a ciò, devo dire che non è intenzione di UNIDI abbandonare completamente la piazza di Milano: abbiamo alcuni progetti in cantiere di cui è prematuro anticipare i contenuti, in quanto ancora in corso di definizione.

Qual è stata la reazione dell'attuale dirigenza degli Amici di Brugg a questa "decisione epocale"?

La pluridecennale collaborazione con gli Amici di Brugg è stata fondamentale per UNIDI ed è nostra intenzione continuare i nostri ottimi rapporti nell'ambito del nuovo evento, che partirà dal 2016.

In che cosa si differenzierà Expodental Meeting di Rimini rispetto a quello precedente?

Il nostro obiettivo principale è quello di fondere le due più importanti manifestazioni del dentale in Italia per realizzare un evento più grande, che ha l'ambizione di diventare davvero la "casa" di tutto il nostro settore. Un meeting che metta insieme industria, professione, accademia, società scientifiche e tutti gli attori del nostro settore, per dar loro voce e la più ampia visibilità in un contesto internazionale.

Saranno state fatte certamente delle previsioni in merito al numero possibile di aziende e di visitatori partecipanti alla nuova realtà del 2016. Pur ammettendo che nessuno ha la sfera di cristallo, può azzardare qualche cifra?

Il nostro obiettivo è quello di raggiungere tra le 300 e le 400 aziende espositrici, non solo italiane, viste la vocazione internazionale dell'evento. I visitatori dovrebbero essere tra i 15.000 e i 20.000 almeno. Credo che siano numeri giustificabili per la principale manifestazione del settore di un Paese come il nostro.

Parlando dell'altra "decisione epocale" presa dall'UNIDI, vi sono state perplessità in seno all'Unione, per la decisione di ritornare a Dakar?

L'unico rammarico che in UNIDI abbiamo in merito alla manifestazione di Dakar è quello di non aver potuto svolgere la prima edizione già quest'anno. Questo perché la nostra organizzazione era pronta e le premesse in termini di partecipazione di aziende e visitatori internazionali erano ottime. La partnership con FDI, che ci ha ribadito il pieno supporto per l'edizione del 2015, ci permetterà di organizzare il primo summit dei Paesi africani. Avremo quindi la partecipazione di almeno 20 associazioni dentali africane a Dakar, a garanzia del successo e dell'internazionalità dell'evento.

C'è qualche cambiamento nella formula 2015 rispetto a quella originaria? Verranno prese precauzioni particolari?

Il tempo a disposizione ci permetterà di migliorare e arricchire di contenuti la manifestazione di Dakar. Oltre alla fiera si svolgerà una serie di eventi di carattere scientifico, culturale e sociale, che avrà ampio risalto sui media locali. Per quanto riguarda il Senegal, per ora non vi sono precauzioni particolari da prendere e ci auguriamo che l'epidemia in corso in altri Paesi dell'Africa occidentale sia presto debellata, in modo da poter svolgere IDEA Dakar tra un anno in piena sicurezza.

L'UNIDI, nell'avviare nuovamente IDEA, non si sente un po' pioniera?

Devo dire che siamo molto orgogliosi di questa iniziativa: IDEA Dakar sarà la prima manifestazione internazionale del dentale che si svolge sul continente africano. L'evento in cui finalmente le aziende italiane e di tutto il mondo vanno direttamente a mostrare i propri prodotti per aprire nuovi mercati. E la soddisfazione per essere riusciti a mettere in piedi questo evento è ancora maggiore se si considerano le difficoltà e i problemi che abbiamo dovuto affrontare nei mesi scorsi: organizzare un evento così in un Paese in via di sviluppo come il Senegal non è cosa da poco. Ne è testimonianza il fatto che in passato in molti ci hanno provato, ma hanno desistito per le difficoltò incontrate.

Ritenete veramente che lo sbarco in Africa occidentale rappresenterà una svolta fondamentale nel quadro commerciale mondiale?

L'Africa è davvero l'ultima grande frontiera che deve essere conquistata dalle nostre aziende, non solo nel settore dentale. È una sfida difficile perché lo sviluppo di questi Paesi è appena iniziato. Ma le prospettive di crescita nei prossimi anni sono molto promettenti ed è fondamentale essere presenti sin d'ora. IDEA Dakar è, da questo punto di vista, la vetrina ideale per le nostre aziende per affacciarsi sul continente africano. Ed è il motivo del grande interesse che questa manifestazione ha suscitato sin da quando, non più di un anno fa, l'abbiamo annunciata.

Anche in questo caso, è in grado di fare delle previsioni sul numero delle aziende partecipanti all'avventura africana? Più concretamente, ci sono state, al primo diffondersi della notizia, già delle adesioni o promesse di adesioni?

Nelle nostre intenzioni, IDEA Dakar è un progetto a lungo termine: la prima edizione dovrebbe riuscire a raccogliere almeno un centinaio di aziende, con una buona partecipazione di quelle italiane. Gran parte delle nostre aziende associate avevano già aderito all'iniziativa alcuni mesi fa e hanno confermato la loro intenzione di partecipare nel 2015. Obiettivo della manifestazione è di crescere sino a diventare l'evento di riferimento per il continente africano, e questa è la sfida che ci impegnerà nei prossimi anni.

