

KaVo DIAGNOcam
Un'immagine
dice più di mille parole!



PRENOTA UNA DEMO
GRATUITA E SENZA IMPEGNO
INVIANDO UNA MAIL A:
demo@kavo.com



KaVo. Dental Excellence.

IL CONSULENTE LEGALE

Fare il dentista? È ancora uno
dei lavori migliori (almeno in USA)

Ogni anno, U.S. News & World Report elenca
i 100 lavori top. Quest'anno, dentista e igienista
dentale si piazzano tra i migliori posti di lavoro (il dentista è
al primo posto). Domanda: la classifica vale solo per gli States?



pagina 6

Fondi sanitari

in un sistema
ultracompetitivo

M. Quaranta

Il mercato sta cambiando e l'odontoiatria è chiamata a un cambio di prospettiva: l'attenzione passa dall'offerta di cure alla domanda dei cittadini. Con l'ingresso dei fondi sanitari può cambiare davvero lo scenario. Per combattere quell'opacità che deturpa il sorriso di tanti operatori odontoiatrici dovremmo, tutti insieme, cominciare a smettere di pensare all'odontoiatria come a qualcosa di statico e, per rendere più incisiva questa azione, vorrei che tutti noi avessimo il piacere di inforcicare un nuovo paio di occhiali.



> pagina 5



NEWS & COMMENTI

The Great Crash 4

TEKNOSCIENZA

Innovazione tecnologica dello sbiancamento professionale domiciliare 11

INFOPOINT

I prossimi appuntamenti 31

Il futuro volto della comunicazione

Tecnologia ma anche dialogo diretto
con il paziente

D. Walmsley



L'articolo che segue è la sintesi di una conferenza tenuta dall'autore a Viareggio a metà dicembre, durante il Congresso organizzato dall'Istituto Stomatologico Toscano. Si è parlato del futuro della comunicazione dentale. L'innovazione è la chiave per attirare gli utenti e spesso fornisce nuovi modi di lavorare negli studi a beneficio dei pazienti.

> pagina 9

Università, ospedale e libera professione

Insieme per migliorare la didattica
e l'assistenza

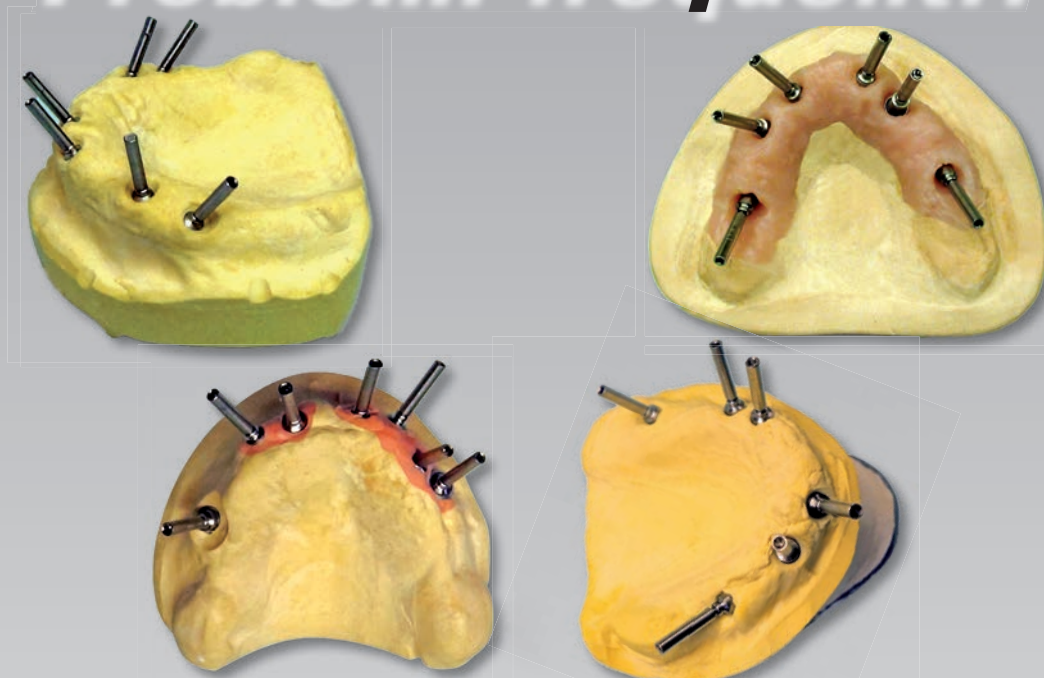
Luigi Grivet Brancot

Nel novembre 2013, Aldo Bruno Gianni, chirurgo maxillo-facciale, è succeduto a Franco Santoro alla direzione della Clinica odontostomatologica dell'Università di Milano.

> pagina 2



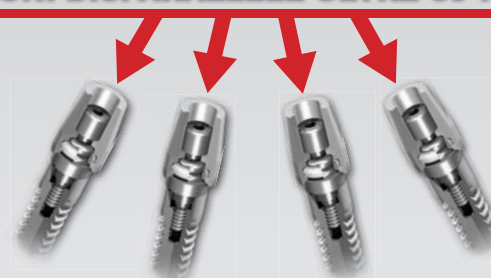
Problemi frequenti?



Soluzioni semplici Protesi fissa "Seeger Bridge"



OT Equator Biologic Abutment
Su tutti i tipi di impianti
INSERZIONI DISPARALLELE OLTRE 60-70 GRADI



**CORSI MENSILI
IN SEDE
A BOLOGNA**



OT IMPLANT SRL Via Sebastiano Serlio, 26 - 40128 Bologna (NUOVA SEDE)
Tel. (+39) 051 42 08 111 - Fax (+39) 051 42 14 884 - info@otimplant.com - www.otdentalstudio-implant.com

Carta o web?
Ai posteri l'ardua sentenza



questa parte, le vicende del dentale.

Dental Tribune edizione italiana è un giornale con cadenza mensile, la sua periodicità lo rende in grado di sottolineare, da una decina d'anni a

Dall'Expodental di Milano, quando fu pubblicamente presentato, era il 20 ottobre 2005, ci lusinghiamo di pensare sia diventato uno strumento importante per l'informazione odontoiatrica. Mantenere però il passo con la sola carta a fronte del fluire debordante di notizie non è facile, a volte pare addirittura per-

dente. Di qui la corsa in parallelo tra carta e web, con la discesa in campo di una nuova iniziativa editoriale, la newsletter Dental Tribune Daily, strumento informatico di Dental Tribune, capace di conciliare il pur legittimo bisogno di approfondimento dato dal periodico e l'attualità e immediatezza della rete. Sarà

meglio la ponderatezza di carta o la rapidità del web? Anche noi rinviando ai posteri l'ardua sentenza, privi di risposte univoche, come siamo e come lo sono altri ben più autorevoli soggetti, pur confermando il nostro impegno nella difficile, e oggi duplice, arte di comunicare al meglio.

