All'interno lo speciale Laser Tribune

Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno VI n. 1 Gennaio 2010 Euro 3,00

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma1, DCB Torino - Contiene inserti pubblicitari

La prima volta dell'Odontoiatria nella relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008

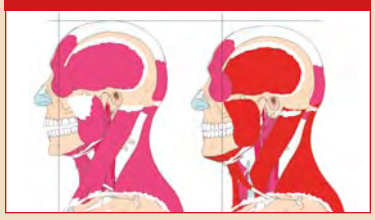
Giovedì 10 dicembre, presso il Ministero della Salute a Roma, il ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, Maurizio Sacconi (attualmente non più in carica), e l'allora viceministro Ferruccio Fazio hanno illustrato la Relazione sullo Stato Sanitario del Paese per gli anni 2007-2008, durante la quale per la prima volta viene menzionata l'Odontoiatria e dalla quale è emerso il quadro di un Paese, sostanzialmente in "buona salute, seppur con tutti i dovuti distinguo". All'Odontoiatria vengono inoltre dedicati importanti capitoli della Relazione, quali la prevenzione, l'assistenza e le malattie della bocca e dei denti. Nel capitolo attinente l'assistenza, si cita ampiamente l'accordo Ministero-Andi-Oci volto al sostegno delle fasce di popolazione meno abbienti, raggiunto grazie anche al contributo dell'Andi, inserita con il suo Presidente in alcune Commissioni che hanno fornito un contributo essenziale al con-

Il ministro Ferruccio Fazio.

seguimento dei risultati. Un capitolo a sé stante della Relazione è dedicato all'attività del Consiglio Superiore di Sanità di cui fa parte Roberto Callioni. Callioni ha dichiarato in una nota che "uno degli intenti fondamentali dei mandati associativi che lo hanno visto impegnato è stato il restituire la giusta dignità e visibilità alla professione odontoiatrica, cercando di scardinare nei confronti della popolazione, delle istituzioni, dei mass-media e del mondo politico uno stereotipo professionale profondamente distorto".

Nella nota viene ricordata infine l'intensa azione esercitata in tale direzione dal prof. Enrico Gherlone in qualità di referente per l'Odontoiatria.

Med. Interdisciplinare



Posturologia e Odontoiatria un connubio possibile

Un'interessante analisi della figura del posturologo e del suo ruolo in connessione con le terapie odontoiatriche. Il caso clinico di un giovane paziente completa lo studio.

> pagina 6

News Internazionali

Pazienti con problemi cardiaci una nuova ricerca "salvavita"

Un recente studio ha mostrato come i dentisti possano svolgere un ruolo fondamentale nella cura della salute, individuando i pazienti a rischio di attacchi cardiaci mortali.

> pagina 24

La morte di Roberto Cornelini Una tragedia improvvisa

Doveva essere un'occasione di studio, ma anche di svago, come capita quando un convegno scientifico si svolge in una località di richiamo.

E invece è stata solo tragedia.

Nella mattinata di domenica 6 dicembre, in una pausa dell'incontro dedicato ai soci attivi della Sicoi, a Cortina d'Ampezzo, Roberto Cornelini, il presidente, 55 anni, stimato professionista, docente universitario, si è infatti accasciato sul campo da sci, stroncato da un infarto, dinanzi agli occhi del figlio. Inutile ogni soccorso. Sulla sua prematura scomparsa, riportiamo i brevi commenti di alcuni cari amici e colleghi di Cornelini – Covani, Barone, Solimei e Pappagallo – ancora sconvolti per una fine così inaspettata.

→ DT pagina 2

Dentcubator, il vivaio delle idee

Anno dopo anno, le aziende odontoiatriche spendono milioni nella ricerca e sviluppo (R&D) di nuovi prodotti. A tale scopo, Nobel Biocare, uno dei più grandi investitori del dentale, utilizza circa il 4-5% del proprio fatturato annuo. D'altra parte, ci sono migliaia di idee concepite da singoli dentisti che non verranno mai attuate perché gli inventori mancano di fondi o di competenze per la commercializzazione o per la contrazione dei bilanci di R&D in periodi di congiuntura come questo. Per queste idee, di solito ci sono i cosiddetti "incubatori".

→ DT pagina 3

Grandi temi a DentaLevante

Da semplice Congresso a evento fieristico rilevante nel panoramanazionale. All'ormai prossima chiusura del mandato di "tre anni faticosi, ma anche operosi", Roberto Maffei – presidente di Andi Bari e organizzatore, con Antonello Filipponi, della XV edizione di DentaLevante (Bari, 20-21 novembre) – tira le somme di un evento dai contorni più che confortanti. Un'edizione di grande spessore, coincidente con la 60ª edizione del Congresso scientifico nazionale Andi (svoltosi per la terza volta a Bari dopo le edizioni del 1953 e del 1983) e con il VII Memorial Giuseppe Sfregola.

→ DT pagina 29

Editoriale

Verso i giovani per un futuro minuto per minuto

Carissimi lettrici e lettori, anche la nostra redazione si unisce al cordoglio dei professionisti che in questa pagina ricordano Roberto Cornelini, tragicamente scomparso a dicembre.

Ho preferito lasciare la parola ad alcuni amici di lunga data: io ero un'amica professionale più recente, ma non per questo meno affezionata, perché Roberto in qualsiasi attività e progetto metteva la propria persona a 360° e con una tale passione che era inevitabile iniziare anche un rapporto personale oltre a quello lavorativo. Leggendo le righe a fianco, ne esce un personaggio molto dinamico, ottimista, passionale e serio. Con questo spirito in continuo divenire ci ha lasciato, e noi ci impegneremo a continuare e completare i progetti iniziati insieme.

Mi auguro che per tutti voi questi giorni siano stati felici e ricchi di progetti per il nuovo anno. L'augurio che ha confortato e fatto riflettere è la grande attenzione dedicata dal Presidente Napolitano ai giovani e quindi al futuro. Un invito a nozze anche per il nostro settore: trovare nuove soluzioni e proposte per i giovani pazienti significa investire su una fascia di popolazione che per cultura e modernità potrebbe sbloccare il quoziente di popolazione che frequenta lo studio dentistico. Oltre a proposte tecniche, sarà determinante investire sulla capacità di comunicare con una generazione che ha aspettative e informazioni diverse dalle precedenti, ma vantaggiosamente più sensibile alla prevenzione, all'immagine, al dolore.

L'altro aspetto sono gli studenti di odontoiatria e i giovani laureati, o meglio chi sono e come inseriremo i giovani odontoiatri del domani. Ha ragione il Presidente della Repubblica a segnalarci che se l'attenzione non è posta anche e soprattutto verso i giovani, potrebbe diventare un boomerang per tutti.

Chissà, dunque, se al di là di singole occasioni, oltre alle Università, tutti noi – Aziende, Associazioni scientifiche, Associazioni di categoria, politici e, perché no, anche Editori – guarderemo con più interesse verso il futuro?

A partire da gennaio 2010 abbiamo inaugurato ufficialmente la versione italiana del dental-tribune.com per esservi sempre più vicini da tutto il mondo anche nella nostra lingua, non solo mensilmente ma giornalmente… un futuro, minuto per minuto.

