COSMETIC & ENDO TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Novembre 2019 - anno XV n. 11

www.dental-tribune.com

AD

ESACROM
electronics and medical devices

SURGYSONIC MOTO
BREAKING NEW GROUNDS

Scegli la gamma Surgysonic®,
la svolta nella chirurgia dei tessuti duri.

ONE MORE STEP IN ULTRASONIC SURGERY

Via Zambrini 6/A - 40026 Imola (Bo) Italy
Tel. +39 0542 643527 - Fax +39 0542 482007
esacrom@esacrom.com
www.esacrom.com

Follow us on

SPECIALE MANAGEMENT

Si rinnova la soddisfazione in conclusione del III Congresso di Management dello studio e della professione odontoiatrica

Per il terzo anno consecutivo si è svolto a Marina di Carrara, il 27 e il 28 settembre, il Congresso di Management Odontoiatrico.

pagina 23

RUBRICA

Catturare l'esatta visuale dell'operatore

Luigi Rubino

AD

TePe

Scovolini
TePe

Qualità e
funzionalità
in ogni
dettaglio

NEWS INTERNAZIONALI
"Slow Dentistry" cerca di responsabilizzare i pazienti odontoiatrici 3

GESTIONE DELLO STUDIO
La qualità percepita del lavoro 7

FORMAZIONE - TRENDS
Addio alla lezione accademica nelle Scuole di Medicina? 25

Attuale sistema di formazione continua obbligatoria per odontoiatri

Intervista al dott. Stefano Almini

Patrizia Biancucci

© Stefano Almini

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato il 1° agosto scorso il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina", che la legge 244/'07, meglio conosciuta come legge Finanziaria 2008, ha reso operativo con l'articolo 2, comma 357. Il programma interessa «tutti gli operatori sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva, indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività, compresi dunque i liberi professionisti». Ordini e Collegi professionali, Associazioni accreditate e le rispettive Federazioni Nazionali «si collocano all'interno del sistema quali soggetti del tutto legittimati ad esercitare una propria funzione di responsabilità e garanzia dei professionisti e delle attività da questi svolte verso i cittadini».

› pagina 4

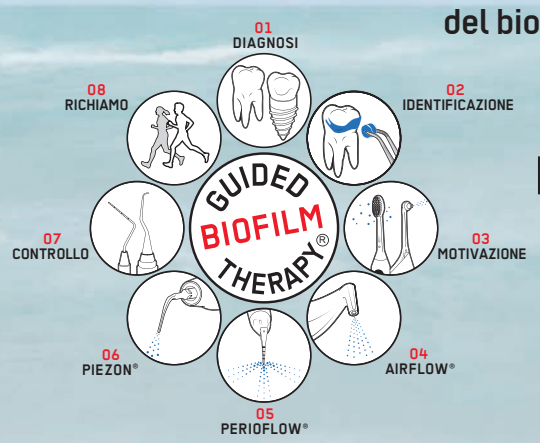
La scelta più adeguata appare l'adozione di videocamere miniaturizzate specificamente progettate per le particolari esigenze odontoiatriche che, come è noto, sono profondamente diverse da quelle delle altre discipline mediche, per posizionamento dell'operatore, distanza di lavoro, uniformità, intensità e qualità dell'illuminazione. La miniaturizzazione impedisce l'adozione di sistemi di stabilizzazione realmente efficaci, per cui tale ripresa richiede l'estrema immobilità della testa dell'operatore, condizione difficile da mantenere a lungo. Alcune aziende di questo tipo di telecamere dichiarano la presenza di stabilizzatori, ma occorre porre molta attenzione. Sono molti i miti e le incomprensioni riguardanti la stabilizzazione: l'uso di tale termine in assenza di movimento meccanico di alcune componenti del device potrebbe essere fuorviante ed è spesso adoperata con modalità volutamente sibillina. Lo stabilizzatore (meccanico), quello "vero", consiste nel movimento di alcuni componenti come elementi dell'obiettivo o il sensore, per controbilanciare le vibrazioni della camera sollecitata dagli impercettibili movimenti durante la ripresa. Esso è specificamente progettato per ridurre il mosso causato da movimenti della camera e non quello dovuto ad eventuali oggetti presenti nel campo di ripresa.

› pagina 9

AD

GUIDED BIOFILM THERAPY

Protocolli basati su prove di efficacia per la rimozione del biofilm da denti, tessuti molli e impianti



L'ORIGINALE SVIZZERO.
L'ECCELLENZA.
LA RIVOLUZIONE.

PROVA LA DIFFERENZA,
RICHIEDI UNA DEMO GRATUITA IN STUDIO!

EMS ITALIA S.r.l.
info@ems-italia.it

EMS

Il numero di casi di fibrosi polmonare idiopatica (IPF) tra i dentisti è 23 volte più alto rispetto alle aspettative

Intervista al dott. Randall Nett

La salute e la sicurezza dei dentisti è un argomento importante. Quando ad un certo numero di dentisti è stata diagnosticata la condizione generalmente mortale della fibrosi polmonare idiopatica (IPF) in una clinica della Virginia, i ricercatori della West Virginia University School of Dentistry e del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) hanno voluto scoprire di più. In un'intervista con Dental Tribune International, il Dott. Randall Nett della divisione Respiratory Health presso la NIOSH ha parlato della ricerca e degli sviluppi attuali.

Randall Nett

Dott. Nett, su cosa si sta concentrando esattamente il suo studio? Può dirci a che punto è la ricerca?

Inizialmente abbiamo descritto una serie di casi di IPF che si sono verificati in nove soggetti occupati nel settore odontoiatrico (otto dentisti e un odontotecnico) che sono stati trattati in una clinica specializzata in Virginia, negli Stati Uniti orientali, nel periodo compreso tra il 2000 e il 2015. Il numero di dentisti trattati per IPF era 23 volte superiore alle aspettative in base al numero di dentisti nella popolazione generale. Nei mesi successivi alla stesura di questo rapporto, e non correlato al rapporto, altri due dentisti sono stati trattati per l'IPF nella stessa clinica. Ciò significava che il numero di dentisti trattati per l'IPF nel periodo 2000-2017 era 29 volte superiore al numero previsto. Questa serie di casi descrivono un piccolo numero di dentisti trattati in una sola clinica specializzata, quindi ci sono dei limiti statistici alle conclusioni che possiamo trarre. I risultati devono essere confermati in altri centri di trattamento o attinti da una popolazione più ampia e, inoltre, abbiamo bisogno di studi più approfonditi che possano correlare l'attività lavorativa a questi casi di malattia. Al momento abbiamo dei risultati con i limiti sopradescritti e altri indizi, desunti dalla letteratura medica che indicano che i dentisti e altro personale del settore odontoiatrico potrebbero essere a rischio più elevato di alcune malattie polmonari rispetto alla popolazione generale, ci spingono a programmare per il prossimo futuro studi di valutazione dell'esposizione presso una più ampia gamma di cliniche dentali e diversi studi sulla salute del personale dentale. L'inizio di questi studi è previsto per ottobre 2019 e saranno condotti per quattro anni.

Può dirci qualcosa in più sui casi di IPF nella clinica della Virginia?

In totale, abbiamo identificato undici soggetti, dieci dei quali erano dentisti, che sono stati curati per questa condizione nella clinica specialistica nel periodo tra 2000 e il 2017. I pazienti erano maschi e l'età media era di 65 anni. La maggior parte dei pazienti era morta e siamo stati in grado di intervistarne solo due. I due dentisti che abbiamo intervistato hanno raccontato l'esercizio delle normali attività svolte dall'odontoiatra. Le loro attività includevano la lucidatura di apparecchi dentali, la preparazione di amalgami e impronte, l'assistenza o la dimostrazione del posizionamento della protesi mediante adesivi e lo sviluppo di radiografie. Siamo stati in grado di confermare, attraverso le recensioni delle cartelle cliniche, che cinque dei dentisti erano fumatori, condizione che rappresenta un fattore di rischio per l'IPF. La quantità di informazioni sull'attività, l'ambiente lavorativo e di altro tipo che potevamo recuperare dalle cartelle cliniche archiviate è stata limitata.

Di rado si parla della salute e della sicurezza del lavoro dei dentisti. Come si potrebbero implementare i i risultati del suo studio nel campo dentale?