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

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

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER - Claudia Salwiczek
JUNIOR MANAGER BUSINESS DEVELOPMENT - Sarah Schubert
EVENT MANAGER - Lars Hoffmann
MARKETING SERVICES - Nadine Dehmel
SALES SERVICES - Nicole Andrä
EVENT SERVICES - Esther Wodarski
MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Hélène Carpentier (Europe); Barbora Solarova (Eastern Europe)
ACCOUNTING
Karen Hamatschek; Anja Maywald; Manuela Hunger
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

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

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

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

Anno XI Numero 1, Gennaio 2015

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G.C. Pescarmona, C. Lanteri, V. Bucci Sabattini, G.M. Gaeta, G. Barbon, P. Zampetti, G. E. Romanos, M. Morra, A. Castellucci, A. Majorana, G. Bruzzone
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, 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
D. Botticelli, P. Brunamonti Binello, M. Galli, L. Gallo, G. Galvagna, P. Gatto, G. Langone, A. Mazzocco, P.Padovan, M. Tiberio, M. Labanca, L.F. Rodella, D. De Eidelsztein, P. Zampetti
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Ha collaborato: Rottermaier - Servizi Letterari (TO)
STAMPA
RDierichs Druck+Media GmbH
Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Germany
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ - Tueor Servizi Srl
[alessia.murari@tueorservizi.it]
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
info@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00
Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 633/72

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

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

Cancro orale e bifosfonati: nuovo slancio dei due Progetti ed Assemblea dei presidenti CAO all'ENPAM

Convocata a Roma dal 4 al 6 dicembre l'assemblea dei presidenti delle Commissioni per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri (CAO), presieduta da Giuseppe Renzo (in foto) nella sua veste di presidente nazionale. Una tre giorni ricca di momenti pregnanti: la presentazione del Progetto bifosfonati e di quello, aggiornato, sul cancro orale (giovedì 4); l'illustrazione della ricerca EURES dal titolo "Le sfide della crisi alla professione odontoiatrica, tra qualità delle prestazioni e distorsioni di mercato" (venerdì 5); il tema del contenzioso FNOMCEO/antitrust sugli articoli del Codice deontologico (sabato 6) e assemblea generale dei presidenti, nella nuova sede ENPAM di piazza Vittorio.

Tra i vari temi affrontati, un ruolo di spicco giocano il Progetto bifosfonati e quello dedicato alla prevenzione del cancro orale, soprattutto per la gravità intrinseca, i pesanti riflessi sulla salute pubblica e il coinvolgimento della categoria. In apertura dei lavori Renzo ha definito i dentisti autentiche "sentinelle", intercettori ideali di varie patologie, in primis il cancro orale, decima causa di morte al mondo, con duemila vittime all'anno con un rapporto uomo/donna di 3 a 1 dopo i 50 anni.

Al dentista – lo specialista cui, malgrado la crisi, il paziente si rivolge più spesso – è demandata la responsabilità di intercettare le prime avvisaglie della terribile malattia. Lorenzo Lo Muzio, presidente del corso di laurea in Odontoiatria a Foggia, ha dimostrato come l'accademia può collaborare con la libera professione nella prevenzione del cancro orale. Dal 2009 infatti è all'opera l'alleanza virtuosa tra CAO, SIPMO e SIOCMF per migliorarne l'intercettività, arruolando circa tremila medici "sentinella". Nel citare i 9 nuovi casi ogni 100 mila abitanti all'anno, e il coinvolgimento crescente di donne e giovani, Lo Muzio ha deplorato la poca conoscenza del problema. È davvero grave che in Italia manchi un registro dei tumori, soprattutto per quanto riguarda «il cancro orale, il più accessibile che guarisce perfettamente se colto in tempo».

Gianfranco Prada, presidente dell'ANDI, Ivan Mancini, presidente della sua Fondazione, e Carlo Ghirlanda, consigliere, si sono soffermati sull'Oral Cancer day, iniziativa indetta da ANDI, parlando senza enfasi di "emergenza nazionale", non solo per scarsa informazione nei pazienti ma per insufficiente attenzione dei dentisti. «Dobbiamo parlare ai cittadini, scendere in piazza, a costo di essere accusati di terrorismo. Occorre un mutamento culturale degli stili di vita», hanno detto, riferendosi ai primi responsabili di tale malattia, ovvero tabacco e alcool. Lo Muzio si è infine soffermato sul Progetto bifosfonati, sottolineando l'esigenza di un cambio di terminologia nel problema. I bifosfonati non sono i soli a provocare una risposta anomala dell'osso (necrosi), perché altri medicamenti sono sotto accusa, ma i loro effetti non sono ancora conosciuti per carenza d'informazione.

Dental Tribune

Tasso in discesa dell'occupazione

Rapporto pletorico tra dentisti e abitanti – Nel rapporto EURES-CAO l'analisi impietosa del lavoro in odontoiatria, specie per quanto riguarda i giovani

‹ pagina 1

Professionisti che, in Italia, hanno raggiunto il rapporto di 1 ogni 1.000 abitanti, rendendoci il secondo Paese in Europa per tale incidenza, dopo la Grecia. Sono alcuni dei numeri del *Secondo rapporto EURES-CAO* che, dopo aver quantificato, per la prima volta nel 2012, il fenomeno dell'abusivismo, analizza quest'anno "Le sfide della crisi alla professione odontoiatrica, tra qualità delle prestazioni e distorsioni di mercato". Ma come garantire la qualità delle prestazioni? Con una formazione di qualità: «Dopo il successo dello studio sull'esercizio abusivo della professione – spiega il presidente della CAO nazionale, Giuseppe Renzo – questa volta si entra nel merito dell'aspetto forse più importante per ogni professione: il tema della formazione e dell'accesso alla professione stessa. Per la prima volta, vengono evidenziate con correttezza statistica le opinioni degli studenti, dei neolaureati, dei docenti, del mondo delle società scientifiche sulle criticità che ancora si riscontrano nel sistema formativo universitario, in modo da fornire soluzioni partendo da dati oggettivi».
I dati del rapporto EURES-CAO sono stati presentati alla stampa venerdì 5 dicembre, presso l'ex sede ENPAM di via Torino a Roma.