L'Editore

Patrizia Gatto

patrizia.gatto@tueor.com

"Per farlo un po' rivivere continueremo a portare avanti i suoi contributi"

→ DT pagina 1

Solitamente l'allievo ricorda il maestro, non viceversa.

In questo caso, innaturalmente, avviene il contrario.

All'affacciarsi alla professione, Roberto si era rivolto agli Amici di Brugg, a De Chiesa e Pescarmona, a Perrini e infine a me in particolare per acquisire le basi di chirurgia, parodontologia e d'una implantologia pionieristica.

Erano gli anni Ottanta con una disciplina in tumultuoso cambiamento, novità come la rigenerazione parodontale e ossea, un'implantologia in pieno divenire. Nacque un'amicizia, una collaborazione durata oltre 20 anni. Roberto era mattiniero, sua la prima telefonata, quasi un rito, da cui nacquero i nostri contributi alla letteratura, il nostro libro.

Se n'è andato da poco e quella sua telefonata del mattino già mi manca da morire. Un rapporto il nostro, caratterizzato da scarsa differenza di età e da un rispetto benevolo, per cui mi chiamava "zio Ugo", per avergli insegnato all'inizio. Mi piaceva proiettarmi in lui, presidente oggi della Società da me co-fondata e presieduta, in lui invitato a parlare della nostra esperienza e portare avanti il testimone del nostro gruppo, una vita di corsa che lo ha portato ad arrivare prima alla fine. Per farlo un po' rivivere, noi continueremo a portare i suoi contributi e idee ai congressi, ai corsi, nel suo "ambiente naturale".

Grazie, Roberto, per aver fatto con noi un così lungo pezzo di strada.

Ugo Covani

Conobbi Roberto Cornelini molti anni fa e sin dall'inizio mi colpì la passione travolgente che mostrava per il suo lavoro e un incessante dinamismo verso le novità e le evoluzioni.

Roberto è stato sempre un innovatore, creatore e costruttore di nuove idee.

Mi ha sempre detto che la razionalità scientifica non è sufficiente a raggiungere grandi risultati se non accompagnata da uno spirito incline ai sogni e grandi idee.

Mi ha sempre detto che non si può essere grandi clinici e ricercatori senza una profonda etica per la professione e che la sua felicità iniziava solo quando fosse iniziata quella degli altri.

Tutto questo lo viveva col suo sorriso pieno di energia e di disarmante umiltà! Di fronte alle fatiche che la nostra Società gli imponeva alcune volte diceva: "Però in fondo è anche divertente…". Per questo ritengo che Roberto, per chi lo conosceva a fondo, sia stato una traccia indelebile, un grandissimo insegnamento ed esempio. A me fa piacere ricordare cosa ha trasmesso e quanto bene abbia vissuto!

Antonio Barone

Con Roberto ci eravamo sentiti proprio pochi giorni prima della disgrazia: gli avevo chiesto una foto perché dovevo scrivere una breve recensione per la nostra rivista. In quell'occasione avevamo scherzato e parlato di tante cose, fra cui l'incontro di novembre 2010 Sicoi/Amici di Brugg a cui teneva molto e che ci avrebbe permesso di stare nuovamente un po' insieme.

Ecco perché quando, in quella fatale domenica, Ugo Covani, altro suo grande amico, mi ha annunciato al telefono la sua morte, in un primo momento non sono riuscito a credergli.

Non poteva essere. Rimasto del tutto senza parole, mi sono reso conto, all'improvviso, di aver perso un collega capace, sempre disponibile, ma soprattutto un amico. Non ricordo quando c'eravamo conosciuti, perché Roberto, per me, c'è sempre stato.

Da sempre ho nella mia mente il suo sguardo e il suo sorriso, il ricordo di tante cose condivise.

Guardando la sua foto, anche chi non lo conosceva potrebbe intuire che uomo allegro e solare fosse. Con me, che l'ho incontrato in mille occasioni, si rapportava sempre con il sorriso sulle labbra. E di qualunque cosa parlassimo, quando ti parlava ti guardava dritto negli occhi, da persona schietta, all'antica quale era. Senza tema di enfasi, era un uomo unico, di cui soffriremo la mancanza.

Ciao Roberto.

Edilio Solimei

A volte mi chiedo per quale disegno del destino "certe cose" accadono, ma le risposte sono tante. Ogni giorno la vita ci concede la possibilità di decidere e scegliere cosa, come, con chi condividere obiettivi, esperienze, progetti e, per quanto consapevoli siamo nel comprendere gli eventi dell'esistenza, non riusciamo ad essere pronti all'inatteso.

Non avrei mai pensato di dover un giorno descrivere un "ricordo" di Roberto Cornelini, perché è ancora il mio e il nostro presente professionale.

Una guida, un amico sempre con noi, così come lo è stato recentemente al Congresso di Salerno, dove la sua assenza è stata la più potente delle presenze, e dove, emozionando, si è fatto conoscere e riconoscere nel ricordo di chi ha avuto l'opportunità di condividere con lui la passione sfrenata per la ricerca e per la scienza.

Lavorare al suo fianco era una corsa frenetica contro il tempo per raggiungere obiettivi sempre diversi.

Gli sarò grata per sempre, per l'insegnamento e la fiducia che non ha mai smesso di dimostrarmi, la più preziosa delle sue eredità.

Lia Pappagallo

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Publisher **Torsten Oemus**

Group Editor Daniel Zimmermann
Managing Editor newsroom@dental-tribune.com
DT Asia Pacific +49 341 48 474 107

Editorial Assistants Claudia Salwiczek, c.salwiczek@dental-tribune.com
Copy editor Sabrina Raaff, Hans Motschmann

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

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
VP Sales & Marketing Peter Witteczek
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Manager Bernhard Moldenhauer
Executive Producer Gernot Meyer
Production & Ad Disposition Jens Lindenhain
Project Manager Online Alexander Witteczek
Designer Franziska Dachsel

© 2010, 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 74 302 - Fax: +49 341 4 84 74 173
Internet:www.dental-tribune.com-E-mail:info@dental-tribune.com

Regional Offices
Asia Pacific Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 26/F, 389 King's Road, North Point, Hong Kong
Tel.: +852 3118 7508 - Fax: +852 3118 7509
The Americas Dental Tribune America, LLC
213 West 35th Street, Suite 801, New York, NY 10001, USA
Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno VI Numero 1, Gennaio 2010
Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/2005

Direttore responsabile
Massimo Boccaletti

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
Antonio Barone, Stefano Benedicenti, Piero Silvestrini Biavati, Ugo Covani, Simona Ferro, Carlo Fornaini, Patrizia Gatto, Norbert Gutknecht, Maurizio Maggioni, Gianna Maria Nardi, Giovanni Olivi, Lia Pappagallo, Luigi Rodella, Marisa Roncati, Ercole Romagnoli, Edilio Solimei, Lisa Townshend, Daniel Zimmerman

Hanno collaborato
Enrica Casalegno, Cristiana Ferrari, Paolo Lovisolo, Alessia Murari, Francesco Pesce, Egle Tulisso

Grafica e impaginazione
Angiolina Puglia

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

Stampa
Rotoservice Srl - Busca (Cuneo)

Pubblicità
TU.E.OR. Srl

Ufficio abbonamenti
TU.E.OR. srl - Corso Sebastopoli 225 - 10137 Torino
Tel. 011.197 15 665 - 011.0463350 - Fax 011.197 15 882
alessia.murari@tueor.com

Copia singola: Euro 3,00 - Arretrati: Euro 3,00 + sped. postale
Forme di pagamento:
Versamento sul c/c postale n. 65700361 intestato a TU.E.OR. srl; Assegno bancario o bonifico su c/c postale 65700361 intestato a TU.E.OR srl IBAN IT95F0760101000000065700361
Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 633/72

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

Dentcubator, il vivaio delle idee

Riunione di membri e collaboratori di Dentcubator al Greater New York Dental Meeting (DTI / Photo Daniel Zimmermann).