Poiché i dentisti e l'odontotecnico identificati nella serie di casi non erano più giovani, noi speriamo di individuare quali siano le attività e le esposizioni ai rischi che nello studio odontoiatrico possano essere potenzialmente pericolosi al fine di monitorarle nel tempo e prevenire le malattie respiratorie.

Quali informazioni hanno dato i dati finora raccolti?

Siamo alle primissime fasi del nostro lavoro. Intendiamo iniziare la valutazione dell'esposizione e degli studi sulla salute ad ottobre 2019. Ci vorranno diversi anni per raccogliere, analizzare e riferire i risultati di questi studi. Abbiamo in programma di presentare e pubblicare i risultati iniziali di questi studi il prima possibile.

È necessaria una maggiore regolamentazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro per aiutare e consigliare i dentisti sulle migliori soluzioni da adottare quando si tratta della loro salute e della salute dei loro colleghi?

Sono necessari studi più ampi e sofisticati per valutare l'esposizione al rischio dello studio dentistico, i risultati sanitari tra il personale occupato nello studio odontoiatrico e il collegamento tra l'esposizione dello studio dentistico e gli esiti sanitari prima di poter raccomandare ulteriori norme sulla salute e la sicurezza.

Lo studio iniziale è stato pubblicato il 9 marzo 2018 in Morbidity and Mortality Weekly Report.

Dental Tribune International

AD

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

PUBLISHER/CHIEF EXECUTIVE OFFICER - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
DIRECTOR OF CONTENT - Claudia Duschek
SENIOR EDITOR - Michelle Hodas
CLINICAL EDITORS - Nathalie Schüller; Magda Wojtkiewicz
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
EDITORS - Franziska Beier; Brendan Day; Luke Gribble; Kasper Mussche
ASSISTANT EDITOR - Iveta Ramonaite
COPY EDITORS - Ann-Katrin Paulick; Sabrina Raaff
BUSINESS DEVELOPMENT & MARKETING MANAGER Alyson Buchenau
DIGITAL PRODUCTION MANAGERS Tom Carvalho; Hannes Kuschick
PROJECT MANAGER ONLINE - Chao Tong
IT & DEVELOPMENT - Serban Veres
GRAPHIC DESIGNER - Maria Macedo
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION & EVENT MANAGER - Sarah Schubert
SALES & PRODUCTION SUPPORT Puja Daya; Hajir Shubbar; Madleen Zoch
EXECUTIVE ASSISTANT - Doreen Haferkorn
ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Anita Majtenyi; Manuela Wachtel
DATABASE MANAGEMENT & CRM - Annachiara Sorbo
MEDIA SALES MANAGERS - Melissa Brown (International); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Maria Kaiser (North America); Weridiana Mageswki (Latin America; Barbora Solarova (Eastern Europe); Peter Witteczek (Asia Pacific)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

Editorial material translated and reprinted in this issue from Dental Tribune International, Germany is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. All rights are reserved. Published with the permission of Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited. Dental Tribune is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

©2019, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' 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, claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH
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.
c/o Yonto Risio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan, Kowloon, 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: +1 212 244 718

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XV Numero 11, Novembre 2019

MANAGING EDITOR - Patrizia Gatto
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.C. Pescarmona, G.E. Romanos, P. Zampetti
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Biancucci, E. Campagna, P. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit. C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, B. Rapone, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, A. Trisoglio
CONTRIBUTI
E. Amerio, P. Biancucci, V. Carbone, S. D'Antico, P. Gatto, P. Innocenti, C. Murari, G. M. Nardi, G. Olivi, M. Olivi, L. Rubino, E. Ruga, M. Tiberio.
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Coordinamento: Adamo Buonerba
Editor: Carola Murari
C.so Enrico Tazzoli 215/13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
GRAFICA - Tueor Servizi Srl
GRAPHIC DESIGNER - Giulia Corea
STAMPA
Musumeci S.p.A.
Loc. Amérique, 97 - 11020 Quart (AO)
Valle d'Aosta - Italia
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari
[alessia.murari@tueorservizi.it]
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
C.so Enrico Tazzoli 215/13
10137 Torino
Tel.: 011 3110675
Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00

FSC www.fsc.org MISTO Carta da fonti gestite in maniera responsabile FSC® C102788

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.

© hedgehog94/Shutterstock

“Slow Dentistry” cerca di responsabilizzare i pazienti odontoiatrici

LUCERNA, Svizzera: Lo Slow Dentistry è un concetto sviluppato da un gruppo di clinici internazionali per combattere la pressione nell’eseguire e ottenere risultati immediati nella pratica odontoiatrica, spesso esercitata dall’industria dentale.

Il concetto si basa su quattro principi chiave universali che i pazienti possono utilizzare come propria checklist. Questo “pensiero” ha lo scopo di consentire ai pazienti di essere responsabili della loro sicurezza, benessere e comfort e di aiutarli a comprendere meglio il trattamento dentale.

Secondo un rapporto pubblicato all’inizio di quest’anno, i dentisti del Regno Unito avvertono un alto livello di stress e di “burn-out” sul posto di lavoro. Il documento suggerisce che i futuri interventi non dovrebbero concentrarsi esclusivamente su soluzioni individuali, come la gestione dello stress, ma anche su soluzioni globali, come il cambiamento degli aspetti dell’ambiente lavorativo. Secondo Slow Dentistry, uno spostamento verso un ritmo più lento di cure non solo garantirebbe la sicurezza del paziente, ma ridurrebbe anche i fattori scatenanti che causano ansia per i professionisti.

«I quattro cardini sono facilmente identificabili e sono un mezzo per consentire ai pazienti di influenzare la propria sicurezza e il proprio benessere dal dentista. Incoraggiamo tutti a insistere per avere il tempo di spiegare e comprendere, per garantire ‘efficacia dell’anestetico e prendere nota di tutti gli aspetti dell’igiene», ha affermato il dott. Miguel Stanley, cofondatore di Slow Dentistry. "Mentre ci auguriamo che tutto ciò accada – e, in molti casi, accade – i cardini dello “Slow Dentistry” incoraggiano i pazienti ad assumere un certo controllo oltre i loro appuntamenti», ha commentato.