Editoriale

Università, ospedale e libera professione, insieme per migliorare didattica e assistenza

Aldo Bruno Gianni, nuovo direttore della Clinica odontostomatologica dell'Università di Milano: innovazioni e progetti

< pagina 1

A seguito dell'accorpamento dell'Unità operativa di Chirurgia maxillo-facciale diretta da Gianni con la Clinica odontoiatrica, è nata l'Unità operativa complessa (UOC) di Chirurgia maxillo-facciale e Odontostomatologia. «Una nuova struttura "complessa" – dice Gianni –, la mia vita in pochi mesi è cambiata drasticamente, dovendo organizzare e gestire più di 350 persone, invece di 20». In questo frangente ha concretizzato alcuni progetti maturati con il predecessore, tra cui la nascita della nuova UOC, che ha incrementato i servizi, ottimizzando quelli esistenti e migliorando l'operatività del personale. La coraggiosa riorganizzazione sta generando sinergie produttive. Una è l'eliminazione di ambulatori dalle attività simili. Hanno visto la luce dei nuovi centri tra cui quelli multidisciplinari (odontoiatrici e chirurgici maxillo-facciali) per il trattamento dei disordini ATM, la cura dei tumori orali e oro-faringei e la terapia delle malformazioni oro-facciali. È sorto il Centro di riferimento per la riabilitazione dell'edentulismo e delle gravi atrofie mascellari,

diretto da Carlo Maiorana, oltre all'Ambulatorio congiunto neurologico odontoiatrico e chirurgico maxillo-facciale per le cefalee e i dolori cranio-facciali. Quindi, un maggior numero di ore con costi operativi ridotti. Esempio? l'Unità operativa semplice di Ortodonzia (responsabile Luca Esposito), sede della Scuola di specializzazione dell'Università diretta da Carlo Maiorana, attiva 5 giorni su 7 (ore 9-18). Si soddisfa così l'esigenza dei giovani di coniugare gli impegni di studio con la disponibilità operativa della clinica. L'Unità semplice di Chirurgia orale (Giovanni Battista Grossi, il responsabile) è una sede della Scuola di specializzazione in Chirurgia odontostomatologica dell'Università diretta da Luca Francetti. Nel 2014 ha realizzato circa 7500 prestazioni. Sotto la duplice direzione di Gionata Belucci (parte ospedaliera) e di Massimo Simion (universitario), l'operatività dell'Ambulatorio di Parodontologia copre altri 3 pomeriggi la settimana. Il fatturato nel 2014 è di circa +8% rispetto al 2013, dato ancor più significativo visto che l'attività assistenziale è stata sospesa per un mese (garantite comunque le prestazioni urgenti), con-

sentendo al personale di godere delle ferie arretrate come da richiesta dei vertici aziendali. L'attività termina ora alle 18 coprendo circa il 70% del tempo a disposizione. L'obiettivo è saturare nei prossimi tre anni tale fascia oraria, poco sfruttata nelle strutture pubbliche. L'estensione pomeridiana è dovuta al reclutamento di 19 professionisti strutturati (17 odontoiatri e 2 igieniste) tra i 30 ei 40 anni, a costo zero per l'azienda, inseriti mediante "contratto liberale," che gli fa svolgere attività clinica e tutoraggio pre e post laurea. La nuova filosofia di Gianni soddisfa le esigenze dei pazienti e migliora le dinamiche professionali. La riorganizzazione degli orari e l'attivazione di

nuovi servizi ambulatoriali offrono più efficienza e disponibilità degli operatori, con diffusa percezione, da parte dei pazienti, della qualità dei servizi. Lo slogan è "Università, ospedale e libera professione, insieme per migliorare la didattica e l'assistenza". Il Direttore crede che la simbiosi tra Odontoiatria e Chirurgia maxillo-facciale rappresenti un'opportunità per il futuro, una nuova fase di miglioramento culturale e delle prestazioni. L'assetto creato può fare da trampolino di lancio per un altro ambizioso progetto: un'unica specializzazione in Chirurgia oro-maxillo-facciale di profilo europeo.

leggi l'intervista su Ortho Tribune

Luigi Grivet Brancot

Condannato il medico che faceva il dentista

Le obiezioni dell'avv. Stefano Fiorentino

In uno studio medico in provincia di Pordenone, nel corso di una verifica i NAS scoprono che il medico è laureato, nell'anno 2007, iscritto all'albo, ma non a quello degli odontoiatri. Denunciato per "esercizio abusivo della professione", il medico è stato condannato a due mesi di reclusione. Seguirà tuttavia un ricorso. Ma l'avvocato Stefano Fiorentino puntualizza «La specializzazione è sempre necessaria in alcune attività mediche ben precise e in luoghi (come l'ospedale o in qualsiasi altra struttura pubblica dell'SSN). In ambito privatistico, invece, il titolare di una laurea in medicina può svolgere attività specialistiche, anche odontoiatriche, ma non fregiarsi del titolo». «Il Tribunale di Venezia, in una sentenza del 2003 ha ribadito la separazione tra il medico e l'odontoiatra, sostenendo che i medici non possono beneficiare del riconoscimento della qualifica come odontoiatra, trattandosi di due professioni ed esercitando l'odontoiatra la professione a un titolo diverso da quello medico: tuttavia – osserva l'avvocato – il Giudice Penale argomenta in modo assolutamente condivisibile la distinzione tra le due professioni, non preclude affatto l'interdisciplinarietà comportando solo la conseguenza che il medico chirurgo non potrà mai assumere la qualifica di odontoiatra, e fregiarsi del titolo professionale». «Nulla gli impedisce tuttavia di compiere gli atti medici odontostomatologici di entrambe le professioni. Del medesimo tenore il Tribunale di Avezzano (Sentenza 22 novembre 2005) divenuta irrevocabile nel maggio di quell'anno. Concludendo, deve pertanto ritenersi legittima e non rilevante sotto il profilo penale l'attività odontostomatologica del medico non odontoiatra ove lo stesso non si qualifichi come tale senza essere iscritto al relativo albo».