← DT pagina 1

Introdotti alla fine del 1950 come edifici fisici che ospitavano molte piccole imprese, sono diventati un importante strumento nel mondo degli affari per assisterle in fase di avviamento. Loro principale obiettivo è accelerare il successo imprenditoriale attraverso risorse di supporto e di servizi, come ricerca di avvocati, finanziamento di prototipi e individuazione di canali di distribuzione. Secondo uno studio recente condotto dall'Università del Michigan, quasi il 90% dello start-up delle aziende dura a lungo grazie all'aiuto di programmi di incubazione.

In tutto il mondo ci sono circa 5000 di queste reti, 1400 operanti nei soli Stati Uniti.

In Odontoiatria, tuttavia, non esisteva alcuna rete, fino a quando al Greater New York Dental Meeting, il dicembre scorso, non è stato fondato il "Dentcubator". Originato in Massachusetts (Usa) da una rete a maglie larghe di rinomati specialisti dentali in tutto il mondo, il programma ha preso in esame finora 48 idee e progetti e si propone di sostenerne fino a 80 nel corso dei prossimi cinque anni. Prendono in esame le nuove idee dieci gruppi di esperti, come Steve Buchanan, Sonia Leziy, John McSpadden, Lorne Lavine, Joerg Strub, Ron Jackson, Ken Malament e Tom McGarry.

Essendo Dentcubator un'entità virtuale, i suoi membri si sentono soprattutto per telefono, e-mail o tramite canali web.

Una volta che l'idea sia stata presentata tramite uno dei comitati, è sottoposta a 4 settimane di screening per valutarne il potenziale commerciale.

Particolare enfasi è posta sulla capacità di ri-progettazione di un prodotto per i mercati emergenti come Asia o America Latina. "Mettendo alla prova ciascun progetto nella sua applicabilità ai mercati emergenti, possiamo offrire prodotti e tecniche di alto livello a un pubblico più ampio rispetto a quelli tipici dell'Europa occidentale, Giappone o Stati Uniti", riferisce un rappresentante della Dentcubator a DT Asia Pacific. La rete fornisce i suoi servizi traendo un compenso in azioni nella proprietà dell'idea, una volta approvata per il finanziamento. Occorrono in genere fino a tre mesi perché l'iter sia completato. Una volta che Dentcubator sia diventato un socio azionario e che l'idea si sviluppi in piena salvaguardia, si avviano i primi rapporti con i responsabili commerciali o di ricerca e sviluppo delle aziende del dentale. Dentcubator è quindi una sorta di complemento delle tradizionali attività di ricerca e sviluppo (R&D) e una fonte alternativa di finanziamento, di sviluppo e accesso alle risorse del mercato.

"In nessun caso ci proponiamo come sostitutivi dell'attività di settore dell'R&D – dice il rappresentante Dentcubator –.

"Noi siamo il vivaio, che prende il piccolo seme di un'idea, la fa crescere e poi la porta sul mercato".

Daniel Zimmermann, DTI

Nobel Biocare Services AG, 2009. Tutti i diritti riservati. Nobel Biocare, il logo Nobel Biocare e tutti gli altri marchi di fabbrica sono, salvo diversa dichiarazione o evidenza dal contesto in un caso specifico, marchi di fabbrica di Nobel Biocare.

Nobel Biocare

NobelProcera™
Barre per overdenture biocompatibili e precise.

Barre personalizzate ottenute mediante fresatura da titanio per uso chirurgico leggero e biocompatibile.

Ampia gamma di barre e attacchi per soluzioni fisse o rimovibili.

Precisione di adattamento per un trasferimento ideale del carico e una stabilità a lungo termine del serraggio delle viti.

Disponibili per impianti Nobel Biocare e Multi-unit abutment, altri sistemi implantari ed eventuali combinazioni tra diversi sistemi implantari.

Provate il nuovo mondo dell'odontoiatria CAD/CAM di elevata precisione, rapida e conveniente. Utilizzando il software NobelProcera, il vostro laboratorio può progettare barre per overdenture personalizzate e per tutte le indicazioni: fisse o rimovibili, per soluzioni a basso costo o ad alto livello e per una vasta gamma di tipologie di attacchi e sistemi implantari. Tutte le barre sono ottenute mediante fresatura partendo da monoblocchi di titanio biocompatibile per uso chirurgico. L'impianto di produzione NobelProcera crea barre resistenti e leggere, prive di saldature o problemi di porosità. Ogni barra viene consegnata già lucidata e pronta all'uso, corredata da viti protesiche* e attacchi** e garantita per 5 anni. Nobel Biocare è leader mondiale nelle soluzioni estetiche innovative basate sull'evidenza. Per ulteriori informazioni, contattate la filiale locale al numero +39 039 683 61 o visitate il nostro sito Web: www.nobelbiocare.com

* Le viti protesiche sono incluse solo per gli impianti Nobel Biocare.
** La disponibilità di attacchi può essere diversa da un Paese all'altro, a seconda delle autorizzazioni degli enti normativi.
Tutte le barre vengono comunque consegnate pre-maschiate in modo da accogliere gli attacchi desiderati.

Anno VI n. 1 - Gennaio 2010 Italian Edition

In Italia ci sono troppi dentisti Il doppio dei dati forniti dall'Oms

Da grande farò il dentista: sembra essere questo il desiderio dei ragazzi italiani.

Non si spiegherebbe altrimenti che nel Paese si contano oltre 56 mila dentisti, in media uno ogni 1000 abitanti. Un fenomeno che tocca punta estreme in alcune regioni, come in Liguria (un professionista ogni 745 persone).

È quanto emerge dall'analisi del Centro elaborazione dati della Fnomceo (Federazione nazionale Ordini medici chirurghi e odontoiatri) sugli iscritti all'Albo degli odontoiatri suddivisi per zone geografiche.

Fenomeno unico in Europa, il doppio di quanto indicato dall'Organizzazione mondiale della Sanità, secondo cui il rapporto ottimale dovrebbe essere un dentista ogni 2 mila persone, un valore che negli altri Paesi europei sembra rispettato.

Secondo i dati del Council of European Dentists, infatti, in Gran Bretagna troviamo un dentista ogni 1974 abitanti, uno su 1887 in Spagna e uno su 1556 in Francia.

