ORTHO TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Marzo 2012 - anno VIII n. 3

www.dental-tribune.com

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

MEDICINA LEGALE

Le varie facce, odontoiatriche e legali di un intervento implantare mal riuscito

Torino: due avvocati, un medico legale e un affermato dentista compiono un'analisi dettagliata "minuto per minuto" di un intervento implantare seguito da gravi complicanze.

pagina 6

MEDICINA INTERDISCIPLINARE

Attenzione particolare nei primi anni di vita all'apparato stomatognatico

Massima è l'attenzione nei primi anni di vita, per ciò che può influenzare spesso in modo indelebile, il futuro del neonato. Non fa eccezione l'apparato stomatognatico.

pagina 10

Forum Unidi

Editoriale

Il comparto dentale incontra i politici

Il Forum Unidi dell'11 febbraio non è stata solo l'occasione per presentare il ritorno dell'Expodental nella tradizionale sede della nuova Fiera Milano City, ma un incontro tra i rappresentanti di chi lavora in (e per) un comparto di industrie, aziende distributrici, docenti, igienisti, odontotecnici, assistenti, professionisti pubblici e privati ed editoria specializzata in presenza di numerosi politici locali, nazionali ed europarlamentari. La categoria è di oltre 170 mila persone (per alcuni 240 mila con l'indotto), a fronte di 1200 milioni di euro di prodotti venduti, milioni di ore lavorate per la salute di milioni di cittadini.

› pagina 2

ATTUALITÀ
Riforma degli Ordini e disposizioni in materia sanitaria 5

MEDICINA LEGALE
Analisi dettagliata di un intervento implantare con gravi complicanze 6

MEDICINA INTERDISCIPLINARE
Prevenzione in culla 10

INDUSTRY REPORT
Terapia autolimitante della carie 11

INFOPOINT
I prossimi appuntamenti 18

Membrana amniotica

Uso possibile anche in Italia

Stefano Fiorentino

Cos'è, a che serve

La membrana amniotica è la parte più interna della placenta, quella a contatto con il liquido amniotico che avvolge e protegge il feto ed è ricca di trofine, cellule staminali e fattori di crescita. Morfologicamente è costituita da un singolo strato di cellule epiteliali che poggiano su di una membrana basale che a sua volta si perpetua in uno stroma privo di innervazione sanguigna: per tale sua struttura si presenta come una sottile pellicola trasparente, elastica e resistente. Grazie a tali caratteristiche è un tessuto non immunogenico, dotato di proprietà antiadesive, batteriostatiche e anti-dolorifiche, che può proteggere ulcere o ferite e stimolare la riepitelizzazione, proprietà che le hanno procurato numerose applicazioni in campo medico-chirurgico, principalmente nel settore oftalmico.

Utilizzo finora

L'utilizzo in campo oculistico risale agli inizi degli anni '40 ma, probabilmente a causa di tecniche poco progredite nella preparazione del tessuto, questi primi tentativi ebbero successo ridotto. Nel 1995 Kim e Tseng hanno utilizzato il tessuto come rigenerativo della superficie oculare grazie all'azione delle cellule staminali stellate presenti nel tessuto connettivo embrionale. Sotto un profilo strettamente biologico la placenta appartiene al neonato. Di norma, specie nell'ipotesi di parto naturale, laddove il prelievo e l'utilizzo ai fini citati risulta impossibile, la placenta costituisce un "rifiuto ospedaliero", per la cui eliminazione non occorre chiedere il consenso.

› pagina 3

ORTHO TRIBUNE
L'utilizzo del laser in ortodonzia
Riduce lo stress dell'operatore e dei pazienti. pagina 1

Collegio dei Docenti Torino

Intervista a Stefano Carossa

Dal 12 al 14 aprile al Lingotto di Torino si svolge la XIX edizione del Congresso del Collegio Docenti, evento fondamentale non solo per l'Accademia, di cui rappresenta indubbiamente il momento collettivo più qualificante, ma anche per i riflessi sugli altri ambiti in cui si articola l'Odontostomatologia. Alla vigilia dell'evento, alcune riflessioni del Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria di Torino, Stefano Carossa, principale curatore del Congresso.

Stefano Carossa

› pagina 4

DT WEB ARTICLE
WWW.DENTAL-TRIBUNE.COM

Editoriale

Forum Unidi di Milano: adesso bisogna affrontare i problemi e risolverli

Un comparto che da anni in punta dei piedi e discontinuamente segnala incoerenze e criticità, ma non viene ascoltato. Dentista e dentale s'identificano non per la paura del dolore quanto per il costo della prestazione. Ora è tempo di cambiare e la preoccupazione sembra toccare tutti. Al Forum promosso dall'Unidi sindacati di odontoiatri, odontotecnici e igienisti, aziende di produzione e distribuzione, università, associazioni scientifiche, testate specialistiche si sono analiticamente confrontati con i politici su "Come garantire la qualità delle cure odontoiatriche al tempo della crisi? Il settore dentale e la politica creano un percorso condiviso che passa per l'Europa tutelando il Made in Italy". Il Presidente Unidi, Matteuzzi, dopo il benvenuto, ha analizzato antichi problemi acutizzati dalla crisi illustrando cosa si può e si deve fare per la categoria in un percorso comune in Italia ed Europa. "I nostri prodotti sono ricercati - ha spiegato - ma in un mercato globalizzato la crisi non tocca solo il nostro Paese. Se alla libera circolazione di pazienti e professionisti in Europa, all'ingresso del capitale negli studi, alle liberalizzazioni e al mercato unico, non si contrappongono regole comuni e controlli più attenti sulla sicurezza dei prodotti, sulla rintracciabilità dei materiali, la formazione dei professionisti, l'aggiornamento degli abilitati, la ricerca del low cost finirà con l'esporre il cittadino a rischi per la salute. Dovere nostro e delle istituzioni è invece garantire prestazioni sicure". In un'Italia in difficoltà c'è dunque un settore che sorride ancora grazie ai lungimiranti investimenti in qualità e ricerca del passato. "Si tratta ora di programmare il futuro per impedire che tale qualità non vada dispersa. La promozione del Made in Italy nel mondo – ha concluso – è finanziata dalle aziende associate. Spiace notare come nelle manifestazioni mondiali gli stand dei concorrenti hanno spazi di promozione del loro Paese finanziati dai governi. Più volte ma invano abbiamo richiesto un sostegno al nostro. So delle difficoltà di bilancio ma non si richiedono nuovi fondi, solo che quelli già stanziati tengano conto anche dell'industria dentale italiana".

Nel box a fianco riportiamo le proposte in sintesi fatte dalla categoria. I politici hanno ascoltato con attenzione, talvolta sorpresi dei dati forniti, dai problemi sollevati, dal peso politico e sociale dei partecipanti al Forum. L'europarlamentare Salvini, ha esortato a mantenere saldi e unitari gli intenti e il confronto con le lobby sempre presenti a Strasburgo. Le richieste di detrazioni fiscali, pur nel loro valore intrinseco (porterebbero benefici a tutti, Stato compreso) in quest'austerità non potranno avere risposta in tempi brevi. Qualcosa eppur si muove. Altre interviste ed approfondimenti sul tema nei prossimi numeri.

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

Cosa viene richiesto e perché

Detraibilità completa delle spese sostenute dal paziente odontoiatrico.
Recenti ricerche indicano che gli italiani disertano sempre più il dentista (nell'ultimo anno il 59,6% non vi si è recato neppure per effettuare l'igiene orale – Fonte Datanalys, gennaio 2012). Se i motivi possono essere ricercati in una miglior salute orale e in una scarsa cultura della prevenzione, a incidere negativamente è la crisi essendo l'odontoiatria una branca medica "out of pocket" (pagano i cittadini): il Ssn dà solo l'8% delle prestazioni odontoiatriche. Consentire al cittadino di detrarre interamente o con una percentuale maggiore del 19% (oltre i 200 euro) la spesa per le cure odontoiatriche consentirebbe agli italiani di non trascurare la salute orale e di abbattere l'evasione in un settore da sempre giudicato poco attento alla fatturazione.

Maggiore deducibilità degli investimenti da parte degli studi odontoiatrici.
Lo studio odontoiatrico necessita, a differenza di altri, d'ingenti investimenti in attrezzature ad alta tecnologia che lo rendono simile a una piccola e media impresa. A differenza delle quali hanno piani d'ammortamento a 8 anni che penalizzano la sostituzione prima di tale scadenza. Gli apparecchi elettromedicali dopo 2 o 3 anni sono obsoleti, penalizzando i dentisti che vogliano offrire terapie basate sulle più recenti tecnologie ed evidenze scientifiche. Secondo l'Andi il 64,8% dei dentisti farebbe investimenti in attrezzature a fronte di incentivi fiscali più equi. Se già oggi il mercato di materiale e attrezzature dentali vale in un anno 1.200 milioni di euro, l'investimento dei dentisti porterebbe a un incremento di produzione e occupazione.