Sintesi a cura di CAO/EURES

Adeguatezza della formazione odontoiatrica e tutela della salute: i punti principali della ricerca

A Roma nella ex sede ENPAM è stata presentata il 5 dicembre alla stampa la ricerca compiuta da EURES (Ricerche economiche e sociali), condotta su iniziativa di CAO/FNOMCeO, sulle condizioni concrete di lavoro dei giovani odontoiatri in Italia. Ne diamo una sintesi, soffermandoci sui punti salienti

Tra il 2012 e il 2013 il tasso di occupazione dei laureati in odontoiatria a un anno dal conseguimento del titolo è passato dal 70,1% al 63,1%. Un calo confermato anche dai dati relativi agli ultimi 5 anni (–7,2 punti a fronte di –5,8 per i laureati in medicina, e –13,8 per quelli delle altre facoltà). A tre anni dal conseguimento della laurea il tasso di occupazione raggiunge il 90,9%, con un calo di 1,3 punti percentuali rispetto al 2010. Tra i neo odontoiatri che lavorano a un anno dalla laurea, la maggioranza (61,8%) svolge un'attività autonoma, il 2,4% un'attività subordinata a tempo indeterminato. Svolge un lavoro intermittente il 26,3% con contratti di collaborazione, formativi, parasubordinati, ecc., mentre il 9,46% lavora in nero o presso terzi senza contratto. A un anno dal conseguimento del titolo nel 2013 la retribuzione media risulta pari a 1.058,00 euro mensili (1.176,00 gli uomini contro 876,00 euro le donne) con una flessione del 7,1% rispetto al 2009 (quand'era pari a 1.139,00 euro). A 3 anni dalla laurea, sale a 1.568,00 euro (1.693,00 gli uomini e 1.384,00 le donne). In Europa, l'Italia ha il maggior numero di corsi di laurea attivi in Odontoiatria (34), seguita dalla Germania (27). I corsi in Francia e nel Regno Unito (16 ciascuno) sono meno della metà, mentre in Spagna sono 13. Pur con la pletorica offerta di sedi universitarie, i laureati italiani in Odontoiatria sono stati meno di 800 nel 2012. Nessun corso di laurea italiano si allinea agli standard europei: il valore più elevato è a La Sapienza di Roma (57 laureati nel 2012/2013), seguita da Bari e Milano (49), mentre le più forti criticità si registrano nelle 6 università che "licenziano" meno di 15 laureati l'anno: Ferrara (14), Foggia (12), Catanzaro e Parma (11), Pisa (10) e Perugia (solo 4 laureati nel 2012/2013).

Dati il costo della formazione universitaria pubblica e la difficoltà di mantenere idonei standard qualitativi per i corsi di laurea, è d'uopo una riflessione sulla sostenibilità di un sistema così frammentato. Il costo medio della formazione universitaria sostenuta dallo Stato si aggira attorno ai 30mila euro (24 milioni complessivi per Odontoiatria). Una spesa analoga si stima a carico delle famiglie (23mila euro per formare in 6 anni uno studente universitario in sede e 50mila per chi studia fuori sede): una cifra che può rappresentare un criterio selettivo a priori (nel 69,9% dei casi gli studenti di Odontoiatria vivono in un contesto socio-economico elevato). L'86,5% dei docenti e l'87,8% degli studenti condivide l'esigenza del numero programmato per regolare l'accesso ai corsi di laurea in Odontoiatria (per gli studenti «perché serve a garantire maggiori spazi di mercato», per i docenti «perché garantisce una migliore formazione/didattica»).
Solo il 5,6% dei docenti e il 7,4% degli studenti ritiene che l'attuale selezione basata su un test di cultura generale riesca a premiare i migliori. Tra i preferiti il "modello tedesco" (curriculum + test specifici di medicina e odontoiatria) auspicato dal 38,9% dei docenti e dal 27,2% dagli studenti. Il 98,% degli studenti e il 71,4% dei docenti ritiene che esistono distorsioni in tutte le fasi del "ciclo di vita" universitario e in particolare durante gli esami universitari (per il 25,7% dei docenti) o nei percorsi di carriera universitaria (per il 30,7% degli studenti), ovvero in quelle fasi del "ciclo formativo" gestite esclusivamente dall'università. Il numero programmato riscuote adesioni ma la valutazione dell'esame di abilitazione è opposta: è infatti "bocciato" da oltre i due terzi dei docenti (67,5%), che lo ritiene poco selettivo non costituendo un reale ostacolo per i giovani che hanno affrontato positivamente il percorso di studi universitari, o "superfluo", in quanto duplicato della verifica della formazione posta in essere dal percorso di studi universitari. Occorrerebbe quindi una totale revisione dello strumento, considerato un'inutile, ulteriore barriera all'ingresso nella professione.
La selezione attraverso il test di cultura generale oltre a non premiare i migliori genera un ritardo nel percorso formativo. Solo un terzo riesce a immatricolarsi appena diplomato (317 gli "immatricolati puri" sui 1.108 iscritti al I anno nel 2013/2014), avendo intrapreso altri percorsi nell'attesa di seguire il proprio obiettivo formativo. In base al vecchio ordinamento con durata 5 anni, l'età media alla laurea degli odontoiatri risulta pari a 26,5 anni (avendo nel 12,1% dei casi ritardato l'ingresso all'università di oltre 2 anni, e nel 31,4% provenendo da altre facoltà). Il prolungamento del corso a 6 anni lascia presupporre un ulteriore allungamento dell'età media alla laurea, stimabile attorno ai 27,5 anni.