"Questo scenario italiano – ha detto in un'intervista il presidente Andi, Roberto Callioni – rischia di sgretolare la categoria. Alcuni studi privati stanno già chiudendo. La proiezione per i prossimi anni è spaventosa. Con l'entrata in vigore della Direttiva europea sulla libera circolazione dei professionisti, arriveranno molti laureati da altri Paesi.

Senza contare i ragazzi italiani che si laureano all'estero, dove i test di ingresso alle Facoltà sono più semplici che da noi". Nello specifico, le regioni dove "giri l'angolo e trovi un dentista"

sono la Liguria, con un rapporto di un professionista ogni 745 abitanti, e l'Abruzzo (uno ogni 796), ma anche nel Lazio, dove esercitano la professione 6135 camici bianchi, c'è un rapporto 1 a 833. Poco più di 900 persone per dentista in Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Piemonte, Emilia Romagna e Lombardia (9417 iscritti all'Albo).

"L'unico rimedio certo – spiega Callioni – sarebbe chiudere l'accesso per qualche anno alla Facoltà di Odontoiatria, soluzione impraticabile, anticostituzionale.

Quello che si può fare è almeno rendere più severa l'iscrizione all'Albo degli stranieri".

Fonte: ***Adnkronos Salute***

Per un'Andi più efficace nuovi Statuto e Regolamento

Nel corso dell'Assemblea straordinaria tenutasi a Rimini il 29-30-31 ottobre, l'Andi si è dotata di un nuovo Statuto e Regolamento, per rendere l'Associazione ancor più efficace rispetto a una professione in rapido cambiamento. Una valorizzazione delle potenzialità territoriali regionali, anche in riferimento al nuovo indirizzo gestionale della Sanità; snellimento delle procedure gestionali associative; volontà di ricerca di un ulteriore accrescimento dell'identità associativa; nuove regole per il rispetto di una corretta "deontologia endoassociativa".

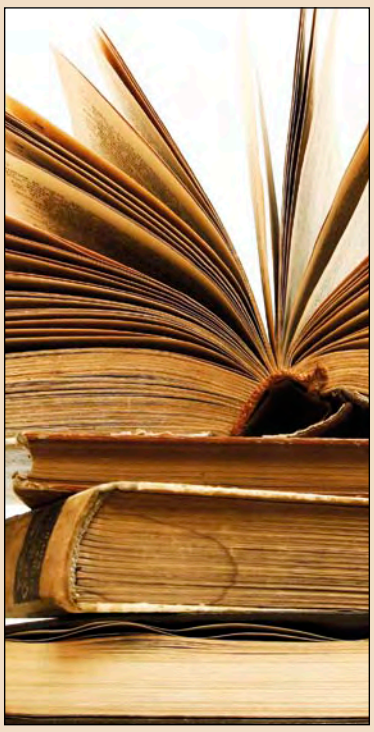
Sono alcune tematiche che hanno ispirato la completa riformulazione del nuovo Statuto e Regolamento.

Come in altre circostanze del passato, il confronto democratico tra i delegati delle varie Sezioni è stato spesso particolarmente vivace, anche perché influenzato dai prossimi rinnovi associativi.

Comunque utile per confrontare i diversi punti di vista. Oltre un centinaio gli emendamenti analizzati e votati; il documento finale è stato poi approvato con 222 voti favorevoli, 173 contrari e con l'astensione del Presidente nazionale, che in una dichiarazione si è detto "più che soddisfatto del risultato conseguito, non da una parte dell'Associazione, ma dall'Associazione tutta, che rimane il riferimento fondamentale per la professione odontoiatrica". "È evidente – ha continuato il Presidente – che lasciare il certo per l'incerto, abbandonare la 'coperta di Linus', a molti ha creato difficoltà e perplessità.

Ma quella coperta non era più idonea per una nuova Andi, che dovrà essere ancora più efficace per affrontare una professione in rapido cambiamento.

Un altro aspetto primario del programma-progetto elettorale del 2007 è stato raggiunto". Il nuovo Statuto è immediatamente entrato in vigore e verrà trasmesso ai Soci appena reso disponibile dall'ufficio notarile.



Studi abusivi Nas in azione

I numeri e le statistiche fornite dai NAS, secondo cui ogni tre giorni viene sequestrato uno studio odontoiatrico abusivo, alzano ancora una volta l'allarme sul fenomeno dell'abusivismo medico e odontoiatrico in particolare. Lo dice la CAO nazionale (Commissione Albo Odontoiatri della Fnomceo) in un comunicato, registrando "con amarezza" una sorta di assuefazione a una vera e propria piaga sociale.

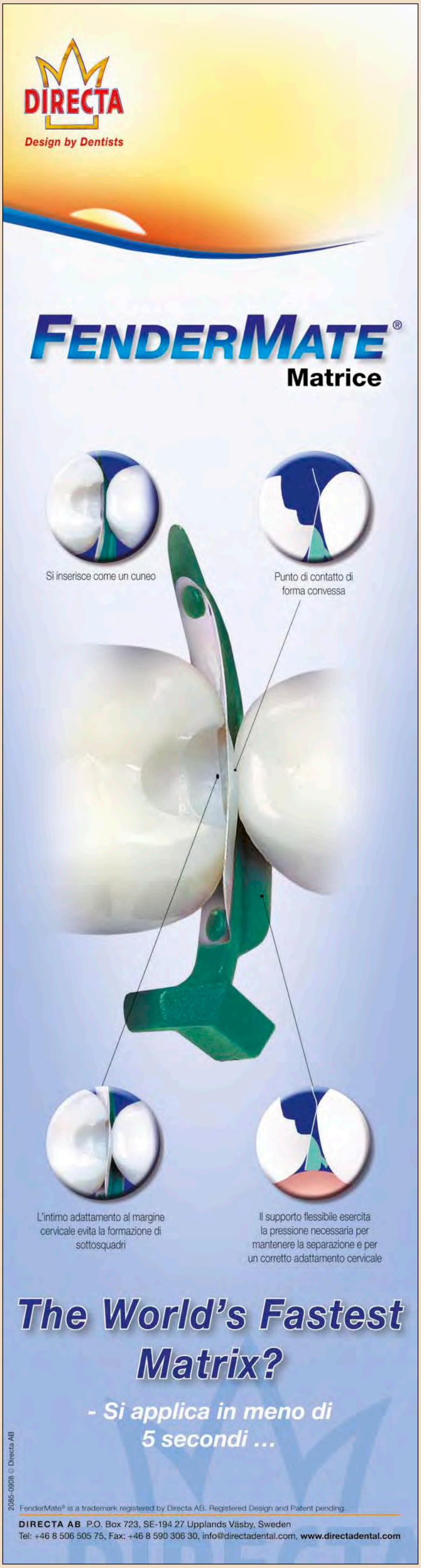
Nel prendere atto che non è mai venuto meno un responsabile "giornalismo di denuncia", la CAO osserva che i mass media s'intestano una parte importante nella tutela della salute del cittadino.

Anche le CAO dei singoli Ordini provinciali non hanno mai smesso di far sentire la loro voce nella lotta all'abusivismo e al prestanomismo, due grandi problemi che mettono in pericolo la salute (non solo odontoiatrica) del paziente.

"La CAO nazionale – continua il comunicato – considera la corretta informazione un impegno prioritario per garantire la piena fruizione del diritto alla salute del cittadino.