Rispetto e armonizzazione delle norme sulla sicurezza dei prodotti e delle strutture sanitarie in funzione del paziente.
In merito alla norme (europee) sulla produzione e commercializzazione dei dispositivi medici ed elettromedicali, si chiede una miglior armonizzazione considerando quanto imposto da Paesi come Usa e Canada e più controlli sui prodotti da Paesi extra UE. Necessaria anche un'armonizzazione delle delibere regionali sulle autorizzazioni sanitarie degli studi per i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi a garanzia del paziente.

Lotta all'abusivismo professionale.
Riprendere al più presto la discussione della norma (già approvata dalla Camera) contenuta nel DDL Salute che prevede la confisca dei beni utilizzati nell'esercizio abusivo della professione ma anche un'Anagrafe dei Direttori Sanitari per sapere in quanti studi operano. Oggi è possibile per un iscritto all'Albo odontoiatri essere direttore sanitario di più strutture rendendo di fatto impossibile verificare gli operatori che esercitano in quelle strutture. Una pratica spesso utilizzata dagli iscritti all'Albo Odontoiatri per "coprire" i finti abusivi nelle pratiche illegali.

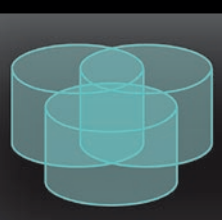
Revisione dell'allegato B della legge 175 del 5 febbraio 1992 (legge Volponi).
L'allegato elenca una serie di materiali e attrezzature vendibili esclusivamente agli iscritti all'Albo Odontoiatri. In questi anni l'elenco non è mai stato aggiornato rendendo le imprese che vendono prodotti, a rischio di sanzioni in quanto la classificazione di nuovi materiali e attrezzature prodotte negli ultimi 20 anni è differente a seconda di chi effettua la verifica.

Carestream DENTAL

Sistema di imaging extraorale KODAK 9000 3D

Innovazione, in modo accessibile.

Ora disponibile con programma di Stitching
Il campo visivo esteso ugualmente ad un costo accessibile



Combina automaticamente volume localizzati

Esami 3D su quadranti multipli

Kodak Prodotto autorizzato

Carestream Dental
© Carestream Health, Inc., 2012.
Il marchio di fabbrica e la relativa veste grafica sono utilizzati su licenza concessa da Kodak.

Visitate **www.carestreamdental.com**
o chiamate 010. 24 50 965

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

LICENSING BY DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO
Torsten Oemus *[t.oemus@dental-tribune.com]*
GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
EDITOR - Claudia Salwiczek
EDITORIAL ASSISTANT - Yvonne Bachmann
COPY EDITORS - Sabrina Raaff; Hans Motschmann
SALES & MARKETING
Peter Witteczek; Matthias Diessner; Vera Baptist
DIRECTOR OF FINANCE & CONTROLLING - Dan Wunderlich
MARKETING & SALES SERVICESE - Nadine Parczyk
LICENSE INQUIRIES - Jörg Warschat
ACCOUNTING - Manuela Hunger
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGE - Bernhard Moldenhauer
PROJECT MANAGER ONLINE - Alexander Witteczek
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

©2012, 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
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

REGIONAL OFFICES
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

Dental Tribune America
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

Anno VIII Numero 3, Marzo 2012
Registrazione Tribunale di Torino
n. 5892 del 12/07/2005

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti *[direttore.giornale@tueor.it]*
EDITORE
TU.E.OR. Srl - C.so Sebastopoli, 225 - 10137 (TO)
Tel.:+39 011 0463350 | Fax: +39 011 0463304
www.tueor.it - redazione@tueor.com
Sede legale e amministrativa
Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
AMMINISTRATORE
Patrizia Gatto *[patrizia.gatto@tueor.com]*
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G.C. Pescarmona, C. Lanteri, V. Bucci Sabattini, G.M. Gaeta, G. Barbon, P. Zampetti, G. E. Romanos, M. Morra, A. Castellucci, A. Majorana, G. Bruzzone
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, E. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio, R. Kornblit
CONTRIBUTI
R. Ambrosio, D. Arnone, G. Arnone, F. Barzè, A. Bermond, S. Bonziglia, D. Caprioglio, S. Carossa, E. El Haddad, S. Fiorentino, A. Franco, A. Lanteri, L. Levrini, M. Manuelli, C. Musco, F. Pescarmona, M. Pulido, L. Savio, R. Wijey, P. Zampetti
GRAPHIC DESIGNER - Angiolina Puglia
REDAZIONE - Chiara Siccardi, Corinna Italia
TRADUZIONI SCIENTIFICHE - Cristina M. Rodighiero
REALIZZAZIONE - TU.E.OR. Srl - www.tueor.it
STAMPA
ROTO3 Industria Grafica S.p.a. Castano Primo (MI)
PUBBLICITÀ
Tueor Servizi Srl
[alessia.murari@tueor.com]
UFFICIO ABBONAMENTI
TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel.: 011 0463350 | Fax: 011 0463304
alessia.murari@tueor.com
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

ANES
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

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

Diteci cosa pensate!

Avete osservazioni di carattere generale o critiche che volete condividere? C'è un particolare argomento che vi piacerebbe vedere sul Dental Tribune?
Scriveteci a: redazione@tueor.com.

Non vediamo l'ora
di sentire il vostro parere!

Se desiderate effettuare qualsiasi modifica al vostro abbonamento (nome, indirizzo o eventuali richieste) scriveteci a abbonamenti@tueor.com includendo le specifiche dell'abbonamento.
Le modifiche alla sottoscrizione potrebbero richiedere fino a 6 settimane prima di risultare effettive.

Membrana amniotica

Uso possibile anche in Italia da parte degli odontoiatri

‹ pagina 1

Nel momento, viceversa, in cui tale tessuto risulta utilizzabile, ovvero nelle ipotesi di parti in elezione (cesarei programmati), per il prelievo e l'utilizzo necessita il consenso alla donazione, con la quale la disponibilità del tessuto diventa a tutti gli effetti di legge della Struttura (Banca o Centro di conservazione o Istituto dei tessuti) in grado di conservarla, "processarla" distribuirla e certificarne la sicurezza, assumendosi tutte le incombenze relative alla rintracciabilità.

Nel nostro Paese l'individuazione di vere e proprie Banche della membrana amniotica è ancora agli inizi, dal momento che l'istituzionalizzazione di tali Centri è avvenuta solo in alcune regioni del nord Italia: oltre all'attività svolta nello specifico dalla Fondazione Banca dei Tessuti di Treviso, la Giunta Regionale del Piemonte, con deliberazione 17 marzo 2003, ha individuato l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo quale sede di Riferimento regionale per la Banca delle membrane amniotiche, in diretta collaborazione con il Centro Regionale di Riferimento per i trapianti di organi e tessuti. Finora, le Banche della membrana amniotica erano in grado di fornire al medico, soprattutto oculista, membrane congelate (a -80°) o crioconservate (in azoto liquido): tale modalità di "fornitura" di fatto aveva precluso l'utilizzo del tessuto dalle interessanti proprietà rigenerative in ambiti che non fossero l'oculistico e, in forma più circoscritta, dermatologico e ginecologico, limitandone la diffusione in chirurgie fortemente indirizzate verso la rigenerazione tessutale.