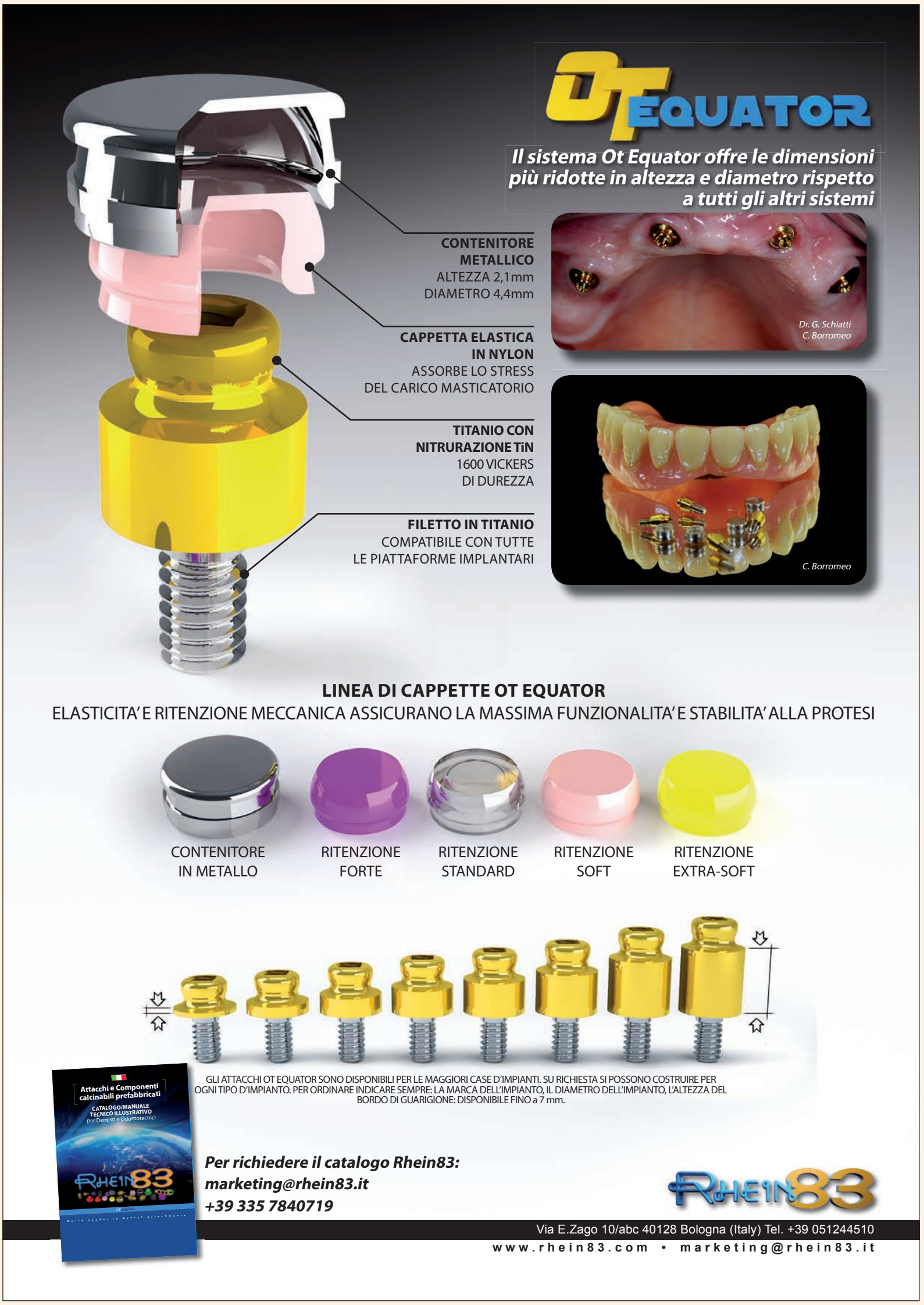
«Avendo creato una vasta base di pazienti attraverso la mia passione e il mio amore per l’odontoiatria, mi sono trovato sopraffatto e incapace di far fronte alla crescente lista di pazienti. Presto mi sono reso conto che il tempo era quello di cui avevo bisogno e ciò che è essenziale per fornire la migliore assistenza ai miei pazienti», ha affermato la dott.ssa Rhona Eskander, una delle ambasciatrici mondiali di Slow Dentistry.

«Mi sono imbattuto in Slow Dentistry, l’epitome dell’eccellenza in odontoiatria. Non è necessario scendere a compromessi. Presto ho apportato modifiche attive per garantire ai miei pazienti il meglio. Questa è una piattaforma da tempo attesa e sono onorata di far parte di qualcosa che è destinata a rimodellare la sfera dentale attraverso il suo approccio centrato sul paziente», ha continuato.

I quattro cardini riguardano la disinfezione dell’ambiente, il consenso informato, l’anestesia e l’utilizzo della diga, per i quali il paziente pone le seguenti domande:

- Il trattamento è avvenuto dopo accurata disinfezione?
- Sono stati spiegati i rischi e i benefici e io, il paziente, ho firmato un modulo di consenso?
- Il mio anestetico funziona?
- È stata utilizzata una diga di gomma ove necessario per prevenire la contaminazione incrociata?

Dental Tribune International



Attuale sistema di formazione continua obbligatoria per odontoiatri

Intervista al dott. Stefano Almini

Il dott. Stefano Almini

< pagina 1

Malgrado questo, nel 2016 più del 40% dei professionisti non è riuscito ad aggiornarsi e completare i 150 crediti del triennio formativo e quindi, dal prossimo triennio, dobbiamo aspettarci le sanzioni ordinistiche per chi non sia in regola con i punteggi. Il decreto attuativo della legge sulla sicurezza delle cure prevede che dal 2023 si valuti il mancato aggiornamento, attestato dai crediti ECM, ai fini dell'eventuale condanna del medico portato in giudizio per un danno a un paziente. Come evitare conseguenze a professionisti con ragioni valide per trovarsi pochi punti sotto fabbisogno? A Bari sono state annunciate decisioni importanti della Commissione Nazionale Formazione Continua, come riferito da Roberto Stella, Coordinatore Nazionale Area Formazione FNOMCeO e membro della Commissione: «Molti colleghi, non solo medici, sono lontani dall'aver soddisfatto il debito formativo. Spesso, il mancato aggiornamento non è colpa loro... ed è stato difficile sobbarcarsi tutte le spese per molti liberi professionisti. La Commissione ha fin qui consentito di utilizzare il triennio formativo 2017-2019 per recuperare anche i crediti mancati nel precedente triennio 2014-2016, di ottenere 30 crediti di riduzione se nel triennio 2014-2016 si era acquisito un alto numero di crediti, di totalizzare fino al 20% dei crediti con autoformazione, strumento fin qui purtroppo sotto-utilizzato».

Negli anni recenti la Commissione Nazionale ECM ha cercato di migliorare i punti critici e la rigidità delle regole ha lasciato il posto ad una maggiore flessibilità, come ad esempio la possibilità di utilizzare la FAD al 100% come strumento di aggiornamento, come pure per i professionisti dei territori colpiti dai terremoti del 2016 e 2017; la Commissione ECM a fine luglio ha ridotto da 150 a 75 il numero di crediti formativi dell'attuale triennio.

Dalla fine del 2019 i provider hanno 3 mesi di tempo per trasmettere i crediti conferiti. Anche la FNOMCeO sta facendo la sua parte: sul portale, in corrispondenza della piattaforma della Fondazione Piero Paci, tra i vari FAD c'è il progetto C.A.R.E. (Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia) – prevenire, riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute che permette di acquisire 50 crediti in una settimana di frequenza. Per chiarire i punti fondamentali del sistema ECM rivolgiamo qualche domande al massimo esperto in Italia, il dott. Stefano Almini, presidente CAO (Coordinamento Albo Odontoiatri) Bergamo, già componente della Commissione Nazionale ECM e attualmente unico odontoiatra nella Commissione ECM regione Lombardia. Il dott. Almini terrà un seminario con 5 crediti ECM dal titolo "ECM: Come, dove, quando, perché!" martedì 28 gennaio 2020, ore 19-22, proposto gratuitamente dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino presso Villa Raby, corso Francia 8, Torino.

Dott. Almini, acronimo ECM: vale a dire?

La risposta può essere semplice e banale: Educazione Continua in Medicina.

Quale significato contiene questo acronimo?

La risposta si basa solo sui termini che siamo abituati ad immaginare quando si parla in generale di educazione. ECM appare soltanto come un sistema che impone un percorso educativo, che già non piace come formulazione, né si presenta in modo accattivante. Il laureato in medicina o odontoiatria ha forse bisogno di essere educato? Deve forse ritenere necessario un percorso imposto di formazione (come una sorta di educazione), un obbligo di aggiornamento? Ma anche no, diremmo immediatamente con un linguaggio sfacciato.

Qual è allora il significato profondo dell'ECM?

Le radici delle parole sono i loro etimi. Gli etimi esprimono il focus iniziale del messaggio originale che nel tempo può perdersi o banalizzarsi. Educazione, come sintesi di due parole latine ("ducere" come verbo e "actio" come sostantivo), indica la volontà di dare un senso di marcia alle azioni, un comando orientato all'agire. Continua, in questo caso come avverbio, indica che la temporalità della formazione che è "in continuum", ovvero non ha termine ma ha solo inizio. Medicina, come parola e concetto derivanti dal greco, apporta il valore di "prendersi cura" di ciò che facciamo, qualunque attività sia. Potrei allora tradurre l'ECM in: «Caro collega, cerca di dare una direzione alle tue azioni che, in modo costante, richiedono cura perché si prendono cura del paziente». Un significato che piacerebbe a Ippocrate, a un Ordine Professionale e non a un franchising odontoiatrico.

Dott. Almini, perché si chiamano "crediti" ECM?

Potrei rispondere perché con la formazione si è sempre in credito. Ma nella realtà dei fatti la scelta di questa parola credo sia stata orientata dalla precedente accezione del termine che, come credito formativo, intendeva la strutturazione intellettuale di un credito professionale, inteso come il valore della credibilità delle competenze che appartengono al professionista sanitario, formato e laureato grazie ad un percorso universitario ma anche aggiornato nel tempo.