MATERIALE

BIOCOMPATIBILE

TERMOFORMABILE

Leone

LEONE S.p.a.
Ortodonzia e Implantologia
www.leone.it

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

PROJECT MANAGER ONLINE - Martin Bauer

MEDIA SALES MANAGERS - Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America); Maria Kaiser (USA); Hélène Carpentier (Europe); Barbora Solarova (Eastern Europe)

ACCOUNTING

Karen Hamatschek; Anja Maywald; Manuela Hunger

ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

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

info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.

Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,

105-111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong

Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC

116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA

Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 7185

Anno XI Numero 3, Marzo 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. Bruzzzone

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

V. Bentivoglio, S. Fiorentino, L. Grivet Brancot, M. Labanca, L. Leonardi, A. Piccaluga, M. Quaranta, E. Tanteri, D. Walmsley

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.

Esperienza, qualità, organizzazione e corretto controllo delle infezioni crociate per la sicurezza nelle prestazioni odontoiatriche



La checklist “salva errori” per la chirurgia orale promossa dalla SidP

Per offrire al paziente adeguate garanzie in termini di qualità delle prestazioni e standard di sicurezza, è indispensabile che l'odontoiatra segua un modello organizzativo e gestionale che permetta di controllare al meglio lo svolgimento delle prestazioni, senza lasciare nulla al caso. Ne abbiamo parlato con il prof. Maurizio Tonetti (in foto), presidente della Società italiana di Parodontologia e Implantologia e direttore del Gruppo di Ricerca europeo in Parodontologia. La prima importante esperienza nel panorama italiano è nata dall'iniziativa della Società italiana di Parodontologia e

Implantologia (SidP) con il progetto di comunicazione e formazione “Qualità e sicurezza in chirurgia parodontale e implantare”, che include un utile manuale di attuazione, oltre a corsi e conferenze (anche online). Il progetto prevede di informare i 59 mila dentisti italiani e di coinvolgere in più di 100 corsi di aggiornamento gratuiti i 18 mila dentisti che eseguono chirurgia parodontale o implantare nel loro studio. Un'iniziativa che propone, sulla scorta di quanto fatto dall'OMS per le altre operazioni di chirurgia, l'adozione di una checklist di sala operatoria “su misura” per la chirurgia odontoiatrica.

Prof. Tonetti, ci spieghi meglio cosa include la “checklist” e perché avete pensato di utilizzare questo modello anche per le procedure odontoiatriche.

I dati del Tribunale dei diritti del malato ci dicono che la chirurgia odontoiatrica sia la quinta categoria più a rischio di complicanze. Questo dato ci ha stupito perché le nostre procedure sono molto efficaci e di fatto prevedibili. Da qui è nata l'idea della checklist su misura per la chirurgia odontoiatrica in 35 punti, che codifica le procedure per pianificare, preparare, eseguire e gestire nel post-operatorio questo tipo di interventi, al fine di non incorrere in quelle dimenticanze o leggerezze dalle quali possono scaturire conseguenze serie per la salute del paziente e potenziali contenziosi legali.

Una metodologia di lavoro utilizzata con successo in altri settori, come ad esempio dai piloti d'aereo, ma anche in ambito ospedaliero...

Esatto, ma questa è la prima volta al mondo che è stata stilata una checklist su misura per lo studio dentistico e la chirurgia odontoiatrica per assicurarsi che i pazienti vengano curati al meglio e i rischi siano ridotti al minimo. Così, una migliore organizzazione e formazione dell'intero studio dentistico può ridurre la quota di insuccessi senza aggravare i costi.

Può farci un esempio?

La verifica e la preparazione delle procedure chirurgiche, quali campo

operatorio, strumentario, dispositivi, operatore. Tutte operazioni che devono essere codificate secondo protocolli ben collaudati. Consideriamo, ad esempio, un aspetto talvolta sottovalutato, ma non meno importante, come le corrette procedure per garantire il contenimento delle infezioni crociate e la sicurezza del paziente, oppure organizzare e disporre tutto ciò che è necessario affinché l'esecuzione dell'intervento sia il più possibile efficiente, come l'organizzazione degli strumenti. Questi step devono essere organizzati prima dell'intervento e possibilmente tramite procedure standardizzate. Per esempio, quasi tutti gli interventi oggi necessitano di apparecchiature elettromedicali e strumentario specifico. È consigliabile preparare delle liste di controllo comprendenti anche le apparecchiature e gli strumenti necessari per le varie tipologie d'intervento. L'adozione di kit di strumenti chirurgici precostituiti, in cui gli strumenti sono contenuti e organizzati in cassette, può essere di notevole aiuto e aumentare l'efficienza di questa fase e delle successive fasi chirurgiche e di riordino e sterilizzazione degli strumenti con la massima sicurezza.

In che modo riuscite a trasmettere questo messaggio di alta professionalità, sicurezza e, quindi, qualità anche ai vostri pazienti?

Uno degli obiettivi del progetto è quello di offrire a tutti i colleghi

interessati l'opportunità di aderire al manifesto SidP sulla qualità e sicurezza, impegnandosi ad applicare la checklist su tutti gli interventi praticati a tutti i loro pazienti. Chi aderirà al manifesto vedrà, dopo opportuna verifica di garanzia e serietà all'approccio, il proprio nominativo inserito in una lista consultabile dai pazienti e riceverà un attestato con cui testimoniare il proprio impegno. Siamo convinti che i nostri pazienti sapranno percepire con maggiore completezza le professionalità associate a queste prestazioni e sapranno valutare con maggiore attenzione i benefici dell'odontoiatria made in Italy.

Una bella esperienza tutta made in Italy, dunque. È un modello che prevedete di “esportare” in altri Paesi?

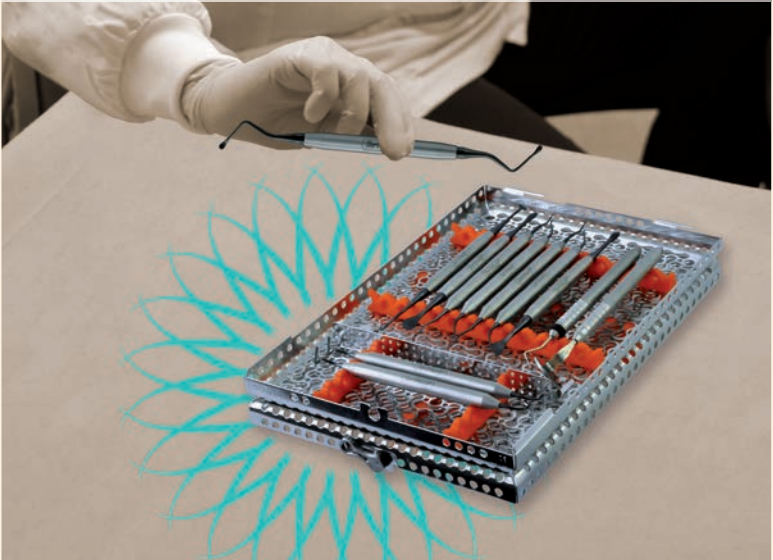
Gli odontoiatri italiani sono fra i migliori al mondo, e la chirurgia parodontale e implantare eseguita in condizioni ottimali è molto efficace e in grado di cambiare in positivo la vita a moltissimi pazienti. L'Italia è

quindi una prima esperienza; molti Paesi europei stanno guardando con attenzione alla nostra esperienza e credo che a breve saremo in grado di lanciare e supportare progetti analoghi in altre parti del mondo. Come italiani ne possiamo essere orgogliosi: riaffermeremo l'immagine positiva dell'odontoiatria made in Italy, anche da esportazione.