La sua voce – afferma – non è quella di una "corporazione", ma di un'istituzione che si propone di incidere sempre più sul meccanismo perverso che vede coinvolti vari professionisti.

Una voce che ha da sempre fatto la sua parte in modo autorevole e propositivo, facendosi promotrice di iniziative volte alla modifica dell'articolo".



2010

aprile

ROMA
9-10 aprile 2010

BIOHORIZONS
SCIENCE · INNOVATION · SERVICE
ClassImplant®

L'ECCELLENZA IN IMPLANTOPROTESI:
NUOVI ORIZZONTI

con la partecipazione straordinaria di
CARL MISCH

altri relatori: Massimiliano BARCALI - Rolando CECCARELLI
Alessandro CECCHERINI - Ugo COVANI - Davide FARRONATO
Roberto GRASSI - Ugo GRAZIANI - Luigi GUARINIELLO
Andrea GUIDA - Roberto MAFFEI - Sabrina PAPPALARDO
Mario SANTAGATA - Giacomo SANTORO - Gerhard SEEBERGER
Leonardo TROMBELLI

sede:
Grand Hotel **PALAZZO CARPEGNA**
via Aurelia,481 - 00165 Roma

info: **e20 srl**
jennifer@e20srl.com
Via Antonio Cecchi, 4/7 scala B - 16129 Genova
tel. +39 010 5960362 - fax + 39 0105370882

DENTAL TRIBUNE

Anno VI n. 1 - Gennaio 2010

Italian Edition

Posturologia e Odontoiatria: un connubio possibile?

Piero Silvestrini Biavati*

**Medico chirurgo specialista in odontostomatologia, Master in Posturologia, libero professionista in Genova*

Attualmente è molto di moda parlare di esami posturali in connessione con terapie odontoiatriche. Uno stuolo di figure professionali si affiancano al nostro lavoro: osteopati, kiropratici, fisioterapisti, logopedisti, kinesiologi, optometristi, ortottisti, podologi… e ultimamente la figura del "posturologo".

Ma cosa è il posturologo e cosa dovrebbe fare?

Il posturologo dovrebbe essere una figura che si intende di semeiotica e di tutti quei test di diagnosi differenziale che possano aiutarci a capire "da dove" parte il problema del nostro paziente. Potrebbe e dovrebbe assumere il titolo di "semeiologo diagnosta differenziale".

Purtroppo, tale figura non esiste. Ognuna delle figure suddette può assurgere al titolo di posturologo senza purtroppo avere conoscenza approfondita di tutte le branche interessate ma, per contro, dare indicazioni sulle terapie da effettuare. La nostra è una branca medica molto specifica, e dovremmo essere noi odontoiatri a prenderci il ruolo di "posturologi della bocca". Conoscere le basi della posturologia odontoiatrica è molto importante nel trattamento, nella prevenzione e nella riabilitazione dei nostri pazienti. L'esperienza in questo campo mi ha portato a validare e confermare connessioni molto frequenti nel nostro ambito, obbiettivabili da tutti i colleghi, con solo un poco di attenzione in più al corpo del paziente.

Non sono necessarie strumentazioni complesse, ma è necessaria una organizzazione dello studio particolare, ripetibile. In questo articolo cercheremo di sviscerare una delle problematiche più frequenti: la postura del capo. Il sistema stomatognatico è un complesso sistema interconnesso con la testa e il collo in modo molto stretto. Il capo a sua volta è articolato con la colonna vertebrale in modo molto "squilibrato" ovvero disassato verso il posteriore. In mancanza di funzione muscolare di sostegno, esso cade in avanti. Sono quindi i muscoli nucali, trapezi e sternocleido mastoidei a mantenere eretta la testa. Nella parte anteriore, però, un'altra catena muscolare tende a far flettere in avanti il capo: sono i muscoli elevatori e abbassatori della mandibola e quelli sottoioidei.

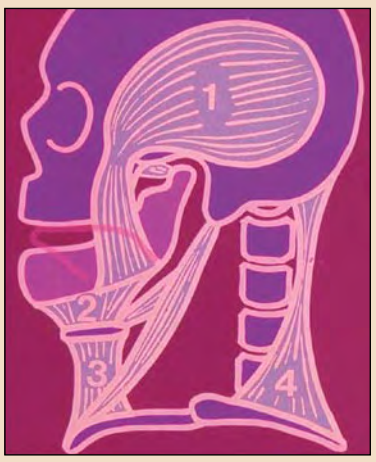


Fig. 1 *- Sistema di equilibrio posturale muscoloscheletrico del capo.*

Nella Fig. 1 ci si può rendere conto di quanto detto. Idealmente, la catena anteriore parte: 1) dal temporale e massetere; 2) continua con il digastrico, genioioideo e miloioideo; 3) finisce con i muscoli sottoioidei tiroioideo, omoioideo e sternoioideo. Questa catena anteriore, attenzione, può essere aperta o chiusa dall'occlusione dentale: sarà "chiusa" – ovvero senza soluzione di continuità – quando i denti sono a contatto, e "aperta" quando essi non lo sono. Per contro, la catena muscolare posteriore è composta da Sternocleidomastoideo e Trapezio.

Qui si gioca tutto il sistema.

Lo spazio libero interarcata "modula" appunto la lunghezza della catena anteriore. Ma lo spazio libero a sua volta è modulato dalla posizione e funzione della lingua che, guarda caso, si inserisce sullo ioide.

Senza andare a cercare connessioni presenti, ma più "lontane", si può già capire che la postura della testa sarà mediata, in senso sagittale, dallo spazio libero presente e dalla dimensione verticale DV dentale. Ne consegue che una DV ridotta fletterà il capo in avanti, mentre una DV aumentata farà l'opposto. Se si presta attenzione a chi ha il morso aperto scheletrico, ci si accorge che presentano un atteggiamento del capo all'indietro, mentre chi ha il morso profondo sarà "ingobbito", come esplicato nella Fig. 2 dove si evidenzia lo stato contrattile maggiore in 2 (riduzione della DV) con conseguente ingobbimento, protrusione in avanti e riduzione della altezza apparente.

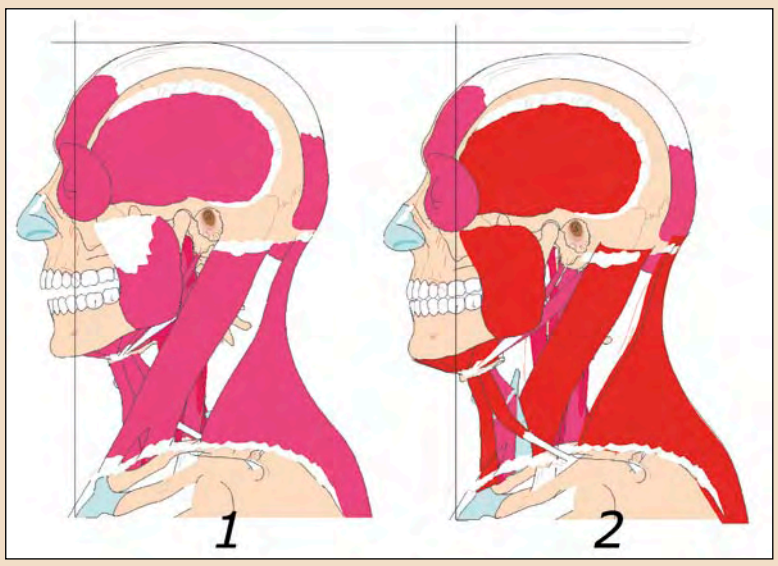


Fig. 2 *- Adattamento del capo in caso di riduzione della DV. 1 normale, 2 ridotta. Si noti l'atteggiamento in avanti.*

Questa è già posturologia!