© fizkes/Shutterstock

Dove e quando è stato ideato questo sistema di controllo inerente all'aggiornamento professionale?

Il concetto di dedicare tempo alla formazione è già scritto nel Giuramento di Ippocrate nel 300 a.C. Nulla di nuovo sotto il sole, anzi una promessa antica, come dedica del proprio tempo professionale finalizzata a rispondere alla fiducia del paziente che ci sceglie, in libera professione, in quanto depositari di scienza, ma anche di coscienza. L'Italia non ha inventato l'ECM in questo senso perché il merito di questa promessa di aggiornamento appartiene al mondo greco. Tuttavia si sviluppa come concetto di valore professionale nei paesi anglosassoni, nei quali l'aggiornamento professionale è delegato alla singola coscienza professionale, come risposta etica alla domanda di salute e terapia del paziente. Questo percorso di autocertificazione dell'aggiornamento è tipicamente affidato a coloro che, per consuetudine mentale, sono da sempre abituati al rispetto del Sistema/Stato a cui appartengono, autocertificazione in un percorso di competenza al quale si abbina al concetto di "crediti", come verificabilità degli organi deputati al controllo (randomizzato) degli iscritti agli Ordini professionali. Questa visione di documentare il proprio percorso (solo su richiesta degli Ordini, in una casuale estrazione di iscritti che poi dovranno documentare il loro aggiornamento, pena l'eventuale sospensione) forse non avrebbe potuto essere ripetibile in altre nazioni europee meno inclini ai concetti della libera volontarietà e delle autodichiarazioni. L'Italia, per esempio, ha precisato nella propria Costituzione il Diritto alla Salute (art.32) e ha attivato una sanità pubblica universalistica, che necessita di un codice di verifica numericamente definito, corrispondente ad un monte ore di tempo/valore destinato all'aggiornamento.

Questi crediti hanno quindi un riconoscimento sul territorio europeo?

Come all'inizio degli anni duemila l'euro diventò la moneta europea, eliminando i franchi francesi, i marchi tedeschi, i fiorini olandesi e le lire italiane, e le barriere doganali sparirono dai valichi di frontiera, così anche per i professionisti sanitari arrivò la libera circolazione nei paesi europei, secondo un mutuo riconoscimento dei percorsi di laurea. Questo spiega perché i 150 crediti, come valore numerico standard del triennio formativo in Italia, è lo stesso in altre nazioni europee, salvo alcune come la Francia che hanno scelto la quinquennalità formativa, mentre in Italia esiste la triennalità. Comunque avere un obbligo di 150 crediti in 3 anni o 250 in 5 anni corrisponde alle stesse regole e agli stessi numeri.

Esiste attualmente qualche novità riguardo alla triennalità?

Grazie per questa domanda. Dal triennio formativo ECM precedente, a cui ho partecipato, abbiamo eliminato in Commissione le rigide "barriere" delle singole annualità di un triennio. Intendo dire che mentre negli anni passati i 150 crediti dovevano essere "raggiunti" secondo una temporalità di 50 crediti all'anno, oggi non esistono limiti annuali: infatti i 150 crediti appartengono al triennio nella sua totalità come entità globale, permettendo la gestione dei crediti con maggiore elasticità in un arco di tempo meno assillante della singola annualità.

Dott. Almini, l'ECM esiste anche per professionisti in ambiti non sanitari come commercialisti, ingegneri, avvocati e altri?

Sì, sebbene non conosca i dettagli, so per certo che, per esempio, il sistema dei crediti è molto severo per i giornalisti; per gli avvocati i crediti formativi hanno un percorso di singole annualità mentre i commercialisti devono raggiungere 90 crediti in un triennio, con un minimo di 20 all'anno, di cui 3 crediti obbligatoriamente dedicati a materie di deontologia e riciclaggio. Questo significa che ogni professione risponde alla propria coscienza e che, anche se perfettibile, migliorabile, implementabile, il sistema della formazione continua è richiesto come un requisito della attività professionale. Nel nostro caso, la legge che specifica la formazione continua come requisito per operare in capo sanitario è del 1992, dunque qualche anno è passato.

Quale ente si occupa degli ECM?

Occorre distinguere due entità distinte ma sinergiche: Agenas e Cogeaps. Non entro nel dettaglio per spiegare parola per parola il significato di queste sigle. Potrei invece proporre l'immagine di Agenas come la Casa Comune intellettuale, quella in cui sono progettati gli obiettivi formativi, la quantificazione dei crediti, le regole che il provider deve osservare. Cogeaps, come immagine di facile impatto, potrebbe corrispondere alla Banca, una banca dati, ovvero la banca delle anagrafiche, cioè il contenitore delle anagrafiche di ogni

> pagina 5

< pagina 4

professionista. Questi dati anagrafici sono inviati al Cogeaps dagli Ordini di appartenenza, quando ognuno di noi si iscrive al proprio Ordine. Nella piattaforma Cogeaps sono "memorizzati" i trienni formativi di ogni professionista sanitario. Il sistema in automatico nel tempo ha regalato eventuali bonus alla storia formativa (virtuosa) di tutti noi. Accade che molti colleghi, aiutati in primis ad accedere alla piattaforma Cogeaps, scoprano con stupore di non avere l'obbligo triennale dei 150 crediti standard, ma molti meno grazie proprio all'inserimento automatico dei crediti ottenuti dal provider, sempre che abbia correttamente pagato le tasse ministeriali e garantito ai partecipanti l'effettivo numero di crediti elargiti con gli eventi formativi.

Come si fa a sapere di quanti crediti abbiamo bisogno per essere in regola e quindi se abbiamo maturato il numero sufficiente?

Domanda perfetta e la stessa che molti colleghi mi rivolgono durante il mio tour itinerante per l'Italia (38 città ad oggi). La mia risposta è: «devi prima di tutto accedere alla piattaforma Cogeaps, inserire una serie di dati richiesti e dopo avere ricevuto la password entrare di fatto nel sistema», come si farebbe nella propria banca, per chiedere lo stato del proprio conto corrente. Nel caso del Cogeaps, oltre all'area dedicata ai dettagli anagrafici del professionista e due aree dedicate al Dossier (individuale e di gruppo), è fondamentale l'area delle "partecipazioni" agli eventi formativi. Cliccando su questa area, si apre il panorama sconfinato di tutti i trienni formativi del passato, la cui risultante in termini di bonus premianti, indicherà esattamente l'obbligo formativo da raggiungere nel triennio attuale. Così finalmente ogni collega conosce il numero effettivo di crediti a cui l'obbligo è strettamente collegato.

Possiamo contare su una sorta di retroattività e/o di recupero?

Una delle delibere del precedente triennio ha permesso lo spostamento dei crediti dal triennio 2017/2019 al triennio 2014/2016. Questa procedura è permessa come eccezione alla regola e non sarà più permessa in futuro. Ma prima di spostare nel passato un certo numero di crediti (quelli acquisiti nel triennio in corso), occorre prima verificare quale sia il debito formativo del triennio passato e contemporaneamente il numero di crediti raggiunti nel triennio in corso. Lo spostamento di crediti nel triennio passato, infatti, non permette errori perché una volta spostati non possono più essere recuperati. Quindi, prima di decidere, occorre valutare con attenzione la convenienza. Un consiglio: anziché cercare di compensare un triennio precedente con pochi crediti, determinando un impoverimento numerico del triennio in corso, è meglio concentrare le "forze" solo sul triennio in essere che ormai è al termine. Ottenere infatti un totale assolvimento dell'obbligo formativo in questo triennio può essere una meta raggiungibile, tanto più che tra pochi mesi quello di adesso sarà considerato un "triennio passato", visto che si attiverà il triennio 2020/2022.

Dott. Almini, è possibile accumulare crediti anche per il triennio successivo?

Domanda sibillina... ora spiego: se nel triennio in corso si raggiunge un certo numero di crediti, il sistema stesso in automatico "premia" il professionista sanitario, diminuendo di un certo numero di crediti l'obbligo formativo per il triennio futuro. In un certo senso più che accumulare, il sistema preferisce il verbo "raggiungere". Raggiungere il numero prefissato che corrisponde ad un percorso formativo accreditato ECM relativo allo status personale di ogni professionista. Raggiungere la meta corrisponde, appunto, all'ottenimento automatico dei bonus, ovvero un abbassamento del totale dei crediti. Ecco perché consiglio di investire energie nel raggiungere il totale dei crediti obbligatori del triennio in corso: questo potrà generare bonus di crediti nel prossimo triennio ormai alle porte.