Verifica dell'ambiente chirurgico

“ABCDEF”: una regola mnemonica che può essere d'aiuto al personale di studio per la preparazione di questa fase di verifica.
A > Apparecchiature elettromedicali adeguatamente preparate
B > Biomateriali/impianti necessari
C > Cassette chirurgica completa e sterile
D > Diario clinico del paziente
E > Esami/ausili diagnostici disponibili e visibili
F > Farmaci ed equipaggiamento di emergenza aggiornati (nel rispetto della normativa suggerita della regione di residenza)

Organizzare lo strumentario in cassette consente la standardizzazione delle procedure, una migliore efficienza e rappresenta un'ottima soluzione per la prevenzione da ferite accidentali dovute al contatto con strumenti affilati dello studio, per lavorare con la massima sicurezza.

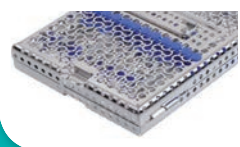
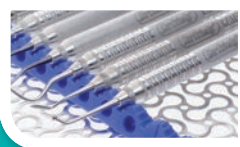




QUESTA NON È SOLO UNA CASSETTA. È LA SOLUZIONE IMS DI HU-FRIEDY.

Scopri come ottimizzare al meglio il lavoro del tuo studio con le cassette IMS Infinity di nuova generazione di Hu-Friedy.

- Un sofisticato e rivoluzionario design per la massima efficienza durante la pulizia e la sterilizzazione
- Innovative guide colorate in silicone a protezione degli strumenti
- Sistema di chiusura ergonomico e facile da usare con una sola mano





CASSETTE IMS INFINITY DI NUOVA GENERAZIONE

Il sistema IMS è la soluzione ottimale per il controllo e la prevenzione delle infezioni crociate. Per lavorare con la massima sicurezza ed un'efficiente organizzazione dello studio odontoiatrico.

Visita il nostro sito: www.hu-friedy.eu

How the best perform

©2015 Hu-Friedy Mfg. Co., LLC. All rights reserved.

The Great Crash (la grande depressione) e un po' di realismo sul comparto odontoiatrico

Il dentale, a differenza dei bilanci delle banche, non è soggetto a stress test di alcun tipo. Nel dentale ci si limita a raccogliere i dati per avere, il più in fretta possibile, una helicopter overview sull'andamento dell'anno appena chiuso. Ovviamente, quando parliamo di dati, ci riferiamo alla classica analisi quantitativa, dove i dati sono semplicemente un insieme di numeri, e poco o nulla mostrano ai fini di un'eventuale analisi qualitativa collaterale.

I dati raccolti a fine dicembre 2014, per quanto ancora lontani dall'essere considerati definitivi, sono già più che sufficienti per essere interpretati con realismo, tanto che posso sin d'ora confermare che il mercato del materiale di consumo nel 2014 non ha subito contrazione alcuna rispetto al 2013 e al 2012, nonostante i morsi sempre più feroci della crisi eco-

nomiche generale.

Per trasparenza, dichiaro che il dato viene da me monitorato mentre la "benzina viene erogata alla pompa", ovvero al momento in cui il materiale passa dal deposito dentale allo studio odontoiatrico. Escluso, quindi, e da anni, che lo studio odontoiatrico faccia acquisti di materiali di consumo per detenere importanti scorte, è evidente che il dato rilevato è, oltre che sicuro, "neutro" tra i diversi esercizi.

Quello che possiamo contestare al dato quantitativo, è che una successiva analisi qualitativa ci porterebbe a verificare che i risultati possano anche risentire sia del product mix che del mix di canale, ma non è questa la questione che qui ci interessa analizzare. Peccato che a dicembre 2014, proprio mentre dichiaravo il dato di sostanziale parità con gli esercizi

precedenti, parte degli odontoiatri con i quali mi confrontavo, non vedevano il dato e perseveravano in un atteggiamento depressivo, teso a reiterare lo sconforto di un declino collettivo della categoria. Ed è proprio su questo "depressivo" che voglio attirare l'attenzione, perché mi piacerebbe che ci domandassimo se la depressione nel dentale è solamente un sinonimo di "The Great Crash" (la grande depressione economica del 1929) o è il termine psicoanalitico che genera mancanza di fiducia nel futuro e che dal singolo, dove è nato, si è sviluppato come in un contagio letale a tutto (o, per fortuna, solo quasi tutto) il dentale.

Ho già avuto modo di affermare, ed ora lo ripeterò sino alla nausea, che circa 10 mila studi odontoiatrici, su 36.600, vanno bene e producono reddito. E la fonte? Agenzia delle Entrate. E su que-



Maurizio Quaranta

sti, ovviamente, niente da dire, anzi: congratulazioni. Ma gli altri? Qualcuno dei rimanenti, che non aveva visto per tempo i cambiamenti, ha cambiato rotta quando li ha visti, ed è corso ai ripari.

Felice per costoro che presto dovrebbero tornare a guadagnare, anche se mai potranno guadagnare quanto abbiamo visto negli anni d'oro dell'odontoiatria. Parlo di quel periodo come dell'Eldorado che ha reso ricco tutto il dentale, produttori e depositi dentali inclusi, che è però finito nella seconda metà degli anni Ottanta, dove chi ha dato ha dato, chi ha avuto ha avuto, e per tutti, ora, "scurdammoce 'o passato..."

Scusatemi, ma questa deviazione sull'Eldorado mi stava facendo dimenticare di quelli che invece non solo non hanno visto il cambiamento, ma non lo vogliono nemmeno vedere, né ora né mai. Che dire?