Contrariamente al quadro idilliaco della formazione universitaria tracciato dai docenti Italiani, nessun docente straniero cita un ateneo italiano come eccellenza formativa in Europa. Nonostante i docenti collochino il proprio corso "in linea con gli standard nazionali" nel 50,5% dei casi e "al di sopra" nel 45,1%, studenti e neolaureati denunciano numerose criticità nel sistema formativo: in primo luogo l'inadeguatezza degli strumenti didattici (bocciati con voto scolastico pari a 5,1), insufficienti competenze in materie pratiche e specialistiche (voto 5,4) e nella conoscenza e pratica di tecniche innovative (5,2).
Significative sono le differenze territoriali, risultando le valutazioni espresse dagli studenti del Nord superiori a quelle dei loro colleghi del Centro Sud.
In attesa di verificare gli effetti professionalizzanti del VI anno del corso di laurea, il quadro attuale evidenzia una inadeguatezza dei corsi nel formare professionisti in grado di inserirsi nel mercato senza ulteriori necessità formative: ben il 72,5% dei docenti e il 91,7% degli studenti ritengono infatti che, concluso il percorso di studi, i neolaureati avranno bisogno di ulteriori esperienze professionalizzanti prima di esercitare, a fronte di quote marginali convinte di esser pronte a operare sulla salute dei pazienti.
A fronte del quadro evidenziato, appare quindi necessario un ripensamento complessivo della formazione in Odontoiatria e dei criteri di accesso alla professione attraverso la collaborazione tra diversi soggetti operanti nel settore: occorre mettere a sistema le competenze e le esperienze del mondo universitario e delle professioni, accanto alle istituzioni, presidio indispensabile nella produzione di regolamenti e normative che mantengano la tutela della salute del paziente al centro di qualsivoglia intervento. In un settore in cui la presenza pubblica continua ad essere inferiore al 5% e destinata a rimanerlo, vista la cronica carenza di risorse, la capacità di autogoverno e valorizzazione delle professionalità e competenze, al di là della prospettiva deontologica, deve rappresentare il faro delle future azioni dei vari protagonisti del sistema.

Fonte: EURES-CAO

Mozione del Consiglio Nazionale FNOMCeO: “Salviamo la formazione medica”

Il sistema formativo del medico mostra i segni evidenti di una profonda crisi strutturale. I sostanziali fallimenti delle procedure di accesso alle scuole di medicina, per la formazione di base, e di quelle di ingresso alla specialistica post-laurea hanno determinato un profondo vulnus nella affidabilità e trasparenza delle istituzioni formative dando respiro a proposte di soluzioni tipo “abolizione della programmazione e/o accesso unico”, peggiori dei danni a cui vorrebbero porre rimedio.

Le incertezze politiche e tecniche sulla valutazione dei fabbisogni in capo a Regioni e Stato, intrecciandosi con riserve autoreferenziali delle facoltà mediche, hanno creato condizioni di forte depotenziamento dell’efficacia dello strumento programmatorio. I riflessi di questa incoerenza programmatoria si riverberano anche sulla formazione specialistica, requisito indispensabile per l’accesso al mercato del lavoro medico, determinando un divario che diventerà drammatico nei prossimi anni, tra il numero dei neolaureati e le disponibilità di accesso alla formazione specialistica remunerata secondo direttive europee. Al centro, tantissimi giovani, ostaggi e vittime di un sistema costoso, inefficiente, con forti elementi di inefficacia e che soprattutto consuma risorse valoriali quali la fiducia, il riconoscimento del merito, il desiderio di qualificarsi e migliorarsi.

Rispetto a questa crisi non servono soluzioni tampone, ma una riforma incisiva e profonda dell’intero sistema con il fine di garantire a tutti i giovani l’accesso equo e sulla base del merito e delle attitudini ai corsi di medicina e il completamento di tutto l’iter formativo. Lanciamo un appello a tutti i soggetti istituzionali in campo, che rispettiamo, nell’esercizio delle loro prerogative, affinché si cambino davvero processi, contenuti, soggetti, luoghi e finalità della formazione del medico.

Riteniamo infatti sbagliato prospettare soluzioni che guardino alle criticità dal proprio punto di vista, comunque figlie di visioni particolari e autoreferenziali che portano a conseguire obiettivi immediati o di medio termine. Non può farcela da sola l’università, così come finalmente ha dichiarato, perché anch’essa stretta da forti limitazioni economiche. Non possono farcela da sole le Regioni, soprattutto se accarezzano l’idea, come sembrerebbe da documenti ufficiosi, di usare l’ansa cieca dei neolaureati fuori dai circuiti formativi post-laurea per decapitalizzare il lavoro professionale del medico all’interno dei SSR, creando inutili e devastanti concorrenze alla base della piramide professionale. Una professione dove già imperversano disoccupazione, sottoccupazione e precariato e soprattutto un vulnus sui profili di autonomia e responsabilità, pilastri della qualità professionale e dei servizi sanitari stessi.

Salvare la formazione del medico nell’interesse dei giovani e del Paese vuol dire ricomporre nel sistema ciò che oggi è invece pervicacemente separato e cioè i luoghi e i soggetti di formazione con i luoghi e i soggetti di cura e di assistenza. È un’impresa culturale, organizzativa, etica, civile e professionale alla portata di tutti coloro che hanno sinceramente a cuore la questione. È uno straordinario servizio agli interessi veri della nostra medicina, della nostra sanità e del nostro Paese. Abbiamo un progetto complessivo sul sistema formazione del medico che crediamo sia all’altezza del compito, nelle prossime settimane lo presenteremo a tutti gli stakeholder del sistema, per confrontarci, misurare e condividere le proposte da assumere.

Fonte: FNOMCeO

Federazione Nazionale
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

Quale utilizzo dei social network nella professione?

Riflessioni a margine del congresso SIE

Il rapporto tra dentisti e social network ha costituito la premessa per alcune riflessioni e scambi di idee nell'incontro di Parma. La prima domanda che si impone è: i nuovi modelli di comunicazione sono un'insidia oppure un'opportunità per gli odontoiatri?