Perché un paziente in morso profondo, proprio per l'atteggiamento del capo, avrà frequentemente una accentuazione della normale lordosi cervicale e problematiche algiche cervicali, mentre i morsi aperti una rettilineizzazione cervicale.

→ DT pagina 7

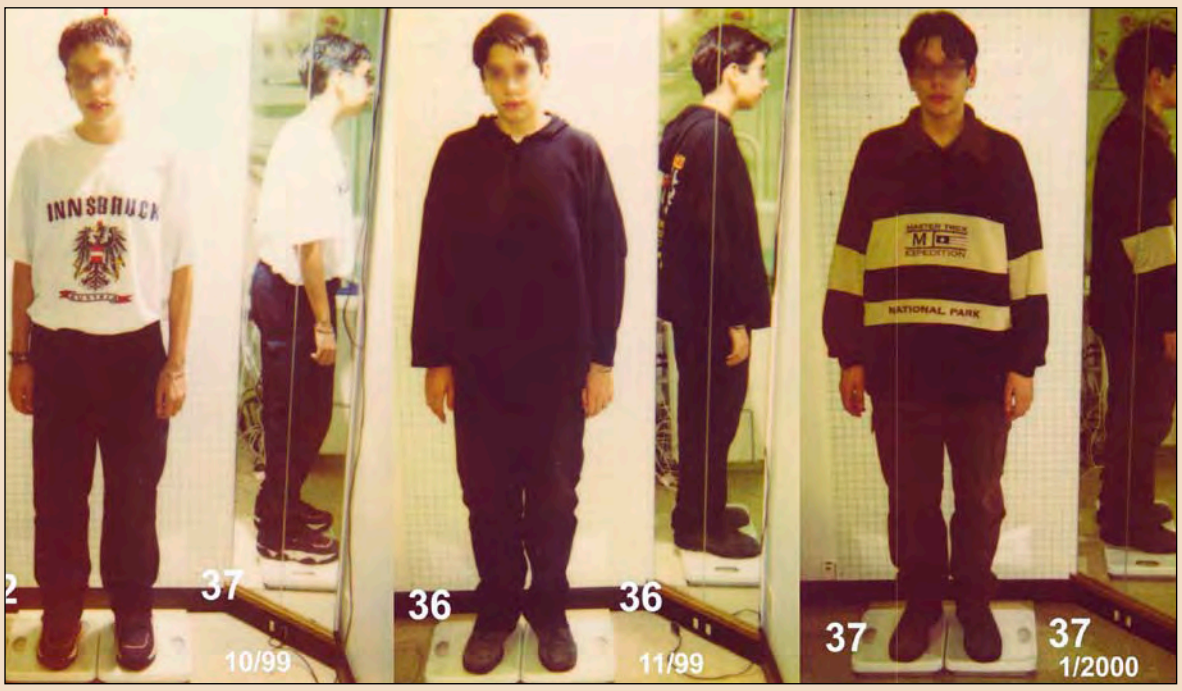


Fig. 3 *- Progressione posturale con terapia gnatologica (ortotico).*

Fig. 4 *- Particolare dell'atteggiamento del capo in visione laterale.*

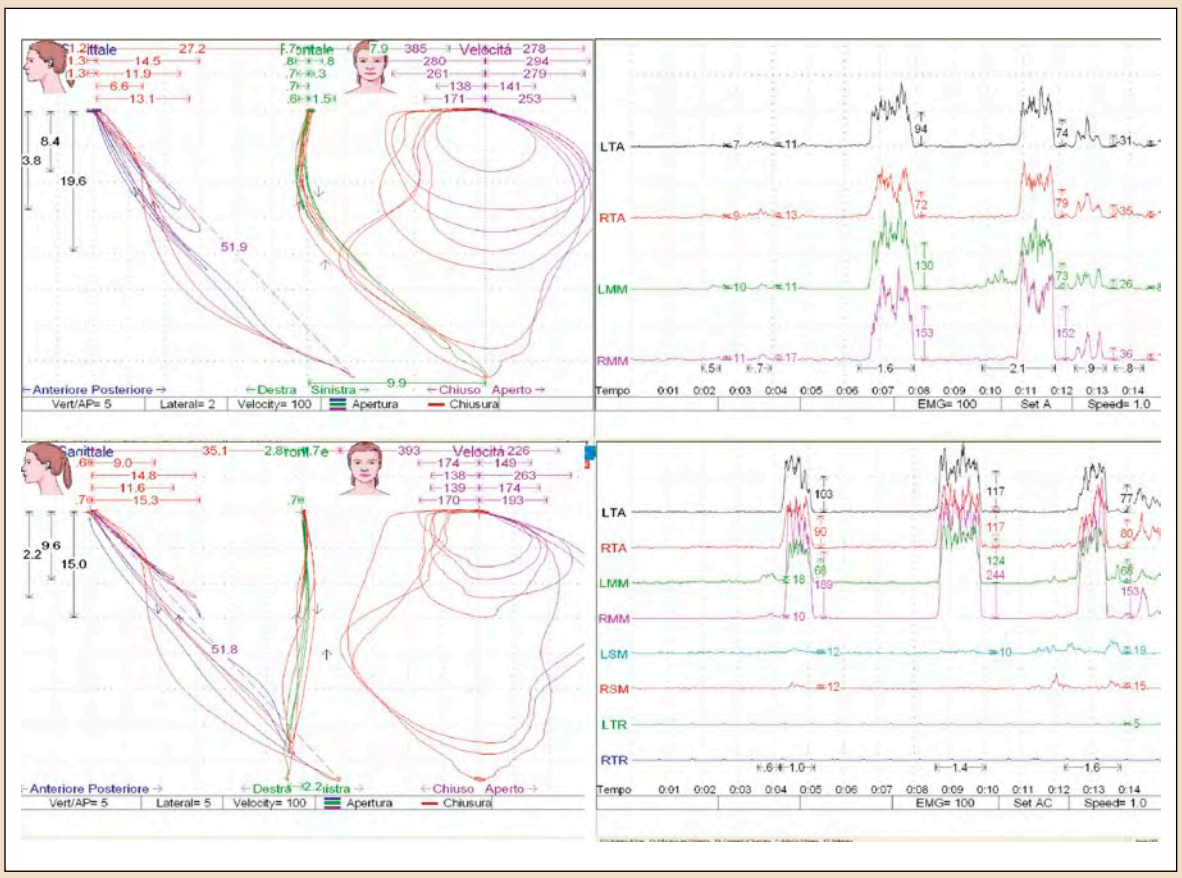


Fig. 5 *- Tracciati kinesiografici e deglutitori prima e dopo terapia con ortotico.*

← DT pagina 6

Ovviamente non sempre, perché entrano in gioco altri fattori quali la classe scheletrica, la funzione linguale ecc., solo per parlare del distretto di nostra competenza. La problematica non è solo sagittale, in quanto non è detto che il problema sia bilaterale simmetrico.