Si sta come d'autunno sugli alberi le foglie, e mi scusi Ungaretti di questo "furto", ma qui nel dentale abbiamo anche noi tanti soldati che stanno andando a morire, anche se non fisicamente, al fronte. Domanda: a questo fronte ci stan-

no andando solo i dentisti? Certo che no: ci sono anche i produttori, i depositi dentali e gli agenti, mentre la selezione nel comparto odontotecnico è già, in buona parte, avvenuta.

Allora tutti insieme appassionatamente? Sì, ma solo coloro che, per paura del rischio e dei cambiamenti, si sono chiusi in una gabbia mentale che li fa brancolare nel vuoto di progettazione e li estranea sempre più dal mondo odontoiatrico. Tutto questo mentre lo studio odontoiatrico vincente si dimostra essere quello che si è innovato tecnologicamente (e chi lo scrive è un immigrato digitale, rispetto ai giovani nativi digitali) e che, anche se ancora (ma per poco) è destinato a soffrire i suoi primi anni della globalizzazione, sarà tra i vincitori nei prossimi decenni, con un'ampia offerta professionale disegnata per incontrare le nuove aspirazioni e le nuove esigenze dei pazienti. Lo stesso, con un semplice "copia e incolla", vale per tutti gli altri operatori dentali, nessuno escluso (anche gli agenti da deposito dentale).

Maurizio Quaranta

aminogam®

SODIO JALURONATO + AMINOACIDI

Medical Device di classe IIa CE 0373



Gel coadiuvante nei processi di rigenerazione **della mucosa orale**



ERREKAPPA
EUROTHERAPICI
WWW.ERREKAPPA.IT



L'ingresso dei fondi sanitari in un sistema ultracompetitivo

< pagina 1

Questo, nonostante buona parte di noi possa avere ancora dieci decimi di vista, ci servirà non tanto per aumentare la nostra capacità visiva, quanto per riuscire a cambiare l'angolazione della nostra visuale e scoprire come non sia più importante focalizzarci sull'offerta di cure, così come da sempre abbiamo saputo fare.

L'offerta è eccezionale, ma lì la lasciamo, in un orizzonte temporale di lungo periodo, perché l'hic et nunc è dominato dalla domanda. Ma cosa è cambiato nella domanda che ci impone di analizzarla "qui e ora"? È cambiato il fatto che i fondi costituiti con i TFR dei dipendenti delle aziende al di sopra di un certo numero di subalterni incominciano a disporre di cifre interessanti, che presto dovranno essere investite. Evitiamo pure di addentrarci nella politica, ma almeno diciamoci che questi soldi sono in mano ai sindacati e, visto che parliamo del TFR, evidenziamo che qualche Regione si è già anche preoccupata di evitare investimenti a rischio per questi dipendenti d'azienda, chiedendo che almeno il 50% di quei fondi venisse investito nella Sanità. Fin qui tutto regolare. Ma, secondo voi, questi fondi apriranno qualche ospedale con tanto di pronto soccorso o penseranno più agevolmente di entrare nel mondo dell'odontoiatria per fornire un servizio ai propri assistiti, anticipando loro una parte del TFR maturato? E, per perseguire questo obiettivo, penseranno tout court di aprirsi delle strutture in proprio o cercheranno prima di bussare alla porta degli odontoiatri?

Solleviamo ora la pressione sui fondi e restiamo concentrati sulla domanda, chiedendoci se, in questa fase magmatica, le assicurazioni staranno a guardare. Se guardiamo Unipol, un esempio che vale per tutti,

e leggiamo Unisalute, potremmo già anche rispondere che non sembra che le assicurazioni abbiano tanta voglia di stare a guardare, esattamente come il sistema pubblico (siamo sempre sulla domanda) che ha necessità di dare, in qualche modo, una risposta "politica" al cittadino-paziente nel pieno di questa lunga crisi economica.

Vorrei evitare di infilarmi nel dibattito "promossi e bocciati", ma davanti a questi radicali cambiamenti del mercato, non possiamo più ascoltare i falsi profeti che conducono oramai solo guerre di retroguardia per riuscire a fare in modo che si riesca a concentrarci "insieme" sulla domanda, non fosse altro per capire se

quanto detto sopra è solo il sintomo di una tendenza o un salto cui non possiamo rassegnarci, perché non vogliamo entrare in un pericoloso stallo. Gli studi odontoiatrici che lo vogliono, possono restare attori e interpreti principali del film che tutti conosciamo, ma devono recuperare fiducia in se stessi, visto che quella dei pazienti

già ce l'hanno, più ancora di quello che si immaginano. Hanno una notevole radicalizzazione sul territorio italiano, anche se solo poco più di un terzo di essi funzionano bene e a discapito della perdurante crisi. Hanno anche una forte immagine istituzionale, ma devono investire soprattutto in questi momenti e non devono sottovalutare

l'ipercompetizione perdurante e crescente che la domanda produce, valutandola come passeggera, perché questa ipercompetizione, questa crescita esponenziale della concorrenza, non passa. Non solo: lascia il segno.

Maurizio Quaranta



Foratura del sito implantare in assoluta sicurezza. Ponte soniche **Sonol Implant.**

Le moderne tecniche implantologiche esigono maggior precisione quando occorre stabilire un'inclinazione dell'asse implantare congrua al posizionamento finale degli impianti. Nello stesso tempo risulta sempre più importante rispettare determinate strutture nobili, come per es. i nervi e i vasi, quando queste si trovano in prossimità del foro implantare stesso.

Le 8 punte Sonol Implant, ideate dal Dr. Ivo Agabiti di Pesaro, consentono di elevare lo standard implantologico, garantiscono un continuo controllo durante la foratura e permettono all'operatore di correggere in corso d'opera l'inclinazione del foro. Per saperne di più contattare la rete vendita Komet®.

© 07/2014 - 413180V0

www.komet.it

Odontoiatri e medicina estetica

Considerazioni giuridiche su un recente parere del Consiglio Superiore di Sanità

Sulla base di una segnalazione effettuata al Ministero della Salute dall'Ordine di Roma dei medici chirurghi e degli odontoiatri, relativa alla prassi sempre più diffusa tra gli odontoiatri di eseguire interventi di correzione estetica di dismorfie, è stato sentito il Consiglio superiore di Sanità, organo consultivo del Ministero sulle questioni di carattere medico. Nella seduta del 15 luglio scorso il CSS esprimeva specifico parere in materia, sul quale, a prescindere da ogni considerazione di opportunità o di eticità delle procedure interessate, andremo a esporre alcune considerazioni di ordine meramente giuridico.