Possiamo concludere con un "arrivederci" per saperne di più sul Dossier Formativo e altro?

Certamente sì. Potremmo dire che questo "aperitivo" di ECM potrà poi addentrarsi nelle "pietanze" più delicate, come il Dossier Formativo, l'autocertificazione, gli esoneri e le esenzioni, il recupero di crediti non ottenuti dai provider nonostante l'attestato di presenza, la validazione dei crediti ECM acquisiti all'Estero nel sistema italiano. Insomma, l'appetito vien mangiando e, visto che l'ECM è tutt'altro che un piatto prelibato, da buon odontoiatra posso dire che la traduzione di ECM potrebbe anche essere "Ecco Come Masticarlo", ovvero come imparare a "digerire" un boccone poco piacevole che sembra imposto senza senso. Ci viene allora incontro l'articolo 19 del nostro Codice Deontologico e leggendolo si rimane sorpresi perché si comprende che l'aggiornamento è un dovere deontologico. Quindi, boccone dopo boccone, incominciamo a prendere confidenza con questo "obbligo", trasformandolo in un'opportunità di crescita professionale, al di là di ogni pregiudizio e di ogni "sapore amaro".

Patrizia Biancucci

Carestream DENTAL

SEGUI LA CORRENTE

Workflow illimitati. Infinite possibilità.

Entra nella nuova era dell'esplorazione intraorale con gli scanner e il software CS ScanFlow di Carestream Dental. Accuratezza dimostrata. File aperti. Capacità di flusso di lavoro senza limiti. Opzioni ampliate di elaborazione. Esportazione con un solo clic. Capacità touch screen. Grazie a un nuovo flusso di lavoro interamente aperto e alle funzionalità avanzate, le possibilità sono infinite.

Per scoprire le novità, visita carestreamdental.com/CSScanFlow_it, scrivi un'e-mail all'indirizzo info@emea.csdental.com oppure contatta un Rappresentante Carestream Dental.

WORKFLOW INTEGRATION | **HUMANIZED** TECHNOLOGY | **DIAGNOSTIC** EXCELLENCE

© 2019 Carestream Dental LLC. 18917_IT AL CS SCanFlow AD 0719

AD

“Dobbiamo passare dall’immobilismo alla cura del paziente/cliente”

Intervista al prof. Aurelio Gisco

Il prof. Aurelio Gisco

Il mondo sta cambiando anche nel settore healthcare e nello specifico in quello odontoiatrico, perché da un approccio tecnico-scientifico stiamo passando ad un approccio patient-based, le strategie di mercato risentono delle radicali innovazioni, il settore presenta ormai uno scenario caratterizzato da un’offerta competitiva con concorrenti sempre più agguerriti e clienti attenti alla qualità. Le innovazioni del mercato propongono nuovi modelli di business che minacciano la quotidiana operatività nello studio odontoiatrico tradizionale, i dentisti italiani soffrono per la concorrenza dei Paesi dell’Est, nonostante siano universalmente riconosciuti come i più bravi al mondo, la comparsa delle “cliniche del sorriso”, pressoché raddoppiate tra il 2012 e il 2015, dei low cost e delle cooperative dentali hanno messo in allarme una parte della professione odontoiatrica, sebbene la domanda interna tra il 2009 e il 2017 riveli di fatto un mancato reale sviluppo del mercato.

Lo studio monoprofessionale che non si adegua al cambiamento in atto rischia di diventare “invisibile” e di realizzare così la temibile profezia di David Vice, CEO Northern Telecom, per il quale “in futuro ci saranno due tipi di aziende: quelle veloci e quelle morte”.

Per fortuna molti studi mediograndi hanno ampliato la visione imprenditoriale e il sistema di pianificazione e controllo strutturato, introducendo strategie efficaci come l’orientamento alla persona, la giusta attenzione al cliente/paziente per incrementare la retention, le competenze tecnologiche, la gestione proattiva, la previsualizzazione del piano di trattamento, la reputazione dello studio, la formazione di tutti i componenti del team, al fine di facilitare lo sviluppo di una relazione personale e continuativa con il paziente/cliente. Uno dei massimi esperti nel settore, che possiamo definire odontoiatrico-aziendale, è il prof. Aurelio Gisco, attualmente amministratore delegato e direttore generale SE.ME.A, una multinazionale americana, che ha ricoperto nel corso degli anni incarichi da senior executive in aziende operanti nel settore dentale, medicale e healthcare. Autore di libri e ricerche a livello internazionale, con diverse lauree che spaziano dalla Medicina, all’Economia, al Marketing, Gisco da oltre vent’anni si occupa di ricerca e formazione, in collaborazione con le più prestigiose università italiane e americane nell’area marketing e vendite; in particolare, collabora su temi di marketing e sales con l’Area Marketing di SDA Bocconi School of Management, professore a contratto di Economia Aziendale presso l’Università Vita e Salute San Raffaele di Milano, docente del master in Marketing presso BBS (Bologna Business School) e alla Columbia University. La sua è una visione realmente a 360° e quando afferma «Dormo solo tre ore a notte, come mio padre e mio nonno. Quando non lavoro mi dedico a mio figlio: lo vizio ma se lo merita» non è difficile credergli data la mole delle sue competenze.

Prof. Gisco, secondo lei, sfugge qualcosa al dentista che si lamenta del calo di lavoro, incolpando “la crisi che morde”, le catene low cost, i pazienti che “non sono più quelli di una volta”?

Il mondo sta cambiando ad una velocità allucinante e il rischio è che alcuni dentisti prendano i limiti della loro visione per i limiti del mondo. Questo potrebbe davvero rappresentare la disfatta dello studio tradizionale, perché se non si è veloci e non si è reattivi, il solo lamentarsi, il “ fare come si è sempre fatto” non porta all’acquisizione di nuovi clienti/pazienti. Quello che è importante comprendere oggi è che sempre più di ieri, in un mondo iper-connesso, in cui i clienti/pazienti sono iper-informati bisogna esserci, essere al loro fianco, essere diversi. Vale per clienti/pazienti dello studio, ma anche e forse di più per i consumatori in senso tradizionale.

Un concetto da scolpire non nella pietra ma nella nostra mente: i mercati sono sempre più interdipendenti e trasversali. Pensate alla farmacia tradizionale che si trasforma in “boutique” e alle imprese farmaceutiche che soffrono la concorrenza di imprese food che presentano al mercato cibi “funzionali” come lo yogurt anticolesterolo. Ma torniamo sulla farmacia, entrando oggi vi sembra di entrare in una farmacia “tradizionale”? La risposta che mi do io è no. La trasformazione è evidente: dalla catena di approvvigionamento fino all’approfondimento sulla cura primaria, dal ruolo di intermediario e rivenditore a quello di consulente esperto in salute e benessere. Dalle popolazioni in via di sviluppo dell’India e della Cina ai mercati più sviluppati come U.K., questa evoluzione è in fase di rapida accelerazione. Con mercati così interdipendenti, il care al paziente deve essere differente.

Come sta cambiando il mercato dell’Healthcare, con particolare riferimento a quello odontoiatrico?

Il settore healthcare ha saputo interpretare questo cambiamento e sta agendo di conseguenza per mettere il paziente al centro. Bayer scommette sulla gamification, grazie a Didget monitora il livello di glucosio nel sangue e si connette alla console per bambini Nintendo DS, offrendo ai giovani pazienti ricompense per le buone abitudini acquisite e i progressi nell’analisi continua della glicemia. Ma concentriamoci sul settore odontoiatrico che non rimane immune alla trasformazione digitale e al peso crescente dell’odontoiatria estetica. Si possono identificare tre direttrici di cambiamento. La prima il retailing, si consolidano i nuovi format in franchising; la seconda, le metodologie, le nuove tecniche rivoluzionano la diagnostica e le terapie; la terza, il rapporto dentista-paziente. Internet crea una disintermediazione dei canali tradizionali e l’arrivo al digitale.