Internet e social network hanno completamente cambiato il modo di fare informazione in tutti i campi, compreso quello sanitario. La rivoluzione coinvolge tutti i medici, ma soprattutto gli odontoiatri che, con la crisi economica e le massiva pubblicità commerciale dei centri di cura "a livello strada", si trovano davanti a un bivio: confidare ancora nel passaparola dei pazienti soddisfatti o inoltrarsi nella rete, imparando gli strumenti che questa mette a disposizione.

Moltissimi professionisti hanno cominciato a usare Google e i social network per promuovere la propria attività.

Tuttavia, basta creare un profilo su Facebook ed elencare le competenze del proprio studio? È opportuno che un professionista sanitario usi i social network per sponsorizzare la propria professione? Cosa è ragionevole aspettarsi? Coinvolti anche temi delicati come l'etica, la privacy e l'immagine del medico a livello personale o di società scientifiche, incluso il mondo accademico e le aziende e competenze correlate all'odontoiatria.

Domande che il Consiglio direttivo della Società italiana di Endodonzia (SIE) si è posto, istituendo una "commissione web" per gestire l'immagine della società scientifica nella rete e, allo stesso tempo, fornire strumenti, indicazioni e suggerimenti ai soci.

Già nel 2006 la SIE aveva accettato la sfida del web e intuito che la rete avrebbe avuto enormi potenzialità. Per questo, oltre al sito Internet di riferimento www.endodonzia.it, aveva creato un Forum di discussione e confronto sull'endodonzia e sui temi dell'odontoiatria conservativa in generale.

Uno strumento del nostro tempo, l'attività sul web, che si è affiancato agli "strumenti senza tempo", ossia i momenti di incontro dei congressi e l'organo ufficiale della Società, il *Giornale italiano di Endodonzia*. Obiettivo della SIE è quello di proporsi come una piattaforma di dibattito interdisciplinare per consentire lo scambio di informazioni tra esperti in endodonzia e odontoiatri. Con la pagina Facebook, prossima al traguardo dei 6 mila "mi piace", si cerca ora di arrivare agli utenti/pazienti che frequentano i social e raggiungibili solo attraverso di essi, per informare sulla modernità e convenienza della cura dei denti naturali.

Che rischi corre, però, un professionista su un media basato su apprezzamenti e recensioni?

Il problema principale è sicuramente quello dei commenti poco lusinghieri o addirittura offensivi, che frena molto nell'utilizzo dei social. Ma in agguato ci sono anche i rischi da esposizione mediatica, del mostrare aspetti di sé disomogenei rispetto all'immagine professionale ideale, la privacy perennemente vulnerabile, le richieste di "amicizia" da parte dei pazienti. Il concetto di "reputazione online" sottintende tutto questo e molto di più, e dà la sensazione di ricominciare tutto da zero in un nuovo mondo – quello del web – dove tutti sono pari e ciò che scrive un esperto internazionale può avere lo stesso risalto del commento dell'ultimo arrivato. Il web, così semplice e immediato, ha deregolarizzato le sue regole e modalità d'uso, che vanno attentamente studiate e valutate.

Prendiamo ad esempio Facebook: si parte da un profilo personale, il proprio alter ego, che possiamo aprire a vecchie amicizie reali e a nuove indirette, con un volto fotografico e contenuti testuali e multimediali. Da qui il network più famoso del mondo si è esteso, dando la possibilità ai professionisti di gestire un vero e proprio sito ("pagina", in gergo) diverso dal profilo perché visibile da tutto il web e indicizzato dai motori di ricerca, con strumenti di analisi degli accessi e con l'opzione della promozione a pagamento.

Il passaggio dal profilo personale, con i suoi "amici", alla pagina di un professionista/azienda/ente portata in alto dai "mi piace", ha dato luogo a un boom mondiale di interesse, partecipazione e inestimabile giro d'affari per Facebook. Google stesso sta spingendo con la sua enorme forza un social del tutto analogo, Google plus. Ma che contenuti proporre sul proprio sito Internet o pagina social? E che foto usare? Certo ci sono dei principi cui fare riferimento, e la SIE sta mettendo in atto una serie di iniziative per aiutare i colleghi a promuovere se stessi in una logica di qualità, prendendo le distanze da modelli di basso profilo.

Il consiglio da ribadire qui è che l'odontoiatra deve riuscire a esprimere autenticamente la propria personalità (mission) e solidità umana e professionale. Anche il "come presentarsi", però, è importante: un dentista è un professionista abituato a saper far tutto per la propria attività clinica, scientifica e aziendale, ma se non ha grande esperienza in tema di grafica, comunicazione, web, pubblicità, o scarsa attitudine fotografica, farebbe bene a rivolgersi a seri professionisti. Oppure non resta che la considerazione "meglio niente piuttosto che male".

Per Google e per il pubblico di pazienti e colleghi, infatti, le buone intenzioni contano poco.

Alberto Mazzocco, Piero Padovan

Il calore è prezioso, guai a disperderlo

Nuove indagini sul risparmio energetico

Quando si mette mano a una ristrutturazione, l'aspetto più critico è comprendere bene su cosa si sta lavorando in modo da ottimizzare la riqualificazione, specie in termini di energia e di costi. L'attenzione ai nuovi materiali e alle tecnologie più performanti è importante nella riqualificazione edilizia e non può assolutamente avvenire senza un'approfondita indagine preliminare dello stato di fatto. Grazie a strumenti e tecniche specifiche, permette di avere un'anamnesi esaustiva della condizione dell'edificio o dell'appartamento. Attraverso alcuni esami semplici, veloci e non invasivi, si possono scoprire oggi le problematiche, invisibili a occhio nudo, che li affliggono.