Cosa dice il parere

Afferma, in generale, la liceità dell'esecuzione da parte dell'odontoiatra di operare trattamenti estetici. Tuttavia, la condiziona a tre precisi limiti:

1. un limite "morfologico" ovvero che il trattamento sia limitato alla zona labiale;
2. un limite "procedurale", affinché il trattamento estetico sia effettuato solo ove contemplato, in un protocollo di cura odontoiatrica ampio e completo proposto al paziente, tale da rendere la cura estetica "correlata", e non esclusiva, all'intero iter terapeutico odontoiatrico proposto al paziente medesimo;
3. un limite "d'uso", precisando che l'eventuale uso di dispositivi medici (filler ecc.) potrà essere consentito solo ove siano stati immessi in commercio per un utilizzo specifico nelle aree di competenza odontoiatrica.

Il limite morfologico

Sul cosiddetto "limite morfologico", il parere del CSS si è rifatto a quanto disposto dall'art. 2 della legge 409, del 24 luglio 1985, che ha istituito e regola la professione di odontoiatra in Italia: «Formano oggetto della professione le attività inerenti alla diagnosi e alla terapia delle malattie e anomalie congenite e acquisite dei denti, bocca, mascelle e relativi tessuti, nonché alla prevenzione e alla riabilitazione odontoiatriche».

In buona sostanza, l'odontoiatra è lo specialista la cui attività deve essere limitata a uno specifico distretto corporeo, relativamente al quale anche l'attività estetica deve intendersi circoscritta. L'accenno alla sola zona labiale è stato probabilmente inserito per dare più certezza all'indicazione, nel senso che, se si fosse fatto riferimento alla "zona periorale", si sarebbe probabilmente scatenata un'interpretazione, estensiva o restrittiva, a seconda dell'orientamento della "fonte" sui limiti di detta zona.



Il limite procedurale

Relativamente al limite procedurale, il CSS si è riferito a un documento del Board scientifico del Collegio delle Società scientifiche italiane di Medicina estetica. Questo passaggio del parere ci lascia, francamente, un po' perplessi, perché la limitazione, che non trova un fondamento precipuo nella legge 409/1985, sembra ispirata a un principio di netta separazione tra cura terapeutica – nel caso di specie odontoiatrica – e cura estetica. Il nostro dubbio è se tale distinzione sia ancora attuale, dal momento che il diritto alla Salute (art. 32 Costituzione) viene ormai inteso in modo sempre più ampio, tanto che anche la bellezza (o, meglio, il sentirsi belli) implica un concetto di salute che parrebbe far rientrare la medicina estetica e la relativa cura, in ambito terapeutico.

La definizione dell'art. 32 mostra come nel nostro ordinamento, almeno nella fase iniziale (anni Sessanta), il concetto di salute trascendesse quello soggettivo del singolo individuo, esprimendo più che altro un contenuto programmatico, mirante cioè a porsi come base ispiratrice della politica sanitaria nazionale. Tuttavia, verso la fine degli anni Sessanta, inizia nel nostro Paese una lenta ma inarrestabile evoluzione del diritto alla salute, il quale, da una prima fase di connotazione sostanzialmente pubblicistica, acquisisce sempre più tratti inequivocabilmente legati alla tutela dell'individuo: si passa dall'interesse alla salute dell'individuo, come facente parte di una collettività, a quello per la salute intesa come espressione fisica, psichica e sociale dell'individuo: siamo davvero sicuri che sentirsi "non belli" non comporti anche un disagio patologico e che la cura estetica non possa configurarsi come terapia nei confronti di questo disagio? Se la risposta fosse affermativa, certamente il limite procedurale imposto agli odontoiatri dal CSS, ad avviso di chi scrive, verrebbe destituito da ogni fondamento.

Il limite d'uso

L'uso di filler e altri dispositivi di ampia diffusione in ambito estetico può

provocare, è noto, reazioni e complicanze che, in astratto, il medico dovrebbe saper gestire, mentre non è detto per legge che l'odontoiatra sia in grado di affrontare: la legge 409/1985 infatti prevede che l'odontoiatra debba «conoscere i farmaci direttamente e indirettamente correlati con la pratica dell'odontoiatria e comprendere le implicazioni della terapia farmacologica di patologie sistemiche riguardanti le terapie odontoiatriche».

Su questa base, e con evidente attenzione anche alla salute del paziente, il CSS ha limitato l'uso dei dispositivi a quelli immessi in commercio per un utilizzo specifico nelle aree di competenza odontoiatrica. Se il senso dell'indicazione non ci sfugge (e può trovarci anche d'accordo sull'intento perseguito), qualche dubbio rimane sulla coerenza di tale parte del parere con la normativa cosiddetta "dell'utilizzo off label dei farmaci e dispositivi": la legge 94/1998, meglio conosciuta come "legge Di Bella". Seppur, a determinate condizioni, tale norma consente al medico l'utilizzo di prodotti farmaceutici fuori indicazione nell'esclusivo interesse del paziente.

Ci sfugge, in buona sostanza, la motivazione sulla quale si fonderebbe la differenza tra l'odontoiatra che prescrive off label un dispositivo per la terapia dentale e quello che prescrive, sempre off label, un dispositivo per la cura estetica nel distretto morfologico di competenza, dovendo, in entrambi i casi, la normativa di riferimento e i limiti prescrittivi essere gli stessi (legge 94/1998), come chiaramente indicato anche nel recentissimo Codice deontologico dei medici e odontoiatri (responsabilità diretta, consenso informato ad hoc, pubblicazioni e dati scientifici che supportino un'applicazione off label del dispositivo/farmaco). In conclusione, riteniamo che solo una regolamentazione specifica e coerente dell'attività di medicina estetica potrebbe fugare questi e molti altri dubbi a vantaggio dei professionisti e dei pazienti/consumatori.

Stefano Fiorentino,
www.studiolegalefiorentino.it

La Legge di Stabilità 2015 nasconde un mini condono?

Un condono... Molti lo bramano e altrettanti lo disdegnano. Diverse le ragioni, spesso frutto di esperienze personali. Talvolta di preconcetti. C'è da dire che la tradizione delle sanatorie in Italia è antica e radicata. I soli condoni fiscali – per tacere di quelli edilizi, previdenziali o valutari – si sono alternati periodicamente sin dagli anni Settanta. Ne abbiamo avuti nel 1973 su iniziativa di Emilio Colombo, nel 1982 e nel 1991 con Rino Formica, nel 1995 con Augusto Fantozzi, nel 2003 e 2009 con Giulio Tremonti.