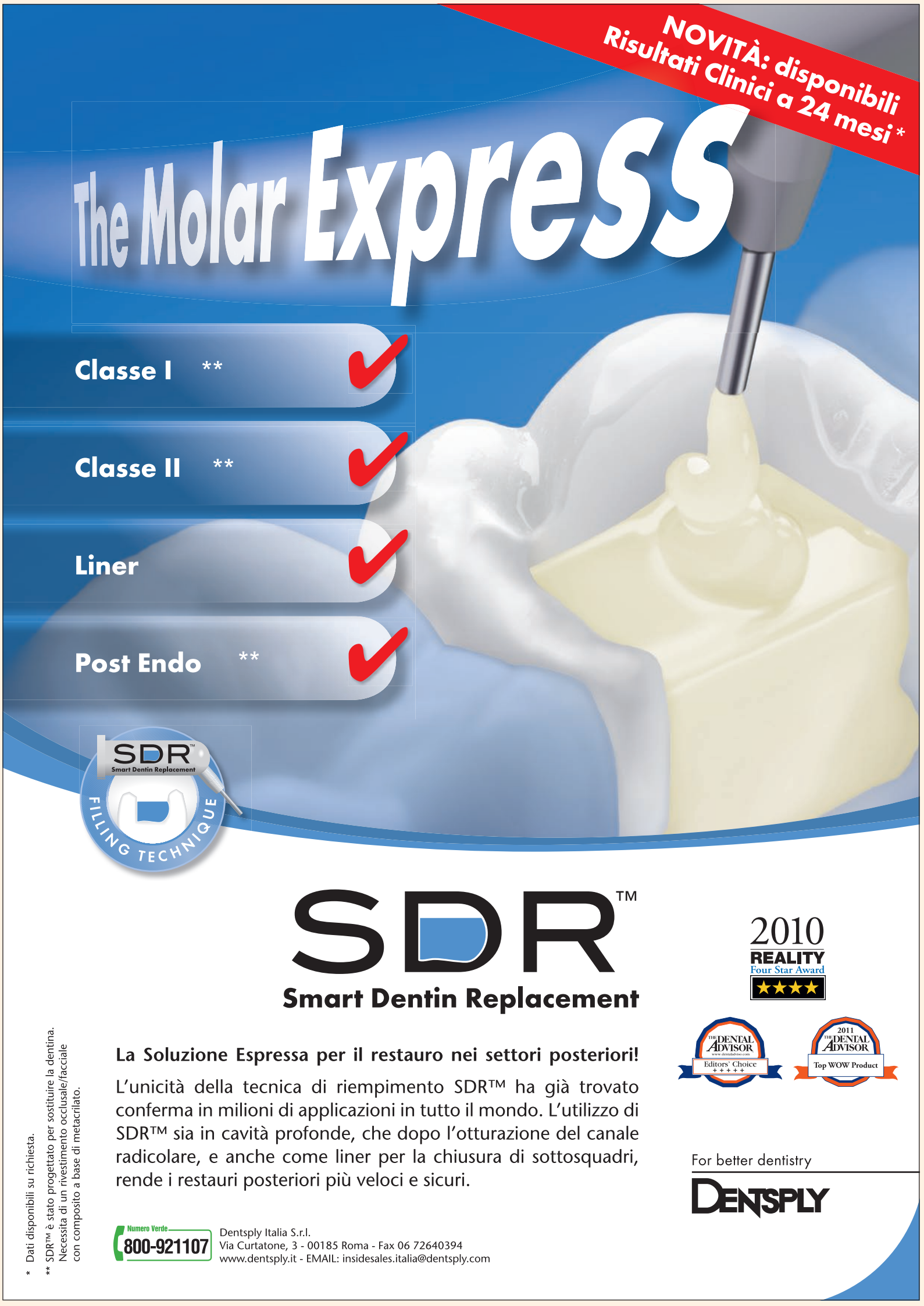
La novità 2012

La grande novità del 2012 è che la Fondazione Banca dei Tessuti di Treviso diretta da Adolfo Paolin ha sottoscritto con una società italiana un accordo per l'importazione e la distribuzione, sul territorio italiano, della membrana amniotica raccolta, "processata" e validata da Surgical Biologics Inc., Primaria Banca del Tessuto californiana (USA), specializzata nella lavorazione del tessuto amniotico e facente parte del Gruppo Mimedx. La particolarità della convenzione riguarda il fatto che la membrana di Surgical Biologics verrà distribuita in forma liofilizzata/essicata secondo un processo brevettato e coperto da segreto industriale, che consente di gestire il tessuto con le stesse modalità di un dispositivo medico, pur mantenendo le caratteristiche rigenerative dell'amnion. Il servizio di distribuzione, effettuato in nome e per conto della Fondazione Banca dei Tessuti di Treviso dalla società veronese Ver San & Dafne m.d. srl, sarà dunque il primo, in Italia, nel suo genere, visto che le caratteristiche del tessuto potranno spingere al suo utilizzo anche medici di specialità diverse rispetto alla tradizionale chirurgia oculistica. Infatti la possibilità di "stoccare" il tessuto senza dover rispettare "la catena del freddo" e doversi preoccupare di effettuarne l'utilizzo nei normali tempi di scongelamento (visto che è liofilizzato), potrà certamente favorirne la diffusione terapeutica anche presso quei centri privati che abbiano quantomeno la qualifica di ambulatorio. Le "regole d'ingaggio" saranno quelle già note in ambito di utilizzo di tessuti umani di Banca e in particolare:

- necessità di inoltrare alla Fondazione Banca dei Tessuti di Treviso diretta da Paolin specifica richiesta per l'approvvigionamento del prodotto (richiedibile per singolo paziente ma anche per scorta);
- il servizio di consegna verrà effettuato dalla società italiana (convenzionata con Fondazione Banca dei Tessuti di Treviso), alla quale sarà riservata anche la promozione e l'informazione su questo particolare tessuto nell'ambito del territorio italiano, per tutti i medici interessati all'utilizzo;
- obbligo per il chirurgo innestatore (*rectius* utilizzatore) di dar corso al sistema di rintracciabilità attraverso la compilazione della scheda di avvenuto impianto già compresa nella confezione del tessuto.

Ricordiamo, infine, che nonostante si tratti di tessuto di "origine fetale", da un punto di vista giuridico il suo utilizzo non comporta limitazioni di tipo etico, in quanto il prelievo della membrana avviene solo dopo il parto e non comporta pericoli, né per la madre, né, ovviamente, per il bimbo già nato.

Stefano Fiorentino, *avvocato*



Vigilia del Congresso del Collegio Docenti

Aspettative e considerazioni di Stefano Carossa

‹ pagina 1

Il XIX Collegio si tiene all'insegna dell'"L'high tech come supporto alla ricerca, alla didattica e alla clinica in Odontostomatologia". Perché è stato scelto proprio questo tema?

Perchè l'high tech negli ultimi anni, in continua evoluzione, è sempre più presente in tutti i settori dell'odontostomatologia, un supporto ormai indispensabile in fase diagnostica e terapeutica. Si considerino ad esempio l'utilizzo della diagnostica radiologica in tre dimensioni, della microscopia ad alta risoluzione, della laserterapia, della chirurgia piezoelettrica o dei sistemi Cad-Cam di progettazione e costruzione protesica. Nella ricerca di base e traslazionale, basta citare il supporto delle nanotecnologie, dell'ingegneria tissutale o dell'utilizzo delle cellule staminali. Anche nella formazione, la tecnologia è un ausilio importante soprattutto nella componente preclinica simulata su manichino.

Come definirebbe oggi il Congresso del Collegio Docenti nel quadro delle manifestazioni riguardanti l'odontostomatologia? Quale la sua specificità? Ossia in che cosa si stacca dagli altri, seppur importanti, che caratterizzano il panorama congressuale italiano?

Il Congresso rappresenta da sempre il più importante appuntamento accademico annuale nel campo dell'odontostomatologia sul territorio nazionale. Il programma scientifico dell'edizione 2012 prevede la presenza di relatori tra i più prestigiosi provenienti dall'Università e dalle Società scientifiche. Ritengo un fatto positivo il connubio tra le due rappresentanze, fortemente sostenuto anche da Antonella Polimeni. I relatori illustreranno le più recenti acquisizioni accademiche nella ricerca e nella formazione supportate da un'evoluzione tecnologica sempre più dinamica. Nel contempo vi sarà una sinergia tra gli oratori docenti e rappresentanti le società scientifiche nel fornire un aggiornamento sulle fasi diagnostico terapeutiche in tutti i campi dell'odontostomatologia. Prevista anche una sessione dedicata agli igienisti dentali, la cui attività di sostegno all'odontoiatra appare indispensabile per poter fornire trattamenti adeguati. Il coinvolgere la globalità dei settori consentirà di avere una panoramica multidisciplinare per l'indicazione all'utilizzo e la conoscenza della versatilità d'uso delle tecnologie. Un'impostazione utile, oltre che per confermare il ruolo insostituibile dell'Università nella ricerca e nella formazione, per evidenziare come la componente accademica sia fondamentale per stimolare, indirizzare e sostenere l'attività scientifica associativa a cui aderiscono molti liberi professionisti. Come per le precedenti edizioni, la quota d'iscrizione è estremamente contenuta, in armonia con la finalità universitaria di diffondere cultura e aggiornamento al maggior numero di utenti. In effetti, tra gli scopi più importanti dell'edizione di quest'anno, vi è il massiccio coinvolgimento dei liberi professionisti. Il congresso contempla una tavola rotonda sul tema della formazione e della libera professione in ambito nazionale ed europeo.