Una delle tecniche maggiormente utilizzate nella diagnostica delle patologie edilizie è la termografia, metodologia d'indagine che permette di valutare il degrado dell'immobile causato da invecchiamento, lo stato manutentivo, ma soprattutto la dispersione termica attraverso l'involucro e i possibili problemi di umidità (di risalita e interstiziale). Vengono analizzate le radiazioni emesse nella banda dell'infrarosso dai materiali sottoposti a sollecitazione termica. Poiché l'energia radiante è funzione della temperatura superficiale degli stessi materiali, l'analisi dei dati termografici permette di comprendere in termini quantitativi lo stato e le sintomatologie di singole parti come dell'intero edificio. Oltre all'esterno, la termografia può essere applicata per indagini all'interno e nelle singole unità immobiliari. In questo caso, grazie a una "fotografia" termica, si possono valutare i problemi e i punti di maggior criticità dell'appartamento, intervenendo in maniera mirata e risparmiando tempo, materiale e denaro. Può essere usata anche retroattivamente per valutare se i lavori di riqualificazione siano stati fatti a regola d'arte o meno.

Facciamo esempi pratici. Mettiamo il caso di sentire odore di umido, avere efflorescenze o muri umidi, ma non capire quale sia il punto di origine o la causa (umidità interstiziale, di risalita, infiltrazione dall'esterno ecc.). Con la termografia si capisce subito dov'è l'origine e il tipo di problema, così da intervenire solo nel punto originario, bonificandolo e risanandolo attraverso l'applicazione della tecnica più corretta, senza agire su scala più ampia o a fasi successive. Un altro esempio è quello di ambienti con buoni serramenti (anche se non di ultima generazione), in cui la temperatura segnalata dal termostato è alta, ma stando all'interno si percepisce freddo.

La prima cosa a cui si pensa è intervenire sostituendo i serramenti. Con un'indagine termografica preventiva si va invece a vedere dove si hanno i punti di massima dispersione e si ragiona: non sempre le dispersioni sono originate dai serramenti, ma potrebbero avvenire attraverso le porte di ingresso (specie se su pianerottoli) o attraverso elementi non visibili come cavedi, impianti condominiali, elementi non strutturali che attraversano l'involucro (luci esterne, citofono, antenna tv, tubi di cappe murate). Anche nel caso di serramenti disperdenti, a volte basta intervenire parzialmente (rifare ad esempio la schiumatura tra serramento e muro) o sostituirne alcune parti (vetri, davanzali) per evitare le dispersioni.

Quindi, per sapere dove e come intervenire e ottimizzare le risorse è necessaria, oltre all'esperienza e alla competenza professionale, una verifica tecnica approfondita di tutti quei fenomeni che non sono visibili o valutabili con il solo occhio nudo. Di qui l'esaustivo contributo delle indagini quantitative sulle radiazioni infrarosse.