La maggior parte delle sanatorie, perché di questo si tratta, sono state proposte dal legislatore in sordina. Senza particolare clamore, affinché i soli "addetti ai lavori" ne avessero il sentore e operassero di conseguenza. Si parla, appunto, di mini condoni. L'ultimo caso particolarmente noto si è avuto con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 302 del 29/12/2012 della Legge n. 228 del 24/12/2012 (la

cosiddetta "Legge di stabilità 2013"). Si trattava di un colpo di coda del Governo Monti, che nella sostanza mirava all'annullamento automatico delle "mini" cartelle esattoriali. Ossia, nello specifico, di tutte le cartelle esattoriali il cui ammontare non superava i 2.000 euro e che derivavano da ruoli resi esecutivi fino al 31 dicembre 1999. Per questioni di rilevanza degli importi e di obsolescenza dei ruoli, la notizia non ha dettato particolare clamore. Ora però la musica cambia. Nella Legge di stabilità 2015, all'articolo 2 comma 52, si legge infatti che «le quote inesigibili di valore inferiore o pari a 300 euro non sono assoggettate al controllo». La dizione non richiama in alcun modo la stagione dei condoni, ma va da sé che il mancato assoggettamento a controlli comporta un'impunità di fatto per l'evasore o presunto tale.

> pagina 7

Fare il dentista sarà il lavoro del 2015 più soddisfacente

(almeno negli Stati Uniti)

Washington (USA) - Ogni anno, U.S. News & World Report elenca i 100 lavori top. Quest'anno, l'editore ha annunciato che il dentista e l'igienista dentale si piazzano ancora tra i migliori posti di lavoro nel Paese, con il dentista al primo posto. Questa elevata posizione è attribuibile principalmente alla notevole percentuale di crescita occupazionale, al basso tasso di disoccupazione della categoria e al gradevole rapporto vita-lavoro di chi esercita la professione odontoiatrica. Secondo U.S. News & World Report, sette delle prime dieci professioni top sono in ambito sanitario, con quella odontoiatrica al primo posto, seguita dall'infermiere professionale al secondo, dal medico al terzo, e dall'igienista dentale al quinto. La classificazione è avvenuta basandosi sulle reali possibilità esistenti, sul tasso di crescita professionale, sulle prospettive di lavoro concrete, sul tasso di disoccupazione e sulla soddisfazione data dalla professione. L'U.S. Department of Labor's Bureau of Labor Statistics prevede un incremento dell'occupazione di quasi il 16% tra il 2012 e il 2022 per la professione di dentista, con più di 23.000 nuove posizioni. Il tasso di disoccupazione stimato è dello 0,9%. Quello del dentista è anche tra i migliori lavori del 2015 in termine di guadagno, come dichiarato da U.S. News & World Report, preceduto solo dai medici, che sono in cima alla lista con una media di 188.440 dollari guadagnati nel 2013. I dentisti hanno avuto un introito medio di \$ 146.340 nel 2013. Il guadagno più elevato è stato maggiore ai \$ 187.999, mentre il più basso corrisponde a meno di \$ 72.240. In generale, gli odontoiatri hanno guadagnato più di molti altri professionisti del dentale. Nel 2013, gli assistenti alla poltrona hanno inoltre ricevuto uno stipendio medio di \$ 35.640, mentre gli igienisti dentali hanno guadagnato circa \$ 71.530.





vo di razionalizzare il recupero delle somme, si è perciò optato per questa nuova soluzione il cui fine ultimo è quello di snellire il carico lavorativo degli addetti ai lavori.

Una scelta grave, poiché – come è stato fatto rilevare – premia «migliaia di evasori seriali di multe e tributi comunali, che avevano accumulato decine di cartelle, ciascuna, però, sotto i 300 euro». Sarebbe invece opportuno che a queste scelte ne fossero preferite altre, più consone al principio di giustizia tributaria e finalmente tese a rispettare il tanto vilipeso

“statuto del contribuente”. Riaprire le posizioni scadute per decorrenza dei termini, permettere al contribuente di circostanziare gli eventi e dimostrare la reale portata del proprio operato e concentrarsi sul recupero delle somme – fosse anche in misura rateale – anziché sulla punizione in sé. Sovente è la tempistica dei recuperi, unita all'esosità delle sanzioni, che impedisce ai contribuenti di onorare le richieste erariali.

Un atteggiamento simile gioverebbe all'Erario più che a chiunque altro, in quanto incasserebbe cifre re-

ali anziché accumulare crediti fittizi. Ma in tempo di crisi, il legislatore è interessato ai numeri da produrre sul bilancio più di quanto non lo sia al merito, perché i crediti accantonati sul bilancio di Stato potranno essere mostrati con successo, e ritiene che i maggiori costi derivanti dalla rinuncia alle piccole cartelle saranno ampiamente compensati dalla riduzione dei costi stimati per il loro recupero.

Una scelta, però, discutibile.

Alfredo Piccaluga

< pagina 6

Ma vediamo perché questa rinnovata iniziativa, peraltro racchiusa solo in una frase sibillina, sia ora tanto significativa. È vero che la cifra sanata è in sé esigua, ma è altrettanto vero che parliamo del 70% delle posizioni ancora aperte nella riscossione locale. Una rivoluzione epocale. Questa sanatoria copre il periodo che va dal 2000 al 2013 (il pregresso risulta infatti già sanato dalla manovra Monti) e permette a Equitalia di concentrarsi sul recupero di somme più cospicue.

All'origine non vi è certo un intento premiante in favore dell'evasore, quanto piuttosto un tentativo di ridimensionare l'operato di Equitalia. Sempre più invisibile al grande pubblico e, soprattutto, sempre meno redditizia nel suo operato. Valgono circa 474,5 miliardi di euro che l'agente di riscossione deve ancora recuperare relativamente all'arco temporale proposto dal condono. Quasi un quinto del PIL. Una cifra sbandierata opportunamente dai vari premier nell'intento di illudere le masse che la lotta all'evasione si sarebbe rivelata il miglior sistema per rimpinguare le casse erariali.

In realtà non parliamo di sole imposte evase. La somma affidata a Equitalia assume quella portata abnorme in virtù di un sistema sanzionatorio estremamente gravoso che non distingue tra errore ed evasione, che indulge molto sull'errore erariale, ma punisce con determinazione quello del contribuente, e che contempla a suo onere fino al 240% di maggiorazioni in caso di ritardi o omissioni nei versamenti. Percentuali cui si aggiungono oneri di riscossioni e interessi. Accade così che circa la metà di quei 474,5 miliardi sia in realtà composta di sanzioni e interessi.