Ad esempio, in una laterodeviazione mandibolare, ci si trova davanti a una doppia componente: DV ridotta dal lato deviato e, quindi, una asimmetria che si ripercuoterà in una alterazione posturale del capo in visione frontale. Quanto questo è vero e ripetibile?

L'esperienza in questo campo risponde che è molto frequente, a patto di seguire un protocollo razionale di acquisizione.

Queste informazioni ci possono poi essere utili da un lato, per prevenire ulteriori peggioramenti nel bambino, e dall'altro per utilizzare strategie terapeutiche riabilitative che ci possono venire molto utili nell'adulto.

Un esempio: i morsi profondi, dove gli spazi sono sempre carenti. Se il paziente ha un atteggiamento della testa flesso in avanti, si potrà tranquillamente aumentare la DV di un paio di millimetri senza correre rischi, anzi migliorando il suo benessere cervicale. Ovvio che questi casi devono sempre essere prima testati con bites o provvisori diagnostici, specie se l'esperienza in questo campo è ancora carente e la curva di apprendimento è ancora agli inizi.

In questo breve ed esemplificativo excursus verrà presentato un caso illuminante su quanto spiegato in precedenza.

Case Report

Ragazzo con forti cefalee, dolori scapolari e locking articolare sx, con deviazione mandibolare ipsilaterale.

Viene analizzato allo scoliosometro che evidenzia, oltre al forte disallineamento posturale in senso frontale con squilibrio ponderale di 5 kg, una forte anteriorizzazione del capo. Viene eseguita kinesiografia che evidenzia sia il locking con deviazione sia una mancanza di attivazione dei muscoli elevatori in deglutizione (deglutizione atipica con interposizione di lingua).

Viene eseguito ortotico e dopo solo un mese lo squilibrio ponderale si è annullato e la posizione del capo è già migliorata.

Dopo altri 2 mesi la situazione posturale è praticamente nella norma (sono passati solo 90 gg.) e la kinesiografia evidenzia (sull'ortotico) cinematica mandibolare quasi corretta e deglutizione corretta con normale attivazione dei muscoli elevatori.

Nelle Figg. 3 e 4 si evidenzia il recupero posturale, mentre nella Fig. 5 il recupero cinematico e muscolare deglutitorio. Anche le cefalee e i dolori scapolari sono scomparsi. Il ragazzo porta l'ortotico per alcuni mesi, poi, non volendo sottoporsi a trattamento ortodontico, sfugge al nostro controllo. Due anni dopo ricompare con le stesse sintomatologie di prima, con un blocco mandibolare e di nuovo forti cervicalgie e frequenti cefalee.

La madre ci riferisce che oramai da più di un anno non porta più l'ortotico, che è stato addirittura perso. Viene rivalutato allo scoliosometro ed ecco la sorpresa: il ragazzo si è ricondizionato più o meno come prima del trattamento gnatologico come si può vedere nella Fig. 6. In questa immagine è evidente la partenza, il recupero e la ricaduta.

Allo stato attuale, le nostre conoscenze non ci permettono di prevedere un risultato posturale attraverso il bite, ovvero non possiamo pensare di "raddrizzare" tutti i nostri pazienti in questo modo, ma certamente possiamo pensare a stretti collegamenti e rimanere aperti alle possibilità di recupero che il nostro paziente può avere anche in altri distretti.

In altre parole, non si parte con un trattamento gnatologico per una terapia posturale, ma al contrario, possiamo monitorizzare e seguire gli sviluppi che questo trattamento provoca.

Non è detto che il bite, in quanto tale, porti a un miglioramento, ma è la posizione e la funzione che questo bite determina che provoca il cambiamento. Un bite in posizione non consona può benissimo peggiorare la situazione posturale del nostro paziente.

Fig. 6 *- Progressione e regressione senza terapia due anni dopo.*

DENTAL TRIBUNE
Anno VI n. 1 - Gennaio 2010
Italian Edition

Il punto di vista dell'odontologo forense nella valutazione dei traumi dentali

Nel corso del 15° DentaLevante, Simona Ferro, odontoiatra e odontologa forense, ha tenuto un'interessante relazione sul tema dell'analisi dei traumi dentali, affrontando questo "capitolo clinico" da una prospettiva pratica: quella di chi, in collaborazione multidisciplinare, osserva il manifestarsi del trauma e ne segue la sua valutazione non solo dal punto di vista clinico, ma anche medico-legale e risarcitorio.

I traumi dentali, che rappresentano un grande "capitolo clinico", sono di frequente riscontro nella pratica quotidiana di uno studio odontoiatrico.

Da un punto di vista epidemiologico interessano infatti circa il 20% dei bambini in dentizione decidua, mentre in dentizione permanente la prevalenza è circa del 30%.

Le cause possono essere varie: attività sportive e giochi di gruppo – soprattutto per i bambini in età scolare (con una frequenza doppia nei maschi rispetto alle femmine) – incidenti stradali, infortuni sul lavoro, atti di violenza ecc. Traumi spesso legati a molteplici situazioni critiche, che possono avere risvolti anche di tipo assicurativo-risarcitorio, in cui risulta fondamentale non solo una corretta valutazione clinica, ma anche un'attenta gestione medico-legale del caso.

In quest'ottica, il primo passo è rappresentato senza dubbio da un'accurata raccolta della documentazione. La scheda odontoiatrica dovrà quindi contenere una parte di carattere generale, dove verranno riportati i dati anagrafici del paziente e la sua anamnesi medica e una parte più specifica, dove verranno annotati l'anamnesi relativa al trauma (come, dove e da quanto tempo si è verificato), l'esito dell'esame obiettivo (extra e intra-orale) e degli esami strumentali/radiografici effettuati. Il tutto completato dalla documentazione fotografica.

La raccolta della documentazione risulta fondamentale, data anche la necessità di monitorare nel tempo l'evoluzione delle lesioni conseguenti a trauma o di verificarne la guarigione a seguito delle terapie messe in atto. Frequentemente, a seguito di tali eventi, viene poi richiesta all'odontoiatra una certificazione riguardante il caso.

A questo proposito, il Codice Deontologico all'art. 24 sancisce che: "Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati.

È tenuto alla massima diligenza, la più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti".

La redazione e il rilascio del certificato avvengono, quindi, su richiesta del paziente o del legale rappresentante dello stesso (genitore, nel caso di minore di anni 18; tutore, nel caso di soggetto interdetto per incapacità di intendere e di volere). Nel certificato devono essere presenti generalità del medico certificante e del paziente, data e luogo di redazione e finalità del certificato; devono inoltre essere riportati anamnesi, esame obiettivo, diagnosi e prognosi, il tutto concluso con la firma del certificante.