È sorprendente l’evoluzione di Amazon, non solo nel settore entertainment con la creazione di contenuti propri, ma guardando all’healthcare e all’odontoiatrico, un nuovo player di distribuzione sta cambiando le regole del gioco. Dal 2017 al 2018 ha ampliato la propria offerta di prodotti healthcare e dentali di quasi 4,5 volte, da poco più di 9.000 a 40.000.

Quali sono i nuovi modelli di business che minacciano la quotidiana operatività del dentista?

Luogo comune era che i dentisti italiani soffrono per la concorrenza dei Paesi dell’Est, nonostante siano abbastanza riconosciuti come tra i più bravi al mondo, oggi ci sono concorrenti che hanno invece innovato introducendo sul mercato nuovi modelli di business, ad esempio le così dette catene di “cliniche del sorriso” che da 214 nel 2014 sono cresciute a 482 nel 2015.

Ma non solo, nuovi modelli di business nascono anche se ci si orienta al costo, come le cliniche low cost e le cooperative dentali. Osservando però i dati di domanda interna tra il 2009 e il 2017, si nota di fatto un mancato reale sviluppo del mercato. Qualcosa di diverso deve essere messo in atto e si torna alla strategia patient-based.

Prof. Gisco, il passaggio da un approccio tecnico-scientifico ad uno patient-based quali benefici porta allo studio odontoiatrico?

Un mantra importante per lo studio: clienti e pazienti soddisfatti comportano una diminuzione del rischio di business. Fatta questa premessa, è importante sottolineare come il mondo odontoiatrico sia passato, ma non ancora per tutti, da un approccio tecnico-scientifico ad uno patient-based. I benefici sono molteplici, lo studio che pone il cliente al centro accresce la fedeltà, attiva effetti di cross selling, up selling e trading up e questo riduce sensibilmente la vulnerabilità verso i competitors aumentando la fidelizzazione.

È così possibile rafforzare la propria reputazione e incrementare il passaparola positivo per favorire l’acquisizione di nuovi pazienti-clienti. Solo così possiamo ridurre i costi fissi e i rischi legati alla gestione dell’attività.

Prof. Gisco, alla domanda “Dead or Alive?” tutti vorremmo rispondere “Alive!” ma non sempre sappiamo come fare. Lei ha qualche ricetta semplice ed efficace per i titolari di studio monoprofessionale, che sono poi la maggior parte dei dentisti italiani?

Alive! Anche la mia risposta. La mia ricetta ha tre ingredienti: conosci i tuoi pazienti-clienti, crea valore per i tuoi clienti-pazienti e, come ultimo ingrediente, organizza lo studio e le risorse in una prospettiva manageriale.

Cosa significa creare valore per i propri pazienti odontoiatrici?

Creare valore significa ricordare sempre che abbiamo di fronte a noi persone che vogliono stare bene, non solo essere curate. Dobbiamo quindi sapere esattamente come condurre l’accoglienza del paziente in studio e le prime visite. Significa, inoltre, coltivare la relazione di lungo periodo con il paziente-cliente. Credo valga sempre il principio della sostanza e della forma, non possiamo sottovalutare l’immagine dello studio; è questa infatti che contribuisce a dare una rappresentazione della tecnologia che come professionisti siamo in grado di utilizzare.

I primi due aspetti riguardano l’esterno, ma anche il rapporto con i fornitori è un elemento di valore. Dobbiamo essere in grado di scegliere il “giusto fornitore”, colui capace di offrici il “giusto prodotto” che può facilitare l’attività del professionista, quello con cui sappiamo è possibile generare una partnership, quel fornitore che sappiamo rimarrà al nostro fianco e saprà supportarci rapidamente qualora si verificassero delle problematiche, aiutandoci a servire il paziente/cliente a 360°. Le persone sono al centro, non solo i nostri pazienti/clienti, ma anche il nostro team. Quanto “prescritto” funziona se il team dello studio è coeso, è formato costantemente e ha il giusto mindset, per mettersi proattivamente a disposizione del cliente/paziente. Una volta creato il valore per lo studio questo deve essere consolidato, è la reputazione, e mantenuto grazie ad una managerializzazione dello studio.

Prof. Gisco, la gestione manageriale sta diventando imprescindibile per ottenere il successo dello Studio odontoiatrico. Quali i punti fondamentali a cui deve fare riferimento il dentista/imprenditore?

Il settore presenta ormai uno scenario caratterizzato da un’offerta competitiva con concorrenti sempre più agguerriti e clienti attenti alla qualità. In Italia sono presenti 40 mila studi odontoiatrici di cui oltre 2 mila quelli con due o più sedi o di medio-grandi dimensioni, e il numero di studi strutturati che necessitano di gestione manageriale è destinato ad aumentare notevolmente nei prossimi anni. Lo studio mediogrande “illuminato” ha ampliato la visione imprenditoriale e il sistema di pianificazione e controllo strutturato, introducendo la figura del Dental Office Manager. (DOM). La necessità di questa nuova figura è fondamentale all’interno di grandi cliniche e insegne di odontoiatria organizzata - oggi quasi 800 sedi, cresciute del + 262% dal 2012 a oggi -, ma anche strategica per qualsiasi tipologia di studio dentistico che vuole rispondere al cambiamento, essere competitivo sul mercato e crescere. Questo consente di reagire in tempo reale ai feedback dei pazienti/clienti, trasformando una pessima esperienza in un’ottima occasione per una prestazione futura. È fondamentale sviluppare una gestione proattiva del mercato, senza temere la concorrenza, nemmeno quella dell’area low cost.

Il Dental Office Manager ha così il compito di facilitare il mantenimento dei pazienti/clienti attuali, sviluppare l’area commerciale per il contatto con i nuovi potenziali pazienti/clienti.

È al Dental Office Manager che fa capo l’attività di programmazione e controllo, ma anche la comunicazione e il rafforzamento dell’immagine dello studio. Tengo a ribadire che l’85% dei pazienti, e non solo nel dentale, cerca informazioni su internet e il 55% legge le recensioni su un medico o un altro professionista sanitario prima di consultarlo (Ansa.it – Rapporto Philips 2016).

Non possiamo non essere presenti e non possiamo non essere riconosciuti dai nostri pazienti/clienti.

E allora Dead or Alive? Per essere “Alive” dobbiamo passare dall’immobilismo alla cura del paziente/cliente. Questa è l’unica strategia da seguire.

Patrizia Biancucci

La qualità percepita del lavoro

Arch. Massimo Tiberio, libero professionista in Torino.

Che cos'è la qualità del lavoro? La qualità del lavoro è l'eccellente risultato prestazionale. Questa è la classica definizione standardizzata alla domanda, ma se la analizziamo più correttamente ci rendiamo conto che per dare una definizione esatta c'è un aspetto duale aprioristico da tenere in considerazione nel concetto stesso dell'espressione di un giudizio qualitativo: il primo è chi fa un lavoro e la seconda è chi valuta il lavoro stesso. Nel caso in cui le due figure siano competenti allo stesso modo nella materia, si può affermare che la qualità del lavoro abbia un valore unicamente oggettivo e sia basato su parametri tecnici e universali legati alle conoscenze intrinseche e specifiche ai due soggetti rispecchiando così la risposta indicata nell'incipit. Diverso è invece nel caso in cui due soggetti non abbiano le stesse competenze tecniche in materia, di conseguenza i parametri di valore che intervengono nel giudizio qualitativo saranno diversi: ci sarà un parametro oggettivo, basato su dati dimostrabili concretamente e ci sarà un parametro soggettivo basato non su dati, ma su sensazioni personali più o meno razionali. Quest'ultimo caso è molto importante e da tenere sempre presente nella professione nel momento in cui ci si interfaccia con i pazienti che, necessariamente, non potranno mai avere le competenze tecniche e culturali per giudicare oggettivamente il vostro lavoro odontoiatrico; essi useranno altri parametri, ovvero le loro sensazioni in merito al lavoro da voi svolto. Queste sensazioni da un lato saranno ottenute da giudizi razionali su com'è stato soddisfatto il loro problema (il dente non fa più male, la protesi non da fastidio), dall'altro attraverso giudizi emotivi. Proprio per la loro caratteristica, i parametri emotivi possono, a volte, essere i più pesanti nel bilancio qualitativo della vostra professione e possono essere generati ed influenzati, nel cliente, da sensazioni sia a lui consce sia inconsce, entrambe percepite in relazione al vostro operato (anche se realmente non sono causate direttamente dal vostro operato). Ne deriva che, anche se voi avete lavorato in maniera eccellente, il giudizio del vostro cliente potrà non essere eccellente o perché magari voi eravate più teso o rude del solito nel relazionarvi con lui o perché fattori ambientali hanno influenzato in modo negativo la sua percezione del vostro operato. In questo caso mi occuperò di segnalarvi quali possano essere quegli elementi ambientali che intervengono ad alterare le sensazioni emotive del cliente.