Si aggiunga che buona parte delle cifre contestate è in realtà frutto di accertamenti presuntivi piuttosto lontani dal reale operato del contribuente e, spesso, dalle sue possibilità economiche. Cifre non evase, di fatto, non possono essere state tesorizzate e quindi non potranno essere restituite. Una volta pignorati tutti i beni del malcapitato, Equitalia non potrà anelare a null'altro.

Infine, come ha avuto modo di sottolineare il sottosegretario all'Economia, Enrico Zanetti, nel question time in Commissione Finanze alla Camera, un quarto dei debiti con il fisco – oltre 120 miliardi – è sostanzialmente irrecoverabile, in quanto a carico di soggetti falliti. Nel tentati-

La qualità VALO. Ora anche colorata.

LAMPADA LED ad AMPIO SPETTRO per la FOTOPOLIMERIZZAZIONE

Graphite Fuchsia Teal Gold Black



www.valo-led.com

PROUD USA Ultradent is a proud USA manufacturer. To learn more visit ultradent.com/USA

ULTRADENT PRODUCTS, INC.

Ultradent Italia Srl - 800 830 715 - www.ultradent.it - info@ultradent.it



PERCHÉ FARSI
PRENDERE
IN GIRO
DALLE ASSISTENZE
UFFICIALI?

Il futuro volto della comunicazione

Tecnologia ma anche dialogo diretto con il paziente

Damien Walmsley

BDS, MSc, PhD, FDSRCPs, Professor of Restorative Dentistry - University of Birmingham, President of the Association for Dental Education in Europe

L'articolo che segue è la sintesi di una conferenza tenuta dall'autore a Viareggio a metà dicembre, durante il Congresso organizzato dall'Istituto Stomatologico Toscano. Si è parlato del futuro della comunicazione dentale. L'innovazione è la chiave per attirare gli utenti e spesso fornisce nuovi modi di lavorare negli studi a beneficio dei pazienti. Una buona comunicazione con i pazienti, tuttavia, resta fondamentale, perché anche in un prossimo futuro il parlare faccia a faccia con il paziente sarà importante.

Il ruolo della comunicazione digitale sta prendendo piede e il suo impatto non è solo nella vita quotidiana, ma anche all'interno dello studio odontoiatrico. Internet è ovunque e vi si può accedere tramite il televisore di casa o il cellulare. Una connessione a Internet si può trovare facilmente ormai ovunque. Google dichiara che tutte le vetture saranno collegate a Internet e prevede un mondo di strade con auto senza conducente. Vede opportunità anche nell'assistenza sanitaria, e la nuova funzione "parlare con il proprio medico" sta suscitando un nuovo interesse nelle visite e per gli esami a distanza, un futuro passo nella comunicazione tra medico e paziente.

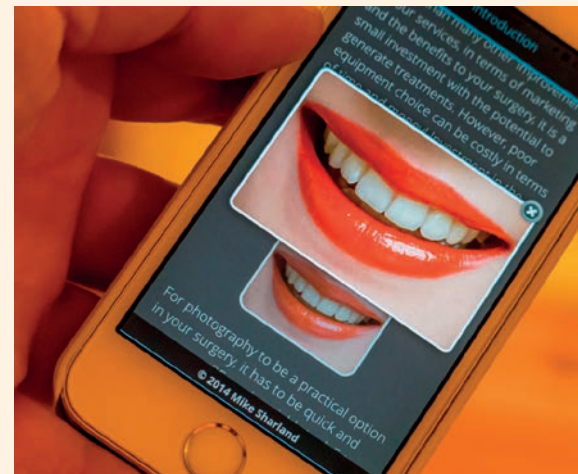
Anche semplici attività quotidiane come lavarsi i denti, ora hanno un app mobile, che è possibile utilizzare per vedere quanto bene spazzoli i tuoi denti ogni giorno. In odontoiatria, la crescita di telefoni intelligenti si è sviluppata con i sistemi operativi Android e iOS, trasformandoli in minicomputer molto potenti. La maggior potenza di elaborazione sta cambiando anche la formazione nel dentale: gli studenti si aspettano ormai che le informazioni (letture e annotazioni) vengano rese disponibili sui loro tablet o smartphone. Nel 2007 era l'iPod il dispositivo su cui ascoltare i podcast sul proprio modo di lavorare.

Lo smartphone è diventato molto popolare e gli studenti possono guardare video o animazioni di procedure cliniche, scaricabili direttamente sul loro dispositivo preferito. Il ritorno è positivo, soprattutto perché consente loro di imparare stando sul proprio luogo di studio o di lavoro, senza muoversi, mentre apprendono tecniche del tutto nuove per loro. Lo studente di oggi vede questa tecnologia come una via naturale per la sua futura esperienza clinica. Tali vantaggi si devono anche considerare nell'ottica dell'incremento di una continua istruzione professionale tramite l'e-learning, fruibile da una varietà di dispositivi. Per esempio, si può studiare per il Master online oppure guardare le ultime lezioni senza lasciare la comodità di casa propria. Tuttavia i dentisti amano ancora il

dibattito che si svolge all'interno di un congresso, perciò il digitale è un complemento che comunque non prenderà mai definitiva-

mente il posto del contatto personale.

> pagina 10

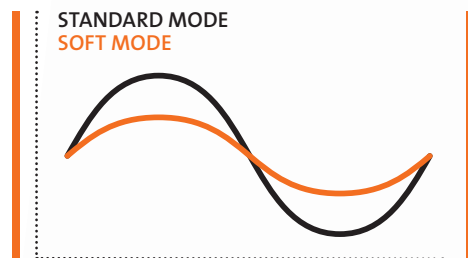


IL FUTURO DELLA PROFILASSI NUOVO MECTRON MULTIPIEZO touch

ABLATORE MULTI-FUNZIONALE: SCALING, PERIO, ENDO E CONSERVATIVA

mectron s.p.a., via Loreto 15/A, 16042 Carasco (Ge), Italia, tel 0185 35361, fax 0185 351374, www.mectron.it, mectron@mectron.com

→ **soft mode** per un movimento dell'inserto più delicato ma non meno efficace (stessa frequenza, oscillazioni meno ampie)



→ **grande beneficio per i pazienti** particolarmente sensibili

→ **manipolo con luce LED** ruotabile a 360 gradi

→ **ampia gamma di inserti:** oltre 40 forme diverse

→ **flacone da 500 ml**

→ **possibilità di connessione alla rete idrica** dello studio con apposito kit



mectron
medical technology