Esistono reati connessi alla certificazione, tra cui quello di falso ideologico (artt. 479, 480 e 481 c.p.), falso materiale (artt. 476 e 477 c.p.), violazione di privacy e segreto professionale, truffa (se, ad esempio, la finalità è quella del risarcimento), uso di atto falso. Occorre pertanto essere molto scrupolosi e attenti nel redigere. In circostanze particolari – cioè quando anche solo si sospetti che l'evento traumatico giunto all'osservazione si sia verificato in casi che possano presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio (lesioni personali, violenza privata, maltrattamenti in famiglia ecc.) – l'odontoiatra, in qualità di esercente una professione sanitaria, è altresì tenuto a redigere un referto da inviare all'autorità giudiziaria entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente. L'omissione di tale atto viene punita dal codice penale all'art. 365.

Gli esiti di un trauma possono poi necessitare anche di valutazioni medico-legali più specifiche (per es., la quantificazione del danno, la necessità di rinnovi delle terapie ecc.), che è preferibile affidare all'odontologo forense il quale potrà pertanto essere chiamato, in caso di trauma, ad analizzare il caso nello specifico come consulente tecnico d'ufficio (in ambito civile o penale) o della parte lesa (ad es., per trauma in ambito scolastico o automobilistico) o come consulente per la parte assicurativa.

Per valutare propriamente questo tipo di situazioni, la figura di questo specialista appare quindi fondamentale.

Simona Ferro

Autore

SIMONA FERRO, laureata in Odontoiatria e Protesi dentaria all'Università degli Studi di Bologna nel 2006. Libera professionista in Faenza. Perfezionata in Odontologia Forense presso l'Università degli Studi di Firenze nel 2007 (frequenta attualmente il Master di secondo livello in Odontologia Forense presso il medesimo ateneo). È coautrice del volume *La linea guida*, pubblicato per ANDI-ASSICURA nell'ottobre 2007.

LASER TRIBUNE

Anno II n. 1

Inserto di Dental Tribune Italian Edition
Anno VI, n. 1 - gennaio 2010

Gennaio 2010

Il laser a diodo in ausilio della parodontologia non chirurgica

Marisa Roncati *Odontoiatra e Igienista dentale*

È doveroso esordire con un'affermazione di assoluto compendio circa l'utilizzo del laser in Odontoiatria, e nello specifico del suo impiego in parodontologia non chirurgica: il laser non si sostituisce al trattamento tradizionale, che rimane indispensabile e imprescindibile, viceversa il laser può affiancare metodiche e protocolli convenzionali di comprovata affidabilità, in alcuni casi ne può migliorare il risultato e/o può contribuire al successo della terapia.

Il laser presenta indicazioni, può determinare vantaggi, ma implica anche dei limiti che vanno conosciuti.

Per alcune applicazioni può essere estremamente proficuo utilizzarlo, per cui sarà sempre il dentista, esperto e coscienzioso, che deciderà se utilizzarlo e soprattutto che lo userà selezionando parametri di sicurezza, secondo le indicazioni e i protocolli della letteratura internazionale.

Questa precisazione è essenziale al fine di screditare alcune affermazioni che in passato dichiaravano: "Mai più l'anestesia, ora si curano i denti senza trapano!", scegliendo intenzionalmente termini che suscitano nell'immaginario collettivo ansie e apprensione.

Per di più affermazioni del tutto erronee.

Il laser rappresenta, dunque, una tecnologia molto sofisticata e d'avanguardia che può associarsi alle metodiche tradizionali, ma non le espugna.

Il termine "laser" è un acronimo: light amplification by stimulated emission of radiation, che indica una radiazione luminosa amplificata.

I laser di pertinenza medicale occupano lo spettro dell'infrarosso e utilizzano un raggio guida, di colore rosso o verde, che si trova nel vicino spettro del visibile.

I laser si possono suddividere in due gruppi, a seconda delle loro applicazioni:

- laser per tessuti duri;
- laser per tessuti molli.

Esistono quattro lunghezze d'onda, a seconda dell'elemento attivo che genera la radiazione, e in base alle diverse lunghezze d'onda sono possibili interazioni con i vari tessuti:

Per i tessuti duri	Per i tessuti molli
Erbium	CO_2
-	Neodimio (yag e yap)
-	Diodo

Il Laser Erbium:Yag ed Erbio YSGG (lunghezza d'onda 2,940 e 2,780 rispettivamente) sono indicati per vaporizzare i tessuti ad alto contenuto d'acqua e per rimuovere dentina e smalto cariati. Il CO_2 laser (lunghezza d'onda 10,600 nm), date le dimensioni del diametro dell'inserto cavo (> o = a 1), hanno applicazioni molto limitate nella terapia parodontale subgengivale[1].

Il neodimio Nd:YAG (lunghezza d'onda 1,064 nm) ha un coefficiente di assorbimento dell' acqua inferiore rispetto al CO_2 ed è assorbito selettivamente dai tessuti pigmentati.

Il diodo (lunghezza d'onda tra gli 808 e 980 nm) presenta caratteristiche di affinità ai tessuti, analoghe al neodimio.

È importante che il clinico determini gli obbiettivi specifici del trattamento da eseguire per selezionare la tecnologia laser che meglio può soddisfare la finalità prefissate.

Il laser erbium è utilizzato per il trattamento dei tessuti duri (osso e denti).

→ LT pagina 19

Previo sondaggio ed eventuale valutazione radiografica della situazione clinica, il laser a diodo viene utilizzato in associazione alla successiva strumentazione parodontale non chirurgica, che rimane necessaria e insostituibile. Il laser a diodo verrà usato seguendo i protocolli della letteratura internazionale come descritto nell'articolo.

I laser in Odontoiatria: scienza o mito?

L'avvio nel prossimo ottobre del primo Master internazionale di laserterapia, nato dalla collaborazione tra sei Università europee e americane, fornisce l'occasione per ricordare le tappe di un'evoluzione che ha portato la città della lanterna e la sua Università a essere uno dei centri di eccellenza laser in Italia. Nel 1999, infatti, venne avviato in Italia il primo corso di perfezionamento sull'"Utilizzo della luce laser nel distretto cranio-facciale" per insegnare, alla luce dell'evidenza scientifica, le applicazioni di una tecnologia sicuramente affascinante, ma ancor poco conosciuta. Nel frattempo sono fiorite in Italia scuole prestigiose (Firenze, "Sapienza" di Roma, Parma e altre) che trasmettono un messaggio di alto valore scientifico. Al Distbimo (Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biofisiche, Medi- che e Odontostomatologiche) dell'Università di Genova, Dental Tribune ha incontrato il prof. Stefano Benedicenti, docente di Odontoiatria conservativa, per un'intervista.

Stefano Benedicenti.

Figlio d'arte, suo padre Alberico è un affermato docente e professionista ed è stato uno dei pionieri della tecnologia laser. La sua presenza nello studio del figlio professore è certamente viva, almeno a giudicare dalle fotografie che ne tappezzano le pareti.

Fu grazie a lui se Stefano fin da piccolo cominciò a "bazzicare" in ambiente odontoiatrico…

In passato si usava infatti portare anche i familiari ai congressi perché a latere della manifestazione c'era sempre un bellissimo programma. "Storico" il Congresso di Susi, in Trentino, dove, più delle presentazioni scientifiche, contava assai più per me la gara di sci conclusiva (avevo allora 8 anni).

→ LT pagina 11