Come si pone il tema principale in rapporto ai temi che ispirano la sessione plenaria e quelle parallele?

Viene evidenziato come l'high tech offra strumenti molto utili in tutti i campi dell'odontostomatologia, le cui potenzialità e indicazioni di utilizzo debbano essere ben conosciute senza dimenticare tuttavia che rappresentano solo un supporto. La preparazione, l'esperienza e le capacità dell'operatore sono insostituibili nel valutare e riabilitare ogni singolo paziente che presenta caratteristiche sue, individuali.

Messo a confronto con altre edizioni da o per che cosa vorreste questo Collegio fosse ricordato?

Mi auguro che l'edizione di quest'anno abbia il successo delle precedenti: con una massiccia partecipazione di tutte le Scuole italiane e un'affluenza significativa dei liberi professionisti. Per la Scuola odontostomatologica di Torino è motivo di grande orgoglio l'essere stata designata come sede organizzatrice dall'evento. Ringrazio a tal proposito Antonella Polimeni e il Collegio dei Referenti di sede per la fiducia accordataci. La manifestazione consentirà di fare conoscere la Dental School presso la quale si terranno i corsi precongressuali. Data l'importanza dell'evento è stata scelta una sede di grande prestigio quale il Lingotto, anch'essa all'avanguardia tecnologica, in accordo col tema del Congresso. Nella prima sessione scientifica verrà utilizzato il sistema Digivote per un'immediata interazione tra l'oratore e i partecipanti. Spero quindi che questa edizione sia ricordata anche per la validità della sede congressuale oltrechè per i suoi contenuti scientifici.

Dental Tribune

W&H

Turbine Synea LED+

W&H è stato il primo produttore a incorporare la luce con tecnologia LED negli strumenti, oggi è in grado di offrire uno strumento con tecnologia più avanzata con una migliore illuminazione grazie alla serie LED+.

Con questa illuminazione con luce bianca naturale si riproduce esattamente il colore del dente e la zona di lavoro viene illuminata molto meglio rispetto agli strumenti che utilizzano luce a LED tradizionale. Le turbine Synea LED+ di W&H sono quindi particolarmente indicate per la rimozione di materiale carioso, per la preparazione di cavità e corone, per la rimozione di otturazioni nonché per la finitura superficiale di denti e interventi restaurativi.

I vantaggi delle turbine Synea LED+ di W&H sono:

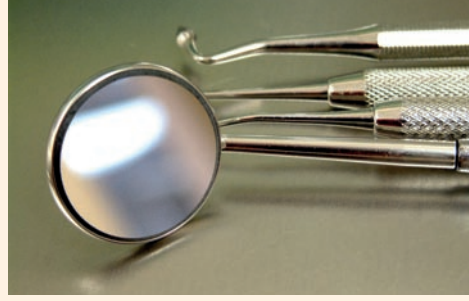
- Illuminazione ottimale: con una temperatura di colore di 5.500 K la luce LED+ delle turbine Synea ha lo stesso spettro di emissione della luce diurna.
- Indice con resa cromatica superiore a 90: l'indice di resa cromatica (IRC) incomparabilmente elevato assicura una riproduzione naturale e fedele dei colori.
- Testina piccola: le dimensioni estremamente ridotte della testina delle turbine Synea garantiscono la migliore condizione di visibilità.
- Perfetta posizione del LED: con il posizionamento del LED direttamente in corrispondenza della testina W&H offre l'area di illuminazione più estesa.
- Un migliore raffreddamento nelle 5 direzioni, grazie al sistema Penta Spray.

La combinazione esclusiva dei vantaggi della luce LED, offrono le migliori condizioni di visibilità, ma anche una perfetta riproduzione dei colori nella zona da trattare.

Non lasciare passare l'opportunità di conoscere la vasta gamma di prodotti di W&H, che incorporano la nuova tecnologia LED+.

Nuovamente, W&H investe sull'innovazione per offrire prodotti che vi permettono di lavorare con la massima qualità e affidabilità proprio perché per W&H: People Have Priority!

W&H Italia
Via Bolgara 2, I-24060 Brusaporto (BG)
Tel.: +39 0356663911 - Fax: +39 0356663939 - office.it@wh.com - www.wh.com



Sperimentazione

Riforma degli Ordini e disposizioni in materia sanitaria

DT WEB ARTICLE WWW.DENTAL-TRIBUNE.COM

Pubblichiamo, in sintesi, la nota sull'audizione del 21 Febbraio presso la Commissione Igiene e Sanità sul DDL delega al Governo per il riassetto della normativa su tali materie.

La componente odontoiatrica della Fnomceo - dice la nota - si riconosce nell'impostazione proposta dal presidente Fnomceo sul tema del DDL che norma i principi base per una corretta riforma degli ordini delle professioni sanitarie. Per l'Albo degli odontoiatri occorre che i decreti contengano disposizioni inequivocabili per attuare la lettera r del comma 2 dell'art. 7, secondo cui occorre "prevedere le modalità con cui albi, elenchi e registri professionali compresi in un medesimo Ordine, nel rispetto della sua integrità funzionale, hanno piena autonomia nelle funzioni di rappresentanza, gestione e disciplinari". È evidente - continua la nota - che anche senza la previsione contenuta originariamente nella costituzione di un Ordine separato degli odontoiatri, occorre garantirgli autonomia nell'ambito dell'unico Ordine con precise disposizioni sugli aspetti economico finanziari della gestione. Quanto agli altri principi dell'art. 7 i rappresentanti dell'Albo si riconoscono nell'impostazione da sempre prospettata dalla Federazione per una necessaria riforma degli Ordini delle professioni sanitarie, da rilanciare e aggiornare alle sfide future. Quanto alle altre norme del DDL occorre mantener fermo - continua la nota - quanto previsto dall'art. 9 che, inserendo nel CP l'art. 348 bis, contempla finalmente la confisca di cose e strumenti oggetto dell'esercizio abusivo della professione. Il sequestro solo temporaneo toglieva infatti ogni capacità dissuasiva verso gli abusivi e chi ne favorisce l'esercizio. L'abusivismo, piaga sociale e pericolo per la salute pubblica, deve essere represso con mezzi adeguati, non con una normativa poco incisiva. Occorre infine mantenere la stesura dell'art. 14 del DDL in esame che permette l'accesso ai livelli dirigenziali del Ssn ai laureati in odontoiatria senza una specifica specializzazione. Evidente la *ratio* di una disposizione che riconosce il carattere specializzante di una laurea il cui corso di formazione è ormai di sei anni: impostazione già avvalorata da sentenze del TAR anche se il CdS aveva riconfermato la tesi del possesso d'una specializzazione per l'accesso ai concorsi. Nella scorsa legislatura, peraltro, era stata presentata una proposta di legge per raggiungere i risultati previsti nell'art. 14 del DDL a garanzia del valore specializzante della laurea magistrale in Odontoiatria, per nulla equiparabile - rileva la nota - a quelle triennali delle nuove professioni sanitarie.