Sembra banale ma l'interior design dello studio è uno di questi elementi. Ovviamente non si intende l'interior solo da un punto di vista estetico (cioè se piace o non piace), ma perché l'interior design, essendo determinato da forme, colori, dimensioni e rapporti spaziali, è composto da elementi che possono influenzare fisiologicamente e psicologicamente il paziente calmandolo o aumentando la sua ansia e tensione. Ad esempio i colori, in base alla loro cromia, possono influenzare il battito cardiaco aumentando o diminuendolo, va da sé quindi che un paziente teso, trovandosi in una stanza con colori accesi o intensi, come il rosso, che gli aumenteranno il battito cardiaco, arriverà in sala operatoria più teso e sensibile e quindi più soggetto a valutare negativamente ogni minima situazione e variazione a lui non piacevole. Diversamente un ambiente dai colori rilassanti e che crei situazioni di tranquillità, magari con sedute confortevoli e distanziate tra loro in modo da garantire una "bolla spaziale" di privacy fisica e psicologica, fa sì che il paziente si rilassi, riducendo il battito cardiaco e scarichi parte della tensione emotiva prima dell'intervento o dopo lo stesso.

Un altro parametro che interviene è la luce presente nello studio medico: un impianto non corretto può creare dei fenomeni fastidiosi come l'abbagliamento o, con luminosità troppo differenziate, un affaticamento oculare che inneschi cefalee o stati di malessere come nausee o vertigini, che poi verranno ascritte al vostro operato.

Anche la qualità dell'aria può variare i parametri della frequenza del respiro e soprattutto intervenire a limitare la corretta ossigenazione dei muscoli comportando fenomeni di debolezza e inibendo la corretta risposta neuromotoria del paziente così da determinare anche una risposta non soddisfacente del corpo del paziente al vostro operato. Il microclima interno allo studio può giocare un ruolo serio sullo stato fisico-emotivo del paziente perché nel caso di alterazione omo termica corporale il nostro corpo attiva i meccanismi di termoregolazione consumando energie importanti a discapito delle altre funzioni cognitive-biomeccaniche rendendo il corpo del paziente più debole e meno reattivo, ma più sensibile alle situazioni dolorose e tensive.

Intervenendo con coscienza di causa si possono evitare questi fattori ambientali di influenza negativa attraverso l'uso sapiente dell'interior design e la progettazione ergonomica dell'impiantistica interna dello studio, quali l'impianto termico, illuminotecnico e di riciclo dell'aria.

© Marko Poplasen/Shutterstock

AD

09-2017

WE LOVE WHAT WE DO.

EFFICIENZA, AFFIDABILITÀ, RISPARMIO ENERGETICO CON MICRO E TURBO-SMART

QUANDO LAVORANO METTONO SEMPRE LA GIUSTA ENERGIA!

Micro e Turbo-Smart si caratterizzano per flessibilità e sono ideali rispettivamente **fino a 2 e 4 poltrone in aspirazione contemporanea**. Grazie all'inverter, **l'assorbimento di energia è sempre in funzione dell'effettivo utilizzo** mentre il software evoluto consente agli aspiratori di **entrare in auto-protezione attiva senza fermarsi in presenza di difficoltà di funzionamento:** questo significa affidabilità e riduzione dei costi di gestione.

Da oggi ancora più flessibili e **sotto controllo direttamente dallo smartphone con la SMARTAPP**. Scaricala subito!

TURBO-SMART MICRO-SMART

DISCOVER THE NEW **SMARTAPP**

DISPONIBILE SU Google Play

Download on the App Store

COSTIAMO MENO DEGLI ULTIMI E SIAMO TRA I PRIMI DEL MONDO! ECCO PERCHÉ:
Facciamo ricerca: questo ci permette di avere a nostra disposizione tecnologie di ultima generazione.
Aumentiamo le prestazioni: le tecnologie informatiche ed elettroniche aumentano le prestazioni e la sicurezza delle nostre macchine.
Riduciamo i costi: meno costi di manutenzione meno spese di energia: nel rapporto costi benefici siamo sempre i più convenienti.
Riduciamo l'impatto ambientale: risparmiamo il 50% di materie prime, facciamo risparmiare a voi dal 30% al 50% di energia elettrica.

HOW IS IT WE LEAD IN OUR FIELD, WHEN WE COST LESS THAN THE ALTERNATIVES? THIS IS HOW:
Constant research: this enables us to apply the latest technology to all of our products and solutions.
We enhance performance: electronic and information technology enable us to enhance the performance and reliability of our products.
We reduce costs: less maintenance and lower energy costs mean that we are always the most economical on a cost-benefit analysis.
We reduce environmental impact: we save 50% on raw materials, so that you can save between 30% and 50% on electrical consumption.

CATTANI AIR TECHNOLOGY

Azienda con Sistema di Gestione Qualità certificato **= ISO 9001 =** Company with Quality System certified **= ISO 9001 =**
Via Natta 6/A 43122 Parma – Italy T +39 0521 607604 F +39 0521 607628 info@cattani.it

WWW.CATTANI.IT

Punto sulle ultime normative in tema di appropriatezza degli Emocomponenti ad uso non trasfusionale

Decreto del 1 agosto 2019 del Ministero della Salute e Documento Tecnico del Centro Nazionale Sangue (CNS) sulle indicazioni terapeutiche.

Sergio D'Antico – Medico ematologo specialista in medicina trasfusionale.

AD

Il DM del 1 agosto 2019 (pubblicato sulla GU del 26 settembre 2019) rappresenta la riscrittura dell'Articolo 20 e dell'Allegato X del precedente DM del 2 novembre 2015. Dato il crescente impiego clinico di Emocomponenti ad uso non trasfusionale a fronte di una non sempre consolidata evidenza di appropriatezza clinica, ma in presenza di consistente letteratura scientifica pur con elevato rischio di bias in alcuni ambiti, il Ministro della Salute ha ritenuto necessario modificare la preesistente disciplina. Ferme restando le precedenti "regole" sulle modalità di produzione e gestione degli Emocomponenti ad uso non trasfusionale, appannaggio dei Servizi Trasfusionali o delle Strutture Sanitarie convenzionate, si apre la possibilità di utilizzare questi presidi terapeutici in ambiti non ancora definibili "evidence based". Infatti, l'unica alternativa finora per quelle indicazioni cliniche non ancora consolidate dalle evidenze disponibili in letteratura, o per modalità di produzione e di impiego diverse da quelle regolamentate dalla normativa vigente, era quella di promuovere specifici progetti di ricerca da condurre come sperimentazione clinica. Oggi, come si legge al comma 3 e al comma 8 dell'ultimo DM, possono essere definiti protocolli clinici, condotti secondo le buone pratiche cliniche, in quegli ambiti applicativi che non godono ancora di un robusto supporto di letteratura, ma che meritano di essere indagati. Ciò mette a disposizione del clinico uno strumento più agile e meno scoraggiante per consentire di aumentare le conoscenze in determinati ambiti e contribuire con i propri risultati alla conferma di efficacia o meno di un trattamento. I Servizi Trasfusionali vengono incaricati di supervisionare detti protocolli clinici, punto E dell'Allegato X, e di tenere aggiornato il CNS in merito ai relativi risultati. Il CNS, organo dell'ISS, ha incarico dal Ministero di coordinare un apposito gruppo tecnico multidisciplinare ed effettuare la revisione sistematica della letteratura scientifica allo scopo di verificare il grado di appropriatezza delle indicazioni terapeutiche già note e delle indicazioni terapeutiche nuove. Il 3 ottobre 2019 è stato pubblicato da parte del CNS il documento "Indicazioni terapeutiche sull'utilizzo appropriato degli emocomponenti per uso non trasfusionale" che definisce a livello nazionale gli ambiti di applicazione degli Emocomponenti, con diverso grado di raccomandazione. È auspicabile che i risultati dei protocolli clinici, implementati in virtù delle novità legislative, possano rappresentare materiale consistente a supporto della sistematica e continua revisione del documento sulle indicazioni terapeutiche, il quale è disponibile sul sito del CNS (centronazionalesangue.it).