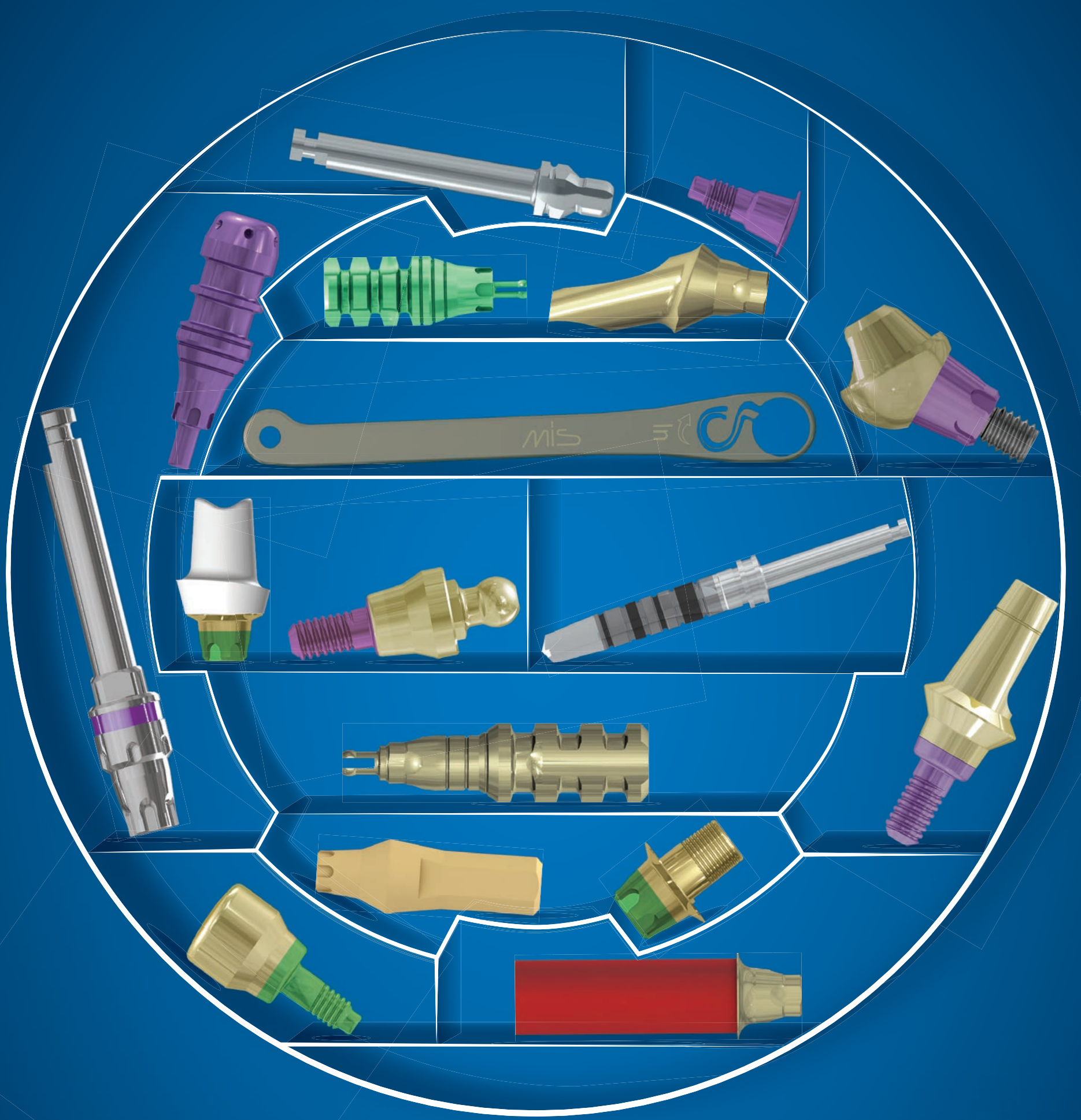
Massimo Tiberio, *architetto in Torino*

Indagini preliminari a Restructura

Dal 27 al 30 di novembre si è tenuta, presso la struttura Oval di Torino, la manifestazione Restructura che, oltre ad essere una delle più importanti fiere sulla ristrutturazione, è soprattutto un momento di incontro-scambio tra professionisti dell'edilizia. Quest'anno, a differenza di altri, l'attenzione si è concentrata non tanto sulle novità (materiali e tecnologie), quanto sulle indagini preliminari, ovvero su come, attraverso strumenti e tecniche specifiche, si possa avere un'anamnesi esaustiva e dettagliata, dello stato dell'edificio o dell'alloggio.

© MIS Corporation. All rights reserved.

C1



COMPLETE IN EVERY WAY
MAKE IT SIMPLE

The C1 Conical Connection implant system is suited for use with a comprehensive range of tools and complementary products engineered to make surgical procedures simpler and more efficient for high success rates and beautiful outcomes. To learn more about the C1 and MIS, visit: www.mis-implants.com

mis® C1

Odontoiatra sotto scacco: le regole delle "strutture commerciali" soddisfano chi ci lavora?

Da anni si assiste al crescente dilagare di strutture odontoiatriche nate da capitali esterni alla medicina, la cosiddetta "odontoiatria commerciale", in grado probabilmente di mettere in discussione l'antico rapporto medico-paziente con maggiore sensibilità verso il mondo del marketing e del business, proponendo un low cost in alcuni casi solo apparente. Secondo un'indagine pubblicata nel 2013 dal *Il Sole 24 ore*, il numero di queste strutture ha fatto registrare una crescita esponenziale, ben oltre i 300 centri e 25 sigle differenti.

Nessuno intende demonizzare la nuova realtà, che pure non trova opposizioni nella normativa vigente, né possiamo pensare che all'interno di questi centri non possano essere garantiti, da parte dei professionisti che vi operano, adeguati standard qualitativi. Ma neanche si può ignorare il contesto in cui i colleghi sono chiamati a operare e non pensare che prestino la loro opera in strutture realizzate da imprenditori, con logiche più vicine al business e al marketing. Né può non preoccupare la crescente tendenza alla mercificazione della professione, a mio avviso quasi auspicata dal legislatore che, liberalizzando la pubblicità anche in campo sanitario, di fatto ha aperto la strada verso questa deriva commerciale.

Tutto questo però a chi giova? Siamo certi che trasformare l'odontoiatria da una branca della medicina a una del commercio faccia gli interessi del cittadino? Possiamo ricordare che lo scopo, legittimo, del commerciante è vendere e quello del medico è curare? Siamo certi che un approccio diverso alla professione, un cambio di mentalità, da medico a commerciante, che pure potrebbe portare maggiori vantaggi economici a chi si presta, non possa poi non essere un danno sostanziale per il cittadino, per un paziente che diventa sostanzialmente cliente? È evidente che sono molteplici gli aspetti da analizzare, dalla mercificazione della professione (che rischia di mettere in discussione l'etica medica), ai frequenti casi di abusivismo che la cronaca riporta, fino alle infiltrazioni malavitose, come riferito in un recente studio EURISPES.

Non possiamo, infine, non porre anche l'attenzione sulle condizioni lavorative degli odontoiatri all'interno di queste strutture. Da un sondaggio realizzato dall'AIO nel 2013, su 106 colleghi ivi impegnati solo 4 su 10 (38%) lavorano da dipendenti a contratto. Tutti gli altri invece emettono fattura direttamente alla struttura. Almeno il 47% dei casi esaminati, prefigurati come soggetti a "partita iva" (che di fatto emettono fattura esclusivamente o quasi alla struttura) rinunciano alle normali tutele di cui gode un lavoratore dipendente.

Quindi, niente tredicesima e quattordicesima, nessuna assenza per malattia retribuita, no alle ferie retribuite, niente compensi degni e proporzionati alla responsabilità che la professione impone (stando al sondaggio, la retribuzione lorda oraria oscilla tra i 15 e i 20 €, cui vanno detratti gli oneri fiscali e pensionistici).

L'autonomia del professionista resta solo di facciata. Infatti, è il centro odontoiatrico a decidere l'orario delle visite (nell'89% dei casi), i periodi di ferie (46%), gli interventi da effettuare sui pazienti (il 46%, solo il 14% è stabilito insieme al dentista). Molto spesso (43% dei casi), l'odontoiatra non ha neanche la possibilità di allontanarsi liberamente dalla struttura in cui presta servizio. Quasi sempre al professionista viene imposta l'esclusività (vale a dire la possibilità di lavorare per un solo centro o per un solo franchising). Va anche aggiunto che neanche il Decreto Fornero, quello delle finte partite iva, ha potuto regolarizzare queste figure professionali, essendo gli odontoiatri iscritti a un apposito albo.