Gli Stati generali dell'Odontoiatria contro il business della formazione

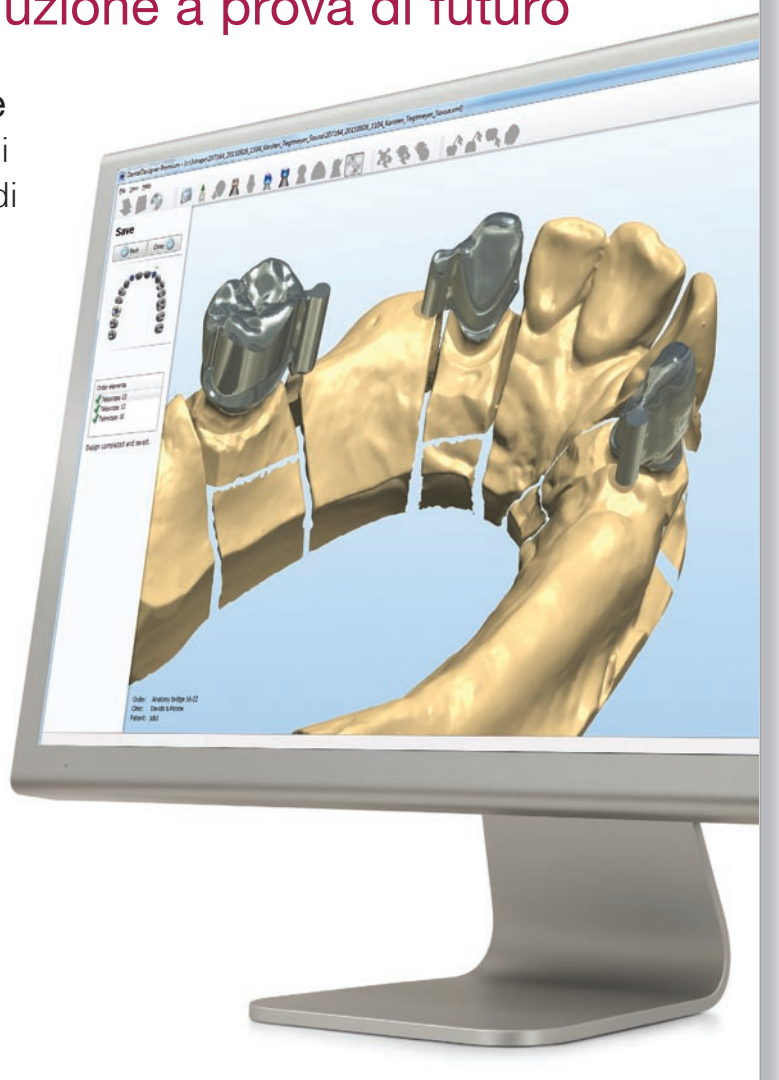
Gli Stati generali dell'Odontoiatria (Cao, Aio, Andi, Collegio Docenti e Conferenza Presidenti dei Corsi di Laurea di Odontoiatria) riunitisi il 17 febbraio prendono atto della proposta di istituzione dell'Università privata portoghese "Pessoa" per la formazione in Odontoiatria. All'unanimità esprimono forte preoccupazione per il tentativo di istituire un corso di laurea privato per la formazione di dottori in Odontoiatria e protesi dentaria, con accesso non programmato e a quote di iscrizione molto elevate. Ritengono lesiva dell'interesse collettivo e del diritto alla salute l'istituzione di un corso privo dei requisiti minimi di qualità della formazione, mancando il controllo dello Stato, esprimendo la convinzione che configuri anche una lesione del diritto allo studio, perché premia solo la capacità economica, non il merito. Auspicano una definizione omogenea a livello europeo della formazione in Odontoiatria per standard qualitativi e regolamentazione degli accessi. Gli Stati generali plaudono all'iniziativa del Ministro Francesco Profumo, che ha revocato l'autorizzazione all'istituzione del corso e auspicano la definizione di una norma che escluda la possibilità ai altre iniziative del genere.

3shape
Technology designed the way you work

Grandi novità

Dental System™ 2012 - la soluzione a prova di futuro

Telescopiche di nuova generazione
Costruzioni primarie e secondarie, Attacchi coronali, telescopiche parziali. Possibilità di aggiungere più bande e attacchi.



Integrazione con TRIOS®
Possibilità di ricevere istantaneamente dai dentisti le impronte ottenute con TRIOS® per cominciare sin da subito la progettazione.

Removable Partial Design di 2° generazione
Nuova interfaccia intuitiva, con la quale si potranno ridurre tempi e costi di produzione.

Provvisori digitali
Possibilità di creare una struttura temporanea, in modo rapido ed economico, senza la necessità di colatura dell'impronta. Questa grazie alla preparazione virtuale del modello e del modellato, secondo l'anatomia del paziente

Scanner 3D D500
Il nuovo modello D500 3Shape con Dental System standard fornisce la migliore del mercato entry-level. Una soluzione CAD / CAM per i piccoli e medi laboratori che cresce con loro, potendo poi essere aggiornati ad una più estesa gamma di opzioni disponibili.

Supportiamo da vicino i nostri utenti mettendo a loro disposizione tecnologia ed esperienza

Nuovi Articolatori Virtuali Dinamici
Come se si stesse utilizzando un articolatore fisico. Supporto per il compasso per occlusione. Compatibilità con KaVo PROTAR®evo, Whip Mix Denar® Mark 330, SAM® 2P, Artex® e presto molti altri ancora .

Model Builder
Possibilità di creare modelli di laboratorio direttamente da TRIOS® e dalle scansioni orali provenienti da terze parti. Supporto per i modelli di impianto.

Scansiona il codice QR
e iscriviti alla nostra newsletter

Analisi dettagliata di un intervento implantare con gravi complicanze

Nel caso in oggetto risulta come la paziente nel 2004 era stata sottoposta a intervento di innesto osseo nel mascellare superiore finalizzato a riabilitazione implantoprotesica eseguita nel 2005-2006. Nel dicembre 2009 la paziente iniziò ad avvertire disturbi nell'emiarcata superiore sinistra sede della riabilitazione protesica; dopo l'esecuzione di una Rx endorale il professionista rassicurava la paziente sull'esito positivo dell'intervento e la necessità di sostituire la protesi con una nuova.
Nel febbraio 2009 venne rimossa la protesi preesistente e allestita una protesi provvisoria.
Nell'aprile del 2009 durante la prova della travata metallica della protesi, la paziente accusò un dolore violento in regione mascellare sinistra. La persistenza del dolore e la comparsa di gonfiore nell'emifaccia sinistra portarono la paziente a tornare il giorno dopo presso lo studio dentistico, dove venne rimosso il provvisorio unitamente all'impianto superiore sinistro. Nonostante questi problemi si procedeva comunque al posizionamento del definitivo.
I controlli specialistici effettuati presso struttura pubblica dopo un mese documentarono:
"riferisce algia all'arcata dentale superiore sinistra (successiva manovra odontostomatologica circa 30 giorni fa con perdita di impianto dentario). Già in terapia. Si richiede TAC massiccio facciale".
Nel maggio 2009 la TAC del massiccio facciale a sua volta segnalava: "L'esame è stato condotto con ricostruzioni multiplanari. A sinistra il seno mascellare è pressoché completamente occupato da tessuto parenchimatoso, infiammatorio. In corrispondenza del pavimento del seno mascellare, si osserva una soluzione di continuo corrispondente al canale del pregresso, riferito, impianto. La densità delle restanti cavità pneumiche paranasali è regolare. Il setto nasale è leggermente deviato verso destra. Si osserva un'ipertrofia dei turbinati inferiori".
Nell'aprile 2009 la visita specialistica ORL documentava un quadro di sinusite acuta mascellare sinistra a eziologia verosimilmente odontogena. All'endoscopia con f.o. flessibile si apprezzava una sinusite acuta mascellare sinistra con congestione e iperemia del turbinato medio e scolo di materiale mucopurulento a provenienza dal COM omolaterale.
Nel luglio 2009 un nuovo controllo confermò la sinusite cronica mascellare sinistra resistente alla terapia medica. La paziente rimase in attesa dell'intervento chirurgico di bonifica del seno mascellare sinistro. In altre parole la rimozione dell'impianto determinò una comunicazione oro-antrale con successiva sinusite acuta iatrogenica.
Non risulta che la comunicazione bucco-sinusale sia stata diagnosticata al momento del suo determinismo; era sufficiente per identificarla un sondaggio con specillo del tragitto residuato a carico dell'impianto ed effettuare la manovra del Valsalva. Il non rilievo della lesione non permise la necessaria chiusura chirurgica del tramite evitando l'infezione del seno. Venne posizionato il manufatto definitivo. Tale oggettiva circostanza costituisce un risultato anomalo rispetto al convenuto esito dell'intervento della cura e quindi uno scostamento da una legge di regolarità causale fondata sull'esperienza. Dovrà essere il medico a dare prova che il fatto dipenda da un fatto a lui non imputabile in quanto non ascrivibile alla condotta mantenuta in conformità alla diligenza dovuta, avuto riguardo alle specifiche circostanze del caso concreto che era intervento di routine. La carenza di documentazione preoperatoria non permette di fornire la prova, la cui fonte è in prossimità dello specialista. Si è venuta così a determinare una sinusite mascellare sinistra cronicizzata attualmente presente.
Va sottolineata la carenza di documentazione radiografica e clinica pre-intervento che permetta di identificare che l'evento dannoso in questione si sia verificato per fatti imprevisti o imprevedibili, in grado di interrompere la catena causale con la condotta professionale, o alla stessa fosse preesistente.
Alla luce di quanto sopra esposto può pertanto essere espressa una valutazione di danno biologico permanente in misura del 5%.
Il quadro sinusitico ha comportato una malattia da lesione di una sessantina di giorni di cui 30 a parziale massima e 30 a parziale minima.
Venendo ora al piano risarcitorio, e aderendo alla recente giurisprudenza della Corte di Cassazione e della Corte Costituzionale (Cass. 8827/03, Cass. 8828/03, C. Cost. 233/03, Cass. S.U. 29672/08), i danni conseguenti alla fattispecie sopra descritta potranno essere ricondotti alle categorie giuridiche del danno patrimoniale e del danno non patrimoniale (a seconda che essi siano o meno suscettibili di valutazione economica in base a parametri di mercato). Rispetto alla prima categoria è dato ipotizzare nella specie tutta una serie di danni che solitamente conseguono a casi analoghi. Si pensi alle spese mediche e di cura, presenti e future, compresa quella relativa alla consulenza medico legale, ma si pensi ancora alla restituzione del compenso versato al professionista, come pure alle spese varie ed eventuali relative alla necessità di operare trasferte per le cure.