Catturare l'esatta visuale dell'operatore

RUBRICA A CURA DI

Prof. Luigi Rubino, Medico Chirurgo specialista in Odontostomatologia. Master corso di alta formazione in Digital Dentistry. Docente di radiologia odontoiatrica, chirurgia guidata e di storia della medicina. Inventore VRubino, realtà virtuale in medicina.

< pagina 1

Lo stabilizzatore consiste in un sensore giroscopico capace di rilevare i movimenti della camera (tremolii delle mani, supporti instabili, o altro), inviarne i dati alla CPU dell'obiettivo dove vengono analizzati e convertiti in specifiche istruzioni per un "motore", che provvede a muovere la lente o il sensore, in modo da controbilanciarne il movimento. Il risultato pratico è che l'immagine proiettata dalle lenti sul sensore risulta immobile. La stabilizzazione elettronica o digitale agisce sulle immagini catturate dal sensore, ha la stessa finalità di quella ottica ma si basa su metodi di elaborazione software capaci di confrontare i diversi fotogrammi di una sequenza al fine di cogliere lo spostamento di alcuni oggetti presi come riferimento; funziona esclusivamente in modalità video, comporta una riduzione della qualità e secondo alcuni è talvolta addirittura quasi un falso. La stabilizzazione elettronica ha un funzionamento simile alla modalità omonima che interviene in alcuni specifici programmi di editing. Il software si sincera che alcuni punti di riferimento presenti nei diversi fotogrammi della stessa sequenza abbiano mantenuto posizione costante o quanto meno prevedibile in base alle caratteristiche di movimento. Qualora ciò non sia avvenuto provvedono a ritagliare le singole immagini (crop) e a muoverle al fine di compensare lo spostamento con dei contro movimenti che hanno la finalità di mantenere costanti le coordinate spaziali dei singoli punti presi a riferimento, ottenendo così un filmato più fluido. Lo stabilizzatore ritaglia quindi una porzione di immagine eliminando una cornice, un'area cuscinetto in genere pari a circa il 15% del frame che il software userà per le (eventuali) correzioni. I pixel rimanenti subiranno un ingrandimento (interpolazione) atto a compensare il maggior spazio venutosi a creare che deve essere necessariamente occupato affinché rimanga costante la dimensione dell'inquadratura che dovrà rimanere affine alle altre. Questo si traduce in un degrado qualitativo delle immagini che subiscono una riduzione di densità dei pixel. Alcune aziende pubblicizzano la presenza di sistemi di stabilizzazione elettronica di dubbia efficacia come quelli riferibili alla sfocatura di movimento (motion blur); in pratica il giroscopio, avvertito il movimento, agisce sull'esposizione, ad esempio variando la sensibilità ISO del sensore, rendendo potenzialmente più tollerabile l'adozione di tempi più corti per ogni singolo frame. Per quanto riguarda la stabilizzazione in fase di editing giova ricordare che, sebbene i risultati della stabilizzazione on-board siano irraggiungibili via software, un ulteriore miglioramento del "mosso" sarà ottenibile in post-produzione facendo ricorso ad appositi tools disponibili nei programmi di montaggio.

Fattori che influenzano la profondità di campo:

1) Distanza dell'oggetto dall'obiettivo: maggiore è la distanza, più ampia sarà la profondità di campo.

2) Lunghezza focale dell'ottica: un obiettivo grandangolare, cioè con una lunghezza focale ridotta e con un raggio di visione molto ampio, tenderà ad amplificare la profondità di campo, viceversa un obiettivo tele, cioè con una focale molto lunga e un campo di visione ristretto, tenderà a ridurre la profondità di campo.

3) Apertura del diaframma: a maggiori chiusure corrisponde maggiore profondità di campo.

Le microcamere odontoiatriche, per motivi di miniaturizzazione, non dispongono di zoom; le più performanti offrono, come opzione, almeno 2 diversi obbiettivi. Uno appunto, più "tele" (distanza di lavoro circa 60-70cm) da applicare qualora si preferisca il posizionamento più stabile su lampada e un altro più "grandangolare" ottimizzato per l'uso su caschetto odontoiatrico (distanza di lavoro 30-40 cm). Quest'ultimo posizionamento, essendo più instabile, può dar luogo a immagini mosse, soprattutto quando l'operatore non riesca a rimanere immobile. Fortunatamente il "mosso" può essere attenuato sia utilizzando focali più ampie (più grandangolari), più indicate per la messa a fuoco a tale distanza di lavoro, sia facendo ricorso a tools di stabilizzazione in fase di montaggio video che però impegnano duramente il computer e degradano la risoluzione.

Caratteristiche tecniche

Risoluzione

Le moderne videocamere digitali possono catturare video in qualità HD (1280 x 720 pixel), Full HD (1920×1080 pixel), 4k (3840 x 2160 pixel) e recentemente addirittura in 8k (7680 × 4320 pixel). Tutte consentono acquisizioni di foto e di video garantendo per ciascuna modalità una differente risoluzione massima, generalmente inferiore in modalità video. In linea teorica una maggiore risoluzione dovrebbe garantire un maggior numero di informazioni e quindi consentire una migliore resa delle immagini e dei colori, ma in realtà spesso ciò non accade. Si possono reperire sul mercato device che differiscono notevolmente per qualità e prezzo pur essendo contraddistinti dalla stessa risoluzione, cioè da ugual numero di pixel: il numero effettivo di pixel è spesso irrilevante, più importante è la dimensione e la qualità del sensore; ad una maggiore ampiezza corrisponde maggiore qualità delle immagini (il sensore più grande riesce a catturare più e meglio la luce). Occorre sfatare il mito del "megapixel", uno stratagemma partorito da astute operazioni di marketing che intenzionalmente tendono a porre l'accento sul numero dei pixel anziché sulla dimensione del sensore. Se il numero fosse sinonimo di qualità, non sarebbe giustificata l'enorme differenza di prezzo e di performance a parità di numero di pixel. Circa la risoluzione video, sono da sconsigliarsi le fotocamere HD, mentre non sempre appare necessario il ricorso al 4k che a fronte di un maggior costo richiede un incremento spesso eccessivo di risorse hardware e software non sempre disponibili (tempo di editing, pc, RAM, monitor, proiettori etc.). In alcune microcamere il 4k è consentito solo per un brevissimo lasso di tempo, comunque insufficiente a riprendere un'intera procedura clinica, terminato il quale occorre addirittura spegnere e attendere il raffreddamento.

Frame rate e slow motion

Fotogrammi al secondo e Slow Motion (fps, frames per second) rappresentano il numero di immagini che la videocamera può registrare ogni secondo per comporre una sequenza video.

L'occhio umano comincia a percepire un "movimento come fluido" a circa 18 fotogrammi al secondo; tuttavia, esso inizia ad essere realmente scorrevole a una frequenza di 24 fotogrammi al secondo o superiori. Sono disponibili molteplici possibilità: i video odontoiatrici, e in particolare quelli con risoluzione full HD (UHD) e 4K, è bene che siano visualizzati ad un framerate da 30fps, sino a 50/60fps, purchè il sistema di integrazione video e i monitor lo supportino. La disponibilità di framerate ancora più elevati, oltre ad apparire superflua, comporta un impegno hardware ed economico maggiore e non fornisce particolari vantaggi.

Peso

Da 18 a 50 gr per le microcamere specifiche per l'odontoiatria.

Obiettivo

Sebbene il grandangolo garantisca maggior profondità di campo sono da preferirsi obbiettivi con focale maggiore (più tele).

Autofocus

La messa a fuoco automatica, quando disponibile, non è in genere un'opzione desiderabile in odontoiatria dove generalmente si preferisce quella manuale perché la comparsa repentina di dita o di strumentario può ingannare gli automatismi.

Display

Non è necessario ed è facilmente sostituibile da eventuali controlli remoti mediante app.

> pagina 10

AD