Si rende dunque necessario individuare dei percorsi legislativi atti ad affrontare e risolvere le problematiche fin qui esposte. È necessario tutelare il cittadino garantendo un corretto rapporto medico-paziente, che prescinda dai risvolti economici e commerciali e, non ultimo, è necessario tutelare le condizioni lavorative dei colleghi in queste strutture, per evitare che l'odontoiatra, il più delle volte giovane, diventi una figura di parasubordinato con poche tutele, alte responsabilità e compensi al di sotto della soglia di povertà.

Graziano Langone, *Consigliere di presidenza AIO*

FRIED. KRUPP WIPLA DENTAL-WERKSTÄTTEN
EXAKT-GUSS-TECHNIK-LIZENZ-LABORATORIUM
WISIL

Wisil Latoor

è il laboratorio dentale specializzato in:

PROTESI SCHELETRATA
Paolo Pasquini *Responsabile Reparto Scheletrica*
reparto.scheletrica@wisillatoor.it
Wisil - Vitallium

ORTODONZIA INVISIBILE
Daniela Pavesi *Responsabile Reparto Ortodonzia*
reparto.ortodonzia@wisillatoor.it
CLEAR-ALIGNER®

PROTESI IN NYLON
Maurizio Consentino *Responsabile Reparto Protesi Mobile*
reparto.mobile@wisillatoor.it
valplast Primi da sempre

NANOTECNOLOGIA PER CERAMICA
Roberto D'Ambrosio *Responsabile Reparto Protesi Fissa*
reparto.fissa@wisillatoor.it
REGISTERED CAPTEK LAB

SISTEMI CAD-CAM
CEREC by sirona
straumann CARES digital solutions

CONTATTACI
02 29404192

FRIED. KRUPP WIPLA DENTAL-WERKSTÄTTEN
Wisil Latoor
laboratorio dentale
Viale Abruzzi 34
20131 Milano
www.wisillatoor.it
CERMET

Cambiamento epocale o strumentalizzazione economica nel mondo odontoiatrico

Una frase di Albert Einstein: «Non possiamo pretendere che le cose cambino, se continuiamo a farle» può fotografare la realtà odontoiatrica. Noi professionisti siamo passati, negli ultimi 50 anni, tra fasi di trasformazione e maturazione professionale. In realtà abbiamo vissuto un periodo favorevole, una professione privilegiata, corroborata da guadagni crescenti, supportata da un progresso costante verso traguardi di professionalità, cultura ed eccellenza.

Nella crisi di oggi, la "sindrome della poltrona vuota" rappresenta un'inattesa realtà con prospettive di peggioramento. Dinanzi al fenomeno ci troviamo impreparati e ci chiediamo quali siano le cause di tale situazione: non riuscendo a comprenderle, siamo incerti sulle soluzioni. Una certezza, però, comincia a materializzarsi: uscire dallo studio, capire dove spira il vento e decidere (non farsi trascinare!) di muoversi verso un cambiamento sapendo che la "qualità" deve prevalere sulla "quantità". Non scendere quindi per adeguarsi, ma salire per confrontarsi.

Usciamo dallo studio monoprofessionale e allarghiamo la base della nostra professionalità, mantenendo dominante il concetto di "servizio", inteso come assistenza qualificata e socialmente integrata; come impegno a recepire istanze, allargare orizzonti, a usare strumenti di comunicazione per far conoscere la professionalità. Un impegno quotidiano come "dentisti di famiglia!" Perché «la forza risiede nella qualità» ora messa a dura prova dall'ingannevole attività di soggetti intenzionati a fare dell'odontoiatria un mercato rionale: bello da vedere e da visitare, ma che non si addice a un'odontoiatria d'eccellenza, riconosciuta a livello mondiale dopo decenni di lavoro.

Tutti come "dentisti di famiglia", abbiamo avuto in cura generazioni, riabilitato bocche di famiglie e dei loro amici. Un concetto, il dentista di famiglia, non molto presente nel mondo: pochi Paesi possono vantare una gestione dei clienti così unica. Il posizionarci come riferimento è stata la nostra marcia in più, ma non sarà più così se non faremo qualcosa di diverso. Confido nel desiderio nostro, e dei nostri figli, di continuare a far evolvere la professione (per me, arte) dando agli italiani le informazioni per identificare le false opportunità. È nostro dovere tutelare chi necessita di cure dentali, costretto a spese quasi insostenibili. In tale contesto, ingannevoli risparmi o viaggi della speranza possono mettere a dura prova, oltre la bocca, anche le risorse e metterci nelle condizioni di intervenire con un impegno finanziario che diventa una questione da gestire con massima attenzione.

Personalmente ho sposato il Progetto Network del Sorriso di ODONTOIATRICA perché credo occorra creare un'esperienza diversa per i pazienti. Credo fortemente nel Progetto di "informazione commerciale" del Network, tanto diversa dall'ingannevole "marchetta" e nella necessità di muoverci in modo coeso. Creare un network di eccellenti dentisti di famiglia condividendo formazione, marketing e strumenti utili all'attività è l'unica idea propostami in grado di farmi passare all'azione. Con le mie figlie ho deciso quindi di mettere a disposizione la mia esperienza di uomo e professionista, per continuare a essere un dentista di famiglia. Anzi, "il Dentista di Famiglia".

Gabriele Pecora

"Dal futuro dipende chi non capisce di dover agire nel presente. Agiamo. Ora. Insieme."

NETWORK® DEL SORRISO dentisti di famiglia

Il nostro obiettivo, tutelare il sistema odontoiatrico italiano.

Odontoiatrica® La scelta giusta!

Numero Verde 800-032889

info@networkdelsorriso.info

www.networkdelsorriso.info

Care in Italy®

AGAINST ABUSIVE®