› pagina 7

Le relazioni vincenti nell'era digitale.

Nel settore medico ciò che fa la differenza è la capacità di stabilire con ogni singolo paziente una relazione attraverso la quale possa percepire la qualità del servizio offerto e l'importanza di poter essere seguito da un professionista non focalizzato sul profitto.
L'efficacia degli interventi in studio è spesso valutabile solo a distanza di tempo. Questo implica che per ottenere referenze dai pazienti è necessario soddisfarli anche su altri versanti, quali: la capacità di dialogo, di accoglienza, di entusiasmo relazionale.

Il **seminario** è finalizzato a stimolare lo sviluppo delle proprie abilità non prettamente tecniche, quali la responsabilità del nostro atteggiamento mentale positivo e vincente, per avere quella "marcia in più" che non solo garantisca di consolidare i risultati ad oggi ottenuti, grazie all'ottima professionalità, ma anche di incrementare il fatturato conquistando un numero sempre maggiore di pazienti.

CATANIA venerdì 11/05/2012
MILANO venerdì 18/05/2012
PADOVA venerdì 08/06/2012
FIRENZE venerdì 22/06/2012
TORINO venerdì 14/09/2012
ROMA venerdì 12/10/2012

350 euro

2 partecipanti stesso studio: 10% sconto
3 partecipanti stesso studio: 15% sconto

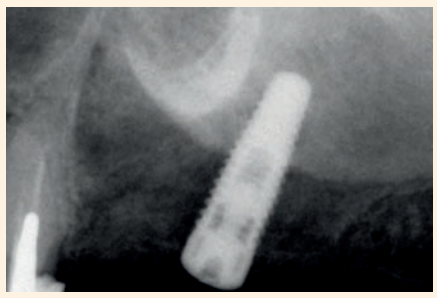
Corso a numero chiuso.

Per prenotazioni e informazioni, contattare la Segreteria Organizzativa: **Tueor srl** - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino - Tel. 011 0463350 - segreteria@tueor.com - **www.tueor.it**

DALE CARNEGIE TRAINING 100 YEARS 1912-2012
DALE CARNEGIE® TRAINING
People. Performance. Profits.

Affianchiamo le aziende nel raggiungimento dei loro obiettivi attraverso il miglioramento delle performance delle persone che ne fanno parte.
La concretezza, la persistenza e la lungimiranza della nostra organizzazione sono racchiuse nello slogan:
"Global reach, local touch".

tueor TURIN EDITORIAL ORGANIZATIONS



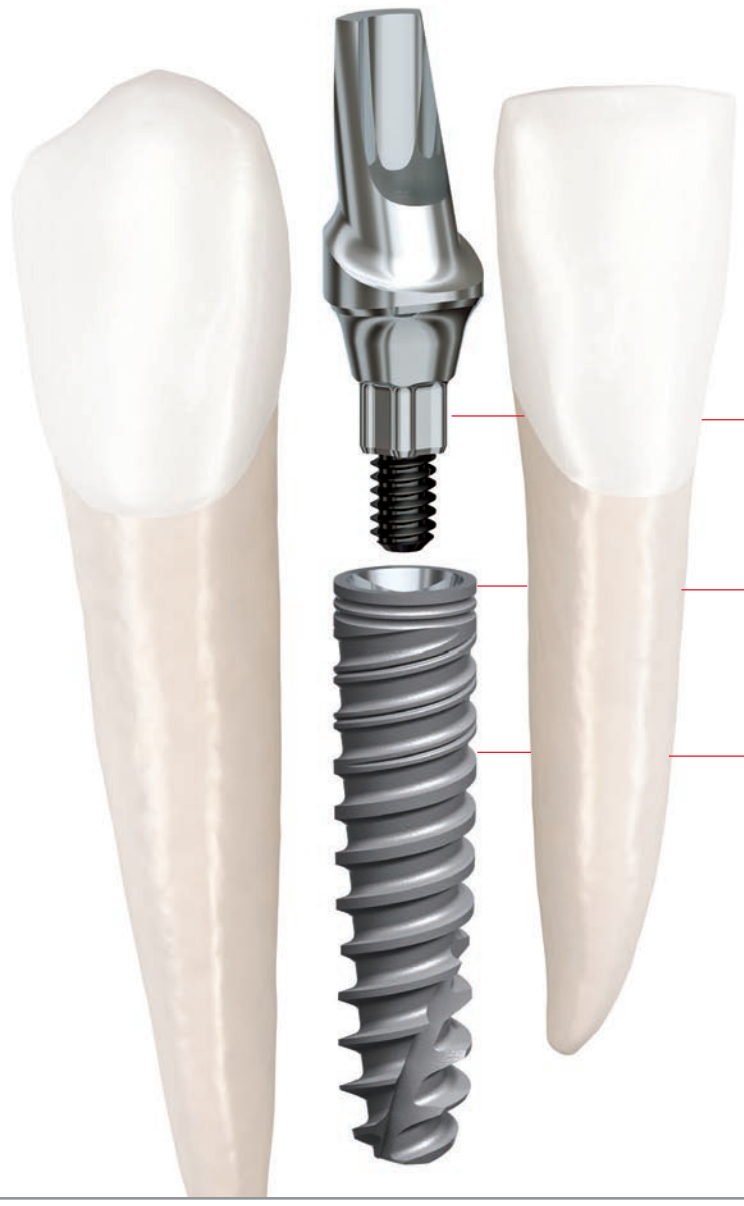
‹ pagina 6

Il danno non patrimoniale è invece l'insieme di tutti i molteplici riflessi non patrimoniali che possono conseguire alla lesione del bene della salute. L'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 cod. civile, consente di distinguere al suo interno il pregiudizio biologico (permanente e temporaneo), quello morale ed esistenziale. Il pregiudizio biologico è il pregiudizio dell'interesse, costituzionalmente garantito (art. 32), all'integrità psichica e fisica della persona, conseguente a un accertamento medico e può essere sia permanente che temporaneo (la cd malattia da lesione). Il pregiudizio morale è il turbamento dello stato d'animo e la sofferenza della vittima conseguente al fatto illecito, mentre il pregiudizio esistenziale è quello derivante dalla lesione di (altri) interessi di rango costituzionale inerenti alla persona e che si ripercuotono esteriormente sulla vita di relazione della vittima. La prova di tali pregiudizi può essere fornita, nel caso del biologico, mediante accertamento medico legale, nel caso del morale e dell'esistenziale anche attraverso il ricorso alle presunzioni e alla prova per testimoni. La monetizzazione di tali pregiudizi è rimandata in Italia, come in molti altri paesi, a delle tabelle risarcitorie in cui i parametri di riferimento sono la gravità della lesione all'integrità psico-fisica e l'età del danneggiato. Quelle maggiormente diffuse in ambito nazionale sono le tabelle usate dal Tribunale di Milano, recentemente ritenute valide su tutto il territorio (Cass. 12408/2011). Gli importi risarcitori ivi contenuti sono il frutto della media delle somme liquidate nei precedenti giurisprudenziali. Avvicinando l'indagine al caso concreto, si rileva che il danno biologico permanente è stato nella specie valutato nella misura del 5% e che il valore per ogni punto di invalidità è in tali casi pari euro 1.374,57. Il valore monetario così ottenuto è poi percentualmente aumentato per permettere l'inserimento nel valore di liquidazione anche della componente morale del danno non patrimoniale. Le percentuali d'aumento sono fisse: dall'1 al 9% di invalidità l'aumento è del 25% fisso, dal 10 al 34% di invalidità l'aumento è progressivo per punto dal 26 al 50%, dal 35 al 100% di invalidità l'aumento torna a essere fisso al 50%. All'indagine odierna, l'aumento previsto è del 25% e il valore del punto danno non patrimoniale (composto da biologico e morale) sarà conseguentemente di euro 1.632,30 (25% in più rispetto al valore base di euro 1.374,57), che però andrà ridotto a 1.297,20 in considerazione dell'età della vittima (nell'esempio 50 anni). Si ottiene quindi l'importo di euro 6.486,00 (1.297,20 x 5 punti percentuali), al quale potrà essere ulteriormente aggiunto il cd aumento personalizzato, ossia una percentuale diretta a dare ristoro ai quei pregiudizi esistenziali che hanno colpito la vittima (es. la perdita del dito mignolo per il violinista).

La percentuale di personalizzazione prevista per il 5% di danno biologico potrà arrivare sino al 50% di quanto liquidato a titolo di danno non patrimoniale (biologico e morale). Per quanto riguarda invece il danno biologico temporaneo (la malattia da lesione), è prevista dalla tabella una forbice oscillante tra un minimo di euro 91,00 a un massimo di euro 136,00 per ogni giorno di invalidità temporanea totale al 100% (es. il danneggiato è costretto a letto tutto il giorno). Se si considera che la malattia da lesione è stata quantificata in giorni 60, di cui 30 a parziale massima (50%) e 30 a parziale minima (25%) e se si ipotizza che non vi siano condizioni particolari che giustifichino l'aumento sino all'importo massimo di euro 136,00, alla vittima dovranno essere riconosciuti euro 1.365,00 per i primi trenta giorni (50% di euro 91,00 x 30 gg) ed euro 682,50 per i rimanenti trenta (25% di euro 91,00 x 30 gg). In conclusione, l'importo complessivo al quale avrà diritto il danneggiato a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale, al netto delle eventuali personalizzazioni ipotizzabili, potrà essere determinato nella somma di euro 8.533,00, su cui saranno dovuti gli interessi e la rivalutazione monetaria dal giorno del fatto a quello del pagamento, e ai quali dovrà aggiungersi anche il risarcimento dei danni patrimoniali sopra indicati, comprese le spese legali relative all'attività prestata nell'interesse del danneggiato e finalizzata al recupero dei danni.

Renato Ambrosio, *avvocato*
Gino Arnone, *avvocato*
Sergio Bonziglia, *medico legale*
Elias El Haddad, *dentista*

Più piccolo e più resistente.



Posizionamento sicuro dell'impianto in spazi limitati.

Resistenza massima dei materiali e solida connessione sigillata.

Conservazione dell'osso e stabilità iniziale elevata.

NOBEL BIOCARE SYMPOSIUM
Nobel Biocare Symposium 2012
Rimini, 19 e 20 ottobre –
Nuovo Palacongressi
Per info: 055 09491858
Vieni a trovarci!

NobelActive 3.0. Questo impianto unico rappresenta la soluzione ideale per gli spazi ristretti nella regione anteriore. La procedura di fresaggio è stata progettata per preservare la maggiore quantità possibile di osso, mentre il corpo dell'impianto e il disegno della filettatura condensano l'osso durante l'inserzione, migliorando la stabilità iniziale. L'apice tagliente e le lame di taglio consentono di regolare la posizione dell'impianto per un orientamento protesico ottimale. Insieme alla salda connessione sigillata e al Platform Shifting integrato, NobelActive 3.0 consente di ottenere in modo sicuro risultati estetici eccellenti. Dopo 45 anni come innovatori nel campo odontoiatrico, abbiamo l'esperienza per offrire ai clienti tecnologie all'avanguardia affidabili per il trattamento efficace dei pazienti. **I loro sorrisi, le vostre competenze cliniche, le nostre soluzioni.**

Life TIME WARRANTY Nobel Biocare®

**Contattate il Servizio Clienti al numero 800539328
o visitate il sito internet nobelbiocare.com/active3**

Nobel Biocare®

© Nobel Biocare Services AG, 2011. 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. Esclusione di responsabilità: alcuni prodotti potrebbero non avere l'approvazione o l'autorizzazione alla vendita da parte degli enti normativi in tutti i mercati. Rivolgersi all'ufficio vendite locale Nobel Biocare per informazioni sulla gamma dei prodotti esistenti e la loro disponibilità.

Paura del dentista? Comfort e ambiente aiutano a superarla

In campo odontoiatrico, così come in altri ambiti medici, l'interesse per la "guarigione" si accompagna sempre più al "prendersi cura del cliente". Nella fase di progettazione di uno studio dentistico, è importante quindi che l'architetto rivolga la sua attenzione a un aspetto tutt'altro che secondario: la fobia del dentista, presente in molti, ancorchè causata da motivi psicologici differenti. Prendersi cura significa studiare l'ambiente odontoiatrico in modo da rendere la visita il più confortevole possibile.

Come può quindi l'ambiente influire positivamente su una persona in tensione, ansiosa, che attende di sottoporsi alle mani del dentista?
Ricerche psicologiche dicono che un paziente "pauroso" focalizza l'attenzione solo su alcuni stimoli dell'ambiente o che egli avverte nel proprio corpo. Obiettivi dell'architetto saranno quindi il relax, la distrazione, il comfort. Il che significherà creare uno spazio dedicato al ricevimento e all'attesa con, sempre più, le sembianze di un salotto domestico o di uno spazio in cui il paziente si senta a suo agio. Ricreare spazi che danno senso di protezione e di relax minimizza infatti lo stato ansioso. L'arredo della sala d'aspetto, il comfort della poltrona, gli aspetti organizzativi degli spazi, l'illuminazione hanno un'importanza non inferiore a quella degli strumenti di lavoro.
Uno studio medico all'avanguardia dovrà seguire le ultime tendenze in fatto di arredo, perchè design ed eleganza non sono caratteristiche molto comuni negli studi dentistici: si tende infatti a rispettare i contenuti, ma non si guarda al gusto nell'arredo. Per creare un ambiente confortevole e professionale, carico di personalità e prestigio servono cura dei particolari, linee essenziali, quasi rigorose, combinate a materiali costruttivi d'ultima generazione.
Un'ulteriore personalizzazione dell'ambiente deriva dall'utilizzo di oggetti di design, dove gli accessori divengono punti di riferimento visivo, colpiscono l'occhio e creano attenzione. Una delle possibili soluzioni per conferire l'approccio innovativo sarà l'abbinamento di materiali non comuni per i mobili in contrasto con le tonalità fredde delle pareti. Una volta definito il loro colore, sarà importante "vestirle" con stampe che non rappresentino il tipo di attività svolta (immagini di casi clinici, malattie rare o interventi chirurgici al limite della realtà) ma piuttosto qualsiasi forma di rappresentazione artistica.
Per spazi che lo consentono potrà essere appropriato installare schermi che propongono la visione di documentari naturalistici, per catturare l'attenzione e ingannare l'attesa. Giunto il proprio turno, sulla poltrona del dentista potrebbe esser utile un sottofondo musicale per allontanare la tensione. I benefici della musicoterapica sono ben noti e il progettare un impianto di domotica che consenta al paziente di rilassarsi, ascoltando musica durante la seduta, può apportare benefici. Diverso il problema di "quale" musica mandare in onda.
Oltre a essere architetto, chi scrive è anche una paziente, che, nel progettare un ambiente di lavoro delicato come quello odontoiatrico, cerca di immaginare quel che vorrebbe trovare al suo arrivo in studio: accoglienza, calore, pulizia, semplicità. Sicuramente, non un ambiente algido e senza personalità, dove, se per merito del medico non si prova dolore durante la visita, nessuna laurea in medicina potrà risparmiarle la sofferenza di sale d'aspetto sterili e tristi. A infliggere il colpo di grazia, magari anche qualche pianta di "vera plastica".
Per la cura dei denti l'architettura non è certamente indispensabile, ma può sicuramente offrire risposte concrete ai bisogni dei pazienti. Arriveranno i tempi in cui andare dal dentista probabilmente non sarà più un fastidio, ma addirittura una piacevole abitudine. Offrire ai pazienti un ambiente ospitale, significa anche comunicar loro "vieni a trovarmi più spesso, perché qui sei il benvenuto".

Angela Franco
arch.afranco@gmail.com

CORSO PRATICO
DI CHIRURGIA AVANZATA.
DISSEZIONE ANATOMICA
DELLA BOCCA.
IMPLANTOLOGIA
MINIMAMENTE INVASIVA.
CONTINUING EDUCATION.
PIEZOCHIRURGIA.
SINUSOSCOPIA.

Prof. Alain CARLIER
Dott. Luigi GRIVET BRANCOT Prof. a.c.

10 - 11 - 12 Maggio 2012
Institute d'Anatomie Liège

21ª EDIZIONE

CORSO NON SPONSORIZZATO

Informazioni: Luigi Grivet Brancot
tel. +39 011 5629674 e-mail: luigi.grivet@libero.it
Quota di partecipazione al corso (detraibile)
€ 2.400,00 fuori campo IVA - ex art. 7 quinques
DPR 633/72

PROGRAMMA

GIOVEDÌ

Ore 14:00 - Ritrovo in hotel a Liegi (Ramada Plaza).
RELAZIONI
Ore 14:30 - 16:00 - Dott. Luigi GRIVET BRANCOT Prof. a.c.
Anatomia chirurgica del Mascellare e della Mandibola.
Presentazione delle procedure chirurgiche per:
• Split crest
• Innesti a tunnel Dermici e Ossei
• Incremento orizzontale della cresta
• Inserimento di impianti su creste incrementate
• Rialzo parcellare del seno per via crestale in visione rinoscopica
• Grande rialzo del seno mascellare per via laterale in visione rinoscopica
• Inserimento di impianti dopo il rialzo del seno
• Conservazione siti post-estrattivi
• Implantologia a carico immediato
• Implantologia flapless
• Rilascio periostale
• Bypass del nervo alveolare
• Impianti nel tuber
• Piezochirurgia
• Rilascio del lembo linguale
• Muscolo milojoideo accessorio
Ore 16:00 - 16:30 - Prof. Sergio GANDOLFO
Le più frequenti pre cancerosi nel cavo orale
Ore 16:30 - 18:00 - Dott. Francesco GRECCHI
L'anatomia della fossa pterigo-palatina e la pratica chirurgica del tuber.
Ore 18:30 - 23:00 - Serata conviviale a Maastricht.

VENERDÌ

SALA ANATOMICA

Ore 8:30 - 11:00 - Prof. Alain CARLIER Anatomia dissezionale
• Canale alveolare
• Nervo infraorbitario
• Canale naso-palatino
• Arterie palatine, a. sottomentali
• Vascolarizzazione del mascellare
• Pavimento della bocca
• Loggia sottomandibolare
• Nervo linguale
• Seno mascellare
• Tuberosità mascellare

Ore 11:00 - 12:00 - Dott. Francesco GRECCHI
Dimostrazione pratica della chirurgia implantare del tuber.
Limitanti anatomiche della fossa pterigo-palatina.

Ore 12:00 - 18:00 - Dott. Luigi GRIVET BRANCOT Prof. a.c. e Tutors
Applicazione sui materiali anatomici freschi da parte dei corsisti delle tecniche illustrate.

RELAZIONI

Ore 18:00 - 18:30 - Dott. Fausto POLASTRI
All on four - pro e contro
Ore 18:30 - 20:30 - Prof. Raffaele VOLPI
Bisfosfonati ed Odontoiatria
Ore 20:00 - 20:30 - Discussione collegiale dei casi trattati.

Ore 20:30 - Serata conviviale a Liegi.

SABATO

SALA ANATOMICA

Ore 8:30 - 17:00 - Dott. Luigi GRIVET BRANCOT Prof. a.c. e Tutors
Applicazione da parte dei corsisti delle tecniche illustrate sui materiali umani anatomici freschi.
Ore 17:00 - 18:00 - Discussione collegiale dei casi trattati.
Consegna attestati di partecipazione. Trasferimento a Bruxelles in autobus.
Ore 21:00 - Serata conviviale a Bruxelles.

Prof. Alain CARLIER
• Professore di anatomia.
• Professore incaricato dei corsi di anatomia.
• Professore del reparto di chirurgia della della Clinica Universitaria di Liegi.

Dott. Luigi GRIVET BRANCOT Prof. a.c.
• Medico chirurgo. Specialista in Odontoiatria e protesi dentaria.
• Perfezionato in Implantologia.
• Professore a.c. per l'insegnamento della Anatomia Speciale Implantologica alla scuola di Specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica dell'Università di Torino. Direttore Prof. Sergio Gandolfo.
• Docente per l'insegnamento dell'Anatomia Speciale Implantologica al corso di aggiornamento di Implantologia Elettrosaldata presso l'Università degli Studi "G.D'Annunzio" di Chieti Direttore Prof. Stefano Fanali e in altri Atenei e corsi.
• Socio onorario SISBO Società Italiana Bifosfonati in Odontostomatologia presidente Prof. Raffaele Volpi.

IL GRUPPO DEI TUTORS È COMPOSTO DA:

Dott. Antonio AMADORI
Dott. Gianpaolo AVANZINI
Dott. Angiolo DEL PERO
Dott. Francesco GRECCHI
Dott. Franco OLIVERI
Dott. Fausto POLASTRI
Dott. Sergio SCALI
Dott. Stefano TORTI
Dott. Ezio ZANDANEL

Documento di Valutazione dei Rischi obbligatorio anche fino a 10 lavoratori

Ai sensi dell'art. 29 comma 5 dopo il 30 giugno 2012 i datori di lavoro che occupano fino a 10 lavoratori non potranno più autocertificare l'effettuazione della valutazione dei rischi. Con una recente sentenza la Corte di Cassazione Penale ha inoltre rigettato il ricorso di un'azienda sanzionata per non avere esibito durante un sopralluogo dell'Asl il Documento di Valutazione dei Rischi. La facoltà per le aziende fino a 10 lavoratori di ricorrere all'autocertificazione non esonera infatti il datore dal predisporre comunque una documentazione sulla valutazione effettuata, sia pure meno analitica.

La redazione di un Documento di Valutazione dei Rischi, anche se in forma semplificata, è sempre obbligatoria, come conferma il DLgs. 81/08, artt. 17 e 28. Il successivo art. 29 del DLgs. 81/08, al comma 5, prevede modalità semplificate di adempimento di tale obbligo per i datori di lavoro che occupano fino a 10 dipendenti. La sentenza sottolinea come l'obbligo di effettuare la valutazione, posto a carico del datore di lavoro, sia comunque rivolto a tutte le aziende, anche quelle piccole e non può essere liquidato come mero atto burocratico, essendo di alto valore tecnico e preventivo.

Fonte: www.Silaq.com

Uno su dieci ha paura di andare dal dentista

Non tutti si recano volentieri dal dentista. La paura spesso dissuade le persone dall'effettuare dei controlli regolari; il che può tradursi in una scarsa salute orale. La Dental Health Foundation britannica ha raccolto statistiche interessanti su questa paura così diffusa. Calcola infatti che nel Regno Unito uno su 10 soffra di una forte ansia, le donne più degli uomini. Secondo la Fondazione, la paura potrebbe nascere da brutte esperienze infantili oppure a spaventare è solo il pensiero di subire un trattamento. Capire dove sta il problema può aiutare a vincere la paura, che nel caso più comune si concentra sulla cura di una carie (30%) e sull'iniezione di anestetico (28%). Non si nasce tuttavia con questo terrore che "si può metabolizzare e vincere - dice un comunicato della Fondazione - visite abituali dal dentista sin da bambini contribuiranno a evitare l'ansia in età adulta". E poi l'odontoiatria moderna si è evoluta a tal punto da essere quasi priva di dolore: a superare la fobia del dentista contribuiscono tecniche di rilassamento e sedazione.Il sostegno di un amico e l'ascolto di musica può aiutare a smorzare la tensione. Il paziente deve essere consapevole che il dentista sa del loro disagio. Deve sentirsi libero di prenotare un appuntamento in un momento della giornata in cui è più comodo. Prima di iniziare il trattamento, ci si può mettere d'accordo su un segnale di stop nel caso in cui si abbia bisogno di una pausa.

Protezione dei lavoratori dai campi elettromagnetici

Il 30 aprile 2012 entra in vigore il Capo IV del Titolo VIII del DLgs. 81/2008 sulla protezione dei lavoratori dai rischi di esposizione a campi elettromagnetici. Le disposizioni riguardano la protezione dai rischi per la salute e la sicurezza dovuti a effetti nocivi a breve termine conosciuti nel corpo umano derivanti dalla circolazione di correnti indotte e dall'assorbimento di energia e da correnti di contatto. La scadenza del 30 aprile è riferita però in particolare alla definizione dei valori limite di esposizione e dei valori di azione. Da considerare tuttavia che sono già in vigore (con efficacia sanzionatoria dal 1 gennaio 2009) le disposizioni sulla protezione dagli agenti fisici contenute nel Capo I del Titolo VIII del TU. In particolare l'articolo 180 definisce gli agenti fisici d'interesse della norma e l'art. 181 - anche tramite il richiamo al più generale art. 28 sulla valutazione dei rischi - richiede esplicitamente al datore la valutazione dei rischi relativi a tutti gli agenti fisici e l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione, indipendentemente dall'entrata in vigore dei successivi capi specifici con particolare riferimento alle norme di buona tecnica e alle buone prassi.

Fonte: www.Silaq.com